

Lidská důstojnost a umírání

Adriana Benešová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Adriana Benešová**
Osobní číslo: **H14145**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Lidská důstojnost a umírání**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti lidské důstojnosti a umírání.
Příprava metodiky empirické části.
Realizace výzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Hovory s umírajícími. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-854-3904-2.

SAUNDERS, M. Cicely. Mary BAINES a R. J. DUNLOP. Living with dying: a guide to palliative care. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 1995. 65 s. ISBN 01-926-2514-4.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 152 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Poradenství pro pozůstalé. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. 224 s. ISBN 978-80-247-3736-2.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016



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

L.S.



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

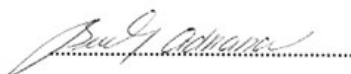
Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně: *21. 1. 2019*



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Nemocniční prostředí je velmi specifické. Personál těchto zařízení je vystaven zátěžovým situacím. Proces umírání rozhodně patří k těm nejzávažnějším. Umírající během tohoto procesu prožívá nelehké chvíle. Personál musí být v této situaci klientovi oporou. Tato bakalářská práce se věnuje ve své teoretické části právě umírání a lidské důstojnosti. Osvětluje základní termíny spojené s lidskou důstojností, umíráním a péčí o umírající klienty. Tyto tři oblasti dále popisuje konkrétněji ve vztahu k ošetřovatelství. Praktická část odhaluje názory nelékařského zdravotnického personálu v kontextu lidské důstojnosti a umírání. Empirická část je zajímavá svou obsáhlostí a vysokým počtem respondentů. Průzkum probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření.

Klíčová slova: lidská důstojnost, etika, umírání, péče o umírajícího, komunikace, rodinní příslušníci

ABSTRACT

Hospital environment is very specific. The staff of these facilities are exposed to difficult and demanding situations. The process of dying definitely belongs to the most serious matters. The dying person experiences uneasy moments. The staff must be the client's support. In its theoretical part, this bachelor thesis deals with dying and human dignity. It explains basic terms related to human dignity, dying and care provided to dying clients. These three areas are further described in relation to nursing care. The practical part discusses opinions of non-medical staff in the context of human dignity and dying. The empirical section is interesting as the number of respondents is high. The survey has been conducted via questionnaires.

Keywords: human dignity, ethics, dying, care for the dying, communication, family members

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné a že jsem tuto práci vypracovala samostatně na základě literatury uvedené v seznamu.

Ve Zlíně 16. 5. 2017

Adriana Benešová

Mé poděkování směřuje vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za odborné vedení, poskytnuté rady a podporu. Bylo mi velkou ctí spolupracovat s tak noblesní dámou. Děkuji také všem respondentům, kteří přispěli svými zkušenostmi a poznatky k výzkumnému šetření.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 LIDSKÁ DŮSTOJNOST	12
1.1 LIDSKÁ DŮSTOJNOST V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI	16
1.1.1 Ochrana lidských práv a důstojnosti klienta	19
1.2 ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI.....	21
1.2.1 Zdroje zdravotnické etiky	24
2 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ	25
2.1 SDĚLENÍ INFAUSTNÍ DIAGNÓZY	30
2.1.1 Rozhodnutí o péči	33
2.2 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE ELIZABETH KÜBLER-ROSS	34
2.3 ZDRAVOTNÍK V ROLI DOPROVÁZEJÍCÍHO	37
2.3.1 Komunikace s umírajícím a rodinnými příslušníky	40
3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO	43
3.1 ÚLOHA SESTRY V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO	48
3.1.1 Přístup zdravotnických pracovníků k umírajícímu a jeho blízkým	49
3.1.2 Spolupráce v týmu při péči o umírajícího	50
3.2 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB UMÍRAJÍCÍHO	50
3.2.1 Potřeby biologické	52
3.2.2 Potřeby psychologické	54
3.2.3 Potřeby sociální	55
3.2.4 Potřeby spirituální	55
II PRAKTICKÁ ČÁST	57
4 CÍLE	58
4.1 METODIKA PRŮZKUMU	58
4.2 SOUBOR.....	59
4.3 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	59
4.3.1 Etické aspekty průzkumu	60
5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	61
6 DISKUZE	105
ZÁVĚR	108
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	109
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	114
SEZNAM GRAFŮ	115
SEZNAM TABULEK	116
SEZNAM PŘÍLOH	117

ÚVOD

Povolání zdravotnického pracovníka je velmi náročné, a to po všech stránkách této pomáhající profese. Je velmi pravděpodobné, že se během výkonu svého povolání setkáme s umírajícími klienty. Z tohoto důvodu je nutné znát, jak nejlépe k těmto lidem na konci jejich života přistupovat. Po absolvování mnoha hodin odborné praxe v nemocničních zařízeních, nejprve v rámci středoškolského a posléze vysokoškolského vzdělání, došlo k shledání problému právě v oblasti lidské důstojnosti a umírání. Z tohoto důvodu je cílem této práce poukázat na problémy, kterým jsou vystavováni umírající klienti i jejich ošetřující personál. Tato práce se mi zároveň stala jakýmsi průvodcem péče o umírající klienty. Tomuto tématu není během studia věnováno příliš pozornosti.

Teoretická část bakalářské práce je rozčleněna do tří kapitol. První kapitola je věnována lidské důstojnosti. Ačkoliv jde o náročné filozofické téma, kterého se lidé spíše obávají, máme snahu tuto problematiku představit ve velmi stručné formě, tak aby byla snadno uchopitelná zdravotnickým pracovníkem. Lidská důstojnost je dále popisována z pohledu jejího naplnění v rámci ošetrovatelské praxe. Nechybí ani etické principy v ošetrovatelství, které jsou s lidskou důstojností úzce propojeny.

V druhé kapitole se pokoušíme popsat nejprve vývoj a pojetí smrti a umírání v historickém kontextu. Tento proces je porovnán s aktuální situací dané problematiky. Dle názvu této kapitoly a sice „*Problematika umírání*“, je velká pozornost věnována smrti, která je vymezená z mnoha úhlu pohledů. Je zajímavé, že v rámci tohoto tématu můžeme narazit na rozdílné interpretace autorů u některých pojmů týkajících se smrti. V textu však nalezneme pouze jednu pro potvrzení této skutečnosti a celkové provázání textu, jelikož není cílem odhalovat rozdílné interpretace autorů. Ačkoliv by šlo o zajímavé téma.

Poslední kapitola teoretické části je věnována péči o umírající. V rámci této kapitoly je popsáno mnoho pojmů, které neodmyslitelně patří k péči o umírající klienty. Velmi důležitou informací je i popis úlohy sestry během péče o umírajícího. Úlohy jsou popsány ve třech základních rovinách. Své místo v kapitole nalézají i potřeby umírajících. Každá oblast potřeb je popsána podle výskytu nejčastějších potřeb v procesu umírání. Bolest je považována za nejvíce obtěžující faktor umírajících. Je také pozoruhodným zážitkem, který jako lidé, dokážeme prožívat v rámci všech oblastí potřeb. Z tohoto důvodu je bolest takto i popsána v této práci.

Po teoretické části následuje část praktická. Hlavním cílem empirické části je zjistit, zdali je narušována lidská důstojnost klientů v terminálním stádiu v nemocničních zařízeních. Dílčím cílem je zjistit jakými způsoby se tak děje nejčastěji. Dále nás zajímá interpretace pojmu lidské důstojnosti slovy nelékařských zdravotnických pracovníků. Snažíme se odhalit přístupy nelékařských zdravotnických pracovníků k umírajícímu i jeho rodině. Na závěr nás zajímá, jaké místo by si respondenti zvolili pro svůj poslední úsek života. Praktická část je zajímavou především i proto, že obsahuje odpovědi mnoha respondentů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 LIDSKÁ DŮSTOJNOST

Lidská důstojnost je univerzální záležitostí lidských bytostí. Zjednodušeně tedy můžeme říci, že jde o něco, co náleží každému člověku. Slovo důstojnost pochází z latinského *dignus* či *dignita*. Význam těchto slov charakterizuje jistou povinnost respektu k tomu, abychom byli hodni úcty a pocty (Heřmanová et al., 2012, s. 71). „*Důstojnost patří k základním hodnotám lidské existence a považuje se za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života podmíněnou zdravotním stavem, zdravotním postižením a poskytováním zdravotnických či sociálních služeb*“ (Kalvach, 2010, s. 25).

Z historie víme, že tradiční model lidské důstojnosti pochází z mnoha zdrojů. Můžeme říci, že každá filozofická škola měla vlastní výklad a determinaci pojmu lidská důstojnost. Interpretace se liší také v závislosti na dané kultuře (Heřmanová et al., 2012, s. 72). Vůbec první představu o lidské důstojnosti popisuje bible. Člověk je chápán jako obraz Boží. Člověk má podle bible předurčení vládnout. S tímto míněním se můžeme setkat i v antické literatuře. Na rozdíl od bible antika přispěla k obohacení tohoto pojmu a vymezila postavení člověka v přírodě. V období antiky se ještě vyskytuje takzvaná kontingentní důstojnost neboli sociální, která je postavena na kvalitách člověka. Tyto kvality byly posuzovány dle dosažených výkonů, zásluh a postavením ve společnosti. Důstojnost z tohoto pohledu není tedy výsadou všech lidských bytostí. Lidé byli tříděni do různých skupin dle míry jejich důstojnosti, tato selektivnost se nepovažuje za správnou a akceptovatelnou. V dílech starokřesťanských autorů se objevuje kombinace těchto dvou zmíněných tvrzení. Navíc jsou jejich úvahy doplněny o nauku vtělení, což dalo tomuto tématu nový impulz. Za nový a kladný impulz v té době považujeme fakt, že Kristus se stal člověkem. Ovšem co se týče lidské důstojnosti, nesetkáváme se vždy s kladným chápáním této problematiky. Objevují se i teorie, které člověka vykreslují v pesimistickém světle. Člověk dostává podobu dobytka a jeho přítomnost nemá žádnou hodnotu. Tento postoj k lidské důstojnosti se objevuje především ve středověku. Člověk je popsán ze všech negativních hledisek. Během renesance se těšíme velkému obratu. Renesance a humanismus prezentoval inherentní chápání lidské důstojnosti jako hodnotu, kterou jsou obdarovány všechny lidské bytosti. Jedním z nejvýznamnějších autorů období renesance a humanismu je filozof Pico Della Mirandola, který ve svém díle *O důstojnosti člověka* jako první popisuje důstojnost člověka ve vztahu k učinění rozhodnutí o výběru místa, které by mohl obsadit ve Vesmíru. Důstojnost je popsána jako hodnota vrozená. Ovšem v 15. století dochází opět k obratu ve smyslu pesimistickém a člověk je opět popisován z pohledu jeho ubohosti. Téma lidské důstojnosti je zatlačeno do pozadí. V menší míře

se ale objevují i optimisticky laděné traktáty, které se zabývají vznešeností a výjimečností člověka. Tato díla jsou většinou psána na objednávku. Immanuel Kant v 18. století udává jako hlavní myšlenku důstojnosti rozum a s ním spojenou schopnost mravního sebeurčení a autonomie (Pico Della Mirandola, 2005, s. 20-22; Heřmanová et al., 2012, s. 72-74).

Svoji další renesanci zažívá lidská důstojnost po druhé světové válce a to zejména vlivem odkrytí nacistických praktik právě v období druhé světové války. Lidská důstojnost je v tomto období citlivě vnímána širokou veřejností (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 38). Vlivem těchto událostí OSN v roce 1948 přijala *Všeobecnou deklaraci lidských práv*. Cílem deklarace je zabezpečit ochranu lidských práv v celosvětovém měřítku (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 39).

Na rozdíl od historie, v dnešní době spojení slov lidská důstojnost mnoho lidí chápe jako úctu. Popisujeme čtyři základní druhy důstojnosti dle projektu „*Důstojnost a starší Evropané*“, který vznikl v roce 2003. První tři druhy a sice, důstojnost zásluh, důstojnost mravní síly a důstojnost osobní identity jsou popisovány jako součást denních prožitků a pocitů jednotlivých osob. Čtvrtý druh Menschenwürde je popsán jako hodnota lidských bytostí (Kalvach, 2010, s. 25; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 13).

- Důstojnost zásluh

To, čeho lidé během jejich života dosáhli, formuje jejich důstojnost zásluh a odpovídající společenské postavení. V tomto typu důstojnosti záleží také na ekonomickém a sociálním postavení. Důstojnost v tomto kontextu utváří funkce nebo role, kterou člověk vykonává. Příkladem toho je, že pokud je člověk lékařem, lidé si jeho postavení váží a uznávají jej. S tímto se dále pojí fakt prokázaný výzkumem, že dospělí v mladším věku ještě neobjevili zcela svoji důstojnost zásluh. Především kvůli malým pracovním příležitostem ve vysokých funkcích. Naopak dospělí staršího věku se obávali o ztrátu statutu po odchodu ze zaměstnání do penze (Kalvach, 2010, s. 25; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 12).

- Důstojnost mravní síly

Základem tohoto typu důstojnosti je mravní autonomie či integrita člověka. Tuto důstojnost pocítují především lidé, kteří se během svého života řídili svými morálními zásadami. Sebeúctě naopak můžeme ztratit, pokud se budeme během naší cesty životem chovat v rozporu s vlastními morálními zásadami. Může dojít až k situaci, kdy jsou tyto lidé vyřazeni ze svých dosavadních sociálních kruhů a vazeb. Protože se zde vyskytuje pojem morální zásady, je

nutné zmínit, že každý člověk má svůj individuální standard mravnosti. Mravní standard se vyskytuje ve třech stupních a to:

- vysoký mravní standard;
- nízký mravní standard;
- žádný mravní standard.

Jelikož je tento typ důstojnosti odrazem chování člověka, z tohoto důvodu se nejedná o trvalý stav, ale prochází transformací dle chování člověka v různých stádiích jeho života (Kalvach, 2010, s. 25; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 12-13).

- Důstojnost osobní identity

Jak už název napovídá, jde o obraz osobní identity člověka související s jeho sebeúctou. Nejpodstatněji ho vnímáme v souvislosti se stářím a staršími jednotlivci. Rizikovými faktory, které mohou narušit tento typ důstojnosti, jsou fyzické a psychologické škody páchané na člověku. V případě důstojnosti osobní identity klademe důraz na integritu. V oblasti integrity se zaměřujeme především na vědomí vlastního Já. Dalšími články integrity jsou: fyzická identita, schopnost najít smysl vlastního života a schopnost integrovat se do kolektivů. Pokud se u nás vyskytuje důstojnost lidské identity, vypovídá to o úplnosti naší osoby. Výsledkem úplné lidské bytosti je snadnější cesta k nalezení smyslu života jednotlivých osob. Další schopností, kterou disponuje člověk s důstojností osobní identity, je schopnost tvořit smysluplný obraz vlastního života a schopnost vyprávět o svém životě v pozitivní rovině (Kalvach, 2010, s. 25; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 13).

- Menschenwürde

Tento pojem převzatý z německého jazyka symbolizuje hodnotu lidských bytostí. Apeluje na nezczitelnost hodnot lidské existence. Nejčastěji se tento pojem objevuje ve vztahu k univerzální hodnotě jedince nebo s orientací na náboženské téma. Menschenwürde utváří požadavky na úctu mezi všemi lidskými bytostmi. V tomto případě se nebere ohled na jejich sociální, psychologický a fyzický stav. Upozorňuje také na to, že lidská důstojnost vychází z obecného pojetí lidstva a jeho nadosobním hodnotám. Základním kamenem tohoto typu důstojnosti je tedy pojem lidství. Lidství se v tomto kontextu charakterizuje jako něco o co nemůžeme být připraveni ani o něj nemůžeme přijít (Kalvach, 2010, s. 25; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 13).

Součástí *Menschemwürde* je popis tří všeobecných charakteristik, které vedou k pochopení autonomie konkrétního člověka:

- Lidské bytosti jsou tělesné bytosti a během jejich fyzického a psychického rozvoje získávají kontrolu nad svými fyzickými funkcemi. Pokud dojde ke ztrátě schopnosti kontrolovat tuto funkci nebo funkce dochází ke ztrátě důstojnosti. Jestliže se člověk nemůže vyrovnat se ztrátou funkce nebo jeho okolí nebylo schopno snížit jeho pocit zahanbení na minimum, může dojít k ohrožení důstojnosti identity osoby.
- Lidské bytosti disponují schopností utvářet a formovat vlastní identickou totožnost. Tvorba racionálního příběhu o našem životě nám pomáhá porozumět sami sobě. V příbězích se objevuje lidská bytost v sociální a ekonomické rovině, stejně tak jako bytost způsobilá k růstu a obhajobě svých činů v souvislosti s mravními hodnotami. Schopnost tvořit smysluplné příběhy může být ohrožena vlivem stárnutí lidského organismu nebo nemocí. Stejně tak může ohrozit možnost učinit nezávislá rozhodnutí a tím ohrozit i autonomii lidské bytosti. Tyto výstrahy ještě zesiluje ageismus.
- Lidská bytost je tvorem společenským, proto úcta a respekt projevený od jiných lidí v nás posiluje sebeúctu. Lidské bytosti se formují za neustálého působení vlivu jiných lidí. Především nás ovlivňuje jejich názor na naši osobnost. Dojde-li v tomto případě k částečné nebo úplné ztrátě respektu dojde přímou úměrou také k modifikaci schopnosti autonomie, dle míry poškození důstojnosti člověka (*Respektování lidské důstojnosti*, 2004, s. 13-14).

Menschemwürde jako jedna z popsaných druhů důstojností symbolizuje hodnotu lidských bytostí. Jak už bylo i výše zmíněno, lidská důstojnost byla již v období renesance a humanismu chápána jako vrozená hodnota člověka. *Menschemwürde* ještě apeluje na její nezcižitelnost (*Respektování lidské důstojnosti*, 2004, s. 13). Jelikož s pojmem lidské důstojnosti se pojí v mnoha směrech i hodnota lidského života, je nezbytné si přiblížit faktory, které ji určují.

Člověk je jedinečnou bytostí na světě, jelikož je schopen přemýšlet o vlastní osobě. Každý člověk je do jisté míry sám svým pánem života, má tu jedinečnou možnost rozhodovat

a udávat směr vlastnímu životu. Tato schopnost také pomáhá utvářet a formovat jeho důstojnost. Proto je nepřijatelné nakládat s jinou lidskou bytostí jinak než s tou naší, jako s věcí, která je potřebná k dosažení cizího či našeho cíle. Principem lidské důstojnosti je tedy mínění, že s člověkem majícím svobodu ve vlastní autodeterminaci, nesmí žádný cizí člověk disponovat. Vzhledem k tomu, že svoboda a autodeterminace mají omezené hranice, dochází k situacím, kdy jsou lidé manipulováni jinými lidmi ze zevního prostředí. Tento proces probíhá bez schopnosti jeho odhalení, jelikož lidé nedisponují touto vlohou (Rotter, 1999, s. 25-26).

Nicméně svobodu obecně nelze chápat, jako zdůvodnění důstojnosti člověka Rotter ve své knize říká, že toto tvrzení by bylo pravdivé až tehdy: „*Když člověk nebude o něco usilovat pod tlakem a donucením svého okolí, nýbrž když bude něco chtít, protože v tom opravdu nalézá své nejhlubší naplnění*“ (Rotter, 1999, s. 26).

Hodnotu lidského života dále určuje láska. Láska je potřebou každé lidské bytosti. Člověk, který pociťuje lásku od druhé osoby nebo od svého okolí, si uvědomuje svou hodnotu a smysluplnost na světě, proto lásku řadíme mezi naše hlavní sociální snahy. Jako další aspekt uvádíme, zda si člověk zaslouží být milován. Existují ovšem lidé, kterým se nedostane tohoto drahocenného pocitu, být někým milován. U těchto lidí můžeme pozorovat sklony k sociální izolaci, beznaději nebo dokonce suicidu. Pokud takový člověk najde včas pomoc a oporu v druhé osobě, může nalézt ztracený smysl života. Z tohoto usuzujeme, že hodnota lidského života má mnohem hlubší kořeny, než je například zdraví (Křivohlavý, 2006, s. 177; Rotter, 1999, s. 26-27).

Pokud se setkáme s člověkem, který je například příslušníkem křesťanské víry, můžeme od něj očekávat, že jeho hlavní hodnotou života je víra. Křesťan ví, že ho Bůh miluje, jeho život má tedy specifickou hodnotu. Tato hodnota je pro křesťany tou nejhlubší. Zároveň je velmi důležitá v období umírání, jelikož pomáhá chápat svoji osobnost jako osobnost s určitým hlubším posláním a ne jen jako pouhou biologickou schránku. Křesťanství tedy chápeme jako víru, která člověku nabízí smysluplný život s důrazem na prosociální cítění (Křivohlavý, 2006, s. 154; Rotter, 1999, s. 27).

1.1 Lidská důstojnost v ošetrovatelské praxi

Jak už bylo zmíněno, lidskou důstojnost chápeme jako úctu projevovanou k hodnotě člověka. Protože lidská důstojnost je složitý pojem, je nutné se snažit před zahájením péče

o klienta pochopit jádro věci. Obvykle pro mnoho lidí je jednodušší definovat co je nedůstojné. Definici důstojnosti si každý člověk a tedy i klient utváří pomocí několika aspektů, a to:

- mravních principů;
- tradic kultury, které jsme součástí;
- postojů k životu;
- postojů k úctě života;
- empatického chování (Kutnohorská, 2013, s. 56).

Musíme si uvědomit, že pokud přichází do nemocnice člověk, který byl zvyklý žít aktivním a nezávislým životem, můžeme předpokládat, že tento člověk bude mít strach ze ztráty autonomie a ze závislosti na pomoci jiné osoby. Klienti mnohdy tento strach považují za nejtěžší změnu, se kterou se museli vyrovnat během adaptačního procesu v rámci jejich hospitalizace. Autonomie je klíčovým aspektem lidské důstojnosti, pokud ji budeme chtít posílit, budeme klienta motivovat ke spolupráci a podporovat v možnosti nezávislé volby sám za sebe (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 27).

O autonomii můžeme také hovořit jako o zvláštním vztahu mezi klientem a ošetřujícím personálem. Je důležité autonomii chápat jako možnost či schopnost řídit a rozhodovat o svém životě. Pokud má člověk možnost řídit se vlastními pravidly, které vyplývají z jeho představ, můžeme říci, že je jeho autonomie zachována. Proto bychom měli respektovat rozhodnutí klienta. K omezování osobní svobody by pak mělo docházet pouze tehdy, pokud je to nevyhnutelné a nutné. Pokud se klient ocitne v situaci, kdy se neztotožňuje s rozhodnutími, do kterých byl vmanipulován, může se u něj rozvinout změna vlastní identity (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 30; Špatenková et al., 2014, s. 62). Z této informace tedy vyplývá, že rozhodování by mělo vycházet z porozumění konkrétní osobnosti a jejich základních potřeb. Pozorujeme, že tyto potřeby směřují zejména ke konečnému cíli lidského života. Tyto základní potřeby se promítají ve všech směrech lidské bytosti. Potřeby všech dimenzí spolu kooperují. Apelujeme tímto na holistické pojetí člověka (Slabý, 1991, s. 23).

Jelikož jsme si v předešlé kapitole rozdělili důstojnost do čtyř hlavních oblastí, ve vztahu s ošetrovatelskou praxí nejvíce kooperujeme s důstojností zásluh: „*Důstojnost zásluh by se měla v paliativní péči promítnout v podpůrném přijímání klientů v jejich „nejlepším světle“, na nejlepší společenské (pracovní, osobní) úrovni, které dosáhli ve svém životě – praktickým příkladem je oslovování či volba validačních, podpůrných konverzačních témat*“ (Kalvach,

2010, s. 26). Koncept Menschenwürde je v ošetrovatelství používán jako hlavní důvod k ochraně důstojnosti i takových klientů, kteří si etický kodex neuvědomují. Nejčastěji z důvodu bezvědomí. Tato ochrana důstojnosti lidských bytostí, bez možnosti vlastní obrany je významná i pro jejich rodiny. Svůj pozitivní dopad má i na ošetřující personál, u něhož roste úroveň poskytované péče i seberefexe (Kalvach, 2010, s. 26). Z pohledu ošetrovatelské praxe se soustředíme tedy na ochranu nebo narušování důstojnosti klienta. Buď v klientovi utvrdíme pocit jeho osobní identity i přes jeho onemocnění nebo v něm vzbudíme pocit pasivního objektu. V prvním případě získáváme v klientovi kompetentního partnera (Kalvach, 2010, s. 26). Pokud dochází v ošetrovatelské praxi k narušování důstojnosti osobní identity, má to za následek ztrátu respektu a sebeúcty. Tato situace je pro klienta velmi sužující, pokud je důstojnost narušována dlouhodobě, může vést až k sebevraždě (Kalvach, 2010, s. 27) Jako zdravotničtí pracovníci bychom měli dbát na to, aby klienti v poslední fázi jejich života nebyli atakováni necitlivým jednáním ošetřujícího personálu. Takové zacházení se neobejde bez dopadu na lidskou důstojnost (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 39).

Naplnění lidské důstojnosti v ošetrovatelské praxi plyne z respektu k individuálním potřebám každého člověka. Dále pak z komunikace ve smyslu pravdy a lásky (Slabý, 1991, s. 23-24).

Vhodně zvolenou komunikací projevujeme nemocnému náš respekt a uznání jeho důstojnosti. Komunikace v nemocničním prostředí je velmi náročná a vyžaduje zdatné komunikační dovednosti. Tyto schopnosti mnohdy podléhají kritice hospitalizovaných. Klient v období hospitalizace nabývá času, a ten pak nejčastěji věnuje závažným otázkám, které si v období plného zdraví nepokládal (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 363; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 31).

V kontextu důstojnosti péče bychom měli věnovat pozornost i technologickému pokroku ve zdravotnictví. Někdy se může zdát, že zdravotničtí pracovníci věnují pozornost převážně technologickým ukazatelům lidského života a samotný člověk je odsunut do pozadí těchto moderních vymožeností. Můžeme pozorovat i případy, kdy jsou klienti udržováni při životě pomocí vítězných medicínských technologií na úkor kvality jejich života. Nejdrastičtějším druhem pak označujeme takzvané přetrvávající vegetativní stavy (Munzarová, 2005, s. 127; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 34).

Pokud jde o důstojné umírání, každý klient má své vlastní představy o jeho skonu. Nejčastěji však nemocní popisují ideál smrti jako bezbolestný proces během spánku. Dalším častým

ideálem je smrt po boku blízké osoby, tedy nezemřít v osamocení (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 38). Někteří autoři popisují přímo typické rysy charakterizující důstojné umírání:

- minimum obtěžujících symptomů;
- minimum invazivních intervencí;
- zachování autonomie a maximální možné nezávislosti;
- zachování sebeúcty a respektu;
- zachování příznivých sociálních vazeb;
- dosažení uspokojení v rámci existencionálních a spirituálních cílů;
- čerpat péči v bezpečném prostředí (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 113).

Zvláštní kapitolu v ošetrovatelské praxi tvoří běžné styky s právem na důstojnost u morálních činitelů, kteří ještě nenabyli tuto roli nebo naopak ji pozbyli. To můžeme jednoduše vysvětlit např. o plodu v těle matky, který se ještě nestal morálním činitelem. Po narození se ale stává plnoprávným člověkem. Naopak člověk, jež z jakéhokoliv důvodu ztratil statut morálního činitele, ať už vlivem duševní nemoci nebo pokročilé demence, si zachovává lidskou důstojnost, protože tento člověk byl také plnohodnotnou lidskou bytostí. „*Součástí lidského světa jsou tedy žijící lidé, a to bez ohledu na věk a sociální postavení, avšak určité atributy lidství přisuzujeme také tělu zemřelému a lidským embryím. Samozřejmě, tělo zemřelého a lidský zárodek nemohou mít stejnou vážnost jako žijící člověk, ale v žádném případě neponecháváme nakládání s nimi lidské libovůli*“ (Heřmanová et al., 2012, s. 71).

Je zarážející, že v dnešní době nevídaných možností dochází stále k narušování lidské důstojnosti v ošetrovatelství a to v tak bazálních a všedních úkonech, jako je například vyprazdňování, kdy jsou klienti mnohdy donuceni okolnostmi k inkontinenci. Dále můžeme zmínit nedodržování intimity a soukromí klienta, kdy dochází k odhalování jeho těla před jemu cizími lidmi. Takovéto urážlivé a ponižující situace nevyhnutelně vedou k narušení lidské důstojnosti klienta (Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 35).

1.1.1 Ochrana lidských práv a důstojnosti klienta

Požadavek na zajištění lidských práv je všeobecný, jelikož k jejich ohrožování dochází v celosvětovém měřítku. Lidská práva vycházejí z elementárních a všemi lidskými bytostmi uznávanými hodnotami lidství. Sestra je povinna v rámci její profese chránit a respektovat

práva svých klientů, obzvláště pak lidskou důstojnost. Lidská práva jsou charakteristická jejich:

- nezadatelností;
- nezcizitelností;
- nepromlčitelností;
- nezrušitelností.

Respektování lidské důstojnosti je ve zdravotnictví naprosto samozřejmé. Ve zdravotnictví se klade na toto respektování lidské osoby velký důraz, který je svým způsobem velmi mimořádný a jedinečný. Ochrana lidských práv a důstojnosti klientů je nedílnou součástí péče o klienta a zároveň jde o etickou povinnost sestry (Kutnohorská, 2007, s. 51; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 224).

Hippokratova přísaha je tradiční součástí lékařské profese již od starověku. Poskytuje lékaři pokyny k chování. Představuje odpovědnost lékaře ke svým klientům. Je obdivuhodné, že základní myšlenky Hippokratovy přísahy jsou natolik nadčasovou záležitostí, že trvají po tisíciletí bez požadavku na změnu či úpravu (Matochová, 2009, s. 50-51). Z Hippokratovy přísahy plyne jasný apel, aby vykonávaná praxe lékaře byla opravdovým povoláním a posláním (Munzarová, 2005, s. 21).

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny je mezinárodní smlouvou a jedná se o nejvyšší zákon zdravotnictví země. Česká republika tento zákon přijala v roce 1998 a následně byl ratifikován v roce 2001. To znamená, že disponuje právem přednostní aplikace před jinými platnými českými zákony (Haškovicová, 2015, s. 75).

Lékaři se při své praxi řídí Etickým kodexem české lékařské komory. Úkolem české lékařské komory, je vést seznam lékařů sdružených právě pod touto organizací. Etický kodex České lékařské komory se skládá z pěti paragrafů, které jsou dále rozvinuty v mnoha bodech (Matochová, 2009, s. 95)

Etický kodex sester (viz. Příloha P I) byl navržen a vypracován organizací ICN. Tento kodex vnímáme jako nástroj, kterým sice nejsme schopni zajistit morální chování sestry, ale může nám pomoci ve vnitřním uvědomění si morálních hodnot. Pokud si dokážeme tyto mravní

hodnoty, které jsou nejčastěji spojovány s láskou k lidem a svědomím daného člověka uvědomit, může nám to pomoci najít cestu k mravnímu jednání (Haškovcová, 2015, s. 63; Ivanová, 2005, s. 76-77).

K ochraně lidských práv a důstojnosti klienta ve zdravotnictví slouží Práva pacientů. Tyto Práva pacientů jsou obsaženy v Zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Tento právní dokument chápeme jako obecný předpis, který obsahuje nezbytné minimum, které je nutné respektovat při péči o pacienta (Prudil, 2014, s. 33). Práva pacientů ČR (viz. Příloha P II).

„Společnost často neuznává v plném rozsahu práva těch, kteří se přímo nepodílejí na jejím rozvoji, jako jsou lidé staří nebo chronicky nemocní“ (Slabý, 1991, s. 23). S těmito lidmi se setkáváme právě v nemocničních zařízeních, kde je potřeba stejně tak jako ve společnosti, hájit jejich práva.

1.2 Etika v ošetrovatelské praxi

S výše uvedenou důstojností je velmi úzce propojena etika. V obecné rovině je etika především vědní disciplína, čím především myslíme vědecké zkoumání morálních otázek. Morálku určuje chování, které je buď společností přijímáno a můžeme ho tedy považovat za žádoucí nebo je společensky nepřijímáno a označujeme jej za nežádoucí. Etika se soustředí především na mravnost člověka. *„Morálku vnímáme jako společensky preferované psané i nepsané formy, které tvoří soubor požadavků na chování člověka“* (Kutnohorská, 2007, s. 12). Dle Aristotela, který jako první etiku klasifikoval jako samostatný obor, jde o nauku o dobrých charakterových vlastnostech. Je nutné zmínit, že všechny společnosti spadající do různých kultur mají svůj vlastní etický postoj, který je předáván po mnoho let. Jde především o hodnoty a tradiční zvyklosti (Kutnohorská, 2007, s. 11).

Obor ošetrovatelství obecně považujeme za tzv. morální umění. Základními principy etiky v ošetrovatelské praxi jsou:

- úcta k člověku a jeho životu;
- respektování důstojnosti klienta;
- prospěšnost;
- spravedlnost;
- anonymita;
- respektování životních hodnot (Kutnohorská, 2009, s. 106).

Dalším etickým principem, kterým se řídí zdravotnický personál, je odpovědnost, které bude věnována největší pozornost. Sestra je zákonem povinna poskytovat klientům takovou péči, která je prováděna v rámci jejich kompetencí vyplývajících z dosaženého vzdělání. Za tyto činnosti nese právní i morální odpovědnost (Heřmanová et al., 2012, s. 66). Zároveň se s tímto pojí i fakt, že člověk, jenž si vybral zdravotnické povolání, se stává odpovědným za poskytnutou péči, tedy jinými slovy je odpovědný za svou povinnost, podle stanovených standardů a morálních hodnot povolání. ICN sestře stanovilo čtyři základní povinnosti sestry a to:

- podporovat zdraví;
- předcházet onemocnění;
- navracet zdraví;
- mírnit utrpení (Ivanová, 2005, s. 59; Kutnohorská, 2007, s. 39).

Odpovědnost obsahuje z právního hlediska tři vztahy a to: „Kdo?“, „Za co?“, „Komu?“. Z těchto vztahů vyplývají důsledky, které mohou vzniknout prostřednictvím vykonaného činu (Gluchman, 2008, s. 111; Sokol, 2014, s. 83).

Součástí profesionální odpovědnosti je odpovědnost osobní. Ve zdravotnictví může dojít k situaci, kdy se dostávají naše profesionální hodnoty do rozporu s těmi osobními. V každém případě je nutné jednat tak, aby nedošlo k poškození klienta (Heřmanová et al., 2012, s. 66-67).

V ošetrovatelské praxi má své nezastupitelné místo morálka. Ta je soustředěna na to, zda jsou výkony prováděny ve prospěch pacienta či nikoliv. Ve smyslu výkony rozumíme veškeré činnosti u konkrétního pacienta od komunikace až po invazivní výkony. Jako ošetřující personál tedy podnikáme takové kroky, které neohrozí klientovu důstojnost, autonomii a naději (Kutnohorská, 2007, s. 12). Morálka úzce souvisí s prospěšností, což je výše jmenovaný princip etického ošetrovatelství.

S ošetrovatelstvím na etické úrovni souvisí pojem ctnost. Anzenbacher ve své knize uvádí: „V pojetí klasické etiky je ctnost (*areté, virtus*) získaný habitus, který kvalifikuje k určitým hodnotným způsobům činnosti“ (Anzenbacher, 1994, s. 131). Protipólem ctnosti je neřest, což je habitus, který, nás činí špatnými (Anzenbacher, 1994, s. 131-132). V profesi sestry je jejím hlavním cílem v této oblasti pečovat o život a blaho klienta, jelikož se jedná o „*dobro klienta*“. Tento cíl mají společný všichni zdravotničtí pracovníci (Heřmanová et al., 2012, s.

43). Křivohlavý (2006, s. 127) ve své knize upozorňuje na odlišnost mezi dodržováním klasických etických norem. Uvádí, že ctnost zaujímá o stupeň vyšší rovinu před rovinou běžného etického uvažování.

S umíráním se pojí také nelehká etická dilemata. Jedním z nich je např. marná či neúčelná léčba. Je to zejména použití moderních technologických postupů za účelem udržení života klienta. Jinými slovy můžeme tuto léčbu nazvat jako život prodlužující léčbu (Heřmanová et al., 2012, s. 155). Ne každé onemocnění může být léčeno technologickými možnostmi. Život prodlužující léčba by neměla tvořit jediný hlavní cíl lékařské praxe. Tento cíl by měl být na stejné úrovni jako klientova úleva od utrpení (Saunders, Baines a Dunlop, 1995, s. 1). Diskuze nastávají i v situaci, kdy je rozhodnuto o ukončení život prodlužující léčby a klient, je odpojen od podpůrných mechanismů, jako je například umělá plicní ventilace. Takováto péče je poskytována pouze v případě, kdy prodlouží život. Pokud se ale jedná o prodloužení procesu umírání, není smysluplnou. V těchto případech se nejedná o zabití klienta, klientovi bylo umožněno zemřít na následky jeho onemocnění či zranění (Garrett et al., 2010, s. 171; Heřmanová et al., 2012, s. 157).

Na pomezí fází *in finem* a *post finem* řešíme nejčastěji dvě základní otázky a to:

- „*Jak zajistit klientovi dobré místo pro umírání?*“
- „*Kam umístit mrtvé tělo tak, aby nedošlo k porušení lidské důstojnosti?*“

V případě první otázky není vhodné klienta opakovaně přesouvat, ať už z pokoje na pokoj nebo v rámci oddělení. Toto přesouvání či překládání je zátěží nejen pro klienta, ale i pro personál zařízení (Tomeš et al., 2015, s. 96; Kupka, 2014, s. 109). V případě druhé otázky řešíme umístění těla zemřelého. Tělo musí ještě dvě hodiny po smrti zůstat na daném oddělení. Ne na každém oddělení máme k dispozici určenou místnost přímo pro tyto situace, která by splňovala a respektovala důstojnost zemřelého klienta. Je tedy nutné zvážit opět umístění těla klienta (Kupka, 2014, s. 109).

Příjemnou zprávou je, že slovo etika se za poslední století spojuje se zdravotnickou péčí více, než tomu bylo kdy jindy. Dosáhla nového postavení ve veřejných médiích a to v celosvětovém měřítku. V dnešní době jsou velice populární například i seriály ze zdravotnického prostředí, kde se vyskytují právě etické problémy spojené s ošetřovatelstvím. Dochází tak k rozvoji zamýšlení se veřejnosti nad poskytovanou péčí a utváření si obrazu o péči. Proto je nezbytné, aby každý zdravotnický pracovník byl dobře informován o etických problémech jeho profese a mohl tak obratně odpovídat na otázky klientů (Thompson et al., 2006, s. 2).

1.2.1 Zdroje zdravotnické etiky

Jako základní kámen zdravotnické etiky i vzhledem k historickému vývoji považujeme Hippokratovu přísahu, ačkoliv její kořeny bychom mohli hledat v pramenech daleko starších. Charakterizuje pokyny pro chování lékaře. Apeluje na mravnost lékaře během vykonávání své profese (Kutnohorská, 2007, s. 27-28; Matochová, 2009, s. 50).

Židovsko-křesťanská tradice je dalším pilířem, o který se opírá současná morálka. Etické zásady, které vychází z této tradice, plynou z obecných myšlenek těchto náboženských směrů. K největšímu rozvoji zdravotnické etiky přispěly katolicismus a protestantismus:

- Katolicismus – vychází z judaismu, z tohoto důvodu shledáváme mnohé společné znaky mezi judaistickou a katolickou morálkou (Ivanová, 2005, s. 40; Kutnohorská, 2007, s. 27-28).
- Protestantismus – je specifický tím, že uznává jedinečnost věřících a jejich vlastní znalosti bible (Ivanová, 2005, s. 42).

Mezi novodobé filozofické směry, které se podílely na formování zdravotnické etiky patří:

- Existencialismus – tato filozofie soustředí svou pozornost na problémy člověka. Hlavním předmětem je zkoumání subjektivně prožívané osobní reakce lidské bytosti na okolní svět a ostatní lidi.
- Fenomenologie – se zabývá zkoumáním člověka prostřednictvím zkoumáním zkušenosti. Standartní vědecké postupy jsou v tomto případě v pozadí.
- Hermeneutika – z názvu můžeme odvodit jistý interpretační význam ve vztahu k filozofii. Dále usiluje především o poznání zkušenosti, snaží se najít pravdu a pochopení ve vlastní osobě a v jiných lidských bytostech.
- Holismus – představuje filozofii celistvosti. V roli zdravotnického pracovníka je nezbytné pacienty chápat jako bio-psycho-sociální bytosti (Kutnohorská, 2007, s. 32-35).

2 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ

„Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 301).

Jelikož se zabýváme problematikou umírání, měli bychom si uvědomit, že každý, kdo se narodí, má dánu do vínku i smrt. Zjednodušeně říkáme, že život je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Jelikož si lidé svou konečnost uvědomovali vždycky, nezbyvá nic jiného, než respektovat, pochopit a přijmout svou smrtelnost jako součást života. Lidé se domnívají, že smrt se nemůže týkat jejich osoby. Často se považujeme za nesmrtelné, ačkoliv smrt je neustále všude kolem nás. Se smrtí je spojováno mnoho negativních pocitů, nejčastěji hovoříme o utrpení, strachu a bolesti. Pokud si uvědomíme, že je smrt opravdu přirozenou součástí našeho života a života všech lidí na zemi, můžeme se s tímto faktem mnohem lépe vyrovnat. O něco lépe chápali svou konečnost lidé v minulosti, jelikož považovali smrt právě za přirozený a nevyhnutelný proces. Naše generace je mnohem více ovlivněna vynálezy v oboru medicíny a celkovým zvýšením kvalit zdravotní péče. Vlivem těchto událostí lidé začali chápat smrt jako prohru, něco co se nemělo stát. Pokud se nám podaří uvědomit si svou konečnost, dokážeme pak mnohem snáze dát svému životu ten správný směr a smysl. Pomocí smyslu života se nám otevírá i cesta ke štěstí a spokojenému životu (Haškovcová, 2007, s. 23; Kupka, 2014, s. 12-16).

V historii byla smrt chápána mnoha způsoby a prošla si mnoha podobami. Jedním příkladem může být teorie o významném předělu mezi krátkým a náročným životem pozemským a rajským životem věčným. Smrt byla ovlivněna aktuální světovou situací, náboženskou situací nebo specifiky dané kultury. Byla chápána jako trest a kultury prostřednictvím slavnostních obřadů a rituálů vystupovaly proti přírodním mocnostem. Zároveň tyto obřady sloužily k uctívání zemřelého. Už v 5. století před Kristem se můžeme setkat s pojmem „*dobrá smrt*“. Kdy tento pojem představoval klidné umírání. Význam tohoto sousloví zůstal po staletí nezměněn. I dnes si pod pojmem „*dobrá smrt*“ představujeme klidné umírání. Z historických pramenů víme, že lidé se v dřívějších dobách dožívali nízkého věku. Tato situace byla nejčastěji zapříčiněna vážnými infekcemi, které v dávné době nebylo možné léčit. Šanci dožít se dospělosti snižovala válečná zranění a špatný výživový stav. Vysoké procento tvořila také úmrtnost dětí (Haškovcová, 2007, s. 23; Krátká, Kutnohorská a Cichá, 2011, s. 162). Až do 19. století se můžeme setkat s pojmem „*ochočená smrt*“, který popisoval smíření

umírajících i jejich blízkých s odchodem. Umírající se stával centrem pozornosti a byly mu věnovány zvyky i ceremonie. Smrt se vždy netýkala pouze jednotlivce. To se změnilo v období válečných konfliktů, kdy se smrt stala individualizovanou (Nešporová, 2013, s. 9). V období 19. století se domníváme, že vzniká právě obávaný strach ze smrti. Člověk má snahu se od smrti izolovat. Odborně toto období označujeme jako „*zpustnutí smrti*“, které je charakterizováno třemi důležitými aspekty a to:

- zatajováním a izolováním smrti;
- obelháváním a zbavováním svéprávnosti umírajících;
- odstraňováním zármutku.

Toto období přetrvává dodnes, ačkoliv ve 20. století dochází k mírné transformaci a o smrti mlčí. Smrt má jasné místo v životě člověka, ten ji ale ukládá do svého nevědomí, a snaží se smrt vytěsnit. Smrt je ale neustále přítomna a dochází k uvědomování si tohoto faktu. Někdy z tohoto důvodu se může stát, že člověk, který myslí na smrt zapomíná žít vlastní život. Středem se stává realistické chápání smrti, kdy člověk chápe smrt jako nevyhnutelnou a přirozenou součást jeho života. Je podivuhodné, že máme problém najít smrti místo ve svém životě, když se s ní setkáváme denně prostřednictvím médií. Smrt se v tomto případě téměř vždy netýká nás ani našich blízkých. Spousta lidí neočekává, že by se taková situace mohla přihodit právě jim (Krátká, Kutnohorská a Cichá, 2011, s. 163–164).

V porovnání historie a dnešní doby můžeme na závěr konstatovat, že tak jak bylo dříve samozřejmé, že se děti rodily v domácím prostředí, tak i lidé po boku celé rodiny odcházeli. V dnešní době smrt pozbyla sociálního rozměru a lidé často odcházejí osamoceni v institucích (Kupka, 2014, s. 105). Pokud se ale nyní dotazujeme na ideální odchod ze života, dostaneme právě odpovědi vracející se k tradičnímu historickému modelu umírání v domácí péči svých blízkých. Může ale dojít k situaci, kdy umírající nemá už žádné příbuzné, nebo jeho rodina není ochotna za něj přebrat péči. V takových situacích je nutné využít institucí, které nabízí tyto služby (Kupka, 2014, s. 105-106).

V dnešní době se problematikou umírání a smrti zabývá obor thanatologie, který se snaží smrt popsat z nejrůznějších úhlů pohledu a vytvořit tak holistický náhled na celou problematiku. Je popisována také jako interdisciplinární obor (Haškovcová, 2007, s. 178; Špatenková et al., 2014, s. 19). Dnešní doba pojímá smrt spíše medicínsky. Pro tuto potřebu vznikl termín medicinalizace. Význam tohoto pojmu spočívá v ovládnutí moci nad životem a smrtí

lékařem, který bojuje podle nejnovějších poznatků. Obor se zabývá také otázkou „*dobré smrti*“ a „*špatné smrti*“:

- Dobrou smrt chápeme jako formu smrti, o které klient neví. Příkladem této smrti je například smrt ve spánku nebo po podání tlumivých léků. Jelikož člověk neví o smrti, nezatěžuje se touto situací. Naopak Nešporová ve své knize popisuje dobrou smrt jako: „*Takovou smrt, kterou si člověk uvědomoval, akceptoval ji a připravoval se na ni. Smrt, která byla klidná a důstojná*“ (Nešporová, 2013, s. 32). Samozřejmě každý člověk má svůj vlastní obraz „*dobré smrti*“. Tento obraz je ovlivněn nejčastěji náboženskou a kulturní příslušností. Neopomíjíme ani prioritní systém jednotlivého člověka (Nešporová, 2013, s. 31-32; Špatenková et al., 2014, s. 20).
- Špatnou smrt popisujeme jako nežádoucí. Klient tuto smrt očekává a trápí se závažnými myšlenkami o konci života. Může trpět bolestmi a strachem vyplývajícím ze smrti. Další definicí je, že umírající ještě nedosáhl naplnění a smyslu života nebo smrt nepřijal (Nešporová, 2013, s. 32; Špatenková et al., 2014, s. 20).

Z patologického hlediska zařazujeme smrt do regresivních změn. Regresivní změny chápeme ve smyslu zhoršení. Smrt je nejvyšším stupněm regrese. Synonymem smrti je zánik organismu. Haškovcová ve své knize říká, že člověk v podstatě umírá již od svého narození (Bártová, 2015, s. 22; Haškovcová, 2007, s. 89).

V dnešní době můžeme smrt dělit z hlediska antropologických disciplín. Setkáváme se s definicemi z mnoha úhlů pohledu.

- Klinická smrt – se vyznačuje zástavou krevního oběhu a dechové činnosti. Klinickou smrt dokážeme odvrátit pomocí neodkladné resuscitace, u člověka se mohou objevit nejisté známky smrti a to:
 - zástava dechu;
 - zástava srdeční činnosti;
 - nepřítomnost rohovkového a zornicového reflexu
- Biologická smrt – je charakterizována jako zánik činnosti buněk různých orgánů. Biologická smrt nastupuje s prodlevou nejčastěji čtyř až pěti minut po zástavě krevního oběhu a dýchání. Tento interval čtyř až pěti minut označujeme jako bezprostřední resuscitační čas. Interval je různý podle typu buněk a tkání. Jeho významem se řídíme při orgánových transplantacích.

- Mozková smrt – popisujeme jako ireverzibilní vyhaslou činnost mozkových buněk, ačkoliv životní funkce člověka jsou za umělé podpory udržitelné (Bártová, 2015, s. 22; Ulrichová, 2009, s. 43).

Smrt, na které se podílí sám člověk, je řazena do speciální kapitoly. Rozlišujeme dva základní pojmy dle okolností vzniku a sice:

- Smrt sebezabitím - kdy si člověk tuto smrt způsobí sám neúmyslně
- Smrt sebevraždou - kdy se člověk úmyslně připraví o svůj život (Haškovcová, 2007, s. 89-90).

Dále můžeme dělit smrt z hlediska časového horizontu.

- Náhlá smrt
- Nečekaná smrt
- Očekávané úmrtí – přichází v kontextu závažného onemocnění. Lékař je povolán ke konstatování smrti a vyplnění potřebných náležitostí vyplývajících ze smrti člověka.
- Pomalá smrt – v průběhu času na sebe pomalá smrt upozorňuje. Upozorňování nebo avizování probíhá nejrůznějšími způsoby, často je to zhoršení stavu nebo objevení se dalšího symptomu. Pomalá smrt nese výhody oproti předchozím zejména pro blízké okolí umírajícího člověka, protože mají relativně dostatek času připravit se na ztrátu milovaného člověka. Avšak ani dostatek času nemusí být zárukou připravenosti (Špatenková et al., 2014, s. 35-36; Haškovcová, 2007, s. 89-90).

V kontextu pomalé smrti se zmíníme o procesu umírání. Proces umírání je rozdělen do tří na sebe navazujících kroků.

- Pre finem

Jedná se o období, které nastupuje současně se sdělením diagnózy, jejíž prognózou je předpokládaná smrt. Toto období může trvat různě dlouhou dobu od dnů až po léta, jelikož lékaři se snaží klientovi poskytnout maximální péči za účelem remise nebo alespoň zmírnění potíží. Toto období chápe nemocný jako období ohrožení. Ohrožení je prožíváno různými způsoby, nejvíce se na tom podílí charakteristika temperamentu. Rozlišujeme čtyři základní možnosti reagování na závažné informace (Kupka, 2014, s. 102). V období této fáze nebráníme bouřlivým projevům klienta. V případě silných emočních projevů se můžeme obávat, že jako zdravotníci nezvládneme situaci, ale pokud dokáže klient projevit své emoce, tyto bouřlivé stavy brzy odezní. Veškeré projevy klienta musíme akceptovat. V této fázi by měl

být klient ujištěn, že mu bude nabídnuta jak lékařská tak psychologická pomoc. Nesmíme dopustit, aby klient umřel psychicky nebo sociálně dříve než fyzicky. V této fázi je důležitá role rodiny, pokud nebude mít klient oporu ve své rodině, může dojít k jeho osamělosti a následné izolaci (Kupka, 2014, s. 104-105). V tomto období povzbuzujeme klienta, aby žil svůj život stejně tak jako před sdělením vážného onemocnění. V tomto případě dochází jen k mírným modifikacím činností klienta. V případech, kde není možné využít tento postup, musíme přejít k postupu, pro který je nezbytná redukce plánů klienta. Nejedná se však o redukci naprostou, jelikož některé plány musejí zůstat zachovány. Velmi často je klient touto fází doprovázen psychologem (Haškovcová, 2015, s. 175).

- In finem

Jedná se o období, které je jinak nazýváno jako období terminální. Jde tedy o samotné umírání v užším slova smyslu (Kupka, 2014, s. 105). Dochází ke změnám lidského těla, především k jeho slábnutí a i fyziologické funkce pomalu vyhasínají. V tomto období opět figuruje role rodiny, jakožto nepostradatelná podpora umírajícího. Žádný člověk by neměl umírat v osamění. Neznamená to ovšem, že s umírajícím budeme trávit veškerý čas. Toto období je právě také charakteristické potřebami samoty a rozjímáním (Kupka, 2014, s. 107). Někteří lidé dokonce nejsou schopni odejít v přítomnosti jejich blízkých, jakmile se rodina byť jen na chvíli vzdálí, právě tehdy zemřou (Kupka, 2014, s. 108). Věcné a konstruktivní jednání v období této fáze spíše nenalzááme, protože do dnešní doby zatím neexistuje žádný model, který by člověku a jeho okolí pomohl projít touto fází bez přebytečného strachu, který právě paralyzuje jednání člověka (Haškovcová, 2015, s. 174).

Smrt se vytratila ze sociálního pole pozornosti. Proces umírání ukryváme či odsunujeme za zdi zdravotnických zařízení, kde se běžná lidská pozornost nesoustřeďuje. Toto symbolické odsunování umírajících klientů probíhá i v rámci nemocničních zařízení, kdy umírající klient je odsouván či překládán z jednoho oddělení na druhé, jelikož není shledán jako perspektivní uživatel služeb daného oddělení. Proces tohoto odsouvání je opět krokem k vytěsnění smrti jako faktu konečnosti lidského života. Aby umírání získalo zpět svůj ztracený sociální charakter měli bychom v nemocničních zařízeních podporovat rozvoj paliativní péče za přítomnosti blízkých osob umírajícího, nebo se vrátit k historickému a tradičnímu modelu umírání v domácím prostředí za pomoci dnes již zastoupených mobilních zdravotnických služeb (Haškovcová, 2015, s. 177).

- Post finem

Tato fáze počíná smrtí klienta, zahrnuje tedy péči o zemřelého. Z pohledu zdravotnických pracovníků tato fáze s sebou nese několik etických zásad. Pracovníci dle předepsaných pravidel musí předat věci zemřelého jeho rodině. Následně vyplnit úmrtní list a mnoho dalších aktivit spojených se smrtí klienta. Během těchto aktivit se musí pracovníci chovat a komunikovat maximálně taktně. Pokud by se zdravotničtí pracovníci chovali v těchto situacích neadekvátně, mohli by u pozůstalých navodit dojem, že o jejich blízkého nebylo dobře postaráno. Dalším etickým problémem je umístění těla zemřelého. Je nutné najít vhodné místo tak, aby byla zachována lidská důstojnost i po smrti. Tato fáze je náročná především pro rodinné příslušníky zemřelého. Je velmi důležité za jakých okolností ke smrti blízkého dojde, jelikož prvotní okamžiky po smrti jsou pro pozůstalé velice významné. Žal nad odchodem milované osoby může probíhat zcela normálním způsobem, ale můžeme se také setkat s patologickými formami zármutku, čímž je například posttraumatický stav. Pokud pozůstalí nejsou schopni svou ztrátu zvládnout sami, může jim zdravotnický pracovník doporučit několik praktických rad:

- nespěchat, neprojevat ihned aktivitu;
- otevřít okno v souladu s tradicí;
- nechat na sebe působit zvláštnost okamžiku;
- provést modlitbu za zemřelého;
- vyhledat pomoc profesionála;
- nezadržovat projevení emocí spojených s odchodem blízkého člověka (Kupka, 2014, s. 108-109; Špatenková et al., 2014, s. 31).

2.1 Sdělení infaustní diagnózy

Sdělení infaustní diagnózy považujeme za jednu z nejtěžších situací v komunikaci s klientem. Nejčastějším důvodem je to, že lidé nejsou připraveni čelit tak závažné situaci. Každá diagnóza by měla být sdělována ohleduplně k aktuálnímu stavu klienta a přiměřeně k jeho mentalitě. V rámci sdělování infaustní diagnózy by mělo dojít také ke stanovení osob, kterým mohou být podávány informace ohledně zdravotního stavu klienta. Většinou se lékaři obávají, že sdělením infaustní diagnózy vezmou umírajícímu klientovi poslední naději. Často jsou rozhovory směřovány spíše medicínským směrem, jako je získání anamnézy, příznaky a projevy nevyléčitelné nemoci. Je samozřejmé, že bez těchto informací by lékaři

nemohli správně diagnostikovat nemoc, ale často v rozhovorech chybí otázky spojené s odchodem umírajícího klienta (Hatoková a kol., 2013, s. 34-35; Volandes, 2015, s. 33).

V rámci některých oddělení se můžeme setkat s takzvaným *Desaterem zásad pro sdělování onkologické diagnózy*. Tento dokument vypracoval pro potřeby praxe onkolog Jiří Vorlíček a můžeme ho považovat jako manuál nebo průvodce pro lékaře před sdělením nepříznivých diagnóz (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 372)

- **Sdělení infaustní diagnózy umírajícímu** – před rozhovorem s člověkem, kterému má lékař sdělit tak závažnou informaci o jeho zdravotním stavu, může lékař prožívat emoční diskomfort. Od lékaře očekáváme, že se na takto důležitý rozhovor rozhodující o dalším směru člověka dostatečně připraví. Hlavním cílem je ponechat klientovi naději. Je ovšem velmi náročné v člověku pěstovat naději po sdělení jeho fatálního stavu. Linhartová (2007, s. 104-105) ve své knize uvádí, že naděje má mnoho podob, a během procesu umírání se naděje klienta objevuje v různých podobách. Sdělování infaustní diagnózy vyžaduje schopnost efektivní komunikace. Pokud klient identifikuje pochyby ve vystupování lékaře, zcela jistě to nepovede k posílení jeho naděje.

Vhodný postup při sdělení infaustní diagnózy obsahuje tyto náležitosti:

- Lékař by se měl informovat o aktuálním stavu klienta ještě před rozhovorem.
- Zvolit nebo zajistit vhodné prostředí bez rušivých elementů s ohledem na důstojnost klienta.
- Lékař by měl vystupovat klidným, lidským a empatickým dojmem. Takové chování lékaře klient považuje za profesionální a budí v něm důvěru.
- Lékař, který pocítuje obavy se sdělení, může požádat o spolupráci z řad svých kolegů. Pokud je ta možnost může oslovit psychologa.
- Pokud si klient přeje, aby byl rozhovoru přítomen i jeho blízký, mělo by mu být vyhověno. Podpora ze strany rodiny hraje důležitou roli.
- Na začátek rozhovoru lékař pokládá otázky v kontextu subjektivního vnímání aktuálního stavu klienta. Tato fáze je pro lékaře důležitá zejména proto, že lékař dostane obraz toho, jak klient chápe svoji nemoc. To je důležité pro analýzu klientova stavu, zda bude schopen pochopit následující sdělení.
- Nejideálnější sdělení infaustní diagnózy je v rámci chronického dlouhodobého onemocnění, kdy má lékař možnost podávat informace klientovi po-

stupně. Tuto formu nemůžeme použít v situaci, kdy jde o náhlou změnu zdravotního stavu, nebo během časového intervalu, který je nutný pro vyšetření, které následně určí diagnózu.

- Lékař by neměl spěchat, měl by klientovi poskytnout tolik času, kolik potřebuje. Klidná místnost je tím pravým místem, kde má klient možnost důstojně zpracovat své první reakce.
 - Lékař klientovi nesmí podat mylné, zkreslené ani nedostatečné informace o jeho zdravotním stavu. Naopak by ho ale ani neměl zahrnout spoustou informací, které klient není schopen udržet.
 - Lékař by neměl sdělovat předběžné prognózy. Pokud klient položí lékaři otázku zaměřenou na jeho vymezený čas, lékař by měl odpovídat přirozeně a autenticky. Odpověď na takovou otázku je velmi složitá, jelikož lékař nemůže s jistotou odpovědět.
 - Během rozhovoru by lékař měl klienta i povzbudit, aby se nemoci nepodvolil. Sdělit klientovi, že záleží jen na něm, jakým způsobem se k dané situaci postaví. Dobře motivovaný klient je spolupracující klient a to je velkou výhodou jak pro lékaře, tak pro klienta.
 - Na závěr by lékař měl klienta vyzvat k otázkám. Klient ve fázi šoku si často neuvědomuje nebo nerozumí souvislostem. Proto by mu lékař měl položit otázku, zda rozuměl všemu a zdalipak má nějaké otázky k doplnění. Ubezpečit klienta, že v případě jakýchkoliv dotazů a potřeb se může obrátit na lékaře. Dále lékař klienta seznámí s možnými postupy léčby. Může nabídnout další setkání. Nabídnout psychologickou péči (Kupka, 2014, s. 103-104; Špatenková et al., 2014, s. 45-47).
 - Lékař by také neměl zapomenout zaznamenat do klientovy dokumentace obsah a rozsah informovanosti klienta a to z toho důvodu, aby o tomto rozhovoru měli informaci i ostatní lékaři pečující o klienta. Na základě této informace uvedené v dokumentaci lékaři vědí, kde a jak navázat další rozhovor o vývoji onemocnění (Ptáček, Bartůněk a kol, 2011, s. 372).
- **Sdělení infaustní diagnózy rodině klienta** - První setkání s rodinou vyžaduje přípravu lékaře, protože rodina umírajícího klienta je zaměřená především na to, zda lékař vystupuje seriózně, zda je důvěryhodný. Od lékařů rodina očekává přímou a upřímnost, nechtějí se setkávat s falešnými nadějemi a neúplnými informacemi.

Pokud lékař podá rodinným příslušníkům neúplné informace, dochází ke znemožnění správného rozhodování (Vollandes, 2015, s. 45).

Každá rodina prožívá nemoc svého blízkého individuálně. Paradoxně nepovažujeme sdělení infaustní diagnózy za nejobtížnější úkol. Ten nejobtížnější okamžik začíná po sdělení smutné zprávy, kdy dochází k odmítavým reakcím rodiny, obavám a falešných nadějím. K těmto potlačeným emocionálním stavům obvykle dochází, když rodina spolu o těchto pocitech spojených s vážným stavem jejich blízkého nemluví. V tomto případě po sdělení infaustní diagnózy vyjdou dlouho potlačované emoce navenek. Právě kvůli tomuto emocionálnímu vypětí lékaři sdělují infaustní diagnózu zvlášť umírajícímu klientovi a zvlášť rodině klienta. Při zahájení rozhovoru směřujícího ke sdělení infaustní diagnózy je vhodné začít pozitivně laděnými otázkami:

- „*Jaká je vaše maminka?*“
- „*Jaká byla, než onemocněla?*“ (Vollandes, 2015, s. 41).

V roce 2010 vydal British Medical Journal článek o rodinách vážně nemocných lidí. Tyto rodiny byly svěřeny do péče lékařům, kteří je povzbuzovali v komunikaci s vážně nemocným členem rodiny. Komunikace byla zaměřena na hodnoty, názory a představy čerpané zdravotnické péče. Závěrem sledování bylo zjištění, že tyto rodiny se mnohem lépe vyrovnávaly se smrtí jejich blízkých. Stres, úzkost a deprese se u nich objevovaly méně často než u rodin, které lékaři nepovzbuzovali k těmto rozhovorům. Lékaři jsou přesvědčeni, že řízená komunikace a správné rozhodnutí o rozsahu poskytované péče má pozitivní vliv nejen na umírajícího klienta, ale i na rodiny blízkých (Vollandes, 2015, s. 47).

2.1.1 Rozhodnutí o péči

Vollandes ve své knize říká že: „*Nemocný má reálnou naději prožít závěrečnou fázi svého života dobře a v souladu s tím, co si přeje, pokud s ním včas někdo promluví o jeho přáních a možnostech*“ (Vollandes, 2015, s. 17). Učinit rozhodnutí o péči je velmi náročná záležitost, proto si musí lékař s klientem promluvit o jeho preferencích, zda se klient spíše přiklání k péči prodlužující život, omezené zdravotní péči nebo péči zaměřené na kvalitu života (Vollandes, 2015, s. 138).

Uvědomme si, že klienti nechodí do nemocnice pouze pro odbornou diagnostiku a léčbu, ale očekávají i útěchu ve chvílích, kdy jsou postaveni před svou smrtelnost. Každý umírající by

se měl zamyslet nad hlavními otázkami, které jsou nezbytné pro jeho život s nemocí. Můžou to být otázky typu:

- „*Co je pro mě v životě důležité?*“
- „*Které lékařské zákroky jsou za hranicí mé únosnosti?*“
- „*Mám nějaké obavy z případné hospitalizace?*“
- „*Ovlivní mé duchovní, filozofické nebo kulturní hodnoty rozhodování o rozsahu zdravotních zákroků?*“
- „*Je pro mě důležitá délka nebo kvalita života?*“
- „*Je pro mě důležité umírat doma?*“ (Vollandes, 2015, s. 16-17).

Pacientům se doporučuje, aby o těchto otázkách, přemýšleli dlouhodobě. Nejedná se o otázky, na které by měl klient okamžitou odpověď (Vollandes, 2015, s. 135).

Naším cílem je poskytnout klientovi péči, která je v souladu s jeho přáním a požadavky, proto bychom měli klienty co nejvíce motivovat či vybízet k tomu, aby o těchto nelibých tématech týkajících se konce života přemýšleli a mluvili se svými přáteli, rodinou a zvažovali možné strategie (Vollandes, 2015, s. 124).

2.2 Fáze umírání dle Elizabeth Kübler-Ross

Smrt je finální etapou každého člověka. Elizabeth Kübler-Ross rozdělila tento proces do pěti etap. Umírající klienti nemusí těmito etapami procházet podle posloupnosti ani jako oddělenými celky. Je možné, že prožívají kterékoliv pocity a to dokonce i paralelně nebo se vyskytují na pomezí těchto pocitů. Jsme postaveni tváří tvář své smrti. Dle existencialismu si uvědomování vlastní smrti vede ke zpochybňování životních posláních, hodnot a smyslu života. Prostřednictvím uvědomování si smrtelnosti se můžeme řízeně dostat k pocitům osamění až izolaci. Proces umírání ovšem neprobíhá izolovaně, ale probíhá také na úrovni rodiny a blízkých. Proces umírání je doprovázen specifickými reakcemi na umírání. Jednou z reakcí je ztráta, kterou nevyhléditelně nemocný klient jistě pociťuje, jelikož takový klient ztrácí postupně kvalitu funkčnosti svého těla. To ovlivní jeho osobní i pracovní život. Ztráta vyvolává další reakci a tou je zármutek. Zármutek je klasickou reakcí na ztrátu. Zármutek se může projevat emočními, sociálními nebo tělesnými reakcemi. Pomocí truchlení se člověk dokáže ztrátě postupně přizpůsobovat, ale musíme si uvědomit, že truchlící člověk zažívá ve svém životě otřes nejen z důvodu nejistoty ze smyslu jeho života (Ayers a De Visser, 2015, s. 137-138; Kast, 2015, s. 16).

- **První stádium – popírání a izolace**

Toto stádium se objevuje po sdělení infaustní diagnózy. Klienti v tomto stádiu odmítají přijmout fakt o fatálnosti jejich onemocnění. Toto chování používá klient k tomu, aby se dokázal adaptovat na fakt, že umírá. Brání to jeho emoční vyčerpanosti. Klienti prochází šokem či otřesem. Posilují své popírání tím, že nevěří lékařům, žádají o přezkoumání jejich stavu nebo věří v záměnu výsledků vyšetření. Celé stádium je charakteristické falešnou nadějí, kterou si klient utváří sám. Toto stádium mohou prožívat hůře klienti, kterým byla jejich terminální diagnóza sdělena předčasně nebo jim lékař nevěnoval dostatek času a jeho sdělení bylo nedostatečné. Tito klienti mohou prožívat úzkostné popírání stanovené diagnózy (Kübler-Ross, 2015, s. 51-52). Popírání v psychologické rovině můžeme chápat jako nárazníkový systém, který zmírňuje účinky šokující zprávy, čímž infaustní diagnóza je. Napomáhá klientovi aktivovat jiné mírnější obranné strategie. Po zmobilizování obranných strategií, každý klient v individuálním časovém horizontu, může nacházet potřebu podělit se o svůj příběh. Tento rozhovor by se měl odehrávat na přání klienta a jen do té míry, kdy je klient ochoten čelit pravdě o svém stavu. Pokud se vyskytnou u klienta tendence předcházejícího odmítání, je nutné tento rozhovor ukončit. Zdravotnický pracovník v této roli oplývá značnou mírou tolerance a trpělivosti. Nepodporuje klienta v popírání. Pro umírající klienty je popírání pouze dočasnou stanicí, avšak může se objevit případ, kdy je klient v této fázi až do jeho skonu (Ayers a De Visser, 2015, s. 137; Hatoková a kol., 2013, s. 73;). Prostřednictvím této fáze má klient možnost získat čas, který potřebuje na vypořádání se s nepříznivou diagnózou (Hatoková a kol., 2013, s. 73).

- **Druhé stádium – zlost**

Stádium zlosti je náročné nejen pro klienta, ale také pro jeho okolí, což je většinou rodina klienta a zdravotničtí pracovníci. Klient prožívá vlny negativních emocí. Hněv, vztek, závist či podrážděnost klient obrací na své okolí. Důvodem hněvu je frustrace způsobená umíráním. Můžeme říci, že nejčastějším terčem jsou sestry, jelikož je klient v jejich péči, má mnohdy výhrady k poskytování jejich péče. Klient tímto chováním může odradit i svou rodinu k opakovaným návštěvám. Projevy zlosti negativně působí na členy rodiny, kteří mohou reagovat na klientovo chování různě. Nejčastěji pak smutkem nebo pocitem provinění. Projevy zlosti klient uvolňuje na lidi, jejichž život má perspektivu. Klient své zdraví ztratil, zatímco jeho rodina či ošetřovatelský personál se může dále radovat ze života. Člověka v této fázi dokáže iritovat takřka cokoliv, i jeho oblíbený seriál v něm může projevovat negativní

emoce. Fázi zlosti chápeme jako snahy o zviditelnění se. Klient zvyšuje hlas, je nespokojený s léčbou. Jedná se o snahu zvýšení pozornosti vůči jeho osobě. Pokud se klientovi v této fázi dostane adekvátní péče a pozornosti, dojde ke zmírnění jeho zlosti. Pro praxi doporučujeme takové chování klienta nepovažovat za osobní. Pokud zdravotničtí pracovníci nebo i rodina začnou reagovat vztahovačně, mohlo by dojít k oplácení, neboli nepřátelskému vztahu ke klientovi (Ayers a De Visser, 2015, s. 137; Kübler-Ross, 2015, s. 64-67). Především se doporučuje klienta v této fázi vyslechnout. Ne vždy si umírající klienti uvědomují naši roli v této fázi. Pokud překonají fázi zlosti, zpětně ocení naši trpělivost a podporu. Co se pečujícím nedoporučuje, je jakýmkoliv způsobem argumentovat klientovy výroky (Hatoková a kol., 2013, s. 74).

- **Třetí stádium – smlouvání**

Stádium smlouvání je mírnějším stádiem. Klienti smlouvají nejčastěji o prodloužení života a dnech bez bolesti. Smlouváním klient prosí o odklad. Takové smlouvání obsahuje odměnu za klientovo dobré chování. Setkáme se i s dobrovolným stanovením konečného termínu. Toto stádium obsahuje také takzvaný implicitní slib, což znamená, že klient nebude mít další požadavky, pokud dojde k udělení odkladu. Nejčastěji lidé smlouvají s Bohem, a to i ti, kteří doposud v Boha nevěřili (Kübler-Ross, 2015, s. 98-100). V této fázi podporujeme klientovy naděje, nesmí se však jednat o ty falešné. Pokud to stav klienta či možnosti zařízení, ve kterém klient pobývá, dovolí. Snažíme se klientovi splnit jeho přání. Pokud se nám podaří klientovi plnit jeho přání, odrazí se to v jeho kvalitě posledního úseku života (Hatoková a kol., 2013, s. 75).

- **Čtvrté stádium – deprese**

V pokročilém stádiu vážného onemocnění klient začíná propadat depresím a zoufalství, a to především z důvodu jeho vyčerpání a únavy. Tato forma deprese je chápána jako truchlení nad vlastní konečností a tím i příprava na vlastní smrt (Ayers a De Visser, 2015, s. 137). Vlivem vážnosti nemoci není schopen člověk odmítání ani hněvu. Klientovi ubývají síly. Nejčastěji vlivem objevení se dalších příznaků progredujícího onemocnění nebo podstoupením operačního výkonu. Klient v této fázi snáší velmi těžko i samotnou hospitalizaci. Charakteristickým znakem fáze deprese je pocit velké ztráty. Ztráty mají různorodý charakter dle hodnotové orientace každého klienta. Můžeme se setkat se ztrátou prestiže, práce, majetku, ideálu krásy a v neposlední řadě se ztrátou lidské důstojnosti (Hatoková a kol., 2013, s. 75; Kübler-Ross, 2015, s. 101). V rámci tohoto nelehkého období rozlišujeme dva

typy depresí. První je deprese reaktivní. Druhým typem deprese je deprese přípravná, která vzniká v kontextu hrozcících ztrát. Nedoporučuje se klienta pouze odbít známou frází „*nebuďte smutný*.“ Klient má právo na to být smutný. Je pochopitelné, že se klient nad představou ztráty svých blízkých neusměje. Nechme klienta vyjádřit své emoce, tímto způsobem se mu podaří dříve dospět do stádia smíření. Naopak v reaktivní depresi je mnohem důležitější sdílení pocitů a projevení účasti. Slova jsou v této fázi méně důležitá (Kübler-Ross, 2015, s. 102-103). Úkolem doprovázejícího v této fázi je především naslouchání, soucit a utvrzení klienta v jeho pocitech (Hatoková a kol., 2013, s. 75).

- **Páté stádium – akceptace**

Někteří umírající klienti k tomuto stádiu nedospějí. Taková situace nastává, pokud nemoc progreduje příliš rychle nebo umírající s nemocí bojuje až do konce svého života. Pro tyto houževnaté jedince je dospět do fáze smíření obtížný až nemožný úkol, ale i těmto umírajícím můžou dojít síly. Klient musí projít dlouhým procesem, než se smíří se svým osudem. Klient ve fázi smíření měl dostatek času vyrovnat se se svou diagnózou, byla mu poskytnuta adekvátní péče a pomoc při cestě předešlými stádii (Kübler-Ross, 2015, s. 127). Poslední stádium nepovažujeme za šťastné, je pro něj charakteristická nepřítomnost veškerých pocitů. Nejde ani o rezignaci. Můžeme říci, že klient dosáhl vnitřního smíření. Takový klient upřednostňuje samotu a do popředí se dostává neverbální komunikace. Proto dávejme přednost tiché účasti (Kübler-Ross, 2015, s. 128). Existují dvě skupiny klientů. První skupina dokáže dospět do stádia smíření s žádnou nebo minimální pomocí. Druhou skupinou jsou umírající, kteří potřebují ke smíření dostatečné množství času tak, aby byli schopni se na svoji smrt připravit. Jejich cesta je více náročná. Potřebují více podpory, než členové první skupiny (Kübler-Ross, 2015, s. 135). Jako doprovázející se můžeme pokusit o přítomnost rodiny klienta u jeho lůžka. Tento způsob je považován za optimální. Pokud to není možné z různých důvodů, snažíme se tyto problémy vyřešit. Nejčastěji se jedná o problém rodiny s komunikací. V tomto případě je nutné rodinu klienta povzbudit a motivovat k aktivitě (Hatoková a kol., 2013, s. 76).

2.3 Zdravotník v roli doprovázejícího

Zdravotník a klient se setkávají mnohdy v obtížném období, které bývá doprovázeno zvýšeným stresem či dráždivostí. Toto negativní prožívání je často způsobeno nejistotou klienta, nezkušeností s nemocí a nemocničním prostředím. Zdravotničtí pracovníci v tomto procesu prožívání nemoci hrají důležitou roli (Svatošová, 2012, s. 39).

Každý zdravotnický pracovník, který přichází na pokoj umírajícího, se stává doprovázejícím. Zdravotník by se v této situaci měl chovat především jako člověk a nabídnout umírajícímu svou účast. Pokud není doprovázející smířený se svou vlastní smrtelností, může dojít k situaci, kdy se stáhne do ústraní. Únik je v tomto případě přirozenou obrannou reakcí člověka na zátěžovou situaci. Pokud ale zdravotnický pracovník přijímá svou smrtelnost jako nevyhnutelnou a přirozenou součást svého života, se kterou se vyrovnal, může se stát umírajícímu kvalitní oporou. Pokud splňujeme tyto náležitosti, můžeme se tedy stát doprovázejícím (Hatoková a kol., 2013, s. 101).

První věc, kterou jako doprovázející, musíme udělat, je navázat vztah s umírajícím. Budování důvěrného vztahu může trvat různě dlouhou dobu, velkou roli v tomto ohledu hrají i osobní sympatie (Hatoková a kol., 2013, s. 101).

V nemocničním zařízení se většinou setkávají zdravotničtí pracovníci s klientem poprvé, to znamená, že spolu nemají většinou žádné přátelské či rodinné vazby. Mají jedinečnou šanci s klientem navázat vztah, který je postavený na důvěře a empatii v těžkém období klienta. Výhodou tohoto nového vztahu je, že se klienti často cítí v přítomnosti zdravotnických pracovníků bezpečněji než v blízkosti své rodiny. Dochází pak k situacím, kdy jsou klienti schopni otevřeně hovořit o svých problémech či obavách, jelikož je pro ně jednodušší sdělit tyto citlivé informace zdravotníkovi, který je pro ně neznámý než svěřit své obavy milující rodině. Klient má často obavy jakým způsobem bude jeho rodina reagovat na jeho sdělení. Během sdělení informací týkajících se jeho zdravotního stavu může pociťovat napětí či obavy, jak bude jeho rodina reagovat na sdělené informace. Můžeme očekávat v těchto situacích vlnu emocí, jak ze strany klienta, tak ze strany rodiny či blízkých. Pokud se zdravotnický pracovník ocitne v roli doprovázejícího, určitě mu v této situaci pomůže, pokud si uvědomuje své vlastní duchovní potřeby. Například pokud si zdravotnický pracovník je vědom vlastní zranitelnosti, můžeme od něj očekávat schopnost pochopení klienta. Klienti zdravotníkům v konečné fázi jejich života pokládají nejrůznější otázky a úkolem zdravotnického pracovníka je reagovat adekvátně na vzniklé situace. Nabídnout klientům účast, soucit a sdílet jejich pocity. Ze strany zdravotnického pracovníka je vhodné vycházet z vlastních zkušeností, ovšem pokud nám klient sdělí své problémy či obavy, není naším úkolem mu svěřit naše obavy nabyté z vlastního života. Pokud klient pociťuje nepochopení ze strany zdravotnického pracovníka, můžeme očekávat jeho stažení se do svého vlastního světa (Svatošová, 2012, s. 39-41).

Každý doprovázející by měl disponovat jakousi mírou odolnosti vůči psychické zátěži, jelikož doprovázením umírajícího prožíváme i jeho příběh. V tomto případě musíme mít však nastavenou jasnou hranici a nenechat se pohltnout bolestí a zármutkem umírajícího. Proto další schopností doprovázejícího je schopnost vnímat rozdíl mezi osobní zkušeností se smrtí například v rodině a nynějším doprovázením klienta. Je samozřejmé, že nás životní osud umírajícího zasahuje, musíme se v takové situaci ale vrátit zpět k prvotní podmínce doprovázení, a to vnímat smrt jako přirozenou součást života. Pokud se nedokážeme vrátit k této prvotní podmínce a potýkáme se s vlastními negativními emocemi, které signalizují osobní vztah s klientem, máme právo předat umírajícího do péče jiného kolegy (Hatoková a kol., 2013, s. 102).

Profese zdravotnického pracovníka je náročným povoláním. Každý den se setkáváme s lidmi, kteří přišli o své zdraví a reagují na tuto ztrátu mnohdy negativně. Terčem jejich nespokojenosti či pocitu bezmocnosti se stávají zdravotničtí pracovníci. Jde o povolání psychicky i fyzicky náročné, zejména když jde o kompletní péči o umírajícího klienta, proto je toto povolání zatíženo výskytem syndromu vyhoření. Funk ve své knize doporučuje ještě před výběrem tohoto povolání pečlivě zhodnotit své síly a toto hodnocení pravidelně opakovat. Dále apeluje na to, abychom nezapomínali plánovat aktivity vlastního života a to v řádu dní až měsíců. Důvodem tohoto plánování je vymezení prostoru pro vlastní aktivity a tolik potřebný odpočinek. Nezapomeňme, že i pečující potřebuje péči. Bojovat proti vyhoření bychom měli také zejména proto, abychom si udrželi profesní důstojnost. Prevenci syndromu vyhoření bychom mohli věnovat celou kapitolu, ale toto téma není předmětem našeho zkoumání (Funk, 2014, s. 77; Hatoková a kol., 2013, s. 102-103).

Klient, který nám sděluje informace, velice dobře pozná, zda se může v naší přítomnosti cítit bezpečně, zda se nám může otevřít, nebo naopak, zda nás jeho příběh nezajímá, jelikož na oddělení je spousta práce a my nemáme čas mu naslouchat. Naslouchání je základní dovednost, kterou by měl zdravotník oplývat. Naslouchání neznamená jenom poslouchat klientův slovní projev, ale také jeho neverbální projev zahrnující gesta či mimiku. Stejně tak klient pozná stupeň našeho zájmu a naslouchání, jelikož má před sebou obraz našich nonverbálních projevů, které jsou mnohdy jasně čitelné. Nonverbální projev mnohdy prozradí více než to, co skutečně říkáme. Zdravotničtí pracovníci se setkávají s duchovními potřebami svých klientů o mnoho méně než s těmi biologickými či psychickými. Pokud se nám svěřil klient se svou duchovní potřebou, hovoří to o našem kvalitním naslouchání a důvěrném vztahu s ním (Svatošová, 2012, s. 50–51).

2.3.1 Komunikace s umírajícím a rodinnými příslušníky

Pokud chceme začít rozhovor s umírajícím, nesmíme zapomenout, že je něco jiného o umírání pouze mluvit anebo umírání přímo prožívat. Měli bychom se snažit pochopit veškeré klientovi naděje a obavy. K tomuto pochopení potřebujeme dostatečnou míru empatie, pomocí které jsme schopni zvolit ten správný psychologický přístup a postoj k jednotlivým klientům. Tedy ošetřující personál by měl disponovat schopností výběru správného přístupu k umírajícímu. Tato schopnost je individuální. Ošetřující personál se mnohdy učí specifické výkony, které ve své praxi někdy ani nevyužije, ale komunikace s klientem je rutinním výkonem. Je zarážející, že všechna oddělení v nemocničních zařízeních mají na svých odděleních standardy ošetrovatelské péče, kde jsou dopodrobna vysvětleny veškeré výkony, bohužel standardy pro komunikaci s klientem v nich většinou nenajdeme (Pokorná, 2008, s. 55; Volandes, 2015, s. 105).

Při prvním kontaktu s klientem, byť trvá jen pár sekund, probíhá interaktivní komunikace, a to ještě dříve než dojde k samotné komunikaci. Nejčastěji se zaměřujeme na výraz ve tváři klienta či jeho postoj. Samotná komunikace s umírajícím je silně emotivní, může se stát, že právě emoce nám mohou bránit k navázání komunikace s klientem. Zároveň ale patří komunikace k základům vztahu sestry a klient. Lidé vystavení emocionální zátěži mají menší schopnost soustředit se. Další překážkou k navázání komunikace může být porucha vědomí a její míra. Klienti ve vysokém věku mohou mít narušené i intelektové schopnosti vlivem degenerativních onemocnění mozku. V tomto případě je překážka v přijímání a zpracovávání informací a následném vyjadřování. Často si neuvědomujeme, že do komunikačních překážek patří také ty fyziologické, kam patří v případě umírajícího bolest, únava nebo vyčerpání. Pokud klient prožívá bolest a negativní emoce může se u něj projevit stav, kdy odmítá komunikaci (Linhartová, 2007, s. 53; Zacharová, 2016, s. 102-103).

Umírající má právo na vyjádření svých emocí a pocitů souvisejících s vidinou blízké smrti. Z tohoto důvodu bychom měli rozhovory vést tak, abychom klientovi umožnili uvolnění těchto emocí a pocitů. Klienta neustále informujeme o možnostech péče a léčby, jelikož má právo podílet se na rozhodování o péči. Umírající má právo na poctivé odpovědi na jeho otázky, proto se snažme klientům odpovídat, jak nejlépe dovedeme. Určitě klienta neurazíme, když budeme odpovídat na jeho otázky autenticky. Pokud nám klient položí závažnou otázku, kterou jsme neočekávali, sdělme mu pravdu. Nebojme se mu sdělit, že nás otázkou

zaskočil a v této chvíli neumíme na jeho otázku odpovědět. Je to přijatelná alternativa. Dalším právem klienta v rámci komunikace je právo nebýt klamán (Martinková a Valentová, 2008, s. 38).

Pokud dojde ke skonu klienta, s rodinou komunikujeme jako s pozůstalými. Musíme rozlišit, zda rodina zvládá ztrátu svého milovaného optimálním způsobem nebo jejich reakce už hodnotíme jako abnormální. V případě abnormálních reakcí přichází čas na krizovou intervenci poskytovanou pozůstalým. Tito pozůstalí od nás potřebují podporu během procesu vyrovnávání se se svým zármutkem. První možností volby je vyrovnat se ze ztrátou pomocí členské skupiny, a tou bývá nejčastěji rodina. Bohužel v dnešní době se setkáváme se selháváním sociální opory. To je důvodem proč pozůstalí začali hledat pomoc na jiných místech. Stejně tak, jak je výše uvedeno, že umírající někdy raději sdělí své obavy a pocity cizí osobě než své rodině tak je to i u pozůstalých (Špatenková a kol., 2011, s. 74).

Principem krizové intervence je navázat kontakt s pozůstalými v co nejkratším intervalu a poskytnout jim vhodné a důstojné podmínky pro rozhovor vedoucí k ventilaci emočního napětí, které vzniklo v důsledku smrti jejich milovaného. Krizová intervence se nezabývá pouze emoční podporou pozůstalých, ale nabízí širší služby. Ujišťuje pozůstalé, že jde o přirozený proces, kdy truchlením dochází k vyrovnání se s krizovou situací. Upozorňuje zároveň na to, že tato fáze může trvat různou dobu dle individuálnosti pozůstalého. Pobízí pozůstalé k projevení emocí spojených se ztrátou. Snaží se rozeznat a doporučit zdroje sociální opory. Usiluje o popis vztahu mezi zemřelým a pozůstalými z důvodu pocitu jeho blízkosti. Pozůstalí mohou pociťovat vinu nad ztrátou života jejich blízkého, krizová intervence by jim měla pomoci v rozlišení skutečného a iracionálního pocitu viny (Špatenková a kol., 2011, s. 75).

Takovýto rozhovor můžeme navázat různými doporučenými způsoby:

- „*Je mi to líto.*“
- „*Cítím s vámi.*“
- „*Jsem tady, abych naslouchal/a.*“
- „*Musí to být pro vás těžké. Co je pro vás nejtěžší?*“
- „*Co pro vás mohu udělat.*“

Existují i nevhodné formy, které jsou v této situaci považovány za neadekvátní a neúčelné. Nepředpokládáme, že by tyto formulace užívali pracovníci zabývající se krizovou intervencí. Spíše se mohou objevit v rámci podpory rodiny a blízkých. Jsou to například tyto fráze:

- „*Vzchop se.*“
- „*Musíš být silný/a.*“
- „*To bude dobré*“ (Špatenková a kol., 2011, s. 74).

3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO

Cílem důstojné péče poskytované umírajícímu klientovi je nezpůsobit předčasnou ztrátu nezávislosti a ošetrovatelskou péči koncipovat tak, aby vycházela ze silných stránek klienta. Tímto způsobem zvyšujeme schopnost sebepéče klienta a schopnost reagovat na vzniklé situace, což vede k jeho samostatnosti. Takovou péčí dokážeme udržet nebo posílit jeho autonomii (Halmo, 2014, s. 37; Respektování lidské důstojnosti, 2004, s. 31).

Prvním pojmem, který bude definován v této kapitole, je umírající klient. Za umírajícího klienta považujeme takového člověka, jehož život směřuje v rámci relativně omezeného, ale různě dlouhého časového intervalu k jeho smrti (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 88). Specifičtěji můžeme tuto terminální fázi popsat: „*Jako terminální fázi – umírání - označujeme poslední dva dny života, kdy dochází k nevratnému selhávání lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus)*“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 301).

Druhým definovaným pojmem je paliativní péče, jelikož je nejvíce zastoupenou péčí v posledním úseku života klientů. „*Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým*“ (Špínková a Špínka, 2004, s. 11). Paliativní péče spojuje profesionální, holistickou a interdisciplinární péči. Taková péče by měla být poskytována umírajícím klientům a to bez ohledu na jejich diagnózu nebo instituci, ve které jsou právě hospitalizováni (O'Connor a Aranda, 2005, s. 15). V dnešní době můžeme klientovi nabídnout paliativní péči mnoha forem. Klient si může vybrat mezi paliativní péčí poskytovanou v rámci institucí i v jeho domově (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 88). Ovšem je nutné podotknout, že poskytování paliativní péče umírajícímu v nemocničním zařízení bude mnohem složitější, než ve specializovaných zařízeních např. v hospicích. Faktor, který ovlivňuje tuto složitost je především omezený počet pečujícího personálu, kteří v nemocničním zařízení zastávají mnohem více rolí, než v je tomu v hospicových zařízeních (Špatenková et al., 2014, s. 53).

Paliativní péče vychází z několika principů, které jsou uplatňovány při péči o umírající klienty. Řadíme do nich tyto:

- Smrt v kontextu paliativní péče považujeme za součást lidského života, vychází z individuality bio-psycho-sociálních, spirituálních a kulturních potřeb na konci života jedince. Nesnaží se smrt klienta urychlit ani oddálit.

- Zasazuje se za ochranu důstojnosti, zdůrazňuje a usiluje o kvalitu života u nevléčitelně nemocných.
- Respektuje přání a hodnoty klienta.
- Zvládá a poskytuje úlevu od bolesti.
- Je poskytována prostřednictvím multidisciplinárního týmu.
- Neizoluje nevléčitelně nemocné z jejich sociální kruhů, naopak umožňuje klientovi jeho konec života prožít po boku své rodiny. Soustředí se na důstojné a vlídné prostředí.
- Nabízí podpůrný systém, který nabízí pomoc rodině a blízkým při vyrovnávání se ze ztrátou milovaného člověka.
- Bere na vědomí existenci rozdílu mezi kvalitní a špatnou péčí. Z tohoto důvodu neustále sleduje nejvyšší kvalitu péče a nárok klienta na takovou péči (Payne, Seymour a Ingleton, 2007, s. 8; Špinková a Špinko, 2004, s. 11).

Jiní autoři uvádí ve svých publikacích obecná pravidla pro přístup k péči o umírajícího klienta. Tato pravidla jsou jakýmsi návodem pro poskytování péče.

- Lékař je povinen vhodným způsobem informovat o zdravotním stavu klienta i jeho rodinu.
- Tým pečující o umírajícího klienta pravidelně hodnotí stav klienta, při kterém aktivně vyhledává symptomy, způsobující klientovo utrpení.
- Nastavení ošetrovatelské dokumentace by mělo být nastaveno tak, aby v případě zhoršení stavu klienta mohli být aplikovány takové látky, které klientovo zhoršení stavu zmírní. Jedná se zejména o analgetika.
- Pokud je klient schopen přijímat per os podporujeme ho. Pokud tato možnost již není, podáváme ordinované léky intravenózně či subkutánně. V dnešní paliativní péči se zvýšil výskyt aplikace léku či infuzní terapie do podkoží, jelikož tak můžeme obejít mnohdy již poškozený žilní systém. Ne všechny léky jsou ovšem vhodné pro aplikace do podkoží.
- Veškeré ordinace prochází přezkoumáním. Pokud se v ordinacích objeví léky, které nemají bezprostřední vliv na komfort klienta, jsou vysazeny.
- Ukončujeme postupy, které se soustředí na diagnostiku vitálních parametrů, které jsou v procesu umírání bezvýznamné.

- K podávání hydratačních roztoků a umělé výživy přistupujeme pouze v situaci, kdy vlivem jejich podání dochází k mírnění potíží a důstojnému umírání.
- Pravidelně hodnotíme míru klientova diskomfortu. V procesu umírání preferujeme citlivou komunikaci a neverbální projevy klienta. Soustředíme se především na polohu klienta, výraz tváře, pohyby a způsoby komunikace s okolím (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 305-306).
- Poskytujeme klientovi takovou péči, která mu zajistí pohodlí, zároveň respektujeme tělesnou schránku klienta jako nositele jeho osobní identity (O'Connor a Aranda, 2005, s. 266).

Management paliativní péče u umírajícího klienta, jehož smrt se blíží, je soustředěn na aktivitu v oblasti mírnění obtěžujících symptomů klienta i rodiny. Klienti trpící symptomy jejich nezadržitelné nemoci potřebují léčbu odpovídající jejich stavu. Pozornost je tedy odvrácena od aktivní léčby (Saunders, Baines a Dunlop, 1995, s. 2).

Paliativní přístup péče nemusí být vždy uplatňován pouze u umírajících klientů. Někteří autoři poukazují na aplikaci paliativního přístupu mnohem dříve před blížícím se koncem života. Jedná se zejména o skupinu klientů, kteří trpí chronickým onemocněním a jsou obtěžováni nepříjemnými symptomy. Právě u této skupiny klientů bychom měli usilovat o aktivní paliativní péči mnohem dříve (Saunders, Baines a Dunlop, 1995, s. 2).

Jelikož péče poskytovaná klientovi na konci života směřuje k dosažení maximální *kvality života* umírajícího, je na místě si definovat tento třetí pojem. Z dosavadního textu uvedeného výše můžeme usoudit, že veškerá poskytovaná péče je směřována k naplnění tohoto parametru. Zároveň musíme konstatovat, že *kvalita života* reprezentuje poněkud těžko uchopitelný pojem a to z důvodu jeho komplexnosti a mnohorozměrnosti (Čáp, Palenčár a Kuručová, 2016, s. 95-96). Marková (2010, s. 38) ve své knize popisuje *kvalitu života* z pohledu pochopení lidského života, smyslu lidského života a samotného bytí. Avšak upozorňuje na situaci, kdy se klient ocitá v nemocničním zařízení, jelikož v tomto období dochází k modifikaci toho, co klient nepovažuje za kvalitní.

Čtvrtým pojmem je sousloví *důstojné umírání*. Nemůžeme ho zcela přesně vymezit v obecné rovině ani na úrovni péče o umírající klienty. Význam plyne z charakteru obou dvou pojmů, tedy zvláště z důstojnosti a zvláště z umírání. Najdou se i autoři, kteří doporučují tento termín *důstojné umírání* nepoužívat, především z důvodu nejasných důsledků pro praxi. Ostatní autoři ovšem usilují o to, aby se pojem *důstojné umírání* stal funkční koncepcí pro péči

o umírající klienty. Tímto způsobem může být *důstojné umírání* prioritním cílem pro péči o umírající klienty (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 111). Tuto teorii prezentují i Slamková s Poledníkovou, které ve své knize uvádí jako hlavní cíl v poslední fázi života zachování lidské důstojnosti a poskytování kvalitní péče. Doporučují péči koncipovat dle stanovených ošetrovatelských diagnóz, které jsou zaměřeny na komfort klienta. Podporují podíl rodinných příslušníků na péči o umírajícího, jejich role se objevuje především v realizaci naplánovaného procesu péče (Slamková a Poledníková, 2013, s. 37). Specifičtější průvodcem pro zachování lidské důstojnosti během poslední fáze života je koncept *Six S keywords*. Konceptem této péče je centralizace pozornosti na osobnost umírajícího, poskytováním takové péče podpoříme klientovu identitu. *Six S keywords* se skládá z těchto základních fenoménů:

- Symptom control – kontrola symptomů je zaměřená v tomto případě na symptomy, které klienta obtěžují z řad biologických, psychologických, sociálních a spirituálních. Řídíme se dle hodnocení klienta.
- Self-determination – sebeurčení, tato oblast je zaměřená na účast klienta v sebestarání včetně podílení se na rozhodování. V této oblasti klienta podporujeme k jeho aktivitě.
- Social relationship – sociální vztahy podporujeme, v případě pozitivního vlivu na klienta a jejich důležitosti.
- Self-image – sebeobraz, prostřednictvím této oblasti klienta, pomáháme klientovi identifikovat to, co má pro jeho osobnost největší cenu či důležitost.
- Synthesis – syntéza je jakýmsi nástrojem k uvědomění a podpoře smyslu života i přes to, že se klient ocitá na konci svého života.
- Surrender – kapitulace umožňuje smíření se smrtí (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 111-112).

Kvalitní péči o umírajícího klienta tedy zajišťujeme dle jeho individuálních požadavků. V tomto případě péče se preferuje metoda ošetrování prostřednictvím kontaktní sestry. Tato metoda je charakteristická právě svou individuálností. Kontaktní sestra zajišťuje komplexní péči o klienta formou ošetrovatelského procesu. Na ošetrování se podílí i ostatní zdravotnický personál, který je koordinován kontaktní sestrou. Tato metoda umožňuje navázání vztahu s klientem po celou dobu jeho hospitalizace, ze kterého vyplývá efektivní komunikace. Tato komunikace pomáhá klientovi ve zvládnutí jeho stavu v holistickém pojetí (Slamková a Poledníková, 2013, s. 39).

Během péče o umírajícího klienta se můžeme setkat s pátým pojmem tzv. předsmrtnou euforií. Tato fáze přichází několik dní před smrtí, konkrétněji dva až tři dny, dochází při ní k aktivaci ztracených sil. Umírající klient je bdělejší, dokonce můžeme říci „*plný života*.“ Objevují se u něj tendence posadit se či vstát. Umírající uvítá, pokud bude moci tyto chvíle „*plné života*“ trávit se svou rodinou a blízkými. Tato euforická fáze bývá zpravidla vystřídána fází tzv. smrtelného kómatu. V této fázi klient není schopen vnímat okolí, ale slyší naše hlasy. Z této skutečnosti vyplývá fakt, že v přítomnosti takového klienta se musíme chovat tak jako by byl při plném vědomí (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 442).

Abychom měli komplexní pohled na problematiku péče o umírající, Svatošová (2011, s. 21) ve své knize reprodukuje představu umírajícího klienta o laskavé péči. Apeluje na to, aby se poskytování péče nestalo pouze technikou. Pokud má být péče komplexní, musí obsahovat lásku. Jeden z uživatelů hospicové péče, na otázku ohledně „laskavé péče“ odpověděl:

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

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

Když ke mně přijдете a věříte ve mně, uzdravení – neuzdravení.

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

Když mě berete jako individualitu.

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

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

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako osobu.

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

Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce. Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde“ (Svatošová, 2011, s. 21-22).

Ačkoliv naše zdravotnictví patří do těch nadprůměrných z pohledu celosvětového, neustále je co zlepšovat (Svatošová, 2012, s. 21). Zároveň to, že problematika smrti a umírání již překročila pouze lékařskou a etickou úroveň dokládá i realizace různých druhů prohlášení, které svědčí i o politickém zájmu v této věci (Ptáček, Bartůněk a kol., 2014, s. 279).

3.1 Úloha sestry v péči o umírajícího

Profese sestry je velice náročné povolání, jelikož během výkonu tohoto povolání je sestra konfrontována se smrtí, což je velice zatěžující a náročná situace v ošetrovatelství (Špatenková et al., 2014, s. 51). Jelikož sestra je přítomna celého ošetrovatelského procesu u umírajícího klienta, je nedílnou a významnou součástí multidisciplinárního týmu.

Sestry při péči o umírající klienty musí především dbát na kvalitu poskytované péče, protože pouze kvalitní péčí docílíme uspokojení specifických potřeb klienta. Do péče zapojujeme i rodinné příslušníky a blízké (Slamková a Poledníková, 2013, s. 35).

Mezi hlavní úkoly sestry během péče o umírajícího klienta řadíme:

- dopomocť a umožnit klientovi při zbavování se pocitu osamělosti, strachu a deprese;
- podporovat a budovat klientovu jistotu, sebedůvěru, důstojnost a sebeúctu;
- povzbuzovat a udržovat klientovu naději;
- vést klienta při fázi akceptování vlastní ztráty (Kutnohorská, 2007, s. 78).

Sestra veškeré tyto úkoly během péče o umírajícího klienta plní s odpovědností, která byla již výše popsána v souvislosti s etikou v ošetrovatelství. Odpovědnost je tedy její první úlohou. Stručně můžeme říci, že sestra je ve vztahu ke klientovi, společnosti a zaměstnavateli odpovědná za to, co bylo nebo nebylo provedeno během poskytování zdravotní péče, která je zaměřena u umírajících klientů především na mnohočetné zdravotní potíže a ošetrovatelskou péči (Ivanová, 2005, s. 59; Kalvach, 2010, s. 35).

Spolupráce je další úlohou sestry. Sestra v tomto případě udržuje vztahy s kolegy i podmínky, které tvoří závazky ke klientovi (Ivanová, 2005, s. 59-60). Všechny sestry jsou povinny akceptovat týmový způsob ošetrování umírajícího klienta (Kalvach, 2010, s. 35). Jako nejčastější obtíž v multidisciplinárním týmu považujeme nedostatečné předávání informací nebo dokonce úplnou absenci informací o klientovi od lékařů. Tento vytvořený deficit informací mezi ošetrojícím personálem následně vyvolává omezené možnosti k budování vztahu s umírajícím (Payne, Seymour a Ingleton, 2007, s. 125). Nicméně rozvíjení účinné komunikace je klíčovou kompetencí sestry v paliativní péči (Marková, 2010, s. 51). Spolupráce v týmu tvoří v této práci samostatnou podkapitolu.

Třetí úlohou sestry je pečování o klienta. Tato úloha má přímý vztah k lidskému zdraví, zároveň má specifickou hodnotu, jelikož pečovatelské činnosti chápeme jako základ ošetrovatelské role. Tato role je pro sestry velmi náročná. Na sestry jsou během péče o umírající

kladeny vysoké požadavky a nároky. Sestry jsou v tomto kontextu zdůrazňovány především proto, že právě ony s umírajícím tráví nejvíce času. Mnoho sester se obává, že rozsah poskytované péče klientovi je nad jejich schopnosti a možnosti. Kvůli těmto obavám sestry trpí obavami z frustrace, nedostatečnosti, někdy i syndromem vyhoření. Z tohoto faktu plyne nutnost dodržování profesionálního přístupu (Ivanová, 2005, s. 60; Špatenková et al., 2014, s. 53).

Pečování o klienty zahrnuje práci s těžkými symptomy umírajících. Hlavním cílem je snaha o zmírnění těchto symptomů, které doprovázejí proces umírání (Payne, Seymour a Ingleton, 2007, s. 257). V tomto případě sestra plní roli ošetřující a pečující. Naším úkolem je především saturovat potřeby umírajícího, dle jejich urgentnosti. Obecně postupujeme od primárních potřeb, jelikož bez uspokojení těchto základních potřeb bychom nemohli pokračovat v uspokojování tzv. vyšších potřeb. Nicméně u umírajících klientů se často můžeme setkat s preferencí vyšších potřeb (Špatenková et al., 2014, s. 54).

Úlohu sestry v ošetrovatelství tedy rozdělujeme do třech výše popsaných skupin, avšak péči o umírajícího její úloha nekončí. Nekončí ani po konstatování smrti klienta, jelikož sestra provádí péči o mrtvé tělo. Tato péče je zaměřená na výkony a rituály spojené s odchodem klienta. Mezi tyto výkony řadíme zabezpečení lidských ostatků, uložení těla zemřelého na důstojné místo a umožnění přístupu rodině (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, 95). Dalšími úkony jsou vyplnění úmrtního listu a předání věcí po pozůstalém klientovi (Kupka, 2014, s. 109).

3.1.1 Přístup zdravotnických pracovníků k umírajícímu a jeho blízkým

Přístup zdravotnických pracovníků k umírajícím klientům a jeho blízkým se opírá především o úctu k těmto osobám, jakož to k lidským bytostem. Přistupujeme k nim autenticky s dostatečnou mírou empatie. Jednáme profesionálně, jelikož takový přístup od nás tito lidé očekávají. Direktivní přístup k umírajícímu a jeho rodině je nežádoucí (Sláma, Kabelka a Vorlíček et al., 2007, s. 33).

Jiní autoři poukazují na dostatek času, který věnujeme klientovi. Dále na zhodnocení stavu klienta či blízkých a dle tohoto stavu zachovávat blízkost nebo spíše odstup. V případě odstupu to však neznamená, že neprojevíme klientovi a jeho rodině náš upřímný zájem. Přístup, který opomíjí či přehlíží klientovi potřeby je nepřípustný (Kutnohorská, 2007, s. 78; Špatenková, 2013, s. 117).

Pokud je to možné, je dobré se na setkání s rodinou klienta pečlivě připravit (Špatenková, 2013, s. 116).

3.1.2 Spolupráce v týmu při péči o umírajícího

Hlavní myšlenkou týmové péče o umírajícího klienta je nebýt na péči sám. Tým má společný cíl. Tímto cílem je dosažení kvalitního prožití konečného úseku života a to pacientova i jeho rodiny. Do týmu zahrnujeme včetně specializovaných profesionálů klienta i jeho rodinné příslušníky, tak aby péče byla co nejkomplesnější. Klient v tomto týmu má právo dělat rozhodnutí o léčbě a všech výkonech týkající se jeho osoby. Prostřednictvím takového týmu jsme schopni klientovi poskytnout péči, která bude zachovávat jeho důstojnost a individualitu (Marková, 2010, s. 35). V týmu uplatňujeme nedirektivní přístup, jelikož je vítán z pozice klienta i jeho rodiny (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 514).

Komplexního zajištění všech potřeb klienta dosáhneme prostřednictvím poskytování kvalitní týmové spolupráce zdravotníků. Do tohoto bodu spadá také schopnost komunikace s rodinou klienta a využití jejich schopností (Svatošová, 2012, 23. s.).

V kontextu týmové spolupráce je zajímavou oblastí rozhodování o poskytnuté ošetrovatelské péči. V případě péče o umírajícího klienta tato rozhodnutí provádíme denně, jelikož klient mnohdy není schopný tato rozhodnutí učinit sám. K tomu je potřebná souhra v týmu. Jelikož tým se skládá z několika účastníků, jejich názory o péči se mohou někdy lišit. Tento názor může ovlivnit i hloubku jejich vztahu (Mezey, 2002, s. 67).

Hlavním cílem týmu je snažit se klienta přivést na cestu smíření a zajistit mu důstojný konec jeho života (Tomeš et al., 2015 s. 86).

3.2 Uspokojování potřeb umírajícího

S tímto tématem se velice úzce váže teorie holismu, která vnímá lidský organismus jako celek. Lidský organismus je považován za integrovanou, organizovanou jednotku. Proto porušení jedné části celku vyvolá porušení jiné části či celého systému (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004 s. 9–10). Na toto holistické pojetí je zejména v období odcházení kladen důraz a vychází z něho potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální (Bužgová, 2015, s 41). Tyto potřeby představují něco, co je nezbytné pro život a vývoj člověka.

Potřeby nevznikají pouze ve vztahu k vnitřnímu prostředí, ale i k okolnímu světu (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 10).

Pokud člověk pociťuje nějaký nedostatek, dochází k negativnímu ovlivnění jeho psychických činností na úrovni:

- psychické – neklid, nervozita, nesoustředěnost, úzkost a mnoho dalších např. emočních či myšlenkových příznaků;
- somatické – nejčastěji vychází z poruch primárních fyziologických potřeb.

Tyto nedostatky ovlivňují chování člověka. Tímto mechanismem vzniká vzorec chování člověka (Šamánková a kol., 2011, s. 15; Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 10).

Pokud jakýkoliv klient pociťuje nenaplněné potřeby, může být výsledkem této situace:

- stres specifitěji pak distres;
- frustrace a její dlouhodobé působení na člověka může vyústit až v deprivaci;
- deprese je výsledkem nespokojenosti jedince s kvalitou jeho života (Šamánková a kol., 2011, s. 15-16).

Každý člověk uspokojuje své potřeby jiným způsobem. Tímto se vracíme ke skutečnosti, že každý člověk je individualitou. Škála potřeb či způsob jejich uspokojování jsou ovlivňovány mnoha faktory. Na ovlivňování se podílí například životní stádium, ve kterém se člověk nachází, nemoc nebo stupeň vývoje jedince. Uspokojování potřeb můžeme také rozdělit do dvou skupin, a to uspokojování potřeb žádoucím a nežádoucím způsobem. Žádoucími jsou označovány ty postupy, které neškodí jedinci ani jeho okolí, odpovídají sociálně-kulturním hodnotám, a zároveň jsou v mezích zákona. Nežádoucími způsoby jsou označovány ty, které nesplňují jednu nebo více položek, které jsou charakteristické pro žádoucí uspokojování potřeb (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 10).

V ošetrovatelství se nejčastěji setkáváme s porušeným zdravím v jakémkoliv smyslu. Každé toto porušení chápeme jako negativní zásah do života jedince, protože tento zásah mnohokrát neumožňuje jedinci uspokojovat potřeby dle jeho zvyklostí či vůbec. Hierarchie potřeb plyne z poškození, které jedinec utrpěl. Z tohoto důvodu dělíme potřeby v nemoci na:

- potřeby, které se chorobou nemění;
- potřeby, které se nemocí modifikují;
- potřeby, které nemocí vznikly (Tomagová, Bóriková a kol., 2008, s. 17).

S výše uvedeným textem souvisí proces naplnění potřeb v nemoci. Abychom byli schopni identifikovat klientovy potřeby, je nutné jeho bytost vnímat z holistického pohledu. Zejména prostřednictvím potřeb klienta můžeme snáze dospět k pochopení jeho celistvé identity. Mimo tento klíčový fakt můžeme použít obecná kritéria:

- pohlaví;
- věk, vzdělání, prostředí;
- charakter osobnosti a temperament;
- zralost, nezralost;
- hodnotovou orientaci;
- zdravotní uvědomění (Šamánková a kol., 2011, s. 33; Špatenková et al, 2014, s. 57).

Vlivem vážného onemocnění vedoucím ke smrti člověka některé jeho potřeby zanikají nebo jsou přesunuty do pozadí, ale zároveň vznikají další nové potřeby. Tyto nově vzniklé individuální potřeby vznikají v souvislosti s charakterem onemocnění, osobností klienta a sociálními podmínkami, ve kterých klient žil. Charakter potřeb a jejich postavení v rámci priorit se v procesu umírání mění. Prioritní postavení v procesu umírání dostávají z velké míry duchovní potřeby (Bužgová, 2015, s. 41).

3.2.1 Potřeby biologické

Jedná se o potřeby nutné k přežití organismu. Je typické, že člověk tyto potřeby uspokojuje pravidelně a dříve než vůbec vzniknou. Pokud dojde k jejich aktivování, ovlivňují chování i jednání člověka (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 14).

Potřeby biologické zahrnují: příjem potravy, kdy nás v kontextu lidské důstojnosti zajímá především způsob podávání a přijímání stravy. S příjmem potravy souvisí i příjem tekutin. V této oblasti dbáme na to, aby klient měl dostatek tekutin ve vhodné formě a v jeho bezprostředním dosahu. Po příjmu je nutné tělo zbavit odpadních látek. Během vylučování moči a stolice usilujeme o maximální soukromí a zachování intimity klienta. Tělo umírajícího si nárokuje vysoké požadavky na spánek a odpočinek. Z tohoto důvodu se snažíme omezovat veškeré rušivé elementy a to i v rámci chodu oddělení. Je zarážející, že právě v naplňování těchto bazálních potřeb často shledáváme nedostatky.

Potřeba vzduchu je další pro život nevyhnutelnou potřebou. Umírající klienti trpí v 50-70 % dušností. Tento nepříjemný somatický symptom je nejčastěji zapříčiněn vážným onemocněním v progredujícím stádiu (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 100). Dalšími symptomy v terminálním stádiu jsou mnohdy nechutenství a zvracení. Především proto, že tyto symptomy doprovází téměř každé závažné onemocnění. Svou roli může hrát ale i psychická kondice klienta (Marková, 2010, s. 105).

Přáním nejen umírajícího klienta je být bez bolesti. Bolest popisujeme jako nepříjemnou senzomotorickou a emoční zkušenost. „*Nejsme schopni bolest objektivně změřit, ale jsme povinni ji pacientovi věřit. Bolest je to, co pacient říká, že ho bolí*“ (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014, s. 7). Jelikož je bolest nejvíce se vyskytujícím obtěžujícím symptomem v paliativní péči (Marková, 2010, s. 96), a to ve smyslu bio-psycho-sociálním a spirituálním. Bude tato potřeba popsána detailněji v rámci všech oblastí potřeb.

Bolest je neodlučitelně spojena s naším životem (Tomagová, Bóriková a kol., 2008, s. 107), i se smrtí. Jedná se o komplexní prožitek člověka. Prožívání bolesti je ovlivněno mnoha faktory. Tlumení bolesti pokládáme za základní pilíř v paliativní péči, snižujeme tak míru utrpení umírajících klientů (Špatenková et al, 2014, s. 58). V dnešní době moderní medicíny jsme schopni mírnit až 95 % bolestí. Navázání důvěrného kontaktu nám pomůže získat reálnější obraz o bolesti umírajícího (Hatoková a kol., 2013, s. 64).

Úlohou sestry v oblasti bolesti je hodnocení bolesti pomocí dostupných hodnotících systémů. Často se setkáváme s nedostatečným hodnocením a z tohoto důvodu ve velké míře vzniká nedostatečná léčba bolesti (O'Connor a Aranda, 2005, s. 91). Setkáváme se také se situací, kdy umírající o své bolesti nemluví ani ji nedává najevo. Tato situace je dána kulturními zvyklostmi nebo studem klientů, kteří nechtějí „*obtěžovat*“ personál. Naopak někteří klienti se snaží prostřednictvím bolesti přivést pozornost na svoji osobu (Hatoková a kol., 2013, s. 64; Špatenková et al., 2014, s. 58). Během hodnocení bolesti můžeme narazit i na překážky způsobené například neschopností verbálního projevu (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 42).

Musíme být, tedy co se týče bolesti, velice obezřetní a pátrat po jejich projevech. Hodnocení bolesti je jen prvním krokem k jejímu odstranění. K odstranění nebo utlumení bolesti vedou další kroky podnikané sestrou dle doporučení lékaře.

3.2.2 Potřeby psychologické

Potřeby psychologické jsou nezávislé na našem tělesném stavu. Mezi nejdůležitější psychologickou potřebu řadíme respektování lidské důstojnosti. Každá osobnost, se kterou se setkáme je jedinečná, má nejrůznější cíle či poslání, jako k takové je nutné přistupovat vždy individuálně, a tím více pokud se jedná o konečnou fázi života (Svatošová, 2012, s. 22). Dále jsou to potřeby jistoty a bezpečí, v kontextu těchto potřeb umírající člověk nechce být opuštěn a nechce být sužován obtěžujícími symptomy. Potřeba lásky a sounáležitosti je charakterizována tolerancí k umírajícímu a porozuměním. Sebeúcty klientovi dáváme najevo prostřednictvím ochrany jeho soukromí a našim přístupem k jeho osobě (Šamánková a kol., 2011, s. 36; Špatenková et al., 2014, s. 54). Mezi časté potřeby umírajících řadíme i samotu. Tuto potřebu klienta plně respektujeme. Musíme si zároveň uvědomit, že pojem samota není totéž jako ticho. V nemocničním prostředí tuto potřebu zajišťujeme jen velmi obtížně ať, už vlivem samotného provozu nebo ostatních klientů. Potřeba samoty by měla být přirozená nikoliv neúměrná (Hatoková a kol., 2013, s. 131).

V umírajících klientech se mnohdy objevuje potřeba zanechat odkaz. Tato potřeba je ve smyslu umírání velice významnou (Šamánková a kol., 2011, s. 37).

Nejčastějším problémem v oblasti psychologických potřeb je klientem pocíťovaná úzkost. Tento stav může nastat v souvislosti se strachem z bolesti, udušení nebo jako reakce na fakt blížící se smrti (Marková, 2010, s. 113).

Umírající klienti mohou trpět bolestí psychologickou, ta je nejvíce ovlivněna charakterem klienta, zda se jedná o introverta nebo extraverta, zahrnuje je i jeho stabilitu nebo naopak labilitu, afilaci, hostilitu, schopnost vyrovnat se se zátěží. Z psychologického hlediska bolest zesilují tyto negativní faktory: strach, smutek, deprese, rozčilení, izolace, sociální závislost, starosti, nespavost (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 130–131).

Naší úlohou je uznání psychické kondice a potřeb umírajícího klienta. Trpící klient prožívá těžké chvíle. V těchto situacích mu vyjadřujeme naději a nabízíme naši přítomnost. V naší přítomnosti má klient možnost uvolnit své emoce (Hatoková a kol., 2013, s. 129-130). Ačkoliv fyzickou bolest můžeme dostupnými metodami vizualizovat nebo utvořit si obrázek o její charakteristice, bolest psychologickou nemůžeme měřit.

3.2.3 Potřeby sociální

Obecně víme, že člověk je tvor společenský. Záměrem člověka není izolovaně prožívat radost, zklamání či umírání. Člověk se chce o jeho prožitky a zkušenosti podělit a prožívat je se svými nejbližšími i přáteli. Proto pokud se klient octne v nemocničním zařízení, určitě bude stát o to, aby byl navštěvován. Ovšem klientův management, týkající se návštěv musíme plně respektovat (Svatošová, 2012, s. 22– 23).

Nejčastějšími sociálními problémy umírajících jsou osamělost a sociální izolace. Mezi umírajícím a jeho rodinou vlivem uvědomění si jeho závažné diagnózy vzniká komunikační bariéra. Řešením tohoto problému je sociální opora určena pro umírající klienty. Zjednodušeně můžeme sociální oporu charakterizovat jako poskytnutí pomoci, prostřednictvím jiných lidí, umírajícím v jejich nesnadné situaci (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 105).

Jelikož usilujeme o důstojnou péči poskytovanou umírajícím klientům, nesmíme zapomenout na rozpoznání kulturního kontextu umírajícího a znát jeho principy. Pokud tak učiníme, znamená to, že respektujeme kulturní hodnoty klienta. V tomto případě jsme schopni adekvátně uspokojovat specifické potřeby v oblasti kulturního kontextu (Špatenková et al, 2014, s. 59).

Bolest sociální, zde se uplatňují především faktory kulturní a faktory životního prostředí. Každý člověk prožívá bolest individuálně. Členové některých etnických skupin si přejí být se svou bolestí sami, jiní se rádi podělí o své pocity a nepříjemné zkušenosti s blízkými. Je zajímavé, že přátelské mezilidské vztahy a příjemné životní prostředí zvyšují práh bolesti. Proto tyto lidé přicházejí dříve k lékaři se svými problémy. Naopak lidé sociálně izolovaní s problematickými mezilidskými vztahy či neadekvátními životními podmínkami jsou schopni své bolestivé utrpení prožívat osamoceni bez pomoci lékaře. K lékaři je často přivádí až nesnesitelná bolest, často v těchto stádiích je lidský organismus již poškozen a bolest v těchto případech už nemá ochranný charakter, ale jde o bolest škodlivou (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2004, s. 131).

3.2.4 Potřeby spirituální

Je velmi pravděpodobné, že většina zaměstnanců ve zdravotnictví se dříve nebo později setkají se smrtí a umíráním. To neplatí pouze pro zdravotníky, ale pro širokou veřejnost, která se jednou ocitne na místě doprovázejícího. Většina lidí, ať už zdravotníci či veřejnost, si pod

pojmem spirituální potřeby dokážou něco představit, ale někdy to nedokáží zcela jasně formulovat nebo ani nechtějí. Každopádně v podvědomí všech tyto potřeby existují a je nutné je respektovat. Může se stát, že právě největší duchovní potřeba se může objevit v závěru života. Nejdominantnější duchovní potřebou člověka je potřeba milovat a být milován. Je zajímavé, že duchovní potřeby spíše diagnostikujeme u lidí nevěřících (Svatošová, 2012, s. 11–12; Volandes, 2015 s. 9-10).

Umírající klient pociťuje velmi intenzivně potřebu naděje. V průběhu procesu umírání se může naděje zaměřovat na různé cíle. Naším úkolem je rozpoznat na jaký cíl klient orientuje svoji naději. Pokud nejsme schopni rozeznat tuto orientaci, motivujeme klienta k rozhovoru o jeho nadějích (Hatoková a kol., 2013, s. 134-135).

Bolest spirituální se může projevovat prostřednictvím psychických a somatických problémů, u kterých není zjištěna příčina. Klient může projevovat potřebu pozornosti, zlost, rezignaci a to verbálním projevem prostřednictvím nastínění nespravedlnosti či opuštěnosti. V této fázi máme jako zdravotničtí pracovníci šanci na to zjistit, kde je jádro samotné spirituální bolesti. Nejčastěji se jedná právě o strach ze ztráty lidské důstojnosti. Dalšími příčinami jsou nejčastěji duchovní tíseň a beznaděj. Takovýmto klientům bychom měli věnovat naši pozornost a trpělivost. Pokud se klientovi v takové fázi vyhýbáme, může se klient ocitnout až ve stavu extrémní spirituální bolesti. Tato bolest může mít různou intenzitu. Mírná se může projevit stavy zoufalství, které se můžou progredovat až po nesnesitelnou spirituální bolest. Pro tento stav jsou typické suicidní myšlenky až pokusy o suicidium (Čáp, Palenčár a Kuručová, 2016 s. 109; Svatošová, 2012, s. 55– 58).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE

Hlavní cíl

Prioritním cílem celého průzkumu bylo zjistit, zdali a jak je narušována důstojnost klientů v terminálním stadiu v nemocničních zařízeních

Dílčí cíle

1. cíl: Zjistit, co si respondenti představují pod pojmem lidská důstojnost
2. cíl: Zjistit, zdali je narušována lidská důstojnost umírajících při ošetrovatelské péči a jakým způsobem
3. cíl: Zjistit, jak přistupuje zdravotnický personál vůči umírajícímu a jeho rodině
4. cíl: Zjistit, jaké prostředí by si respondenti zvolili pro svůj poslední úsek života

4.1 Metodika průzkumu

Průzkum v rámci této bakalářské práce byl zrealizován prostřednictvím kvantitativní metody pomocí dotazníkového šetření. Dotazníková technika je velmi využívána. Prostřednictvím dotazníku klademe respondentům otázky a získáváme tak jejich odpovědi. Tyto otázky však musí být pečlivě připraveny, tak abychom získali co největší výpovědní hodnotu (Chráška, 2016, s. 158). Jelikož je dotazníková technika založena na otázkách, napodobuje tak techniku ústního rozhovoru. Díky tomu můžeme, získat subjektivní odpovědi respondentů na zkoumanou problematiku (Farkašová, 2006, s. 45). Nevýhodou je, že na rozdíl od rozhovoru nemůžeme položit upřesňující dotaz.

Základním prvkem dotazníku jsou dotazníkové položky (Farkašová, 2006, s. 45). Náš originálně vytvořený dotazník (viz. Příloha P III) obsahuje celkem 27 položek, z toho je 24 položek povinných a 3 nepovinné. Obecně se doporučuje, aby dotazník neobsahoval více než 30 otázek. Toto obecné doporučení se nám podařilo zachovat. V dotazníku jsou kombinovány jak uzavřené tak otevřené položky a to právě z toho důvodu, abychom získali co nejvíce subjektivních odpovědi na zkoumanou problematiku. V rámci některých uzavřených otázek byla možnost označit více odpovědí. Respondenti měli možnost u některých otázek se volně vyjádřit prostřednictvím odpovědi „jiná“.

Dotazník byl vytvořen prostřednictvím internetové služby Survio. Internetový dotazník byl zvolen z důvodu finanční nenáročnosti a minimální ekologické stopě. Dotazník byl distribuován prostřednictvím internetového odkazu. Dotazník se nám podařilo zveřejnit i na největším diskusním a informačním portálu pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky. Platnost dotazníku byla nastavena od 01. 02. 2017 do 20. 03. 2017.

4.2 Soubor

Konečný výzkumný soubor tvoří 191 respondentů. Dotazník byl určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky a studenty zdravotnických oborů na VŠ a VOŠZ. Z celkového počtu 191 respondentů bylo 139 tvořeno nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Studenti zdravotnického oboru na VŠ tvořili skupinu 44 respondentů. Studenti zdravotnických oborů na VOŠZ byli zastoupeni pouze 8 respondenty z celkového počtu. Zkoumaný vzorek byl zastoupen převážně ženským pohlavím, které tvořilo až 180 respondentek. Mužské zastoupení doplňuje celkový počet respondentů. Náš dotazník pak nejvíce oslovoval věkovou skupinu 21-30 let.

4.3 Zpracování získaných dat

Prvním krokem k získání potřebných dat byla kontrola vyplněných dotazníků. Tato kontrola měla sloužit k hodnocení správnosti vyplněných dotazníků a následnému vyřazení dotazníků, které byly vyplněny nesprávně či nejasně. Během kontroly nebyl vyřazen jediný dotazník, a to především kvůli cennosti informací v otevřených vyjádřeních respondentů. Největší úskalí nalzáme v otázce č. 6 a č. 8, jejichž vyplnění bylo podmíněno otázkou předcházející každé z nich. I přes nápovědy, které byly umístěny přímo pod otázkou č. 5 a č. 7, docházelo k chybným postupům vyplnění. Nebylo však příliš náročné tyto chybné odpovědi odhalit, zaznamenat, vyřadit pouze v rámci otázky č. 6 a č. 8 odečíst, takže výsledky nejsou zkresleny.

Získaná data z uzavřených otázek byla již sečtena prostřednictvím internetové služby Survio. V tomto případě byla pouze data přenesena do tabulek četností tak, aby byla přehledná a bylo možno na první pohled identifikovat nejčastější odpověď. Nejčastější odpověď je tedy zvýrazněna červenou barvou. V tabulkách četností týkajících se uzavřených odpovědí (s jednou možností označení odpovědi), vyjadřuje absolutní četnost počet respondentů. V tabulkách četností uzavřených odpovědí s možností volby více možností představuje absolutní

četnost počet odpovědí. Relativní četnost pak znázorňuje procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celku. Procentuální zastoupení byla zaokrouhlena na setiny, tedy dvě desetinná místa.

Proces získávání dat z otevřených odpovědí probíhal metodou papír tužka, jinak můžeme označit také jako kódování v ruce. Všechny volné odpovědi respondentů byly rozloženy dle okolností na slova, sousloví nebo i odstavce. Následně docházelo k přidělení kódu, který charakterizoval vytvořenou kategorii. Jelikož otevřené odpovědi respondentů byly převážně rozsáhlejšího charakteru, běžně se stávalo, že v rámci jedné odpovědi bylo přiřazeno více kódů. Z tohoto důvodu absolutní četnost otevřených odpovědí přesahuje celkové množství respondentů. Absolutní četnost tedy v tomto případě představuje počet odpovědí. Získaná data byla přenesena do tabulek četností, kdy je opět nejvyšší četnost zvýrazněna červeně. Relativní četnost pak opět má stejnou funkci i úpravu jako u uzavřených odpovědí.

Kromě položky č. 27 obsahují všechny ostatní dotazníkové položky tabulku četnosti, která byla vytvořena prostřednictvím programu Microsoft Office Word. Dále jsou dotazníkové položky 1 až 26 doplněny o skupinový pruhový graf. Tento graf byl volen z důvodu některých dlouhých názvů kategorií. Graf byl vytvořen prostřednictvím programu Microsoft Office Excel.

4.3.1 Etické aspekty průzkumu

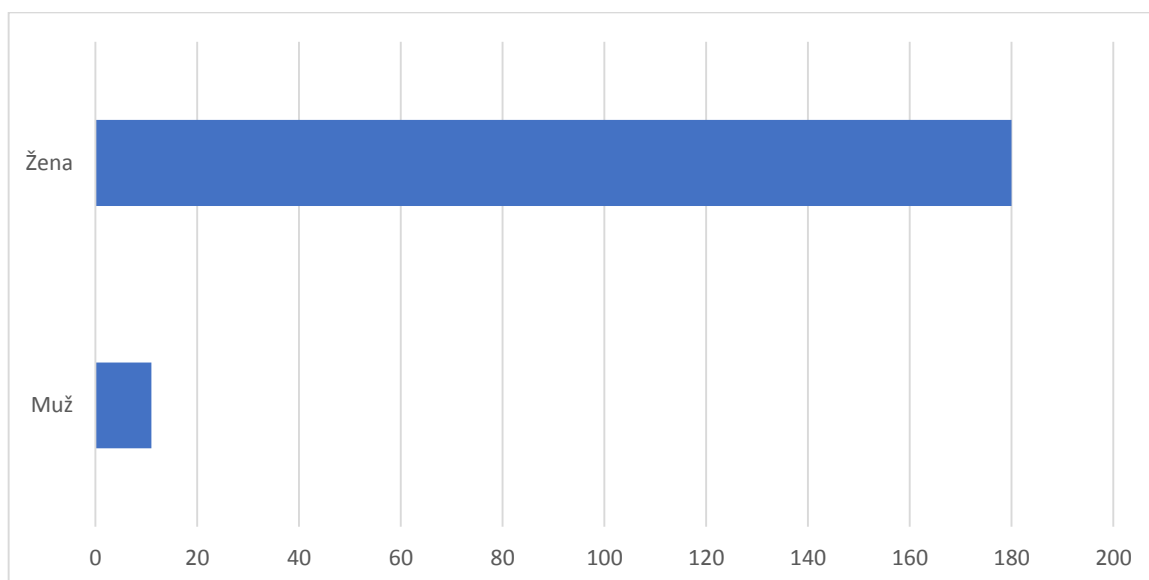
Jelikož lidskou důstojnost a umírání považujeme za citlivé téma, průzkum probíhal zcela anonymně. Zaručení anonymity respondentů byl i jedním z důvodů, proč jsme zvolili sběr dat prostřednictvím internetové služby Survio. Všichni respondenti, kteří přispěli k našemu výzkumu svými odpověďmi, odpovídali dobrovolně. Respondenti byli prostřednictvím úvodního textu dotazníku informováni o účelu průzkumu.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Dotazníková položka 1: Jste muž nebo žena?

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Muž	11	5,76 %
Žena	180	94,24 %
Celkem	191	100,00 %



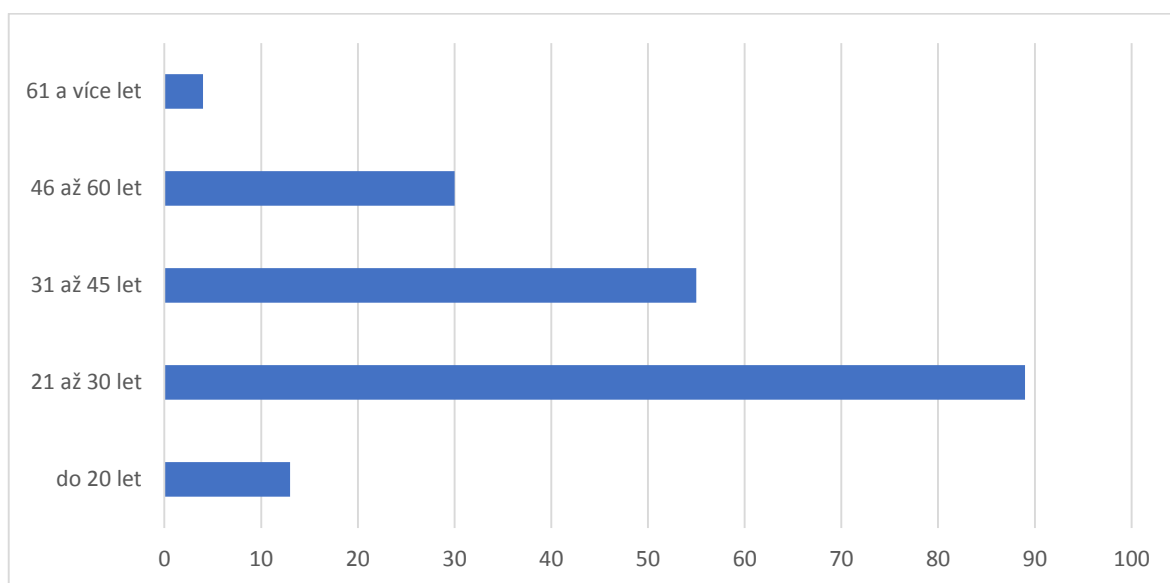
Graf 1: Pohlaví respondentů

Komentář: Tuto položku vyplnilo celkem 191 respondentů. Z toho 94,24 % bylo zastoupeno ženským pohlavím a zbylých 5,76 % mužským pohlavím.

Dotazníková položka 2: Do které věkové kategorie patříte?

Tabulka 2: Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Do 20 let	13	6,80 %
21 až 30 let	89	46,60 %
31 až 45 let	55	28,80 %
46 až 60 let	30	15,71 %
61 a více let	4	2,09 %
Celkem	191	100,00 %



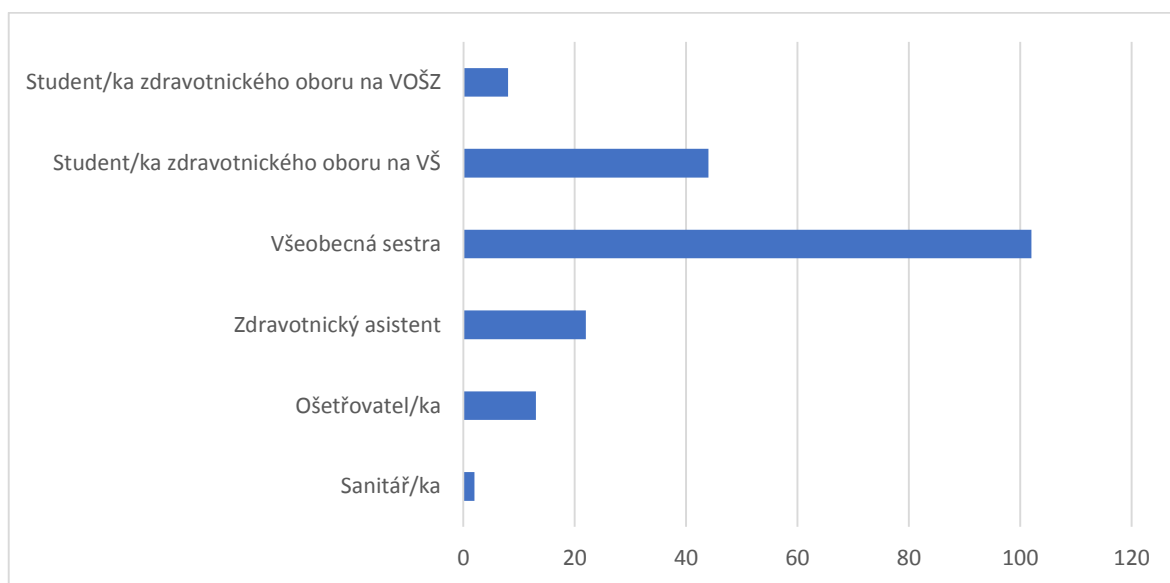
Graf 2: Věk respondentů

Komentář: Věková kategorie *od 21 do 30 let* byla nejvíce početně zastoupenou. Tvoří až 46,60 %. Nejmenší zastoupení pak shledáváme ve skupině *61 a více letých* respondentů, a sice 2,09 %.

Dotazníková položka 3: Jaká je Vaše profese?

Tabulka 3: Status zdravotnického pracovníka

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Sanitář/ka	2	1,05 %
Ošetřovatel/ka	13	6,81 %
Zdravotnický asistent	22	11,52 %
Všeobecná sestra	102	53,40 %
Student/ka zdravotnického oboru na VŠ	44	23,04 %
Student/ka zdravotnického oboru na VOŠZ	8	4,18 %
Celkem	191	100,00 %



Graf 3: Status zdravotnického pracovníka

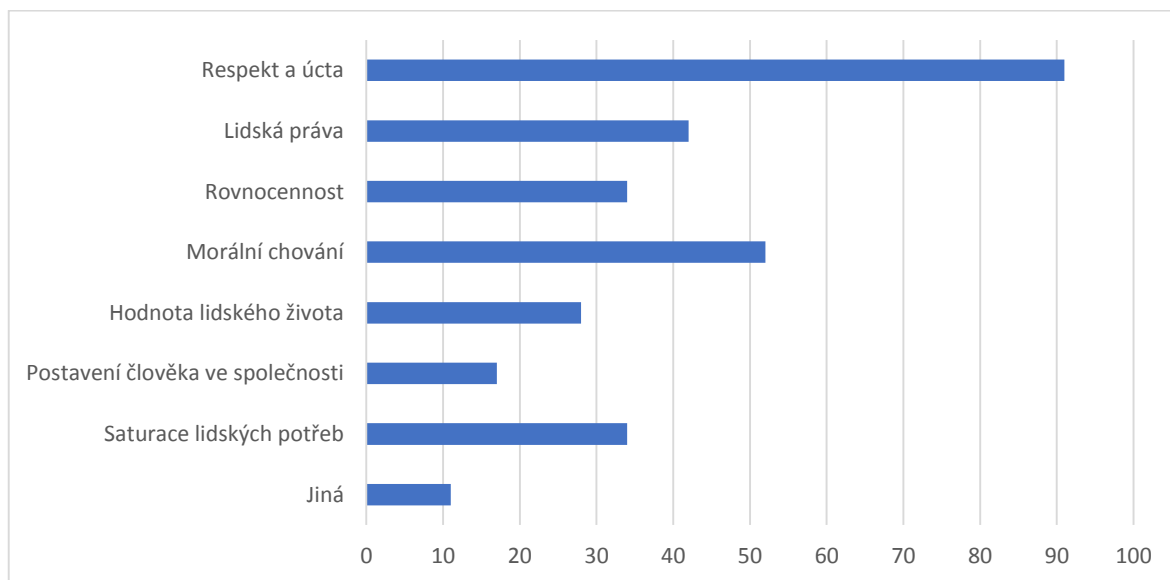
Komentář: V této otázce byla nejvíce zastoupena skupina *všeobecných sester*, která tvořila 53,40 %. Z celkového počtu 52 studentů na VŠ/VOŠZ 28 studentů studuje obor Všeobecná sestra na VŠ, 3 studenti Všeobecnou diplomovanou všeobecnou sestru na VOŠZ, 6 studentů studuje jiný zdravotnický obor a 15 studentů obor nevyplnilo. V případě, kdy respondenti měli ukončené vzdělání, bylo hodnoceno to nejvyšší dosažené. V případě, kdy respondenti

uváděli svou dosavadní profesní pozici, včetně aktuálně studovaného oboru, byli hodnoceni jako studenti.

Dotazníková položka 4: Co si představujete pod pojmem lidská důstojnost?

Tabulka 4: Lidská důstojnost v interpretaci NLZP

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Respekt a úcta	91	29,45 %
Lidská práva	42	13,59 %
Rovnocennost	34	11,00 %
Morální chování	52	16,83 %
Hodnota lidského života	28	9,06 %
Postavení člověka ve společnosti	17	5,50 %
Saturace lidských potřeb	34	11,00 %
Jiná	11	3,57 %
Celkem	309	100,00 %



Graf 4: Lidská důstojnost v interpretaci NLZP

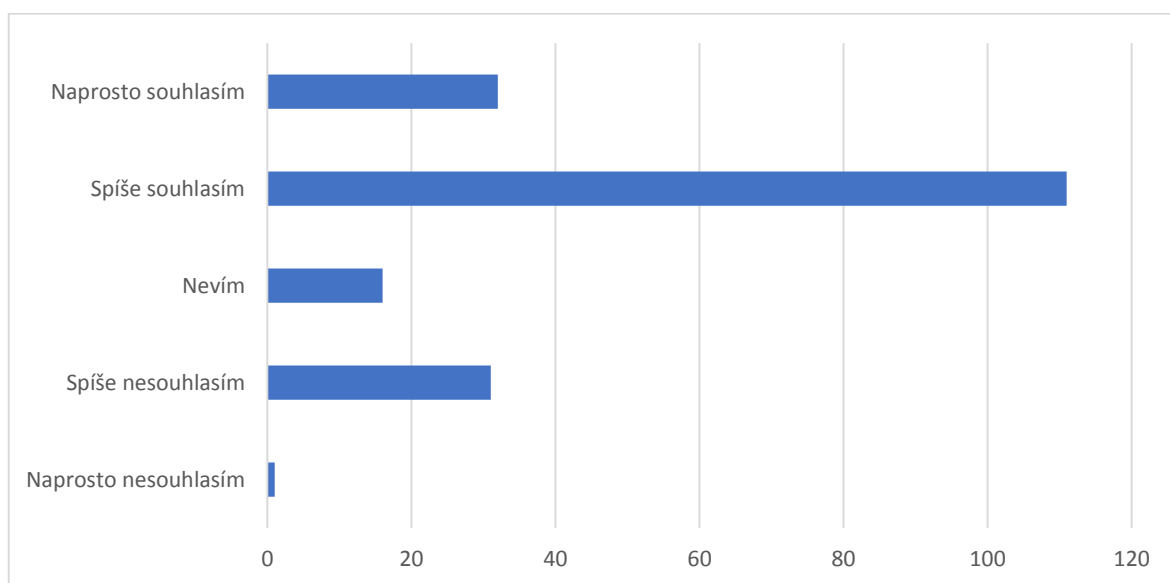
Komentář: Nejvíce zastoupenou charakteristikou lidské důstojnosti je *respekt a úcta*. Tato odpověď se vyskytovala až u 91 respondentů, což činí 29,54 % z celkového zkoumaného vzorku. Sekunduje morální chování zastoupeno 16,83 %. Na třetím místě se objevují lidská

práva zastoupena 13,59 %. Mezi *jinými* odpověďmi shledáváme např.: nevím, hrdost a subjektivní pocit každého člověka. Jedná se o otevřenou odpověď, absolutní četnost v tomto případě vyjadřuje počet odpovědí.

Dotazníková položka 5: Myslíte si, že je během hospitalizace v nemocničním zařízení narušována lidská důstojnost umírajícího?

Tabulka 5: Narušování lidské důstojnosti umírajících očima NLZP

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Naprosto souhlasím	32	16,75 %
Spíše souhlasím	111	58,12 %
Nevím	16	8,38 %
Spíše nesouhlasím	31	16,23 %
Naprosto nesouhlasím	1	0,52 %
Celkem	191	100,00 %



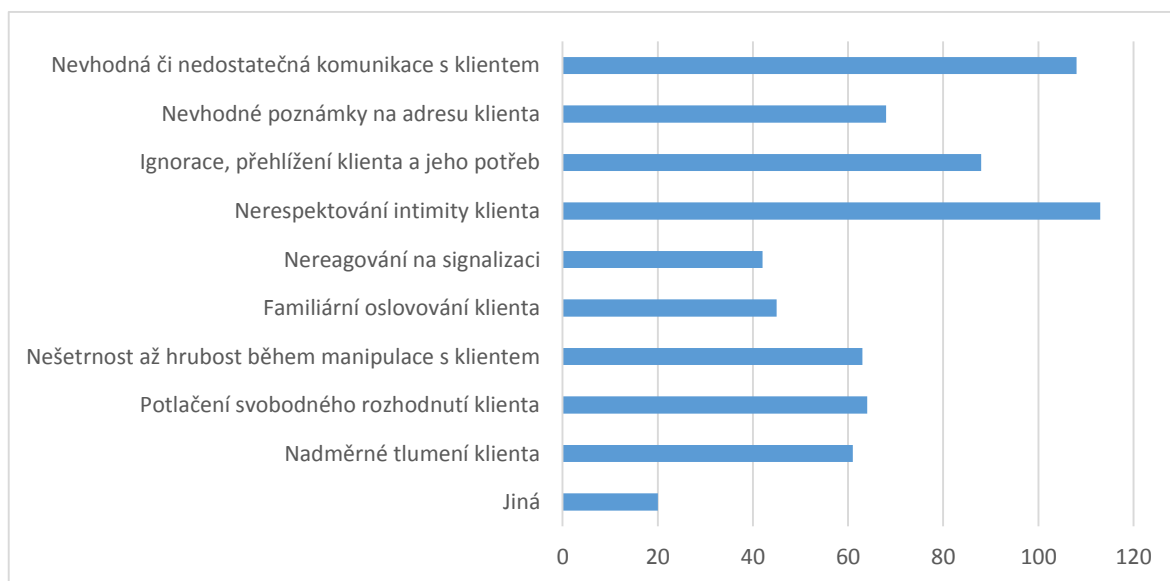
Graf 5: Narušování lidské důstojnosti umírajících očima NLZP

Komentář: Výsledek této otázky bychom mohli označit za alarmující, jelikož 143 respondentů odpovědělo souhlasně (naprosto souhlasím a spíše souhlasím). Což činí z celkového počtu respondentů 74,87 %. Nesouhlasně (naprosto nesouhlasím a spíše nesouhlasím) odpovědělo pouze 32 respondentů, což můžeme vyjádřit jako 16,75 %. Odpověď „Nevím“ použilo 16 respondentů, což činí 8,38 %.

Dotazníková položka 6: Jak je podle Vás nejčastěji narušována během hospitalizace lidská důstojnost?

Tabulka 6: Nejčastější formy narušování lidské důstojnosti

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Nevhodná či nedostatečná komunikace s klientem	108	16,07 %
Nevhodné poznámky na adresu klienta	68	10,12 %
Ignorace, přehlížení klienta a jeho potřeb	88	13,10 %
Nerespektování intimity klienta	113	16,81 %
Nereagování na signalizaci	42	6,25 %
Familiární oslovování klienta	45	6,70 %
Nešetrnost až hrubost během manipulace s klientem	63	9,38 %
Potlačení svobodného rozhodnutí klienta	64	9,52 %
Nadměrné tlumení klienta	61	9,08 %
Jiná	20	2,97 %
Celkem	672	100,00 %



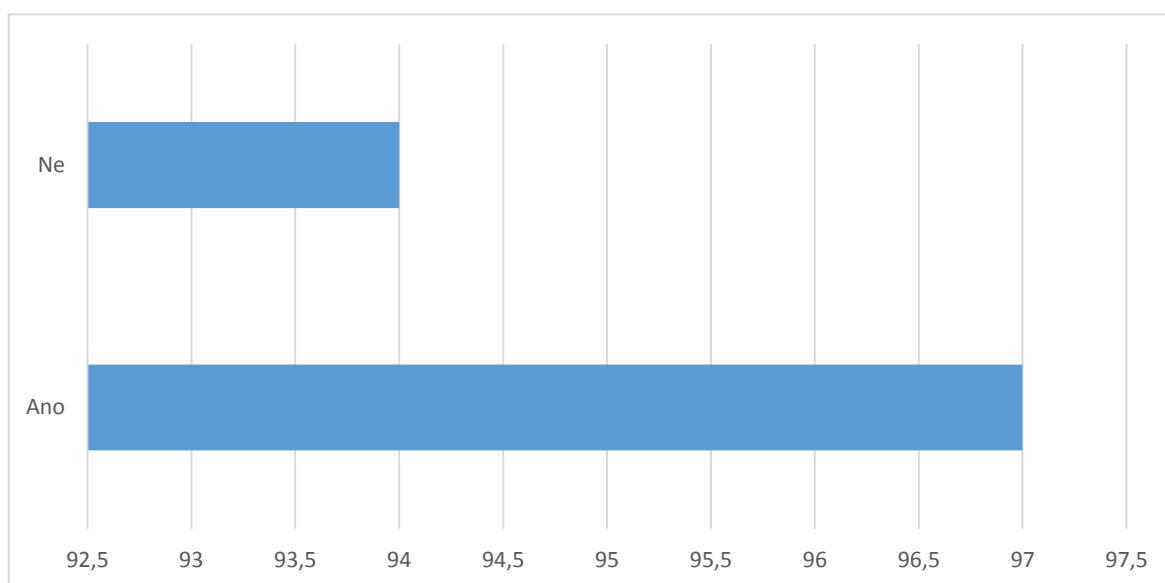
Graf 6: Nejčastější formy narušování lidské důstojnosti

Komentář: Respondenti měli možnost v rámci této otázky volit z více odpovědí. Absolutní četnost v tomto případě vyjadřuje počet odpovědí. Nejfrekventovanější odpovědí respondentů se stala možnost *nerespektování intimity klienta*, která byla zastoupena 16,81 %. Můžeme konstatovat, že výsledky této položky jsou relativně vyrovnané. Počet odpovědí v rámci této položky je 672, to znamená, že respondenti průměrně volili 4 možnosti. Respondenti, kteří označili odpověď *jiná*, nejčastěji uváděli: zamezení přístupu rodiny ke klientovi (odpovědělo 7 respondentů). Tato otázka byla povinná pouze pro respondenty, kteří na předchozí otázku č. 5 odpověděli souhlasně (naprosto souhlasím a spíše souhlasím). Na tuto otázku mělo správně tedy odpovídat 143 respondentů. Většina respondentů, jež zvolila jiné odpovědi, nereflektovala náповědu k vyplnění. Z tohoto důvodu byly jejich odpovědi vyhledány, odečteny a vyřazeny v rámci této dotazníkové položky. Čísla těchto dotazníků jsou k dispozici u autorky práce.

Dotazníková položka č. 7: Byl/a jste někdy přítomen/přítomna situace, kdy byla narušena lidská důstojnost umírajícího?

Tabulka 7: Přítomnost NLZP během narušování lidské důstojnosti

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ne	94	49,21 %
Pokud ano, popište stručně situaci	97	50,79 %
Celkem	191	100,00 %



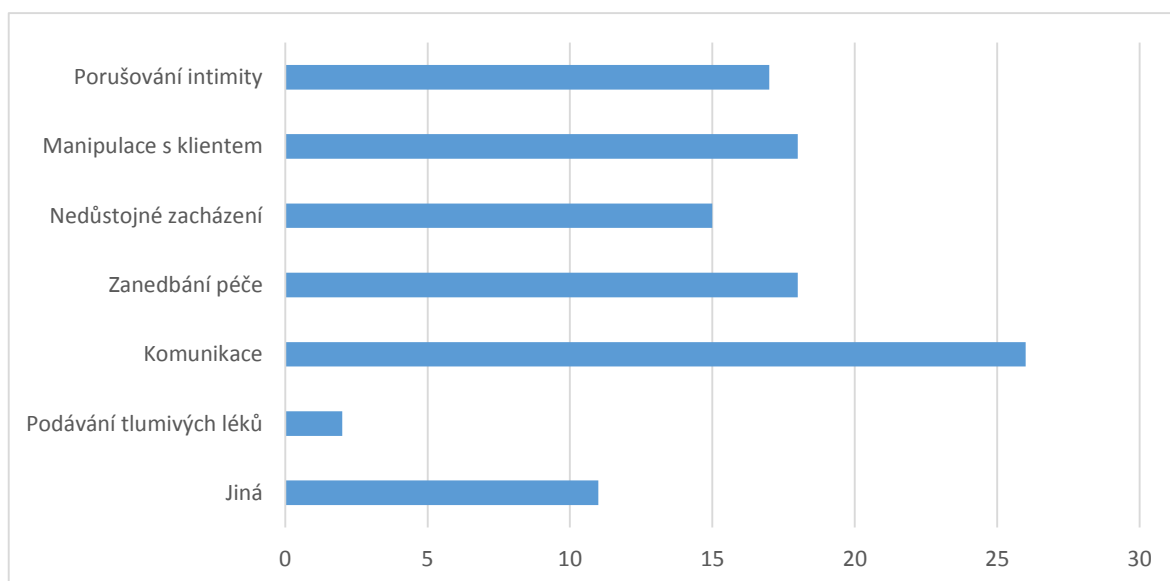
Graf 7: Přítomnost NLZP během narušování lidské důstojnosti

Komentář: Odpovědi respondentů v této otázce byly téměř vyrovnané. Pokud respondenti odpověděli *ano*, měli možnost se vyjádřit o konkrétní situaci, které byli svědkem. Četnost situací je vyhodnocena níže pod komentářem.

- Pokud ano, popište stručně situaci

Tabulka 8: Situace narušování lidské důstojnosti v přítomnosti NLZP

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Porušování intimity	17	15,89 %
Manipulace s klientem	18	16,82 %
Nedůstojné zacházení	15	14,02 %
Zanedbání péče	18	16,82 %
Komunikace	26	24,30 %
Podávání tlumivých léků	2	1,87 %
Jiná	11	10,28 %
Celkem	107	100,00 %



Graf 8: Situace narušování lidské důstojnosti v přítomnosti NLZP

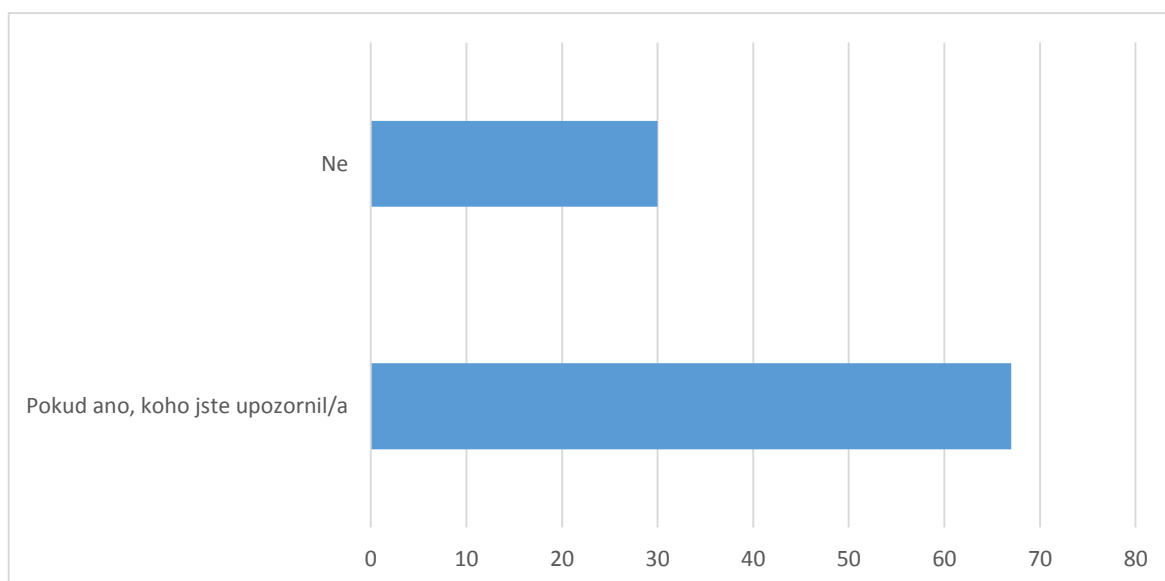
Komentář: Jelikož se jedná o otevřenou část odpovědi, někteří respondenti uvedli více situací, z tohoto důvodu absolutní četnost 107 vyjadřuje počet odpovědí. Komunikace je v tomto případě nejčastější odpovědí, představuje 24,30 %. Respondenti upozorňovali především na nevhodné poznámky či komentování stavu klienta. V oblasti zanedbání péče, která tvoří 16,82 %, respondenti uvádějí především nedostatečnou léčbu bolesti v posledním

úseku života. Odpovědi směřované na porušování intimity klienta vycházejí především z hygienické péče.

Dotazníková položka č. 8: Pokud ano, upozornil/a jste na tuto skutečnost?

Tabulka 9: Upozornění na narušování lidské důstojnosti

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ne	30	30,93 %
Pokud ano, koho jste upozornil/a	67	69,07 %
Celkem	97	100,00 %



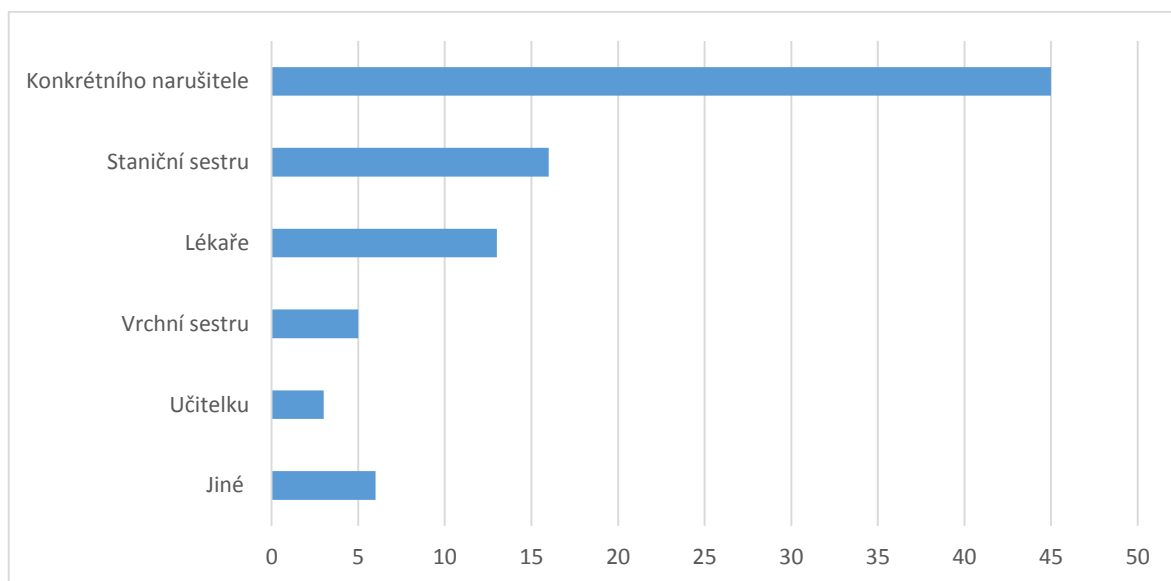
Graf 9: Upozornění na narušování lidské důstojnosti

Komentář: Odpověď na tuto položku byla podmíněna předchozí otázkou. I přes pokyny dotazníku na tuto otázku odpovídali i respondenti, kteří neměli. Výčet dotazníků je k dispozici u autorky práce. Tyto dotazníky byly odečteny a v rámci této otázky vyřazeny. Pokud respondenti zvolili *ano*, dále se volně vyjadřovali, na koho jejich upozornění směřovalo. Zpracováno níže pod komentářem.

- Pokud ano, koho jste upozornil/a?

Tabulka 10: Předání informace

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Konkrétního narušitele	45	51,14 %
Staniční sestru	16	18,18 %
Lékaře	13	14,77 %
Vrchní sestru	5	5,68 %
Učitelku	3	3,41 %
Jiné	6	6,82 %
Celkem	88	100,00 %



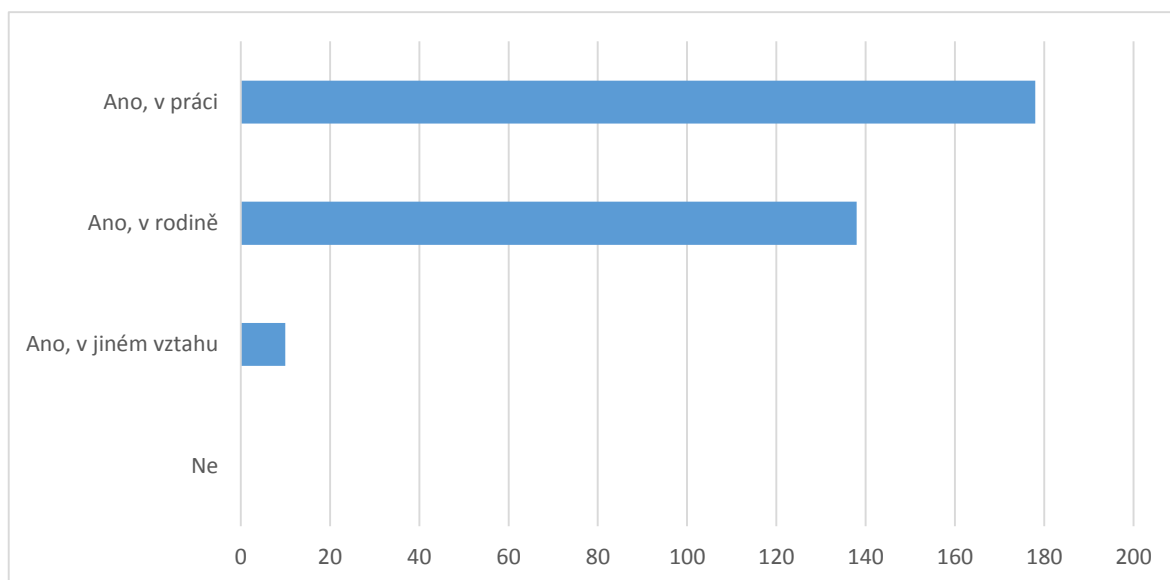
Graf 10: Předání informace

Komentář: V rámci této otázky zastupují největší procento (51,14 %) konkrétní narušitelé. Mezi „jinými“ odpověďmi respondentů můžeme nalézt např.: přednostu, ředitele či ombudsmana. Absolutní četnost představuje počet odpovědí.

Dotazníková položka č. 9: Setkal/a jste se již se smrtí?

Tabulka 11: Zkušenost se smrtí

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ano, v práci	178	54,60 %
Ano, v rodině	138	42,33 %
Ano, v jiném vztahu	10	3,07 %
Ne	0	0,00 %
Celkem	326	100,00 %



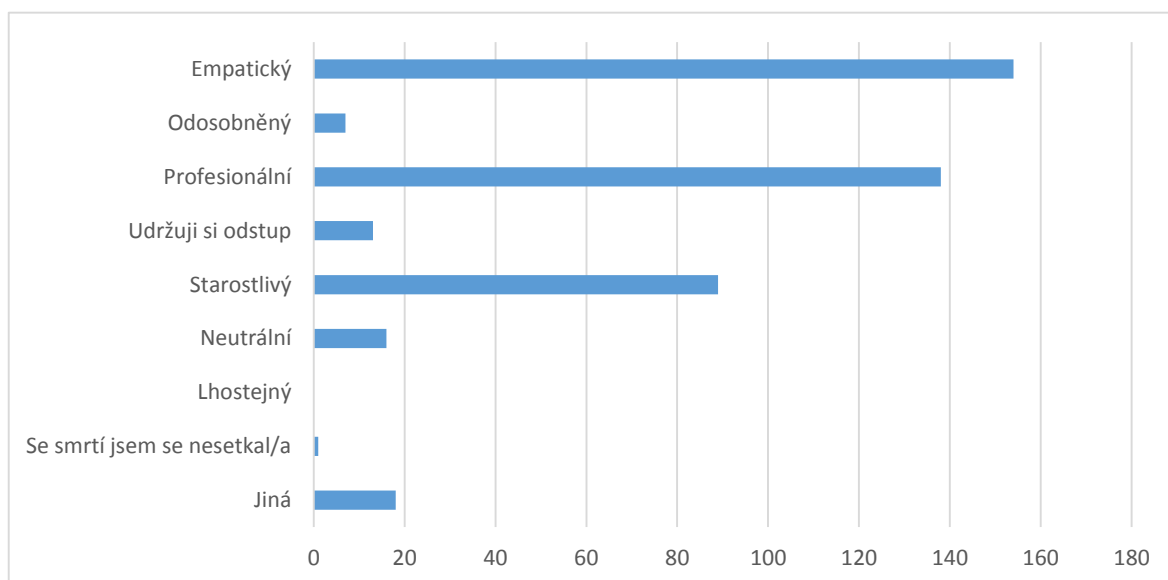
Graf 11: Zkušenost se smrtí

Komentář: V případě této otázky mohli respondenti volit z více možných odpovědí. Absolutní četnost tedy představuje počet odpovědí. Z výsledků usuzujeme, že někteří respondenti mají zkušenost se smrtí nejen jako zdravotničtí pracovníci, ale také jako lidské bytosti, které utrpěly ztrátu blízkého člověka. Avšak největší zastoupení plyne z výkonu profese a to v 54,60 %. Respondenti, kteří uváděli zkušenost se smrtí v jiném vztahu, uváděli především přátelské vztahy.

Dotazníková položka č. 10: Jaký postoj zaujímáte k umírajícímu?

Tabulka 12: Postoj NLZP k umírajícímu

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Empatický	154	35,32 %
Odosobněný	7	1,61 %
Profesionální	138	31,65 %
Udržuji si odstup	13	2,98 %
Starostlivý	89	20,41 %
Neutrální	16	3,67 %
Lhostejný	0	0,00 %
Se smrtí jsem se nesetkal/a	1	0,23 %
Jiná	18	4,13 %
Celkem	436	100,00 %



Graf 12: Postoj NLZP k umírajícímu

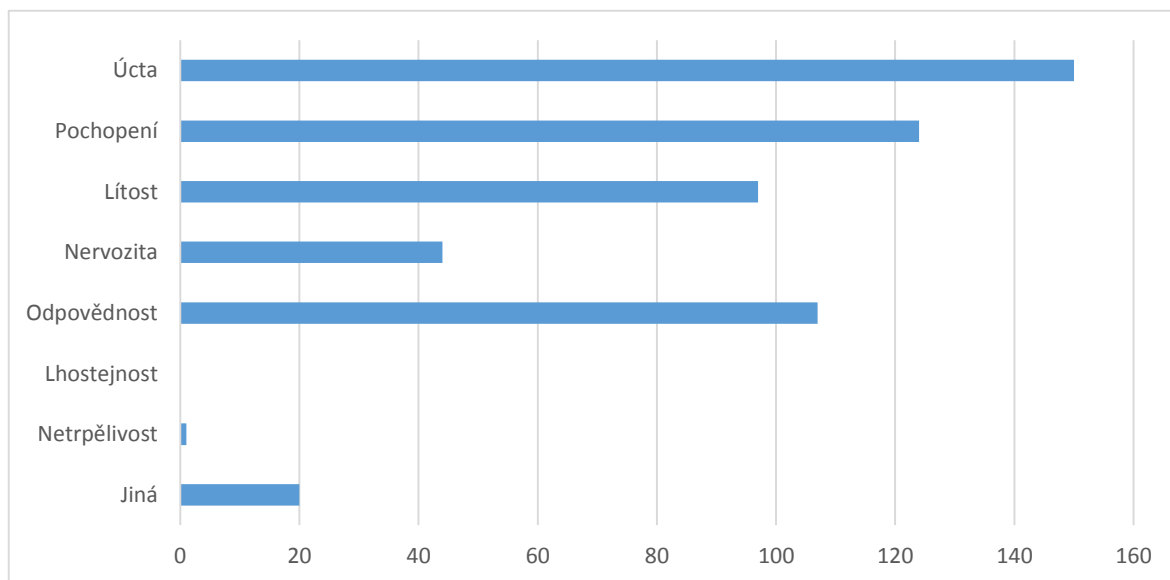
Komentář: V případě této dotazníkové položky nás může zarazit odpověď: „*Se smrtí jsem se nesetkal/a*“, ačkoliv v předešlé otázce všichni respondenti potvrdili zkušenost se smrtí. Jedná se konkrétně o dotazník č. 132, který vyplnila studentka Farmaceutické fakulty na UK

v Praze. Domníváme se, že studentka takto volila, jelikož se s umíráním nesešla přímo, ale pouze nepřímo v rámci její rodiny. Její postoj k umírajícímu tedy není ještě zformován. Z tohoto důvodu nebyl její dotazník vyřazen. Respondenti, kteří zvolili odpověď „jiná“, především zdůrazňovali možnosti, které již vybrali, jelikož v této otázce bylo možno označit více odpovědí. Absolutní četnost vyjadřuje počet odpovědí.

Dotazníková položka č. 11: Při péči o umírajícího pociťuji?

Tabulka 13: Pocity NLZP během péče o umírajícího klienta

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Úctu	150	27,63 %
Pochopení	124	22,84 %
Lítost	97	17,86 %
Nervozitu	44	8,10 %
Odpovědnost	107	19,71 %
Lhostejnost	0	0,00 %
Netrpělivost	1	0,18 %
Jiná	20	3,68 %
Celkem	543	100,00 %



Graf 13: Pocity NLZP během péče o umírajícího klienta

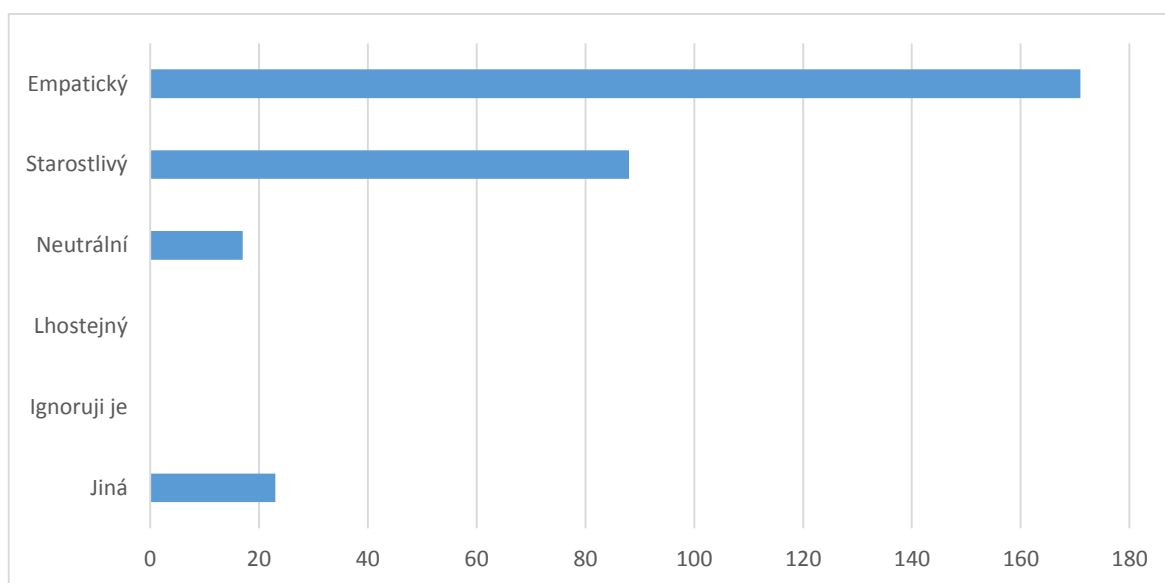
Komentář: Respondenti opět v případě této otázky mohli volit mezi více možnostmi odpovědí. Absolutní četnost vyjadřuje počet odpovědí. Nejfrekventovanější odpovědí se stala *úcta*, která byla zastoupena 27,63 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo *pochopení*, zastoupeno 22,84 %. Třetí nejčastější odpovědí byla *odpovědnost*, zastoupena 19,71 %. *Lhostejnost* se v tabulce odpovědí neobjevila vůbec. V možnosti *jiná*, měly největší zastoupení negativní

pocity spojené s péčí o umírajícího klienta, jako jsou: smutek, lítost a soucit. Prostřednictvím odpovědi *jiná* odpovídala i respondentka č. 132, která uvádí, že s péčí o klienta se nesešla.

Dotazníková položka č. 12: Jaký postoj zaujímáte k rodině klienta?

Tabulka 14: Postoj NLZP k rodině umírajícího klienta

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Empatický	171	57,19 %
Starostlivý	88	29,43 %
Neutrální	17	5,69 %
Lhostejný	0	0,00 %
Ignorují je	0	0,00 %
Jiná	23	7,69 %
Celkem	299	100,00 %



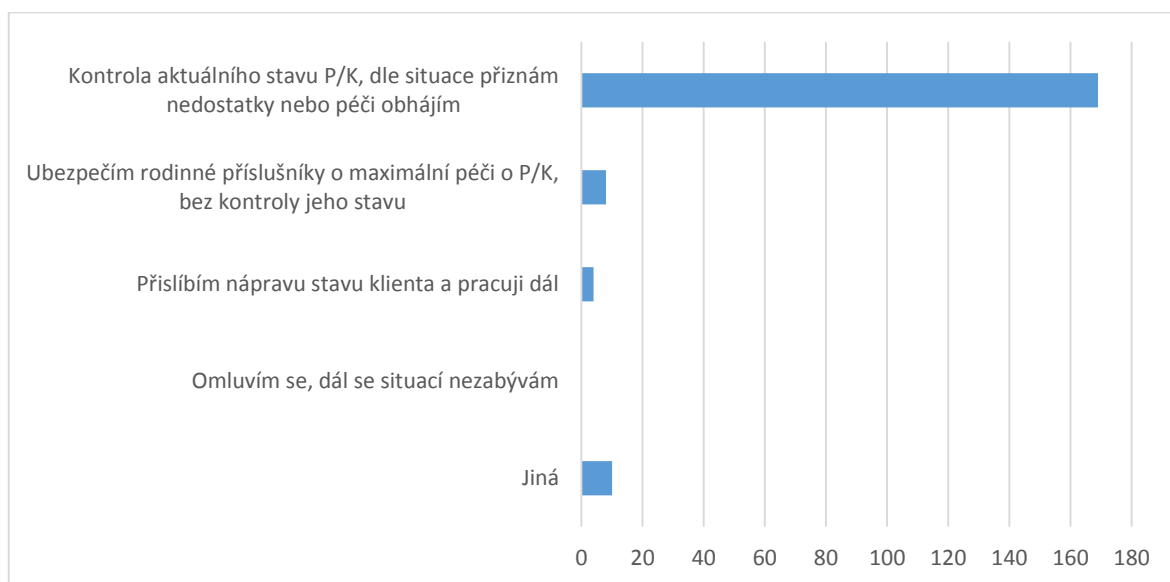
Graf 14: Postoj NLZP k rodině umírajícího klienta

Komentář: Nejvíce zastoupenou odpovědí v rámci této otázky se stal *empatický postoj* k rodině klienta, zastoupen 57,19 %. Respondenti nevolili z odpovědí *lhostejného* a *ignorujícího přístupu*. V rámci možnosti *jiná*, respondenti charakterizovali svůj postoj nejvíce jako psychologickou pomoc. Jeden respondent označil svůj postoj k rodině umírajícího jako pohrdatý. Prostřednictvím odpovědi *jiná* odpovídala i respondentka č. 132, která uvádí, že se s touto situací nesešla.

Dotazníková položka č. 13: Představte si situaci, kdy máte mnoho práce na oddělení. Osloví Vás rodinní příslušníci a vyjádří Vám nespokojenost s péčí o umírajícího klienta. Jak budete reagovat?

Tabulka 15: Reakce NLZP na modelovou situaci 1

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Kontrola aktuálního stavu P/K, dle situace přiznám nedostatky nebo péči obhájím	169	88,48 %
Ubezpečím rodinné příslušníky o maximální péči o P/K, bez kontroly jeho stavu	8	4,19 %
Přislíbím nápravu stavu P/K a pracuji dál	4	2,09 %
Omluvím se, dál se situací nezabývám	0	0,00 %
Jiná	10	5,24 %
Celkem	191	100,00 %



Graf 15: Reakce NLZP na modelovou situaci 1

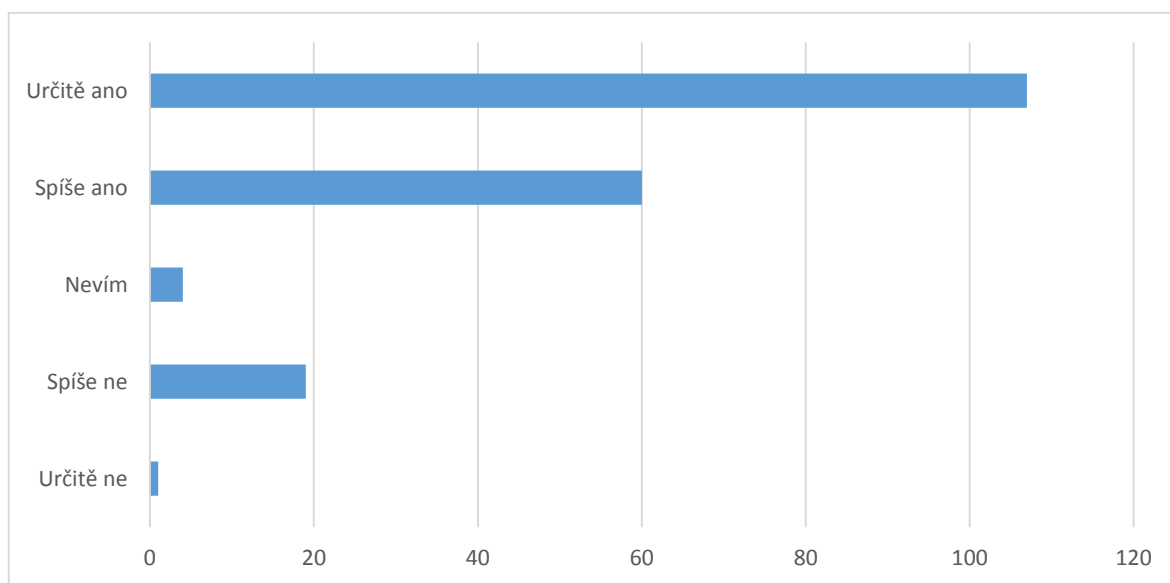
Komentář: Respondenti měli v tomto případě možnost zvolit pouze jednu odpověď. Nejčastěji volili odpověď: *Kontrola aktuální stav P/K, dle situace přiznám nedostatky nebo péči obhájím*. Tuto odpověď zvolilo 169 respondentů, což činí 88,48 %. Jako jiné postupy uváděli

respondenti především projevují zájem a ubezpečení rodiny o maximální péči o klienta. Objevuje se o zapojení rodiny do péče o klienta.

Dotazníková položka č. 14: Představte si situaci, kdy pečujete, o umírajícího klienta s poruchou vědomí. Budete takového klienta informovat o všech výkonech, které se u něj chystáte provést?

Tabulka 16: Reakce NLZP na modelovou situaci 2

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Určitě ano	107	56,02 %
Spíše ano	60	31,41 %
Nevím	4	2,10 %
Spíše ne	19	9,95 %
Určitě ne	1	0,52 %
Celkem	191	100,00%



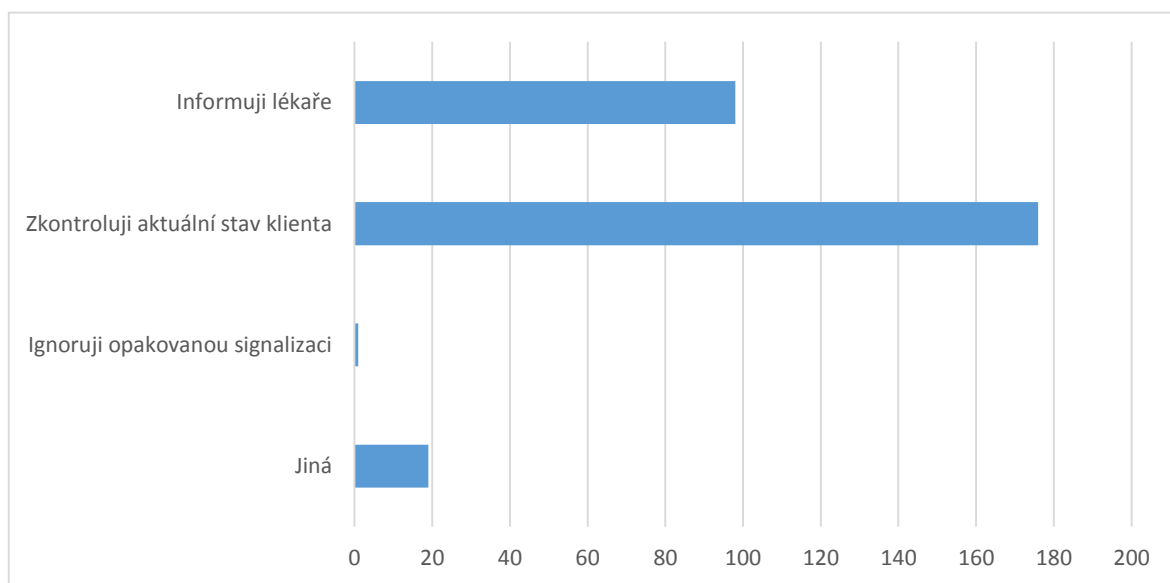
Graf 16: Reakce NLZP na modelovou situaci 2

Komentář: V této modelové situaci respondenti volili nejvíce variantu *určitě ano* (56,02 %) a *spíše ano* (31,41 %). V celku tedy odpovídalo kladně 167 respondentů, což činí 87,43 % z celku. Záporné odpovědi (*spíše ne* a *určitě ne*) volilo pouze 20 respondentů, tyto odpovědi činí 10,47 %. Neutrální odpověď byla zvolena 4 respondenty v zastoupení 2,10 %.

Dotazníková položka č. 15: Představte si situaci, kdy umírající klient s poruchou vědomí, se Vás snaží během Vaší směny opakovaně přivolat pomocí signalizačního zařízení. Když přijdete na pokoj, nereaguje na Vaše otázky. Jak budete řešit tuto situaci?

Tabulka 17: Reakce NLZP na modelovou situaci 3

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Informuji lékaře	98	33,33 %
Zkontroluji aktuální stav klienta	176	59,87 %
Ignoruji opakovanou signalizaci	1	0,34 %
Jiná	19	6,46 %
Celkem	294	100,00 %



Graf 17: Reakce NLZP na modelovou situaci 3

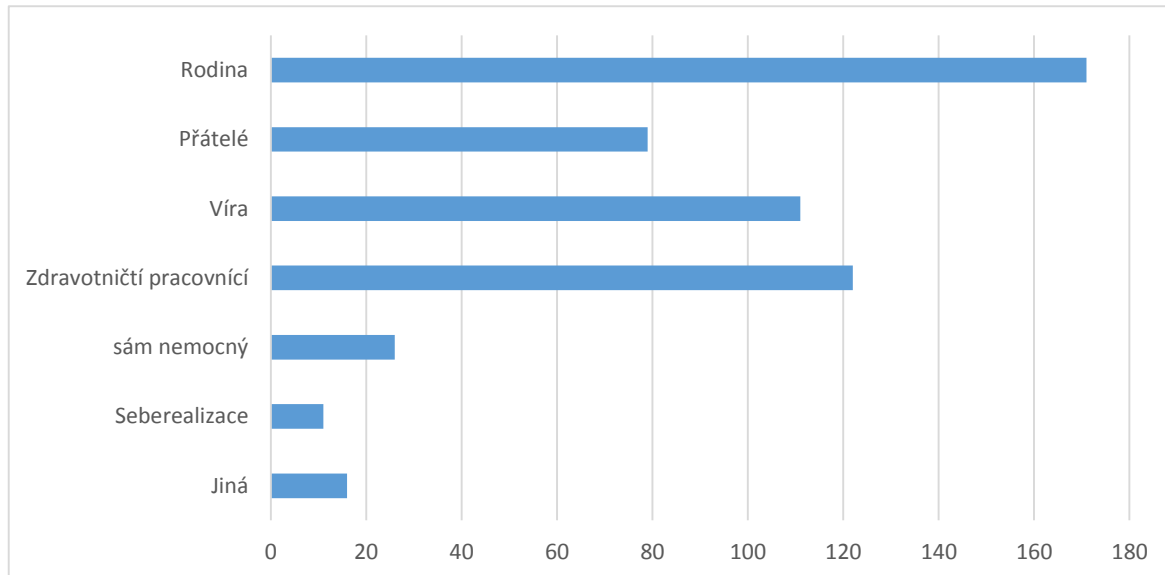
Komentář: Na tuto otázku mohli respondenti volit z více odpovědí. Absolutní četnost tedy představuje počet odpovědí. Nejvíce zastoupenou odpovědí se stala odpověď: „Zkontroluji aktuální stav klienta“, procentuálně tvoří 59,87%. Odpověď: „Ignoruji opakovanou signalizaci“ zvolil pouze jeden respondent, tato odpověď má tedy zastoupení 0,34 %. Respondenti, kteří zvolili odpověď *jiná*, podotýkají výhrady k této dotazníkové položce. Své výhrady argumentují tím, že umírající klient s poruchou vědomí není schopen použít signali-

zaci. Tato výhrada byla uvedena 7 respondenty, 6 respondentů by se pokoušelo navázat kontakt či komunikaci, 4 respondenti by setrvali na pokoji klienta a 2 odpovědi respondentů jsme shledali za nezařaditelné tedy jiné.

Dotazníková položka č. 16: Kdo nejvíce pomáhá podle Vás umírajícímu v poslední fázi života?

Tabulka 18: Opora umírajících očima NLZP

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Rodina	171	31,90 %
Přátelé	79	14,74 %
Víra	111	20,71 %
Zdravotničtí pracovníci	122	22,76 %
Sám nemocný	26	4,85 %
Seberealizace	11	2,05 %
Jiná	16	2,99 %
Celkem	536	100,00 %



Graf 18: Opora umírajících očima NLZP

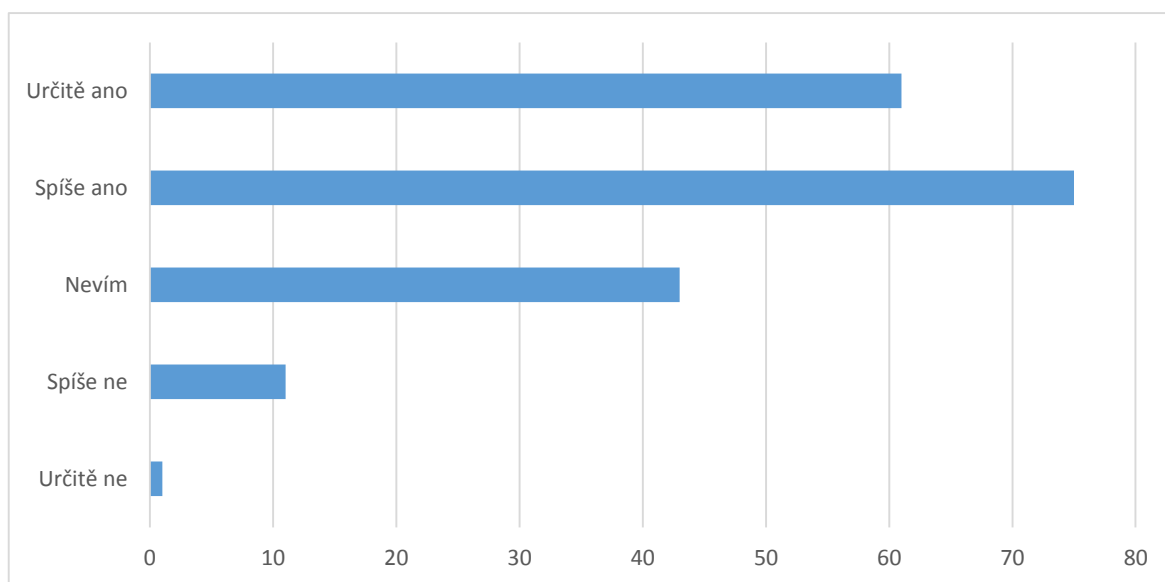
Komentář: Jako největší oporu umírajícího volili respondenti *rodinu*, ta je zastoupena 31,90 %. Druhou nejčastější odpovědí se stali *zdravotničtí pracovníci*, kteří tvoří 22,76 %. Třetí nejčastější odpovědí byla zvolena respondenty *víra*, ta zastává 20,71 %. Respondenti, kteří

označili možnost „jiná“, nejčastěji zdůrazňovali položky, které již označili. Dále poukazovali na individuálnost každého člověka a možnost kněze. Respondenti měli v případě této otázky na výběr z více možností, absolutní četnost tedy představuje počet odpovědí.

Dotazníková položka č. 17: Jste schopen/schopna doprovázet umírajícího?

Tabulka 19: Schopnost doprovázení

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Určitě ano	61	31,94 %
Spíše ano	75	39,27 %
Nevím	43	22,51 %
Spíše ne	11	5,76 %
Určitě ne	1	0,52 %
Celkem	191	100,00 %



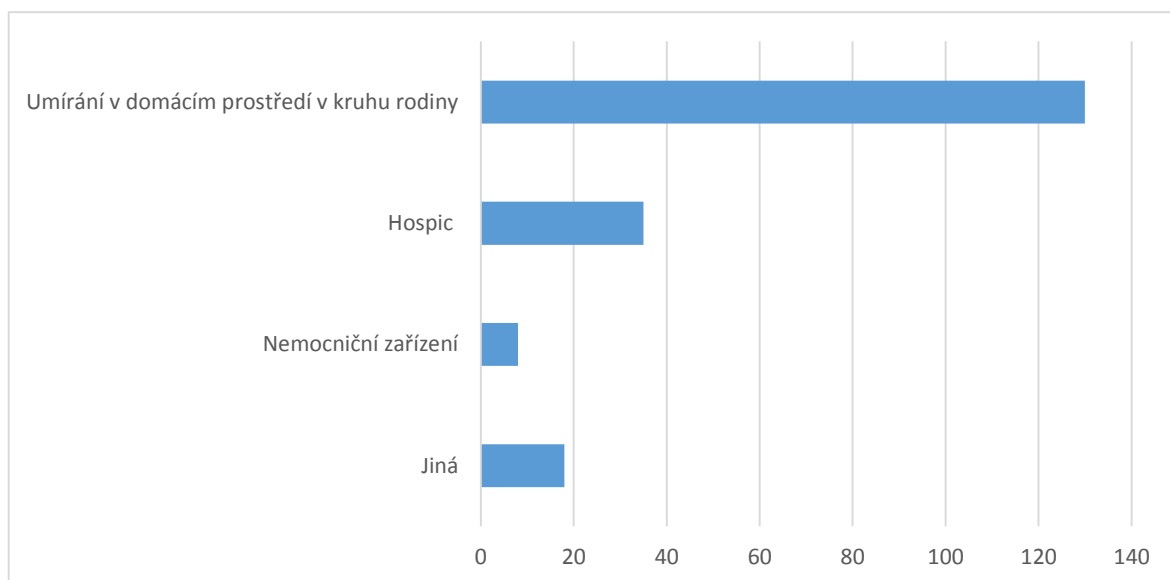
Graf 19: Schopnost doprovázení

Komentář: Nejpočetněji zastoupenou se stala odpověď *spíše ano*, tvoří 39,27 %. Pouze jeden respondent odpověděl *určitě ne*, což činí pouhých 0,52 %.

Dotazníková položka č. 18: Co byste Vy osobně upřednostnil/a?

Tabulka 20: Preference NLZP v kontextu volby vhodného prostředí ke skonu

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Umírání v domácím prostředí v kruhu rodiny	130	68,06 %
Hospic	35	18,33 %
Nemocniční zařízení	8	4,19 %
Jiná	18	9,42 %
Celkem	191	100,00 %



Graf 20: Preference NLZP v kontextu volby vhodného prostředí ke skonu

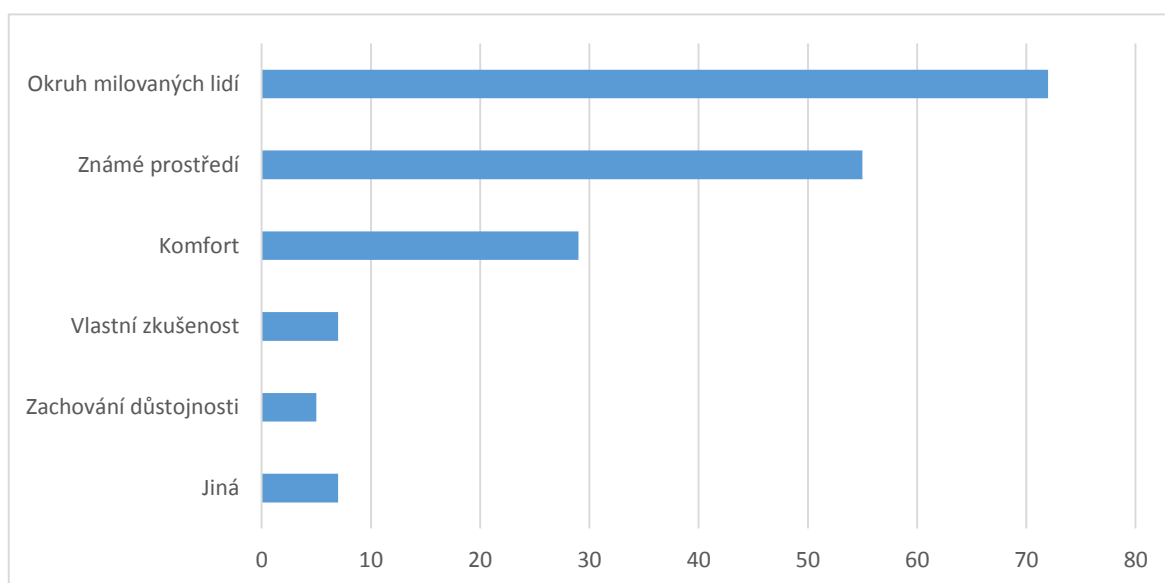
Komentář: Nejfrekventovaněji respondenti volili odpověď: „*Umírání v domácím prostředí v kruhu rodiny*.“ Tato odpověď byla zvolena 130 respondenty, činí tak 68,06 %. Nejméně zvolenou odpovědí bylo *nemocniční zařízení*, které tvořilo 4,19 % a zvolilo si jej 8 respondentů. 18 (9,42 %) respondentů označilo „*jiná*“, mezi jejich odpověďmi nacházíme jako nejfrekventovanější odpověď přítomnost rodiny bez ohledu na prostředí. Dále někteří uvádějí „*nevím*“. Jeden respondent upřednostňuje samotu v době skonu.

Dotazníková položka č. 19: Z jakých důvodů byste si takto volil/a?

- **Umírání v domácím prostředí v kruhu rodiny**

Tabulka 21: Volba respondentů – domácí prostředí

Odověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Okruh milovaných lidí	72	41,14 %
Znamé prostředí	55	31,43 %
Komfort	29	16,57 %
Vlastní zkušenost	7	4,00 %
Zachování důstojnosti	5	2,86 %
Jiná	7	4,00 %
Celkem	175	100,00 %



Graf 21: Volba respondentů – domácí prostředí

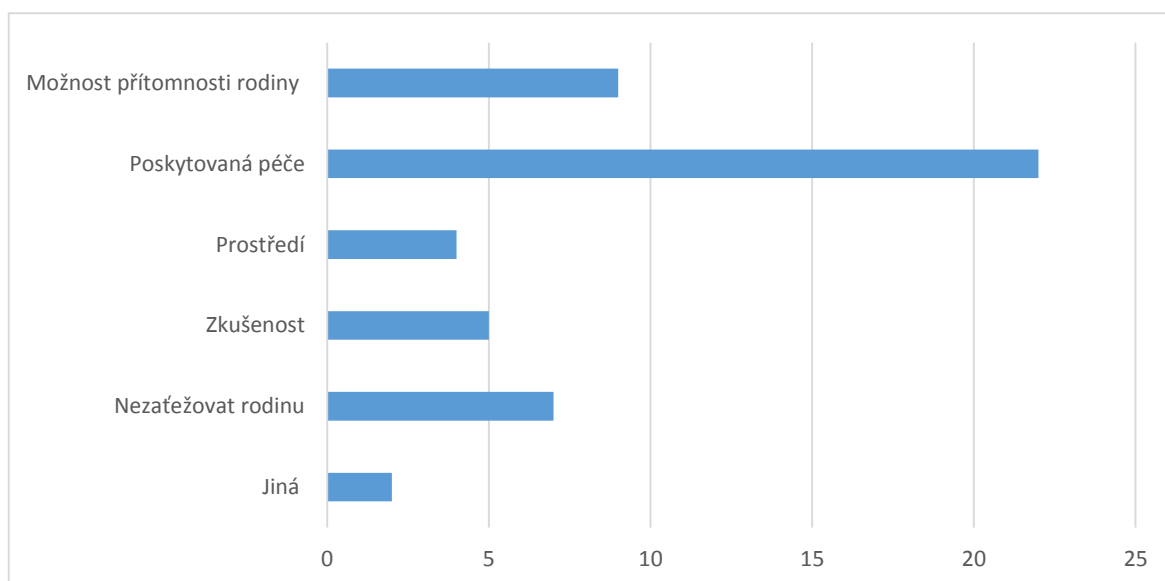
Komentář: Tuto možnost si zvolilo 130 respondentů. To, že respondenti budou volit domácí prostředí v poslední fázi jejich života právě kvůli okruhu milovaných lidí a známému prostředí jsme předpokládali. Respondenti doplnili naše předtuchy ještě o komfort, který byl uveden 29 respondenty, což můžeme vyjádřit jako 16,57 %, 4 respondenti by dále volili dle vlastní zkušenosti, což činí 4,00 %. Mezi *jinými* odpověďmi nacházíme různé myšlenkové

pochody, která se nám nepodařily zařadit do kategorií. Jedná se o otevřenou odpověď, absolutní četnost tedy představuje četnost odpovědí.

- Hospic

Tabulka 22: Volba respondentů – hospic

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Možnost přítomnosti rodiny	9	18,37 %
Poskytovaná péče	22	44,90 %
Prostředí	4	8,16 %
Zkušenost	5	10,20 %
Nezatěžovat rodinu	7	14,29 %
Jiná	2	4,08 %
Celkem	49	100,00 %



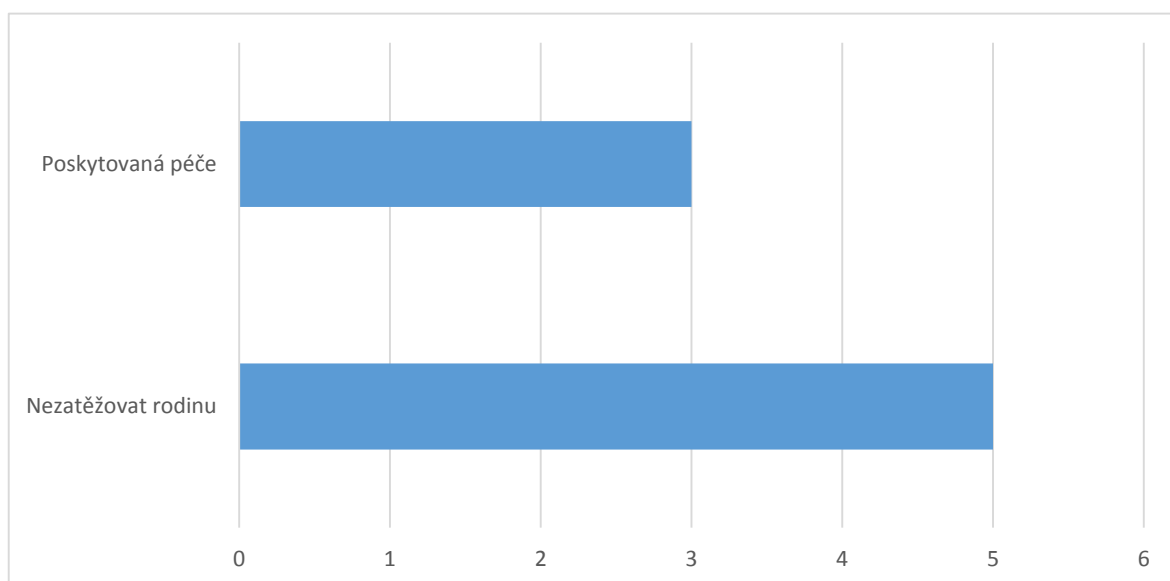
Graf 22: Volba respondentů – hospic

Komentář: Tuto možnost si zvolilo 35 respondentů. Z toho 22 respondentů (44,90 %) by si zvolilo hospic kvůli možnosti čerpání poskytované péče, 7 respondentů (14,29 %), by si zvolilo hospic, aby minimalizovali zátěž rodiny. Dále 9 respondentů (18,37 %), by volilo hospic kvůli možnosti přítomnosti rodiny a 5 respondentů (10,20 %) by takto volilo dle předešlé zkušenosti. Mezi *jinými* nacházíme např.: odpověď „nevím“. Jedná se opět o otevřenou odpověď, kdy absolutní četnost představuje počet odpovědí.

- **Nemocniční zařízení**

Tabulka 23: Volba respondentů – nemocniční zařízení

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Poskytovaná péče	3	37,50 %
Nezatěžovat rodinu	5	62,50 %
Celkem	8	100,00 %



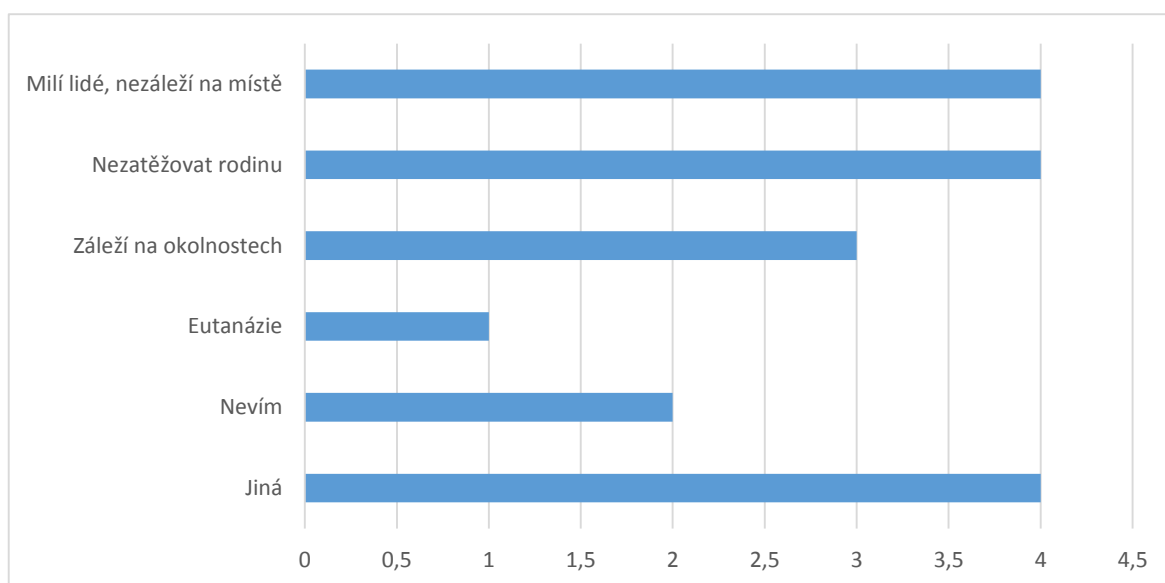
Graf 23: Volba respondentů – nemocniční zařízení

Komentář: Tuto možnost si zvolilo 8 respondentů. Z tohoto počtu 5 (62,50 %) takto volilo z důvodu minimalizace rodinné zátěže a 3 respondenti učinili toto rozhodnutí kvůli možnosti čerpání poskytované péče v nemocničních zařízeních. I když se jedná o otevřenou odpověď, každý respondent uvedl pouze jeden důvod.

- Jiná

Tabulka 24: Volba respondentů – Jiná

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Milí lidé, nezáleží na místě	4	22,22 %
Nezatěžovat rodinu	4	22,22 %
Záleží na okolnostech	3	16,67 %
Eutanázie	1	5,56 %
Nevím	2	11,11 %
Jiná	4	22,22 %
Celkem	18	100,00 %



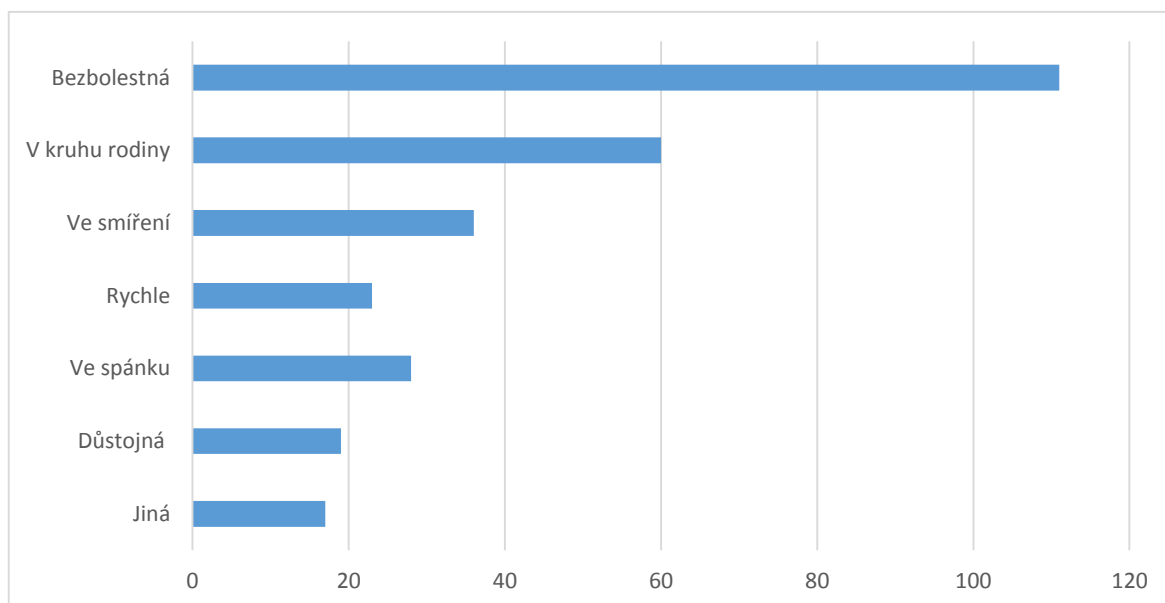
Graf 24: Volba respondentů – Jiná

Komentář: Tuto odpověď si zvolilo 18 respondentů. Překvapuje nás, že eutanázie v tomto případě byla zvolena pouze jedním respondentem, což můžeme vyjádřit jako 5,56 %. Odpovědi na tuto otázku byly velice individuální. Objevují se nám hned 3 nejčastější důvody. Jedním z nich je i kategorie *jiná*. Tato kategorie obsahuje individuální vyjádření, které jsme přes veškerou snahu nedokázali zařadit. Byli jsme rádi za přiřazení alespoň jednoho kódu v rámci jedné otázky. Absolutní četnost je vyjádřením počtu odpovědí.

Dotazníková položka č. 20: Co si představujete pod pojmem dobrá smrt?

Tabulka 25: Charakteristické rysy dobré smrti dle respondentů

Odověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Bezbolestnost	111	37,76 %
V kruhu rodiny	60	20,41 %
Ve smíření	36	12,25 %
Rychle	23	7,82 %
Ve spánku	28	9,52 %
Důstojná	19	6,46 %
Jiná	17	5,78 %
Celkem	294	100,00 %



Graf 25: Charakteristické rysy dobré smrti dle respondentů

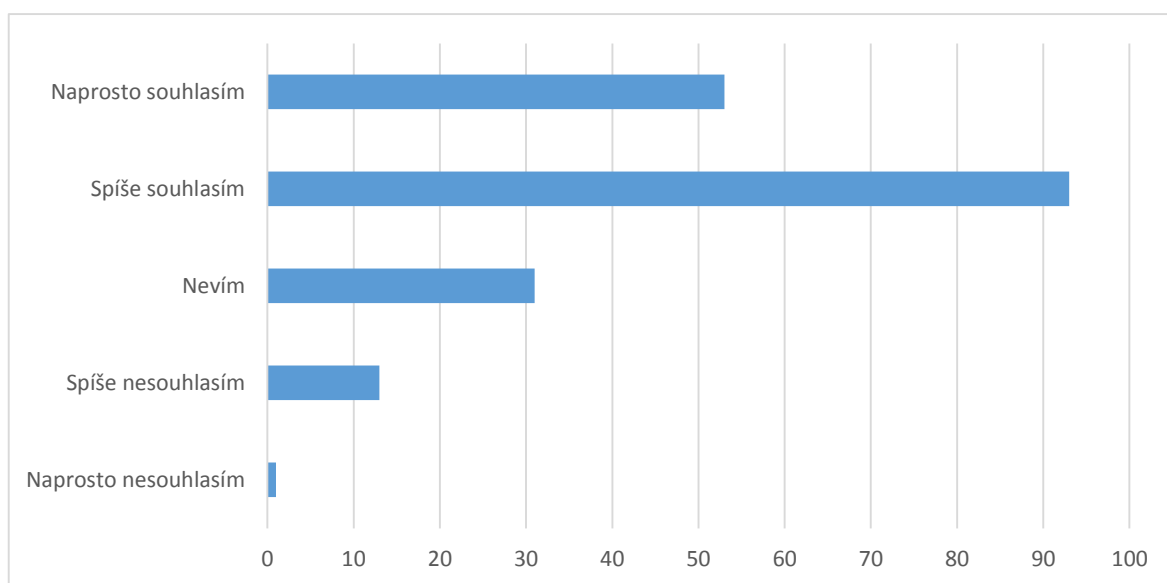
Komentář: Nejfrekventovanější charakteristikou se stala bezbolestnost, ta byla uvedena až 111 respondenty, což můžeme vyjádřit jako 37,76 %. Druhou nejpočetněji zastoupenou charakteristikou se stala *smrt v kruhu rodiny*, kterou uvádí 60 respondentů (20,41%). V rámci této dotazníkové položky se objevuje relativně vysoké procento (5,78) *jinych* odpovědí. Mezi *jiné* odpovědi jsme zařadili např.: eutanázii, dobrá smrt neexistuje, nedusit se, stáří

a nevím. V rámci této otázky měli respondenti možnost volit více odpovědí. Absolutní četnost tedy představuje počet odpovědí.

Dotazníková položka č. 21: Myslíte si, že existuje dobrá smrt?

Tabulka 26: Dobrá smrt

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Naprosto souhlasím	53	27,75 %
Spíše souhlasím	93	48,69 %
Nevím	31	16,23 %
Spíše nesouhlasím	13	6,81 %
Naprosto nesouhlasím	1	0,52 %
Celkem	191	100,00 %



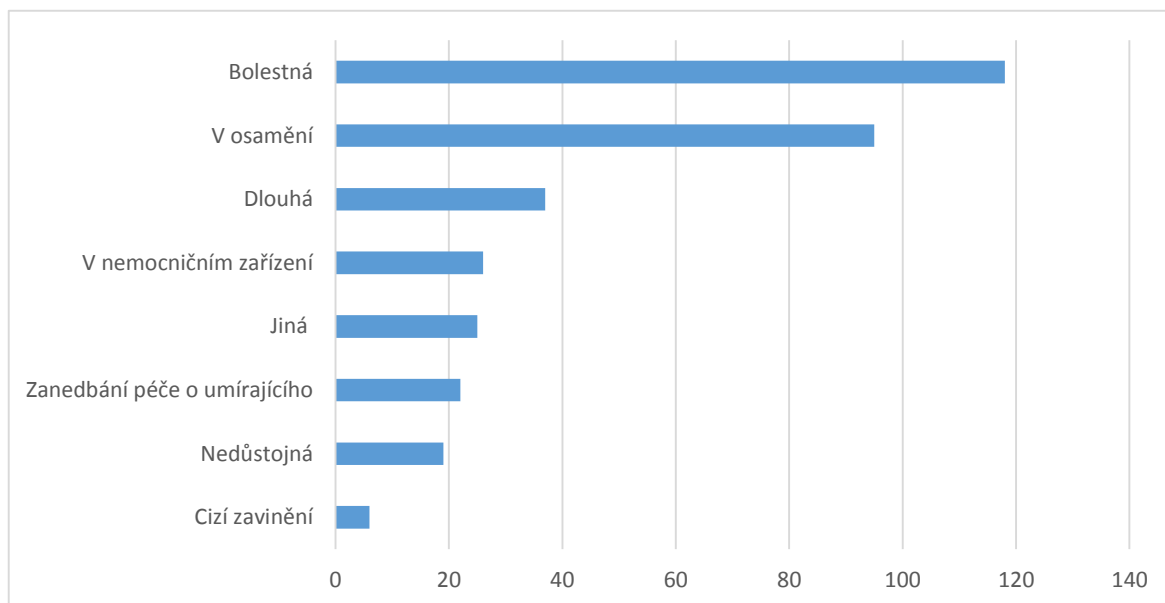
Graf 26: Dobrá smrt

Komentář: Převážná většina odpovědí se v případě této otázky pohybovala v pozitivní rovině. Nejvíce byla volena odpověď *spíše ano*, tuto odpověď zvolilo 93 respondentů, což činí 48,69 %. Neutrální odpověď zvolilo 31 respondentů, což představuje v konečném výsledku 16,23 %. Jeden respondent (0,52 %) naprosto nesouhlasí s existencí dobré smrti.

Dotazníková položka č. 22: Co si představujete pod pojmem špatná smrt?

Tabulka 27: Charakteristické rysy špatné smrti dle respondentů

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Bolestná	118	33,91 %
V osamění	95	27,30 %
Dlouhá	37	10,63 %
V nemocničním zařízení	26	7,47 %
Jiná	25	7,18 %
Zanedbání péče umírajícího	22	6,32 %
Nedůstojná	19	5,46 %
Cizí zavinění	6	1,73 %
Celkem	348	100,00 %



Graf 27: Charakteristické rysy špatné smrti dle respondentů

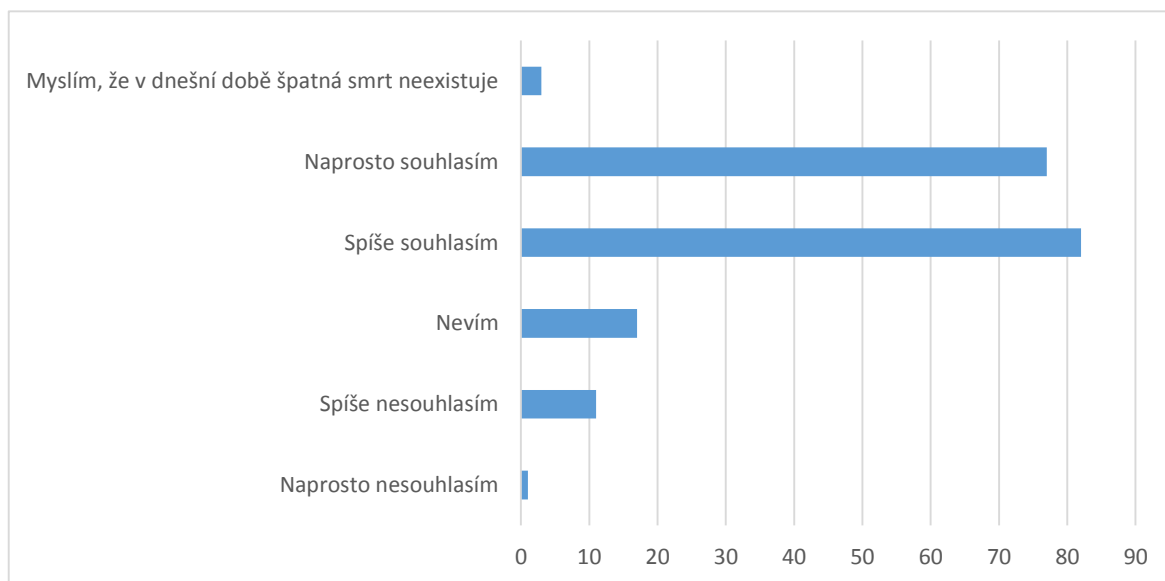
Komentář: V případě této dotazníkové položky nacházíme protiklady k pojům, které jsme mohli vidět v předešlé položce. Na rozdíl od předešlé dotazníkové položky uvádějí respondenti ještě smrt *v nemocničním zařízení*, která byla odpovězena 26 respondenty, což činí,

7,47 %, 22 respondentů (6,32 %) uvádí *zanedbání péče o umírajícího*. Cizí zavinění nacházíme v otevřených odpovědích 6 respondentů, což můžeme vyjádřit jako 1,73 %. Mezi 25 *jinými* odpověďmi (7,18 %) nacházíme např.: strach, sebevražda, nesoběstačnost, udušení. Absolutní četnost představuje v tomto případě počet odpovědí. Respondenti měli možnost označit více odpovědí, z tohoto důvodu absolutní četnost vyjadřuje počet odpovědí.

Dotazníková položka č. 23: Může špatná smrt mít podle Vás spojitosti s narušováním důstojnosti umírajících?

Tabulka 28: Vazby mezi špatnou smrtí a narušováním lidské důstojnosti

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Myslím, že v dnešní době špatná smrt neexistuje	3	1,57 %
Naprosto souhlasím	77	40,32 %
Spíše souhlasím	82	42,93 %
Nevím	17	8,90 %
Spíše nesouhlasím	11	5,76 %
Naprosto nesouhlasím	1	0,52 %
Celkem	191	100,00 %



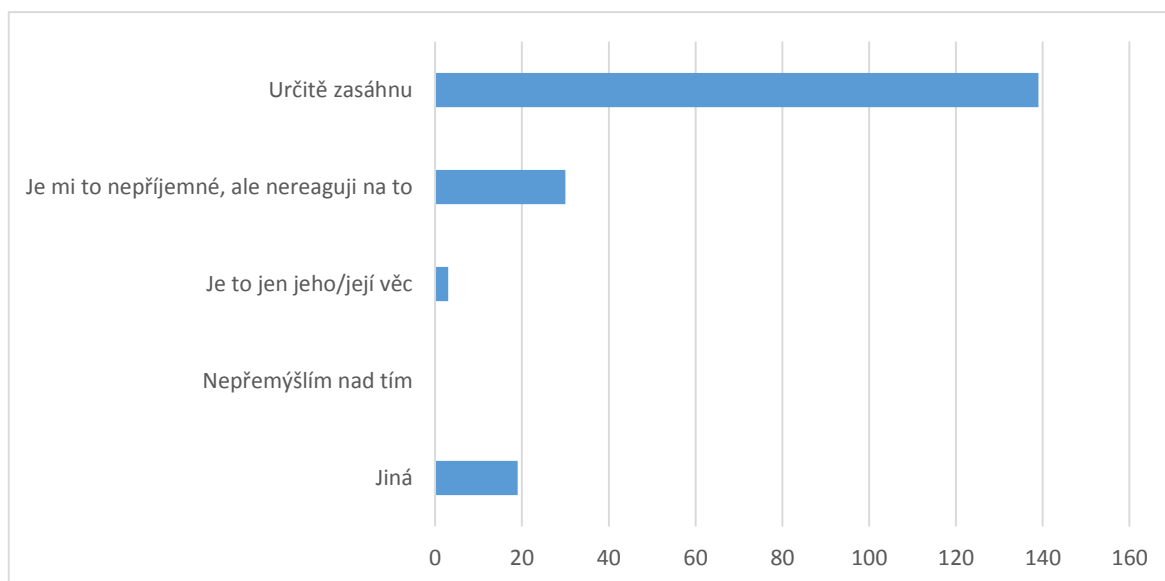
Graf 28: Vazby mezi špatnou smrtí a narušováním lidské důstojnosti

Komentář: Překvapuje nás, že pouze 3 respondenti (1,57 %) zvolili odpověď: *Myslím, že špatná smrt v dnešní době neexistuje*. Odpověď *spíše souhlasím* byla nejpočetněji zastoupenou. Zvolilo ji 82 respondentů, což můžeme vyjádřit jako 42,93 %. Jeden respondent (0,52 %) *naprosto nesouhlasí* s možnými spojitostmi.

Dotazníková položka č. 24: Pokud vidíte, že kolega/kolegyně se chová nedůstojně k umírajícímu (např. nešetrně s ním zachází, má nemístné poznámky, ...), jak se zachováte?

Tabulka 29: Reakce na modelovou situaci č. 4

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Určitě zasáhnu	139	72,77 %
Je mi to nepříjemné, ale nereaguji na to	30	15,71 %
Je to jen jeho/její věc	3	1,57 %
Nepřemýšlím nad tím	0	0,00 %
Jiná	19	9,95 %
Celkem	191	100,00 %



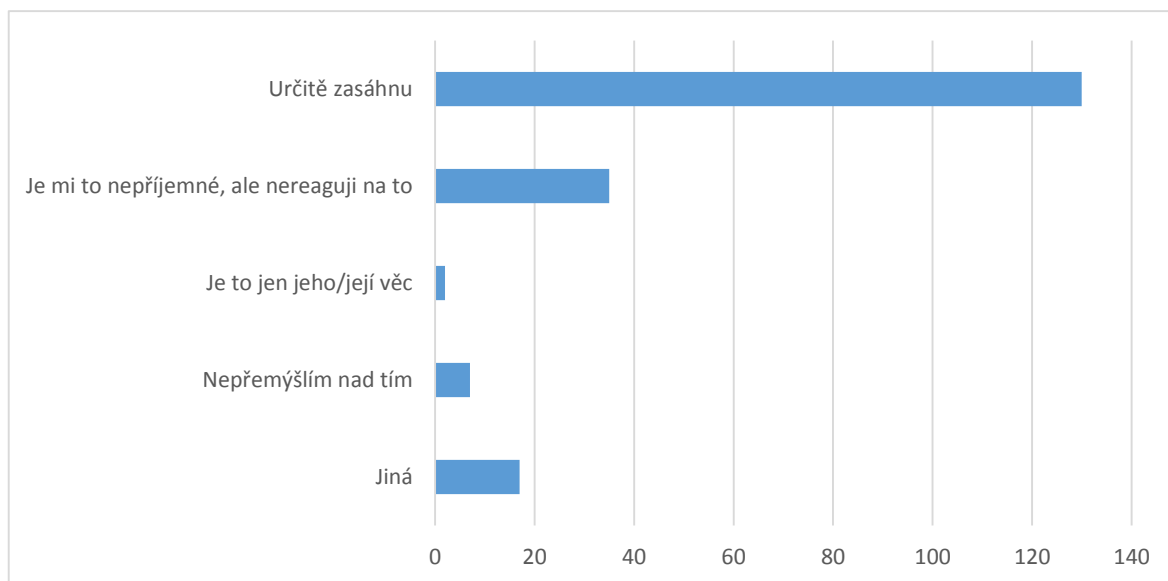
Graf 29: Reakce na modelovou situaci č. 4

Komentář: Až 139 (72,77 %) respondentů by, v případě nedůstojného chování kolegy určitě zasáhlo, 19 (9,95 %) respondentů, jež označili možnost „jiná“ uvádějí, že tato situace je pro ně nepříjemná, ale zasáhnou (odpovědělo 9 respondentů). Další zasáhnou jen pokud se jedná o opakované případy (odpověděli 4 respondenti), nejsem v pozici zasáhnout (odpověděli 3 respondenti) a jiné.

Dotazníková položka č. 25: Pokud byste byl/a svědkem toho, že zřízenec prosektury nešetřně zachází s tělem zemřelého, jak se zachováte?

Tabulka 30: Reakce na modelovou situaci č. 5

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Určitě zasáhnu	130	68,06 %
Je mi to nepříjemné, ale nereaguji na to	35	18,33 %
Je to jen jeho/její věc	2	1,05 %
Nepřemýšlím nad tím	7	3,66 %
Jiná	17	8,90 %
Celkem	191	100,00 %



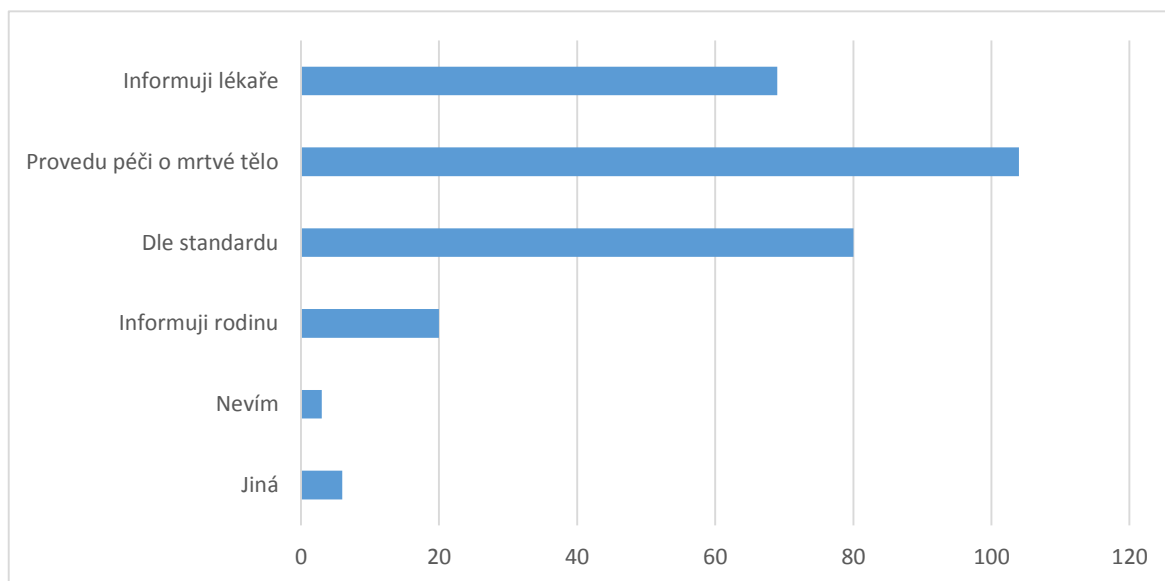
Graf 30: Reakce na modelovou situaci č. 5

Komentář: Až 130 respondentů, což činí 68,06 %, by v případě nešetřného zacházení s tělem zemřelého *zasáhlo*. V možnosti *jiná* nacházíme odpovědi respondentů, kteří *většinou zasáhnou* (odpovědělo 7 respondentů). Poukazují také na to, že *nejsou v pozici*, aby mohli zasahovat nebo že *záleží na intelektu zřízence*, 4 respondenti v rámci *jiných* odpovědí uvádějí, že s takovou situací se ještě nesetkali a tedy neví, jak by reagovali.

Dotazníková položka č. 26: Jak byste postupovala, kdyby během Vaší služby zemřel nemocný?

Tabulka 31: Postup při úmrtí klienta

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Informuji lékaře	69	24,47 %
Provedu péči o mrtvé tělo	104	36,88 %
Dle standardu	80	28,37 %
Informuji rodinu	20	7,09 %
Nevím	3	1,06 %
Jiná	6	2,13 %
Celkem	282	100,00 %



Graf 31: Postup při úmrtí klienta

Komentář: Nejčastěji respondenti uváděli *péči o mrtvé tělo*. Tuto možnost uvádí až 104 respondentů, což můžeme vyjádřit jako 36,88 %. Odpověď *dle standardu* uvedlo 80 respondentů, což představuje 28,37 %. Jsme překvapení z objevení se položky *informuji rodinu*, jelikož tento úkon není v kompetencích NLZP. V možnosti *jiná* nacházíme například: „Přistupuji s úctou.“

Dotazníková položka č. 27: Prostor pro vaše další vyjádření.

Komentář: Tato dotazníková položka nebyla pro respondenty povinná. K tomuto bodu se vyjádřilo 64 respondentů. Jejich vyjádření nejčastěji směřovalo k jejich osobnímu závěru či shrnutí dané problematiky. Velice nás těší, že součástí těchto volných vyjádření byla mnohá poděkování a kladná hodnocení dotazníku. Dále se hojně vyskytovala ocenění za zpracování tabuizovaného tématu.

6 DISKUZE

Na začátku praktické části jste mohli vidět několik cílů. Od této bakalářské práce očekáváme, že tyto cíle naplní. Jako hlavní cíl jsme si stanovili zjistit, zdali a jak je narušována důstojnost klientů v terminálním stádiu v nemocničním prostředí. K dosažení tohoto hlavního cíle vedlo několik dílčích cílů.

Než jsme se vůbec pustili do zjišťování, zdali a jak je narušována důstojnost umírajících klientů, museli jsme nejdřív zjistit, co si naši respondenti z řad nelékařských zdravotnických pracovníků a studentů na VŠ a VOŠZ představují pod pojmem lidská důstojnost. Z otevřených odpovědí respondentů jsme získali jejich představu či charakteristiku lidské důstojnosti. Respondenti vyhodnotili lidskou důstojnost především jako úctu a respekt. Tyto pojmy uváděli především ve spojení k sobě samým i ostatním lidským bytostem. Někteří upozorňují na skutečnost, že lidská důstojnost zůstává s člověkem až do poslední chvíle, proto je nutné lidskou důstojnost chránit. Z tohoto důvodu shledáváme v odpovědích respondentů i odpovědi, které upozorňují na důležitost a dodržování lidských práv, jelikož lidská bytost má právo na důstojnost. Respondenti uvádějí i další charakteristické rysy jako je: morální chování, hodnota lidského života, rovnocennost nebo postavení člověka ve společnosti. Jelikož respondenti vytvořili komplexní představu o lidské důstojnosti, můžeme říci, že cíl č. 1 byl splněn.

Cíl č. 2 byl již orientován na samotné narušování lidské důstojnosti umírajících při ošetrovatelské péči. Součástí tohoto cíle bylo i zjistit jakým způsobem je lidská důstojnost narušována nejčastěji. K tomuto cíli vedlo hned několik otázek. Otázkou č. 5 jsme zjišťovali, zda si respondenti myslí, že dochází k narušování lidské důstojnosti. Tato otázka nám odhalila alarmující zjištění, kdy respondenti nejpočetněji označili možnost *spíše ano*, tato odpověď tvoří 58,12 %, 16,75 % respondentů pak s položenou otázkou *naprosto souhlasí*. Otázka č. 6 pak konkrétně zkoumá jakými způsoby si respondenti myslí, že dochází k narušování lidské důstojnosti nejčastěji. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. V konečném sečtení odpovědí bylo nejpočetněji zastoupeno: nerespektování intimity klienta, nevhodná či nedostatečná komunikace s klientem a ignorace a přehlížení potřeb klienta. Prostřednictvím otázky č. 7 jsme zjišťovali, zda byli respondenti přítomni situace, kdy byla narušena lidská důstojnost. Tato odpověď byla téměř vyrovnaná, což relativně zmírnilo naše rozpoložení z výsledku otázky č. 5. Nicméně jde stále o vysoká čísla. U respondentů, kteří odpovídali

na otázku č. 7 *ano*, jsme dále zjišťovali, o jaké konkrétní situace šlo. Respondenti nejčastěji uváděli oblast komunikace, tato odpověď se vyskytuje i v otázce č. 6. Dále zanedbání péče, což můžeme posoudit jako ignorace a přehlížení potřeb klienta, jež se vyskytuje také v otázce č. 6. Nerespektování intimity klienta, které bylo respondenty uvedeno na prvním místě v rámci otázky č. 6, se v otázce č. 7 objevilo až na čtvrtém místě. Můžeme tedy konstatovat, že představy klientů se relativně shodují s konkrétními situacemi. Nepříjemným zjištěním, avšak očekávaným, se nám stala informace, že lidská důstojnost umírajících je při péči narušována. Podařilo se nám odhalit i nejčastější způsoby.

Jako cíl č. 3 jsme si stanovili zjistit, jak přistupuje zdravotnický personál vůči umírajícímu a jeho rodině. Nejprve prostřednictvím otázky č. 9 zjišťujeme, zda se respondenti již setkali se smrtí. Zjišťujeme, že všichni respondenti již mají nějakou zkušenost se smrtí. Tento fakt je dobrým ukazatelem pro získání navazujících odpovědí. Otázkou č. 10 zjišťujeme postoj respondentů k umírajícím. V součtu všech odpovědí vyčnívá **empatický, profesionální a starostlivý přístup**. Otázkou č. 11 nám respondenti sdělují, že během péče o umírajícího pociťují nejčastěji **úctu, pochopení a odpovědnost**. Otázka č. 12 je orientována na přístup k rodině, kde opět převládá **empatický a starostlivý přístup**. K cíli č. 3 se pojí i veškeré modelové situace uvedené v dotazníku. Výsledky směřující k cíli č. 3 se jeví velice pozitivně. Pokud by zdravotnický personál přistupoval k umírajícím **empaticky, profesionálně a starostlivě** jak uvádí. Jak by mohlo docházet v tak vysokém procentu k narušování lidské důstojnosti, již jsme odhalili prostřednictvím výzkumných otázek směřujících k cíli č. 2? Rádi bychom věřili, že respondenti odpovídali na všechny otázky pravdivě. Mohlo ovšem dojít k situaci, kdy se respondenti nechali ovládnout idealistickou představou o přístupu k umírajícímu i jeho rodině.

Cíl č. 4 je orientován na zjištění, jaké prostředí by si respondenti zvolili pro svůj poslední úsek života. 68,06 % respondentů by si zvolilo umírání v domácím prostředí v kruhu rodiny. Nemocniční prostředí je pak zastoupeno pouze 4,19 %. Otázka č. 16, která zjišťuje, kdo nejvíce pomáhá umírajícímu v poslední fázi života, hovoří jasně o rodině, jako o největší podpoře umírajícího. Život mnoha klientů končí v nemocničních zařízeních, ačkoliv z těchto výsledků zjišťujeme, že přáním mnoha respondentů je umírat v domácím prostředí. Nezapomínejme na přání našich umírajících nejen jako zdravotničtí pracovníci, ale také jako lidské bytosti, jež můžou doprovázet své blízké na cestě ke skonu.

Je otázkou, z jakých důvodů dochází k porušování důstojnosti umírajících klientů. Můžeme předpokládat, že jde o prolínání se více negativních faktorů, mezi které můžeme zařadit:

nedostatek personálu, vysoké pracovní vytížení, nízké ohodnocení, nespokojenost s výkonem profese, syndrom vyhoření či nedostatečné vzdělání v oboru.

Co pro zlepšení této situace můžeme udělat my, je zveřejnit výsledky výzkumu veřejnosti. Tímto způsobem se nám podaří dostat danou problematiku alespoň do podvědomí nelékařských zdravotnických pracovníků.

Pro porovnání naší práce jsme vybrali bakalářskou práci z roku 2008, která nese totožný název: *Lidská důstojnost a umírání*. Autorkou práce je Mária Musilová, která tuto práci vypracovala za odborného vedení MUDr. Violy Svobodové. Tato práce pochází z akademické půdy Masarykovy univerzity v Brně.

Tuto práci jsme vybrali pro srovnání záměrně, jelikož nese podobné znaky jak v teoretické tak empirické části. Mária Musilová se v teoretické části věnuje vymezení pojmu lidské důstojnosti stejně jako my. Zabývá se lidskou důstojností v kontextu židovsko-křesťanské tradice, humanismu a důstojnosti ve zdravotní péči. Zatím co my jsme se snažili vytvořit ucelenou a obecnou představu o lidské důstojnosti. Dále jsme se snažili o přiblížení celkového vývoje důstojnosti v historickém sledu. Na rozdíl od srovnávané práce věnujeme větší pozornost důstojnosti v kontextu ošetrovatelské praxe. Obě práce se také věnují problematice umírání, podobnosti sledujeme zejména v procesu umírání a definování smrti. Avšak naše práce spíše tíhne k ošetrovatelské praxi. Popisujeme vhodné postupy sdělení infaustní diagnózy či charakterizujeme osobnost doprovázejícího, zatímco autorka srovnávané práce věnuje větší pozornost teoretické rovině. V rámci problematiky umírání popisuje i možnosti péče (paliativní péče, domácí a hospicová péče). Od třetí kapitoly se naše práce rozcházejí. Zatímco my věnujeme pozornost péči o umírajícího, Mária Musilová se soustředí na otázku eutanázie a interrupce (Musilová, 2008, 7-32).

Každá bakalářská práce zkoumá ve své empirické části jiný problém. Autorka srovnávané práce chce zdokumentovat jakou hodnotu má pro dotázané lidský život od početí až do smrti, nejen ve zdraví, ale i v nemoci (Musilová, 2008, 7). Zatímco my se snažíme zjistit, zdali a jak je narušována důstojnost klientů v terminálním stadiu v nemocničních zařízeních. Avšak v porovnání dotazníků, které byly použity k získání dat, můžeme sledovat několik podobných otázek např.: schopnost doprovázet klienta, přítomnost blízkých během skonu, otázky dobré a špatné smrti a zkušenost se smrtí (Musilová, 2008, 37-66).

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce se stalo umírání a lidská důstojnost. Toto téma je nejprve popsáno v rámci teoretické části této práce. Soustředili jsme se především na determinaci základních pojmů spojených s danou problematikou. Jak již by zmíněno, jedná se o náročné filozofické téma. Z tohoto důvodu jsme se snažili o zjednodušenou interpretaci informací tak, aby byly tyto informace snadno uchopitelné nelékařským zdravotnickým pracovníkem či laikem. Dále teoretická část popisuje péči o umírajícího, která se soustřeďuje na úlohy sestry v procesu poskytování péče. Zdůrazňujeme i uspokojování potřeb klientů v terminálním stádiu v holistickém pojetí.

Na teoretickou část navazuje část empirická. Hlavním cílem empirické části bylo zjistit, zdali a jak je narušována důstojnost klientů v terminálním stádiu v nemocničních zařízeních. Došli jsme k závěru, že lidská důstojnost umírajících klientů v nemocničních zařízeních je nejčastěji narušována neadekvátní komunikací, zanedbáním péče, což můžeme posoudit jako ignorace a přehlížení potřeb klienta či nešetrnou až hrubou manipulací. Všechny tyto činnosti patří mezi bazální ošetrovatelské činnosti, se kterými se zdravotnický pracovník setkává denně. Proto bychom spíše očekávali, že v takových situacích zdravotnický pracovník nepoškodí lidskou důstojnost klienta. Dílčí cíle, které vedly k dosažení hlavního cíle, byly splněny. Praktická část této práce je zajímavá i vysokým počtem respondentů. Originálně vytvořený dotazník, který jsme použili k získávání dat, obsahoval i mnoho otevřených odpovědí, díky kterým jsme získali cenné informace. Vyhodnocování získaných dat se stalo užitečnou zkušeností i přínosem. Bylo velmi zajímavé a poutavé číst v otevřených odpovědích respondentů.

Problematikou umírání a lidské důstojnosti jsme se zabývali především z toho důvodu, že tato problematika ještě stále patří k spíše tabuizovaným tématům. Avšak musíme konstatovat, že v dnešní době dochází k mírnému zlepšení situace a posunu vpřed a o smrti se začíná „mluvit“. Z čehož se těšíme, jelikož smrt je přirozenou součástí našeho života a života všech organismů. Není tedy důvod o smrti mlčet.

Vytvoření této práce se stalo jakýmsi průvodcem v péči o umírající klienty, jelikož během výkonu naší profese se určitě setkáme s umírajícími klienty. Je velmi důležité, abychom věděli, jak k těmto klientům na konci života přistupovat, tak abychom nepoškodili jejich důstojnost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANZENBACHER, Arno, 1994. *Úvod do etiky*. Praha: Academia. 292 s. ISBN 80-200-0917-5.
- AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5230-3.
- BÁRTOVÁ, Jarmila, 2015. *Přehled patologie*. V Praze: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2745-8.
- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- ČÁP, Juraj, Marián PALENČÁR a Radka KURUCOVÁ, 2016. *Ludská důstojnosť v kontexte smrti a umierania*. Martin: Osveta. 185 s. ISBN 978-80-8063-448-3.
- ČESKÁ ASOCIACE SESTER. ICN - Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. In: *Česká asociace sester* [online]. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/icn-eticky-kodex/>
- FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
- FUNK, Karel, 2014. *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern. 319 s. ISBN 978-80-87580-70-7.
- GARRETT, Thomas M et al., 2010. *Health care ethics: principles and problems*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 342 s. ISBN 978-0-13-218790-9.
- GLUCHMAN, Vasil, 2008. *Úvod do etiky*. 3., dopl. a upr. Vyd. Brno: Tribun EU. 176 s. Librix.eu. ISBN 978-80-7399-552-2.
- HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. 4, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HATOKOVÁ, Mária a kol., 2013. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich: dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach*. 2. upr. vyd. Košice: Equilibria. 244 s. ISBN 978-80-8143-125-8.

- HEŘMANOVÁ, Jana et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. 254 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
- IVANOVÁ, Kateřina, 2005. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-736-8069-6.
- KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KAST, Verena, 2015. *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0789-4
- KRÁTKÁ, Anna, Jana KUTNOHORSKÁ a Martina CICHÁ, 2011. *Ošetrovatelství - morální umění: kapitoly z dějin ošetrovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4201-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1370-5.
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. Etika v ošetrovatelství – její dimenze a perspektiva. In: DORKOVÁ Zlatica a Krátká Anna (eds). *Etické aspekty ošetrovatelské péče v teorii a praxi. Sborník z 1. konference k aplikované etice s mezinárodní účastí, Zlín: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů*, s. 105-111. ISBN 978-80-7013-506-8.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetroující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3171-1.

- MARTINKOVÁ, Vlasta a Markéta VALENTOVÁ, 2008. *Psychologie v ošetrovatelství: studijní opora pro kombinované studium všeobecná sestra*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 61 s. ISBN 978-80-7318-740-8.
- MATOCHOVÁ, Soňa, 2009. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4757-0.
- MEZEY, Mathy D, 2002. *Ethical patient care: a casebook for geriatric health care teams*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. ISBN 08-018-6770-3.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
- MUSILOVÁ, Mária, 2008. *Lidská důstojnost a umírání*. Brno: Masarykova univerzita. 81 s. Bakalářská práce. Vedoucí práce MUDr. Viola Svobodová.
- MZ ČR, 2008. Práva pacienta. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html
- NEŠPOROVÁ, Olga, 2013. *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. 351 s. ISBN 978-80-7325-320-2.
- O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, ISBN 80-247-1295-4.
- PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON, 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- PICO DELLA MIRANDOLA, Giovanni, 2005. *O důstojnosti člověka*. Praha: OIKOYMENH. 135 s. ISBN 80-7298-164-1.
- POKORNÁ, Andrea, 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
- PRUDIL, Lukáš, 2014. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. Praha: Linde Praha. ISBN 978-80-7201-929-8.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol., 2014. *Etické problémy medicína na prahu 21. století: a casebook for geriatric health care teams*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.
- ROTTER, Hans, 1999. *Důstojnost lidského života: [základní otázky lidské etiky]*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-702-1302-7.

- SAUNDERS, Cicely M., Mary. BAINES a R. J. DUNLOP, 1995. *Living with dying: a guide to palliative care*. 3rd ed. New York: Oxford University Press. ISBN 01-926-2514-4.
- SLABÝ, Adolf, 1991. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha. ISBN 80-7066-411-8.
- SLAMKOVÁ, Alica a Ľubica POLEDNÍKOVÁ, 2013. *Klinické a ošetrovateľské aspekty paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta. 146 s. ISBN 978-80-8063-379-0.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK et al, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.
- SOKOL, Jan, 2014. *Etika, život, instituce: pokus o praktickou filosofii*. Praha: Vyšehrad. 260 s. ISBN 978-80-7429-223-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 152 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovateľském procese*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3736-2.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
- ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA, 2004. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4329-4.
- THOMPSON, Ian E et al., 2006. *Nursing ethics*. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier. 411 s. ISBN 0-443-10138-8
- TOMAGOVÁ, Martina, Ivana BÓRIKOVÁ a kol., 2008. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
- TOMEŠ, Igor et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 166 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
- TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procese*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

ULRICHOVÁ, Monika, 2009. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie: [monografie]*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-743-0.

VANÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ, 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 55 s. ISBN 978-80-7395-769-8.

VOLANDES, Angelo E, 2015. *Umění rozhovoru o konci života*. V Praze: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-03-4.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ a kol., 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů, 2004. Praha: Cesta domů, ISBN 80-239-4334-0.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ICN International Council of nurses

NLZP Nelékařský zdravotnický pracovník

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví respondentů	61
Graf 2: Věk respondentů.....	62
Graf 3: Status zdravotnického pracovníka.....	63
Graf 4: Lidská důstojnost v interpretaci NLZP	65
Graf 5: Narušování lidské důstojnosti umírajících očima NLZP	67
Graf 6: Nejčastější formy narušování lidské důstojnosti	68
Graf 7: Přítomnost NLZP během narušování lidské důstojnosti	70
Graf 8: Situace narušování lidské důstojnosti v přítomnosti NLZP	71
Graf 9: Upozornění na narušování lidské důstojnosti.....	73
Graf 10: Předání informace.....	74
Graf 11: Zkušenost se smrtí	75
Graf 12: Postoj NLZP k umírajícímu	76
Graf 13: Pocity NLZP během péče o umírajícího klienta	78
Graf 14: Postoj NLZP k rodině umírajícího klienta	80
Graf 15: Reakce NLZP na modelovou situaci 1	81
Graf 16: Reakce NLZP na modelovou situaci 2	83
Graf 17: Reakce NLZP na modelovou situaci 3	84
Graf 18: Opora umírajících očima NLZP	86
Graf 19: Schopnost doprovázení.....	88
Graf 20: Preferenze NLZP v kontextu volby vhodného prostředí ke skonu	89
Graf 21: Volba respondentů – domácí prostředí.....	90
Graf 22: Volba respondentů – hospic	92
Graf 23: Volba respondentů – nemocniční zařízení	93
Graf 24: Volba respondentů – Jiná	94
Graf 25: Charakteristické rysy dobré smrti dle respondentů	95
Graf 26: Dobrá smrt.....	97
Graf 27: Charakteristické rysy špatné smrti dle respondentů	98
Graf 28: Vazby mezi špatnou smrtí a narušováním lidské důstojnosti.....	100
Graf 29: Reakce na modelovou situaci č. 4	101
Graf 30: Reakce na modelovou situaci č. 5	102
Graf 31: Postup při úmrtí klienta	103

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů	61
Tabulka 2: Věk respondentů	62
Tabulka 3: Status zdravotnického pracovníka	63
Tabulka 4: Lidská důstojnost v interpretaci NLZP	65
Tabulka 5: Narušování lidské důstojnosti umírajících očima NLZP	67
Tabulka 6: Nejčastější formy narušování lidské důstojnosti	68
Tabulka 7: Přítomnost NLZP během narušování lidské důstojnosti	70
Tabulka 8: Situace narušování lidské důstojnosti v přítomnosti NLZP	71
Tabulka 9: Upozornění na narušování lidské důstojnosti	73
Tabulka 10: Předání informace	74
Tabulka 11: Zkušenost se smrtí	75
Tabulka 12: Postoj NLZP k umírajícímu	76
Tabulka 13: Pocity NLZP během péče o umírajícího klienta	78
Tabulka 14: Postoj NLZP k rodině umírajícího klienta	80
Tabulka 15: Reakce NLZP na modelovou situaci 1	81
Tabulka 16: Reakce NLZP na modelovou situaci 2	83
Tabulka 17: Reakce NLZP na modelovou situaci 3	84
Tabulka 18: Opora umírajících očima NLZP	86
Tabulka 19: Schopnost doprovázení	88
Tabulka 20: Preferenze NLZP v kontextu volby vhodného prostředí ke skonu	89
Tabulka 21: Volba respondentů – domácí prostředí	90
Tabulka 22: Volba respondentů – hospic	92
Tabulka 23: Volba respondentů – nemocniční zařízení	93
Tabulka 24: Volba respondentů – Jiná	94
Tabulka 25: Charakteristické rysy dobré smrti dle respondentů	95
Tabulka 26: Dobrá smrt	97
Tabulka 27: Charakteristické rysy špatné smrti dle respondentů	98
Tabulka 28: Vazby mezi špatnou smrtí a narušováním lidské důstojnosti	100
Tabulka 29: Reakce na modelovou situaci č. 4	101
Tabulka 30: Reakce na modelovou situaci č. 5	102
Tabulka 31: Postup při úmrtí klienta	103

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Etický kodex sester

Příloha P II: Práva pacienta

Příloha P III: Dotazník - Lidská důstojnost a umírání

PŘÍLOHA P I: ETICKÝ KODEX SESTER VYPRACOVANÝ MEZINÁRODNÍ RADOU SESTER

1. Sestry a lidé/občané

- Sestra má profesní odpovědnost především vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.
- Při poskytování péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.
- Sestra se stará o to, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.
- Osobní informace o pacientovi chrání sestra jako důvěrné a tyto informace sděluje dalším lidem pouze po pečlivé úvaze.
- Sestra je spolu se společností odpovědná za zahájení a podporu aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.
- Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich práce/praxe

- Sestra nese osobní odpovědnost za svou ošetrovatelskou praxi a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným studiem.
- Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.
- Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.
- Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.
- Sestra se při poskytování péče stará o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a jejich povolání

- Sestra hraje rozhodující roli při určování a realizaci přijatelných norem klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.
- Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.
- Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování slušných/spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

- Sestra udržuje vztahy spolupráce se svými spolupracovníky z oboru ošetrovatelství a dalších oborů.
- Sestra podnikne odpovídající kroky, aby ochránila občany, když je jejich péče ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

Převzato z: (Česká asociace sester)

PŘÍLOHA P II: PRÁVA PACIENTA

Práva pacienta

Právo na zdravotní péči

Máte ústavně zaručené právo na zdravotní péči, její dostupnost i spravedlivý přístup podle vašich potřeb. Máte právo na profesionální péči, právo aktivně spolupracovat při lékařských výkonech, právo sami se svobodně rozhodovat o vašem osudu.

Právo na informovaný souhlas

Jakýkoli výkon v oblasti péče o zdraví může být proveden pouze za podmínky, že k němu poskytnete svobodný a informovaný souhlas (*výjimkou jsou případy v zákoně výslovně uvedené, kdy vám může být péče poskytnuta i bez vašeho souhlasu - je-li vám uložena povinné léčení; jde-li o nosiče závažné přenosné nemoci; jevíte-li známky duševní choroby nebo intoxikace a zároveň ohrožujete sebe nebo své okolí; není-li možné vzhledem k vašemu zdravotnímu stavu vyžádat si souhlas a jde o neodkladné výkony k záchraně vašeho života či zdraví*).

Abyste mohli poskytnout k vyšetřovacímu či léčebnému výkonu váš souhlas, musíte vědět, s čím máte souhlasit. Máte tedy právo být informován o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Na základě těchto informací máte právo svobodně, bez nátlaku a s dostatkem času na rozvážení a s možností klást doplňující dotazy se rozhodnout, zda navrhovaný výkon podstupíte.

Právo odmítnout zdravotní výkon

Máte právo, poté co jste byli náležitě informováni o potřebném zdravotním výkonu i případných následcích jeho neposkytnutí pro vaše zdraví, přesto potřebnou péči odmítnout. V takovém případě si váš ošetřující lékař vyžádá od vás písemné prohlášení (písemný reverz) o odmítnutí zdravotního výkonu či hospitalizace, opatřený vaším podpisem.

Právo na informace

Máte právo znát veškeré informace shromažďované o vašem zdravotním stavu ve zdravotnické dokumentaci nebo v jiných zápisech, které se vztahují k vašemu zdravotnímu stavu. V případě, že se nespokojíte s ústně podanou informací ze strany zdravotnických pracovníků, máte právo na zpřístupnění zdravotnické dokumentace k nahlížení, máte rovněž právo na pořizování jejich výpisů, opisů či kopií, a to ve lhůtě do 30 dnů od podání žádosti danému zdravotnickému zařízení.

Právo nebýt informován

Poučení o zákroku je vaším právem, ale máte rovněž i právo nebýt informován, máte právo se takového poučení zcela vzdát nebo pověřit k přijetí poučení jinou osobu (osobu blízkou nebo jakoukoliv jinou osobu, kterou si sami určíte).

V případě, že sdělení informací je však ve vašem zájmu či v zájmu ochrany ostatních osob (např. jedná-li se o infekční onemocnění), budete ze strany zdravotnických pracovníků informován i přesto, že poučení o svém zdravotním stavu odmítáte.

Právo na ochranu soukromí

Máte právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o vašem zdraví. Je pouze na vás, zda si přejete, aby údaje o vašem zdravotním stavu byly sdělovány dalším osobám. Jste to především vy, kdo můžete zdravotnické pracovníky zprostit jejich povinné mlčenlivosti ve vztahu ke všem údajům, které jste jim během svého pobytu ve zdravotnickém zařízení sdělili. Bez vašeho souhlasu může lékař i jiní zdravotničtí pracovníci sdělovat údaje o vašem zdravotním stavu pouze za přísných zákonem stanovených podmínek a přesně vymezenému okruhu osob.

Právo na určení osob i rozsahu poskytovaných informací

Máte právo určit si osobu či osoby, které mohou být informovány o vašem zdravotním stavu, a máte právo určit si rozsah informací, které jim mohou být poskytovány. Touto osobou může být jak příslušník rodiny, tak i kterákoliv jiná osoba bez příbuzeneckého vztahu. Při určení osoby, která může být informována o vašem zdravotním stavu zároveň určíte, zda této osobě náleží též právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo na pořizování jejích výpisů, opisů či kopií.

Máte rovněž právo vyslovit úplný zákaz s podáváním informací o vašem zdravotním stavu jakékoliv osobě. Určení jednotlivých osob nebo vyslovení zákazu podávání informací můžete kdykoliv změnit či zcela odvolat.

Právo na svobodnou volbu lékaře a právo na svobodnou volbu zdravotní pojišťovny

Až na výjimky umožňuje každému z nás, aby využil své právo na svobodnou volbu lékaře a právo na výběr zdravotnického zařízení (nemocnice). Výkon tohoto práva však není naprosto neomezený. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pacienta do své péče tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pacienty, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého bydliště pro výkon návštěvní služby. Odmítne-li lékař či zdravotnické zařízení přijmout pacienta a cítí-li se tímto jednáním poškozen, má pacient právo na písemné potvrzení odmítnutí s uvedením důvodu. S tímto dokladem je pak možné se obrátit na svou pojišťovnu či zřizovatele zdravotnického zařízení (nemocnice).

Poskytnout zdravotní péči však musí lékař vždy v akutních případech, kdy hrozí bezprostředně újma na zdraví či životě pacienta. Takto provedené výkony pojišťovna pacienta lékaři proplatí, a to i pokud není smluvním lékařem. V těchto případech je vždy nutné trvat na ošetření zdravotnickým personálem daného zdravotnického zařízení (nemocnice).

Každý pacient má právo též na svobodný výběr zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců. Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužívá a dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte.

V případě zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou jsou pojištěnci oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k 1. dni kalendářního měsíce, nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce.

Právo osob blízkých na informace o zdravotním stavu pacienta

Jestliže pacient je ve stavu, kdy nemůže určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, mají právo na aktuální informace o zdravotním stavu pouze osoby blízké (*osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně počítávala jako újmu vlastní*).

Práva osob pozůstalých

Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, pokud byla provedena, mají osoby blízké zemřelému pacientu, pokud se pacient za svého života nevyslovil jinak a sdělování těchto informací některé osobě blízké či všem nezakázal. Tyto osoby mají rovněž právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, jakož i právo na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů. Uvedená práva náleží případně i dalším osobám určeným pacientem za jeho života.

Jedině osoby blízké a pouze tehdy, je-li to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob mají v případě, že zemřelý pacient vyslovil zákaz poskytování informací o jeho zdravotním stavu, právo na informace o zdravotním stavu, včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie, a to pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví.

Převzato z: (MZ ČR, 2008)

PŘÍLOVA P III: DOTAZNÍK – LIDSKÁ DŮSTOJNOST A UMÍRÁNÍ

15. 5. 2017

Lidská důstojnost a umírání

Upozornění: Je zobrazen náhled na dotazník, ve kterém nedochází k ukládání dat. Pokud chcete dotazník vyplnit, klikněte zde (<https://www.surveio.com/survey/d/R8G0Z4H5F6L6Q5N6B>).

Lidská důstojnost a umírání

Dobrý den,

jmenuji se Adriana Benešová a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a zpracovávám bakalářskou práci s názvem *Lidská důstojnost a umírání*. Věnujte prosím několik minut svého času vyplněním následujícího dotazníku. Dotazník je určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky a studenty zdravotnických oborů na VŠ a VOŠZ.

Prosím o vyplnění všech otázek, pokud tak neučiníte, dotazník se stává neplatným.

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

Pokud není uvedeno jinak, označte jen jednu odpověď a to tu, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru. U volných odpovědí prosím odpověď doplňte.

Děkuji za Váš čas.

1

Jste?

- muž
 žena

2

Do které věkové kategorie patříte?

- do 20 let
 21 až 30 let
 31 až 45 let
 46 až 60 let
 61 a více

3

Jste?

- sanitář/ka

15. 5. 2017

Lidská důstojnost a umírání

- ošetřovatel/ka
- zdravotnický asistent
- všeobecná sestra
- student/ka zdravotnického oboru na VŠ
- student/ka zdravotnického oboru na VOŠZ
- pokud jste student/ka zdravotnického oboru na VŠ/VOŠZ doplňte obor

Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

4

Co si představujete pod pojmem lidská důstojnost?

 Napište odstavec

Zbývá 1500 znaků

5

Myslíte si, že je během hospitalizace v nemocničním zařízení narušována lidská důstojnost umírajícího?

Pokud jste odpověděl/a "naprosto souhlasím", "spíše souhlasím" vyplňte prosím otázku č. 6, jinak pokračujte otázkou č. 7.

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

6

Jak je podle Vás nejčastěji narušována během hospitalizace lidská

- nevhodná či nedostatečná komunikace s klientem
- nevhodné poznámky na adresu klienta
- ignorace, přehlížení klienta a jeho potřeb
- nerespektování intimity klienta
- nereagování na signalizaci
- familiární oslovování klienta
- nešetrnost až hrubost během manipulace s klientem
- potlačení svobodného rozhodnutí klienta
- nadměrné tlumení klienta
- jiná - doplňte

Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

7

Byl/a jste někdy přítomen/na situace, kdy byla narušena lidská důstojnost umírajícího?

Pokud jste odpověděl/a ne, pokračujte otázkou č. 9.

- ne
- pokud ano, popište stručně situaci.

Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

8

Pokud ano, upozornil/a jste na tuto skutečnost?

- ne
- pokud ano, koho jste upozornil/a?

Napište odpověď

9

Setkal/a jste se již se smrtí?

Můžete označit více odpovědí.

- ano, v práci
- ano, v rodině
- ne
- ano, v jiném vztahu

Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

10

Jaký postoj zaujímáte k umírajícímu?

Můžete označit více odpovědí.

- empatický
- odosobněný
- profesionální
- udržuji si odstup
- starostlivý
- lhostejný
- neutrální
- se smrtí jsem se nesetkal/a
- Jiná - doplňte

Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

11

Při péči o umírajícího pociťuji?

Můžete označit více odpovědí.

- pochopení
 - lítost
 - nervozitu
 - odpovědnost
 - lhostejnost
 - netrpělivost
 - úctu
 - Jiná - doplňte
- Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

12

Jaký postoj zaujímáte k rodině klienta?

Můžete označit více odpovědí.

- empatický
 - ignoruji je
 - starostlivý
 - lhostejný
 - neutrální
 - Jiná - doplňte
- Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

13

Představte si situaci, kdy máte mnoho práce na oddělení. Osloví Vás rodinní příslušníci a vyjádří Vám nespokojenost s péčí o umírajícího klienta. Jak budete reagovat?

15. 5. 2017

Lidská důstojnost a umírání

- omluvím se, dál se situací nezabývám
- zkontroluji aktuální stav klienta, dle situace přiznám nedostatky nebo svoji péči obhájím
- ubezpečím rodinné příslušníky o maximální péči o klienta, bez kontroly aktuálního stavu klienta
- příslibím nápravu stavu klienta a pracuji dál
- Jiná - dopřte
- Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

14

Představte si situaci, kdy pečujete, o umírajícího klienta s poruchou vědomí. Budete takového klienta informovat o všech výkonech, které se u něj chystáte provést?

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

15

Představte si situaci, kdy umírající klient s poruchou vědomí, se Vás snaží během Vaší směny opakovaně přivolat pomocí signalizačního zařízení. Když, přijdete na pokoj, nereaguje na Vaše otázky. Jak budete řešit tuto situaci?

Můžete označit více odpovědí.

- informuji lékaře
- zkontroluji aktuální stav klienta
- ignoruji opakovanou signalizaci
- Jiná - doplňte
- Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

16

Kdo nejvíce pomáhá podle Vás umírajícímu v poslední fázi života?*Můžete označit více odpovědí.*

- rodina
- přátelé
- víra
- zdravotničtí pracovníci
- sám nemocný
- seberealizace
- Jiná - dopňte

Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

17

Jste schopen/na doprovázet umírajícího?

- určitě ano
- spíše ano
- nevim
- spíše ne
- určitě ne

18

Co byste Vy osobně upřednostnil/a?

- umírání v domácím prostředí v kruhu rodiny
- hospic
- nemocniční zařízení
- Jiná - doplňte

Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

19

Z jakých důvodů byste si takto vybral/a?*Doplňte prosím.* Napište větu

Zbývá 250 znaků

20

Co si představujete pod pojmem dobrá smrt?*Doplňte Váš názor, děkuji.* Napište odstavec

Zbývá 1500 znaků

21

Myslíte si, že existuje dobrá smrt?

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

22

Co si představujete pod pojmem špatná smrt?

 Napište odstavec

Zbývá 1500 znaků

23

Může špatná smrt mít podle Vás spojitost s narušováním důstojnosti umírajícího?

- myslím, že v dnešní době špatná smrt neexistuje
- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

24

Pokud vidíte, že kolega/kolegyně se chová nedůstojně k umírajícímu (např. nešetrně s ním zachází, má nemístné poznámky ...), jak se zachováte?

- určitě zasáhnu
 - je mi to nepříjemné, ale nereaguji na to
 - je to jen jeho/její věc
 - nepřemýšlím nad tím
 - Jiná - doplňte
- Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

25

Pokud byste byl/a svědkem toho, že zřízenec prosektury nešetrně zachází s tělem zemřelého, jak se zachováte?

- určitě zasáhnu
- je mi to nepříjemné, ale nereaguji na to
- je to jen jeho/její věc
- nepřemýšlím nad tím
- Jiná - doplňte

Napište odpověď

Zbývá 100 znaků

26

Jak byste postupoval/a, kdyby během Vaší služby zemřel nemocný?*Prosím o stručný popis.* Napište odstavec

Zbývá 1500 znaků

27

Prostor pro Vaše další vyjádření. Napište odstavec

Zbývá 1500 znaků

ODESLAT DOTAZNÍK