

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

**POVĚDOMÍ VEŘEJNOSTI O PROŽÍVÁNÍ ZÁVĚRU
ŽIVOTA**

Bakalářská práce

Autor práce: **Vendula Stehlíková**

Vedoucí práce: **Bc. et Bc. Viera Ivanovová**

2022

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF NON-MEDICAL STUDIES

**PUBLIC AWARENESS OF END-OF-LIFE
EXPERIENCES**

Bachelor's thesis

Author: **Vendula Stehlíková**

Supervisor: **Bc. et Bc. Viera Ivanovová**

2022

Čestné prohlášení:

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

V Hradci Králové

(podpis)

Poděkování:

Děkuji mé vedoucí bakalářské práce Bc. et Bc. Vieri Ivanovové, která mi se vším pomohla, věnovala se mi při psaní této práce, děkuji za všechny rady, hlavně za čas, který mi poskytovala. Děkuji také všem respondentům, kteří mi zaslali vyplněné dotazníky, díky kterým mohl proběhnout můj výzkum. Velice si této spolupráce vážím. Touto cestou bych také ráda poděkovala celé své rodině, která pro mě byla úžasnou podporou a oporou během celého mého studia.

Motto:

„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je pro člověka největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.“ (Platón)

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 UMÍRÁNÍ	12
1.1 DEFINICE POJMU UMÍRÁNÍ.....	12
1.2 PŘÍZNAKY A PROJEVY UMÍRÁNÍ	12
1.3 TERMINÁLNÍ FÁZE.....	13
1.4 CITOVÉ PROŽÍVÁNÍ UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA.....	13
1.4.1 STRACH.....	14
1.4.2 BOLEST.....	14
1.4.3 HNĚV.....	15
1.4.4 SMUTEK	15
1.5 DOPROVÁZENÍ	15
1.6 POTŘEBY V ZÁVĚRU ŽIVOTA A KVALITA ŽIVOTA.....	16
1.6.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY	16
1.6.2 PSYCHOLOGICKÉ POTŘEBY	17
1.6.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY	17
1.6.4 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY	17
1.7 KOMUNIKACE V ZÁVĚRU ŽIVOTA	18
2 SMRT	20
2.1 SMRT JAKO SOUČÁST ŽIVOTA	20
2.2 ZNÁMKY SMRTI.....	21
2.3 PRVÍ MINUTY PO SMRTI.....	22
2.4 PÉČE O TĚLO ZEMŘELÉHO.....	22
3 PALIATIVNÍ PÉČE	24
3.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE	24
3.2 PALIATIVNÍ PÉČE A EUTANÁZIE.....	25

3.3 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE	25
3.4 ZAHÁJENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	26
3.5 DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	27
3.5.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE	27
3.5.2 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	28
3.6 HOSPIC	28
3.6.1 HISTORIE HOSPICOVÉHO HNUTÍ	28
3.6.2 LŮŽKOVÝ HOSPIC	30
3.6.3 DOMÁCÍ (MOBILNÍ) HOSPIC	31
4 PALIATIVNÍ SEDACE	32
4.1 INDIKACE PALIATIVNÍ SEDACE	32
4.2 REALIZACE PALIATIVNÍ SEDACE	32
4.3 ETICKÉ POJETÍ PALIATIVNÍ SEDACE	33
4.4 KOMUNIKACE O PALIATIVNÍ SEDACI	33
5 DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ	34
5.1 POSTOJ KE KONKRÉTNÍM MEDICÍNSKÝM ÚKONŮM	35
6 PLÁN BUDOUCÍ PÉČE	36
7 PRAKTICKÁ ČÁST	38
7.1 CÍLE VÝZKUMU	38
7.2 METODIKA VÝZKUMU	38
7.2.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR	39
7.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU	40
8 DISKUZE	62
8.1 PRVNÍ DÍLČÍ CÍL	62
8.2 DRUHÝ DÍLČÍ CÍL	64
8.3 TŘETÍ DÍLČÍ CÍL	67
8.4 ČTVRTÝ DÍLČÍ CÍL	68

ZÁVĚR.....	71
ABSTRAKT.....	73
ABSTRACT.....	74
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	75
SEZNAM ZKRATEK.....	78
SEZNAM GRAFŮ	79
SEZNAM TABULEK.....	80
SEZNAM PŘÍLOH.....	81

ÚVOD

Toto vážné a citlivé téma týkající se smrti, umírání a prožívání závěru života je pro mnohé, kteří se se smrtí nesetkávají či ještě nesetkali, velice těžké až tabuizované. Ne každý si na smrt v běžném denním shonu vzpomene. Začnou ji řešit, až když se jich začne více dotýkat, přitom smrt je naše jediná životní jistota a spravedlnost, která nás nijak nerozděluje, spíše spojuje. Všechno má svůj čas, svoji určitou chvíli, nic na světě nemá svoji věčnost. Věčnost nemá ani to nejcennější, co lidé mají a tím je lidský život.

Mě osobně k výběru tohoto tématu vedla zkušenost z hospicového prostředí, ze kterého mám zkušenost jak pracovní, tak osobní. Tyto dva prožitky se začaly sčítat a prolínat, když jsem začala pracovat v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci a zároveň tam byl přijat jako pacient i můj děda. Prožívala jsem smrt tedy o to víc intenzivněji, když jsem se najednou ocitla v roli zdravotníka, profesionála a zároveň v roli rodinného příslušníka. Po této neopakovatelné skutečnosti, která mě velice posílila, si dovoluji tvrdit, že pokud má člověk možnost být na blízku umírajícímu člověku, měl by tuto skutečnost přijmout a nebránit se jí. Mnoho lidí si nepřipouští, že je to dar, který nám ukáže jiný druh lásky, pokory, jistoty a duševní čistoty. Doprovázení umírajících nás může v mnoha věcech posunout, posílnit a něco nového i naučit. Dovolím si tvrdit, že umírání v nemocnicích a v hospicích je i v dnešní době na jiné úrovni a značně rozdílné, ač si myslím, že při dnešních možnostech medicíny by měli mít i lidé v nemocnicích možnost umírat důstojně a s pokorou. Netvrdím, že se tak v některých případech neděje, jen to není v takové míře, ve které by to mělo a mohlo být.

Ráda bych touto bakalářskou prací poukázala na to, jak veřejnost umírání a celkově prožívání závěru života vnímá, zda smrt přijímá, zda ví, jaké má medicína prostředky k tlumení příznaků nemoci, zda se tyto příznaky v závěru života podle nich tlumí dostatečně a jestli s tím mají nějaké zkušenosti. Je důležité si uvědomit a znát, že se lidé mohou na svůj závěr života připravit, mohou si sepsat dříve vyslovené přání, do jisté míry mohou svůj závěr života ovlivnit, ne pouze nechat svůj osud a poslední rozhodnutí v rukách zdravotnických pracovníků. Toto téma jsem si zvolila právě proto, že ze své zkušenosti a praxe vím, že lidé netuší, že mají například právo na dříve vyslovené přání.

Dle mého názoru je důležité se tématem smrti, umíráním a celkovým prožíváním zabývat a být na tuto skutečnost do jisté míry připraven, protože již od narození jsme předurčeni

k tomu, že jednou zemřeme. Pro ošetrovatelskou péči a zdravotnický personál je neméně důležité zabývat se smrtí. Zdravotnický personál by měl vědět o zásadách a důležitostech ošetrovatelské péče, pokud se stará o pacienty v poslední fázi jejich života, co nejlepším možným způsobem, aby se umírání ve společnosti přestalo brát jako něco, o čem se nemluví, nestává se. Je také zásadní si uvědomit, že každý, kdo prochází poslední fází svého života, má určité potřeby, které jsou specifické a individuální a je potřeba na ně brát zřetel. K práci všeobecné sestry patří nejen péče o lidi, kteří se ze své nemoci vyléčí, ale samozřejmě také péče o lidi, kteří umírají. Lidé umírali, umírají a umírat budou. Pečování o umírající, doprovázející, komunikace s pacientem i jeho rodinou, to vše je nedílnou součástí této profese.

Teoretická část je tvořena šesti kapitolami. První kapitola se zabývá problematikou umírání, definicí tohoto pojmu, jaké jsou příznaky a projevy umírání, terminální fázi, jaké je citové prožívání umírajícího pacienta, je zde popsáno doprovázení, potřeby v závěru života a komunikace v závěru života. Druhá kapitola se týká smrti jako součásti života, známek smrti, zabývá se tím, co se děje první minuty po smrti a týká se také péče o tělo zemřelého. Třetí kapitola je poté zaměřena na paliativní péči a její definici, na rozdíl paliativní péče a eutanázie, na historii paliativní péče, je také zaměřena na zahájení této péče, dělení paliativní péče a s ním spojený hospic, jakožto zařízení, ve kterém se paliativní péči zdravotničtí pracovníci věnují primárně, je zde zmíněna historie hospicového hnutí a rozdělení hospicové péče na lůžkový hospic a domácí hospic. Čtvrtá kapitola se zabývá paliativní sedací, její indikací, realizací, je zde zmíněno i etické pojetí paliativní sedace a komunikace o paliativní sedaci. Pátá kapitola se zaměřuje na dříve vyslovené přání, jeho znění a postoje ke konkrétním medicínským úkonům. Poslední, šestá kapitola, se týká plánu budoucí péče.

Pro praktickou část mé bakalářské práce byl zvolen výzkum kvantitativní, který proběhl on-line formou anonymního dotazníku. Praktická část také popisuje zvolené cíle výzkumu. Hlavní cíl práce byl zaměřen na povědomí veřejnosti o prožívání závěru života. V mém výzkumu pozoruji, jak veřejnost nahlíží na smrt, zda zná institut dříve vysloveného přání a plán péče v závěru života, zda ví o paliativní péči, zda má veřejnost povědomí o možnostech tlumení příznaků nemoci v závěru života. V této praktické části také představuji dosažené výsledky dotazníkového šetření.

Doufám, že moje bakalářská práce bude přínosem jak pro zdravotnické pracovníky, tak pro širokou veřejnost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ

1.1 DEFINICE POJMU UMÍRÁNÍ

Umírání je nedílnou součástí procesu smrti, přímo spolu souvisí. Tato fáze bývá také označena jako fáze terminální. Dochází k ireverzibilním změnám u každého jedince, které souvisí se soustavou oběhovou, dýchací a celkovým rozvratem metabolismu. Tento celistvý proces umírání nemůžeme označit pouze za patofyziologické dění, nýbrž bychom si měli uvědomit, že se jedná o závěrečný, individuální a naprosto jedinečný závěr lidského bytí, života a cesty, která má nedílnou součást také v sociální, psychologické a duchovní oblasti. Blížící se konec života může být očekáván u pokročilé a dále neléčitelné nemoci (Sláma, 2007, s. 301).

1.2 PŘÍZNAKY A PROJEVY UMÍRÁNÍ

Umírání se může projevovat několika způsoby. Je potřeba brát ohled na to, že je závěr života pokaždé tak vzácný, jako je vzácný celý lidský život. Častým symptomem v konečné fázi u nádorových onemocnění je únava. Člověk je velice unavený a prospí většinu dne. Dále můžeme pozorovat i poruchy výživy až kachexii, nechutenství, lidé v závěru života ztrácejí chuť k jídlu, nemají zájem ani o tekutiny a vytrácí se polykací reflex. Neměli bychom tedy tyto lidi k jídlu nutit a dávat jim ho za každou cenu. Ze své praxe a zkušenosti vím, že se však někdy děje, že příbuzní jsou velice bezmocní, když nevidí člověka jíst, berou to jako prohru, někdy dokonce i jako prohru osobní. V tomto období života už je však naprosto přirozené a normální, že tělo nic nepřijímá. Objevuje se i porucha spojená s dýcháním, kdy člověk může být dušný, dechy jsou slabé a rychlé, doprovázené jakýmsi chrčením, to je však zcela přirozené. Chrčivý zvuk není projevem plicní choroby, nýbrž je to projev hromadění sekretu v cestách dýchacích. Bolest, jakožto nejvíce prožívaný příznak, je pro mnoho lidí hrůznou představou. Tím, jak se dnes paliativní péče rozšiřuje více, než tomu bývalo kdysi, je možné zajistit téměř všem lidem bezbolestné prožívání závěru života. Dalším příznakem, který doprovází konečnou fázi života, je změna v obličeji, projevující se zahrocením nosu, zmodráním akrálních částí těla a zešedivěním kůže (Sláma, 2007, s. 302; Kabelka, 2020, s.198; Špinková, 2016, s.10-17).

1.3 TERMINÁLNÍ FÁZE

Když hovoříme o terminální fázi, máme na mysli časové rozmezí posledních týdnů a dnů. Účelem terapie je umožnit pacientovi komfort, klid a úctu. Resuscitační a intenzivní medicína není většinou indikována. Lékaři, ošetrovatelský tým a všechny pečující osoby, které se věnují pacientovi, musí konat a jednat v jeho nejlepším zájmu. Komunikace s rodinou a s pacientem je ve všech směrech ta nejzásadnější (Sláma, 2007, s. 29).

Jedním z hlavních ukazatelů terminální fáze člověka je zhoršování se stavu, které je postupné a pozvolné. Nejčastěji se tato fáze manifestuje rostoucí slabostí, unaveností, kdy se může jevit i značná ztráta zájmu o okolí. Důležité je si také uvědomit, že se v myšlenkách pacient přesouvá mimo vnější svět, proto může být dezorientován a také může pociťovat neklid (Sláma, 2007, s. 302).

Konečná fáze života je jakási příležitost pro hledání a poznávání potřeb nemocného a jeho příbuzných. Jde o postup k prožití posledních chvil v co nejlepší možné a dosažitelné kvalitě života, dává se prostor otázkám a odpovědím, potřebnému tichu, empatii, projevení lidskosti a neméně důležitou roli hraje obrovská vlna podpory. V této fázi, ve které balancujeme mezi životem a smrtí, se spojuje též spirituální a psychologická péče (Kabelka, 2020, s. 196-198).

1.4 CITOVÉ PROŽÍVÁNÍ UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

Emoce hrají podstatnou roli v procesu umírání. Vedle zásadní léčby bolesti se také promítá důležitost čisté, jasné a srozumitelné komunikace, která má vliv na další celkové pochopení situace. Umírající mají potřebu shrnout si vlastní život, co nejvíce času prožívat s rodinou a příbuznými. Proces celého umírání je možno vidět ve všech oblastech. V myšlenkách, v emocích a v motivaci, ve smyslu, co je pro něho momentálně zásadní a důležité (Kupka, 2014, s. 98-101; Haškovcová, 2002; Haškovcová, 2007).

1.4.1 STRACH

Při popisu obecného charakteru umírání je nezbytné se zmínit o tom, co tíží jak pacienta, tak i jeho rodinu a blízké. Jedná se o pocity plných obav a strachu, které patří do skupiny negativních emocí. Ve spojitosti s umíráním se dají strachy konkrétně pojmenovat, vznikají na podkladě úzkosti ze smrti. Jde o tzv. „existenciální úzkost“, která poukazuje na krok do neznáma, prázdna, nežití a pro nás pozemské bytosti jen něco stěží představitelného. Může se projevat „strach z bolestí“, které nebude možno nijak zvládnout. Může se objevit „strach z opuštěnosti“, kdy se umírající člověk bojí, že v tíživých chvílích bude sám, bez blízkých nablízku. Dalším strachem může být „strach o rodinu“, kdy se člověk strachuje, zda to bez něho doma zvládnou, jak bytostně, tak i finančně. Úzkost může být fyzicky projevna velkými bolestmi, obtížným dýcháním nebo kolapsem. Je důležité si uvědomit, že projev strachu je v této situaci naprosto nevyhnutelný a přirozený. Člověk může cítit, že nad sebou ztrácí kontrolu a stává se bezmocným. Měl by mít prostor se vypovídat a svoje pocity dát najevo. Smrtelnost někoho blízkého i cizí je pro nás ukazatelem smrtelnosti vlastní. Co bude, až zemřu? Lidé, kteří věří v posmrtný život, najdou na tuto otázku odpověď snadněji (Yalom, 2006; Kupka, 2014, s. 98-99; Haškovcová, 2007).

1.4.2 BOLEST

Bolest je u těžce nemocného člověka spojována stejnou mírou k obavám a úzkostem, proto můžeme rozlišovat bolesti citové i fyzické, které spolu přímo souvisí. Fyzická bolest, která je léčena nedostatečně, může vyvolat různé citové rozložení. Na druhou stranu i emoční bolest, jako je právě strach a úzkost, která není léčena, se může rozvinout až ve fyzické trápení. Musíme si uvědomit, že bolest je opravdová. Ošetřující personál ani nikdo z blízkých, by neměl pacientovi bolest vymlouvat nebo mu ji nevěřit. Paliativní péče má za hlavní cíl pečlivou a kvalitní terapii bolesti. Představa neutichající bolesti je nejčastěji spojena s myšlenkou na eutanazii, avšak většina neúnosných bolestí se dá medikací zcela zvládnout. Kdyby bylo v dnešním světě více známo o úspěšném boji s neutichajícími bolestmi, skupina příznivců eutanazie by se nejspíše o hodně zmenšila (Kupka, 2014, s. 100-101; Haškovcová, 2007, s. 139-140; Sláma, 2007).

1.4.3 HNĚV

Pokud se hlouběji zamyslíme nad tím, jaké pocity ještě člověk může prožívat, určitě je jedním z nich hněv, zlost. Hněv souvisí s utrpením, se kterým se člověk snaží nějakým způsobem vypořádat. Cítí se bezmocným, má před sebou veliké otazníky, strach z nežítí s výrazným časovým omezením, které si plně uvědomuje. Proč se to musí dít mně? Proč se to neděje i těm druhým? Otázky plné hněvu, na které mu nedá nikdo odpověď. Reakce pacienta v určité zlosti mířené na personál či blízké, nejsou podnětem zaujatého postoje k nim. Je důležité vědět si rady s pacientem ve fázi agrese, kdy bychom k němu měli přistupovat v naprostém klidu a zlost by neměla být opětována. Měli bychom si uvědomit, že je to důležitý moment k navození spojení a vytvoření bližšího vztahu s ním. Zůstat vyrovnaný a empatický je v tomto okamžiku nutností, díky tomuto přístupu dokážeme pacientovi pomoci s projevem jeho emocí a jejich následným přijetím (Kupka, 2014, s. 101; Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995; Haškovcová, 2007).

1.4.4 SMUTEK

Nejrozsáhlejší emocí pohlcující vnitro je bezesporu smutek. Nejčastěji je tento žal spojován s vědomím své smrtelnosti, uvědomováním si svého omezeného času, který se krátí. Tento pocit může vyústit až v depresi, kdy je člověk pod tíhou smutku ovlivněn ve svém cítění a jednání. Může se projevovat nářkem, omezením kontaktu s okolím, soustředěním myšlenek na nevyhnutelnou smrt. Důležitá je v této fázi i psychiatrická péče, která je vedle paliativní péče velice zásadní k nastavení správné medikace (Kupka, 2014, s.101; Démuthová, 2010).

1.5 DOPROVÁZENÍ

Doprovázení je jedním z ukazatelů praktického přístupu k umírajícímu. Jedná se o doprovázení ve smyslu přítomného bytí s umírajícím. Přítomnost spočívá v bezprostředním lidském propojení, byť i třeba v naprostém tichu. Lidský kontakt by neměl být ničím rušen. Být v roli doprovázejícího je velice těžké, ač se to může zdát jednoduché. Doprovázejícím se může stát kdokoliv, od rodinných příslušníků, přes duchovního až po ošetrovatelský personál. Doprovázení je hlavně o obrovské podpoře, vcítění a nedílnou součástí je i naslouchání. Doprovod by si měl být v této situaci jistý a schopen pochopit důležitost jeho role. V této situaci je čas na vyřikání si starých ran a křivd, ale i radostných zážitků a vzpomínek. Sluch je posledním smyslem, který se ztrácí. Povídat si s umírajícím stejně tak, jako kdyby byl při

vědomí, je pro tuto chvíli zásadní. Komunikace by měla zůstat autentická, s promítáním vlastních emocí, které mohou být velice intenzivní, bolestivé, ale zároveň láskyplné. Důležité je hovořit pravdu a stanovit tak vzájemnou důvěru. Je čas na sdělení si důležitých faktů, čas na odpuštění a na přítomné rozloučení. Uchopit smysl rozloučení tak, že ho uvedeme do jistoty zvládnutí situace, bolestivé ujištění, že už může jít. V tomto procesu se promítá hluboké propojení. Rozloučení může přivést vnitřní klid jak jemu, tak i doprovázejícímu. Nejen slova, ale i dotek, jako je chytnutí za ruku nebo pohlazení, je v této situaci jedním z hlavních projevů lidskosti. Prostředí, ve kterém se umírající nachází, by mělo být pokojné a jemu příjemné, jelikož je to právě on, kdo přechází do věčného klidu a míru (Honzík, 2015, Online. www.centrum-lavka.cz; Špinková, 2016, s.21).

1.6 POTŘEBY V ZÁVĚRU ŽIVOTA A KVALITA ŽIVOTA

U každého člověka, ať je zdravý nebo nemocný, hledíme na jeho kvalitu života a s tím spojené i naplnění individuálních potřeb do uspokojivé míry. Rozsah naplnění potřeb se hodnotí objektivně a subjektivně. Kvalita života je těžko hodnotitelný pojem na sebe navazujících dějů, které zasahují do složek biologických, psychologických, sociálních a spirituálních. Každý život až do svého úplného konce by měl mít svoji určitou úroveň a potřebné naplnění. Pečující by měl aktivně pomáhat v naplňování potřeb druhému. Při vážné nemoci druhých pomáháme saturovat ty potřeby, které jsou omezené samotnou nemocí. V průběhu vážného onemocnění se potřeby intenzivně mění a je důležité na ně adekvátně reagovat (Šamánková, 2011, s. 30-33).

1.6.1 BIOLOGICKÉ POTŘEBY

Biologické, fyziologické potřeby souvisí s člověkem jako živým stvořením, jeho tělem a vzhledem. Tělo vyžaduje příjem potravy, avšak dojde do fáze, kdy začne o stravu ztrácet zájem. To platí i pro příjem tekutin. V biologických potřebách se jedná i o potřebu mikce a defekace, pokud možno způsobem, který je tělu nejpřirozenější i do posledních chvil člověka. Jedná se také o potřebu čistého vzduchu, kyslíku, kdy v případě, že ho pacient pociťuje málo, jsme mu schopni kyslík dodat pomocí oxygenátoru. Nemocný člověk se o své tělo už nedokáže postarat tak, jako dříve, proto je důležité mu pomoci i v těchto ohledech, splnit potřebu čistoty, dbát na hygienu, na prevenci opruzenin a při nepohyblivosti pacienta polohovat, jinak hrozí riziko proležení a vznik dekubitů. V rámci naplnění potřeb sem spadá i potřeba být bez bolesti, která je zcela zásadní v péči o nemocného a umírajícího. Důležitá je také potřeba kvalitního

spánku, mít ničím nerušený spánek, dostatek času pro odpočinek, který pacient a jeho nemocné tělo vyžaduje (Bužgová, 2015, s. 41; O'Connor, 2005, s. 159; Svatošová, 2012, s.21-22).

1.6.2 PSYCHOLOGICKÉ POTŘEBY

Blížící se konec života je frustrujícím obdobím, kdy nastává myšlenková krize, napětí, určitá obava. Zásadní je přistupovat k člověku jako k bytosti nám rovné, čestně a s úctou. On sám je bytostí, která má za sebou neopakovatelné životní poslání a je v cílové rovině své cesty. Z psychologického hlediska je zásadní a hlavní přímá komunikace, nemocný potřebuje sdělovat své pocity, potřebuje se cítit bezpečně, mít prostor k vyjádření. Zásadní je nemocnému nelhat, ztratil by pocit bezpečí a důvěru. V intenzivním sdělování svých pocitů nemocný ventiluje vnitřní napětí, zbavuje se těžkostí na duši a může to pro něho být i jakási terapie pro jeho nitro. Je důležité vědět o nemocném, jaké má touhy, nesplněné cíle, co by si ještě přál. Je něco, co bychom pro Vás mohli udělat? Můžeme Vám v tuto chvíli něco splnit? Zásadní otázky pro budoucí péči vedoucí k naplnění psychologických potřeb a ke splnění priorit pacienta (Bužgová, 2015, s. 60-67; Svatošová, 2012, s. 22).

1.6.3 SOCIÁLNÍ POTŘEBY

Člověk je stvořen pro společnost, od narození až po svůj konec se společensky formuje a vyvíjí. Když člověk dojde do fáze, kdy je nemocný a už mu síly tolik nezbytvá, většinou nechce být izolován a osamocen, vyžaduje návštěvy, kontakt s blízkými, on sám si určuje, s kým chce poslední chvíle trávit. To by měl každý vyslyšet a respektovat. Nemocný má potřebu se rozloučit, ujistit, že blízcí zvládnou jeho ztrátu přijmout. Má potřebu s nimi plakat, radovat se, má potřebu se připravit na vše, co přijde. Má potřebu uzavřít svůj život podle svých nejlepších možností, s tím souvisí i jeho potřeba odpuštění a potřeba neuhastitelné lásky (Svatošová, 2012, s. 22-23; Haškovcová, 2007, s. 163-164).

1.6.4 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY

Spirituální potřeby, tedy potřeby duchovní, jsou potřebami všech lidí, nejen věřících, ač se to podle názvu může zdát poněkud zavádějící. Nejedná se tedy o specifické potřeby věřících lidí. Každý člověk, blíží se k cílové rovině své cesty, hodnotí, jak velký kus cesty ušel, hledá smysl svého života, hledá smysl blízké smrti. Každý člověk má potřebu jistoty, že jeho život má smysl až do posledního momentu. Nenaplnění této spirituální potřeby se odráží v tom, že

člověk ztrácí naději. Je důležité mu dát najevo, že za každé okolnosti se dá žít i dožít se smyslem a naplněním. K lepšímu proniknutí do těchto potřeb a porozumění je důležité upřímně komunikovat v průběhu času, kdy se pečující nebo zdravotnický personál aktivně ptá a naslouchá. Pečovat o duchovno a nitro pacienta, by se mělo stejně tak automaticky, jako se pečuje o jeho tělo a zevnějšek. K hodnotnějšímu naplnění této potřeby může pacienta navštívit i duchovní, pastorační asistent nebo psycholog (Svatošová, 2012, s. 23; Plevová, 2019, s. 124, 125).

1.7 KOMUNIKACE V ZÁVĚRU ŽIVOTA

Princip upřímné komunikace se mezi lékaři a pacienty utváří několik let. Názor na sdělení pravdy prošel několika změnami. V období válek se považovala za přirozenou pravdu „milosrdná lež“, oklamání, pravdivé informace byly odmítány. Komunikace na úrovni lékaře a pacienta o diagnóze je počátkem jejich společného vztahu, nikoli vrcholem. Zásadní je otevřenost, avšak je nutné o diagnóze nevyléčitelného onemocnění hovořit bez spěchu a rušivých elementů. Nejlépe tedy na klidném místě s dostatkem vzájemného času. Tato situace o sdělení vážných zpráv je náročná jak pro lékaře, tak i pro pacienta. Proto je důležité dbát i na neverbální komunikaci, jakým způsobem je zpráva sdělena, nejen co se týče obsahové roviny. Úcta, ticho, naslouchání a důvěra jsou klíčové prvky pro účinný rozhovor. Pacient vážnost situace pochopí lépe, když mu bude diagnóza sdělena šetrným způsobem. Komunikace je jedním z nejnáročnějších a nejvýznamnějších prvků v péči o pacienta. Rozhoduje se, jak pacient přijme a pochopí svůj zdravotní stav, do jaké míry bude chtít spolupracovat s lékaři a zdravotnickým personálem. Prokáže se také, jak moc má silnou vůli k zvládnutí nově vzniklé situace. Každý rozhovor je sám o sobě specifický a individuální. Lékař tedy nemůže komunikovat univerzálně a stejně se všemi. Pro plánování budoucí péče je potřeba znát, co vše nemocný o diagnóze ví a co by si ještě přál znát a vědět. Lékař by měl diagnózu sdělovat opatrně a empaticky. Často se stává, že po sdělení oné diagnózy pacient přestane vnímat okolí, přestane vnímat i slova lékaře. Lékař se tedy musí ujistit, že ho pacient vyslechnul, pochopil a porozuměl mu. Dostatek času na dotazy a zodpovězení jich by mělo být samozřejmostí. Na dotazy by měl lékař odpovídat stručně, jasně a srozumitelně, pacient některým slovním obrátům nemusí rozumět dostatečně, nachází se ve fázi šoku. Lékař by se měl aktivně ptát a zajímat o pacientovy obavy a strasti, vyhledávat postup k úspěšnému řešení. Nemocného je třeba ujistit, že na nic nebude sám, budeme mu oporou a podporou, stejně tak, jako jeho rodina. Ošetřovatelský

personál má v komunikaci s rodinou zásadní roli, rodina za tímto personálem chodí, ptá se na dotazy, odbourává své intenzivní emoce, potřebuje se vypovídat. Právě ošetrovatelský personál je primárně tím, kdo si s rodinou povídá, naslouchá, empaticky podporuje a přístupem v komunikaci navazuje na lepší pochopení celé situace. Dobrá a kvalitní komunikace také pozitivně ovlivňuje povědomí a celkové vnímání prožívání závěru života (Kutnohorská, 2007, s. 64-65; Sláma, 2007, s. 33-38).

Aby se vážně nemocný člověk mohl rozhodnout o tom, co pro něho bude prioritní a zásadní, je potřeba, aby měl dostatek pravdivých a správných informací, na které má právo. Tyto informace mu pomohou k přijmutí a správnému uzavření svého života. I dnes se ale setkáváme s tím, že jsou pacienti nedostatečně informováni o své nemoci a prognóze. Lékaři vědí, že pro pacienty již není možná žádná uzdravující léčba, přesto nejsou schopni s pacienty komunikovat a sdělovat hodnoty na takové úrovni, že umírají. Jedna jejich životní cesta se neúprosně krátí a neví o tom. Někdy o tom ví pouze příbuzní, oni sami ne, a přitom je to tak důležité vědět, připravit se na zcela zásadní a poslední fázi svého dosavadního života. Čas plyne a oni zaměřují svoji energii na plné uzdravení. Proto je velice podstatné sdělovat pravdu a upřímnost bez milosrdných lží, které ve finále dokážou ublížit ze všeho nejvíce (Marková, 2010, s. 70).

2 SMRT

2.1 SMRT JAKO SOUČÁST ŽIVOTA

Každý, kdo se narodí, je předurčen k tomu, že jednou zemře. Život je podmíněn smrtí, smrt je podmíněna životem. Smrt je jediná jistota a spravedlnost, která nás všechny lidi spojuje bez výjimky. Je definována jako samostatný konec člověka a celého organismu. Uchopení smrti z pohledu teorie je však omezeno z důvodu, že na smrt pohlížíme pouze jako na něco, co k nám přichází z vnějšku. Smrt se dá také popsat jako existenciální zánik biologického života. Rychlost smrti může být různá, od smrti náhlé, rychlé až k pomalé.

Náhlá smrt, vzniklá z plného zdraví, na svůj příchod nikterak neupozorňuje a je spojena nejčastěji se smrtí tragickou, tedy autonehodou či smrtelným úrazem. **Rychlá smrt** pak odráží onemocnění, které je příčinou brzkého konce, například infarkt myokardu nebo cévní mozková příhoda. Nejpodstatnějším faktem těchto dvou smrtí je ten, že obě smrti zcela zasáhnou příbuzné a blízké, kteří se na tuto skutečnost nijak předem nedokážou připravit. **Pomalá smrt** se avizuje v dlouhém období prostřednictvím různých příznaků a potíží. Umírající slábne a blízcí mají čas se připravit na obrovskou ztrátu a zásah do jejich nitra. Víra může být pro umírajícího obrovskou vlnou vnitřní podpory. Věřícím lidem poskytuje víra v umírání podstatnou naději, usměrnění myšlenek na pokračování života, jiného, než který žili doposud. Smrt pro ně není jednoznačný konec. Některým věřícím víra pomáhá, někteří naopak pochybují, proč zrovna jim Bůh dopustil onu trýzeň a blíží se smrt. Víra v posmrtný život pro některé nebývá zcela jasnou úlevou, jelikož i umírající si uvědomuje, že se musí rozloučit se životem pozemským, se všemi, se kterými ho prožil, se vším, co v něm prožil. Člověk, který svůj život zasvěcoval víře a vedl ho křesťanským směrem, má právo vést tímto směrem i konec života. Nutit v závěru života víru tomu, kdo k ní za celý život nenašel cestu a není ochoten či schopen ji přijmout, je zcela bláhové (Haškovcová, 2007, s. 89-95).

Co znamená život? Znamená to, že srdce bije a plíce dýchají? Proces umírání je rozložen na delší časové úseky, dnešní medicína totiž nabízí zásadní léčebné metody a postupy, které se aplikují i v případě, kdy je jejich příznivý očekávaný a výsledný účinek značně protichůdný. Nacházíme se v takovém období, kdy se převládajícím přesvědčením a úmyslem lékařů stalo prodlužovat a držet život tzv. „za každou cenu“. Smrt se v dnešní uspěchané době a vlivem medicínských nástrojů bere jako prohra, něco, s čím jsme bojovali málo a nedostatečně, něco, co se prostě nemělo stát. Lékařská péče tedy účinně krotí vnější stárnoucí příznaky. Dalo by se

říct, že zabývání se tématem smrti, jako tragédií a utrpením, je nutno podrobovat cenzuře. Pokud však my lidé budeme smrt brát jako přirozenou součást našeho života, ve chvíli, kdy skutečně přijde, ji přijmeme snadněji (Adam, 1998, s. 357; Kupka, 2014, s. 13).

2.2 ZNÁMKY SMRTI

Smrt a její diagnostika závisí na několika faktorech. Vymizení dechu a krevního oběhu, tedy nehmátného pulsu, je prvotní diagnostika smrti. **Klinická smrt** je charakterizována vymizením dechu a pulsu. První minuty po zástavě životně důležitých funkcí není činnost mozku nedostatkem kyslíku zásadně porušena. Včasnou a neodkladnou kardiopulmonální resuscitací je možné tyto vymizelé funkce obnovit. Zlom nastává tehdy, když není zahájena kardiopulmonální resuscitace s obnovou vitálních funkcí a dochází k nevratným změnám na buňkách organismu, buňkách mozku a nastává **smrt biologická**, tedy smrt definitivní. V diagnostice smrti se také rozpoznávají nejisté a jisté známky smrti. **Nejisté známky smrti** jsou takové, které smrt nedefinují jednoznačně. Mezi ně se řadí bledá kůže, snížení teploty těla, chladné končetiny, snížení svalového tonu, snížený dech a slabý puls. Mezi **jisté známky smrti**, které naprosto a jednoznačně smrt znamenají, patří posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost a rozklad těla. Mají souvislost s chemickými a fyzikálními vlivy.

Posmrtné skvrny (*livores mortis*) jsou způsobené poklesem krve na nejnižší položené části těla vlivem gravitace. Viditelné jsou do 45 minut po úmrtí. Skvrny začínají po menších částech a později splývají. Jejich typická barva je červenofialová až modrofialová.

K **posmrtné ztuhlosti** (*rigor mortis*) dochází do jedné hodiny po úmrtí. Ztuhlost začíná nejprve na hlavě a svalech obličeje, poté se ztuhlost přemísťuje i na krk, horní končetiny a přes trup do dolních končetin. Plně rozvinutá ztuhlost je do 6-12 hodin po smrti, svaly jsou pevné, ústa napevno stisknutá, horní končetiny jsou mírně ohnuty v loktech a dolní končetiny jsou natažené. Po několika dnech posmrtná ztuhlost vymizí v pořadí, ve kterém vznikala, tedy od hlavy až po dolní končetiny.

Rozklad těla (*autolýza*) je charakterizován změnou tkáňové rezistence vůči vlastním enzymům, které způsobují hloubkové změny vlastních buněk i tkání. Autolýza přechází v tělesný rozklad za účasti hnilobných bakterií. Tyto bakterie pronikají do těla ze střeva, konkrétněji ze střevních kliček, z kůže a způsobují úplné hnití těla. Nejčastější projev hniloby je zelené zbarvení kůže břicha a během jednoho týdne se zelené zbarvení rozšíří do okolí a celého těla (Štefan et al., 2012, s. 29-49).

2.3 PRVNÍ MINUTY PO SMRTI

První minuty po smrti jsou obecně nejtěžšími chvílemi pro pozůstalé. Je zcela zřejmý rozdíl mezi úmrtím pacienta v doprovodu svých nejbližších, anebo úmrtím pacienta o samotě. Bezprostřední chvíle po úmrtí bývá naplněna bezmocí, smutkem, bezradností. Podzim života je u konce. Jak bude rodina žít bez člověka, se kterým byla celý život? Tento výjimečný okamžik by neměl být rušen žádnou činností a aktivitou. Nejprve je důležité ztrátu přijmout a akceptovat, že se stalo to, co se čekalo. V souladu se zvykem je příhodné otevřít okno, aby duše mohla opustit pozemský svět. Lidé věřící v posmrtný život se modlí nahlas nebo modlitbu prožívají uvnitř sebe. Nevěřící lidé mohou rekapitulovat významné prožitky a vzpomínky. Emoce ve spojení s touto ztrátou jsou velice intenzivní, naprosto individuální a bylo by pochybením bránit jakýmkoliv způsobem tomuto citově náročnému a smutnému prožívání. Je těžké zůstat s mrtvým tělem sám, bez podpory, proto je důležité si bez studu říct o pomoc. Podle toho, kde smrt nastala, je vhodné požádat o pomoc zkušeného laika nebo všeobecnou sestru. V případě, že dotyčný zesnul doma, je nutné zavolat lékaře k ohledání těla a konstatování smrti. V hospici, v nemocnici či v jiném zdravotnickém zařízení, je tato služba lékaře dostupná ihned. Po ohledání a konstatování smrti, se tělo zemřelého ošetří a dále se postupuje dle dalších předepsaných norem a procedurálních kroků, které vedou k formálnímu rozloučení se zemřelým, tedy k pohřbu (Haškovcová, 2007, s. 95-96).

2.4 PÉČE O TĚLO ZEMŘELÉHO

Úmrtí konstatuje lékař podle platných kritérií. Nejčastěji je konstatována smrt jako nevratná srdeční zástava. Ihned po smrti je potřeba zabezpečit intimitu pacienta, buď použitím zástěny nebo převozem do jiné místnosti, která je k tomu určena. Důležité je brát ohled na ostatní pacienty, kteří nemohou opustit pokoj, v jejichž blízkosti právě zemřel člověk. Povinná doba, kdy musí zemřelý zůstat na oddělení, jsou 2 hodiny. Péči o zemřelého provádí zdravotnický personál, ošetřovatelé i všeobecná sestra. Ta má za povinnost zavřít zemřelému oči, podvázat bradu, tělo uložit do rovné polohy na zádech, očistit ho a omýt. Důležitou součástí v péči o zemřelého je i sejmutí všech cenných předmětů jako jsou hodinky, prsteny, náušnice a řetízků. Pokud nelze některý z těchto šperků či předmětů sundat, je povinností uvést tuto skutečnost v ohledacím listě včetně chorobopisu se stručným popisem těchto věcí. Sestra má také povinnost zkrátit drény, cévky a kanyly do takové míry, aby bylo možné je vyjmout a zároveň aby nemohly vypadnout. Rány, které jsou prosáklé a v okolí nečisté, je nutno

převázat. Neméně důležité je i označit a identifikovat zemřelého dvěma jmenovkami, na kterých by mělo být uvedeno jméno, příjmení, datum narození, datum a čas úmrtí. Jeden identifikační náramek se připevňuje na pravé zápěstí a druhý kolem pravého kotníku. Oblékání těla zemřelého je ve zdravotnických zařízeních značně rozdílné. V nemocnici není pravidlem ani běžným rituálem, aby tělo bylo oblečeno do svátečních šatů. Naopak v hospici je samozřejmostí, že je tělo oblečeno do svátečních šatů, které mu rodina vybrala a přinesla. Dalšími povinnostmi, na které je potřeba brát zřetel, je sepsání pozůstalosti, vedení administrativních úkonů, vedení dokumentace a oznámení úmrtí pohřební službě (Haškovcová, 2007, s. 96-97).

3 PALIATIVNÍ PÉČE

3.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE

V dnešní době se péčí o nevléčitelně nemocné a umírající zabývá obor Paliativní péče, pro kterou již mají lékaři atestaci v oboru Paliativní medicína. To ukazuje, že paliativní péči bere společnost vážněji než dříve. Inspirací pro zajištění paliativní péče v České republice je hlavně zahraničí, konkrétně Anglie a USA.

Paliativní péče je aktivní pečování o pacienta, který trpí nevléčitelnou chorobou. Tato choroba je v pokročilém nebo konečném stádiu a již nereaguje na léčebné postupy. Definice dle WHO: „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Marková, 2010, s. 19). Jak je uvedeno, paliativní péče se nezabývá pouze pacientem, ale i jeho rodinou. Paliativní péče se nevztahuje pouze k lidem v období těsně před smrtí, ale týká se jich i v průběhu jejich vážného onemocnění, kdy mají být souvisle řešeny všechny problémy s onemocněním spojené. Definice obsahuje celkové pojetí péče, nejen lékařské, ale i nelékařské, pro nemocného i jeho rodinu po celou dobu nemoci.

Důraz je kladen na multidisciplinární přístup, ať už se jedná o přístup v hospici, v nemocnici nebo v domácím prostředí. Paliativní péče usiluje o prodloužení a zachování takového života, který bude mít pro pacienta kvalitu. Respektuje a chrání pacientovu čest. Je kladen důraz na dodržování pacientových přání a potřeb. Zaměřuje se na vytvoření vhodných podmínek k prožívání posledního období pacientova života, prožívání v blízkosti své rodiny v pokojném prostředí. Paliativní péče nahlíží na smrt jako na přirozenou součást života, na druhou stranu také nahlíží na smrt jako na osobní a jedinečné prožívání. Všestranná opora rodiny umírajícího pacienta je součástí péče i po jeho smrti, pomáhá jim překonat zármutek a žal. Paliativní péče je jakási filosofie, ale také konkrétní organizační struktura, která umožní plnit potřeby pacienta a rodiny ve všech oblastech. Dobrá kvalita života nespočívá pouze v tom, že pacient má zaléčené nesnesitelné bolesti nebo nezvrací, ale kromě fyzických obtíží je také kvalita života určena naplněním potřeb psychických, sociálních a duchovních.

Paliativní péče, jak již bylo zmiňováno, je multidisciplinární obor. Využívá znalosti lékařů specialistů v různých oborech. Vidíme zde týmovou práci lékařů a sester, zdravotníků a psychologů, sociálních pracovníků, duchovních a dobrovolníků. Úzká spolupráce je zásadní i mezi rodinou a zdravotníky (Vorlíček, 1998, s. 19-20; Marková, 2010; Sláma, 2007, s. 25-27).

3.2 PALIATIVNÍ PÉČE A EUTANÁZIE

Pro někoho je paliativa a eutanázie hodnocena stejným poměrem. „*Jaký je etický rozdíl mezi paliativní péčí a eutanázií, když pacient v obou případech umírá?*“ (Sláma, 2007, s. 27). Paliativní péče klade důraz na povahu a nevyléčitelnost daného onemocnění. Jedním z hlavních přesvědčení je, že paliativní péče nemá za cíl smrt, ale to, že lze i při pokročilém stupni onemocnění pokaždé něco udělat pro lepší kvalitu ubývajícího života. Paliativní péče smrt neurychluje, ale ani ji zásadně neodsunuje. Eutanázie je aktivní ukončení života na žádost pacienta a rozdíl mezi eutanázií a paliativní péčí je z etického pohledu velice zásadní (Sláma, 2007).

3.3 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče v dnešní době mezi lidmi není dostatečně známá. Spousta lidí o tomto oboru v medicíně dodnes nemá žádné povědomí ani poznatky. Pro mnohé je tento obor velkou neznámou, pro některé pár let uváděnou novinkou. Ve skutečnosti je paliativní medicína prakticky však nejstarší obor, od nepaměti se lékaři i sestry zabývali zmírněním lidského utrpení a byli průvodci k dobré smrti. Celá historie medicíny se zabývá tlumením symptomů u vážných onemocnění, jako jsou zhoubné nádory. Lidé umírali většinou v domácím prostředí v obklopení svých nejbližších. V 19. století vlivem stěhování velkého množství lidí do měst bez rodinného zázemí se tito lidé při umírání nejčastěji vyskytovali sami. Tento problém vedl k rozvoji chorobinců, které ve 20. století nahradily nemocnice. V období před 2. světovou válkou se zcela běžně pečovalo o nemocného člena rodiny do posledních chvil doma, někdy za přítomnosti rodinného lékaře a kněze. Po 2. světové válce se medicína stala vědou, specializací a jakousi touhou po nekončícím životě. Smrt se stále odsouvala a někteří měli dojem, že zemřít je nevhodné. Umírání se podařilo vytrhnout z běžného životního koloběhu lidí, na umírání se hledělo jako na prohru celého systému. Lidé, kteří byli hospitalizováni v nemocnicích a také

v nich umírali, prožívali své poslední chvíle osamoceni a tzv. „za plentou“. V 60. letech 20. století se objevil etický problém spojený s „dystanází“, což znamená „zadržaná smrt“.

Toto je stav, kdy přístroje a léčebná terapie nedovolí člověku zemřít, i když by za normálních podmínek z pozemského světa v klidu a míru odešel. Tento přístup k umírajícím měl hned několik dopadů. Lidé se začali více zajímat o eutanázii, mluvili o dobré smrti za asistence lékaře, začali volat po úlevě z utrpení, na druhou stranu se do této chvíle datuje i celosvětový vzestup hospicové péče. První hospic byl otevřen v roce 1967 v Londýně, hospicové hnutí postupně sílilo a rozvíjelo se i nadále. V České republice se hospicové hnutí a paliativní péče postupně rozvíjí od roku 1995. Hlavním důvodem, proč do České republiky přišla myšlenka o hospici takto pozdě, bylo období komunismu a s ním i nastavená pravidla oné doby (Vorlíček, 1998, s. 17; Marková, 2010, s. 13-14, Haškovcová, 2007, s. 32).

3.4 ZAHÁJENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče by měla být součástí komplexní onkologické péče. Včasné zapadnutí těchto dvou oborů do sebe má zásadní vliv nejen na kvalitu života, ale i na jeho délku. Ke všem onkologickým pacientům by se mělo přistupovat aktivně v určování potřeb paliativní péče, je třeba ji brát v úvahu u pacientů, kteří mají pokročilé nevyлéčitelné onemocnění. Jedná se o klinické situace, jako jsou těžko zvladatelné tělesné příznaky nemoci, intenzivně prožívaný a závažný psychický stres, současný výskyt více nemocí interního i psychiatrického charakteru, které jsou významné pro fungování organismu, sám pacient odmítá protinádorovou terapii a on sám žádá léčbu zaměřenou na příznaky a projevy choroby, nikoliv na její příčiny. Týká se to také opakovaných ambulantních kontrol akutního charakteru nebo hospitalizace spojené s komplikacemi pokročilého onemocnění, a v neposlední řadě se také jedná o pravděpodobnou prognózu dožití kratší, než 1 rok. Za poskytnutí příslušné paliativní péče je odpovědný onkolog, který je i pacientovým ošetřujícím lékařem. Onkolog by měl dle pacientových souhrnných potřeb rozhodnout, zda je pro pacienta prioritní obecná paliativní péče nebo pravidelná specializovaná paliativní péče. Měl by se také účastnit na zajištění paliativní péče při okolnostech, kdy protinádorová léčba byla vyčerpána nebo ji pacient odmítl.

Prognóza, která je svým postupujícím zhoršením omezena na dožití kratší než 1 rok, se projevuje u metastatické povahy nádorů, které jsou rezistentní na celkovou terapii. Jedná se například o mozkové a meningeální metastázy, o recidivující delirantní stavy, o opakující se maligní výpotky a o postupující a zhoršující se kachexii. Může se také objevovat u syndromu

spojeného s maligní střevní obstrukcí. K paliativní péči se mohou dostat nejen pacienti s nádorovým onemocněním, ale také pacienti s chronickým srdečním selháváním, které je konečné, pacienti s chronickou obstrukční plicní nemocí a jaterní cirhózou. Tato péče se může vztahovat i na pacienty, kteří jsou postiženi neurologickým onemocněním, různými typy demencí, roztroušenou sklerózou a amyotrofickou laterální sklerózou.

Situaci, která je spojena s předpokladem prognózy kratší než 1 rok, je důležité vnímat jako specifickou klinickou skutečnost. Hlavním cílem je udržet co nejlepší a nejdelší možnou kvalitu života. Ošetřující lékař by měl s pacientem otevřeně a přiměřeně komunikovat o dalším pravděpodobném postupu nemoci a společně určit priority a cíle následující léčby a péče. Je důležité s pacientem otevřeně hovořit o možném vlivu léčby na délku a kvalitu života v porovnání s celkovou symptomatickou paliativní péčí. Při předpokládaném přežití v období týdnů či několika měsíců je důležité pacientovi sdělit všechny možnosti specializované paliativní péče, jako jsou ambulance paliativní medicíny, mobilní hospice, lůžkové hospice a další. Součástí rozhovoru by mělo být i zhodnocení pacientovy adaptace na nově vzniklou a nesmírně těžkou situaci týkající se vážného onemocnění. Ošetřující lékař by měl také hodnotit současné psychické projevy, jako jsou úzkosti, deprese nebo poruchy spánku a s využitím farmakologické terapie je léčit. Z psychologického hlediska se může péče o pacienta účastnit i psycholog, který s pacientem probere jeho pocity a zvládání zátěže. Důležité je zhodnocení sociálního postavení a sociálních potřeb pacienta, které by měl plán paliativní péče také účinně řešit. S tímto by měl pracovat sociální pracovník, který pacientovi nabídne možnosti zabezpečení péče. Kromě zhodnocení potřeb sociálních se jedná také o potřeby duchovní, které nejlépe může uspokojit duchovní nebo kněz a s pacientem si v souvislosti se zvládáním vážného onemocnění hlouběji promluvit. Plán paliativní péče by měl na všechny tyto potřeby nahlížet a také s nimi pracovat (Kiss, 2021, s. 259-260; Sláma, 2007, s. 27).

3.5 DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

3.5.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Obecná paliativní péče se dá také označit jako kvalitní klinická péče o pacienta v pokročilém stádiu nemoci. Součástí této péče je vhodná komunikace na otevřené úrovni nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou. Jedná se také o zhodnocení pacientova stavu, kdy je důležité včasné posouzení smyslu další aktivní léčby. Pozorování, vyhodnocování a poskytnutí takové

péče, která je smysluplná a prioritní pro zachování pacientova kvalitního života. To vede zejména k respektování pacientových práv a jeho osobnosti, k potřebné léčbě bolesti a dalších symptomů spojených s nemocí. Součástí je i psychosociální podpora. Tuto obecnou paliativní péči by měli poskytovat lékaři, všeobecné sestry, sociální pracovníci a všichni ti, kteří o pacienty pečují ve všech odborných pracovištích v rámci své běžné klinické činnosti (Sláma, 2007, s. 30; Marková, 2010, s. 20).

3.5.2 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Specializovaná paliativní péče umožňuje pacientům s vážným onemocněním péči spolupracujícího týmu profesionálů, kteří jsou v paliativní péči vzděláni a vyškoleni a mají nezbytné zkušenosti v této oblasti. Specializovaná paliativní péče by měla plynule navazovat na paliativní péči obecnou. Zařízení poskytující tuto specializovanou péči, se paliativní medicíně věnují jako své primární činnosti. Do těchto zařízení spadají hospice domácí a lůžkové, ambulance paliativní péče, oddělení paliativní péče a konziliární paliativní týmy (Sláma, 2007, s.30-32; Marková, 2010, s. 21).

3.6 HOSPIC

Hospic v překladu znamená „*útulek*“, ve středověku byl tento výraz užíván pro „*domy odpočinku*“. Toto obydlí bylo vyhledáváno především pocestnými k odpočnutí si po dlouhé cestě, těhotné ženy zde mohly porodit, nemocní si zde mohli odpočinout a nabrat sílu k uzdravení, anebo zde mohli i v klidu skonat.

Hospic je důležitou součástí paliativní péče, v časové ose je její konečnou částí. Hospicová péče se zaměřuje na péči o těžce nemocné v terminálním stádiu, o umírající pacienty. Hospicová péče podporuje kvalitní prožití konečné fáze života. Zahrnuje jak péči o pacienta, tak i o jeho rodinu ve smyslu poradenství a možné podpory v těžkých chvílích. Pro naplňující a kvalitní hospicovou péči je důkladně vybírán ošetrovatelský personál. Ten je v průběžném pracovním procesu také odborně vzděláván (Haškovcová, 2007).

3.6.1 HISTORIE HOSPICOVÉHO HNUTÍ

Hospicové instituce v péči o umírající byly zakládány od 19. století katolickými řády v Irsku, Anglii a Francii. V 50. letech 20. století byla v západní Evropě vnímána potřeba lepšího

naplňování potřeb a zlepšení péče o vážně nemocné. Ve společnosti převládala kritika nedostatečného léčení bolesti, nerespektování pacienta, kritizována byla i péče, která byla mířena jen na nemoc, ne na celkově nemocného jedince. Odpovědí na tuto kritičnost se stalo založení hospicového hnutí a počáteční děláná změn v péči ve všech oblastech spojovaných s vážně nemocnými pacienty. Zásadním zlomem v moderní paliativní medicíně se stalo v 70. letech 20. století ve Velké Británii vytvoření pěti principů, které obor více do detailu prohloubily. Prvním ustanovením bylo založení paliativní péče jako medicíny, která pracuje s člověkem jako komplexní bytostí v řádovém zastoupení odborné lékařské péče. Druhé ustanovení se zabývá rozvojem domácí paliativní péče, jejíž součástí je také kvalitní a vyškolený personál v řadách lékařů i sester. Ve třetím ustanovení se objevuje i založení paliativních oddělení v nemocnici. Za čtvrté se vyvíjí konzultační paliativní služby ve všeobecných nemocnicích. Poslední, páté ustanovení, se zaměřuje na kvalitní výuku a vzdělání všech lékařů, sester i ostatního zdravotnického personálu v základních principech komplexní paliativní medicíny.

Velkolepý vývoj moderního hospicového hnutí jakožto zařízení pro umírající nadešel až v 60. letech 20. století. Představitelkou hospicového směru se stala lékařka Cicely Saunders, díky které se v roce 1967 otevřel v Londýně první hospic, který byl moderního typu, jaký známe dnes. Hospic nesl název **St. Christopher's Hospice**, v překladu Hospic svatého Kryštofa. Od této chvíle začalo hospicové hnutí vznikat po celém světě.

V České republice je paliativní medicína poměrně novým oborem. Větší projevení zájmu o tento nový obor a poznatky s ním spojené se projevilo až kolem roku 1989. Ošetrovatelská péče nebyla multidisciplinární, komplexní a celkově na kvalitním stupni v poskytování ošetrovatelské služby. Po roce 1989 se otevřely brány lékařům i sestřám do zahraničí a mnoho z nich se dostalo za hranicemi do zařízení, které se věnovalo paliativní medicíně. Odtud si poté do České republiky dovezli mnoho nových poznatků a zkušeností, které poté mohli aplikovat i zde. První hospic, který byl v České republice založen a otevřen, je **Hospic Anežky České** v Červeném Kostelci. Byl postaven za 13 měsíců. Dveře hospice se otevřely 8. prosince 1995. Po slavnostním otevření se do plného provozu dal v lednu roku 1996 i s prvními pacienty. U zrodu prvního hospice stála lékařka Marie Svatošová, která jako první tento nápad vyslovila a do úplného konce i podpořila. (Haškovcová, 2007, s. 46-51, Vorlíček, 1998, s. 17-19).

3.6.2 LŮŽKOVÝ HOSPIC

Lůžkový hospic je samostatné lůžkové zařízení, které poskytuje přibližně 25 až 30 lůžek. Umožňuje specializovanou paliativní péči, která se orientuje na pacienty v preterminálním a terminálním stádiu nevléčitelné nemoci. Před nástupem do hospicového zařízení musí pacient podepsat informovaný souhlas. Péče se odvíjí od jednotlivých potřeb a přání každého pacienta. Je kladen důraz na vytvoření příznivých podmínek pro strávení posledních chvil zbývajících života v blízkosti svých blízkých.

Hospic Anežky České, jakožto prvním hospicem v České republice, se stal modelem pro ostatní vystavěné hospice na českém území. K podrobnému popisu lůžkového hospice použiji právě Hospic Anežky České, ze kterého mám osobní zkušenosti.

Tento hospic je rozdělen na 2 patra a dohromady na 30 lůžek. Nachází se zde 14 jednolůžkových pokojů, 4 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové. Na jednolůžkových pokojích je k dispozici přistýlka, která je určena pro člena rodiny k doprovázení a k přítomnému bytí s umírajícím. Prostor a vnitřní zařízení je klidné a oživuje spíše myšlenky na domov než na nemocniční zařízení.

Celkový denní harmonogram a hospicový režim se ve velké míře odlišuje od režimu v nemocnicích a je upraven podle individuálních potřeb umírajících. Pacienti se probouzí a usínají, kdy oni sami uznají za vhodné podle svých potřeb. Hygiena a koupel je pacientům umožněna také podle jejich přání, nikoli na příkaz, který by byl spojený s určitou administrativní hodinou, jako je tomu například v nemocnicích. Stravování je volné a sám pacient si může určit, kdy bude jíst a na co má chuť. K lůžkovému hospici náleží i terasa a zahrada, na kterou se můžou vyvézt pacienti jak na lůžku, tak i na vozíku. Při hezkém počasí se naskytne příležitost trávit chvíli na čerstvém vzduchu.

Z daného popisu lůžkového hospice vyplývá, že hospic není léčebnou pro dlouhodobě nemocné a jednou z podmínek přijetí je špatná prognóza stavu a potřeba intenzivní paliativní péče. Multidisciplinární tým je složen z lékařů, všeobecných sester, ošetřovatelů, duchovního, psychologa a dobrovolníků (Haškovcová, 2007, s. 49-51, Sláma, 2007, s. 31).

3.6.3 DOMÁCÍ (MOBILNÍ) HOSPIC

V domácím hospici pečují lékaři a sestry, jsou terénní a jezdí k pacientům přímo do jejich domovů. Nedílnou součástí tohoto týmu je samozřejmě i sociální pracovník, psycholog a kněz. Tento terénní tým má za hlavní cíl, aby pacient v nejtěžších chvílích mohl zůstat tam, kde to má nejvíce rád, doma s jeho rodinou. I v domácím prostředí se dá zajistit vysoká úroveň kvalitní paliativní péče, splnit pacientovi jedny z jeho posledních přání a tlumit příznaky nemoci. Nejdůležitějším pro pacienty bývá, že mohou trávit poslední momenty v okruhu své rodiny. Rodina je také součástí poskytování péče, minimálně jeden její člen, který se v případě potřeby o nemocného stará celý den. Péče o pacienta je poskytována 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Jedná se o mnohem intenzivnější kontakt celého týmu s rodinou, než je tomu například ve zdravotnických zařízeních, zdravotníci se celkovému chodu rodiny přizpůsobují. Všeobecné sestry musí být samostatné s většími zkušenostmi a při náhle vzniklých situacích jsou s lékařem v úzkém kontaktu. Také rodina může v případě potřeby využít telefonické konzultace kdykoliv během dne. Pravidlem bývá výborná spolupráce s rodinou z hlediska polohování, rodina pečuje o dutinu ústní a také podává stravu. Zároveň je tato rodina připravena na krizové situace provázející zhoršení stavu a úmrtí (Marková, 2021, s. 12-15).

4 PALIATIVNÍ SEDACE

U nevléčitelně nemocných pacientů se k překonání jejich nezvladatelného trápení užívá postup léčby, který je nazýván jako **paliativní sedace**. Tato léčba a její principy jsou z etického hlediska zcela správná a lege artis a s eutanázií nemají nic společné. Paliativní sedace nemá vliv na délku přežití a pacientům nezkracuje život (Kala, 2014, s. 266).

4.1 INDIKACE PALIATIVNÍ SEDACE

Jak již bylo v předešlých kapitolách zmíněno, paliativní péče se zabývá tlumením příznaků a projevů nemoci a tím dosažení co nejvyšší kvality zbývajících života. Pokud terapeutické metody nevedou k mírnění pacientova utrpení, jako je například dušnost, bolest a nevolnost, zahajuje se paliativní sedace. Je však důležité o zavedení a o indikaci této metody uvažovat opatrně a promyšleně.

K paliativní sedaci se přistupuje v terminální fázi onemocnění a při zvážení a splnění několika podmínek. Do těchto podmínek spadá vyčerpání všech metod vedoucích k léčbě, které by pacientovi dodávaly úlevu od nemoci bez poklesu vědomí. Paliativní sedace musí být uskutečněna po souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce. Jestliže není způsob, jak od pacienta zajistit jeho informovaný souhlas, on sám předem nenapsal dříve vyslovené přání, pak je paliativní sedace obvyklým způsobem vedoucím k mírnění příznaků nemoci. Osobní rozhovor lékaře s pacientem a jeho rodinou je nevyhnutelný. Od zahájení paliativní sedace se s touto metodou pokračuje až do okamžiku smrti (Kala, 2014, s. 266).

4.2 REALIZACE PALIATIVNÍ SEDACE

Zásadním postupem v paliativní analgosedaci je nepřetržitě podávání léků pomocí lineárního dávkovače. Je také možnost podkožního podání léku midazolamu, který se užívá pro navození paliativní sedace. Místo midazolamu lze také využít léčebné efekty haloperidolu. Jedním z nejdůležitějších léků terminální analgosedace je také morfin, jehož dávková intenzita se postupně zvyšuje dle žádoucího účinku. Morfin, jakožto silné analgetikum a opiát, výrazně tlumí bolestivé prožívání nádorové bolesti, snižuje projevy dušnosti a pacient je také více v klidu (Kala, 2014, s. 266).

4.3 ETICKÉ POJETÍ PALIATIVNÍ SEDACE

Paliativní sedace je jako téma často diskutováno v řadách lékařů, ale i laické společnosti. Významným rozdílem mezi plynulou hlubokou sedací a eutanázií je hlavně v prováděném postupu. Použití paliativní sedace u nemocných s krátkou životní prognózou má na délku života minimální vliv, v těchto situacích nelze zmíněnou sedaci dávat za rovno s eutanázií. Při úmyslu urychlit pacientovo umírání s delší životní prognózou lze tento počín považovat za eutanázií, toto jednání je naprosto neakceptovatelné (Kala, 2014, s. 267).

4.4 KOMUNIKACE O PALIATIVNÍ SEDACI

Paliativní sedace vede k zmírnění utrpení, zároveň však vede k pomalému a postupnému snižování komunikace, mobility a vědomí. Je proto nezbytné, aby se paliativní péče a její medikační postup prodiskutoval včas jak s pacientem, tak s jeho rodinou. Nemocný by měl být informován o možné únavě až spavosti. Na druhou stranu je však důležité pacientovi připomenout, že při paliativní sedaci dojde k očekávané úlevě od bolesti, dušnosti a dalších možných symptomů spojených s nemocí. O všech projevech a důsledcích paliativní sedace je nutné, aby lékař i další zdravotnický personál s pacientem i rodinou komunikoval upřímně a pravdivě, aby nedošlo k nežádoucím konfliktům a nedorozuměním.

Aplikace terminální analgosedace do léčebné praxe vyžaduje přístup empatický a do velké míry také pečlivý. Paliativní sedace je vysoce účinným prostředkem, který zmírňuje utrpení umírajících, je uskutečnitelný, důstojný a etický. Dostatečné a včasné informování o tomto zmíněném medikačním postupu je podmínkou k pochopení a odpovídajícímu přijetí dané skutečnosti (Kala, 2014, s. 267).

5 DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ

Právní systém českého státu poskytuje možnost sepsání své představy a přání, které souvisí s vidinou toho, jak a kde bychom chtěli nebo nechtěli být léčeni v době, kdy my sami nebudeme mít možnost o svém osudu ze zdravotních důvodů rozhodnout. Je to jeden z velice důležitých nástrojů k poskytování komplexní péče o pacienta ve shodě s jeho přáními.

V dnešní medicíně plné pokroků v léčebných postupech a vybavení zdravotnických zařízeních nejmodernějšími technickými pomůckami, se daří zachraňovat životy i těm pacientům, kteří jsou ve vážném stavu. Tyto přístroje udržují při životě i ty pacienty, kteří by bez těchto nástrojů a pomůcek nebyli sami schopni přežít. Právě pro tento případ, kdy by se pacient ocitl v situaci, že o sobě nebude moci rozhodovat, vyjadřovat souhlas či nesouhlas s terapií jemu určenou, má možnost se předem vyjádřit pomocí institutu dříve vysloveného přání. V České republice právo na dříve vyslovené přání využívá pouze zlomek lidí, nemá to zde ještě natolik zasetou tradici, aby to bylo považováno za počítaný a automatický hlas do budoucna.

Dříve vyslovené přání má formu písemnou, obsah přesně a jasně popisuje, za jakých okolností má být terapie zahájena a za jakých naopak nemá. Pokud jedinec toto přání sepisuje, součástí tohoto dokumentu musí být i vyjádření lékaře. Praktický lékař či odborný lékař s pacientem prodiskutuje jednotlivé potencionální situace, informuje ho o zákrocích, které by nebyly na základě jeho rozhodnutí učiněny a jaké by to mělo pro pacienta dopady. Tímto způsobem informovaný pacient poté vše potvrzuje úředně ověřeným podpisem. Dříve vyslovené přání musí mít lékař k dispozici, může být uděleno nemocnici, ve které se předpokládá případná péče související s dříve vysloveným přáním, anebo toto stvrzení může být uděleno důvěrnému blízkému, který by ho v nutném případě poskytl zdravotnickému zařízení.

Dříve vyslovené přání nesmí být respektováno, pokud by pacient žádal o aktivní usmrcení jinou osobou nebo pokud by vyslovené přání mohlo ohrozit jiné osoby. Dalším případem, kdy by dříve vyslovené přání nebylo možné splnit je ten, pokud by od doby sepsání došlo k takovému vývoji, že lze oprávněně předpokládat, že kdyby o tom pacient věděl, s poskytnutím těchto zdravotních služeb by vyslovil souhlas a toto poskytnutí by si přál. Pokud je však dříve vyslovené přání sepsáno, jeho platnost není časově omezená, nevyprchá, pokud se sami pacienti nerozhodnou tento spis sami zrušit. Dříve vyslovené přání je právní dokument

dle „§36 odst. 1. zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách.“ Vešel v platnost 1.4. 2012. Sepsat si dříve vyslovené přání je každého právo, ne povinnost (Marková, 2021, s. 160-165; Císařová, 2010, s. 11; Tomešová, 2016, Online. www.pravniprostor.cz).

5.1 POSTOJ KE KONKRÉTNÍM MEDICÍNSKÝM ÚKONŮM

V případě vážné poruchy vitálních funkcí si pacient může přát využití všech léčebných metod, které jsou v moderní medicíně k dispozici. Tyto postupy však může chtít využít jen pokud bude mít reálnou naději na zlepšení a uzdravení se do původního stavu. Může ale dokonce chtít, aby tyto postupy nebyly použity za žádné situace. Všechny postupy by měly být řádně vysvětleny a objasněny, co mohou přinést dobrého, zda se jedná spíše o zátěž organismu, co lze od těchto postupů očekávat a co nikoli. „*Přeje si pacient oživovací postupy (umělé dýchání, kardiopulmonální resuscitace) v případě dechové a srdeční zástavy?*“ „*Přeje si pacient dechovou podporu v případě, že by nemohl dýchat sám?*“ „*Přeje si pacient umělé podávání tekutin či stravy pomocí sondy, či nikoli?*“ (Marková, 2021, s. 164)

Na základě odpovědí na výše uvedené otázky, je nejvhodnější připravit přehledný a jasný soupis, ze kterého bude patrné, v jaké konkrétní situaci se má pacientovo dříve vyslovené přání naplnit nebo co konkrétně odmítá. Tento spis by měl být součástí dokumentace pacienta. Nejdůležitějším krokem je také seznámit všechny, kdo o pacienta pečují, s tím, co konkrétně dokument obsahuje a kde přesně je uložen (Marková, 2021, s. 165).

6 PLÁN BUDOUCÍ PÉČE

Mnoho lidí prožívá svůj konec života s vážnějšími diagnózami, které je z různých hledisek omezují. Jedná se například o omezení pohyblivosti, o deficit sebepečce, člověk je závislý na druhých v pomoci s hygienou či přípravou jídla. Onemocnění způsobuje také celou řadu potíží, jako je bolest nebo porucha spánku. U některých onemocnění lze zběžně předvídat, jaký průběh z klinického pohledu budou mít a jaké možné komplikace je nezbytné očekávat.

Při řešení závažných komplikací se lékař s pacienty a jejich blízkými dostává do rozhodování o tom, jaký je v dané chvíli adekvátní rozsah péče, co dělat a co naopak nedělat. V situaci, kdy je nutná neodkladná péče musí lékař pohotově reagovat a rozhodnout o „oddálení smrti“. Znamená to, že lékař musí konat tak, aby pacient přežil, aby se prodloužil jeho život. Překonání této situace a přežití pacienta je považováno za hlavní a jediné měřítko správného postupu. Tento přístup však může směřovat k následkům, které pacient ani jeho rodina nepokládají do budoucna za příznivé, žádoucí a kvalitní ve smyslu zbývajících života. Jedná se například o těžké a nevratné neurologické postižení po kardiopulmonální resuscitaci, o poslední měsíce, týdny až dny pacientova života upoutaného na lůžko s napojením na přístroje.

Plán budoucí péče vychází z úvahy, která myslí na možné důsledky chronické nemoci, kdy bude docházet k takovým situacím, že bude potřeba rozhodnout o využití prodlužujících terapeutických postupů a sám pacient nebude v danou chvíli schopen vyjádřit svou vůli a přání vlivem například bezvědomí nebo somnolentního stavu. Právě pro tyto případy je vhodné a důležité, aby pacient předem vyslovil, jaké postupy by si v takové situaci přál a nepřál. Nejedná se však pouze o případy, kdy se pacient nemůže rozhodovat, nýbrž podstata spočívá v předběžném budoucím plánu, co dělat, když...

Jednou z forem plánu budoucí péče je již zmiňované sepsání dříve vysloveného přání, kde pacient přímo formuluje, jaké konkrétní postupy a procesy by si přál nebo nepřál při zhoršení stavu. Nejčastěji se to vztahuje ke kardiopulmonální resuscitaci, intubaci a umělé plicní ventilaci.

Plánování budoucí péče je proces zahrnující jednání a zaznamenání veškerých preferencí, které se týkají pacientových cílů v péči, pokud by se v budoucnu nemohl sám rozhodnout vlivem okolností. Plánování budoucí péče by mohlo zajistit kontinuální a individuální péči pro konkrétního pacienta. Toto plánování zahrnuje rozhodnutí, které je nutné předem zvážit a následně o něm informovat členy rodiny a zdravotnické pracovníky, kteří

poskytují danému pacientovi péči. Je důležité rodinu i zdravotníky informovat o věcech, které sám pacient preferuje. Toto upřednostnění je zahrnuto do právního předpisu, které platí, když je pacient nezpůsobilý a nemůže za sebe hovořit. To může být následek těžké nemoci, vážného zranění a bez ohledu na to, kolik let pacientovi je, pomáhá ostatním znát, jaký typ lékařské péče on sám preferuje. Plány budoucí péče umožňují vyjádřit osobní hodnoty a přání, jsou také ukázkou sdíleného rozhodování, které souvisí jak s péčí o pacienta na konci života, tak s péčí o jeho komfort a pohodlí (Lobo, 2011; Sláma, 2020 Online. www.is.muni.cz).

7 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část, sedmá kapitola mé bakalářské práce, je navazující na kapitoly v teoretické části. V této praktické části jsou nejprve popsány cíle výzkumu, které jsou rozděleny na hlavní cíl a dílčí cíle. Je zde také popsána metodika výzkumu a výzkumný soubor, součástí praktické části je také analýza a popis výsledků výzkumu. Tyto výsledky, jichž jsem dosáhla ve svém výzkumu, jsou zobrazeny v grafech a tabulkách.

7.1 CÍLE VÝZKUMU

V praktické části byly stanoveny tyto cíle

Hlavní cíl práce: Zjistit, jaké povědomí má veřejnost o prožívání závěru života.

Dílčí cíle práce:

- 1) Zjistit, jak veřejnost nahlíží na smrt
- 2) Zjistit znalost veřejnosti o institutu dříve vysloveného přání a plánu péče v závěru života
- 3) Zjistit znalost veřejnosti o paliativní péči
- 4) Zjistit znalost veřejnosti o tlumení příznaků v závěru života

7.2 METODIKA VÝZKUMU

Pro praktickou část této práce jsem zvolila kvantitativní metodu výzkumu. Sběr dat probíhal on-line formou prostřednictvím anonymního dotazníku vlastní tvorby. Dotazník byl vytvořen a zprostředkován pomocí služby Google Forms (Formulář Google, <https://www.google.cz/intl/cs/forms/about/>). Na začátku mého dotazníku jsou napsány základní údaje, které informují respondenta o anonymním výzkumném šetření a o účelu, ke kterému budou posbíraná data sloužit. Dotazník tvoří celkem 17 otázek, z toho je 12 otázek uzavřených, 3 otázky jsou výčtové a 2 otázky jsou otevřené. Úvodní 4 otázky se zaměřují na identifikaci respondentů, konkrétně na jejich pohlaví, věk, víru a vzdělání. Zbývajících 13 otázek souvisí s danou problematikou mé práce.

7.2.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR

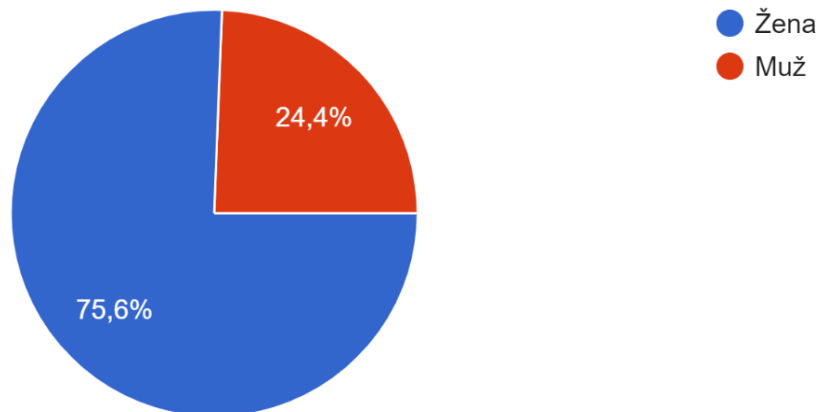
Dotazníkové šetření probíhalo on-line formou, dotazník byl určen pro širokou veřejnost různých věkových kategorií, a proto jsem lidi kontaktovala prostřednictvím sociálních sítí a e-mailu. K e-mailu a zprávám jsem přiložila odkaz na dotazník s prosbou, zda by se mohli anonymně zúčastnit mého výzkumného šetření k bakalářské práci a přiložený dotazník mi vyplnit. Celkem mi na moje výzkumné šetření odpovědělo 82 respondentů.

Získaná data od respondentů byla zpracována v počítačovém programu Microsoft Excel a Google Forms. K analýze získaných dat jsem použila grafy a tabulky. U 4 úvodních otázek byl zvolen graf výsečový, ten byl dále použit i u 6 dalších otázek v průběhu dotazníku, k 5 otázkám byl zvolen graf sloupcový, výjimku tvoří zbylé 2 otevřené otázky č. 5 a č. 7, kde byly odpovědi respondentů zaznamenány do tabulky. Tabulky obsahují absolutní četnost respondentů, kteří v dané otázce napsali stejnou odpověď a jejich relativní četnost, která je vyjádřena v %. Grafy i tabulky jsou doplněny komentářem, ve kterém jsou dosažené výsledky popsány. V mé analýze získaných dat od 82 respondentů představuje číslo 82 sto procent.

7.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1: Jste žena nebo muž?

- Žena
- Muž



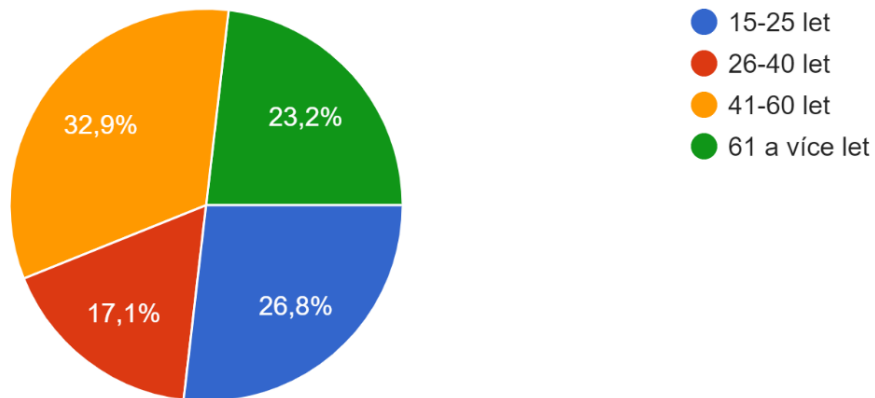
Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Komentář:

Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 82 respondentů (100 %), z toho 62 žen (75,6 %) a 20 mužů (24,4 %).

Otázka č. 2: Kolik Vám je let?

- 15-25 let
- 26-40 let
- 41-60 let
- 61 a více let



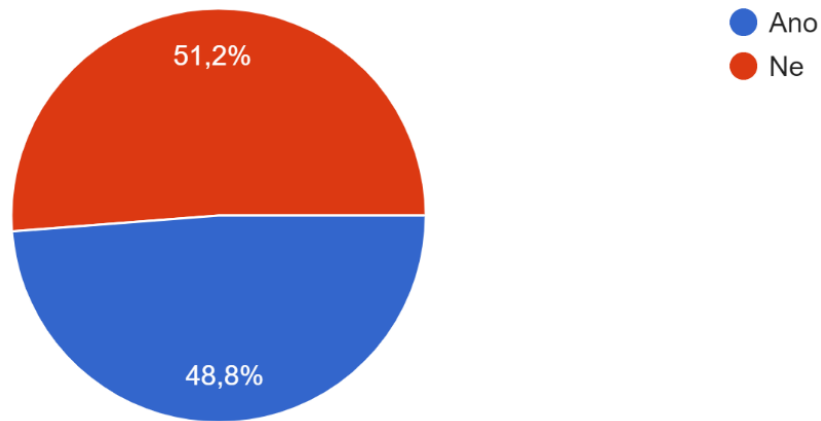
Graf č. 2 Věk respondentů

Komentář:

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) je 27 respondentů ve věkové kategorii 41-60 let (32,9 %), 22 respondentů ve věkové kategorii 15-25 let (26,8 %), 19 respondentů ve věkové kategorii 61 a více let (23,2 %), 14 respondentů ve věkové kategorii 26-40 let (17,1 %).

Otázka č. 3: Jste věřící?

- Ano
- Ne



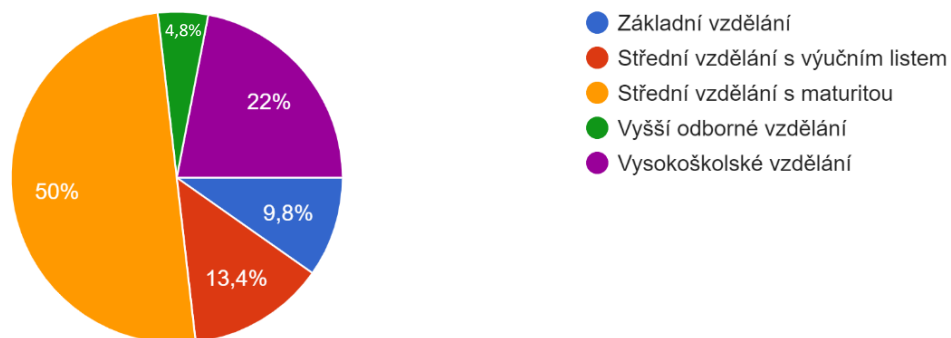
Graf č. 3 Respondenti a jejich vztah k víře

Komentář:

Z celkového počtu 82 dotazovaných (100 %) je 42 nevěřících (51,2 %) a 40 věřících (48,8 %).

Otázka č. 4: Jaké je Vaše doposud nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní vzdělání
- Střední vzdělání s výučním listem
- Střední vzdělání s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání



Graf č. 4 Vzdělání respondentů

Komentář:

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) má 41 respondentů střední vzdělání s maturitou (50 %), 18 respondentů má vysokoškolské vzdělání (22 %), 11 respondentů má střední vzdělání s výučním listem (13,4 %), 8 respondentů základní vzdělání (9,8 %), 4 respondenti mají vyšší odborné vzdělání (4,8 %).

Otázka č. 5: Co pro Vás znamená slovo „smrt“? Napište.

Tabulka č. 1 Odpovědi respondentů na otázku, co pro ně znamená „smrt“

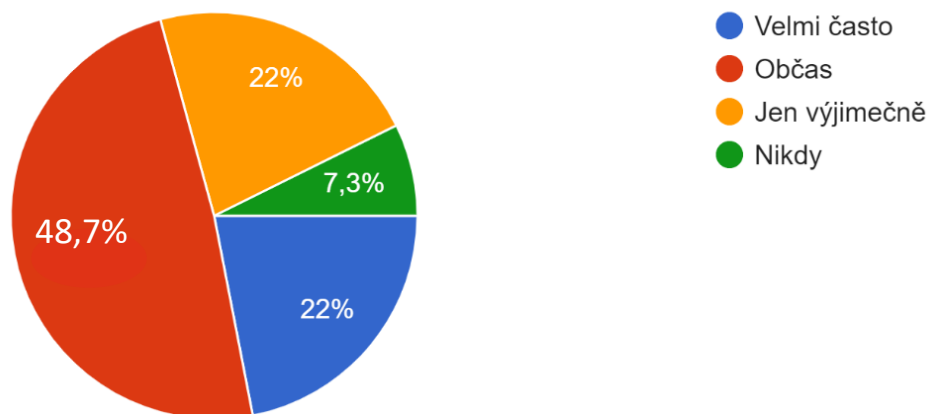
Jednotlivé odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Konec	30	36,6 %
Přechod do dalšího života	12	14,7 %
Odchod z pozemského světa	9	11 %
Přirozená součást života	7	8,5 %
Vysvobození	4	5 %
Smutek	4	5 %
Děs	2	2,4 %
Setkání	2	2,4 %
Naděje	2	2,4 %
Věčnost	2	2,4 %
Začátek	2	2,4 %
Jistota	2	2,4 %
Bolest	2	2,4 %
Ztráta	1	1,2 %
Úleva	1	1,2 %

Komentář:

Na otevřenou otázku, co pro respondenty znamená slovo „smrt“, odpovědělo všech 82 respondentů (100 %). Z celkového počtu jich 30 (36,6 %) odpovědělo, že smrt pro ně znamená konec, 12 respondentů (14,7 %) odpovědělo, že smrt pro ně znamená přechod do dalšího života, 9 respondentů (11 %) odpovědělo, že je to pro ně odchod z pozemského světa, pro 7 respondentů (8,5 %) smrt znamená přirozenou součást života, 4 respondenti (5%) uvedli, že smrt pro ně znamená vysvobození, další 4 respondenti (5 %) uvedli, že smrt pro ně znamená smutek, 2 respondenti (2,4 %) odpověděli, že smrt je pro ně děsem, 2 respondenti (2,4 %) odpověděli, že smrt pro ně znamená setkání, 2 respondenti (2,4 %) uvedli, že smrt je pro ně naděje, 2 respondenti (2,4 %) uvedli, že smrt je pro ně přejití do věčnosti, 2 respondenti (2,4 %) uvedli, že smrt je pro ně začátkem, 2 respondenti (2,4 %) na tuto otázku odpověděli, že smrt je pro ně životní jistotou, 2 respondenti (2,4 %) uvedli, že smrt pro ně znamená bolest, dále 1 respondent (1,2 %) uvedl, že smrt pro něho znamená ztrátu, 1 respondent (1,2 %) odpověděl, že smrt pro něho značí úlevu.

Otázka č. 6: Přemýšlíte o smrti?

- Velmi často
- Občas
- Jen výjimečně
- Nikdy



Graf č. 5 Přemýšlení respondentů o smrti

Komentář:

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) přemýšlí 40 respondentů (48,7 %) o smrti občas, 18 respondentů o smrti přemýšlí velmi často (22 %), 18 respondentů přemýšlí o smrti jen výjimečně (22 %), 6 respondentů o smrti nikdy nepřemýšlí (7,3 %).

Otázka č. 7: Při jaké události jste se naposledy zamyslel/a nad vlastní smrtí?

Napište.

Tabulka č. 2 Odpovědi respondentů, kdy se naposledy zamysleli nad vlastní smrtí

Jednotlivé odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Při úmrtí blízké osoby.	24	29,3 %
Při onemocnění.	15	18,3 %
V autě při řízení.	13	15,9 %
Nepřemýšlím nad svojí smrtí.	10	12,2 %
Při úmrtí v práci.	5	6,1 %
Když se modlím.	4	4,9 %
U lékaře.	3	3,7 %
Při rizikovém sportu.	2	2,4 %
Při přemýšlení nad životem a budoucností.	2	2,4 %
Při čtení knihy, článku zmiňující téma smrti.	2	2,4 %
Při pohledu na mé stárnoucí rodiče.	1	1,2 %
Myslím na svoji smrtelnost právě teď při vyplňování tohoto dotazníku.	1	1,2 %

Komentář:

Z celkového počtu 82 dotazovaných (100 %) odpovědělo 24 dotazovaných (29,3 %), že se nad svojí vlastní smrtí zamysleli při úmrtí blízké osoby, 15 dotazovaných (18,3 %) odpovědělo, že se nad svojí vlastní smrtí zamyslelo při onemocnění, 13 dotazovaných (15,9 %) se nad svojí smrtí zamýšlí při řízení v autě, 10 dotazovaných (12,2 %) nad svojí smrtí nepřemýšlí vůbec, 5 dotazovaných (6,1 %) se nad svojí smrtí zamyslelo při úmrtí v práci, 4 dotazovaní (4,9 %) uvedli, že se nad svojí smrtí zamýšlí při modlení, 3 dotazovaní (3,7 %) uvedli, že se nad svojí smrtí zamysleli u lékaře, 2 dotazovaní (2,4 %) odpověděli, že se nad smrtí zamysleli při rizikovém sportu, 2 dotazovaní (2,4 %) se nad vlastní smrtí zamysleli při přemýšlení nad životem a budoucností, 2 dotazovaní (2,4 %) uvedli, že se nad vlastní smrtí zamyslelo při čtení knihy, článku zmiňující téma smrti, dále 1 dotazovaný (1,2 %) odpověděl, že se nad svojí vlastní smrtí zamyslel při pohledu na své stárnoucí rodiče, 1 dotazovaný (1,2 %) uvedl, že nad svojí smrtelností přemýšlel zrovna ve chvíli, kdy vyplňoval tento dotazník.

Otázka č. 8: Máte představu, kde byste si přál/a zemřít?

- Doma
- V hospici
- V nemocnici
- V domově pro seniory
- Jiné – napište:



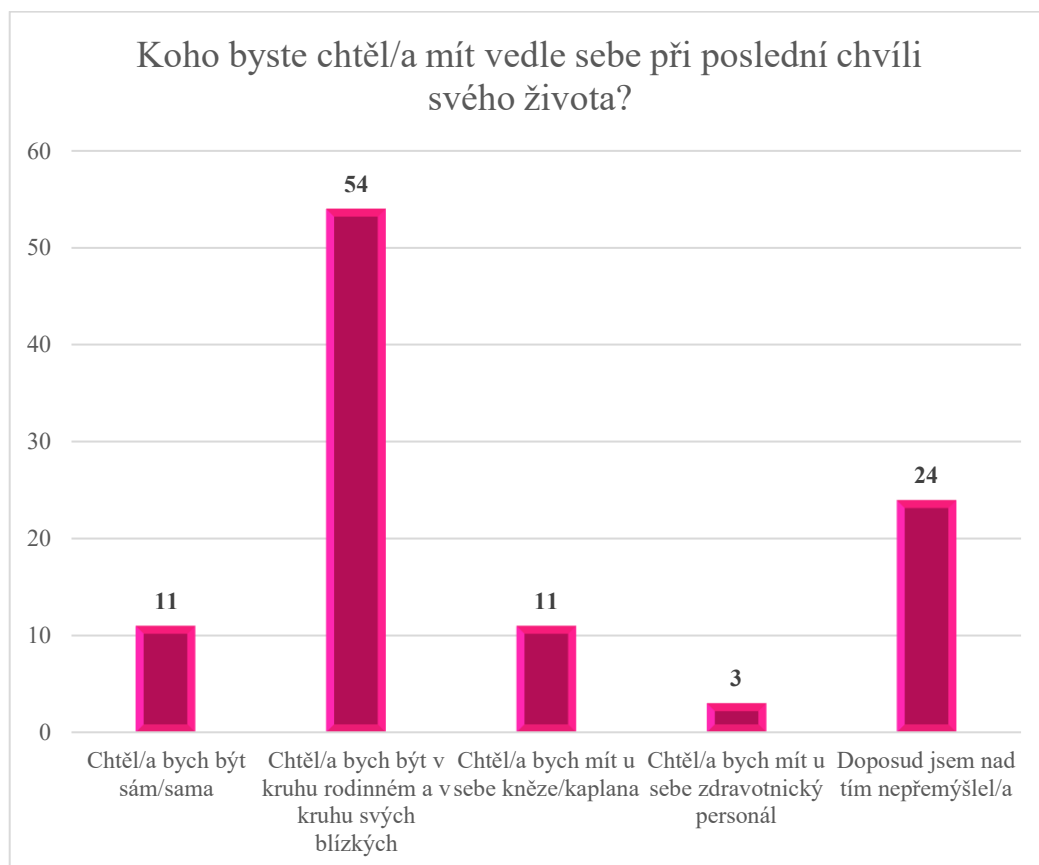
Graf č. 6 Představa respondentů, kde by si přáli zemřít

Komentář:

V této otázce bylo možné zvolit více odpovědí najednou. Dohromady jsem ve svém dotazníku na otázku, zda respondenti mají představu o tom, kde by si přáli zemřít, získala 102 odpovědí. Nejčastější odpovědí, kterou respondenti označili, byla odpověď doma. Tuto možnost zvolilo 70 respondentů (85,4 %), 20 respondentů (24,4 %) zvolilo jako druhou nejčastější možnost, že by si přáli zemřít v hospici, 3 respondenti (3,7 %) odpověděli, že by si přáli zemřít v domově pro seniory, 1 respondent (1,2 %) zvolil možnost v nemocnici, 8 respondentů (9,8 %) zvolilo možnost jiné odpovědi, z toho 4 respondenti (4,9 %) uvedli, že by si přáli zemřít v přírodě, 3 respondenti (3,7 %) uvedli, že nevědí, 1 respondent (1,2 %) uvedl, že by si přál zemřít na chatě.

Otázka č. 9: Koho byste chtěl/a mít vedle sebe při poslední chvíli svého života?

- Chtěl/a bych být sám/sama
- Chtěl/a bych být v kruhu rodinném a v kruhu svých blízkých
- Chtěl/a bych mít u sebe kněze/kaplana
- Chtěl/a bych mít u sebe zdravotnický personál
- Doposud jsem nad tím nepřemýšlel/a



Graf č. 7 S kým by respondenti chtěli trávit poslední chvíli života

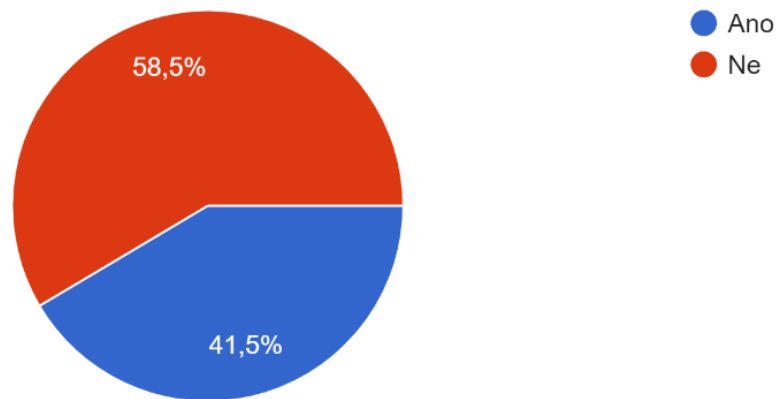
Komentář:

Stejně jako v předchozí otázce, i zde bylo možné zvolit více odpovědí najednou. V této otázce mého dotazníkového šetření bylo celkem získáno 103 odpovědí. 54 respondentů (65,9 %) zvolilo možnost, že by při poslední chvíli svého života chtěli mít okolo sebe kruh rodiny a kruh svých blízkých, 24 respondentů (29,3 %) odpovědělo, že nad tím doposud nepřemýšleli, 11 respondentů (13,4 %) zvolilo možnost, že by chtěli být sami, 11 respondentů (13,4 %) zvolilo možnost, že by u sebe chtěli mít kněze nebo kaplana, 3 respondenti (3,7 %) by u sebe chtěli mít zdravotnický personál.

Otázka č. 10: Znal/a jste Institut dříve vysloveného přání a jeho znění před vyplňováním tohoto dotazníku?

„Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.“ §36 Zákon č. 372/2011 Sb.

- Ano
- Ne



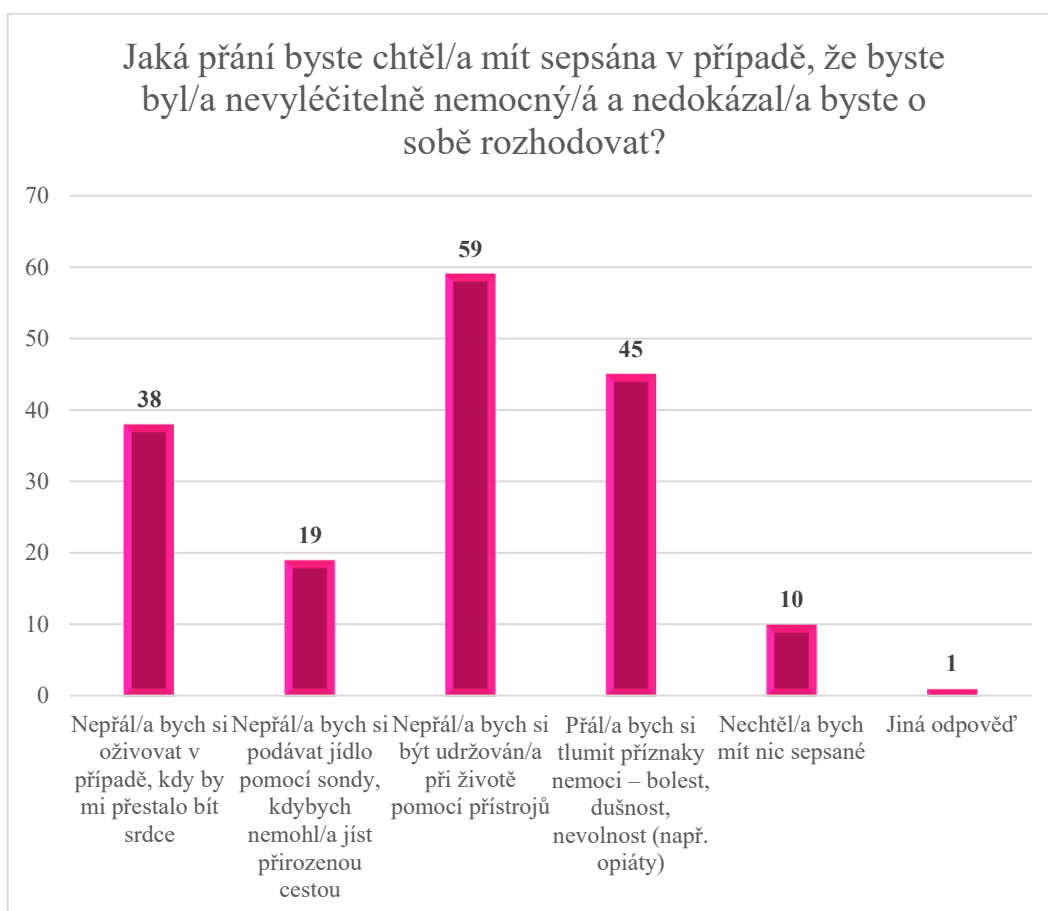
Graf č. 8 Znalost veřejnosti o institutu dříve vysloveného přání

Komentář:

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) na otázku týkající se znalosti institutu dříve vysloveného přání odpovědělo 48 dotazovaných (58,5 %) „Ne“, 34 dotazovaných (41,5 %) odpovědělo „Ano“.

Otázka č. 11: Jaká přání byste chtěl/a mít sepsána v případě, že byste byl/a nevléčitelně nemocný/á a nedokázal/a byste o sobě rozhodovat?

- Nepřál/a bych si oživovat v případě, kdy by mi přestalo bít srdce
- Nepřál/a bych si podávat jídlo pomocí sondy, kdybych nemohl/a jíst přirozenou cestou
- Nepřál/a bych si být udržován při životě pomocí přístrojů
- Přál/a bych si tlumit příznaky nemoci – bolest, dušnost, nevolnost (např. opiáty)
- Nechtěl/a bych mít nic sepsané
- Jiné – napište:



Graf č. 9 Přání respondentů

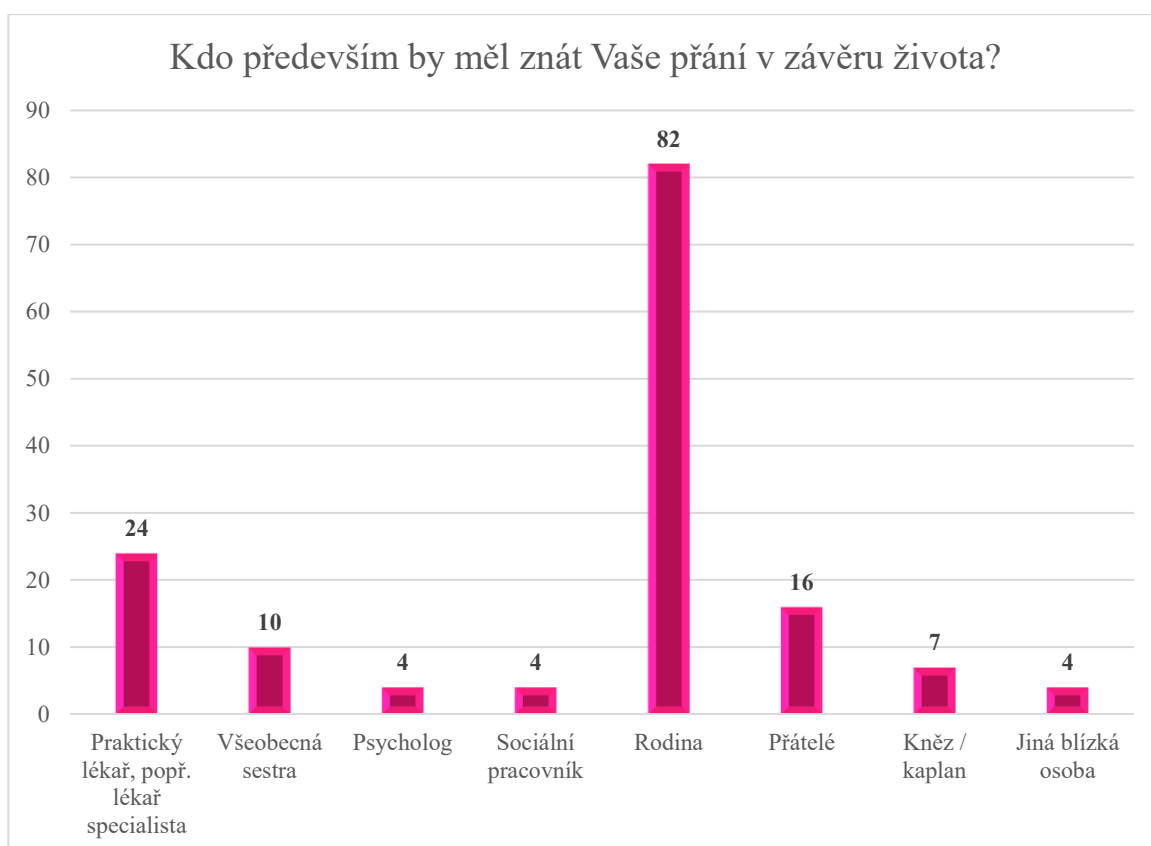
Komentář:

V této otázce bylo možné zvolit více odpovědí najednou. Celkem bylo získáno 172 odpovědí. Nejčastěji respondenti volili možnost, že by si nepřáli být udržováni při životě pomocí přístrojů a tuto možnost zvolilo 59 respondentů (72 %), 45 respondentů (54,9 %) zvolilo možnost, že by si přáli tlumit příznaky nemoci, které se v souvislosti s nevléčitelnou nemocí

objevují, nejčastěji se jedná o bolest, dušnost a nevolnost, 38 respondentů (46,3 %) odpovědělo, že by si nepřáli být oživováni v případě, kdy by jim přestalo bít srdce, 19 respondentů (23,2 %) uvedlo, že by si nepřáli podávat jídlo pomocí sondy, pokud by nemohli jíst přirozenou cestou, 10 respondentů (12,2 %) odpovědělo, že by nechtěli mít nic sepsané, 1 respondent (1,2 %) zvolil možnost jiné odpovědi a uvedl, že je zastáncem eutanazie.

Otázka č. 12: Kdo především by měl znát Vaše přání v závěru života?

- Praktický lékař, popř. lékař specialista
- Všeobecná sestra
- Psycholog
- Sociální pracovník
- Rodina
- Přátelé
- Kněz / kaplan
- Jiná blízká osoba



Graf č. 10 Kdo především by měl znát přání respondentů

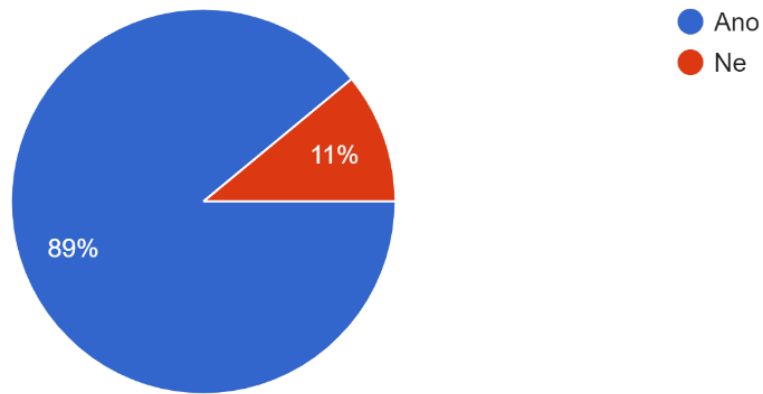
Komentář:

Stejně jako v předchozí otázce mého dotazníkového šetření, i zde bylo možné zvolit více odpovědí najednou. Dohromady bylo získáno 151 odpovědí. 82 respondentů (100 %) odpovědělo, že by jejich přání v závěru života měla znát především rodina, 24 respondentů (29,3 %) zvolilo možnost odpovědi praktický lékař, popřípadě lékař specialista, 16 respondentů (19,5 %) uvedlo, že by jejich přání v závěru života měli znát přátelé, 10 respondentů (12,2 %)

zvolilo odpověď všeobecná sestra, 4 respondenti (4,9 %) odpověděli, že by jejich přání v závěru života měl znát psycholog, 4 respondenti (4,9 %) odpověděli sociální pracovník, 4 respondenti (4,9 %) zvolili možnost, že by jejich přání v závěru života měla znát jiná blízká osoba.

Otázka č. 13: Paliativní péče se zabývá péčí o nevléčitelně nemocné. Byla Vám tato informace doposud známá?

- Ano
- Ne



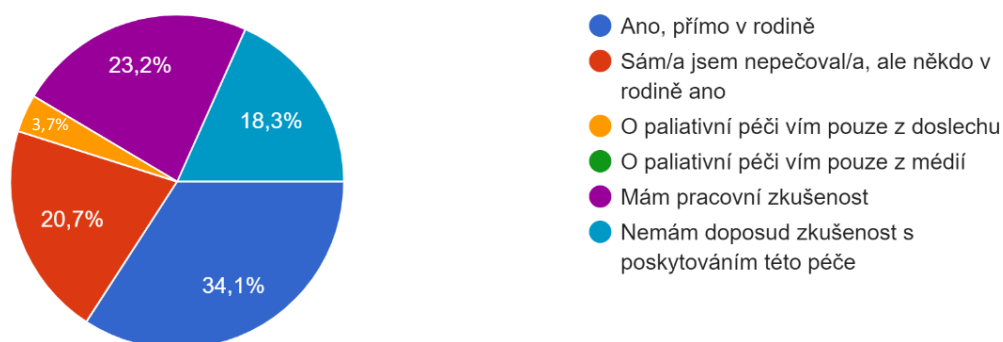
Graf č. 11 Znalost respondentů o paliativní péči

Komentář:

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) byla 73 respondentům (89 %) paliativní péče známá, 9 respondentům (11 %) byla paliativní péče neznámá.

Otázka č. 14: Pečoval/a jste někdy o někoho, kdo byl nevléčitelně nemocný?

- Ano, přímo v rodině
- Sám/a jsem nepečoval/a, ale někdo v rodině ano
- O paliativní péči vím pouze z doslechu
- O paliativní péči vím pouze z médií
- Mám pracovní zkušenost
- Nemám doposud zkušenost s poskytováním této péče



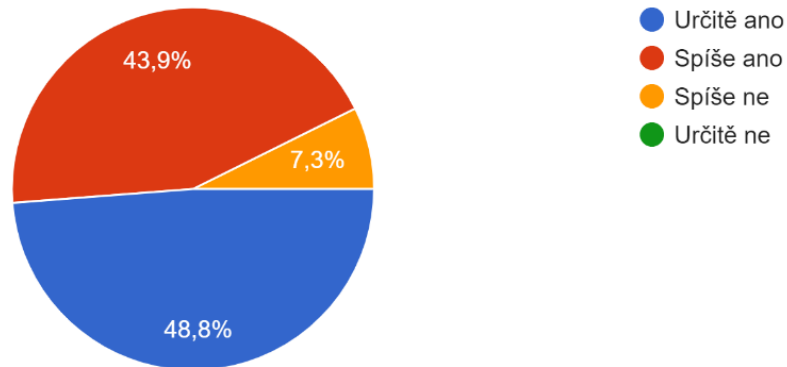
Graf č. 12 Péče respondentů o nevléčitelně nemocné

Komentář:

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) o nevléčitelně nemocného pečovalo 28 respondentů přímo v rodině (34,1 %), 19 respondentů má s paliativní péčí pracovní zkušenost (23,2 %), 17 respondentů přímo o nevléčitelně nemocného nepečovalo, ale někdo v jejich rodině pečoval (20,7 %), 15 respondentů nemá žádnou zkušenost s poskytováním této péče (18,3 %), 3 respondenti vědí o paliativní péči pouze z doslechu (3,7 %) a žádný respondent (0%) nezvolil možnost odpovědi „*O paliativní péči vím pouze z médií*“.

Otázka č. 15: Myslíte si, že má dnešní medicína dostatek prostředků ke zmírnění příznaků nemoci, které se objevují v závěru života?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne



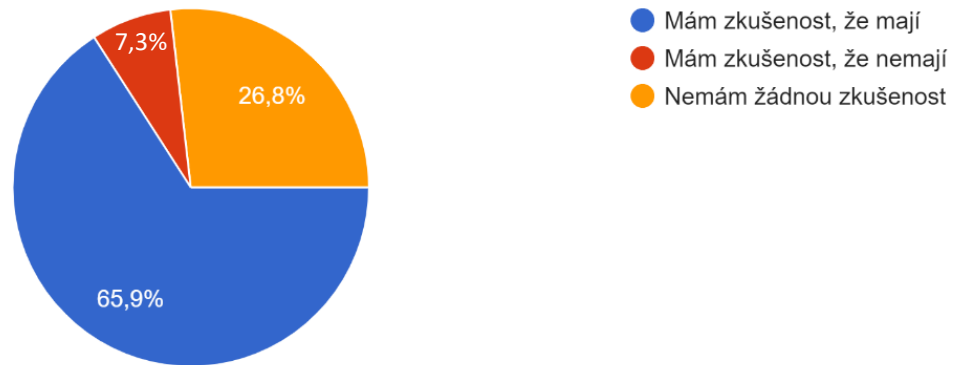
Graf č. 13 Pohled respondentů na prostředky k mírnění příznaků nemoci v závěru života

Komentář:

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) na otázku, zda si myslí, že má medicína dostatek prostředků k mírnění příznaků nemoci v závěru života odpovědělo 40 respondentů „Určitě ano“ (48,8 %), 36 respondentů odpovědělo „Spíše ano“ (43,9 %), 6 respondentů odpovědělo „Spíše ne“ (7,3 %), žádný respondent nevolil možnost odpovědi „Určitě ne“ (0 %).

Otázka č. 16: Máte zkušenost s tím, že lidé mají v závěru svého života dostatečně tlumeny příznaky nemoci? (bolest, dušnost, nevolnost)

- Mám zkušenost, že mají
- Mám zkušenost, že nemají
- Nemám žádnou zkušenost



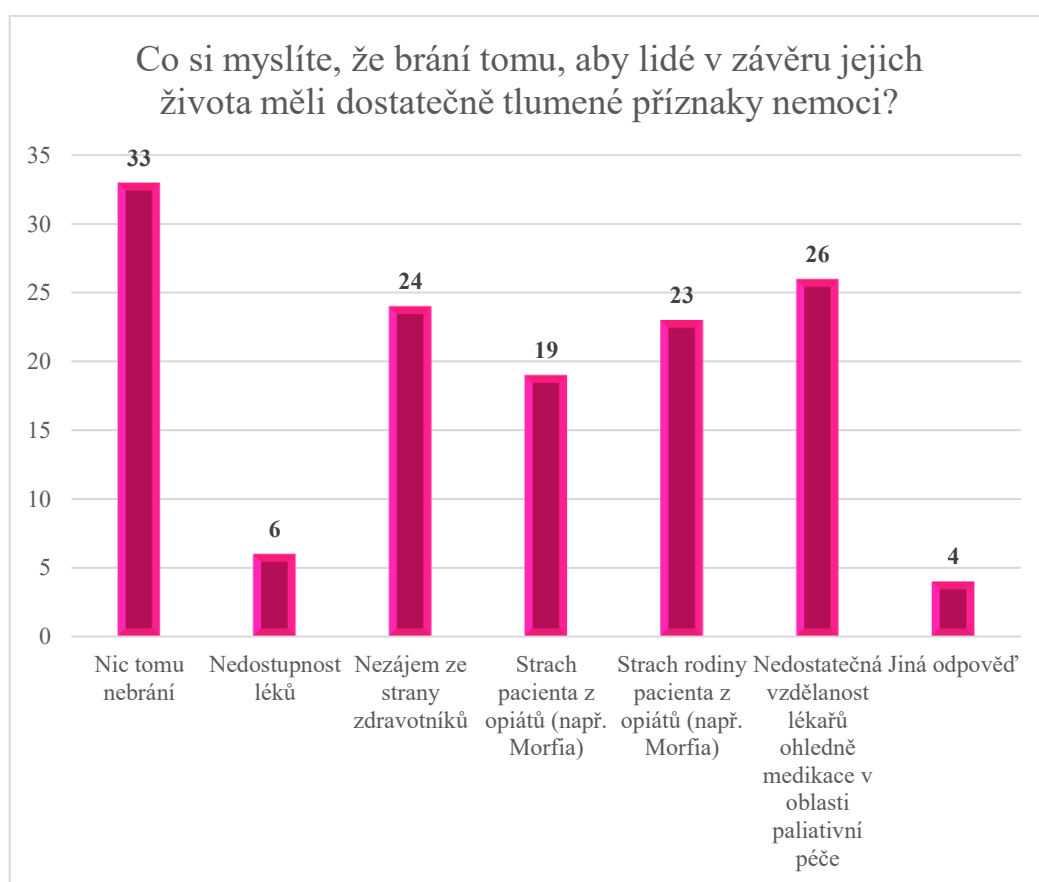
Graf č. 14 Zkušenosti respondentů s tlumením příznaků v závěru života těžce nemocných lidí

Komentář:

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) odpovědělo 54 respondentů, že mají zkušenost s tlumením příznaků u lidí v závěru života (65,9 %), 22 respondentů nemá žádnou zkušenost s tlumením příznaků nemoci u lidí v závěru života (26,8 %), 6 respondentů má zkušenost, že lidé nemají v závěru života dostatečně tlumeny příznaky nemoci (7,3 %).

Otázka č. 17: Co si myslíte, že brání tomu, aby lidé v závěru jejich života měli dostatečně tlumené příznaky nemoci?

- Nic tomu nebrání
- Nedostupnost léků
- Nezájem ze strany zdravotníků
- Strach pacienta z opiátů (např. Morfia)
- Strach rodiny pacienta z opiátů (např. Morfia)
- Nedostatečná vzdělanost lékařů ohledně medikace v oblasti paliativní péče
- Jiné – napište:



Graf č. 15 Co podle respondentů brání tomu, aby lidé v závěru života měli dostatečně tlumené příznaky nemoci

Komentář:

V této otázce bylo možné zvolit více odpovědí najednou. Dohromady bylo získáno 135 odpovědí. Nejvíce volenou odpovědí bylo, že nic nebrání tomu, aby lidé v závěru jejich života měli dostatečně tlumené příznaky nemoci, tuto odpověď zvolilo 33 respondentů (40,2 %), 26

respondentů (31,7 %) zvolilo nedostatečnou vzdělanost lékařů ohledně medikace v oblasti paliativní péče, 24 respondentů (29,3 %) zvolilo jako odpověď nezájem ze strany zdravotníků, 23 respondentů (28 %) zvolilo strach rodiny pacienta z opiátů (např. Morfia), 19 respondentů (23,2 %) zvolilo strach pacienta z opiátů (např. Morfia), 6 respondentů (7,3 %) odpovědělo, že dostatečnému tlumení příznaků nemoci brání nedostupnost léků, 4 respondenti (4,9 %) zvolili možnost jiné odpovědi a z toho 3 respondenti (3,7 %) uvedli, že dostatečnému tlumení příznaků nemoci brání všeobecný nedostatek informací v oblasti paliativní péče, 1 respondent (1,2 %) uvedl, že dostatečnému tlumení příznaků nemoci brání nedostatek lůžek, které se zabývají paliativní péčí.

8 DISKUZE

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké má veřejnost povědomí o prožívání závěru života. Na základě mého tématu byly dále vytvořeny 4 dílčí cíle, které tak doplňují a konkrétněji vyzdvihují danou problematiku závěru života. V této bakalářské práci zjišťujeme, jak veřejnost nahlíží na smrt, zda ví o institutu dříve vysloveného přání a plánu péče v závěru života, dále zjišťujeme znalost veřejnosti o paliativní péči a v neposlední řadě také zjišťujeme znalost veřejnosti o tlumení příznaků v závěru života.

Výzkumná metoda této práce byla zvolena kvantitativní. Výzkum proběhl on-line formou anonymního dotazníku vlastní tvorby, který byl rozeslán veřejnosti přes sociální síť. Výzkumu se zúčastnilo celkem 82 respondentů, z toho 62 žen (75,6 %) a 20 mužů (24,4 %). (viz. Graf č. 1). Z jednotlivých věkových skupin byla nejvíce zastoupena věková kategorie 41-60 let (32,9 %) s počtem 27 respondentů, dále se výzkumu zúčastnilo 22 respondentů ve věkové kategorii 15-25 let (26,8 %), 19 respondentů ve věkové kategorii 61 a více let (23,2 %) a 14 respondentů ve věkové kategorii 26-40 let (17,1 %). (viz. Graf č. 2). Rozdíl mezi respondenty v oblasti víry nebyl zvlášť výrazný, z 82 dotazovaných bylo 40 věřících (48,8 %) a 42 nevěřících (51,2 %). (viz. Graf č. 3). Tohoto výzkumného šetření se zúčastnilo nejvíce respondentů se středním vzděláním s maturitou, konkrétně 41 respondentů (50 %), 18 respondentů (22 %) má vysokoškolské vzdělání, 11 respondentů má střední vzdělání s výučním listem (13,4 %), 8 respondentů má základní vzdělání (9,8 %) a nejméně respondentů má vyšší odborné vzdělání, konkrétně 4 respondenti (4,8 %). (viz. Graf č. 4).

8.1 PRVNÍ DÍLČÍ CÍL

První dílčí cíl se zabývá tím, jak veřejnost nahlíží na smrt. K tomuto dílčímu cíli jsem přiřadila nadcházející otázky:

5. Co pro Vás znamená slovo „smrt“?

Respondenti u této otevřené otázky nejčastěji uvedli, že slovo „smrt“ pro ně znamená „konec“ (36,6 %). Na druhém místě byla odpověď „přechod do dalšího života“ (14,7 %). Jako třetí nejčastější odpověď respondenti uvedli „odchod z pozemského světa“ (11 %). V těchto třech nejčastěji uváděných odpovědích vidíme značný rozdíl vnímání smrti. Je tedy možné vyvodit závěr s tím, že pro 30 respondentů z 82 smrtí končí život a s ním vše spojené, pro 12

respondentů z 82 je smrt jakýsi „mezník“, který značí přechod do dalšího, tedy posmrtného, života. 9 respondentů z 82 bere smrt jako odchod z pozemského světa, tedy lze předpokládat, že 9 respondentů nebere smrt jako úplný konec, ale ani přechod do dalšího života, spíše věří, že po smrti je něco, co překračuje náš pozemský svět. Všechny odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 1.

6. Přemýšlíte o smrti?

U této otázky volilo nejvíce (48,7 %) respondentů možnost, že o smrti přemýšlí občas. Velmi často o smrti přemýšlí 18 respondentů (22 %). Ve stejném počtu respondenti přemýšlí o smrti jen výjimečně. 6 respondentů (7,3 %) o smrti nikdy nepřemýšlí.

U dotazníkového šetření v bakalářské práci paní kolegyně Denkové, která se ve své práci věnovala podobnému tématu, a to konkrétně tématu smrti a umírání jako sociálnímu problému, vyšla u otázky, jak často lidé nad smrtí přemýšlí, stejně jako mně, nejčastěji volená odpověď „občas“. V jejím výzkumu tuto odpověď zvolilo 54,4 % respondentů (Denková, 2019).

Sama za sebe považuji za důležité se nad smrtí občas zamyslet, přeci jen je to neoddělitelná, neodvratitelná a přirozená součást našich životů, nad kterou je potřeba se občas pozastavit a přemýšlet.

7. Při jaké události jste se naposledy zamyslel/a nad vlastní smrtí?

U respondentů jsme touto otevřenou otázkou zjišťovali, kdy se nad vlastní smrtí zamysleli naposledy. Nejvíce respondentů (29,3 %) odpovědělo, že se nad vlastní smrtí zamysleli při úmrtí blízké osoby, dále respondenti (18,3 %) zmínili, že se nad vlastní smrtí zamysleli při onemocnění, jako třetí nejčastější odpověď respondenti uvedli, že se nad vlastní smrtí zamysleli při řízení v autě (15,9 %). Všechny odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 2.

U dotazníkového šetření v diplomové práci paní kolegyně Chalupové, která ve své práci řeší téma postoje dospělých osob ke smrti a umírání, v podobné otázce zaměřující se na uvažování nad smrtí či umíráním, došla k velice podobným výsledkům, jako já ve svém výzkumu. Paní kolegyně Chalupová uvádí, že respondenti nejčastěji uvažují nad smrtí při úmrtí blízké osoby a při onemocnění, které ohrožuje člověka na životě (Chalupová, 2017).

Na základě těchto odpovědí lze vyvodit závěr, že se lidé nad svojí smrtí nejvíce zamýšlejí, když se objeví v jejich blízkosti a značně se jich dotkne. Ať už je to při úmrtí blízké

osoby nebo při onemocnění, které pro ně značí určitý diskomfort. Toto uvědomění si vede mnoho lidí k závěru, že zdraví není samozřejmostí. Hranice mezi zdravím a nemocí je stejně tenká jako hranice mezi životem a smrtí.

První dílčí cíl zaměřující se na to, jak veřejnost nahlíží na smrt, byl splněn s následujícími závěry: Respondenti vnímají smrt jako konec života, někteří jako přechod do dalšího života a někteří jako odchod z pozemského světa. Respondenti přemýšlí o smrti občas a nejvíce v souvislosti s úmrtím blízké osoby nebo při onemocnění. Každému čas protéká mezi prsty, ne všichni se umí alespoň na chvíli zastavit a o tak závažném tématu jako je smrt přemýšlet. Proto považují za důležité téma smrti v sobě občas otevřít i řádně uzavřít. Vnímám, že je dobře, že respondenti nad smrtí občas přemýšlí.

Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

8.2 DRUHÝ DÍLČÍ CÍL

K druhému dílčímu cíli, který se zaměřuje na znalost veřejnosti o institutu dříve vysloveného přání a plánu péče v závěru života, jsem přiřadila tyto otázky:

8. Máte představu, kde byste si přál/a zemřít?

Nejvíce respondentů u této otázky zvolilo možnost „doma“ (85,4 %). Jako druhou nejčastější odpověď respondenti volili, že by si přáli zemřít „v hospici“ (24,4 %). Někteří respondenti také zvolili možnost „v domově pro seniory“ (3,7 %), pouze 1 respondent (1,2 %) zvolil možnost „v nemocnici“. Dále bylo uváděno, že by si respondenti přáli zemřít v přírodě (4,9 %), někteří nevědí (3,7 %) a 1 respondent (1,2 %) by si přál zemřít na chatě.

Z výsledků je tedy zřejmé, že nejvíce lidí by si přálo zemřít doma, jako tomu bylo dříve, kdy lidé v domácím prostředí umírali běžně. Pouze 1 respondent by si přál zemřít v nemocnici. Většina lidí totiž i dnes tráví poslední chvíle svého života v nemocnicích a ne tam, kde by si to opravdu přáli. Z výsledků je jasně vidět, co si lidé přejí nejvíce a dle mého názoru je důležité až nutné s nimi hovořit o jejich vizích a přáních. Je zásadní se zajímat o to, kde by si lidé, naši blízcí, přáli trávit poslední chvíle svých životů, abychom jim jejich přání mohli naplnit. Každým dnem se u nás, již od roku 1995, rozvíjí hospicová péče, domácí hospice jsou více dostupné, a

proto se může poskytovat adekvátní péče i pacientovi v jeho domácím prostředí a tam, kde to má rád.

U dotazníkového šetření bakalářské práce pana kolegy Šorma, který se ve své práci zabýval tématem etiky umírání a smrti, vyšla v podobné otázce jeho dotazníkového šetření nejčastěji volená možnost „v domácím prostředí“ (81 %). Na druhém místě jeho výzkumu vyšla možnost „v hospici“ (11 %), stejně jako v mém výzkumu (Šorm, 2021).

Některé rozdílné výsledky měla ve svém výzkumu paní kolegyně Denková, u které ve výzkumu respondenti na otázku, kde si přejí zemřít, nejčastěji odpověděli „doma“ (65 %), jako druhou možnost uvedli „nemocnice“ (23,3 %) a odpověď „hospic“ uvedl 1 respondent (1 %) (Denková, 2019).

Závěrem bych uvedla, že každý má jiná přání a jiné požadavky, proto je důležité o těchto věcech a vizích se svými blízkými hovořit včas.

9. Koho byste chtěl/a mít vedle sebe při poslední chvíli svého života?

Většina dotazovaných (65,9 %) zvolila možnost, že by při poslední chvíli svého života chtěla mít okolo sebe kruh rodiny a kruh svých blízkých. Je možné vyvodit závěr s tím, že je zásadní vědět o tom, co si druzí přejí a co by v případě jejich závěru života mělo pro ně největší význam.

10. Znal/a jste Institut dříve vysloveného přání a jeho znění před vyplňováním tohoto dotazníku?

Možnost „Ano“ zvolilo 34 respondentů (41,5 %). Možnost „Ne“ u této otázky zvolila většina respondentů, konkrétněji 48 respondentů z 82 (58,5 %).

Z toho plyne skutečnost, že většina respondentů o institutu dříve vysloveného přání doposud neměla žádné informace. Dle mého názoru je tento institut a jeho znění důležité znát, jelikož je to právo, na které má každý občan České republiky, který dovršil věku 18 let a nemá omezenou svéprávnost, nárok. Výsledky mého výzkumu ukazují, že je žádoucí posílit informovanost veřejnosti o DVP.

Myslím si, že by seznámení pacientů s institutem dříve vysloveného přání mělo být součástí komunikace mezi lékaři a pacienty, pokud s pacienty řeší jejich nevléčitelné onemocnění. Celkově by se mělo dodávat více informací o plánu budoucí péče. Informace o takových možnostech, které lidé mají, nejsou doposud moc rozšířené. V České republice toto

právo zatím využilo opravdu málo lidí. Je velmi podstatné v péči o pacienta vědět o jeho přáních. Tento fakt a určitá znalost poté usnadňuje vzájemnou spolupráci mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

11. Jaká přání byste chtěl/a mít sepsána v případě, že byste byl/a nevléčitelně nemocný/á a nedokázal/a byste o sobě rozhodovat?

V této otázce volilo 72 % dotazovaných možnost „nepřál/a bych si být udržován při životě pomocí přístrojů“. 54,9 % dotazovaných volilo možnost „přál/a bych si tlumit příznaky nemoci“, 46,3 % dotazovaných volilo možnost „nepřál/a bych si oživovat v případě, kdy by mi přestalo bít srdce“, 23,2 % dotazovaných volilo možnost „nepřál/a bych si podávat jídlo pomocí sondy, kdybych nemohl/a jíst přirozenou cestou“, 12,2 % dotazovaných volilo možnost „nechtěl/a bych mít nic sepsané“ a 1 dotazovaný (1,2 %) uvedl, že je zastáncem eutanázie.

Tato otázka nám blíže specifikuje to, že pokud by se lidé rozhodli využít možnost dříve vysloveného přání, jaké cíle by v případě nevléčitelného onemocnění brali za prioritní.

Z výsledků je zřejmé, že většina respondentů by si nepřála být udržována při životě pomocí přístrojů s nepříznivou prognózou. Tímto by pro ně byla snížena i jejich kvalita života. Jako druhá nejčastěji volená odpověď byla, že by si respondenti přáli mít tlumené příznaky nemoci, jako je bolest, dušnost, nevolnost a další. Dobře tlumené příznaky jsou základem pro kvalitní uspokojování potřeb sociálních, psychických i duchovních. Jsem toho názoru, že pokud má pacient dobře tlumené příznaky nemoci, má také velice dobrou kvalitu života, která je pro nemocného naprosto zásadní. Další odpovědi respondentů byly zaměřeny na ožívání v případě, kdy by jim přestalo bít srdce, na nepodávání jídla pomocí sondy. Pouze 10 respondentů z 82 zvolilo možnost, že by nechtěli mít nic sepsané. Bylo by zajímavé dále prozkoumat, z jakých zkušeností respondentů tato volba vychází a co za jejich rozhodnutím stojí.

12. Kdo především by měl znát Vaše přání v závěru života?

Všichni dotazovaní jsou toho názoru, že by jejich přání v závěru života měla znát především rodina, tuto odpověď zvolilo 100 % dotazovaných, tedy všech 82. Jako druhou možnost nejčastěji respondenti volili, že by jejich přání v závěru života měl znát praktický lékař, popřípadě lékař specialista. Tuto možnost zvolilo 29,3 % dotazovaných.

Na základě těchto dvou nejčastěji volených odpovědí lze vyvodit závěr s tím, že by se téma o přáních v závěru života mělo otevírat a komunikovat prioritně v rodinách. Pokud se

zaměříme na odpověď, která se týká lékaře, můžeme vidět souvislost s otázkou č. 10, ve které řešíme znalost veřejnosti o institutu dříve vysloveného přání. Lidé, jak vyplývá z této otázky, by si přáli, aby s nimi lékař řešil přání v závěru života, věděl o nich, znal je a tím by vzešel i plán budoucí péče.

Druhý dílčí cíl zaměřující se na zjištění znalosti veřejnosti o institutu dříve vysloveného přání a plánu péče v závěru života, byl splněn s následujícími závěry: Respondenti by si přáli zemřít v domácím prostředí a nejvíce by si přáli trávit poslední chvíle života v kruhu své rodiny a v kruhu svých blízkých. Většina respondentů neměla doposud o institutu dříve vysloveného přání žádné informace. Většina respondentů by při nevléčitelném onemocnění a v případě, že by o sobě nedokázala rozhodovat, chtěla mít sepsána, že by si nepřála být udržována při životě pomocí přístrojů. Také by si respondenti přáli mít tlumené příznaky nemoci v závěru života. Tato přání by měla dle odpovědí respondentů znát především rodina a praktický lékař.

Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

8.3 TŘETÍ DÍLČÍ CÍL

Ke třetímu dílčímu cíli, ve kterém zjišťujeme znalost veřejnosti o paliativní péči, jsem přiřadila tyto otázky:

13. Paliativní péče se zabývá péčí o nevléčitelně nemocné. Byla Vám tato informace doposud známá?

U této otázky zvolilo 89 % respondentů, že paliativní péče jim doposud známá byla. Pouze 11 % respondentům paliativní péče známá nebyla. Na základě těchto odpovědí lze vyvodit závěr, že lidé o paliativní péči mají povědomí.

14. Pečoval/a jste někdy o někoho, kdo byl nevléčitelně nemocný?

Většinové zastoupení měla v této otázce možnost, že o nevléčitelně nemocného pečovali respondenti přímo v rodině, konkrétněji se jedná o 34,1 % respondentů. Tato odpověď a výsledek mého výzkumu podtrhuje, že většina respondentů má s péčí o nevléčitelně nemocného určitou zkušenost. Jedna třetina respondentů se podílela přímo na péči o svého nevléčitelně nemocného blízkého. Péče o nevléčitelně nemocného přímo v rodině poskytuje respondentům možnost doprovázení a nové poznání.

Třetí dílčí cíl zaměřující se na znalost veřejnosti o paliativní péči byl splněn s následujícími závěry: Většina respondentů má o paliativní péči povědomí, před vyplňováním dotazníku jim byla informace o tom, co paliativní péče je, známá. Většina respondentů o nevléčitelně nemocného pečovala přímo v rodině, a tak s paliativní péčí mají i osobní zkušenosti. Předmětem dalšího zkoumání by mohlo být, co konkrétně příbuzným péče o nevléčitelně nemocného pacienta doma přináší.

Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

8.4 ČTVRTÝ DÍLČÍ CÍL

Čtvrtý dílčí cíl se zabývá znalostí veřejnosti o tlumení příznaků v závěru života. K tomuto dílčímu cíli jsem přiřadila následující otázky:

15. Myslíte si, že má dnešní medicína dostatek prostředků ke zmírnění příznaků nemoci, které se objevují v závěru života?

Většina respondentů, konkrétněji 48,8 % má takový názor, že v dnešní medicíně a dostupné léčbě je rozhodně dostatek prostředků k mírnění příznaků nemoci v závěru života. Další výzkum by mohl ukázat, na základě jakých zkušeností odpovídali ti respondenti, kteří zvolili možnost „Spíše ano“ a „Spíše ne“.

16. Máte zkušenost s tím, že lidé mají v závěru svého života dostatečně tlumeny příznaky nemoci? (bolest, dušnost, nevolnost)

Nejvíce respondentů, konkrétněji 65,9 % zvolilo možnost, že s tlumením příznaků nemoci v závěru života u lidí mají zkušenost. To znamená, že lidé mají tyto příznaky dostatečně tlumeny. 7,3 % respondentů má zkušenost s tím, že příznaky nemoci v závěru života nejsou dostatečně tlumeny.

Tento výsledek je potěšující, protože se tedy dle něho daří lidem v závěru života dostatečně tlumit příznaky nemoci a tím získat o to lepší kvalitu jejich života. Je zde vidět, že paliativní péče není již tolik v pozadí. Tento obor vstupuje více do veřejného povědomí. Největším smyslem tohoto oboru je úleva od symptomů a zlepšení kvality života, a to se dle výsledků mého výzkumu daří naplňovat.

17. Co si myslíte, že brání tomu, aby lidé v závěru jejich života měli dostatečně tlumené příznaky nemoci?

Tato otázka doplňuje tu předchozí, zda si respondenti myslí, že je něco, co by dostatečnému tlumení příznaků nemoci bránilo. Nejvíce volenou odpovědí bylo, že nic nebrání tomu, aby lidé v závěru jejich života měli dostatečně tlumeny příznaky nemoci, tuto odpověď zvolilo 40,2 % respondentů. Jako druhou nejčastější odpověď zvolilo 31,7 % respondentů, a to nedostatečnou vzdělanost lékařů ohledně medikace v oblasti paliativní péče.

K tomuto bych doplnila, že je potřeba o paliativní péči hovořit již při studiu a v průběhu studia tomuto oboru věnovat nějaký čas. Lze předpokládat, že pokud budou studenti a budoucí lékaři seznámeni s paliativní péčí konkrétněji a detailněji, můžou poté lépe a směřodatně o léčbě a dalším postupu, který se týká nevléčitelného onemocnění pacienta, rozhodovat.

Čtvrtý dílčí cíl zaměřující se na znalosti veřejnosti o tlumení příznaků v závěru života byl splněn s těmito závěry: Většina respondentů má takový názor, že v dnešní medicíně a dostupné léčbě je rozhodně dostatek prostředků k mírnění příznaků nemoci v závěru života. Povědomí o dostatku možností vedoucích k tlumení příznaků nemoci v závěru života se odráží i ve zkušenostech u více než poloviny respondentů, kteří mají zkušenost s dostatečným tlumením příznaků v praxi. Zároveň výzkum ukazuje, že 7,3 % respondentů má zkušenost s tím, že příznaky nemoci v závěru života nejsou dostatečně tlumeny.

Dílčí cíl č. 4 byl splněn.

Stanovené dílčí cíle č. 1 až č. 4 byly splněny. Tím byl splněn i hlavní cíl bakalářské práce „Zjistit, jaké povědomí má veřejnost o prožívání závěru života“.

Na podobné téma bylo napsáno několik prací:

Informovanost laiků o paliativní a hospicové péči (bakalářská práce)

Autor: David Petrúsek

Vedoucí práce: doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Obhajoba: 2017, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Postoje dospělých osob ke smrti a umírání (diplomová práce)

Autor: Bc. Jana Chalupová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Evžen Řehulka, CSc.

Obhajoba: 2017, Masarykova univerzita v Brně

Smrt a umírání jako sociální problém (bakalářská práce)

Autor: Simona Denková

Vedoucí práce: Mgr. Renata Polepilová

Obhajoba: 2019, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Tabuizace smrti v současné české společnosti (bakalářská práce)

Autor: Daniel Martínek

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil

Obhajoba: 2017, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

ZÁVĚR

Součástí této bakalářské práce je teoretická a praktická část. Teoretická část se týká problematiky umírání a smrti, definicemi těchto pojmů, péčí o tělo zemřelého. Zabývá se paliativní péčí, její historií a dělením paliativní péče. Nedílnou součástí této části je také paliativní sedace, dříve vyslovené přání a plán budoucí péče.

Praktická část se zaměřuje na povědomí veřejnosti o prožívání závěru života, zároveň popisuje nahlížení veřejnosti na smrt, zaměřuje se na znalost veřejnosti o institutu dříve vysloveného přání a plánu péče v závěru života. Také se zaměřuje na znalost veřejnosti o paliativní péči a na povědomí veřejnosti o možnostech tlumení příznaků nemoci v závěru života. Data pro výzkumné šetření a jeho zpracování jsem získala pomocí mnou vytvořeného anonymního dotazníku.

Smrt jakožto neoddělitelná součást všech životů, se dotýká každého z nás, ať už v osobní či profesní rovině. V profesi všeobecné sestry by měla být zahrnuta znalost smrti, péče o umírajícího i tělo zemřelého, všeobecná sestra musí umět komunikovat s rodinou i s pacientem, musí zvládat vystavení se této zátěži. Je důležité studenty, kteří se na tuto profesi připravují, s touto problematikou a ošetrovatelskou péčí v závěru života seznámit stejně tak, jako je seznámit se záchranou životů.

K výběru tohoto tématu mě vedla osobní zkušenost a bližší poznání. Je důležité mít povědomí o smrti a umírání. Pro mě osobně zpracování získaných výsledků bylo rozhodně přínosem. Díky tomuto procesu a zpracování výsledků jsem se dozvěděla, jak veřejnost o smrti přemýšlí, zda se jí vyhýbá, anebo jí přijímá za přirozenou. Ve výzkumu jsem zjistila, že lidé vnímají smrt jako konec života, někteří jako odchod z pozemského světa. O smrti přemýšlí občas, nejvíce v souvislosti s úmrtím blízké osoby nebo při onemocnění. Nejvíce tázaných lidí by si přálo zemřít v domácím prostředí v kruhu své rodiny a svých blízkých. Většina neměla o institutu dříve vysloveného přání žádné informace. Při sepsání přání v závěru života nevyléčitelného onemocnění většina uvedla nebýt udržován při životě pomocí přístrojů, také by si přáli mít tlumené příznaky nemoci v závěru života. Tato přání by měla znát hlavně rodina a praktický lékař. Většina lidí má o paliativní péči povědomí a mají s ní i osobní zkušenosti. Dle veřejnosti mají lidé v závěru života dostatečně tlumeny příznaky nemoci.

Doporučení pro praxi:

Na základě získaných výsledků můžeme doporučit více se zabývat a hovořit s lidmi o DVP, o kterém moc povědomí nemají. Komunikace o DVP je velice citlivá a bylo by velmi prospěšné, aby jí předcházela komunikace o preferencích a hodnotách pacienta. Účinnou komunikaci o těchto tématech lze dobře vést, pokud je mezi pacientem a zdravotnickým personálem navázaný vztah důvěry. Základním prvkem, který buduje důvěru, je snaha o lepší pochopení situace, ve které se pacient a rodina nachází, tedy nehodnocení postojů pacienta a nevnucování řešení. Dalším faktorem je, aby zdravotnický personál, nejčastěji lékaři, začínali s rozhovory včas a nenechávali je na poslední dny života pacienta, kdy už je pacient slabý, vyčerpaný a péče se do té doby neděla dle jeho přání a preferencí. Diagnostika nevléčitelného onemocnění může rovněž znamenat včasný začátek rozhovorů o přáních a prioritách.

Posílit informovanost o DVP mohou zdravotničtí pracovníci tak, že se budou nejdříve s pacienty bavit o jejich přáních a preferencích v období nevléčitelného onemocnění a na základě znalostí preferencí a hodnot pacienta mohou poté lépe otevírat téma DVP.

Například: *„Říkal jste, že je pro Vás větší hodnota kvalita života, než jeho délka a máte obavy, že se může stát, že byste závěr života trávil na přístrojích. Rád/a bych Vás informoval/a o možnosti sepsání DVP...“* Tento příklad názorně ukazuje, že je v praxi potřeba posílit komunikační dovednosti zdravotnického personálu a nastavit organizační strukturu poskytování péče tak, aby měl zdravotnický personál prostor jak pro vzdělávání v komunikaci, tak pro samotné vedení komunikace. Dobrou pomůckou může být návrh manuálu pro rozhovor o přáních a preferencích – Průvodce budoucí péčí, které vydalo Centrum paliativní péče a je dostupné na vyžádání ve zmíněné organizaci.

Když budou známy informace, jak si pacienti přejí, aby o ně bylo pečováno, tak se o ně i dle jejich přání může pečovat. Když tyto preference známy nebudou, péče jim bude poskytována dle harmonogramu oddělení. Komunikace o přáních v závěru života a DVP je zásadní pro poskytování péče dle hodnot a přání pacienta.

Výsledky mého výzkumu mohou být užitečnými pro laickou veřejnost k bližšímu poznání prožívání závěru života, ale i pro zdravotnické pracovníky k lepším znalostem ohledně pacientových přání a jeho prožívání závěru života. Výsledky mého výzkumu mohou dále sloužit k dalším výzkumným účelům.

ABSTRAKT

- Autor:** Vendula Stehlíková
Instituce: Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav nelékařských studií
- Název práce:** Povědomí veřejnosti o prožívání závěru života
Vedoucí práce: Bc. et Bc. Viera Ivanovová
Počet stran: 86
Počet příloh: 2
Rok obhajoby: 2022
Klíčová slova: smrt, umírání, vnímání smrti, paliativní péče, paliativní sedace, dříve vyslovené přání, plán budoucí péče

Bakalářská práce se zabývá povědomím veřejnosti o prožívání závěru života. Součástí této práce je teoretická a praktická část. Teoretická část se zabývá umíráním a smrtí, komunikací v závěru života, potřebami v závěru života, doprovázením i péčí o tělo zemřelého. Je zde popsána paliativní péče, paliativní sedace, dříve vyslovené přání a plán budoucí péče. V praktické části jsou popsány výsledky výzkumu, který se zabývá povědomím veřejnosti o prožívání závěru života. Výzkumné šetření proběhlo on-line formou anonymního dotazníku, který byl rozeslán veřejnosti přes sociální síť. Byl stanoven 1 hlavní cíl a 4 dílčí cíle. Všechny cíle byly splněny. Na základě výsledků a výstupů jsem uvedla možná doporučení pro praxi za účelem lepšího vnímání smrti a tím i zlepšení pohledu na dříve vyslovená přání. Tato práce by měla být přínosem nejen pro laickou veřejnost, ale i pro zdravotnické pracovníky.

ABSTRACT

Author: Vendula Stehlíková
Institution: Charles University
Faculty of Medicine in Hradec Králové
Department of Non-medical Studies

Title: Public awareness of end-of-life experiences

Supervisor: Bc. et Bc. Viera Ivanovová

Number of pages: 86

**Number of
attachements:** 2

Year of defense: 2022

Keywords: Death, dying, perception of death, palliative care, palliative sedation, advance healthcare directive, advance care planning

The bachelor thesis deals with public awareness of end-of-life experiences. This thesis includes a theoretical and practical part. The theoretical part deals with dying and death, end of life communication, end of life needs, accompaniment and care of the deceased. Palliative care, palliative sedation, advance healthcare directive and advance care planning are described. In the practical section, the results of a research project on public awareness of end-of-life experiences are described. The research was conducted online in the form of an anonymous questionnaire that was distributed to the public via social media. There was 1 main objective and 4 sub-objectives. All objectives were met. Based on the results and outcomes, I made possible recommendations for practice in order to improve the perception of death and this improve the perspective on advance healthcare directive. This work should be of benefit not only to the general public but also to healthcare professionals.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.

DENKOVÁ, Simona. *Smrt a umírání jako sociální problém* [online]. Zlín, 2019 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/on4lya/>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Renata Polepilová.

DÉMUTHOVÁ, Slávka. *Keď umiera dieťa: praktická tanatológia I*. 1. vyd. Pusté Úľany: Schola Philosophica, 2010. 301 s. ISBN 978-80-89488-00-1.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-726-2132-7.

HONZÍK, Jan. 2015. *Principy při doprovázení umírajících*. Úvod – Psychoterapeutické centrum Lávka [online]. Copyright ©8 [cit. 23.01.2022]. Dostupné z: https://centrum-lavka.cz/images/Principy_doprov%C3%A1zen%C3%AD_um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%ADch.pdf

CHALUPOVÁ, Jana. *Postoje dospělých osob ke smrti a umírání* [online]. Brno, 2017 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/uvwfls/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Evžen Řehulka, CSc.

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.

KALA, Miroslav. Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace. *Medicina pro praxi*, 2014, roč. 11, č. 6. ISSN: 1214-8687.

KISS, Igor. *Modrá kniha České onkologické společnosti*. Masarykův onkologický ústav. Brno, 2021. Linkos.cz [online]. Copyright © [cit. 06.02.2022]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/modra-kniha/20.pdf>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

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

LOBO, Ben a Keri Thomas, ed. *Advance care planning in end of life care*. Oxford: Oxford University Press, c2011. ISBN 978-0-19-956163-6.

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5.

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

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLÁMA, Ondřej. 2020. *Advance care planning*. Komplexní hodnocení pacienta v paliativní péči | Paliativní péče | Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Informační systém [online]. Copyright © 2020 Masarykova univerzita [cit. 18.02.2022]. Dostupné z: www.is.muni.cz

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠORM, Tomáš. *Etika umírání a smrti - respektování etických principů v ošetrovatelské péči v poslední etapě života*. Hradec Králové, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce Kutnohorská, Jana.

ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 5. vydání. Přeložil Aranka GÄRTNEROVÁ. [Praha]: Cesta domů, [2016]. ISBN 978-80-88126-09-6.

ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-8155-6.

TOMEŠOVÁ, Jana. 2016. *Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby*. [Online]. [cit. 17.02.2022]. Dostupné z: www.pravniprostor.cz

YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-147-6.

SEZNAM ZKRATEK

DVP – dříve vyslovené přání

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1 Pohlaví respondentů</i>	40
<i>Graf č. 2 Věk respondentů.....</i>	41
<i>Graf č. 3 Respondenti a jejich vztah k víře</i>	42
<i>Graf č. 4 Vzdělání respondentů.....</i>	43
<i>Graf č. 5 Přemýšlení respondentů o smrti</i>	46
<i>Graf č. 6 Představa respondentů, kde by si přáli zemřít.....</i>	49
<i>Graf č. 7 S kým by respondenti chtěli trávit poslední chvíli života.....</i>	50
<i>Graf č. 8 Znalost veřejnosti o institutu dříve vysloveného přání</i>	51
<i>Graf č. 9 Přání respondentů</i>	52
<i>Graf č. 10 Kdo především by měl znát přání respondentů.....</i>	54
<i>Graf č. 11 Znalost respondentů o paliativní péči.....</i>	56
<i>Graf č. 12 Péče respondentů o nevléčitelně nemocné.....</i>	57
<i>Graf č. 13 Pohled respondentů na prostředky k mírnění příznaků nemoci v závěru života</i>	58
<i>Graf č. 14 Zkušenosti respondentů s tlumením příznaků v závěru života těžce nemocných lidí</i>	59
<i>Graf č. 15 Co podle respondentů brání tomu, aby lidé v závěru života měli dostatečně tlumené příznaky nemoci</i>	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Odpovědi respondentů na otázku, co pro ně znamená „smrt“44

Tabulka č. 2 Odpovědi respondentů, kdy se naposledy zamysleli nad vlastní smrtí.....47

SEZNAM PŘÍLOH

<i>Příloha č. 1 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci</i>	82
<i>Příloha č. 2 Dotazník</i>	83

Příloha č. 1 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci



Autor: Vendula Stehlíková

Komentář:

Zkušenosti jak pracovní, tak osobní z Hospice Anežky České mě vedly k zamyšlení se nad tématem, které jsem si zvolila pro svou bakalářskou práci.

Příloha č. 2 Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Vendula Stehlíková a jsem studentkou 3. ročníku Lékařské fakulty v Hradci Králové, oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění mého dotazníku, který se týká výzkumu k bakalářské práci na téma „Povědomí veřejnosti o prožívání závěru života“. Dotazník je anonymní a já budu velice ráda, když si najdete 5 minut na jeho vyplnění. S vyplněním a odesláním dotazníku souhlasíte se zpracováním Vámi uvedených dat pro výzkumné šetření.

Za vyplnění předem děkuji.

1. Jste žena nebo muž?

- Žena
- Muž

2. Kolik Vám je let?

- 15-25 let
- 26-40 let
- 41-60 let
- 61 a více let

3. Jste věřící?

- Ano
- Ne

4. Jaké je Vaše dopsud nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní vzdělání
- Střední vzdělání s výučním listem
- Střední vzdělání s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání

5. Co pro Vás znamená slovo „smrt“?

Napište:

6. Přemýšlíte o smrti?

- Velmi často
- Občas
- Jen výjimečně
- Nikdy

7. Při jaké události jste se naposledy zamyslel/a nad vlastní smrtí?

Napište:

8. Máte představu, kde byste si přál/a zemřít?

Lze zvolit více odpovědí.

- Doma
- V hospici
- V nemocnici
- V domově pro seniory
- Jiné – napište:

9. Koho byste chtěl/a mít vedle sebe při poslední chvíli svého života?

Lze zvolit více odpovědí.

- Chtěl/a bych být sám/sama
- Chtěl/a bych být v kruhu rodinném a v kruhu svých blízkých
- Chtěl/a bych mít u sebe kněze/kaplana
- Chtěl/a bych mít u sebe zdravotnický personál
- Doposud jsem nad tím nepřemýšlel/a

10. Znal/a jste Institut dříve vysloveného přání a jeho znění před vyplňováním tohoto dotazníku?

„Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.“ §36 Zákon č. 372/2011 Sb.

- Ano
- Ne

11. Jaká přání byste chtěl/a mít sepsána v případě, že byste byl/a nevléčitelně nemocný/á a nedokázal/a byste o sobě rozhodovat?

Lze zvolit více odpovědí.

- Neprál/a bych si oživovat v případě, kdy by mi přestalo bít srdce
- Neprál/a bych si podávat jídlo pomocí sondy, kdybych nemohl/a jíst přirozenou cestou
- Neprál/a bych si být udržován při životě pomocí přístrojů
- Prál/a bych si tlumit příznaky nemoci – bolest, dušnost, nevolnost (např. opiáty)
- Nechtěl/a bych mít nic sepsané
- Jiné – napište:

12. Kdo především by měl znát Vaše přání v závěru života?

Lze zvolit více odpovědí.

- Praktický lékař, popř. lékař specialista
- Všeobecná sestra
- Psycholog
- Sociální pracovník
- Rodina
- Přátelé
- Kněz / kaplan
- Jiná blízká osoba

13. Paliativní péče se zabývá péčí o nevléčitelně nemocné. Byla Vám tato informace doposud známá?

- Ano
- Ne

14. Pečoval/a jste někdy o někoho, kdo byl nevléčitelně nemocný?

- Ano, přímo v rodině
- Sám/a jsem nepečoval/a, ale někdo v rodině ano
- O paliativní péči vím pouze z doslechu
- O paliativní péči vím pouze z médií
- Mám pracovní zkušenost

- Nemám doposud zkušenost s poskytováním této péče

15. Myslíte si, že má dnešní medicína dostatek prostředků ke zmírnění příznaků nemoci, které se objevují v závěru života?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

16. Máte zkušenost s tím, že lidé mají v závěru svého života dostatečně tlumeny příznaky nemoci? (bolest, dušnost, nevolnost)

- Mám zkušenost, že mají
- Mám zkušenost, že nemají
- Nemám žádnou zkušenost

17. Co si myslíte, že brání tomu, aby lidé v závěru jejich života měli dostatečně tlumené příznaky nemoci?

Lze zvolit více odpovědí.

- Nic tomu nebrání
- Nedostupnost léků
- Nezájem ze strany zdravotníků
- Strach pacienta z opiátů (např. Morfia)
- Strach rodiny pacienta z opiátů (např. Morfia)
- Nedostatečná vzdělanost lékařů ohledně medikace v oblasti paliativní péče
- Jiné – napište: