

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

**ETIKA UMÍRANÍ A SMRTÍ – RESPEKTOVÁNÍ ETICKÝCH
PRINCIPŮ V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI V POSELDNÍ ETAPĚ
ŽIVOTA**

Bakalářská práce

Autor práce: **Tomáš Šorm**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2021

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE
DEPARTMENT OF NON – MEDICAL STUDIES

**ETHICS OF DYING AND DEATH – RESPECTING ETHICAL
PRINCIPLES IN NURSING DURING THE LAST PHASE OF
LIFE**

Bachelor's Thesis

Author: **Tomáš Šorm**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2021

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne

.....

(podpis)

Poděkování

Na prvním místě bych chtěl poděkovat doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc za vedení, neuvěřitelnou trpělivost, vstřícnost, ochotu a dobré rady při zpracování bakalářské práce. Rovněž děkuji paní Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. za empatický přístup a pochopení.

Obsah

Úvod.....	7
I TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Thanatologie – umírání	8
2 Fáze umírání dle Kübler-Ross.....	13
2.1 Proces umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové.....	15
3 Důstojnost člověka	19
3.1 Lidská důstojnost v procesu umírání.....	19
4 Charta práv umírajících.....	22
5 Bariéry komunikace s umírajícím	25
6 Péče o tělo po smrti	30
6.1 Příprava na transport zemřelého.....	30
6.2 Uložení lidských pozůstatků do příjezdu pohřební služby.....	30
6.3 Předání lidských ostatků.....	31
7 Komunikace s pozůstalými	32
II. EMPÍRICKÁ ČÁST	34
1 Metodika výzkumu.....	34
1.1 Hlavní cíl práce	35
1.2 Dílčí cíle práce	35
2 Interpretace výsledků výzkumného šetření	36
3 Diskuse	53
3.1 První dílčí cíl	53
3.2 Druhý dílčí cíl.....	54
3.3 Třetí dílčí cíl.....	55
3.4 Poslední dílčí cíl práce	56

Závěr.....	57
Anotace.....	58
Annotation	59
Seznam použité literatury	60
Seznam tabulek	63
Seznam grafů.....	64
Přílohy	65
Příloha č.1 Charta práv umírajících.....	65
Příloha č.2 Hippokratova přísaha	68
Příloha č.3 Zadání bakalářské práce.....	69
příloha č. 4 Dotazník	73
Příloha č. 5 Žádosti o povolení výzkumu.....	76

Úvod

Rozhodl jsem se zvolit toto vážné téma především z toho důvodu, že pracuji ve zdravotnictví jako ošetřovatel a s touto problematikou se setkávám poměrně často a považuji za důležité se s tímto tématem zabývat. Dle mého názoru je smrt a umírání v naší společnosti vcelku tabuizované téma, ovšem odborná veřejnost z řad ošetřovatelského personálu, na základě mých vlastních zkušeností, má dost často názor takový, že se jedná o přirozenou součást života. Je zcela zásadní abychom poskytovali ošetřovatelskou péči v poslední etapě života, co možná nejlépe a nenechali se omezovat společenským „tabu“, kterým je tato tematika tak často opředená.

Pacienti či klienti jsou v tomto období velmi zranitelní a mají specifické potřeby. Úroveň poskytované péče záleží především na daném jedinci, který ji podává, a proto je důležité se vzdělávat, získávat potřebné informace a odborně se rozvíjet.

Doufám, že tato práce by pro mé kolegy mohla být přínosem a věřím, že většině z nich velmi záleží na tom, aby jejich úroveň poskytované péče byla co nejvyšší.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Thanatologie – umírání

Thanatologie představuje interdisciplinární vědu o smrti a jevech s ní spojených. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti - Thanatose. Thanatos je zobrazován jako spící eunuch s křídly a s vyhasínající pochodní. V podstatě je ale obsah Thanatologie zahrnut v klasických vědách jako je teologie, filozofie, medicína, psychologie atd. Každá z těchto věd se ke stejnému problému vyjadřuje z jiného úhlu pohledu, a používá své vědecké metody (Haškovcová, 2007).

Za všemi strachy a úzkostmi se skrývá ten nejzákladnější strach, a to strach ze smrti, umírání, neexistence, velkého temného neznáma, které v sobě obsahuje nebo se halí do všelijakých, obav, „strašáků“ a i moderní civilizací podmíněných fobií. Jde o ten nejzákladnější strach z toho, že budeme ukončení - ať už společensky nebo biologicky (Selder, 2015).

Dnešní člověk má na překonávání nebo spíše potlačování strachů namísto mytologie či duchovního života většinou vědu. Ale jak poznamenává ve své knize o tzv. „dobré smrti“ americká autorka Neumann (2017), na to, abychom zemřeli, opravdu nemusíme studovat Thanatologie. Thanatologie, tedy věda o smrti a umírání je „produktem“ asi poloviny 20. století, ačkoli za zakladatele se považuje francouzský antropolog Robert Hertz a jeho studie o kolektivní reprezentaci smrti z roku 1907. Skutečnou průkopnicí se pro moderní společnost, která má problémy s přijímáním umírání, smrti, ale už i stárnutí, stala švýcarská psychiatricka Elisabeth Kubler-Ross, která do značné míry svou prací přispěla k širšímu povědomí o tom, že je třeba vymyslet nové způsoby, jak poskytovat péči umírajícím, mrtvým i truchlícím.

To, jak a kde umíráme, se v naší civilizaci v průběhu posledního století významně změnilo. Co zpočátku vypadalo jako alespoň domnělé vítězství - protože člověk asi přirozeně chtěl vždy nějak vítězit nad smrtí - se nyní ukazuje trochu jako past. Tedy přinejmenším je současná situace výzvou. Z původně šlechtného popudu medicíny, jejíž hlavní ideou vždy bylo zachraňovat a usnadňovat život, povstala už ne vždy tak šlechtně působící současná realita, když je k dispozici množství technologických a farmakologických vymožeností, pomocí

kterých se sice dá zůstat na živu déle, ale někdy si člověk přitom mimoděk klade otázku – za jakou cenu (Haškovcová, 2007).

Tyto převratné technologické možnosti se podílely na nutnosti přehodnotit definici smrti. Přístroje jako například umělá plicní ventilace mohou zajistit základní fyziologické funkce, i když kardiovaskulární a respirační systém selhávají

A tak nastoupila kritéria mozkové smrti, protože mozkové buňky odumírají rychle, když nemají okysličenou krev. Je to odlišný stav od kómatu, kde je člověk v bezvědomí, ale mozkové buňky žijí. Člověk tak může zůstat v permanentním bezvědomí a být částečně nebo zcela mozkově mrtvý. Pokud se vyšší etáže mozku stanou nefunkčními, člověk nenávratně ztratí vědomí, paměť, myšlení, ale stále živé buňky mozkového kmene dovolí srdci, aby pracovalo dál, aby plíce dýchali atd. Pokud tedy nastane mozková smrt, zastaví se i činnost srdce. Její kritéria jsou nezbytné pro stanovení smrti pouze tehdy, když jsou tělesné funkce uměle udržované (Bartoš, 2004).

Udržování umírajících na přístrojích je však jen jedna stránka. Další jsou, pokud je to dostupné a možné, mnohé diagnostické a léčebné zásahy. Zde nastává rozpor. Právě ta urputnost při bojování o záchranu života dnes často zabrání tomu, aby člověk prožil své poslední chvíle pokojně a se zachovalou důstojností. Vnímat smrt jako osudného nepřítele, proti kterému musíme bojovat do hořkého konce, není vždy v souladu s přáním nemocného. Život umírajícího by se neměl stávat bojištěm zdravotníků proti obávané zkáze. Je důležité přistupovat k dané problematice holisticky a komplexně a vždy vyvíjet úsilí s nemocným jednat jako s rovnocenným partnerem.

Žijeme déle, ve větším blahobytu, ve větším stresu a máme tomu odpovídající zdravotní problémy. Během dlouhé historie se většinou umíralo na nemoci v kruhu rodiny a nyní se umírá dlouho a institucionalizovaně. Sociolog Alan Kellehear doplňuje, že osaměle a hanebně. Řešení vidí ve zlepšování, polidšťování institucionalizované péči o staré a nemocné tak, aby ty poslední chvíle mohly být důstojné. Pokud si to člověk nepřeje, neměl by mu být život uměle prodlužován (Kellehear, 2019).

Je na místě pohlédnout na problematiku thanatologie v historickém a kulturním kontextu. Jak jsem již naznačoval výše, nebývalé možnosti medicíny nás postupně přiměly, abychom na smrt a umírání pohlížely jinak než naši předkové. V minulosti léčebné možnosti byly značné

omezené, tudíž je pochopitelné, že smrt a umírání byly mnohem prominentnější v každodenním životě a tyto jevy se přijímaly přirozeněji, než je tomu dnes. Vzhledem k tomu, že žijeme ve značném blahobytu oproti našim předkům a technologické možnosti dneška jsou nesrovnatelné s minulostí, je pro nás obzvláště těžké si přiznat, že smrt nemůžeme mít ani pod domnělou kontrolou a není možné jí vnutit vlastní vůli.

Podle sociologů se některé kultury vyznačují tím, že smrt akceptují a jiné zase tím, že ji potírají nebo dokonce proti ní bojují. Západ patří mezi ty druhé. Přístup východních kultur k smrti byl vždy mystičtější a rozjímavější. Smrt se vnímala buď jako konec bytí nebo jako přechod do jiného stavu bytí nebo vědomí. Pro buddhisty a hinduisty nepochází utrpení ze smrti samotné, ale spíše z dalšího znovuzrození, takže cílem je vystoupení z koloběhu zrození. Pravda, je tu možnost nejen nuceného znovuzrození, ale také dobrovolného, jak to dělají osvícené bytosti, aby zasvětily další život službě a pomoci druhým. Křesťanství vidí cíl ve vítězství nad smrtí a manifestuje ho vírou ve fyzické zmrtvýchvstání. Takové vnímání nesmrtelnosti koresponduje se západním individualismem, kde je důležité si zachovat celistvost a kontinuitu osobního já i po smrti. Východní koncept tedy spíše apeluje na překonávání vlastní sebestřednosti, kdežto Západ usiluje o to dosáhnout co nejvyššího standardu osobní existence. Oba přístupy mají ve společenské praxi dost temné stránky a zároveň utvářejí naši kulturní identitu a odlišnost (Neumann, 2017).

Chování při umírání a způsoby, jakými umíráme v různých historických a kulturních kontextech nesou znaky existenčních tlaků a podmínek té které doby a prostředí. Od zvířecích útoků přes vlastnictví majetku a vznik profesí až po výzvy života a umírání po dlouhém stárnutí v institucionalizované společnosti, pro kterou je charakteristické sociální odcizení a rozpad komunitních i rodinných vazeb nebo jejich bezobsažná formálnost. Kellehar (2019) se proto domnívá, že umírání je neklamným zrcadlem, které ukazuje širší kontext a podmínky našich vztahů s druhými. To, zda jsou uspokojující a dobré nebo politováníhodné. Morální a sociální kvalita našeho života se tedy dá měřit či posuzovat podle toho, jak na svět přicházíme a jak z něj odcházíme. Umírající lidé a ti, kteří je obklopují, mají jistá vzájemná očekávání. A ta obvykle nejsou náhodná, ale určují jejich faktory jako je převaha určitých nemocí, požadavky sociálních a ekonomických institucí a rozšířené, ale často skryté morální imperativy a společenská očekávání. A tak každý umírající vlastně v poslední fázi života řeší otázku, zda se bude snažit naplnit dobový archetyp nebo „půjde vlastní cestou“.

Doba a kultura, ve které žijeme, svým ne tak historicky dlouhým vědecko-racionálním přístupem rychle oddělily smrt od života. Tento přístup bere nemoc i smrt jako nepřítel, se kterým je nutné nelítostně bojovat. Různá zákonná pravidla týkající se smrti a bezprostředních úkonů po ní jsou sice velmi hygienická, ale přinášejí s sebou i jistou duševní sterilitu (Neumann, 2017).

Americký chirurg a spisovatel, který učil bioetiku, historii medicíny a medicínu na Yale School of Medicine, Sherwin B. Nuland, vyjadřuje pocit lékaře, který si i v dnes tak přetechizované době uvědomuje konfrontaci s koncem lidského života. Stejně jako většina lékařů moderní doby, i on hledá nové „umění zemřít“. Pomoc v procesu umírání dnes spočívá v jiných než technických vymoženostech doby. Je důležité porozumět, jak z pohledu profesních, tak lidských, současným podmínkám a limitům lékařské péče. Je důležité také porozumět sobě samému v případě konfrontace s utrpením, nejistotou, umíráním a smrtí. Přístup zdravotníků k umírajícímu vyjadřuje i jejich samotný vztah k umírání a smrti. Člověk si uvědomuje smrtelnost a konečnost života až v jeho samotném závěru. Před pubertou a v pubertě je limitace lidského života pojatá čistě racionálně. Odborníci se však domnívají, že k emočnímu pochopení konečnosti a smrtelnosti dochází dříve. Strach z konce života je potlačován, ale zároveň bývá často kompenzován touhou s konečností a smrtelností nějakým způsobem manipulovat (Nuland, 1996).

Péče o pacienta musí být individuální. Často v léčbě překáží emoce. Zdravotník může trpět thanatofóbií - chorobným strachem ze smrti. Podobnou situaci zažívají budoucí zdravotní sestry, které v průběhu praktické výuky na stáži bývají konfrontovány se smrtelností, s tím že život jednou skončí, a samy jsou teprve ve fázi dospívání. O tomto důležitém faktu by měli být informováni a upozorněni hlavně vedoucí pracovníci zodpovědní za praktickou výuku, řešením by měla být otevřená a reflektující komunikace (Haškovcová, 2007).

U lidí vzbuzuje smrt zájem z více důvodů, jednak že se jí bojí, a jednak, že někdy zoufale chtějí zemřít. Thanatologie se snaží pojmout problematiku smrti holisticky. V současnosti je smrt vnímána hlavně medicínský, hovoří se o medializaci smrti. V jistém slova smyslu se lékaři stávají pány nad životem a smrtí, se smrtí a umíráním bojují vlastními zbraněmi, a to jak intenzivní, tak dlouhodobou léčbou, včetně farmakoterapie. Pro mnohé lékaře je smrt pacienta jejich selháním, berou to jako vlastní neúspěch. Sekularizace společnosti a stále se zlepšující zdravotní péče z velké části ovlivňují dnešní vztah člověka k smrti. Do pozadí se

dostávají kulturní a další souvislosti umírání. Jakoby smrt ve společnosti neexistovala, je postupně vytěšňována. Někteří autoři hovoří o individuálním a sociálním vytěšnění smrti. Individuální vytěšnění znamená, že člověk nechce raději slyšet o cizí smrti, protože mu připomíná jeho vlastní konec, a přináší obavy s tím spojené. Sociální vytěšnění je potom výsledkem nedostatku spontaneity při vyjadřování soucitu umírajícímu, případně jeho rodině. Rituály spojené s umíráním a smrtí jsou tím pádem prázdné, mělké a holé. Často se chováme tak, jakoby se nás smrt netýkala, jako bychom byli nesmrtelní, nechceme si připustit, že smrt je součástí života každého z nás. V rozvinutých zemích se bere smrt jako ukončení života ve vysokém věku. Smrt, ke které by došlo dřív, je vnímána jako předčasná, nepřírozená a náhlá, i když by ji měly způsobit nevléčitelné nemoci (Balk, 2013).

Smrt se stala výhradně záležitostí starých lidí. Dochází k institucionalizaci smrti, smrt se dostává pod lékařskou kontrolu. Tento fakt smrtelnosti není tak viditelný, je jakoby skrytý, není reálný a pro většinu lidí se dostává do poměrně bezpečné vzdálenosti. Na druhé straně se paradoxně setkáváme každodenně se smrtí medializovanou – v televizních zprávách, novinách, na internetu, v počítačových hrách. Skutečná smrt je vytlačována do institucí. Lékaři se tak proti své vůli stávají novodobými posly smrti (Špatenková, 2014)

2 Fáze umírání dle Kübler-Ross

Následující kapitola se zabývá fázemi umírání podle švýcarsko-americké psychiatričky Elisabeth Kübler-Rossové. Nejprve si však přiblížíme obecně umírání a smrt z psychologického pohledu.

Potřebu otevřít téma smrti a umírání reflektovala v poslední době i naše odborná veřejnost a pokouší se proniknout i mezi laickou veřejnost. V této debatě však zaznamenáváme hrubé okleštění složitosti tohoto tématu především na kontroverzní, ale současně atraktivní oblast eutanazie, případně se umírání chápe pouze v rozmezí terminálního stádia. V lékařské terminologii je tento ekvivalent na místě, protože umírání je synonymem terminálního stavu. V terminálním stavu dochází k postupnému a nezvratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkáně a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt. Tato definice však nerespektuje umírání jako proces v jeho širším pojetí. Pro tyto účely odborníci rozdělili umírání na tři časová období: pre finem, in finem a post finem (Arnoldová, 2016).

Pre finem

Tímto pojmem se označuje začátek procesu umírání, který souvisí s diagnózou závažného, dlouhodobého onemocnění, stavu neslučujícího se se životem. Konfrontace se smrtí vyvolává u lidí v drtivé většině mechanismus popření, kterému se budeme věnovat později. Velmi důležité v této fázi je, aby u umírajícího jedince nedošlo ještě před fyzickou smrtí k smrti sociální. Sociální smrt chápeme jako vyvázání se z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů ještě za života. Poskytnutím psychologické a lidské pomoci můžeme tomuto jevu předcházet. Důraz je kladen na co možná největší zachování obvyklého způsobu života. Pokud to však není možné a je nutné plány a činnosti zredukovat, často je vítaná profesionální pomoc při vyrovnávání se s novou situací (Kutnohorská, 2007).

V období pro finem můžeme vidět i určitou zvláštnost - prožívání strachu z umírání a smrti je zde silnější, než ve fázi in finem. Tento strach se může projevat stejně, avšak rozdíl je v obsahu. Strach v pro finem vysvětlujeme jako strach o život, uvědomování si neschopnosti uskutečnit své plány a cíle. Zatímco strach v období in finem je strach z vlastní smrti (Haškovcová, 2015).

Informovanost pacienta o jeho možnostech přispívá k jeho adaptaci a lékař nemůže být vyvázán z odpovědnosti za kvalitu života zemřelých pacientů a tato kvalita není jen ve vztahu

k péči o nemocné tělo. Ideální je spolupráce s týmem odborníků. Praxe bohužel takové nároky zatím neukazuje (Procházková, 2019).

V období pre finem tedy klademe důraz na odborné vedení, informovanost a trvalou emoční podporu. Ne každý (pacient, lékař) je ale připraven na takto otevřenou komunikaci a lékaři budou vystavování složitému rozhodování zvažovat míru poskytnutých informací.

In finem

Jak jsme již uvedli, fáze in finem představuje ekvivalent lékařského pojmu „terminální stav“. Toto období z převážné části prožíváme v nemocnici, až 69 % lidí zemře institucionalizovaně. Tato smrt s sebou nenese žádný rituální charakter, který byl v dávných dobách naopak nesmírně významný. Význam rituálu, ačkoli dnes opomíjeného, má své opodstatnění. Na základě svého jasného scénáře umožňuje přizpůsobit se nové, problematické situaci. Poskytuje určitý ochranný rámec pro emoce a vytváří prostor pro znovunabytí psychické rovnováhy (Arnoldová, 2016).

Aktuální situace ukazuje na absenci jakéhokoliv rituálu v procesu in finem v nemocničním prostředí. Pochopitelný je proto apel na obnovení charakteru umírání jako sociálního aktu.

Post finem

Smrt můžeme definovat z několika hledisek. V každém případě ale jde o nevratný proces, doprovázený selháním všech funkcí organismu. Po smrti jedince nastupuje akt péče o mrtvé tělo a také péče o pozůstalé (Arnoldová, 2016).

Péči o tělo se myslí potřeba zajistit intimitu zesnulého poté, co byly provedeny všechny potřebné úkony (zavření očí, podvázání brady, svlečení těla, omytí, případně vyjmutí odnímatelné zubní protézy nebo ozdobných předmětů). Oznámení smrti příbuzným je stále palčivým tématem, se kterým se zdravotníci obtížně vypořádávají. Tento proces častokrát komplikují organizační a technické záležitosti, protože v institucích stále nejsou prostory čas na klidné a empatické oznámení (Kutnohorská, 2007).

Samostatnou kapitolou by bylo pohřbívání mrtvého a pohřby, ve kterých se rovněž zrcadlí vztah společnosti k smrti. Dodejme jen, že momentálně můžeme zaznamenat tendenci skrývat a potlačovat svůj žal a zármutek nad zemřelým, a tím nedáváme prostor na akceptaci smrti jako naší přirozenosti (Arnoldová, 2016).

2.1 Proces umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové

Elisabeth Kübler Ross byla významná americká lékařka švýcarského původu, která zasvětila svůj život práci s umírajícími pacienty. V šedesátých letech minulého století na Pritzker School of Medicine na Chicagské univerzitě začala vést semináře, které se zakládaly na rozhovorech s nevléčitelně nemocnými pacienty. Jejich kurzů, které se později pořádaly na různých vysokých školách, v nemocnicích a sociálních institucích, se do roku 1982 zúčastnilo více než 100 tisíc posluchačů. Kniha O smrti a umírání, její první a nejznámější dílo, vyšlo v roce 1969. Hlavní myšlenky této publikace jsou shrnuty v následujících odstavcích (Kübler-Ross, 2015).

Elisabeth pracovala v nemocnici v Chicagu. Byla tam teprve krátce, o jejich předešlých zkušenostech a práci s umírajícími pacienty v jiných nemocnicích její kolegové nevěděli nic. Jednoho dne za ní přišli čtyři studenti Chicagského teologického semináře s prosbou o pomoc s výzkumným projektem. Jejich ročník měl napsat práci na téma „Krise v lidském životě“. Tito čtyři muži považovali za nejtěžší krizi právě konfrontaci se smrtí. Vyvstala však otázka, jak vlastně umírání zkoumat, když právě o něm je téměř nemožné nějaké informace získat? Po pár setkáních dospěli k závěru, že o smrti a umírání se mohou autenticky dozvědět jen tak, že požádají nevléčitelně nemocné pacienty, aby se stali jejich učiteli, prostě že se pokusí k nim dostat tak blízko, jak jim to oni sami dovolí. Plán byl prostý, rozhodli se zorganizovat s nějakým umírajícím člověkem rozhovor, dohodli se o způsobu jeho vedení a o tom, že hned po něm budou v kanceláři diskutovat o svých reakcích, o odpovědích pacienta, o emocích a všechna zjištění si zapíší. Nato Elisabeth oslovila několik oddělení v nemocnici a obrátit se na lékaře různých specializací, aby získala jejich souhlas s rozhovorem s některým z jejich pacientů. Reakce a výsledek ji však překvapily. Nejenže nedostala ani jeden souhlas, ale lékaři ani nebyli ochotni na toto téma diskutovat. Elisabeth pochopila, že v drtivé většině se jednalo o subjektivní strach - s pacienty na toto téma dosud nikdo nemluvil. Její předešlé zkušenosti a ujištění nebyly pro lékaře žádnou zárukou. Trvalo to nějaký čas, než se podařilo získat pro rozhovor první pacienty.

Rozhovory odhalovaly očekávané, ale také překvapující a někdy až šokující skutečnosti. Elisabeth si uvědomila, jakou širokou škálu funkcí měl takový rozhovor pro studenty. Pomáhal jim uvědomit si, je jak důležité vnímat smrt jako reálnou možnost nejen ve vztahu k jiným, ale také k sobě. Představovaly také sice pomalý a bolestivý, ale nesmírně užitečný proces citového otužování. Nejednen student nevydržel a odešel ještě před koncem rozhovoru,

jiní se nedokázali zapojit do diskuse a vyjádřit svůj názor, u dalších vnitřní úzkost vyústila až do pocitů hněvu a agresivního chování vůči ostatním účastníkům, lektorům, dokonce občas i vůči pacientovi. Nejedna student se s pacientem začal identifikovat, zvláště pokud si byli věkově blízcí a se vzniklým vnitřním konfliktem se ještě dlouho vyrovnával. Rozhovory však měly obrovský přínos - jejich účastníci získali, i když často bolestně, zcela nové poznání a nový pohled, diskuse se staly zdrojem vzájemné podpory a zároveň jakousi skupinovou terapií.

Dva roky po svém vzniku se seminář stal akreditovaným kurzem a byl začleněn do učebního plánu lékařské fakulty a teologického semináře. Z původního neformálního setkávání čtyř studentů narostla návštěvnost semináře na přibližně padesát lidí z různých pomáhajících profesí - kromě studentů medicíny a teologie se ho účastnili hostující lékaři, sestry, ošetřovatelé, sanitáři, sociální pracovníci, kněží, rabíni, rehabilitační pracovníci, ergoterapeuti a další. Na začátku trvalo v průměru 10 hodin, než se získal od některého ošetřujícího lékaře souhlas s požádáním pacienta o rozhovor. Po několika letech však souhlasy iniciovali sami lékaři, sestry, sociální pracovníci a velmi často také sami pacienti, kteří se semináře dříve zúčastnili.

Na základě množství absolvovaných rozhovorů se v mysli Elisabeth začaly rýsovat náznaky určitých opakovaných reakcí, způsobů chování, v prožívání těch nejtěžších chvil. Dokonce navzdory výsostně individuálnímu prožívání a jedinečnosti každé osobní situace dokázala autorka pojmenovat tyto společné rysy a jejich hlavní, charakteristické prvky. Pomalu se vytvářel model, koncept, který od té doby dělí i spojuje lékaře, psychology, vědce, ale i laiky. Bezpochyby se jedná o jedno z nejautentičtějších děl, jaké kdy vzniklo a právě tato autenticita a pravost výpovědí dávají nezpochybnitelné právo být reprezentantem lidí, kteří čelí největším krizím svého života. Elisabeth rozdělila reakce, prožívání a chování nevléčitelně nemocných lidí do pěti fází, které však nemusí vždy nastat v přesném sledu za sebou, ba dokonce se nemusí ani všechny objevit.

První stádium je popírání a izolace. „Ne, to se mě určitě netýká, to nemůže být pravda“, taková je reakce většiny lidí na oznámení špatné zprávy. Popírání výsledků vyšetření, přesvědčení, že se „výsledky určitě nechtěně zaměnily“ či okamžité hledání jiných lékařů a dožadování se jiných vyšetření – to jsou jen některé ilustrativní postoje, které však sama Elisabeth považovala za užitečné, dokonce jako zdravý způsob prvního vyrovnávání se s

realitou. Mluvila o nich jako o „naráznících“, kterými se tlumí první účinky šokující zprávy, pomáhají člověku vzchopit se a jsou dočasnou obrannou strategií, za kterou následuje částečné přijetí skutečnosti. Kniha však uvádí i případy, kdy se popírání stalo trvalým až do konce.

Druhým stádiem je hněv. Ve chvíli, kdy je prvotní popírání už neudržitelné, nastupují pocity zlosti, vzdoru, závisti, či rozmrzelosti. Nemocní se často ptají: „proč právě já?“ Nemocné frustruje pohled na zdravé lidi, například mnohem starší, než jsou oni sami, považují svůj stav za nespravedlnost. Pro zdravotníky i rodinu je toto stádium mnohem obtížnější, protože pacient si svůj hněv, vyplývající z pocitu bezmocnosti, vybíjí na všech a na všem kolem. Tragédií je, že zdravotníci, ale i příbuzní jen málokdy přemýšlejí nad příčinou hněvu nemocného, výpady berou osobně, začínají se nemocnému vyhýbat a tím jen roztácejí spirálu vzájemného nepochopení a další frustrace.

Třetí stádium je vyjednávání. Pokud jsme v první fázi nebyli schopni čelit skličujícím informacím a ve druhé jsme se zlobili na všechny lidi kolem, včetně samotného Boha, objeví se myšlenky, že by to snad mohlo jít nějakou dohodou, jak to známe z dětských časů. „Když budu hodný, pustíš mě ven?“ Jakoby nám zkušenosti říkaly, že existuje byť jen nepatrná naděje na „odměnu za dobré chování“. Samozřejmě nejčastějším přáním bývá prodloužení života, ale druhou nejčastější touhou je přežít alespoň několik dní bez bolesti nebo jiných tělesných potíží. Vyjednáváme jít ještě dětem na svatbu, navštívit rodnou obec, setkat se s blízkými, vypořádat si věci - je to vlastně pokus o odklad.

Čtvrté stádium je deprese. Nemoc se už nedá dále popírat, příznaky, operace a hospitalizace přibývají a síly ubývají. Ochromení, či stoicismus, vztek i hněv vystřídá pocit velké ztráty. Zásahy do tělesné schránky, narůstající zátěž na finance a na blízké nemocného představují další zdroje depresí, které jsou dnes již dobře známé. Na co se však často zapomíná, je fakt, že existuje jakýsi „přípravný zármutek“, kterým musí nevyléčitelně nemocný člověk nutně projít, aby se připravil na své definitivní rozloučení s tímto světem. Elisabeth ten první typ deprese označovala jako depresi reaktivní a ten druhý jako depresi přípravnou, a intenzivně povzbuzovala všechny, aby byli vnímaví a neustále empaticky pátrali po příčinách konkrétní deprese, protože reakce okolí je pro každý z těchto dvou typů zásadní. K tomu druhému typu deprese totiž nedochází následkem minulé, již utrpěné ztráty, ale uvědomováním si ztrát hrozících. Naše snaha nemocné lidi rozveselit, povzbudit je, upoutat jejich pozornost na světlé

a pozitivní stránky může být užitečná, pokud jde o první typ deprese. Pro nemocnou mámu může být úlevou, jestliže ví, že děti se smějí a hrají si na dvoře, chodí do školy a nosí dobré známky, že navzdory její nepřítomnosti dále normálně fungují. Pokud je však deprese nástrojem, kterým se nemocný připravuje na ztrátu všech svých blízkých a který mu umožní dosáhnout stavu akceptace, tehdy povzbuzování a rozveselování není zcela na místě. Nedoporučuje se proto odrazovat od smutku. Vždyť všichni truchlíme, pokud ztrácíme milovaného člověka. A umírající ztrácí všechno a všechny, které miluje. Pokud mu dovolíme vyjádřit svůj žal, může ke smíření dospět snadněji a s vděčností. Tento typ deprese má tichou, mlčenlivou podobu, je to spíše sdílený pocit, ke kterému patří spíše dotek, pohazení, nebo jen tiché posezení.

Páté stadium je **akceptace**. Pokud má pacient dostatek času a překonal dřívější stadia, dostane se do stavu, kdy v něm jeho osud už nevyvolává depresi ani hněv. Už dal průchod všem svým pocitům - vyjádřil závist zdravým lidem, vylil svůj hněv, prožil hluboký zármutek nad blížící se ztrátou tolika důležitých lidí a věcí. Je unavený, většinou zesláblý a na svůj přichodí konec nahlíží s jakýmsi tichým očekáváním. Často podřimuje, pospává. Akceptace není rezignace, ale není ani jakési „šťastné stadium“ - toto období je jakoby zbavené pocitů. Jako kdyby bolest odešla, boj skončil a nastal čas na „poslední odpočinek před dlouhou cestou“ (slovy jednoho z pacientů). Paradoxně více porozumění a podpory nyní potřebují blízcí. Umírající dosáhne určitého vnitřního klidu a smíření, okruh zájmů se zúží. Dává přednost samotě, tichu, zkracuje čas pro návštěvy, komunikace je spíše neverbální. Necítí strach ani zoufalství. Elisabeth přirovnává tento stav k tomu, co americký psycholog Bruno Bettelheim píše o raném dětství: „Byl to věk, kdy od nás nikdo nic nechtěl, a dostávali jsme všechno, co jsme si přáli. Psychoanalýza vnímá rané dětství jako období pasivity, věk primárního narcismu, kdy je naše vlastní já pro nás vším. Podle autorky se tak možná na konci svého života, ve kterém jsme pracovali, rozdávali se, radovali a trpěli, vracíme zpět do stádia, ze kterého jsme na svou pouť vyšli, a kruh života se tím uzavírá.“

3 Důstojnost člověka

Otázky týkající se smrti a umírání se často redukují na fyzickou stránku lidské existence. Navzdory bohaté filozofické a religiózní evropské tradici jsme se nakonec ocitli v epoše velebící materii a pomíjejíce spirituální dimenzi člověka. Zkušenosti lidí, kteří jsou v kontaktu s umírajícími, ať už jsou to lékaři, ošetrovatelský personál a sociální pracovníci v rámci paliativní péče nebo blízcí umírajícího, ale nakonec zkušenosti umírajících samých, nás přesvědčují, že těmi nejpodstatnějšími, protože s vědomím toho, že jsou poslední, se stávají hluboké existenciální a spirituální otázky související se smyslem života a smrti. Vývoj moderních společností však způsobil masivní destrukci jakýchkoliv souřadnic v tomto směru, nebo je alespoň radikálně relativizoval. Současný člověk proto umírá s nezodpovězenými otázkami a často s pocitem nepochopení a nesmyslu (Radbruch, Payne, 2010).

3.1 Lidská důstojnost v procesu umírání

Hlavní smysl paliativní péče lze vyjádřit následovně - jeden z důležitých přínosů správné a všestranné paliativní péče je, že otázky a rozhodnutí pacientůo aktivním zkrácení konce života se vynořují méně často. Jde tedy o péči o umírajícího, kterému už nepomáhá nasazená léčba a cílem této péče je doprovázení pacienta v poslední etapě jeho života. Přesto se v rámci tohoto institutu setkáváme s určitými etickými problémy, ze kterých se naše pozornost koncentruje zejména na téma lidské důstojnosti. Pokud mluvíme o důstojné smrti člověka, máme na mysli především etickou stránku procesu umírání. Důstojnost umírání není pouze humanistickou ideou bez opory v legislativě. Jedním z práv pacienta, což je podmnožinou několika právních nároků, je právo důstojně umřít. Co se však myslí onou důstojností? Často zmiňovanými překážkami sebepojetí pacienta jako slušné lidské bytosti mnozí autoři uvádějí skutečnosti, které lze shrnout pod následující slova: ztráta kontroly nad svým tělem a svým okolím a vnímání sebe jako přítěže pro jiné. Nebo mírně rozvedeně, jde o široké spektrum aspektů od trápení se například nad urinální inkontinencí, přes vědomí nemožnosti ovlivnění různých aspektů vlastního okolí z důvodu připoutání na lůžko, až po evidentnost, že činnosti vykonávané ošetřujícím personálem nejsou pacientovi vždy příjemné (Ratislavová, 2016).

Obraťme však na okamžik perspektivu a vraťme se na začátek lidského života. Už samotný akt příchodu na svět - pokud máme na mysli přirozený způsob - by se zřejmě dospělému člověku jevil jako nedůstojný. Ne z hlediska vědomí, že na svět přichází dítě, ale z toho hlediska, že pokud by se hypoteticky rodil na svět člověk se schopností racionální reflexe

dospělého člověka, který by měl možnost výběru příchodu na svět, pravděpodobně by nevolil tento způsob. A dále, pokud by hypoteticky mělo dítě schopnost racionální reflexe dospělé osoby asi do prvních tří let svého života, péče o sebe druhými osobami by vnímalo stejně nedůstojně jako člověk, kterému je poskytována paliativní péče. U dítěte však akt narození a proces přípravy na život nemá charakter nedůstojnosti jak z hlediska dítěte, tak i z hlediska společnosti. Hledisko dítěte ospravedlňuje absence reflexivity, hledisko společnosti je však povrchní, pokud jsme ochotni připustit, že tatáž společnost je ochotna proces přípravy na smrt a samotný akt smrti reflektovat jako nedůstojné. Jde zde totiž o deformovanou reflexivitu a pokřivený diskurs o problému důstojnosti. Do oblasti této reflexivity a tohoto diskurzu spadají i samotní umírající pacienti (Paice, 2019).

Jiným aspektem uvažování o procesu umírání je vědomí strachu z onoho procesu. Smrti se člověk obává, ale více než smrti samotné se bojí způsobu umírání. Má strach, že bude umírat dlouho, v bolestech, osamoceně. Zde je třeba zamyslet se nad skutečností, že tomuto ponižujícímu procesu umírání často předchází právě zachovávání života pacienta za každou cenu, což souvisí s hippokratovskou tradicí léčení. V současné době už mnozí lékaři upozorňují na nemožnost její aplikace v současných kulturních a sociálních podmínkách, na což však naráží kritika těch, podle nichž by opuštění hippokratovské tradice oslabila orientaci zdravotnictví na život, což je pro něj fundamentální. V rámci paliativní péče však lze uvažovat také následovně - právo na důstojné umírání má zahrnovat i zřeknutí se takzvané úporné terapie, což se ale nepokládá za eutanazii. Je to odmítnutí léčby za každou cenu, čímž se nechce způsobit smrt, pouze se přijme fakt, že jí nelze zabránit. Rozhodnutí má udělat nemocný, pokud je k tomu oprávněn a je toho schopen. V jiném případě rozhodují ti, kteří jsou k tomu oprávněni podle zákona (Silbermann, 2021).

Po označení několika alternativ vnímání problému lidské důstojnosti je ostatně nezbytné upozornit na následující - důstojnost, kterou člověk v smrti hledá, je důstojnost, s jakou jsme prožili svůj život. Čestnost a laskavost života, který jsme prožili, je pravou mírou toho, jak umíráme. Nejde zde o poslední dva týdny nebo měsíce života, kdy se pokoušíme o poselství, které zanecháme blízkým, jde o celá desetiletí našeho chování. Z uvedených příkladů je zřejmé, proč je reflexivita důstojnosti deformovaná a diskurs o ní pokřivený: koncentrují se právě na poslední fázi lidského života, kterou je umírání, jakoby tato fáze již nijak nenavazovala na fáze předešlé. A i při uvědomění si oné návaznosti je umírající často konfrontován s absencí existenciální hloubky, která je materiálně ohraničena, a proto

neviditelní během celého života. Nahlédnout do této hloubky až na smrtelném lůžku není zrovna jednoduché. Tragičnost konce pak spočívá v tom, že člověk opouští svět beze smyslu – až tehdy je lidská smrt nedůstojná.

4 Charta práv umírajících

Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit. Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, jinými slovy Charta práv umírajících, obsahuje základní práva každého pacienta. Následující odstavce přibližují jejich obsah:

Lidská práva a svobody při poskytování zdravotní péče - spadá zde právo na respektování základních lidských práv a svobod a právo na rovnocenné poskytování zdravotní péče bez ohledu na rasu, barvu pleti, pohlaví, náboženství, politické nebo jiné smýšlení, národnosti nebo sociální původ, majetek, rod nebo jiné postavení.

Obecná práva pacientů - právo na ochranu zdraví a prevenci podle právních předpisů, právo usilovat dosáhnout nejvyšší možnou úroveň zdraví, právo na poskytování zdravotní péče na základě zdravotního stavu a stupně postižení a to na odborné úrovni, plynule, soustavně a v dostupné formě, právo na rovný přístup ke zdravotní péči, právo na výběr a změnu lékaře a zdravotnického zařízení s výjimkou omezení definovaných ve zvláštním zákoně, právo na lékařské ošetření v případě vážného ohrožení života nebo zdraví, a to v kterémkoliv čase v nejbližším zdravotnickém zařízení, v případě potřeby právo na vyšetření u lékaře poskytujícího sekundární péči a následnou zdravotní péči po tom, jak ho vyšetří lékař poskytující ambulantní péči, právo odjezdu a spolurozhodování na procesu zdravotní péče, její poskytování a léčení, právo na vysoce profesionální zdravotní péči s využíváním moderní techniky a právo na důstojné, etické a humánní zacházení.

Právo na informace - toto právo v sobě zahrnuje právo být srozumitelným způsobem informován o zdravotním stavu (povaha onemocnění, potřebné zdravotní výkony), na vyžádání i písemnou formou, právo být informován o nákladech poskytnutých zdravotnických služeb a o ceně léků a zdravotnických prostředků, které hradí pacient, právo nebýt informován v případě, že o to pacient požádá, právo na nahlédnutí do zdravotní dokumentace, právo dělat si z ní výpisky, právo vyžádat si písemnou zprávu o diagnóze, průběhu onemocnění a léčbě po propuštění ze zdravotnického zařízení nebo právo nahlédnout do zdravotní dokumentace po smrti osoby má manžel, manželka, zletilá osoba která s ním žila v době úmrtí ve společné domácnosti, i zletilé děti (pokud nejsou, tak rodiče).

Souhlas pacient - informovaný souhlas pacienta je podmínkou každého vyšetřovacího a léčebného výkonu, právo na odmítnutí nebo přerušení zdravotního výkonu s výjimkou případů podle platných právních předpisů, v případě nemožnosti získání souhlasu pacienta v situaci, kdy je zdravotní výkon nezbytný a neodkladný, je možné výkon udělat i bez souhlasu, jen dárce, který je plně způsobilý k právním úkonům, může souhlasit s odběrem orgánů z těla živého dárce na účel jejich přenosu do těla jiné osoby v zájmu léčení a to písemnou formou, svůj souhlas může dárce kdykoliv odvolat, odebrání orgánů z těl mrtvých osob při transplantaci nebo vědecko-výzkumných cílech je možné pouze tehdy, pokud osoba během života neudělala písemné nebo jinak prokazatelné prohlášení, že s tímto zákrokem nesouhlasí, podmínkou zařazení pacienta do vědeckotechnických studií a zařazení do výuky klinických předmětů je informovaný souhlas v písemné formě, tento souhlas může pacient kdykoli odvolat.

Souhlas u pacientů, kteří nejsou způsobilí o sobě rozhodovat - v případě nezletilých pacientů, pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům, případně pacientů s omezenou způsobilostí k právním úkonům uděluje souhlas zákonný zástupce nebo opatrovník, případně osoba, která má nezletilého v pěstounské péči a v případě nemožnosti dosáhnout souhlasu pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo souhlasu zástupce pacienta zbaven způsobilosti k právním úkonům je třeba na výkon souhlas odborného komisí, který lze učinit i bez tohoto souhlasu, a to v případě ohrožení života pacienta.

Důvěrnost - informace o zdravotním stavu, diagnózách, léčbě a prognóze a všechny ostatní informace osobního charakteru jsou důvěrné během života i po smrti pacienta, právo na důvěrnost a ochranu údajů se týká období jejich zpracování, výměny a to i v počítačové formě, údaje ze zdravotní dokumentace je možné poskytnout na základě písemného odůvodněného vyžádání státnímu zástupci, policejnímu orgánu nebo soudu formou výpisů, kompletní zdravotní dokumentaci o pacientovi uchovává zdravotnické zařízení po dobu 50 let po úmrtí pacienta, informace o pacientovi a přístup k jeho zdravotní dokumentaci mohou být poskytnuty pro statistické a vědecké účely v souladu s platnými právními předpisy.

Léčba a péče – právo vědět základní údaje (jméno a příjmení) o pracovnících ve zdravotnictví, kteří se o pacienta starají a léčí ho, vyšetření, léčba a případný pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení po přijetí do zdravotnického zařízení jsou prováděné v souladu se zásadami práva na lidskou důstojnost a na zachování intimity pacienta, zdravotní výkony ze

strany zdravotnických pracovníků jsou poskytovány v souladu se zásadami etického a důstojného přístupu, právo na poskytování zdravotní péče s ohledem na jeho zdravotní stav v dohodnutém nebo v přiměřeném čase, podle dohodnutých a odsouhlasených podmínek v co nejkratším čase, pokud jde o akutní nebo život ohrožující stav, právo ženy, po dohodě se zdravotnickým zařízením, vybrat si dospělou osobu, která bude přítomna při porodu, právo pacienta na přiměřené pokračování léčby včetně spolupráce mezi zdravotnickými zařízeními, právo pacienta na využívání podpory rodiny a přátel během poskytování zdravotní péče při dodržování podmínek zdravotnického zařízení, právo pacienta být informován o důvodech propuštění nebo přesunu do jiného zdravotnického zařízení v případě pominutí důvodů na další pobyt pacienta, případně o dalším léčebném postupu a to způsobem, který je v souladu s platnými právními předpisy, přítomnost průvodce po přijetí dítěte do ústavní péče je možná u dětí do 6 let a to na základě doporučení ošetřujícího lékaře nebo u dětí nad 6 let či do ukončení povinné školní docházky a to po posouzení jeho psychického a fyzického stavu, na základě doporučení lékaře, se souhlasem revizního lékaře a průvodce, pobyt průvodce je považován za ústavní péči.

Péče o nevléčitelně nemocné a umírající - právo pacienta v nevléčitelném stadiu onemocnění na úlevu a zmírnění bolestí odpovídající současným znalostem a možnostem zdravotní péče o umírající, právo nevléčitelně nemocného a umírajícího pacienta na humánní péči, právo na přítomnost osoby podle jeho přání v posledních chvílích jeho života, právo na důstojné umírání, nárok na důsledné respektování písemné žádosti nebýt resuscitováni nebo odmítnout léčebné zákroky a postupy.

Podávání stížností - právo na podání stížností, pokud se pacient domnívá, že bylo porušeno jeho právo na poskytování zdravotní péče, stížnost může pacient podat řediteli státního zdravotnického zařízení, ve kterém mu byla poskytována zdravotní péče, nebo státnímu okresnímu lékaři či státnímu krajskému lékaři, Ministerstvu zdravotnictví České republiky nebo profesním organizacím a dalším institucím.

Náhrada škody – nárok na náhradu škody, která pacientovi vznikla při poskytování zdravotní péče, podle platných právních předpisů, a to na základě rozhodnutí soudu.

5 Bariéry komunikace s umírajícím

Zdravotnický personál v zařízeních pro seniory a v hospicích sehrává nejen odbornou úlohu, ale především lidsky klíčovou roli. Správná komunikace je důležitým základem vztahu mezi zdravotnickými pracovníky a lidmi v terminálním stádiu onemocnění. Vhodná a dobrá komunikace pozitivně ovlivňuje zdravotní stav a kvalitu života. V souladu s paliativní péčí se stále častěji klade důraz na komunikační schopnosti a na jejich důležitost. Komunikace je jedním z hlavních faktorů uspokojení potřeb pacienta (O'Connor, 2005).

Empatie znamená vcítění do duševního stavu druhé osoby a patří k základním předpokladům efektivní komunikace (Kejklíčková, 2011).

Komunikaci mezi pacientem a sestrou často chybí jakýkoliv účel. Mnoho zdravotnických pracovníků nemá dostatečné komunikační schopnosti, aby mohli plnohodnotně komunikovat s pacienty a řešit jejich problémy. Z tohoto důvodu dochází ke špatné komunikaci, která má samozřejmě dopad na pacienta. Nesprávná komunikace může u terminálně nemocných lidí způsobit psychický stres, který představuje velký klinický problém. Později může dojít k stavům deprese, úzkosti, smutku, případným problémům s adaptací. Proto je důležitá správná a efektivní komunikace. Pacienti a rodinní příslušníci potřebují od sester a od ostatních zdravotnických pracovníků pomoc při rozhodování, potřebují dostatek informací o léčbě, a také pomoc s kognitivní a emocionální přípravou do budoucnosti. Efektivní komunikace vyžaduje dostatečné znalosti, které by sestry měly mít, a zároveň umožňuje a pomáhá zjistit problémy a pocity pacienta. Pomáhá při oznamování a přijímání špatných zpráv, akceptování pravdy. Umožňuje spolupráci při rozhodování o postupech léčby. Umožňuje sledovat nepříznivé a negativní reakce pacienta. V komunikaci se mohou vyskytnout různé problémy jak ze strany pacienta, tak ze strany zdravotnického pracovníka (Pokorná, 2010).

5.1 Komunikační bariéry ze strany pacienta

Mezi komunikační bariéry ze strany pacienta patří například:

Neochota svěřit se s problémy - mnohokrát mají pacienti problém svěřit se se svými problémy, a to z různých důvodů. Největší neochotu komunikovat způsobují otázky a celková komunikace o psychických záležitostech. Co však někdy od komunikace se zdravotnickými pracovníky pacienty odrazuje, je právě přístup zdravotnických pracovníků. Na pacienty působí velmi uspěchaně, neposlouchají je, čímž pacientovi dávají najevo, že nemají na

komunikací s nimi čas. Mnoho terminálně nemocných lidí si myslí, že psychické problémy jsou součástí jejich onemocnění, jejich zdravotního stavu, že se s nimi už nedá nic dělat. Pokud u pacientů zůstávají emocionální pocity skryté, může dojít k stavům deprese, smutku, úzkosti či beznaděje. V paliativní péči a nejen v ní je komunikace prvořadá. Je důležité vybudovat si u pacienta důvěru, aby neměli strach s lékařskými pracovníky otevřeně komunikovat a řešit vlastní problémy. Když pacienti budou moci mluvit o tom, co je trápí, o tom, čeho se nejvíce obávají, může to přinést pozitivní dopad na kvalitu života pacienta (Ferrel, 2015).

Individuální preference způsobu komunikace - Komunikace hraje důležitou roli při získávání znalostí o tom, co chce a co nechce pacient o své nemoci, případně léčbě vědět. Podle výzkumů pacienti vyžadují individuální přístup při sdělování informací o jejich zdravotním stavu, a to v množství, jaké si pacient přeje. Většina onkologicky nemocných vyžaduje znát celou diagnózu a prognózu. Pokud však chceme, aby nám pacient řekl všechno, co ho trápí, a aby nám důvěřoval, musíme umět pracovat s empatií a intuící (Wittenberg, Parnell, 2020).

Multikulturní problémy ovlivňující komunikaci - v paliativní péči se setkáváme s různými kulturními odlišnostmi a musíme tak počítat s možností vzniku problémů při komunikaci. Stále je otázkou, zda je vhodné sdělovat všechny informace o zdravotním stavu lidem některých etnik a kultur. Mnozí pacienti nesouhlasí s utajováním informací, naopak někteří jsou jasně proti tomu, aby se umírající dozvěděl informace o zdravotním stavu a prognóze. Zdravotnický pracovník by měl na prvním místě brát ohled na potřeby pacienta, zajistit, aby osobní hodnoty zdravotnického pracovníka neměly negativní dopad na pacienta a na jeho zájmy, vyvarovat se kulturním stereotypům a generalizaci (Špirudová, 2006).

5.2 Komunikační bariéry ze strany zdravotnických pracovníků

Tak jako nacházíme komunikační bariéry ze strany pacienta, nejsou výjimkou ani u zdravotnických pracovníků. Můžeme je shrnout do dvou skupin:

Hodnoty, postoje, přesvědčení - celkový průběh a výsledek komunikace záleží na tom, do jaké míry je orientovaná na pacienta. Rozhovor zaměřený na pacienta je tehdy, pokud používáme otevřené otázky, uvědomujeme si emocionální problémy a pacienta zapojujeme do rozhodovacího procesu. Není to však jednoduché, pokud sestry neznají své vlastní pocity. Ve

skutečnosti osobní hodnoty a přesvědčení zdravotníků ovlivňují interakce ve zdravotnictví a následně ovlivňují rozhodování. Podle toho hodnoty a přesvědčení zdravotnických pracovníků značně ovlivňují, do jaké míry je rozhovor zaměřený na pacienta. Při komunikaci nedostatečně zaměřené na pacienta dochází k různým komplikacím. Na základě toho je ovlivněno chování pacienta, které je následkem nedostatečné a neplnohodnotné komunikace. Pacienti cítí ze zdravotnických pracovníků neochotu komunikovat. Často právě strach z neovládnutí se před pacientem, strach ze smrti či strach z nepoznaného jsou příčinami chování zdravotníků. Avšak i tento stav se dá změnit vhodným tréninkem.

Nedostatek komunikačních schopností - proč se zdravotnický pracovníci chovají způsobem, který blokuje komunikaci? Možná právě nedostatek schopností a strach, že nebudou umět správně reagovat a odpovídat na otázky pacienta. Zdravotníci si však často své nedostatky neuvědomují a přeceňují se. Existují mnohé faktory ovlivňující komunikaci. Při základních můžeme zmínit distancování se od pacienta, ignorování emocionálních projevů pacienta, poskytování falešné naděje, potlačování a nesouhlas s obrannými mechanismy pacienta, zaměřování se pouze na praktické úkony, soustředění se pouze na tělesné symptomy, neschopnost rozpoznat problém pacienta, nedostatek znalostí a diagnostických schopností. (O'Connor, 2005).

V paliativní péči je důležité dbát na správnou komunikaci nejen s nemocným, ale také s jeho blízkými a rodinnými příslušníky. Říci nemocnému pravdu může být pokládáno za neetické, ale i jako etické, protože pravda osvobozuje. V komunikaci se smrtelně nemocným se musí brát ohled na to, co nemocný chce. Zda si přeje být informován v plném rozsahu nebo ne. Někdy proto strategie milosrdného oklamání je pokládána za normální přístup, pokud je to na vlastní žádost nemocného (Haškovcová, 2015).

V paliativní péči se setkáváme s lidmi v terminálním stádiu onemocnění, a právě oni mají mnoho důležitých otázek, na které neznají odpověď. Smysluplná komunikace o životních rozhodnutích je důležitá pro každého z nás, v každém životním období. Je těžké si představit, jak důležitá je smysluplná komunikace pro terminálně nemocné lidi. Paliativní sestry jsou důležitými osobami, které nejen poskytují péči, ale také podporu pacienty a jejich rodiny a blízké. Musí vědět, jak koordinovat péči a jak efektivně komunikovat s nemocničním personálem, zaměstnanci hospice, lékaři, lékárníky, poskytovateli komunitních služeb, příbuznými nemocného a v neposlední řadě s nemocným samotným. Péče o terminálně

nemocné, komunikace o umírání a smrti vyžaduje mít dobré komunikační schopnosti (Ferrel, 2015).

Nejčastějšími problémy umírajících jsou obavy z budoucnosti, strach ze ztráty kontroly, úzkost, strach ze smrti, léčba, rozhodování o léčbě a záležitosti týkající se informovaného souhlasu pacienta. Důležité je, aby sestry měly praktický specifický nácvik komunikačních schopností, pomocí kterých následně mohou kvalitně posoudit stav pacienta, pomoci s informovaným souhlasem, či umět správně informovat a edukovat pacienta a jeho blízké. Mezi schopnosti důležité k efektivní komunikaci patří příprava prostředí, soukromí a dostatek času, účel rozhovoru, schopnost vyvolat důvěru, schopnost získat informace od pacienta, aktivní poslech, analyzování verbálních a neverbálních projevů, empatický přístup, vyjasnění si všech problémů a výsledek (Wittenberg, Parnell, 2020).

Efektivní komunikace je pro správné hodnocení zdravotního stavu pacienta nezbytná. Aby mohla být poskytována správná péče nemocným a jejich blízkým, je důležité umět rozpoznat a zhodnotit jejich problémy a potřeby. V paliativní péči jsou komunikační schopnosti velmi důležité pro zhodnocení klinických parametrů, včetně emocionálních problémů pacienta a jeho blízkých. Právě paliativní sestry mají možnost identifikovat problémy pacienta, který se blíží ke konci svého života. Nicméně je pravdou, že mnoho sester, či jiných zdravotnických pracovníků nemá dostatečné schopnosti efektivně komunikovat, identifikovat problémy pacienta a správně zprostředkovat jejich řešení. Nesmíme jim to však brát za špatné, pokud si svou chybu a nedostatky uvědomují a jsou ochotné se následně v oblasti komunikace vzdělávat. (Sumser, 2019).

Práce s umírajícími lidmi a každodenní obraz smrti nejsou jednoduché situace. Paliativní sestry můžeme pokládat za výjimečné lidi. Vždyť právě ony doprovázejí pacienta a jeho blízké a rodinu na cestě, která znamená vyrovnávání se s těžkým onemocněním, zármutkem, nejistotou, ztrátou a smrtí. V těchto chvílích mají pacienti a jejich rodiny mnoho otázek, které se nejen těžko vyslovují, ale je na ně i těžké najít správnou a vhodnou odpověď. A aby na tyto otázky bylo správně odpovězeno, je třeba, aby si sestry osvojily důležité komunikační schopnosti, které jim chybí. Následně bude snazší pro sestry umět pomoci pacientům vyrovnat se se svým osudem a smrtí (O'Connor, M).

Pro sestry je důležité umět se zaměřit na psychiku pacienta. Pacienti často mají strach z budoucnosti, a když sestra ví, jak je povzbudit a jak jim poradit, je to mnohdy mnohem více, než předepsaný lék (Sumser, 2019).

6 Péče o tělo po smrti

Péče o tělo po smrti se týká přípravy zesnulého bezprostředně po smrti a před jeho přepravou. Mezi účastníky tohoto procesu nejčastěji patří: zdravotnický personál (sestra, zdravotnický asistent, pečovatel). Rizika přenosu možné infekce během tohoto procesu souvisí zejména s přímým kontaktem s lidskými pozůstatky nebo tělesnými tekutinami, ve kterých je infekce přítomna nebo prostřednictvím kontaminovaných předmětů nebo povrchů v místě péče o zemřelého (Vytejková, 2011).

V rámci péče o mrtvé tělo se doporučuje dodržovat následující pokyny (Mlýnková, 2017):

- Do obhlídky lékaře zesnulého klienta neumývat, neoblékat, jen zahalit plachtou.
- Po obhlídce lékaře zesnulého umýt, odstranit z těla zdravotnický materiál, ponechat mrtvé tělo po dobu dvou hodin na lůžku.
- Standardní a neinvazivní postupy přípravy lidského těla, jakými je česání, čištění a mytí, se mohou provádět s využitím standardních bezpečnostních opatření a OOP (osobní ochranné pomůcky), které brání přenosu prostřednictvím přímého kontaktu. Mezi minimální požadavky patří rukavice a voděodolný plášť s dlouhými rukávy.

6.1 Příprava na transport zemřelého

Pracovníci provádějící zabalení těla (do čisté plachty a uzavíratelného pytle) před přepravou by měly používat vhodné OOP, aby tím minimalizovali vystavení infikovaným tělesným tekutinám, kontaminovaným předmětem a jiným kontaminovaným povrchům v okolním prostředí. Navrhovaným souborem OOP pro zaměstnance odpovědné za ukládání těla do transportního vaku jsou rukavice a voděodolný plášť s dlouhými rukávy.

6.2 Uložení lidských pozůstatků do příjezdu pohřební služby

Zabalené tělo personál přenesse do speciální místnosti zdravotnického zařízení, zajistí rovněž udržení nízké tělesné teploty zesnulého, a položí do vodorovné polohy na připravené místo, které je překryté bílou plachtou. Osoby, které jsou v kontaktu se zabaleným tělem zesnulého, by měly nosit vhodné OOP, aby se minimalizovalo případné vystavení infikovaným tekutinám, kontaminovaným objektům a jiným kontaminovaným povrchům prostředí. Soubor OOP zahrnuje například rukavice a voděodolný plášť s dlouhými rukávy a roušku (Mlýnková, 2017).

6.3 Předání lidských ostatků

Po příjezdu pohřební služby odevzdá službu konající personál zaměstnancům pohřební služby:

- List o prohlídce mrtvého,
- Lidské pozůstatky s identifikací pozůstalého
- Vyhotoví Záznam o předání lidských ostatků.

Po odvozu zesnulého z pokoje službu konající personál zajistí cenné věci a osobní věci zemřelého nacházející se v pokoji, označí jménem zesnulého, aby nedošlo k záměně, a zajistí jejich úschovu. Cenné věci a osobní věci, se uchovávají až do dědického řízení. Rovněž se doporučuje provést běžný úklid, po kterém následuje dezinfekce (Vytejková, 2011).

7 Komunikace s pozůstalými

Předpokladem dobré spolupráce je, aby sestry, lékaři a další profesionálové znali specifika verbální a neverbální komunikace s nevléčitelně nemocným pacientům a jeho rodinou. Komunikace je důležitá proto, abychom dokázali zjistit potřeby pacienta / rodiny / pečovatele a dohodli se na společných cílech. Bez komunikace není možná efektivní péči o nevléčitelně nemocného / rodinu. Sestra by měla mít komunikační dovednosti, mluvit jasně a s projevením podpory. Sestry mohou mít problém komunikovat se umírajícím a jeho příbuznými. Pacienti nechtějí mluvit o bolesti, hněvu, pocitech smutku a strachu, je jim to nepříjemné, stydí se a cítí se zmateni. Příčinou může být to, že jim to nedovoluje jejich kultura nebo vyznání. Rodina často nemá dost sil mluvit se svým příbuzným o jeho nemoci, což jim brání, aby si ujasnili, co si je blízký přeje, jaké jsou jeho preference týkající se typu péče. Příbuzní často trvají na pokračování agresivní terapie, neboť přeceňují možnosti léčby, která však již není pro jejich blízkého přínosem. Často mají strach, že by mohli litovat, že neudělali vše pro jejich milovaného člověka, kdyby netrvaly na pokračování v léčbě (Kabelka, 2020).

Komunikace s nevléčitelně nemocným může probíhat déle nebo jen krátký čas. Závisí to od prognózy onemocnění. V úvodní komunikaci se představíme pacientovi a snažíme se získat si jeho důvěru, zjistit jeho způsoby zvládnání a informovanost o onemocnění. Sestra usiluje zakomponovat svá zjištění do plánu péče a stanovit priority a cíle pacienta. Komunikace může probíhat bez problémů až do stadia výrazné progresse onemocnění. Komunikace v tomto období je o „špatných zprávách“. Může vzniknout konflikt mezi pokračováním léčby a očekáváním pacienta / rodiny. Příbuzní mají často snahu rozhodovat za nemocného, aby ho ochránili před informací o jeho nemoci a o tom, že zemře. Nemocný chce vědět pravdu a nechce být okolím klamán. Měli bychom vysvětlit blízkým, proč je důležité být upřímní před umírajícím a odpovídat mu pravdivě. Umírající člověk většinou tuší blížící se konec jeho života, a pokud se tváříme, že to není pravda, vzdaluje se od nás a nepokračuje v komunikaci. Zamezíme tím uzavření si posledních věcí, rozloučením s blízkými a vyrovnáním s blížící smrtí, umírající na této cestě zůstává úplně sám (Marková, 2010).

Paliativní péče usiluje o udržení přirozených sociálních vazeb, aby poslední období života přežili nemocní ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí. V komunikaci s příbuznými můžeme např. objasnit běžné projevy umírání, které příbuzných často velmi znepokojují, protože jim nerozumí a mohou si je nesprávně vysvětlovat (např.

ubývání fyzických i psychických sil umírajícího, ztráta chuti k jídlu, pokles zejí o sociální kontakty, specifický zápach umírajícího aj.). Vysvětlujeme jim, že komunikace s umírajícím člověkem je ovlivněna skutečností, že více pospává, je těžké ho probudit ze spánku, přestává mít pojem o čase a může se stát, že nepoznává známé osoby. Měli bychom příbuzné poučit, že se nejedná o odmítnutí, ale že umírající ztrácí spojení s realitou, někdy promlouvá k bohu nebo mluví o událostech a o lidech, které jsou pro příbuzné neznámé (Ferrel, 2015).

Komunikace s příbuznými pokračuje během anticipační smutku a také po úmrtí jejich blízkého, v čase truchlení. Podporujeme příbuzné a přátele, pomáháme jim zvládat jejich zármutek po smrti blízkého člověka. Po smrti blízkého pozůstalí mohou plakat, vrhat se na zemřelého, hladit ho, nebo i zůstat klidní a neprojevoval své emoce. Neměli bychom jim v tom bránit. Důležité je se ujistit, že netrpěl, že zdravotnický personál, jakož i pozůstalí, udělali pro zemřelého vše, co bylo v jejich silách (Handzo, 2015).

V komunikaci s pozůstalými je vhodné se vyhnout vyjádřením jako: „Vím jak vám je“, „Smrt je požehnáním“, „Byla to vůle boží“, „Je konec, musíte to tak brát“, „Musíte být statečný / á, hlavu vzhůru!“, „To bude dobré!“, „Musíte to zvládnout, jinak to nejde“, „To chce čas“, „Smrt je jediná jistota, kterou máme, jediná spravedlnost na tomto světě, všichni tam musíme.“. Vhodné jsou více formulace jako: „Je mi to líto“, „Cítím s vámi“, „Co pro vás mohu udělat?“, „Musí to být pro vás těžké“, „Ne, není to spravedlivé“ apod. (Marková, 2010).

Prožívání ztráty způsobené smrtí blízkého milovaného člověka, by mohlo vést k patologickému truchlení, což by mohlo mít nepříznivý dopad i na zdraví pozůstalých. Sestra a další členové interdisciplinárního týmu by měli provádět preventivní intervence, jimiž usnadní blízkým vyrovnat se se ztrátou a smutkem při umírání a po úmrtí jejich rodinného příslušníka. Většinou s tím mají zkušenosti týmy paliativní péče v hospicích, kde jsou zváni pozůstalí k vzpomínkovým setkáním. Tato setkání nemají za cíl prohlubovat smutek pozůstalých, ale upoutat se ve vzpomínkách na všechno pěkné, radostné, a veselé, co prožili se svým blízkým během jeho života. Pomáhá to odbourávat stres a napětí. V případě patologického truchlení, které vede až k tělesným a psychickým poruchám, je vhodné doporučit konzultaci v psychologické ambulanci, kde realizují smutkové poradenství (Ferrel, 2015).

II. EMPÍRICKÁ ČÁST

1 Metodika výzkumu

Ustanovil jsem čtyři dílčí cíle práce, které vycházejí z hlavního cíle bakalářské práce. Chtěl jsem tak zjistit jaké, mnou zkoumané jevy, se objevují v akreditovaném zdravotním zařízení následné péče a v zařízení sociální péče pro osoby s tělesným postižením. Na základě získaných informací jsem také chtěl objasnit i případné příčiny těchto jevů a tam kde by to bylo možné poskytnout i doporučení pro možné zlepšení.

Po zvážení různých metod pro vykonání výzkumu, jsem si zvolil kvantitativní metodu, a to konkrétně dotazníkové šetření. Tento způsob výzkumu je poměrně jednoduchý, časově nenáročný pro respondenty, a především umožňuje větší zkoumaný vzorek dotázaných.

Vzhledem k tomu, že jsem výzkum prováděl v zařízeních, kde pracuji či jsem pracoval, počítal jsem s vyšší návratností, jelikož mě respondenty osobně znají. Ve výsledku činila návratnost dotazníků 90 %, z celkem 60 rozdaných dotazníků se mi jich vrátilo 54. Ve své analýze získaných dat, bude představovat číslo 54 sto procent, tedy skutečný počet vyplněných a navracených dotazníků.

Dle mého názoru je mnou zvolené téma velmi aktuální a do určité míry i kontroverzní. Hluboce jsem přemýšlel, jaký přístup zvolit, při vypracovávání tohoto tématu. Pro empirickou část mé práce jsem vytvořil nestandardizovaný dotazník se 17 uzavřenými otázkami, při tvorbě tohoto dotazníku jsem se zaměřil na to, abych stručně, věcně a efektivně získal potřebná data. Prvních sedm otázek se zabývají identifikačními a demografickými údaji, zbylé otázky vycházejí z hlavního cíle a dílčích cílů bakalářské práce. Plné znění dotazníku bude k dispozici v příloze této práce. Zkoumaný vzorek respondentů se skládal ze středního a nižšího ošetrovatelského personálu. Samotný výzkum probíhal v zařízeních, kde jsem osobně pracoval nebo současně pracuji, tj. Levitovo centrum následné péče a Domov bez bariér.

Data, které jsem získal dotazníkovým šetřením, byla zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel. Výsledky jsem vyobrazil v tabulkách s uvedením absolutní a relativní četnosti, k jednotlivým tabulkám jsem pro grafické znázornění přiřadil výsečové grafy. Tabulky a grafy jsem doplnil komentářem v rámci interpretace výsledků.

1.1 Hlavní cíl práce

Zjistit, jak jsou respektovány etické principy v ošetrovatelské péči v poslední etapě života.

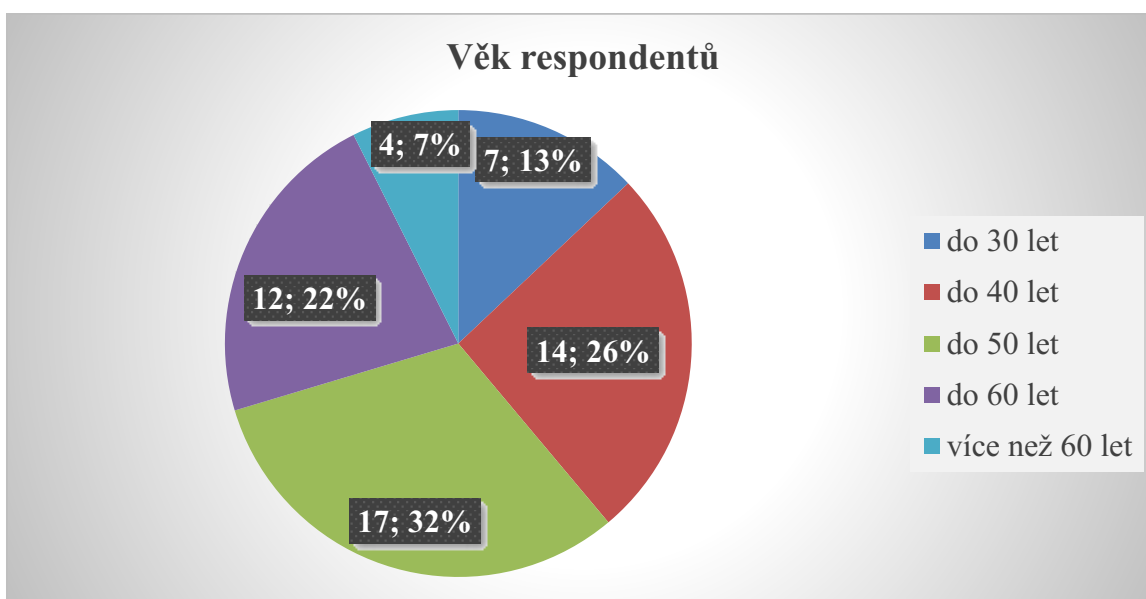
1.2 Dílčí cíle práce

1. Zjistit postoje daných respondentů k etickým aspektům v ošetrovatelské péči o umírající.
2. Zjistit, jakým způsobem jsou dodržovány etické principy ošetrovatelské péče v závěrečné fázi života dle „Charty práv umírajících“.
3. Zjistit, jak je naplňována úcta k životu v závěrečné fázi života.
4. Zjistit, jaká doporučení pro zlepšení institucionalizovaného umírání by bylo možné poskytnout, na základě odpovědí respondentů.

2 Interpretace výsledků výzkumného šetření

Tabulka č. 1: Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 30 let	7	13 %
do 40 let	14	26 %
do 50 let	17	32 %
do 60 let	12	22 %
více než 60 let	4	7 %



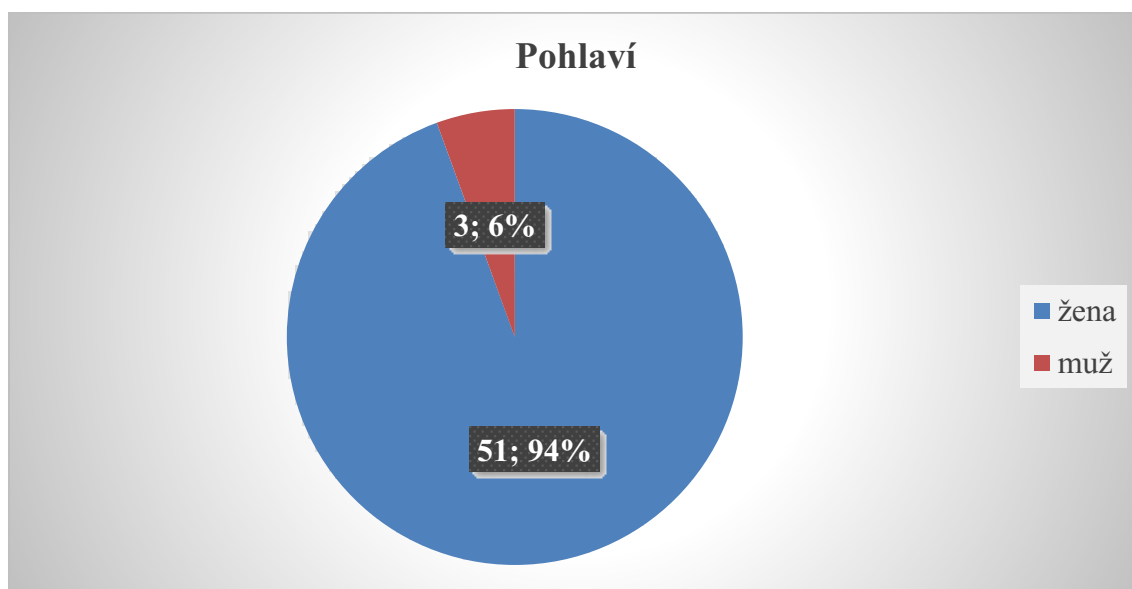
Graf č. 1: Věk respondentů

Interpretace

Následující údaje uvedu v sestupném pořadí. 17 (32 %) respondentů uvedlo, že jim je od 40 let do 50 let, 14 (26 %) respondentů uvedlo věkové rozmezí od 30 let do 40, 12 (22 %) respondentů uvedlo věkovou skupinu od 50 let do 60 let, dále 7 (13 %) respondentů uvedlo věkovou kategorii do 30 let a poslední a nejméně početnou skupinu tvořili 4 (7 %) respondenti, kteří byli starší 60 let.

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	51	94 %
Muž	3	6 %



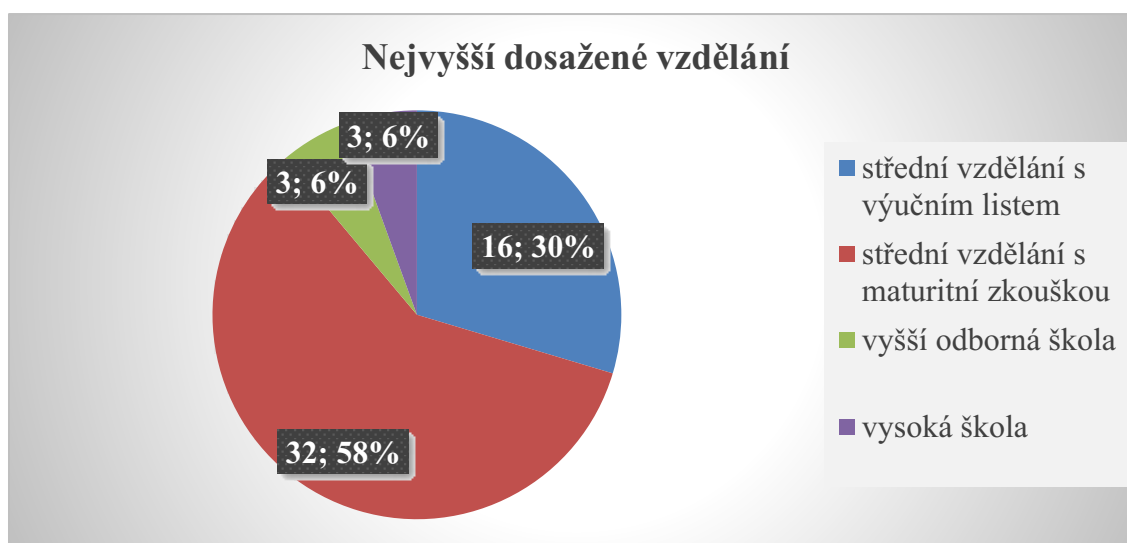
Graf č. 2: Pohlaví respondentů

Interpretace

Dle grafu č. 2 můžeme jednoznačně stanovit, že ženy tvořily naprostou většinu dotazovaných, tj. 51 respondentů (94 %) a pouze 3 (6 %) respondenti byli mužského pohlaví.

Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední vzdělání s výučním listem	16	30 %
Střední vzdělání s maturitní zkouškou	32	58 %
Vyšší odborná škola	3	6 %
Vysoká škola	3	6 %



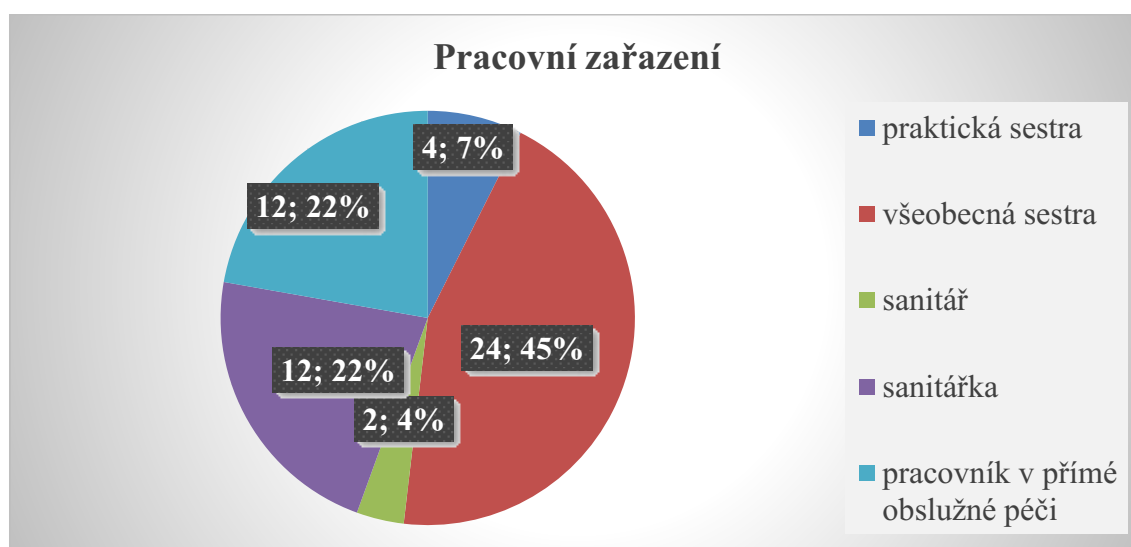
Graf: č. 3: Dosažené vzdělání respondentů

Interpretace

Dle grafu č. 3 můžeme vyhodnotit nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejpočetnější kategorií představovalo střední vzdělání s maturitní zkouškou, takto odpovědělo 32 (58 %) respondentů. Následuje střední vzdělání s výučním listem s počtem 16 (30 %) a v poslední řadě vyšší odborné vzdělání se 3 (6 %) odpověďmi a vysokoškolské vzdělání, také se 3 (6 %) odpověďmi. Terciární vzdělání bylo tedy zastoupeno minoritně (12 %).

Tabulka č. 4: Pracovní zařazení respondentů

Pracovní zařazení	Absolutní četnost	Relativní četnost
všeobecná sestra	24	45 %
sanitářka	12	22 %
pracovník v přímé obslužné péči	12	22 %
praktická sestra	3	7 %
sanitář	2	4 %



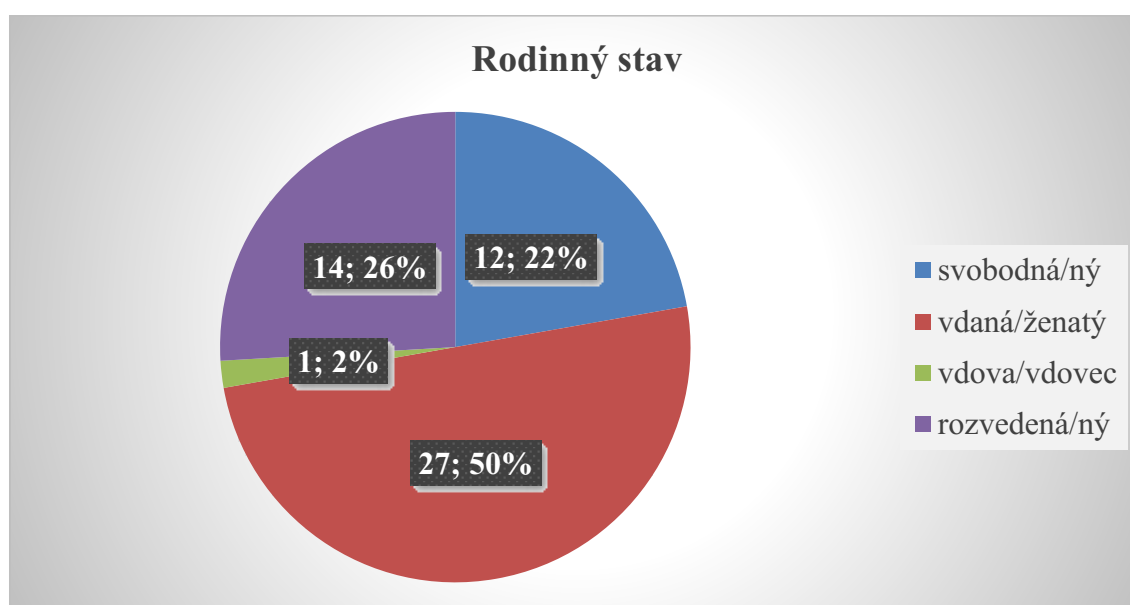
Graf č. 4: Pracovní zařazení respondentů

Interpretace

Výše uvedený graf č. 4 nám ozřejmí pracovní zařazení respondentů. Majoritně je zastoupena pracovní pozice všeobecná sestra s počtem 24 (45 %). Následuje pozice sanitářka s počtem 12 (22 %) a pracovník v přímé obslužné péči, také s počtem 12 (22 %). Praktickou sestru vykonávali 4 (7 %) respondenti a pouze 2 (4 %) respondenti byli v pracovním zařazení sanitář.

Tabulka č. 5: Rodinný stav respondentů

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
vdaná/ženatý	27	50 %
rozvedená/ný	14	26 %
svobodná/ný	12	22 %
vdova/vdovec	1	2 %



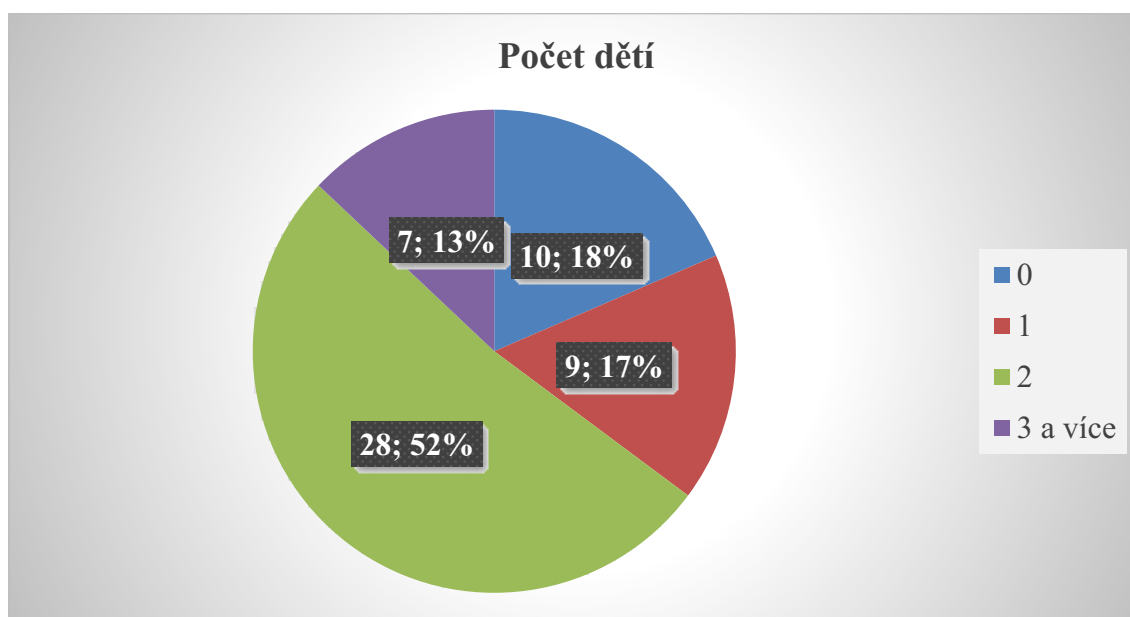
Graf č. 5: Rodinný stav respondentů

Interpretace

Z celkového počtu 54 respondentů, jich 27 (50 %) odpovědělo, že jsou v rodinném stavu vdaná/ženatý, 14 (26 %) odpovědělo, že jsou v rodinném stavu rozvedená/ný, 12 (22 %) odpovědělo, že jsou v rodinném stavu svobodná/ný a 1 (2 %) respondent uvedl rodinný stav vdova/vdovec.

Tabulka č. 6: Počet dětí respondentů

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost
2	28	52 %
0	10	18 %
1	9	17 %
3	7	13 %



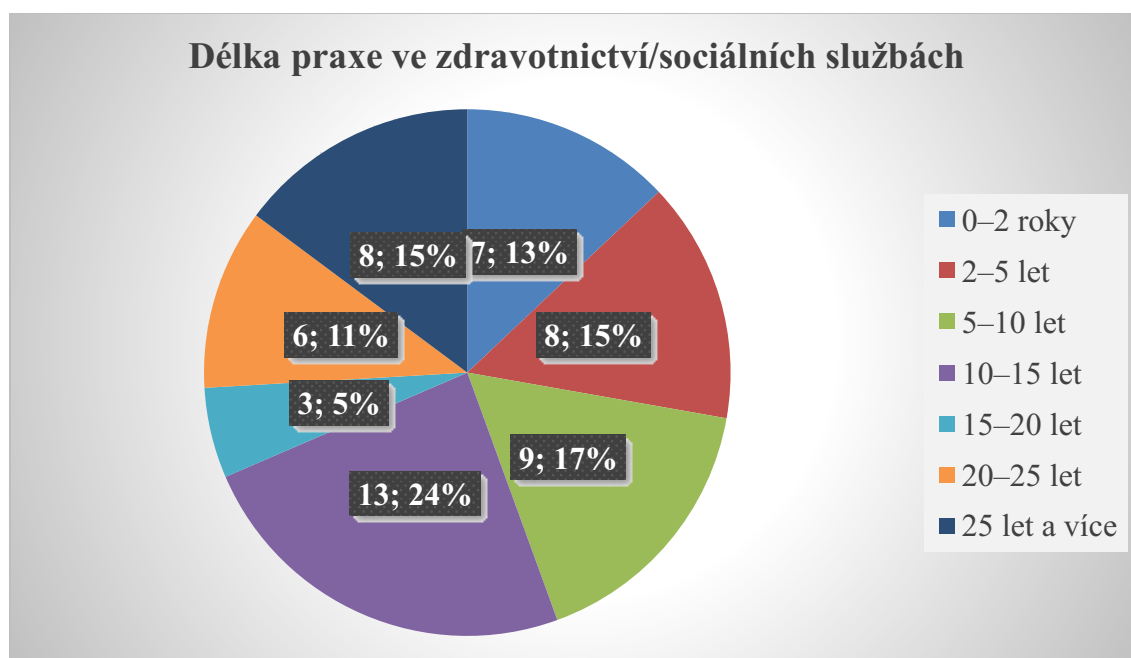
Graf č. 6: Počet dětí respondentů

Interpretace

Z výše uvedeného vyplývá, že 28 (52 %) respondentů má 2 děti, 10 (18 %) dotazovaných respondentů má 0 počet dětí, 9 (17 %) z nich má 1 dítě a 7 (13 %) respondentů odpovědělo, že má 3 a více dětí.

Tabulka č. 7: Délka praxe respondentů

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
10-15 let	13	24 %
5-10 let	9	17 %
25 let více	8	15 %
2-5 let	8	15 %
0-2 roky	7	13 %
20-25 let	6	11 %
15-20 let	3	6 %



Graf č. 7: Délka praxe respondentů

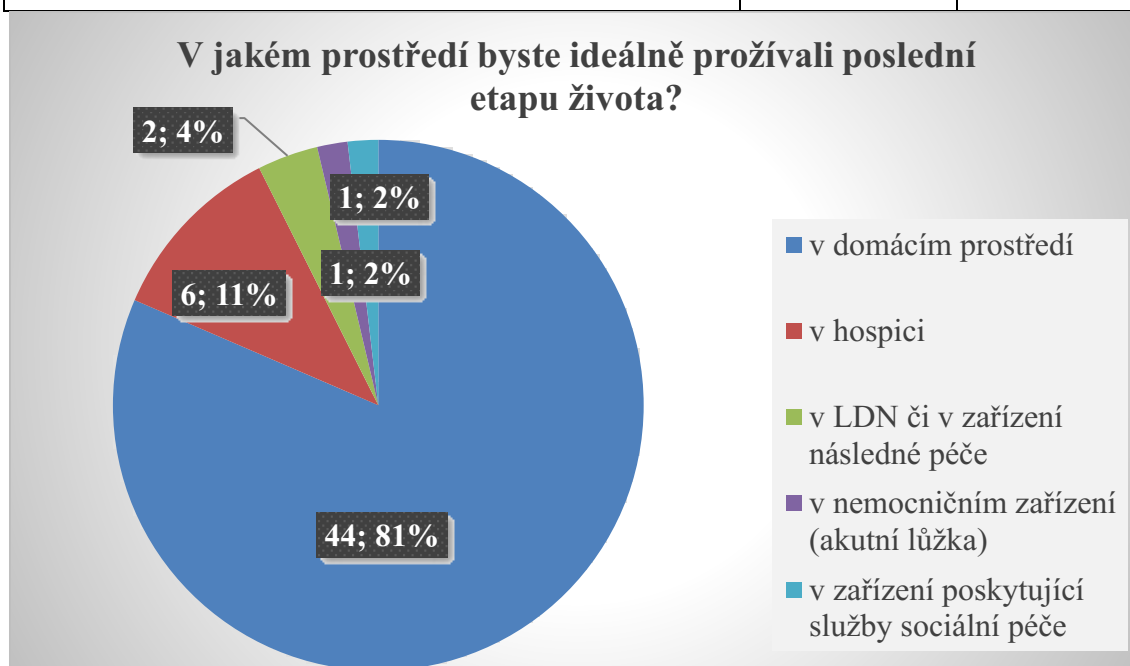
Interpretace

Odpovědi respondentů uvedu, dle jejich početného zastoupení, v sestupném pořadí.

13 (24 %) respondentů uvedlo, že má 10-15 let praxe ve zdravotnictví/sociálních službách. 9 (17 %) jich uvedlo, že má 5-10 let praxe. 8 (15 %) jich uvedlo, že má více než 25 let praxe, stejný počet, tedy 8 (15 %) jich uvedlo, že má 2-5 let praxe. 7 (13 %) respondentů si zvolilo možnost 0-2 roků, 6 (11 %) jich uvedlo, že má 20-25 let praxe.

Tabulka č. 8: Přání o prožívání poslední etapy života

V jakém případě byste ideálně prožili poslední etapu života?	Absolutní četnost	Relativní četnost
v domácím prostředí	44	81 %
v hospici	6	11 %
v LDN či v zařízení následné péče	2	4 %
v nemocničním zařízení (akutní lůžka)	1	2 %
v zařízení poskytující služby sociální péče	1	2 %



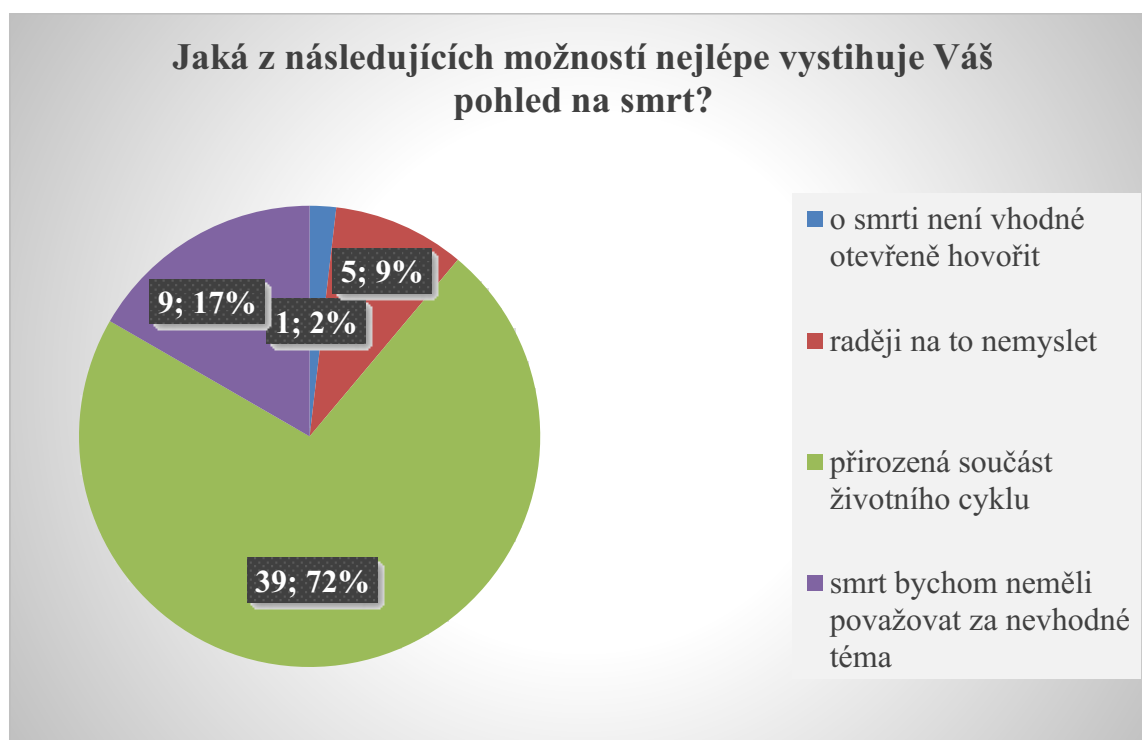
Graf č. 8: Přání o prožívání poslední etapy života

Interpretace

Odpovědi zkoumaného vzorku respondentů uvedu v sestupném pořadí, dle početného zastoupení zvolených odpovědí. Nejvíce respondentů si zvolilo možnost „v domácím prostředí“, se 44 (81 %) odpověďmi, 2. nejčastější odpověď byla možnost „v hospici“, se 6 (11 %) odpověďmi. Možnost „V LDN či v zařízení následné péče“, si zvolili 2 (4 %) respondenti a poslední dvě možnosti „v nemocničním zařízení (akutní lůžka)“ a „v zařízení poskytující služby sociální péče“, si vždy vybral pouze 1 (2 %) respondent.

Tabulka č. 9: Pohled na smrt

Jaká z následujících možností nejlépe vystihuje Váš pohled na smrt?	Absolutní četnost	Relativní četnost
přirozená součást životního cyklu	39	72 %
smrt bychom neměli považovat za nevhodné téma	9	17 %
raději na to nemyslet	5	9 %
o smrti není vhodné otevřeně hovořit	1	2 %



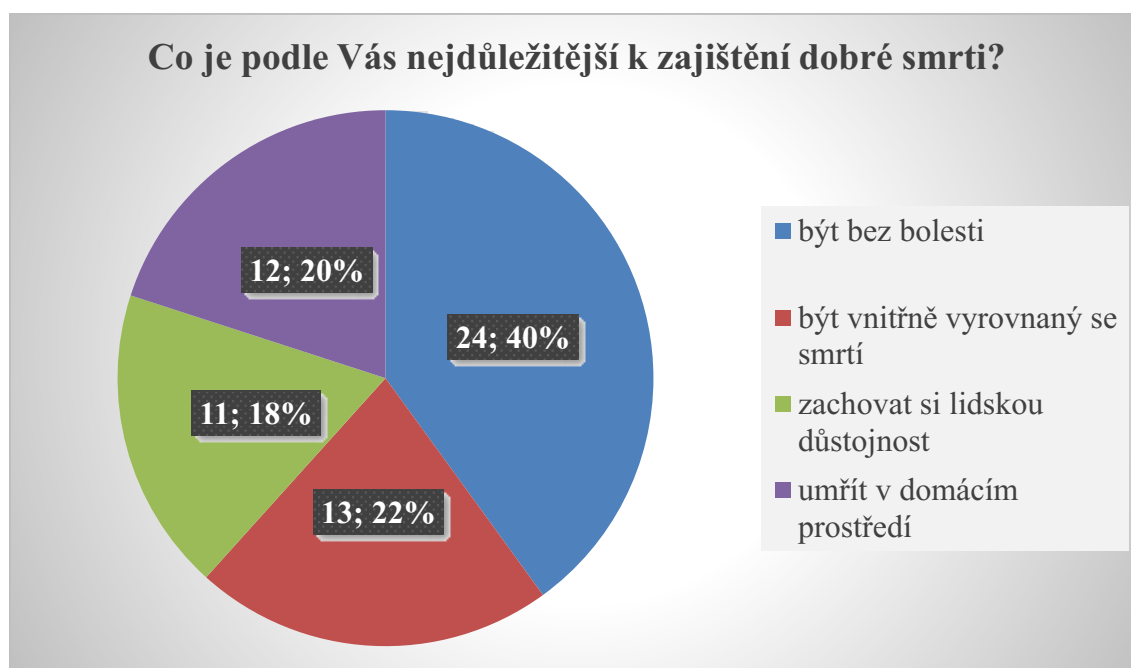
Graf č. 9: Pohled na smrt:

Interpretace

Početem odpovědí byla nejvíce zastoupena možnost „přirozená součást životního cyklu“, takto odpovědělo 39 (72 %) respondentů, jako 2. nejčastější odpověď, si 9 (17 %) dotazovaných zvolilo možnost „smrt bychom neměli považovat za nevhodné téma“, následuje možnost „raději na to nemyslet“, s 5 (9 %) odpověďmi a početně nejméně zastoupena možnost „o smrti není vhodné otevřeně hovořit“, byla zvolena pouze 1 (2 %) respondentem.

Tabulka č. 10: Vnímání dobré smrti

Co je podle Vás nejdůležitější k zajištění dobré smrti?	Absolutní četnost	Relativní četnost
být bez bolesti	24	40 %
být vnitřně vyrovnaný se smrtí	13	22 %
zachovat si lidskou důstojnost	11	18 %
umřít v domácím prostředí	12	20 %



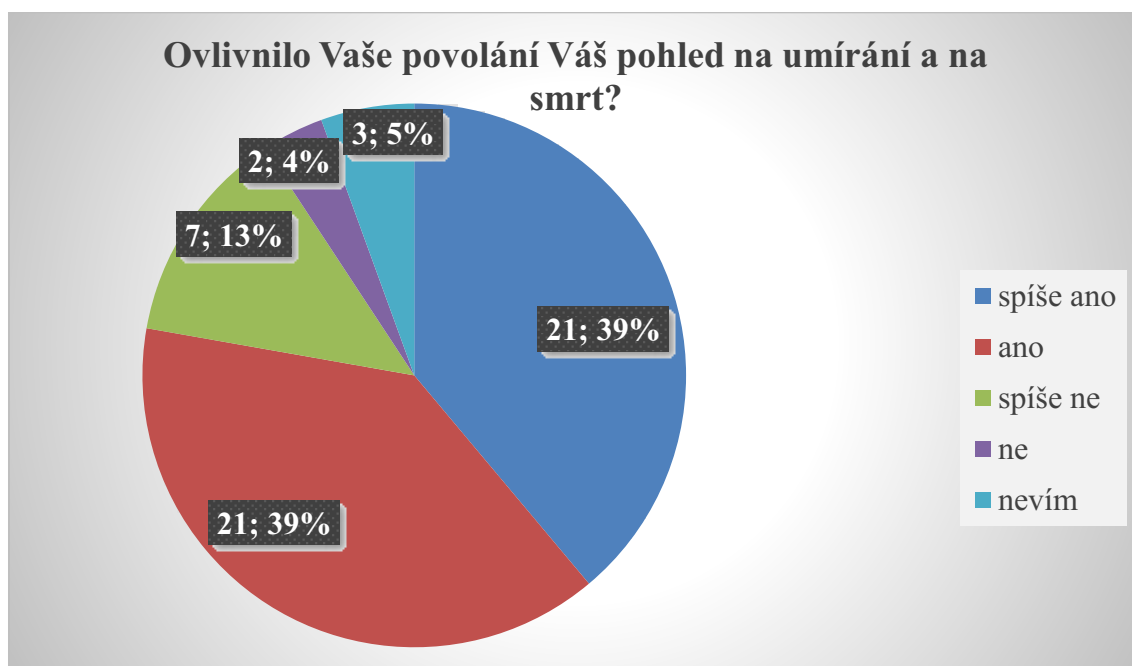
Graf č. 10: Vnímání dobré smrti

Interpretace

Dle výše uvedeného grafu je patrné, že nejvíce respondentů, tedy 24 (40 %), považovalo za nejdůležitější k zajištění dobré smrti „být bez bolesti“, dále následuje možnost „být vnitřně vyrovnaný se smrtí“, s 13 (22 %) odpověďmi. Na 3. místě je možnost „umřít v domácím prostředí“, s 12 (20 %) odpověďmi a nejméně respondentů si zvolilo možnost „zachovat si lidskou důstojnost“, s 11 (18 %) odpověďmi.

Tabulka č. 11: Povolání a smrt

Ovlivnilo Vaše povolání Váš pohled na umírání a na smrt?	Absolutní četnost	Relativní četnost
spíše ano	21	39 %
ano	21	39 %
spíše ne	7	13 %
nevím	3	6 %
ne	2	4 %



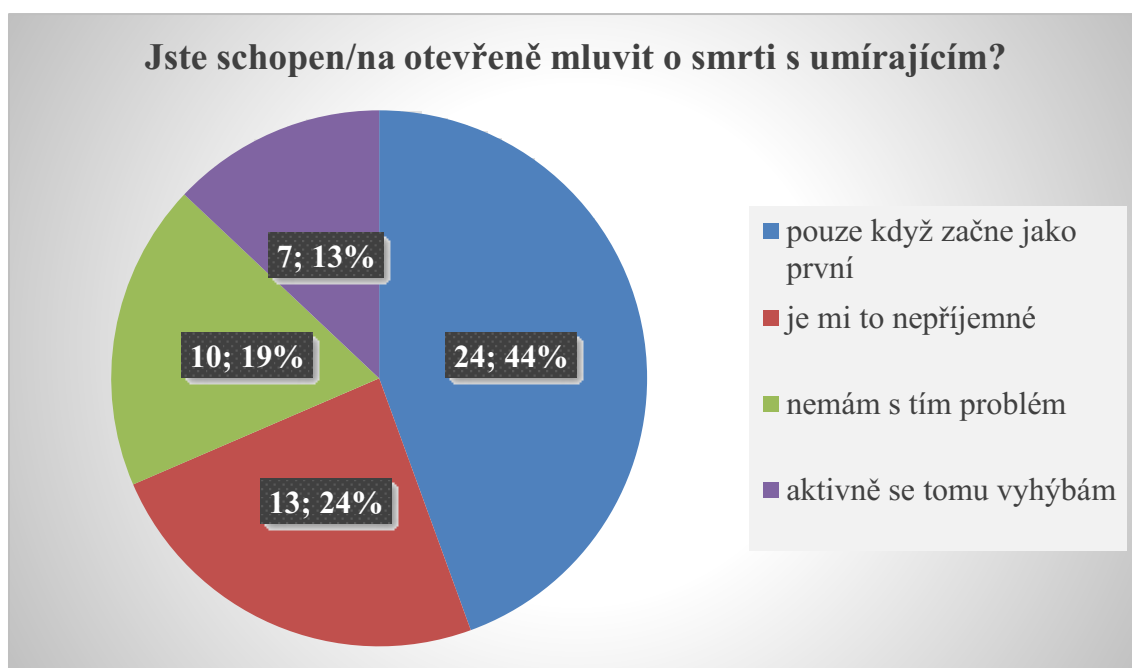
Graf č. 11: Povolání a smrt

Interpretace

Na základě odpovědí daného zkoumaného vzorku respondentů, byla nejvíce zastoupena možnost „ano“, s 21 (39 %) odpověďmi a možnost „spíše ano“, která také měla 21 (39 %) odpovědí, následuje možnost „spíše ne“, se 7 (13 %) odpověďmi, dále je zde možnost „nevím“, se 3 (5 %) odpověďmi a respondenty nejméně volená možnost „ne“, se 2 (4 %).

Tabulka č. 12: Schopnost mluvit veřejně o smrti

Jste schopen/na otevřeně mluvit o smrti s umírajícím?	Absolutní četnost	Relativní četnost
pouze když začne jako první	24	44 %
je mi to nepříjemné	13	24 %
nemám s tím problém	10	19 %
aktivně se tomu vyhýbám	7	13 %



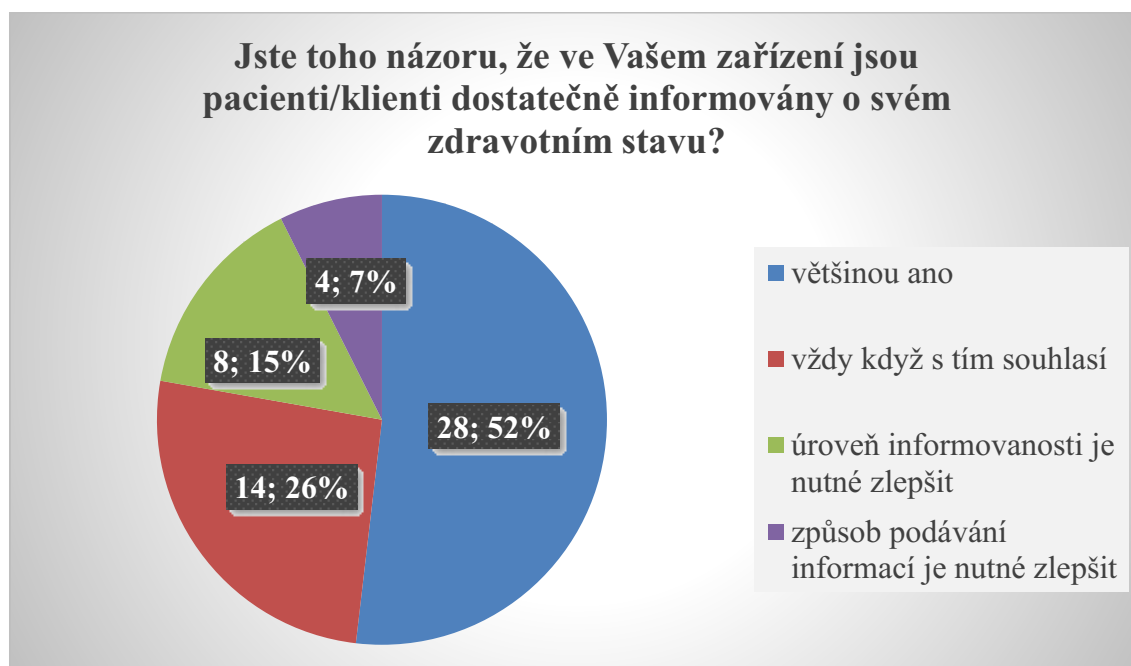
Graf č. 12: Schopnost mluvit veřejně o smrti

Interpretace

Z celkového počtu 54 respondentů, jich 24 (44 %) vybralo možnost „pouze když začne jako první“, 13 (24 %) jich vybralo možnost „je mi to nepříjemné“, 10 (19 %) jich zvolilo možnost „nemám s tím problém“ a početně nejméně zastoupena byla možnost „aktivně se tomu vyhýbám“, se 7 (13 %) odpověďmi.

Tabulka č. 13: Informovanost pacientů o zdravotním stavu

Jste toho názoru, že ve Vašem zařízení jsou pacienti/klienti dostatečně informováni o svém zdravotním stavu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
většinou ano	28	52 %
vždy když s tím souhlasí	14	26 %
úroveň informovanosti je nutné zlepšit	8	15 %
způsob podávání informací je nutné zlepšit	4	7 %



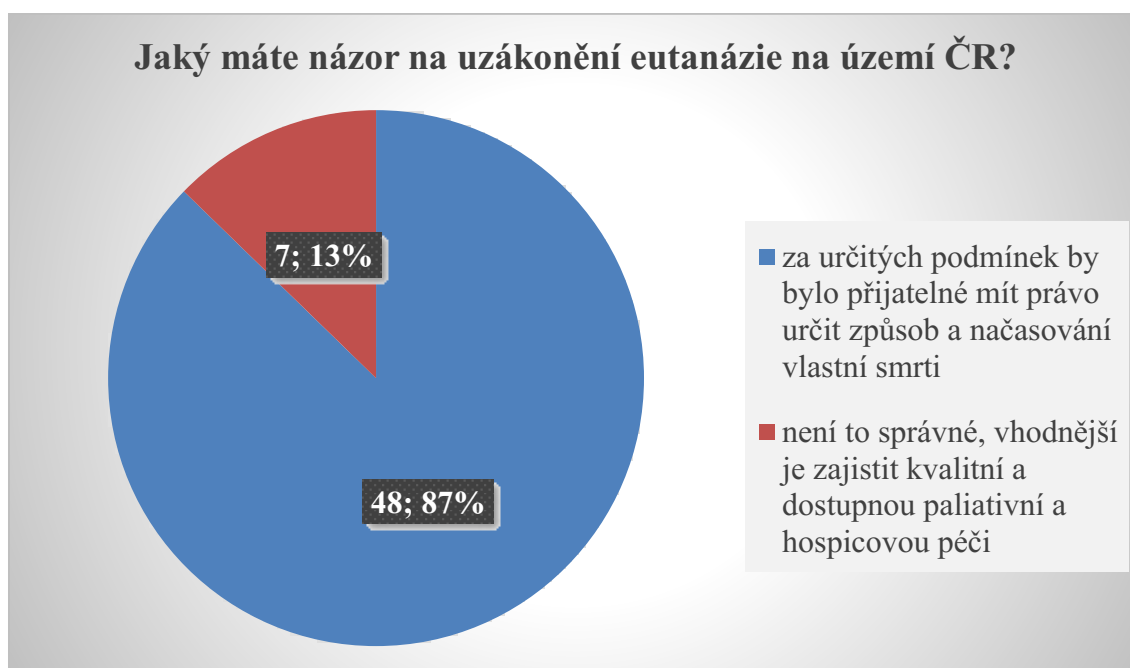
Graf č. 13: Informovanost pacientů o zdravotním stavu

Interpretace

Tato otázka ozřejmí názor dotazovaných na informovanost pacientů/klientů ohledně jejich zdravotního stavu. Majoritně je zastoupena možnost „většinou ano“, kterou si zvolilo 28 (52 %) respondentů. Následuje možnost „vždy když s tím souhlasí“, se 14 (26 %) odpověďmi, dále je zde možnost „úroveň informovanosti je nutné zlepšit“, kterou si zvolilo 8 (15 %) respondentů a pouze 4 (7 %) respondenti byli toho názoru, že způsob podávání informací je nutné zlepšit.

Tabulka č. 14: Názor na uzákonění eutanázie

Jaký máte názor na uzákonění eutanázie na území ČR?	Absolutní četnost	Relativní četnost
za určitých podmínek by bylo přijatelné mít právo určit způsob a načasování vlastní smrti	48	87 %
není to správné, vhodnější je zajistit kvalitní a dostupnou paliativní a hospicovou péči	7	13 %



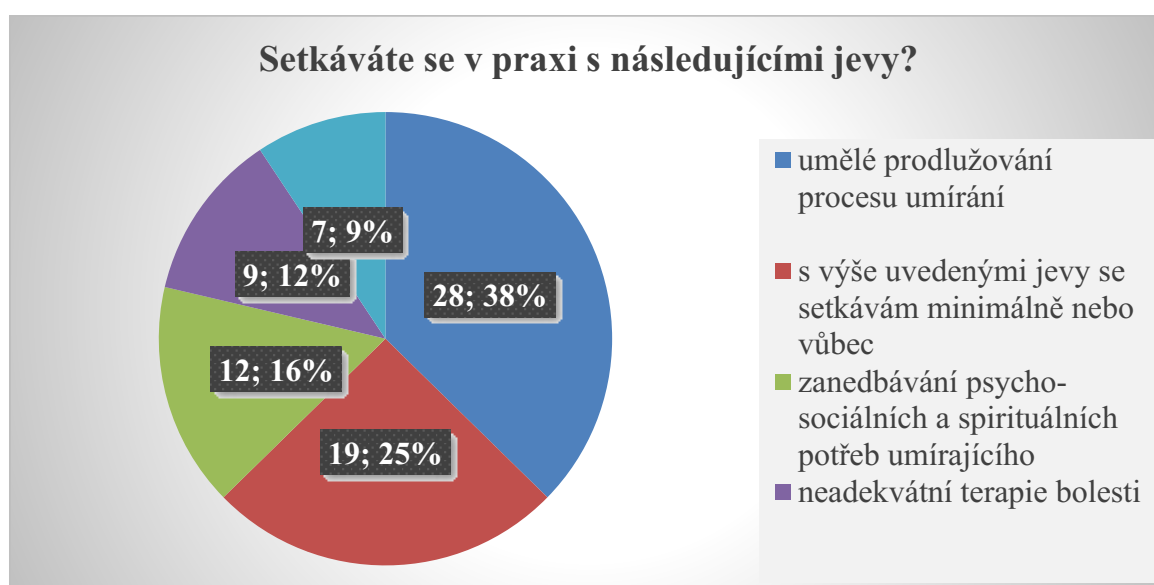
Graf č. 14: Názor na uzákonění eutanázie

Interpretace

Z výše uvedeného grafu, je zřejmé, že většina respondentů, v tomto případě 48 (87 %), je toho názoru, že za určitých podmínek by bylo přijatelné mít právo určit způsob a načasování vlastní smrti a 7 (13 %) je toho názoru, že to není správné, vhodnější by bylo zajistit kvalitní a dostupnou paliativní a hospicovou péči.

Tabulka č. 15: Vyjmenované jevy v praxi

Setkáváte se v praxi s následujícími jevy?	Absolutní četnost	Relativní četnost
umělé prodlužování procesu umírání	28	38 %
s výše uvedenými jevy se setkávám minimálně nebo vůbec	19	25 %
zanedbávání psychosociálních a spirituálních potřeb umírajícího	12	16 %
neadekvátní terapie bolesti	9	12 %
Nedostatek prostředků a zdrojů pro péči a podporu umírajících	7	9 %



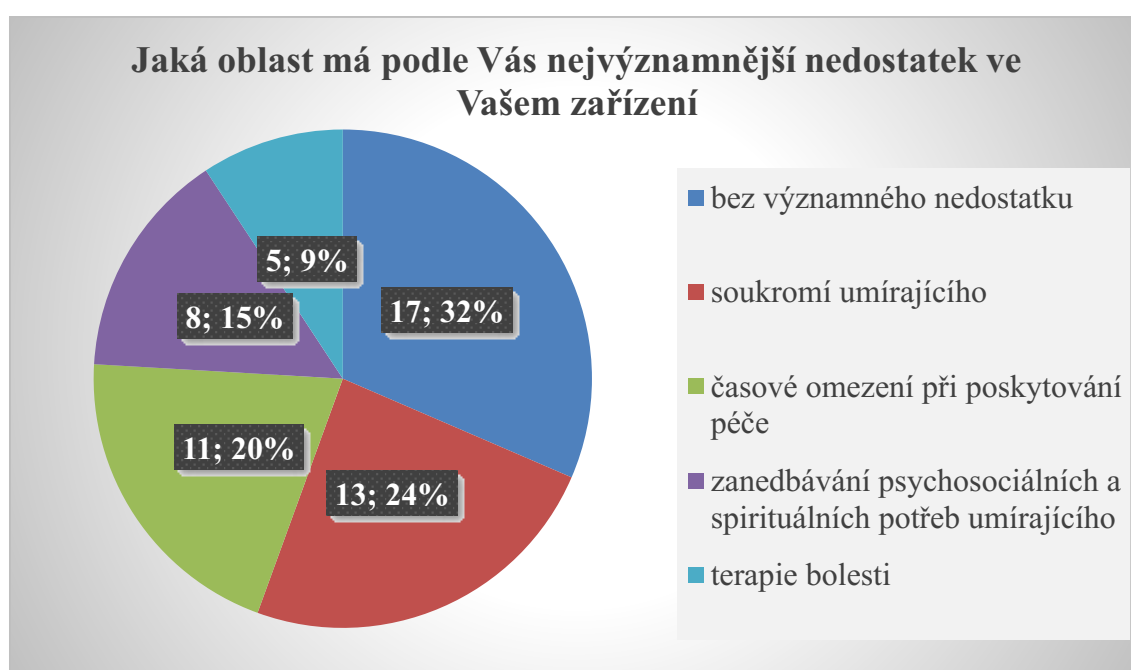
Graf č. 15: Vyjmenované jevy v praxi

Interpretace

U této jediné otázky, bylo možné si zvolit více možností. Z celkového počtu 75 odpovědí (100 %), má majoritní podíl možnost „umělé prodlužování procesu umírání“, s 28 (38 %) odpověďmi, jako 2. nejčastější možnost „s výše uvedenými jevy se setkávám minimálně nebo vůbec“, si zvolilo 19 (25 %) respondentů, následuje možnost „zanedbávání psychosociálních a spirituálních potřeb umírajícího“, s 12 (16 %) odpověďmi, dále zde máme možnost „neadekvátní terapie bolesti“, s počtem odpovědí 9 (12 %) a početně nejméně zastoupená možnost „nedostatek prostředků a zdrojů pro péči a podporu umírajících“, se 7 (9 %) odpověďmi.

Tabulka č. 16: Nedostatky v zařízení

Jaká oblast má podle Vás nejvýznamnější nedostatek ve Vašem zařízení?	Absolutní četnost	Relativní četnost
bez významného nedostatku	17	32 %
soukromí umírajícího	13	24 %
časové omezení při poskytování péče	11	20 %
zanedbávání psychosociálních a spirituálních potřeb umírajícího	8	15 %
terapie bolesti	5	9 %



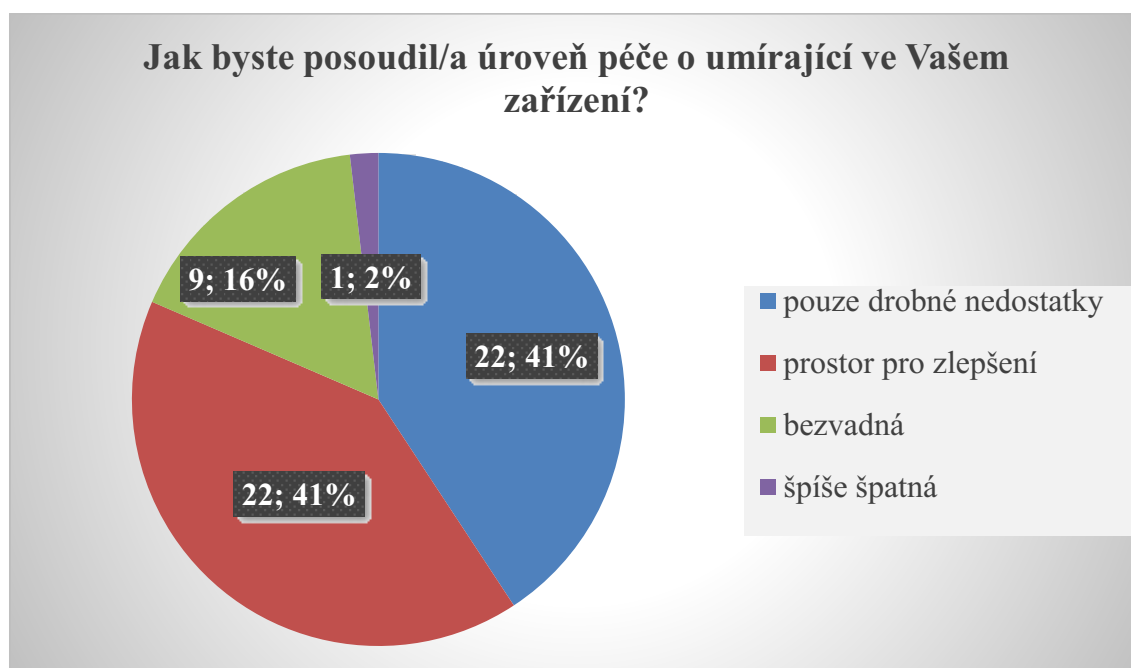
Graf č. 16: Nedostatky v zařízení

Interpretace

Z tohoto daného grafu můžeme vyčíst, že hlavní podíl odpovědí měla možnost „bez významného nedostatku“, kterou si zvolilo 17 (32 %) respondentů, následuje možnost „soukromí umírajícího“, s 13 (24 %) odpověďmi, dále možnost „časové omezení při poskytování péče“, s počtem odpovědí 11 (20 %). Předposlední možnost, dle počtů odpovědí „zanedbávání psychosociálních a spirituálních potřeb umírajícího“, si zvolilo 8 (15 %) respondentů. Nejmenší podíl odpovědí měla možnost „terapie bolesti“, s 5 (9 %) odpověďmi.

Tabulka č. 17: Hodnocení péče v zařízení

Jak byste posoudil/a úroveň péče o umírající ve Vašem zařízení?	Absolutní četnost	Relativní četnost
pouze drobné nedostatky	22	41 %
prostor pro zlepšení	22	41 %
bezvadná	9	16 %
spíše špatná	1	2 %



Graf č. 17 Hodnocení péče v zařízení

Interpretace

Pro tuto otázku jsem vytvořil 5 možných odpovědí, ovšem možnost „špatná, nutnost výrazného zlepšení“ byla bez jediné odpovědi, z toho důvodu se do grafu nepromítla. Možná odpověď „pouze drobné nedostatky“ a „prostor pro zlepšení“, byly vybrány stejným počtem respondentů, tedy 22 (41 %), pro každou výše zmíněnou odpověď. Další možnost „bezvadná“, byla zvolena celkem 9 (16 %) respondenty a pouze 1 (2 %) respondent zvolil možnost „spíše špatná“.

3 Diskuse

Jako hlavní cíl své bakalářské práce jsem si stanovil zjistit, jak jsou respektovány etické principy v ošetrovatelské péči v poslední etapě života. Dále jsem vytvořil 3 dílčí cíle, které vycházejí z hlavního cíle této práce. Na základě těchto dílčích cílů jsem chtěl vystihnout nuance této problematiky, které jsou podstatné pro vytvoření celistvého pohledu na dané téma. V rámci čtvrtého, posledního cíle, jsem se pokusil nabídnout možná doporučení za účelem zlepšení poskytované péče umírajícím.

3.1 První dílčí cíl se zaměřuje na postoje daných respondentů k etickým aspektům v ošetrovatelské péči o umírající. K tomuto dílčímu cíli bych přiřadil následující otázky:

9) Jaká z následujících možností nejlépe vystihuje Váš pohled na smrt?

Respondenti u této otázky volili v 72 % případů možnost „přirozená součást životního cyklu“. Na základě těchto odpovědí je možné vyvodit závěr, že většina respondentů smrt vnímá jako nevyhnutelný fenomén, který zasahuje do života nás všech.

10) Co je podle Vás nejdůležitější k zajištění dobré smrti?

Většina dotazovaných, v tomto případě 40 %, je toho názoru, že nejdůležitější k zajištění dobré smrti, je být bez bolesti.

Osobně považuji potřebu být bez bolesti za zcela zásadní. Bolest může kvalitu životě markantně snižovat a její zvládnutí je tedy klíčové, při poskytování adekvátní ošetrovatelské péče.

U dotazníkového šetření bakalářské práce, která se zaměřila na podobné téma jako tato práce, také vyšla možnost „být bez bolesti“ jako nejčastější volba respondentů (85 %). Paní kolegyně Jurková se zabývala dobrou smrtí z pohledu všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče. (Jurková 2015)

11) Ovlivnilo Vaše povolání Váš pohled na umírání a na smrt?

Výsledky k této otázce jednoznačně potvrzují, že povolání daných respondentů ovlivnilo jejich pohled na smrt. Možnosti „ano“ či „spíše ano“ byly voleny v 78 % případů.

Lze předpokládat, že pokud budeme běžně vystavováni procesu umírání, tak se může náš pohled na smrt změnit, již se nejedná o téma, které je v pozadí, nýbrž je nám připomínáno a při výkonu povolání v tomto směru, je nutné se s touto skutečností vyrovnat.

14) Jaký máte názor na uzákonění eutanázie na území ČR?

U této otázky 87 % respondentů, by za určitých podmínek eutanázii schvalovalo. Dle mého názoru se ošetrovatelský personál přiklání k eutanázii z toho důvodu, že není zajištěná adekvátní paliativní péče, což lze odvodit z výsledků na otázky, které jsou přiřazeny k třetímu dílčímu cíli.

V případě průzkumu veřejného mínění na tuto problematiku, je nutné zohlednit jakou konkrétní formou, byla otázka položena. Například mezinárodně působící společnost Gallup, která se mimo jiné zabývá průzkumem veřejného mínění, vyvodila závěr, že podpora eutanázie americké veřejnosti závisí právě na tom, jak je otázka formulována. V případě, že se v otázce neobjeví pojem sebevražda je podpora 70 % a v případě, že ano, tak podpora klesne na 51 %. (Gallup, 2013)

Výše zmíněný průzkum byl prováděn v květnu 2013 společností Gallup.

3.2 Druhý dílčí cíl se zaměřuje na způsob, jakým je naplňována Charta práv umírajících. K tomuto dílčímu cíli bych přiřadil následující otázky:

12) Jste schopen/na otevřeně mluvit o smrti s umírajícím?

U této otázky 37 % respondentů se vyjádřilo negativně. Řečeno konkrétněji, buď si zvolili možnost „je mi to nepříjemné“ nebo „aktivně se tomu vyhýbám“. Rozhodl jsem využít pro srovnání průzkum veřejného mínění, který byl prováděný společností STEM/MARK, a. s., pro domácí hospic Cesta domu působící na území hlavního města Prahy. Mnou předkládané výsledky vycházejí z výzkumu, který byl proveden v červenci 2011.

Zkoumaný vzorek respondentů, se skládal, jak z laické, tak i odborné veřejnosti. Dotazovaných bylo celkem 1095. U otázky „Je pro Vás těžké o umírání a smrti mluvit?“, odpovědělo 39 % respondentů, že ano či spíše ano, což koresponduje, do jisté míry, s odpověďmi mého dotazníkového šetření. Můžeme tedy vyvodit závěr, že pro více než 1/3 respondentů, je mluvit o smrti a umírání nepříjemné a náročné. (STEM/MARK, 2011)

13) Jste toho názoru, že ve Vašem zařízení jsou pacienti/klienti dostatečně informováni o svém zdravotním stavu?

Možnosti „většinou ano“ a „vždy když s tím souhlasí“ vytvářely 78 % všech odpovědí. Tato skutečnost ve mně zanechává dobrý dojem, je totiž velmi důležité respektovat právo pacientů či klientů na informace, dle svých zkušeností to následně usnadňuje vzájemnou spolupráci.

15) Setkáváte se v praxi s následujícími jevy?

Většinový podíl u této otázky měla možnost „umělé prodlužování procesu umírání“, a to konkrétně 38 %. Jedná se o značně subjektivní odpověď, já osobně si pod tímto výrokem představuji například polypragmazi, různá diagnostická vyšetření, která mohou pacienta zatěžovat a překlady na pracoviště vyššího typu. Je samozřejmě na zvážení daného ošetřujícího lékaře, jaký zaujme přístup, tj. kdy pokračovat v kurativní léčbě a kdy se rozhodnout pro paliativní péči.

3.3 Třetí dílčí cíl se zabývá, jakou formou je naplňována úcta k životu v závěrečné fázi života. K tomuto dílčímu cíli bych přiřadil následující otázky:

8) V jakém prostředí byste ideálně prožívali poslední etapu života?

V tomto případě 81 % dotazovaných si zvolilo možnost „v domácím prostředí“. Tento výsledek jednoznačně poukazuje na pozitivní konotaci domácího prostředí. U většiny lidí, to tedy vyvolává pocit bezpečí a jistoty. V případě, že je možné poskytnout umírajícím v domácím prostředí dostačující péči, jsem také pro tuto možnost. Naštěstí se rozvíjí dostupnost domácích hospiců a prožívat poslední etapu života v rodinném kruhu, ve známém domácím prostředí je stále dostupnější.

16) Jaká oblast má podle Vás nejvýznamnější nedostatek ve Vašem zařízení?

Dle odpovědí 32 % respondentů, v zařízeních, kde toto dotazníkové šetření proběhlo, byla tato zařízení bez významnějších nedostatků. Tato možnost byla v tomto případě nejčastější odpovědí. Vzhledem k tomu, že v obou zařízeních jsem osobně pracoval, jsem také toho názoru, že nedostatky nemají významnější charakter, ovšem vždy je prostor pro zlepšení.

17) Jak byste posoudil/a úroveň péče o umírající ve Vašem zařízení?

82 % respondentů si zvolilo buď možnost „pouze drobné nedostatky“ nebo „prostor pro zlepšení“. Pro dotyčné, které prožívají poslední etapu života v některém z těchto zařízení, je dobrou zprávou, že žádný respondent nezvolil možnost „špatná, nutnost výrazného zlepšení“.

Tyto otázky jsem přiřadil k tomuto danému cíli z toho důvodu, že preference a zhodnocení dotazovaných respondentů přinášejí reálnou představu o kvalitě naplňování úcty k životu.

3.4 Poslední dílčí cíl práce, se zaměřuje na možná doporučení, která by vedla ke zlepšení. Jednotlivá doporučení odrážejí konkrétní výsledky dotazníkového šetření.

Možná doporučení

Na základě výsledků dotazníkového šetření a svých osobních zkušeností v těchto zařízeních, bych doporučil následující:

Více zpřístupnit možnost ošetřujícího personálu edukovat se v oblasti paliativní péče, například uspořádat školení, které by bylo vedeno odborníky z praxe.

Zvážit, zda by nebylo možné navýšit personální obsazení ve směně.

Promluvit si otevřeně o paliativní péči a eutanázii a vysvětlit proč je paliativní péče mnohdy vhodnější než eutanázie.

Více rozvíjet multidisciplinární spolupráci za účelem zajištění vyššího standardu poskytované péče. Například individuální konzultace s nutričním terapeutem v případě nechutenství či vedení dialogu s ošetřujícím lékařem ohledně managementu bolesti.

Nabídnout možnost využití služeb psychologa pro zaměstnance a rozšířit jeho působnost pro pacienty (především časové možnosti).

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny

Závěr

V teoretické části své bakalářské práce jsem chtěl vystihnout vybrané aspekty etiky, které zasahují do poslední etapy života člověka.

V empirické části jsem se rozhodl pro dotazníkové šetření, které jsem uskutečnil v zařízeních, kde pracuji, či jsem pracoval. Chtěl jsem právě zjistit, jaký názor mají na problematiku moji kolegové, a zda jejich pohled je stejný, či se rozchází s mým osobním pohledem. Na základě výsledků jsem došel k závěru, že s majoritními odpověďmi mých kolegů souhlasím, a že máme tedy na danou problematiku stejný či podobný názor.

Všeobecně vzato, je úroveň poskytované péče umírajícím v těchto zařízeních, na přijatelné úrovni, ovšem vždy je prostor pro zlepšení, což jsem zohlednil a vyvíjel jsem snahu, na základě získaných dat, vytvořit několik doporučení pro případné zlepšení.

Zajímavé pro mě bylo také porovnávat moje výsledky s jinými dotazníky na podobné téma. Uvědomil jsem si touto zkušeností také to, že na správné formulaci otázek velmi záleží, a že stačí obměnit několik slov a odpovědi respondentů se mohou markantně lišit.

Vypracovávání této práce pro mě bylo jednoznačným přínosem. Naučil jsem se lépe pracovat s literárními i jinými zdroji, extrahovat potřebné informace, pracovat se získanými daty a následně je vhodným způsobem zpracovat.

Anotace

Autor:	Tomáš Šorm
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Etika umírání a smrti – respektování etických principů v ošetrovatelské péči v poslední etapě života
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Počet stran:	77
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2021
Klíčová slova:	etika, ošetrovatelství v poslední etapě lidského života, smrt, důstojnost, umírání, důstojné umírání, důstojná smrt, eutanázie, paliativní péče

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelství v poslední etapě lidského života. Teoretická část se zaměřuje na vybrané etické aspekty, které se mohou aplikovat v ošetrovatelské péči o pacienty či klienty v poslední fázi života.

Empirickou část práce tvoří kvantitativní výzkumné dotazníkové šetření. Zaměřuje se na to, jak jsou respektovány etické principy v ošetrovatelské péči v poslední etapě života.

54 dotazníků bylo navráceno a takto získaná data byla vyhodnocena v praktické části této práce.

Na základě výsledků šetření jsem stanovil doporučení za účelem zlepšení poskytované ošetrovatelské péče.

Annotation

Author:	Tomáš Šorm
Institution:	Charles University Faculty of Medicine in Hradec Králové Institute of Social Medicine, Department of Nursing
Title:	Ethics of dying and death – respecting ethical principles in nursing during the last stage of life
Supervisor:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Number of pages:	77
Number of appendices:	6
Year of defense:	2021
Keywords:	ethics, nursing in the last stage of human life, death, dignity, dying, dignified dying, dignified death, euthanasia, palliative care

The bachelor's thesis deals with the issue of nursing in the last stage of human life. The theoretical part focuses on selected ethical aspects that can be applied in nursing care of patients or clients in the last phase of life.

The empirical part of the thesis consists of a quantitative research questionnaire survey. It focuses on how the ethical principles in nursing care in the last stage of life are respected.

54 questionnaires were returned and the data obtained in this way was evaluated in the practical section of this thesis.

Based on the results of the survey, I set recommendations to improve the nursing care being provided.

Seznam použité literatury

ARNOLDOVÁ, Anna. Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 9788024751481.

BALK, David. Handbook of Thanatology: The Essential Body of Knowledge for the Study of Death, Dying, and Bereavement. Routledge, 2013. ISBN 9781136726576.

BARTOŠ, Aleš. Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi. Charles University in Prague, Karolinum Press, 2004. ISBN 9788024609218.

FERREL, Betty. Textbook of Palliative Care Communication. Oxford University Press, 2015. ISBN 9780190201708.

HANDZO, George. Textbook of Palliative Care Communication. Oxford University Press, 2015. ISBN 9780190201708.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-204-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 9788072624713.

JURKOVÁ, Martina. Dobrá smrt z pohledu všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče. Hradec Králové, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova – Lékařská fakulta v Hradci Králové.

KABELKA, Ladislav. Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1688-1.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. Logopedie v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.

KELLEHAR, Allan. Eternity and Me: The Everlasting Things in Life and Death - Death, Value and Meaning Series. Routledge, 2019. ISBN 9781351844567

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 9788024765686.

MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

MLÝNKOVÁ, Jana. Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0132-0.

NEUMANN, Ann. The Good Death: An Exploration of Dying in America. Beacon Press, 2017. ISBN 9780807076996.

NULAND, Sherwin B. Jak lidé umírají: úvahy o závěrečné kapitole života. Praha: Knižní klub, 1996. ISBN 80-7176-264-4.

O'CONNOR, M. Paliativní péče – pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4.

PAICE, Judith. Oxford Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press, 2019. ISBN 9780190862374.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Biografie v péči o seniory. Grada Publishing, a.s., 2019. ISBN 9788027114160.

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. [Praha]: Cesta domů, 2010. ISBN 9788090451612.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Perinatální paliativní péče. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 9788027101214.

SELDER, Florence. Nursing Education in Thanatology: A Curriculum Continuum. Routledge, 2015. ISBN 9781317736608.

SILBERMANN, Michael. Palliative Care for Chronic Cancer Patients in the Community: Global Approaches and Future Applications. Springer Nature, 2021. ISBN 9783030545260

SUMSER, Bridget. Palliative Care: A Guide for Health Social Workers. Oxford University Press, 2019. ISBN 9780190669607.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Multikulturní ošetrovatelství II. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-x.

Umírání – Cesta domů [online]. Praha: STEM/MARK, 2011 [cit. 2021-9-26]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>

U.S. Support for Euthanasia Hinges on How It's Described. *Gallup.com* [online]. Princeton, New Jersey: Gallup, 2013 [cit. 2021-9-26]. Dostupné z: <https://news.gallup.com/poll/162815/support-euthanasia-hinges-described.aspx>

VYTEJČKOVÁ, Renata. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

WITTENBERG, Elaine, PARNELL, Terri Ann. Communication in Palliative Nursing: The COMFORT Model. Oxford University Press, 2020. ISBN 9780190061326

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Věk respondentů.....	36
Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů	37
Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání respondentů	38
Tabulka č. 4: Pracovní zařazení respondentů.....	39
Tabulka č. 5: Rodinný stav respondentů	40
Tabulka č. 6: Počet dětí respondentů	41
Tabulka č. 7: Délka praxe respondentů	42
Tabulka č. 8: Přání o prožívání poslední etapy života	43
Tabulka č. 9: Pohled na smrt.....	44
Tabulka č. 10: Vnímání dobré smrti.....	45
Tabulka č. 11: Povolání a smrt.....	46
Tabulka č. 12: Schopnost mluvit veřejně o smrti.....	47
Tabulka č. 13: Informovanost pacientů o zdravotním stavu	48
Tabulka č. 14: Názor na uzákonění eutanázie	49
Tabulka č. 15: Vyjmenované jevy v praxi	50
Tabulka č. 16: Nedostatky v zařízení	51
Tabulka č. 17: Hodnocení péče v zařízení	52

Seznam grafů

Graf č. 1: Věk respondentů	36
Graf č. 2: Pohlaví respondentů	37
Graf: č. 3: Dosažené vzdělání respondentů	38
Graf č. 4: Pracovní zařazení respondentů	39
Graf č. 5: Rodinný stav respondentů	40
Graf č. 6: Počet dětí respondentů	41
Graf č. 7: Délka praxe respondentů	42
Graf č. 8: Přání o prožívání poslední etapy života	43
Graf č. 9: Pohled na smrt:	44
Graf č. 10: Vnímání dobré smrti	45
Graf č. 11: Povolání a smrt	46
Graf č. 12: Schopnost mluvit veřejně o smrti	47
Graf č. 13: Informovanost pacientů o zdravotním stavu	48
Graf č. 14: Názor na uzákonění eutanázie	49
Graf č. 15: Vyjmenované jevy v praxi	50
Graf č. 16: Nedostatky v zařízení	51
Graf č. 17: Hodnocení péče v zařízení	52

Přílohy

Příloha č.1 Charta práv umírajících

Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné¹

Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících (1999)

- 1 Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, jež 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 deklarovalo Parlamentní shromáždění v rezoluci č .613 své přesvědčení, že největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útěchou a podporou. Ve svém doporučení 776 (1996) k tomu shromáždění dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, jejíž snahou také musí být ukončit 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 ukázaly mnohé současné i minulé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Právě tak, jako je člověk slabý a závislý na začátku svého života, potřebuje ochranu a podporu při umírání.
- 7 Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti,
 - častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby,
 - umělým prodlužováním procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova souhlasu,
 - nedostatečným dalším vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči.

¹ Používají se také názvy Charta umírajících, Práva umírajících. Parlamentní shromáždění Rady Evropy přijalo 25.června 1999 velkou většinou hlasů dokument, který reaguje na aktuální problém medicíny v rozvinutých zemích. Je zde požadavek, aby se zabránilo nesmyslnému prodlužování terminálních fází života proti vůli nemocných, při neadekvátním nasazení všech dosažitelných prostředků. Člověk, jehož život je v krátké době ukončen přirozenou smrtí má právo na to, aby zemřel v klidu.

- nedostatečnou péčí věnovanou rodinným příslušníkům a přátelům smrtelně nemocné nebo umírající osoby, jež by mohly přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích,
- obavami nemocného ze ztráty autonomie, z úplné závislosti na příbuzných a institucích a z toho, že by mohl být na obtíž,
- chybějícím nebo nevhodným sociálním a institucionálním prostředím, umožňujícím pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,
- nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči o smrtelně nemocné a umírající a pro jejich podporu,
- sociální diskriminací, jaká je vlastní slabosti, umírání a smrti.

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

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

- aby zajistily, že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua,
- aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči,
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně 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 poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně,
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o smrtelně nemocného nebo umírajícího pacienta,
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o smrtelně nemocné nebo umírající,
- aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato léčba měla u příslušného jedince přispívat ke zkrácení života,
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému smrtelně 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 interdisciplinární thanatologie,
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti,
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

b) tím, že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení, a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován,
- aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelně ošetřujícího,
- aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným, a že na ni nebude činen nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem,
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle, v „pořízení smrtelně 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, 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, aby ve sporných případech bylo rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností,
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytovány za všech okolností a jež nesmí být zanedbány,
- že zachovají předpis zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
 - uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně 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 smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

Příloha č.2 Hippokratova přísaha

HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

Přisahám při Apollónovi lékaři, při Asklépiovi, Hygiei a Panakei i při všech bozích a bohyních, které si беру za svědky, že splním podle svých schopností i svého úsudku tuto přísahu a tuto smlouvu: toho, kdo mě vyučil tomuto umění, budu považovat za rovného svým rodičům a budu s ním sdílet život, a ocitl-li by se v nouzi, budu mu ku pomoci; jeho syny budu mít za rovné svým bratrům, a budou-li chtít, naučím je tomuto umění bez nároku na mzdu a bez písemného ujednání; stejně tak předám znalost písemných pravidel i ústních instrukcí a veškeré další nauky svým synům i synům toho, kdo mě vyučil, i žákům vázaným smlouvou a lékařskou přísahou, avšak nikomu jinému. Budu dávat rady stran životosprávy ku prospěchu nemocných podle svých schopností i svého úsudku; zdržím se také způsobit škodu na zdraví i jakoukoli nespravedlnost. Nepodám nikomu smrtící lék, i kdybych o to byl požádán, ani nikomu nedám doporučení v tom smyslu; stejně tak nepodám ženě přípravek vedoucí k potratu. Své umění i svůj život budu vést v čistotě a zbožnosti. Nepoužiji také nůž, a to ani u těch, kdo trpí kameny, nýbrž přenechám to mužům, kteří tuto činnost vykonávají. Do všech domů, do nichž vstoupím, tak učiním ve prospěch nemocných, jsa dalek veškeré zamýšlené nespravedlnosti i zlého úmyslu, a zvláště se zdržím sexuálního styku jak se ženami, tak s muži, svobodnými stejně jako s otroky. Ať už bych viděl nebo slyšel během léčby i mimo ni cokoli, týkající se života lidí, co nikterak nemá být šířeno dále, uchovám to v tajnosti, maje za to, že takové věci jsou předmětem mlčení. Pokud dodržím a neporuším tuto přísahu, kéž je mi dáno užívat život i umění a být navždy obdařen slávou u všech lidí; pokud ji však poruším a přestoupím, necht' mě stihne opak toho všeho.

Přel. S. Fischerová, in: Hippokratés, Vybrané spisy I, vyd. H. Bartoš. – S. Fischerová, Praha: OIKOYMENH 2012, str. 203-4.

Příloha č.3 Zadání bakalářské práce



UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetřovatelství
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové

Akademický rok: 2020–2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Tomáš Šorm

Obor: Všeobecná sestra, bakalářský studijní program Ošetřovatelství

Název tématu: Etika umírání a smrti – respektování etických principů v ošetřovatelské péči v poslední etapě života

Název tématu v anglickém jazyce: Ethics of dying and death – respecting ethical principles in nursing during the last phase of life

Teze práce:

- *Teoretická část*

- *Rozbor hlavních pojmů dané práce*

- etika** – filozofická disciplína zabývající se koncepty správného a špatného jednání

- ošetřovatelství** – vědecká disciplína zabývající se, holisticky, potřebami člověka, za účelem navrácení a udržení jeho zdraví
 - poslední etapa lidského života** – závěrečná část lidského života označováno jako stáří

- smrt** – zastavení životních funkcí člověka, bez jejich možného obnovení

- důstojnost** – nárok každého člověka, aby s ním bylo jednáno dle etických norem

- umírání** – poslední fáze života člověka končící smrtí

- důstojné umírání** – prožití poslední fáze života dle etických norem

- důstojná smrt** – etické jednání s člověkem u něhož došlo k nevratnému zastavení životních funkcí

- eutanázie** – usmrcení na žádost

- dystanázie** – snaha zdravotníků udržet nemocného, co nejdéle při životě

paliativní péče – péče poskytovaná nemocným, kteří jsou v pokročilém nebo terminálním stadiu nevyléčitelného onemocnění, je zaměřená na kvalitu života s holistickým přístupem

- *Teoretické poznatky související s hlavními pojmy práce*

- Proces umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové, Lidská důstojnost v procesu umírání, Charta práv umírajících, Bariéry komunikace s umírajícím, Péče o tělo po smrti, Komunikace s pozůstalými

- *Dosavadní výzkumy v dané oblasti*

MARTÍNEK, Daniel. Tabuizace smrti v současné české společnosti. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

DANIELOVÁ, Lenka. Etika umírání a smrti. Jihlava, 2016. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

JURKOVÁ, Martina. Dobrá smrt z pohledu všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče. Hradec Králové, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova – Lékařská fakulta v Hradci Králové

SVOBODOVÁ, Martina. Etické aspekty procesu umírání a smrti. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

PETRTÝLOVÁ, Ladislava. Vliv umírání a smrti na profesi sestry. Hradec Králové, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova – Lékařská fakulta v Hradci Králové.

- *Ošetrovatelské hledisko*

- Využívání etických principů pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče v poslední fázi života.

▪ *Empirická část*

- *cíle výzkumu*

- Zjistit, jak jsou respektovány etické principy v ošetrovatelské péči v poslední etapě života.

- *zkoumané okruhy problémů*
 - Přístup ošetrovatelského personálu k etickým aspektům v péči o umírající.
 - Pohled respondentů na umírání a smrt.
 - Míra dodržování Charty práv umírajících.
 - Potřeby umírajících
 - Informovanost a komunikace s umírajícími.

- *typ zařízení, kde bude výzkum probíhat včetně předběžného souhlasu s možností provádět zde empirické šetření*
 - Levitovo centrum následné péče

 - DOMOV BEZ BARIÉR
Domov pro osoby se zdravotním postižením v Hořicích

S výše uvedenými zařízeními jsem získal souhlas s provedením empirického šetření.

- *údaje o zkoumaných osobách (např. sestry, fyzioterapeuti, lékaři, pacienti, rodinní příslušníci, studenti), předpokládaný počet osob, věková skupina*
 - Ošetrovatelský personál: všeobecné sestry, sanitárky, sanitáři, pracovníci v přímé obslužné péči. Předpokládaný počet osob: 50, věková skupina: cca 25–65

- *předpokládané výzkumné metody*
 - Kvantitativní přístup, dotazníkové šetření

- *způsob zpracování získaných dat*
 - Statistická analýza, Microsoft Excel, Microsoft Word

Odborná literatura: (5–7 citací dle normy)

- ARNOLDOVÁ, Anna. Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 9788024751481.
- BALK, David. Handbook of Thanatology: The Essential Body of Knowledge for the Study of Death, Dying, and Bereavement. Routledge, 2013. ISBN 9781136726576.
- BARTOŠ, Aleš. Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi. Charles University in Prague, Karolinum Press, 2004. ISBN 9788024609218.
- FERREL, Betty. Textbook of Palliative Care Communication. Oxford University Press, 2015. ISBN 9780190201708.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 9788074922046.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 9788024765686.

Předpokládaný vedoucí bakalářské práce (plné jméno vč. titulů, adresy pracoviště, e-mailové adresy, v případě externího vedoucího i data narození):

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc., Lékařská fakulta v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství, Kutnohorska.J@seznam.cz, +420 604 182 985

Datum odevzdání:

Podpis studentky/ta:

Zadání bakalářské práce bylo schváleno dne:

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
vedoucí Oddělení ošetrovatelství
Ústavu sociálního lékařství

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
garant předmětu
Seminář k bakalářské práci

Kontakt na studentku/studenta

Akademický rok: 2020–2021

Jméno a příjmení:	Tomáš Šorm	
Téma práce:	Etika umírání a smrti – respektování etických principů v ošetrovatelské péči v poslední etapě života	
Telefon, mobil:	720378490	
E-mailová adresa:	Tomas_Sorm @atlas.cz	
Kontaktní adresa	Ulice:	Husova 420
	Město:	Hořice
	PSČ:	508 01
Zaměstnavatel – zdravotnické zařízení	Zdrav.zař.	Levitovo centrum následné péče
	Město:	Hořice
	PSČ:	508 01

příloha č. 4 Dotazník

Vážené kolegyně, kolegové,

jsem studentem 3. ročníku studijního programu Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Vypracovávám bakalářskou práci na téma Etika umírání a smrti – respektování etických principů v ošetřovatelské péči v poslední etapě života.

Cílem mého dotazníku je zjistit, jak jsou respektovány etické principy v ošetřovatelské péči v poslední etapě života. Chci Vás požádat o pomoc při vyplnění dotazníku, který je zcela důvěrný a anonymní. Získané informace budou použity pro praktickou část mé bakalářské práce.

Předem mockrát děkuji za spolupráci.

Tomáš Šorm

Prosím označte vždy jednu odpověď, pokud není v zadání otázky uvedeno jinak.

Identifikační údaje

1) Věk:

- do 30 let do 40 let do 50 let do 60 let více než 60 let

2) Pohlaví:

- žena muž

3) Nejvyšší dosažené vzdělání:

- střední vzdělání s výučním listem střední vzdělání s maturitní zkouškou
 vyšší odborná škola vysoká škola

4) Pracovní zařazení:

- praktická sestra všeobecná sestra sanitář sanitářka
 pracovník v přímé obslužné péči

5) Rodinný stav:

- svobodná/ný vdaná/ženatý vdova/vdovec rozvedená/ný

6) Počet dětí:

- 0 1 2 3 a více

7) Délka praxe ve zdravotnictví/sociálních službách:

- 0–2 roky 2–5 let 5–10 let 10–15 let 15–20 let 20–25 let
 více než 25 let

8) V jakém prostředí byste ideálně prožívali poslední etapu života?

- v domácím prostředí
- v hospici
- v nemocničním zařízení (akutní lůžka)
- v LDN či v zařízení následných lůžek
- v zařízení poskytující služby sociální péče

9) Jaká z následujících možností nejlépe vystihuje Váš pohled na smrt?

- o smrti není vhodné otevřeně hovořit
- raději na to nemyslet
- přirozená součást životního cyklu
- smrt bychom neměli považovat za nevhodné téma

10) Co je podle Vás nejdůležitější k zajištění dobré smrti?

- být bez bolesti
- umřít v domácím prostředí
- být vnitřně vyrovnaný se smrtí
- zachovat si lidskou důstojnost
- jiné, uveďte.....

11) Ovlivnilo Vaše povolání Váš pohled na umírání a na smrt?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

12) Jste schopen/na otevřeně mluvit o smrti s umírajícím?

- je mi to nepříjemné
- aktivně se tomu vyhýbám
- pouze když začne jako první
- nemám s tím problém

13) Jste toho názoru, že ve Vašem zařízení jsou pacienti/klienti dostatečně informováni o svém zdravotním stavu?

- vždy když s tím souhlasí
- většinou ano
- úroveň informovanosti je nutné zlepšit
- způsob podávání informací je nutné zlepšit

14) Jaký máte názor na uzákonění eutanázie na území ČR?

- za určitých podmínek by bylo přijatelné mít právo určit způsob a načasování vlastní smrti
- není to správné, vhodnější je zajistit kvalitní a dostupnou paliativní a hospicovou péči

15) Setkáváte se v praxi s následujícími jevy? (můžete zvolit více možností)

- umělé prodlužování procesu umírání
- neadekvátní terapie bolesti
- zanedbávání psycho – sociálních a spirituálních potřeb umírajícího
- nedostatek prostředků a zdrojů pro péči a podporu umírajících
- s výše uvedenými jevy se setkávám minimálně nebo vůbec

16) Jaká oblast má podle Vás nejvýznamnější nedostatek ve Vašem zařízení?

- soukromí umírajícího
- terapie bolesti
- časové omezení při poskytování péče
- zanedbávání psycho – sociálních a spirituálních potřeb umírajícího
- bez významného nedostatků

17) Jak byste posoudil/a úroveň péče o umírající ve Vašem zařízení?

- bezvadná pouze drobné nedostatky prostor pro zlepšení
 spíše špatná špatná, nutnost výrazného zlepšení

Příloha č. 5 Žádosti o povolení výzkumu

Vážená paní Ing. Zemková
Ředitelka Domova bez bariér
Strozziho 1333, Hořice 508 01

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově bez bariér – Rodinné domky
K. Kofránka**

Vážená paní Ing. Zemková,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vašem zařízení, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studenta Tomáše Šorma, narozeného 9. 12. 1992, posluchače 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, jak jsou respektovány etické principy v ošetrovatelské péči v poslední etapě života. Výzkum by byl proveden formou dotazníkového šetření.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

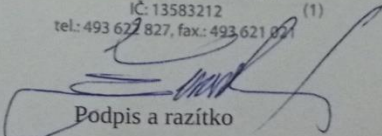
Tomáš Šorm
Husova 420, 508 01 Hořice

doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc.
tel.: 495 816 423
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

V Hořicích dne: *2. 4. 2021*

Domov bez bariér
Strozziho 1333, 508 01 Hořice (1)
IČ: 13583212
tel.: 493 621 827, fax.: 493 621 827

Podpis a razítko

Vážená paní Bc. Jeriová
Náměstkyně pro oš. péči
Riegrova 655, 508 01 Hořice
Levitovo centrum následné péče

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Levitově centru následné péče

Vážená paní Bc. Jeriová,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vašem zařízení, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studenta Tomáše Šorma, narozeného 9. 12. 1992, posluchače 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, jak jsou respektovány etické principy v ošetrovatelské péči v poslední etapě života. Výzkum by byl proveden formou dotazníkového šetření.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Tomáš Šorm
Husova 420, 508 01 Hořice

doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc.
tel.: 495 816 423
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové

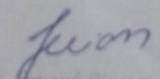
Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

V Hořicích dne:

63	LEVITOVÉ CENTRUM NÁSLEDNÉ PÉČE
113	Riegrova 655, 508 01 Hořice
106	tel. 493 586 340
	stanice C

Podpis a razítko


JERYOVÁ Jany