

Důstojné umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků

Lucie Dorotíková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Dorotíková**

Osobní číslo: **H15008**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Důstojné umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků**

Zásady pro vypracování:

Vypracování rešerší a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek důstojnosti, umírání, paliativní péče a eutanazie.

Příprava metodiky výzkumu.

Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, diskuze a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KELNAROVÁ, Jarmila. Tanatologie v ošetrovatelství. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

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

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. On Death & Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy & Their Own Families. New York: Scribner, 2014. ISBN 978-1-4767-7554-8.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Eutanazie – pro a proti. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

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

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

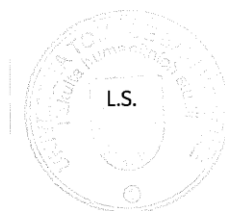
Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



Mgr. Jana Doleželová /
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 7. 2. 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 nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

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

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

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

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či 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). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku Důstojného umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. Teoretická část, sestávající se ze čtyř kapitol, popisuje lidskou důstojnost, umírání a smrt, paliativní péči a eutanazii. Všechna tato témata jsou dále rozpracována v kontextu ošetrovatelství. Praktická část mapuje názory nelékařských zdravotnických pracovníků na danou problematiku. Kvantitativní výzkum je realizován technikou dotazníku.

Klíčová slova: lidská důstojnost, důstojné umírání, smrt, paliativní péče, eutanazie, pomáhající profese, nelékařský zdravotnický pracovník

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on dignified dying from the perspective of non-medical staff. The theoretical part, consisting of four chapters, describes human dignity, dying and death, palliative care and euthanasia. All these topics are further elaborated in the context of nursing. The practical part maps the opinions of non-medical staff on the given issue. Quantitative survey is realized via questionnaires.

Keywords: human dignity, dignified dying, death, palliative care, euthanasia, helping profession, non-medical staff

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské 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 dne 17. 5. 2019

Lucie Dorotíková

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc., za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost a laskavost při psaní této práce. Bez její pomoci bych těžko dospěla k úspěšnému cíli. Dále děkuji všem respondentům, kteří se ochotně zúčastnili dotazníkového šetření, a také své rodině za podporu během celého studia.

Lucie Dorotíková

Motto:

„Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický životní úkol završuje.“

MUDr. Marie Svatošová

OBSAH

ÚVOD	12
I TEORETICKÁ ČÁST	14
1 LIDSKÁ DŮSTOJNOST	15
1.1 HISTORICKÝ POHLED NA LIDSKOU DŮSTOJNOST	15
1.2 LIDSKÁ DŮSTOJNOST V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI.....	18
1.2.1 Dignitogeneze	20
1.2.2 Maligní vzorce chování	21
1.3 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI	23
1.3.1 Univerzální deklarace lidských práv (1948)	23
1.3.2 Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnost lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (1997)	24
1.3.3 Charta práv umírajících (1999)	24
2 UMÍRÁNÍ A SMRT	26
2.1 DETERMINACE POJMŮ	27
2.1.1 Mozková smrt.....	29
2.1.2 Klinická smrt.....	30
2.2 SMRT NEEXISTUJE	31
2.3 NÁBOŽENSKÉ ASPEKTY UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	34
2.3.1 Islám	35
2.3.2 Judaismus	37
2.3.3 Křesťanství	37
2.3.4 Hinduismus	38
2.3.5 Buddhismus.....	39
3 PALIATIVNÍ PÉČE	42
3.1 PALIATIVNÍ PÉČE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI.....	43
3.1.1 Představa umírajícího pacienta o laskavé péči	44
3.2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA	44
3.2.1 Potřeby biologické	45
3.2.2 Potřeby psychologické	45
3.2.3 Potřeby sociální	46
3.2.4 Potřeby spirituální	46
3.3 ZÁSADY KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM PACIENTEM A JEHO RODINOU	48
3.3.1 Sdělování diagnózy	50
3.4 FÁZE DLE ELISABETH KÜBLER-ROSS	51
3.5 KONFRONTACE DÍTĚTE SE SMRTÍ.....	54
4 EUTANAZIE	57
4.1 FORMY EUTANAZIE	58
4.2 PRÁVNÍ A ETICKÁ PROBLEMATIKA EUTANAZIE.....	59
4.2.1 Hippokratova přísaha	59
4.2.2 Deklarace Světové lékařské asociace (1987)	59
4.2.3 Etický kodex České lékařské komory (1996)	60

4.3	ARGUMENTY PRO A PROTI EUTANAZII	60
II	PRAKTICKÁ ČÁST	61
5	CÍLE	62
5.1	METODIKA VÝZKUMU	62
5.2	DESIGN VÝZKUMU.....	63
5.3	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	63
5.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR	63
6	ANALÝZA A INTERPETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	64
7	DISKUZE	79
	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	87
	SEZNAM TABULEK.....	88
	SEZNAM GRAFŮ	89
	SEZNAM PŘÍLOH.....	90

ÚVOD

Práce zdravotnického pracovníka je v oblasti pomáhajících profesí jednou z nejnáročnějších. S nadsázkou můžeme říci, že být všeobecnou sestrou není povolání, ale poslání. Jeho součástí je každodenní kontakt s nemocnými, sdílení jejich stesků, starostí či problémů, a ve velké míře také doprovázení na cestě životem – včetně jeho konečné fáze.

Toto téma je v současné době velmi tabuizováno. Je však třeba si uvědomit, že smrt je jediná jistota, která nás nemine (Kelnarová, 2007, s. 12). V rámci absolvování odborné praxe v mnoha zdravotnických zařízeních jsme byli svědky situacím, kdy profesionálové pečovali o umírajícího pacienta, a bohužel v některých případech absolutně nešlo tyto okolnosti umírání označit za „důstojné“. V této bakalářské práci bychom se tedy rádi zabývali právě problematikou umírání a smrti, a to zejména z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků.

Bakalářská práce se dělí na „Teoretickou část“ a „Praktickou část“.

Teoretická část práce se skládá ze čtyř kapitol. V první kapitole, nazvané Lidská důstojnost, nalezneme etymologický původ a definici pojmu důstojnost, historický pohled na ni, dále pojetí konceptu lidské důstojnosti v ošetrovatelské praxi, kdy se budeme blíže zabývat dignitogenezi či maligními vzorci chování ze strany nelékařských zdravotnických pracovníků, a v neposlední také zakotvení tohoto tématu v právních dokumentech.

Druhá kapitola se blíže zabývá problematikou umírání a smrti. Definujeme tyto pojmy a nastíníme je z několika různých úhlů pohledu. Charakterizujeme smrt mozkovou, její konstatování či jisté a nejisté známky smrti. Dále se seznámíme s fenoménem smrti klinické a jevem NDE. Nechybí zde ani velmi diskutabilní podkapitola s názvem Smrt neexistuje, podložená názory Elisabeth Kübler-Ross či Jeho Svatosti Dalajlamy. Třetí podkapitolou problematiky umírání a smrti jsou náboženské aspekty, kde nalezneme vybraná náboženství v kontextu multikulturního ošetrovatelství.

Ve třetí kapitole se zaměříme na paliativní péči – její definici, charakteristiku, základní principy a cíle. Seznámíme se s problematikou dehumanizace a institucionalizace smrti. Práce dále popisuje potřeby terminálně nemocných a také základy komunikace s nimi ve vztahu k ošetrujícím personálu. Nastíníme také pět stadií psychické odezvy pacienta na jeho závažné onemocnění, jak je definovala doktorka Kübler-Ross, stejně jako konkrétní intervence adekvátní pro jednotlivá stadia. V poslední podkapitole stručně uvedeme téma

konfrontace dítěte se smrtí a samozřejmě také dětské pojetí smrti v různých fázích ontogeneze.

Čtvrtá, a tedy poslední kapitola teoretické části této bakalářské práce se zabývá kontroverzním tématem eutanazie, jenž je nyní velmi aktuální. Seznámíme se s etymologickým původem a také vybranými definicemi pojmu eutanazie. Dále blíže rozebereme její jednotlivé formy (zejména eutanazii aktivní a pasivní, asistované suicidium, apod.) a samozřejmě také právní zakotvení této problematiky. V samotném závěru kapitoly definujeme argumenty pro a proti legalizaci eutanazie v ČR.

Praktická část, která neodmyslitelně souvisí s částí teoretickou, s níž dohromady tvoří jeden kompaktní celek, je velmi důležitým prvkem této bakalářské práce. Nalezneme zde hlavní i dílčí cíle práce, stejně jako hypotézy, vztahující se k těmto cílům. Empirická část dále popisuje výzkumné šetření, realizované technikou dotazníku, jenž byl autorkou originálně vytvořen. Výsledky šetření jsou přehledně prezentovány v tabulkách a grafech. V závěru bakalářské práce pak můžeme vidět diskuzi, hodnotící naplnění stanovených cílů, stejně tak i komparaci s jinou bakalářskou prací, zabývající se tématem umírání a smrti ve zdravotnickém zařízení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 LIDSKÁ DŮSTOJNOST

Termín důstojnost má svůj původ v latinském *dignus* nebo *dignitas*, což můžeme přeložit jako povinnost úcty, pocty a určitého respektu. Ačkoliv tento pojem často nacházíme, zejména v lékařské a zdravotnické literatuře, neshledáváme jeho dostatečné vymezení a striktní definici. „I když nejsme schopni termín důstojnost přesně definovat, všichni přece toto doporučení ve své práci vnímáme a dodržujeme“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 51). Obecně však můžeme říci, že lidská důstojnost je vlastní, nezcizitelná a univerzální, tedy náleží každému člověku jako příslušníku svého rodu, týká se všech lidských bytostí, a proto ji lze označit za jednu z největších hodnot lidské existence vůbec (Heřmanová a kol., 2012, s. 71, 76).

1.1 Historický pohled na lidskou důstojnost

Idea lidské důstojnosti je velmi problematičtá a z historického hlediska nacházíme mnoho různých pojetí a vysvětlení.

Staří Řekové a Římané chápou důstojnost jako veličinu, kterou může člověk pomocí svého jednání zvětšit či zmenšit, avšak není jejím nositelem. Důstojnost je zde pokládána za autoritu osoby, která si zaslouží pozornost, úctu a je hodna respektu, a současně předpokládá určitou důstojnost každého člověka a lidskou vzájemnost (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 51).

Judaismus zakládá důstojnost člověka na faktu, že Bůh jej stvořil k obrazu svému – Geneze 1, 26-27: „Bůh řekl: Učiňme člověka, aby byl naším obrazem podle naší podoby ... Bůh stvořil člověka, aby byl jeho obrazem, stvořil ho, aby byl obrazem Božím ...“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 53).

Křesťanství ji ještě umocňuje tím, že v Kristu se spojil Bůh a člověk v jednu osobu. Proto je tedy důstojnost přisuzována každému člověku. „Taková důstojnost nepředstavuje konečný cíl, ale podmínku pro umožnění dobrého života. Je-li jednání v souladu s Božím záměrem, není lidská důstojnost znevážena“ (Heřmanová a kol., 2012, s. 73).

V období renesance a humanismu popisuje roku 1486 ve své řeči *O důstojnosti člověka* (*De dignitate hominis*) renesanční filozof, hrabě Giovanni Pico della Mirandola, myšlenku důstojnosti člověka a jeho schopnost vybrat si ve Vesmíru místo, které by mohl obsadit. Mirandola vysvětluje důstojnost jako moc člověka ovládnout přírodní síly a využít svých schopností (Heřmanová a kol., 2012, s. 72-74). Ve spisu se dále dozvíme, že Saracén Abdulláh,

„saracénský prorok a služebník Boží“, na otázku, jaká podívaná je na tomto světě nejvíce hodna obdivu, odpověděl, že nelze spatřit větší zázrak, nežli člověka. S tímto názorem srovnajme výrok Merkurův – „člověk je velký div a bytost hodna úcty a obdivu“. Pico della Mirandola ve své řeči dále uvádí: „Nakonec se mi zdálo, že jsem pochopil, proč právě člověk je tím nejbláženějším, a tedy i nejobdivuhodnějším mezi živými tvory, a jaké je to postavení, které mu připadlo v uspořádání veškerenstva a které mu mohou závidět nejenom nerozumná stvoření, ale i hvězdy a myslí prodlévající nad tímto světem. Je to věc neuvěřitelná a podivuhodná. A jak by také nebyla? Vždyť právě ona je tím důvodem, proč se o člověku oprávněně nejenom říká, ale i skutečně soudí, že je to velký div a živá bytost hodná pravého obdivu“ (Pico della Mirandola, 2005, s. 55).

Anglický filozof Thomas Hobbes přirovnává lidskou důstojnost k tržní ceně – především v souvislosti s původem, postavením, mocí, silou či talentem, stejně jako přisuzujeme cenu věcem jiným. Záleží pak na úsudku společnosti, komu tuto hodnotu přiřadí (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 52).

Immanuel Kant v 18. století pojímá důstojnost (*Würde*) jako vnitřní, vrozenou a inherentní hodnotu, kterou má každý člověk a je lidské bytosti vlastní. Chápe důstojnost jako respekt, který on sám chová k ostatním, a podobně ostatní mohou chtít od něj. Jedná se tedy o hodnotu, jež v žádném případě nelze posuzovat jako tržní. Podle Váchy a kol. (2012, s. 37) existují věci, které mají svou tržní hodnotu a cenu, ale také věci, u kterých tato otázka postrádá smysl – například člověk. S nadsázkou můžeme říci, že Kantovi připadá beze smyslu ptát se, kolik korun by stál člověk. Vše, co nejsme schopni vyjádřit ekvivalentem, nemá cenu, nýbrž důstojnost. Nikdy nemůžeme zacházet s tím, co má svou důstojnost, jako s prostředkem. Druhého člověka tedy nemůžeme „používat“, stejně jako používáme věci a nelze jej chápat jako prostředek určený k dosažení našich cílů. „V souladu s učením Kanta můžeme důstojnost považovat za úctu vyžadující vnitřní hodnotu lidské bytosti vlastní. V jeho spisech se nacházejí i citace, že lidství samotné je důstojnost. A ostatně druhá formulace jeho kategorického imperativu zní: *Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek*“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 52).

Jednat důstojně tedy ve své podstatě znamená dle Kanta jednat rozumně a mravně.

Dále je důležité připomenout, že člověk jakožto jediná živá bytost má schopnost sám o sobě přemýšlet a rozhodovat, být svým vlastním pánem a určovat životní směr. To vše také tvoří jeho osobní důstojnost (Rotter, 1999, s. 25).

Obecně můžeme říci, že různí filozofové vysvětlují důstojnost člověka rozdílně. Stejně tak je nejednotné samotné pojetí důstojnosti. Roku 2003 byl Evropskou komisí vypracován projekt „Důstojnost a starší Evropané“, vymezující čtyři formy lidské důstojnosti:

- důstojnost zásluh – souvisí se zastávanou funkcí, statutem člověka ve společnosti, je spjata s ekonomickou a sociální situací jedince; při ztrátě společenského postavení však může pominout,
- důstojnost mravní síly – je podmíněna mravní integritou a souladem s mravními zásadami, do jisté míry je variabilní a proměnlivá chováním daného jedince ve společnosti a jeho vystavení nátlaku,
- důstojnost osobní identity – souvisí s celoživotní (kontinuální) identitou jedince, je tedy typicky spojována se staršími lidmi; ústředními prvky jsou zde zodpovědnost, sebereflexe, sebeúcta, vědomí vlastního já, schopnost začlenit se do společnosti a nalézt smysl svého života,
- důstojnost lidské bytosti – můžeme ji označit za objektivní základnu pro všechna pojetí lidské důstojnosti. Tato poslední forma je i anglicky hovořícími autory determinována německým *Menschenwürde*, jenž se odvolává k nezczitelné hodnotě lidských bytostí. *Menschenwürde* se váže k obecnému lidství jako univerzálnímu konceptu základních lidských práv, přesněji k jeho nadosobním hodnotám: univerzální hodnotě lidských bytostí, nesmrtnosti lidské duše a dále také náboženskému pojetí člověka, který měl být stvořen k obrazu božímu. Obecně můžeme říci, že *Menschenwürde* dává opodstatnění mravnímu požadavku úcty vůči všem lidem, a to bez ohledu na jejich fyzický, psychický nebo sociální stav (Heřmanová a kol., 2012, s. 79-80; Kalvach, 2011, s. 53).

„Koncept *Menschenwürde* je kromě jiného apriorním zdůvodněním důsledné ochrany těch lidských bytostí, které si etický kodex dění vůbec či z podstatné části neuvědomují, např. lidí v bezvědomí, s těžkou demencí či mentální retardací. Ochrana důstojnosti těchto nejbezbrannějších, případně nevnímajících klientů má také zásadní dopad na jejich rodiny, na spolupacienty a v neposlední řadě na personál daného zařízení a kulturnost celé společnosti“ (Kalvach, 2011, s. 53).

1.2 Lidská důstojnost v ošetrovatelské praxi

Hovoříme-li o lidské důstojnosti v životě, nepřisuzujeme ji jen zdravým lidem, ale i lidem starým, nemocným, slabým či jinak postiženým. Náleží člověku už jen proto, že je člověkem. Důstojnost nelze získat, ztratit, zmenšit či znásobit. Nemůžeme tedy důstojnost člověka spojovat se schopnostmi, výkonem, bohatstvím a mocí, inteligencí, věkem nebo zdravotním stavem – umírající má stejnou vnitřní důstojnost jako významný nositel Nobelovy ceny. Z tohoto faktu pak pramení stejné zacházení, spravedlnost a rovnost všech lidských bytostí a v neposlední řadě také lidská práva (Heřmanová a kol., 2012, s. 79-80; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 56).

Musíme ovšem zdůraznit, že právě proces umírání je velkým útokem na důstojnost nemocného. „Je nesmírně důležité porozumět tomu, že důstojnost je nejen záležitostí intra- ale i intersubjektivní. Jde o žitou zkušenost důstojnosti, která se týká jak nemocných, tak i těch, kteří je ošetřují“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 56).

Není však snadné rozhodnout, jak ospravedlnit postavení člověka, v řádu přírody tolik výjimečné. Ve většině případů popisujeme lidskou důstojnost jako schopnost abstrakce, tvoření pojmů a myšlení. Díky těmto kritériím je člověk schopen reflexe vlastního já, tedy sebe sama. V důsledku této reflexe si je lidská bytost vědoma své smrtelnosti, časového omezení života a buduje si životní rozvrh. Jelikož nikdo z nás nechce prožít svůj život špatně, zjišťujeme, že podstatným tématem úvah člověka je otázka, jak dobře žít. Již athénský filozof Sokrates přišel s výměrem dobrého života - být v souladu jak sám se sebou, tak se všemi lidmi okolo. Z tohoto faktu tedy můžeme odvodit, že každý lidský život (i nezdařený) lze považovat za pokus o vlastní verzi dobrého života (Heřmanová a kol., 2012, s. 79).

Pokud základem lidské důstojnosti má být schopnost člověka „být tvůrcem sebe sama“, „řídít svůj život podle vlastních představ“, „stanovovat si svá vlastní pravidla“, pak jako společný jmenovatel, jenž narušuje lidskou důstojnost, je bránění člověku v jeho volbách a vnučování jemu cizích pravidel. Z tohoto důvodu v ošetrovatelské praxi vnímáme jako nedůstojné všechny pokusy pacienty nivelizovat, vnučovat jim řád a nedovolit jim svobodný projev. Ošetrovatelství by však ze své podstaty mělo podporovat projevy svébytnosti a napomáhat realizovat potřebu „být svůj“. Sestra by tedy měla dbát na to, aby se na tuto lidskou potřebu svébytnosti nezapomínalo. Pokud to neudělá, vlastně podkopává lidskou důstojnost v celém jejím základě (Heřmanová a kol., 2012, s. 81).

V kontextu poskytování zdravotních služeb má největší význam ochrana nebo naopak porušování důstojnosti osobní identity. Poskytovatelé zdravotních (eventuálně zdravotně-sociálních) služeb tedy mohou pacientovi potvrdit, že i se svými handicap, zdravotními omezeními a postiženími zůstává respektován jako partner, nebo v něm můžou vzbudit dojem, že se stal pasivním, závislým, neschopným a pro zdravotní služby ve své podstatě obtížným. V klinické praxi je tedy více než vhodné vědět, jak sám nemocný vnímá důstojnost a její případnou ztrátu. Je všeobecně známo, že při poskytování ošetrovatelské péče velmi často dochází k nerespektování studu pacienta. Ten je pak nucen sdílet své intimní oblasti s cizími lidmi – nejen s těmi, kteří o něj pečují (nelékařský zdravotnický personál, lékaři, další členové týmu, studenti středních zdravotnických škol, medicí, praktikanti, stážisti, ...) a berou nemocného spíše jako „objekt“, ale také se spolupacienty a případně jejich návštěvami. Díky nemocniční rutině může docházet k nerespektování studu ve velkém spektru činností: obnažováním nemocného při provádění hygienické péče, nevhodným oblečením (všeodhalující košilky či „anděly“), používáním podložních mís a pokojového klozetu, prováděním nejrůznějších ošetrovatelských a medicínských výkonů na těle nemocného (fyzikální vyšetření, předoperační příprava, aplikace injekcí, převazy ran, katetrizace, monitorace EKG křivky, atp.) nebo například nedostatečným zahalením klienta při převážení veřejnými prostory. Obecně tedy můžeme říci, že nemocní mohou vnímat téměř každou situaci jako ostudnou a cítit se poníženi, není-li řádně dodržena intimita. V souvislosti s těžkým onemocněním je pacient utvrzován v tom, že již není respektovaným a žádoucím členem společnosti. Má pocit viny, domnívá se, že je zátěží jak pro svou rodinu, tak pro pečující tým. Vlivem nemožnosti dochází ke znehodnocení sebe sama a uvědomění si faktu smrtelnosti. „V blízkosti smrti nemocný velmi dobře vnímá, jak na něj ostatní reagují (šok, neskrývaná lítost, odvrácení zraku, čím dále tím kratší návštěvy, smuteční výraz obličeje, obtíže ve smysluplném hovoru, ucouvnutí před tělesným kontaktem)“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 56). Pacient, tedy *ne-mocný*, je ve stavu nouze a mimořádné zranitelnosti, bývá často vystrašený, zvýšeně úzkostlivý, nešťastný a taktéž neschopný si sám pomoci, a ze všeho nejvíce potřebuje lidskou přítomnost – ocenění někým, kdo s pacientem cítí a věří mu. V komunikaci potřebuje zejména empatii a soucit. Je proto nutné, aby si všichni pečující uvědomili, že umírající člověk má naprosto odlišné poznání a zkušenosti, a že nyní je celý jeho dosavadní život změněn (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 56-57). „Na konci života může umírající pociťovat to, že ne vše se mu podařilo, že něco nezvládl, něco udělal špatně. Pokud má umírající člověk

pocity viny, je pro něj velkou úlevou, je-li nablízku někdo, kdo si s ním bude ochoten promluvit. Někdo, komu bude důvěřovat. Je účelné při vhodné příležitosti vyzvat pacienta a zeptat se ho, zda ho něco netrápí, když se ohlíží zpátky za svým životem, o čem by chtěl mluvit, zda se nechce s něčím svěřit. Sebereflexe (vědomí a přijetí viny) zoufalství tlumí“ (Křivohlavý a Kaczmarczyk, 1995, podle Kupka, 2014, s. 100).

Extrémní nerespektování lidské důstojnosti a potažmo i základních lidských práv shledáváme v situacích, kdy je přistoupeno k použití omezovacích prostředků, a to hrubou, nekorrektní formou – nedobrovolnou hospitalizací, podáním psychofarmak či užitím omezovacích pomůcek a prostředků (popruhů, kurtů, podélných postranic, „ohrádek“, síťových lůžek, ochranných kabátků a vest). Podle Kalvacha a kol. (2011, s. 55) jsou dnes i ve vyspělých zemích jsou takto omezováni zejména zneklidňující a režim narušující pacienti mentálně retardovaní, dementní a delirující senioři, kteří jsou hospitalizováni mimo psychiatrická oddělení. Musíme však zdůraznit, že důvodem omezování nebývá ani tak bezpečnost klientů či spolupacientů, nýbrž nedostatek ošetřujícího personálu, eventuálně jeho nedostatečné znalosti a geriatrická nevzdělanost, hrubost a v neposlední řadě také despekt ke starým lidem. S tím souvisí nevhodné oslovování klientů, familiárnost („babi, dědo“) a infantilní přístup personálu. Obecně platí, že čím křehčí pacient je, tím citlivěji, taktněji a podpůrněji by měl být oslovován. Zde je vhodná aktivní spolupráce ošetřujícího týmu s rodinou nemocného. Vycházíme z klientovy osobní identity a životního příběhu – používáme tedy oslovení „paní magistro“, „paní učitelko“, „pane docente“, „pane plukovníku“ (Kalvach a kol., 2011, s. 54-55; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 56-58).

1.2.1 Dignitogeneze

„Důstojnost je třeba nejen chránit, ale také rozvíjet. Proces cílevědomého chránění, obnovování a posilování důstojnosti (především u lidí znevýhodněných zdravotním postižením v rámci zdravotních a sociálních služeb) lze označit jako dignitogenezi, od latinského *dignitas*, respektive anglického *dignity*, výrazu pro důstojnost“ (Kalvach a kol., 2011, s. 55).

Etymologicky je výraz dignitogeneze jakousi obdobou pojmů salutogeneze (tedy podpora, obnova a posilování zdraví) nebo patogeneze (rozvoj nemoci). Shledáváme také analogii se vztahem zdraví a nemoci, který chápeme jako kontinuum, v němž v sebe postupně přecházejí jednotlivé fáze: plné zdraví – oslabené zdraví – mírné onemocnění – rozvinutá nemoc. Podobně můžeme přirovnat kontinuální přechod lidské důstojnosti: plná důstojnost – osla-

bená důstojnost – narušená důstojnost – ponižování – fyzické násilí. Nerespektováním důstojnosti tedy ve svém konečném důsledku může vyústit do závažných projevů domácího či ústavního násilí, zanedbávání a zneužívání (Kalvach a kol., 2011, s. 55).

„Jde o to, aby výsledkem péče a pomoci nebylo vyléčení dílčí nemoci, poskytnutí zabezpečení, ale zlomení sebeúcty i vůle ke smyslu, vyprodukování zlomeného člověka trvale upoutaného na lůžko či omezeného v ústavu“ (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 49).

Velmi důležitým nástrojem dignitogeneze je důvěra a víra v pacientovy schopnosti a jeho potenciál zlepšení. Můžeme tak rozvíjet tzv. spirálu úspěšnosti: kladné očekávání ošetřovatelského personálu a rodiny nemocného posiluje jeho naději, důvěru a motivaci, podobně jako pacientovo snažení zpětně uspokojuje ošetřovatelský tým či rodinu, což zpětně zlepšuje jejich chování k ostatním klientům atd. Mimo jiné se tak zlepšuje atmosféra na oddělení. Pokud však dochází k nerespektování lidské důstojnosti, může dojít až k sebevraždě pacienta. „Zdá se, že hlavní příčinou sebevraždnosti ve stáří nejsou samotné choroby, bolest, úbytek soběstačnosti, osamělost ani ovdovění, nýbrž nedůstojná ztráta vlivu na nakládání se sebou, zhroucení životního konceptu a především pocit, že se člověk stává nedůstojně obtížným břemenem pro okolí – pro rodinu, pro ošetřovatelský personál“ (Kalvach a kol., 2011, s. 56).

1.2.2 Maligní vzorce chování

Maligní vzorce chování definujeme jako psycho-sociální procesy, které nerespektují lidskou důstojnost a devalvují pacienta. Kitwood a Bredin je popsali jako „zhoubné, škodlivé, destruktivní chování, které je konstantní součástí určitého sociálního prostředí“. Obecně lze říci, že čím je člověk závislejší na péči druhých, tím je zranitelnější (Kalvach a kol., 2011, s. 51). Tyto maligní vzorce chování se mohou projevovat nejrůznějšími způsoby:

- podváděním, lstí, zrádčovstvím – pečující osoba záměrně nemluví pravdu s cílem usnadnit si práci,
- infantilizací – pečující se k dospělému chovají jako k malému dítěti a při komunikaci s ním používají zdvořilky či žvatlání, ve snaze pomoci dělají všechny úkony za pacienta, snižují jeho statut dospělé osoby,
- nálepkováním (labeling) – pacient dostává obecné, skupinové, nebo dokonce hanlivé označení („hysterka“, „rejpal“, „šťoural“), protože se neustále ptá a něčeho se domáhá. Je však třeba si uvědomit, že pacient tak koná často proto, že nechce být jen

pasivní příjemce ošetrovatelské péče, nýbrž se aktivně dožaduje toho, na co má právo,

- stigmatizace – vystupňovaný labeling, pacient je zařazen do určité skupiny, jež je společností vnímána negativně („blázen“, „geront“, „dement“ apod.). Pečující se pak na základě tohoto stigmatu chová k pacientovi s despektem,
- ignorování – pečující nevěnuje dostatečnou pozornost tomu, co nemocný sděluje, o klientovi i v jeho přítomnosti mluví ve třetí osobě, vstupuje do pokoje bez předchozího zaklepání, bez vědomí nebo souhlasu pacienta manipuluje s jeho osobními věcmi,
- odmítání či odpírání pozornosti – v tomto případě pečující nevěnuje dostatečnou pozornost pacientovým potřebám, nevychází mu vstříc, odmítá plnit jeho přání a prosby. U pečujícího shledáváme despekt, který opět souvisí se stigmatizací a nálepkováním pacienta („je dementní a pomatený“, „neví, co mluví“, „neví, co chce“),
- netrpělivost, spěch, neresepektování tempa – pečující nutí k rychlejšímu tempu, než je pacient schopen zvládat (charakteristické jsou pobídky „šup, šup“), informace poskytuje příliš rychle, bez možnosti jejich porozumění a zapamatování klientem, používá příkazů a rozkazů (namísto toho, aby si pacienta sám vybral, sám se rozhodl a obsloužil),
- odhánění, zapuzování – pečující s nemocným odmítají mluvit, nechávají jej zbytečně dlouho čekat,
- zpředměťňování, zvěcnění – pečující při hovoru neoznačují nemocného jménem či titulem, ale číslem pokoje a lůžka, diagnózou, zájmenem „to“ a baví se spíše „nad nemocným“,
- zesměšňování – pečující se baví na vrub pacienta, poukazuje na jeho chování a chyby, snaží se klienta devalvovat a snížit jeho sebevědomí,
- zneschopňování – snaha pečujícího zrychlit a usnadnit si práci (např. rychlé nakrmení), proto neposkytuje prostor pro samostatné jednání pacienta, nevyužívá jeho schopností a nepodporuje jejich další rozvoj,
- zneplatňování, invalidace – pečující záměrně zlehčuje přání, obavy a výroky vyslovená klientem, nepřikládá jim důležitost,
- pohrdání, ponižování, podceňování – vystupňovaná invalidace,

- obviňování či nařčení – pečující křivě či neprávem obviňuje nemocného, cílem pak bývá zastrašování klienta a nucení k něčemu i proti jeho vůli (Kalvach a kol., 2011, s. 51-52).

Pro zajímavost můžeme s moderní literaturou srovnat myšlenku Florence Nightingale v její *Knize o ošetřování nemocných* z roku 1874: „Vím o jednom případě, kde nastala smrt pro podobnou příčinu. V ložnici samé radili se totiž lékaři dlouho přitlumeným hlasem, zdali se má na nemocném vykonat operace. Kdož měl příležitost pozorovati, jak hrdinsky, klidně, ano i lhostejně často nemocní se chovají, když se jim rozumným způsobem sdělí nutnost nějaké operace, zajisté bude se mnou souhlasiti, pravím-li, že strach z ní a z možných následků nebyl příčinou osudného konce, nýbrž rozčilující napnutí mysli a trapná, déle trvající nejistota, na čem se lékaři usnesou. Nemusíme snad zvláště podotknout, že jest stejně nevhodné a nemocnému vždy velmi trapné, když lékaři nebo přátelé po své návštěvě odcházejíce z ložnice, přede dveřmi se zastavují, aby si sdělili výsledek pozorování svého, tak že jejich hlasy a rozmluvu nemocný slyší“ (Nightingale, 1874, s. 64-65).

1.3 Právní problematika lidské důstojnosti

Je etickou povinností sestry chránit lidská práva, zejména pak lidskou důstojnost. Tuto povinnost stanovuje Etický kodex Mezinárodní rady sester (ICN). Jeho plnou verzi v této práci nalezneme jako Přílohu I. Sestra při poskytování ošetrovatelské péče respektuje především intimitu a stud nemocného, dále např. právo na ochranu soukromí či právo na informace. Ve zdravotnictví je kladen zvláštní důraz na důstojnost člověka-pacienta.

„Lidská práva vyjadřují nejzákladnější, všemi uznávané hodnoty lidství. Jsou:

- nezadatelná,
- nezcizitelná,
- nepromlčitelná,
- nezrušitelná“ (Kutnohorská, 2007, s. 51).

1.3.1 Univerzální deklarace lidských práv (1948)

Univerzální (všeobecná) deklarace lidských práv byla, jak je řečeno v preambuli, reakcí na činy páchané v období nacismu a druhé světové války. Valné shromáždění OSN ji přijalo roku 1948 v naději nového obrazu světa, v němž měla být přiznána „inherentní důstojnost a stejná a nezcizitelná práva všem členům lidské rodiny“, jelikož toto mělo být „základem

svobody, spravedlnosti a míru ve světě“. Je známo, že respekt k inherentní důstojnosti číší ze všech článků této deklarace:

- Článek 1: Všechny lidské bytosti se rodí svobodné a sobě rovné, pokud jde o důstojnost a práva ...
- Článek 3: Každý má právo na život, svobodu a bezpečnost své osoby.
- Článek 6: Každý má právo být všude uznáván jako osoba před zákonem (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 54).

1.3.2 Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnost lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (1997)

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnost lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny byla přijata roku 1997 Radou Evropy. Její vznik byl podmíněn obavami, že radikální pokrok v oblasti biologických a lékařských věd může ve svém konečném důsledku vést k ohrožení jednice a budoucích generací. Snahou tedy bylo zajistit, že výzkumy či výsledky vědeckých bádání nebudou zneužity proti člověku, a dále také aby byl člověk chráněn před zásahy do jeho identity. Obecně tedy lze říci, že se úmluva dotýká všech lékařských a biomedicínských aplikací, které se vztahují k lidským bytostem. Mimořádná pozornost zde byla věnována zejména ochraně těch, kteří nedisponují schopností autonomního rozhodování. V preambuli se na prvním místě odkazuje na Deklaraci OSN, 1948. Kromě základní koncepce lidských práv však vymezujeme potřebu využívat oblast medicíny a biologie ku prospěchu lidí, a to přesněji z trojího aspektu: z pozice jednotlivce, společnosti a v neposlední řadě také lidstva jako celku:

- Článek 1: Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny. Každá smluvní strana přijme do svého právního řádu opatření nezbytná pro zajištění účinnosti této Úmluvy.
- Článek 2: Zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy (Kutnohorská, 2007, s. 51-53; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 54-55).

1.3.3 Charta práv umírajících (1999)

Charta práv umírajících je také známa pod názvem Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně (smrtelně) nemocných a umírajících“.

Plné znění Charty práv umírajících v této práci nalezneme jako Přílohu II. Jejím hlavním posláním je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní můžeme odvodit:

- Část 5: Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
- Část 7: Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti,
 - častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby,
 - umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova souhlasu,
 - nedostatečným dalším vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči,
 - nedostatečnou péčí věnovanou rodinným příslušníkům a přátelům smrtelně nemocné nebo umírající osoby, jež by mohla přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích,
 - obavami nemocného ze ztráty autonomie, úplné závislosti na příbuzných a institucích a z toho, že by mohl být na obtíž,
 - chybějícím nebo nevhodným sociálním a institucionálním prostředím, umožňujícím pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,
 - nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči o smrtelně nemocné a umírající a pro jejich podporu, sociální diskriminací, jaká je vlastní slabosti, umírání a smrti (Heřmanová a kol., 2012, s. 78).

2 UMÍRÁNÍ A SMRT

Ačkoliv je smrt součástí každého lidského života, je stále velkou záhadou. Nevyhnutelně se týká každého člověka – nelze jí uniknout, může přijít kdykoliv a nikoho z nás nevynechá. Toto téma je však i v dnešní společnosti spíše vytěšňováno a lidé se smrti a umírání z nej-různějších důvodů obávají. Zabývat se problematikou smrti a umírání je považováno za morbidní, patologické, divné. „Panuje názor, že zabývat se smrtí je morbidní. Kdo tak činí, není v pořádku“ (Ariès, 2000, podle Kupka, 2014, s. 12). Smrt jako přirozená součást lidského života je potlačována a cenzurována (Kelnarová, 2007, s. 7; Kupka, 2014, s. 12-13; Marková, 2010, s. 16).

„Hovořit o smrti bylo v minulosti na určitou dobu tabuizováno. Lze však prokázat, že vhodným působením na člověka v průběhu jeho života je možno dosáhnout postupné změny postoje k umírání a smrti. Pravdou je, že každý z nás jednou zemře“ (Křivohlavý a Pečenková, 2004, podle Kelnarová, 2007, s. 8).

„Jestliže někdo říká, že se smrti nebojí, bývá to mladý zdravý člověk, při síle. Jestliže se téměř člověku podívá smrt zblízka do očí, mluví a chová se docela jinak. Strach ze smrti je totiž hluboce evolučně zakódovaný mechanismus. Je to nástroj přežití. Říká, vyhni se tomu za každou cenu. Často i tehdy, když to vůbec nemá smysl“ (Koukolík, 2014, s. 141).

Podle Křivohlavého (2002, s. 153) je problematika umírání a smrti spojena s mnoha tajemstvími, jež se nám mohou zdát nepochopitelná, a klademe si tedy otázky. Ačkoliv některá z nich lze rozumem pochopit, nemusíme s nimi být zcela emocionálně vyrovnání. Kromě toho se také setkáváme s obecně známými pravdami o smrti, které přijímáme, ale neaplikujeme je nutně do svého vlastního života. Jako příklad můžeme uvést obecně známý fakt, že „člověk je smrtelný“. Jen velmi zřídka je pak doplněn o logický konec – „i já jsem člověk, a proto i já jsem smrtelný“.

Uvědomme si, že kvalitní a profesionální ošetrovatelská péče může ve velké míře zmírnit utrpení umírajícího pacienta usnadnit tak poslední chvíle jeho života. Ve své podstatě tedy poskytuje možnost odejít ze světa důstojným způsobem. Komplexní péče však nezahrnuje pouze nemocného, ale i jeho nejbližší. Na tomto místě je vhodné zdůraznit, že kvalitní, profesionální a vysoce humánní péči může poskytnout jedině zdravotník, který zná a umí pojmenovat své vnitřní pocity, je empatický, umí naslouchat a nebojí se zamyslet nad svou vlastní smrtí (Kelnarová, 2007, s. 7-8).

Interdisciplinární nauku o smrti pak nazýváme thanatologie (tanatologie). Zabývá se teorií délky lidského života a také tzv. fyziologickou a patologickou smrtí člověka. Její název je odvozen od jména řeckého boha Thanata, vládce smrtelného spánku a samotné smrti. Thanatos (lat. Mors) měl údajně mrazivá černá křídla a srdce ze železa. Neznal soucit ani slitování a mezi bohy i lidmi vzbuzovat hrůzu. V určený den smrti se k umírajícímu člověku dostavil, vzal jeho duši a odnesl ji do podsvětí, které strážil chmurný bůh Hádés (Kutnohorská, 2007, s. 70).

2.1 Determinace pojmů

Díky pokroku vědy a techniky se značně prodloužila délka lidského života, avšak přítomnost umírání a smrti zůstává nezměněna. Uplatňuje se zde časový faktor, proces umírání má tedy různou podobu či délku, avšak zůstává stále pro každého člověka individuální a zcela jedinečný. Můžeme říci, že umírající se vědomě nebo nevědomě vyrovnává se skutečností, že jeho život končí a opouští jej síly. Nemocný pak často nemůže aktivně ovlivnit podmínky svého umírání, bývá závislý na pečujících a dochází k absenci motivace k boji (Kelnarová, 2007, s. 10).

Známe mnoho nejrůznějších vymezení pojmu *umírání*:

- „Jako terminální fázi – umírání – označujeme poslední dny a hodiny života, kdy dochází k nevratnému selhávání lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus). Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2011, s. 301).
- „Umírání je nepřesně ohraničený proces, který směřuje ke smrti. Z klinického hlediska se poslední fáze umírání označuje jako terminální stav. Vyznačuje se postupným nezvratným selháváním životně důležitých funkcí“ (Hegyí, 2001, podle Kelnarová, 2007, s. 10).
- „Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors). Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání však ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav“ (Haškovcová, 2002, podle Kelnarová, 2007, s. 10).

- „Umírání je chápáno jako proces, tj. neustále se měnící stav – či lépe dění v čase“ (Křivohlavý, 1991, podle Kelnarová, 2007, s. 10-11).
- „Umírání je lidský proces, tak jako je normální a všelidské také narození. Proces umírání je vůbec takřka totožný s prožitkem narození“ (Kübler-Ross, 1992, s. 4).

Jak již bylo řečeno, v souvislosti s pokrokem vědy a techniky se prodlužuje délka lidského života, ruku v ruce s touto skutečností však jde skutečnost, že proces umírání v současné době trvá déle, a přináší tedy větší nejistotu, strach a úzkost nejen ze strany pacienta, ale také jeho blízkých. Jelikož žádný žijící člověk nemá zkušenost s umíráním, nemůže ji dále předat či zobecnit. Tuto zkušenost musí každý člověk prožít zcela a dokonale sám. Smrt nemůžeme poznat, dokud sami nezemřeme. Lze konstatovat, že smrt ve smyslu přírodního jevu je definována dostatečně. Avšak ve smyslu existencionálního fenoménu je z velké části neprobádána (Kelnarová, 2007, s. 11).

Podobně, jako bylo nastíněno několik definic pojmu *umírání*, můžeme definovat pojem *smrt*:

- „Nejjednodušší definice smrti praví, že je to zhroucení všech základních funkcí organismu. Zhroucení celovztažného uspořádání. Nejde tedy jen o zánik jednotlivých buněk, tkání nebo orgánů, ale o zhroucení jejich vzájemných vztahů. Molekulární mechanismy vedoucí ke smrti jednotlivé buňky jsou poměrně dobře známy. Ale smrt celého organismu z nich neplyne. Zrovna tak jako zánik domu neplyne ze zániku jediné cihly“ (Koukolík, 2014, s. 141).
- „Stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání“ (Vokurka a Hugo, 2011, s. 422).
- „Smrt obvykle konstatujeme ve chvíli, kdy nejsou známky srdeční činnosti a když se zjistí marnost oživovacích pokusů (resuscitace). O biologické (definitivní) smrti mluvíme tehdy, když nastane nenávratné poškození mozku“ (Mačák a Mačáková, 2004, s. 47).
- „Smrt je okamžik, jež odděluje proces umírání od procesu tělesného rozkladu zemřelého těla, a vyznačuje přechod ze stavu života ke smrti. Smrt není proces“ (Bernat, 2002, podle Ptáček, Bartůněk a kol., s. 390).
- „Smrt není než přechodem z tohoto života do jiného bytí, kde už neexistuje strach ani úzkost“ (Kübler-Ross, 1992, s. 11).

2.1.1 Mozková smrt

Mozková (neboli biologická) smrt může nastat již po 5-8 minutách, kdy je mozek bez kyslíku. V některých ojedinělých případech však tento interval může být i delší (zaznamenáváme případy oživení i po 20 minutách bez zanechání následků), a to zejména u lidí, kteří se náhle dostanou pod led, u podchlazení a dále také, což je zajímavé, u malých dětí. Postižený je v hlubokém bezvědomí, chybí výbavnost základních reflexů, není zde reakce na podnět. Stanovení mozkové smrti je velmi důležitou a zodpovědnou záležitostí, jelikož může ovlivnit možné darování orgánů, které nejsou poškozeny, a je taktéž upraveno právními předpisy (Kelnarová, 2007, s. 12; Kupka, 2014, s. 154; Mačák a Mačáková, 2004, s. 47; Vokurka a Hugo, 2011, s. 422).

„Smrt člověka se rovná tedy smrti jeho mozku, přestože při vhodné péči mohou buňky, tkáně i orgány žít dál. Jinak by nebyly možné transplantace. (...) V mozkovém kmeni jsou totiž systémy, které řídí např. krevní oběh a dýchání. Mají-li lidé zachované tyto základní systémy, mohou při dokonalé a velmi nákladné péči žít celé dlouhé měsíce, roky i desítky let“ (Koukolík, 2014, s. 141-142).

Mozkovou smrt prokazujeme pomocí EEG a arteriografie mozkových tepen. Musíme však vzít v úvahu, že EEG není „vždy po ruce“, proto rozeznáváme nejisté a jisté známky smrti (Kelnarová, 2007, s. 12; Mačák a Mačáková, 2004, s. 47; Vokurka a Hugo, 2011, s. 422).

Mezi *nejisté známky smrti* řadíme:

- zástava srdeční činnosti,
- zástava dechové činnosti,
- nevýbavnost zornicového a rohovkového reflexu.

Jisté známky smrti dělíme na fyzikální a chemické.

Fyzikální známky:

- posmrtná bledost,
- posmrtné skvrny,
- posmrtné chladnutí těla.

Chemické známky:

- posmrtné tuhnutí,
- posmrtný rozklad,
- posmrtné srážení krve (Mačák a Mačáková, 2004, s. 47).

2.1.2 Klinická smrt

Klinickou smrt chápeme jako zástavu dechové a srdeční činnosti, avšak tyto funkce lze v případě neodkladného zahájení úspěšné kardiopulmonální resuscitace obnovit. Ptáček, Bartůňek a kol. (2012, s. 238) klinickou smrt definují jako „zástavu srdce a oběhu, kdy do 8 minut po jejím začátku lze pacienta plně resuscitovat, jedinec není mrtvý, ale smrt bezprostředně hrozí.“

Řada lidí již svou klinickou smrt přežila. Obvykle je popisována jako zážitek, při němž se ve chvíli, kdy se ocitli v ohrožení života nebo v přítomnosti prvních okamžiků smrti, jejich vědomí „oddělilo“ od jejich fyzického těla a dále vnímalo a prožívalo „jinou realitu“ (Perera a Jayasuriya, 2012, podle Kupka, 2014, s. 154).

Tyto stavy nazýváme „zážitky blízkosti smrti – near death experience“ (NDE). Prevalence jevu NDE je podle studií z let 2001 – 2010, jež uvádí Perera a Jayasuriya (2012), v intervalu 6 – 40 % (Kupka, 2014, s. 156).

Patrick Dunn (2011, s. 126-127) jako mimotělní zážitek vysvětluje stav, kdy v bezprostřední blízkosti smrti člověk prochází tunelem, vidí jasné bílé světlo a na jeho konci čeká velká radost a láska. Subjekty zde „téměř vždy popisují tunel, příbuzné, jasné světlo a obvykle postavu ze svého osobního náboženství. (...) Je možné, že mrtvý směřuje k nějakému třetímu místu. Některá okultní literatura tuto možnost podporuje: kabala tvrdí, že existují čtyři světy (ne pouze dva) a různé šamanské tradice popisují tři jinové světy – jeden vespod, druhý nahoře a třetí uprostřed.“

Podobnou myšlenku o NDE můžeme nalézt také v publikaci Elisabeth Kübler-Ross: „Když projdete tunelem, přejdete most nebo překonáte soutěsku, dostanete se na druhou stranu, zalitou světlem. To světlo je bělejší než bílé. Je úžasně jasné a čím více se k němu blížíte, tím hlouběji vás prostupuje ta největší, nepopsatelná a bezvýhradná, dokonalá láska, silnější než cokoli, co jste si do té doby dokázali představit. Pro něco takového nemáme slova. Pokud někdo prožívá jen takzvanou zkušenost blízkou smrti, je mu dovoleno pohlížet na toto světlo jen krátký okamžik, hned potom se musí vrátit. Když ale umřete, myslím doopravdy umřete, pak se spojení mezi kuklou a motýlem (jež se dá přirovnat k pupeční šňůře) přetrhne, přeruší, a potom už se do pozemského těla není možné vrátit. Ale vám by se stejně zpátky ani nechtělo, protože nikdo, kdo jednou uviděl světlo, nestojí o návrat. V tom světle poprvé pocítíte, jací lidé jste byli. Je to poznání a pochopení bez odsudku a vy tu zažíváte lásku bez hranic a bez podmínek. V té neustále trvající přítomné chvíli, již mnozí srovnávají s Kristem

nebo Bohem, s láskou, či světlem, poznáte, že celý váš pozemský život nebyl ničím jiným, než školou, kterou jste museli projít, abyste složili určité zkoušky a naučili se, co jste se měli naučit. Jakmile jste tuto školu dokončili a zvládli předepsané předměty, smíte se vrátit domů, popojít o stupeň výš“ (Kübler-Ross, 1992, s. 9-10).

V kontextu fenoménu klinické smrti a jevu NDE však připomínáme fakt, že vzhledem k technickému pokroku moderní medicíny dnes můžeme přivést jedince, jehož považujeme za klinicky mrtvého, resuscitací zpět k životu. Berme proto v úvahu možnost, že tento člověk se vrátí se zkušeností zážitku blízkosti smrti, s příběhem, který často velmi významně ovlivní jeho vztah k sobě samému, k ostatním lidem a také k chápání okolního světa. Tato zkušenost má pak jednoznačný dopad na jedince, hluboce jej ovlivní, a v konečném důsledku může až změnit směr jeho dalšího života. Jako profesionálové v ošetrovatelské praxi nezapomínejme, že pacient prožívší NDE se na nás může obrátit se snahou získat další informace a fakta, porozumění, pochopení a v neposlední řadě také pomoc. Na tomto místě však mnohdy narazíme na skutečnost, že zdravotníci jsou s jevem NDE seznámeni jen okrajově, a v takovém případě nejsou schopni pacientovi poskytnout adekvátní odpověď a pomoc. Pokud by však byli v této problematice více proškoleni, mohou pomoci pacientovi integrovat tuto zkušenost a lépe se vypořádat se všemi jejími důsledky. Můžeme také konstatovat, že při péči o terminálně nemocné by se dokonce jednalo o benefit (Kupka, 2014, s. 156).

2.2 Smrt neexistuje

Úvahy o tom, zda smrt existuje nebo umírání znamená jen přechod do jiné dimenze, jsou stejně staré jako lidská paměť. Člověk se od nepaměti snaží o nesmrtelnost – například nejstarší písemný dokument *Epos o Gilgamešovi*, který se vydá po smrti svého přítele Enkidua hledat nesmrtelnost a odpověď na otázku, co je nesmrtelnost (Ziolkowski, 2011, s. 175).

V publikaci Elisabeth Kübler-Ross (1992, s. 4) se setkáváme s myšlenkou, že prožitek smrti je téměř totožný s prožitkem narození, a smrt je tedy vlastně jen narozením do jiné existence, nebo také stěhováním z jednoho domu do druhého. Samotný okamžik smrti můžeme podle doktorky Kübler-Ross rozdělit do tří stadií:

První stadium smrti metaforicky chápeme jako proces, kdy motýl vylétá ze své kukly. Lidské tělo zde přirovnáváme k motýlí kukle či příbytku, v němž naše já pobývá. V tomto stadiu stále potřebujeme fungující mozek a bdělé vědomí, nutné pro komunikaci s ostatními sobě rovnými bytostmi (Kübler-Ross, 1992, s. 4).

Ve druhém stadiu se kukla dostává do stavu, kdy už ji nelze spravit – například důsledkem chronické nemoci, infarktu, vraždy, sebevraždy – a vypouští ven motýla, přeneseně naši duši. Současně zaniká bdělé vědomí, klinicky rozpoznatelné jako nehmatný pulz a vymizelé mozkové signály. Motýl tedy opustil hmotné tělo a kukla přestala fungovat. V momentě, kdy duše opustí tělo, však vnímáme vše, co se kolem nás právě děje. Děje se tak prostřednictvím nového uvědomění na podkladě psychické energie. „Tímto novým uvědoměním vnímáte úplně všechno, a to i tehdy, když vaše tělo nemá žádný krevní tlak, nemá hmatný pulz, nedýchá, a v některých případech už dokonce ani nelze zachytit mozkové vlny. Přitom si přesně uvědomujete, co který člověk říká, co si myslí a co dělá. Později budete schopni naprosto detailně popsat třeba i to, že k vyproštění vašeho těla z vraku auta bylo zapotřebí tří autogenových hořáků. Stalo se dokonce, že si někteří lidé byli schopni přesně vzpomenout na poznávací značku auta, které do nich najelo, a na řidiče, který se rozhodl je předjíždět. Je vědecky nevysvětlitelné, jak může někdo, u koho vůbec nejsou zachytitelné mozkové signály, přečíst poznávací značku“ (Kübler-Ross, 1992, s. 5). Přiznejme si tedy, že jsou miliony věcí, jimž nerozumíme, a jen proto, že náš rozum na ně nestačí, neznamená, že neexistují či nejsou reálné (Kübler-Ross, 1992, s. 4-5).

Ve druhém stadiu se také setkáváme s tím, že zemřelí lidé jsou opět celí, zdraví a v naprostém pořádku – slepí zase vidí, hluchí slyší, němí mluví. Pacienti s diagnostikovanou roztroušenou sklerózou, již upoutaní na invalidní vozík, mohou tancovat. Holčičky po chemoterapii mají zpět své hezké vlásky a ženy s rakovinou mléčné žlázy mají opět svá prsa (Kübler-Ross, 1992, s. 4-5).

Dále poznáme skutečnost, že nikdo neumírá sám. Motýl se dostane do bytí, kde není čas, respektive žádný neexistuje. Stejně tak neexistuje prostor, vzdálenost a čas v jejich pravém slova smyslu. Uvědomme si, že pokud nikdo neumírá sám a časoprostorové kontinuum nyní neexistuje, mohou na nás v okamžiku smrti čekat lidé, které jsme milovali, a oni zemřeli dříve před námi. „Jsou zřejmě dva takové faktory, které určují, koho uvidíte – první podmínkou je, že dotyčný člověk musel zemřít před vámi, třeba jen o minutu, ale dřív. A druhou je, že jste toho člověka museli mít opravdu a hluboce rádi“ (Kübler-Ross, 1992, s. 24).

Nezáleží na náboženském vyznání, vždy je nablízku ten, kdo pro nás znamená nejvíce. Malé děti často mluví o „bytostech, které si s nimi hrají“. Může je tedy čekat strážný anděl nebo Ježíš (pokud umírá velmi malé dítě, jehož rodiče, prarodiče a nejbližší příbuzní jsou stále živí). Dále to může být jeden z rodičů či prarodičů, nebo také (již zesnulé) dítě (Kübler-Ross, 1992, s. 24).

Jako poslední část druhého stadia a současný začátek stadia třetího vnímáme průchod tunelem, mostem či soutěskou a již zmíněné bílé světlo, to vše spojené s pocitem velké radosti a lásky. V tomto světle se můžeme podívat na celý svůj dosavadní život, od prvního do posledního dne. Víme dokonale a naprosto přesně o každé naší myšlence, každé pronesené větě a vykonaném skutku. „Tato rekapitulace je přitom jen nepatrnou částičkou vašeho vědění, protože zároveň víte i o všech souvislostech, jež vyvstaly z vašich myšlenek, z každého vašeho slova a činu“ (Kübler-Ross, 1992, s. 10).

Podobnou myšlenku nacházíme také v Bibli. Apoštol Pavel nazývá tělo mrtvého, „nahého“ člověka „stanem pozemského života“. Toto svlékání pozemského těla (stržení pozemského stanu) však my lidé neshledáváme nijak příjemným, proto je naší touhou být „u Pána, oděni nebeským šatem.“ Obecně tedy můžeme říci, že v biblickém pojetí je tělesná smrt přechodem do nebeského domova (Křivohlavý a Kaczmarczyk, 1995, s. 79-80, 88).

Připomeňme si názor Elisabeth Kübler-Ross, že proces smrti je vlastně jen převtělením lidské duše do jiné podoby, symbolicky znázorněné jako motýl vylétající z kukly či odkládání starého zimního kabátu, který už nebudeme více potřebovat.

Na tomto místě pro nás může být zajímavé buddhistické pojetí smrti, respektive přechodné stadium mezi stávajícím a další životem. Samotný okamžik smrti je popisován jako ztráta vědomí. Osvícení učenci a duchovní, kteří si uvědomovali svou blížící se smrt, zemřeli naprosto klidně ve stavu hluboké meditace, v sedu se zkříženými nohama. „Mnoho učenců a duchovních, které znám, takovým způsobem skutečně zemřelo. Uvědomili si, že smrt se blíží, a přivolali k sobě blízké přátele, aby se s nimi rozloučili. V den smrti si pak oblékli šafránové klášterní roucho a bez nejmenších obav zemřeli uprostřed meditace. Jeden mnich zde v Dharamsale nejdříve požádal jednoho z pomocníků, aby mu přinesl roucho, pak si ho oblékl a zemřel. Několik lidí v Indii dokázalo vytrvat ve stavu myslí jasného světla po mnoho dní – jeden sedmnáct dní, další deset nebo devět. Projevilo se to tak, že i poté, co se jejich dech zastavil, zůstala jejich těla naprosto nedotčená, bez sebemenší stopy zápachu – i v tomto horkém podnebí. Mysl takových lidí pak může bez kolísání setrvat ve stavu jasného světla smrti a oni mohou zemřít s nesmírnou důvěrou a radostí“ (Bstan-'Dzin-Rgya-Mtsho XIV. – Jeho Svatost Dalajlama, 2006, s. 88).

Názory Kübler-Ross i Dalajlamy nyní srovnáme s tématem *Stěhování duše* v publikaci francouzského historika Phillipa Arièse: „Archaický ležící je *homo totus* podobně jako sedmispáči z Efezu. Zesnulý je chápán jako nerozdělitelný celek těla a duše a jako takový je

nejprve předurčen ke klidnému spočinutí a později, na konci věků, ke vzkříšení“ (Ariès, 2000, s. 302).

Podle Arièse (2000, s. 267) problémy při oddělování posmrtného života od zaživa získaného dobrého jména jedince pramenily zejména z toho, že mezi „tímto“ a „oním“ světem neexistovala přesná hranice. Smrt tedy nevytrhovala ze života úplně, a stejně tak mu nepřinášela ani dokonalou zkázu.

Ve 12. století však znovuobjevuje pojetí (známé již ze starověkých pohanských sarkofágů) představy odpočinku a posledního soudu, kdy dva duchové odnášejí zesnulého *ad astra*, tedy mezi Bohy. Zesnulý vstupuje na nebesa, přebývá tam (výstižněji latinsky *stat*) a vede zbožné hovory se světci. Dále 13. století přináší nápad zobrazit vyvoleného nejen při příchodu na nebesa, nýbrž v okamžiku, kdy se vydává na tuto cestu. Umělci tedy vyobrazovali u hlavy zemřelého dva anděly, připravené vzít jej do náručí a vynést do nebes. Lidé chápali smrt jako doslovné oddělení duše od těla – duše byla vyobrazována jako nahé, případně zavínuté děťátko, ležící nemocný vydechuje svými ústy – tedy doslova „vypouští duši“. Následně ji andělé zachytí do pruhu látky a vynesou do nebes. Duše Lazara je doprovázena anděly, naopak na duši lakomce čeká ďábel a ono symbolické děťátko rve z úst zemřelého ještě dříve, než samo stačí vyjít ven (Ariès, 2000, s. 302-304).

„Nejvýstižnější a nejslavnější miniaturu s touto tematikou najdeme v *Rohanských hodinkách* z 15. století: umírající, namalovaný ve chvíli, kdy „vypouští duši“, je téměř nahý. Jeho tělo není ani klidné jako tělo ležících zesnulých, ani ve vysokém stupni rozkladu jako těla umrlců; je však vyhublé, vyvolává soucit a už je – pozoruhodný detail – zachvátila posmrtná ztuhlost. Leží na drahocenné látce, jež mu podle starobylého a dnes již bezpochyby zapomenutého zvyku poslouží jako rubáš. Ne, to tělo nepatří klidnému ležícímu, je to tělo bez života. Je ponecháno napospas zemi, která je přijme a rozloží. Představuje ale jen jednu ze složek lidského celku – tou druhou je duše-děťátko. A ta pod ochranou svatého Michaela, jenž ji vyrval ďáblu, právě letí *ad astra*“ (Ariès, 2000, s. 304).

2.3 Náboženské aspekty umírání a smrti

Pokud vezmeme v úvahu individualitu umírajícího pacienta, jehož spirituální potřeby jako profesionálové saturujeme, musíme si uvědomit, že každý jeden pacient vnímá prožitek umírání a smrti naprosto jedinečně a odlišně. Náboženské smýšlení z velké části ovlivňuje jeho

další postoj ke smrti, chápání smrti jako takové a v neposlední řadě taktéž problematiku posmrtného života. „Víra může významným způsobem ovlivňovat přístup nemocného a jeho rodiny k nemoci, k těžkostem, které jsou spojeny s diagnostikou a léčbou, k riziku, k limitované budoucnosti, k edukaci, k umírání apod.“ (Špirudová a kol., 2006, s. 91).

Ať už je pacient věřící či nikoliv, vyznává jakékoliv náboženství, vždy je třeba jej a jeho názory vnímat a respektovat ve všech fázích ošetrovatelského procesu. „I nevěra je jistou formou víry. Tak, jako věřící nemůže svou víru dokázat ve smyslu přírodních věd, nemůže nic dokázat ani bezvěrec“ (Virt, 2000, s. 80).

„Obecně lze říci, že tomu, kdo vyznává Boha, jako milujícího Otce, který stvořil a řídí tento svět a běh dějin i mého konkrétního života, se ze života odchází jinak, než tomu, který tuto víru nesdílí. A podobně může tato víra pomáhat blízkým umírajícího a pozůstalým“ (Marková, 2010, s. 17-18).

Respektování a tolerance víry nemocného ze strany zdravotníků vede ke zlepšení komunikace, prohloubení vzájemných vztahů a v konečném důsledku zkvalitnění poskytované péče. „Skutečný profesionál, ať zdravotník nebo kdokoliv jiný (psycholog, kněz apod.), vždy respektuje klientovo přání, samozřejmě není-li v rozporu s platnými zákony“ (Dorková, Cichá, 2008; Cichá, 2010, podle Špatenková, 2014, s. 61).

Jako zajímavost můžeme uvést odpověď doktorky Kübler-Ross na otázku, zda si všimla při své práci s umírajícími pacienty nějakého rozdílu v tom, jak se vyrovnávají se smrtí křesťané a nekřesťané: „Pracovali jsme daleko častěji s křesťany než s ne-křesťany. Rozhodující rozdíl není v tom, v co věříte, ale jak opravdově a upřímně věříte. Lidé věřící v převtělování nebo lidé z východních kultur a náboženství často přijímali smrt s neuvěřitelným klidem a vyrovnaností dokonce i v mladém věku; zatímco řada křesťanských pacientů přijímala smrt s obtížemi“ (Kübler-Ross, 1995, s. 137).

2.3.1 Islám

Za zdroj islámského zákona považujeme právo *Šaría*, zahrnující veškeré stvoření. Jejich etické učení, obsaženo v súrách, bývá připodobňováno k biblickému desateru. Názory islámu na eutanazii shledáváme nekompromisními. „Pokud jde o definici smrti mozku v souvislosti s možností transplantace orgánů, pak se muslimské země a Islámské konference přiklánějí ke stejné přísnosti jako země „západní“. Euthanasie je jednoznačně odsouzena“ (Fakhereddine Ben Hamida, 1998, podle Munzarová, 2005a, s. 39).

V souladu s Koránem shledáváme skutečnost, že narození a smrt jsou v Alláhových rukou. Každý Muslim by si měl uvědomovat konečnost svého života, na smrt být pak připraven, mluvit o ní a přijmout ji. Téma umírání není v Islámu tabuizováno, smrt je reflektovaná, veřejná a přirozená. Při komunikaci s umírajícím muslimským pacientem či jeho blízkými bychom měli respektovat jejich názor, že lidský život se skládá z několika fází, jež se nemusí nutně krýt s životem pozemským:

- život před početím,
- pozemský život (v nižším světě),
- přechodný mezičlánek (mezisféra),
- den posledního soudu (den Božího soudu, soudný den),
- ráj a peklo (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 81-82).

Okamžik smrti samotné je však plně na vůli Alláha a člověk jej nemůže nijak ovlivnit. Muslimové považují smrt za přechod v jiný život, respektive život s Bohem. Podle Boží vůle také anděl *Azrá'íl* odděluje duši od těla. Tělo zemřelého, v souvislosti s dodržáním *quibly* otočené směrem k Mekce, je pak několikrát důkladně omyto vodou s přidanými vonnými esencemi, kafrovou silicí či lotosovými květy, obvykle po částech a směrem zprava doleva. Dále je pokropeno vodou ze studny v Mekce (pokud tam zesnulý vykonal pouť a vodu si přivezl) a zabaleno do plátna. Jedná-li se o mučedníka, padlého v boji za víru nebo při obraně vlasti, eventuálně ženu zemřelou po porodu, dostává označení *šahád* (*šaháda*, *šahída*), tělo nemusí být omyto a pohřbívá se i se zakrvácením oděvem. V tomto kontextu se setkáváme s názorem, že *šahád* putuje rovnou do ráje, bez čekání na den posledního soudu. Pohřeb (*džanáza*) do země probíhá do 24 hodin od úmrtí. Tělo nesou příbuzní v prosté dřevěné rakvi, kterou ukládají do vykopaného hrobu. Hroby nejsou v Islámu označeny náhrobky, protože před Alláhem jsou si všichni, chudí i bohatí, absolutně rovni. Poloha těla symbolizuje modlitbu – horní končetiny jsou zkříženy na hrudi a dlaně jedna přes druhou; dbá se na to, aby byl zesnulý otočený na pravém boku, tváří k Mekce. Uložení těla do hrobu se mohou účastnit pouze muži. Důvodem, proč se neúčastní i ženy, bývá tvrzení, že intenzita jejich nářků a žalu by mohla činit pohřeb nedůstojným, na což údajně Muhammad kladl velký důraz. Před pohřbením těla se v mešitě koná modlitba, na kterou navazuje období smutku (*dhikrá al-arba'in*), při němž pozůstalí dávají najevo svůj žal a za zesnulého se intenzivně modlí (Hájek a Bahbouh, 2016, s. 81-82, 88-90; Kutnohorská, 2013, s. 103-105; Ondračka a kol., 2010, s. 57-61).

2.3.2 Judaismus

Židovská lékařská etika je zakořeněna v židovském Zákoně, jehož nejpovolanějšími mluvčími jsou rabíni. I v dnešní době má slovo rabína mnohem větší váhu než slovo lékaře. Židy také můžeme označit za největší zastánce práva na život, jenž je chápán jako posvátný – v tomto kontextu zavrhnou jakékoliv kompromisy. Pokud máme za cíl záchranu onoho života, můžeme dokonce překročit většinu přikázání. Znamená to tedy, že člověk nemůže ukončit svůj život, nebo o to požádat. Aktivní uspišení smrti je Židy považováno za vraždu. Z těchto důvodů je eutanazie nepřípustná. Smrt je v judaismu chápána jako projev vůle Boží a přechod v jinou formu života, nikoliv jeho konec. Shledáváme mimořádný důraz na péči o mrtvé tělo, které je opředeno mnoha rituály a vyžaduje patřičný respekt. Tento důraz vychází z přesvědčení, že mrtvý člověk je obrazem Božím, a jeho fyzické ostatky nesmí být nijak degradovány. Nedotknutelnost mrtvol je chráněna striktními zákazy (Munzarová, 2005a, s. 26-30; Ondračka a kol., 2010, s. 83-84).

„Když nastane smrt, měli by přítomní zavřít mrtvému oči a ústa, přikrýt obličej a obrátit ho nohama ke dveřím (někde je také zvykem položit mrtvého na chvíli na podlahu a vylít na ni vodu). U hlavy nemocného se má zapálit svíce, všechna zrcadla v domě se mají zakrýt. V přítomnosti mrtvého, u kterého až do pohřbu stále někdo musí být (*šomer*), se nesmí jíst, pít, kouřit, pomlouvat, hrát na hudební nástroje nebo zpívat. Měl by se zavolat místní rabín, který o smrti dá vědět tzv. „pohřebnímu bratrstvu“ (*chevra kadiša*), pokud existuje; povolán je také lékař, aby potvrdil smrt a vydal o ní doklad, a někdo, kdo bude hlavním organizátorem pohřbu. (...) Nejdůležitějším aktem je rituální omytí mrtvého těla (*tahara*), které je doprovázeno předepsanými modlitbami, a obléknutí mrtvého do rubáše, který by měl být prostý, bílý a ručně šitý. U mužů se ještě přidává *talit* („modlitební šála“), který je ale rituálně znehodnocen odtržením alespoň jedné třásně (*cicit*)“ (Ondračka a kol., 2010, 89-90).

Truchlení po zemřelém (*avelut*) se skládá z několika fází, jež na sebe bezprostředně navazují. Dále se v judaismu setkáváme se zvykem připomínat si zesnulé i po skončení doby truchlení, a to pomocí modlitby *jizkor*. Další připomenutí smrti, tzv. *jarcajt*, zahrnuje celodenní půst, zapalování speciálních jarcajtvých svící a studium posvátné Tóry (Ondračka a kol., 2010, s. 90-93).

2.3.3 Křesťanství

Křesťanská víra je založena na dějinách Starého a Nového zákona, za jejichž základní rys můžeme označit jednotu víry, naděje a lásky. Věřící křesťan pak považuje své činy a jednání

za plnění vůle Boží, jež si klade za cíl všeobecnou spásu. Středobodem křesťanské víry tedy není klidná smrt, ale život podle Boží vůle. Absolutní vrchol tématu umírání a smrti pak nacházíme ve zkušenosti Ježíšova umírání, případně umírání jeho následovníků. Život je zde chápán jako dar od Boha, nelze si jej samostatně zasloužit nebo jinak obstarat (Křivohlavý, 2002, s. 158; Virt, 2000, s. 81-83).

„V nejstarších vrstvách Starého zákona se bez problémů akceptuje, že Bůh uděluje člověku dar života jen na čas. Ve smrti mizí dech života, který člověk dostal od Hospodina jako dar“ (Virt, 2000, s. 84).

Smrt je zde chápána jako opuštění těla duší, tedy tím, co stvořil Hospodin. Pokud vezmeme v úvahu, že pohřbena je pouze tělesná schránka, nebrání to křesťanům v provádění kremací či pitev. Od nepaměti je také udělována tradiční *svátost pomazání nemocných* (dříve *umírajících*, z pastoračních důvodů se dnes nazývá takto), uděluje kněz pacientům, kteří jsou vážně nemocní či jejich síly vlivem stáří výrazně zesláby. Svátost pomazání nemocných může být v případě potřeby (např. relapsu onemocnění) i několikrát zopakována. Pokud to lze, sloužící kněz podá umírajícímu *eucharistii* (svátost oltářní, Tělo Páně), eventuálně také *svátost smíření*, kdy se pacient vyzpovídá ze svých hříchů a dostane rozhřešení. Uvědomme si však, že zpověď je velmi křehká, citlivá a intimní záležitost, do níž pacienta nelze nutit nebo ji přikázat. Potřebuje vhodné podmínky, zejména dostatek soukromí a končí tehdy, kdy pacient uzná sám za vhodné. (Hájek a kol., 2015, s. 246; Ivanová a kol., 2005, s. 212; Křivohlavý, 1991, s. 50; Ondračka a kol., 2010, s. 76-77; Svatošová, 2006, s. 50-51).

„Křest, pomazání, případně rozhřešení je možné udělat i umírajícímu, který není při vědomí, v případě, že je pravděpodobné, že by při plném vědomí o tuto svátost požádal, a také tehdy, když není zřejmé, zda umírající ještě žije (v takovém případě se jedná o „podmínečné“ udělení svátosti, kněz přidává slova: Pokud žiješ...). Pokud nemocný při příchodu kněze už zemřel, kněz se za něj pomodlí; svátosti však udělit už nelze“ (Ondračka a kol., 2010, s. 77).

2.3.4 Hinduismus

Podle Hájka a kol. (2015, s. 250) hinduismus není náboženstvím v pravém slova smyslu, ale spíše duchovní a filozofický směr či soubor pravidel a postojů k životu člověka, tedy způsob bytí. Známe dvě odnože hinduismu, a to sikhismus a džinismus.

Uvědomme si, že hinduismus, na rozdíl od ostatních náboženství, nemá žádného společného jmenovatele, jenž by mohl zahrnout nejrůznější interní proudy do jednoho univerzálního

celku – obvykle jím bývá postava zakladatele (Ježíš, Muhammad, Buddha) či text (Bible, Korán, Tóra). Jmenovatelem bychom v tomto případě mohli určit *Trimurti* (tedy Brahma, Šiva a Višna), případně další neodmyslitelný prvek hinduismu, a to rituál. „S rituály se můžeme potkat i při smrti, která se pokládá za znovuzrození“ (Lišková a Nádaská, 2006, s. 67). Základním principem je zde *samsára*, koloběh života. Člověk, který zemřel a opouští jej duše, se převtělí a narodí se znovu v jiné formě. Tuto reinkarnaci určuje jeho *karma* (kármanický zákon), podle které je pak určen do nižší či vyšší formy života. „Ani smrt není významným životním předělem. Duše se odlučuje od těla, takže tělesná schránka slouží spíše k tomu, aby si naložením s ní zvelebili karmu pozůstalí“ (Hájek a kol., 2015, s. 250). Ideálně by ke smrti mělo dojít na zemi, v souladu s kosmologickou představou, že Vesmír má tři části – zemi, vzduch a nebe. Prostor na zemi je vhodné pokropit ganžskou vodou, vytrít kravími výkaly a posypat semínky sezamu. Nohy umírajícího směřují k jihu. Jako ochranu před zachvácením umírajícího těla démony je šeptání manter či zapálení lampičky. Podle zvyklosti je tělo zemřelého spáleno a popel vsypán do vod posvátné řeky Gangy. Čtvrtý den po smrti pořádají pozůstalí smuteční obřad, kdy se pronášejí modlitby za zesnulého a obdarovávají se Trimurti. V případě, že dojde ke smrti v určité oblasti indických hor (Nepál, Bhútán, Kašmír), tělo je ponecháno napospas dravcům a přírodním podmínkám (Gibson, 2002, s. 14-17; Hájek a kol., 2015, s. 250-251; Ivanová a kol., 2005, s. 225-226; Ondračka a kol., 2010, s. 9-10, 27-28).

2.3.5 Buddhismus

Podobně jako výše uvedený hinduismus nemůžeme ani buddhismus charakterizovat jako náboženství. Jde o filozoficko-náboženský směr, který sami buddhisté na náboženství nepovažují. Byl převzat z hinduismu, z něhož přejal zejména principy karmy a reinkarnace. Za jeho zrodem stojí Siddhártha Gautama, podle sanskrtu označován jako *Buddha*, tedy „probuzený“ či „osvícený“. Podstatu svého učení shrnul Buddha do tzv. čtyř vznešených pravd – první z nich pojednává o utrpení, tedy že veškerá existence má charakter utrpení a je strastná. Druhá vznešená pravda blíže charakterizuje příčinu onoho utrpení, a to touhu a žádostivost (touha po rozkoši, po pomíjivých jevech). Ve třetí vznešené pravdě nám Buddha překládá dobrou zprávu – i utrpení můžeme ukončit. Aby došlo k odstranění utrpení, musí nejprve dojít k odstranění touhy. Tento stav, kdy utrpení již neexistuje, nazýváme *nirvána*. Hájek a kol. (2015, s. 252) definuje nirvánu jako vyvanutí či vyhasnutí duše. Rozeznáváme dva druhy nirvány: „malou“ a „velkou“. *Malá nirvána* je opakem *samsáry*, tedy klidem, a

vyhýbá se tak zmatenosti a snaze pochopit pomíjivé věci. Ve *velké nirváně* – stavu dokonalého osvícení – přijímáme vše, co se děje kolem nás, jako čistou radost. Neděje-li se nic, vnímáme tento stav jako prostor možností. Poukazuje na neomezenost lidské mysli. „Pokud hluboce pochopíme, že nejsme ani tělem, které pomine, ani neustále se měnícími pocity, že jsme samotnou nadčasovou nezničitelnou myslí, v jednom okamžiku ztratí veškeré obavy své kořeny. Mysl je jako prostor, otevřená a všeobsahující. Co by jí mohlo uškodit, kdo by jí mohl ublížit?“ (Nydahl, 2007, s. 82-83). Čtvrtá vznešená pravda, o způsobu zániku utrpení, nám blíže vyobrazuje tzv. *árjášťangamarga*, osmidílnou stezku kultivace moudrosti, mravního chování a meditativní koncentrace: 1. správný názor, 2. správný záměr, 3. správná řeč, 4. správné chování, 5. správné žití, 6. správné úsilí, 7. správná bedlivost, 8. správné soustředění. Obecně můžeme konstatovat, že buddhista neustále hledá cestu (Bstan-'Dzin-Rgya-Mtsho XIV. – Jeho Svatost Dalajlama, 2006, s. 89; Hájek a kol., 2015, s. 252; Ivanová a kol., 2005, s. 226; Nydahl, 2007, s. 80-83; Ondračka a kol., 2010, s. 95-96).

I zde se, podobně jako v hinduismu, setkáváme s kármanským zákonem. Narážíme tedy na skutečnost, že se v této filozoficko-náboženské větvi nelze vyhnout důsledkům našich vlastních činů. Dále shledáváme důležitým aspektem pojetí smrti v buddhismu tzv. mezistav, což lze definovat jako fázi mezi okamžikem smrti a přechodem do dalšího života. Zemřelý se nyní „převtělí“ do duše či ducha. „Tento duch je potom hnán jednak karmickými silami a jednak touhou podílet se na aktu zplození do dalšího zrození. Doba trvání tohoto období se ve většině tradic ustálila na 49 dnech. (...) V momentu, kdy dojde ke spojení mužského a ženského prvku, sestoupí do dělohy i vědomí „bytosti v mezistavu“ a dojde ke zplození“ (Ondračka a kol., 2010, s. 100-101). Pro samotný okamžik smrti je velmi důležitý momentální stav mysli (*maranačitta*), jelikož ovlivňuje podmínky dalšího zrození. Umírající i jeho neblíží by proto měli být pozitivně naladěni a udržovat si i v této situaci klidnou mysl (Bstan-'Dzin-Rgya-Mtsho XIV. – Jeho Svatost Dalajlama, 2006, s. 90-97; Halifax, 2015, s. 208-213; Ondračka, 2010, s. 98-103).

V tibetském buddhismu se setkáváme se zajímavou teorií o rozpouštění čtyř elementů v umírajícím těle:

1. fáze: Element země se rozpouští do elementu vody. Pevné části těla (kosti) již nejsou oporou a základnou našeho vědomí. Tělo hubne a slábne, je vyčerpané. Snižuje se krevní tlak a přichází pocit tíhy a únavy.

2. fáze: Element vody se rozpouští do elementu ohně. Ústa vysychají, rty jsou popraskané a suché, na zubech se tvoří povlak, kůže je lepkavá, nelze udržet moč. Přestáváme slyšet a v mysli vidíme něco podobného stoupajícímu kouři či obláčku.
3. fáze: Element ohně se rozpouští do elementu vzduchu. Teplo se stahuje do centrální části těla, vzduch v dýchacích cestách je chladný. Nosem necítíme nic, dýchání je obtížné, vdechy jsou krátké a výdechy dlouhé. V mysli vidíme světlušky a jiskry.
4. fáze: Element vzduchu se rozpouští do prostoru a rozplývá se naše vědomí. Dochází k naprostému vymizení vlastní vůle. Mysl už si neuvědomuje vnější svět. Vidíme různé vize, související s tím, kdo jsme a jaký život jsme prožili. Po posledním výdechu se naše tělo lehce nadzvedne, jakoby vycházelo vstříc novému nádechu, který ale nenastane. Element vzduchu se rozpustil do prostoru – v tomto okamžiku je tělo zvenku považováno za mrtvé (Bstan-'Dzin-Rgya-Mtsho XIV. – Jeho Svatost Dalajlama, 2006, s. 90-97; Halifax, 2015, s. 208-213).

Joan Halifax (2015, s. 214) doplňuje tuto teorii o pátou fázi, při níž se v srdci setkají bílá a červená kapka. Bílá kapka sestupuje z temenní oblasti a symbolizuje mužskou esenci. Její proudění je prožitkem bdělosti a jasnosti. Červená kapka, představující ženskou esenci, proudí od konce páteře. Jejím prožitkem je pocit velkého štěstí. V okamžiku, kdy se obě tyto kapky spojí, uzavírají vědomí. Objevuje se před námi hustá tma, ze které se leskne jasné světlo. „Je tam veliké štěstí a jasnost a vy jste tím štěstím a jasností. Bylo osvobozeno jasné světlo přítomnosti, které je skutečným zdrojem našeho vědomí. To je nejvyšší a dokonalé štěstí. To je skutečný okamžik smrti“ (Halifax, 2015, s. 214).

3 PALIATIVNÍ PÉČE

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života“ (American Academy of Hospice and Palliative Medicine, podle Marková, 2010, s. 19).

Můžeme konstatovat, že tato péče patří mezi jednu z nejstarších ošetrovatelských disciplín. Paliativní péče komplexně pečuje o pacienty s infaustní diagnózou a o jejich příbuzné. Jejím cílem je dosažení maximální kvality života nemocného i jeho rodiny. Prvotní snahou je zmírnit či odstranit obtíže spojené s nemocí. Pokud by tato péče byla směřována pacientovi a nejbližším odděleně, nebo jedné části vůbec, pak nemůžeme hovořit o kvalitní paliativní péči. „Paliativní péče též zásadním způsobem a kvalifikovaně podporuje rodinu umírajícího člověka, pomáhá jí řešit konkrétní problémy, usiluje o odstranění komunikačních bariér (otevírá komunikaci s umírajícím, aby „nic podstatného úlevného nezůstalo nevyřčeno“), poskytuje pomoc v úzkosti i v zármutku po úmrtí, přispívá k prevenci pocitů viny a výčitek, mnohdy dlouhodobých, co vše mohlo a mělo být v posledních dnech a týdnech života jinak, lépe“ (Kalvach a kol., 2011, s. 222). Jejím smyslem není (a nesmí být) zkrácení života. Mylným předpokladem je také, že paliativní péče zjednodušuje či omezuje léčbu v situaci, kdy je velmi malá naděje na uzdravení nemocného (Kalvach a kol., 2011, s. 222; Kelnarová, 2007, s. 49; Kupka, 2014, s. 26; Marková, 2010, s. 19).

Podle Munzarové (2005, s. 62-63) definujeme několik základních principů paliativní péče:

- Zajišťuje úlevu od bolesti a od jiných symptomů.
- Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces.
- Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt.
- Integruje do péče pacienta i psychologické a spirituální aspekty.
- Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné, až do smrti.
- Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem.
- Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li to indikováno.
- Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby.

- Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie, a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnání nebezpečných klinických komplikací (Munzarová, 2005a, s. 62-63).

Podobně Kelnarová (2007, s. 49) z těchto principů vyvozuje cíle paliativní péče:

- symptomatická léčba,
- zmírňující péče,
- efektivní terapie fyzické a psychické bolesti,
- emotivní podpora,
- duchovní pomoc,
- individuální program pro umírající,
- doprovodná odborná pomoc nejbližším příbuzným (Kelnarová, 2007, s. 49).

3.1 Paliativní péče v ošetrovatelské praxi

Žijeme době, kdy je smrt přesouvána z domovů do nemocnic a nabývá odborného charakteru. Dnes se umírání stává neosobní a velmi osamělé – ve většině případů smrti čelíme ve zdravotnickém zařízení. „V současné době hovoříme o tzv. dehumanizaci a institucionalizaci smrti“ (Vytečková a kol., 2013, s. 239). Dříve bylo běžné umírání doma, mezi svými blízkými. Umírající i jeho rodina přesně věděli, co očekávat, jakou roli má kdo zastat a vzájemně si vypomáhali (Bártlová, 2005, s. 71-72; Kübler-Ross, 2014, s. 6-7).

Je obecně známo, že umírající pacienti by si přáli umírat pokud možno doma, v přítomnosti svých nejbližších – s tímto tvrzením koresponduje i výzkum agentury STEM/MARK, prováděný roku 2013, jehož výsledky ukazují, že doma by si přálo zemřít 78 % Čechů. V praxi se však bohužel setkáváme s pravým opakem – 60 % Čechů umírá v nemocnici a 9 % v ústavech dlouhodobé péče (Nezbeda, © 2016).

„Rodina obvykle cítí velkou potřebu být informována o změnách fyzického stavu pacienta a pokud možno se do celého procesu zapojit. Častým přáním je zemřít doma v prostředí, které znají a cítí se v něm v bezpečí. Toto přání vychází z představ klidného a důstojného odchodu ze světa v kontaktu se svými nejbližšími. Umožňuje-li to zdravotní péče, je to jedna z posledních věcí, kterou může rodina pro nemocného udělat“ (Krška, Hoskovec, Petruželka a kol., 2014, s. 230).

V této situaci se tedy snažíme o kompromis – buď umožníme nemocnému pobyt doma a zároveň zajistíme kvalitní domácí péči (např. formou agentury domácí péče), anebo umístíme umírajícího pacienta do zdravotnického zařízení a v maximální možné míře poskytneme přítomnost jeho rodiny (Bártlová, 2005, s. 71-72).

3.1.1 Představa umírajícího pacienta o laskavé péči

V jednom britském hospici odpověděl terminálně nemocný pacient na otázku, co si představuje pod pojmem *laskavá péče*:

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

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

Když ke mně přijdete a věříte ve mě, uzdravení – neuzdravení.

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

Když mě berete jako individualitu.

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

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

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na 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 zvládnu i okamžik smrti, až přijde“ (Svatošová, 2011, s. 21-22).

3.2 Potřeby umírajícího pacienta

Za základní princip v ošetrovatelském procesu považujeme holistické pojetí člověka. Všechny jeho dimenze – biologická, psychologická, sociální i spirituální – jsou vzájemně provázány, z čehož vyvozujeme fakt, že jakákoliv porucha jedné části znamená poruchu celého systému. Z těchto dimenzí pak můžeme odvodit čtyři okruhy potřeb pacienta. Trachtová a kol. (2001, s. 10) definuje potřebu jako „projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.“ Jako profesionálové však musíme mít neustále na paměti, že

každý pacient je ve všech svých oblastech individualitou a jeho potřeby nemůžeme kategoricky zobecňovat (Svatošová, 2012, s. 21; Špatenková, 2014, s. 56-57; Trachtová a kol., 2001, s. 9-10).

„Pro každého člověka, sestry nevyjímaje, je však velmi obtížné pochopit, co umírající v nemocnici skutečně potřebuje, vcítit se do toho, a v intencích toho pak dnes a denně postupovat“ (Špatenková, 2014, s. 57).

„Když je člověk těžce nemocný, často se s ním zachází jako s někým, kdo nemá právo na vlastní názor. Někdo úplně cizí zpravidla rozhodne o tom, zda, kdy a kde bude pacient hospitalizován. A přitom by stačilo tak málo, aby si zdravotníci uvědomili, že i nemocný člověk něco cítí, že si něco přeje, že má na věci svůj pohled. A především – což je ze všeho nejdůležitější – že má právo být slyšen“ (Kübler-Ross, 2015, s. 18).

Zajímavou shledáváme úvahu doktorky Elisabeth Kübler-Ross: „Potřeby nemocných lidí se přitom po staletí nemění – mění se jen naše schopnost vycházet jim vstříc“ (Kübler-Ross, 2015, s. 19).

3.2.1 Potřeby biologické

Potřeby biologické (biogenní, fyzické, fyziologické) řadíme mezi primární. „Sem patří všechno, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i zvláštním způsobem upravenou. Pak se potřebuje co možná nejpřirozenějším způsobem, pokud možno bez cévek a bez klystýrů, zbavit produktů vlastního metabolismu“ (Svatošová, 2012, s. 21-22). V případě paliativní péče se velmi často můžeme setkat se situací, kdy saturaci těchto potřeb nemocného přebírají do svých rukou zdravotníci. Jejich povinností je pak zabezpečit maximální komfort pacienta tak, aby netrpěl žádným nedostatkem z této oblasti (Svatošová, 2012, s. 21-22; Šamánková a kol., 2011, s. 36).

3.2.2 Potřeby psychologické

Mezi potřeby psychologické (psychogenní, psychické) zahrnujeme zejména respektování důstojnosti člověka, bez ohledu na momentální fyzický stav. Dále potřebu pocitu bezpečí, jistoty, že pacienta nenecháme samotného a jsme vždy nablízku a připraveni pomoci. V tomto kontextu nesmíme zapomínat na důležité pravidlo – nemocnému nelhat a nepodávat mylné či neúplné informace. „Další zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet,

a jen tehdy, kdy to chce slyšet“ (Svatošová, 2012, s. 22). V neposlední řadě taktéž neopomíjeme empatický přístup a upřímný zájem o pacienta (Vymětal, 2003, podle Bužgová, 2015, s. 61; Svatošová, 2012, s. 22; Šamánková a kol., 2011, s. 36).

3.2.3 Potřeby sociální

V této rovině je pro nemocného hlavním zdrojem sociální opory jeho rodina. Uvědomme si však, že pacienti, ačkoliv většinou o návštěvy příbuzných stojí, mají právo je korigovat a samozřejmě i odmítnout. Můžeme se také setkat s pacientem, jenž si nepřeje, aby blízcí znali jeho zdravotní stav – má tendence je ochránit před zátěží a čelit svému problému sám. Zdrojem sociální opory se tedy stává ošetřující personál. „V této souvislosti Křivohlavý zdůrazňuje sdílení těžkostí s člověkem v tísní – „*sharing*“ – i společné nesení některých těžkých úkolů spolu s ním – „*mutuality*“ (Křivohlavý, 2001, s. 98, podle Špatenková, 2014, s. 59). Saturace sociálních potřeb (nejen umírajících) pacientů je však proces vysoce individuální (Bužgová, 2015, s. 71-72, 74, 79; Svatošová, 2012, s. 22-23; Šamánková, 2011, s. 36; Špatenková, 2014, s. 59).

„Nemocní jsou citlivě vnímaví na své okolí. Sledují úsměv svých blízkých nebo naopak sledují uplakané oči svých partnerů. Jsou citliví na netaktnost návštěv, na nedodržení slibu. Hladově čekají na příchod návštěvy, partnerů, dětí, přátel. Očekávají od nás povzbuzení, uklidnění“ (Křivohlavý, 1991, podle Kelnarová, 2007, s. 31).

3.2.4 Potřeby spirituální

Spirituální (neboli duchovní) potřeby pacienta chápeme jako vyjádření obrazu jeho nitra, které nemusí mít nutně náboženskou dimenzi. Nemůžeme je definovat pouze jako religiozitu (Špatenková, 2014, s. 60). „Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu. Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Skoro bych řekla, že je tomu naopak. Ne že by věřící své duchovní potřeby neměl. Má je, ale ví, co má dělat, a obvykle se podle toho dovede zařídit. Horší to bývá – ne nutně vždy – s lidmi, kteří z víry nežijí. Právě v průběhu vážné nemoci, se začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu života – vlastního života“ (Svatošová, 2012, s. 23).

Právě spirituální pohoda, nebo naopak spirituální nepohoda (*distres*), má velký vliv na kvalitu života terminálně nemocných. Příznakem nenaplněných duchovních potřeb pacienta může být např. strach, zoufalství, pocity, že život již nemá smysl, pocity ztráty kontroly,

ztráta důvěry v sebe sama (Bužgová, 2015, s. 85-87; Svatošová, 2012, s. 23; Špatenková, 2014, s. 60-61).

Podle Kelnarové (2007, s. 32-33) se v klinické praxi setkáváme s hlavními emocemi smrtelně nemocných pacientů:

1. Obavy – z budoucnosti, z progredujících bolestí, ze smrti. Co bude po smrti s mojí rodinou či firmou?
2. Strach – o rodinu, ze změny vzhledu v souvislosti s nemocí, ze ztráty své důstojnosti a soběstačnosti.
3. Úzkost – na rozdíl od strachu nemá předmět, nemocný ji vnímá spíše jako nepříjemný pocit a nedokáže ji vysvětlit.
4. Pocity viny – za to, že nedodržel zdravý životní styl, správnou životosprávu, kouření atp. Pocity viny mohou mít jak umírající, tak jejich blízcí, potažmo i malé děti (že jsem zlobil maminku).
5. Smutek – jako pečující se snažíme smutek pochopit a u pacienta nepotlačovat. Můžeme mu naslouchat, držet za ruku, rozveselit, „přivést na jiné myšlenky“.
6. Hněv – často nespravedlivý, zaměřený proti všem ostatním, Bohu i sobě samému. Zvláště, pokud se nemocný dříve agresivně nechoval, může být pro rodinu velmi obtížné akceptovat a zvládnout tyto stavy.
7. Naděje – má jakožto pozitivní emoce klíčový význam na další průběh léčby a pacientův celkový stav.
8. Empatie – pro profesionály nezbytná vlastnost, kterou aplikujeme samozřejmě nejen u terminálně nemocných.
9. Víra – u umírajícího je směřována téměř všemu, v co má důvěru. Neznamená pouze náboženský aspekt, což znamená, že pacient může v něco věřit, i když není nábožensky založený.
10. Láska – umírající může až do posledního okamžiku šířit lásku a úsměv.
11. Radost – ve chvíli, kdy je pacient se vším smířený, cítí se vyrovnaný a spokojený, vyzařuje radost a pozitivitu. Prožívá štěstí zejména díky tomu, co se mu v životě podařilo, komu pomohl a kolik lidí udělal šťastnými, že dobře vychoval své děti a v pracovní oblasti dosáhl určitých úspěchů (Kelnarová, 2007, s. 32-33).

Jako profesionálové můžeme pomoci umírajícím pacientům v několika rovinách: minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Pomáháme mu také orientovat se v nové situaci a adaptaci na

neznámé prostředí; při bilancování dosavadního života s prožitými úspěchy i pády; vyrovnat se s křivkami a být schopen odpuštění (Šamánková, 2011, s. 38).

1. Pohled do minulosti:

Pohled do minulosti je charakteristický uzavřeností, do níž nelze aktivně vstupovat a něco měnit. Nemocný se dostává k významu a smyslu toho, co prožil, přichází na nové souvislosti a objevuje věci, kterých si „v běhu života“ neměl čas všimnout. Toto nové prožívání a přehodnocování můžeme chápat jako výzvu ke smíření, odpuštění a cestu k objevení nových spirituálních hodnot (Šamánková, 2011, s. 37).

2. Pohled do přítomnosti:

Přítomný moment je v případě umírajícího pacienta naplňován nemocí. Můžeme se setkat se stavem, kdy jsou síly nemocného v mnoha oblastech značně omezeny, a právě v této chvíli je velmi důležité hledání smyslu a přijímání nových spirituálních hodnot (Šamánková, 2011, s. 38).

3. Pohled do budoucnosti:

Pro pečující personál znamená doprovázení nemocného na jeho cestě, kdy jej podporujeme a klademe si za cíl dosáhnout co možná nejvyšší kvality života nemocného (Šamánková, 2011, s. 38).

3.3 Zásady komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou

„Umění komunikace má dvě stránky. Jen jednou z nich je však „umění mluvit“. Druhou – a neméně důležitou – je „umění naslouchat“ (Křivohlavý, 1993, podle Křivohlavý, 2002, s. 75).

Komunikace, tedy proces vzájemného dorozumívání, je mezi lidmi velmi důležitá. Z pozice zdravotnických pracovníků v komunikaci s terminálně nemocnými a jejich blízkými uplatňujeme empatický a citlivý přístup. Sledujeme pacientovy reakce, verbální i nonverbální projevy a tzv. „čteme mezi řádky“. Nezapomínejme, že v hovoru s pacientem musíme mluvit „jeho jazykem“, používat výrazy, které chápe, a předcházet tak zbytečným nedorozuměním a obavám. „V klinické praxi se setkáváme kolikrát s pokusem lékaře hovořit s pacientem „jednoduchou řečí“. Na místě to je například v pediatrii, pokud se takovouto infantilní řečí hovoří doma s dítětem. Použije-li se tento způsob v rozhovoru s dospělým člověkem – i když v pozadí může být snaha přiblížit se pacientovi – výsledek je problematický. (...) Pozornost

byla věnována i tomu, jak odlišně hovoří lékař s pacientem nebo s pacientkou, s mladým či starším pacientem, pacientem „vzdělaným“ a s pacientem z prostého prostředí, s pacientem v dobrém nebo špatném psychickém stavu, s pacientem s chronickým onemocněním, nebo s tím, u kterého jde jen o krátkodobé onemocnění atp.“ (Křivohlavý, 2002, s. 75). Abychom dosáhli efektivní komunikace, je třeba disponovat dostatečnými odbornými, psychologickými i sociálními vědomostmi. Pouze erudovaný zdravotnický personál může správně identifikovat potíže umírajícího pacienta, saturovat jeho potřeby a přání, získávat důležité informace a samozřejmě také „mluvit o nesdělitelném“ při doprovázení nemocného. Špatenková (2014, s. 56) dokonce přirovnává sestru k „bezpečnému přístavu“ pro nemocného a jeho nejbližší. Nedílnou součástí je také komunikace s rodinou nemocného, která je často v bezprostřední blízkosti procesu umírání jejich milovaného. Kelnarová (2007, s. 71) poukazuje na fakt, že příbuzní vzpomínají na ony poslední dny a hodiny bez velkého stresu a zármutku, pokud nemocný zemřel v klidu a bez bolestí. Uvědomme si, že vzpomínky přetrvávají v mysli rodiny i po tom, co pacient zemře (Kelnarová, 2007, s. 48-49, 71; Křivohlavý, 2002, s. 74-75; Kübler-Ross, 2015, s. 177; Staňková, 1999, s. 13-14; Špatenková, 2014, s. 56; Vytejšková a kol., 2013, s. 240).

Kelnarová (2007, s. 69-70) definuje zásady, jež uplatňujeme při komunikaci s umírajícím pacientem:

- „Respektovat právo pacienta na pravdivé informace.
- Informace o zdravotním stavu pacientovi podává lékař.
- Pacientovi ponecháváme naději na zlepšení nebo pozastavení choroby.
- Neurčovat čas, který nemocnému zbývá do konce života.
- Pečlivě volit slova, lépe je vyhýbat se výrazům, které by mohly asociovat smrt.
- Dát možnost umírajícímu hovořit o svých pocitech.
- Naslouchat umírajícímu a rodině.
- Respektovat právo umírajícího nemít bolest. Dávat jistotu, že nebude trpět bolestí.
- Při komunikaci s umírajícím, hovořit i s rodinou.
- Používat i nonverbální komunikaci – haptiku.
- Umožnit umírajícími hovořit o svých potřebách a zajistit podle možnosti jejich splnění.
- Rozhovoru s umírajícím věnovat čas, čas věnovat i jeho nejbližším.

- Komunikovat s rodinou i po úmrtí, přiznat čas na truchlení“ (Kelnarová, 2007, s. 69-70).

V tomto kontextu shledáváme zajímavými jakási doporučení při komunikaci s nemocným od Florence Nightingale z roku 1874: „Musíte-li jednat s nemocným o důležité věci, posaďte se k němu, nedávejte najevo nepokoj nebo chvat, nýbrž naslouchejte pozorně jeho slovům, a přeje-li si toho, vyslovte mu své mínění; odejděte pak, jakmile věc jest vyřízena. Posad'te se vždy tak, aby nemocný vás měl před sebou, aby mu nebylo třeba obracet hlavu, chce-li vás vidět. Mimovolně hledíme vždy na osobu, s kterou mluvíme, proto musíme dbáti, abychom nemocnému nesbûsobili zbytečné obtíže. Varujte se také zbytečných pohybů a posuňků, dokud s ním mluvíte. Hled'te, aby nemocný nějaké nařizení nebo přání nemusel pronésti dvakrát. (...) Nepromluvte vûbec nikdy k němu, stojíte-li za jeho zády nebo mezi dveřmi“ (Nightingale, 1874, s. 68-69).

3.3.1 Sdělování diagnózy

V prvé řadě mějme na paměti, že diagnózu sděluje vždy lékař. Nenahraditelnou funkci má však také další člen multidisciplinárního týmu – sestra. Mûže pomoci lékaři načasovat tento zlomový okamžik, konzultovat s pacientem danou situaci, dále pozorovat charakter vztahů pacienta s jeho blízkými a podporovat jej i po skončení rozhovoru (Jarošová a Zeleníková, 2014, s. 102; Marková, 2010, s. 35-36; Venglářová a Mahrová, c2006, s. 116-117; Vytejčková, 2013, s. 240). „Sestra v této mûže mít důležitou roli, neboť o pacienta pečuje, sleduje jeho projevy chování, nálady i fyzický stav“ (Vytejčková, 2013, s. 240).

Samozřejmě nejen sám nemocný, ale i personál čelí v této závažné situaci specifickým problémům. Ptáček, Bartůněk a kol. (2011, s. 367) charakterizují obtíže ze strany zdravotníků: aspekt únavy, fyzická a psychická náročnost práce, vysoké administrativní nároky, obavy z pacientových dotazů týkajících se smrti, nechuť či strach hovořit o smrti a v neposlední řadě také neznalost či neakceptace fázi dle Elisabeth Kübler-Ross (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 367).

Při samotném sdělení nepříznivé zprávy je důležité, abychom vybrali vhodného „nositele“ – někoho, kdo s nemocným již dříve komunikoval, má s ním dobrý vztah a vzájemnou důvěru. Ideální je tedy např. rodinný lékař. Dále považujeme za vhodné připravit si základní osnovu rozhovoru a selektovat informace na důležité, které hodláme sdělit při prvním setkání, a méně důležité, které počkají do dalšího setkání. Je důležité zmínit, že pacientovi říkáme vždy pravdu, i kdyby po částech, vždy musí být naše sdělení pravdivé. Marie Svatošová (2012, s.

68) používá termín *zámlka*; „Zámlka není lež, ale pravda, dávkovaná po částech.“ Informace pak podáváme srozumitelně, pomalu, nemocnému ponecháváme určitý čas na pochopení a vstřebání našeho sdělení. V některých případech můžeme využít grafického znázornění – např. kreslit schémata, diagramy atp. Samozřejmě umožníme nemocnému ventilovat své emoce. Nezapomínejme ani na situaci po sdělení špatné zprávy. Je vhodné zajistit doprovod nebo minimálně oddech v soukromí. Nejdůležitější ze všeho je však zachování naděje. V naší profesi je velmi důležité pamatovat na to, že pacient, jenž ztratil naději, psychicky umírá (Křivohlavý, 2002, s. 73-74; Kübler-Ross, 2014, s. 34-35; Ptáček, Bartůnek a kol., 2011, s. 68-69; Svatošová, 2006, s. 12-13; Svatošová, 2012, s. 68-70; Venglářová a Mahrová, 2006, s. 116-119; Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, s. 100).

„Sdělovat pacientovi špatné zprávy je umění. (...) Všichni naši pacienti zdůrazňovali, jak velký význam měla empatie – působila na ně silněji než bezprostřední tíže sdělení. Byli vděční za ujištění, že lékař pro ně udělá vše, co se udělat dá, že nejsou odvrženi a opuštěni, že je k dispozici nějaká léčba, že existuje záblesk naděje – a to i v těch nejtěžších a nejpokročilejších případech. Když se podaří nemocného informovat právě takovýmto způsobem, neztratí důvěru v lékaře a bude mít více času na to, projít škálou různých reakcí, jež mu umožní novou a stresující životní zkušenost lépe zvládnout“ (Kübler-Ross, 2015, s. 49-50).

3.4 Fáze dle Elisabeth Kübler-Ross

„Umírající pacient musí projít mnoha stadii svého zápasu, než se vyrovná se svou nemocí a nevyhnutelnou smrtí“ (Kübler-Ross, 1995, s. 21).

Doktorka Elisabeth Kübler-Ross popisuje 5 fází (stadií) reakce nemocného na jeho závažné onemocnění, jenž Raudenská a Javůrková (2011, s. 211) nazývají „pětistupňový model žalu – *Five Stages of Grief*“. Těmito fázemi jsou: popírání a izolace, zlost, smlouvání, deprese, akceptace. Pamatujme si však, že každý pacient reaguje naprosto individuálně. Podle Kutnohorské (2007, s. 74) tyto fáze nemusí přicházet v daném sledu – mohou se vracet, navzájem střídat či prolínat; stejně jako jedna z nich může chybět úplně. Zde se nám nabízí zajímavý postřeh, který uvedla doktorka Kübler-Ross ve své knize *Odpovědi na otázky o smrti a umírání* (1995, s. 39) „Když se pacient z určitého stádia umírání vrací do stádia dřívějšího, znamená to, že toto stádium ještě plně nepřekonal?“ „Nikoliv. Doufám, že vysvětluji dost jasně, že ne všichni pacienti musí své umírání prožívat klasicky od stádia hněvu ke smlouvání, depresi až ke konečnému přijetí pravdy. Většina mých pacientů vykazovala známky

toho, že současně prožívali dvě či tři stádia – a jejich pořadí bylo samozřejmě u jednotlivých pacientů odlišné.“

Závažnost situace se dotýká nejen pacienta, ale i jeho rodiny – zde bychom měli myslet také na možný časový posun a diferenciální prožívání nemoci jejich milovaného (Kübler-Ross, 2015, s. 187). „Etickým cílem zdravotníků je pomoci nemocným a jejich blízkým dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti“ (Kutnohorská, 2007, s. 74).

„Osobnostně zralá sestra s profesionálním i humánním přístupem respektuje jednotlivé a zákonitě probíhající fáze psychické odezvy tak, jak byly definovány Elisabeth Kübler-Ross“ (Vytejková, 2013, s. 241).

První fáze – popírání a izolace

Stadium popírání a izolace – Tothová ve své bakalářské práci také uvádí výraz „zavírání očí před skutečností“ (Tothová, 2013) – zažívá nemocný poté, co se dozví svou infaustní diagnózu. Trvá většinou v řádech několika dnů a pro nemocného představuje šok, z něhož se postupně zotavuje. Pacient považuje lékařovo sdělení o terminálnosti svého onemocnění za nepravděpodobné, zvláště pokud dosud netrpěl bolestmi a nezaznamenal žádné znepokojující příznaky. Je přesvědčen, že došlo k administrativní chybě či záměně výsledků. „*Nález přece nemůže být hotový tak brzy po mém vyšetření...*“ Věří, že se jedná o omyl, který se nakonec vyřeší, má tendence vyhledat jiné lékaře a ověřit si správnost (v tomto kontextu spíše nesprávnost) diagnózy. V prvním stadiu nemocný reaguje postoji ve smyslu „*To se nemůže týkat mě...*“, „*To není možné...*“ a vytváří si specifické copingové strategie. Poté, co zmobilizuje své síly, může shledávat potřebu podělit se s pečujícími o své naděje a obavy, o otázky života, umírání a smrti samotné. Rozhovor tohoto charakteru vždy začíná sám nemocný, a měl by se odehrávat v soukromí a pokud možno bez narušitele. V této fázi je velmi důležité navázat s nemocným kontakt, získat jeho důvěru a nechat jej projevit jeho pocity (Kelnarová, 2007, s. 29; Kübler-Ross, 2015, s. 51-63; Kupka, 2014, s. 96; Tothová, 2013, s. 17-18).

Druhá fáze – zlost

Druhé stadium je obdobím hněvu, zloby, agrese, závisti a rozmrzelosti. Nemocný je naštváný na všechny kolem sebe, vybíjí svůj hněv na komkoliv, kdo se mu momentálně namane. Iritují jej maličkosti a banální věci – málo natřepaný polštář, špatně upravené lůžko, ostré světlo, bílá káva místo černé, ... má pocit, že lékaři jsou neschopní, sestry vše dělají špatně. Velmi těžké je toto období také pro rodinu, kterou pacient přijímá bez úsměvu a

dřívějšího potěšení, příbuzní reagují slzami, pocitem provinění a přestávají jej dále navštěvovat, což jen umocňuje pacientovu zlobu. Je však nutné toto chování chápat jako právě prožívanou krizi, často ve spojení s pocity krivdy a frustrace. Jako profesionálové reagujeme klidně a trpělivě. V této situaci prioritně uplatňujeme empatii a aktivní naslouchání (Kelnerová, 2007, s. 30; Kübler-Ross, 2015, s. 64-69; Kupka, 2014, s. 96).

„Musíme se naučit nemocným naslouchat a přijímat jejich někdy i „nespravedlivý“ hněv s vědomím, že jim úleva, jež se dostaví s jeho vyjádřením, pomůže snáze přijímat poslední hodiny života. Můžeme to však učinit pouze tehdy, jestliže jsme se předtím vyrovnali s vlastním strachem ze smrti a postavili se čelem vůči vlastním destruktivním přáním a jestliže jsme si vědomi svých obranných postojů, jež mohou negativně ovlivňovat naši péči o pacienta“ (Kübler-Ross, 2014, s. 53).

Třetí fáze – smlouvání

Třetí fáze, fáze smlouvání, je pro umírajícího pacienta velmi užitečná. Poté, co pacient prošel stadiem popírání, kdy nebyl schopen čelit faktu, že je nevléčitelně nemocný a umírá, a poté stadiem hněvu, ve kterém obviňoval všechny okolo, včetně Boha, nastává pro nás poněkud klidnější stadium smlouvání. Autorka této teorie dokonce třetí fázi připodobňuje k chování malého dítěte – které, pokud nestane to, co chce, se začne vztekat, může si i dupnout, ale když vidí, že nic nepomáhá, začne uvažovat o jiném postupu. Snaží se pomáhat a věří, že dosáhne svého. Podobě může uvažovat i pacient s infaustní diagnózou. „Vážně nemocný pacient se uchyluje ke stejným taktikám. Z dosavadních zkušeností ví, že existuje jistá nepatrná naděje na „odměnu za dobré chování“ – že za mimořádné služby mu někdy může být splněno nějaké přání. Nejčastěji si přeje prodloužení života a druhým nejčastějším přáním bývá prožít alespoň několik dnů bez bolesti či tělesných obtíží“ (Kübler-Ross, 2015, s. 98-99). V této fázi se také setkáváme s případy, kdy pacient konvertuje k víře či vyhledává alternativní způsoby léčení (Kupka, 2014, s. 96).

Čtvrtá fáze – deprese

Čtvrtou fázi charakterizuje uvědomění si ztráty všech dosud důležitých priorit, životních hodnot, možností a cílů. Soustředí se spíše na budoucnost než na minulost. U nemocných často identifikujeme potřebu lidské blízkosti, kterou můžeme saturovat držením za ruku, dotekem, nasloucháním, ale i tichou přítomností. Nemělo by nás překvapit, pokud nemocný vyjádří přání (i společně) modlitby. Naším úkolem je nemocného podpořit – neříkat mu, ať

není smutný, ale naopak mu dovolit vyjádřit svůj žal a tím dospět ke smíření (Kübler-Ross, 2015, s. 101-104; Kupka, 2014, s. 96).

„V některých případech pacient dokáže vnímat předtuchu nadcházející smrti; budete-li mu naslouchat, jistě vám ji nějakou narážkou sdělí. Rozhodně se ho nepokoušejte odbýt nějakou poznámkou ve stylu: „*Ale to plácáte!*“ (Kübler-Ross, 1995, s. 39-40).

Pátá fáze – akceptace

Poslední fází v procesu psychické odezvy je fáze akceptace (smíření, souhlas). V tomto stadiu již nemocný pochopil skutečný stav věcí a dosáhl smíření. V klinické praxi jej rozpoznáme tak, že pacient vyzařuje klid, mír a vyrovnanost. Působí unaveně, může podřimovat a je ve stavu jakéhosi „tichého očekávání“. Podle slov jednoho pacienta doktorky Kübler-Ross „je to, jako kdyby bolest odešla, boj skončil, a nastal čas na poslední odpočinek před dlouhou cestou“ (Kübler-Ross, 2015, s. 128). Nemocný dává nyní přednost samotě, nemá náladu na povídání s návštěvami, vyhovuje mu, když je televize na pokoji vypnutá. Ocení naši tichou přítomnost, držení za ruku, pohlazení, upřímný úsměv a ujištění, že mu budeme nablízku až do úplného konce. V posledním stadiu u nemocného identifikujeme potřeby blízkosti, bezpečí a jistoty (Kelnarová, 2007, s. 30-31; Kübler-Ross, 2015, s. 127-129; Kupka, 2014, s. 96-97; Venglářová a Mahrová, c2006, s. 113).

3.5 Konfrontace dítěte se smrtí

Marková (2010, s. 30) uvádí rozhovor mezi 4letou vnučkou a 85letou babičkou: „*Prababi, a kdy ty umřeš?*“ „*Já nevím, možná tak za dva, možná za pět let.*“ „*A bude to tady, nebo budeš u nás doma?*“ „*No, já doufám, že to bude tady, u mě doma.*“ „*To je škoda, že ne u nás.*“ „*A proč je to škoda?*“ „*No, já bych chtěla vidět, jak ta tvoje duše jde z tebe ven.*“

Smrt milovaného příbuzného se samozřejmě dotýká celé rodiny, tedy nejen dospělých, ale i dětí. Komunikovat o smrti s dítětem je vždy velmi těžké, jelikož se jedná o citlivé téma. Dospělí se těmto otázkám často vyhýbají, protože neví, co říct a jakou formou to říct. „Máme-li lépe porozumět procesu truchlení u dítěte, je nezbytně nutné, abychom mu dodali odvahu klást otázky na téma smrti. Děti až příliš často dostávají signál, že o svém milovaném nemají hovořit, dávat najevo své pocity ani klást otázky. Dospělí často nabízejí rychlá řešení, opřená o mýty a klišé, v nichž sami vyrůstali. Holčičkám a chlapcům se říká, že mají být silní, stateční, že mají být pánem nebo paní domu, hlavou rodiny. Také často slyší, že kluci nepláčou nebo že děti jsou ještě moc malé na to, aby něčemu rozuměly“ (Goldman, 2015, s.

81). Pokud však dítě informujeme šetrně, úměrně jeho věku a chápání, a jednoduchou formou, dosáhneme tím důležitého benefitu – dítě má pocit důvěry, spolupracuje a není tolik úzkostlivé (Goldman, 2015; s. 6; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 378; Špatenková, 2013, s. 66-67; Vitoň a Velemínský, 2014, s. 89-90).

Linda Goldman (2015, s. 86-87) ve své publikaci *Jak s dětmi mluvit o smrti* uvádí přehled jakýchsi zásad či pokynů pro rodiče a blízké děti, jež se ocitly v kontaktu se smrtí, jak se v této těžké situaci zachovat a správně reagovat na proces truchlení u dětí:

- Buďte pravdiví – děti jsou vůči lžím velmi vnímavé.
- Vysvětlujte jednoduše a adekvátně věku i chápání dítěte.
- Sdělte fakta a definujte pojem smrt.
- Ubezpečte dítě, že smrt nebyla jeho zaviněním.
- Umožněte dítěti poslední rozloučení s milovanou osobou.
- Mějte na paměti, že dětské truchlení je specifické a občas lze obtížně identifikovat.
- Berte každé dítě jako individualitu (Goldman, 2015, s. 86-87).

Batolata nechápu smrt, nerozlišují mezi „živým“ a „mrtvým“. Reagují spíše na emoce rodičů, k nimž jsou mimořádně vnímavá. Můžeme konstatovat, že jejich strádání pak pramení spíše z nepřítomnosti pečující osoby (většinou matky), což může vyústit až v tzv. separační úzkost. Podle Ptáčka, Bartůňka a kol. (2011, s. 378) je však zásadní i takto malé děti vhodnou formou informovat o tom, co se bude dít, a také je ujistit, že nebudou samotné – strach ze smrti má totiž kořeny právě ve strachu z opuštění. Předškoláci znají smrt z pohádek jako dočasný stav (spánek, zakletí, apod.), který je většinou reverzibilní. Jejich myšlení vychází z toho, co jim o smrti řekli dospělí (být v nebi, spát v hrobečku). Děti ve věku 4-8 let si představují smrt jako „bubáka“, kterému je možno utéct a schovat se před ním. Začínají se také zajímat o lidské tělo a související tělesné pochody po smrti. Kolem 9. roku se objevuje realistické pojetí smrti, tedy ireverzibilní proces. Děti v tomto věku se zajímají o příčiny smrti a rituály s ní spojené. Jejich truchlení můžeme charakterizovat jako vyrovnávání se se ztrátou citového pouta se zesnulým a objevuje se zde zvýšená potřeba sdílet své problémy s rodiči. Nejproblematictější konfrontace se smrtí bývá u adolescentů – dohromady s jejich typickými problémy s dospíváním často vede do bezvýchodné situace, která může vyústit až v suicidální chování. Očekává se od nás, že dospívajícím empaticky nasloucháme a umožníme jim ventilovat všechny emoce. Jedinec v tomto věku již většinou bývá schopen popsat své pocity bolesti, prázdnoty a bezmocnosti (Kübler-Ross, 2015, s. 196-198; Kupka, 2014,

s. 81-84; Plevová a Slowik, 2010, s. 181-185; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 378-379; Vitoň a Velemínský, 2014, s. 90-92).

4 EUTANAZIE

Pojem eutanazie má kořeny v řeckém *eu-* (dobrý, správný, pravý) a *thanatos* (smrt). Slovo *euthanasie* tedy můžeme definovat jako „dobrá smrt“ nebo také „snadná smrt“ (Kutnohorská, 2007, s. 84; Vácha, Königová a Mauer, 2012, s. 233).

Kupka (2014, s. 134) doplňuje, že pojem „dobrá smrt“ bylo možno vykládat různými způsoby – lehké, bezbolestné umírání, smrt v pravý čas, smrt v boji či padnutí za vlast, smrt jako přirozené ukončení šťastného a naplněného života. Podobné úvahy překládají také Loučka, Špinka a Špinková (2015, s. 9): „Důležité však je, že představa o tom, která smrt, je dobrá, vycházela z toho, co bylo pokládáno za dobrý život. *Eu-thanasia*, dobrá smrt, vždy nějak odpovídala představám o tom, co znamená dobře žít, *eu-zein*.“

Jelikož se jedná o velmi aktuální problematiku, nacházíme mnoho definic pojmu eutanazie:

- Eutanazie dle definice Světové zdravotnické organizace je „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen. Jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 242).
- „Eutanázie je úmyslné usmrcení člověka na jeho explicitní opakovanou žádost někým jiným než pacientem samotným“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2011, s. 321).
- „Eutanazií se dnes rozumí především lékařské jednání, které vede k navození či uspíšení smrti druhého člověka“ (Kupka, 2014, s. 140).
- „V základní podobě je eutanazie jednání lékaře, který na žádost pacienta aplikuje určité přípravky, které ukončí pacientům život“ (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 9).
- „Aktivní usmrcení pacienta lékařem – obvykle s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení – na jeho vlastní opakovanou žádost“ (Vokurka a Hugo, 2011, s. 120).
- Websterův slovník definuje euthanasii jako „akt ukončení života jednotlivců, kteří jsou beznadějně nemocni nebo poškozeni, a to z důvodu milosrdenství“ (Ondok, 1999, s. 121).

4.1 Formy eutanazie

Aktivní eutanazie – nazývána také jako *metoda přeplněné stříkačky*; „*killing*“ – chápeme ji jako aktivní činnost lékaře při usmrcení pacienta. Lékař v tomto případě aplikuje látky, které ukončí život nemocného. „Typicky se jedná o léky, které postupně utlumí činnost dechové a oběhové soustavy“ (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 15). Smrt pak vychází z jednání druhé osoby, tedy lékaře, který však byl o tento čin výslovně a opakovaně požádán, a to svéprávným nemocným, jež si je vědom svého zdravotního stavu (respektive infaustní diagnózy). Oslovený lékař má dále za povinnost tuto skutečnost konzultovat s dalšími odborníky. Aktivní eutanazie je prozatím legální v Belgii, Holandsku, Kolumbii a Lucembursku (Kupka, 2014, s. 140-141; Kutnohorská, 2007, s. 84-85; Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 15, 22-23; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 490; Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011, s. 321; Vácha, Königová a Mauer, 2012, s. 234). „Právě tato aktivní eutanazie je eutanazií v pravém slova smyslu“ (Kupka, 2014, s. 140).

Pasivní eutanazie – *metoda odkloněné stříkačky*; „*letting die*“ – spočívá v tom, že se nevykonají činnosti nutné pro udržení života nemocného. Vácha, Königová a Mauer (2012, s. 235) ji vysvětlují následovně: „Lékař neudělá nic, přestože by udělat mohl, a pacient zemře.“ Jako příklad takového jednání můžeme uvést nepodání chemoterapie, přerušování invazivní léčby, nebo odpojení od život udržujících přístrojů. „Rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií tedy spočívá v tom, že u aktivní eutanazie je něco aktivně uděláno s úmyslem ukončení života pacienta; u pasivní eutanazie je naopak neuděláno něco, co by jinak mohlo pacientův život prosloužit“ (Munzarová, 2005a, podle Vácha, Königová a Mauer, 2012, s. 235). Vždy však mějme na paměti, že hranice mezi nimi je nesmírně jemná a naší hlavní prioritou je důstojná smrt pacienta (Kupka, 2014, s. 140-141; Kutnohorská, 2007, s. 84-85; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 490; Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011, s. 321; Vácha, Königová a Mauer, 2012, s. 235).

Asistované suicidium – nazýváno také jako *asistovaná sebevražda* – principem této formy eutanazie je, že smrtící prostředek (jed, injekci, informaci, radu, ...) poskytne lékař a pacient poté sám zrealizuje. Morální zodpovědnost však zůstává na straně lékaře. Je legální v Belgii, Holandsku, Kalifornii, Kanadě, Lucembursku, Oregonu, Švýcarsku, Vermontu a Washingtonu. V ČR je souzena podle § 144 trestního zákoníku (Kupka, 2014, s. 141; Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 15-16, 23; Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 17-18, 236; Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011, s. 321; Vácha, Königová a Mauer, 2012, s. 236).

Autoři Vácha, Königová a Mauer (2012, s. 234-235) klasifikují aktivní formu eutanazie na *aktivní nonvoluntární* a *aktivní involuntární*, a stejně tak pasivní formu eutanazie dále dělí na *pasivní voluntární*. Ptáček, Bartůněk a kol. (2011, s. 491) ještě pasivní formu doplňují o *měkkou eutanazii*. Také Kupka (2014, s. 140-141) jako další druhy uvádí *eutanazii přímou a nepřímou*, *eutanazii dobrovolnou a nedobrovolnou*, *eutanazii sociální* nebo *prenatální*. Dalšími pojmy, úzce spjatými s fenoménem eutanazie, jsou například *ustoupení od léčby*, *ukončení léčby*, *paliativní sedace*, *dříve vyslovené přání* a v neposlední řadě také *kluzký svah* – „*slippery slope*“ (Kupka, 2014, s. 140-141; Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 15-19; Munzarová, 2005b, s. 37-39).

Jsme si ale samozřejmě vědomi omezeného rozsahu této bakalářské práce, a proto se výše uvedeným pojmům dále nebudeme podrobněji věnovat.

4.2 Právní a etická problematika eutanazie

V České republice je eutanazie v jakékoliv její formě právně považována za ilegální. Pokud bychom měli toto stanovisko konkretizovat, můžeme říci, že eutanazie – byť i nedokončený pokus; a také v případě, že k úmrtí nakonec nedošlo – je stále hodnocena jako vražda (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 17-18; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 491). Mohli bychom konstatovat, že všechny medicínské kodexy, jimiž se lékař samozřejmě musí řídit, zaujímají k eutanazii nesmlouvaný postoj – nedovolují ji (Vácha, Königová a Mauer, 2012, s. 257).

4.2.1 Hippokratova přísaha

Hippokratova přísaha, jejíž datum vzniku přesně neznáme, ačkoliv obvykle bývá datována v období 6. stol. př. n. l. (ale i do éry křesťanské, tedy přesněji jejího začátku), naprosto striktně eutanazii odmítá: „Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhu. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek“ (Kutnohorská, 2007, s. 28, 84).

4.2.2 Deklarace Světové lékařské asociace (1987)

Deklarace Světové lékařské asociace, která byla přijata v Madridu roku 1987, ve vztahu k eutanazii konstatuje: „Eutanazie, která je aktem vědomého ukončení života pacienta, dokonce na jeho vlastní žádost nebo na žádost jeho blízkých příbuzných, je neetická. To ale neznamená, že lékař nemá právo respektovat přání pacienta v terminální fázi nemoci, aby se

ustoupilo přirozeným procesům vedoucím ke smrti“ (Vácha, Königová a Mauer, 2012, s. 258).

4.2.3 Etický kodex České lékařské komory (1996)

Etický kodex České lékařské komory, § 2, odst. 7, dokument upravující pravidla lékařovy profese, se k eutanazii staví následovně: „Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné“ (Heřmanová a kol., 2012, s. 77; Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 237).

4.3 Argumenty pro a proti eutanazii

Kutnohorská (2007, s. 87) vymezuje několik zásadních důvodů, jež si kladou za cíl podpořit nebo naopak zavrhnout myšlenku eutanazie:

Argumenty pro eutanazii

- Zbavit nemocného utrpení a neprodužovat proces jeho umírání.
- Respektovat právo jedince na sebeurčení.
- Respektovat fakt, že ukončení života je dobrovolné a osobní rozhodnutí, tedy je projevem lidské důstojnosti.
- Metoda pasivní eutanazie pro naši kulturu může být přijatelnějším řešením situace.
- Etický problém suicidia (Kutnohorská, 2007, s. 87).

Argumenty proti eutanazii

- Jde o vraždu nevinného člověka.
- Křesťanský aspekt, tedy teze, že život je darem od Boha.
- Lékaři mají léčit, ne usmrcovat.
- Riziko zneužití eutanazie.
- Moderní doba disponuje dostatkem efektivních prostředků pro tišení bolesti (Kutnohorská, 2007, s. 87).

Závěrem dodejme, že motivem eutanazie bývá velmi často „volání o pomoc“. Soustředme se tedy na nemocného jako na jedinečnou bytost, která má právo žít svůj život smysluplně. Jednou z etických priorit ošetřovatelství by vždy mělo být důstojné umírání pacienta.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE

V bakalářské práci s názvem „Důstojné umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků“ stanovíme 1 hlavní cíl a 3 dílčí cíle.

Hlavní cíl:

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak vnímají důstojné umírání pacientů nelékařští zdravotničtí pracovníci.

Dílčí cíle jsou stanoveny následovně:

1. cíl: Zjistit, co si nelékařští zdravotničtí pracovníci představují pod pojmem důstojné umírání.

H⁰ Předpokládáme, že více jak 60 % (61 a více) nelékařských zdravotnických pracovníků spojuje důstojné umírání s empatií.

H^A Předpokládáme, že méně jak 40 % nelékařských zdravotnických pracovníků spojuje důstojné umírání s jinými aspekty než s empatií.

2. cíl: Zjistit, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci respektují potřeby umírajících pacientů

H⁰ Předpokládáme, že více jak 60 % (61 a více) nelékařských zdravotnických pracovníků spojuje potřeby umírajících pacientů s komunikací.

H^A Předpokládáme, že méně jak 40 % nelékařských zdravotnických pracovníků spojuje potřeby umírajících pacientů s jinými aspekty než s komunikací.

3. cíl: Zjistit, jak nelékařští zdravotničtí pracovníci naplňují důstojné umírání pacientů.

H⁰ Předpokládáme, že více jak 60 % (61 a více) nelékařských zdravotnických pracovníků naplňuje důstojné umírání dle přání pacienta.

H^A Předpokládáme, že méně jak 40 % nelékařských zdravotnických pracovníků naplňuje důstojné umírání dle vlastního individuálního uvážení.

5.1 Metodika výzkumu

Pro potřeby bakalářské práce byl realizován kvantitativní výzkum, a to technikou dotazníku, originálně vytvořeného autorkou. Tento dotazník (jeho plnou verzi můžeme najít jako Přílohu IV) se skládal z 3 stran a obsahoval celkem 15 položek, z nichž 14 bylo povinných a 1 nepovinná. Při sestavování dotazníku jsme kombinovali otevřené i uzavřené otázky, díky

čemuž jsme dosáhli maxima odpovědí respondentů na zkoumanou oblast. Z uzavřených otázek dominovaly tzv. polytomické – takové, kde respondent vybírá z více variant (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2008, s. 102-103). U otázek s číslem 8 a 13 měli respondenti možnost vyjádřit svůj názor pomocí varianty „*Jiné*“, jednalo se tedy o polouzavřené otázky. Celé výzkumné šetření probíhalo naprosto anonymně a dobrovolně.

5.2 Design výzkumu

Dotazníky byly distribuovány v tištěné formě, kdy bylo vytištěno a posléze rozdáno 160 ks dotazníků. Do šetření se ochotně zapojila 4 zdravotnická zařízení ve Zlínském kraji, jejichž názvy, případně názvy konkrétních oddělení, jsou k dispozici u autorky práce. Velmi nás těší, že z původních 160 ks dotazníků se také 160 ks vrátilo – můžeme tedy říci, že návratnost dosáhla 100 %, přičemž podle Žiakové a kol. (2009, s. 148) je požadovaná minimální návratnost 60-70 %. Po podrobném zkontrolování dotazníků bylo celkem 10 ks vyřazeno pro chybné či neúplné odpovědi. Pro vyhodnocení bylo tedy použito 150 ks dotazníků.

5.3 Zpracování získaných dat

Získaná data byla autorkou zpracována metodou papír-tužka, následně vnesena do tabulek a pruhových skupinových grafů v systému Microsoft Excel. V tabulkách také nalezneme absolutní četnost [n], vyjadřující celkový počet respondentů. V případě polytomických otázek pak [n] vyjadřuje celkový počet odpovědí. Relativní četnost [%], která znázorňuje procentuální zastoupení odpovědí z celku 100,00 %, byla vždy zaokrouhlena na dvě desetinná místa. Nejčastější odpověď je pak pro lepší orientaci v tabulce vyznačena tučně.

5.4 Výzkumný soubor

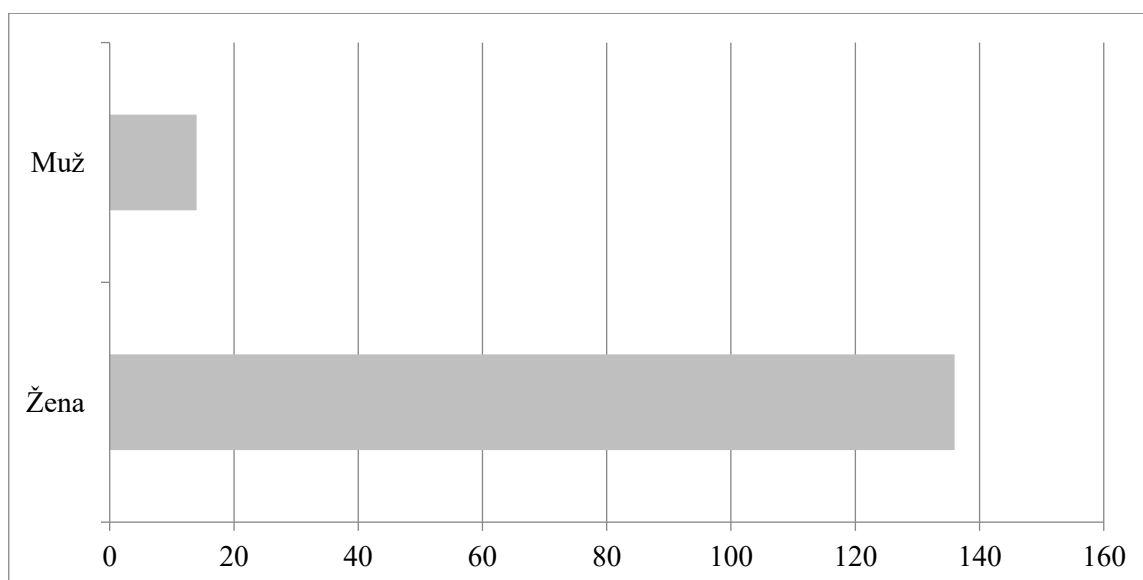
Finální výzkumný soubor je tvořen 150 respondenty, respektive nelékařskými zdravotnickými pracovníky, jak uvádí název práce i zaměření celého šetření. Pro potřeby dotazníku jsme z řad NLZP vybrali následující profese: sanitáře/sanitářky, ošetřovatele/ošetřovatelky, praktické sestry (dříve zdravotnické asistenty) a všeobecné sestry/všeobecné ošetřovatele. Výzkumný vzorek je z velké části zastoupen ženami, jejichž četnost dosáhla 90,66 % z celkových 100,00 %. Co se týče věku respondentů, náš výzkum nejvíce oslovil věkovou skupinu 41-50 let. Mezi další identifikační znaky respondentů bychom mohli zařadit (kromě výše zmíněného pohlaví a věku) také nejvyšší dosažené vzdělání, kdy se jako nejfrekventovanější ukázala varianta „středoškolské s maturitou“.

6 ANALÝZA A INTERPETACE ZÍSKANÝCH DAT

Dotazníková položka č. 1: Jste žena či muž?

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů.

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Žena	136	90,66 %
Muž	14	9,34 %
Celkem	150	100,00 %

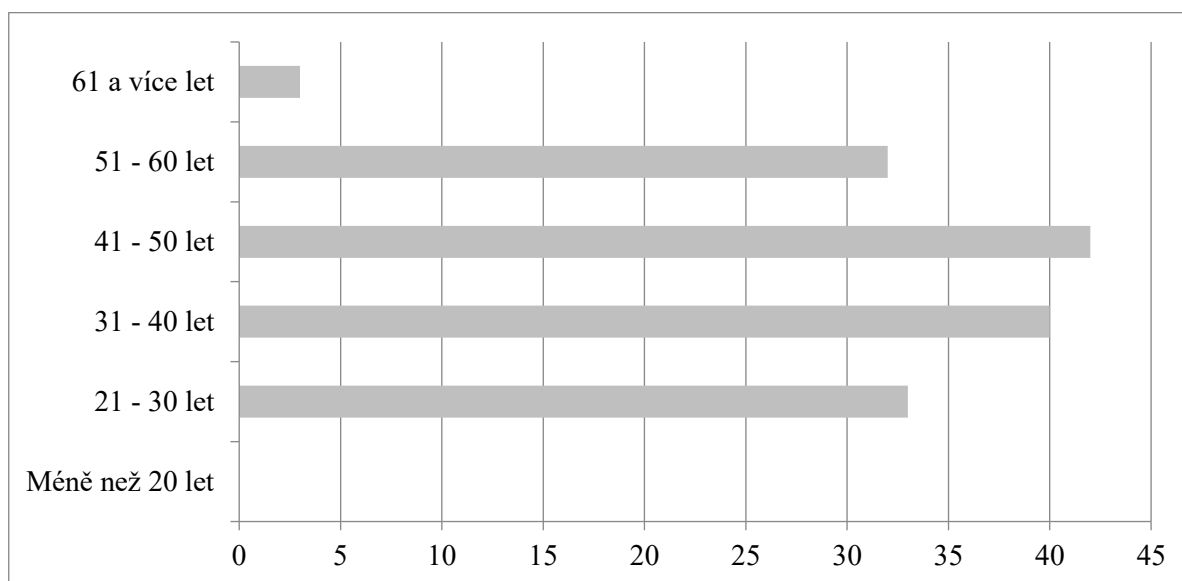


Graf č. 1: Pohlaví respondentů.

Komentář: Tuto dotazníkovou položku vyplnilo celkem 100,00 % respondentů. Z odpovědí vyplývá, že v 90,66 % se jednalo o ženy a pouze v 9,34 % o muže.

Dotazníková položka č. 2: Do jaké věkové kategorie patříte?*Tabulka č. 2: Věk respondentů.*

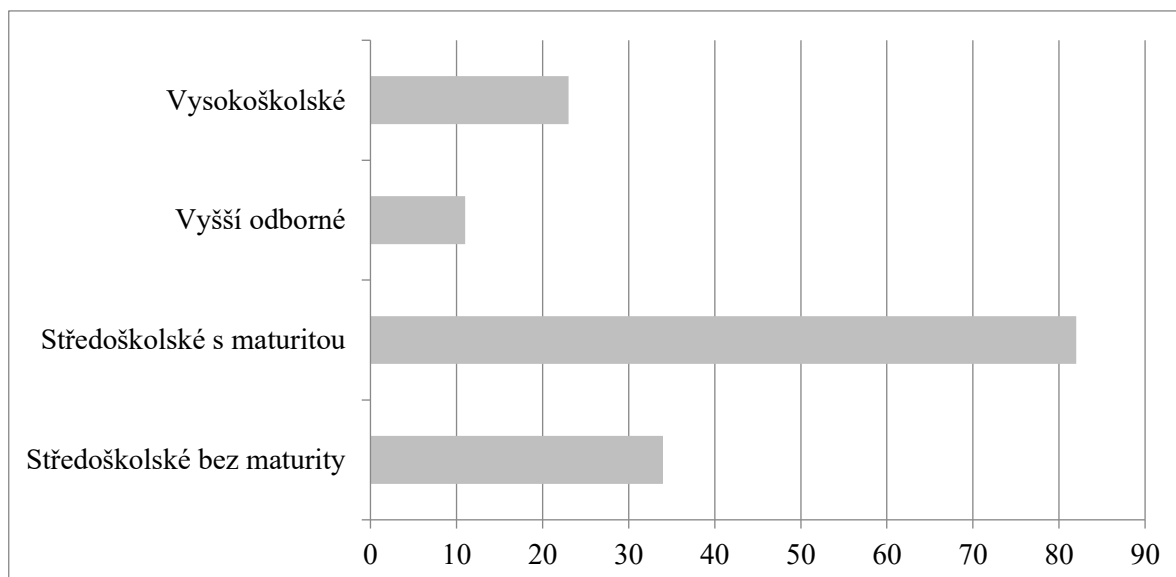
Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Méně než 20 let	0	0,00 %
21 - 30 let	33	22,00 %
31 - 40 let	40	26,67 %
41 - 50 let	42	28,00 %
51 - 60 let	32	21,33 %
61 a více let	3	2,00 %
Celkem	150	100,00 %

*Graf č. 2: Věk respondentů.*

Komentář: Nejpočetnější věkovou skupinu, zastoupenou 28,00 %, tvořili respondenti ve věku 41-50 let. Velmi početná byla také věková skupina 31-40 let, zastoupená 26,67 %. Mezi respondenty se nevyskytl žádný ve věku 20 let a méně.

Dotazníková položka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů.*

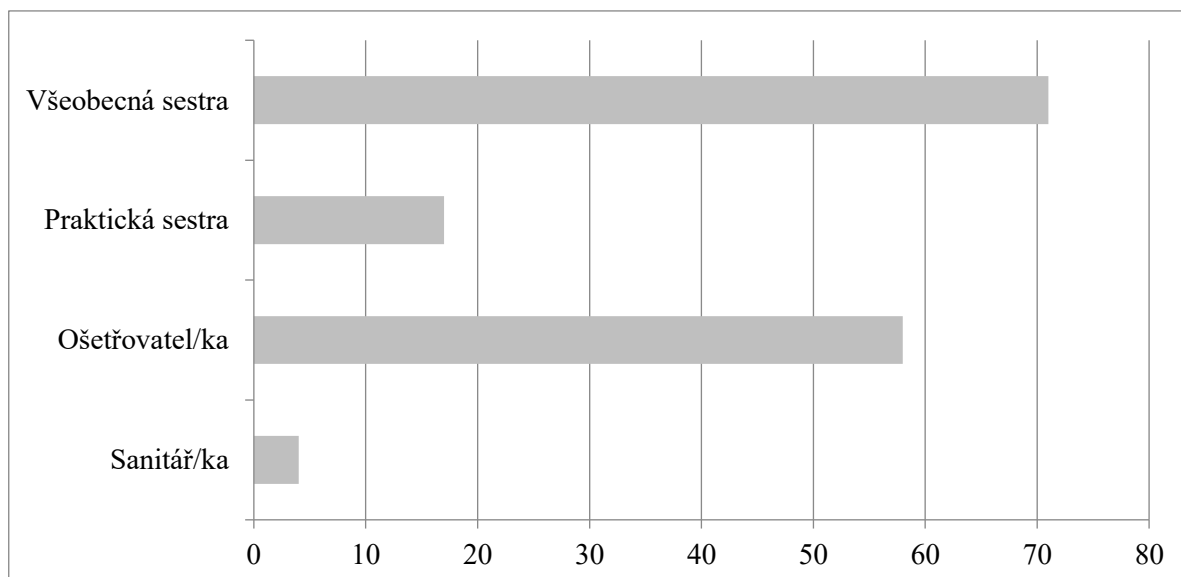
Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Středoškolské bez maturity	34	22,67 %
Středoškolské s maturitou	82	54,67 %
Vyšší odborné	11	7,33 %
Vysokoškolské	23	15,33 %
Celkem	150	100,00 %

*Graf č. 3: Vzdělání respondentů.*

Komentář: Celkem 82 respondentů, tedy 54,67 %, uvedlo jako své vzdělání středoškolské, ukončené maturitní zkouškou. Sekunduje varianta *Středoškolské bez maturity*, kterou označilo 22,67 % respondentů. Vzdělání respondentů bylo vždy hodnoceno jako jejich nejvyšší dosažené.

Dotazníková položka č. 4: Jste?*Tabulka č. 4: Pracovní pozice respondentů.*

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Sanitář/ka	4	2,67 %
Ošetřovatel/ka	58	38,67 %
Praktická sestra	17	11,33 %
Všeobecná sestra	71	47,33 %
Celkem	150	100,00 %

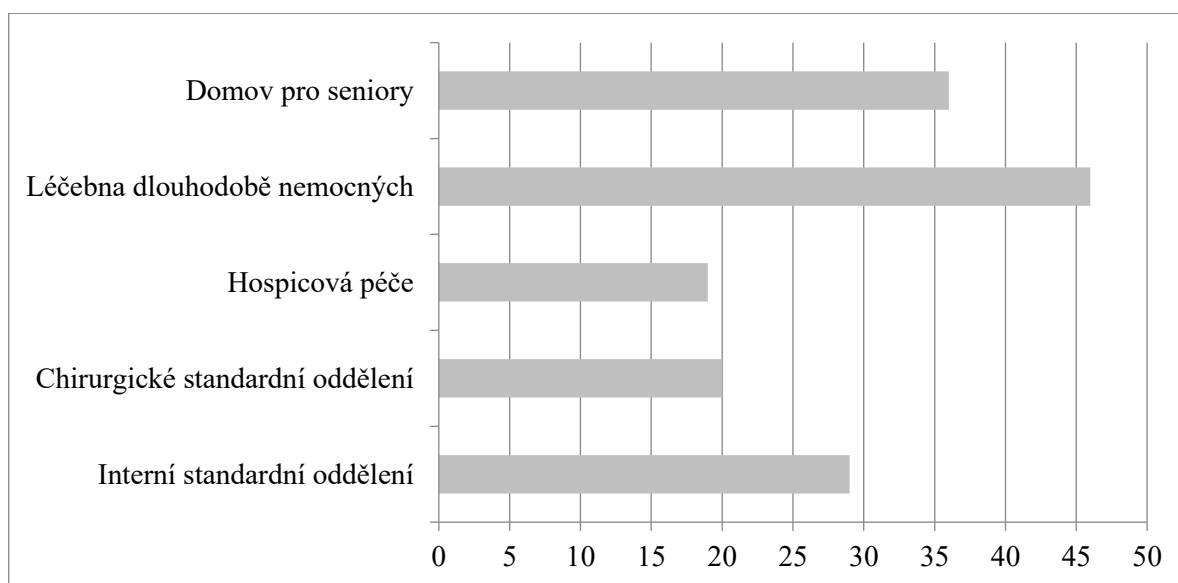
*Graf č. 4: Pracovní pozice respondentů.*

Komentář: V dotazníkové položce č. 4 byla vyhodnocena jako nejpočetnější varianta *Všeobecná sestra*, tedy 71 z celkových 150, která dosáhla 47,33 %. Druhou nejpočetnější skupinou byla *Ošetřovatel/ka*, jež dosáhla 38,67 %. Možnost *Sanitář/ka* se vyskytla pouze ve 4 případech.

Dotazníková položka č. 5: Kde pracujete?

Tabulka č. 5: Pracovní umístění respondentů.

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Interní standardní oddělení	29	19,33 %
Chirurgické standardní oddělení	20	13,33 %
Hospicová péče	19	12,67 %
Léčebna dlouhodobě nemocných	46	30,67 %
Domov pro seniory	36	24,00 %
Celkem	150	100,00 %



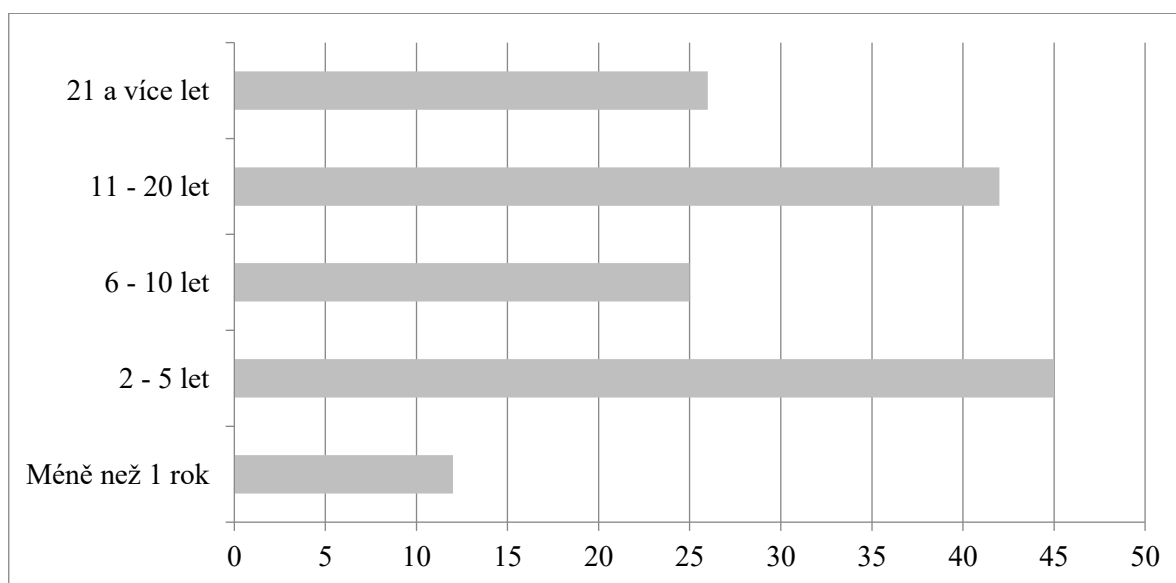
Graf č. 5: Pracovní umístění respondentů.

Komentář: Nejvíce respondentů (30,67 %) uvedlo jako své pracovní umístění *Léčebnu dlouhodobě nemocných*. Dále můžeme konstatovat, že relativně podobné výsledky vykazují pracoviště *Hospicová péče* s 19 respondenty (12,67 %) a *Chirurgické standardní oddělení* s 20 respondenty (13,33 %). Bylo velmi zajímavé srovnávat výsledky výzkumu, zejména otevřené odpovědi, také mezi těmito různými pracovišti navzájem.

Dotazníková položka č. 6: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 6: Délka praxe respondentů.

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Méně než 1 rok	12	8,00 %
2 - 5 let	45	30,00 %
6 - 10 let	25	16,67 %
11 - 20 let	42	28,00 %
21 a více let	26	17,33 %
Celkem	150	100,00 %

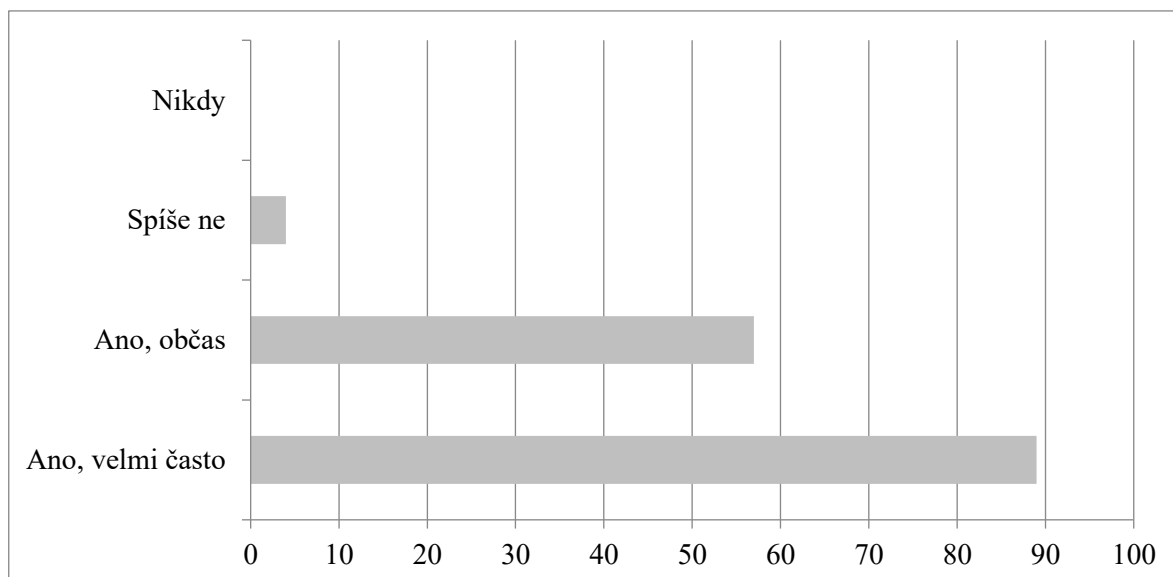


Graf č. 6: Délka praxe respondentů.

Komentář: Překvapivě nejčastěji vyznačenou se v této dotazníkové položce stala varianta *2-5 let* praxe, zastoupená v 30,00 %. Autorkou původně předpokládaná varianta *11-20 let* však sekunduje s rozdílem pouhých 3 respondentů. Nejmenšího počtu, tedy 8,00 %, dosáhla délka praxe kratší než 1 rok, zastoupená 12 respondenty.

Dotazníková položka č. 7: Setkáváte se ve své praxi s umírajícími pacienty?*Tabulka č. 7: Konfrontace respondentů s umírajícími pacienty.*

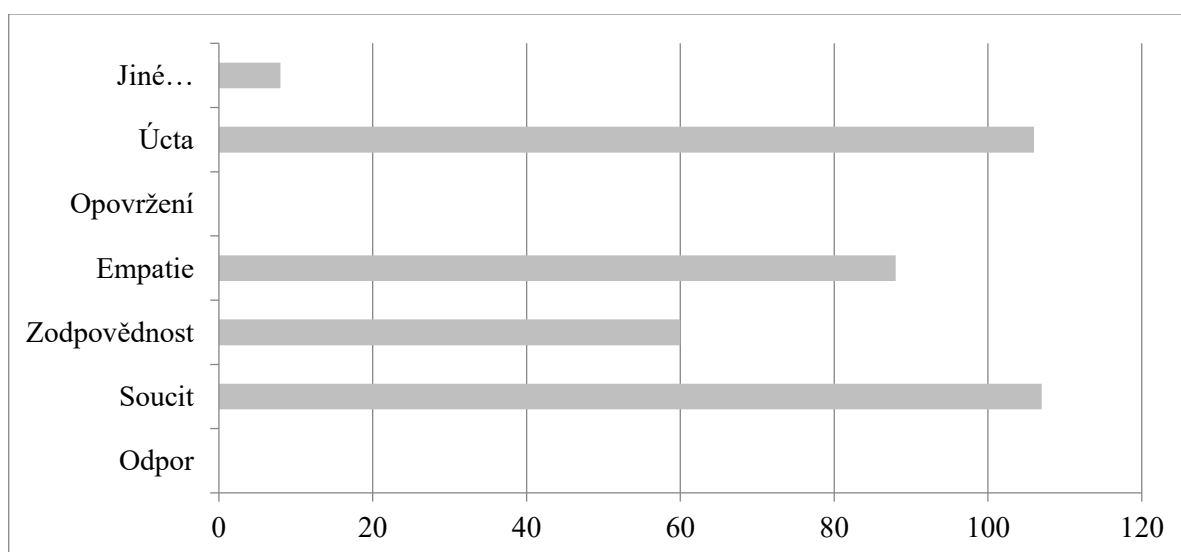
Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Ano, velmi často	89	59,33 %
Ano, občas	57	38,00 %
Spíše ne	4	2,67 %
Nikdy	0	0,00 %
Celkem	150	100,00 %

*Graf č. 7: Konfrontace respondentů s umírajícími pacienty.*

Komentář: Nejčastější odpovědí na otázku „Setkáváte se ve své praxi s umírajícími pacienty?“ byla varianta *Ano, velmi často*, zastoupená v 59,33 %. Jako druhá nejfrekventovanější se stala *Ano, občas*, kterou vyznačilo 38,00 % respondentů. Možnost *Nikdy* nevyznačil žádný respondent, můžeme proto konstatovat, že se každý nelékařský zdravotnický pracovník v rámci zkoumaného vzorku ve své praxi již setkal se smrtí.

Dotazníková položka č. 8: Jaké máte pocity při péči o umírajícího pacienta?*Tabulka č. 8: Pocity respondentů při péči o umírajícího pacienta.*

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Odpor	0	0,00 %
Soucit	107	28,99 %
Zodpovědnost	60	16,26 %
Empatie	88	23,85 %
Opovržení	0	0,00 %
Úcta	106	28,73 %
Jiné...	8	2,17 %
Celkem	369	100,00 %

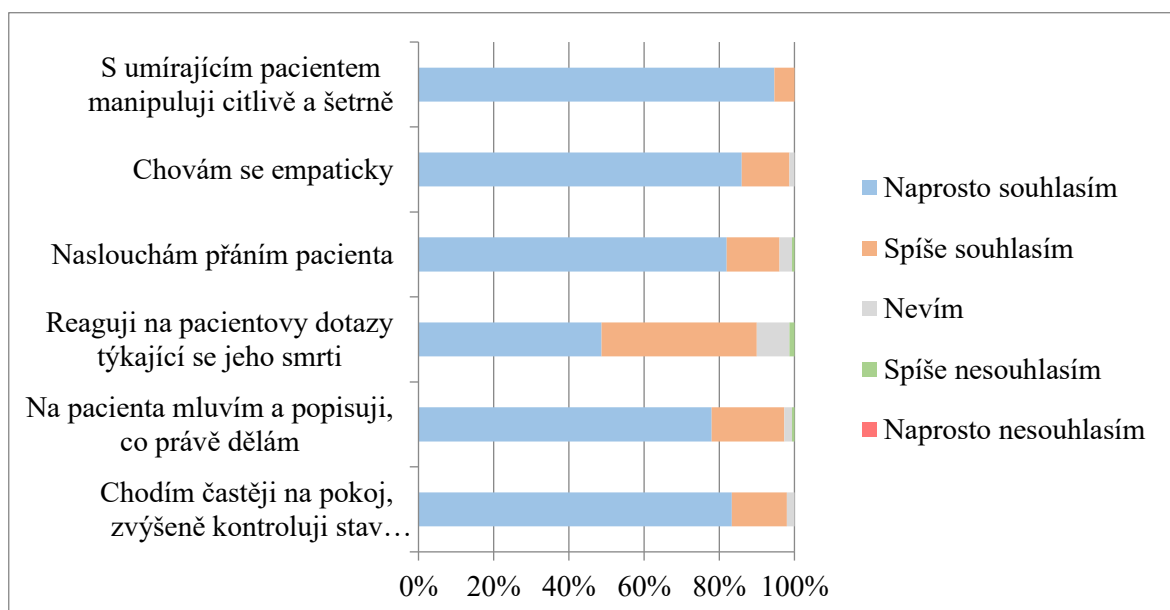
*Graf č. 8: Pocity respondentů při péči o umírajícího pacienta.*

Komentář: V dotazníkové položce č. 8 měli respondenti možnost vybrat více odpovědí (maximálně však 3) a také jim byla nabídnuta varianta *Jiné*, jež využilo 8 z nich. Respondenti, kteří pro svou odpověď vyznačili možnost *Jiné*, nejčastěji popisovali pocity „lásky“, „sounáležitosti“ či například „snahu zachovat důstojnost“. V jednom případě se také objevila odpověď „strach a vyděšení“. Absolutní četnost [n] pak v tomto případě vyjadřuje celkový počet odpovědí.

Dotazníková položka č. 9: Jakým způsobem (verbálně i nonverbálně) komunikujete s umírajícím pacientem?

Tabulka č. 9: Přístup respondentů k umírajícímu pacientovi.

Odpověď	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
Chodím častěji na pokoj, zvýšeně kontrolovuji stav pacienta	125	22	3	0	0
Na pacienta mluvím a popisuji, co právě dělám	117	29	3	1	0
Reaguji na pacientovy dotazy týkající se jeho smrti	73	62	13	2	0
Naslouchám přáním pacienta	123	21	5	1	0
Chovám se empaticky	129	19	2	0	0
S umírajícím pacientem manipuluji citlivě a šetrně	142	8	0	0	0

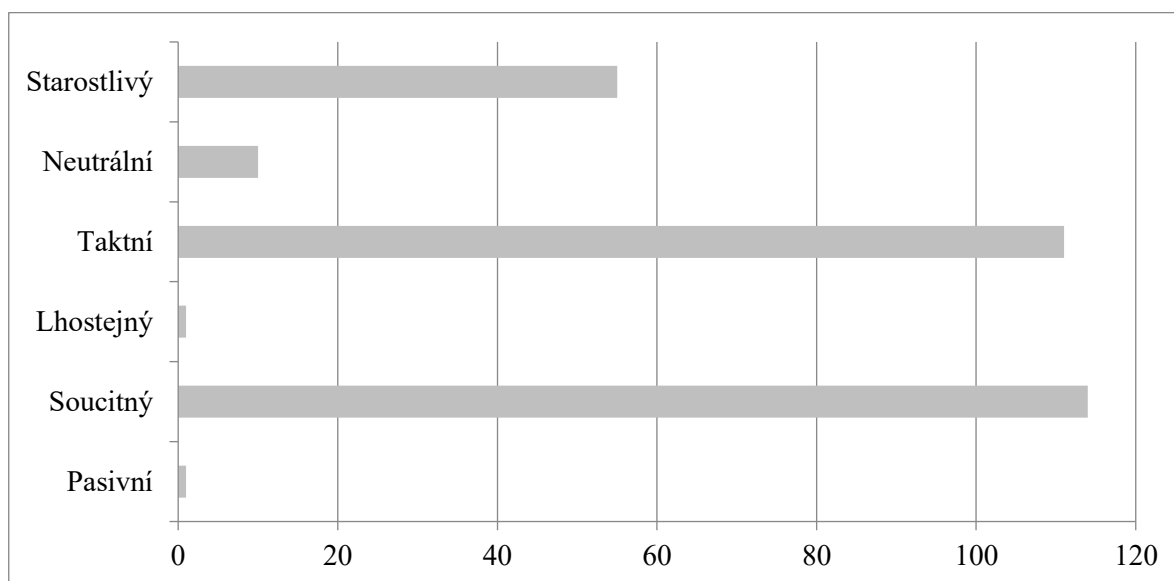


Graf č. 9: Přístup respondentů k umírajícímu pacientovi.

Komentář: Výsledky dotazníkové položky č. 9, organizované formou matice, bychom mohli shrnout jako veskrze pozitivní – je však možné, že respondenti podleli idealistickým představám stran přístupu nelékařských zdravotnických pracovníků k umírajícímu pacientovi.

Dotazníková položka č. 10: Jaký postoj zaujímáte vůči rodině umírajícího pacienta?*Tabulka č. 10: Postoj respondentů vůči rodině umírajícího pacienta.*

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Pasivní	1	0,35 %
Soucitný	114	39,04 %
Lhostejný	1	0,35 %
Taktní	111	38,01 %
Neutrální	10	3,42 %
Starostlivý	55	18,83 %
Celkem	292	100,00 %

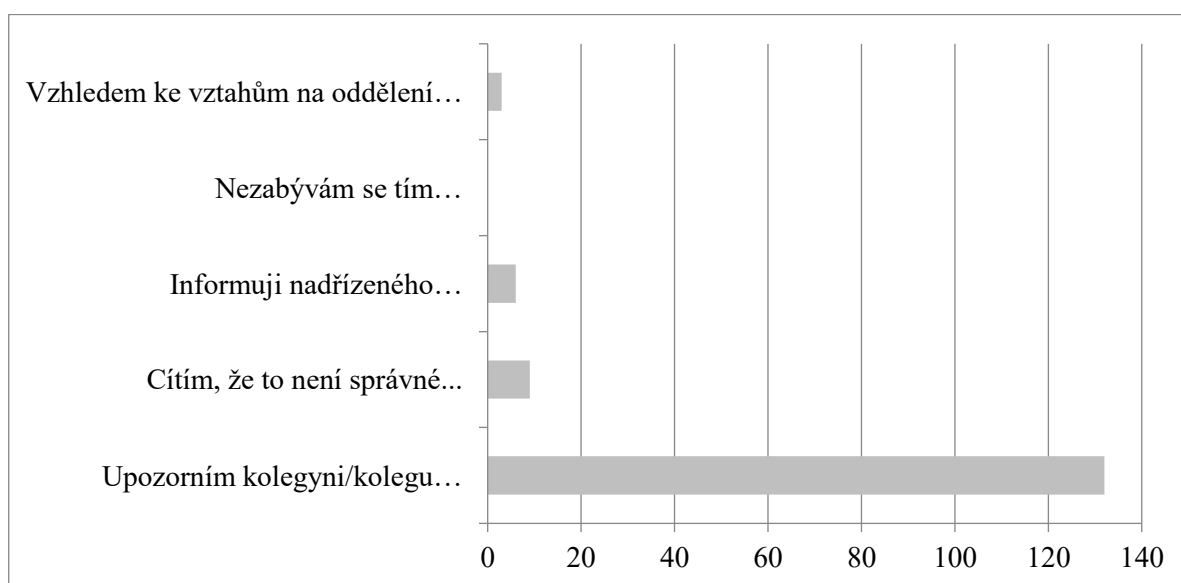
*Graf č. 10: Postoj respondentů vůči rodině umírajícího pacienta.*

Komentář: Výsledky dotazníkové položky č. 10 jsou pro nás velmi potěšující, zejména pro minimální vyznačení negativních a devalvujících variant *Pasivní* (0,35 %) a *Lhostejný* (takéž 0,35 %). Upřímně nás těší převaha zbývajících postojů, tedy *Soucitný* ve 39,04 %, sekundující *Taktní*, vyznačen ve 38,01 % a podobně *Starostlivý* postoj v 18,83 %. Jednalo se o polytomickou otázku, absolutní četnost [n] pak v tomto případě vyjadřuje celkový počet odpovědí.

Dotazníková položka č. 11: Jak se zachováte v situaci, kdy si všimnete, že Vaše kolegyně/Váš kolega se k umírajícímu pacientovi chová nedůstojně?

Tabulka č. 11: Reakce respondentů na neprofesionální chování spolupracovníka.

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Upozorním kolegyni/kolegu na neprofesionální chování	132	88,00 %
Cítím, že to není správné, ale neřeknu nic	9	6,00 %
Informuji nadřízeného o neprofesionálním chování kolegyně/kolegy	6	4,00 %
Nezabývám se tím, je mi to jedno	0	0,00 %
Vzhledem ke vztahům na oddělení se tomu nemůžu věnovat	3	2,00 %
Celkem	150	100,00 %



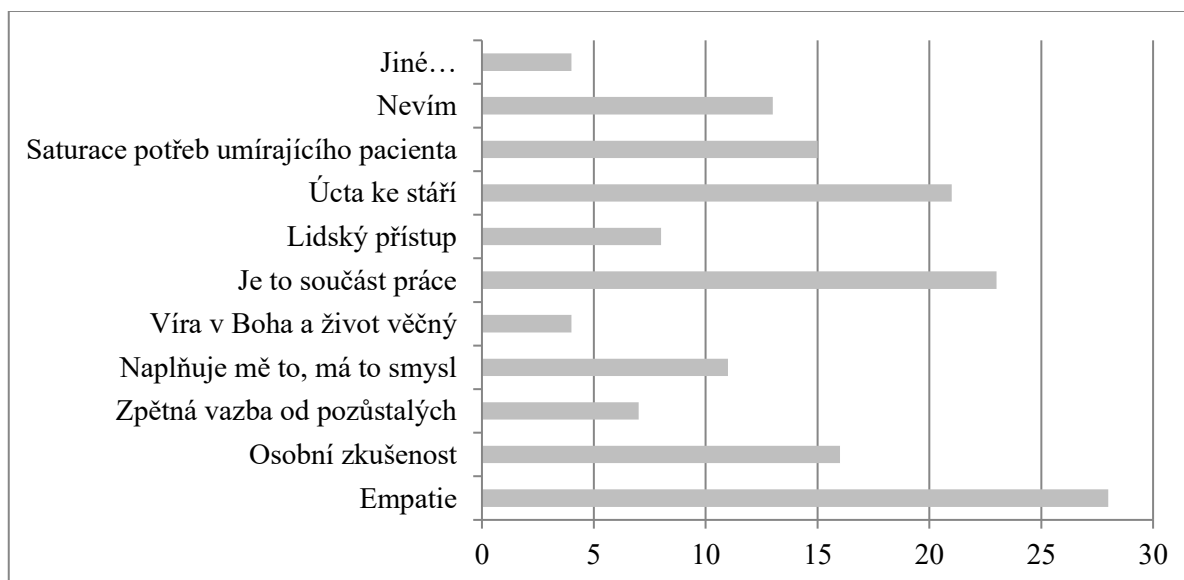
Graf č. 11: Reakce respondentů na neprofesionální chování spolupracovníka.

Komentář: Celkem 132 respondentů, tedy 88,00 %, odpovědělo, že v situaci, kdy by byli svědky neprofesionálního či nedůstojného chování spolupracovníka vůči pacientovi, upozornili by přímo konkrétní/ho kolegu/kolegyni. Sekunduje varianta *Cítím, že to není správné, ale neřeknu nic*, kterou vyznačilo 9 respondentů a je tedy zastoupena 6 %. Možnost *Nezabývám se tím, je mi to jedno* nevyznačil žádný z respondentů.

Dotazníková položka č. 12: Jaká je Vaše motivace pro práci s umírajícími pacienty?

Tabulka č. 12: Motivace respondentů k práci s umírajícími pacienty.

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Empatie	28	18,67 %
Osobní zkušenost	16	10,67 %
Zpětná vazba od pozůstalých	7	4,67 %
Naplňuje mě to, má to smysl	11	7,33 %
Víra v Boha a život věčný	4	2,67 %
Je to součást práce	23	15,33 %
Lidský přístup	8	5,33 %
Úcta ke stáří	21	14,00 %
Saturace potřeb umírajícího pacienta	15	10,00 %
Nevím	13	8,67 %
Jiné...	4	2,67 %
Celkem	150	100,00 %



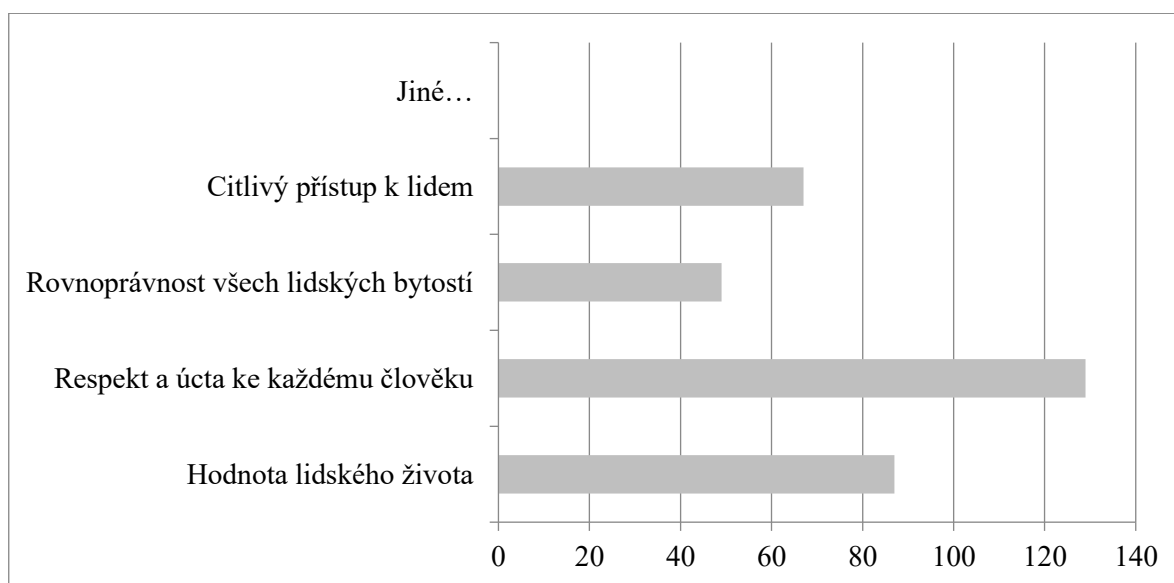
Graf č. 12: Motivace respondentů k práci s umírajícími pacienty.

Komentář: Zhodnocení této otevřené otázky probíhalo metodou ručního kódování. Nejčastější odpovědí byla „empatie“, „je to součást práce“, či například „osobní zkušenost“. Mezi *Jiné* řadíme například „i já můžu ovlivnit atmosféru posledních chvil“.

Dotazníková položka č. 13: Co si představujete pod pojmem „lidská důstojnost“?

Tabulka č. 13: Interpretace pojmu „lidská důstojnost“ respondenty.

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Hodnota lidského života	87	26,21 %
Respekt a úcta ke každému člověku	129	38,85 %
Rovnoprávnost všech lidských bytostí	49	14,76 %
Citlivý přístup k lidem	67	20,18 %
Jiné...	0	0,00 %
Celkem	332	100,00 %



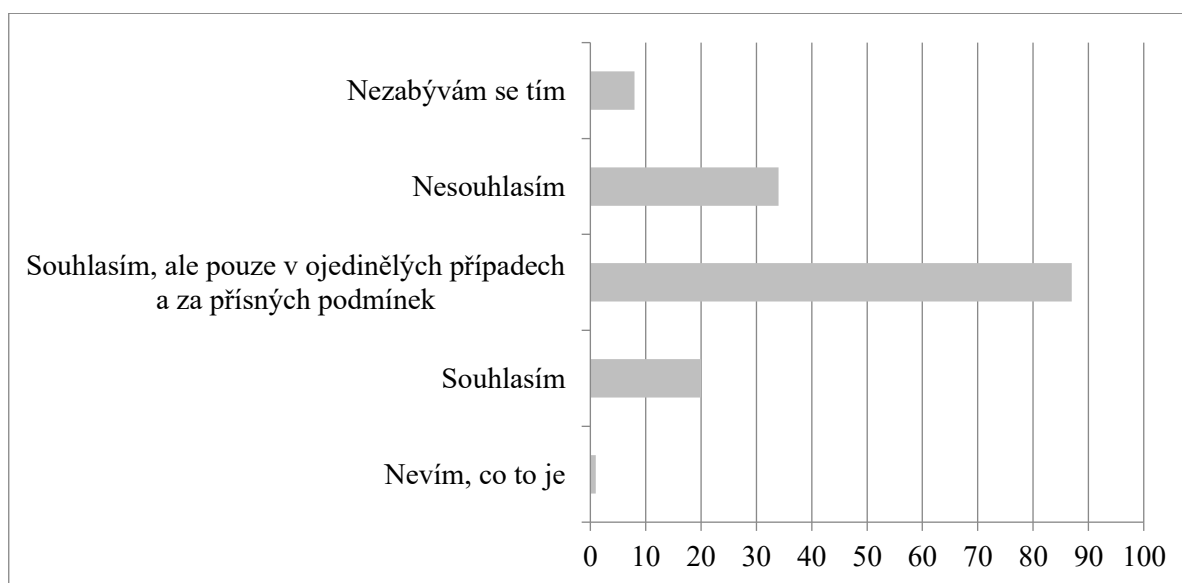
Graf č. 13: Interpretace pojmu „lidská důstojnost“ respondenty.

Komentář: Jak již bylo avizováno v Teoretické části, pojem „lidská důstojnost“, latinsky „dignus“ či „dignitas“, lze přeložit jako vyjádření úcty, pocty a respektu. Je potěšující, že podobně tento pojem vnímají i respondenti, kteří v 38,85 % vyznačili možnost *Respekt a úcta ke každému člověku*. Ačkoliv měli respondenti možnost interpretovat tento pojem tzv. „svými slovy“ pomocí varianty *Jiné*, nevyužil ji žádný z nich. Absolutní četnost [n] zde vyjadřuje celkový počet odpovědí.

Dotazníková položka č. 14: Jaký je Váš názor na legalizaci eutanazie v ČR?

Tabulka č. 14: Stanovisko respondentů vůči legalizaci eutanazie.

Odpověď	Absolutní četnost [n]	Relativní četnost [%]
Nevím, co to je	1	0,67 %
Souhlasím	20	13,33 %
Souhlasím, ale pouze v ojedinělých případech a za přísných podmínek	87	58,00 %
Nesouhlasím	34	22,67 %
Nezabývám se tím	8	5,33 %
Celkem	150	100,00 %



Graf č. 14: Stanovisko respondentů vůči legalizaci eutanazie.

Komentář: Nejfrekventovanější se v případě této dotazníkové položky stala varianta *Souhlasím, ale pouze v ojedinělých případech a za přísných podmínek*, kterou označilo 58,00 % respondentů. Sekunduje varianta *Nesouhlasím*, přičemž v několika navrácených dotaznících bylo slovo „Nesouhlasím“ zdůrazněno vykřičníky, podtržitky, barevnými zvýrazňovači apod. Zajímavý výsledek také sledujeme u možnosti *Nevím, co to je*, zastoupené pouze jedinou respondentkou.

Dotazníková položka č. 15: Prostor pro Vaše další vyjádření.

Komentář: Ačkoliv poslední dotazníková položka byla pro respondenty nepovinná, možnosti vyjádřit se využilo celkem 22 z nich. Na těchto řádcích respondenti uváděli své osobní zkušenosti s péčí o umírající pacienty či například komplexněji vyjadřovali své názory na problematiku legalizace eutanazie. Objevily se zde také mnohé pozitivní reakce na zpracování dotazníku i „důležitého a stále tabuizovaného tématu smrti“ a v několika případech dokonce i přání úspěšného zvládnutí státních závěrečných zkoušek, což nás upřímně velmi potěšilo.

V samotném závěru jsme také respondentům poděkovali za jejich ochotu při vyplňování dotazníku.

7 DISKUZE

V bakalářské práci s názvem „Důstojné umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků“ jsme si stanovili 1 hlavní a 3 dílčí cíle, stejně tak i související hypotézy. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak vnímají důstojné umírání pacientů nelékařští zdravotničtí pracovníci.

Dotazníkové položky č. 1 - 6 byly tzv. identifikační. Otázka č. 1 nám sděluje, že zkoumaný vzorek byl nejvíce zastoupen ženami (90,66 %). Otázka č. 2 ukazuje, že nejčastěji uváděná věková hranice respondentů byla 41 - 50 let (28,00 %). Pomocí otázky č. 3 se dozvídáme nejčastěji uváděné nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, a to středoškolské s maturitou (54,67 %). Otázka č. 4 uvádí pracovní pozici respondentů, kdy nejčastěji vyznačená byla všeobecná sestra (47,33 %). Otázka č. 5 sděluje, že stran pracovního umístění respondentů byla nejčastěji uváděna Léčebna dlouhodobě nemocných (30,67 %). Pomocí poslední identifikační otázky s číslem 6 se dozvídáme, že respondenti jako svou délku praxe ve zdravotnictví nejčastěji značili variantu 2 - 5 let (30,00 %).

Dílčím cílem č. 1 bylo v našem výzkumném šetření zjistit, co si nelékařští zdravotničtí pracovníci představují pod pojmem „důstojné umírání“ pacientů, jak tento pojem chápou a vlastními slovy interpretují. Prioritně jsme tedy zjišťovali, jak respondenti rozumí pojmu „lidská důstojnost“, a to pomocí otázky č. 13. Respondenti si lidskou důstojnost vysvětlují jako respekt, úctu či poctu, vyznačenou v 38,85 %. Dále se respondentů ptáme, jaký postoj zachovávají k umírajícímu pacientovi a potažmo jeho rodině (otázky č. 8 a 10). Je potěšitelné, že nejvíce vyznačovanou variantou se stala odpověď vyjadřující postoj soucitný, uctivý a empatický; k rodině umírajícího pacienta pak postoj taktéž soucitný, taktní a starostlivý. Můžeme tedy konstatovat, že respondenti interpretovali svou představu pojmu „důstojné umírání“ i svůj postoj k němu. Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Dílčí cíl č. 2 zjišťuje, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci respektují potřeby umírajících pacientů a jakým způsobem. Pro tuto příležitost jsme formou matice monitorovali přístup respondentů k umírajícím pacientům. Z výsledků vyplývá, že 82,00 % respondentů naslouchá přáním pacienta; 78,46 % respondentů na pacienta mluví a popisuje, co právě dělá; 48,67 % reaguje na pacientovy dotazy týkající se jeho smrti; 86,00 % respondentů se k pacientovi chová empaticky; 83,77 % respondentů častěji chodí na pokoj umírajícího pacienta a zvýšeně kontroluje jeho zdravotní stav a 94,66 % respondentů uvedlo, že s umírajícím pacientem manipuluje citlivě a šetrně. Tyto veskrze kladné vysokoprocentní výsledky nás samozřejmě

velice těší – je však možné, že respondenti podleli idealistickým představám stran přístupu nelékařských zdravotnických pracovníků k umírajícímu pacientovi. Z výsledků tedy vyplývá, že dílčí cíl č. 2 byl splněn.

Jako poslední dílčí cíl jsme stanovili zjistit, jak nelékařští zdravotničtí pracovníci naplňují důstojné umírání svých pacientů. K tomuto účelu jsme použili modelovou situaci, formulovanou v dotazníkové položce č. 11, kdy měli respondenti odpovídat na otázku, jak se zachovají v případě, že budou svědky nedůstojného chování kolegy/ně vůči umírajícímu pacientovi. V 88,00 % byla vyznačována varianta „Upozorním kolegyni/kolegu na neprofesionální chování“. V tomto případě je pro nás pozitivní fakt, že respondenti aktivně vyjádřili snahu situaci řešit, jelikož žádný z oslovených nevyznačil variantu „Nezabývám se tím, je mi to jedno“. Další dotazníkovou položkou vedoucí k naplnění tohoto dílčího cíle byla otevřená otázka č. 12, v níž měli respondenti vysvětlit svou motivaci pro práci s umírajícími pacienty. V mnohých případech byla zmiňována „empatie“, „úcta ke stáří“ či „osobní zkušenost“. Překvapující, avšak realistická, byla také četnost odpovědi „je to součást práce“, „je to povinnost každé sestry“. Jelikož nelékařský personál je v neustálém přímém kontaktu se smrtí, zajímal nás jejich názor na legalizaci eutanazie (otázka č. 14). Nadpoloviční většina odpovědí, konkrétně 58,00 %, zastupuje variantu, která do jisté míry eutanazii připouští – „Souhlasím, ale pouze v ojedinělých případech a za přísných podmínek“. Respondenti tedy uvedli, jak naplňují důstojné umírání pacientů, a dílčí cíl č. 3 byl tímto splněn.

Zajímavým pro nás může být srovnání této bakalářské práce s prací Bc. Moniky Snozové, DiS., s názvem *Smrt a umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků na interním oddělení*, vzniklé v roce 2016 pod vedením PhDr. Natálie Beharkové, Ph.D. na akademické půdě Masarykovy univerzity. Autorka ve své bakalářské práci zmiňuje problematiku tabuizace smrti či umírání dříve a dnes. Podobně i její práce se zabývá ritualizovaným a institucionalizovaným modelem umírání, také definuje fáze umírání dle Elisabeth Kübler-Ross a samozřejmě i potřeby umírajících pacientů. Snozová se detailněji věnuje historii paliativní péče, a na rozdíl od naší práce i problematice syndromu vyhoření (Snozová, 2016, s. 9-29). V empirické části pak autorka zvolila kvantitativní výzkum realizovaný formou dotazníku s celkem 24 položkami, jehož respondenty jsou NLZP z interních oddělení FN Brno. V několika dotazníkových položkách můžeme nalézt shodné prvky – zejména v oblastech komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou (Snozová, 2016, s. 30-66).

ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem *Důstojné umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků*, jejímž stěžejním tématem je důstojné umírání, se dělí na dvě části. Část teoretická se skládá ze čtyř kapitol. V první kapitole nalezneme historický exkurz do problematiky lidské důstojnosti, její nynější pojetí a samozřejmě také koncept lidské důstojnosti v ošetrovatelské praxi. Druhá kapitola, zabývající se umíráním a smrtí, nabízí definice těchto pojmů a nastiňuje je tak z několika úhlů pohledu. Charakterizujeme jisté a nejisté známky smrti a v neposlední řadě i fenomén smrti klinické či jev NDE. Nechybí zde ani náboženské aspekty umírání a smrti v kontextu multikulturního ošetrovatelství. Ve třetí kapitole se zaměříme na paliativní péči, konkrétněji její definici, charakteristiku a základní principy. Dále popisujeme oblasti potřeb umírajících pacientů a také zásady komunikace s nimi a jejich blízkými. Blíže nastíníme fáze dle Elisabeth Kübler-Ross i adekvátní intervence s nimi nedílně související. Taktéž uvedeme poutavé téma konfrontace dítěte se smrtí. Poslední kapitola teoretické části popisuje velmi aktuální problematiku eutanazie, její definici, formy, argumenty pro a proti a v neposlední řadě právní zakotvení této problematiky.

V empirické části bylo hlavním cílem výzkumu zjistit, jak vnímají důstojné umírání pacientů nelékařští zdravotničtí pracovníci. K tomuto stanovisku vedlo několik dílčích cílů. Pro praktickou část byl využit kvantitativní výzkum, kdy autorkou originálně vytvořený dotazník oslovil velké množství respondentů z celkem čtyř zdravotnických zařízení ve Zlínském kraji. Výsledky tohoto šetření jsou pak přehledně prezentovány v tabulkách a grafech. V samotném závěru empirické části můžeme vidět i srovnání s jinou bakalářskou prací, publikovanou v roce 2016.

Bakalářská práce nesoucí název *Důstojné umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků* může být zajímavá především pro širší svého tématu a také pro úhel pohledu profesionálů na proces umírání ve zdravotnické instituci. Stává se průvodcem primárně pro nelékařské zdravotnické pracovníky, jelikož ti jsou téměř dennodenně vystaveni přímému kontaktu se smrtí. Je proto nesmírně důležité, aby v klinické praxi při ošetrování terminálně nemocných pacientů maximálně podporovali jejich lidskou důstojnost a byli těmi, kdo se nebojí o smrti mluvit a přijmout ji jakožto přirozenou součást každého lidského života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARIÈS, Philippe, 2000. *Dějiny smrti*. Praha: Argo. 358 s. Každodenní život. ISBN 80-7203-286-0.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4711-973.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.

BSTAN-'DZIN-RGYA-MTSHO XIV, 2006. *Rady jak umírat a žít lepší život*. Praha: Argo. ISBN 80-720-3707-2.

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

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

DUNN, Patrick, 2011. *Chaos magie*. Praha: Grada. Iniciace. ISBN 978-80-247-3353-1.

GIBSON, Lynne, 2002. *Hinduism*. Core ed. Oxford: Heinemann Educational. ISBN 04-353-3619-3.

GOLDMAN, Linda, 2015. *Jak s dětmi mluvit o smrti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0819-8.

HÁJEK, Marcel, 2015. *Chirurgie v extrémních podmínkách: odborný přehled pro lékaře a zdravotníky na zahraničních praxích*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4587-9.

HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH, 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5631-8.

HALIFAX, Joan, 2015. *Bytí v umírání: rozvíjení soucitu a překonávání strachu v přítomnosti smrti*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-118-4.

HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

- IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1212-1.
- JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5345-4.
- KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KOUKOLÍK, František, 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2464-8.
- KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA, 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4284-7.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1991. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK, 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů. ISBN 80-85495-43-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1992. *O životě po smrti: jedinečná svědectví o nesmrtelnosti duše*. Turnov: Arica. Esotera. ISBN 80-900134-7-3.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1995. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry: Questions and answers on death and dying (Orig.)*. Praha: Tvorba. 288 s.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2014. *On death & dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy & their own families*. Scribner trade paperback edition. New York: Scribner. ISBN 978-1-4767-7554-8.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.

LÍŠKOVÁ, Miroslava a Iveta NÁDASKÁ, c2006. *Základy multikulturního ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. 69 s. ISBN 80-8063-216-2.

LOUČKA, Martin, Štěpán ŠPINKA a Martina ŠPINKOVÁ, 2015. *Eutanazie: víme, o čem mluvíme?*. 2., přepracované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-08-9.

MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ, 2004. *Patologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0785-3.

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

MUNZAROVÁ, Marta, 2005a. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.

MUNZAROVÁ, Marta, 2005b. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.

NIGHTINGALE, Florence, 1874. *Kniha o ošetrování nemocných*. Přeložila Paulina KRÁLOVÁ. Praha: J. Otto. Ženská bibliotéka.

NYDAHL, Ole, 2007. *Jak se věci mají: [současný úvod do Buddhova učení]*. Nové, přeprac. a rozš. vyd. Brno: Bílý deštník. ISBN 978-80-254-1106-3.

ONDOK, Josef Petr, 1999. *Bioetika*. Svitavy: Trinitas. Studie teologické fakulty Jihočeské univerzity (Trinitas). ISBN 80-860-3624-3.

ONDRAČKA, Lubomír, 2010. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-3-6.

PICO DELLA MIRANDOLA, Giovanni, 2005. *O důstojnosti člověka: De dignitate hominis*. Praha: OIKOYMENH. Knihovna renesančního myšlení. ISBN 80-729-8164-1.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, eds, 2016. *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-4360-1.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.
- ROTTER, Hans, 1999. *Důstojnost lidského života: [základní otázky lékařské etiky]*. Přeložil Marek SKOVAJSA. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-302-7.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.
- STAŇKOVÁ, Marta, 1999. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. České ošetrovatelství: praktické příručky pro sestry. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2006. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-719-5049-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 149 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, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-X.
- TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER, 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-780-0.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, c2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

- VIRT, Günter, 2000. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-702-1330-2.
- VITONĚ, Jan a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2014. *Etický aspekt komunikace v pediatrii a v kontaktu s umíráním a smrtí - jeho reflexe v umělecké literatuře*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-844-3.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, c2011. *Praktický slovník medicíny*. 10., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-262-9.
- VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Pavla PAVLÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-3420-0.
- ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.
- ZIOLKOWSKI, Theodore, 2011. *Gilgamesh among us: modern encounters with the ancient epic*. Ithaca: Cornell University Press. ISBN 978-0-8014-5035-8.
- ŽIAKOVÁ, Katarína a Tibor BAŠKA, 2009. *Ošetrovatelstvo: teória a vedecký výskum*. 2., preprac. vyd. Martin: Osveta, 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2.

SEZNAM JINÝCH POUŽITÝCH ZDROJŮ:

- NEZBEDA, Ondřej, 2016. *Proč Češi neumírají doma*. Umírání.cz [online]. Praha: Cesta domů, 15. 2. 2016 [cit. 2018-01-23]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/proc-cesi-neumiraji-doma>.
- SNOZOVÁ, Monika, 2016. *Smrt a umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků na interním oddělení*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D.
- TOTHOVÁ, Eva, 2013. *Umírání a smrt v pojetí Elisabeth Kübler-Ross*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Teologická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Tomáš Veber, Th.D.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

EEG elektroencefalografie

EKG elektrokardiografie

ICN Mezinárodní rada sester (International Council of Nurses)

NDE zážitek blízkosti smrti (Near Death Experience)

NLZP nelékařský zdravotnický pracovník

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů.....	63
Tabulka č. 2: Věk respondentů.....	64
Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů.....	65
Tabulka č. 4: Pracovní pozice respondentů.....	66
Tabulka č. 5: Pracovní umístění respondentů.....	67
Tabulka č. 6: Délka praxe respondentů.....	68
Tabulka č. 7: Konfrontace respondentů s umírajícími pacienty.....	69
Tabulka č. 8: Pocity respondentů při péči o umírajícího pacienta.....	70
Tabulka č. 9: Přístup respondentů k umírajícímu pacientovi.....	71
Tabulka č. 10: Pocity respondentů vůči rodině umírajícího pacienta.....	72
Tabulka č. 11: Reakce respondentů na neprofesionální chování spolupracovníka.....	73
Tabulka č. 12: Motivace respondentů k práci s umírajícími pacienty.....	74
Tabulka č. 13: Interpretace pojmu „lidská důstojnost“ respondenty.....	75
Tabulka č. 14: Stanovisko respondentů vůči legalizaci eutanazie.....	76

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů.....	63
Graf č. 2: Věk respondentů.....	64
Graf č. 3: Vzdělání respondentů.....	65
Graf č. 4: Pracovní pozice respondentů.....	66
Graf č. 5: Pracovní umístění respondentů.....	67
Graf č. 6: Délka praxe respondentů.....	68
Graf č. 7: Konfrontace respondentů s umírajícími pacienty.....	69
Graf č. 8: Pocity respondentů při péči o umírajícího pacienta.....	70
Graf č. 9: Přístup respondentů k umírajícímu pacientovi.....	71
Graf č. 10: Pocity respondentů vůči rodině umírajícího pacienta.....	72
Graf č. 11: Reakce respondentů na neprofesionální chování spolupracovníka.....	73
Graf č. 12: Motivace respondentů k práci s umírajícími pacienty.....	74
Graf č. 13: Interpretace pojmu „lidská důstojnost“ respondenty.....	75
Graf č. 14: Stanovisko respondentů vůči legalizaci eutanazie.....	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Etický kodex sester

Příloha P II: Charta práv umírajících

Příloha P III: Práva pacientů

Příloha P IV: Dotazník

Příloha P V: Edukační materiál

PŘÍLOHA P I: ETICKÝ KODEX SESTER

1. Sestry a lidé

- Sestra má primární profesní povinnosti vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.
- Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.
- Sestra zajišťuje, aby jednotlivým osobám byly poskytnuty dostatečné informace, na jejichž základě mohou tyto osoby poskytnout souhlas s péčí a se související léčbou.
- Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacienta a posuzuje nutnost sdílet tyto informace.
- Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin.
- Sestra se také podílí na zachování životního prostředí a jeho ochraně před nadměrným spotřebováním, znečišťováním, zhoršováním a ničením.

2. Sestry a ošetrovatelská praxe

- Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši kontinuálním vzděláváním.
- Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.
- Sestra posuzuje individuální dovednosti a znalosti, když přijímá a deleguje konkrétní povinnosti.
- Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.
- Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.

3. Sestry a profese

- Sestra zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.
- Sestra se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků.
- Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování bezpečných a spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a spolupracovníci

- Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy z dalších oborů.
- Sestra zvolí vhodný postup k ochraně jednotlivců, rodin a komunity, pokud je jejich zdraví ohroženo spolupracovníkem či jinou osobou.

PŘÍLOHA P II: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

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

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

- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
 - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
 - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
 - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti
8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:
- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
 - Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
 - Umírání o samotě a v zanedbání
 - Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
 - Omezováním život udržující léčby (*life-sustaining*) z ekonomických důvodů
 - Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících
9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
- a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
 - aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
 - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
 - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
 - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
 - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
 - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
 - aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
 - aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
 - aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny
- b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:
- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
 - aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
 - aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
 - aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
 - aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
 - aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

- c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
 - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
 - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

PŘÍLOHA P III: PRÁVA PACIENTŮ

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

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK

Důstojné umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Dorotíková a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci zakončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma *Důstojné umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků*. Věnujte, prosím, několik minut svého času na vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní.

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

Vyplňte, prosím, pravdivě všechny otázky, v opačném případě se Váš dotazník stává neplatným. Pokud není v zadání uvedeno jinak, vyberte vždy jednu možnost, a to tu, která je nejbližší Vašemu názoru. V případě volných odpovědí svůj názor doplňte.

Předem děkuji za Vaši spolupráci, každý odeslaný dotazník je pro mne velmi cenný.

① Jste?

- a) Žena
- b) Muž

② Jaký je Váš věk?

- a) Méně než 20 let
- b) 21 - 30 let
- c) 31 - 40 let
- d) 41 - 50 let
- e) 51 - 60 let
- f) 61 a více let

③ Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské bez maturity
- b) Středoškolské s maturitou
- c) Vyšší odborné
- d) Vysokoškolské

④ Jste?

- a) Sanitář/ka
- b) Ošetřovatel/ka
- c) Praktická sestra
- d) Všeobecná sestra

⑤ Kde pracujete?

- a) Interní standardní oddělení
- b) Chirurgické standardní oddělení

- c) Hospicová péče
- d) Léčebna dlouhodobě nemocných
- e) Domov pro seniory

⑥ Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) Méně než 1 rok
- b) 2 - 5 let
- c) 6 - 10 let
- d) 11 - 20 let
- e) 21 a více let

⑦ Setkáváte se ve své praxi s umírajícími pacienty?

- a) Ano, velmi často
- b) Ano, občas
- c) Spíše ne
- d) Nikdy

⑧ Jaké máte pocity při péči o umírajícího pacienta?

Vyberte max. 3 odpovědi.

- a) Odpor
- b) Soucit
- c) Zodpovědnost
- d) Empatie
- e) Opovržení
- f) Úcta
- g) Jiné (prosím doplňte).....

⑨ Jakým způsobem (verbálně i nonverbálně) komunikujete s umírajícím pacientem?

	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
Chodím častěji na pokoj, zvýšeně kontrožuji stav pacienta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na pacienta mluvím a popisuji, co právě dělám	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reaguji na pacientovy dotazy týkající se jeho smrti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naslouchám přáním pacienta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chovám se empaticky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S umírajícím pacientem manipuluji citlivě a šetrně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

⑩ Jaký postoj zaujímáte vůči rodině umírajícího pacienta?

Vyberte max. 3 odpovědi.

- a) Pasivní
- b) Soucitný
- c) Lhostejný
- d) Taktní
- e) Neutrální
- f) Starostlivý

⑪ Jak se zachováte v situaci, kdy si všimnete, že Vaše kolegyně/Váš kolega se k umírajícímu pacientovi chová nedůstojně?

- a) Upozorním kolegyni/kolegu na neprofesionální chování
- b) Cítím, že to není správné, ale neřeknu nic
- c) Informuji nadřízeného o neprofesionálním chování kolegyně/kolegy
- d) Nezabývám se tím, je mi to jedno
- e) Vzhledem ke vztahům na oddělení se tomu nemůžu věnovat

⑫ Jaká je Vaše motivace pro práci s umírajícími pacienty?

Prosím doplňte.

.....
.....

⑬ Co si představujete pod pojmem "lidská důstojnost"?

Vyberte max. 3 odpovědi.

- a) Hodnota lidského života
- b) Respekt a úcta ke každému člověku
- c) Rovnoprávnost všech lidských bytostí
- d) Citlivý přístup k lidem
- e) Jiné (prosím doplňte)

⑭ Jaký je Váš názor na legalizaci eutanazie v ČR?

- a) Nevím, co to je
- b) Souhlasím
- c) Souhlasím, ale pouze v ojedinělých případech a za přísných podmínek
- d) Nesouhlasím
- e) Nezabývám se tím

⑮ Prostor pro Vaše další vyjádření. (nepovinné)

.....
.....

Děkuji mnohokrát za Vaši ochotu při vyplňování tohoto dotazníku a přeji Vám klidný zbytek dne.

PŘÍLOHA P V: EDUKAČNÍ MATERIÁL

Důstojné umírání pacientů

Vážení kolegové,


dostává se Vám do rukou edukační materiál pojednávající o problematice lidské důstojnosti a důstojného umírání pacientů ve zdravotnických zařízeních.

Pojem „důstojnost“ pochází z latinského „dignus, dignitas“ a můžeme jej vysvětlit jako povinnost úcty, pocty či určitého respektu. V klinické praxi se dennodenně setkáváme s umírajícími pacienty, doprovázíme je v konečné fázi života a velmi často jsme jim jedinou oporou. Proto bychom si měli připomenout, jak k těmto pacientům přistupovat a zároveň nepoškodit jejich důstojnost:

- ♥ Při prvním kontaktu s pacientem se představte jménem a uveďte svou funkci.
- ♥ Aktivně naslouchejte všemu, co Vám pacient sděluje, dávejte najevo svůj zájem.
- ♥ Budte empatičtí, zkuste se „vžít“ do role pacienta.
- ♥ Při vhodné příležitosti sami taktně navažte hovor.
- ♥ Nezapomínejte, že téma (zejména umírání a smrti) vždy začíná sám pacient.
- ♥ Sdělujte vždy pravdivé informace, srozumitelně a pomalu.
- ♥ Oslovujte pacienta tak, jak si sám přeje - „paní Jarmilko“, „paní doktorko“, „pane plukovníku“, „pane profesore“; nikdy familiárním „babi“, „dědo“.
- ♥ Respektujte přirozený stud a intimitu pacienta.
- ♥ Podporujte pacientovu soběstačnost v nejvyšší možné míře.
- ♥ Posilujte naději, důvěru a motivaci pacienta, nešetřete chválou a povzbuzením.

„Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický životní úkol završuje.“

MUDr. Marie Svatošová

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Lucie Dorotiková
doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Materiál je součástí bakalářské práce „Důstojné umírání z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků“.