

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ETICKÉ ASPEKTY PÉČE O UMÍRAJÍCÍ  
NA PSYCHIATRII**

**Bakalářská práce**

**IVA FRUHBAUEROVÁ**

Vedoucí bakalářské práce: Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE  
FAKULTY OF MEDICINES IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**ETHICAL ASPECTS OF CARE  
ABOUT Dying PERSON IN PSYCHIATRI**

**Bachelor work**

IVA FRUHBAUEROVÁ

Supervisor: Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, pod vedením  
Doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc., a že jsem uvedla všechny prameny, ze kterých jsem  
čerpala.

V Havlíčkově Brodě 28.4.2006

.....

Iva Frühbauerová

Poděkování:

Děkuji paní Doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné konzultace a pomoc při vedení a zpracování tématu. Dále děkuji MUDr. Petru Hromadovi, lékaři příjímacího gerontopsychiatrického oddělení pro muže, za cenné rady z oblasti psychiatrie.

*Motto:*

**Smrt není porážka, jako ani život není vítězství**

*Reinhard Abeln, Anton Kner*

## OBSAH

<b>1. Úvod .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Cíl práce .....</b>	<b>10</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>3. Etika v ošetrovatelství .....</b>	<b>11</b>
<b>4. Etika v psychiatrii .....</b>	<b>13</b>
<b>5. Člověk a duševní nemoc .....</b>	<b>14</b>
<b>6. Psychiatrický pacient .....</b>	<b>16</b>
6.1. Hospitalizace .....	16
6.2. Stigma duševně nemocných .....	17
6.3. Vztah sestry – pacient .....	18
6.4. Umírající pacient .....	19
6.4.1. Paliativní léčba .....	21
6.5. Rodina pacienta .....	23
6.5.1. Sdělení pravdy .....	23
6.6. Spolupacienti .....	25
<b>7. Umírání a smrt .....</b>	<b>26</b>
7.1. Duchovní podpora .....	28
7.2. Práva umírajících .....	29
7.3. Fáze umírání .....	29
7.3.1. Pre finem .....	30
7.3.2. In finem .....	30
7.3.3. Post finem .....	31
7.3.3.1. Péče o mrtvé tělo .....	32
7.3.3.2. Pozůstalí .....	34
<b>8. Sociální pracovník .....</b>	<b>35</b>
<b>9. Eutanázie .....</b>	<b>36</b>

<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	39
<b>10. Výzkum</b> .....	39
10.1. Cíle výzkumu .....	39
10.2 Hypotézy výzkumu .....	39
10.3. Metoda výzkumu .....	40
10.4. Charakteristika zkoumaného vzorku .....	40
10.5. Výsledky a jejich interpretace .....	41
<b>11. Diskuse</b> .....	60
<b>12. Závěr</b> .....	63
<b>13. Resumé</b> .....	66
<b>14. Summary in english language</b> .....	67
<b>15. Použitá literatura</b> .....	68
<b>Seznam příloh</b> .....	70
<b>PŘÍLOHY</b> .....	71

## Úvod

Psychicky postižení a nemocní se svým onemocněním v historii lidstva vždy řadili mezi ty, kteří nebyli příliš privilegováni. Humánního přístupu se jim pravděpodobně nedostávalo. Z historie se často dozvídáme o krutostech, které byly páčány na duševně chorých. Byli upalováni, mučeni hladomorem, vypouštění na širé moře, vyhánění do lesů, obvinění z čarodějnictví, vystavování v klecích k pobavení ostatních.

Začátkem 19. století se humanistické postoje začínají odrážet i v psychiatrii. Rozvíjí se psychologie, neurologie, psychiatrie. K prudkému rozvoji psychiatrie dochází v polovině 19. století. Rozvíjí se lůžková psychiatrická péče v řadě psychiatrických léčeben. Psychiatrické ambulance se objevují v polovině 20. století a koncem 20. století se rozvíjí řada soukromých i státních pracovišť, jako jsou denní stacionáře, krizová centra, chráněná pracoviště a chráněná bydlení. Do všeobecného zdravotnictví se psychiatrie jako taková integrovala od třicátých let minulého století. I přesto, že dochází k odbourávání negativních postojů k duševně nemocným a postoj k nim je realističtější a humanističtější, předsudky a obavy z duševně nemocných z částí zůstávají.

Ve své práci bych se chtěla zaměřit na duševně nemocné pacienty, kteří prožívají část svého života v psychiatrické léčebně a jejichž život zde končí.

Ještě před několika lety se uskutečňovala osvěta v otázkách duševních poruch pod heslem „duševní nemoc jako každá jiná“. (Chromý, 1990, s. 14) Avšak i nyní, potkáme – li u lékaře pacienta např. s plicním onemocněním a duševně nemocného, jehož nemoc bude znatelná, nebudeme zřejmě obě onemocnění hodnotit stejně. Postoj laika bude možná odmítavý, postoj rodiny ovlivní nejspíš myšlenka, proč se nemoc rozvinula. Zda za to může pacient sám nebo přispělo okolí. U zdravotníků by měl být vztah k duševně nemocnému nekompromisně profesionální, neboť i tito lidé mají svá práva. Žijí svůj život, který jednoho dne skončí.

I duševně nemocný člověk jednoho dne umírá a potřebuje péči a především morální přístup ze stran ošetřujícího personálu, podporu a zájem rodiny v posledních okamžicích života. Je pochopitelné, že se všichni snažíme o zmírnění utrpení a oddálení smrti, je však současně nutné znát mez, kdy ji musíme přijmout. (Honzák, 1989, s. 105)



Filozofie umírání a smrti je stará, jako lidstvo samo. Smrt byla běžnou součástí života a byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez jakékoli pomoci. Umírání bylo relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Lapidárně lze říci, že lidé krátce stonali a rychle umírali. (Haškovcová, 2000, s. 24)

Dnes tomu bývá naopak než v dřívějších dobách. Lidé v terminálním stádiu umírají v institucích a tak většinou zdravotník bývá ten, kdo zemřelému zavírá oči. Od zdravotníka se očekává holistický a etický přístup. Ať už se jedná o zařízení nemocničního typu či nikoli. Stejně tomu bývá v psychiatrické léčebně. Ač se většinou jedná o pacienta, který nevyžaduje zvláštní péči, poslední okamžiky prožívá v zařízení a zde také umírá.

V teoretické části bych chtěla přiblížit etiku jako vědu, problematiku spojenou s duševním onemocněním, přístup zdravotnického personálu k duševně nemocným a umírajícím duševně nemocným, spolupráci s rodinou nemocného a v neposlední řadě bych chtěla zmínit oblast, jenž se týká okamžiků po smrti pacienta.

Oblast umírání a smrti je nikdy nekončící téma a umírající mají právo na důstojnou smrt.

Praktická část je zaměřena na vyhodnocení průzkumu mezi zdravotníky psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě. Cílem je zjistit, jak zdravotníci vnímají umírajícího člověka, co vnímají jako důležité pro umírajícího, jaké pocity sami zdravotníci prožívají tváří v tvář smrti, zda dodržují morální zásady během umírání i po smrti člověka. Rovněž bude zhodnocen názor respondentů na eutanázii.

## **2. Cíl práce**

- Vysvětlit pojem etika, etika v psychiatrii
- Duševně nemocný pacient a vztah zdravotníků k duševně nemocnému
- Problematika etického přístupu k umírajícím
- Jak personál vnímá umírajícího
- Jak personál nahlíží na spoluúčast rodiny v péči o umírajícího
- Jaký názor mají zdravotníci na eutanázii

# TEORETICKÁ ČÁST

## 3. Etika v ošetřovatelství

Etiku lze nazvat vědou o mravnosti. Dříve se jí říkalo mravověda. V podstatě lze říci, že etické je to, co je morální. Etika nám dává jakési normy pro mravnost a nemravnost. A stejně, jako každá jiná věda se mění a vyvíjí.

Etika v ošetřovatelství úzce souvisí s historií ošetřovatelství, s funkcí sestry a postavením ve společnosti. Etika stejně, jako jiná věda má svou terminologii, s kterou by sestry měly být seznámeny.

Mezi základní termíny patří:

- Morálka – praktické zásady, normy a hodnoty, kterou lidé dodržují ve svém chování a jednání
- Etika – teorie zásad, norem a hodnot
- Etiketa – souhrn pravidel uznávané normy společenského chování
- Mravnost – vyjadřuje postoj člověka k mravnímu zákonu a spočívá na jeho svobodném rozhodnutí
- Zásady – základní hlediska nebo stanoviska
- Hodnoty – názory na to, co je dobré a spravedlivé
- Etické principy – určují směr člověka a zpravidla slouží jako dílčí normy chování, například principy životních hodnot, individuální svobody, profesionálního chování, úcty k životu, víry v dobro, spravedlnost. (Jarošová, 2000, s. 93)

Ošetřovatelská etika je specificky zaměřena na činnost sester a jejich postoje k pacientovi, na profesionální sesterskou péči a interpersonální vztahy a tím se odlišuje od etiky biomedicínké. Etické problémy sester se tedy projevují jinak, než problémy lékařů.

Cílem ošetrovatelské etiky je:

- Humanizace lidských vztahů, mezi nemocným a sestrou, mezi rodinou a ošetřujícím personálem, ale i vztahů mezi zdravotníky navzájem
- Usměrnování a chování při ošetrovatelských úkonech, porozumět člověku a vnímat jeho obtížnou situaci
- Usilovat o uspokojení potřeb pacientů včetně duchovních

Etické požadavky na sestry jsou vyjádřeny v tzv. etických kodexech sester, které definují postavení sestry ve společnosti, odpovědnost, jenž sestra se svým povoláním přijímá. Poskytují směrnice profesionálních vztahů, popisují postavení sestry ve vztahu k pacientovi i ke svým kolegyním a kolegům. Rovněž jsou prostředkem k sebekontrolě.

V roce 1953 přijala Mezinárodní rada sester Kodex sester, který slouží jako mezinárodní návod k etickému chování sester.

Další formy kodexů jsou známy jako charty nebo deklaráce.

Cíle etických kodexů:

- Jsou základnou pro regulaci vztahů mezi personálem, nemocným, spolupracovníky, společností a profesním sdružením
- Vytvářejí standardy pro potrestání zdravotníka nesvědomitého, rovněž však ochraňují zdravotníka nespravedlivě obviněného
- Představují základnu pro profesní profilaci
- Usnadňují veřejnosti pochopit a porozumět profesionálnímu chování zdravotníků

## 4. Etika v psychiatrii

S etickými problémy se medicína setkává již od počátku jejího vzniku a zdravotnický personál byl onen článek, který byl konfrontován s dilematy etiky. Etické normy vznikaly již ve starověku, šlo o prvotní pravidla etického chování, postojů a pravidel. Především šlo o to, aby byl nemocný pečlivě vyšetřen a aby postoj k nemocnému byl ohleduplný.

Od 20. století vznikaly postupně různé všeobecné i psychiatrické etické kodexy souběžně se zvyšujícím se důrazem na rozvoj lidských práv.

Mezi nejdůležitější patří:

- Ženevská konvence (1948);
- Helsinská deklarace (1964);
- Deklarace práv duševně postižených lidí (1971, OSN);
- Havajská deklarace (1977);
- Deklarace lidských práv duševně nemocných (1988, Luxor, Egypt);
- Deklarace lisabonská (1981)
- Práva psychiatrických nemocných (1992, Americká psychiatrická asociace – APA a 1993, Světová psychiatrická asociace – WPA);
- Mezinárodní etické směrnice pro biomedicínský výzkum zahrnující lidské účastníky (1993, Ženeva, CIOMS, WHO);
- Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě (1994, Amsterdam, WHO, Regionální úřadovna pro Evropu);
- Lidská práva a profesní zodpovědnost lékařů v dokumentech mezinárodních organizací (Human Rights and Professional Responsibilities of Physician in documents of international organizations, 1998, Kyjev, WHO, WPA, UN).  
(Baudiš, Libiger, 2002, s. 12)

Psychiatrie je obor, kde se s etickými problémy setkáváme stejně často, jako v jiných klinických disciplínách. Jestliže lékař vyšetřuje nemocného a dojde k určitému klinickému závěru a rozhodnutí, musí zde být i morální rozměr.

## 5. Člověk a duševní nemoc

Duševně nemocný člověk se nachází ve zcela jiném postavení než jedinci, kteří onemocní somatickou nemocí. V případě, že jde o tělesnou nemoc, většinou u člověka dochází k omezení funkce nějakého orgánu či orgánového systému. V případě duševně nemocného nejsou příliš jasné hranice omezených funkcí. Lidé se chovají a prožívají s proměnlivou intenzitou i bez souvislosti s nemocí.

Vznik a rozvoj duševní nemoci mohou vyvolávat faktory biologické, zejména genetické faktory, psychologické a sociální.

- Biologické a genetické vlivy - jsou zřejmě nejvýznamnější příčinou vzniku onemocnění. Často však dědičné vlivy nebývají jedinou podporou nemoci, ale můžeme je nazvat predispozicí. U Alzheimerovy choroby, bipolárních poruch nebo schizofrenie mívají genetické vlivy větší podíl na rozvoji nemoci. Relativně méně ovlivňují úzkostné poruchy. Z dalších činitelů můžeme jmenovat onemocnění matky v těhotenství, stres, intoxikace, těžký protahovaný porod, užívání některých léků. Po narození zasahují do vzniku duševního onemocnění avitaminózy, úrazy hlavy, nádory mozku, endokrinní choroby atd.

- Psychologické vlivy - z psychologických příčin budou důležité charakterové rysy jedince, které jsou vrozené nebo získané. Změna životní role, konflikt, ztráta blízkého.

- Sociální vlivy - se týkají převážně prostředí, v němž daný člověk pobývá. Prostor se rozděluje na užší, což je především rodina a faktory širší, čímž jsou pracoviště, společnost. Velmi významné pro vznik duševní nemoci bývá vliv rodiny a sociálního prostředí v dětství. Rovněž škola má neopomenutelný význam v etiologii.

Duševní nemoci se klasifikují do tří skupin:

- organické poruchy
- endogenní poruchy
- psychogenní poruchy

Organické poruchy vznikají jako důsledek onemocnění nebo poruchy centrálního nervového systému a to buď primárně nebo sekundárně. Jedná – li se o sekundární postižení jako následek metabolického, infekčního nebo endokrinního onemocnění, hovoří se o symptomatických poruchách. Jako příklad takového onemocnění lze uvést všechny typy demencí kromě pseudodemence, alkoholové psychózy, delirium tremens, postencefalitický či postkontuzní syndrom.

Endogenní poruchy, jak naznačuje samotný název „pocházejí zevnitř“. Vliv hraje dědičnost, faktory tělesné a duševní.

Příkladem tohoto typu onemocnění je:

- schizofrenie
- endogenní deprese
- bipolární afektivní porucha.

Psychogenní poruchy vznikají jako následek exogenní zátěže, jako je akutní nebo dlouhodobý stres, psychická i tělesná zátěž, konflikty. Patří sem všechny neurózy, psychosomatická onemocnění, somatoformní poruchy, hypochondrie a neurastenie

Každá nemoc i nemoc duševní znamená pro jedince určitá omezení. A často se stává, že nemocný člověk potřebuje pomoc. A zvládnout nemoc v ambulantní péči se nedaří, protože rodina nemá dostatek časového prostoru v péči o svého rodinného příslušníka nebo jim chybí dostatek vědomostí, zkušeností, finanční či materiální prostředky. Jednou z možností v takovém případě bývá hospitalizace. V případě duševně nemocného člověka hospitalizace na psychiatrickém oddělení, o které rozhodne lékař, psychiatr.

## 6. Psychiatrický pacient

Psychiatrie disponuje pro svou praxi klasifikací duševních poruch, která byla jako MKN – 10 u nás vydána a vstoupila v platnost v roce 1994. Současně byly publikovány jakési „návod“ pro diagnostiku a detailní popisy chorobných duševních stavů.

Co není v této klasifikaci, nemůže být uznáno jako duševní nemoc nebo porucha. Mezi nemoci uznávané touto klasifikací patří např. závislost na alkoholu, drogách včetně nikotinu, gamblerství, psychické poruchy ve stáří, různé reakce na traumatizující zážitek atd.

Sebevražednost, spotřebu alkoholu, počet hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách, počet osob navštěvujících psychiatrické ambulance, výskyt duševních poruch, počty přiznaných invalidních důchodu pro psychické poruchy, spotřebu psychofarmak můžeme označit jako ukazatelé psychického zdraví národa.

Nemocnost, zvláště psychiatrická závisí nejen na samotném zdravotním stavu, ale i na okolnostech jako jsou např. životní spokojenost, nezaměstnanost, sociální otřesy, změna legislativy atd.

Je zcela nesporné, že rozvinuté zdravotnické a psychiatrické služby zjistí, evidují a léčí větší počet psychických poruch než zařízení méně rozvinutá nebo zaostalá. Část obyvatel trpících duševní poruchou evidují sociální služby a poskytují jim péči (gerontopsychiatričtí nemocní, oligofrenici) a pedagogické služby (poruchy vývoje osobnosti v dětství a u mládeže) i soukromé a dobročinné a veřejně prospěšné organizace (závislosti)

Hranice mezi duševní poruchou a duševním zdravím je neostrá a někdy je velmi obtížné ji určit.

### 6.1. Hospitalizace

Existuje mnoho rozdílů mezi ambulantní péčí a péčí v nemocnici. Nemocnice je pro nemocného odlišným zařízením od těch, které pacient zná ze svého běžného života. Život v nemocnici je spíše o poslouchání autority nežli o spolupráci. Hospitalizace ( umístění a



lčení pacienta v nemocnici ) se odráží především na pacientově psychice. Člověk se stává pasivním, je opečováván zdravotnickým personálem, musí dělat, co mu druzí určí, mění se životní rytmus, je v relativní sociální izolaci, zájmy se zužují s ohledem na zdravotní stav, emocionální stav charakterizuje v první řadě strach, obavy, nejistota.

U duševně nemocného se celkové změny související s hospitalizací budou odvíjet především od celkového stavu, duševní nemoci, s kterou se pacient přichází léčit a velmi záleží, zda nemocný přichází k léčení dobrovolně a chce spolupracovat a léčit se či nikoli.

K hospitalizaci se nemocný dostavuje většinou po doporučení od svého ambulantního psychiatra a je seznámen s následnou hospitalizací, uvědomuje si svůj duševní stav a dobrovolně zůstává v léčebně k dalšímu léčení a monitorování vývoje duševního stavu.

Dalším typem přijímání k hospitalizaci je tzv. nedobrovolné přijetí, přijetí do ústavního léčení proti své vůli. Jde o nemocné, kteří nemají zcela reálný náhled na svou nemoc a odmítají se léčit nebo zdravotní a duševní stav nedovoluje, aby pacient sám rozhodl a dal souhlas s hospitalizací. Dalším, neméně častým umístěním v léčebně bývají závislosti na alkoholu a návykových látkách.

Psychiatrie a psychiatři mají značná práva a odpovědnost při zbavování duševně nemocného jeho osobní svobody. Jde o ochranu nejen pacienta, ale i psychiatra, který svou povinnost koná zodpovědně. Náš zákon o zdravotnictví určuje indikaci pro nedobrovolné přijetí a tou je nebezpečnost sobě nebo okolí. Avšak i v případě nedobrovolného přijetí je nutné přiznat pacientům ostatní práva. Často se stává, že během týdenní hospitalizace pacient hospitalizovaný nedobrovolně nahlédne na svůj zdravotní stav a pobyt písemně potvrdí souhlasem s léčením.

## **6.2. Stigma duševně nemocných**

Stigma představuje pro duševně nemocné lidi domnělou méněcennost. Okolí se chová k takovým lidem odmítavě. Slovo stigma pochází z řeckého původu a původně označovalo cejch vypalovaný otrokům v thessalských dolech.

Stigma většinou předurčuje k ovlivnění průběhu choroby. Nemocní mají sníženou sebedůvěru v důsledku stigmatu, mají strach. Se stigmatizací se vyrovnávají změnou svého sociálního chování. Omezují sociální kontakty, méně komunikují a vyhledávají podobně stigmatizované.

Stigma může negativně ovlivnit i vztah mezi pacientem a zdravotníkem. Pacient se bojí s ošetřujícím personálem hovořit o svých problémech i potížích, čímž je zkomplikovaná léčba.

Ke zmírnění stigmatu může přispět úspěšná léčba, pokud se zřetelně neprojeví vedlejší efekty jako jsou například obličejové dyskineze. Rovněž v rodinách je stigmatizace méně výrazná.

Média občas líčí duševně nemocné jako násilníky nebo podivíny. Bývá to v souvislosti pokud jsou nebezpeční sobě nebo okolí a jejich pobyt v léčebně je nedobrovolný. Takové informace podporují v laické veřejnosti mylné názory a postoje k duševně nemocným.

Destigmatizace spočívá ve změně postojů a v legislativních opatřeních. Péče o duševně nemocné se přesouvá do komunity mimo lůžková zařízení, do denních stacionářů a středisek. Tento posun v péči napomáhá pacientům udržet si své sociální kompetence. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 20)

### **6.3. Vztah sestry - pacient**

Se zdravotníky se člověk setkává od narození. Ve většině případů jsou pro něj zdrojem jistoty a bezpečí, když se cítí ohrožený. Ne jinak tomu bývá i v době, kdy je pacient hospitalizovaný. Zdravotní sestra se v mnohých případech stává andělem strážným, když se zdravotní stav nemocného zhoršuje. Bdí nad ním, sleduje fyziologické funkce a veškeré projevy onemocnění. Pobývá s pacientem delší čas než lékař. Utváří se vztah mezi sestrou a pacientem.

Pacient od sestry očekává, že mu bude naslouchat, Vyslechne jeho potřeby, obavy, trápení, nejasnosti. Zároveň si sestra všímá, jak pacient vidí sám sebe. Sleduje jeho verbální i neverbální projevy. Pacient „hrdina“ se může pouze přetvařovat. Ve skutečnosti se trápí a bojí. Pacient může mít strach z neznámého prostředí, neznámých situací, z opuštěnosti a své obavy a strach vyjadřuje různými způsoby. Častěji je možné si tohoto povšimnout spíše z mimoslovního projevu. Oči, výraz tváře, projevy nejistoty v pohybech i mluvení může sestře při kontaktu s pacientem ozřejmit situaci a momentální psychický stav nemocného. Zjištění se pak stává vhodným vodítkem pro další rozhovory a jednání s pacientem.

Vztah sestry a pacienta by měl vždy zůstat na profesionální úrovni, velký důraz je kladen na vzájemnou důvěru, očekávání a jemný přediv emočního stavu. U psychických poruch bývá tento vztah snad nejdůležitějším léčebným prostředkem. Vztah zdravotníka a nemocného je řízen především etickými principy. Důležitá však je i vzájemná komunikace a spolupráce.

V psychiatrických zařízeních se mnohdy stává, že zde pacienti bývají i několik let, někdy i do konce života. Jedná se o nemocné s chronickým onemocněním, kteří jsou pro svůj stav nepropustitelní do domácí péče. Nebo se jedná o pacienty opakovaně hospitalizované. Zvyknou si na personál, stejně jako personál na ně a zde pak může v profesionálním přístupu nastat problém. Úmrtí takových pacientů pak nebývá otřesem pouze pro rodinu, ale v určité míře i pro ošetřující personál.

## **6.4. Umírající pacient**

Stanovit průměrnou délku lidského života je problematické. Každý člověk má jinou genetickou výbavu a rovněž způsob života každého jedince bývá odlišný. Přesto v životě každého člověka nastává okamžik, kdy přichází umírání s následnou smrtí. Často se setkáváme s tabuizováním smrti. Jak silné je tabu smrti lze pochopit z rozhovoru s pacientem i příbuznými. Cesta ke konečnosti života se připravuje v průběhu celého života. Ve stáří však bývá tato příprava intenzivnější.

Na blížící se smrt reagují lidé různými způsoby. Bouchal (1993) uvádí řadu různých reakcí:

- a) smíření a vyrovnání (přijetí nevyhnutelného);
- b) pasivní rezignace (netečnost a nezájem);
- c) únik do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo;
- d) únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti;
- e) pozitivní kompenzace – snaha o dokončení rozdělaného díla;
- f) negativní forma kompenzace – propadnutí alkoholu, drogám, přejídání, sexuálním výstřelkům atp.

Dle Elizabeth Kübler-Ross má prochází umírající člověk pět úseků:

1. Šok – popírání hrozící nepřijatelné skutečnosti.
2. Vzpoura – projevy hněvu a agrese, vzbouření se proti tomu, co se děje.
3. Vyjednávání – snaha „smlouvat se životem a smrtí“, slibování a ochota dát vše za uzdravení.
4. Smutek a deprese – projevy zármutku, lítosti nad tím, co končí, pláč.
5. Přijetí – vyjádření souhlasu s neměnným děním, smíření se s tím, co se děje.

Jaký přístup zvolit k umírajícímu člověku? Zásadně umírajícímu nevnucujeme potřebu přijmout fakt konce života. Neotvíráme téma umírání, pokud on sám nezačne o smrti hovořit. Důležité je neopomínat, že i člověk v agónii vnímá okolí a slyší. Klidné prostředí a pokojná atmosféra je nezbytnou součástí přístupu k umírajícímu. Snažíme se nemocnému naslouchat, mají často potřebu otvírat nám své nitro, bilancovat život.

V psychiatrické praxi by zdánlivě neměla být smrt pacienta příliš častá a počtem zemřelých pacientů zajisté nepatří mezi obory, jakými jsou například interna, anesteziologie a resuscitace, neurologie nebo chirurgie, na druhou stranu je zde jistě zvýšené riziko úmrtí oproti kožnímu lékařství, ORL, nebo ophtalmologii.

Teorie o nízké úmrtnosti na psychiatrii přestává platit v okamžiku, kdy si uvědomíme, že psychiatrie se dnes více než kdy jindy stará též o zestárlé jedince, pro které nemá stát dostatek prostředků spíše sociálního typu, pacienti se somatickou a psychiatrickou komorbiditou.

I v psychiatrii vyvstává celá řada problémů se smrtí spojených. Od etických norem spojených s přítomností u lůžka umírajícího, přes prevenci tragického úmrtí sebevrahů, až po citlivý kontakt s pozůstalými.

### **6.4.1. Paliativní léčba**

Paliativní neboli zmírňující a útěšná terapie má důležité místo v klinické praxi. Podstatou paliativní léčby je, aby pacienti netrpěli v terminálním stádiu více, než je nezbytně nutné. V okamžiku, kdy dochází k nezvratnému a nevyhnutelnému konci života a vstupuje do popředí paliativní léčba, je třeba mít na zřeteli především potřeby pacienta, a to jak v somatické, tak i sociální, duševní a duchovní oblasti.

Umírání je individualizovaný akt a je třeba vytvořit individuální přístup a léčbu. Bezpodmínečně musí být zajištěny základní somatické potřeby, které jsou známy a jsou odvozeny od způsobu konkrétní formy smrtící nemoci. Cílem paliativní léčby je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.

Pokud je příčinou smrti infarkt myokardu, je možné hovořit o „vítané“ příčině smrti. Přichází nejen „bolestně“, ale relativně rychle. Maligní onemocnění jsou provázána nesnadným umíráním a obávanou onkologickou kachexií. Zde je mimořádná pozornost věnována nesnadnému a zdlouhavému procesu umírání onkologicky nemocných, avšak paliativní léčba má své nezastupitelné místo i v celé řadě dalších procesů nesnadného umírání.

Odborná intervence byla omezena především na tišení bolesti morfiem. Název léku je odvozen od jména řeckého boha snů a spánku Morfea.

Z etického pohledu se v případě paliativní léčby nabízí otázka, zda pacient má nebo nemá, popřípadě v jakém rozsahu právo rozhodovat nebo alespoň spolurozhodovat o ukončení kauzální terapie. Lékař se však nemůže vymanit z odpovědnosti za nemocného.

Lékařská etika stanovila čtyři principy:

- Autonomie (samostatnost a sebeurčení)
- Nonmaleficence (nepoškozování)
- Benefice (prospěch)
- Justice (spravedlnost, právo, řád a také slušnost)

Pacient musí říci, co si přeje, ale přání je nutné korigovat. Nejvhodnější je dohoda mezi lékařem a pacientem, v níž výsledné řešení je kompromis mezi přáním pacienta a možnostmi lékaře.

Výhody paliativní léčby lze spatřovat v několika oblastech. Lékaři jsou ctěni za ohleduplnou a zmírňující léčbu až do konce života nemocného a umírající mají možnost „dojít“ ve svých dnech bez obav, aniž budou strádat.

Zdravotní sestry pak vedle plnění lékařem naordinované paliativní léčby věnují umírajícímu pozornost i v jiných oblastech. A třeba jen dotyk nebo pohlázení může pro umírajícího znamenat mnoho.

Paliativní neboli útěšná, zmírňující medicína využívající paliativních přístupů v péči a nevléčitelně nemocné představuje nadějný systém pomoci umírajícím i jejich rodinám. (Haškovcová, 2002, s. 216)

Důležitým a velice významným dokumentem v oblasti nevléčitelně nemocných je Dokument Rady Evropy č. 8421 schválený Parlamentem Rady Evropy. Vydaný byl v roce 1999 pod názvem Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících. Stručné synonymum tohoto dokumentu se nazývá Charta umírajících.

V literatuře se můžeme setkat s různými definicemi paliativní medicíny. Světová zdravotnická organizace definuje paliativní medicínu takto:

„Paliativní medicína je léčba 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“

## **6.5. Rodina pacienta**

Většina z nás vyrůstala v rodině. Rodina je jakýmsi místem čerpání jistoty a bezpečí. Během života se utvářejí vzájemné postoje a vazby mezi jednotlivými členy rodiny. Každý zaujímá v rodině určité místo, určitou pozici a nepostradatelnost. Bohužel se stává, že některý člen rodiny onemocní závažnou nemocí a nelze to ničím zvrátit. V tomto okamžiku zaujímá rodina pacienta významné místo. Rovněž se mění situace v rodině a rodina a příbuzní pacienta zaujímají různá stanoviska k nemocnému, umírajícímu členu rodiny.

Jsou různá stanoviska a snahy příbuzných. Mnohdy se setkáváme s protektivní snahou rodiny zachránit umírajícího stůj co stůj. Někteří příbuzní odmítají participovat na péči o umírajícího a často zcela otevřeně považují rychlý skon za nejlepší, co by nemocného mohlo potkat. Většinou se však setkáváme se střídavými stanovisky příbuzných. Mnohdy se tato stanoviska odvíjejí od únavy až vyčerpání, která pochopitelně doprovázejí spoluprožívanou krizi a namáhavou spoluúčasť na péči.

Není pochyb o tom, že člověku je nejlépe v rodině, a to jak ve zdraví, tak i v nemoci. (Haškocová, 2004, s. 42) Lidem, jejichž život končí, neboť zestárlí a přidružily se například demence nebo jiné typy duševních nemocí a somatická onemocnění, která nevyžadují přílišné medicínské intervence, může rodina zajistit péči. Důležité však zůstává, aby rodina chtěla, uměla a mohla. Většina rodin chce a naučí se i základním ošetrovatelským úkonům. Hlavní problém však nastává, pokud nemocný vyžaduje dlouhodobou a trvalou péči. Objevují se překážky jako nevyhovující bydlení, vysoká zaměstnanost, ekonomické důvody a tak dále. V takovém případě existují pro rodiny různé druhy pomoci (dostupnost sociálních i specializovaných služeb, legislativní úpravy, které umožní „seniorskou dovolenou“ a podobně).

### **6.5.1. Sdělení pravdy**

Komu, kdy, jak, co a kde říci. Neopomenutelné však rovněž zůstává, kdo má pravdu sdělit. Každý člověk má právo vědět, jaký je jeho zdravotní stav a v případě nemoci i prognózu onemocnění. Výjimka nastává u lidí, kteří nejsou nemocní pouze somaticky, ale rovněž

duševně, jako je tomu u psychiatrických pacientů. Duševně nemocní s ohledem na druh choroby mají různé poruchy myšlení, vnímání, vědomí, orientace, pozornosti, intelektu a podobně. Zde nastává velká otázka pro lékaře, jak dalece informovat pacienta. Je velice důležité zvážit, zda pacient pravdu unese, či nikoli. Za závažné lze také pokládat problém sebevraždy nebo jiného mimonormového chování. Existuje též možnost *pia fraus*, neboli milosrdné lži. V současné době je trendem pacienty informovat pravdivě o závažnosti stavu. Přesto jsou situace, kdy má lékař právo rozhodnout, že pacient nemusí znát celou pravdu. Takové rozhodnutí vyplývá ze situace a vyžaduje osobní zkušenosti lékaře. Rozhodnutí lékaře by mělo být jasně zdůvodnitelné.

Vystihnout vhodný okamžik, kdy nemocnému sdělit pravdu je někdy nelehké. Mnohdy musí lékař pacienta informovat v souvislosti s neodkladným diagnostickým či léčebným zákrokem, kdy prodlení je nežádoucí.

Ke sdělení pravdy je zapotřebí zvolit individuální přístup ke každému nemocnému. Slova je důležité volit s empatií a úvahou na psychickou odezvu. Je vhodné hovor načasovat tak, aby nemocný nezůstal s pravdou sám. Aby měl možnost pohovořit o svém stavu s někým jiným (přítelem, psychologem, příbuzným).

Co říci? Pouhému sdělení diagnózy laik nebude rozumět. Měl by být informován, jaká omezení v souvislosti s onemocněním pro něj nastávají či nastanou. Nemocnému nelze zatajovat, že situace je vážná. Je však třeba neopomenout sdělit i možnost zpomalení progresu nemoci a nechat nemocnému alespoň malou naději.

Informovat pacienta o závažnosti jeho stavu v nemocničních prostorách je odosobněné. Rozhovor by měl proběhnout v intimním prostředí, rozhodně ne při vizitách a neměl by mít nežádoucí účastníky. Důležitý je i dostatek času pro rozhovor. Nevhodné je sdělovat pravdu večer nebo podvečer. Nadcházející noc může nemocný z důvodu formace prožívat úzkostně.

Sdělení závažných informací se očekává od lékaře, který nese plnou právní odpovědnost za pacienta.

Kontraindikací sdělení pravdy bývá záporné stanovisko pacienta, psychotická epizoda v minulosti či psychiatrická diagnóza. V těchto situacích může být pravda redukována nebo nesdělena. V psychiatrické praxi pravděpodobně nebudeme záměrně informovat pacienta,



jenž umírá v terminálním stádiu demence. První by měl být vždy informován sám pacient, až následně rodinní příslušníci, výjimkou je například bezvědomí pacienta. V případě, kdy pacient nezná charakter diagnózy, hrozí riziko, že svoji prognózu vydedukuje z chování okolí, personálu nebo informovaní příbuzní nechtěně prozradí závažnost situace. Takovéto zjištění může být pro umírajícího mnohem více traumatizující a podstatně hůře jej zvládá.

V neposlední řadě je důležité zmínit, že většina nemocných ví o své nemoci, ale někteří odmítají a nepřejí si o ní hovořit.

## 6.6. Spolupacienti

Je-li nemocný hospitalizován, je izolován od dobře známého světa. V nemocnici je pro něj všechno neznámé, necítí se dobře, má strach, je nejistý a do určité míry dezorientovaný. Od spolupacientů získává informace různého typu, seznamuje se s novým prostředím. Nezřídka se stává, že pacient inklinuje více věřit spolupacientovi než zdravotníkům. Často si spolupacienti sdělují závažné skutečnosti a vzájemně si doporučují osvědčenou terapii. Zde pak nastává riziko, že pacient přeruší kauzální terapii a začne vyhledávat léčitele a shánět různé bylinky.

Někdy však bylinky nezabírají a medicína není všemocná. Stává se, že pacient umírá. Jak vnímají pacienti smrt spolupacienta? Stává se pro ně významnou či pomíjející zkušeností. Dívat se na smrt druhého „z očí do očí“ je traumatizující vždycky. (Haškovcová, 1985, s. 263) Většina nemocných po smrti spolupacienta cítí potřebu o situaci hovořit a rozebírat ji. Odlišné postoje nastávají při úmrtí devadesátiletého pacienta, který se dožil „krásného věku“ nebo třicetiletého pacienta, který měl život „před sebou“.

Nemocní si navzájem pomáhají v různých okamžicích, které nastávají. Mnohdy se zde utvářejí i přátelství a vzájemná solidárnost a to i v psychiatrické léčebně mezi duševně nemocnými lidmi.

Úmrtí pacienta je prožíváno jako intenzivní, krátkodobá životní událost, v níž do popředí vystupuje snaha „zvládnout vynořený strach“. (Haškovcová, 1985, s. 265)

## 7. Umírání a smrt

Dle některých filozofů člověk de fakto umírá celý život. Obecně však umíráním rozumíme samotný akt odchodu ze světa. Každý jedinec má vlastní představu o posledním okamžiku. Někdo preferuje rychlý a náhlý konec. Jiný poslední okamžiky života situuje do klidného prostředí rodiny. Takovéto představy se během života vyvíjejí a mění. Představy jsou ovlivňovány především kulturními zvyky kde jedinec žije, rodinou a osobní zkušenostmi s umíráním a smrtí. Jestliže člověk onemocní duševní poruchou, může dojít k patologické změně pohledu na způsob a čas smrti, což může vyústit v sebevraždu.

Umírání a smrti se věnuje obor, který se nazývá thanatologie. Název oboru je odvozen od řeckého boha smrti Thanata. Thanatos, bratr Hypnův, je zpravidla zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínajícím pochodní. (Haškovcová, 200, s. 142)

Průběh umírání je individuální a liší se například podle toho, zda nemocný ví, že přichází okamžik konce života. Takový poznatek nemocný může sám vycítit nebo je informován o infaustní prognóze ošetřujícím lékařem.

Smrt je pojem jenž vyjadřuje zánik jedince a nezvratné ukončení života.

Somatici rozlišují:

- Klinická smrt – nastává po zástavě dýchání a srdeční činnosti. Nervová tkáň je neporušena a včasnou resuscitací je možné život zachovat.
- Biologická smrt – dochází k nezvratnému zániku buněk, vitální funkce mohou být uměle udržovány.
- Smrt mozku – nastává zhruba 5 minut po nezvratné zástavě oběhu. Teplotou prostředí může být tento interval prodloužen.
- Sociální smrt – je obrazem částečné smrti mozku při zachování bulbárních funkcí. Krevní oběh a dýchání jsou zachovány, duševní, senzorické a motorické funkce jsou minimalizovány, jedinec není rozumovou bytostí.

Smrt je možné rozdělit i dle dalších aspektů:

- Přirozená smrt – obvykle považována za smrt stářím
- Tragická smrt – předčasná, vinou nehody, násilí, suicidia.

Dělení smrti dle rychlosti skonu:

- Náhlá smrt
- Rychlá smrt
- Pomalá smrt

V odborné literatuře se též někdy hovoří o smrti avizované a neavizované.

Podle věku skonu se smrt dělí:

- Předčasná smrt
- Smrt přiměřená věku

Samostatnou oblast představuje smrt, kterou si člověk způsobí sám, a to neúmyslně – sebezabitím, nebo úmyslně – sebevraždou. Názory na sebevraždu se historicky vyvíjely a v evropské kultuře byla sebevražda tolerována a dokonce i povolována. Ve starověkém Řecku bylo dost jedu pro každého, kdo chtěl zemřít.

V této kapitole bych se chtěla zmínit ještě o jednom pojmu, který souvisí se smrtí. Jedná se o dystanasií. Mluvíme o ní tehdy, jestliže smrt je neodvratná a přesto je dále namáhavě oddalována. Jde o jev typický pro poslední století medicíny, kdy došlo k mnoha zásadním objevům lékařské vědy. Typickým příkladem je objev a rozvoj antibiotik. Antibiotika se doslova stala záchranou mnoha jedincům, kteří by dříve byli odsouzeni k smrti.

Na druhé straně však užívání antibiotik prodloužilo umírání mnoha dalším v terminálním stádiích. Medicína si zvykla vítězit.

V psychiatrii se dystanasie týká především terminálních stádií organických poruch. Současné zdravotnictví v civilizovaných zemích světa je na takové úrovni, že ošetrovatelská péče minimalizuje proleženiny, rehabilitační pracovníci dokáží předejít kontrakturám, i velmi těžké infekty dýchacích cest se dají účinně zvládnout pomocí širokého spektra antibiotik. Pokud je taková péče nasazena u pacienta, jehož myšlenkové procesy jsou omezeny na basální úrovni, často dochází pouze k odklonu od exitu. Umírání zesláblého jedince trvá týdny až měsíce, kdy se opakují infekty a nemocný pozbývá všechny své přirozené obrany.

## 7.1. Duchovní podpora

Duchovní podpora pro některé jedince v terminálním stádiu představuje mocnou podporu. Existují různé druhy víry a snad každý člověk v životě čemusi věří. Křesťanství je víra, s níž se setkáváme asi nejčastěji. Otázkou zůstává, zda věřící vnímají umírání a smrt jinak než nevěřící. Dle soudobých psychologických studií hlubšího pojetí víry nacházíme určité ujasnění. Důležité je ujasnit, co se rozumí termínem víra.

Zbožnost lze definovat na:

- Vnější (extrinsickou)
- Vnitřní (intrinsickou)

Víra vnější představuje souhlasné vyjádření jedince s názorovou stránkou náboženství. Zatímco víra vnitřní se vztahuje k osobnímu vztahu, v případě křesťanství ke vztahu k Bohu. Z čehož lze usoudit, že umírání a postoj ke smrti vnímají jinak lidé, kteří uznávají víru a jinak lidé, kteří milují Boha, věří v milostivého a odpouštějícího Boha a věří v odplatu za hřích. Přesto i věřící lidé pociťují úzkost, strach a obavy ze smrti.

Nemocní, jejichž poslední okamžiky se blíží, mají možnost i na nemocničním lůžku pohovořit se zástupcem víry a vykonat náležitosti, které by ulehčily jejich odchod. Rovněž v psychiatrické léčebně není toto výjimkou a pravidelně nemocné navštěvují zástupci víry.

Za zajímavé považuji zmínit, že i někteří nemocní, kteří během života odsuzovali víru, začnou vyhledávat Boží přítomnost a duchovní podporu v okamžiku, kdy cítí, že se blíží konec života.

Bylo by falešné domnívat se, že nejdůležitější otázkou křesťanské víry je příprava na klidnou smrt. Dominantní důraz v křesťanství je na život podle Boží vůle. Ten se žije „hic et nunc“ – zde a nyní. (Křivohlavý, 2002, s. 158)

## **7.2. Práva umírajících**

Parlament Rady Evropy schválil v roce 1999 významný dokument s názvem Ochrana lidských práv a hodnot (důstojnosti) nevyléčitelně nemocných a umírajících (syn. Charta umírajících, Práva umírajících).

V roce 2000 byla vyhlášena Pařížská charta proti rakovině v příštím miléniu (syn. Pařížská charta, Onko-charta, Charta onkologicky nemocných)

## **7.3. Fáze umírání**

Umírání lze považovat za proces, který nastává v podstatě v okamžiku, kdy se člověk dozvídá o své nemoci, která jisto jistě předurčuje jeho zánik. Pojem umírání nezahrnuje pouze stav *in finem*. Z teoretického hlediska je možné absurdně uvažovat, že v jistém slova smyslu jedinec umírá od narození.

Umírání lékařská terminologie označuje za terminální stav, kdy v určitém čase dochází k postupnému a nezvratnému selhávání životně důležitých funkcí tkání a orgánů. Výsledkem tohoto děje je zánik jedince, smrt.

Člověk fakticky umírá tehdy, když se naplnil geneticky podmíněný „program života“, nebo když je v určité, dané chvíli realizován „program smrti“. (Haškovcová, 1990, s. 372)

Sociální umírání nastává v okamžiku, kdy člověk sice žije, ale dostává se mimo interpersonální vztahy, je izolován od důležitých sociálních vazeb. Vhodná psychologická intervence může nemocného uchránit před sociální smrtí. Sociálně a psychicky může jedinec umírat též při porušeném vědomí nebo bezvědomí.

V období blízké smrti by nemocný neměl být sám. Umírající člověk potřebuje především podanou ruku jiného člověka, lidskou blízkost, uklidňující slova nebo jen němý dialog. Lidskou blízkost by měla zajistit především rodina umírajícího. Umírajícího dobře znají a

lépe se vyznaží i v neverbálních projevech nemocného člověka než profesionál. Někdy postačí sedět u lůžka umírajícího a stiskem ruky vyjadřovat svou blízkost.

### **7.3.1. Pre finem**

Toto období nastává v okamžiku, kdy se nemocný dozvídá svou diagnózu, jejíž prognóza je vážná a následná smrt vysoce pravděpodobná. Kromě lékařské pomoci musí být pacientovi poskytnuta pomoc psychologická a lidská. V neposlední řadě je důležité myslet i na to, že nemocný by neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky.

V tomto stádiu je důležité respektovat psychologické zvláštnosti nemocného, které vyplývají z vážné nemoci. Nemocný by měl žít stejně, jako před onemocněním, neomezovat a neredukovat činnosti a cíle, pokud to zdravotní stav dovoluje. Důležité je pečovat o psychiku nemocného. Vhodné jsou konzultace s psychologem. Nezastupitelné jsou rovněž různé svépomocné společnosti a spolky pacientů.

Nemocní si nejen uvědomují vážnost svého zdravotního stavu, ale také u nich dochází k vytěsňování nepříjemného, úzkostných prožitků souvisejících s ohrožením života. Pocity jsou tím intenzivnější, čím více se člověk k smrti blíží. Manifestuje se strach z umírání a ze smrti.

V období pre finem je zapotřebí nemocného odborně vést a dle potřeby poskytovat emoční podporu. Mnohdy si nemocní přejí zcela otevřeně pohovořit o své situaci, potřebují pomoc, hledají řešení v obtížné a dle jejich mínění pro ně nespravedlivé situaci.

### **7.3.2. In finem**

Stádium in finem je možno definovat jako synonymum terminálního stavu. V tomto okamžiku zpravidla více péče potřebuje rodina umírajícího. V dnešní době se hodně mluví o institucionalizaci a tabuizaci smrti a mnohdy člověk umírá v nemocničním pokoji zcela

osamocen. Je však důležité si uvědomit, že smrt, stejně jako zrození by měla být respektována jako sociální akt. Smrt je událost, která zasahuje a ovlivňuje více osob než jen umírajícího.

I v terminálním stádiu je zapotřebí umírajícímu věnovat veškerou péči, která se především zaměřuje na:

- Kontrolu bolesti – nemocní nemusí pociťovat bolest pouze fyzickou. Je zapotřebí všimnout si i psychické „bolesti“ nemocného.
- Osobní péči – příjem potravy umírajícího již nebude dostatečný, přesto je nutné zajistit umírajícímu alespoň malé množství jídla, které bude schopen sníst, dostatek tekutin je velice prioritní. Lidé v tomto stádiu často končí upoutaní na lůžko, ale i zde a právě pro jejich imobilitu a sníženou schopnost o sebe pečovat je důležité zajistit péči o jejich kůži, dýchání, pohodlí. Péče o vyprazdňování je rovněž velice důležitá.
- Podpůrnou péči – umírající pociťují strach, jsou plni žalu, cítí se osamoceni, jsou izolovaní od společnosti. Pokud u lůžka umírajícího není přítomna rodina, neměl by ošetřující personál zapomínat na těžkou situaci umírajícího a věnovat mu psychickou podporu. Pokud umírající cítí potřebu duchovní podpory a poslední zpovědi před smrtí, měla by mu být zajištěna návštěva duchovního.

Bližící se smrt se projevuje jak příznaky fyzickými, tak příznaky duchovního rázu. Nemocní jsou více spaví nebo naopak neklidní. Dochází ke kolísání v hodnotách fyziologických funkcí. Příjem potravy a tekutin se snižuje. Nastávají změny ve vyprazdňování moče a stolice, zhoršuje se kvalita dýchání. Nezřídka dochází k poruše vědomí, smyslových funkcí a postupnému vyhasínání funkce orgánů.

### **7.3.3. Post finem**

Okamžiky post finem nastávají ve chvíli, kdy lékař stanoví smrt pacienta a jsou charakterizovány především péčí o mrtvé tělo a pozůstalé.

Existuje rozdíl pokud nemocný zemře v osamění nebo v blízkosti svých příbuzných. První minuty po skonu blízkého bývají naplněny bezradností. Hra je dohrána, co bude dál? Jak budou dotyční žít bez člověka, kterého měli rádi? Jak mají citově uvěřit tomu, že zemřel, i když racionálně hrozbu ztráty akceptovali? Zmatenost, zvláštnost okamžiku a nejistota nemají být ihned překrývány aktivitou. Na průchod otevřenému žalu je ještě čas, nejprve je nutné akceptovat ztrátu, pochopit a přijmout, že se stalo to, co se očekávalo. V souhlase s tradicí je vhodné otevřít okno. (Haškovcová, 2000, s. 80)

Bezprostředně po smrti je třeba zajistit intimitu zemřelého. Mnozí autoři se ve svých publikacích podrobně zabývají postupy v péči o mrtvé tělo. Také učebnice pro zdravotnický personál vyčerpávajícím obsahem informují, jak správně postupovat. Většina zdravotnického personálu ví, jak si počínat bezprostředně po úmrtí. V praxi se však setkáváme s různými situacemi, které péči o zemřelého komplikují. Například na oddělení chybí místnost k dvouhodinovému klidu zemřelého. Ponechat mrtvého na lůžku mezi pacienty může způsobit psychickou újmu pacientům a to i pacientům duševně nemocným. Rovněž lze tuto situaci považovat za nedůstojnou vůči zemřelému i pacientům. Přesto však ve většině případů personál postupuje ohleduplně a eticky jak k zemřelému, tak k ostatním pacientům. Situaci často řeší různou improvizací. Nejčastěji improvizací prostor k zajištění intimity zemřelého. Samozřejmě za předpokladu, že nebudou porušeny etické aspekty péče.

Zachování etických norem v oblasti thanatologie se udržuje celkovým vedením oddělení, zácvikem nových sester a příkladným chováním lékařů. (Drábková, 1992, s. 253)

### **7.3.3.1. Péče o mrtvé tělo**

Péče o mrtvé tělo nezahrnuje pouze úkony týkající se samotného pacienta, ale rovněž přípravu dokumentace a veškerých tiskopisů pro lékaře. Sestra připraví 4 krát List o prohlídce zemřelého a 2 krát Průvodní list k pitvě. Nezapomíná na etický přístup a intimitu zemřelého. Sestra kolem lůžka umístí zástěnu, eventuelně, pokud je to možné, požádá ostatní nemocné, aby opustili pokoj.



Péče o mrtvé tělo:

- Sestra zajistí, aby měl zemřelý zavřené oči a ústa, odstraní zubní protézu
- Odstraní ozdobné předměty
- Odstraní močový katétr, žaludeční sondu
- Neodstraňuje drény
- Neodstraňuje centrální žilní katétr
- Neodstraňuje stimulační elektrody
- Zajistí identifikaci mrtvého těla
- Zakryje tělo prostěradlem
- Zajistí ponechání těla na oddělení ( v místnosti k tomu určené )
- Zajistí odvoz těla na patologii

Sestra nemusí péči o mrtvého zajišťovat sama. Dnes v psychiatrických léčebnách i jiných zařízeních často slouží spolu se sanitářkami či sanitáři. Tuto péči mohou zastat i oni, avšak za dohledu středního zdravotnického personálu.

Identifikace těla se provede štítkem upevněným na noze. Obsahuje čitelně, nejlépe hůlkovým písmem napsané jméno, příjmení, datum a hodinu smrti. Připouští se, aby identifikační údaje byly také napsány na levé dolní končetině.

Oznámení úmrtí příbuzným provádí lékař, pokud jsou přítomní. Jinak zajišťuje oznámení sestra sama podáním telegramu nebo informuje příslušné pracovníky, kteří telegram odešlou a provedou zápis o odeslání telegramu. Postupy ohledně odesílání telegramů se liší v různých zařízeních, dle jejich zvyklosti. Sestra již však není oprávněna k tomu, podávat informace o diagnóze a příčině smrti.

Dalším neopomenutelným bodem v oblasti péče o zemřelého je pozůstalost. Seznam věcí sestra zapíše do Knihy pozůstalosti. Pokud má zemřelý zubní náhrady nebo ozdoby ze žlutého, bílého kovu, musí o tom sestra učinit zápis do hlášení o úmrtí. To samé zapíše lékař i do Listu o prohlídce mrtvého.

Po dvou hodinách může být zemřelý převezen na oddělení patologie eventuelně do jiných prostor oddělení k tomu určených. Tento postup nastává většinou v nočních hodinách. Následující den si pak pracovníci patologie převezmou mrtvé tělo.

### 7.3.3.2. Pozůstalí

Pozůstalí se dozvídají o úmrtí blízkého člena prostřednictvím telegramu nebo jsou v době úmrtí přítomní v zařízení, kde jejich blízký trávil poslední chvíle života. Mají právo být informováni o příčině smrti, což jim sděluje lékař. Také je samozřejmě často zajímavá, jaké byly poslední okamžiky umírajícího, zda netrpěl, neumíral v bolestech a podobně. Kompetenci k podávání těchto informací má i zdravotní sestra. Nezapomíná na důstojný a trpělivý přístup k pozůstalým a uklidňuje pozůstalé sdělením, že smrt byla klidná a umírající neměl bolesti, ochotně reaguje na dotazy pozůstalých. Je empatická k jejich současné „bolesti“.

Pozůstalým se předají věci po zemřelém proti podpisu. I zde si sestra uvědomuje bolestivou situaci pozůstalých, postupuje důstojně, ohleduplně a eticky. Bylo by hrubou chybou předávat pozůstalým osobní věci zemřelého ve spěchu na chodbě. Pozůstalí by pak mohli tuto situaci vnímat jako neúctu k zemřelému a rovněž i pak negativně hodnotit veškerou poskytovanou péči i zdravotnické zařízení. Někteří zdravotníci považují za důležité pozůstalým ihned kondolovat. Pozůstalí však ještě nestačili uvěřit, že blízká osoba již nežije a pochopit tento fakt. Dobře míněný projev soustrasti proto nejsou schopni přijmout. Doba bezprostředně po úmrtí je charakteristická především takzvaným ohlušením a není příznivá pro přijetí soustrasti. Vhodným časem je naopak den pohřbu či období po něm. (Haškovcová, 2000, s. 83)

## 8. Sociální pracovník v lůžkovém zařízení

Za důležité ve své práci též považuji stručně se zmínit o práci sociálního pracovníka v psychiatrii. V lůžkovém zařízení je jeho nepostradatelnost zřejmá. Sociální pracovník je člověk, který napomáhá pacientům, aby byly jejich sociální potřeby co nejvíce uspokojovány. Náplní sociálního pracovníka je především sociálně právní poradenství, napomáhání resocializaci, spolupráce s rodinou nemocného a ostatními institucemi. Sociální pracovník je součástí zdravotnického týmu.

Vztah a přístup sociálního pracovníka k pacientovi také vychází z etických principů a shoduje se s chováním a jednáním všech ostatních členů zdravotnického týmu.

Velice často bývá sociální pracovník vyhledáván rodinou nemocného. Informují se na potřeby nemocného, ujistějí se o dostatku finančních prostředků pacienta. Mnohdy se zajímají právě o otázky sociálně právní, řeší-li například umístění nemocného do domova důchodců či různé finanční problémy a podobně.

Další okamžik, kdy rodina kontaktuje pracovníka nastává po smrti nemocného. Příbuzní potřebují ozřejmit mnoho otázek souvisejících s pozůstalostí, někdy neví, jak postupovat po úmrtí, na které instituce se obrátit, jak zařídit pohřeb a tak dále. Od sociálního pracovníka se očekává vlídnost, vstřícnost, trpělivost a pochopení pro pozůstalé, kteří často v takové situaci bývají zoufalí, nešťastní, bezradní.

Sociální pracovník hájí potřeby nemocného a někdy musí též řešit situace, kdy rodina nemocného příliš nemyslí ve prospěch pacienta.

V práci sociálního pracovníka je důležitá spolupráce se všemi členy ošetrovatelského týmu včetně lékaře a primáře oddělení. Důležitým faktorem je vzájemná zpětná vazba mezi členy týmu.

## 9. Eutanázie

Eutanázii lze definovat dvěma způsoby. Jednak jako smrt dobrou, krásnou, snadnou, ale také jako usmrcení ze soucitu, milosrdenství.

O eutanázii se hodně hovoří, je předmětem zvýšeného zájmu a rovněž názorů na eutanázii se objevuje nesčetně.

Většina lidí touží zemřít v klidu, ve spánku. Ovšem bývá tomu mnohdy naopak. Nádorová onemocnění jsou příkladem krutého, bolestivého a často dlouhého umírání. V takovém případě se může stát, že člověk touží ukončit život pomocí eutanázie. Diskuze se pak týkají toho, zda člověk má či nemá právo odmítnout život. Dalším momentem k zamyšlení je fakt, zda-li má nemocný právo požadovat ukončení svého života po jiném člověku respektive po lékaři.

Různé společnosti eutanázii odmítají, nebo schvalují. Některé se přiklánějí k teorii, že ukončení života před trýzněním o bolesti je humánní, jiné společnosti považují eutanázii za druh zabití. Důležité je si uvědomit, že se eutanázie netýká pouze pacienta, nýbrž i toho, kdo by ji měl provést.

Riziko legalizování eutanázie spočívá v možnosti jejího následného zneužívání. Mnoho států se i z tohoto důvodu staví k eutanázii negativně.

V souvislosti s eutanázií se rozlišují dva pojmy:

- Eutanázie aktivní
- Eutanázi pasivní

Kdy aktivní eutanázie je považována za zabití a znamená ukončení života nevyлéčitelně nemocného, hovoříme o strategii přeplnění stříkačky. Zatímco pasivní je tolerována a představuje odmítnutí další léčby ze strany trpícího. Hovoříme o strategii odkloněné stříkačky. V současné době je na eutanázii nahlíženo jako na neetický akt.

Mezi další pojmy týkající se eutanázie můžeme jmenovat:

- Eutanázie nevyžádaná ( za trpícího žádá rodina, nemocný již není schopen vyjádřit svou vůli )
- Eutanázie nechtěná ( jde o předchozí variantu, avšak nebylo možné verifikovat ani velmi pravděpodobné přání nemocného, pro eutanázii se rozhodne sám provádějící jedinec, bez jakéhokoliv podkladu svědčícího o přání pacienta zemřít. Jedná se de facto o homicidium, i v případě nejliberálnějšího pohledu je zcela nepřijatelná! )

Pojem eutanázie se neshoduje s pojmem do not resuscitate ( DNR ). Jde o neprováděnou resuscitaci u nevléčitelně nemocných a je považována za akceptovatelnou. Asistovaná sebevražda je termín označující situaci, kdy trpící pacient sám ukončí svůj život v přítomnosti lékaře, který mu v tom nebrání.

Mluvíme-li o umírání, napadne nás především důstojná a klidná smrt. Což v naší společnosti neznamená právo na eutanázii, ale především poskytnutí takové dostatečné péče, aby byly maximálně zajištěny potřeby pacienta a pacientovo utrpení a strádání bylo co nejmenší.

Eutanázie je zákonem povolena ve státě Oregon a v Holandsku. V Holandsku mají stanovené podmínky, za kterých lze aktivní eutanázii provést:

- u nevléčitelně nemocného člověka
- s bezespornou zlou prognózou
- který trpí nesnesitelnými a neztišitelnými bolestmi
- ne jeho opakovanou žádost
- rukou lékaře, který celou situaci dal posoudit nejméně ještě jedním nezávislým konziliářem (Haškovcová, 2002, s. 228)

Provádějící lékař provedení aktu nahlásí orgánům trestního řízení, situace je vyšetřována příslušnými orgány jako „trestný čin“. Jsou-li splněna výše uvedená kritéria, je vyšetřovaný osvobozen.

Samozřejmě je důležité vždy konkrétní situaci pečlivě a důsledně zvážit.

V České republice je eutanázie považována za trestný čin. Mnoho se však hovoří o takzvané dystanázii neboli zadržené smrti a eliminaci faktorů přispívajících k dystanázii.

Můj osobní názor na eutanázii se přiklání spíše k jejímu odmítání, respektive k odmítání aktivní eutanázie. Domnívám se, že společnost v naší zemi není v tomto směru dostatečně „vyspělá a zralá“, rovněž mentálně připravená přijmout takový zákon, který by umožňoval těžce nemocnému rozhodnout o ukončení života. Za přijatelnější považuji pasivní eutanázii, kdy pouze nedojde k prodloužení života a utrpení.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 10. Výzkum

### 10.1. Cíle výzkumu

Cílem výzkumné části mé bakalářské práce je zjistit, jaké pocity prožívá střední zdravotnický personál při kontaktu s umírajícím nebo zemřelým pacientem. Rovněž mne zajímá, co personál považuje za důležité v péči o umírajícího, jaký náhled mají zdravotníci na přítomnost rodiny o umírajícího, zda znají Dokument Rady Evropy a jaký názor mají na eutanázii. Zajímá mě celkový výsledek odpovědí, ale i srovnání odpovědí s pohlavím, věkem, vzděláním, vírou a počtem setkání s umírajícím či zemřelým pacientem.

### 10.2. Hypotézy výzkumu

- 1) Domnívám se, že 50 % zdravotnického personálu bude při kontaktu s umírajícím pociťovat respekt a úctu. Také pochopení pro jeho potřeby a udělají maximum pro zajištění potřeb a vyhovění přáním umírajícího.
- 2) Myslím si, že nejdůležitější pro umírajícího bude střední zdravotnický personál považovat důstojnost, tišení bolesti, hezké slovo a pohlazení. Předpokládám tyto odpovědi u 45 % respondentů.
- 3) Domnívám se, že dvě třetiny respondentů se nebudou domnívat, že psychicky nemocný, umírající člověk bude potřebovat jinou péči než pacient s nepsychiatrickým onemocněním.
- 4) Předpokládám, že rodinu u lůžka umírajícího bude kladně hodnocena polovinou respondentů, přičemž kladné odpovědi budou převládat u generace starší padesáti let a věřících.
- 5) Domnívám se, že eutanázii schvaluje 60 % respondentů, negativně budou eutanázii hodnotit věřící. Domnívám se, že Dokument Rady Evropy bude znát 20 % zdravotnického personálu a to především ve věkové hranici 19 – 30 let.
- 6) Domnívám se, že odpovědi týkající se dostatečnosti prostředků a prostor k zajištění intimity budou kladné u poloviny respondentů.

- 7) Myslím se, že intimitu zemřelého se budou snažit zajistit i přes možné nedostatky prostředků a prostorů všichni respondenti.

### **10.3. Metoda výzkumu**

Metodou výzkumu je anonymní dotazník ( příloha č.1 ). Dotazník jsem zaměřila především na potřeby umírajícího o pocity ošetřující personálu. V nabízených odpovědích jsem používala termínů z čerpané literatury, která popisuje umírajícího a kontakt s umírajícím. Dotazník se skládá z 15 otázek. Prvních pět otázek je kategorizačních. Otázky číslo 6 – 7 zkoumají pocity zdravotnického personálu k umírajícímu a názory respondentů na potřeby umírajícího pacienta. Otázka číslo 8 zjišťuje kolik středního zdravotnického personálu zná Dokument Rady Evropy. Dvanáctá otázka zkoumá názor na eutanázii. Otázky 13 – 14 zjišťují zajištění intimity zemřelého. Patnáctá otázka nabízí respondentům sdělit, co považují v péči o umírajícího za důležité a v dotazníku nenašli.

### **10.4. Charakteristika zkoumaného vzorku**

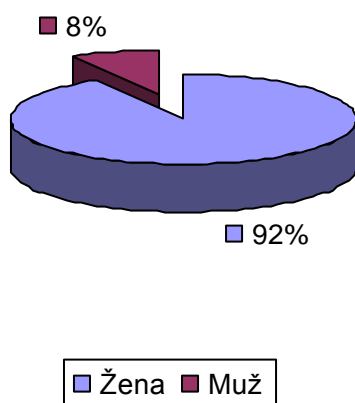
Celkem jsem rozdala 114 dotazníků. Pro výzkum jsem použila 85 zodpovězených dotazníků středních zdravotnických pracovníků z psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě, kteří byli ochotní otázky dotazníku zodpovědět. Na dotazník odpovídalo 13 zdravotnických pracovníků z přijímacího gerontopsychiatrického oddělení pro ženy 8 a 8A, 9 zdravotníků z otevřeného doléčovacího oddělení pro muže číslo 9, 12 pracovníků z doléčovacího gerontopsychiatrického oddělení pro muže číslo 9A, pracovníků z oddělení číslo 13, přijímacího gerontopsychiatrického oddělení pro muže je 10. Z oddělení číslo 13A, doléčovacího a gerontopsychiatrického oddělení pro ženy je 13 respondentů, 11 respondentů je z oddělení 15 a 15A, což je gerontopsychiatrické oddělení pro ženy. Zbýlých 17 respondentů je z oddělení 7 a L, interních odděleních psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě.



## 10.5. Výsledky a jejich interpretace

### Otázka č.1 - Pohlaví

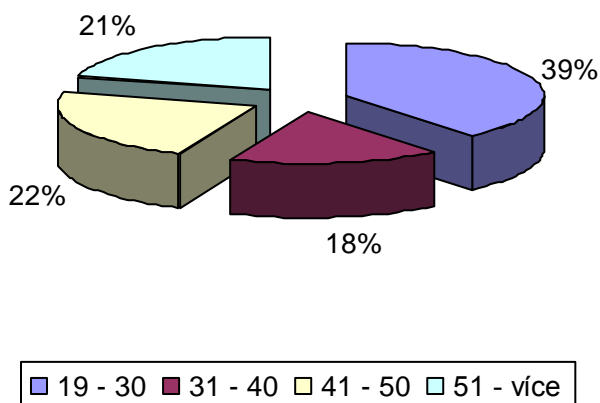
**Graf č. 1 – Zastoupení respondentů podle pohlaví**



V otázce týkající se pohlaví bylo zjištěno, že velkou převahu v zastoupení respondentů mají ženy. Z 85 respondentů odpovídalo 78 žen, což je 91,76 % a 7 mužů, což je 8,24 %. Pět mužů je ve věkové kategorii 19 – 30 let, dva muži jsou ve věkové kategorii 41 – 50 let.

### Otázka č. 2 – Věk

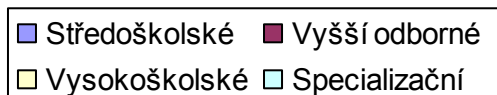
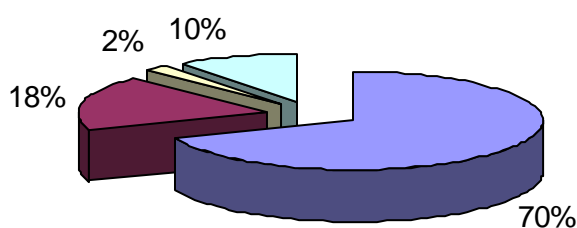
**Graf č. 2 – Zastoupení respondentů dle věku**



Největší zastoupení mezi respondenty mají zdravotníci ve věkové hranici 19 – 30 let. Respondenti v rozmezí 41 - 50 let a 51 – více tvoří přibližně stejně početnou skupinu. Rozdíl činí 1 % zdravotníků zvyšující zastoupení mezi věkovou hranicí 41 – 50 let. 18 % tvoří respondenti mezi 31 – 40 lety.

**Tabulka č. 1 – Zastoupení respondentů dle věku**

1	A	B	C	D
<b>Věk</b>	19 – 30 let	31 – 40 let	41 – 50 let	51 - více
absolutní počet	33	15	19	18
% zastoupení	38,82 %	17,65 %	22,35 %	21,18 %

**Otázka č. 3 – Jaké je Vaše vzdělání?****Graf č. 3 – Zastoupení respondentů podle vzdělání**

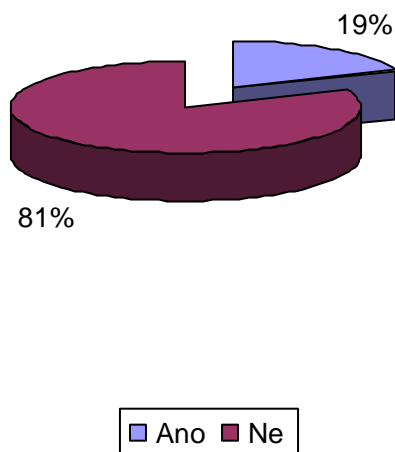
Nejsilnější skupinu tvoří respondenti se středoškolským vzděláním. Vyšší odborné vzdělání má 18 % zdravotníků, 10 % personálu má pomaturitní specializační vzdělání. Dvě respondentky mají vysokoškolské vzdělání.

**Tabulka č. 2 – Zastoupení respondentů podle vzdělání**

2	A	B	C	D
<b>Vaše vzdělání</b>	Středoškolské	Vyšší odborné	Vysokoškolské	Specializační
absolutní počet	61	16	2	9
% zastoupení	69,32 %	18,18 %	2,27 %	10,23 %

#### Otázka č. 4 – Jste věřící ?

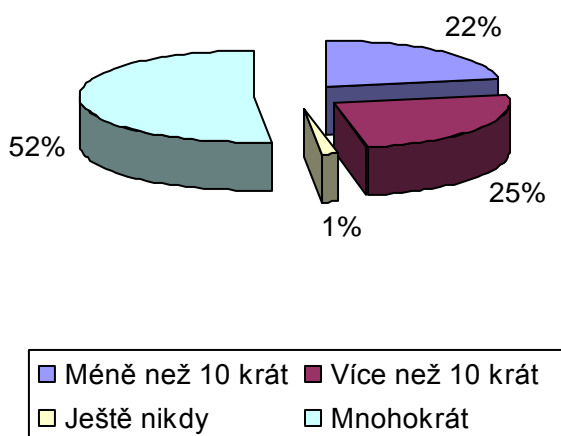
**Graf č. 4 – Zastoupení respondentů dle vyznání víry**



Z 85 dotazovaných se ukázalo, že 16 z nich je věřících (18,82 %). Bez vyznání je 69 respondentů (81,18 %). Mezi věřícími jsou tři muži. Dva jsou ve věkové kategorii 19 – 30 let, jeden je ve věkové hranici 41 – 50 let. Mezi věřícími ženami se objevuje věková kategorie 19 – 30 let pětkrát, jedna žena je ve věkové kategorii 41 – 50 let. Zbýlých sedm věřících je ve věkové kategorii 51 – více.

#### Otázka č. 5 – Kolikrát za svou praxi jste se setkal(a) s umírajícím či zemřelým pacientem?

**Graf č. 5 – Zastoupení respondentů dle počtu kontaktů s umírajícím nebo zemřelým pacientem**

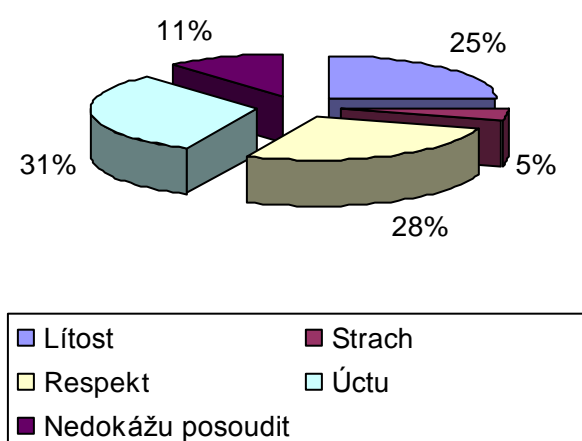


Nejčtenější odpovědi na dotaz počtu kontaktů s umírajícím či zemřelým jsou odpovědi mnohokrát. Takto odpovídalo 44 zdravotnických pracovníků (51,76 %). Méně než desetkrát odpovědělo 19 dotazovaných (22,35 %), více než desetkrát volilo 21 respondentů (24,71 %).

Nikdy do kontaktu s umírajícím či zemřelým pacientem nepřišla jedna žena (1,18 %) ve věkové kategorii 51 – více let.

Otázka č. 6 – Co pociťujete při péči o umírajícího či zemřelého pacienta?

**Graf č. 6 – Zastoupení respondentů podle pocitů při péči o umírajícího či zemřelého pacienta**



Při kontaktu s umírající nebo zemřelým pacientem nejvíce respondenti pociťují úctu. Tuto odpověď volilo 47 respondentů (31,44 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly odpovědi „respekt“ a to 41 respondentů (27,52 %) Lítost vnímá 37 respondentů (24,83 %) odpovídajících

Své pocity nedokáže posoudit 17 zdravotníků (11,41 %). Strach udává 7 zdravotníků (4,80 %). Respondenti mohli označit více možností.

**Tabulka č. 3 – Porovnání odpovědí otázky č. 6 s pohlavím respondentů**

Co pociťujete při péči o umírajícího či zemřelého pacienta ?										
Pohlaví	A		B		C		D		E	
	Lítost		Strach		Respekt		Úctu		Nedokážu posoudit	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Žena	35	23,49	6	4,03	38	25,51	44	29,54	14	9,39
Muž	2	1,34	1	0,66	4	2,68	3	2,01	2	1,34
Celkem	37	24,83	7	4,69	42	28,19	47	31,55	16	10,74

**Tabulky č. 4 – Porovnání odpovědí otázky č. 6 s věkem respondentů**

Co pociťujete při péči o umírajícího či zemřelého pacienta?										
Věk	A		B		C		D		E	
	Lítost		Strach		Respekt		Úctu		Nedokážu posoudit	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
19 – 30 let	16	10,73	4	2,68	18	12,08	18	12,08	6	4,03
31 – 40 let	7	4,70	3	2,01	8	5,37	7	4,70	2	1,34
41 – 50 let	9	6,04	0	0,00	7	4,70	12	8,05	5	3,36
51 – více	5	3,36	0	0,00	9	6,04	10	6,72	3	2,01
Celkem	37	24,83	7	4,69	42	28,19	47	31,55	16	10,74

**Tabulka č. 5 – Porovnání odpovědí otázky č. 6 se vzděláním respondentů**

Co pociťujete při péči o umírajícího či zemřelého pacienta?										
Vzdělání	A		B		C		D		E	
	Lítost		Strach		Respekt		Úctu		Nedokážu posoudit	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Středoškolské	25	16,78	4	2,68	32	21,48	32	21,48	11	7,39
Vyšší odborné	7	4,70	3	2,01	7	4,70	8	5,37	3	2,01
Vysokoškolské	1	0,67	0	0,00	0	0,00	2	1,34	0	0,00
Specializační	4	2,68	0	0,00	3	2,01	5	3,36	2	1,34
Celkem	37	24,83	7	4,69	42	28,19	47	31,55	16	10,74

**Tabulka č. 6 – Porovnání odpovědí otázky č. 6 s věřícími a nevěřícími**

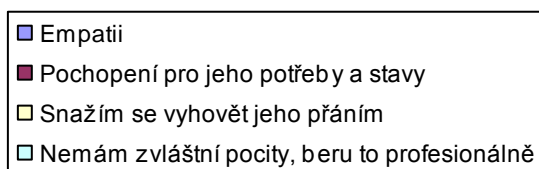
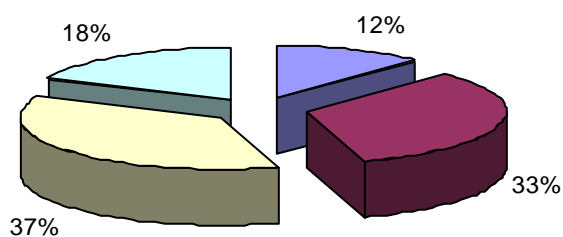
Co pociťujete při péči o umírajícího či zemřelého pacienta?										
Vyznání víry	A		B		C		D		E	
	Lítost		Strach		Respekt		Úctu		Nedokážu posoudit	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	7	4,70	2	1,34	12	8,06	11	7,39	0	0,00
Ne	30	20,13	5	3,35	30	20,13	36	24,16	16	10,74
Celkem	37	24,83	7	4,69	42	28,19	47	31,55	16	10,74

**Tabulka č. 7 – Porovnání odpovědí otázky č.6 dle četnosti kontaktu respondentů s umírajícím či zemřelým pacientem**

Co pociťujete při péči o umírajícího či zemřelého pacienta?										
Četnost kontaktu s úmrtím	A		B		C		D		E	
	Lítost		Strach		Respekt		Úctu		Nedokázu posoudit	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Méně než 10 krát	7	4,70	3	2,01	5	3,36	9	6,04	5	3,36
Více než 10 krát	9	6,04	2	1,34	13	8,72	15	10,07	2	1,34
Ještě nikdy	1	0,67	0	0,00	1	0,67	1	0,67	0	0,00
Mnohokrát	20	13,42	2	1,34	23	15,44	22	14,77	9	6,04
Celkem	37	24,83	7	4,69	42	28,19	47	31,55	16	10,74

Otázka č. 7 – Co pociťujete při kontaktu s umírajícím?

**Graf č. 5 - Zastoupení respondentů dle pocitů při kontaktu s umírajícím**



Empatii při kontaktu s umírajícím pociťuje 12,17 %, což je 14 respondentů. Pochopení pro pacientovi potřeby a stavy vnímá 33,04 %, což je 38 zdravotníků. Největší skupinu tvoří respondenti, kteří se snaží vyhovět přáním umírajícího. Tuto odpověď volilo 42 respondentů – 36,52 %.

Profesionálně a bez zvláštních pocitů přistupuje k umírajícím 21 zdravotníků, což představuje 18,27 % respondentů. Respondenti měli možnost volit více možností.

**Tabulka č. 8 – Porovnání odpovědí otázky č. 7 s pohlavím respondentů**

Co pociťujete při kontaktu s umírajícím?								
Pohlaví	A		B		C		D	
	Empatii		Pochopení pro jeho potřeby a stavy		Snažím se vyhovět jeho přáním		Nemám zvláštní pocity, беру to profesionálně	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Žena	13	11,30	35	30,43	38	33,04	21	18,27
Muž	2	1,74	3	2,61	3	2,61	0	0,00
Celkem	15	13,04	38	33,04	41	35,65	21	18,27

**Tabulka č. 9 – Porovnání odpovědí otázky č. 7 s věkem respondentů**

Co pociťujete při kontaktu s umírajícím?								
Věk	A		B		C		D	
	Empatii		Pochopení pro jeho potřeby a stavy		Snažím se vyhovět jeho přáním		Nemám zvláštní pocity, беру to profesionálně	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
19 – 30 let	10	8,69	17	14,78	16	13,91	8	6,96
31 – 40 let	3	2,61	7	6,09	7	6,09	3	2,61
41 - 50 let	1	0,87	9	7,83	8	6,96	6	5,22
51 - více	1	0,87	5	4,34	10	8,69	4	3,48
Celkem	15	13,04	38	33,04	41	35,65	21	18,27

**Tabulka č. 10 – Porovnání odpovědí otázky č.7 se vzděláním respondentů**

Co pociťujete při kontaktu s umírajícím?								
Vzdělání	A		B		C		D	
	Empatii		Pochopení pro jeho potřeby a stavy		Snažím se vyhovět jeho přáním		Nemám zvláštní pocity, беру to profesionálně	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Středoškolské	7	6,08	26	22,60	23	22,00	16	13,92
Vyšší odborné	6	5,22	8	6,96	10	8,69	3	2,61
Vysokoškolské	0	0,00	0	0,00	2	1,74	0	0,00
Specializační	2	1,74	4	3,48	6	5,22	2	1,74
Celkem	15	13,04	38	33,04	41	35,65	21	18,27

**Tabulka č. 11 – Porovnání odpovědí otázky č. 11 s věřícími a nevěřícími**

Co pociťujete při kontaktu s umírajícím?								
Vyznání víry	A		B		C		D	
	Empatii		Pochopení pro jeho potřeby a stavy		Snažím se vyhovět jeho přáním		Nemám zvláštní pocity, beru to profesionálně	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	6	5,22	6	5,22	11	9,56	0	0,00
Ne	9	7,82	32	27,82	30	26,09	21	18,27
Celkem	15	13,04	38	33,04	41	35,65	21	18,27

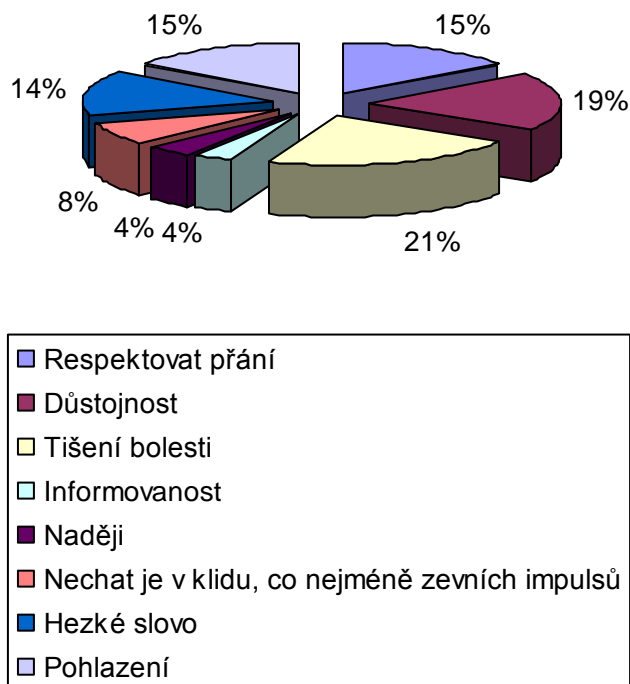
**Tabulka č. 12 – Porovnání odpovědí otázky č. 7 s dle četnosti kontaktů respondentů s umírajícím či zemřelým pacientem**

Co pociťujete při kontaktu s umírajícím?								
Četnost kontaktu s úmrtím	A		B		C		D	
	Empatii		Pochopení pro jeho potřeby a stavy		Snažím se vyhovět jeho přáním		Nemám zvláštní pocity, beru to profesionálně	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Méně než 10 krát	3	2,61	9	7,83	9	7,83	6	5,22
Více než 10 krát	6	5,22	14	12,17	8	6,96	2	1,74
Ještě nikdy	1	0,87	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Mnohokrát	5	4,34	15	13,04	24	20,86	13	11,31
Celkem	15	13,04	38	33,04	41	35,65	21	18,27



## Otázka č. 8 – Co si myslíte, že je důležité umírajícímu poskytnout?

**Graf č. 6** – Zastoupení respondentů dle jejich mínění, co si myslí, že umírající nejvíce potřebuje



Nejvíce se respondenti domnívají, že umírající potřebuje tišit bolest. Takto odpovědělo 80 respondentů (21,74 %). Důstojnost by poskytlo pacientovi 70 respondentů (19,02 %). Přání by respektovalo 55 respondentů (14,95 %), umírajícího by pohladilo rovněž 55 respondentů (14,95 %) a o něco méně respondentů, 53 zdravotníků (14,40 %) by k umírajícímu promluvilo vlídným slovem.

V klidu a bez zevních impulsů by umírajícího nechalo 28 respondentů (7,61 %). Naději poskytne 14 respondentů (3,80 %), informovanost zajistí nemocnému o něco méně respondentů, a to 13 (3,53 %). I zde měli respondenti možnost označit několik odpovědí.

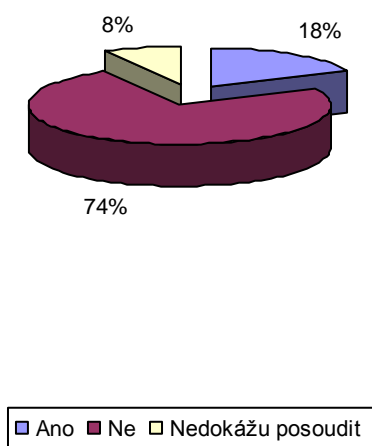
**Tabulky č. 13 – 17** ( viz. příloha č. 8 )

13. Porovnání odpovědí otázky č. 8 s pohlavím respondentů
14. Porovnání odpovědí otázky č. 8 s věkem respondentů
15. Porovnání odpovědí otázky č. 8 se vzděláním respondentů
16. Porovnání odpovědí otázky č. 8 s věřícími a nevěřícími respondenty
17. Porovnání odpovědí otázky č. 8 dle četnosti kontaktů respondentů s umírajícím či zemřelým pacientem

Z důvodu většího rozměru tabulek 13. – 17. umístěny tyto tabulky v příloze č. 8.

Otázka č. 9 – Domníváte se, že umírající duševně nemocný člověk potřebuje jinou péči, než pacient s nepsychiatrickým onemocněním?

**Graf č. 9** – Zastoupení respondentů dle jejich domněnky, zda umírající duševně nemocný člověk potřebuje jinou péči, než pacient s nepsychiatrickým onemocněním



Nejvíce se respondenti domnívají, že duševně umírající člověk nepotřebuje jinou péči než pacient s nepsychiatrickým onemocněním. Těchto respondentů je 63 (74,12 %). Patnáct respondentů se domnívá o opaku. Tedy, že duševně nemocný člověk potřebuje jinou péči než člověk bez duševního onemocnění (17,65 %).

Zbýlých 7 respondentů nedokáže tuto otázku posoudit (8,23 %).

**Tabulka č. 18** – Porovnání odpovědí otázky č. 9 s pohlavím respondentů

Domníváte se, že umírající, duševně nemocný pacient potřebuje jinou péči, než pacient s nepsychiatrickým onemocněním?						
Pohlaví	A		B		C	
	Ano		Ne		Nedokážu posoudit	
	počet	%	počet	%	počet	%
Žena	12	14,12	59	69,41	7	0,00
Muž	3	3,53	4	4,70	0	8,24
Celkem	15	17,65	63	74,12	7	8,24

**Tabulka č. 19 – Porovnání odpovědí otázky č. 9 s věkem respondentů**

Domníváte se, že umírající, duševně nemocný pacient potřebuje jinou péči, než pacient s nepsychiatrickým onemocněním?						
Věk	A		B		C	
	Ano		Ne		Nedokážu posoudit	
	počet	%	počet	%	počet	%
19 – 30 let	6	7,05	39	34,23	5	5,88
31 – 40 let	4	4,75	10	9,50	1	1,18
41 – 50 let	3	3,50	15	14,70	1	1,18
51 - více	2	2,35	16	15,69	0	0,00
Celkem	15	17,65	63	74,12	7	8,24

**Tabulka č. 20 – Porovnání odpovědí otázky č. 9 se vzděláním respondentů**

Domníváte se, že umírající, duševně nemocný pacient potřebuje jinou péči, než pacient s nepsychiatrickým onemocněním?						
Věk	A		B		C	
	Ano		Ne		Nedokážu posoudit	
	počet	%	počet	%	počet	%
Středoškolské	10	11,77	43	50,59	5	5,88
Vyšší odborné	3	3,54	11	12,94	1	1,18
Vysokoškolské	0	0,00	1	1,18	1	1,18
Specializační	2	2,35	8	9,41	0	0,00
Celkem	15	17,65	63	74,12	7	8,24

**Tabulka č. 21 – Porovnání odpovědí otázky č.9 s věřícími a nevěřícími**

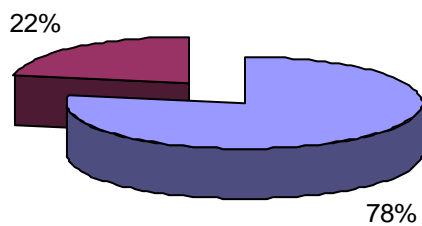
Domníváte se, že umírající, duševně nemocný pacient potřebuje jinou péči, než pacient s nepsychiatrickým onemocněním?						
Vyznání víry	A		B		C	
	Ano		Ne		Nedokážu posoudit	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	3	3,53	13	15,29	0	0,00
Ne	12	14,12	50	58,82	7	8,24
Celkem	15	17,65	63	74,12	7	8,24

**Tabulka č. 22** – Porovnání odpovědí otázky č. 9 dle četnosti kontaktů respondentů s umírajícím či zemřelým pacientem

Domníváte se, že umírající, duševně nemocný pacient potřebuje jinou péči, než pacient s nepsihiatrickým onemocněním?						
Kontakt s úmrtím	A		B		C	
	Ano		Ne		Nedokážu posoudit	
	počet	%	počet	%	počet	%
Méně než 10 krát	4	4,70	9	10,59	6	7,06
Více než 10 krát	5	5,88	15	17,65	0	0,00
Ještě nikdy	0	0,00	1	1,18	0	0,00
Mnohokrát	9	7,06	38	44,70	1	1,18
Celkem	15	17,64	63	74,12	7	8,24

Otázka č. 10 – Rodina u lůžka umírajícího:

**Graf č. 10** – Zastoupení respondentů podle domněnky, zda je rodina u lůžka umírajícího vhodná či nikoli u lůžka umírajícího



■ Je vhodná ■ Je nevhodná

Na tuto otázku odpovědělo 66 respondentů (77,65 %), že rodina je vhodná u lůžka umírajícího. Zbýlých 19 respondentů (22,35 %) se domnívá, že rodina není vhodná u lůžka umírajícího.

**Tabulka č. 23 – Porovnání odpovědí otázky č. 10 s pohlavím respondentů**

Rodina u lůžka umírajícího:				
Pohlaví	A		B	
	Je vhodná		Je nevhodná	
	počet	%	počet	%
Žena	61	71,76	17	20,00
Muž	5	5,88	2	2,36
Celkem	66	77,64	19	22,36

**Tabulka č. 24 – Porovnání odpovědí otázky č. 11 s věkem respondentů**

Rodina u lůžka umírajícího:				
Věk	A		B	
	Je vhodná		Je nevhodná	
	počet	%	počet	%
19 – 30 let	30	35,30	4	4,71
31 – 40 let	10	11,76	5	5,88
41 – 50 let	13	15,29	6	7,06
51 - více	13	15,29	4	4,71
Celkem	66	77,64	19	22,36

**Tabulka č. 25 – Porovnání odpovědí otázky č. 10 se vzděláním respondentů**

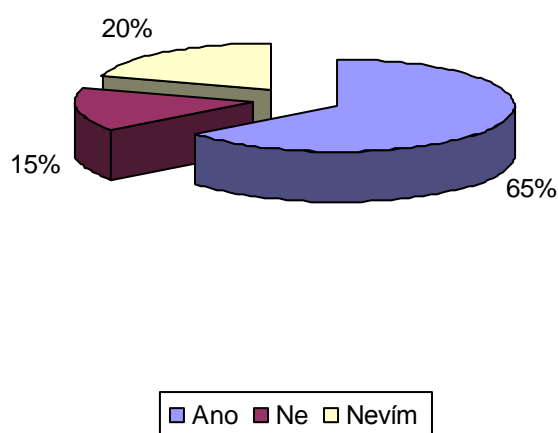
Rodina u lůžka umírajícího:				
Vzdělání	A		B	
	Je vhodná		Je nevhodná	
	počet	%	počet	%
Středoškolské	42	49,41	16	18,82
Vyšší odborné	13	15,29	2	2,36
Vysokoškolské	2	2,35	0	0,00
Specializační	9	10,59	1	1,18
Celkem	66	77,64	19	22,36

**Tabulka č. 26 – Porovnání odpovědí otázky č. 10 s věřícími a nevěřícími**

Rodina u lůžka umírajícího:				
Vyznání víry	A		B	
	Je vhodná		Je nevhodná	
	počet	%	počet	%
Ano	15	17,65	1	1,18
Ne	51	59,99	18	21,18
Celkem	66	77,64	19	22,36

**Tabulka č. 27 – Porovnání odpovědí otázky č. 10 dle četnosti kontaktů respondentů s umírajícím či zemřelým pacientem**

Rodina u lůžka umírajícího:				
Kontakt s úmrtím	A		B	
	Je vhodná		Je nevhodná	
	počet	%	počet	%
Méně než 10 krát	12	14,12	7	18,82
Více než 10 krát	18	21,17	2	2,36
Ještě nikdy	1	1,18	0	0,00
Mnohokrát	35	41,17	10	1,18
Celkem	66	77,64	19	22,36

Otázka č. 11 – Je podle Vás eutanázie etická?**Graf č. 11 – Zastoupení respondentů, jak vnímají eutanázii**

V dnešní době se velmi často hovoří o eutanázii a hodnotí se názory na tento akt. Mne samotnou zajímal názor dotazovaných respondentů. Eutanázii vnímá jako etickou 55 respondentů, což představuje 64,71 %. Etická není eutanázie pro 13 respondentů, což je

15,29 %. Sedmnáct zdravotníků neví, zda eutanázie je etická nebo není. Tuto skupina tvoří celých 20 %.

**Tabulka č. 28** – Porovnání odpovědí otázky č. 11 s pohlavím respondentů

Je podle Vás eutanázie etická?						
Pohlaví	A		B		C	
	Ano		Ne		Nevím	
	počet	%	počet	%	počet	%
Žena	48	56,48	13	15,29	17	20,00
Muž	7	8,23	0	0,00	0	0,00
Celkem	55	64,71	13	15,29	17	20,00

**Tabulka č. 29** – Porovnání respondentů otázky č. 11 s věkem respondentů

Je podle Vás eutanázie etická?						
Věk	A		B		C	
	Ano		Ne		Nevím	
	počet	%	počet	%	počet	%
19 – 30 let	24	28,24	5	5,88	5	5,88
31 – 40 let	12	14,12	1	1,18	2	2,36
41 – 50 let	11	12,94	3	3,53	5	5,88
51 - více	8	9,41	4	4,70	5	5,88
Celkem	55	64,71	13	15,29	17	20,00

**Tabulka č. 30** – Porovnání odpovědí otázky č. 11 se vzděláním respondentů

Je podle Vás eutanázie etická?						
Vzdělání	A		B		C	
	Ano		Ne		Nevím	
	počet	%	počet	%	počet	%
Středoškolské	40	47,06	9	10,58	9	10,58
Vyšší odborné	8	9,41	3	3,53	4	4,71
Vysokoškolské	2	2,36	0	0,00	0	0,00
Specializační	5	5,88	1	1,18	4	4,71
Celkem	55	64,71	13	15,29	17	20,00

**Tabulka č. 31 – Porovnání odpovědí otázky č. 11 s věřícími a nevěřícími**

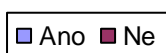
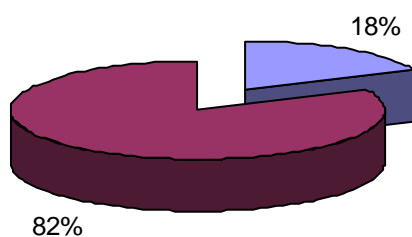
Je podle Vás eutanázie etická?						
Vyznání víry	A		B		C	
	Ano		Ne		Nevím	
	počet	%	počet	%	počet	%
Ano	7	8,23	6	7,06	3	3,53
Ne	48	56,48	7	8,23	14	16,47
Celkem	55	64,71	13	15,29	17	20,00

**Tabulka č. 32 – Porovnání odpovědí otázky č. 11 dle četnosti kontaktů zdravotníků s umírajícím či zemřelým pacientem**

Je podle Vás eutanázie etická?						
Kontakt s úmrtím	A		B		C	
	Ano		Ne		Nevím	
	počet	%	počet	%	počet	%
Méně než 10 krát	11	12,94	3	3,53	5	5,88
Více než 10 krát	11	12,94	5	5,88	4	4,71
Ještě nikdy	1	1,18	0	0,00	0	0,00
Mnohokrát	32	37,65	5	5,88	8	9,41
Celkem	55	64,71	13	15,29	17	20,00

Otázka č. 12 – Znáte Dokument rady Evropy (Charta umírajících)?

**Graf č. 12 – Zastoupení respondentů dle jejich znalosti Dokumentu Rady Evropy**



Z celkového počtu 85 respondentů, kteří tvořili výzkumný vzorek zná Dokument Rady Evropy 15 zdravotníků (17,65 %). Zbýlých 70 zdravotníků (82,35 %) Dokument Rady Evropy nezná.



Odpovědi na tuto otázku jsem hodnotila pouze ve srovnání s pohlavím, věkem a vzděláním respondentů, neboť si nemyslím,

že na znalost tohoto dokumentu by výrazný vliv mělo vyznání víry nebo četnost kontaktů s umírajícím pacientem. U porovnání s pohlavím mne zajímá, jakou hodnotu představuje mužská část respondentů ve znalosti Dokumentu Rady Evropy.

**Tabulka č. 33 – Porovnání odpovědí otázky č. 12 s pohlavím respondentů**

Znáte Dokument Rady Evropy (Charta umírajících)?				
Pohlaví	A		B	
	Ano		Ne	
	počet	%	počet	%
Žena	14	16,47	64	75,29
Muž	1	1,18	6	7,06
Celkem	15	17,65	70	82,35

**Tabulka č. 34 – Porovnání odpovědí otázky č. 12 s věkem respondentů**

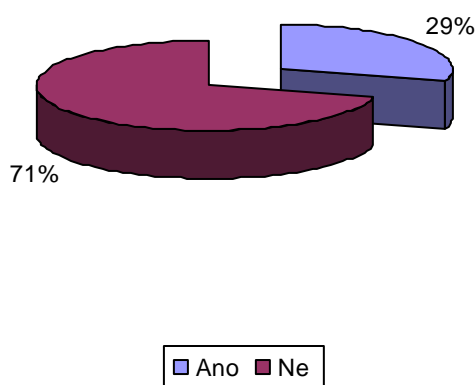
Znáte Dokument Rady Evropy (Charta umírajících)?				
Věk	A		B	
	Ano		Ne	
	počet	%	počet	%
19 – 30 let	6	7,07	27	31,76
31 – 40 let	4	4,70	11	12,94
41 – 50 let	4	4,70	15	17,65
51 - více	1	1,18	17	20,00
Celkem	15	17,65	70	82,35

**Tabulka č. 35 – Porovnání odpovědí otázky č. 12 se vzděláním respondentů**

Znáte Dokument Rady Evropy (Charta umírajících)?				
Vzdělání	A		B	
	Ano		Ne	
	počet	%	počet	%
Středoškolské	12	14,12	46	54,12
Vyšší odborné	0	0,00	15	17,64
Vysokoškolské	2	2,35	0	0,00
Specializační	1	1,18	9	10,59
Celkem	15	17,65	70	82,35

Otázka č. 13 – Máte na svém oddělení prostory či prostředky k zajištění intimity zemřelého?

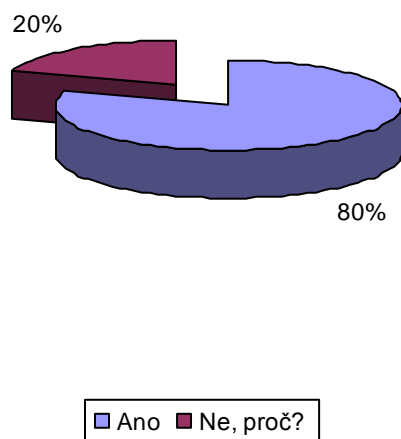
**Graf č. 13 – Porovnání respondentů respektive kladných a záporných odpovědí na prostory či prostředky pro intimitu zemřelého**



Dvacet pět respondentů (29,41 %) si myslí, že na svém oddělení mají dostatek prostorů i prostředků k zajištění intimity zemřelého. Nedostatek prostorů a prostředků udává 60 respondentů (70,59 %). Tato otázka není určena ke srovnání s kategorizačními otázkami. Zajímá mě z praktického hlediska. V dalším výzkumu však zhodnotím záporné odpovědi této otázky.

## Otázka č. 14 – Dodržujete intimitu zemřelého?

**Graf č. 14** – Porovnání respondentů, kolik z nich dodržuje intimitu zemřelého



Intimitu zemřelého dodržuje celých 80 % zdravotnického personálu, 68 lidí. Celých 20 % , 17 lidí intimitu nedodržuje. Tato odpověď „ne“, měla doplňující otázku „proč“. Čtyři respondenti na tuto doplňující otázku nereagovali vůbec. Dalších 14 zdravotníků zdůvodnilo nezajišťování intimity zemřelého nedostatkem prostředků a prostor na oddělení.

Z 60 respondentů, kteří nemají vybavení k zajištění intimity zemřelého se jich přesto 43 snaží intimitu zajišťovat. Všichni respondenti ( 25 ), kteří uvedli dostatek prostředků a prostor pro intimitu zemřelého také intimitu dodržují. Otázky č.13 a 14 jsem již neporovnávala s kategorizačními otázkami, neboť se domnívám, že dostatek, respektive nedostatek prostředků a prostor k zajištění intimity zemřelého je fakt, nikoliv domněnka ovlivněná pohlavím, věkem, vzděláním a tak dále.

## Otázka č. 15 – Co považujete v péči o umírajícího pacienta za důležité a nenašel(a) jste v otázkách? Prosím uveďte:

Na tuto otázku reagovalo 11 respondentek z celkové počtu. Čtyři respondentky považují za důležité pro umírajícího duchovní podporu zástupcem víry, kterou jsem v dotazníku skutečně nezmiňovala. Dvě respondentky se domnívají, že by měl být zdravotnický personál mnohem lépe připraven po psychické stránce ke kontaktu nejen s umírajícím, ale také s jeho rodinou. Jedna respondentka zmiňuje termín šetrného zacházení se zemřelým. Tři respondentky považují za důležité vhodné prostředí pro umírajícího a jedna respondentka se zabývá otázkou informovanosti rodiny a distancí. Zbýlých 74 respondentek a respondentů nezmiňovali žádné připomínky.

## 11. Diskuse

Na výzkumu se podílelo 85 respondentů. Z toho bylo 78 žen a 7 mužů. Vyhodnocením byly zjištěny následující poznatky:

1. Respekt a úctu by měl před umírajícím cítit každý zdravotník. Nejvíce pociťují respondenti při kontaktu s umírajícím skutečně respekt a úctu (více jak 50 %). Lítost a strach mohou být mnohdy příčinou špatné péče o umírající. Personál, který pociťuje strach z péče u umírajícího se může často i záměrně vyhýbat pokoji s umírajícím, zvláště pak přímému kontaktu s pacientem v terminálním stádiu. Často však respondenti a to ve 24,83 % označovali pocit lítosti. Lítost většinou vnímá každý z nás, jestliže něco končí a jedná-li se o lidský život, o to je to pochopitelnější. Lítost však musí mít určité hranice. Zajímavé je poznání, že strach udává 1 muž, oproti tomu pocit strachu již neudávají respondenti ve věkové hranici 41 – 50 let a 51 – více. Rovněž vysokoškolsky vzdělaní a respondenti se specializačním vzděláním neoznačili odpověď strach.  
Pochopení pro potřeby a stavy umírajícího má přibližně stejný počet respondentů, kteří se snaží vyhovět přáním umírajícího.
2. Přístup k umírajícímu je velice citlivé téma. V dnešní době, kdy většina lidí umírá v nemocničním prostředí a na blízku je zdravotník, je velice důležité volit správný, profesionální postoj a nezapomínat především na lidskost. V otázce, co si respondenti myslí, že je důležité poskytnout umírajícímu, měli dotazovaní možnost označit několik odpovědí. Nejvíce zdravotníci preferují u umírajícího tišení bolesti, důstojnost, pohlazení, respektování jeho přání a hezké slovo. Dohromady takto odpovědělo 85,06 % respondentů. Moje hypotéza, co respondenti budou pro umírající považovat za důležité se tedy od skutečnosti liší. Na stejné úrovni jako pohlazení preferují respektovat přání umírajícího. Z těchto odpovědí zdravotníků je patrné, že kromě tišení bolesti, která provází většinu terminálních stavů a analgetická léčba je tedy vysoce pravděpodobná, skutečně přistupují k umírajícímu velice lidsky a uvědomují si, že i umírající si zaslouží důstojné jednání stejně jako vlídné slovo a v neposlední řadě pohlazení.

3. Všichni respondenti pracují v psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě a téměř všichni, kromě jedné respondentky se setkali za svou praxi s umírajícím pacientem. Vědí, co péče o pacienta v terminálním stádiu vyžaduje. Duševně nemocný člověk se liší od pacienta s nepsychiatrickým onemocněním právě svou duševní nemocí. Avšak před smrtí jsou si všichni rovni. Péče o umírajícího pacienta se odvíjí především od jeho potřeb, které pro své onemocnění nemůže uspokojovat sám a je odkázán na pomoc druhých. Péči o umírajícího pacienta s duševním onemocněním nepovažuje za odlišnou 63 respondentů, což přesahuje dvě třetiny respondentů. Má hypotéza se liší přibližně o 7 respondentů, kteří navyšují skupinu zdravotníků, kteří neodlišují péči o umírající s duševní nemocí.
4. Poslední okamžiky svého života by umírající člověk neměl být sám. Literatura popisuje akt smrti stejně jako akt zrození společenskou událostí a rodina by měla být přítomna u nemocného. V dnešní době už nebývá výjimkou, že nejbližší příbuzní setrvávají u lůžka umírajícího do posledního okamžiku a pacient nemusí umírat osamocen v téměř prázdném pokoji. Rodinu u lůžka umírajícího hodnotí jako vhodnou 66 respondentů, což je více jak dvě třetiny respondentů a moje hypotéza se tedy neshoduje se zjištěním výzkumu. Odpovědi se neliší ani podle věkových kategorií. Má hypotéza se ovšem potvrdila v případě věřících, kteří skutečně kromě 1 věřícího respondenta z 16 považují přítomnost rodiny u lůžka umírajícího za vhodnou.
5. Eutanázie je v dnešní době velice diskutabilní téma s mnoha názory. Medicína se rozvíjí a neustále zvyšuje svou úroveň. Ulehčuje mnoha nemocným jejich utrpení, léčebné metody a prostředky se zkvalitňují, avšak někdy nastává okamžik, kdy medicína přestává být všemocnou a vyčkává se konce života nemocného pacienta. Mnohé teorie pak hovoří o konci utrpení a jedním z řešení by mohla být eutanázie. V naší zemi však není legalizována, zajímal mne názor respondentů, zda je eutanázie etická či není. Eutanázii hodnotí jako etickou 64,71 % respondentů, čímž se má hypotéza liší v necelých 5 %. Domnívala jsem se, že kladně odpoví 60 % respondentů. Také jsem se domnívala, že převážně neeticky budou eutanázii hodnotit věřící, ale neetickou ji ohodnotilo pouze 6 věřících a 3 věřící respondenti nevěděli zda je eutanázie etická nebo není. Dokument Rady Evropy zná 17,65 % respondentů. Má domněnka byla 20 %. Znalost tohoto dokumentu není ovlivněna věkem respondentů. Ze sedmi mužů zná Dokument Rady Evropy 1 muž. Respondenti s vyšším odborným

vzděláním neznají vůbec dokument, vysokoškolsky vzdělaní znají dokument a respondenti se specializačním vzděláním jsou ve znalosti dokumentu zastoupeny 1 respondentem. Dále jedna čtvrtina středoškoláků zná Dokument Rady Evropy o smrtelně nemocné. Lze z tohoto usuzovat, že zdravotníci mají nedostatky v této teoretické oblasti ve vzdělání, avšak z předešlého výzkumu prakticky vědí, jak citlivě přistupovat k umírajícímu.

6. Mrtvý člověk si stejně jako umírající člověk zaslouží důstojnost, úctu a především klidné a intimní místo. Bohužel však více jak dvě třetiny respondentů hodnotí prostředky a prostory k zajištění intimity jako nedostačující. V hypotéze jsem se domnívala, že se bude jednat o polovinu respondentů. Následně mne tedy zajímalo kolik z dotazovaných, kteří hodnotí prostředky a prostory jako nedostačující zajišťuje i přesto intimitu zemřelého.
7. Domnívala jsem se, že všichni respondenti se budou snažit zajistit intimitu zemřelého i pokud technické vybavení oddělení nebudou považovat za dostačující. Z 60 respondentů, kteří postrádají technické vybavení k zajištění intimity zemřelého se jich 43 snaží i přesto intimitu dodržovat. Ti, kteří intimitu nezajišťují ( 17 respondentů ) odůvodňují své stanovisko nedostatkem prostředků a prostor. Rozhodně tento fakt stojí k zamyšlení, zda skutečně na odděleních chybí takové prostory. Pokud zařízení nedovoluje z kapacitních důvodů vyčlenit místnost, bylo by vhodné zajistit alespoň dostatek jiných prostředků například složných zástěn a podobně. Všichni respondenti z oddělení, kde mají dostatečné vybavení pro intimitu zemřelého také intimitu dodržují.

## 12. Závěr

Bakalářská práce má část teoretickou a empirickou.

V teoretické části jsem úvodem chtěla přiblížit etiku jako vědu, etiku v ošetrovatelství a v psychiatrii. Domnívám se, že morální jednání by mělo být součástí každodenního života a v přístupu k nemocnému člověku nepostradatelnou součástí verbální i neverbální komunikace.

V dalších oddílech mé bakalářské práce jsem se snažila přiblížit problematiku duševně nemocného pacienta a problematiku psychiatrie vůbec. Již z názvu mé bakalářské práce je možné tušit, že právě psychiatrie zde bude skloňována v několika pádech. Snažila jsem se nastínit sled okamžiků, které nastávají u duševně nemocného člověka, jenž onemocní duševní nemocí.

Stává se, že člověk zažije jednu zkušenost s psychiatrií za život. Častější však bývají opakované hospitalizace. Takovým pacientům, kteří se k léčbě vracejí do psychiatrické léčebny se říká revertenti.

Téměř závěr teoretické části bakalářské práce je věnován umírání a smrti. Také na psychiatrii lidé umírají, i když zdaleka ne tak často, jako na interních, anesteziologicko resuscitačních a podobných odděleních.

Lehce jsem se ve své práci také dotkla tématu eutanázie, neboť se domnívám, že tam, kde se hovoří o smrti má i eutanázie své místo k diskusi.

Medicína je v současné době na velmi vysoké úrovni a lze v podstatě říci, že dnes jsou lékaři schopni vyléčit člověka, jehož by před půl stoletím čekala smrt. Úroveň ošetrovatelské péče také stoupá a má své nezastupitelné místo v léčbě nemocného.

V empirické části jsem se zaměřila na postoj středního zdravotnického personálu k umírajícímu pacientovi v psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě.

Kategorizační otázky se týkaly pohlaví, věku, vzdělání, vyznání víry a četnosti kontaktu s úmrtím. Zjistila jsem, že mužský personál je ve velmi malém zastoupení. Sedm mužů z celkového počtu 85 respondentů, čímž nelze považovat srovnání odpovědí s ženským a mužským pohlavím za plně objektivní. Dále jsem zaznamenala, že největší zastoupení měli respondenti ve věkové kategorii 19 – 30 let. Věřících bylo 16 z různých věkových kategorií. Mezi středním zdravotnickým personálem se objevily 2 respondentky s vysokoškolským vzděláním. Jedna respondentka ve věkové kategorii 41 – 50 let se ještě nikdy nesešla se zemřelým pacientem. Kategorizační otázky jsem použila k porovnání odpovědí v jednotlivých otázkách.

Z výzkumu lze usoudit, že si většina respondentů umí vytvořit správný postoj k pacientovi v terminálním stádiu. Umírajícího respektuje a přistupuje k němu s úctou, má pochopení pro jeho potřeby a stavy a také se snaží vyhovět jeho přáním. Vedle tišení bolesti, která jako intervence nebývá u umírajícího ojedinělá, si zdravotnický pracovník uvědomuje důstojnost, kterou by umírajícímu neměl odpírat. Rovněž hezké slovo a pohlázení vnímá střední zdravotnický personál v psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě jako velice důležité pro umírajícího pacienta.

Většina kladných odpovědí na otázku vhodnosti rodiny u lůžka umírajícího je zřejmě odrazem právě pokrokové medicíny. Lékaři a zdravotní sestry dnes chápou potřeby umírajícího a rodinu, která chce být na blízku umírajícímu členu rodiny. A není to tak dávno, kdy na dveřích oddělení visel papír s návštěvními hodinami a sestry upozorňovaly na konec návštěv.

Na dotaz, zda je eutanázie etická odpověděli téměř dvě třetiny respondentů kladně. Výrazné rozdíly v odpovědích mezi jednotlivými kategoriemi respondentů nebyly. Také sedm věřících z šestnácti podpořilo kladnou odpověď. Domnívala jsem se, že názory na eutanázii nebudou v takovém zastoupení pozitivní.

Dokument Rady Evropy k péči o nevléčitelně nemocné a umírající. Tento název byl mnohým respondentům neznámý. Z výzkumu je však patrné, že zdravotníci v péči o umírajícího neporušují jejich práva a v odpovědích, které označili se shodují s Chartou umírajících.



Otázka zajištění intimity je důležitou součástí péče o umírajícího a zemřelého pacienta. Velká část respondentů nepovažuje prostory a prostředky k zajištění intimity dostačující, přesto se však velká skupina z nich snaží intimitu zajistit a neporušuje tak důstojné zacházení se zemřelým, které by se mělo dostat každému zemřelému pacientovi.

Po celkovém zhodnocení dotazníku jsem došla k závěru, že v péči o umírajícího a zemřelého pacienta je zachován důstojný přístup, zdravotnický personál citlivě vnímá potřeby umírajícího a snaží se vyhovět jeho přáním.

Otázky dotazníku byly kladeny ve velice obecné rovině. Námětem k dalšímu zkoumání by mohlo být například zjištění, že respondenti od věkové kategorie 41 let nepocítují strach při péči o umírajícího pacienta. Důvodem by mohla být jejich zkušenost s úmrtím, jiný životní náhled od mladší generace a podobně. K tomu by však bylo zapotřebí vytvořit dotazník zaměřený konkrétně na tuto problematiku s vhodnou volbou otázek. Dalším možným článkem k hlubšímu zkoumání by mohl být fakt nedostatku technického vybavení k zajištění intimity zemřelého, kdy by se zjišťovaly nejen názory respondentů, ale také jednotlivá oddělení, na kterých respondenti pracují. Je možné, že vybavení jsou na jednotlivých pavilónech různá.

## 13. Resumé

Bakalářská práce pojednává o etice jako vědě, smrti a umírání s náhledem do psychiatrické problematiky. Etické, morální jednání je v práci zdravotníka nepostradatelnou součástí mezilidské, verbální i neverbální komunikace. V psychiatrické praxi jsou někteří pacienti například s pokročilou demencí skutečně odkázáni na etické, morální zásady zdravotníků.

Teoretická část popisuje duševně nemocného pacienta, který se ocitá za branami psychiatrické léčebny. Jsou zde popsány momenty, které se týkají duševně nemocného pacienta a jeho nemoci. Životy některých psychiatrických pacientů končí v psychiatrické léčebně, čehož se týká téměř úplný závěr mé bakalářské práce.

Empirická část zjišťuje, jak střední zdravotnický personál vnímá blízkost smrti a jaký přístup zdravotníci volí vůči umírajícímu, duševně nemocnému člověku.

Cílem mé bakalářské práce je nastínit nesnadné okamžiky duševně nemocných, když jejich psychika onemocní a život končí v psychiatrické léčebně. Zde pak nastává velký prostor pro etiku jako vědu, neboť nemocní a duševně nemocní mají právo být ošetřováni s morálním nadhledem. Zdravotník by měl mít vždy na paměti, že i duševně nemocný pacient je stále jedním z nás, lidskou bytostí.

## **12. Summary in english language**

The bachelors work is all about ethics like science, death and dieing with view to psychiatrics probléms. Ethics and moral acts seem to be necessary part of verbal and nonverbal communication in medical work. There are some pacients in psychiatric profession,for example with advanced demencion , which are certainly in hands of ethics and moral principles of medical staff .

The theoretic part describes the pacient with mental illnes, behind the gates of psychiatric clinic. It describes the moments concern him and his illnes. The live ends of some pacients are situated to this clinic, the very end of my work is about that.

The empiric part investigates perceiving the close of death between middle-medical personnel and their approach to diing, mental ill pacient.

The target of my bachelors work is to outline the difficult moments of mental ill lives, when their psychic become wrong and the lives ended in psychiatric clinic. There we can find the large space for ethics like science, because the ill and menthal ill people have rights to be nursed with moral overlook. The nurse would heave allways on mind, that the mental ill pacient is still one of us,is still the human being.

## 15. Použitá literatura:

1. **BAUDIŠ, P., LIBIGER, J** *Psychiatrie a etika*. První vydání. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1
2. **DORNER, K. PLOG, U.** *Bláznit je lidské*. Praha: První vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 1999. 353 s. ISBN 80-7169-628-5
3. **DRÁBKOVÁ, J.** *Medicína naléhavých a kritických stavů*. Druhé, opravené vydání. Brno: Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 325 s. ISBN 80-7013-115-2
4. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Fenomén stáří*. První vydání. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2
5. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7
6. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 72 s. ISBN nevedeno
7. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Rub života – líc smrti*. První vydání. Praha: Orbis, 1975. 176 s. ISBN nevedeno
8. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Spoutaný život*. První vydání. Praha: Panorama, 1985. 380 s. ISBN nevedeno
9. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Thanatologie*. První vydání. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7
10. **HONZÁK, R.** *I v nemoci si buď přítelem*. První vydání. Praha: Avicenum, 1989. 160 s. ISBN nevedeno
11. **HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.** *Psychiatrie*. První vydání. Praha: TIGIS, spol. s r. o., 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5
12. **HROMADA, P.** *Smrt a umírání v psychiatrické praxi (přednáška)*. Praha, prosinec 2004.
13. **JAROŠOVÁ, D.** *Teorie moderního ošetrovatelství*. První vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2
14. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie nemoci*. První vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
15. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie zdraví*. Praha: PORTÁL s. r. o. 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2
16. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Vážně nemocný mezi námi*. První vydání. Praha: Avicenum, 1989. 108 s. ISBN nevedeno
17. **MAREŠ, J. A KOL.** *Iatropatogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství; Vysoká škola J.A.Komenského, 2002. 59 s. ISBN 80-86723-00-3
18. **MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M.** *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6
19. **MUNZAROVÁ, M.** *Zdravotnická etika od a do z*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2
20. **PAYNE, J.** *Klinická etika*. Praha: TRITON a Skalpel – časopis Spolku mediků českých, 1992. 119 s. ISBN 80-900904-2-7
21. **ROZSYPALOVÁ, M; STAŇKOVÁ, M. A KOL.** *Ošetrovatelství I/1*. Třetí vydání. Praha: Informatorium, spol. s r. o., 1999. 234 s. ISBN 80-86073-39-4

22. **VENCOVSKÝ, E.** *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum, 1996. 222 s.  
ISBN 80-7184-226-5
23. **VONDRÁČEK, J A KOL.** časopis *Sestra*. Mladá fronta, s. s., č. 10, 2005.  
ISSN 1210-0404
24. **VORLÍČEK, J.;ADAM, Z.;POSPÍŠILOVÁ,Y.** a kol. *Paliativní medicína*. Praha:  
Grada Publishing, a.s., 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7
25. **www. stripky. cz**

# PŘÍLOHY

## Obsah

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Charta umírajících

Příloha č. 3 – Etický kodex Mezinárodní rady sester

Příloha č. 4 – Etický kodex práv pacientů

Příloha č. 5 – Deklarace práv duševně postižených lidí

Příloha č. 6 – Etické normy v ošetrovatelském povolání

Příloha č. 7 – Báseň „Mladá dívka je pořád ve mně“

Příloha č. 8 – Tabulky č. 13 - 17

## PŘÍLOHA Č. 1

### **Dotazník**

Vážení kolegové, dovoluji si Vás požádat o odpovědi na následující otázky, které se týkají etických aspektů péče o umírajícího pacienta na psychiatrii. Studuji bakalářský program ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Výsledky použiji pro svoji bakalářskou práci. Dotazník je anonymní.

#### **1. Pohlaví:**

- a) Žena
- b) Muž

#### **2. Věk:**

- a) 19 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 – více

#### **3. Jaké je Vaše vzdělání?**

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské
- d) Specializační

#### **4. Jste věřící?**

- a) Ano
- b) Ne

#### **5. Kolikrát za svou praxi jste se setkal(a) s umírajícím či zemřelým pacientem?**

- a) Méně než 10 krát
- b) Více než 10 krát
- c) Ještě nikdy
- d) Mnohokrát

**6. Co pociťujete při péči o umírajícího či zemřelého pacienta? (možno více odpovědí)**

- a) Lítost
- b) Strach
- c) Respekt
- d) Úctu
- e) Nedokážu posoudit

**7. Co pociťujete při kontaktu s umírajícím? (možno více odpovědí)**

- a) Empatii
- b) Pochopení pro jeho potřeby a stavy
- c) Snažím se vyhovět jeho přáním
- d) Nemám zvláštní pocity, beru to profesionálně

**8. Co si myslíte, že je důležité umírajícímu poskytnout? (možno více odpovědí)**

- a) Respektovat přání
- b) Důstojnost
- c) Tišení bolesti
- d) Informovanost
- e) Naději
- f) Nechat je v klidu, co nejméně zevních impulsů
- g) Hezké slovo
- h) Pohlazení

**9. Domníváte se, že umírající, duševně nemocný člověk potřebuje jinou péči, než pacient s nepsychiatrickým onemocněním?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nedokážu posoudit

**10. Rodina u lůžka umírajícího je:**

- a) Je vhodná
- b) Je nevhodná



**11. Je podle Vás eutanázie etická?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**12. Znáte Dokument Rady Evropy (Charta umírajících)?**

- a) Ano
- b) Ne

**13. Máte na svém oddělení prostory či prostředky k zajištění intimity zemřelého?**

- a) Ano
- b) Ne

**14. Dodržujete intimitu zemřelého?**

- a) Ano
- b) Ne, proč.....

**15. Co považujete v péči o umírajícího pacienta za důležité a nenašel(a) jste v otázkách? Prosím uveďte:**

**Děkuji za spolupráci**

**Iva Frühbauerová  
Psychiatrická léčebna  
Havlíčkův Brod**

## PŘÍLOHA Č. 2

### Charta umírajících

1. Jedním z hlavních úkolů Rady Evropy je dbát na ochranu důstojnosti lidských bytostí a práv z ní vyplývajících
2. Pokrok medicíny, který umožňuje dnes bojovat proti mnohým postižením a nemocem dosud pokládaným za neléčitelné, či s předpokladem fatálního průběhu, včetně zpřesnění diagnostických i terapeutických postupů a rozvoje reanimace, dovolující podstatné prodloužení délky lidského života, posouvají bez přestání hranice přirozené smrti. Podmínky života, ve kterých se umírající nacházejí, jsou uvažovány až ve druhém sledu, když nebývá uvažována jednota těchto podmínek života (totiž jeho délka a kvalita) navzájem. Nebývá uvažováno utrpení umírajícího ani jeho blízkých, ale ani těch, kteří o něj pečují.
3. V rezoluci č.613 z roku 1976 Parlamentní shromáždění RE prohlásilo, že „je přesvědčeno, že umírající nemocní odcházejí ze světa především v klidu a důstojnosti, pokud možno podporováni svou rodinou a svými přáteli“ a, jak rezoluce č. 613 z roku 1976 dále dodává, „prodlužování délky lidského života nesmí být samoučelným a exkluzivním cílem lékařských praktik, které by měly být zaměřeny především ke zmírnění utrpení“.
4. Od té doby, co „**Úmluva o právech člověka a důstojnosti lidské bytosti ve vztahu k aplikaci biologie a medicíny**“ klade důraz na důležité principy života, se otevírá cesta nezávislá na vyjádření se veřejného mínění nebo nějakých zvláštních podmínek předvídaní v případech nevléčitelně nemocných a umírajících.
5. Povinnost mít v úctě a chránit důstojnost nevléčitelně nemocných a umírajících je přirozeným důsledkem neporušitelné důstojnosti lidské bytosti, na ní spočívající, která jí náleží v každém období lidského života. Tato úcta a tato ochrana se projevují, mimo jiné, i tvorbou takového prostředí, ve kterém je lidské bytosti umožněno i důstojně zemřít.
6. Zvláště je nutné se dohodnout na nezbytnosti bdění nad takovou péčí v případech osob společnosti zvláště zranitelných, jak je ukazují nesčetné zkušenosti přicházející a přítomné v utrpení. Lidská bytost začíná svůj život ve stavu strachu a závislosti na druhém má potřebu být chráněna a podporována do doby, ale i v době, kdy nadchází její odchod ze světa.
7. Vzhledem k právům člověka je nutno považovat za základní nejrůznější faktory, směřující k úvahám možného ohrožení důstojnosti lidské bytosti, vznášejícím se nade všemi nevléčitelně nemocnými a všemi umírajícími:
  - I. nezbytnost akcentovat přístup k paliativní péči a účinné léčbě bolesti;
  - II. nutnost omezit velmi častou absenci léčby lidského utrpení a brát do úvahy potřeby psychické, sociální a duchovní;
  - III. nezbytnost uvážit zodpovědně prodlužování průběhu umírání, které se děje buď za použití lékařských prostředků (bez uvážení přiměřenosti těchto prostředků vzhledem ke stavu nemocného), nebo za účelem sledování možností terapie bez předchozího souhlasu nevléčitelně nemocného či umírajícího;
  - IV. nutnost skončit s nepřítomností soustavného vzdělávání, ale i psychologické ochrany pracovníků ve sféře sociální a zdravotní péče, činných v rámci paliativní medicíny;

- V. nutnost věnovat pozornost a zmenšit nedostatečnou ochranu rodičů a přátel nevyлéčitelně nemocných a umírajících tak, jak je tato při adekvátním provedení schopna ulevit lidskému utrpení ve všech jeho rozměrech;
  - VI. nezbytnost zmenšovat obavy, kterou nevyлéčitelně nemocní mají z možné ztráty své nezávislosti a z toho, že se stanou břemenem pro své rodiče a blízké, případně instituce, což povede k úplné závislosti na nich;
  - VII. nutnost zmenšovat nepřítomnost nebo nepřiměřenost sociálního či sociálně institucionálního okolí, kde by jedinec mohl a měl nalézat své blízké a přátele;
  - VIII. nezbytnost boje proti nedostatečnosti fondů a přidělovaných zdrojů na péči a sociální podporu osob nevyлéčitelně nemocných a umírajících;
  - IX. nutnost zamezit sociální diskriminaci osob sociálně slabých, osob v agónii a mrtvých
8. Parlamentní shromáždění RE vyzývá členské státy k využití prognostiky v jejich vnitřních právních předpisech a jiných ustanoveních, týkajících se zabezpečení nezbytné právní a sociální ochrany nevyлéčitelně nemocných a umírajících před nebezpečími a obavami specificky se těchto osob týkajících. Tato nebezpečí a tyto obavy se mohou vyskytovat při konfrontaci v rámci práva těchto států, zejména v oblasti:
- I. rizika být vydán na pospas nesnesitelným příznakům blížící se smrti bez adekvátní medicínské a psychologické podpory;
  - II. rizika podstoupení prodlužování vlastní existence proti vlastnímu přání;
  - III. rizika zemřít v izolaci a opuštěn;
  - IV. rizika ukončení života z důvodu vlastní obavy, že je břemenem pro společnost;
  - V. rizika podstoupení omezování použití adekvátních umělých prostředků k přížití z důvodu ekonomických;
  - VI. rizika nedostatečnosti dotací do fondů a zdrojů, určených k asistenci, péči a podpoře osob nevyлéčitelně nemocných a umírajících;
9. Parlamentní shromáždění RE důsledně doporučuje Výboru ministrů RE k povzbuzování členských států Rady Evropy, aby měly v úctě a chránily důstojnost nevyлéčitelně nemocných a umírajících v celé šíři možnosti paliativní léčby, kde je nutno příslušná opatření provádět v míře nezbytné.

#### **A. V DÁNÍ PŘEDNOSTI METODÁM A PRAXI PALIATIVNÍ LÉČBY A LÉČBY BOLESTI**

- I. proto by měla být paliativní léčba, jako přirozená součást práv každého jednotlivce, uznávána právním řádem všech členských států;
- II. proto by přístup nemocného k paliativní péči měl být zabezpečen v míře nezbytné a potřebné všem nevyлéčitelně nemocným a umírajícím;
- III. proto by rodiče a přátelé nevyлéčitelně nemocných a umírajících měli být povzbuzováni při zabezpečení nezbytné profesionální péče o tyto osoby. Pokud rodina nebo soukromá organizace starající se o nevyлéčitelně nemocné nebo umírající prokazuje nedostatečné schopnosti nebo nízké materiální a finanční zabezpečení, jejich aktivity musejí být doplněny jinými formami profesionální péče ve sféře sociální a zdravotní;

- IV. proto by měla být připravena a vybavena speciální mobilní síť, pomocí které může být paliativní péče rychle a účinně směřována k osobám nevléčitelně nemocným a umírajícím;
- V. proto by měl být zdůvodněn zvláštní význam těch, kdo spoluprací mezi subjekty, které se zabývají péčí o osoby nevléčitelně nemocné a umírající, organizují;
- VI. proto by měl být zdůvodněn zvláštní význam těch, kdo vypracovávají a činí použitelnými normy určené k zabezpečení kvality připravované péče o nevléčitelně nemocné a umírající;
- VII. proto by měla být poskytována nevléčitelně nemocným a umírajícím adekvátní léčba paliativní a tlumící bolesti, stejně jako jiná specializovaná léčba směřující k nějakému sekundárnímu efektu, který může zlepšit kvalitu života těchto lidí;
- VIII. proto by měla být věnována vysoká pozornost těm, kdo jsou na profesionální úrovni v oblasti péče o zdraví vzdělávání a dále připravování k plnění úkolů lékařské péče poskytované osobám nevléčitelně nemocným a umírajícím, společně se středně zdravotnickým personálem a psychology v rámci integrovaných týmů, aplikujících tuto péči při zachování co nejvyšších možných norem;
- IX. proto by měla být velká péče věnována rozvoji center výzkumu, výuky a dalšího vzdělávání v oborech lékařství zaměřených na paliativní péči a léčbu bolesti, stejně jako interdisciplinární obor thanatologie;
- X. proto by specializované jednotky paliativní léčby a léčby bolesti měly vznikat přinejmenším při velkých nemocnicích, stejně jako by zde měly vznikat obdobné služby pro nemocné v terminální fázi onemocnění;
- XI. proto by měl být podněcován či nejširší zájem veřejnosti na zevšeobecnění zásad paliativní léčby a léčby bolesti jako jednoho z předních úkolů a cílů rozvoje medicíny.

## **B. V OCHRANĚ PRÁV OSOB NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH A UMÍRAJÍCÍCH PŘI ROZHODOVÁNÍ O SOBĚ, PŘI DODRŽENÍ NEZBYTNÝCH PRAVIDEL:**

- I. uplatňovat efektivní právo osob nevléčitelně nemocných a umírajících na pravdivé a kompletní informace a jejich zdravotním stavu, za podmínek předání těchto informací s maximální možnou mírou taktu. Současně je nutný respekt přání osob, které si takto informovány být nepřejí;
- II. uplatňovat pravidlo, že osoby nevléčitelně nemocné a umírající mají právo a je třeba jim umožnit konzultaci s jinými lékaři, než je obvyklý ošetřující lékař;
- III. uplatňovat pravidlo, že žádný nevléčitelně nemocný, ani umírající, nesmí být léčen proti své vůli, nic v rámci péče o vše, co je předmětem zájmu, nesmí být podrobena vlivu, nebo dokonce nátlaku za strany třetích osob. Vše musí být v souladu s maximální možnou ochranou i pro budoucnost, že se tato dobrovolnost nestane výsledkem ekonomického nátlaku;
- IV. uplatňovat pravidlo, že musejí být respektovány přesné instrukce a deklaráce (typu „living will“), odmítající některé léky nebo praktiky lékařské péče podávané či prováděné u nevléčitelně nemocných, či u umírajících, kteří nejsou schopni už vyjádřit svou vůli. To sleduje (mimo jiné) ochranu oněch relativních kritérií, která jsou přinášena „instrukcemi pro budoucnost“, stejně jako soustředěním pozornosti na nominaci a oprávnění (vyjádřené plnou mocí) právních zástupců jako reprezentantů těchto zájmů nevléčitelně nemocných a umírajících. Tyto právní zástupce je nutno především náležitě definovat. Je

nutné ve stejné míře zajistit, aby právní zástupce nepřevzal, místo zabezpečení zájmů, rozhodnutí založená na předběžné deklaraci nevléčitelně nemocných a umírajících, pokud tito se jednoznačně nevyjádří svou vůlí týkající se okolností jejich onemocnění, nebo pokud nemají schopnost a vůli ji jednoznačně formulovat. V tomto kontextu je nutné stále mít jasně formulovanou plnou moc (zprávu) s vyhlášením osoby, které se to týká, před okamžikem, kdy má být rozhodnuto, nebo přesněji, dokud nevléčitelně nemocný či umírající je schopen ji učinit v podmínkách takřkajíc bez nátlaku nebo mentálního deficitu. Jeví se naprosto nutné opačné prohlášení ignorovat, stejně jako vyloučit všechna rozhodnutí vyjadřující k posouzení obecné hodnoty s ohledem na společnost a je nutné ztotožnit se, v případě pochybností, s cílem dát přednost rozhodnutí zachování života a jeho prodloužení;

- V. uplatňovat pravidlo, že – bez újmy odpovědnosti lékaře za terapii – bude vzata do úvahy jasně vyjádřená vůle nevléčitelně nemocného, nebo umírajícího, která se týká zvláštních forem léčení, právě natolik, pokud nepřináší újmu lidské důstojnosti;
- VI. uplatňovat pravidlo, aby při absenci instrukcí předcházejících předchozí prohlášení tyto nebyly nesený jako zásah do práva na život nemocného. To připouští sestavit seznam léčebných postupů, které **nikým a za žádných okolností** nemohou být odmítnuty.

#### **B. V SOUČASNÉM ABSOLUTNÍM ZÁKAZU PROVÉSTUKONČENÍ ŽIVOTA NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH NEBO UMÍRAJÍCÍCH:**

- I. je nutno vidět, že právo na život je zvláštní dar, daný bez výhrady všem lidským bytostem, tedy i nevléčitelně nemocným a umírajícím, které musí být ve zvýšené míře zaručeno právním řádem členských států v soulase se článkem 2 „EVROPSKÉ ÚMLUVY O LIDSKÝCH PRÁVECH“, který praví, že „smrt nemůže být komukoli vyměřena záměrně“;
- II. je nutno vidět, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocným nebo umírajícím, nemůže být nikdy právním zajištěním k výkonu aktivit vedoucích ke způsobení smrti.

## PŘÍLOHA Č. 3

### **Etický kodex Mezinárodní rady sester**

#### Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je ve své práci povinna respektovat čtyři základní prvky ošetřovatelství:

1. pečovat o zdraví,
2. předcházet nemocem,
3. zlepšovat zdravotní stav,
4. tišit bolest.

Při veškeré zdravotní a ošetřovatelské péči je třeba respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva. Zdravotní péče se poskytuje všem stejně bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení.

Sestra ve spolupráci s dalšími obory poskytuje péči jednotlivcům, rodinám i komunitě.

#### **Sestra a spoluobčan**

Sestra nese odpovědnost za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují. Při poskytování ošetřovatelské péče respektuje náboženské přesvědčení člověka, jeho životní hodnoty a zvyky a snaží se mu zajistit takové podmínky, které by mohly vyhovovat jeho individuálním potřebám.

Sestra dodržuje povinnou mlčenlivost, chrání důvěrné informace a pečlivě hodnotí, komu může tyto informace předat.

#### **Sestra a ošetřovatelská praxe**

Sestra nese plnou zodpovědnost za ošetřovatelské činnosti, které v praxi provádí, a za rozvíjení svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Snaží se dodržovat co nejvyšší úroveň standardní péče v jakékoli situaci.

Je-li sestra pověřena určitým úkolem, bere na sebe zodpovědnost za jeho provedení jen v případě, že je k tomu kvalifikována. Také vždy, pokud určitou činnost předává jinému pracovníkovi, bere v úvahu, zda je pro ni kvalifikován.

Svým jednáním sestra vždy přispívá k dobré pověsti ošetřovatelského povolání.

#### **Sestra a společnost**

Sestra, podobně jako ostatní občané, iniciuje a účastní se všech společenských aktivit, které se týkají zlepšení zdravotního a sociálního zabezpečení obyvatelstva.

#### **Sestra a spolupracovníci**

Sestra úzce spolupracuje se všemi zdravotnickými pracovníky, s členy zdravotnického i ošetřovatelského týmu i s pracovníky dalších oborů.

Pokud by byla jednáním některého spoluzaměstnance ohrožena péče o nemocného, je sestra povinna účinně zasáhnout.

## **Sestra a povolání**

Sestra je povinna uplatňovat co možná nejvyšší úroveň zdravotní a ošetrovatelské péče a získat co nejvyšší stupeň vzdělání v oblasti, ve které pracuje.

Sestra se aktivně účastní při definování odborného rozsahu obsahu ošetrovatelské péče.

Prostřednictvím odborné nebo odborové organizace sestra sleduje pracovní poměry a dodržování podmínek pro stanovení přiměřeného platu pro ošetrovatelské pracovníky.

## PŘÍLOHA Č. 4

### Etický kodex práv pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (to znamená kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován a případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zpráva a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinčních hodinách a na jakém místě mu budou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického a terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tak zvaný nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.



## PŘÍLOHA Č. 5

### **Deklarace práv duševně postižených lidí**

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.
4. Tam, kde je možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a sní společně sdílet život, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využívat všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole jakož i právu se odvolat k vyšší instituci.

*Rezoluce schválená VS OSN dne 20. prosince 1971*

## PŘÍLOHA Č. 6

### **Etické normy v ošetrovatelském povolání**

#### **Norma 1**

Sestra si váží jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.

1. Zabezpečuje soukromí pro klienta při vyšetření, léčení, ošetřování a zaznamenávání osobních údajů.
2. Používá specifickou metodu identifikace jménem a příslušnými údaji o osobě klienta, lůžkách a seznamu osob na ošetrovací jednotce.
3. Používá spolehlivé metody přivolání pomoci v případě potřeby.
4. Vytváří prostor pro pacientovu schopnost vyjádřit vlastní myšlenky a pocity týkající se dřívějšího a současného zdraví.
5. Akceptuje klienta v jeho současné situaci bez hodnocení.
6. Podporuje sebeúctu klienta tím, že mu umožňuje podílet se na plánování péče, která je mu poskytována.

#### **Norma 2**

Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám i jiným skupinám a také společenstvím dosahovat a udržovat optimální zdraví.

1. Používá poznatky přírodních, fyzikálních, behaviorálních věd k interakci s klientem (jedincem, skupinou, veřejností) jako jedinečnou lidskou bytostí (jedinečnými lidskými bytostmi) s jeho osobní hodnotou a důstojností.
2. Zjišťuje ošetrovatelskou anamnézu a dělá příslušná fyzikální vyšetření za použití příslušných vhodných nástrojů, skříninku a hodnocení.
3. Pořizuje záznam, který obsahuje všechny příslušné údaje o klientovi. Tento záznam musí být průběžný a použitelný i do budoucna.
4. Zjišťuje okamžitě, dočasně i dlouhodobě zdravotní potřeby klientů.
5. Zjišťuje reakce a odpovědi klienta na současné a potenciaální zdravotní problémy.
6. Zjišťuje jeho kulturní orientaci z přesvědčení, která ovlivňují zdraví a zdravotní praktiky.
7. Formuluje ošetrovatelskou diagnózu a stanoví plán ošetřování po konzultaci s klientem, a podle potřeby také konzultaci s ostatními odborníky.

#### **Norma 3**

Sestra podporuje prostředí bez nebezpečí, aby bylo možné dosáhnout vysoké úrovně celkové spokojenosti, zdraví, respektive uzdravení z nemoci.

1. Sbírá a využívá již získané údaje o nebezpečích hrozících ze strany životního prostředí v nemocnicích, domácnostech a obcích.
2. Zjišťuje aktuální a potenciaální nebezpečí ohrožující udržení zdraví.
3. Monitoruje rizikové životní prostředí.
4. Učí personál praktiky, které minimalizují nebo vylučují rizika ze strany životního prostředí, ohrožující zdraví.
5. Zasahuje, aby minimalizovala nebo vyloučila rizika pro klienta ze strany životního prostředí.
6. Poučuje klienty o změnách způsobu života, které minimalizují nebo vylučují rizika ze strany životního prostředí.

#### **Norma 4**

Sestra využívá vědecké poznatky jako základ pro rozhodování v ošetrovatelské praxi.

1. Kriticky zkoumá a zpochybňuje akceptované modely praxe.
2. Aplikuje nové poznatky tak, aby modifikovala a zlepšila akceptované způsoby praxe.
3. Systematicky sbírá údaje, které se týkají problémů ošetrovatelství.
4. Zjišťuje problémy klinického ošetrovatelství a využívá výzkumný proces, aby je pomáhala řešit.
5. Používá a přistupuje k výzkumu tak, aby mohla přispívat k tvorbě nových poznatků v ošetrovatelské praxi.

#### **Norma 5**

Sestra vykonává vhodné zákroky a léčebné úkony, aby ulehčila přežití období nemoci, zotavení z onemocnění, nebo přispěla k důstojnému umírání.

1. využívá získané údaje o fyziologických a psychologických reakcích klientů ne onemocnění k rozhodování při ošetrování.
2. Formuluje plán řízení ošetrovatelské činnosti, který podporuje terapeutický režim a předchází komplikacím.
3. Vykonává terapeutické zákroky, aby tím ulehčila tělesné a duševní uzdravení z onemocnění a předcházela komplikacím.
4. Inicjuje neodkladné zákroky, aby ulehčila přežití a zotavení z choroby.
5. Uspokojuje všechny biopsychosociální potřeby klienta, jak to vyžaduje jeho zdravotní stav.
6. Vytváří fyzikální a psychologické prostředí, které přispívá uzdravení, získání zdraví nebo důstojnému umírání.
7. Opakovaně hodnotí a stanovuje priority, vrací se ke stanovení nových cílů a reviduje plán ošetrovatelské péče.

#### **Norma 6**

Sestra hodnotí účinnost poskytnuté péče na základě subjektivního a objektivního stavu pacienta a výsledků ošetrovatelského procesu.

1. Využívá neuspokojené potřeby klienta k tomu, aby vytyčila cíle ošetrovatelské péče a plánovala ošetrovatelský proces.
2. Předvídá výsledky ošetrování na základě reakcí klienta.
3. Zaznamenává ošetrovatelské zákroky a reakce klienta systematickým a vyhodnotitelným způsobem.
4. Stanovuje, zda existují měřitelné důkazy pro pokrok směrem k dosažení cíle.
5. reviduje a modifikuje plán ošetrovatelského procesu podle diskrepance mezi předpovědí a výsledkem.

#### **Norma 7**

Sestra pomáhá klientům dosahovat a udržovat si rovnováhu mezi potřebami osobního růstu a optimálními funkcemi.

1. Hodnotí připravenost klienta naučit se zručnosti v sebeobsluze.
2. Učí klienta základní zručnost potřebnou pro to, aby se mohl sám o sebe postarat.
3. Učí klienta odhalovat změny ve zdravotním stavu.
4. Předem usměrňuje klienta v otázkách změny zdravotního stavu.

#### **Norma 8**

Sestra odhaluje změny zdravotního stavu a odchylky od optimálního vývoje.

1. Sbírá základní údaje o zdravotním stavu a vývoji.

2. Zjišťuje jemné a významné tělesné i psychické reakce na změny zdravotního stavu.
3. Mění podle potřeby plán péče o klienta ve spolupráci s klientem a ostatními zdravotnickými odborníky.
4. Zasahuje za účelem léčby tělesných a psychických reakcí do změn zdravotního stavu.
5. Monitoruje zdravotní stav po změnách.
6. koordinuje poskytování ošetrovatelské péče v případě, že se na ní podílejí i jiní zdravotničtí odborníci.

### **Norma 9**

Sestra je povinna soustavně se vzdělávat, zvyšovat svoji profesionální úroveň a přispívat k profesionálnímu růstu jiných.

1. Rozšiřuje si svůj osobní všestranný rozhled tím, že vyhledává poznatky a kontakty s jinými profesionálními i kulturními skupinami.
2. Zvyšuje svůj profesionální rozvoj využíváním všech možností kontinuálního vzdělávání.
3. Zúčastňuje se akcí své profesionální organizace.
4. Všechny své poznatky aplikuje a využívá ve své ošetrovatelské praxi.

### ***Mladá dívka je pořád ve mně***

Následující báseň napsala žena, která zemřela v oddělení pro dlouhodobě nemocné v Ashludieově nemocnici poblíž Duendee ve Skotsku. Personál nemocnice ji našel mezi jejími věcmi, a tak se jí líbila, že ji opsali a báseň pak putovala po celé nemocnici a dál...

*Poslyšte, sestro, když na mě hledíte,  
řekněte, koho to před sebou vidíte.  
Ach ano, je to jen ubohá stařena  
s divnýma očima a napůl šílená.  
Odpověď nedá vám, jídlo jí padá,  
nevnímá, když po ní něco se žádá,  
o světě neví, jen přiděluje práci,  
boty a punčochy ztrácí.  
Někdy je svéhlavá, jindy se umí chovat,  
už potřebuje však krmit a přebalovat.  
Tohle vidíte? Tohle si myslíte?  
Sestřičko, vždyť o mně vůbec nic nevíte.  
Budu vám vyprávět, kým vším jsem bývala,  
než jsem se bezmocná až sem k vám dostala.  
Miláčkem rodičů, děvčátkem, tak sotva deset let  
s bratry a sestrami slád život jak med.  
Šestnáctiletou kráskou, plující v oblacích  
dychtivou prvních lásek a pořád samý smích.  
V dvaceti nevěstou se srdcem bušícím,  
co skládala svůj slib za bílou kytici.  
A když mi bylo pár let po dvaceti,  
já chtěla šťastný domov pro své malé děti,  
pak přešla třicítka a pouta lásky dětí,  
jak rostly, už mohli jsme uzlovat popaměti.  
A je mi čtyřicet, synové odchází,  
jenom můj věrný muž pořád mě provází.  
Padesátka přišla, ale s ní další malí,  
co u mě na klíně si jak ti první hráli.  
Však začla doba zlá, můj manžel zesnul v Pánu,  
mám z budoucnosti strach, někdo mi zavřel bránu.  
Život jde dál, mé děti mají vrásky  
a já jen vzpomínám, na ně a na dny lásky.  
Příroda krutá je, i když byl život krásný,  
na stará kolena nadělá z nás všechny blázny.  
Tělo mi neslouží, s grácií už je ámen,  
kde srdce tlouklo dřív, dnes cítím jenom kámen.  
Však vprostřed zkázy té mladičká dívka žije  
a srdce jí, byť hořce, tam uvnitř pořád bije.  
Vzpomíná na radost, na žal, co rozechvívá,  
vždyť pořád miluje a nepřestala být živá.*

*Málo bylo těch let a netáhla se líně,  
já smířila se s tím, že všechno jednou mine.  
Otevřte oči, sestřičko, teď, když to všechno víte,  
neuvíдите seschlou stařenu,  
teď už - MĚ uvidíte!*

*Autorka neznámá  
Zaslal Ronald Dahlsten*

PŘÍLOHA Č. 8

**Tabulky č. 13 – Porovnání odpovědí otázky č. 8 s pohlavím respondentů**

Co si myslíte, že je důležité umírajícímu poskytnout?																
Pohlaví	A		B		C		D		E		F		G		H	
	Respekto- vat přání		Důstoj- nost		Tišení bolesti		Informo- vanost		Naděži		Nechat je v klidu,co nejméně zevních impulsů		Hezké slovo		Pohlazení	
	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%
Žena	49	13,3 9	64	17,4 9	73	19,9 4	11	3,00	13	3,55	28	7,65	50	13,6 6	51	13,6 3
Muž	6	1,64	5	1,37	6	1,64	2	0,55	1	0,27	0	0,00	3	0,82	4	1,09
Celkem	55	15,0 3	69	18,8 5	79	21,5 8	13	3,55	14	3,82	28	7,65	53	14,4 8	55	15,0 2

**Tabulka č. 14 – Porovnání odpovědí otázky č. 8 s věkem respondentů**

Co si myslíte, že je důležité umírajícímu poskytnout?																
Věk	A		B		C		D		E		F		G		H	
	Respekto- vat přání		Důstoj- nost		Tišení bolesti		Informo- vanost		Naděži		Nechat je v klidu,co nejméně zevních impulsů		Hezké slovo		Pohlazení	
	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%
19 – 30 let	25	26,8 3	27	7,38	34	9,29	8	2,18	5	1,37	7	1,91	24	6,56	24	6,5 6
31 – 40 let	8	2,19	13	3,55	15	4,10	2	0,55	1	0,27	6	1,64	11	3,00	9	2,4 6
41 – 50 let	13	3,55	15	4,10	16	4,37	1	0,27	1	0,27	9	2,46	10	2,73	12	3,2 8
51 - více	9	2,46	14	3,82	14	3,83	2	0,55	7	1,91	6	1,64	8	2,19	10	2,7 3
Celkem	55	15,0 3	69	18,8 5	79	21,5 8	13	3,55	14	3,82	28	7,65	53	14,4 8	55	15, 03

**Tabulka č. 15 – Porovnání odpovědí otázky č. 8 se vzděláním respondentů**

Co si myslíte, že je důležité umírajícímu poskytnout?																
Vzdělání	A		B		C		D		E		F		G		H	
	Respekto- vat přání		Důstoj- nost		Tišení bolesti		Informo- vanost		Naděži		Nechat je v klidu,co nejméně zevních impulsů		Hezké slovo		Pohlazení	
	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%
Středoškolské	33	9,0 0	45	12, 25	53	14, 43	8	2,1 8	6	1,6 5	22	6,0 4	32	8,7 9	32	8,7 1
Vyšší odborné	12	3,3 0	12	3,3 0	15	4,1 3	4	1,1 0	5	1,3 7	2	0,5 5	13	3,5 0	12	3,3 0
Vysokoškolské	2	0,5 5	2	0,5 5	2	0,5 5	0	0,0 0	0	0,0 0	0	0,0 0	1	0,2 7	2	0,5 5
Specializační	8	2,1 8	10	2,7 5	9	2,4 7	1	0,2 7	3	0,8 0	4	1,0 6	7	1,9 2	9	2,4 7
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>15, 03</b>	<b>69</b>	<b>18, 85</b>	<b>79</b>	<b>21, 58</b>	<b>13</b>	<b>3,5 5</b>	<b>14</b>	<b>3,8 2</b>	<b>28</b>	<b>7,6 5</b>	<b>53</b>	<b>14, 48</b>	<b>55</b>	<b>15, 03</b>

**Tabulka č. 16 – Porovnání odpovědí otázky č. 8 s věřícími a nevěřícími respondenty**

Co si myslíte, že je důležité umírajícímu poskytnout?																
Vyznání víry	A		B		C		D		E		F		G		H	
	Respekto- vat přání		Důstoj- nost		Tišení bolesti		Informo- vanost		Naděži		Nechat je v klidu,co nejméně zevních impulsů		Hezké slovo		Pohlazení	
	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%	Po- čet	%
Ano	10	2,7 3	11	3,0 0	14	3,8 2	4	1,0 9	7	1,9 1	3	0,8 2	10	2,7 3	11	3,00
Ne	45	12, 30	58	15, 85	65	17, 76	9	2,4 6	7	1,9 1	25	6,8 3	43	11, 75	44	12,0 3
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>15, 03</b>	<b>69</b>	<b>18, 85</b>	<b>79</b>	<b>21, 58</b>	<b>13</b>	<b>3,5 5</b>	<b>14</b>	<b>3,8 2</b>	<b>28</b>	<b>7,6 5</b>	<b>53</b>	<b>14, 48</b>	<b>55</b>	<b>15,0 3</b>



**Tabulka č. 17 – Porovnání odpovědí otázky č. 8 dle četnosti kontaktů respondentů s umírajícím či zemřelým pacientem**

Co si myslíte, že je důležité umírajícímu poskytnout?																
Kontakt s úmrtím	A		B		C		D		E		F		G		H	
	Respektovat přání		Důstojnost		Tišení bolesti		Informovanost		Naděje		Nechat je v klidu, co nejméně zevních impulsů		Hezké slovo		Pohlazení	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Méně než 10 krát	13	3,55	17	4,65	17	4,64	2	0,54	3	0,82	6	1,64	12	3,28	13	3,55
Více než 10 krát	12	3,28	18	4,92	19	5,19	5	1,37	7	1,91	5	1,37	14	3,83	14	3,83
Ještě nikdy	1	0,27	1	0,27	1	0,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,27	1	0,27
Mnohokrát	29	7,93	33	9,01	42	11,48	6	1,64	4	1,09	17	4,64	26	7,10	27	7,37
Celkem	55	15,03	69	18,85	79	21,58	13	3,55	14	3,82	28	7,65	53	14,48	55	15,02