

# **Respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných z pohledu všeobecných sester**

Petra Domanská

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetřovatelství

akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra DOMANSKÁ**

Osobní číslo: **H10780**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných z pohledu všeobecných sester**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů umírání, smrt, lidská důstojnost a terminálně nemocný pacient.**

**Popsání potřeb a zásad komunikace s terminálně nemocnými.**

**Zpracování teoretických východisek v oblasti péče o terminálně nemocné.**

**Seznámení s problematikou respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných.**

**Příprava metodiky a organizace průzkumu.**

**Realizace průzkumného šetření v oblasti respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných z pohledu všeobecných sester v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných pomocí dotazníkového šetření.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a navržení možných opatření pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**HAŠKOVCOVÁ, Helena, c2007. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.**

**HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2007. Vybrané kapitoly z gerontologie. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.**

**KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.**

**SKÁLA, Bohumil, c2011. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: Inovelizace 2011]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.**

**SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, c2007. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Markéta Sedláková**

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

**7. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**24. května 2013**

Ve Zlíně dne 7. února 2013

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

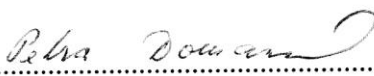
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ...6.3...2013

  
.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tématem mé bakalářské práce je „Respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných z pohledu všeobecných sester“. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů, jako je umírání, smrt, lidská důstojnost a terminálně nemocný pacient. Další část práce popisuje potřeby a zásady komunikace s terminálně nemocnými. Následně je charakterizována péče o terminálně nemocné a paliativní péče. Závěr práce je věnován lidské důstojnosti a zásadám jejího respektování.

Praktická část obsahuje výsledky dotazníkového šetření. Součástí je zpracování a vyhodnocení zjištěných dat pomocí tabulek a grafů s uvedenými slovními komentáři.

Klíčová slova: umírání, smrt, lidská důstojnost, terminálně nemocný, hospic, léčebna dlouhodobě nemocných

## **ABSTRACT**

The topic of my Bachelor thesis is Respecting Human Dignity of the Terminally Ill from the Perspective of Nurses. The work is composed of a theoretical and a practical part.

The theoretical part explains the basic concepts, such as dying, death, human dignity and terminally ill person. The next part of the thesis describes the needs and principles of communication with the terminally ill. Subsequently, the care of terminally ill and the palliative care are characterized. The conclusion of the thesis is devoted to the human dignity and principles of respecting human dignity.

The practical part contains the results of a questionnaire survey. It also contains processing and evaluation of the established data through charts and graphs with commentaries.

Keywords: dying, death, human dignity, terminally ill person, hospice, long-term care facility

**Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Markétě Sedlákové za odborné vedení, velkou trpělivost a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům za jejich ochotu, čas, pomoc a důvěru. Velký dík patří také mé rodině a přátelům za jejich podporu a pomoc v průběhu celého studia.

**Motto:**

*„Člověka je třeba si vážit pro poklad, jež v sobě chrání, jako si vážíme sami sebe.“*

Antoine de Saint-Exupery

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 PROCES UMÍRÁNÍ A SMRTI</b> .....	<b>13</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	13
1.1.1 Umírání.....	13
1.1.2 Smrt .....	13
1.2 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI A SOUČASNOSTI.....	13
1.3 MODEL Y UMÍRÁNÍ.....	15
1.3.1 Domácí model umírání.....	15
1.3.2 Institucionální model umírání .....	15
1.4 OBDOBÍ UMÍRÁNÍ.....	16
1.5 FÁZE DLE E. K. ROSSOVÉ.....	16
<b>2 TERMINÁLNĚ NEMOCNÝ PACIENT</b> .....	<b>19</b>
2.1 DEFINICE TERMINÁLNÍHO STÁDIA .....	19
2.2 PROJEVY TERMINÁLNÍ FÁZE A JEJICH ŘEŠENÍ.....	19
2.3 POTŘEBY PACIENTA.....	20
2.3.1 Biologické potřeby .....	20
2.3.2 Psychické potřeby .....	20
2.3.3 Sociální potřeby.....	21
2.3.4 Spirituální potřeby.....	21
2.4 KOMUNIKACE S TERMINÁLNĚ NEMOCNÝMI.....	21
2.5 ZÁSADY PÉČE O UMÍRAJÍCÍ .....	23
2.5.1 Specifické aspekty terminální fáze nemoci.....	24
2.5.2 Obecné zásady péče o umírající .....	25
2.6 PALIATIVNÍ PÉČE .....	27
2.6.1 Definice paliativní péče.....	27
2.6.2 Hlavní principy.....	28
2.6.3 Obecná a specializovaná paliativní péče.....	28
2.7 VYBRANÁ ZAŘÍZENÍ PRO TERMINÁLNĚ NEMOCNÉ.....	29
2.7.1 Léčebny dlouhodobě nemocných.....	29
2.7.2 Zařízení sociální péče.....	30
2.7.3 Zařízení domácí paliativní péče .....	30
2.7.4 Hospice.....	32
2.7.5 Oddělení paliativní péče.....	33
2.7.6 Konziliární tým paliativní péče .....	33
2.7.7 Specializovaná ambulance paliativní péče .....	34
2.7.8 Denní stacionář paliativní péče .....	34
2.7.9 Zvláštní zařízení specializované paliativní péče .....	34
<b>3 RESPEKTOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI</b> .....	<b>35</b>
3.1 LIDSKÁ DŮSTOJNOST .....	35
3.1.1 Definice pojmu .....	35
3.1.2 Typy důstojnosti.....	36
3.1.3 Vlivy vedoucí k porušování lidské důstojnosti .....	37



3.2	RESPEKTOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI U TERMINÁLNĚ NEMOCNÝCH.....	38
3.2.1	Možné příčiny a projevy nerespektování důstojnosti.....	38
3.2.2	Zásady poskytování důstojné péče.....	40
3.2.3	A, B, C, D péče zachovávající důstojnost.....	44
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>45</b>
<b>4</b>	<b>METODIKA PRŮZKUMU .....</b>	<b>46</b>
4.1	CÍLE .....	46
4.2	PRŮZKUMNÁ METODA .....	46
4.3	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	47
4.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU .....	47
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	48
<b>5</b>	<b>VÝSLEDKY PRŮZKUMU .....</b>	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>111</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>123</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>125</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>130</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>131</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>132</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>134</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>136</b>

## ÚVOD

Umírání a smrt jsou náročná období našeho života, kterým se nemůžeme vyhnout. Jako zdravotníci se s nimi setkáváme téměř denně. Pro mnohé odborníky představují prohru a selhání, pro některé vysvobození nemocných. Jedno je nám všem však zřejmé. S neustálým pokrokem medicíny roste také procento stárnoucí populace, proto se i toto téma stává stále aktuálnější. Není v naší moci rozhodovat o životě a smrti a to ani v případě, že pacient trpí bolestí, nereaguje na léčbu a blíží se jeho konec. Měli bychom mu poskytnout podporu, útěchu a úlevu ve všech oblastech. Péče o terminálně nemocné a umírající by se tak měla stát důležitým tématem celého zdravotnictví. Způsob a úroveň péče závisí nejen na kvalitě personálu, ale také na postavení společnosti ke smrti a umírání, úrovni zdravotnictví, celém zdravotním systému a jeho vztahu k dané problematice.

Lidská důstojnost a její respektování ovlivňuje kvalitu našeho života ve zdraví i v nemoci. Je to hodnota lidského bytí, kterou neztrácíme s věkem, kterou nám nikdo nemůže vzít, náleží nám až do smrti. Existují však lidé, kteří si neuvědomují její křehkost a především skutečnost, jak snadno dochází k jejímu narušení. Respektování lidské důstojnosti je jednou z nejdůležitějších součástí péče o nemocné ze strany zdravotnického personálu, nevyjímaje terminálně nemocné.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku respektování lidské důstojnosti v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných z pohledu všeobecných sester. Tato zařízení se dlouhodobě setkávají s terminálně nemocnými, snaží se poskytovat co možná nejvyšší péči ve všech oblastech. Není to však stálé pravidlo. Z vlastních zkušeností, kdy jsem v průběhu studia absolvovala praxi v několika zařízeních tohoto typu, vím, že je to velice náročné nejen po fyzické, ale i psychické stránce. Terminálně nemocný potřebuje dostatek pozornosti, péče i času, přestože umírá, je apatický a nesignalizuje své potřeby. Je naší povinností, z právního, etického ale i morálního hlediska, abychom kvalitně pečovali o všechny pacienty. V mnoha případech jim již není pomoci, uplatňuje se zde spíše paliativní medicína a péče, která je zaměřená na kvalitu posledních chvil života, zmírnění utrpení a průběhu nemoci. Její znalost a používání je však v některých zařízeních nedostatečné nebo se vůbec nevyskytuje. Jako by byla doménou především lůžkových a domácích hospiců, což však samozřejmě nestačí. Jsou to zařízení, která si zasluhují velký obdiv a poděkování, pro to co činí. Nemají však potřebné kapacity pro tak velký počet zájemců.

Setkala jsem se s mnoha sestrami a mnoha přístupy. Ne všechny mne zahřály na duši a povzbudily v další činnosti. Mnohokrát jsem si uvědomila fakt křehkosti lidské bytosti a utvrdila jsem se v tom, že takto se já chovat nebudu. Na druhou stranu jsem také viděla opravdu kvalitně poskytovanou péči, důstojný přístup k nemocnému i k jeho rodině. Kladu si však za svou povinnost zdravotníka ovlivnit tento problém alespoň nepatrně a to svou prací, díky, které se nad svými činy, chováním a jednáním mohou zamyslet všichni zúčastnění. Terminálně nemocný člověk se nemůže bránit, je zcela odkázaný na naši péči a pomoc, je odevzdaný do našich rukou. Z mého pohledu není těžké takového pacienta najít, setkáváme se s nimi běžně. Jaký by však měl být charakter chování sester, jejich komunikace? Jaký by měl být přístup sester k jeho rodině? Jak nejlépe o něj pečovat v jeho posledních chvílích? Jak ho mohou bránit před ubližováním ostatních, když sami nevědí, co je správné? Jak a kdy sestra vůbec může respektovat důstojnost terminálně nemocných? Všechny tyto vědomosti jsou v naší praxi nepostradatelné. I z těchto mnoha důvodů jsem si zvolila dané téma. Dle mého názoru: „*Nikdo nesmí zavírat oči a myslet si, že utrpení, od něhož se odvrátil, vlastně neexistuje.*“ Albert Schweitzer

## I. TEORETICKÁ ČÁST

# 1 PROCES UMÍRÁNÍ A SMRTI

## 1.1 Vymezení pojmů

### 1.1.1 Umírání

Umírání je pojem, jenž je v lékařské terminologii označován synonymem terminálního stavu. Ten je definován jako postupné a nezvratné selhávání životně důležitých funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem dochází ke smrti. V širším pojetí je to však zcela individuálně a jedinečně prožívaný proces, trvající různě dlouhou dobu, končící smrtí. Nemůže být tedy omezen pouze na terminální stádium.

Vlivem pokroku medicíny umírání trvá často mnohem déle. Poslední úsek života provází řada nepříjemných pocitů a prožitků, jako jsou strach, úzkost, samota, nejistota nejen u samotných pacientů, ale i u jejich rodin a ošetřujícího personálu. Závěrečný akt umírání je však osobní zkušenost, kterou nemůže prožít nikdo jiný než umírající sám. Ten buď vědomě, nebo nevědomě přijímá konec života. (Kelnarová, 2007, s. 10-11)

### 1.1.2 Smrt

Smrt je individuální zánik jedince, který v určité chvíli potká každého z nás. Je jedinou jistotou, která nás nemine. Nemůžeme ji zastavit, pouze oddálit. Pojetí smrti představuje subjektivní obavy z nejistoty, prázdnoty a konce bytí. Pro lidi se mnohdy stává menší obavou než samotné umírání. Pro zdravotníky je již odedávna prohrou. Jen málo z nich si uvědomuje prostý fakt konečnosti života. (Kelnarová, 2007, s. 12-13,26)

Smrt postihuje člověka jako holistickou bytost, tedy stránku biologickou, psychickou, sociální i spirituální, jež jsou spojeny s naší myslí, psychikou, postojem ke smrti, zázemím a vztahy ve společnosti. Nikdo si nezaslouží umírat sám, bez lásky, pochopení, podpory či naděje neboli umírat dříve psychicky a sociálně a poté tělesně na selhání základních vitálních funkcí. (Samková, 2009, s. 15)

## 1.2 Umírání a smrt v minulosti a současnosti

Smrt je již od pradávna součástí lidského života, jen pohled na ni se v rozsahu mnoha let změnil. Za dob filozofů a myslitelů byla považována za bránu k lepšímu životu, přírodní zákonitost či úlevu od utrpení. Vzhledem k vysoké úmrtnosti a krátké délce života byla smrt chápána jako mezník mezi krátkým a těžkým životem na zemi a posmrtným životem

v nebeském ráji. Postupem času se lidé mnohem častěji setkávali s umíráním, nejen doma u svých blízkých, ale i na veřejnosti, na ulicích, kde umírali v mrazu, o hladu, v nečistotě na řadu zranění, podvýživu, infekční nemoci. Pouze majetný a materiálně zajištěný člověk si mohl dovolit přítomnost lékaře či kněze. (Haškovcová, c2007, s. 23-24)

Nástupem křesťanství se tato situace změnila. Začaly fungovat kláštery, lazarety, kde se jak členové řádu, tak dobrovolníci starali o těžce nemocné a umírající pacienty. Příčinou poklesu úmrtnosti bylo zlepšení lékařské i ošetrovatelské péče. Své místo zde stále zaujímal ritualizovaná smrt v domácím prostředí v péči svých nejbližších, kteří si předávali zkušenosti s umíráním z generace na generaci. Téměř každý člen rodiny měl jistou zkušenost s doprovázením a hodnoty jako úcta, láska, pokora a důstojnost člověka zde byly vždy zachovávány.

Počátkem 20. století byla mortalita ještě vysoká a lékařská péče, informovanost ani životní styl nebyly na dostatečné úrovni. Nejvíce umírali kojenci a lidé pracující ve škodlivém prostředí. Vlivem osvěty obyvatelstva, sociálních změn, pokroku medicíny a zahájením včasné profylaxe se situace začala postupně zlepšovat.

Ve druhé polovině 20. století byla úmrtnost zapříčiněna civilizačními chorobami, a to především kardiovaskulárními onemocněními, nádory ale i úrazy, otravami, sebevraždami a infekčními chorobami, především AIDS. Následkem zkvalitnění lékařské a zdravotní péče došlo k institucionalizaci umírání, tedy odsunutí povinností rodiny na zdravotnické profesionály. Smrt byla tabuizována a vytlačena ze společnosti. Tento model zajišťoval odbornou adekvátní péči a materiální zabezpečení, ale postrádal lidskost, která byla pro umírající nezbytná.

V současné moderní době není postoj ke smrti ideální, ale ani tak jednostranný jako dříve. Již od nepaměti existují mýty o umírání (příloha P I), které přetrvávají i dnes. Většina z nich se týká strachu a nejistoty, neznalosti, co dělat v dané situaci, jak se zachovat nebo neochoty účastnit se posledních chvil života našich nejbližších. Novodobá společnost nabízí řadu alternativ, které umožňují opravdu důstojný odchod z tohoto světa. Vždy však záleží na přání nemocného, ochotě rodiny spolupracovat a zapojit se do celého procesu tak, aby bylo vyhověno oběma stranám. (Kelnarová, 2007, s. 20-27)

## 1.3 Modely umírání

### 1.3.1 Domácí model umírání

Podstatou tohoto modelu byla účast rodiny na celém procesu umírání, který se stal sociálním aktem. Nemocní neodcházeli opuštěni a každý člen rodiny se zapojil do péče. Podporu v těžkých chvílích zajišťoval kněz a nejbližší okolí.

Představa lidí o tomto modelu byla však trochu idealizována. Spočívala v myšlence o laskavém doprovázení umírajících jejich rodinami a nejbližšími. Skutečnost tomu však neodpovídala. Nemocný sám vycítil, že se blíží poslední chvíle jeho života, proto svolal všechny příbuzné za účelem vyslovení posledních přání a důstojného rozloučení. Poté se zavolal kněz, aby poskytl také duchovní útěchu, svátost smíření a pomazání nemocných. Nepřesně laicky označované jako poslední pomazání, které ovšem nemusí být poslední, může být provedeno opakovaně. Jedná se o zaopatření a posilu těla i ducha. Umírající pak pokojně mohli odejít na onen svět. Ve výjimečných případech, kdy nemocný trpěl silnými bolestmi, byl volán lékař, který podal tisíci injekci morfia. Řada nemocných umírala osamocena, bez rodiny i lékaře, kterých byl nedostatek, nebo si ho umírající nemohli dovolit.

Přínosem však bylo opakované setkání se smrtí, umírajícím a mrtvým tělem. Každý měl tedy vlastní zkušenost s úmrtím zblízka. Lidé často dokázali předpovědět, zda nemocný umírá na základě výrazu obličeje a vzhledu. Věděli, jak pečovat o nemocné v závěru života a jak zacházet s mrtvým tělem. Mohli se tak lépe připravit na vlastní smrt a věděli, co od ní mohou očekávat.

V současné době je člověk přesvědčen, že veškerá péče o umírající musí být nezbytně v rukou profesionálů. Při kontaktu se smrtí trpí pocity úzkosti, nejistoty, bezradnosti, neví jak se zachovat, co říct i přesto, že mnohdy stačí pouze dotek a přítomnost druhých. Závěr života se pro člověka stal těžkým, kritickým momentem, který lze těžce zvládnout. Mýty o umírání doma (příloha P II) jsou problémem i dnešní doby. (Haškovcová, c2007, s. 27-29)

### 1.3.2 Institucionální model umírání

Tento model zajišťoval umírajícím jejich základní potřeby, čisté lůžko, hygienické zázemí. Vážně nemocní a umírající byli umístováni do nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných či jiných institucí. V tomto prostředí byl člověk na smrt zcela sám. Nemocnému byla zajištěna adekvátní potřebná péče z řad profesionálů, ale chyběl mu zde intenzivní kontakt

s milující rodinou a známé prostředí, které mu zajišťovalo pocit jistoty, bezpečí a vnitřní klid. Nemocný byl izolován od rodiny i okolí. (Kutnohorská, 2007, s. 76-77)

Na počátku 20. století nebyla umírajícím věnována zvláštní pozornost, jejich soukromí se nacházelo na ošetrovatelském lůžku mezi ostatními. Pokusem o zlepšení této situace bylo využití tzv. bílých zástěn – plent, které měly zajistit soukromí, klid a spolupacienty uchránit od pohledů na umírající. S postupem času byl vyčleněn samostatný pokoj pro umírající pacienty, což však mělo negativní dopad na psychiku nemocných. Proto se stal tento postup minulostí. Další snahou o zlepšení péče bylo zajištění přísného klidu a izolace od okolního světa. Role rodiny byla tedy eliminována na omezené návštěvy a veškerá péče o pacienta byla v rukou profesionálních zdravotníků, kteří pro něj byli cizí. (Haškovcová, c2007, s. 29-31)

#### 1.4 Období umírání

Proces umírání je rozdělen do tří období – prefinem, in finem a post finem.

Období prefinem je první etapou uvědomění si vážnosti situace jak pacientem, tak rodinou. Dochází k nezvratným změnám zdravotního stavu, které vedou k jistému konci. Objevuje se zde řada otázek, pochyb, nepříjemných pocitů jako beznaděj a zoufalství. Každý člověk má v této situaci právo na lidský přístup, otevřenost a důstojnou péči. (Kutnohorská, 2007, s. 75)

V období in finem, z lékařského hlediska tzv. terminální stádium, dochází k úbytku tělesných i psychických sil. Objevuje se zde únava, slabost, lhostejnost k okolí a rezignace člověka.

V období post finem hraje důležitou roli nejen důstojná péče o mrtvé tělo, ale i rozloučení rodiny se zemřelým a péče o příbuzné po nezbytně dlouhou dobu. (Marková, 2010, s. 28)

#### 1.5 Fáze dle E. K. Rossové

Elizabeth Kübler Ross byla švýcarsko-americká psycholožka, která vytvořila model známý jako pět fází umírání nebo také pět fází smutku. Tento model vznikl na základě jejich zkušeností se sdělováním fatálních diagnóz. Chování člověka je podle ní nonverbálním projevem. V některých případech se reakce jednotlivých lidí mohou lišit, vždy však záleží na řadě faktorů jako je osobnost daného jedince, sociální zázemí, životní zkušenosti a další. (Kutnohorská, 2007, s. 72-73)



První fáze – šok, popření, izolace je charakterizována negativní reakcí pacienta na zjištění smrtelné diagnózy. Člověk si nepřipouští nebo bagatelizuje své problémy či nemoc. Odmítá jakoukoli možnost léčby, komunikaci a spolupráci se zdravotnickým týmem. Slova typu: „Ne, to není možné. To se mě netýká, to musí být omyl!“ jsou pro tuto fázi typické. Naším úkolem je podpořit pacienta, získat si důvěru, navázat kontakt s nemocným, zodpovědět možné otázky nebo pouze naslouchat jeho slovům. Důležité je být mu nablízku a prožívat s ním každou poslední minutu jeho života.

Druhá fáze – hněv, agrese, zlost, projevy namířené proti komukoli kdo se přiblíží. Nastupují zde otázky typu: „Proč já, proč zrovna já? Co jsem komu udělal?“. Nemocný cítí zlost, rozmrzelost, hněv, nenávist a závist. Vyvolává konflikty a viní svět z nespravedlnosti. V takové situaci musíme pochopit jeho projevy, zachovat si nadhled a adekvátně reagovat. Nesmíme být vztahovační, nepřátelští, zlostní a vracet nemocnému jakékoli emoce.

Třetí fáze – vyjednávání, smlouvání. Nemocní mobilizují své síly, podstupují veškerou možnou léčbu, vyhledávají alternativy, léčitele, zázračné byliny, a pokud všechno selže, smlouvají s Bohem o uzdravení. Sliby bývají spojené s pocity viny, které se neustále zvětšují s dalším smlouváním. Pro pacienta je důležité zbavení se strachu ze smrti a přání být za své viny potrestán. Důležité postavení zde zaujímá duchovní či psycholog.

Čtvrtá fáze – smutek, deprese. V době, kdy je pacient dlouhodobě léčen a zdravotní stav se nelepší, dochází k tělesné slabosti a objevují se problémy finanční i rodinné. Pacient si uvědomuje blížící se konec, přichází obavy ze smrti a strach o budoucnost rodiny. Často se nachází ve složité rodinné situaci související s neochotou příbuzných smířit se s jeho smrtí. Touží po vyřízení majetkových poměrů, po urovnání sporů s blízkými a rozloučení se s nimi. Nemocný je smutný, trpí depresemi, vzdává se. V těchto chvílích očekává podporu v řešení problémů, urovnání vztahů a je vděčný za trpělivé naslouchání. Vyjádření žalu a veškerých emocí mu přináší úlevu. Rozpor mezi přáními pacienta a jeho příbuzných přináší bolest a nepokoj do jeho duše. Ve chvíli kdy nejbližší pochopí a přijmou pacientovo přání zemřít, jsou ušetřeni vzájemné bolesti.

Pátá fáze – smíření, akceptace. V této fázi dochází ke smíření s vlastním osudem. Jeho přijetí, je však nutné odlišit od útrpné odevzdanosti smrtelné nemoci. V tomto období je důležitá přítomnost blízké osoby, pocit bezpečí a jistoty, tichý doprovod, stisk ruky, dotek, který napomáhá k důstojnému a klidnému odchodu ze světa. Významná je i pomoc

a podpora rodiny. Této fáze však nemusí dosáhnout každý umírající pacient. (Kelnarová, 2007, s. 29-31)

Jednotlivá stádia jsou seřazena tak, jak obvykle přicházejí, nemusí to však být stálým pravidlem. Některá se mohou opakovat, prolínat, střídat nebo se vůbec neprojeví. Neprochází jimi pouze umírající, ale i jejich příbuzní, pro které je to mnohdy stejně náročné. I oni potřebují podporu, naději a pochopení. (Kutnohorská, 2007, s. 74)

## 2 TERMINÁLNĚ NEMOCNÝ PACIENT

### 2.1 Definice terminálního stádia

Terminální fáze nemoci je konečné období života trávající poslední týdny, dny až hodiny. Postupně dochází k ireverzibilnímu zhoršování celkového zdravotního stavu v důsledku selhávání základních životních funkcí (dýchání, krevní oběh).

V tomto období je ve středu dění samotný pacient, jeho rodina a přímá komunikace s nimi. Smrt není oddalována, intenzivní terapie a resuscitace nejsou ve většině případů indikovány. Hlavním úkolem je snížit diskomfort a zajistit nemocnému důstojnou a klidnou smrt. (Sláma, Kabelka a Vorlíček, c2007, s. 29, 301)

### 2.2 Projevy terminální fáze a jejich řešení

Typickým projevem přechodu pacienta do konečné fáze života je již zmíněné postupné selhávání základních životních funkcí, celého organismu a prohlubování těchto příznaků:

- celková slabost a únava, prodloužení doby spánku, pohyb omezený pouze na lůžko nemocného, omezení a zvyšující se závislost na druhých;
- lhostejnost k okolnímu světu, ztráta zájmu, zmatenost, zhoršení orientace, neklid, někdy chorobné představy a vidiny;
- zhoršení příjmu jídla a pití (nevolnosti, obtížné až nemožné polykání);
- poruchy dýchání (nepravidelnost, apnoe, Cheyneovo-Stokesovo dýchání);
- hromadění sekretu v dýchacích cestách projevující se chrčivými zvuky;
- snížená tvorba moči (projev selhání funkce ledvin);
- změny vzhledu: cyanóza akrálních částí těla, propadlé tváře, špičatění nosu, vystupující lící kosti (Hippokratova tvář), mramorová kůže. (Sláma, Kabelka a Vorlíček, c2007, s. 302)

Nejčastější obtíže, které narušují tělesný komfort pacienta v posledních chvílích života, jsou bolest, dušnost a chrčivé dýchání, nevolnosti až zvracení, suché sliznice, neklid a zmatenost. Mezi možnosti léčby patří medikamentózní, fyzikální a konzervativní způsoby. Veškerá péče je zaměřena na zmírnění utrpení.

K tišení bolesti slouží ve většině případů opioidy podávané různou formou (ústí, do ko-  
nečníku, do žíly, přes kůži a další).

Dušnost a chrčivé dýchání jsou řešeny medikamentózně, ale i fyzikálně. Mnohdy přináší  
úlevu oxygenoterapie, čerstvý vzduch, zvýšená poloha, péče o průchodné dýchací cesty  
či odsávání.

Úzkost, neklid a zmatenost jsou mírněny sedativy, anxiolytiky, antipsychotiky mnohdy je  
však účinná i nefarmakologická léčba zahrnující kontakt s rodinou, empatickou komunika-  
ci, uspokojování psychických a spirituálních potřeb.

K ošetření suchých sliznic se využívá cumláni kostek ledu, doušky tekutin, odstranění po-  
vlaků z dutiny ústní, její pravidelné vytírání a zvlhčování, ošetření rtů. (Sláma, Kabelka  
a Vorlíček, c2007, s. 307-310)

## **2.3 Potřeby pacienta**

Potřeba neboli stav nedostatku něčeho, co lidská bytost potřebuje pro svůj život. Hierarchie  
a způsob uspokojování se mění v průběhu onemocnění. Člověk neboli holistická bytost má  
stránku biologickou, psychickou, sociální a duchovní, od které se odvíjí i následující po-  
třeby. (Trachtová, 2008, s. 9-10)

### **2.3.1 Biologické potřeby**

Potřeby biologické jsou základní neboli primární potřeby zahrnující dýchání, příjem potra-  
vy a tekutin, vyprazdňování, spánek a odpočinek, hygienickou péči, polohování  
a s tím související péči o kůži, prevenci opruzenin a dekubitů. Důležité je samozřejmě mír-  
nění obtíží a příznaků daných onemocnění. V průběhu nemoci se mění nejen hierarchie  
ale i způsob a schopnost uspokojování těchto potřeb. Je důležité zhodnotit, kdy je nutné  
poskytnout pomoc.

Tyto potřeby, ačkoliv jsou základní, často ustupují do pozadí. Do popředí se staví potřeby  
spojené s psychikou, sociálním zázemím, lidským kontaktem a spiritualitou.

### **2.3.2 Psychické potřeby**

K psychickým potřebám, jež jsou v posledních chvílích života značně narušeny, patří lás-  
ka, úcta, uznání, sounáležitost. Pocity beznaděje, zátěže pro druhé a zbytečnosti velmi čes-  
to doprovází toto období. Proto je nezbytné projevit empatii, úctu, trpělivost, pozornost

a především respektovat lidskou důstojnost až do posledního dechu neboť bytost umírající je stále bytost žijící a vnímající. Lidská důstojnost je hodnota bytí, kterou má každý člověk.

### **2.3.3 Sociální potřeby**

V posledních chvílích života člověk touží po lidském kontaktu, vlídném slovu, pohlázení. Stále je tvorem společenským, který nechce být v této chvíli sám. Nejhorším trestem je očekávat smrt v tichu a sám, proto by měl mít každý umírající možnost kontaktu s rodinou či blízkými dle vlastního přání. V každém případě se jedná o jeho poslední chvíle, o kterých by měl mít možnost rozhodnout, jak a s kým je prožije. (Mikudimová, 2008, s. 30,31; Procházková, 2008, s. 13-25; Samková, 2009, s. 22-25; Šamánková, 2011, s. 36-37)

### **2.3.4 Spirituální potřeby**

Tyto potřeby byly v minulosti často opomíjeny, teprve až s pohledem na člověka jako na holistickou bytost se zdůrazňovala i duchovní stránka bytí. Lidská spiritualita zahrnuje víru, naději, lásku, chuť do života a otevřenost ke všemu novému. Zahrnuje péči o lidskou duši a duševní blaho. Netýká se pouze víry v Boha, ale víry ve smysluplnost a plnohodnotnost vlastního života. Mnoho umírajících ač nežijících ve víře se obrací k Bohu, hledá odpovědi na řadu otázek nebo odpuštění. Mají potřebu odejít na onen svět s čistým štítem. (Samková, 2009, s. 22-25; Payneová, Seymourová a Ingletonová et al., 2007, s. 234-238; Matzo a Sherman, 2006, s. 13-15)

Pro věřící je velkým darem vědomí, že mohou Boha i druhé prosit o odpuštění a sami odpuštět. To se týká všech lidí stojících tváří v tvář smrti. Proto je důležité zajišťovat i tyto potřeby a zjišťovat, zda pacienta něco netrápí, nechce se svěřit a ulevit si. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 147)

## **2.4 Komunikace s terminálně nemocnými**

Komunikace je již odedávna součástí sociální interakce mezi lidmi. Je to proces, k jehož hlavním cílům patří výměna informací. Neméně důležitou složkou je však aktivní naslouchání, podpora a projev porozumění v těžké chvíli. Je to nezbytná a neodmyslitelná složka efektivní a kvalitní zdravotní péče, na které se podílí mnoho lidí. Pro mnohé z nich se stává denním chlebem, ne vždy je však snadná a bezproblémová. Komunikace

s nemocným je vždy velmi náročná, jak pro něj samotného, tak i pro profesionály. Denně se lékaři musí potýkat se sdělováním vážných diagnóz a ortelů, nemohou se těmito situacím vyhnout. Kvalitně vedená komunikace však snižuje stres a frustraci u zdravotníků i pacientů. (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 125-129; Radbruch a Payne a kolektiv, 2010, s. 23,24; Talašová, 2011, s. 32)

Jeden z faktorů, který působí na kvalitu komunikace, je čas. Ten ovlivňuje náš zájem o problémy druhých, naši vůli naslouchat a pochopit trápení pacientů. Mnohdy se však nejedná pouze o výměnu slov či vět, ale o blízkost v těžké chvíli, kdy žádná odpověď není. V těchto situacích jsou však velmi důležité neverbální projevy ve formě gest, postojů, mimiky, které jsou nemocnými vnímány intenzivněji a citlivěji než ty verbální.

Otevřená a čestná komunikace je nedílnou součástí kvalitní etické péče v posledních chvílích života. V tomto období, kdy je třeba spoustu věcí dokončit, rozhodnout a vyřešit, mnozí zůstávají němí a neví co říct. Problém se týká nejen nemocných, rodinných příslušníků, přátel ale i zdravotníků, kteří své komunikační dovednosti získávají až v průběhu praxe, jejich vědomosti jsou v této oblasti nedostatečné. Největší překážkou je jejich neochota uvědomit si a připustit mezery v této oblasti.

V situacích, kdy je stanovena fatální diagnóza, je nutné otevřeně hovořit o možnostech léčby, rychlosti progresu, následcích a omezeních, která jsou s danou nemocí spojená. Významnou roli zde zastává především lékař, zdravotníci, ale i rodina, která zajišťuje psychickou podporu nemocnému. (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 125-129; O'Connor a Aranda, 2005, s. 29-31)

Vhodný způsob komunikace je zcela individuální, záleží na konkrétním pacientovi, jeho vyrovnanosti a smířením s diagnózou. Pro tento účel vytvořila E. K. Rossová stádia přijetí závažného onemocnění (viz výše), kde uvádí typické chování pro dané období a způsoby, jak na ně může personál vhodně reagovat. (Venglářová a Mahrová, c2006, s. 114)

#### Mezi obecné zásady komunikace s terminálně nemocnými patří:

- respektovat právo umírajících na pravdivé informace o svém zdravotním stavu;
- podávat přesné, upřímné a pravdivé informace;
- oslovovat pacienty dle jejich přání;
- volit vhodná slova a výrazy (nepoužívat odbornou terminologii);

- poskytnout dostatek času na přijetí informací;
- informace podávat adekvátně s ohledem na chápání, věk a kulturní rozdíly;
- ponechat si dostatek času na rozhovor s umírajícími;
- respektovat důstojnost umírajících;
- neurčovat čas, který zbývá do konce;
- umožnit umírajícím mluvit o svých pocitech;
- zapojit rodinu do komunikace s umírajícím;
- akceptovat přání a rozhodnutí pacienta a dle možností mu je splnit;
- zajistit přítomnost blízké osoby či zdravotníka;
- využívat neverbální komunikaci (oční kontakt, dotek, gesta);
- projevit náklonnost, sounáležitost;
- naslouchat všem formám vyjadřování, nejen těm slovním;
- přistupovat empaticky, projevit psychickou podporu;
- mírnit strach z bolesti a bolest samotnou;
- zachovat naději, která nemocného vede k boji s nemocí;
- komunikovat s rodinou i po úmrtí pacienta. (Kutnohorská, 2007, s. 78,79; O organizaci paliativní péče, 2004, s. 36-38; Samková, 2009, s. 24; Holmerová, Jurašková a Zikmundová, c2007, s. 38-39)

## 2.5 Zásady péče o umírající

Období mezi ukončením aktivní terapie a smrtí pacienta je případ od případu zcela individuální. Poskytovaná paliativní péče umožňuje zmírnění tělesných příznaků, utrpení, připravuje tak pacienta a jeho rodinu na přicházející smrt. Nastává zde čas pro tišení úzkosti, sdílení strachu a smutku pacienta a smiřování se smrtí. (Parkes, Relf a Couldrick, 2007, s. 84)

Přechodem nemoci do terminálního stádia, je nezbytné pacientovi zajistit adekvátní, komplexní a citlivou péči. Jejím cílem není smrt oddálit ani zastavit, ale plnohodnotně prožít poslední chvíle života. Péče umírajícímu zajišťuje klidnou a důstojnou smrt, zaměřuje se na zmírnění tělesných i psychických obtíží, psychologickou a spirituální podporu paci-

enta a psychologickou podporu rodiny a blízkých. (Sláma, Kabelka a Vorlíček, c2007, s. 304)

Představa umírajícího pacienta o laskavé péči z knihy Marie Svatošové Hospice a umění doprovázet:

*„Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.*

*Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení.*

*Když ke mně přijdete a věříte ve mně, uzdravení-neuzdravení.*

*Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit.*

*Když mě berete jako individualitu.*

*Když si vzpomenete na maličkosti, které jsou mi milé, když vzpomenete i na mé blízké.*

*Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.*

*Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mou osobu.*

*Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.*

*Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.*

*Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.“ (Svatošová, 2003, s. 21)*

### **2.5.1 Specifické aspekty terminální fáze nemoci**

- pacient i jeho rodina by měli být vhodným způsobem poučeni o možných známkách a symptomech blížící se smrti;
- spolu s pacientem a jeho rodinou by mělo být stanoveno místo, kde má péče probíhat (domov, lůžkové zařízení). Přání rodiny a pacienta by mělo být zaznamenáno do dokumentace, dle možností a zdravotního stavu respektováno a zajištěno;
- plán poskytované péče by měl být pravidelně kontrolován a dle aktuálních potřeb pacienta pozměněn. Je nutné zhodnotit, zda je nastavená léčba nezbytná pro důstojné umírání a zmírnění utrpení;



- dle potřeb pacienta je nutné zajistit adekvátní symptomatickou léčbu pomocí opioidních i neopioidních analgetik, anxiolytik, antiemetik a antipsychotik;
- v terminální fázi nemoci je zvýšená potřeba paliativní péče, kterou je nutné včas rozpoznat a adekvátně na ni reagovat (domácí návštěvy lékařských i nelékařských zdravotníků, častější návštěvy pečovatelů a rodiny či dobrovolníků);
- společně s pacientem a jeho rodinou je třeba vytvořit plán řešení krizových situací, které mohou nastat v mimopracovní době (pokud dojde k akutnímu zhoršení zdravotního stavu, co dělat, na koho se obrátit). Cílem je splnit pacientova přání a zajistit adekvátní péči;
- již v počátku by měl být stanoven postup v případě úmrtí, vše po domluvě s pacientem a rodinou. (Skála, c2011, s. 10)

### 2.5.2 Obecné zásady péče o umírající

- adekvátně sdělovat informace rodině i pacientovi;
- pravidelně hodnotit základní příznaky nemoci, blížící se smrti a projevy utrpení (bolest, dušnost, nevolnost, úzkost);
- léky tišící utrpení pacienta podávat pravidelně, sledovat jejich účinek, popřípadě dávku vhodně korigovat;
- symptomatickou léčbu nastavit tak, aby při náhlém zhoršení stavu mohly být podány léky v dostatečné dávce;
- zajistit dostupnost potřebných léků v dostatečném množství a adekvátní aplikační formě i v zařízení sociální péče či domácím prostředí;
- dle schopnosti pacienta přijímat potravu per os zajistit vhodnou formu stravy;
- výživu sondou či parenterální výživu zajistit pouze v takovém případě, pokud zmírňuje utrpení a přispívá k důstojnému umírání;
- zajistit vhodný způsob aplikace užívaných léků (kontinuální subkutánní dávkování, infuzní pumpa, rektálně, parenterálně);
- zastavit rutinní diagnostické, terapeutické a ošetrovatelské postupy (měření fyziologických funkcí, saturace kyslíkem, odběry krve, monitorace EKG, sledování

bilance tekutin, pravidelná hygienická péče a polohování), které nejsou v dané situaci prioritní;

- pravidelně a vhodným způsobem hodnotit míru diskomfortu, využít citlivou a empatickou komunikaci;
- v případě tělesného utrpení využít možnost paliativní analgosedace, jejímž cílem není ukončit život, ale zmírnit utrpení snížením vědomí na stupeň somnolence až kómatu;
- zajistit lidskou blízkost a přítomnost jak rodiny, tak i zdravotníků;
- dodržovat zásady důstojné komunikace a principy důstojné péče;
- dle přání umožnit poslech duchovní hudby, sledování náboženské tematiky v televizi, umístění duchovních předmětů na pokoji a další;
- hovořit s pacientem na téma víra a naděje, poskytnout čas a prostor pro modlitby;
- zajistit psychologickou a spirituální podporu ošetrovatelským personálem i odborníky (psycholog, duchovní). (Sláma, Kabelka a Vorlíček, c2007, s. 305-310; Matzo a Sherman, c2006, s. 17-18)

Proces umírání je náročnou životní situací pro samotné pacienty i pro jejich nejbližší. V tomto období příbuzní mobilizují veškeré své síly, aby nastalou situaci zvládli co nejlépe a stali se oporou. V době úmrtí však nastává zlom a rodina reaguje na ztrátu svého nejbližšího zármutkem, žalem, úzkostí až stavy deprese. Z toho důvodu je třeba zajistit adekvátní podporu pozůstalým i po smrti.

#### Obecné zásady podpory rodin po smrti pacienta:

- získat si důvěru příbuzných již v průběhu péče o terminálně nemocného;
- poskytnout individuální podporu, osobní přístup;
- rodinám s vysokým rizikem vzniku nebo s příznaky komplikovaného truchlení nabídnout adekvátní odbornou péči;
- oznámit úmrtí osobně, šetrně a klidně, vyjádřit upřímnou soustrast;
- zajistit psychickou podporu;
- nabídnout možnosti další podpory a kontaktu (například s psychologem).

Truchlení je dlouhodobý psychosociální a duchovní proces, bez kterého by nedošlo k vyrovnání. Pozůstalé je třeba podpořit, aby lépe přijali ztrátu, prožili zármutek a byli schopni dále žít i bez zemřelého. (Sláma, Kabelka a Vorlíček, c2007, s. 315-318)

Péče o umírající přináší řadu etických problémů, které se odpoutaly od jakékoli hyperaktivity a dodržování doprovázení pacientů zdravotníky. Citlivý a empatický přístup ovlivňuje zmírňování bolesti, utrpení a úzkosti spojeného s umíráním. Respektováním přání pacienta i příbuzných docílíme zlidštění péče o terminálně nemocné. Podstatou péče je především zabezpečení toho, aby pacient neumíral osamocen, bez svých blízkých a pokud je nemá nebo o něho nestojí, abychom při něm zůstali my, jak už přímo nebo nepřímo. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 148)

## 2.6 Paliativní péče

Paliativní péče je určitou filozofií péče, která klade důraz na biologickou, psychickou, sociální a spirituální stránku člověka, ale také konkrétní organizací péče, která umožňuje saturovat potřeby umírajících ve všech výše uvedených oblastech. (Sláma, Kabelka a Vorlíček, c2007, s. 25)

Koncepce paliativní péče nepřichází s nijak výrazně převratnými novinkami. Dnešní moderní dobu a medicínu upozorňuje na dávno zapomenutý pohled na člověka jako smrtelnou a utrpení podléhající bytost, jež je až do konce obdařena důstojností. (Sláma, 2009)

Faktory podílející se na kvalitě poskytované paliativní péče patří schopnost zdravotnického týmu rozhodnout o potřebě paliativního přístupu neboli zastavení kurativní léčby a zajištění paliativních postupů, kvalita vzdělání a fungování zdravotníků v této oblasti, kvalita komunikace a otevřenost oddělení pro rodinné příslušníky. (Marková, 2010, s. 24-25)

### 2.6.1 Definice paliativní péče

Paliativní péče je aktivní, komplexní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientům trpících nevléčitelnou chorobou v jejím pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem je zmírnění bolesti a dalších tělesných a duševních utrpení. Chrání a respektuje lidskou důstojnost nevléčitelně nemocných. Nabízí pomoc a podporu ve zvládnání těžké životní situace a zármutku rodinám a blízkým i po smrti nemocného. Pohlíží na smrt jako na přirozený proces závěru života a respektuje individuální prožitek konečné fáze se všemi fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty. (Skála, c2011, s. 3; Radbruch a Payne a kolektiv, 2010, s. 14)

Cílovou skupinu pro paliativní péči tvoří pacienti trpící onkologickým onemocněním, neurodegenerativním onemocněním (roztroušená skleróza, demence, Parkinsonova nemoc), pacienti v konečném stádiu chronických orgánových onemocnění (chronické srdeční, jaterní, renální selhání), CHOPN, AIDS, polymorbidní geriatrickí pacienti, pacienti v perzistujícím vegetativním stavu, některé vrozené pediatrické syndromy a kriticky nemocní pacienti s nezvratným multiorgánovým selháním v prostředí intenzivní péče. (Sláma a Špínka, 2004, s. 23)

### 2.6.2 Hlavní principy

Světová zdravotnická organizace v roce 2002 stanovila hlavní zásady, podle nichž paliativní péče:

- klade za cíl udržet co nejvyšší možnou úroveň kvality péče, která je pro pacienta přijatelná;
- dokáže mírnit bolest a další projevy nemoci;
- chrání a respektuje lidskou důstojnost nevléčitelně nemocných;
- respektuje individuální přání, potřeby pacienta a jeho svobodné rozhodnutí o své osobě;
- vychází z interdisciplinární spolupráce a zavádí lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty do péče;
- klade důraz na rodinu, přátele a sociální vazby, aby nemocný mohl své poslední chvíle strávit v důstojném a vlídném prostředí svých nejbližších;
- pohlíží na smrt jako na součást lidského života, která nemusí být provázena zbytečnou bolestí, strachem a utrpením a je prožívána zcela individuálně;
- poskytuje všestrannou účinnou oporu rodinám a blízkým nevléčitelně nemocných a pomáhá jim zvládat zármutek i po smrti blízké osoby. (Sláma a Špínka, 2004, s. 10)

### 2.6.3 Obecná a specializovaná paliativní péče

Paliativní péče se dle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života dělí na obecnou a specializovanou. (Špínková a Špínka, 2004, s. 11)

Obecná paliativní péče představuje dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je zajišťována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Je založena na vstřícné, otevřené a empatické komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Je orientována na identifikaci a ovlivnění všech podstatných aspektů péče, které působí na kvalitu života. Obecnou paliativní péči by měli být schopni poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na svou odbornost.

Specializovaná paliativní péče je odborná interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem speciálně vyškolených odborníků. Tento tým se skládá z lékaře, sestry, sociálního pracovníka, psychologa, fyzioterapeuta, pastoračního pracovníka, koordinátora dobrovolníků a dalších. Péče je poskytována pacientům a jejich rodinám v situaci, kdy vzniklé problémy přesahují možnosti obecné paliativní péče. Specializovaná paliativní péče by měla navazovat na obecnou paliativní péči. (Skála, c2011, s. 4; Sláma a Špínka, 2004, s. 24)

## **2.7 Vybraná zařízení pro terminálně nemocné**

### **2.7.1 Léčebny dlouhodobě nemocných**

Léčebny dlouhodobě nemocných neboli LDN (příloha P IV) jsou zařízení poskytující následnou péči, tedy zdravotní péči po odeznění akutního stádia nebo náhlého zhoršení chronické nemoci či po stabilizaci stavu. Následná péče je především ošetrovatelská a rehabilitační, přičemž součástí ošetrovatelské péče tvoří i ošetřování nevyлéčitelně nemocných, tišení jejich utrpení a zajištění klidné a důstojné smrti. Část pacientů je tedy přijímána k dlouhodobému celoživotnímu ošetřování a část k potřebné paliativní péči v onemocnění spějícímu ke smrti. Pobyt v LDN je obecně považován za závažný stresový faktor spojený s maladaptací a rezignací řady pacientů, v němž dochází ke ztrátě samostatnosti, nezávislosti, osamělosti a beznaději. V některých zařízeních tohoto typu je nízká kvalita péče, která je lidmi považována za normu. (Kalvach, 2004, s. 85-86)

*Péče o umírající staré pacienty v LDN má velké nedostatky a vyžaduje zásadní zlepšení.* (Sláma, 2004, s. 38)

Kvalita péče se odvíjí od motivace a odbornosti zdravotnického personálu, který není vždy a všude zajištěn. Potíž nastává v situaci, kdy jsou zdravotníci přesvědčeni o zbytečnosti lékařských a ošetrovatelských intervencí a pacient, jakoby pro ně již zemřel. Ordinace jsou

neadekvátní, informování příbuzných o umírání opožděné a individualizovaná péče (psychická podpora, naslouchání, doprovázení) chybí. (Sláma, 2004, s. 43)

Paliativní péče na úrovni LDN vyžaduje finanční podporu paliativního (hospicového) lůžka a navýšení počtu personálu ideálně na tři zdravotníky na pacienta. Cílená paliativní péče v LDN či v rámci domácí péče není to samé co náhodné umírání v LDN či domácí péči. (Kalvach, 2010, s. 30-31)

### 2.7.2 Zařízení sociální péče

Typickým zařízením lůžkové sociální péče je domov pro seniory, jež poskytuje celoroční pobytovou službu. Zaměřuje se na seniory, kteří nemohou žít sami ve vlastní domácnosti a potřebují trvalou komplexní péči. V těchto zařízeních prožívá závěr života řada pacientů a také zde umírají. Ve většině případů se jedná o polymorbidní pacienty, kteří potřebují v různé míře paliativní péči. Dle britských studií byla v sociálních zařízeních zjištěna nedostatečná kvalita péče o umírající. Na tento fakt působí vnitřní i vnější faktory, jako je kvalita personálu, jeho znalosti, dovednosti a ochota pečovat o umírající pacienty. Dalším problémem je organizační složka spojená s dostatečným počtem zaměstnanců, umístění a struktura zařízení. Samotný personál, včetně vedení, si je vědom, že pouze v omezené míře rozumí principům a praxi paliativní péče. Jejich společný názor na představu dobré smrti však obsahuje prvky, které jsou začleněny do principů paliativní péče. Potřeba paliativní péče se odvíjí od charakteru potřeb pacientů, proto je nutné zavést koncepty paliativní péče do praxe i v těchto zařízeních. (Sláma a Špínka, 2004, s. 34; Payneová, Seymourová a Ingletonová et al., 2007, s. 444-448; Mlýnková, 2011, s. 63-66)

### 2.7.3 Zařízení domácí paliativní péče

Tzv. *mobilní hospic* či *domácí hospic* je zařízení poskytující specializovanou paliativní péči v domácím nebo sociálním prostředí. (Sláma a Špínka, 2004, s. 24)

Řada umírajících si přeje strávit poslední chvíle života ve známém poklidném rodinném prostředí v péči svých nejbližších, kde mohou určovat průběh dne a rozhodovat o sobě samém. K zajištění tohoto ideálu jsou zapotřebí určité podmínky (dostatek prostoru, plné zdraví, vhodné zaměstnání), které nejsou vždy dostupné. V žádném případě však rodina nesmí zůstat v péči opuštěna a žít v nejistotě, zda poskytuje správnou a adekvátní péči, z tohoto důvodu vznikla forma domácí péče, která zajišťuje dlouhodobou spolupráci mezi zdravotníky a rodinou nemocného.

První specializovaná mobilní jednotka paliativní péče v ČR byla založena v roce 2001 v Praze z iniciativy Hospicového občanského sdružení Cesta domů. Nejprve byla uvedena do provozu Poradna domácí hospicové péče (2001), poté Domácí hospic jako pilotní projekt Ministerstva zdravotnictví ČR (2003). V roce 2005 byl Hospicovému občanskému sdružení Cesta domů udělen status nestátního zdravotnického zařízení.

Hlavním úkolem Cesty domů je především zajistit domácí péči umírajícím v celém hlavním městě Praze. Mezi další aktivity patří telefonická poradna, půjčovna speciálních pomůcek, klub Podvečer, veřejná specializovaná knihovna, ediční a edukační činnost a webový informačně-poradenský portál [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz). Činnost hospicového občanského sdružení se neustále rozšiřuje. (Haškovcová, c2007, s. 64-67)

#### Dostupnost domácí paliativní péče

Každý umírající, nevléčitelně nemocný a jeho rodina by měl mít právo se spolupodílet na rozhodnutí o místě, kde bude paliativní péče poskytována. Přístup ke kvalitní a adekvátní péči musí vycházet z potřeb pacienta a nesmí být omezován věkem, typem nemoci, zeměpisnou polohou, socioekonomickým postavením a finanční situací.

#### Základní principy domácí paliativní péče

- pacient a jeho rodina jsou společnými příjemci péče a zásadním způsobem se podílejí na vytváření plánu poskytované péče;
- domácí paliativní péče je komplexní, pečuje o fyzickou, psychickou, sociální a spirituální stránku pacienta a jeho rodiny;
- tým domácí paliativní péče je k dispozici 7 dní v týdnu 24 hodin denně;
- tým domácí paliativní péče je tvořen lékařem, zdravotní sestrou, sociálním a administrativním pracovníkem, koordinátorem dobrovolníků, popřípadě psychologem, ošetřovatelem, fyzioterapeutem, duchovním a dalšími odborníky;
- součástí je odborná léčba bolesti a dalších specifických příznaků provázejících umírání;
- paliativní tým poskytuje péči rodině a po dobu jednoho roku po smrti nemocného nabízí pozůstalým odborně vedenou službu doprovázení v období truchlení;
- tým domácí paliativní péče dle možností spolupracuje s praktickými lékaři, agenturami domácí péče a dalšími poskytovateli zdravotních a sociálních služeb;

- důležitou součástí tvoří školení a odborně vedení dobrovolníci.

#### Kritéria přijetí nemocného do domácí paliativní péče

Ze strany nemocného:

- pacient trpící nevléčitelnou chorobou (onkologické onemocnění, neurodegenerativní onemocnění, AIDS apod.) v preterminálním nebo terminálním stádiu;
- pacient byl seznámen se svým zdravotním stavem a dle svých možností porozuměl závažnosti své nemoci;
- pacient si přeje domácí paliativní péči a souhlasí s jejími principy, možnostmi i limity;
- neexistují závažné zdravotní, sociální či jiné důvody, které vylučují možnost péče v domácím prostředí.

Ze strany rodinných příslušníků či přátel nemocného:

- rodina je informována o zdravotním stavu nemocného a dle svých možností porozuměla prognóze nemoci;
- rodina rozumí možnostem a limitům domácí paliativní péče a souhlasí s jejími principy;
- rodina je ochotná se spolupodílet na domácí péči a v rodině je alespoň jedna osoba schopna převzít odpovědnost za nepřetržitou péči o pacienta. (Špinková a Špinko, 2004, s. 13-14)

#### **2.7.4 Hospice**

Hospic je samostatně stojící zařízení lůžkového typu poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům s nevléčitelným onemocněním v preterminální a terminální fázi (obvyklé období pobytu je 3 až 4 týdny). Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a člověku jako neopakovatelné, jedinečné bytosti, respektuje priority a potřeby pacienta, na kterého pohlíží jako na holistickou bytost. Hospic nemocnému zaručuje, že nebude trpět bolestí, že bude respektována jeho důstojnost a že v posledních chvílích života nezůstane sám. Dále poskytuje paliativní symptomatickou léčbu a současně uspokojuje potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální. Umožňuje doprovázení umírajících a jeho blízkých v posledních chvílích života. Neslibuje uzdravení ani vyléčení, ale možnost léčby.



Nikdy nebere naději. Péče jde zde zaměřena na individuální potřeby, přání a zajištění prostředí, v němž by mohl pacient zůstat až do konce v intenzivním kontaktu se svými nejbližšími. Tento cíl je zajišťován snahou o domácí atmosféru hospice, zajištěním soukromí a volným režimem pro rodiny a blízké. Návštěvy jsou neomezené 24 hodin denně všechny dny v roce. Prostor v mnohém připomíná domov a využívá pomůcky k usnadnění každodenního života. (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 511; Skála, c2011, s. 11; Svatošová, 2003, s. 123,130)

Důvod lůžkové hospicové péče může být diagnostický, léčebný, psychoterapeutický, azylový nebo pouze ušetření některých členů rodiny (především malých dětí) pohledu na umírající. O přijetí na hospicové lůžko rozhoduje hospicový lékař, který musí zvážit zdravotní stav a kapacitu volných lůžek. Pobyt je dobrovolný a jakákoliv protekce je naprosto neetická. (Svatošová, 2003, s. 128-131)

V současné době v České republice existuje 15 lůžkových hospiců (příloha P III), které zajišťují nejen lůžkovou paliativní péči, ale také respitní, odlehčovací, edukační služby a poradenství. (Co je hospic, c2013)

### **2.7.5 Oddělení paliativní péče**

Oddělení paliativní péče (OPP) v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice) poskytuje péči nemocným, kteří potřebují komplexní paliativní péči a zároveň pro diagnostiku a terapii ostatní služby a vybavení nemocnice. Tato oddělení slouží pacientům s většími nároky na zajištění základních potřeb, kteří vyžadují kvalifikovaný interdisciplinární tým. Dle možností daného zařízení se OPP snaží o realizaci hospicového ideálu. OPP je využíváno jako lůžková základna pro konziliární tým paliativní péče a má významnou edukační a výzkumnou funkci. (O organizaci paliativní péče, 2004, s. 29; Sláma a Špínka, 2004, s. 25)

### **2.7.6 Konziliární tým paliativní péče**

Tato forma specializované paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice, léčebny) zajišťuje interdisciplinární odbornou znalost v oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních různého typu. Usiluje o pocit návaznosti péče, ovlivňuje kvalitu poskytované paliativní péče a nepřímo zajišťuje edukaci ostatních zdravotníků. Konziliární tým je tvořen lékařem, sestrou a sociálním pracovníkem. V rámci ČR není tato forma péče rozšířena.

### **2.7.7 Specializovaná ambulance paliativní péče**

Poskytuje ambulantní péči pacientům v domácím prostředí či zařízeních sociální péče, kteří jsou schopni ambulanci navštívit. Ve většině případů úzce spolupracuje s praktickými lékaři, zařízeními obecné domácí péče a specializované paliativní péče. Ambulance může působit při lůžkových hospicích, odděleních paliativní péče v lůžkových zařízeních, popřípadě jako součást zařízení domácí paliativní péče. (Sláma a Špinka, 2004, s. 25; Radbruch a Payne a kolektiv, 2010, s. 59)

### **2.7.8 Denní stacionář paliativní péče**

*Denní hospicový stacionář* umožňuje prostřednictvím denních návštěv řešit zdravotní problémy pacientů a současně nabízí sociální, rehabilitační, relaxační, zájmové a edukační aktivity dle potřeb a možností pacienta. Účelem je také poskytnout oddech a volný čas hlavnímu pečovateli. V zahraničí obvykle úzce spolupracuje s lůžkovým hospicem. (O organizace paliativní péče, 2004, s. 29)

### **2.7.9 Zvláštní zařízení specializované paliativní péče**

Mezi tato zařízení patří specializované poradny a tísňové linky, zařízení pro určené diagnostické skupiny a další. (Sláma a Špinka, 2004, s. 25)

## 3 RESPEKTOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

### 3.1 Lidská důstojnost

Lidská důstojnost je základním právem každého člověka, které by mělo být chráněno a respektováno. Z právního hlediska je zajištěna několika ustanoveními:

- Ústavou České republiky, jež obsahuje Listinu základních práv a svobod (Článek 1);
- Úmluvou na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny;
- Zákonem 20/1966 Sb. v odstavci Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví;
- Etickým kodexem České lékařské komory;
- Etickým kodexem sester vypracovaným Mezinárodní radou sester (příloha P V);
- Etickým kodexem Práva pacientů (příloha P VI);
- Etickým kodexem Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (příloha P VII). (Kutnohorská, 2007, s. 51; Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 30)

#### 3.1.1 Definice pojmu

Důstojnost člověka neboli základní hodnota lidského bytí je považována za jednu z nejvyšších hodnot kvality života podmíněnou zdravotním stavem a poskytováním zdravotní a sociální péče. (Kalvach, 2010, s. 25)

Tento projev úcty spadá do etické a morální oblasti člověka zdůrazňující vědomí o významu osobnosti a uznání jeho práv. Je spojena s úctou, autonomií, ovládním, osobní ctí a schopností o sobě rozhodovat. Přirozeně od společnosti očekáváme zachování naší úcty a v případech opaku usilujeme o její získání. Problémem jsou situace, kdy se stáváme závislími na našem okolí a musíme útrpně snášet snižování hodnoty naší osoby jak verbální tak nonverbální.

Tato morální kategorie je ovlivněna výchovou člověka, prostředím i vlastními zkušenostmi. Lze ji rozdělit na vnitřní a vnější. Do vnitřní důstojnosti spadají hodnoty každé osoby, která je nosí v sobě již od narození, jež jsou dále formovány okolím a vlastní zkušeností. Vnější důstojnost zahrnuje hodnoty dané společností, co je a co není důstojné ze společen-

ského hlediska. (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 12; Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 29-30; Lam, 2007, s. 30)

### 3.1.2 Typy důstojnosti

V rámci projektu Důstojnost a starší Evropané by rozpracován model rozlišující čtyři druhy důstojnosti:

- důstojnost zásluh;
- důstojnost mravní síly;
- důstojnost osobní identity;
- Menschenwürde.

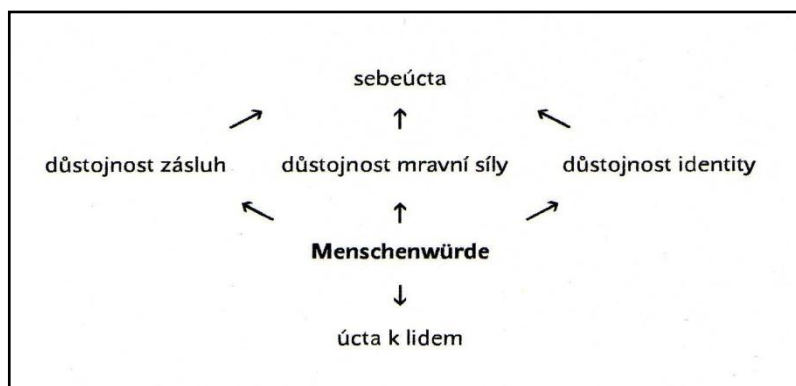
Důstojnost zásluh je určována postavením ve společnosti v souvislosti se zastávanou funkcí, sociálním a ekonomickým statutem.

Důstojnost mravní síly zdůrazňuje mravní svébytnost, nezávislost či integritu člověka, shodu člověka s mravními zásadami. Tato forma je mnohdy dočasná a proměnlivá v závislosti na chování a jednání v různých situacích. Člověk může ztratit sebeúctu a přijít i o úctu ostatních.

Důstojnost osobní identity je často spojena s celoživotní identitou, sebeúctou, vlastní zodpovědností, a proto je nejdůležitější u starších osob. Hlavními složkami tohoto pojmu jsou začlenění do společnosti, vědomí pevného já, fyzická totožnost a smysluplnost vlastního života. K devalvaci důstojnosti druhých dochází různými způsoby narušováním soukromí, omezováním vlastní nezávislosti či tělesným poškozováním. Tato forma je nejčastější u nemocných či starších pacientů, u kterých dochází k fyzickým změnám, narušení vlastní identity, ztrátě povolání a soběstačnosti, postupné závislosti na druhých, čímž dochází k narušení intimity a rozhodování o vlastní osobě.

Menschenwürde, německy označovaná důstojnost lidské bytosti odkazuje na nezcizitelnou nepozbytnou důstojnost, která se váže k univerzální hodnotě lidské bytosti, k náboženskému pojetí člověka jako božího tvora a nesmrtelnosti lidské duše. Respekt k lidem vychází z obecného pojetí lidství, není ovlivňován mravní kulturou ani pocity lidí. Úcta je projevována všem lidem bez ohledu na tělesný, psychický či sociální stav. Koncept Menschenwürde je zdůvodněním pevné ochrany důstojnosti všech lidských bytostí, i těch, které si obsah dění kolem sebe vůbec či z části neuvědomují (pacienti v bezvědomí, vigil-

ním kómatu, s mentální retardací, demencí). (Kalvach, 2011, s. 25-26; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 12-14)



Obrázek 1 Model důstojnosti (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 14)

### 3.1.3 Vlivy vedoucí k porušování lidské důstojnosti

#### Závislost na druhých (stáří, nemoc, handicap)

V období, kdy člověk prožívá těžké životní situace, jako jsou nemoc nebo ztráta soběstačnosti, vyžaduje odbornou zdravotní či sociální péči. Očekává, že mu bude poskytnuta s ohledem na důstojnost, autonomii a úctu. V mnoha případech však dochází k devalvaci, ponižování a snižování hodnoty člověka z důvodu přepracovanosti, únavy, syndromu vyhoření, zahlcenosti papírovou prací či neznalosti profesionálů, jak jednat s lidmi v těžkých životních situacích.

#### Věk

Nejcitlivější a nejzranitelnější skupinou jsou senioři. Se stoupajícím věkem dochází k postupnému omezení pohyblivosti, rychlosti, poklesu vytrvalosti a obratnosti, snížení svalové síly. Potřebují pomoc nebo alespoň dopomoc při všech denních aktivitách a jejich schopnost učení je mnohem horší než v mládí. V důsledku těchto změn vzniká řada tvrzení, že senior o sobě není schopen rozhodovat a je třeba, aby to někdo činil za něj v jeho prospěch. V souvislosti s nárůstem stárnoucí populace a péčí o ni se objevuje problém zvaný ageismus neboli věková diskriminace.

#### Systém zdravotní a sociální péče

Na základě složitého systému péče pod nadvládou byrokracie mnohdy dochází k opomíjení holistického přístupu k člověku. Důraz je kladen na moderní technické vybavení, diagnos-

tické výsledky, hodnoty a výkony, ale nikoli na člověka. Pacient se stává pouhou diagnózou či objektem poskytované péče.

### Komunikační bariéry

Mezi faktory, které ovlivňují podstatu komunikace, patří chtít, umět a moci.

Chtít znamená aktivní zapojení zdravotníka do komunikace, zjišťování informací, aktivní naslouchání a ověření zpětné vazby. Chtít na straně pacienta vyjadřuje ochota svěřit se, poskytnout informace a zapojit se do řešení svého problému.

Umět na straně zdravotníka zahrnuje nejen základní komunikační dovednosti, ale také zájem a ochotu zlepšovat své schopnosti. Umět z pohledu pacienta s sebou nenese žádné specifické požadavky, jde především o zcela přirozenou komunikaci.

Moci, neboli schopnosti a možnosti komunikovat, jsou spíše překážkou z pohledu pacienta, který musí informace vnímat a uchovávat v paměti, aby je byl schopen přijímat a zpracovávat. Potíže se objevují u pacientů s narušením či poškozením smyslových orgánů (zrak, sluch, hmat), dezorientací v prostoru, pomalejším chápáním, jazykovou bariérou a další. (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 31-32)

## **3.2 Respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných**

Z etického a mravního aspektu je ochrana lidské důstojnosti nepostradatelná i u pacientů v těžkém zdravotním stavu, terminálním stádiu onemocnění, bezvědomí a další. Respektování těchto bezbranných a často nevnímajících pacientů je důležité i pro jejich rodiny, spolupacienty a v neposlední řadě pro ošetřující zdravotnický personál, u kterého ovlivňuje úroveň poskytované péče a vlastní sebehodnocení. (Kalvach, 2010, s. 26)

Terminálně nemocný a umírající člověk je osobností do posledního dechu. Jeho důstojnost mu náleží od počátku až do konce jeho bytí. (Munzarová, 2005, s. 70-71)

### **3.2.1 Možné příčiny a projevy nerespektování důstojnosti**

Lidská důstojnost jako hodnota člověka se týká nejen pacientů ale i samotných pečujících. Na základě již zmíněné studie (Důstojnost a starší Evropané) vznikl model důstojnosti, z něhož vyplývá následující: pokud si člověk nedokáže vážit sám sebe, nemůže si vážit ani ostatních a respektovat jejich důstojnost.

Do důstojnosti zásluh patří profesní i ekonomická role, kterou člověk zaujímá ve společnosti. Pozice ošetřujícího personálu není nikterak významně oceněna ani ohodnocena. Vždy je upozorňováno na chyby, omyly, negativa či špatné praktiky. Jen v málo případech je zdůrazňována náročnost profese a její úspěchy.

Působení v souladu s morálkou a naší sebeúctou je hlavním prvkem důstojnosti mravní síly. V praxi existuje řada situací, kdy se profesionálové stávají svědky, účastníky nebo dokonce vykonavateli porušující mravní zásady. Pokud se ovšem snaží o opak, jsou umlčeni, vyřazeni z kolektivu či vyhozeni nebo jsou naopak vytrvalí a silní, nepodléhají nátlakům společnosti, ale dochází u nich k psychickému vyčerpání až depresím.

Poslední složkou je důstojnost osobní identity, což znamená jisté vědomí vlastního já. Způsob, jak na sebe nahlíží samotní zdravotníci. Představa rovnocenných partnerů s lékaři a ostatními odborníky je mylná, podobá se spíše podřízené roli služebníka, který pouze vykonává příkazy a úkoly nadřízených. (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 34)

Projevy nedostatku důstojnosti při poskytování ošetřovatelské a sociální péče nejsou vždy stejné, mohou mít řadu podob v závislosti na různorodosti ošetřujícího personálu.

Dle Ministerstva zdravotnictví Velké Británie to může být:

- zanedbávání pacientů při péči nebo jejich úplné ignorování;
- ošetřování bez řádného oslovení, mlčky či jiným nevhodným a nepřiměřeným způsobem;
- způsob ošetřování pacienta jako objektu diagnostických a terapeutických metod nikoliv jako člověka;
- nerespektování a narušování soukromí během poskytované péče (hygienická péče na pokoji místo v koupelně, vyprazdňování na pokoji místo toalet, obecně ošetřování ve spěchu bez patřičného zájmu a vyslechnutí).

Na základě studie Důstojnost a starší Evropané byly zjištěny tyto projevy porušování lidské důstojnosti:

- verbální i nonverbální hrubost;
- nezájem o pacienty a pohrdání jimi;
- lhostejnost a lenost při poskytování péče;
- zesměšňování pacientů;

- přehlížení pacienta při vykonávání ošetrovatelské činnosti nebo chování k lidem jako k věcem;
- zájem soustředěn na věcnou stránku péče;
- narušování soukromí a studu;
- nedodržování zásad slušného chování (zaklepání před vcházením do pokoje, představení se, pozdrav);
- neinformovanost pacientů o průběhu poskytované péče;
- neformálnost a nezdvořilost při kontaktu s pacienty;
- realizace ošetrovatelských výkonů bez vysvětlení a řádného souhlasu;
- nedostatek času a prostoru na rozhovor;
- opomíjení pacienta při konverzaci v jeho přítomnosti;
- lež a podvod;
- neuctivé zacházení v období umírání i po něm. (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 33)

### 3.2.2 Zásady poskytování důstojné péče

Důstojná péče by měla být projevem naší lásky k bližnímu. Pečovat neboli starat se o někoho znamená odkrýt své nitro, věnovat svůj čas, náklonnost, zájem a podporu s cílem zlepšit snesitelnost dané situace. (Munzarová, 2008, s. 48-57)

Lidská důstojnost by měla být respektována v následujících oblastech: úcta, komunikace, sociální integrace, autonomie, soukromí, hygiena a osobní úprava, stravování, stížnosti, zneužívání, whistleblowing.

Úcta, vážnost nebo také respekt, hodnoty, které by měly být zachovávány při každodenním kontaktu s pacientem. Jak projevovat úctu:

- zajistit vzdělávání a školení zdravotnického personálu (nelékařský pomocný personál pečující v domácím prostředí) v oblasti projevu úcty k pacientovi;
- zaměřit se na člověka jako na bytost, ne na příjemce služby či výkonu;
- oslovovat pacienta dle jeho přání;
- zajistit stimulační terapii u pacientů s kognitivními poruchami (demencí), která umožňuje udržet osobní identitu;
- rozšířit ošetrovatelský plán i na čas pro rozhovor s pacientem;
- zapojit pacienty do plánování ošetrovatelské péče, umožnit vyjádřit přání a vlastní názory;



- podporovat mezigenerační aktivity.

Komunikace obsahuje mnoho složek zahrnující sběr a předávání informací, oslovení i naslouchání pacientů. Rady k zajištění vhodné komunikace jsou uvedeny v kapitole Komunikace s terminálně nemocnými.

Sociální integrace neboli začlenění je důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu života a nezávislost nemocných. U umírajících dochází k omezení sociálních kontaktů, aktivit a ke ztrátě potřebnosti. Jejich užitečnost a prospěšnost pro společnost zvyšuje autonomii, nezávislost a pocit důstojnosti i oni potřebují navazovat nové nebo udržovat alespoň ty stávající sociální kontakty. Možné způsoby zajišťování sociální inkluze:

- udržovat kontakty s rodinou, přáteli a nejbližšími;
- zachovávat kulturní (divadlo, koncerty) a občanské aktivity (volnočasové aktivity);
- zajišťovat si základní služby (nákup, zdravotní péče);
- udržovat pocit bezpečí ve svém okolí;
- poskytnout možnost využít finanční služby (vlastní bankovní účet, kreditní karta);
- umožnit jet na dovolenou, zájezdy, využívat komunální služby.

Autonomie se velmi úzce pojí s lidskou důstojností. Vyjadřuje samostatnost, svébytnost či nezávislost člověka při rozhodování o svém životě. K jejímu ohrožení může dojít ve všech systémech péče, které poskytují pomoc a podporu v uspokojování základních potřeb pacientů. Přístupy vedoucí k zachování autonomie:

- přistupovat ke všem pacientům rovnocenným způsobem;
- nepoužívat odbornou terminologii a slang;
- umožnit pacientům rozhodovat o své osobě i o péči;
- vést kvalitně dokumentaci (biografie, zvyky);
- získávat dovednosti v oblasti podpory pacientů se smyslovými a komunikačními bariérami;
- zaměřit se na prevenci narušování autonomie člověka.

Soukromí, stud, diskrétnost jsou citlivé oblasti týkající se každodenního jednání zdravotníků. Vždy by měla být péče poskytována takovým způsobem, aby co nejméně narušovala soukromí pacienta. Rozhovory mezi zdravotníky, pacienty a jejich rodinami by měly být vedeny ve speciálních místnostech, ne na chodbě či veřejnosti.

Příklady nerespektování soukromí a studu:

- realizace ošetrovatelských výkonů, hygienické péče, vyšetřování pacienta na pokojích bez využití zástěn, za přítomnosti spolupacientů či jiných osob;
- nevhodné oblečení (tzv. *anděl* u chodícího pacienta);
- převážení odhalených pacientů přes veřejné prostory;
- nedostatek osobního prostoru (z důvodu přistýlek);
- nucení ležících pacientů vykonávat svou potřebu do plen (z důvodu pohodlnosti pro personál) místo podložení mísy;
- hospitalizace na smíšených odděleních.

Způsoby zajišťování soukromí:

- poučit veškerý personál o ochraně studu a soukromí pacientů;
- informace o zdravotním stavu předávat v soukromí a pouze se souhlasem pacienta;
- chránit veškerou zdravotní dokumentaci, osobní i finanční záznamy;
- před vstupem do pokoje zaklepat a vyčkat na vyzvání;
- s osobními věcmi doklady manipulovat pouze se souhlasem pacienta, neotvírat osobní poštu;
- umožnit využití vlastních věcí (v zařízení sociální péče, hospici), chránit osobní prostor;
- respektovat stud a soukromí i v situaci intenzivního sledování;
- zajistit vhodné oblečení a soukromí při výkonech vyžadující odhalování těla.

Hygiena a osobní úprava patří mezi běžné činnosti každodenního života. Týká se nejen celkové hygieny, sprchy, holení, péče o dutinu ústní, vlasy, kůži, nehty, vyprazdňování, oblékání a svlékání, čistotu osobního a ložního prádla, ale také čistotu prostředí, ovzduší a možnosti využití osobních pomůcek a vybavení (v případě sociálních zařízení).

Zásady týkající se hygienické péče:

- zajistit soukromí při vykonávání hygienické péče, při vyprazdňování, provádění ošetrovatelských výkonů;
- využít zástěny či plenty, upřednostnit WC, koupelny, požádat spolupacienty o soukromí;
- respektovat přání pacienta;
- zajistit oddělené koupelny (pro muže a ženy) a vhodné oblečení.

Podávání stravy je obecně velkým problémem ve všech typech zařízení, který se nezaměřuje na individuální přání a zvyklosti pacienta. Často je opomíjen její význam, ovlivnění zdravotního stavu a komfortu nemocných.

Doporučení související se stolováním a stravováním:

- pravidelně provádět nutriční screening u rizikových skupin pacientů ve všech typech zařízení;
- věnovat pozornost individuálním potřebám pacientů týkající se stravování s ohledem na kulturní rozdíly;
- sledovat denní příjem potravy a tekutin a zajistit jeho dostatečné množství v průběhu celého dne;
- zajistit dostatek času, vhodné prostředí, v případě potřeby dopomoc na odpovídající úrovni;
- dodržovat stravovací návyky (příbor, kompletní pokrm);
- umožnit konzultace jídelníčků s nutričním terapeutem;
- zvyšovat vzdělání zdravotníků v oblastech hydratace a nutrice.

Stížnosti na poskytovanou péči jsou u nás dle Holmerové málo obvyklé. Problémy vedoucí ke stažení či nevyjádření stížností jsou ze stran pacientů následující: problémy s formulací, s orientací v systému péče, strach ze zapříčinění problému, z nezájmu o problém či z odplaty ze strany personálu. Pokud se však stížnost objeví, je třeba ji řešit v co nejkratším čase a na co nejnižší úrovni. Zdravotníci je musí brát jako zpětnou vazbu jimi poskytované péče.

Zneužívání osob je ojedinělý nebo opakovaný způsob špatného zacházení s lidmi po stránce tělesné, psychické, finanční, materiální a sexuální. Zdravotnické praxe se v největší míře týká zanedbávání neboli neuspokojování tělesných, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta, ignorace pacienta, nepodání či zadržování informací, stravy, tekutin a léků. Diskriminace je nejčastěji namířena proti seniorům (ageismus), lidem s postižením či umírajícím.

Naším právem a zákonnou povinností je nahlásit jakoukoli formu násilí na pacientech.

Whistleblowing vyjadřuje udávání či donášení v pozitivním slova smyslu. Jedná se o upozornění na chyby při poskytování péče jedním ze členů týmu. Tito lidé nejsou oblíbení, jsou však podporováni ze strany organizace, neboť dochází ke zvyšování úrovně poskyto-

vané péče. (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 38-45; Kalvach, 2010, s. 26-27; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 18-21, 27-40).

### 3.2.3 A, B, C, D péče zachovávající důstojnost

Jedná se o dokument (A, B, C and D of dignity conserving care) napsaný kanadských psychiatrem (H. M. Chochinov), jež je určen poskytovatelům péče.

A Attitude – postoje, znamená poskytovat péči všem lidem bez ohledu na jejich chování a jednání, neodsuzovat je, ani je nesoudit, ale snažit se porozumět.

B Behaviour – chování, jež je formováno našimi postoji. Mělo by být laskavé, vstřícné, s úctou k dané osobě, s projevy vlastní iniciativy a zájmu o člověka, neměly bychom čekat na prosbu, ale aktivně nabízet své schopnosti a kvality. Samozřejmě s ohledem na to, aby nedošlo k jejich zneužívání.

C Compassion – soucit. Projev empatie a soucitu je vyjádřením respektu k utrpení člověka, sděluje pocity vyvolané kontaktem s pacientem. Její míra závisí na vlastních zkušenostech s nemocí a utrpením.

D Dialogue – rozhovor, je základem veškeré spolupráce zdravotníka a pacienta. Zahrnuje získávání informací, plánování ošetrovatelského procesu, citové rozpoložení, vyjádření vlastního názoru ale také rozhodování o sobě samém. (Holmerová, Jurašková a Zikmundová, 2007, s. 45-47)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA PRŮZKUMU

### 4.1 Cíle

#### 4.1.1 Hlavní cíl

Zhodnotit přístup všeobecných sester k respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných při poskytování paliativní péče v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen LDN).

#### 4.1.2 Dílčí cíle

- Zmapovat postoj všeobecných sester k respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných při uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb.
- Zhodnotit dodržování zásad důstojné komunikace s terminálně nemocnými.
- Zjistit možné rozdíly v poskytování důstojné péče o terminálně nemocné v hospicích a v LDN.

### 4.2 Průzkumná metoda

K získání potřebných dat byla použita metoda dotazníkového šetření. Jedná se o kvantitativní metodu. Bártlová ve své knize *Výzkum a ošetrovatelství* uvádí: *Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku.* (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2008, s. 98)

Dotazník obsahuje 29 otázek (příloha P VIII). Jednotlivé položky byly formulovány na základě předem stanovených cílů. Úvod dotazníku tvoří vstupní část, která je zaměřena na seznámení respondentů s průzkumníkem, s tématem, účelem prováděného průzkumu a obsahuje poděkování za ochotu, spolupráci a zdůraznění anonymity respondentů. V závěru jsou uvedeny pokyny k vyplnění.

Dotazník se skládá z uzavřených, polouzavřených i otevřených otázek. Respondenti vybírali vyhovující odpověď z výčtu uvedených možností, popřípadě doplnili další eventualitu. Otevřené otázky sloužily k samostatnému vyjádření respondentů.

Formy otázek v dotazníku:

- Nezávisle proměnné, identifikační, uzavřené, dichotomické – 1;
- Nezávisle proměnné, identifikační, uzavřené, výběrové – 2;
- Nezávisle proměnné, identifikační, polouzavřené, výběrové – 3;
- Nezávisle proměnné, uzavřené, výběrové – 4;
- Nezávisle proměnné, uzavřené – 5, 6;
- Nezávisle proměnné, uzavřené, filtrační – 7;
- Závisle proměnné, uzavřené, polytomické, výběrové – 8, 13, 28;
- Závisle proměnné, polouzavřené, výběrové – 9, 14, 15, 18, 20, 21;
- Závisle proměnné, uzavřené, dichotomické – 10, 12, 17;
- Závisle proměnné, otevřené – 11;
- Závisle proměnné, polouzavřené, výčtové – 16, 19, 22, 24, 25;
- Závisle proměnné, uzavřené, polytomické, filtrační, výběrové – 23;
- Závisle proměnné, uzavřené, polytomické – 26;
- Závisle proměnné, polytomické, kontrolní, výběrové – 27;
- Závisle proměnné, uzavřené, filtrační – 29.

### **4.3 Organizace průzkumného šetření**

Průzkumnému šetření předcházela pilotní studie uskutečněná v měsíci prosinci. Dotazník byl vyplněn 10 respondenty, jejichž úkolem bylo zhodnotit úplnost odpovědí a srozumitelnost stanovených otázek. Na základě výsledků pilotní studie byly upraveny pokyny pro vyplnění dotazníku a doplněny možné odpovědi v otázce č. 15. Po úpravě a schválení dotazníku vedoucí práce byla rozdána konečná forma dotazníku.

Dotazníkové šetření probíhalo v měsících lednu a únoru. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Výsledný počet vrácených dotazníků činil 110, návratnost byla tedy 92 %.

### **4.4 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Průzkumné šetření bylo zaměřeno na všeobecné sestry pracující v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných. Vzhledem k náročnosti získat cílený počet respondentů bylo vybráno 7 zařízení z Olomouckého, Jihomoravského, Moravskoslezského a Zlínského kraje. Dotazník byl rozdán všeobecným sestřám prostřednictvím vrchních a staničních sester.

## **4.5 Zpracování získaných dat**

Získaná data byla zaznamenána do tabulek a dále zpracována do prostorových sloupcových grafů v programu Microsoft Office Excel 2007. Uvedené výsledky byly doplněny slovním komentářem.

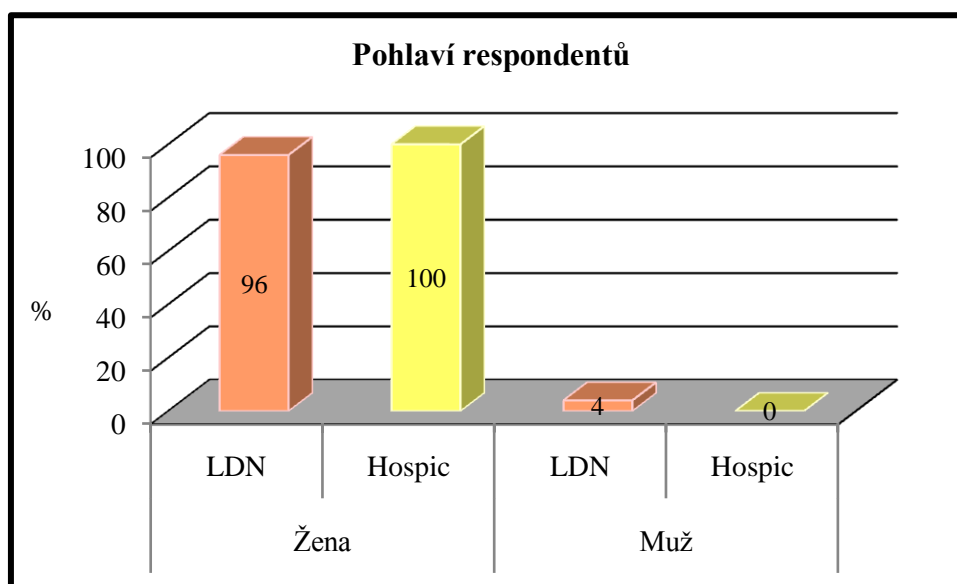


## 5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tab. 1 Pohlaví respondentů

Možné odpovědi	LDN			HOSPIC		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Žena	53	0,96	96	55	1,00	100
Muž	2	0,04	4	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 1 Pohlaví respondentů

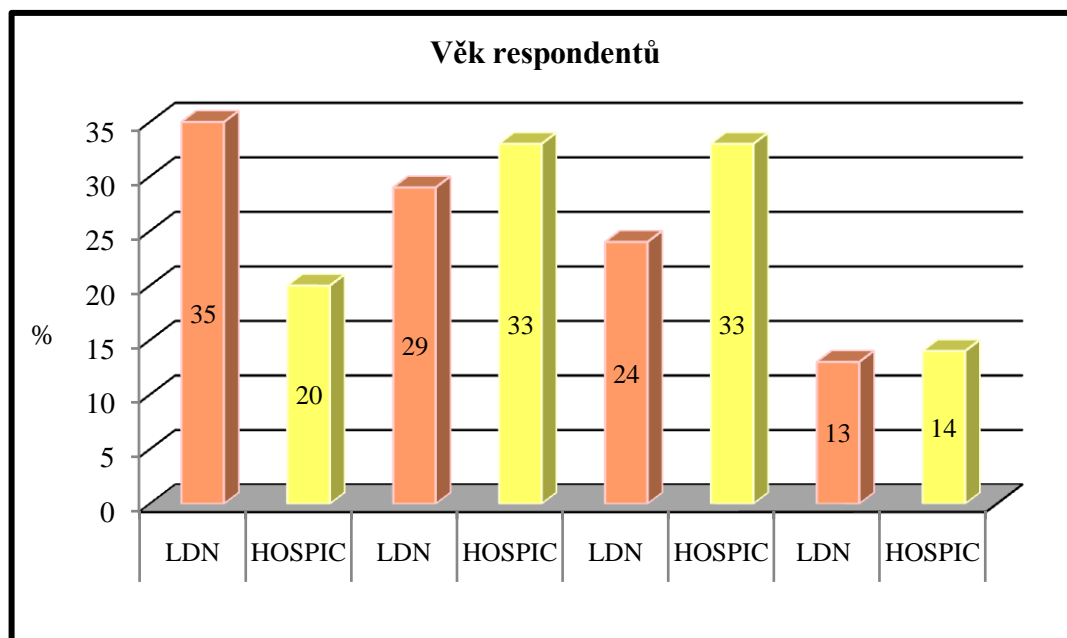
### Komentář:

V LDN se dotazníkového šetření zúčastnilo 96 % žen a 4 % mužů, v hospici bylo 100% zastoupení žen.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tab. 2 Věk respondentů

Možné odpovědi	LDN			HOSPIC		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
19-30	19	0,35	35	11	0,20	20
31-40	16	0,29	29	18	0,33	33
41-50	13	0,24	24	18	0,33	33
51 a více	7	0,13	13	8	0,14	14
<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 2 Věk respondentů

#### Komentář:

Nejvyšší počet respondentů v LDN je zastoupen ve věkové kategorii 19-30 let, a to v 35 %, poté následuje kategorie 31-40 let v počtu 29 %, věkové rozmezí 41-50 let je zastoupeno 24 % a 51 a více let činí pouze 13 %.

V hospici jsou na stejném místě kategorie 31-40 let a 41-50 let, zastoupené 33 %, poté následuje věkové rozmezí 19-30 let s 20 % a nakonec 51 a více let, které činí 14 %.

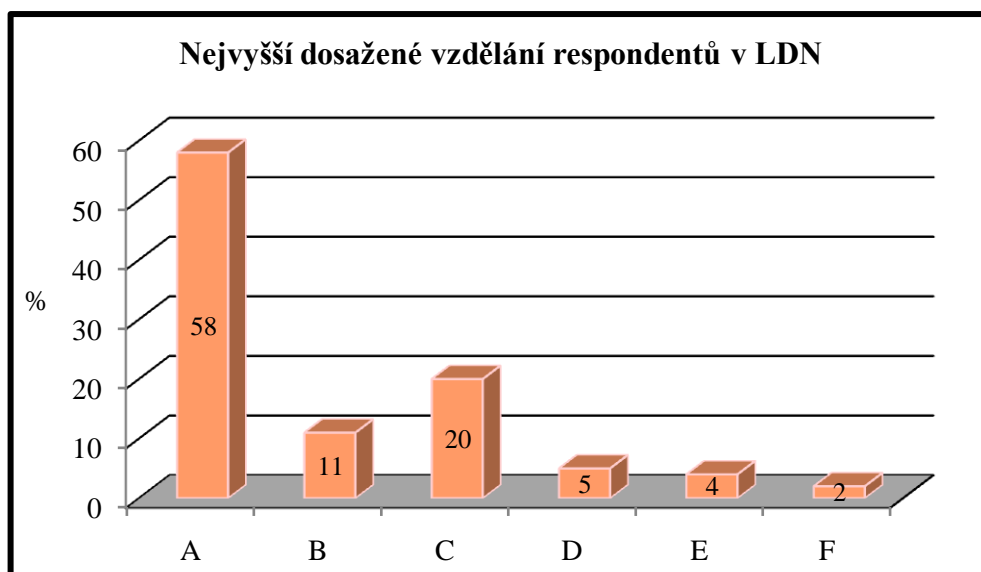
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v LDN

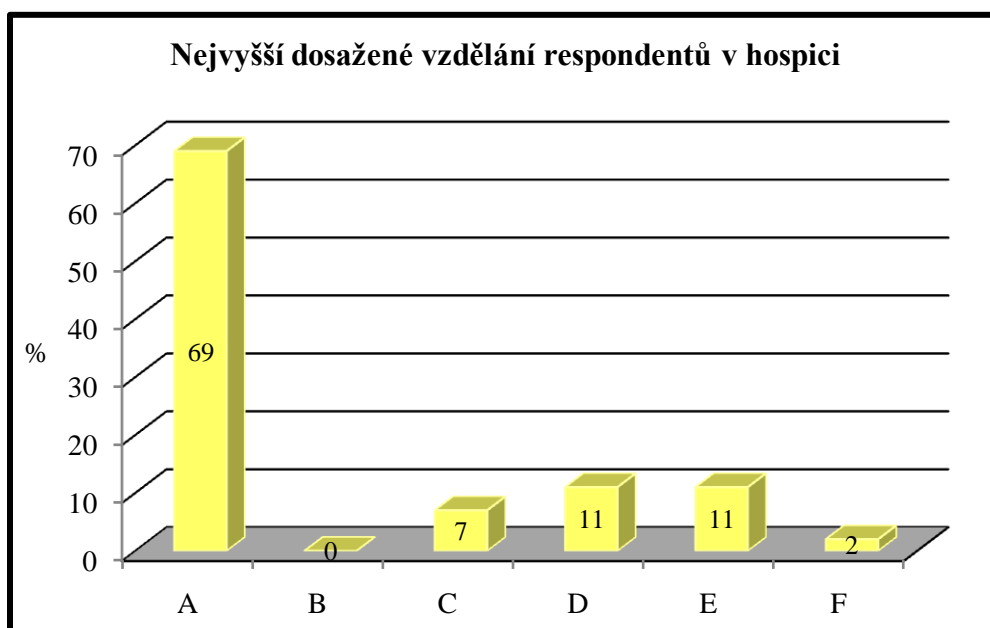
	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Středoškolské s maturitou - všeobecná sestra	32	0,58	58
B	Středoškolské s maturitou – zdravotnický asistent	6	0,11	11
C	Vyšší odborné	11	0,20	20
D	Vysokoškolské - Bc.	3	0,05	5
E	Vysokoškolské - Mgr.	2	0,04	4
F	Jiné:	1	0,02	2
<b>CELKEM</b>		<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Středoškolské s maturitou - všeobecná sestra	38	0,69	69
B	Středoškolské s maturitou – zdravotnický asistent	0	0,00	0
C	Vyšší odborné	4	0,07	7
D	Vysokoškolské - Bc.	6	0,11	11
E	Vysokoškolské - Mgr.	6	0,11	11
F	Jiné:	1	0,02	2
<b>CELKEM</b>		<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v LDN



*Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v hospici*

**Komentář:**

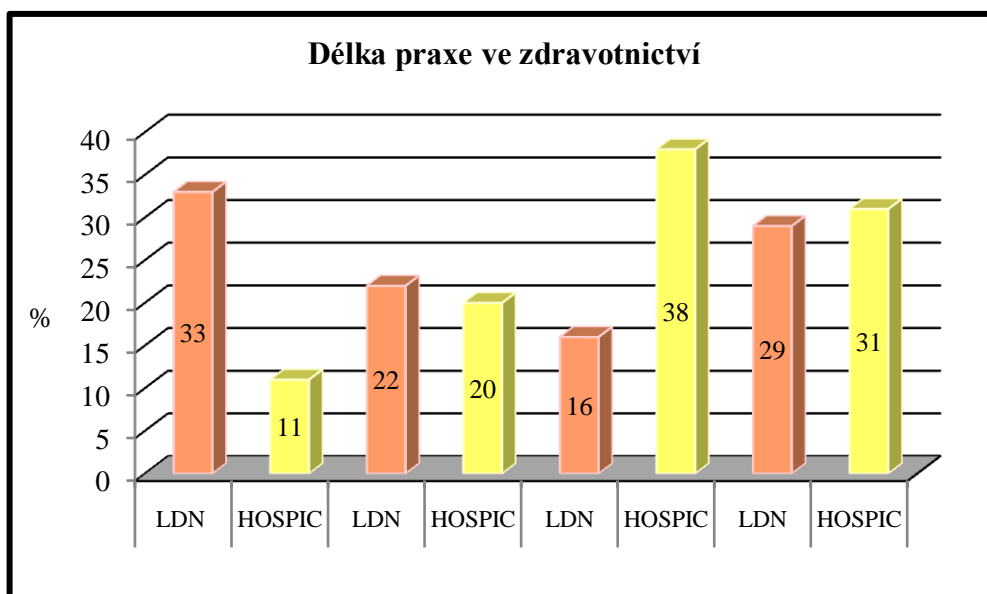
Z celkového počtu dotazovaných v LDN tvoří 58 % respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou – všeobecná sestra a 11 % se středoškolským vzděláním s maturitou – zdravotnický asistent. Vyšší odborné vzdělání má 20 % respondentů, vysokoškolsky vzdělaní respondenti na úrovni bakaláře jsou zastoupeni v počtu 5 % a na úrovni magistra 4 %. K možnosti jiné se vyjádřily 2 % respondentů, jejich vzdělání zahrnuje středoškolské s maturitou a akreditovaný kurz pracovníci v sociálních službách.

V hospici zaujímá nejvyšší počet 69 % středoškolské vzdělání s maturitou – všeobecná sestra. Na stejné úrovni se s 11 % nachází vysokoškolské studium bakalářské i magisterské. Nižší počet 7 % respondentů má vyšší odborné vzdělání a pouze 2 % zvolily položku jiné (středoškolské vzdělání s maturitou – všeobecná sestra a dvakrát doškolován). Možnost středoškolské vzdělání s maturitou – zdravotnický asistent se v hospici nevyskytla.

Otázka č. 4: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tab. 5 Délka praxe ve zdravotnictví

Možné odpovědi	LDN			HOSPIC		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
0-5 let	18	0,33	33	6	0,11	11
6-10 let	12	0,22	22	11	0,20	20
11-20 let	9	0,16	16	21	0,38	38
21 a více	16	0,29	29	17	0,31	31
<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví

#### Komentář:

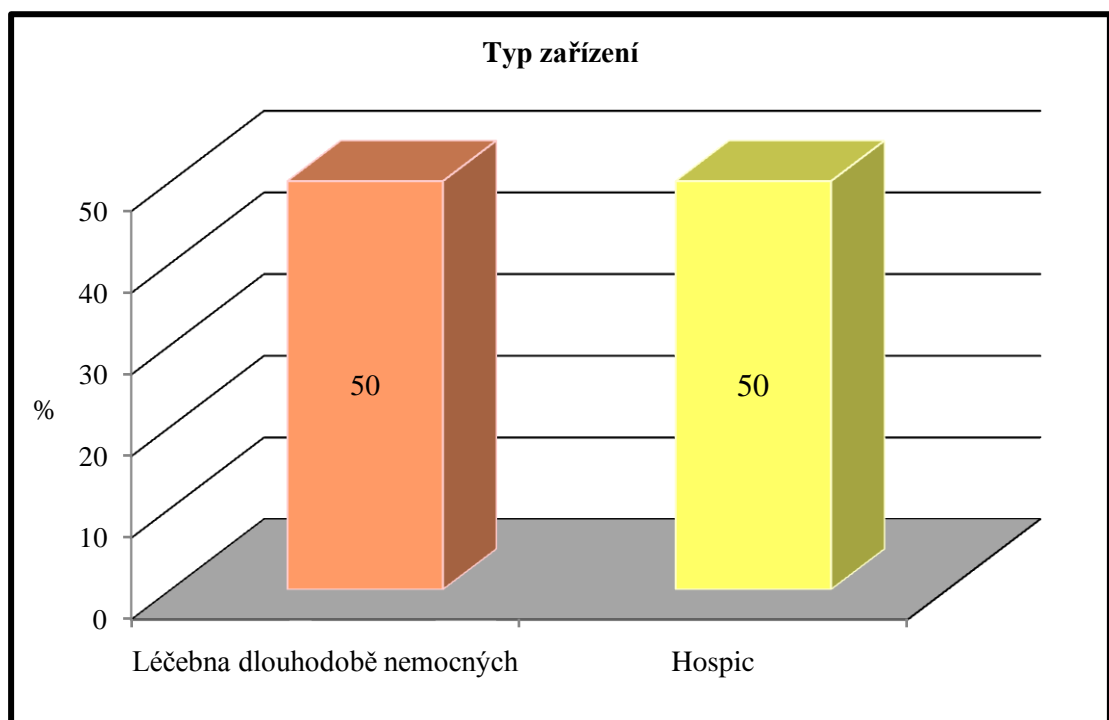
Z grafu je patrný rozdíl v délce praxe zdravotníků pracujících v LDN a hospici. V LDN pracuje ve zdravotnictví 0-5 let 33 % respondentů, 6-10 let 22 %, 11-20 let 16 % a 21 a více let 29 % respondentů.

V hospici je nejvíce zastoupena (38 %) skupina s praxí 11-20 let, poté následuje s 31 % 21 let a více. 20 % tvoří respondenti pracující 6-10 let v oboru a nejmenší kategorii náleží 11 % (0-5 let praxe).

Otázka č. 5: Ve kterém zařízení pracujete?

Tab. 6 Typ zařízení

Možné odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Hospic	55	0,50	50
Léčebna dlouhodobě nemocných	55	0,50	50
<b>CELKEM</b>	<b>110</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 6 Typ zařízení

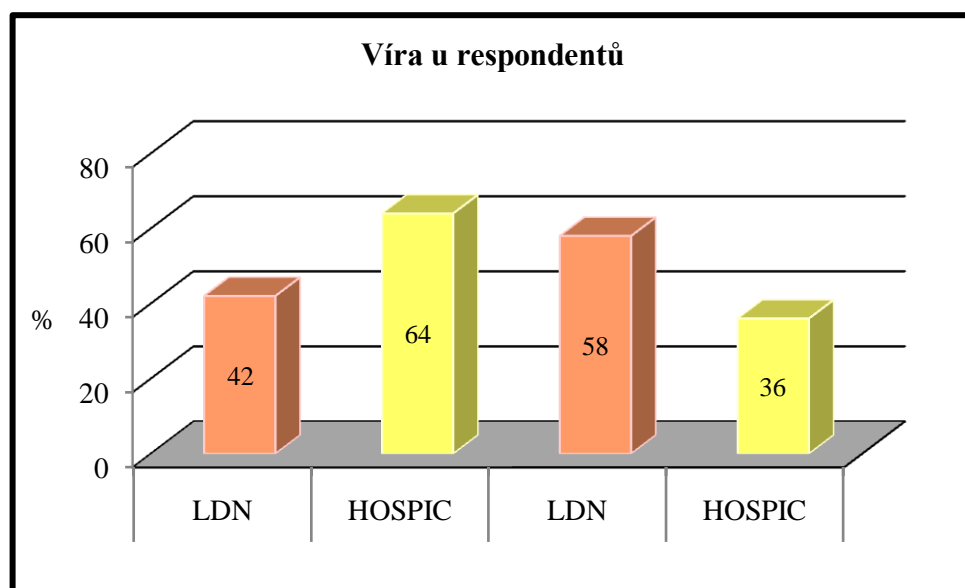
**Komentář:**

Průzkumu se účastnilo 50 % (tj. 55) respondentů z LDN a 50 % (tj. 55) respondentů z hospice.

Otázka č. 6: Jste věřící?

Tab. 7 Víra u respondentů

Možné odpovědi	LDN			HOSPIC		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	23	0,42	42	35	0,64	64
Ne	32	0,58	58	20	0,36	36
<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 7 Víra u respondentů

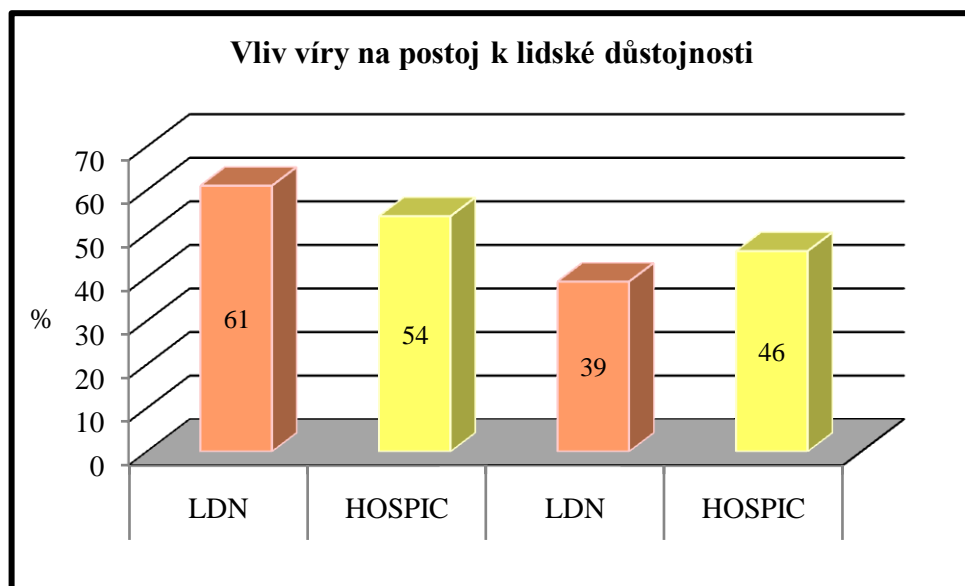
**Komentář:**

Mezi dotazovanými v LDN je 42 % věřících a 58 % nevěřících. Oproti tomu v hospici je 64 % věřících a 36 % nevěřících.

Otázka č. 7: Ovlivňuje Vás víra v postoji k lidské důstojnosti?

Tab. 8 Vliv víry na postoj k lidské důstojnosti

Možné odpovědi	LDN			HOSPIC		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	14	0,61	61	19	0,54	54
Ne	9	0,39	39	16	0,46	46
<b>CELKEM</b>	<b>23</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 8 Vliv víry na postoj k lidské důstojnosti

**Komentář:**

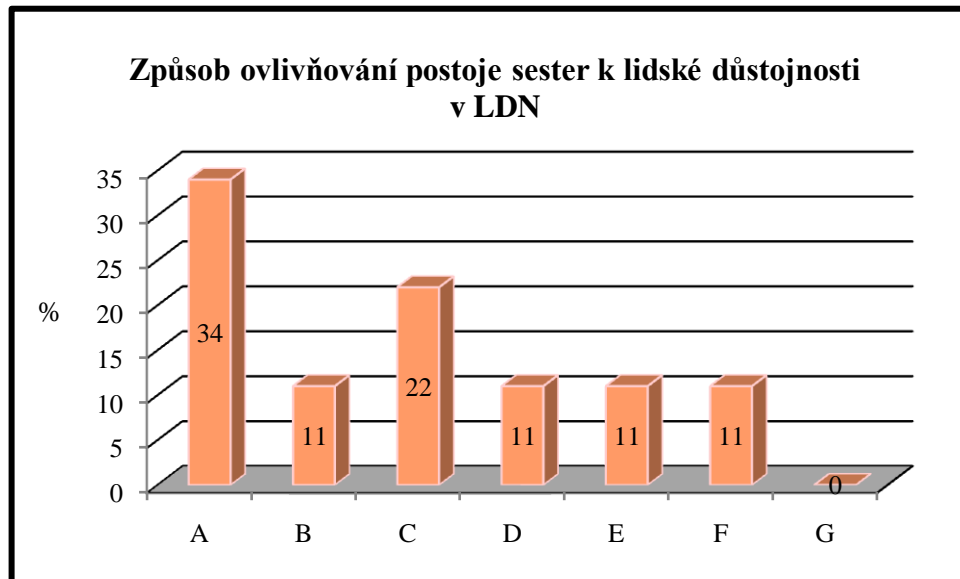
Z celkového počtu věřících v LDN, 61 % udává, že je ovlivňuje víra v postoji k lidské důstojnosti, 39 % odpovídá negativně. V hospici víra ovlivňuje 54 % respondentů a 46 % ne.



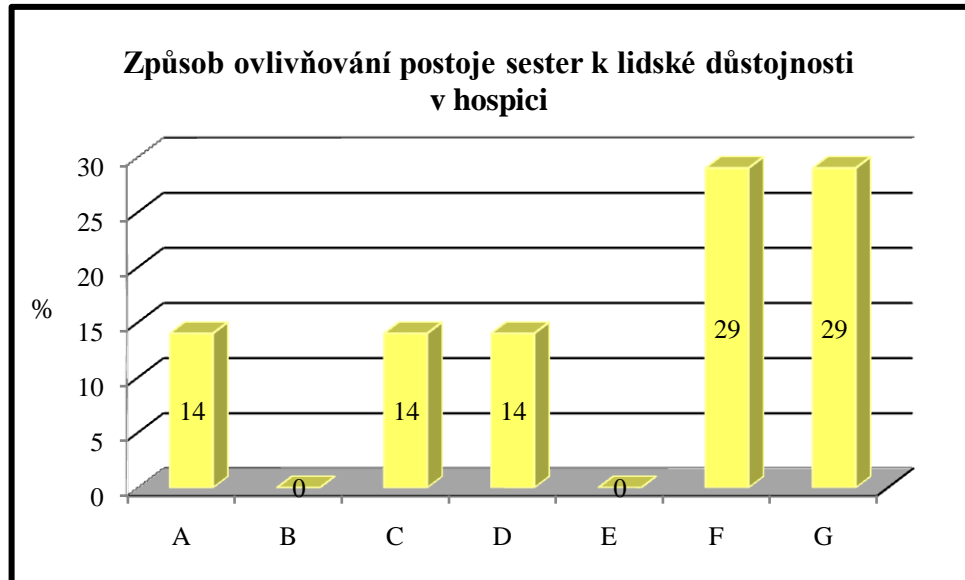
Pokud ano, jak?

Tab. 9 Způsob ovlivňování postoje sester k lidské důstojnosti

	Volné odpovědi	LDN			HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Úcta, empatie	3	0,34	34	1	0,14	14
B	Trpělivost, soucit	1	0,11	11	0	0,00	0
C	Jak učí a přikazuje Bible - člověk je boží stvoření	2	0,22	22	1	0,14	14
D	Láska k lidem a pomoc	1	0,11	11	1	0,14	14
E	Vnitřní postoj, hlas svědomí	1	0,11	11	0	0,00	0
F	Osobitá důstojnost spojená s individualitou	1	0,11	11	2	0,29	29
G	Dává sílu a oporu	0	0,00	0	2	0,29	29
	<b>CELKEM</b>	<b>9</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 9 Způsob ovlivňování postoje sester k lidské důstojnosti v LDN



*Graf 10 Způsob ovlivňování postoje sester k lidské důstojnosti v hospici*

#### **Komentář:**

K otevřené otázce se v LDN vyjádřilo z počtu 14 věřících, které víra ovlivňuje v postoji k lidské důstojnosti 9 respondentů tedy 64 %, v hospici z počtu 19 věřících, pouze 37 % respondentů (tj. 7 sester).

V LDN ve 34 % respondenti uvedli, větší úctu a empatii, ve 22 % víra ovlivňuje respondenty, jak učí a přikazuje Bible – člověk je boží stvoření. Poté má stejné zastoupení s 11 % trpělivost, soucit, láska k lidem a pomoc, vnitřní postoj, hlas svědomí a osobitá důstojnost spojená s individualitou.

V hospici dotazovaní uvedli ve 29 %, že víra dává sílu a oporu, ovlivňuje pohled na osobitou důstojnost spojenou s individualitou. 14 % uvedlo větší úctu, empatii, trpělivost a soucit, lásku k lidem a pomoc.

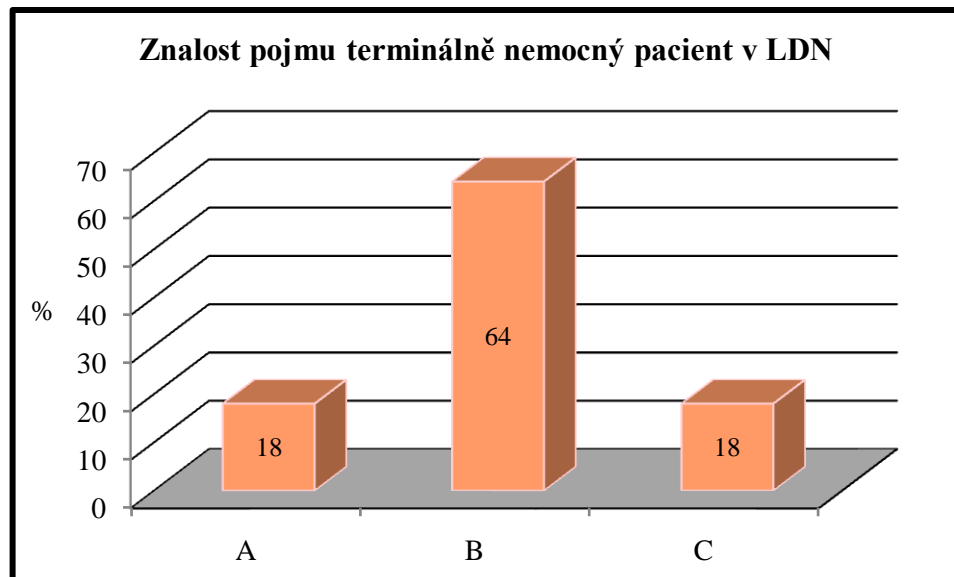
Otázka č. 8: Kdo je podle Vás terminálně nemocný pacient?

Tab. 10 Znalost pojmu terminálně nemocný pacient v LDN

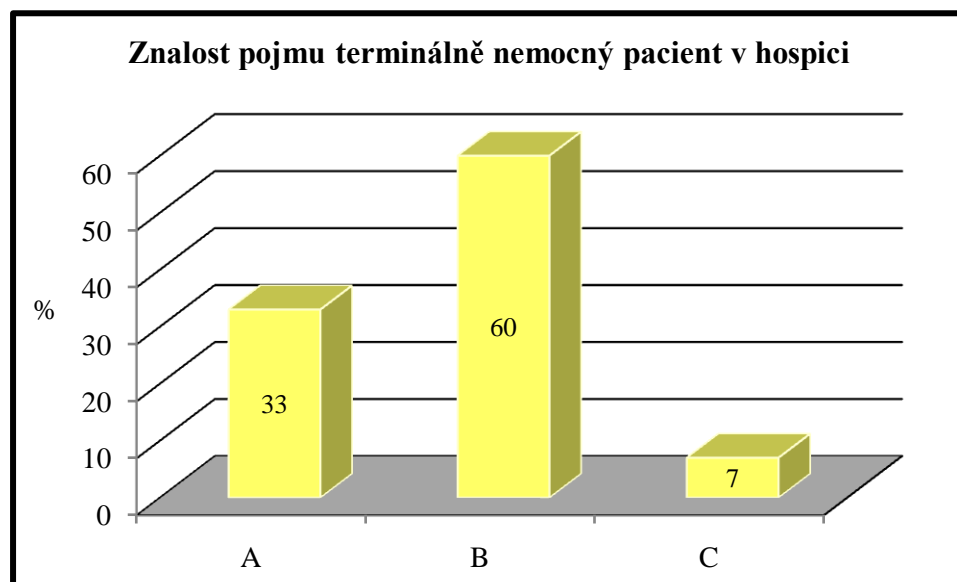
	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Pacient v posledních období života, kdy je poměrně snadné určit prognózu přežití v horizontu týdnů až měsíců	10	0,18	18
B	Pacient v posledních období života, u kterého dochází ke zhoršování celkového stavu a postupnému selhávání všech systémů	35	0,64	64
C	Umírající pacient s reverzibilním a neočekávaným vyústěním stavu	10	0,18	18
<b>CELKEM</b>		<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 11 Znalost pojmu terminálně nemocný pacient v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Pacient v posledních období života, kdy je poměrně snadné určit prognózu přežití v horizontu týdnů až měsíců	18	0,33	33
B	Pacient v posledních období života, u kterého dochází ke zhoršování celkového stavu a postupnému selhávání všech systémů	33	0,60	60
C	Umírající pacient s reverzibilním a neočekávaným vyústěním stavu	4	0,07	7
<b>CELKEM</b>		<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



*Graf 11 Znalost pojmu terminálně nemocný pacient v LDN*



*Graf 12 Znalost pojmu terminálně nemocný pacient v hospici*

**Komentář:**

Z grafu vyplývá, že pojem terminálně nemocný pacient zná v LDN 64 % a v hospici 60 % respondentů. Neznalost pojmu činí v LDN 36 % a v hospici 40 %.

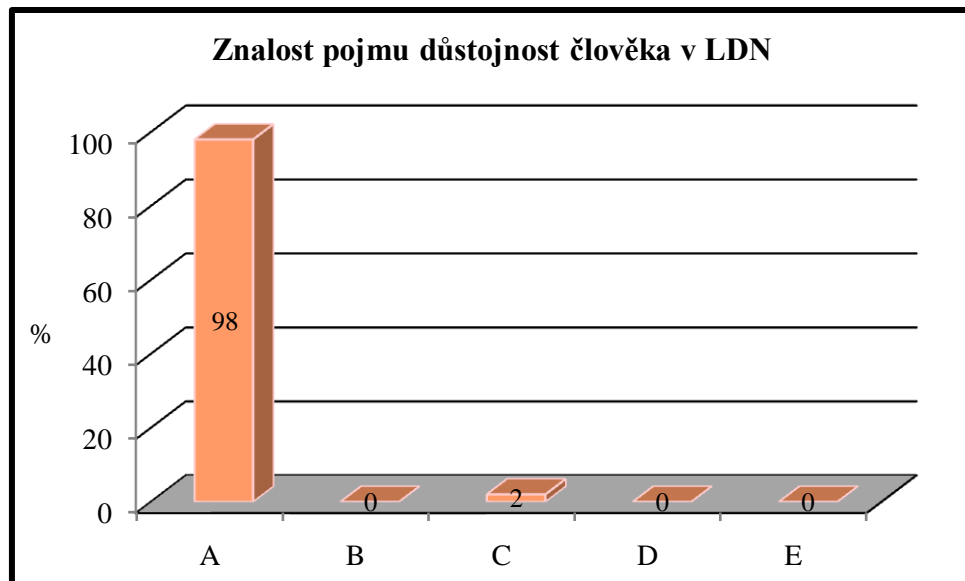
Otázka č. 9: Co je podle Vás důstojnost člověka?

Tab. 12 Znalost pojmu důstojnost člověka v LDN

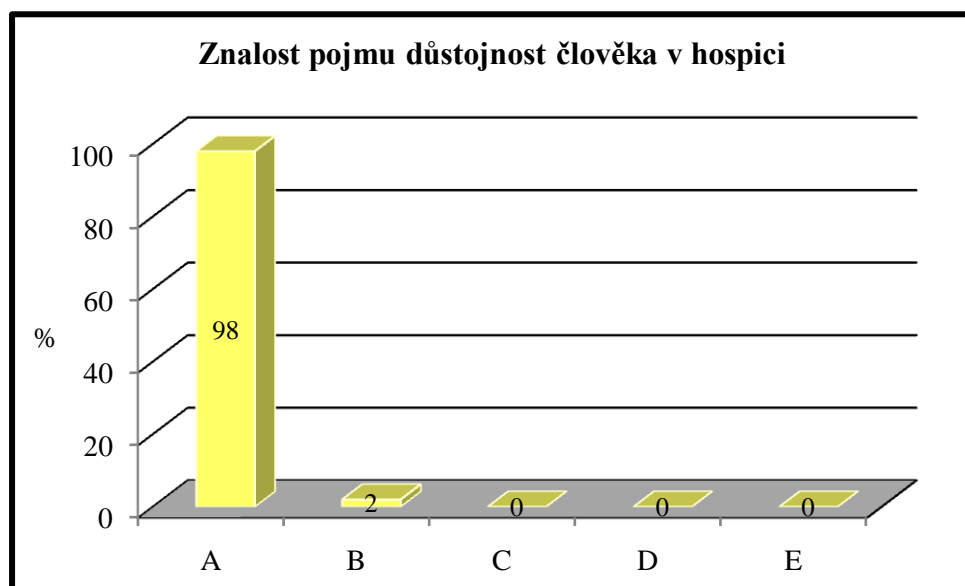
	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Hodnota lidské bytosti, spojená s jeho individualitou	54	0,98	98
B	V širším slova smyslu samostatnost, svébytnost	0	0,00	0
C	Trvalý vztah ocenění druhého	1	0,02	2
D	Pozice v sociální struktuře	0	0,00	0
E	Jiné:	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 13 Znalost pojmu důstojnost člověka v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Hodnota lidské bytosti, spojená s jeho individualitou	54	0,98	98
B	V širším slova smyslu samostatnost, svébytnost	1	0,02	2
C	Trvalý vztah ocenění druhého	0	0,00	0
D	Pozice v sociální struktuře	0	0,00	0
E	Jiné:	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



*Graf 13 Znalost pojmu důstojnost člověka v LDN*



*Graf 14 Znalost pojmu důstojnost člověka v hospici*

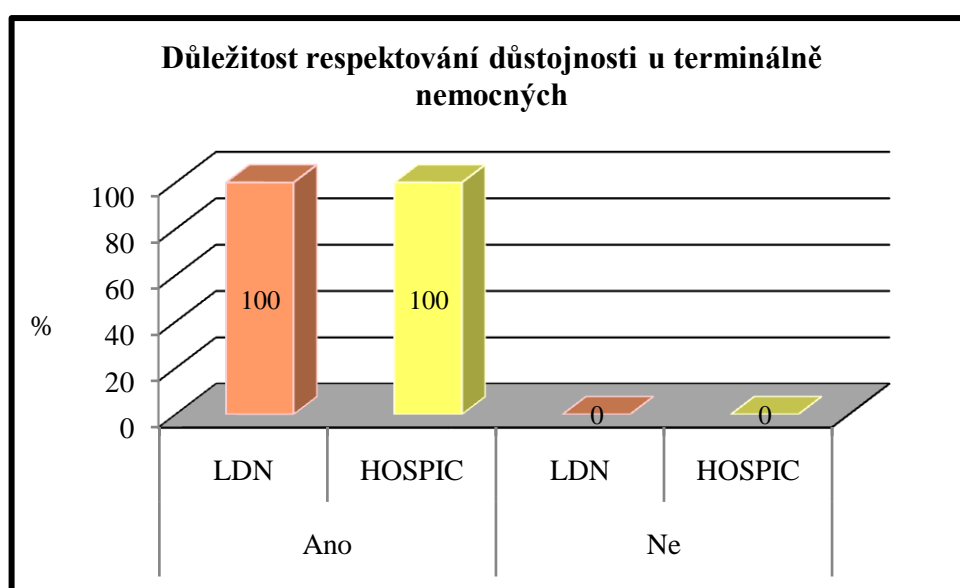
**Komentář:**

Znalost pojmu důstojnost člověka je v obou typech zařízení (LDN i hospici) na stejné úrovni, zná je 98 % respondentů, 2 % tedy neznají.

Otázka č. 10: **Domníváte se, že je důležité respektovat důstojnost terminálně nemocných?**

Tab. 14 *Důležitost respektování důstojnosti u terminálně nemocných*

Možné odpovědi	LDN			HOSPIC		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	55	1,00	100	55	1,00	100
Ne	0	0,00	0	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 15 *Důležitost respektování důstojnosti u terminálně nemocných*

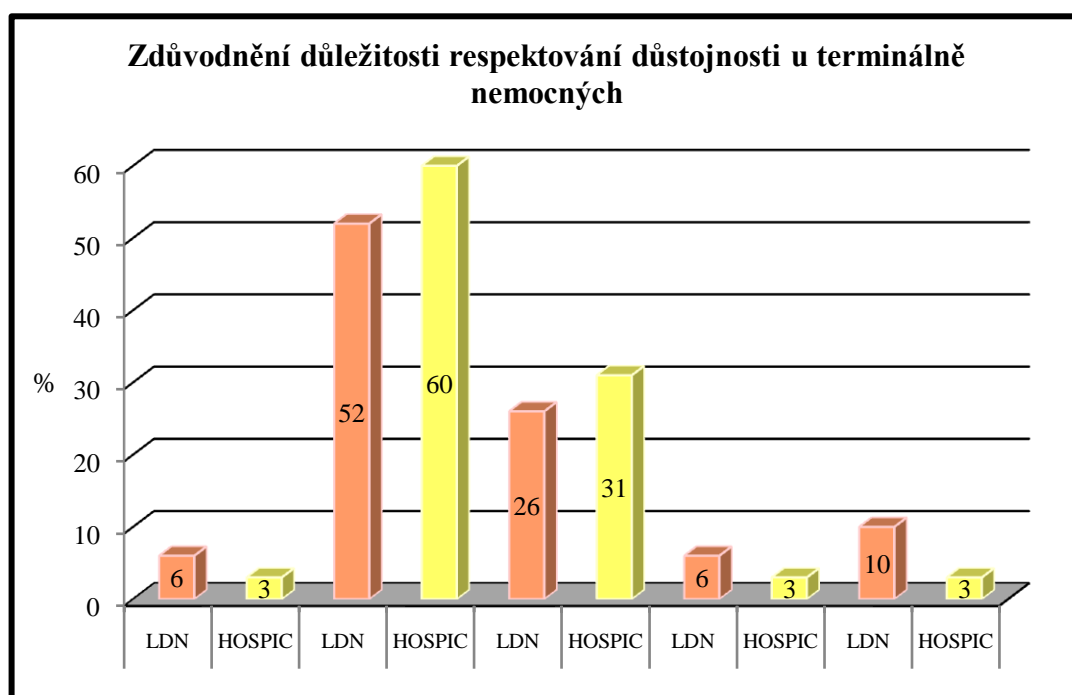
**Komentář:**

Mezi dotazovanými v LDN i hospici je 100 % respondentů, kteří se domnívají, že je důležité respektovat lidskou důstojnost u terminálně nemocných.

Pokud ano, uveďte prosím důvod, proč?

Tab. 15 Zdůvodnění důležitosti respektování důstojnosti u terminálně nemocných

	Volné odpovědi	LDN			HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Je to lidské.	2	0,06	6	1	0,03	3
B	Člověk je jedinečná lidská bytost.	16	0,52	52	21	0,60	60
C	Je to právo člověka.	8	0,26	26	11	0,31	31
D	Poslední projev úcty.	2	0,06	6	1	0,03	3
E	Vychází z etického hlediska.	3	0,10	10	1	0,03	3
	<b>CELKEM</b>	<b>31</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 16 Zdůvodnění důležitosti respektování důstojnosti u terminálně nemocných



**Komentář:**

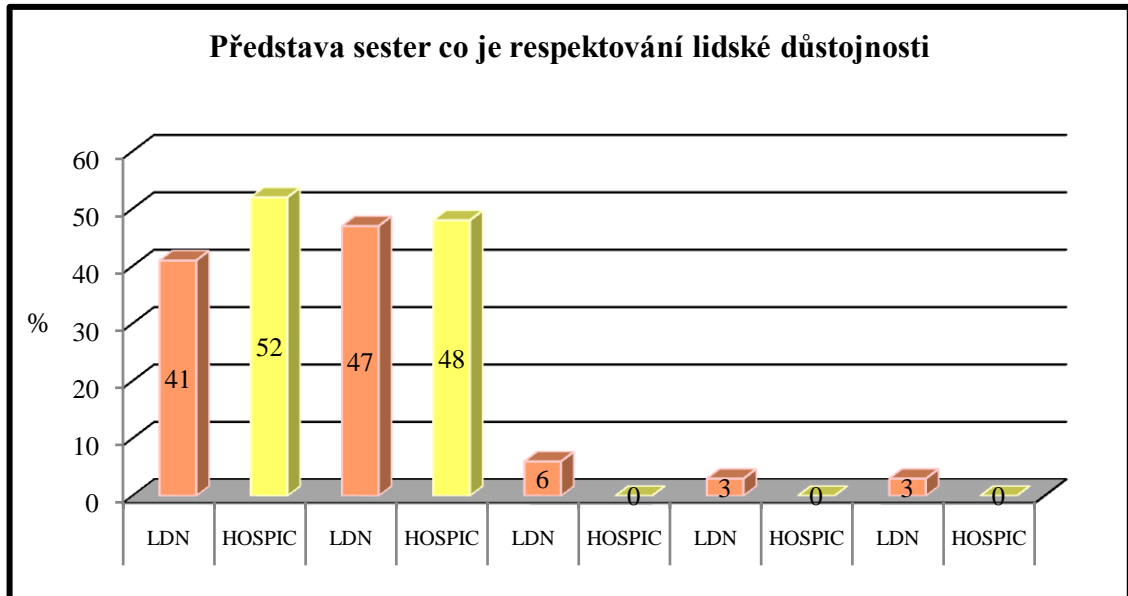
Zdůvodnění, proč je důležité respektovat lidskou důstojnost, uvedlo v LDN 56 % respondentů a v hospici 64 %. Zbýlý počet respondentů (v LDN 44 % a v hospici 36 %) se nevyjádřil.

Z grafu je zřejmé, že pro obě zařízení je na prvním místě v LDN s počtem 52 % a v hospici s 60 % zdůvodnění, že člověk je jedinečná lidská bytost. Na druhém místě uvedla LDN s 26 % a hospic s 31 % odpověď, že je to právo člověka. Další důvody respondentů LDN proč je důležité respektovat lidskou důstojnost je v 10 % tvrzení, že vychází z etického hlediska, v 6 % je to lidské a poslední projev úcty. Dotazovaní z hospice uvádí na stejném místě se 3 %, že je to lidské, poslední projev úcty a vychází z etického hlediska.

Otázka č. 11: Co si představujete pod pojmem respektování lidské důstojnosti?

Tab. 16 Představa sester co je respektování lidské důstojnosti

	Volné odpovědi	LDN			HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Slušnost, úcta, empatie, holismus, naslouchání, komunikace, ...	13	0,41	41	17	0,52	52
B	Respektování soukromí, práv, přání, názorů, postojů, individuálních potřeb a pohled na člověka jako lidskou bytost	15	0,47	47	16	0,48	48
C	Důstojnost při nesoběstačnosti, změnách chování, stíženém uplatnění ve společnosti, bez ohledu na vzdělání, sociální zabezpečení, věk, ...	2	0,06	6	0	0,00	0
D	Slušné vyjadřování o pacientovi v kolektivu pracovníků	1	0,03	3	0	0,00	0
E	Kvalitní ošetrovatelská a lékařská péče s ohledem na potřeby pacienta.	1	0,03	3	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>		<b>32</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



*Graf 17 Představa sester co je respektování lidské důstojnosti*

#### **Komentář:**

Z celkového počtu 55 dotazovaných z LDN se k této otevřené otázce vyjádřilo 58 % respondentů, v hospici 60 %.

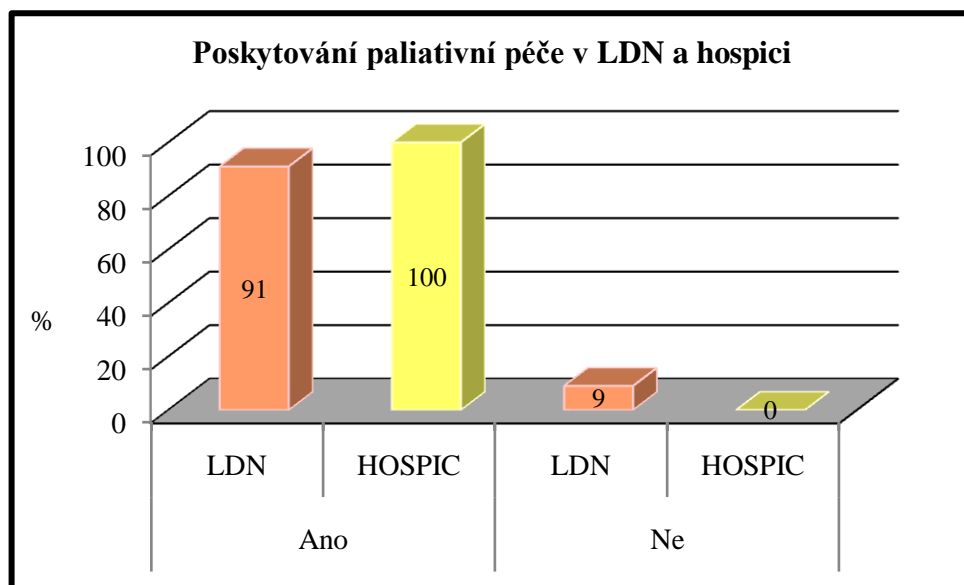
Představa respondentů z LDN, co je respektování lidské důstojnosti, zahrnuje ve 41 % slušnost, úctu, empatii, holismus, naslouchání, komunikaci a ve 47 % respektování soukromí, práv, přání, názorů, postojů, individuálních potřeb a pohled na člověka jako lidskou bytost. 6 % uvedlo odpověď: důstojnost při nesoběstačnosti, změnách chování, stíženém uplatnění ve společnosti, bez ohledu na vzdělání, sociální zabezpečení, věk. Nejnižší zastoupení se 3 % má tvrzení: slušné vyjadřování o pacientovi v kolektivu pracovníků a kvalitní ošetrovatelská a lékařská péče s ohledem na potřeby pacienta.

V hospici měla nevyšší zastoupení s 52 % slušnost, úcta, empatie, holismus, naslouchání, komunikace, poté následovala odpověď: respektování soukromí, práv, přání, názorů, postojů, individuálních potřeb a pohled na člověka jako lidskou bytost zastoupená 48 %.

Otázka č. 12: Poskytujete paliativní péči ve Vašem zařízení?

Tab. 17 Poskytování paliativní péče v LDN a hospici

Možné odpovědi	LDN			HOSPIC		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	50	0,91	91	55	1,00	100
Ne	5	0,09	9	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 18 Poskytování paliativní péče v LDN a hospici

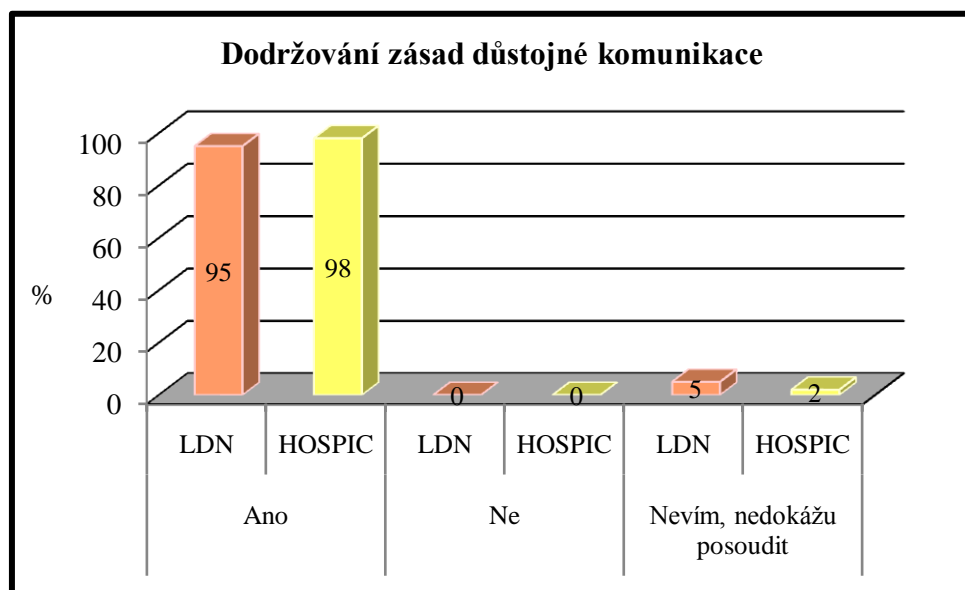
#### Komentář:

Z grafu je patrné, že paliativní péči v LDN poskytuje 91 % respondentů a 9 % uvedlo možnost ne, v hospici ji poskytuje 100 % dotazovaných.

Otázka č. 13: **Dodržujete zásady důstojné komunikace?**

Tab. 18 Dodržování zásad důstojné komunikace

Možné odpovědi	LDN			HOSPIC		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	52	0,95	95	54	0,98	98
Ne	0	0,00	0	0	0,00	0
Nevím, nedokážu posoudit	3	0,05	5	1	0,02	2
<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 19 Dodržování zásad důstojné komunikace

**Komentář:**

Z celkového počtu 55 dotazovaných v LDN 95 % tvrdí, že dodržuje zásady důstojné komunikace, 5 % nedokáže posoudit.

V hospici se 98 % domnívá, že důstojně komunikuje s terminálně nemocnými, pouze 2 % neví, nedokážou posoudit.

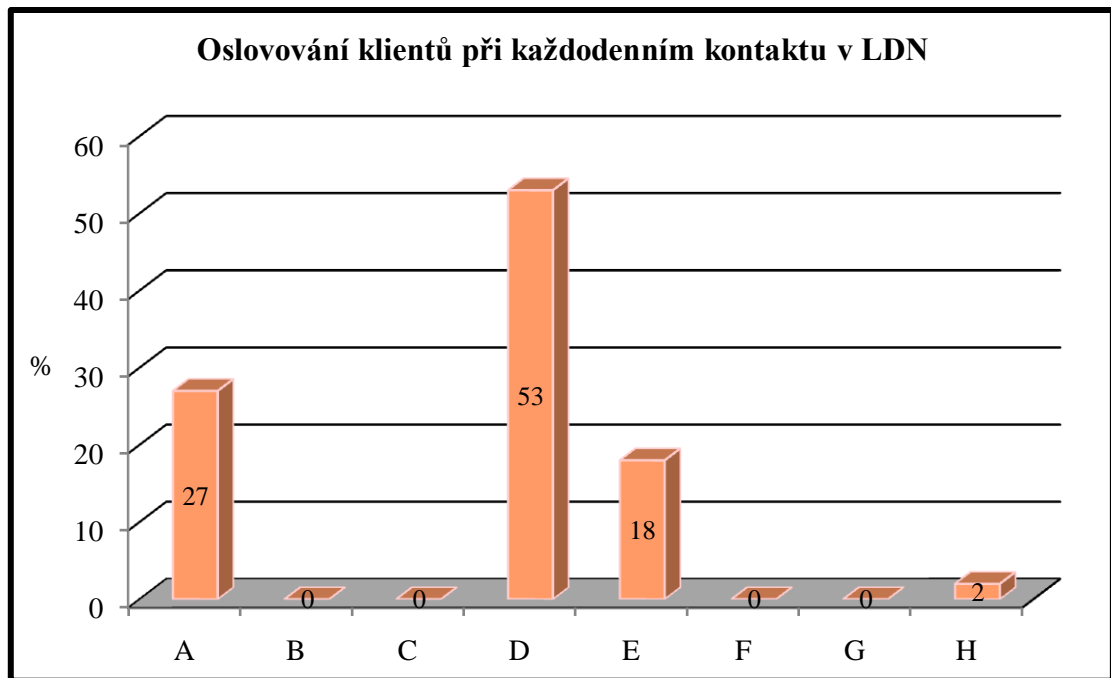
Otázka č. 14: Jak oslovujete své klienty při každodenním kontaktu?

Tab. 19 Oslovování klientů při každodenním kontaktu v LDN

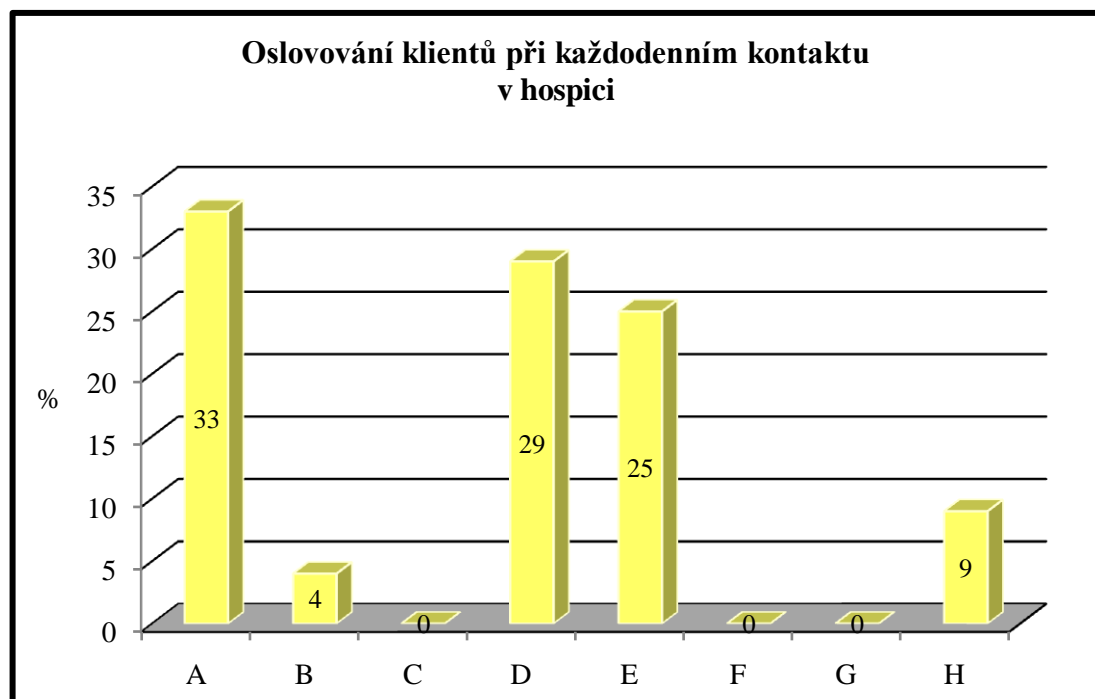
	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Jménem s případnými tituly	15	0,27	27
B	Celým jménem	0	0,00	0
C	Pouze křestním jménem	0	0,00	0
D	Pouze příjmením	29	0,53	53
E	Dle přání klienta	10	0,18	18
F	Familiární oslovení	0	0,00	0
G	Kontakt bez oslovení	0	0,00	0
H	Jiné:	1	0,02	2
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 20 Oslovování klientů při každodenním kontaktu v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Jménem s případnými tituly	18	0,33	33
B	Celým jménem	2	0,04	4
C	Pouze křestním jménem	0	0,00	0
D	Pouze příjmením	16	0,29	29
E	Dle přání klienta	14	0,25	25
F	Familiární oslovení	0	0,00	0
G	Kontakt bez oslovení	0	0,00	0
H	Jiné:	5	0,09	9
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 20 Oslovování klientů při každodenním kontaktu v LDN



Graf 21 Oslovování klientů při každodenním kontaktu v hospici

**Komentář:**

Z grafu pro LDN vyplývá, že 53 % respondentů oslovuje své klienty pouze příjmením, 27 % využívá jméno s případnými tituly a 18 % respondentů oslovuje své klienty dle jejich přání. U 2 % se vyskytla možnost jiné, jejich oslovení je paní nebo pane, jméno a příjmení nebo dle přání klienta. Zbylé možnosti oslovování respondenti nevyužívají.

V grafu pro hospic se objevilo vyšší zastoupení v možnosti jménem s případnými tituly, kterou využívá 33 % respondentů, mezi další časté způsoby patří pouze příjmení, zastoupené 29 % a oslovení dle přání klienta ve 25 %. 9 % respondentů využívá jiné oslovování a 4 % celé jméno. Mezi možnost jiné dotazování uvedli jménem, přezdívkou dle přání klienta či rodiny u mladších ročníků, individuální oslovení dle přání, pane nebo paní, titul, jméno a příjmení.



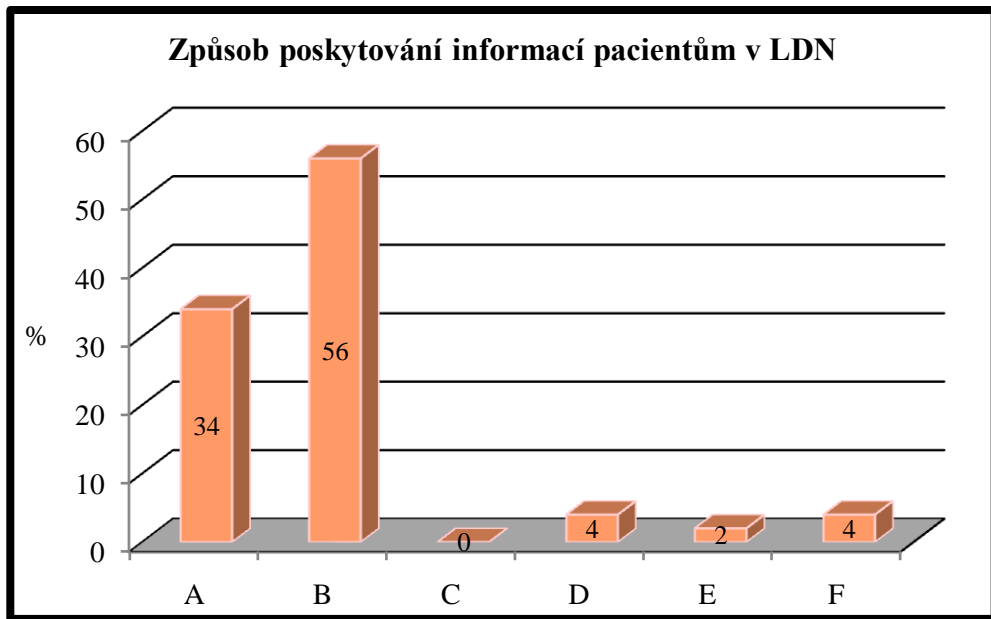
Otázka č. 15: Jakým způsobem poskytujete informace svým pacientům?

Tab. 21 Způsob poskytování informací pacientům v LDN

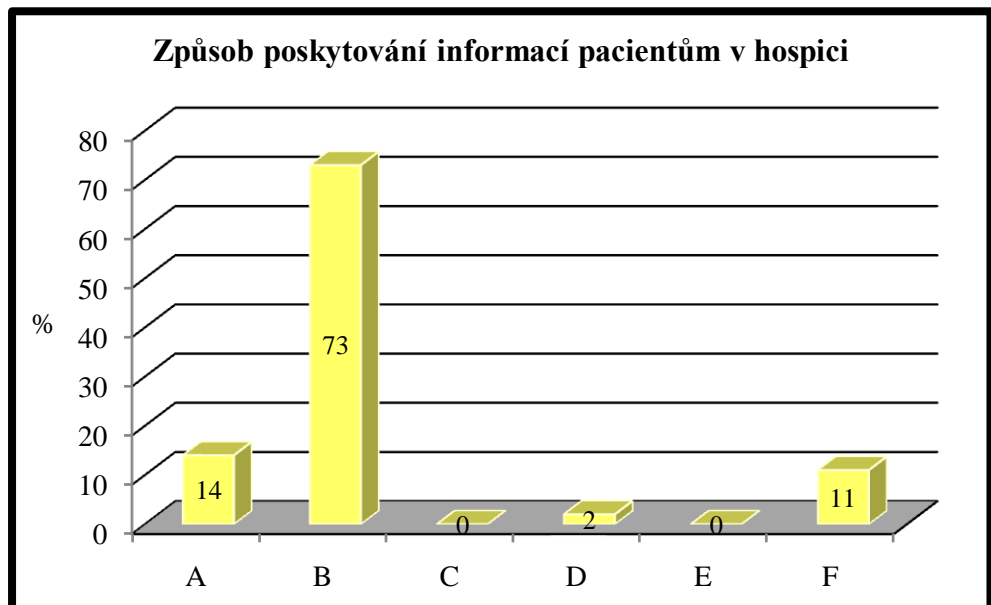
	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Poskytneme informovaný souhlas	19	0,34	34
B	Ústně	31	0,56	56
C	Názorně	0	0,00	0
D	Informace nepodáváme	2	0,04	4
E	Informace podáváme rodině	1	0,02	2
F	Jiné:	2	0,04	4
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 22 Způsob poskytování informací pacientům v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Poskytneme informovaný souhlas	8	0,14	14
B	Ústně	40	0,73	73
C	Názorně	0	0,00	0
D	Informace nepodáváme	1	0,02	2
E	Informace podáváme rodině	0	0,00	0
F	Jiné:	6	0,11	11
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



*Graf 22 Způsob poskytování informací pacientům v LDN*



*Graf 23 Způsob poskytování informací pacientům v hospici*

**Komentář:**

V této otázce jsem zjišťovala způsob, jakým respondenti poskytují informace svým pacientům. Nejvíce dotazovaných v LDN v počtu 56 % podává informace ústně, 34 % poskytne informovaný souhlas. 4 % respondentů uvádí, že informace nepodává, 2 % informuje rodinu. K možnosti jiné se vyjádřila 4 %, která uvedla, že informace podává lékař.

V hospici zaujímá přední místo s počtem 73 % ústní podání informací, pouze 14 % využívá informovaný souhlas a 11 % si vybralo položku jiné. Zde respondenti uvedli, že podávají informace dle svých kompetencí, využívají informovaný souhlas, ústní a názorné podávání informací nebo naopak informuje lékař. V tomto případě informace nepodávají 2 % respondentů.

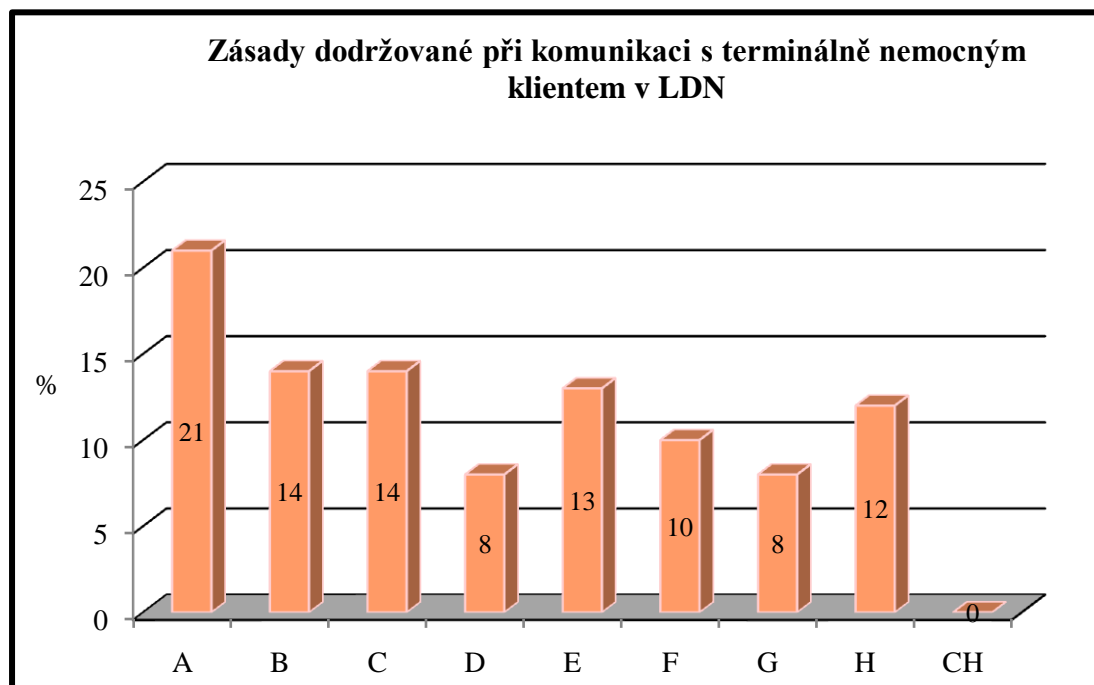
Otázka č. 16: **Jaké zásady dodržujete při komunikaci s terminálně nemocným klientem?**

*Tab. 23 Zásady dodržované při komunikaci s terminálně nemocným klientem v LDN*

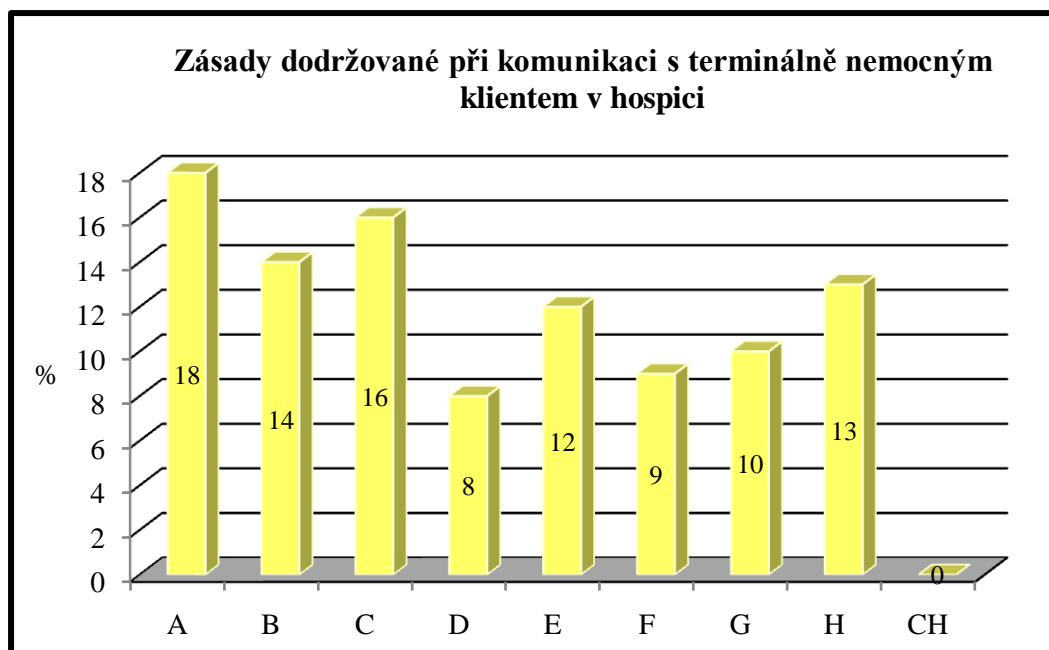
	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Zajištění soukromí a dostatku času	47	0,21	21
B	Otevřená komunikace mezi pacientem, rodinou a zdravotníky	31	0,14	14
C	Umožnění projevit veškeré emoce – starosti, obavy, agresi	33	0,14	14
D	Chování jako k dospělému, nezadržování informací	19	0,08	8
E	Zaměření nejen na tělesný stav, ale i psychiku, odreagování	30	0,13	13
F	Zjištění pochopení informací, objasnění informací a nesrovnalostí	22	0,10	10
G	Nezlehčovat, nenapomínat	18	0,08	8
H	Kontakt přímo s klientem ne pouze s jeho doprovodem	27	0,12	12
CH	Jiné:	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>227</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 24 Zásady dodržované při komunikaci s terminálně nemocným klientem v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Zajištění soukromí a dostatku času	46	0,18	18
B	Otevřená komunikace mezi pacientem, rodinou a zdravotníky	35	0,14	14
C	Umožnění projevit veškeré emoce – starosti, obavy, agresi	40	0,16	16
D	Chování jako k dospělému, nezadržování informací	21	0,08	8
E	Zaměření nejen na tělesný stav, ale i psychiku, odreagování	31	0,12	12
F	Zjištění pochopení informací, objasnění informací a nesrovnalostí	22	0,09	9
G	Nezlehčovat, nenapomínat	24	0,10	10
H	Kontakt přímo s klientem ne pouze s jeho doprovodem	32	0,13	13
CH	Jiné:	1	0,00	0
<b>CELKEM</b>		<b>252</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 24 Zásady dodržované při komunikaci s terminálně nemocným klientem v LDN



*Graf 25 Zásady dodržované při komunikaci s terminálně nemocným klientem v hospici*

#### **Komentář:**

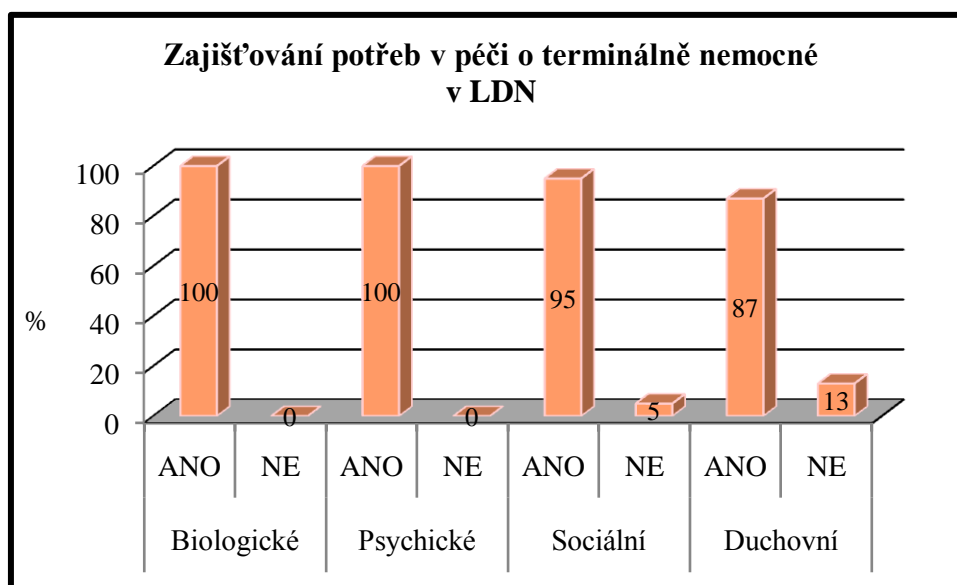
Průzkumným šetřením bylo zjištěno, že mezi nejčastěji dodržované zásady při komunikaci s terminálně nemocným v LDN patří zajištění soukromí a dostatku času (tj. 21 %), dále otevřená komunikace mezi pacientem, rodinou a zdravotníky a umožnění projevit veškeré emoce 14 %, 13 % se zaměřuje nejen na tělesný stav, ale i psychiku, odreagování. 12 % respondentů komunikuje přímo s klientem ne pouze s jeho doprovodem, 10 % zjišťuje pochopení informací, objasňuje informace a nesrovnalosti. Pouze 8 % respondentů uvedlo položky chování jako k dospělému, nezadržování informací a nezlehčovat a nenapomínat.

V hospici byly zjištěny podobné výsledky, nejvyšší počet 18 % respondentů se zaměřuje na zajištění soukromí a dostatku času, 16 % umožňuje projevit veškeré emoce. Téměř na stejné úrovni jsou položky otevřená komunikace mezi pacientem, rodinou a zdravotníky, zastoupená 14 % a kontakt přímo s klientem ne pouze s jeho doprovodem, zastoupená 13 %. 12 % respondentů se zaměřuje nejen na tělesný stav, ale i psychiku, odreagování, 10 % nezlehčuje, nenapomíná. Na posledním místě jsou položky zjištění pochopení informací, objasnění informací a nesrovnalostí s 9 % a chování jako k dospělému, nezadržování informací s 8 %.

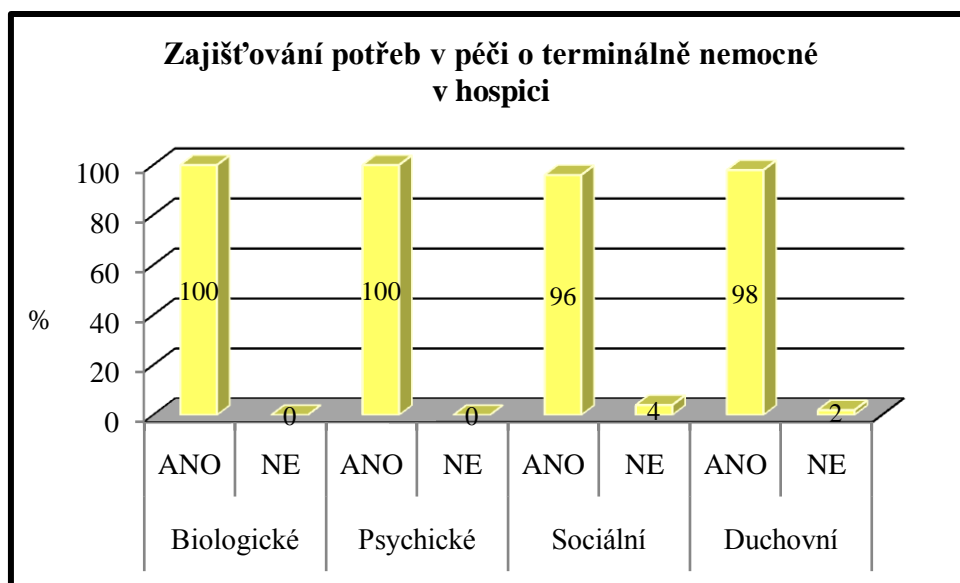
Otázka č. 17: Zajišťujete následující potřeby v péči o terminálně nemocné?

Tab. 25 Zajišťování potřeb v péči o terminálně nemocné

Možné odpovědi		LDN			HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Biologické	ANO	55	1,00	100	55	1,00	100
	NE	0	0,00	0	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>
Psychické	ANO	55	1,00	100	55	1,00	100
	NE	0	0,00	0	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>
Sociální	ANO	52	0,95	95	53	0,96	96
	NE	3	0,05	5	2	0,04	4
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>
Duchovní	ANO	48	0,87	87	54	0,98	98
	NE	7	0,13	13	1	0,02	2
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 26 Zajišťování potřeb v péči o terminálně nemocné v LDN



*Graf 27 Zajišťování potřeb v péči o terminálně nemocné v hospici*

**Komentář:**

100 % respondentů v LDN a hospici uvádí, že zajišťuje biologické a psychické potřeby. Sociální potřeby v LDN zajišťuje 95 % a 5 % ne. V hospici 96 % respondentů odpovědělo kladně, 4 % záporně. Duchovní potřeby jsou v LDN uspokojovány pouze v 87 %, v 13 % ne, v hospici jsou zajišťovány v 98 % a pouze ve 2 % ne.



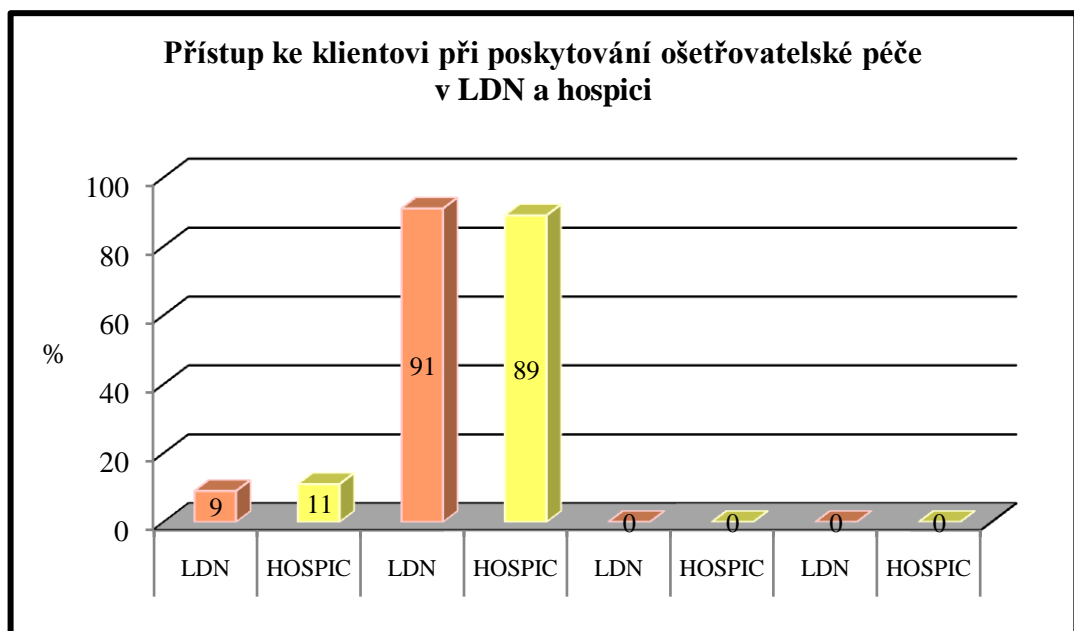
Otázka č. 18: Při poskytování ošetrovatelské péče přistupujete ke klientovi tak, že:

Tab. 26 Přístup ke klientovi při poskytování ošetrovatelské péče v LDN

	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Klienta oslovíme a provedeme výkon (bez ohledu na jeho schopnosti zapojit se do péče)	5	0,09	9
B	Klienta oslovíme a dle stavu zapojíme do sebedpěče	50	0,91	91
C	Provedeme výkon a odejdeme beze slov	0	0,00	0
D	Jiné:	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>		<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 27 Přístup ke klientovi při poskytování ošetrovatelské péče v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Klienta oslovíme a provedeme výkon (bez ohledu na jeho schopnosti zapojit se do péče)	6	0,11	11
B	Klienta oslovíme a dle stavu zapojíme do sebedpěče	49	0,89	89
C	Provedeme výkon a odejdeme beze slov	0	0,00	0
D	Jiné:	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>		<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 28 Přístup ke klientovi při poskytování ošetrovatelské péče v LDN a hospici

**Komentář:**

Cílem této otázky bylo zjistit, jak zdravotníci přistupují ke klientovi při poskytování ošetrovatelské péče. Nejvíce respondentů z LDN tedy 91 % zvolilo možnost, klienta oslovíme a dle stavu zapojíme do sebekpěče, v hospici tuto položku zvolilo o něco méně respondentů 89 %. Druhá zvolená možnost byla, klienta oslovíme a provedeme výkon (bez ohledu na jeho schopnost zapojit se do péče) zastoupena v LDN 9 % a v hospici 11 %. Jiné možnosti uvedeny nebyly.

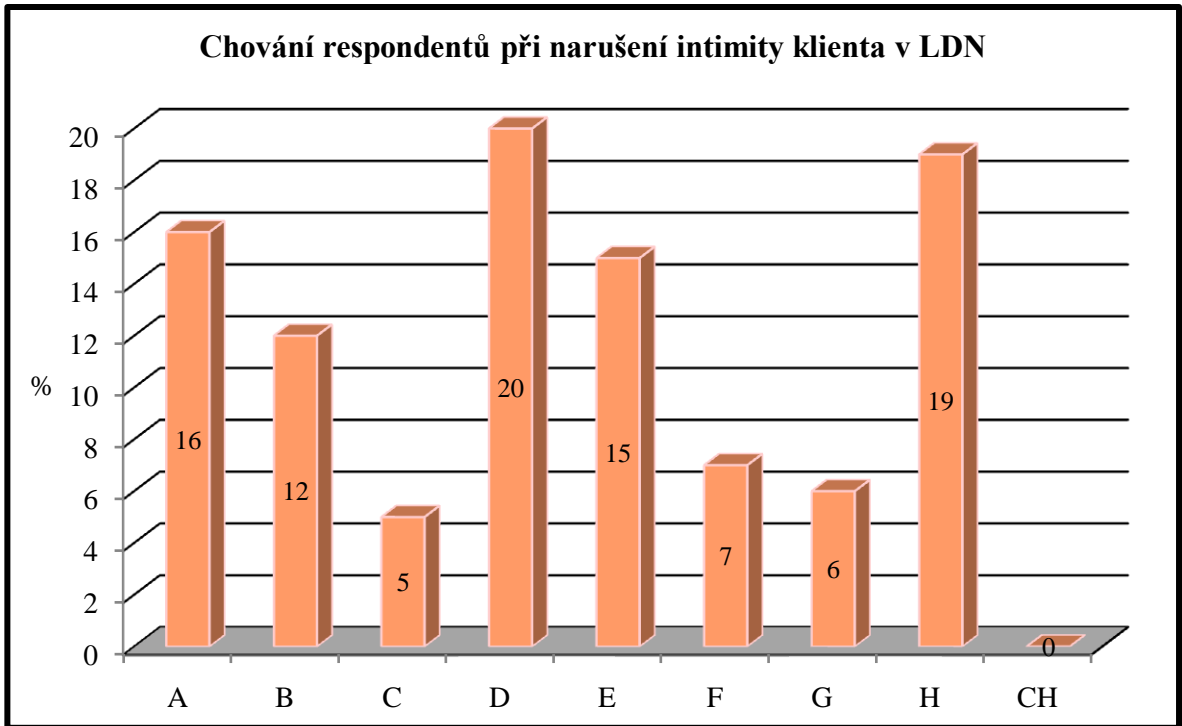
Otázka č. 19: Jak se chováte v situaci, kdy provádíte hygienickou péči, či jiný výkon, kde narušujete intimitu klienta?

Tab. 28 Chování respondentů při narušení intimity klienta v LDN

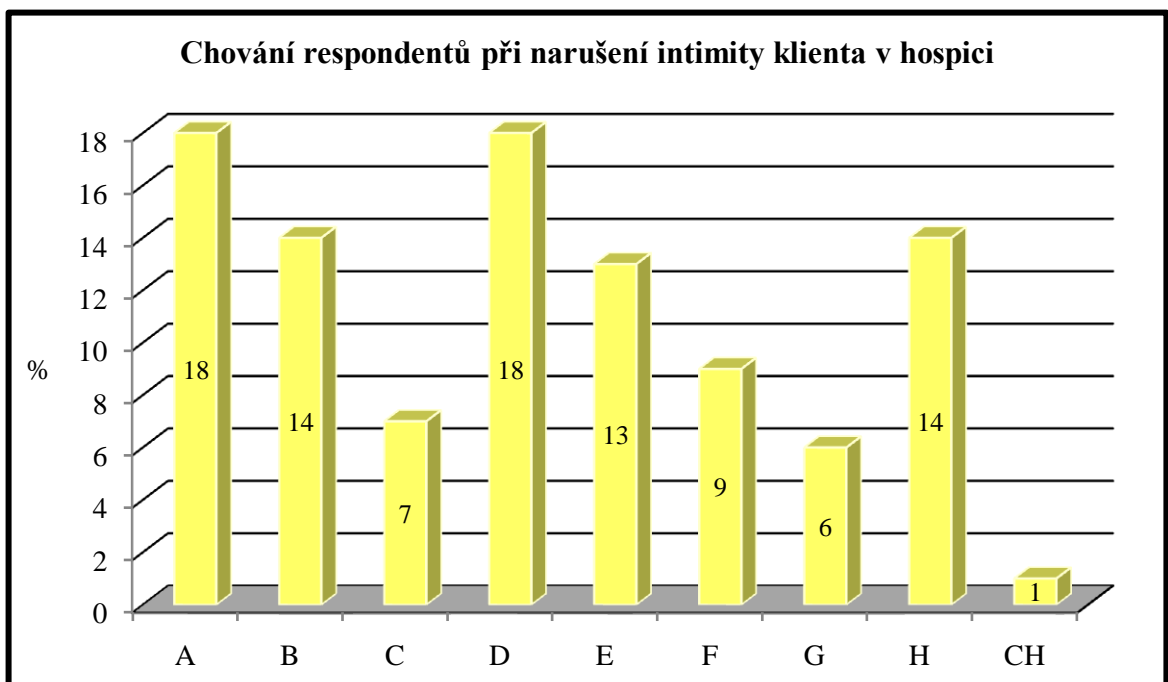
	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Využití plent, zástěn, závěsů, paravanů	35	0,16	16
B	Omezení počtu osob na pokoji včetně pacientů i zdravotníků	26	0,12	12
C	Výkony provádíme v samostatných místnostech (koupelna, vyšetřovna, toaleta)	11	0,05	5
D	Informování pacienta o činnostech, které mu budou prováděny	44	0,20	20
E	Zavření dveří, oken, zatažení záclon a žaluzií	31	0,15	15
F	Požádat o svolení k provedení jakéhokoli výkonu	15	0,07	7
G	Při nutnosti více osob při ošetření, získat souhlas klienta	13	0,06	6
H	Odhalujeme jen ty části těla, u kterých je to v dané situaci nezbytné	41	0,19	19
CH	Jiné:	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>		<b>216</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 29 Chování respondentů při narušení intimity klienta v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Využití plent, zástěn, závěsů, paravanů	49	0,18	18
B	Omezení počtu osob na pokoji včetně pacientů i zdravotníků	38	0,14	14
C	Výkony provádíme v samostatných místnostech (koupelna, vyšetřovna, toaleta)	18	0,07	7
D	Informování pacienta o činnostech, které mu budou prováděny	49	0,18	18
E	Zavření dveří, oken, zatažení záclon a žaluzií	35	0,13	13
F	Požádat o svolení k provedení jakéhokoli výkonu	26	0,09	9
G	Při nutnosti více osob při ošetření, získat souhlas klienta	16	0,06	6
H	Odhalujeme jen ty části těla, u kterých je to v dané situaci nezbytné	39	0,14	14
CH	Jiné:	3	0,01	1
<b>CELKEM</b>		<b>273</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 29 Chování respondentů při narušení intimity klienta v LDN



Graf 30 Chování respondentů při narušení intimity klienta v hospici

**Komentář:**

Chování respondentů při narušení intimity klienta je v obou typech zařízení (LDN i hospici) velmi podobné. V LDN 20 % dotazovaných informuje pacienta o činnostech, které mu budou prováděny, 19 % odhaluje jen ty části těla, u kterých je to v dané situaci nezbytné. Mezi další časté způsoby ochrany intimity patří využití plent, zástěn, závěsů, paravanů v 16 %. 15 % respondentů zavře dveře, okna, zatáhne záclony a žaluzie a ve 12 % je omezen počet osob na pokoji včetně pacientů a zdravotníků. Pouze 7 % dotazovaných požádá o svolení k provedení jakéhokoli výkonu, jen 6 % získává souhlas klienta při nutnosti více osob při ošetření a 5 % výkony provádí v samostatných místnostech. Možnost jiné nevyužil žádný z respondentů.

Hospic v 18 % využívá plenty, zástěny, závěsy, paravany a informuje pacienta o činnostech, které mu budou prováděny. Stejně místo zaujímají i položky omezení počtu osob na pokoji včetně pacientů i zdravotníků a odhalování jen těch částí těla, u kterých je to v dané situaci nezbytné. 13 % respondentů zavře dveře, okna, zatáhne záclony a žaluzie. Pouze 9 % dotazovaných požádá o svolení k provedení jakéhokoli výkonu a v 7 % jsou výkony provedeny v samostatných místnostech. 6 % respondentů získává souhlas při nutnosti více osob při ošetření, 1 % zvolilo položku jiné, která zahrnuje poskytování péče na jednolůžkových pokojích, které hospice umožňují.

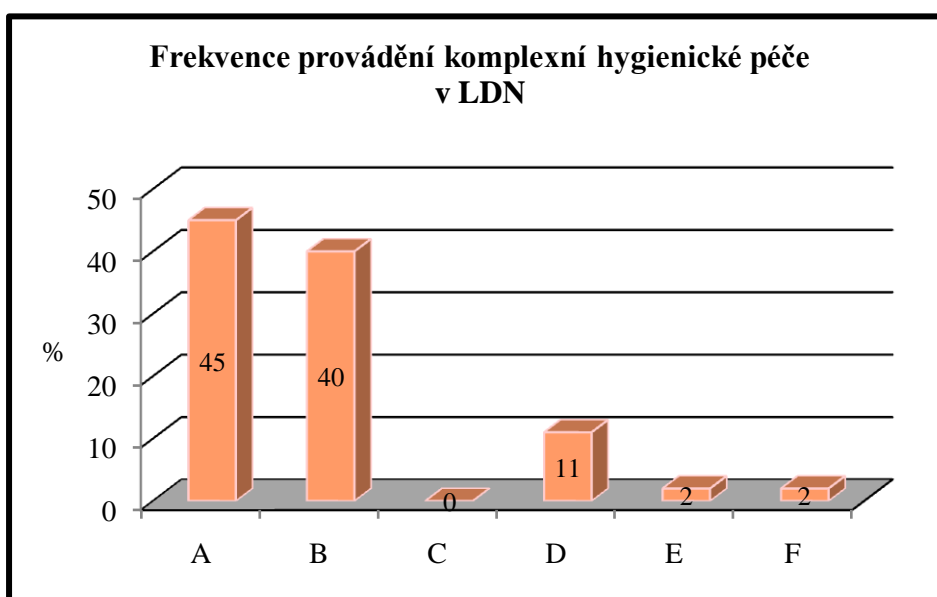
Otázka č. 20: Komplexní hygienickou péči u terminálně nemocných provádíte:

Tab. 30 Frekvence provádění komplexní hygienické péče v LDN

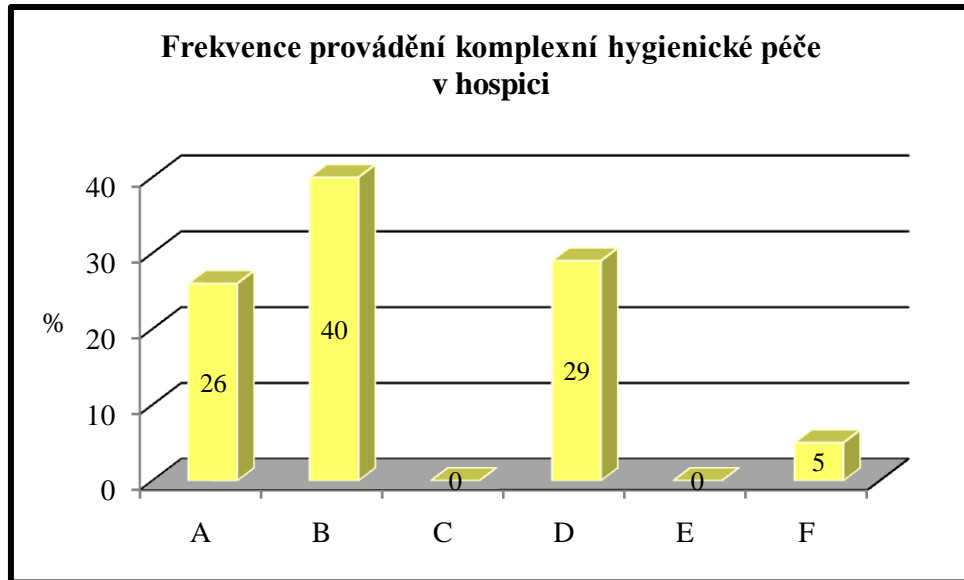
	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Každý den - vícekrát	25	0,45	45
B	Každý den - jedenkrát	22	0,40	40
C	Ob den	0	0,00	0
D	Dle přání a stavu klienta	6	0,11	11
E	Neprovádíme	1	0,02	2
F	Jiné:	1	0,02	2
<b>CELKEM</b>		<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 31 Frekvence provádění komplexní hygienické péče v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Každý den - vícekrát	14	0,26	26
B	Každý den - jedenkrát	22	0,40	40
C	Ob den	0	0,00	0
D	Dle přání a stavu klienta	16	0,29	29
E	Neprovádíme	0	0,00	0
F	Jiné:	3	0,05	5
<b>CELKEM</b>		<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 31 Frekvence provádění komplexní hygienické péče v LDN



Graf 32 Frekvence provádění komplexní hygienické péče v hospici

#### Komentář:

Z grafu pro LDN je patrné, že 45 % respondentů provádí komplexní hygienickou péči každý den – vícekrát, 40 % každý den – jedenkrát. Pouze 11 % dotazovaných uvedlo dle přání a stavu klienta. 2 % uvedlo položku jiné (každý den 2x) a stejné procento respondentů dokonce zvolilo možnost, že komplexní hygienickou péči neprovádí.

V hospicovém zařízení odpověděli respondenti nejčastěji (tj. 40 %) každý den – jedenkrát, 29 % dle přání a stavu klienta a další často (tj. 26 %) zvolenou položkou bylo každý den – vícekrát. Možnost jiné si vybralo 5 % dotazovaných, hygienickou péči provádí dle potřeby.

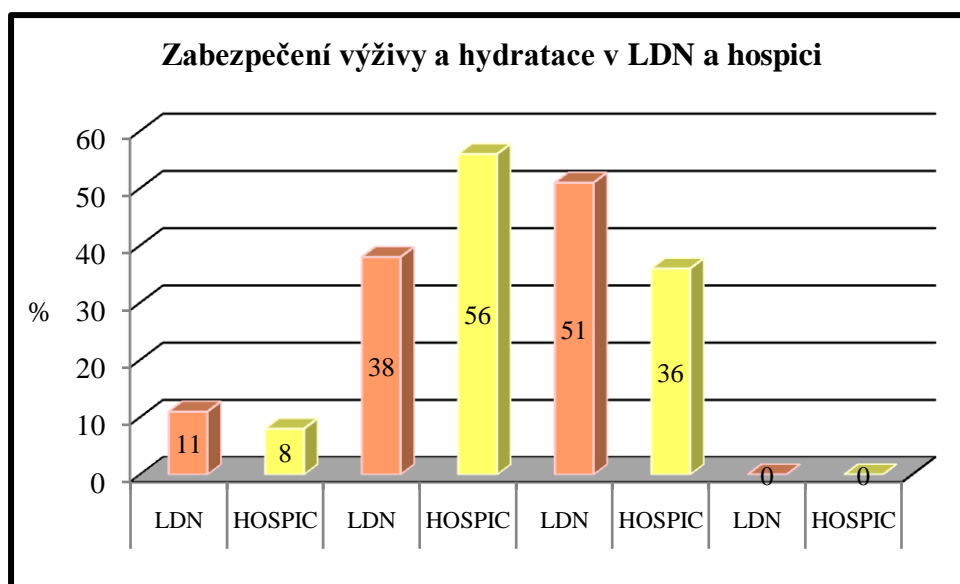
Otázka č. 21: Výživu a hydrataci u terminálně nemocných zabezpečujete vždy:

Tab. 32 Zabezpečení výživy a hydratace v LDN

	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Dle přání klienta	6	0,11	11
B	Dle stavu	21	0,38	38
C	Dle ordinace lékaře	28	0,51	51
D	V terminálním stádiu nezajišťujeme	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 33 Zabezpečení výživy a hydratace v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Dle přání klienta	4	0,08	8
B	Dle stavu	31	0,56	56
C	Dle ordinace lékaře	20	0,36	36
D	V terminálním stádiu nezajišťujeme	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 33 Zabezpečení výživy a hydratace v LDN a hospici



**Komentář:**

Z celkového počtu dotazovaných v LDN je ve většině případů v počtu 51 % výživa a hydratace zabezpečena dle ordinace lékaře, v 38 % dle stavu a na posledním místě se s 11 % vyskytuje možnost dle přání klienta.

Nejvíce dotazovaných v hospici v počtu 56 % zabezpečuje výživu a hydrataci dle stavu, 36 % respondentů dle ordinace lékaře a pouze 8 % zohledňuje přání klienta. V obou případech, v LDN ani hospici, žádný z respondentů neuvedl položku, že v terminálním stádiu nezajišťuje výživu a hydrataci.

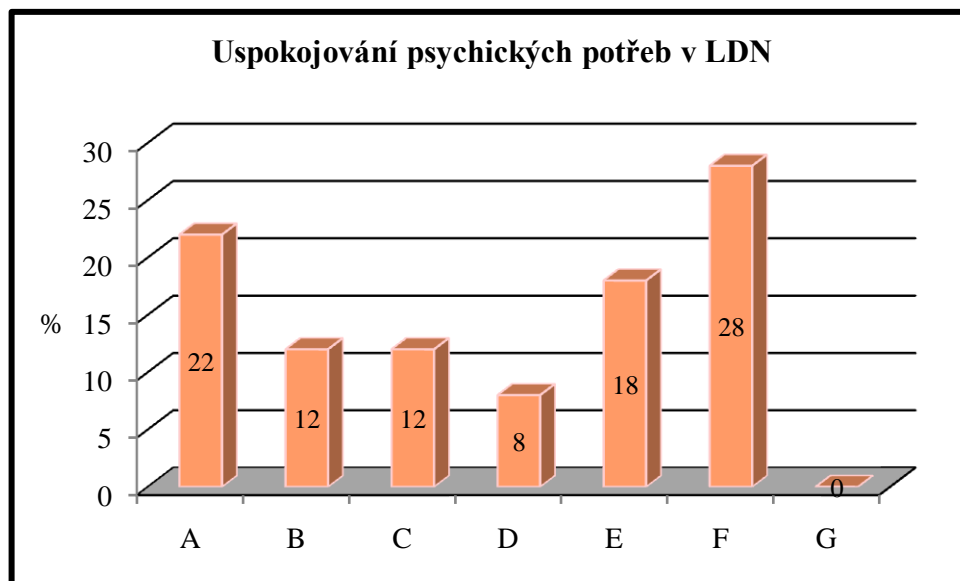
Otázka č. 22: **Jak uspokojujete psychické potřeby svých klientů?**

*Tab. 34 Uspokojování psychických potřeb v LDN*

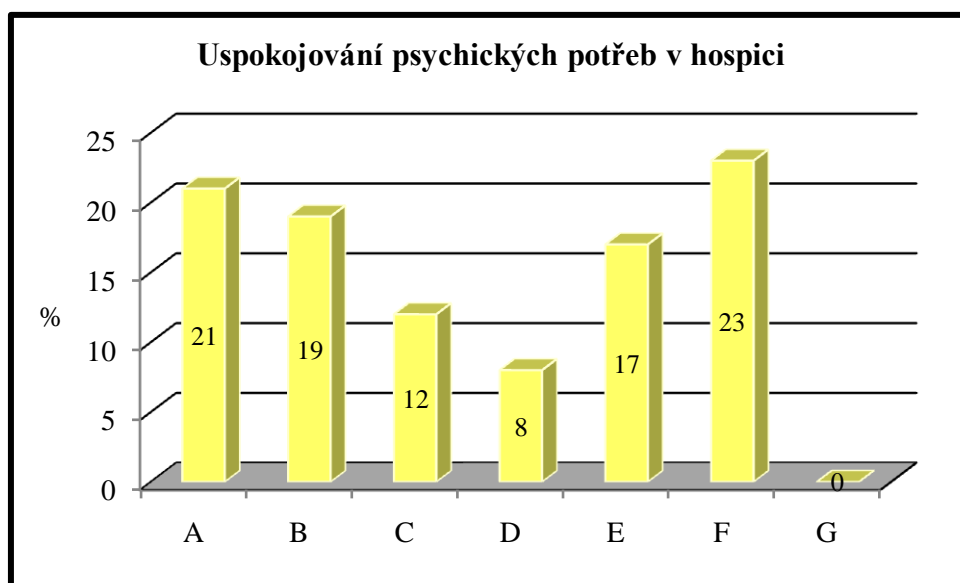
	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Plnění přání dle možností zařízení	36	0,22	22
B	Projev náklonnosti a zájmu	19	0,12	12
C	Projev uznání, úcty	19	0,12	12
D	Udržení naděje	14	0,08	8
E	Získání důvěry	30	0,18	18
F	Projev porozumění, tolerance, empatie	45	0,28	28
G	Jiné:	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>		<b>163</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

*Tab. 35 Uspokojování psychických potřeb v hospici*

	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Plnění přání dle možností zařízení	36	0,22	22
B	Projev náklonnosti a zájmu	19	0,12	12
C	Projev uznání, úcty	19	0,12	12
D	Udržení naděje	14	0,08	8
E	Získání důvěry	30	0,18	18
F	Projev porozumění, tolerance, empatie	45	0,28	28
G	Jiné:	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>		<b>163</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



*Graf 34 Uspokojování psychických potřeb v LDN*



*Graf 35 Uspokojování psychických potřeb v hospici*

**Komentář:**

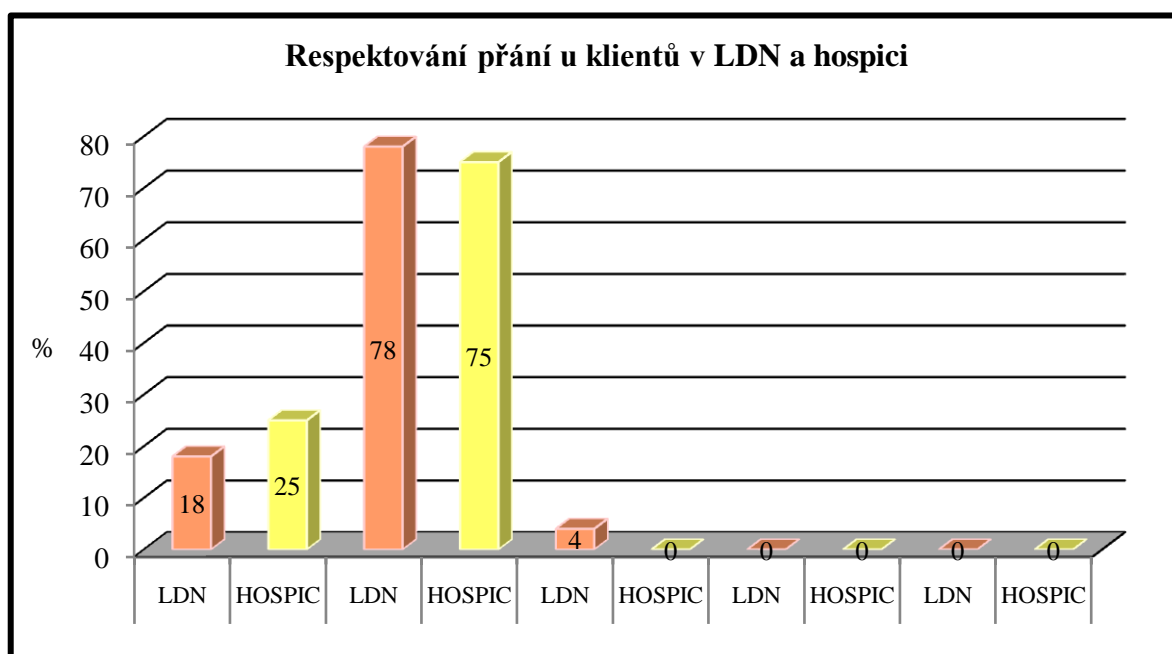
Mezi nejčastější způsoby uspokojování psychických potřeb v LDN patří projev porozumění, tolerance, empatie, kterou uvedlo 28 %. 22 % respondentů plní přání dle možností oddělení, 18 % si získává důvěru, 12 % projevuje náklonnost a zájem, uznání a úctu a pouze 8 % respondentů udržuje naději.

V hospici projevuje porozumění, toleranci, empatii 23 % z celkového počtu respondentů, 21 % plní přání dle možností zařízení, 19 % projevuje náklonnost a zájem, 17 % respondentů si získává důvěru, 12 % projevuje uznání a úctu a opět nejnižší počet tedy 8 % udržuje naději.

Otázka č. 23: Respektujete přání svých klientů?

Tab. 36 Respektování přání u klientů v LDN a hospici

Možné odpovědi	LDN			HOSPIC		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano, vždy	10	0,18	18	14	0,25	25
Většinou ano	43	0,78	78	41	0,75	75
Někdy	2	0,04	4	0	0,00	0
Většinou ne	0	0,00	0	0	0,00	0
Ne, nikdy	0	0,00	0	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 36 Respektování přání u klientů v LDN a hospici

#### Komentář:

Průzkumem bylo zjištěno, že v LDN v 18 % vždy, v 78 % většinou ano a ve 4 % někdy respondenti respektují přání svých klientů.

V hospici 25 % dotazovaných respektuje přání u klienta vždy a 75 % většinou ano. K dalším položkám se respondenti nevyjádřili.

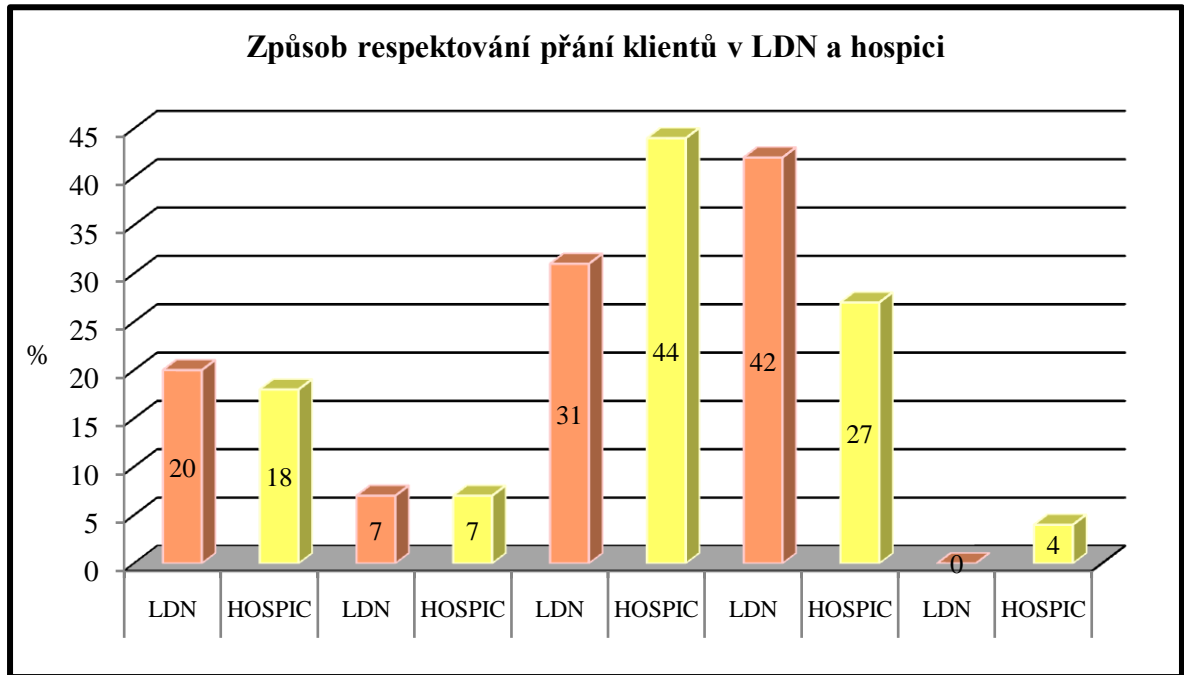
Pokud ano, vždy/ většinou ano/ někdy – jakým způsobem?

Tab. 37 Způsob respektování přání klientů v LDN

	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Možnost pacienta vyjádřit přání, zohlednění jeho volby	11	0,20	20
B	Spolupráce při rozhodování o péči	4	0,07	7
C	Hledání alternativ a snaha o splnění přání	17	0,31	31
D	Splnění a realizace přání dle možností	23	0,42	42
E	Jiné:	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>		<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 38 Způsob respektování přání klientů v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Možnost pacienta vyjádřit přání, zohlednění jeho volby	10	0,18	18
B	Spolupráce při rozhodování o péči	4	0,07	7
C	Hledání alternativ a snaha o splnění přání	24	0,44	44
D	Splnění a realizace přání dle možností	15	0,27	27
E	Jiné:	2	0,04	4
<b>CELKEM</b>		<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



*Graf 37 Způsob respektování přání klientů v LDN a hospici*

**Komentář:**

Z celkového počtu 110 respondentů v LDN a hospici, kteří uvedli, že vždy, většinou ano nebo někdy respektují přání u svých klientů, z následujícího grafu vyplývá, že nejčastější způsob respektování přání v LDN je splnění a realizace přání dle možností zastoupené 42 %, dále hledání alternativ a snaha o splnění přání s 31 %, 20 % respondentů uvedlo možnost pacienta vyjádřit přání, zohlednění její volby a 7 % umožňuje spolupráci při rozhodování o péči.

44 % dotazovaných v hospici hledá alternativy a snaží se o splnění přání, 27 % splní a realizuje přání dle možností. Možnost pacienta vyjádřit přání, zohlednění jeho volby uvedlo 18 % respondentů, 7 % umožňuje spolupráci při rozhodování o péči. 4 % si vybrala položku jiné, kde uvádí stanovení úkolu či mety dne, s drobnou odměnou a radostí z dosažení úkolu.

Otázka č. 24: Jak zabezpečujete uspokojování sociálních potřeb?

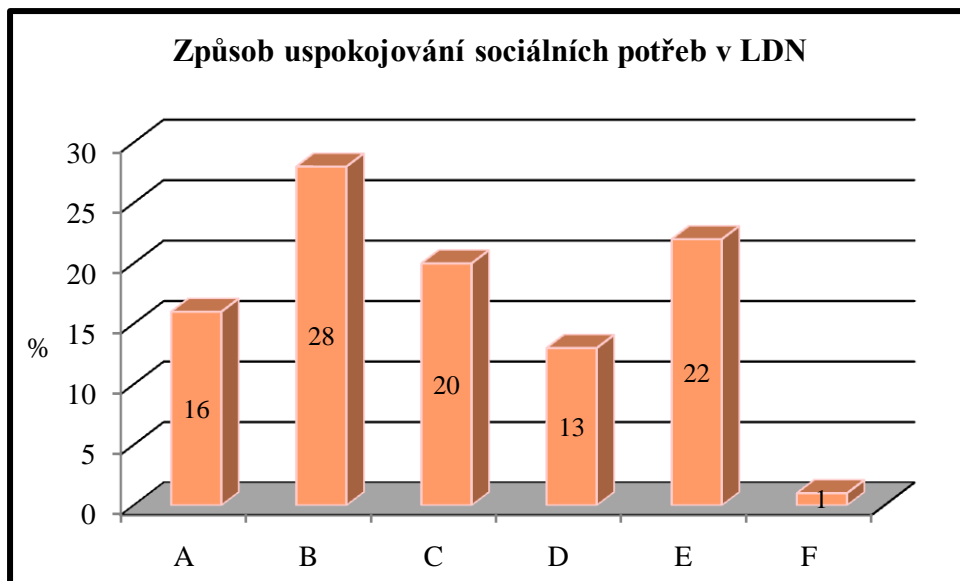
Tab. 39 Způsob uspokojování sociálních potřeb v LDN

	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Zajištění prostoru pro rozloučení a odchodu s prožitkem vnitřního klidu	23	0,16	16
B	Zajištění lidské blízkosti – rodiny i zdravotníků (neomezené návštěvy)	41	0,28	28
C	Empatická komunikace ze strany zdravotníků	31	0,20	20
D	Naslouchání, „doprovázení“	19	0,13	13
E	Verbální i neverbální podpora	33	0,22	22
F	Jiné:	1	0,01	1
	<b>CELKEM</b>	<b>148</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

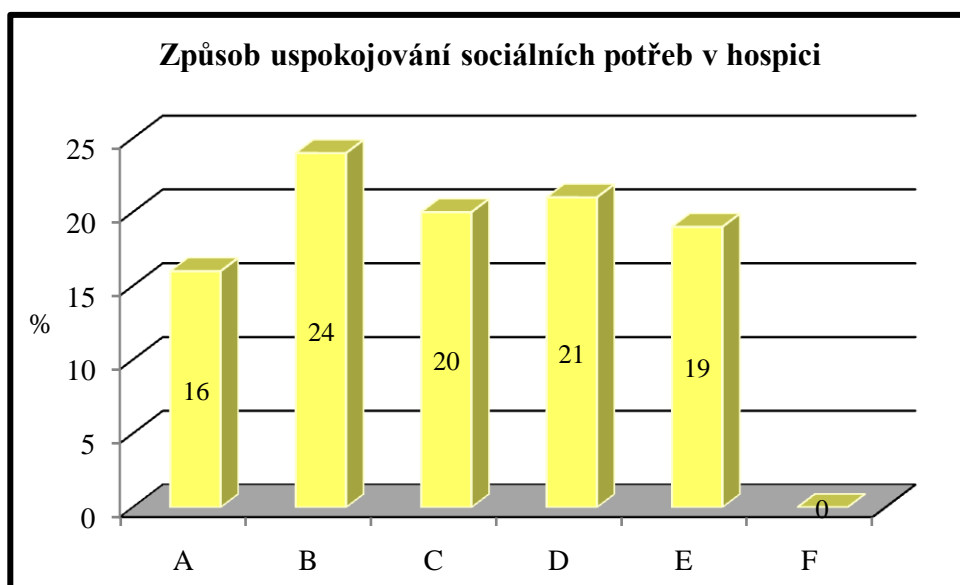
Tab. 40 Způsob uspokojování sociálních potřeb v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Zajištění prostoru pro rozloučení a odchodu s prožitkem vnitřního klidu	33	0,16	16
B	Zajištění lidské blízkosti – rodiny i zdravotníků (neomezené návštěvy)	50	0,24	24
C	Empatická komunikace ze strany zdravotníků	42	0,20	20
D	Naslouchání, „doprovázení“	44	0,21	21
E	Verbální i neverbální podpora	41	0,19	19
F	Jiné:	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>210</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>





*Graf 38 Způsob uspokojování sociálních potřeb v LDN*



*Graf 39 Způsob uspokojování sociálních potřeb v hospici*

**Komentář:**

V LDN zabezpečuje uspokojování sociálních potřeb 28 % respondentů zajištěním lidské blízkosti, 22 % verbální i neverbální podporou, 20 % empatickou komunikací ze strany zdravotníků, 16 % zajišťuje prostor pro rozloučení a odchod s prožitkem vnitřního klidu a v neposlední řadě 13 % dotazovaných uvedlo naslouchání, „doprovázení“. K možnosti jiné se vyjádřilo 1 % respondentů. Tato možnost zahrnuje řešení sociálních potřeb, vyřízení příspěvku na péči, řešení situace v rodině, umístění do hospice, vypsání žádosti.

V hospici jsou sociální potřeby zabezpečeny ve 24 % zajištěním lidské blízkosti, 21 % respondentů upřednostňuje naslouchání, „doprovázení“, 20 % empatickou komunikaci ze strany zdravotníků, 19 % využívá verbální i neverbální podporu a 16 % dotazovaných zajišťuje prostor pro rozloučení a odchod s prožitkem vnitřního klidu.

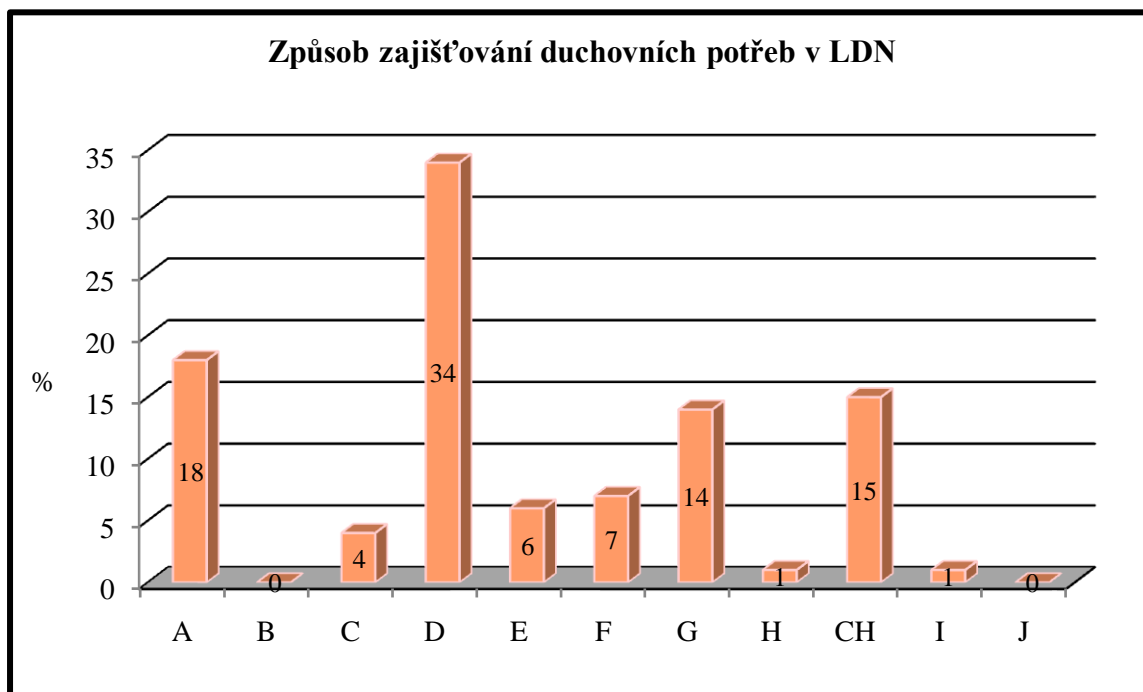
Otázka č. 25: **Jak zajišťujete duchovní potřeby svých klientů?**

Tab. 41 Způsob zajišťování duchovních potřeb v LDN

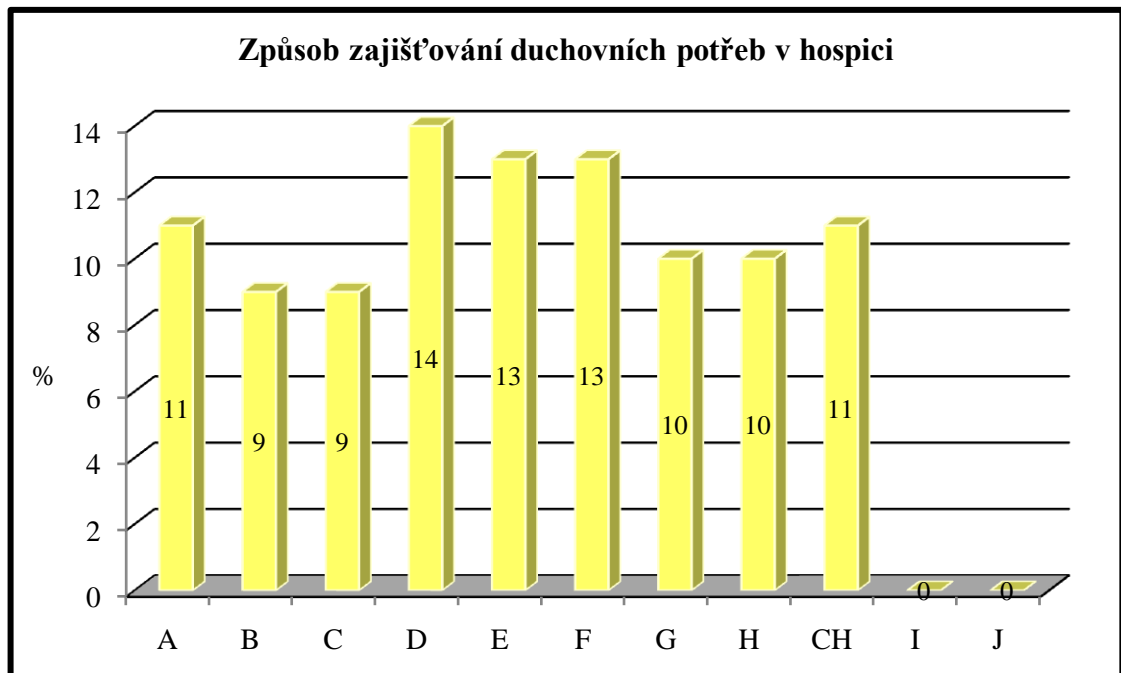
	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Empatické naslouchání, podpora, vhodná komunikace na téma: víra, naděje, láska	25	0,18	18
B	Poslech duchovní hudby	0	0,00	0
C	Poskytnutí knih s duchovní tematikou	5	0,04	4
D	Návštěva duchovního (přijetí svátostí, rozhovory)	48	0,34	34
E	Umožnění účasti na církevních obřadech (v závislosti na stavu pacienta)	8	0,06	6
F	Sledování v TV, či poslech pořadů s náboženskou tematikou	9	0,07	7
G	Umístění předmětů s náboženskou tematikou na pokojích (či nočním stolku)	20	0,14	14
H	Společné i individuální modlitby	2	0,01	1
CH	Kontakt s psychologem, odbornými terapeuty či dobrovolníky	21	0,15	15
I	Tyto služby neposkytujeme	2	0,01	1
J	Jiné:	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>140</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 42 Způsob zajišťování duchovních potřeb v hospici

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Empatické naslouchání, podpora, vhodná komunikace na téma: víra, naděje, láska	42	0,11	11
B	Poslech duchovní hudby	33	0,09	9
C	Poskytnutí knih s duchovní tematikou	34	0,09	9
D	Návštěva duchovního (přijetí svátostí, rozhovory)	51	0,14	14
E	Umožnění účasti na církevních obřadech (v závislosti na stavu pacienta)	49	0,13	13
F	Sledování v TV, či poslech pořadů s náboženskou tematikou	47	0,13	13
G	Umístění předmětů s náboženskou tematikou na pokojích (či nočním stolku)	38	0,10	10
H	Společné i individuální modlitby	35	0,10	10
CH	Kontakt s psychologem, odbornými terapeuty či dobrovolníky	39	0,11	11
I	Tyto služby neposkytujeme	0	0,00	0
J	Jiné:	0	0,00	0
<b>CELKEM</b>		<b>368</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 40 Způsob zajišťování duchovních potřeb v LDN



*Graf 41 Způsob zajišťování duchovních potřeb v hospici*

**Komentář:**

Z grafu pro LDN je zřejmé, že 34 % respondentů zajišťuje duchovní potřeby umožněním návštěvy duchovního, 18 % upřednostňuje empatické naslouchání, podporu, vhodnou komunikaci na téma víra, naděje, láska. 15 % volí kontakt s psychologem, odbornými terapeuty či dobrovolníky, 14 % umožňuje umístění předmětů s náboženskou tematikou na pokojích. 7 % uvedlo sledování v TV, či poslech pořadů s náboženskou tematikou, 6 % umožňuje účast na církevních obřadech, 4 % poskytují knihy s duchovní tematikou a 1 % zahrnuje společné i individuální modlitby. 1 % se domnívá, že tyto služby neposkytuje.

Hospic umožňuje ve 14 % návštěvu duchovním, 13 % umožňuje účast na církevních obřadech a sledování v TV, či poslech pořadů s náboženskou tematikou, 11 % respondentů upřednostňuje empatické naslouchání, podporu, vhodnou komunikaci na téma: víra, naděje, láska a kontakt s psychologem, odborným terapeutem či dobrovolníky. 10 % dotazovaných uvedlo možnost umístění předmětů s náboženskou tematikou na pokojích a společné i individuální modlitby a 9 % poslech duchovní hudby a poskytnutí knih s duchovní tematikou. V tomto případě se nevyskytla možnost, že by tato služba nebyla poskytována.

Otázka č. 26: Co je dle Vašeho názoru nejdůležitější v péči o terminálně nemocné?

Tab. 43 Priority v péči o terminálně nemocné dle LDN

LDN								
Pravidelné podávání léků (vhodným způsobem, sledování jejich účinků, případná úprava medikace), sledování fyziologických funkcí (TK, P, D, TT)								
Číslování dle priorit	1	2	3	4	5	6	7	CELKEM
Absolutní četnost	6	9	7	6	17	3	7	55
Relativní četnost	0,11	0,16	0,13	0,11	0,31	0,05	0,13	1,00
%	11	16	13	11	31	5	13	100
Hodnocení příznaků a jejich mírnění (bolest, nauzea, dušnost, úzkost...)								
Absolutní četnost	22	19	6	6	2	0	0	55
Relativní četnost	0,40	0,34	0,11	0,11	0,04	0,00	0,00	1,00
%	40	34	11	11	4	0	0	100
Péče o čistotu těla (hygienické péče, pravidelné polohování, péče o kůži – rány, dekubity), adekvátní výživa a hydratace								
Absolutní četnost	8	12	16	9	5	4	1	55
Relativní četnost	0,15	0,22	0,29	0,16	0,09	0,07	0,02	1,00
%	15	22	29	16	9	7	2	100
Projev náklonnosti, úcty a zájmu, plnění přání, psychická podpora (verbální, neverbální, lidský kontakt), empatická komunikace								
Absolutní četnost	13	9	12	14	5	2	0	55
Relativní četnost	0,24	0,16	0,22	0,25	0,09	0,04	0,00	1,00
%	24	16	22	25	9	4	0	100
Možnost rozloučení, blízkost člověka (rodiny, zdravotníka), „doprovázení“, důstojný odchod								
Absolutní četnost	6	1	11	16	11	8	2	55
Relativní četnost	0,11	0,02	0,20	0,29	0,20	0,14	0,04	1,00
%	11	2	20	29	20	14	4	100
Duchovní podpora (přijetí svátostí, návštěva duchovního, zpověď, modlitba)								
Absolutní četnost	0	4	2	2	12	30	5	55
Relativní četnost	0,00	0,07	0,04	0,04	0,22	0,54	0,09	1,00
%	0	7	4	4	22	54	9	100
Péče o rodinu								
Absolutní četnost	0	1	1	2	3	8	40	55
Relativní četnost	0,00	0,02	0,02	0,04	0,05	0,15	0,72	1,00
%	0	2	2	4	5	15	72	100

Tab. 44 Priority v péči o terminálně nemocné dle hospice

HOSPIC								
Pravidelné podávání léků (vhodným způsobem, sledování jejich účinků, případná úprava medikace), sledování fyziologických funkcí (TK, P, D, TT)								
Číslování dle priorit	1	2	3	4	5	6	7	CELKEM
Absolutní četnost	1	8	3	7	10	15	11	55
Relativní četnost	0,02	0,15	0,05	0,13	0,18	0,27	0,20	1,00
%	2	15	5	13	18	27	20	100
Hodnocení příznaků a jejich mírnění (bolest, nauzea, dušnost, úzkost...)								
Absolutní četnost	32	11	5	4	2	0	1	55
Relativní četnost	0,58	0,20	0,09	0,07	0,04	0,00	0,02	1,00
%	58	20	9	7	4	0	2	100
Péče o čistotu těla (hygienické péče, pravidelné polohování, péče o kůži – rány, dekubity), adekvátní výživa a hydratace								
Absolutní četnost	2	7	9	14	8	9	6	55
Relativní četnost	0,04	0,13	0,16	0,25	0,15	0,16	0,11	1,00
%	4	13	16	25	15	16	11	100
Projev náklonnosti, úcty a zájmu, plnění přání, psychická podpora (verbální, neverbální, lidský kontakt), empatická komunikace								
Absolutní četnost	13	16	16	7	3	0	0	55
Relativní četnost	0,24	0,29	0,29	0,13	0,05	0,00	0,00	1,00
%	24	29	29	13	5	0	0	100
Možnost rozloučení, blízkost člověka (rodiny, zdravotníka), „doprovázení“, důstojný odchod								
Absolutní četnost	7	9	19	6	10	1	3	55
Relativní četnost	0,13	0,16	0,35	0,11	0,18	0,02	0,05	1,00
%	13	16	35	11	18	2	5	100
Duchovní podpora (přijetí svátostí, návštěva duchovního, zpověď, modlitba)								
Absolutní četnost	0	4	3	15	14	17	2	55
Relativní četnost	0,00	0,07	0,05	0,27	0,26	0,31	0,04	1,00
%	0	7	5	27	26	31	4	100
Péče o rodinu								
Absolutní četnost	0	0	0	2	8	13	32	55
Relativní četnost	0,00	0,00	0,00	0,04	0,15	0,24	0,57	1,00
%	0	0	0	4	15	24	57	100

**Komentář:**

Z následujících tabulek je zřejmé, co je dle sester prioritní v péči o terminálně nemocné. Pro sestry v LDN je na 1. místě ve 40 % hodnocení příznaků a jejich mírnění. 2. místo nebylo obsazeno. 29 % uvedlo na 3. místě položku, péče o čistotu těla, adekvátní výživa a hydratace. Na 4. místě se nachází dvě možnosti, projev náklonnosti, úcty a zájmu, plnění přání, psychická podpora, empatická komunikace ve 25 % a položka rozloučení, blízkost člověka, „doprovázení“, důstojný odchod pro 29 % respondentů. Pravidelné podávání léků a sledování fyziologických funkcí je nejčastěji na 5. místě a to ve 31 %. Duchovní podpora je z 54 % na 6. místě a nejméně prioritní, tedy na 7. místě je pro 72 % péče o rodinu.

Sestry v hospici uvedly na 1. místo v 58 % hodnocení příznaků a jejich mírnění. Projev náklonnosti, úcty a zájmu, plnění přání, psychická podpora, empatická komunikace je dle 29 % respondentů na 2. i 3. místě. 35 % zvolilo možnost rozloučení, blízkost člověka, „doprovázení“, důstojný odchod na 3. místo. Na 4. místě se nachází péče o čistotu těla, adekvátní výživa a hydratace pro 25 %. 5. místo nebylo zvoleno pro žádnou položku. Na 6. místě byly uvedeny dvě položky, pravidelné podávání léků a sledování fyziologických funkcí dle 27 % a duchovní podpora pro 31 % respondentů. Na posledním, 7. místě se pro 57 % nachází péče o rodinu.



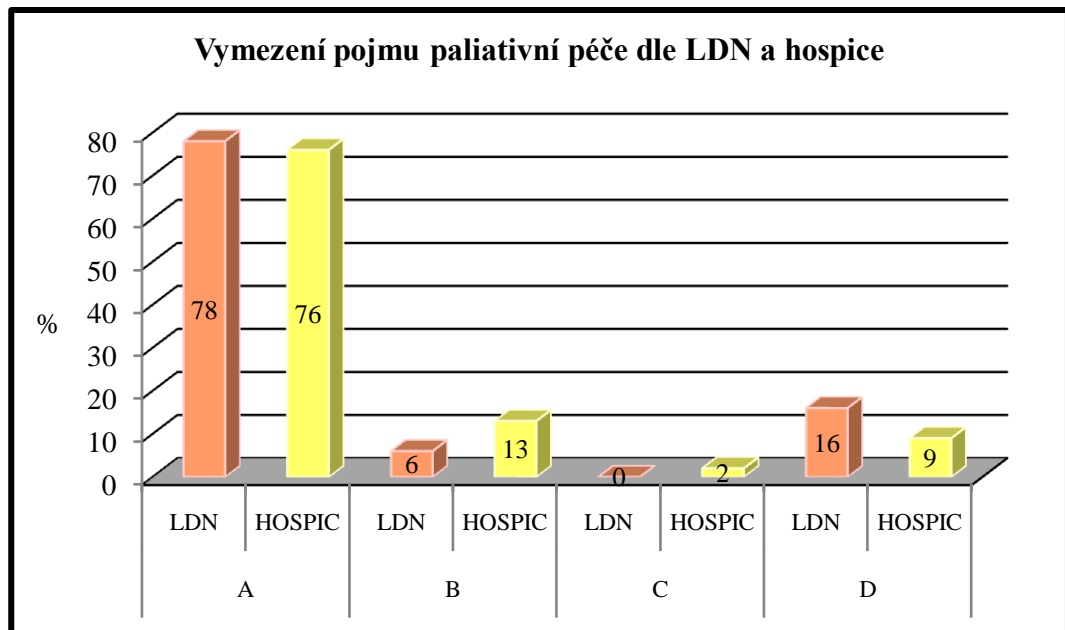
Otázka č. 27: Co je podle Vás paliativní péče?

Tab. 45 Vymezení pojmu paliativní péče dle LDN

	Možné odpovědi	LDN		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu	43	0,78	78
B	Každá léčba, která není kurativní	3	0,06	6
C	Doléčovací, ošetrovatelská a rehabilitační péče o osoby trpícími dlouhotrvajícími chorobami	0	0,00	0
D	Komplexní péče o pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním	9	0,16	16
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

Tab. 46 Vymezení pojmu paliativní péče dle hospice

	Možné odpovědi	HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu	42	0,76	76
B	Každá léčba, která není kurativní	7	0,13	13
C	Doléčovací, ošetrovatelská a rehabilitační péče o osoby trpícími dlouhotrvajícími chorobami	1	0,02	2
D	Komplexní péče o pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním	5	0,09	9
	<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



*Graf 42 Vymezení pojmu paliativní péče dle LDN a hospice*

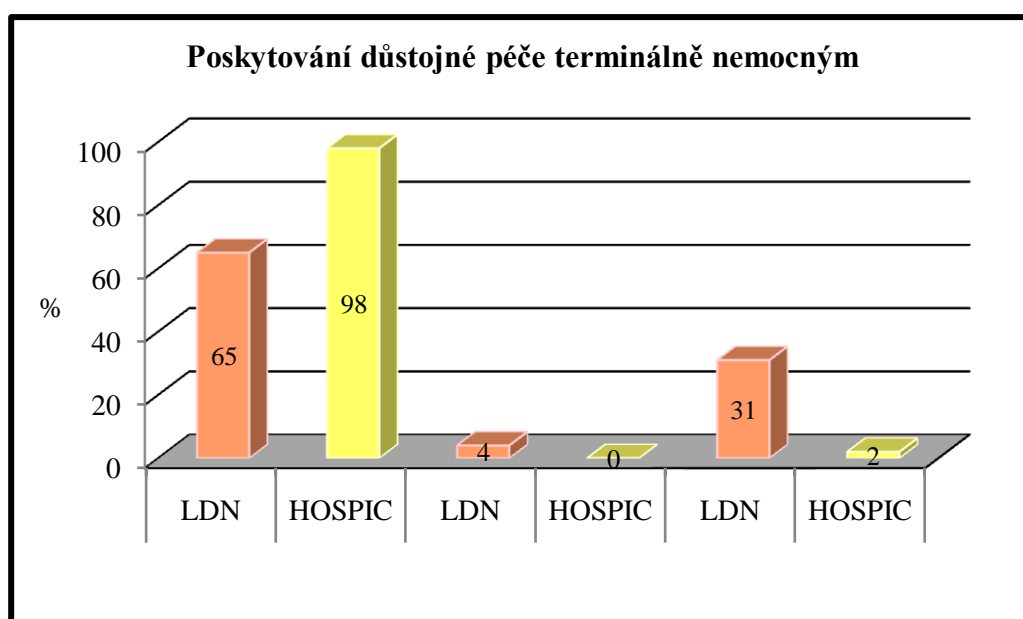
**Komentář:**

Na otázku co je podle Vás paliativní péče správně (tedy aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu) odpovědělo v LDN 78 % a v hospici 76 % respondentů. Špatnou odpověď uvedlo v LDN 22 % a v hospici 24 % respondentů.

Otázka č. 28: **Domníváte se, že poskytujete důstojnou péči terminálně nemocným klientům?**

Tab. 47 Poskytování důstojné péče terminálně nemocným

Možné odpovědi	LDN			HOSPIC		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	36	0,65	65	54	0,98	98
Ne	2	0,04	4	0	0,00	0
Nevím, nedokážu adekvátně posoudit	17	0,31	31	1	0,02	2
<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 43 Poskytování důstojné péče terminálně nemocným

#### Komentář:

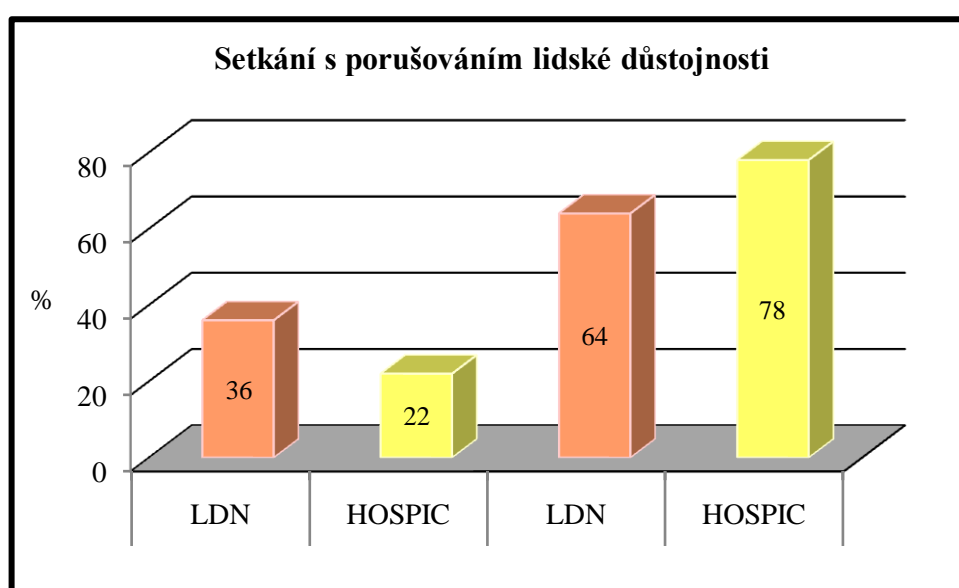
Z celkového počtu 55 dotazovaných v LDN odpovědělo 65 %, že poskytuje důstojnou péči terminálně nemocným, 4 % odpověděla záporně a 31 % respondentů nedokáže adekvátně posoudit.

Na rozdíl v hospici z celkového počtu 55 respondentů se domnívá 98 %, že poskytuje důstojnou péči terminálně nemocným a 2 % nedokážou adekvátně posoudit.

Otázka č. 29: Setkala jste se někdy ve Vašem zařízení s porušováním lidské důstojnosti?

Tab. 48 Setkání s porušováním lidské důstojnosti

Možné odpovědi	LDN			HOSPIC		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	20	0,36	36	12	0,22	22
Ne	35	0,64	64	43	0,78	78
<b>CELKEM</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 44 Setkání s porušováním lidské důstojnosti

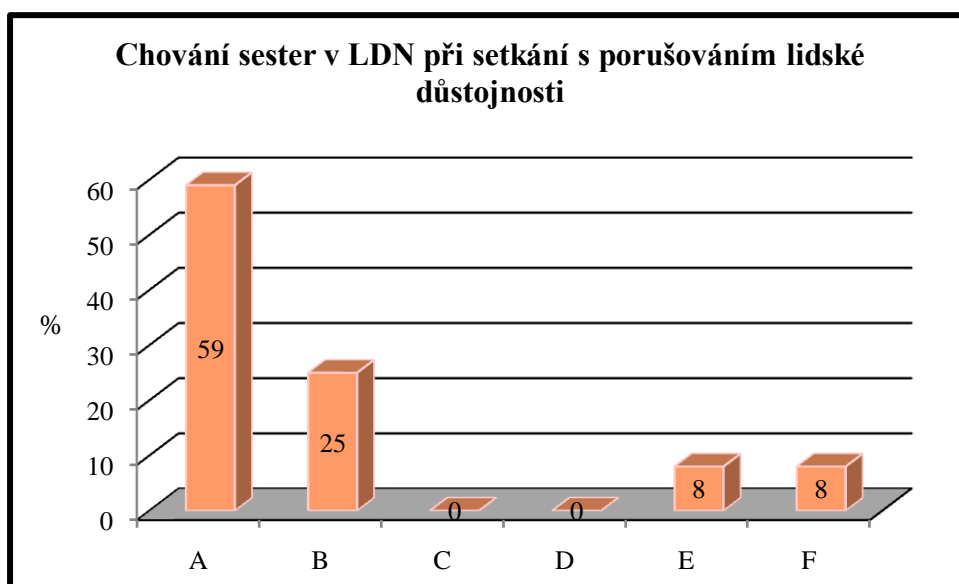
#### Komentář:

Z grafu vyplývá, že výskyt porušování lidské důstojnosti je vyšší v LDN (tj. 36 %), v hospici o něco méně 22 %, zatímco větší část respondentů v LDN v počtu 64 % a v hospici 78 % respondentů se s touto situací nesečkala.

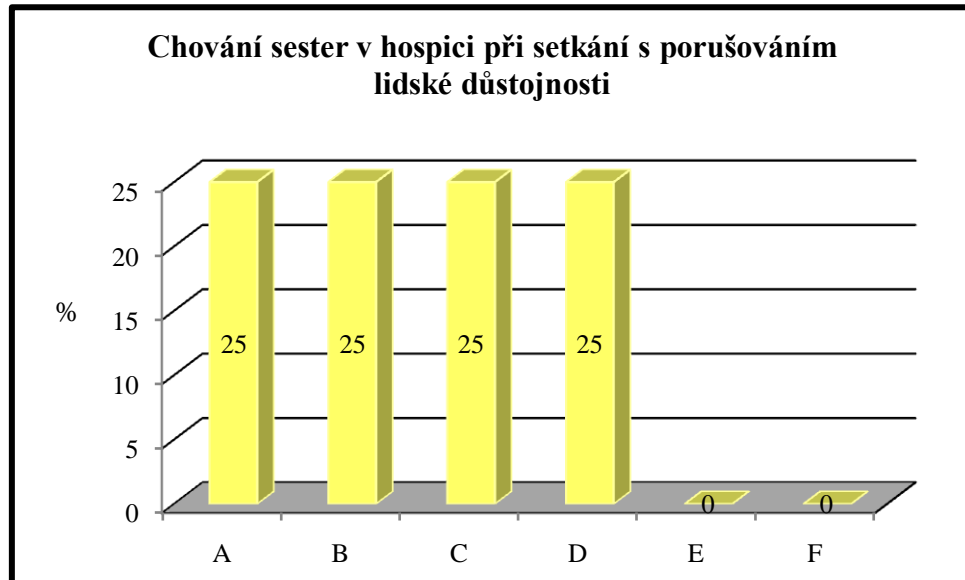
**Pokud ano, jak jste se v této situaci zachovala?**

*Tab. 49 Chování sester při setkání s porušováním lidské důstojnosti*

	Volné odpovědi	LDN			HOSPIC		
		Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Upozornění osoby na nevhodné chování	7	0,59	59	2	0,25	25
B	Náprava	3	0,25	25	2	0,25	25
C	Řešení situace s nadřízeným	0	0,00	0	2	0,25	25
D	Omluva postižené straně	0	0,00	0	2	0,25	25
E	Uvědomění si vlastního pochybení a jeho náprava	1	0,08	8	0	0,00	0
F	Nic	1	0,08	8	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>12</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



*Graf 45 Chování sester v LDN při setkání s porušováním lidské důstojnosti*



*Graf 46 Chování sester v hospici při setkání s porušováním lidské důstojnosti*

**Komentář:**

Způsob, jak se v této situaci respondenti chovali, uvedlo v LDN 60 % a v hospici 67 % dotazovaných, jejich odpovědi byly velice podobné. Zbýlý počet dotazovaných (v LDN 40 %, v hospici 33 %) neodpovědělo.

V 59 % v LDN respondenti upozornili osobu na nevhodné chování a ve 25 % sjednali nápravu. 8 % respondentů neudělalo nic a stejný počet dotazovaných si uvědomil vlastní pochybení a napravili ho.

V hospici 25 % upozorní osobu na nevhodné chování, sjedná nápravu, řeší situaci s nadřazeným nebo se omluvilo postižené straně.

## 6 DISKUZE

V diskuzi jsem se zaměřila na zhodnocení stanovených cílů v úvodu mé bakalářské práce. Ke zjištění potřebných informací jsem zvolila dotazníkové šetření obsahující uzavřené, polouzavřené ale i otevřené otázky. Stanovených tří cílů se mi podařilo dosáhnout.

I přes neustálý rozvoj a častější uplatňování paliativní péče má kvalita péče poskytovaná v závěru života terminálně nemocných své rezervy. Poskytovaná péče ovlivňuje a dokonce si troufám říci i podmiňuje kvalitu posledních chvil života. Existuje řada vybraných zařízení, která se specializují na péči o umírající pacienty a jejich blízké. Vždy však záleží na kvalitě personálu, jeho chování, způsobech, zásadách a znalostech individuálních potřeb těchto pacientů. V roce 2004 byl uskutečněn projekt „Paliativní péče v ČR“, jehož nositelem bylo Hospicové občanské sdružení Cesta domů. Cílem tohoto projektu bylo zjištění stavu současné péče o umírající v ČR, jejich slabin a zlepšení péče o terminálně nemocné a jejich rodiny v ČR. V rámci tohoto projektu byla vypracována zpráva „Umírání a paliativní péče (situace, reflexe, vyhlídky)“ shrnující výsledky výzkumu. Mezi výstupy tohoto projektu patří řada publikací, „Koncepte paliativní péče v ČR“, Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům „O organizaci paliativní péče“, „Vzdělávání v paliativní péči“, „Standardy domácí paliativní péče“, „Respektování lidské důstojnosti“, jejichž hlavním cílem je rozvoj kvalitní péče o terminálně nemocné v ČR. Výsledky výše uvedeného průzkumu úzce souvisí s mým tématem, proto jsem se rozhodla porovnat a uvést některá data.

Hlavním cílem mé práce bylo zhodnotit přístup všeobecných sester k respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných při poskytování paliativní péče v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen LDN). Z důvodu velké obsáhlosti tohoto cíle jsem si stanovila tři cíle dílčí, které se specificky zaměřují na jednotlivé oblasti péče.

**Dílčí cíl č. 1: Zmapovat postoj všeobecných sester k respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných při uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb.**

K tomuto cíli se řadí položky č. 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.

První z dílčích cílů, který jsem si vymezila ve své práci, byl zaměřený na respektování důstojnosti při uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Základním předpokladem bylo zjistit, zda sestry tyto potřeby zajišťují. 100 % respondentů

v LDN a hospici uvedlo, že zajišťuje biologické a psychické potřeby. Sociální potřeby v LDN zajišťuje 95 % a v hospici 96 %. Duchovní potřeby jsou v LDN uspokojovány pouze v 87 % a v hospici v 98 %. Obecně lze říci, že základní potřeby týkající se péče o tělo jsou zajištěny dostatečně, ostatní výsledky již tak příznivé nejsou. Dle mého názoru je to tím, že velká většina lidí, v našem případě zdravotníků řeší pouze viditelné problémy typu dekubity, podvýživu, dehydrataci, bolest. Nejsou méně závažné, ale jsou ovlivnitelné a často podmíněné psychicky, sociálně a duchovně, neboť člověk je holistická bytost.

Dále jsem zjišťovala přístup sester ke klientovi při poskytování ošetrovatelské péče. Uspokojivé jistě je, že v LDN i hospici se na prvním místě vyskytla možnost, že klienta osloví a dle stavu zapojí do sebez péče, jinou odpovědí byla položka, že klienta osloví a provede výkon (bez ohledu na jeho schopnost zapojit se do péče). I přes malé zastoupení této možnosti, je nutné podotknout, že takovéto jednání není v praxi výjimkou a přehlížení pacienta při vykonávání ošetrovatelské činnosti nebo chování k němu jako k věcem významně narušuje důstojnost pacienta. V mnoha případech je obtížné nebo nemožné zapojit pacienta do sebez péče, pokud je to ovšem možné posílíme tak jeho úctu k sobě samému.

K dalším leč základním biologickým potřebám jistě neodmyslitelně patří hygiena člověka. V této souvislosti jsem se zajímala, jak se sestry chovají v situaci, kdy provádí hygienickou péči, či jiný výkon, kde narušují intimitu a soukromí klienta (položka č. 19) a jak provádí hygienickou péči u terminálně nemocných (položka č. 20). Výsledky se opět odvíjely od typu zařízení, ale lze říci, že chování respondentů při narušení intimity klienta je v obou typech zařízení (LDN i hospici) velmi podobné. Nejvíce respondentů v LDN odpovědělo, že informuje pacienta o činnostech, které mu budou prováděny, odhaluje jen ty části těla, u kterých je to v dané situaci nezbytné, dále využívá plenty, zástěny, závěsy, paravany, zavře dveře, okna, zatáhne záclony a žaluzie a omezí počet osob na pokoji včetně pacientů a zdravotníků. Sestry hospice využívají plenty, zástěny, závěsy, paravany, informují pacienta o činnostech, které mu budou provádět, snaží se omezit počet osob na pokoji včetně pacientů i zdravotníků, odhalují jen těch částí těla, u kterých je to v dané situaci nezbytné a v neposlední řadě zavírají dveře, okna, zatáhnou záclony a žaluzie. Ostatní zvolené odpovědi, jejichž procentuální zastoupení nebylo příliš výrazné, jsou podrobněji znázorněny v tabulkách č. 28, 29.

Na tuto otázku dále navazuje položka týkající se provádění komplexní hygienické péče u terminálně nemocných. Ukázalo se, že v LDN provádí největší počet dotazovaných komplexní hygienickou péči každý den – vícekrát, poté každý den – jedenkrát a podle mne



pouze malé procento uvedlo dle přání a stavu klienta. V hospicovém zařízení provádí hygienickou péči nejčastěji každý den – jedenkrát a na druhém místě byla možnost dle přání a stavu klienta, další často zvolenou položkou bylo každý den – vícekrát. Tyto výsledky mne vůbec nepřekvapily, neboť z praxe vím, jak to v těchto zařízeních chodí. Na plně obsazeném oddělení LDN se nikdo neptá pacientů, zda chtějí nebo nechtějí, jejich harmonogram a personální obsazení neumožňuje další alternativy. Je mnohdy opravdu těžké věnovat zvýšenou pozornost jednomu terminálně nemocnému, když na Vás čeká dalších třicet pacientů. Mezi jistou výhodou hospice patří menší kapacitní obsazení a jednolůžkové pokoje se sociálním zařízením, které umožňují jistě vyšší míru intimity při provádění veškerých ošetrovatelských úkonů. Z mého pohledu jsou biologické potřeby zajišťovány kvalitně, sestry jim opravdu věnují dostatečnou pozornost, vše se odvíjí od typu zařízení a jeho možností.

Dále bych zde ráda uvedla porovnání výsledků otázky č. 21 s výsledky, ke kterým dospěla Jana Macáková, studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, ve své bakalářské práci na téma Srovnání ošetrovatelské péče u klientů v terminálním stádiu poskytované v nemocničním zařízení a v hospici z pohledu rodinných příslušníků a všeobecných sester v roce 2012. Studentka zjišťovala pomocí hloubkového rozhovoru s příbuznými pacientů v terminálním stádiu a se všeobecnými sestrami, zda pocítují možné rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče v hospici a ve zdravotnickém zařízení. Vzhledem k tomu, že výše uvedené téma úzce souvisí s mou prací, rozhodla jsem se pro zajímavost uvést srovnání některých položek průzkumu. Pro mé účely se zabývám pouze názorem všeobecných sester. V souvislosti s uspokojování biologických potřeb jsem se dále zaměřila na zabezpečování výživy a hydratace u terminálně nemocných. Z mého dotazníkového šetření jsem se dozvěděla že, z celkového počtu dotazovaných v LDN je v 51 % výživa a hydratace zabezpečena dle ordinace lékaře, v 38 % dle stavu a na posledním místě se s 11 % vyskytuje možnost dle přání klienta. V hospici je v 56 % zabezpečena výživa a hydratace dle stavu, v 36 % dle ordinace lékaře a pouze 8 % zohledňuje přání klienta. Na tomto místě bych ráda pro zajímavost uvedla výsledky průzkumu Jany Macákové, jak jsem se již zmínila výše. Ta v roce 2012 zjišťovala, jak všeobecné sestry pečují o výživu pacientů v terminálním stádiu v hospici a zdravotnickém zařízení. Výsledky této otázky byly velmi podobné s mými závěry. Všeobecné sestry ze zdravotnického zařízení uvedly, že stravu si pacienti mohou vybrat, každý den za nimi chodí dietní sestra. Dále je jim podávána speciální nutričně upravená výživa, parenterální výživa, nebo pokud je to nutné, lékař zavede nasogastrickou

sondu. Respondenti z hospice uvedli možný výběr stravy pacienty. Je pro mne velmi příjemným zjištěním, že je v tomto ohledu respektováno přání pacienta, které úzce souvisí s lidskou důstojností a možností pacienta v posledních chvílích života rozhodovat o vlastní osobě i o péči. S tím jistě souvisí další položka v mém dotazníku č. 23.

Mezi další důležité aspekty péče o terminálně nemocné patří jistě psychické potřeby. U této položky mohli respondenti uvést více možností. Pro sestry obou typů zařízení je nejdůležitější projev porozumění, tolerance, empatie a plnění přání dle možností zařízení naopak se však na posledním místě nachází udržení naděje. Respektováním přání klientů jsem se zabývala ještě dále, zajímalo mne, zda sestry přání respektují a pokud ano, jakým způsobem. Velmi příznivé výsledky ukázaly, že respondenti LDN i hospice respektují přání svých klientů ve 100 % ať už vždy, většinou ano nebo někdy. Mezi nejužívanější způsoby patří splnění a realizace přání dle možností a hledání alternativ a snaha o splnění přání.

V otázkách č. 24, 25 se zaměřuji na méně uspokojované potřeby ale ne méně důležité a to sociální a duchovní. V sociálních potřebách je největší pozornost věnována zajištění lidské blízkosti, verbální i neverbální podpoře a empatické komunikaci ze strany zdravotníků. V hospici mimo již výše uvedené možnosti také upřednostňují naslouchání, „doprovázení“ a zajištění prostoru pro rozloučení a odchod s prožitkem vnitřního klidu. V duchovní oblasti, která je dle průzkumu zajišťována nejméně respondenti v nejvyšší míře umožňují návštěvy duchovního. V dalších možnostech se zařízení rozchází. Proto bych ráda uvedla obě zařízení zvlášť. V LDN dále upřednostňují empatické naslouchání, podporu, vhodnou komunikaci na téma víra, naděje, láska, kontakt s psychologem, odbornými terapeuty či dobrovolníky a umístění předmětů s náboženskou tematikou na pokojích. Hospic mimo výše uvedené možnosti umožňuje také účast na církevních obřadech a sledování v TV, či poslech pořadů s náboženskou tematikou, společné i individuální modlitby a poslech duchovní hudby a poskytnutí knih s duchovní tematikou. Všechny uvedené a uspokojené potřeby se podílejí na zvyšování kvality života v posledních chvílích života. Žádná z nich není méně prioritní. Každý člověk je však jedinečná bytost, která má své individuální potřeby a takto k nim musíme přistupovat i my. Nesmíme to brát jako rozmar, ale jako jejich možná již poslední přání. Každý z nás by toužil prožít poslední chvíle plnohodnotně, nejen jako přítěž pro druhé, kteří „ví“ či „neví“ co je pro něho nejlepší.

Pro sestry LDN i hospice je hlavní prioritou a tedy na prvním místě v péči o terminálně nemocné hodnocení příznaků a jejich mírnění. Jak jsem předpokládala, další priority jsou

ohodnoceny rozdílně. Na dalším místě v LDN je ve 29 % péče o čistotu těla, adekvátní výživa a hydratace, zaměření tedy na fyzický stav. Hospic však upřednostňuje projev náklonnosti, úcty a zájmu, plnění přání, psychickou podporu, empatickou komunikaci. Následující položka je zaměřena na sociální potřeby, možnost rozloučení, blízkost člověka, „doprovázení“, důstojný odchod, v LDN jsou tyto položky uvedeny až na 4. místě. Nyní se v hospici teprve objevuje péče o čistotu těla, adekvátní výživa a hydratace. Další místo zaujímá v LDN pravidelné podávání léků a sledování fyziologických funkcí, tato položka je v hospici spolu s duchovní podporou až na 6. místě, která je na tomto místě i v LDN. Poslední a tedy nejméně důležitá je pro obě zařízení péče o rodinu. Musíme však zohlednit uvedené možnosti, neboť péče o rodinu není neméně důležitá, ale v souvislosti s péčí o terminálně nemocného je prioritní především zajistit jeho potřeby.

### **Dílčí cíl č. 2: Zhodnotit dodržování zásad důstojné komunikace s terminálně nemocnými.**

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 13, 14, 15, 16.

Dle všeobecných sester LDN dodržují zásady důstojné komunikace v 95 %, 5 % nedokáže posoudit. V hospici se domnívá 98 %, že důstojně komunikuje s terminálně nemocnými, pouze 2 % neví, nedokážou posoudit. V návaznosti na tuto otázku jsem se zajímala, jak sestry oslovují terminálně nemocné pacienty, neboť se často vyskytují situace, kdy jsou pacienti zesměšňováni, ignorováni či zneuctěni již při prvním kontaktu. Respondenti mohli vybrat odpověď z uvedených možností. Mezi nejčastější typ oslovení klientů patří v LDN oslovení pouze příjmením, dále pak jménem s případnými tituly a nejméně respondentů oslovuje své klienty dle jejich přání. V hospici bylo nejvyšší zastoupení v možnosti jménem s případnými tituly, mezi další časté způsoby patří pouze příjmením a oslovení dle přání klienta. Velmi mne těší, že sestry při oslovování svých klientů respektují jejich důstojnost, protože nevhodné oslovení degraduje celou osobnost a stárí či umírání není důvodem k neúctě k pacientovi. Na tomto místě bych ráda zmínila publikaci, která se stala jedním z mnoha výstupů projektu „Paliativní péče v ČR“ a to je „Respektování lidské důstojnosti“. Zde autoři uvádí příklady samotných pacientů a nevhodného oslovování. Mezi klasické případy patří oslovování „babi, dědo“ či jiné zdrobněliny nebo familiární oslovení, které jsou naprostým projevem neúcty. Přitom je to jedna z mála věcí, která člověku pomáhá udržovat jeho důstojnost v nepříjemných situacích, jako je narušování soukromí. Každého z nás čeká umírání a smrt, i my budeme v této situaci, představme si sami na sobě, jak bychom se cítili. V praxi jsem se spíše setkala s nevhodným oslovová-

ním ze stran nižšího personálu, naší povinností tedy je na tuto skutečnost upozornit a zajistit její nápravu. Souvisejícím problémem je také podávání informací nemocným, které je stále kritizováno ze všech stran. Jak již ze stran pacientů, kterým se nelíbí odborná terminologie, dlouhé drobným písmem napsané informované souhlasy, či ve spěchu sdělené informace na chodbě či mezi dveřmi. Nebo ze strany sester, které určité informace podávat nesmí či nemohou, nejsou oprávněné, a přesto je říkají. Otázkou č. 15 jsem zjišťovala poskytování informací terminálně nemocným. V LDN jsem zjistila, že jsou informace podávány v 56 % ústně, ve 34 % informovaným souhlasem. Dost překvapivé pro mne bylo zjištění že, 4 % respondentů informace nepodává, 2 % informuje rodinu. K možnosti jiné se vyjádřila 4 %, která uvedla, že informace podává lékař. V hospici přední místo zaujímá s počtem 73 % ústní podání informací, pouze 14 % využívá informovaný souhlas a 11 % si vybralo položku jiné. Zde respondenti uvedli, že podávají informace dle svých kompetencí, využívají kombinaci informovaný souhlas, ústní a názorné informování nebo naopak informuje lékař. V tomto případě informace nepodávají 2 % respondentů. Z právního hlediska je zcela jasné, že informace musí podávat lékař, v jiných oblastech jako je poučení pacienta, vysvětlení nejasností může v rámci svých kompetencí informovat i sestra. Špatná komunikace a podávání informací má dopad především na psychiku pacienta. V konečném důsledku může vést ke smutku, depresi až zhoršení celkového stavu. Jednou z velmi důležitých položek pro můj průzkum byla otázka č. 16, kde jsem zjišťovala zásady, které sestry dodržují při komunikaci s nemocným klientem. Podrobné výsledky jsou zobrazeny v grafech č. 24, 25. Mezi nejčastěji dodržované zásady při komunikaci s terminálně nemocným v LDN patří zajištění soukromí a dostatku času, dále otevřená komunikace mezi pacientem, rodinou a zdravotníky a umožnění projevit veškeré emoce. Neméně důležité je také zaměření nejen na tělesný stav, ale i psychiku, odreagování. V hospici byly zjištěny podobné výsledky, nejvyšší počet respondentů se zaměřuje na zajištění soukromí a dostatku času a umožňuje projevovat veškeré emoce. Tento výsledek mne příjemně překvapil a přesvědčil o tom, že se sestry stále více setkávají s umírajícími pacienty a mají tak větší zkušenosti v komunikaci s nimi. Jedním z negativních zjištění pro mě však byl fakt, že pouze 8 % respondentů se k terminálně nemocným chová jako k dospělým a poskytuje veškeré informace. Tento fakt, je jistě podmíněn přáním pacientů a jejich rodinných příslušníků, v opačném případě je to však nesprávné. I terminálně nemocný pacient má právo na pravdivé informace, pokud je požaduje. Naší povinností je, abychom mu je pomohli přijmout a podpořili ho v těžké životní situaci. Závěrem bych chtěla zmínit někte-

ré z výsledků již výše uvedené Jany Macákové, která také zjišťovala, jak sestry komunikují s pacienty v terminálním stádiu a jejich blízkými. Naše výsledky se opět shodují, jak v LDN, tak v hospici uvedli, že se snaží o otevřenou komunikaci založenou na důvěře a empatii, naslouchání, umožňující projevít veškeré emoce. Důstojná komunikace je projevem zralosti člověka a mírou sociálního citění. Každý zdravotník není schopen poskytnout informace stejným způsobem, taktně, empaticky a upřímně. Je to však věc, kterou lze trénovat a zdokonalovat, záleží vždy na osobnosti zdravotníka a jeho touze a snaze zajistit kvalitní péči.

### **Dílčí cíl č. 3: Zjistit možné rozdíly v poskytování důstojné péče o terminálně nemocné v hospicích a v LDN.**

K tomuto cíli se vztahují všechny otázky z mého dotazníku, protože jsou zaměřené jak na sestry v LDN, tak na sestry v hospici.

Znění a výsledky otázek vztahujících se k uspokojování biologických, psychických, sociálních, spirituálních potřeb a dodržování zásad důstojné komunikace s terminálně nemocnými jsou uvedeny v předchozích cílech 1 a 2, proto bych se ráda v tomto cíli zaměřila na ostatní položky (č. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 27, 28, 29).

V LDN se dotazníkového šetření zúčastnilo 96 % žen a 4 % mužů, v hospici bylo 100% zastoupení žen. Tento výsledek mne nijak nepřekvapil, neboť zastoupení mužského pohlaví v sesterské profesi je opravdu malé. Dále mne zajímal rozdíl ve věkové kategorii respondentů. Nejvyšší počet v LDN je zastoupen ve věkové kategorii 19-30 let, a to v 35 %, poté následuje kategorie 31-40 let v počtu 29 %, věkové rozmezí 41-50 let je zastoupeno 24 % a 51 a více let činí pouze 13 %. V hospici jsou oproti tomu nejčastější kategorie 31-40 let a 41-50 let, zastoupené 33 %, poté následuje věkové rozmezí 19-30 let s 20 % a nakonec 51 a více let, které činí 14 %. V tomto případě je zřejmé, že práce v hospici vyžaduje určité zkušenosti a duševní zralost sester, které se získávají roky praxe.

Další ač ne tak významný rozdíl nacházím ve vzdělání těchto sester, které bylo v LDN v 58 % středoškolské s maturitou – všeobecná sestra a v 11 % středoškolské s maturitou – zdravotnický asistent. Vyšší odborné vzdělání má 20 % respondentů a na úrovni bakaláře je pouze nepatrné procento. V hospici je také nejvyšší zastoupení (tj. 69 %) středoškolsky vzdělaných s maturitou – všeobecná sestra. Na stejné úrovni se s 11 % nachází vysokoškolské studium bakalářské i magisterské. Možnost středoškolské vzdělání s maturitou – zdravotnický asistent se v hospici nevyskytla, což vychází z jisté nutnosti odborných do-

vedností a praktických zkušeností v péči o terminálně nemocné v tomto zařízení. Od této otázky se odvíjí další položka, která se vztahuje k délce praxe. Zde je patrný značný rozdíl. V LDN pracují nejčastěji respondenti s délkou praxe 0-5 let. V hospici je však nejvíce zastoupena skupina s praxí 11-20 let.

Mezi další faktory ovlivňující poskytovanou péči patří také víra respondentů, na kterou jsem se zaměřila v otázce č. 6 a 7. Průzkumem jsem došla k závěru že, v hospici je vyšší procento (tedy 64 %) věřících než v LDN (tj. 42 %) a počet respondentů, kteří jsou svou vírou ovlivněni v péči o terminálně nemocné, činí 54 %. Tentokrát je vyšší zastoupení (61 %) v LDN. Mezi nejčastější odpovědi LDN, které se objevily v doplňkové otevřené otázce, jak Vás víra ovlivňuje v postoji k lidské důstojnosti, patří větší projev úcty a empatie, trpělivost, soucit, láska k lidem a pomoc, vnitřní postoj, hlas svědomí, osobitá důstojnost spojená s individualitou a jak učí a přikazuje Bible – člověk je boží stvoření. V hospici sestry uvedly, že víra dává sílu a oporu, ovlivňuje pohled na osobitou důstojnost spojenou s individualitou. V LDN se k této položce vyjádřilo 64 % pouze z věřících respondentů a v hospici pouze 37 %.

Pomocí další testovací otázky jsem zkoumala, zda respondenti mého průzkumu znají pojem terminálně nemocný pacient. Jejich odpověď byla usnadněna výběrem z uvedených možností. I přesto byly výsledky podprůměrné. Správnou odpověď, tedy možnost, že terminálně nemocný pacient je pacient v posledních obdobích života, u kterého dochází ke zhoršování celkového stavu a postupnému selhávání všech systémů zvolilo v LDN 64 % a v hospici 60 %. Ostatní možnosti byly naprosto nevhodné, neboť u těchto pacientů není snadné určit délku přežití a jejich stav není možné zvrátit.

Jednou z prioritních otázek byla položka č. 9, ve které mě zajímalo, co je dle sester důstojnost člověka. Odpovědi sester mne opravdu mile překvapily, neboť v 98 % odpověděly správně, že lidská důstojnost je hodnota lidské bytosti, spojená s jeho individualitou. To svědčí o tom, že si sestry dokáží cenit lidského života a jeho hodnot. Nejen zdravý a mladý člověk je hoděn života.

Další položky č. 10, 11 se přímo vztahují k této problematice a vyjadřují osobní a otevřený názor respondentů na danou problematiku. Z výsledků otázky č. 10 vyplývá, že sestry mají zcela jasno o důležitosti respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných, jejich odpověď byla 100%. Jejich důvody, proč je důležité respektovat lidskou důstojnost, jsou podrobně uvedeny v tabulce č. 15. Zde bych pro představu uvedla nejčastěji se vyskytující

odpovědi. Pro obě zařízení je na prvním místě zdůvodnění, že člověk je jedinečná lidská bytost, na druhém místě uvedly, že je to právo člověka. Ostatní zvolené odpovědi, jejichž procentuální zastoupení nebylo příliš výrazné, jsou podrobněji znázorněny v tabulce č. 15. Výsledky nasvědčují tomu, že sestry mají etické i morální cítění a ví, že důstojnost je jedna z nejvyšších hodnot kvality života.

Co si sestry představují pod pojmem respektování lidské důstojnosti, byla další oblast mého zájmu. Z předchozí otázky vyplývá, že sestry považují lidskou důstojnost za velmi důležitou, co si však představují pod pojmem jejího respektování? Odpovědi všech respondentů mne mile překvapily a byly dost podobné. Z důvodu lepší přehlednosti a častého opakování stejných odpovědí, jsem je zpracovala do tabulky č. 16. Z celkového počtu 55 dotazovaných z LDN se k této otevřené otázce vyjádřilo 58 % respondentů, v hospici 60 %. Představa respondentů z LDN, co je respektování lidské důstojnosti, zahrnuje ve 41 % slušnost, úctu, empatii, holismus, naslouchání, komunikaci a ve 47 % respektování soukromí, práv, přání, názorů, postojů, individuálních potřeb a pohled na člověka jako lidskou bytost. V hospici měla nevyšší zastoupení s 52 % slušnost, úcta, empatie, holismus, naslouchání, komunikace, poté následovala odpověď: respektování soukromí, práv, přání, názorů, postojů, individuálních potřeb a pohled na člověka jako lidskou bytost zastoupená 48 %. Respektováním lidské důstojnosti dáváme najevo úctu ke člověku. Můžeme ji projevovat každý den při všedních ošetrovatelských úkonech, každém kontaktu s pacientem, projevení zájmu, zdvořilém kontaktu či zajištění soukromí při péči. Z průzkumného šetření jednoznačně vyplývá, že sestry ví, co je správné a jak se chovat. Otázkou však zůstává, proč se tak nechovají a jak tuto situaci řešit. Co je příčinou tohoto problému. Dle mého názoru by byla ke zlepšení nynější situace účelná větší motivace sester a také větší zájem o ně, protože každá nedocenená sestra, je také sestra nespokojená. A tento problém se poté odráží na péči k pacientům, vždy to odnáší nevinní lidé. Proto nevidím největší problém ve zdravotnickém personálu, ale vedení a systému zdravotní péče, který naprosto podkopává tuto profesi. Neváží si její činnosti a se vším počítá jako se samozřejmostí. Bohužel se z této profese stalo poskytování služeb a takto to vnímají i pacienti. Mám však nemalé obavy, aby postupem času nedošlo ke zhoršení celkové situace a sester nebylo natolik, že o nemocné nebude mít kdo pečovat. Všem je obecně známé, že je to náročná profese, ale proč se stává více nedocenenou, když jsou na zdravotníky kladeny čím dál větší nároky?

Zásadní otázkou v mé práci bylo, zda sestry poskytují paliativní péči. Závěr této položky byl uspokojivý, ač nebyl 100% v obou zařízeních. V LDN ji poskytuje 91 % a v hospici 100 % dotazovaných. Ve srovnání se zjišťováním, zda sestry ví co je to paliativní péče, byl značný rozdíl. Správnou odpověď, tedy že paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu, dokázalo označit v LDN 78 % a v hospici 76 % respondentů. U těchto výsledků mne především překvapila většinová znalost paliativní péče v LDN, i přesto, že je více poskytována v hospici, kde se mimo jiné pravidelně konají školení a konference o paliativní péči. Rozdíl však není markantní. V závěru jsou však výsledky dosti rozporuplné. Obávám se, že sestry nemohou poskytovat kvalitně paliativní péči, aniž by věděly, co to je a komu je určena. Výsledky však mohou být zkresleny výběrem z uvedených možností, kdyby měly samy uvést definici paliativní péče, výsledky by byly možná rozdílné.

V následující položce bych ráda uvedla srovnání s prací již výše zmíněné Jany Macákové, kde jsem zjišťovala názor sester, zda poskytují důstojnou péči terminálně nemocným klientům. V mém případě z celkového počtu 55 dotazovaných v LDN odpovědělo 65 %, že poskytuje důstojnou péči terminálně nemocným, 4 % odpověděla záporně a 31 % respondentů nedokáže adekvátně posoudit. Na rozdíl v hospici z celkového počtu 55 respondentů se domnívá 98 %, že poskytuje důstojnou péči terminálně nemocným a 2 % nedokážou adekvátně posoudit. Studentka Macáková zjišťovala, jak sestry hodnotí ošetrovatelskou péči o pacienty v terminálním stádiu v jejich zařízení. Výsledky byly shodné, všechny 4 respondentky uvedly, že ošetrovatelská péče je na vysoké úrovni, ovšem lékařská péče již tak kvalitně zajištěna není. Domnívám se, že jsou to problémy, které lékaři neradi řeší, neboť perspektiva těchto pacientů je minimální. Jejich strach ze selhání je větší než odvaha přijmout fakt smrtelnosti. Dále dle mých výsledků a již zmíněných 4 rozhovorů mohu soudit, že péče v hospici je v jistých věcech lépe zajištěna. Základem je již samotná myšlenka hospice, který vychází z úcty k životu a člověku jako jedinečné lidské bytosti. Dále je to však samotný důvod jeho vzniku. Hospic byl již od 70. let určen umírajícím a je k tomu také vhodně přizpůsoben. Léčebna dlouhodobě nemocných je však zařízení, zaměřené na následnou péči, především ošetrovatelskou a rehabilitační, přičemž součást ošetrovatelské péče tvoří i ošetřování nevléčitelně nemocných. I přes velký výskyt terminálně nemocných v tomto zařízení, je mnohdy nemožné pacientům zajistit klidné a důstojné umírání. Mezi další překážky jistě patří finanční a personální dotace, kapacita zařízení a v neposlední řadě zatížení sester. Touto problematikou se již v roce 2004 zabýval projekt „Palia-



tivní péče v ČR“, jak jsem již zmínila výše. V rámci tohoto projektu byla vypracována zpráva „Umírání a paliativní péče (situace, reflexe, vyhlídky)“, která předkládá výsledky průzkumů v této problematice z pohledu jak veřejnosti, tak řady odborníků. Pro mé účely bych ráda předložila pouze tvrzení zdravotníků hospiců a LDN. Úroveň péče o umírající hospic hodnotil jako velmi dobrou nebo spíše dobrou, v LDN již však hodnotili jako spíše špatnou. Mezi hlavní překážky v péči o umírající respondenti z LDN uvedli možnosti, že základním zaměřením tohoto zařízení není péče o umírající, dále že lékaře péče o umírající nezajímá a nevěnují jí dostatečnou pozornost. V hospici uvedli položky jako finance, málo personálu, kapacitu zařízení a přetížení personálu, nedostatek času na umírající. Ve srovnání s výsledky z dřívějších let si myslím, že postupně dochází k jistému zlepšení. Očekávaný výsledek není ještě nejlepší, ale jsou viditelné pokroky. Veškeré změny se odvíjí od typu zařízení, kvality personálu, vedení a jejich kvalifikace, nezastupitelnou roli zde však zaujímá rodina a její podíl na péči, který zvyšuje kvalitu posledních chvil života. Z toho důvodu je nezbytná spolupráce všech složek a péče nejen o pacienta ale také o jeho blízké.

V poslední testovací otázce jsem se zajímala, zda se sestry někdy setkaly s porušováním lidské důstojnosti ve svém zařízení a pokud ano, jak se zachovaly. Ukázalo se, že výskyt porušování lidské důstojnosti je vyšší v LDN (tj. 36 %), v hospici o něco menší 22 %, zatímco větší část respondentů v LDN v počtu 64 % a v hospici 78 % respondentů se s touto situací nesečkala. Výsledek nasvědčuje tomu, že je tento problém v praxi přítomen, ale jeho výskyt není značný. Přesto je nutné si uvědomit, že sestra je ochránce, který brání nemocného a měla by se za něho postavit v situaci ohrožení. Jelikož jsem se domnívala, že se sestry setkaly s porušováním lidské důstojnosti, což se mi také potvrdilo, zajímalo mne tedy, jak se v této situaci zachovaly. Respondenti mohli uvést své odpovědi, k nimž se vyjádřilo v LDN 60 % a v hospici 67 % dotazovaných, jejich odpovědi byly velice podobné. V nejvíce případech v LDN respondenti upozornili osobu na nevhodné chování a sjednali nápravu. V hospici nejvíce dotazovaných upozornilo osobu na nevhodné chování, sjednalo nápravu, řešilo situaci s nadřazeným nebo se omluvilo postižené straně. Z výše uvedených odpovědí je zřejmé, že sestry mají morální citění a snaží se tento problém řešit. Naopak mne však velmi překvapila odpověď, že respondentka neudělala nic a to jen z toho důvodu, že nechtěla narušit vztahy mezi pracovišti.

Domnívám se, že je mezi zdravotníky stále větší povědomí o paliativní péči a je stále více zahrnována mezi základní a skoro standardní postupy. Terminálně nemocným a jejich rodinám je tak zabezpečena adekvátní a kvalitní péče.

## ZÁVĚR

Téma bakalářské práce „Respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných z pohledu všeobecných sester“ jsem si zvolila z více důvodů.

Především mne zajímalo, jaký je přístup sester k respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných a proto jsem si vybrala léčebny dlouhodobě nemocných a hospice, neboť jsou to zařízení, kde se nejčastěji setkáváme s těmito pacienty, a je v obecném povědomí, že je mezi nimi jistý rozdíl. Z důvodu komplexního pohledu na tuto problematiku jsem chtěla zmapovat postoj sester jak při uspokojování biologických, psychických, sociálních i duchovních potřeb tak při komunikaci s terminálně nemocnými a poukázat tak na možné rozdíly. V neposlední řadě jsem chtěla obohatit své dosavadní znalosti o nové poznatky z této oblasti, která je stále probíranou v řadě médií. Všeobecná sestra je nepostradatelným a důležitým článkem v péči o terminálně nemocné, ve spolupráci s řadou odborníků a rodinou. Její vědomosti a dovednosti musí být však komplexní, aby mohla nejen kvalitně pečovat ale také rozdávat cenné rady příbuzným, kteří si v mnoha případech nevědí rady a očekávají, že jim bude poskytnuta pomoc a podpora. Mnohdy se o ni však bojí říct, proto sestra musí přistupovat aktivně a ochotně.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na problematiku respektování lidské důstojnosti při poskytování paliativní péče, úvodní část se zabývá vymezením základních pojmů, jako je umírání, smrt, lidská důstojnost a terminálně nemocný pacient. Další část práce popisuje potřeby a zásady komunikace s terminálně nemocnými. Následně je charakterizována péče o terminálně nemocné a paliativní péče. Závěr práce je věnován lidské důstojnosti a zásadám jejího respektování.

Praktická část se přímo vztahuje ke stanoveným cílům. Ke zjištění potřebných informací jsem použila metodu dotazníku. Své výsledky jsem prezentovala na VIII. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských a magisterských nelékařských oborů (příloha P IX), tento výstup bude také publikován ve sborníku. Hlavním záměrem výstupu na konferenci bylo poukázat na problematiku respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných, která je stále opomíjena a přehlížena z mnoha stran. Své výsledky budu dále prezentovat formou odborného článku v měsíčníku *Sestra*, který je určen pro sestry a ostatní nelékařské pracovníky.

Na začátku práce jsem si stanovila jeden hlavní a tři dílčí cíle, pomocí kterých jsem chtěla zhodnotit přístup všeobecných sester k respektování lidské důstojnosti při uspokojování

biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb, zhodnotit dodržování zásad důstojné komunikace a zjistit možné rozdíly v poskytování důstojné péče u terminálně nemocných v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných. Domnívám se, že se mi stanovených cílů podařilo dosáhnout. Mou snahou bylo vypracovat bakalářskou práci tak, aby sloužila jako zdroj informací pro všechny, kteří mají zájem o více vědomostí v této oblasti, kteří se setkávají s terminálně nemocnými, ale přesně neví, co obnáší péče o tyto pacienty.

Z výsledků průzkumu je zřejmé, že rozdíly v péči o terminálně nemocné existují, nejsou však markantní. Proto nevidím pohled na LDN tak kriticky jak je společnost hodnotí. Je nutné podotknout, že léčebny dlouhodobě nemocných mají jisté rezervy v poskytování důstojné péče, k jejímu zásadnímu zlepšení by však byla nutná radikální změna v celém systému zdravotní péče. Ve srovnání s hospicem bude LDN vždy trochu zaostávat, neboť nemá takové možnosti a není výhradně přizpůsobena pro péči o terminálně nemocné. Zásadní změny by se jistě týkaly personálu, jeho počtu i typu. Mezi další by jistě patřila kvalifikace a vzdělávání v této oblasti, ale také zajištění podmínek, které by umožňovaly větší zaměření na psychické, sociální a duchovní potřeby spolu s větší spoluprací rodiny. Bylo by však dobré, kdyby se LDN alespoň pokusila o zlepšení nastalé situace a pozvedla si tak i svou úroveň ve společenském měřítku. Tuto situaci však nelze zobecňovat, protože opravdu záleží na typu pracoviště, snaze personálu a způsobu vedení, které je ochotné postavit se za méně lukrativní věc. Nепropagovat pouze to, co se všem líbí, ale upozorňovat i na nedostatky společnosti, které jistě souvisí s péčí o umírající a nevléčitelně nemocné. Je nesmírně důležité, abychom si my, zdravotníci, tento problém uvědomovali a šli příkladem, neboť „*Dobrý příklad není jednou z možností jak ovlivnit jiné lidi. Je to možnost jediná.*“ (Albert Schweitzer)

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY****MONOGRAFIE:**

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [2] HAŠKOVCOVÁ, Helena, c2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [3] HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [4] KALVACH, Zdeněk, 2004. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky) : projekt Podpora rozvoje paliativní péče v České republice v programu Public Health Nadace Open Society Found Praha*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-2832-5.
- [5] KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- [6] KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.
- [7] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- [8] MACÁKOVÁ, Jana, 2012. *Srovnání ošetrovatelské péče u klientů v terminálním stádiu poskytované v nemocničním zařízení a v hospici z pohledu rodinných příslušníků a všeobecných sester*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Alena Machová.
- [9] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.

- [10] MATZO, Marianne a Deborah Witt SHERMAN, c2006. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-5794-7.
- [11] MIKUDIMOVÁ, Pavla, 2008. *Lidská důstojnost a umírání*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Olga Černá.
- [12] MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [13] MUNZAROVÁ, Marta, 2008. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-807-1953-043.
- [14] MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.
- [15] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
- [16] *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministru Rady Evropy členským státům*, 2004. Praha: Cesta domu. ISBN 80-239-4332-4.
- [17] PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Překlad Pavel Pšeja. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-237.
- [18] PAYNEOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ et al., 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [19] PROCHÁZKOVÁ, Tereza, 2008. *Lidská důstojnost a umírání*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Andrea Pokorná.
- [20] RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE a kolektiv, 2010. *Standards a normy: hospicové a paliativní péče v Evropě*. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči.

- [21] *Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně sociálních oborů*, 2004. Projekt Paliativní péče v ČR. Cesta domů. ISBN 80-239-4334-0.
- [22] SAMKOVÁ, Markéta, 2009. *Pohled veřejnosti na problematiku umírání a smrti*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Markéta Valentová.
- [23] SKÁLA, Bohumil, c2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.
- [24] SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA, 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4330-8.
- [25] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, c2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [26] SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vyd. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-4-5.
- [27] ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- [28] ŠOLTÉS, Ladislav a Rudolf PULLMANN, 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-287-8.
- [29] ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA, 2004. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Cesta domů. Psyché. ISBN 80-239-4329-4.
- [30] TALAŠOVÁ, Marta, 2011. *Péče o umírající z pohledu všeobecné sestry*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Markéta Blažková.
- [31] TRACHTOVÁ, Eva, 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-324-4.

- [32] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, c2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- [33] VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

#### INTERNETOVÉ ZDROJE:

- [34] CESTA DOMŮ, ©2013. Paliativní péče. In: *Umírání* [online]. [cit. 2012-11-23]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/paliativni-pece.html>
- [35] Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“, ©2013. In: *Umírání* [online]. [cit. 2012-11-23]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>
- [36] *Osobní asistence: informační portál* [online], ©2009. Praha [cit. 2012-11-23]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/>
- [37] SLÁMA, Ondřej, 2004. Péče o umírajícího starého pacienta v podmínkách LDN. *Česká geriatrická revue*. [online]. Č. 1, s. 38-43. [cit. 2012-11-23]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr\\_04\\_01\\_04.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_04_01_04.pdf)
- [38] SLÁMA, Ondřej, 2009. Utrpení terminálně nemocných a paliativní medicína. In: *Sdružení křesťanských zdravotníků* [online]. [cit. 2013-01-09]. Dostupné z: <http://www.skzcr.cz/utrpeni-terminalne-nemocnych>
- [39] LAM, K K, 2007. Dignity, Respect for Dignity, and Dignity Conserving in Palliative Care. In: *Palliative Medicine Doctors' Meeting* [online]. [cit. 2013-01-09]. Dostupné z: <http://www.fmshk.org/database/articles/dignityrespectfordignityanddignityconservinginpall.pdf>
- [40] Adresář, ©2013. *Cesta domů* [online]. [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/adresar.html>
- [41] Léčebny dlouhodobě nemocných, ©1999-2013. CENTRUM HOLDINGS. *Najisto.cz: katalog ověřených kontaktů* [online]. [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: <http://najisto.centrum.cz/zdravi/pecovatelske-sluzby/lecebny-dlouhodobem-nemocnych/>



- [42] Co je hospic, ©2013. In: *Umírání* [online]. [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/co-je-hospic.html>
- [43] Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, ©2008. In: *Česká Asociace sester* [online]. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: [http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)
- [44] Práva pacientů ČR, 1992. In: *ČESKO. Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 25. února 1992, poslední aktualizace 27. 4. 2005 [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AIDS	(acquiredimmunodeficiency syndrome) syndrom získané imunodeficiencie
apod.	a podobně
č.	číslo
ČR	Česká republika
EKG	elektrokardiogram
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
OPP	oddělení paliativní péče
P	příloha
s.	strana
Sb.	Sbírka zákonů
tab.	tabulka
tj.	to jest
TV	televize
tzv.	takzvaně
WC	(water-closet) splachovací záchod
%	procento

## SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1 Model důstojnosti (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 14).....</i>	<i>37</i>
--	-----------

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1 Pohlaví respondentů</i> .....	49
<i>Tab. 2 Věk respondentů</i> .....	50
<i>Tab. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v LDN</i> .....	51
<i>Tab. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v hospici</i> .....	51
<i>Tab. 5 Délka praxe ve zdravotnictví</i> .....	53
<i>Tab. 6 Typ zařízení</i> .....	54
<i>Tab. 7 Víra u respondentů</i> .....	55
<i>Tab. 8 Vliv víry na postoj k lidské důstojnosti</i> .....	56
<i>Tab. 9 Způsob ovlivňování postoje sester k lidské důstojnosti</i> .....	57
<i>Tab. 10 Znalost pojmu terminálně nemocný pacient v LDN</i> .....	59
<i>Tab. 11 Znalost pojmu terminálně nemocný pacient v hospici</i> .....	59
<i>Tab. 12 Znalost pojmu důstojnost člověka v LDN</i> .....	61
<i>Tab. 13 Znalost pojmu důstojnost člověka v hospici</i> .....	61
<i>Tab. 14 Důležitost respektování důstojnosti u terminálně nemocných</i> .....	63
<i>Tab. 15 Zdůvodnění důležitosti respektování důstojnosti u terminálně nemocných</i> .....	64
<i>Tab. 16 Představa sester co je respektování lidské důstojnosti</i> .....	66
<i>Tab. 17 Poskytování paliativní péče v LDN a hospici</i> .....	68
<i>Tab. 18 Dodržování zásad důstojné komunikace</i> .....	69
<i>Tab. 19 Oslovování klientů při každodenním kontaktu v LDN</i> .....	70
<i>Tab. 20 Oslovování klientů při každodenním kontaktu v hospici</i> .....	70
<i>Tab. 21 Způsob poskytování informací pacientům v LDN</i> .....	73
<i>Tab. 22 Způsob poskytování informací pacientům v hospici</i> .....	73
<i>Tab. 23 Zásady dodržované při komunikaci s terminálně nemocným klientem v LDN</i> .....	76
<i>Tab. 24 Zásady dodržované při komunikaci s terminálně nemocným klientem v hospici</i> .....	77
<i>Tab. 25 Zajišťování potřeb v péči o terminálně nemocné</i> .....	79
<i>Tab. 26 Přístup ke klientovi při poskytování ošetrovatelské péče v LDN</i> .....	81
<i>Tab. 27 Přístup ke klientovi při poskytování ošetrovatelské péče v hospici</i> .....	81
<i>Tab. 28 Chování respondentů při narušení intimity klienta v LDN</i> .....	83
<i>Tab. 29 Chování respondentů při narušení intimity klienta v hospici</i> .....	83
<i>Tab. 30 Frekvence provádění komplexní hygienické péče v LDN</i> .....	86
<i>Tab. 31 Frekvence provádění komplexní hygienické péče v hospici</i> .....	86

<i>Tab. 32 Zabezpečení výživy a hydratace v LDN</i> .....	88
<i>Tab. 33 Zabezpečení výživy a hydratace v hospici</i> .....	88
<i>Tab. 34 Uspokojování psychických potřeb v LDN</i> .....	90
<i>Tab. 35 Uspokojování psychických potřeb v hospici</i> .....	90
<i>Tab. 36 Respektování přání u klientů v LDN a hospici</i> .....	93
<i>Tab. 37 Způsob respektování přání klientů v LDN</i> .....	94
<i>Tab. 38 Způsob respektování přání klientů v hospici</i> .....	94
<i>Tab. 39 Způsob uspokojování sociálních potřeb v LDN</i> .....	96
<i>Tab. 40 Způsob uspokojování sociálních potřeb v hospici</i> .....	96
<i>Tab. 41 Způsob zajišťování duchovních potřeb v LDN</i> .....	99
<i>Tab. 42 Způsob zajišťování duchovních potřeb v hospici</i> .....	100
<i>Tab. 43 Priority v péči o terminálně nemocné dle LDN</i> .....	102
<i>Tab. 44 Priority v péči o terminálně nemocné dle hospice</i> .....	103
<i>Tab. 45 Vymezení pojmu paliativní péče dle LDN</i> .....	105
<i>Tab. 46 Vymezení pojmu paliativní péče dle hospice</i> .....	105
<i>Tab. 47 Poskytování důstojné péče terminálně nemocným</i> .....	107
<i>Tab. 48 Setkání s porušováním lidské důstojnosti</i> .....	108
<i>Tab. 49 Chování sester při setkání s porušováním lidské důstojnosti</i> .....	109

**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1 Pohlaví respondentů</i> .....	49
<i>Graf 2 Věk respondentů</i> .....	50
<i>Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v LDN</i> .....	51
<i>Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v hospici</i> .....	52
<i>Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví</i> .....	53
<i>Graf 6 Typ zařízení</i> .....	54
<i>Graf 7 Víra u respondentů</i> .....	55
<i>Graf 8 Vliv víry na postoj k lidské důstojnosti</i> .....	56
<i>Graf 9 Způsob ovlivňování postoje sester k lidské důstojnosti v LDN</i> .....	57
<i>Graf 10 Způsob ovlivňování postoje sester k lidské důstojnosti v hospici</i> .....	58
<i>Graf 11 Znalost pojmu terminálně nemocný pacient v LDN</i> .....	60
<i>Graf 12 Znalost pojmu terminálně nemocný pacient v hospici</i> .....	60
<i>Graf 13 Znalost pojmu důstojnost člověka v LDN</i> .....	62
<i>Graf 14 Znalost pojmu důstojnost člověka v hospici</i> .....	62
<i>Graf 15 Důležitost respektování důstojnosti u terminálně nemocných</i> .....	63
<i>Graf 16 Zdůvodnění důležitosti respektování důstojnosti u terminálně nemocných</i> .....	64
<i>Graf 17 Představa sester co je respektování lidské důstojnosti</i> .....	67
<i>Graf 18 Poskytování paliativní péče v LDN a hospici</i> .....	68
<i>Graf 19 Dodržování zásad důstojné komunikace</i> .....	69
<i>Graf 20 Oslovování klientů při každodenním kontaktu v LDN</i> .....	71
<i>Graf 21 Oslovování klientů při každodenním kontaktu v hospici</i> .....	71
<i>Graf 22 Způsob poskytování informací pacientům v LDN</i> .....	74
<i>Graf 23 Způsob poskytování informací pacientům v hospici</i> .....	74
<i>Graf 24 Zásady dodržované při komunikaci s terminálně nemocným klientem v LDN</i> .....	77
<i>Graf 25 Zásady dodržované při komunikaci s terminálně nemocným klientem v hospici</i> .....	78
<i>Graf 26 Zajišťování potřeb v péči o terminálně nemocné v LDN</i> .....	79
<i>Graf 27 Zajišťování potřeb v péči o terminálně nemocné v hospici</i> .....	80
<i>Graf 28 Přístup ke klientovi při poskytování ošetrovatelské péče v LDN a hospici</i> .....	81
<i>Graf 29 Chování respondentů při narušení intimity klienta v LDN</i> .....	84
<i>Graf 30 Chování respondentů při narušení intimity klienta v hospici</i> .....	84
<i>Graf 31 Frekvence provádění komplexní hygienické péče v LDN</i> .....	86

<i>Graf 32 Frekvence provádění komplexní hygienické péče v hospici</i> .....	87
<i>Graf 33 Zabezpečení výživy a hydratace v LDN a hospici</i> .....	88
<i>Graf 34 Uspokojování psychických potřeb v LDN</i> .....	91
<i>Graf 35 Uspokojování psychických potřeb v hospici</i> .....	91
<i>Graf 36 Respektování přání u klientů v LDN a hospici</i> .....	93
<i>Graf 37 Způsob respektování přání klientů v LDN a hospici</i> .....	95
<i>Graf 38 Způsob uspokojování sociálních potřeb v LDN</i> .....	97
<i>Graf 39 Způsob uspokojování sociálních potřeb v hospici</i> .....	97
<i>Graf 40 Způsob zajišťování duchovních potřeb v LDN</i> .....	100
<i>Graf 41 Způsob zajišťování duchovních potřeb v hospici</i> .....	101
<i>Graf 42 Vymezení pojmu paliativní péče dle LDN a hospice</i> .....	106
<i>Graf 43 Poskytování důstojné péče terminálně nemocným</i> .....	107
<i>Graf 44 Setkání s porušováním lidské důstojnosti</i> .....	108
<i>Graf 45 Chování sester v LDN při setkání s porušováním lidské důstojnosti</i> .....	109
<i>Graf 46 Chování sester v hospici při setkání s porušováním lidské důstojnosti</i> .....	110

**SEZNAM PŘÍLOH**

- P I Mýty o umírání
- P II Mýty o umírání doma
- P III Seznam hospiců v ČR
- P IV Seznam LDN v ČR
- P V Etický kodex sester vypracovaným Mezinárodní radou sester
- P VI Etický kodex Práva pacientů
- P VII Charta práv umírajících
- P VIII Dotazník
- P IX Potvrzení o účasti na VIII. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských a magisterských nelékařských oborů



## **PŘÍLOHA P I: MÝTY O UMÍRÁNÍ**

### **Umírání je plné bolesti, osamění a neporozumění, s tím se nedá moc dělat.**

Paliativní péče nabízí cestu, kdy se nemocný člověk smí plně spolehnout na to, že nebude trpět velkými bolestmi, nebude opuštěn a lidé kolem něj se budou snažit vyjít vstříc všem jeho přáním. Nablízku jsou mu doma příbuzní a přátelé, kteří mají odbornou i lidskou oporu v zaměstnancích a dobrovolnících hospice.

### **Hospic je dům – ústav, jedině tam se dá poskytovat paliativní péče.**

Paliativní péče není zpravidla vázána na nějaké konkrétní místo. Je kdekoli, kde ji lidé v důležitém čase na konci života potřebují – tedy má být poskytována především doma. Tam, kde pacientovi nejlépe rozumějí, kde má rodinu a kde mu je možno nejlépe vycházet vstříc. Pokud není z nějakého vážného důvodu možno tuto péči nabídnout doma, pak tu je lůžkový hospic, který se snaží poskytnout služby co nejpodobnější péči domácí.

### **Lidé mají umírat v nemocnici proto, aby jejich nemohoucnost neviděli jejich nejbližší, zvláště pak malé děti.**

Když se člověk narodí na svět, umějí se o něj nejlépe postarat jeho nejbližší. Podobně je tomu i na konci života. Umírající člověk potřebuje ty, kteří jej mají rádi a rozumějí mu. Těm, kteří se v této důležité době o něj starají, pomáhá tato zkušenost vyrovnat se nejen s jeho smrtí, ale i se svojí vlastní smrtelností. A děti, které vidí své rodiče pečovat něžně a trpělivě o babičku nebo dědečka, budou schopné v budoucnu podobně samozřejmě posloužit rodičům nebo jiným blízkým lidem.

### **Paliativní péče je pouze pro staré lidi.**

Je pravda, že většina lidí umírá ve vyšším věku. Umírají však i mladí lidé, umírají i děti. Paliativní péče je poskytována lidem všech věkových kategorií a důraz, který klade na plně žitý život a na zachování důstojnosti pacienta, přichází ke slovu u mladších lidí stejně jako u lidí starších.

### **Paliativní péče je vhodná pouze pro pacienty, kteří nepotřebují odbornou péči.**

Paliativní péče nemá za svůj hlavní cíl uzdravení pacienta, ale je to vysoce odborný typ péče, který dokáže hledat možnosti, jak pomoci i ve velmi složité situaci. Specializuje se na citlivé a cílené řešení specifických obtíží, tělesných i duševních, které se objevují

právě v náročném období na konci života. V některých případech může mít i podobu specifické intenzivní péče.

**Paliativní péče je na místě pouze tehdy, kdy už tzv. „nezbývá žádná naděje“.**

Když se blíží život ke konci, nabízejí se dvě možnosti: upadnout do beznaděje, protože život už ztratil smysl, nebo prožít zbývající čas co nejplněji. Paliativní péče pracuje s nadějí: nabízí pacientovi účinnou úlevu a rodinám pak možnost společně naplnit, hledat či uzdravit vzájemné vztahy tak, aby se na prožitý čas dalo ohlédnout s vděčností a s vědomím, že tato doba měla smysl a že bylo uděláno všechno, co uděláno být mohlo.

**Paliativní péče je určena jen těm, kdo jsou se smrtí smířeni.**

Člověk, který náhle stojí tváří v tvář skutečnosti, že je nevléčitelně nemocný a jeho smrt se blíží, bojuje nezřídka s beznadějí a vzdorem. Paliativní tým mu může s trpělivostí a něhou pomoci se s touto situací vyrovnávat postupně takovým způsobem a tak rychle, jak si on sám přeje. Hospic spolupracuje se členy rodiny tak, aby tento proces probíhal pokojně podle jejich sil a přání.

**Paliativní péče je určena pouze nemocnému členu rodiny.**

Paliativní péče je péčí komplexní a je zaměřena na celou rodinu. Hospic poskytuje zdravotnické, sociální, duchovní i psychologické služby rodině v době pacientovy nemoci a ani po jeho smrti péče nekončí. Různě dlouhý čas se pracovníci a dobrovolníci hospice věnují doprovázení pozůstalých v jejich smutku a pomáhají jim hledat nové jistoty a naděje.

**Pracovníci hospice mohou pomoci umírání urychlit nebo zpomalit.**

Paliativní péče umírání nijak neurychluje ani nezpomaluje. Stejně jako při příchodu člověka na svět jsou přítomni lékaři a porodní asistentky se svými zkušenostmi a odbornou péčí, provází paliativní tým člověka na konci jeho života a je připraven odborně zvládat příznaky, které umírání provázejí.

**Hospice jsou náboženské nebo církevní, přijímání jsou do nich jen věřící.**

Hospice, jako jiná charitativní nebo sociální zařízení, jsou poměrně často zřizovány církvemi nebo náboženskými společnostmi. Neznamená to ale, že by automaticky sloužily jen členům církví, natož aby víra byla podmínkou přijetí do péče hospice. Zaměstnanci a dobrovolníci hospice poskytují naplno své schopnosti a dovednosti každému bez rozdílu

světového názoru, nikomu svoje náboženské přesvědčení nevnucují a o věcech duchovních rozmlouvají s pacientem či rodinou jen tehdy, projeví-li klienti o takové téma zájem.

Převzato z: SKÁLA, Bohumil, c2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

## **PŘÍLOHA P II: MÝTY O UMÍRÁNÍ DOMA**

**V péči o naše nejbližší, která by měla být samozřejmá, býváme často velmi nejistí. Můžeme mít své blízké doma? Nezanedbáme něco podstatného? Budeme to umět? Vydržíme se silami? Poznáme, až nastane konec?**

**Mnoho otázek se stále opakuje - zastavili jsme se s Vámi nad těmi nejčastějšími a pokusili se najít odpověď.**

**Doma není možno poskytnout umírajícímu tak kvalitní odbornou péči jako v nemocnici, snadno se něco zanedbá.**

V naprosté většině případů je pro umírající nejdůležitější to, že jsou v laskavé péči svých nejbližších a nejsou mezi cizími lidmi a v cizím prostředí. Odborníci, kteří poskytují doma vysoce odbornou paliativní péči, jsou pak rodině oporou i při zvážení případné hospitalizace, pokud je opravdu nezbytná. Takové případy samozřejmě jsou, statisticky je jich však velmi málo.

**Umírající nejí a skoro nepije, zůstane-li doma, umře asi žízni.**

Tělo člověka sužovaného nemocí neodchází najednou, ale jednotlivé tělesné funkce pomalu končí. V takové situaci pacient potřebuje daleko méně než dřív: jeho tělo už nedokáže přisun živin zpracovávat. Je třeba nabízet vynalézavě pouze to, nač má pacient ještě sílu a chuť. Můžeme podávat pití častěji a po troškách, pokud pacient není schopný polykat, alespoň zvlhčujeme rty a ústa. Tým hospice poradí a pomůže tam, kde jsme při péči nejistí či bezradní.

**Bolest se dá léčit pouze opiáty. Ty však jsou návykové, pacienta omámí a on pak bude zmatený.**

Paliativní péče skutečně pracuje s opiáty tehdy, kdy je třeba zvládat bolest. Opiáty odborně aplikované při léčbě bolesti pacientovu psychiku neničí, ale naopak napomáhají tomu, aby nemusel být vyčerpáván bolestmi, mohl komunikovat se svými blízkými a žít i poslední období svého života co nejplněji. Pokud bolest odezní, je možno dávky léků snížit či zcela vysadit beze strachu z abstinčních příznaků.

**Péče o umírajícího doma je pro rodinu vyčerpávající a nepřináší jí žádnou radost.**

Péče o umírajícího je skutečně náročná a klade na síly rodiny a na vztahy mezi členy rodiny veliké nároky. Často jsou to však právě tyto nároky, které v nás probudí hluboce lid-

skou touhu po službě blízkému. Dokážeme-li pomoci a uděláme-li, co můžeme nejlepšího, přinese nám to radost a vděčnost a pomůže překonat těžké období zármutku, které přijde po smrti. Víme, že jsme udělali, co jsme udělat mohli.

**Nepřejeme si, aby nás blízcí viděli zubožené, museli nás krmit a přebalovat.**

V době, kdy máme dost sil na to, abychom byli samostatní, hledíme na tyto základní věci s despektem či nechutí. Když ale síly ztrácíme, ba zbude jich jen velmi málo, jsme vděční za to, že nám pomáhají právě ti, kterým nemusíme nic vysvětlovat, před kterými nemusíme nic skrývat a kteří nám slouží s láskou. I pro ně je tato situace velmi důležitá.

**Nejsme si jisti, jestli musí být s nemocným neustále někdo doma.**

V časnějších stádiích nemoci není neustálá přítomnost nezbytná. Když se ale život blíží ke konci, je nutné, aby umírající nebyl sám a aby rodina dokázala s pomocí personálu hospice, dobrovolníků a přátel zajistit stálou přítomnost u pacienta. Zvláště poslední noci mohou být těžké a dlouhé a hospicovní zaměstnanci a dobrovolníci jsou připraveni v tomto období rodině ulehčit, umožnit pečujícím se vyspat nebo jít na chvíli ven a nabrat tak další síly.

**V posledních dnech života člověk nic nevnímá, je tedy jedno, kdo se o něj stará.**

V posledních dnech života zbývá opravdu málo sil, ale člověk nepochybně vnímá do poslední chvíle několik základních věcí: že je doma a že ten, který je s ním a stará se o něj, mu rozumí i beze slov. Na slova už síly nejsou, ale takřka vždy umírající do poslední chvíle vnímá naši přítomnost a slyší naše slova.

**Umírající nemluví, nelze s ním navázat kontakt a není, co mu říkat.**

Právě proto, že umírající už nemá sílu k vlastnímu vyjadřování, je třeba mu ulehčit komunikaci tím, že proneseme nejdůležitější věty, které nemají zůstat nevyřčeny: je jich jen málo a lze je často různým způsobem opakovat.

Děkuji ti. Odpusť mi, prosím. Odpouštím ti. Mám tě rád.

Převzato z: SKÁLA, Bohumil, c2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

## **PŘÍLOHA P III: SEZNAM LŮŽKOVÝCH HOSPICŮ V ČR**

- **DŮM LÉČBY BOLESTI S HOSPICEM SV. JOSEFA**

**Adresa:** Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad

**Telefon:** +420 547 232 223

**Fax:** +420 547 232 247

**E-mail:** hospic@dlbsh.cz

**Web:** www.dlbsh.cz

- **HOSPIC A CENTRUM ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

**Adresa:** 738 01 Frýdek-Místek, I. J. Pešiny 3640

**Telefon:** 595 538 111

**Fax:** 595 538 110

**E-mail:** info@hospicfm.cz

**Web:** www.hospicfm.cz

- **HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ**

**Adresa:** 5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec

**Telefon:** +420 491 467 030

**Fax:** +420 491 467 154

**E-mail:** sekretariat@hospic.cz

**Web:** www.hospic.cz

- **HOSPIC CITADELA- DIAKONIE ČCE**

**Adresa:** Žerotínova 1421, 757 52 Valašské Meziříčí

**Telefon:** +420 571 629 084

**Fax:** +420 571 629 085

**E-mail:** hospic@citadela.cz

**Web:** www.citadela.cz

- **HOSPIC DOBRÉHO PASTÝRE**

**Adresa:** Sokolská 584, 257 22 Čerčany

**Telefon:** +420 317 777 381

**E-mail:** os-tri@centrum-cercany.cz

**Web:** www.centrum-cercany.cz

- **HOSPIC HVĚZDA**

**Adresa:** Sokolovská 967, 760 01 Zlín- Malenovice

**Telefon:** +420 577 113 541

**E-mail:** sekretar.hvezdazlin@seznam.cz

**Web:** www.sdruzeniHvezda.cz

- **HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU**

**Adresa:** Sadové náměstí 24, 770 00 Olomouc

**Telefon:** +420 585 319 754, +420 585 319 758

**E-mail:** hospic.svkopecek@caritas.cz

**Web:** www.hospickopecek.caritas.cz

- **HOSPIC SV. ALŽBĚTY**

**Adresa:** Kamenná 36, 639 00 Brno

**Telefon:** +420 543 214 761, +420 777 883 639

**Fax:** +420 543 211 060

**E-mail:** info@hospicbrno.cz

**Web:** www.hospicbrno.cz

- **HOSPIC SV. JANA NEPOMUKA NEUMANNA**

**Adresa:** Neumannova 144, 383 01 Prachatice

**Telefon:** +420 388 311 726

**Fax:** +420 388 311 727

**E-mail:** info@hospicpt.cz

**Web:** www.hospicpt.cz

- **HOSPIC SV. LAZARA**

**Adresa:** Sladkovského 66, 326 00 Plzeň

**Telefon:** +420 377 431 381

**Fax:** +420 388 311 385

**E-mail:** hospic@hsl.cz

**Web:** www.hsl.cz

- **HOSPIC SV. LUKÁŠE**

**Adresa:** Charvátská 8, 700 30 Ostrava- Výškovice

**Telefon:** +420 599 508 505, +420 732 178 501

**E-mail:** lukashospic.ostrava@caritas.cz

**Web:** www.ostrava.caritas.cz



- **HOSPIC SV. ŠTĚPÁNA**

**Adresa:** Rybářské náměstí 662/4, 412 01 Litoměřice

**Telefon:** +420 416 733 185-7

**E-mail:** info@hospiclitomerice.cz

**Web:** www.hospiclitomerice.cz

- **HOSPIC ŠTRASBURK**

**Adresa:** Bohnická 12, 180 00 Praha 8- Bohnice

**Telefon:** +420 283 853 256

**Fax:** +420 283 853 253

**E-mail:** hospic.strasburk@cmail.cz

**Web:** www.lazaruscz.cz

- **HOSPIC V CHRUDIMI**

**Adresa:** K Ploché dráze 602, Chrudim IV 537 01

**Telefon:** krizová linka: 734 414 418, 461 001 900; MUDr. Blažková: 731 151 538

**E-mail:** smireni@centrum.cz

**Web:** www.smireni.cz

- **HOSPIC V MOSTĚ**

**Adresa:** Svážná ulice 1528, 434 00 Most

**Telefon:** +420 476 000 166-8

**Fax:** +420 476 000 169

**E-mail:** hospic@mostmail.cz

**Web:** www.hospic-most.cz

Převzato z: Adresář, ©2013. *Cesta domů* [online]. [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/adresar.html>

## **PŘÍLOHA P IV: SEZNAM LDN V ČR**

- **BH – NEMOCNICE VOLYNĚ, S.R.O**

**Adresa:** Husova 401, 38701 Volyně

**Telefon:** +420 383 372 864

**Fax:** +420 383 372 266

**E-mail:** info@volynskalecebna.cz

**Web:** www.volynskalecebna.cz

- **CARVAC, S.R.O.**

**Adresa:** Nemocniční 2271/52, 35201 Aš

**Telefon:** +420 354 403 111

**Fax:** +420 354 403 110

**E-mail:** ldn@carvac.cz

**Web:** www.carvac.cz

- **ČESKÁ PROVINCE KONGREGACE MILOSRDNÝCH SESTER SV. VINCENCE DE PAUL**

**Adresa:** Malý Val 1553, 76701 Kroměříž

**Telefon:** +420 573 340 504

**Fax:** +420 573 338 324

**E-mail:** nemomil@nemomil.cz

**Web:** www.nemomil.cz

- **ČESKOMORAVSKÁ PROVINCE HOSPITÁLSKÉHO ŘÁDU SV. JANA  
Z BOHA – MILOSRDNÝCH BRATRŮ**

**Adresa:** Vídeňská 228/7, 63900 Brno

**Telefon:** +420 577 005 816

**E-mail:** info@nmbvizovice.cz

**Web:** www.nmbvizovice.cz

- **DŮM KLIDNÉHO STÁŘÍ, S.R.O.**

**Adresa:** Kraslická 26, 35703 Svatava

**Telefon:** +420 352 629 867

**Fax:** +420 352 629 870

**E-mail:** ldnsvatava@gmail.com

**Web:** www.klidne-stari.cz

- **FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY**

**Adresa:** Šrobárova 1150/50, 10000 Praha

**Telefon:** +420 267 161 111

**Fax:** +420 267 312 664

**Web:** www.fnkv.cz

- **GAUDIUM FRÝDEK – MÍSTEK, S.R.O.**

**Adresa:** Revoluční 1282, 73801 Frýdek-Místek

**Telefon:** +420 558 630 327

**E-mail:** hartmann@gaudium-fm.cz

**Web:** www.gaudium-fm.cz

- **JESENICKÁ NEMOCNICE, S.R.O.**

**Adresa:** Lipovská 103/39, 79032 Jeseník

**Telefon:** +420 584 458 356

**E-mail:** nemocnice@jesnem.cz

**Web:** www.jesnem.cz

- **LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

**Adresa:** Osvětimská 975, 36221 Nejdek

**Telefon:** +420 353 176 721

**Fax:** +420 353 176 738

**E-mail:** ldn-nejdek@volny.cz

**Web:** www.ldn-nejdek.cz

- **LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH OPOČNO**

**Adresa:** Nádražní 521, 51773 Opočno

**Telefon:** +420 494 674 312

**Fax:** +420 494 667 490

**E-mail:** ldn@nemopo.cz

- **LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH RYBITVÍ**

**Adresa:** Činžovních domů 140, 53354 Rybitví

**Telefon:** +420 466 680 125

**Fax:** +420 466 680 326

**E-mail:** ldn@ldn-rybitvi.cz

**Web:** www.ldn-rybitvi.cz

- **LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH PRAHA 6**

**Adresa:** Chittussiho 144/1, 16000 Praha

**Telefon:** +420 224 322 286

**E-mail:** ldn6.reditel@seznam.cz

**Web:** www.ldn-praha6.cz

- **LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH VRŠOVICE, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

**Adresa:** Oblouková 837/7, 10100 Praha

**Telefon:** +420 271 008 111

**E-mail:** lecebna@ldnvrsovice.cz

**Web:** www.ldnvrsovice.cz

- **LÉČEBNA PRO DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ HRADEC KRÁLOVÉ**

**Adresa:** Pospíšilova 351/4, 50003 Hradec Králové

**Telefon:** +420 495 070 211

**Fax:** +420 495 070 222

**E-mail:** ldn@quick.cz

**Web:** www.ldn-hk.estranky.cz

- **MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

**Adresa:** U Stavisek 235/65, 71600 Ostrava

**Telefon:** +420 595 222 610

**Fax:** +420 595 222 604

**E-mail:** mnof@mnof.cz

**Web:** www.mnof.cz/klinicka\_oddeleni/lecebna\_dlouhodobe\_nemocnych\_ldn

- **MSCARE, S.R.O.**

**Adresa:** Tesaříkova 1028/4, 10200 Praha

**Telefon:** +420 777 228 484

**E-mail:** info@klinikanakosiku.cz

**Web:** www.klinikanakosiku.cz

- **NEMOCNICE MILOSRDNÝCH BRATŘÍ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

**Adresa:** Polní 553/3, 63900 Brno

**Telefon:** +420 543 165 115

**E-mail:** vera.palanova@nmbrno.cz

**Web:** www.nmbrno.cz

- **NEMOCNICE MILOSRDNÝCH BRATŘÍ LETOVICE, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

**Adresa:** Pod klášterem 55/17, 67961 Letovice

**Telefon:** +420 516 474 151

**Fax:** +420 516 474 151

**E-mail:** kralovcova@nmbletovice.cz

**Web:** www.nmbletovice.cz

- **NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE LDN HORAŽŤOVICE, S.R.O.**

**Adresa:** Blatenská 314, 34101 Horažďovice

**Telefon:** +420 376 512 331

**E-mail:** info@nnp-ldnhd.cz

**Web:** www.nnp-ldnhd.cz

- **NEMOCNICE NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

**Adresa:** Daňkovice 65, 59203

**Telefon:** +420 566 597 111

**Fax:** +420 566 664 710

**E-mail:** sbk@nmm.cz

**Web:** www.nmm.cz

- **NEMOCNICE POČÁTKY, S.R.O.**

**Adresa:** Havlíčkova 206, 39464 Počátky

**Telefon:** +420 565 301 370

**Fax:** +420 565 495 632

**E-mail:** ldn-pocatky@ldn-pocatky.cz

**Web:** www.ldn-pocatky.cz

- **NEMOCNICE S POLOKLINIKOU KARVINÁ – RÁJ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

**Adresa:** Masarykova 900, 73514 Orlová

**Telefon:** +420 596 583 624

**E-mail:** nspka@nspka.cz

**Web:** www.nspka.cz



- **NEMOCNICE SV. ALŽBĚTY, S.R.O.**

**Adresa:** Na Slupi 448/6, 12800 Praha

**Telefon:** +420 221 969 311

**E-mail:** [recepce@nemalzbeta.cz](mailto:recepce@nemalzbeta.cz)

**Web:** [www.nemalzbeta.cz](http://www.nemalzbeta.cz)

- **NEMOCNICE TŘEBÍČ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

**Adresa:** Družstevní 1320, 67401 Třebíč

**Telefon:** +420 568 809 366

**E-mail:** [jvesela@nem-tr.cz](mailto:jvesela@nem-tr.cz)

**Web:** [www.nem-tr.cz](http://www.nem-tr.cz)

- **NEMOCNICE VALAŠSKÉ MEZIRÍČÍ, A.S.**

**Adresa:** U Nemocnice 980, 75701 Valašské Meziříčí

**Telefon:** +420 571 758 485

**E-mail:** [ludvik.dobes@valmez.cz](mailto:ludvik.dobes@valmez.cz)

**Web:** [www.valmez.cz](http://www.valmez.cz)

- **OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, A.S.**

**Adresa:** Jana Maláta 493, 50401 Nový Bydžov

**Telefon:** +420 495 490 321

**Fax:** +420 495 493 349

**Web:** [www.nemjc.cz](http://www.nemjc.cz)

- **ODBORNÝ LÉČEBNÝ ÚSTAV PASEKA, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

**Adresa:** Paseka 145, 78397

**Telefon:** +420 585 007 999

**Fax:** +420 585 007 994

**E-mail:** polzerova@olupaseka.cz

**Web:** www.olupaseka.cz

- **STŘEDOMORAVSKÁ NEMOCNIČNÍ A.S., ODŠTĚPNÝ ZÁVOD  
NEMOCNICE PŘEROV**

**Adresa:** Dvořákova 75, 751 52 Přerov

**Telefon:** 581 271 111

**Fax:** 581 202 297

**E-mail:** nempr@nempr.cz

**Web:** www.nemsne.cz

- **THOMAYEROVA NEMOCNICE**

**Adresa:** Vídeňská 800, 14059 Praha

**Telefon:** +420 261 083 667

**E-mail:** ivana.dolezelova@ftn.cz

**Web:** www.ftn.cz

- **VIA, S.R.O.**

**Adresa:** 5. května 527, 40721 Česká Kamenice

**Telefon:** +420 412 582 651

**Fax:** +420 412 582 076

**E-mail:** info@viamedical.cz

**Web:** www.viamedical.cz

- **VOJENSKÁ NEMOCNICE OLOMOUC**

**Adresa:** Sušilovo náměstí 5, 771 11 Olomouc

**Telefon:** +420 973 401 111

**Fax:** +420 585 222 486

**Web:** www.vnol.cz

- **VSETÍNSKÁ NEMOCNICE, A.S.**

**Adresa:** Nemocniční 955, 75532 Vsetín

**Telefon:** +420 571 818 260

**E-mail:** hromadova@nemocnice-vs.cz

**Web:** www.nemocnice-vs.cz

Převzato z: Léčebny dlouhodobě nemocných, ©1999-2013. CENTRUM HOLDINGS. *Najisto.cz: katalog ověřených kontaktů* [online]. [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: <http://najisto.centrum.cz/zdravi/pecovatelske-sluzby/lecebny-dlouhodobem-nemocnych/>

# **PŘÍLOHA P V: ETICKÝ KODEX SESTER VYPRACOVANÝ MEZINÁRODNÍ RADOU SESTER**

## **PŘEDMLUVA**

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN), který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003.

## **ÚVOD**

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

## **KODEX ICN**

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

### **Články Kodexu**

#### **1. Sestry a spoluobčan**

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

## 2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

## 3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

#### 4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

Převzato z: Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, ©2008. In: *Česká Asociace sester* [online]. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: [http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)

## **PŘÍLOHA P VI: ETICKÝ KODEX PRÁVA PACIENTŮ**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou

- mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
  10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
  11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

Převzato z: Práva pacientů ČR, 1992. In: *ČESKO. Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 25. února 1992, poslední aktualizace 27. 4. 2005 [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>



## **PŘÍLOHA P VII: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH**

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

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

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

*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 tato 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 seburčení 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 zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem;
- Aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení;
- Aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností;

- Aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musí 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.

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

Převzato z: Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“, ©2013. In: *Umírání* [online]. [cit. 2012-11-23]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajcich.html>

## PŘÍLOHA P VIII: DOTAZNÍK

### DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Petra Domanská, jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, programu Ošetřovatelství na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma: *Respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných z pohledu všeobecných sester*. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který pro mě bude cenným zdrojem informací pro zpracování mé práce.

I přesto, že se jedná o choulostivou oblast Vaší náročné práce, bych Vás ráda požádala o pravdivé vyplnění jednotlivých otázek. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze účelům mé bakalářské práce.

Dotazník má 29 otázek. U jednotlivých položek zakřížkujte Vámi zvolenou odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci.

#### 1. Jaké je Vaše pohlaví?

Žena

Muž

#### 2. Kolik je Vám let?

19-30

31-40

41-50

51 a více

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Středoškolské s maturitou – všeobecná sestra
- Středoškolské s maturitou – zdravotnický asistent
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské – Bc.
- Vysokoškolské – Mgr.
- Jiné:.....

**4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21 a více

**5. Ve kterém zařízení pracujete?**

- Hospic
- Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)

**6. Jste věřící?**

- Ano
- Ne

*(Pokud ne, přejděte prosím na otázku č. 8)*

**7. Ovlivňuje Vás víra v postoji k lidské důstojnosti?**

- Ano
- Ne

**Pokud ano, jak?**

.....  
.....

**8. Kdo je podle Vás terminálně nemocný pacient? (Uveďte pouze jednu možnost)**

- Pacient v posledních období života, kdy je poměrně snadné určit prognózu přežití v horizontu týdnů až měsíců
- Pacient v posledních období života, u kterého dochází ke zhoršování celkového stavu a postupnému selhávání všech systémů
- Umírající pacient s reverzibilním a neočekávaným vyústěním stavu

**9. Co je podle Vás důstojnost člověka? (Uveďte pouze jednu možnost)**

- Hodnota lidské bytosti, spojená s jeho individualitou
- V širším slova smyslu samostatnost, svébytnost
- Trvalý vztah ocenění druhého
- Pozice v sociální struktuře
- Jiné:.....

**10. Domníváte se, že je důležité respektovat důstojnost terminálně nemocných?**

- Ano
- Ne

*(Pokud ne, přejděte prosím na otázku č. 11)*

**Pokud ano, uveďte prosím důvod, proč?**

.....  
.....  
.....



**11. Co si představujete pod pojmem respektování lidské důstojnosti?**

.....  
.....  
.....

**12. Poskytujete paliativní péči ve Vašem zařízení?**

Ano

Ne

**13. Dodržujete zásady důstojné komunikace?**

Ano

Ne

Nevím, nedokážu posoudit

**14. Jak oslovujete své klienty při každodenním kontaktu? (Uveďte pouze jednu možnost)**

Jménem s případnými tituly

Celým jménem

Pouze křestním jménem

Pouze příjmením

Dle přání klienta

Familiární oslovení

Kontakt bez oslovení

Jiné:.....

**15. Jakým způsobem poskytujete informace svým pacientům?** (Uveďte pouze jednu možnost)

- Poskytneme informovaný souhlas
- Ústně
- Názorně
- Informace nepodáváme
- Informace podáváme rodině
- Jiné:.....

**16. Jaké zásady dodržujete při komunikaci s terminálně nemocným klientem?** (Lze uvést více možností)

- Zajištění soukromí a dostatku času
- Otevřená komunikace mezi pacientem, rodinou a zdravotníky
- Umožnění projevit veškeré emoce – starosti, obavy, agresi
- Chování jako k dospělému, nezadržování informací
- Zaměření nejen na tělesný stav, ale i psychiku, odreagování
- Zjištění pochopení informací, objasnění informací a nesrovnalostí
- Nezlehčovat, nenapomínat
- Kontakt přímo s klientem ne pouze s jeho doprovodem
- Jiné:.....

**17. Zajišťujete následující potřeby v péči o terminálně nemocné?**

- |            |                              |                             |
|------------|------------------------------|-----------------------------|
| Biologické | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Psychické  | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Sociální   | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Duchovní   | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

**18. Při poskytování ošetrovatelské péče přistupujete ke klientovi tak, že:**

(Uveďte pouze jednu možnost)

- Klienta oslovíme a provedeme výkon (bez ohledu na jeho schopnosti zapojit se do péče)
- Klienta oslovíme a dle stavu zapojíme do sebedpěče
- Provedeme výkon a odejdeme beze slov
- Jiné:.....

**19. Jak se chováte v situaci, kdy provádíte hygienickou péči, či jiný výkon, kde narušujete intimitu klienta? (Lze uvést více možností)**

- Využití plent, zástěn, závěsů, paravanů
- Omezení počtu osob na pokoji včetně pacientů i zdravotníků
- Výkony provádíme v samostatných místnostech (koupelna, vyšetřovna, toaleta)
- Informování pacienta o činnostech, které mu budou prováděny
- Zavření dveří, oken, zatažení záclon a žaluzií
- Požádat o svolení k provedení jakéhokoli výkonu
- Při nutnosti více osob při ošetření, získat souhlas klienta
- Odhalujeme jen ty části těla, u kterých je to v dané situaci nezbytné
- Jiné:.....  
.....

**20. Komplexní hygienickou péči u terminálně nemocných provádíte:**

(Uved'te pouze jednu možnost)

- Každý den - vícekrát
- Každý den - jedenkrát
- Ob den
- Dle přání a stavu klienta
- Neprovádíme
- Jiné:.....

**21. Výživu a hydrataci u terminálně nemocných zabezpečujete vždy:**

(Uved'te pouze jednu možnost)

- Dle přání klienta
- Dle stavu
- Dle ordinace lékaře
- V terminálním stádiu nezajišťujeme

**22. Jak uspokojujete psychické potřeby svých klientů? (Lze uvést více možností)**

- Plnění přání dle možností zařízení
- Projev náklonnosti a zájmu
- Projev uznání, úcty
- Udržení naděje
- Získání důvěry
- Projev porozumění, tolerance, empatie
- Jiné:.....  
.....

**23. Respektujete přání svých klientů?**

- Ano, vždy
- Většinou ano
- Někdy
- Většinou ne
- Ne, nikdy

*(Pokud ne, přejděte prosím na otázku č. 24)*

**Pokud ano, vždy/ většinou ano/ někdy – jakým způsobem?** (Uveďte pouze jednu možnost)

- Možnost pacienta vyjádřit přání, zohlednění jeho volby
- Spolupráce při rozhodování o péči
- Hledání alternativ a snaha o splnění přání
- Splnění a realizace přání dle možností
- Jiné:.....  
.....

**24. Jak zabezpečujete uspokojování sociálních potřeb?** (Lze uvést více možností)

- Zajištění prostoru pro rozloučení a odchodu s prožitkem vnitřního klidu
- Zajištění lidské blízkosti – rodiny i zdravotníků (neomezené návštěvy)
- Empatická komunikace ze strany zdravotníků
- Naslouchání, „doprovázení“
- Verbální i neverbální podpora
- Jiné:.....  
.....

**25. Jak zajišťujete duchovní potřeby svých klientů? (Lze uvést více možností)**

- Empatické naslouchání, podpora, vhodná komunikace na téma: víra, naděje, láska
- Poslech duchovní hudby
- Poskytnutí knih s duchovní tematikou
- Návštěva duchovního (přijetí svátostí, rozhovory)
- Umožnění účasti na církevních obřadech (v závislosti na stavu pacienta)
- Sledování v TV, či poslech pořadů s náboženskou tematikou
- Umístění předmětů s náboženskou tematikou na pokojích (či nočním stolku)
- Společné i individuální modlitby
- Kontakt s psychologem, odbornými terapeuty či dobrovolníky
- Tyto služby neposkytujeme
- Jiné:.....  
.....

**26. Co je dle Vašeho názoru nejdůležitější v péči o terminálně nemocné?**

(Dané možnosti očísľujte dle priorit)

- Pravidelné podávání léků (vhodným způsobem, sledování jejich účinků, případná úprava medikace), sledování fyziologických funkcí (TK, P, D, TT)
- Hodnocení příznaků a jejich mírnění (bolest, nauzea, dušnost, úzkost...)
- Péče o čistotu těla (hygienické péče, pravidelné polohování, péče o kůži – rány, dekubity), adekvátní výživa a hydratace
- Projev náklonnosti, úcty a zájmu, plnění přání, psychická podpora (verbální, neverbální, lidský kontakt), empatická komunikace
- Možnost rozloučení, blízkost člověka (rodiny, zdravotníka), „doprovázení“, důstojný odchod
- Duchovní podpora (přijetí svátostí, návštěva duchovního, zpověď, modlitba)
- Péče o rodinu

**27. Co je podle Vás paliativní péče? (Uveďte pouze jednu možnost)**

- Aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu
- Každá léčba, která není kurativní
- Doléčovací, ošetrovatelská a rehabilitační péče o osoby trpícími dlouhotrvajícími chorobami
- Komplexní péče o pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním

**28. Domníváte se, že poskytujete důstojnou péči terminálně nemocným klientům?**

- Ano
- Ne
- Nevím, nedokážu adekvátně posoudit

**29. Setkala jste se někdy ve Vašem zařízení s porušováním lidské důstojnosti?**

Ano

Ne

**Pokud ano, jak jste se v této situaci zachovala?**

.....

.....

.....

.....

Děkuji za vyplnění a přeji hezký den.



# PŘÍLOHA P IX: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA VIII. CELOSTÁTNÍ STUDENTSKÉ VĚDECKÉ KONFERENCI BAKALÁŘSKÝCH A MAGISTERSKÝCH NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ



PARDOBICKÝ KRAJ **Pardubice**

## POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFERENCI

pro  
jméno a příjmení účastníka akce:

pan/paní

**Petra Domanská**

narozen/a

**26. 11. 1990**

### VIII. Celostátní studentská vědecká konference bakalářských a magisterských nelékařských zdravotnických oborů

**25. dubna 2013  
Univerzita Pardubice**

Forma celoživotního vzdělávání: **odborná konference**

Délka trvání akce: **8 hodin**

Druh účasti na vzdělávací akci: **aktivní**

Souhlasné stanovisko: POUZP pod číslem OZ 603/13 K dle Vyhlášky MZČR č. 4/2010 Sb.\*  
Akce je určena pro: všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotnické záchranáře, radiologické asistenty, zdravotně sociální pracovníky.  
\*Vyhláška MZČR č. 4/2010 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.  
Konference nebyla vedena v cizím jazyce.

Akce byla finančně podpořena Pardubickým krajem a Magistrátem města Pardubic.

 **Univerzita Pardubice**  
Fakulta zdravotnických studií  
532 10 Pardubice, Průmyslová 395

.....  
razítko

  
.....  
podpis

Tato konference je organizována v rámci projektu Zdravotnické studijní programy v inovaci,  
Reg.č.: CZ.1.07/2.2.00/15.0357, OP VK, Oblast podpory 7.2.2 Vysokoškolské vzdělávání



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost



Univerzita  
Pardubice

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

