

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

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**PŘEDSTAVY VŠEOBECNÝCH SESTER A LAICKÉ
VEŘEJNOSTI O DŮSTOJNÉM UMÍRÁNÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jana OPATRná**

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Jana KUTNOHORSKá, CSc.**

2010

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**THE NOTIONS OF HEALTH CARE
PROFESSIONALS AND THE GENERAL PUBLIC
ABOUT DIGNIFIED DYING**

Bachelor's thesis

Author: **Jana OPATRná**

Supervisor: **Doc. PhDr. Jana KUTNOHORSKá, CSc.**

2010

Prohlášení

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

V Mnichovicích dne 28. 4. 2010

podpis

Poděkování:

Děkuji Doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za pomoc, odborné vedení a poskytnutí cenných informací při psaní této práce. Děkuji všem vyučujícím Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Obsah:

ÚVOD	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1. Vymezení základních pojmů	10
1.1.1. Vnímání konce života významnými osobnostmi	13
1.2. Umírání	16
1.2.1. Stádia umírání dle Elisabeth Kübler – Rossové	16
1.2.2. Horowitzův model pěti fází odchodu	19
1.2.3. Proces umírání	20
1.2.4. Vědomí blízkosti smrti	21
1.2.5. Období umírání	22
1.2.6. Tělesné symptomy exitu	23
1.2.7. Modely umírání	24
1.3. Péče o umírající	25
1.3.1. Zajištění základních potřeb umírajících	25
1.3.2. Emocionální stav umírajícího pacienta	26
1.3.3. Zvláštnosti komunikace ve zdravotnickém prostředí	28
1.3.4. Iatropatogenie – hrozící nebezpečí	29
1.3.5. Zásady psychologické intervence u nezvratně nemocných	
a umírajících	30
1.3.6. Pravda a způsoby jejího sdělování	31
1.4. Komplexní přístup k umírajícím - paliativní péče	33
1.4.1. Formy paliativní péče	34
1.4.2. Pracovníci v paliativní péči	35
1.4.3. Komunikační dovednosti v paliativní péči	36
1.4.4. Komunikační bariéry v paliativní péči	37

1.5. Domácí či institucionalizovaná péče.....	39
1.5.1. Péče o nemocné a umírající na území Čech – pohled do minulosti	39
1.5.2. Zajištění péče o nemocné a umírající	42
1.5.3. Hospicové hnutí	43
1.6. Úmrtím to nekončí.....	45
1.6.1. Péče o zemřelého	45
1.6.2. Euthanasie	45
1.6.3. Péče o pečovatelky a pečovatele.....	47
2. EMPIRICKÁ ČÁST	49
2.1. Cíle výzkumu, pracovní hypotézy	49
2.2. Popis vyšetřovaných skupin	51
2.3. Aplikovaná metodika.....	52
2.4. Výsledky výzkumu a jejich rozbor.....	53
2.4.1. Intraskupinové vyhodnocení výsledků získaných od skupiny A.....	53
2.4.2. Intraskupinové vyhodnocení výsledků získaných od skupiny B	73
2.4.3. Interskupinové srovnání výsledků skupiny A a B	93
3. DISKUZE	111
ZÁVĚR.....	118
Anotace.....	119
Použitá literatura a prameny:	120
Seznam tabulek	122
Seznam grafů.....	124
Seznam příloh:.....	127
Přílohy:	128

ÚVOD

V předkládané bakalářské práci nazvané „Představy všeobecných sester a laické veřejnosti o důstojném umírání“ se budu zabírat problematikou spojenou se završením lidského života.

Téma této práce jsem si zvolila, protože se poměrně často setkávám se smrtí pacientů a s reakcemi blízkých osob na ni. Pracuji jako všeobecná sestra na interním oddělení nemocnice Královské Vinohrady, kam jsou vesměs umístěováni velmi staří pacienti, a jako všeobecná sestra v domácí péči pro Charitu Neratovice. Umírající pacienty tak mnohdy doprovázím na jejich konečné pouti životem.

Lidé se s umírajícími setkávali od nepaměti. Smrt byla brána jako přirozená součást života. Není tomu tak dlouho, co žilo pod jednou střechou, kde se nejen rodilo, ale i umíralo, několik generací. Děti byly vychovávány ve víře, k úctě k svým bližním. V rámci svých schopností se zapojovaly do zajištění běžného chodu domácnosti. Mladší členové rodiny se spolupodíleli na péči o starší generaci. Umírající byli na sklonku svého života opečováváni a doprovázeni svými blízkými.

Zatímco narození malého človíčka bylo za minulého režimu vnímáno vesměs pozitivně, o ukončení života, o smrti jsme se donedávna báli otevřeně hovořit. Jednalo se o téma, které bylo značně tabuizované. Smrt byla instutualizována. Péči o umírající, zejména ve městech a oblastech, kde si svůj vliv nezachovala církev, nezaopatřovali v naprosté většině jejich blízcí, ale nemocnice či léčebny pro dlouhodobě nemocné. Byla vyzdvihována myšlenka, že pouze v těchto zařízeních se umírajícím dostane odpovídající péče. Bylo tomu však opravdu tak? Nepřežívá tento názor v nás i do dnešních dnů?

Pokud se zamyslíme nad současným stylem života, nemůžeme si nevšimnout, v jakém hektickém tempu se náš život odvíjí. Denně jsme kontaktováni se spoustou informací, s novými technologiemi. Vše nám má usnadňovat život, ale neodtrhují nás tyto vymoženosti od našich blízkých? Jak často si uděláme čas, abychom se zastavili, zamysleli se nad způsobem našeho života a nad podstatou lidské existence? Cíle svého snažení mnohdy směřujeme k nepodstatným, spotřebním věcem. Sousedka, kamarádka, kolegyně v práci má lepší auto, bydlí v nádherném domě, používá značkovou kosmetiku, nosí značkové oblečení, má bazén, každý rok jezdí k moři, její muž je úspěšný podnikatel a já to chci mít přeci také. Neuvědomujeme si však, že mezi vlastnictvím výše vzpomínaných materiálních věcí a životní spokojeností neexistuje přímá úměra. Život není o pomíjivých

věcech, život je o vztazích. Hodnota automobilu rok od roku klesá, kdežto hodnota vztahu, který je udržován a dále rozvíjen, neustále roste. Vzájemná soucítění se prohlubují. Fungující rodinné zázemí založené na lásce, respektování a sounáležitosti je tím pravým bohatstvím. Bohatstvím nevyčíslitelné hodnoty, které si za peníze nekoupíme. Rodina, která je postavená na výše vzpomínaných principech se v maximální možné míře bude snažit zabezpečit péči o umírajícího. Vždyť péči o umírajícího splácíme svůj dluh. Vracíme členovi rodiny, to co, on nám během života dal, o co náš život obohatil. Je pouze na každém z nás, jak se s touto nelehkou úlohou dokáže vypořádat.

Závěrem uvádím, že v rámci této práce se chci zamyslet, nad stávajícími možnostmi a způsoby zajištění péče o umírající. Zároveň zde chci poskytnout krátký vhled do minulosti. Rovněž zde chci podat informaci, jakým způsobem vnímají smrt slavné osobnosti. Chci zde alespoň v elementární podobě shrnout stávající poznatky, které se váží k danému tématu. Do jaké míry se mi to podaří, bude zřejmé z následujících stran.

CÍLE

Již ze samotného názvu bakalářské práce „Představy všeobecných sester a laické veřejnosti o důstojném umírání“ vyplývá, že na toto téma budu nahlížet ze dvou úhlů pohledu. Bude pohled laické veřejnosti odlišný od pohledu zdravotníků anebo obě skupiny uvažují v této souvislosti obdobně? Abych dokázala na tyto otázky odpovědět, stanovila jsem si šest pracovních cílů:

1. Zjistit, jaká je představa všeobecných sester a laické veřejnosti o důstojném umírání.
2. Zjistit, které prostředí by všichni respondenti preferovali ve fázi umírání.
3. Zjistit, co považují všeobecné sestry za nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírající.
4. Zjistit, co by od zdravotnické péče očekávala laická veřejnost.
5. Zjistit, zda považují všeobecné sestry přítomnost blízké osoby u umírajícího za přínosnou.
6. Zjistit, zda by si respondenti z laické veřejnosti přáli umírat v přítomnosti blízké osoby.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Vymezení základních pojmů

K obsahu předmětné práce se ve větší či menší míře váže několik elementárních pojmů, které považuji za žádoucí si alespoň v rámcové podobě předem vysvětlit. Jedná se o pojmy, které nás nerozlučně doprovází během našeho života. Slova zdraví, nemoc, péče, umírání, smrt a důstojnost vnímáme v různých obdobích našeho života s odlišnou intenzitou. Pojem zdraví, zde uvádím záměrně jako stav, který se snaží naprostá většina lidí co nejdéle udržet. Význam a hodnotu zdraví, pokud jej máme, si většinou neuvědomujeme. Považujeme to za běžný stav, za něco, o co se nemusíme starat, co nemusíme řešit. V případě, že onemocníme, usilujeme o včasné uzdravení, tj. o návrat stavu, jenž nás neomezuje v provozování jakýchkoli aktivit. Bohužel existují onemocnění, s nimiž se stávající medicína nedokáže vypořádat. Pokud v našich silách již není dopomoci člověku k jeho uzdravení, měli bychom být schopni jej alespoň doprovodit na jeho konečné pouti životem.

Zdraví (well-being, health) – lze vymezit negativně, jako nepřítomnost tělesné či duševní poruchy či nemoci. Lze si pod tímto pojmem představit souhrn vlastností organismu, které jsou sto vyrovnávat se s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, včetně pracovního a interpersonálního aniž jsou narušeny fyziologicky důležité funkce. Dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) se jedná o stav naprostého fyzického, psychického a sociálního blaha, přičemž tento stav je proměnlivý v čase; např. imunita organismu je jiná odpoledne a večer nebo v dětství a ve stáří; jde o stav do jisté míry přizpůsobivý, tj. závislý na vrozených i získaných vlastnostech jako je kapacita rezerv, odolnost a tolerance na zátěž, rozhodně neplatí jednou zdrav – vždycky zdrav. Žádná z definic nedokáže odlišit osoby nemocné od osob nešťastných, nespokojených, nepřizpůsobivých, negaholiků; např. vězeň není nemocný, avšak stěží prožívá duševní blaho, stejně tak rozvádějící se; po odhlédnutí od dědičných dispozic; dle odhadu je zdraví ovlivněno: a) z 60 % životním stylem, b) z 20 % úrovní poskytované zdravotní péče, c) z 20 % vnějšími

vlivy, jako jsou znečištění životního prostředí a sociálními vlivy, včetně úrovně vzdělání – infarkt myokardu, nemoc duševní, porucha učení a věk, zdraví duševní.¹

Nemoc (illness, disease) – dosud se rovněž používá termín choroba. Z pohledu biologického se jedná o poruchu harmonie biologicko – somatických potřeb. Z medicínského pohledu se jedná o reakci organismu na infekci, traumatizaci psychickou, akutní či vleklou, na poruchu rovnováhy uvnitř organismu či mezi organizmem a prostředím; tradičně je rozlišována nemoc, která má své příčiny, průběh a případně uzdravení, a porucha či defekt, která je relativně stálá a léčbou ovlivnitelná jen v omezené míře; nemoci lze dělit různě, např. na fyzické, které probíhají v cyklech, a nefyzické, nebo na nemoci funkční, bez organického postižení CNS, a nemoci při organickém postižení CNS; za duševní nemoc je považován také alkoholismus a další drogové závislosti, nemoc má buď rychlý, akutní, nebo zdlouhavý chronický průběh. Nemoc je souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi organizmem a prostředím, respektive narušení rovnováhy biologických a psychických faktorů a jejich vzájemného působení ve fyzikálním a sociálním prostředí; sociální událostí se nemoc stává v okamžiku, kdy člověk nemůže zabránit poruše svého zdraví nebo nemá dost vlastních sil a zdrojů, aby tuto poruchu odstranil a vyléčil.²

Péče – ve smyslu předkládané práce rozumíme péči zajištění základních fyziologických, zdravotních, sociálních a psychických potřeb umírajícího. Tato péče může být zajištěna v místě jeho bydliště rodinnými příslušníky či prostřednictvím agentur zajišťujících domácí péči, popřípadě může být poskytována v nemocnicích, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, specializovaných domech sociálních služeb, v hospicích apod. J. Kutnohorská (2007) definuje péči jako pomoc potřebným formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění ve zdraví, při zlepšování kvality života při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou smrti.³

Umírání (dying) – proces končící smrtí; na základě výzkumu 200 osob v terminálním stádiu nemoci stanovila E. Küblerová – Rossová pět stadií umírání: a) popření a vytěsnění, s funkcí jakéhosi nárazníku, který je obranou proti šokující zprávě a dává čas přijmout jiné

¹ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha 2000. 701s.

² HARTL, P.; HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha 2000. 345s.

³ KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. Praha 2007. 43s.

méně vyhraněné obrany, b) hněv – pocity vzteku a nenávisti proti komukoli a čemukoli v okolí, v okamžiku, kdy situaci nelze popřít, c) smlouvání – nemocný se snaží získat jakési ústupky, oddálení, za nejrůznější sliby, d) deprese – hluboký smutek jako určitá předehra k tomu, co se stane dále, e) smíření – dochází k němu pokud nemocný cítí určitou podporu ze strany okolí, přičemž nejde o rezignaci a vzdávání se; těchto pět stádií je všeobecně přejímáno za model sloužící k vypracování citlivého přístupu k nemocným a účinné pomoci v každém stadiu; E. M. Pattison (1977) popsal jiná 3 psychologická stadia umírání: a) akutní krize – nesmírná úzkost při vědomí nevyhnutelnosti smrti, b) chronická, žití / umírání – lítost nad obrovskou ztrátou, c) terminální – stažení se do sebe, rezignace, přijetí osudu.⁴

Smrt klinická (brain death) - zástava činnosti srdeční a dechu; mozku až po několika minutách nedostatku kyslíku; vždy spojená s otázkami filozofickými a etickými.⁵ V souvislosti s výše prezentovaným vymezením smrti považují za žádoucí poukázat na fakt, že v minulosti byl okamžik smrti často ztotožňován se zástavou dýchání. Dech (spiritus, pneuma) byl pokládán za životní princip, za duši. Když se zastavil dech, život byl u konce. Z pohledu současné medicíny smrt nastává, když definitivně zanikají určité funkce lidského organismu, které jsou podmínkou fenoménů vědomí a svobody. Rozhodujícím kritériem smrti je nezvratný funkční výpadek celého mozku.⁶

Důstojnost (dignity) - v angličtině se toto slovo přímo odvozuje z latinského "dignus", což znamená cena nebo hodnota. Důstojnost chápeme jako úctu, kterou dlužíme druhým vzhledem k jejich mravní hodnotě jako lidí. V době, kdy lidé umírají, projevujeme úctu jejich důstojnosti, když jim prokazujeme, jak si jich ceníme, když mírníme jejich utrpení, hledáme a respektujeme jejich přání, a když jim dáváme najevo, že je neopustíme. Takové počínání je projevem vzájemné závislosti lidí mezi sebou, vědomé toho, že pomáháme-li a poskytujeme-li útěchu druhým, potvrzujeme svou vlastní důstojnost. Důstojnost je z principu cennost každé lidské bytosti, byť i nemohoucí, imobilní, staré apod. Proto je třeba respektovat lidskou důstojnost každého člověka nezávisle na jeho soběstačnosti, užitečnosti a výkonnosti. Každý nemocný je jedinečný a v mnohém odlišný od všech jiných pacientů, a to jak z hlediska biologického, intelektuálního, citového a sociálního. Ve

⁴ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha 2000. 654s.

⁵ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha 2000. 546s.

⁶ ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života – Základní otázky lékařské etiky*. Praha 1999. 88s.

zdravotní péči jde zejména o projevování respektu a úcty vůči člověku pro obecnou hodnotu jeho lidství (i nenarozenému, starému, nemocnému, umírajícímu), která dovoluje, aby tento člověk sám vůči sobě zaujal postoj sebeúcty.

1.1.1. Vnímání konce života významnými osobnostmi

Jak se díváte na konec života? Tato otázka byla položena významným a moudrým lidem. Odlišuje se jejich pohled na tuto problematiku od pohledu běžných občanů? Cílem předkládané práce není ani nemůže být, vzhledem k málo početně zastoupenému vzorku pouze několika prezentovaných reakcí těchto lidí, zodpovězení výše položené řečnické otázky. Nicméně s ohledem na téma mé práce považuji nejen za informativní, ale i žádoucí zveřejnění jejich několika odpovědí.

Lidský život může skončit v každém okamžiku, třeba násilím nebo nehodou. Naopak stáří a "vyhasínání" je přirozená, i když těžká část života, kterou se teprve uzavře a stane celkem. Proto se jen zemřelým staví pomníky. Je to ovšem období, kdy je člověk odkázán na pomoc druhých, podobně jako v dětství - ovšem s tím velkým rozdílem, že se od něho už neočekávají žádné výkony. Péče o umírající je splátka dluhu a nikomu se tedy nemůže „vyplatit“.

Starý a umírající člověk nepotřebuje jen jídlo a lékaře, ale potřebuje i prostředí, podmínky a podporu, aby se mohl smířit se smrtí, se sebou, s druhými a s Bohem. Na každé neusmířené smrti je totiž cosi hrozivého, jako kdyby byla násilná. Pokusem o dodatečné "smíření" je pohřeb a hrob, proto bylo odmítnutí pohřbu ve starých společnostech ten nejstrašnější trest, trest „až za hrob“.

Když ovšem Platon říká, že filosofie je "učit se umírat", nebo Heidegger, že život je "život k smrti", přehánějí věc na druhou stranu. Jako kdyby jim stín smrti už předem zastínil život. Jenže se smrtí se může smířit jen ten, kdo předtím žil. Křesťan by měl mít se smrtí menší problém, protože ví, že je v Božích rukou a nic se mu nemůže stát; může být ovšem v podobném pokušení věnovat se umírání místo životu.

prof. PhDr. Jan Sokol filosof, děkan Fakulty humanitních studií UK

Dvě odpovědi na otázku

1) *Co se týká mého vlastního života, nevím, kdy bude závěrečná část - možná, že to bude dnes večer, za 14 dní, za 20 let. Člověk by si však měl vždy uvědomovat, že se může náhle ocitnout před "posledním soudem", a dle toho žít.*

2) *Život lidí, kteří se dožívají vysokého věku, či lidí dlouhodobě těžce nemocných je v dnešní době ovlivněn tím, že jsou členové milující rodiny zaměstnáni nebo nejsou vhodné bytové podmínky pro klidný pobyt. Proto jsou hospice jedny z nejdůležitějších zařízení a jejich činnost je nezastupitelná. Sebelepší péče v nemocnici je a má být směřována na uzdravení. Ale žádná nemocnice není vybavena na to, aby lékaři či sestřičky doprovázeli člověka, jenž se blíží k "bráně smrti". V tomto okamžiku, kdy se člověk cítí osamocen a před ním se otevírají veliké otázky, je láskyplný doprovod, který o těchto otázkách ví a je na ně připraven a také vybaven minimální lidskou solidaritou, velmi potřebný. Z těchto důvodů jsem již v minulosti i dnes podporoval hospice. Vím také, kolik obětavých lidí se věnuje návštěvám domácností, kde pozvolna umírají nejbližší.*

Karel Schwarzenberg, senátor – předseda strany TOP 09

Patrně je třeba zdůraznit, že závěr života, často a nezřídka právem obávaný, především patří k životu. Z toho, že je lidský život konečný, jednoznačně vyplývá, že omezený čas pozemské pouti je to jediné, co máme. Máme ho málo a nikdo z nás neví, kolik ho ještě má. Proto bychom s ním neměli plýtvat.

Myslitelé všech dob se pravidelně zabývali otázkou, jaký smysl může člověk dát svému konečnému životu. Stručně a výstižně se k problému vyjádřil i básník Girautz de Borneil, když napsal:

***Běž za štěstím
a nečekej a těš se s ním,
a rychle, než ti prodlení
bohatství v bídu promění.***

Krásný verš však navozuje další otázku, totiž co je to ono štěstí, za kterým máme běžet. Osobně se domnívám, že jsou to vzácné chvílky, kdy jsme si porozuměli v tichu či v hovoru s druhým člověkem. Porozumění však nepřichází samo, je třeba o něj usilovat. Snaha učinit něco dobrého pro druhého člověka a najít s ním společnou notu, je to nejlepší, co můžeme

udělat. Možná, že vzpomínky na krásné chvíle lidského porozumění nám nakonec zpříjemní poslední chvíle našich dnů.

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., profesorka lékařské etiky

Přeju si, abych neumřela osamocená, přeju si, aby mě můj milovaný někdo držel za ruku, až moje duše bude mizet z tohoto světa. Patřím mezi osmdesát procent lidí, kteří si podle sociologického výzkumu přejí umřít doma, přestože osmdesát procent nás umírá v nemocnicích, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v domovech důchodců.

Smrt jsme z našich blahobytných a civilizovaných životů vytěsnili za nemocniční plentu a do pohřbů bez obřadu. Nevíme, jak vypadá mrtvý člověk. Toho jsme naposledy viděli na filmovém plátně nebo v televizi.

Všichni víme, že smrt je jedinou jistotou, jediným společným okamžikem, kterým projdeme všichni. Proč máme být v této mystické chvíli opuštěni? Proč máme opouštět ty, po nichž se nám bude stýskat o to víc, o jakou mrazivou dálku jsme byli vzdáleni?

Vím určitě, že moje přítomnost v okamžiku smrti mé milované mámy, o kterou jsem doma pečovala během posledního půlroku jejího života, mě doopravdy smířila s jejím odchodem, kterého jsem se už od dětství bála. Byla jsem při tom, když jsem ji předávala nebi.

Olga Sommerová je filmová režisérka – dokumentaristka

Pokud provedeme rámcové shrnutí výše prezentovaných názorů,⁷ dospějeme k závěru, že poskytnutí péče umírajícímu je považováno za určitou splátku dluhu. Všichni oslovení si uvědomují a oceňují význam doprovázení umírajícího člověka k pomyslné „bráně smrti“. Je velmi důležité, když člověk neumírá v osamocení, ale je mu nablízku někdo milý. Oslovenými osobnostmi není rovněž opomíjena otázka stávajícího života, který je třeba vést s vědomím, že se náhle můžeme ocitnout před "posledním soudem". Snaha učinit něco dobrého pro druhého člověka a najít s ním společné souznění, je to nejlepší, co můžeme udělat. Vzpomínky na krásné chvíle lidského porozumění nám nakonec mohou zpříjemnit a usnadnit poslední chvíle našich dnů.

Lze předpokládat, že obdobné názory k danému tématu by zaujala i běžná, tj. většinová populace.

⁷ www.nezavirejteoci.cz

1.2. Umírání

S pojmy umírání a smrt se setkáváme nejen v medicíně. Zaobírá se jimi psychologie a od nepaměti filozofie. Lidský rod provází po celou jeho historii, přičemž jejich dopad je rovněž rozebírán z hlediska sociálního a etického. Umírání je de facto pomyslným „posledním pochodem“ člověka, jehož cíl smrt, je z materialistického pohledu konečný a definitivní. Umírání je z hlediska lékařského terminální stav, při němž dochází k postupnému a nevratnému selhávání životně důležitých funkcí orgánů, jejichž následkem je smrt. V souvislosti s umíráním rovněž nelze opomenout fakt vzpomínaný P. Ari'esem, že až do konce 19. století převládala veřejná povaha smrti. V dané době byla ctěna zásada, že člověk musí umírat ve středu určitého shromáždění.⁸

Dle J. Dvořáka je člověk asi jediný, kdo ze všech živých tvorů má představu o smrti. Je to však představa mnohem méně určitá, než bychom si mysleli. Neboť si nemůžeme přestavit nepředstavitelné – totiž svou vlastní smrt.⁹

1.2.1. Stádia umírání dle Elisabeth Kübler – Rossové

Problematikou spojenou s umíráním se zaobírala E. K. Rossová, která na základě výzkumu 200 osob v terminálním stádiu nemoci stanovila pět stádií umírání.¹⁰ Těmito stádii zápasu musí umírající pacient projít, než se vyrovná se svou nemocí a nevyhnutelnou smrtí.¹¹

První stádium – popírání a izolace

První pacientovou reakcí na nepříznivou zprávu o terminálním onemocnění může být dočasný šok, otřes. Po počátečním ochromení reaguje většina pacientů popřením zjištěného stavu: „Ne to se určitě netýká mě, to není možné“. S prvotním odmítáním se můžeme setkat, jak u nemocných, kteří byli o zjištěném zdravotním stavu lékaři informováni hned ze začátku, tak i u těch, kteří si nějakým způsobem diagnózu odvodili sami. Pacienti mají v tomto stádiu tendenci v sobě živit naději popíráním, odmítáním diagnostikované nemoci.

⁸ ARI'ES, P.: *Dějiny smrti I.* Praha 2000. 32s.

⁹ ŠULC, J.; DVOŘÁK, J.; MORÁVEK, M.: *Člověk na pokraji svých sil.* Praha 1984. 149s.

¹⁰ ROSSOVÁ K., E.: *O smrti a umírání.* Trutnov 1993. 35 -120 s.

¹¹ ROSSOVÁ K., E.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání.* Praha 1995. 21s.

Přesvědčují sami sebe o záměně rentgenových snímků, laboratorních výsledků apod. Opakovaným vyhledáváním nových lékařů v sobě živí naději, že brzké závěry byly mylné. Tímto svým jednáním se domáhají příznivějšího vysvětlení zjištěných zdravotních obtíží. K úplnému či částečnému popírání se uchylují téměř všichni pacienti, a to nejen v prvních fázích nemoci nebo bezprostředně poté, co byli seznámeni s diagnózou, ale čas od času také ve fázích pozdějších.

Odmítání a popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, jenž tlumí účinky nenadálé a šokující zprávy, dovoluje pacientovi trochu se sebrat a, s postupem času, také zmobilizovat v sobě jiné, méně radikální obranné strategie. Rozhovor o smrti je možné s pacientem začít až, když je schopen toto téma unést, až když o toto téma projeví zájem. V této souvislosti je třeba si uvědomit, že diskuse pro pacienta a pro rodinu je snazší, v době, když je pacient poměrně zdrav nežli když smrt už „klepe na dveře“. Uspořádání majetkových záležitostí se za situace, když pacient je ještě „relativně zdrav“, dělá rovněž podstatně lépe. Odmítání, negace, obvykle bývá jen dočasnou obrannou strategií a je záhy vystřídána částečným přijetím skutečnosti.

V dané fázi je třeba s pacientem navázat kontakt. Přijít za ním vícekrát, být se při prvním nebo druhém setkání na rozhovor necítí, získat jeho důvěru, pocit, že je tu někdo, kdo o něj má zájem, kdo je mu k dispozici a kdo je na blízku.

Druhé stádium – zlost

Po překonání prvotního stádia, kdy už nelze pokračovat v popírání a odmítání, nastoupí pocity zlosti, vzteku, závisti a rozmrzelosti. Vystává otázka: „Proč zrovna já?“ K projevům pacienta doprovázejícím jej v dané stádium, což je zlost neboli agrese, nachází porozumění jeho blízcí a zdravotnický personál jen obtížně. Hněv pacienta se obrací na všechny strany, vybíjí se na komkoli např. na doktorech, všeobecných sestřách, spolupacientech apod. Návštěvy příbuzných, kteří mnohdy v daném stádium odmítnout pacienta navštěvovat, jsou utrpením pro obě strany.

Ve druhém stádium je velmi důležitá naše tolerantnost k pacientově racionální i iracionální zlobě. Musíme se naučit nemocným naslouchat, přijímat jejich někdy i „nespravedlivou“ zlost s vědomím, že úleva, jež se dostaví s jejich vyjádřením, jim pomůže snáze akceptovat poslední hodiny života. Musíme jim dovolit odreagování a nad aktuálními projevy jejich chování se nepohoršovat. Toto vše však můžeme učinit pouze tehdy, jestliže jsme předtím sami zvládli vlastní strach ze smrti, vlastní destruktivní přání

a jestliže jsme si vědomi svých vlastních obranných postojů, jež mohou narušovat naši péči o pacienta.

Třetí stádium – smlouvání

Toto stádium trvá pouze velmi krátký čas. Většinu smluv uzavírají nemocní lidé s Bohem, a obvykle je drží v tajnosti. Pacienti slibují „život zasvěcený Bohu“ výměnou za určitou dodatečnou délku života např. do svatby syna, narození vnuka apod. V této fázi se nemocní rovněž uchylují k hledání zázračných léků, léčitelů, diet a pověr. Za vyléčení či prodloužení života jsou ochotni zaplatit cokoli.

S pacientem je třeba mít maximální trpělivost a chránit jej před podvodníky.

Čtvrté stádium – deprese

V této fázi už nemůže smrtelně nemocný pacient, který je přinucen podstoupit řadu operací nebo léčebných zákroků, dál již svou nemoc popírat či se jí vysmívat. Lze odlišit dva druhy depresí a to reakční a přípravnou. Reakční deprese nastává v důsledku utrpěné ztráty např. odstranění prsu, nemožnost finančně zabezpečit rodinu, zajistit péči o děti apod.

Je třeba obnovit ztracenou sebeúctu za aktivní účasti manžela, zhotovení prsní protézy atd. Pacientova deprese rychle pomine, když je o životně důležité záležitosti náležitě postaráno. Rodina je finančně zabezpečena a o děti je postaráno.

Ke druhé depresi dochází v důsledku očekávání neodvratitelného. Pacienta s touto depresí nemůžeme nutit, aby pohlížel na světlé stránky života, protože to by znamenalo, že nemá přemýšlet o své nastávající smrti. Pokud pacientovi dovolíme, aby vyjádřil svůj žal a nic neskrýval, dospěje ke konečnému smíření mnohem snáze a bude vděčný těm, kdo s ním dokáže být i během jeho depresivních stavů, aniž by mu stále říkali, ať není smutný. Druhý typ deprese je obvykle tichý, na rozdíl od prvního, kdy má pacient hodně co říci a potřebuje si povídat. Při depresi, která je důsledkem neodvratitelného, stačí společně sdílený pocit vyjádřený např. dotekem ruky, pohlazením vlasů a tichým posezením pospolu.

Ve fázi deprese je třeba pacientovi trpělivě naslouchat, být mu nápomocen při urovnávání vztahů případně mu pomoci při hledání řešení např. zajištění rodiny apod.

Páté stádium – akceptace

Pokud pacient měl dostatek času a pomohl-li mu někdo prožít a zvládnout předchozí popsané stádia, dosáhne stavu, kdy není ani deprimován, ani necítí zlost na svůj osud. V této fázi obvykle potřebuje rodina více pomoci, porozumění a podpory, než sám pacient. Když umírající dojde vnitřního míru a akceptace, okruh jeho zájmů se zúží. Přeje si být sám, širší okruh návštěvníků není obvykle zván, popřípadě kontakt s nimi je omezen na kratší dobu. Do popředí komunikace s umírajícím se dostávají nonverbální techniky. Nejvhodnější dobou pro kontakt s umírajícím jsou večerní návštěvy.

Pro umírajícího pacienta je důležité vědět, že na něj blízcí nezapomínají. Naše blízkost jej ujišťuje, že nezůstal sám, i když už nemůže mluvit, a stisk ruky, pohled, podepření zad polštářem, může sdělit víc, než mnoho „hlučných“ slov. Tohoto cíle, tj. fáze akceptace, dosáhne jedna skupina pacientů jednoduše a rychle, bez jakékoli pomoci zvenčí, kromě tichého porozumění a absence rušivých vnějších zásahů. Druhá skupina méně šťastnějších pacientů může podobného stavu těla a duše dosáhnout pokud má dostatek času, aby se na svou smrt připravili, přičemž bude potřebovat více pomoci a pochopení svého okolí a podporu pro své úsilí dostat se přes předchozí stádia.

1.2.2. Horowitzův model pěti fází odchodu

Kromě výše prezentovaného modelu odchodu E. K. Rossové se umíráním zabíral např. i Horowitz, který sestavil následující model pěti fází odchodu.¹²

První fáze – výkřik

Tímto termínem je charakterizován psychický stav pacienta, který se dozvěděl o tom, že jeho zdravotní stav je takový, že daná nemoc zřejmě povede ke konci (exitu). Pacient na tuto informaci reaguje výkřikem, zděšením, šokem, případně až panikou. Můžeme se v této fázi setkat s hranou nebojácností, výbuchy hysterického strachu, pláče a zoufalství, ochablostí, omdléváním, otupěním až upadnutím do bezvědomí atd.

¹² dle KŘIVOHLAVÝ, J; KACZNARCZYK, S.: *Poslední úsek cesty*. Praha 1995. 40s.

Druhá fáze

Popírání – jedná se o vědomé či nevědomé „zastírání“ skutečnosti. Pacient se snaží potlačit povědomí existence krizové situace. Je apatický, bez zájmu, chová se a hovoří „jako by se nic nestalo“.

Třetí fáze

Intruze v této fázi pacient musí neustále myslet na to, co se s ním děje, od těchto myšlenek si nemůže pomoci. Jsou jediným obsahem jeho vědomí a rozhovorů. Děsivé myšlenky přicházejí nejen v noci, ale i ve dne, když se pacient zasní.

Čtvrtá fáze

Vyrovňávání nastává, pokud má pacient dostatek času např. po zjištění HIV positivity či rakoviny a má dostatek energie a odvahy, je možné se u něho setkat se stádiem hledání cesty z bezvýchodné situace. V dané etapě se pacient často obrací k alternativním formám léčení. V dané fázi potřebuje blízkého člověka, kterému se může svěřit.

Pátá fáze

Smíření je vlastně nejen akceptací nastalé situace a vyrovnání se s ní, ale i schopnost na těžkou situaci myslet, když na ni myslet chce a nemyslet na ni, když na ni myslet nechce. Tento stav lze charakterizovat jako „postavení nad věcí“.

1.2.3. Proces umírání

Je de facto započat naším narozením. Délka našeho života je ovlivněna např. pohlavím, životními podmínkami, životním stylem, vzděláním, rodinným stavem, chronickými a prodělanými závažnými onemocněními či úrazy apod. Problematikou spojenou s umíráním se podrobněji zabývá zejména Charta umírajících.

Z teorie biologických hodin vyplývá, že člověk fakticky umírá tehdy, když se naplnil geneticky podmíněný tzv. program života, nebo když je v určitém daném čase realizován tzv. program smrti.

V rámci této kapitoly považuji za žádoucí poukázat na fakt, že **vedle fyzické smrti**, pro kterou je charakteristická úplná, trvalá ztráta vědomí, při níž dochází k mozkové smrti a následně ke smrti orgánů lidského těla, **rozlišujeme rovněž smrt sociální a psychickou**.

Sociální a psychická smrt může předcházet či urychlit smrt fyzickou. Za sociální smrt považujeme stav, kdy umírající člověk sice žije, ale je vyvázan z důležitých sociálních vztahů, je odtržen od společnosti a nelze jej do kontextu společnosti vrátit. Musíme se proto pokusit, aby nemocný „žil“ i ve stínu blížící se smrti. Pokud se nám to povede a myšlenky nemocného nebudou směřovány pouze k tomuto nevyhnutelnému konci, můžeme si gratulovat.

Za psychickou smrt považujeme stav naprosté psychické rezignace, kdy umírající intenzivně prožívá zoufalství a beznaděj. Tento stav usnadňuje vstup smrti fyzické. V období *pre finem* dochází nejen k uvědomování si závažného stavu, ale také k tzv. adaptabilní negligaci, tj. vytěsňování nepříjemného a úzkostně prožívaného ohrožení života. Toto popření blížící se smrti bývá intenzivnější, čím více se člověk blíží k faktické smrti.¹³

1.2.4. Vědomí blízkosti smrti

Umírají, i Ti, kdo o ně pečují, vlastní často vzácné dary, které mohou nabídnout těm druhým. Když umírá někdo, koho milujeme, možná nevnímáme „dary“, nýbrž pouze zármutek, bolest a ztrátu. Neuvědomujeme si, že umírající člověk poskytuje poučení i útěchu a jeho blízcí mu na oplátku mohou přinést pokoj a pomoc při pochopení smyslu života.¹⁴ Vědomí blízkosti smrti nám odhaluje, co vlastně umírání je a co je zapotřebí k tomu, aby člověk zesnul pokojně; projevuje se u lidí, kteří umírají pozvolna. Pokusy od umírajících zjistit, co vlastně prožívají, se často mívají cílem, jsou špatně pochopeny nebo dokonce ignorovány, neboť promluvy bývají zamlžené, neobvyklé nebo vyjadřované prostřednictvím symbolů. V posledních hodinách, dnech, příp. týdnech „doprovázející“ pozorují, že umírající dělají často gesta nebo prohlášení, která zdánlivě nedávají smysl. Na tyto projevy chování příbuzní, přátelé i profesionálové, ne zřídka reagují podrážděně nebo popuzeně. Setkáváme se s chováním, kdy se pacienta snaží rozveselit, nebo s ním jednájí jako s dítětem či pokouší se potlačit tuto domnělou „zmatenost“ pomocí léků. Všechny tyto reakce přispívají k tomu, že umírající se vzdaluje od lidí, kterým by mohl a chtěl důvěřovat, a tím se v něm probouzí pocit izolace a chaosu. Nepopiratelným faktem

¹³ KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*, Praha 2007. 74s.

¹⁴ CALLANANOVÁ, P.; KELLEYOVÁ, P.: *Poslední dary*. Praha. 2005. 21s.

a smutnou skutečností je, že umírajícímu již nikdo často nenaslouchá. K umírajícím však lze přistupovat i jinak, tj. s otevřenou myslí. Pokusit se rozluštit informace, které nám chce předat a jejich rozluštěním zbavit umírajícího úzkosti a tísně. Ve specifickém způsobu, jakým s námi umírající komunikují, bylo vyzorováno několik stále opakujících se témat, které lze shrnout do dvou kategorií. První „skupina“ umírajících se nám pokouší popsat, co zakouší v okamžicích smrti. Druhá „skupina“ umírajících žádá něco, co umožní klidnou smrt. Zážitek umírání často přináší kratičké pohledy do onoho světa i zážitky setkání s těmi, kteří nás tam již předešli a čekají na nás.

1.2.5. Období umírání

Období umírání¹⁵ členíme do tří úseků:

- 1) **Období pre finem** začíná, když dochází k odbornému, popř. laickému, tj. pacientovu povědomí, že nemoc je vážná a neslučitelná s životem. Smrt je v delším, tj. v řádu měsíců nebo týdnů, či kratším období, velmi pravděpodobná. Na počátku tohoto období stojí diagnóza vážné a dlouhodobé nemoci a prognóza neoptimistického stavu. V daném období musíme dbát na zmírnění subjektivních obtíží pacienta. Pacient musí být srozuměn s tím, že kromě medicínské pomoci mu bude poskytnuta také pomoc lidská. Snahou ošetřujícího personálu by mělo být zabránit smrti sociální a psychické. Musíme si uvědomit, že nedobrý psychický stav nemocného uspíší jeho fyzickou smrt.
- 2) **Období in finem** se shoduje s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Patří sem problematika eutanazie. Během tohoto období je poskytována nemocnému tzv. terminální péče, jejímž hlavním cílem je, aby pacient, kterého nemůžeme vyléčit, netrpěl alespoň nesnesitelnými bolestmi.
- 3) **Období post finem** následuje po fyzické smrti nemocného. Do tohoto období spadá péče o mrtvé tělo a rovněž i péče o pozůstalé.

¹⁵ KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*, Praha 2007. 75 s.

1.2.6. Tělesné symptomy exitu

Blízké osoby pacienta nás mohou požádat, abychom je přivolali, pokud se čas umírajícího blíží svého naplnění. Každý zdravotník by proto měl být schopen tento stav bezpečně rozeznat. Bohužel tomu tak vždy není. Zarážející je, když se z médií dozvídáme, že pacient prohlášený za mrtvého se probрал v márnici, že u člověka, kterého takto označila lékařka rychlé záchranné služby, nahmatali puls zaměstnanci pohřební služby apod.

Jak poznáme, že čas umírajícího se blíží svého naplnění? Za nejdůležitější objektivní známky odchodu považuje (Kress, 1970)¹⁶: změnu frekvence a nepravidelnosti tepu, klesající krevní tlak, nepravidelné dýchání, ochlazování konců končetin, hippokratovskou tvář, unavený výraz obličeje, nepravidelné mrkání, ztrátu schopnosti mimického výrazu obličeje, kalící se vědomí, zvýšení chyb v řeči (sociální komunikaci), výskyt halucinací, které mohou vyvolat zděšení okolostojících a euforii, tj. nevysvětlitelnou veselou náladu, často s iluzemi.

M. Staňková konstatuje, že před koncem života (*ante finem*) je na umírajícím:¹⁷ kůže bledá až šedá, obvykle lepkavá studeným potem, oči jsou zapadlé, uši a nos jsou chladné, puls je špatně hmatný a nepravidelný, dech je změněn, dochází k inkontinenci – neudržení moči, stolice a vědomí je někdy porušené.

U umírajícího dochází ke změnám celkového jeho chování. V tzv. agonii, tj. v období smrtelného zápasu pacienta, jsou zachované základní tělesné funkce pacienta, tzn. dýchání, krevní oběh a termoregulační schopnosti, nicméně dochází k ochabování celého organismu, při němž odchází vědomí. V agonii dochází k selhávání vnitřních orgánů např. ledvin, jater. Na neodvratnost konce lékaři usuzují např. z toho, že přes veškerou jejich snahu se stav pacienta nelepší a nezadržitelně zhoršuje. S ohledem na značnou individuálnost každého člověka nejsou lékaři, byť jsou přesvědčeni, že vše spěje „ad finem“, dát jednoznačnou odpověď na otázku „Kolik času umírajícímu ještě zbývá?“

¹⁶ dle KŘIVOHLAVÝ, J; KACZNARCZYK, S.: *Poslední úsek cesty*. Praha 1995. 17 s.

¹⁷ dle KŘIVOHLAVÝ, J; KACZNARCZYK, S.: *Poslední úsek cesty*. Praha 1995. 18 s.

1.2.7. Modely umírání

Rozlišujeme umírání ritualizované¹⁸, v rámci kterého je smrt chápána jako rituál, kterým je ukončen náš život. Jedná se de facto o tradiční model umírání. V souvislosti s touto problematikou je třeba zdůraznit, že v minulosti, kdy se nejčastěji umíralo v kruhu rodinném, přecházela z generace na generaci zkušenost, jak pečovat o umírající. Smrt byla přirozenou součástí života, nebyla odosobněná. Zcela běžnou společenskou povinností bylo dostavit se k lůžku umírajícího a rozloučit se s ním. V rámci tohoto rituálu si umírající mohl uspořádat své osobní věci, vyjádřit lítost nad utrpením, které způsobil druhým, mohl vyslovit prosbu za odpuštění, vyslovit přání pro své nejbližší, dát jim rady do života, rozdělit majetek a vyzpovídat se. Umírajícímu byla ze strany blízkých nabízena opora a byla mu přána šťastná nebo milostivá smrt. Tento důstojný způsob umírání se po staletí neměnil.

Vzhledem k nezadržitelnému rozvoji společnosti, která začala stále ve větší míře využívat komunikačních technologií, došlo k tzv. instutualizaci umírání. V dnešní době se zpravidla již neumírá doma v kruhu rodinném, ale diskrétně v nemocnicích, LDN, domovech důchodců, tj. v institucích, tedy institucionálně.¹⁹ V umírání a smrti tam člověk zůstává sám. Charakteristické pro tento „pokrok“ bylo, že o umírajícího se nestarala rodina, nýbrž kolektiv vyškolených profesionálů. Umírajícím se sice dostávalo a dostává potřebné zdravotní péče, ale je jim tímto de facto odepřena možnost umírat v kruhu rodinném, tj. v blízkosti svých nejbližších a nejdražších. I přes poskytovanou vysoce profesionální péči je nutné poslední okamžiky lidského života zlidštit, proto se volá po nových rituálech přijatelné pro rodinu, umírajícího i ošetřující personál, tak jak je tomu např. v hospicích.

¹⁸ KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*, Praha 2007. 75s.

¹⁹ KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*, Praha 2007. 76s.

1.3. Péče o umírající

Dle M. Rabana je bez doprovázejícího duchovního průvodce „sestup do pekel“ nebezpečnou výpravou.²⁰ Umírající by měl mít někoho, s kým se bude moci „podělit“ o svou bolest, kdo bude oporou na jeho poslední cestě.

Umírajícímu je třeba v posledních hodinách, dnech, týdnech či měsících poskytnout odpovídající péči, kterou bude zachována v maximální možné míře jeho lidská důstojnost až do posledních okamžiků jeho dohasínajícího života.

1.3.1. Zajištění základních potřeb umírajících

V terminálním stádiu pacienta se mají všeobecné sestry dle M. Staňkové²¹ zaměřit na: péči o dokonalou hygienu, péči o vyprazdňování, péči o osobní pohodlí, péči o rty jejich navlhčováním, péči o obličej jeho sušením a otíráním potu, péči o lůžko naklepáváním polštáře, aby se pacientovi dobře leželo, péči o bezpečnost přijetím vhodných opatření, vedení verbální komunikace, tj. při rozhovoru s pacientem nezlehčovat situaci a nemluvit před ním netaktně, nenechávat pacienta o samotě, opuštěného bez doprovodu.

Základní potřeby umírajících, které je třeba zajistit, shrnuje M. Svatošová do čtyř okruhů. Jedná se zejména o potřeby:²²

- 1) **Biologické**, které jsou představovány např. zajištěním příjmu potravy, vyprazdňováním, dýcháním, ozařováním, chemoterapií, hormonální léčbou, pohybovými cvičeními, tišením bolesti apod.
- 2) **Potřeby psychologické**, které jsou představovány zejména potřebou respektování lidské důstojnosti, a to nezávisle na stavu tělesné schránky. Každý člověk je jedinečnou, neopakovatelnou bytostí a jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje. Nemocný

²⁰ RABAN, M.: *Duchovní smysl člověka dnes*. Praha 2008. 256s.

²¹ dle KŘIVOHLAVÝ, J; KACZNARCZYK, S.: *Poslední úsek cesty*. Praha 1995. 19 s.

²² SVATOŠOVÁ, M.; *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. 22-23s.

potřebuje se svým okolím komunikovat. Nesmíme při tom však opomenout fakt, že naší verbální komunikaci doprovází komunikace neverbální, tj. mít na paměti, co říká naše mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči, ale i naše oblečení. Nemocný potřebuje pocit bezpečí. Důležité je nemocnému nelhat a říkat mu jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet.

- 3) **Sociální**, které jsou naplňovány kontakty s blízkými osobami. Návštěvy by si měl usměrňovat nemocný a my bychom ho v tom měli plně respektovat.
- 4) **Spirituální**, které se snaží naplňovat i lidé, kteří prožili svůj život bez víry. V důsledku vážné nemoci se zabírají otázkami smyslu života – vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl.

V rámci péče o dlouhodobě nemocné a umírající je třeba:²³

- Předcházet proleženinám, tj. provádět prevenci dekubitů.
- Provádět léčení dekubitů.
- Posilovat do poslední chvíle soběstačnost pacienta.
- Zvládnout neklid pacienta na lůžko přidělat postranice.
- Zvládnout zvýšený výlev potu.
- Tlumit žízeň pacienta.
- Dle možností uzpůsobit jídlo přáním pacienta.
- Zvládnout případné dýchací obtíže.
- Zajistit tlumení bolesti za využití vhodných léků např. analgetik, opiátů.

1.3.2. Emocionální stav umírajícího pacienta

Abychom mohli dobře doprovázet umírající pacienty, musíme být dobře obeznámeni s tím, jaké emocionální stavy zažívají.²⁴

²³ KŘIVOHLAVÝ, J; KACZNARCZYK, S.: *Poslední úsek cesty*. Praha 1995. 19 -25s.

²⁴ KŘIVOHLAVÝ, J; KACZNARCZYK, S.: *Poslední úsek cesty*. Praha 1995. 26s.

Jsou to zejména negativní emoce, mezi které patří obavy, úzkost a strach a to nejen na straně pacienta, ale i na straně jeho blízkých. Strach ze smrti má několik podob a projevuje se řadou typických příznaků, a to jak v oblasti fyzické (tělesné), tak psychické a sociální. Proniká do oblasti snů a fantazie. U umírajících pacientů se můžeme setkat se strachem: z bolesti, z opuštěnosti, ze změny vzezření, že se nepoznám, nebudu to já, ze selhání, že to nezvládnou a projeví se jako zbabělec, z utrpení, že žít bude těžší než nebýt, z regrese, že pod vlivem bolesti se budu chovat jako malé dítě, tj. nedůstojně, ze ztráty samostatnosti, se strachem o rodinu, že se bez něj neobejdou a z nedokončení práce či životního díla.

Strach, který je zcela přirozenou reakcí člověka v situaci, když ztrácí kontrolu nad tím, co se děje, když je bezmocný a bezradný. Za této situace pomáhá se uvolnit „ventilovat“ vnitřní úzkost a strach. Možnost někomu „do pomyslné vrby“ vypovědět, jak mi je. Není marné přiznat se k těmto pocitům „plakat s plačícími“.

Kromě strachu z bolesti se u umírajících můžeme setkat s:

- ***Pocity viny***, kdy si nemocní uvědomují, co se jim nepodařilo, kde selhali, co udělali špatně, co opomněli udělat. Velikou úlevou, tak pro ně je, když ten, koho trápí vina, má někoho, komu může naprosto důvěřovat a jemu se svěřit.
- ***Pocity bolesti***, kdy si musíme uvědomit, že bolest a utrpení je třeba nejprve přijmout, abychom je mohli změnit. To se týká jak pacienta, tak jeho „doprovázeče“. „Nesmí mu nikdy říci“ „To nic není! Nebo to Vás nemůže bolet!“. „Doprovázečům“ se dále radí, aby neříkali „Já vím, jak tě to bolí! To vědět nemůžou, nýbrž aby mu řekli, že je bolí, že jeho to bolí a rádi by mu pomohli...“
- ***Pocity zlosti***, které pramení z frustrace, že není schopen zvládnout svou bolest, což následně vede k projevům zlosti. V případě těchto projevů se doporučuje s nefalšovaným pocitem souznění říci útočícímu pacientovi: „Vím, že to nemáš lehké“ či „věřím, že je to těžké...“.

Vyjma negativních emocí se můžeme při doprovázení umírajících setkat s pozitivními emocemi. V souvislosti s tímto tvrzením je třeba v obecné rovině poukázat na fakt, že naše soucítění neboli empatie s umírajícím spočívá ve schopnosti „vžít se do situace druhého člověka“. Je třeba při něm dát stranou vlastní představy a za vlastní vžít,

to co si pacient myslí, co cítí a co chce. Pak lépe porozumíme, kdy potřebuje navlhčit rty, podat ruku, něco svěřit či být s námi zticha apod. V roli „doprovázeče“ je třeba nikdy nebrat naději, ať je jakákoli, byť nerealistická a falešná. Pokud s pacientem nemůžeme souhlasit, je vhodné být zticha. Naděje umírajícího může mít několik podob např., že: vše se změní a on bude opět zdrav, bude žít déle, nežli se jinak dá očekávat - „bude mu přidáno ... dnů života“, bude mít „lehkou smrt“, nebude ho to bolet, zemře ve spánku bez utrpení, věří v transcendentální (lidské hranice přesahující) naději např. v křesťanskou naději věčného života.

1.3.3. Zvláštnosti komunikace ve zdravotnickém prostředí

Komunikace ve zdravotnickém prostředí probíhá nejčastěji v tzv. „komunikační dyádě“, kdy na jedné straně stojí pacient a na druhé zdravotničtí pracovníci.²⁵ Obsah sdělovaného je v obou směrech blokován řadou překážek, které znesnadňují dorozumění mezi nemocným a zdravotníky. Pacient, který vstupuje do kontaktu s lékařem, od něj očekává energický přístup, rychlé a spolehlivé rozpoznání hrozícího nebezpečí, stanovení správné diagnózy a včasný zásah, kterým bude navráceno jeho plné zdraví. Nadměrná dominance lékaře autoritativnost ve vztahu k pacientovi však limituje jejich komunikaci. Ze strany lékařů je za ideálního pacienta považován člověk relativně vzdělaný, samostatný a osobnostně zralý, který se aktivně podílí na léčebných postupech. Informovanost dnešního pacienta je podstatně vyšší, než tomu bylo např. v minulosti. Informace, které jsou pacientovi předávány, by měly být funkční, tj. měly by mu poskytnout dostatečný podklad pro kognitivní zvládnutí situace. Způsob poskytování faktů i jejich množství však musí být individualizováno s přihlédnutím k zralosti i osobnostním zvláštnostem pacienta. Při prvním kontaktu existuje určitá horní mez informovanosti, jež by neměla být překročena. Tato je dána nebezpečím indukovaní stavu naprosté beznaděje u terminálních stavů, k němuž jsou přednostně disponováni tzv. „senzitiéři“. U terminálních onemocnění je třeba často přistoupit k poskytování informací „po stupních“, kdy jsou údaje postupně upřesňovány, ale stále se ponechává prostor pro určitou naději nemocného.

²⁵ MOHAPL, P.: *Vybrané kapitoly z klinické psychologie II*. Olomouc 1991. 58s.

1.3.4. Iatropatogenie – hrozící nebezpečí

Přes veškerou péči poskytovanou pacientovi, nemůžeme zcela vyloučit pochybení ošetřujícího personálu. Iatropatogenii se rozumí diagnostický, terapeutický či preventivní postup, jenž má za následek poškození zdraví nemocného. K tomuto poškození může dojít ze strany lékaře (iatros), sestry (sorrorigenie), druhého nemocného (egrotogenie) nebo nepříznivým vlivem nemocničního prostředí (nosokomiogenie).

Iatropatogenii lze nejlépe chápat z interakčního hlediska jako stav vyvolaný vzájemným působením tří faktorů:

- 1) **Situačních vlivů**, jimiž se zabírali Konečný s Bouchalem (1979), kteří zjistili, že iatropatogenie může být vyvolána:²⁶ nesprávně provozovanou zdravotnickou osvětou nebo popularizací lékařských poznatků, přeceňováním vlivu dědičných faktorů na vznik onemocnění (etiologická i.), vyslovením unáhlené diagnózy (diagnostická i.), nepřesným nebo ne zcela vhodným komentářem k výsledkům laboratorních, rentgenologických, konziliárních apod. vyšetření (laboratorní i.), příliš pesimistickými nebo naopak optimistickými prognózami (prognostická i.), hanlivými výroky o předcházející léčbě, patří sem i (farmaceutogenie) tj. poškození nevhodným výrokem lékárníka (terapeutická i.), informacemi uvedenými ve zdravotnické dokumentaci, které se dostanou do rukou nemocného (administrativní i.), nevhodným výrokem před nemocným při výuce mediků nebo všeobecných sester (pedagogická i.).
- 2) **Osobnostních rysů zdravotnického pracovníka**, kdy osobnost zdravotníka může být původem pro iatropatogenii především při nadměrně autoritativním přístupu k výkonu profese a dále také při silnější profesionální deformaci.
- 3) **Osobnostních rysů nemocného**, kdy k iatropatogenním reakcím jsou nejvíce disponováni jedinci úzkostliví, přecitlivělí, snadno zranitelní se sklonem k hypochondrickým reakcím. Dle Hardyho může dojít rovněž i k tzv.

²⁶ MOHAPL, P.: *Vybrané kapitoly z klinické psychologie II*. Olomouc 1991. 64s.

pseudoiatropategonii, kdy nemocný standardní zdravotnickou situaci zkreslí a opírá se o výrok, který vůbec nebyl pronesen.

Závěrem považuji za žádoucí v této souvislosti vzpomenout fakt, že „iatropatogenie“ mohou být v ojedinělých případech, jak jsme tomu v dnešní době svědky, vyvolány zcela záměrně, kdy „lékař“ přesvědčí zdravého pacienta o jeho terminálním onemocnění, a nabídne mu za úplatu vyléčení drahým lékem, který není na trhu běžně k dispozici.

1.3.5. Zásady psychologické intervence u nezvratně nemocných a umírajících

Řada výzkumů dle Wittkowského²⁷ přesvědčivě dokládá, že mnohem silnější než strach ze smrti je strach z bolesti při umírání a strach ze situace, kterou člověk při umírání předpokládá tj., že zůstane opuštěný, bezmocný anebo zcela závislý na pomoci druhých lidí.

Před tím než přistoupím k možnostem psychologické intervence, je třeba si zodpovědět základní otázku, tj. zda má být pacient pravdivě informován o blízkosti své vlastní smrti. Za minulého režimu u nás docházelo k tzv. „tabuizování smrti“ (Říčan 1980) na rozdíl od kapitalistických zemí, kde bylo o smrti otevřeněji hovořeno a méně často se používalo tzv. svaté lži (pia fraus).

Povinnost informovat pacienta, popř. členy jeho rodiny o povaze jeho onemocnění vychází z ustanovení § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Informování nemocného o jeho závažném zdravotním stavu by mělo sloužit ku prospěchu pacienta. Při podávání této informace, jež by neměla být vnucována, pokud ji pacient odmítá přijmout, by měla být zohledněna osobnost pacienta. Dle názoru O. Dostálové (1986) by měla být pravda podávána „po kapkách“.

Psychologická pomoc nezvratně nemocným může mít za určitých okolností podobu cíleného specifického psychoterapeutického zásahu. Dále lze využít např. jógu, meditační cvičení.

²⁷ MOHAPL, P.: *Vybrané kapitoly z klinické psychologie II*. Olomouc 1991. 91s.

Základní principy psychologické péče o umírající formuloval do pěti bodů Kay Blumenthal – Barby (1987):

1. Kdo chce pečovat o umírající, musí zaujmout postoj sám k sobě.
2. Péče o umírající vyžaduje postoj k vlastní smrti.
3. Kdo pečuje o umírající, musí umět být opravdový.
4. Kdo chce pomáhat umírajícímu, musí být pravdivý.
5. Kdo chce pečovat o umírající, musí být připraven přijmout toho druhého takového, jaký je a zřít se jakýchkoli hodnocení.

Při rozhovorech s infaustně nemocnými je nezbytné vždy respektovat kulturní tradici, v níž určité generace vyrůstaly. Z výsledků průzkumů, které byly v minulosti vedeny v této souvislosti, vyplynulo zjištěním, že většina pacientů si přeje a očekává, že lékař se nebude zajímat pouze čistě profesně o nemoc samu, ale i o osobní a životní problémy.

1.3.6. Pravda a způsoby jejího sdělování

V minulosti lékaři pacientům zatajovali informaci, že trpí nevléčitelnou chorobou. Později, jak vyplývá z výzkumu z roku 1979 Novack et al.) 90% lékařů sdělovalo pacientům pravdu.²⁸ Z uskutečněných studií vyplývalo, že většina pacientů chce být o diagnóze a možnostech léčby informována. Pacienti se domáhají práva vědět vše. Při sdělení špatné zprávy by měl být zároveň pacient informován o možnostech léčby. Pacient by měl být na sdělení případné špatné zprávy postupně a hlavně citlivě připravován, např. v souvislosti se vzneseným dotazem, co by to podle výsledků rentgenu mohlo být. Špatné zprávy jsou tak de facto oznamovány pacientům ve více fázích. Při sdělování tvrdé reality je třeba postupovat co nejšetrnějším způsobem, nikdy slovy „Brzy zemřete“ nýbrž slovy např. „Myslím, že Vás nedokážu vyléčit“. Následně si sám lékař položí řečnickou otázku např. „Co se s tím dá dělat?“ Touto otázkou tak lékař může hladce přejít k možnostem léčby, která může spočívat v operativním odstranění nádoru, v jeho ponechání nebo v chemoterapii apod.

Dle H. Haškovcové má být v zásadě pravda sdělena každému dospělému člověku, neboť se vychází z premis obsažených v Listině práv a svobod. Člověk má právo vědět,

²⁸ THEOVÁ, A. M.: *Paliativní péče a komunikace*. 2007. 16s.

„jak to s ním stojí“. Výjimku tvoří pacienti, kteří jsou somaticky, ale navíc psychicky nemocní, nebo u nichž v minulosti proběhla psychotická epizoda.²⁹

Závěrem lze konstatovat, že právo na sdělení pravdy má každý člověk s výjimkou psychicky nemocných. Způsob sdělení pravdy volí lékař, který by ji neměl pacientovi vnucovat, pokud o její sdělení nestojí.

²⁹ HAŠKOVCOVÁ, H.; *Lékařská etika*. Praha 2002. 142s.

1.4. Komplexní přístup k umírajícím - paliativní péče

V současné době můžeme veškerou pomoc, která je poskytována nejen umírajícím, ale i jejich rodinám shrnout pod jeden pojem a tím je paliativní péče. Dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2002 je: „Paliativní péče takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojených s životohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to je jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“.³⁰

Paliativní péče:

- Zajišťuje úlevu od bolesti a od jiných symptomů.
- Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces.
- Nemá v úmyslu urychlit ani odsunovat smrt.
- Integruje do péče 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 chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem.
- Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li 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.

Pro poskytování co nejkvalitnější paliativní péče je důležité „dokonalé“ posouzení pacienta. Paliativní péče je založena na zachování důstojnosti pacienta a jeho rodiny, účastné péči o pacienta a jeho rodinu, rovnoprávnosti v přístupu k paliativní péči, úctě k pacientovi, jeho rodině a pečovatelům, obhajobě vyjádřených přání pacienta, rodiny

³⁰ MUNZAROVÁ, M.: *Euthanasie nebo paliativní péče?* Praha 2005. 62s.

a komunit, snaze o dosahování výjimečné úrovně při poskytování péče a podpory, odpovědnosti pacienta, rodině a širší komunitě.

Pod pojem paliativní péče J. Finlay (1995) zahrnuje:³¹

- 1) ***Paliativní přístup*** je představován sadou základních znalostí a dovedností, které mohou použít všichni zdravotničtí pracovníci, starající se o pacienty s život ohrožujícím či terminálním onemocněním. Na této úrovni by měly být všechny sestry schopny rozpoznat základní fyzické i psychické symptomy a zajistit jejich řešení, porozumět tomu, co prožívá umírající i jeho rodina, zapojit se do komunikace o individuálních potřebách a prožitcích a konzultovat se specialisty v paliativní péči potřeby pacientů. Které přesahují jejich znalosti a kompetence.
- 2) ***Specializovanou intervenci***, která je vyžadována v případě komplikované ošetrovatelské péče, kdy je třeba požádat o pomoc specialisty z jiných oblastí a zajistit tak potřebnou intervenci např. sestru – specialistku zajišťující hojení maligních ran, sestru v radioterapii apod.
- 3) ***Specializovanou paliativní péči*** poskytovanou zdravotnickým personálem, který má specializační vzdělání a zkušenosti v péči o umírající a jejich rodiny. Tyto specialisté mohou pracovat v komunitním zařízení paliativní péče, jako konzultanti v akutních nemocnicích nebo v hospicích.

1.4.1. Formy paliativní péče

Paliativní péči členíme podle míry a komplexnosti poskytovaných služeb na:³²

- 1) ***Obecnou paliativní péči***, kterou by měli být schopni poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

³¹ O'CONNOR, M.; ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha 2005. 15s.

³² Standardy hospicové paliativní péče. 2007. 7s.

- 2) **Specializovanou péčí**, což je de facto aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. **Tato pomoc může být poskytována jako:**
- Mobilní paliativní péče, která je realizována v domácím nebo náhradním sociálním prostředí formou návštěv lékaře - specialisty, sester, ošetřovatelů, dobrovolníků atd. a to 24 hodin denně a 7 dnů v týdnu.
 - Hospic, což je samostatně stojící speciální lůžkové zařízení, ve kterém je poskytována pomoc pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Důraz je kladen na zajištění individuálních potřeb a přístupu k jednotlivým pacientům.
 - Oddělení paliativní péče, která jsou zřízena v rámci některých zdravotnických zařízení (nemocnicích, léčebnách), v nichž je nemocným kromě nezbytné diagnostiky a léčby poskytována i další péče, obdobně jako v hospicích.
 - Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení, je využíván, po dobu, kdy pacient zůstává na oddělení, na kterém je léčen.
 - Specializovaná ambulance paliativní péče zajišťuje ambulantní péči u pacientů, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče.
 - Denní stacionář paliativní péče, kde jsou formou denních návštěv pacienta ve stacionáři řešeny jeho zdravotní problémy.
 - Zvláštní zařízení specializované paliativní péče, která jsou představována např. specializovanými poradnami apod.

1.4.2. Pracovníci v paliativní péči

Paliativní péče může být poskytována nejen ve specializovaných zařízeních, hospicích, v nemocnicích pro dlouhodobě nemocné, v klasických nemocnicích, v nichž je uplatňován paliativní přístup, ale i v rodinách pacientů. Na zajištění paliativní péče se různou měrou mohou spolupodílet³³ lidé pečující o pacienta tj. rodina, přátelé, sousedé; ošetřovatelé a specializovaní ošetřovatelé zajišťující ošetřovatelskou péči; praktičtí lékaři, odborníci

³³ PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, Ch.: *Principy a praxe paliativní péče*. Brno 2007. 13s.

na paliativní medicínu, specialisté v jiných oborech lékařství zajišťující lékařskou péči; sociální pracovníci zajišťující sociální péči; kněží a pastorační asistenti, kteří dbají o duchovní péči; pracovní terapeuti, fyzioterapeuti, odborníci na řečovou a jazykovou terapii, arteterapeuti, dramaterapeuti a muzikoterapeuti, kteří dbají a zapojují pacienty do provádění vhodných terapií; poradci, kliničtí a zdravotničtí psychologové, psychoterapeuti, spolupracující psychiatři, kteří mají na starost psychologickou péči; odborníci na výživu, dietologové, farmaceuti, kteří jakožto specializovaný personál se spolupodílejí na vhodné péči o pacienty; pomocníci ošetrovatelů, administrativní a domácí personál, lidé pečující o domácnost, zahradu, řidiči a jiní pracovníci, kteří jakožto podpůrný personál vykonávají jím svěřené činnosti a dobrovolní pracovníci, kteří paliativním pacientům pomáhají bez nároku na honorář pouze z vlastního přesvědčení.

1.4.3. Komunikační dovednosti v paliativní péči

Schopnost vedení úspěšné komunikace je nezbytným předpokladem pro navázání interakcí mezi zdravotnickými pracovníky a lidmi s terminálním onemocněním. Podle výsledků výzkumu může dobrá komunikace nejen pozitivně ovlivnit psychický stav a kvalitu života lidí s takovým onemocněním, ale může také napomoci ve zmírnění symptomů (Faukner; Maguire, 1994; Maguire; Stewart, 1995).³⁴

Cílem terapeutické komunikace je zhodnocení problémů, emocionálních projevů a zjištění pacientových obav a starostí. Bohužel existují důkazy, že zdravotničtí pracovníci nedisponují dostatečnými komunikačními dovednostmi, aby pomohli pacientům diskutovat o jejich problémech. Většina sester je získává metodou pokusu a omylu v prostředí, které často zabraňuje efektivní komunikaci.

Zajištění efektivní komunikace je důležitým předpokladem k tomu, aby pacienti a jejich rodiny mohli rozhodovat o poskytované péči, o možnostech léčby, prognóze a vedlejších účincích léčby. Podle Maguire³⁵ můžeme pomocí vedení efektivní komunikace zjistit hlavní problémy a pocity pacienta, pomoci mu při sdělování i přijímání špatných zpráv, spolupracovat při rozhodování o léčbě a sledovat nepříznivé reakce pacienta (tělesné i psychické).

³⁴ O'CONNOR, M.; ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha 2005. 29s.

³⁵ O'CONNOR, M.; ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha 2005. 32s.

1.4.4. Komunikační bariéry v paliativní péči

Obtíže v komunikaci se mohou objevit nejen na straně pacienta, ale i straně zdravotnických pracovníků.

Komunikační bariéry na straně pacientů jsou představovány neochotou svěřit se s problémy, individuální preferencí způsobu komunikace a případnými multikulturními problémy ovlivňujícími komunikaci.

- 1) ***Neochota svěřit se s problémy*** může mít svůj původ v přesvědčení, že sestry mají příliš mnoho práce na to, aby se staraly o něco jiného než o fyzické aspekty onemocnění a léčby, nebo se pacient bojí stigma psychiatrických potíží. Pacienti se rovněž mnohdy domnívají, že jejich psychické problémy jsou nevyhnutelnou součástí jejich situace a nic se s tím nedá dělat (Maguire 1999).³⁶ Rozhovor o psychických problémech může vyvolat nepříznivé a bolestivé pocity, které terminálně nemocní mohou považovat za velmi ohrožující a proto se s nimi nechtějí svěřit rodině či pečovatelům. Pokud zůstanou emocionální problémy skryté, mohou vyústit ve stavy úzkosti, deprese, sociální izolace a beznaděje. Pokud všeobecné sestry pomohou pacientům o těchto problémech hovořit, může to mít velmi pozitivní dopad na kvalitu jejich zbývajících života.
- 2) ***Individuální preference způsobu komunikace***, tj. znalost či neznalost toho, co pacient chce o své nemoci a léčbě vědět. Každý pacient požaduje v této souvislosti odlišné množství informací. Nesoulad mezi tím, jaké informace pacient vyžaduje, a jaké jsou mu poskytovány může být příčinou úzkosti. Pokud chceme, aby pacient nám sdělil důležité informace, použijeme otevřené a „řízené“ otázky, přičemž používáme empatický přístup.
- 3) ***Multikulturními problémy ovlivňující komunikaci***. V této souvislosti je třeba zmínit studii, která byla provedena v Číně, kde 95 % respondentů nesouhlasí se zatajováním diagnózy (Fielding; Hung, 1996). Dle Egana (1998)³⁷ by měl zdravotník na první místo klást potřeby pacienta. Měl by být schopen potlačit své osobní hodnoty, které by neměly mít negativní vliv na zájmy pacienta. Zdravotník

³⁶ O'CONNOR, M.; ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha 2005. 32s.

³⁷ O'CONNOR, M.; ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha 2005. 33s.

by se měl umět vyvarovat kulturních stereotypů a generalizací, protože odlišnosti uvnitř skupiny jsou často mnohem silnější než rozdíly mezi skupinami.

Bariéry na straně zdravotníků se mohou týkat hodnot, postojů a přesvědčení a nedostatku komunikačních dovedností.

- 1) ***Hodnoty a přesvědčení zdravotníka*** ovlivňují, do jaké míry je rozhovor opravdu zaměřen na pacienta. Pokud si např. všeobecná sestra vysoce cení stoicismu, snižuje tím následně pravděpodobnost, že se jí pacient svěří se svými emocionálními problémy.
- 2) ***Nedostatek komunikačních dovedností*** nebo strach, že nebude umět odpovědět na otázky pacienta, ovlivňuje rovněž negativně vedení rozhovoru.

Mezi další faktory, které omezují komunikaci, patří³⁸ „distancování se“ od pacienta (např. když se zdravotníci postaví ke vzdálené části lůžka nebo se při vizitě vyhýbají určitým pacientům); ignorování emocionálních projevů pacienta (např. pláče); poskytování falešné naděje nebo nesouhlas s obrannými mechanismy pacienta (potlačení); změna v tématu rozhovoru nebo zaměření se pouze na praktické úkony; soustředění se spíše na tělesné symptomy než na emocionální problémy; neschopnost rozpoznat problém; nedostatek znalostí o tom, čeho se pacienti obvykle obávají; nedostatek diagnostických dovedností.

Paliativní sestry jsou často hlavními osobami, které poskytují péči a podporu pacientům a jejich rodinám. Je proto žádoucí, aby byly vybaveny dobrými komunikačními dovednostmi.

³⁸ O'CONNOR, M.; ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha 2005. 34s.

1.5. Domáci či instituzionalizovaná péče

Je pro umírajícího vhodnější, když má péči zajištěnu v domácím prostředí, které zná anebo je pro něj lepší, když se o něj postarají profesionálové ve specializovaných zařízeních? Lze na tuto otázku najít jednoduchou a hlavně jednoznačnou odpověď? V následující kapitole se pokusím shrnout některá pro a proti.

1.5.1. Péče o nemocné a umírající na území Čech – pohled do minulosti

V této kapitole provedu krátký vhled do minulosti, v rámci kterého na elementární úrovni popíši, jakým způsobem byla v minulosti poskytována zdravotní péče na území dnešních Čech.

Poskytování zdravotní péče školsky vzdělanými lékaři bylo do nedávné doby spíše výjimečné. Převážná většina lidí tak byla odkázána na svépomoc, pomoc rodiny, léčitelů či léčitelů, bylinkářek, kořenářek, kovářů, farářů, hrobníků apod. Na základě archeologických výzkumů lze dovozovat, že lidé si pomáhají od nepaměti. V pravěku se tato snaha ze strany soukmenovců omezovala pouze na druh ošetrovatelské péče, který spočíval v pomoci pravěkých léčitelů a v mnohostranném využití vody např. k omývání, ochlazování zanícených ran apod.

Během 11. století dochází ke vzniku prvních špitálů, které se tak de facto vyvinuly z raně křesťanských útulků pro poutníky. První zmínky o poskytování péče o chudé a nemocné, prokazatelně doložené na území dnešní České republiky, pochází z Moravy z první poloviny 11. století. Za první hodnověrně doložený špitál v Praze lze považovat tzv. týnský špitál P. Marie z první poloviny 12. století.³⁹

Nejkvalitnější péči o nemocné a umírající poskytovaly od středověku a to až do 18. století tzv. špitálnické řády. Nejproslulejším z nich byl v našich zemích johanistický neboli maltézský řád uvedený do Prahy před rokem 1169. Nejslavnější a spolehlivě nejdéle existující český špitál založený z iniciativy příslušnice panovnického rodu Anežky České, nikoli špitálnicích řádů, vznikl v Praze v roce 1231 při ženském klášteře klarisek. Papež toto původně pečující laické bratrstvo následně v roce 1237 povýšil na samostatný

³⁹ SVOBODNÝ, P.; HLAVÁČKOVÁ, L.: *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha 2004. 28s.

kanovnický řád křížovníků s červenou hvězdou. O rozvoj špitálnictví se ve 13. století rovněž zasloužila Zdislava z Lamberka, jejíž zásluhou byly špitály zřizovány při řeholních domech dominikánského kazatelského, školského a žebravého řádu.

První zpráva o aprobaci školsky vzdělaného lékaře v Čechách se dochovala k roku 1290 a na Moravě k roku 1233.

K určitému rozvoji lékařství dochází na území Čech ve druhé polovině 14. století, a to v přímé návaznosti na univerzitu založenou v Praze Karlem IV. jejíž součástí byla lékařská fakulta.

Působení prvního lékaře ve špitále v Praze lze doložit až od počátku 15. století. Sama péče o nemocné spočívala v poskytnutí útulku a stravy a zřejmě nešla za pouhé ošetření a obvázání ran, podávání dezinfekčních a utišujících prostředků převážně rostlinného původu nebo pouštění žilou. Tyto úkony poskytovali nemocným příbuzní anebo „profesionální“ léčitelé. Na ošetrovatelskou péči se specializovala v některých špitálech a domácnostech nemocných sdružení tzv. bekyň.

Druhá polovina 15. století, tj. po husitské revoluci, přinesla novou vlnu zakládání špitálů a to i v menších městech. Na území samotných Čech bylo v dané době zřízeno 270 špitálů.⁴⁰

Na samém sklonku 16. století vstoupil na naše území nový fenomén v péči o nemocné, řád milosrdných bratří, s jehož činností je spojeno budování prvních specializovaných nemocnic, po staru nazývaných špitály. První špitál tohoto řádu byl na území dnešního Česka založen v roce 1605 ve Valticích. Řád milosrdných bratří byl proslulý tím, že si vychovával vlastní ošetřovatele a nadané členy vysílal na lékařská studia.

V souvislosti s péčí o nemocné nelze opomenout fakt, že v roce 1718 byla ve Valticích zřízena škola pro ošetřovatele a ranhojiče.

V roce 1719 řád Alžbětinek, který se specializoval na ošetřování nemocných, zakládá v Praze nemocnici v ulici Na Slupi.

Od dvacátých let 18. století byly ze strany panovníka činěny nesmělé pokusy sjednotit zdravotní a sociální péči poskytovanou množstvím rozličných institucí. Za tímto účelem vydal v roce 1731 Karel VI. obecné předpisy, jak by měly vypadat špitální řády. Osvícenské reformy, zahájené Marií Terezií, která panovala v letech 1740 – 80, v nichž pokračoval její syn Josef II. (1741 -1790) přinesly mimo jiné vydání základních zdravotních norem.

⁴⁰ SVOBODNÝ, P.; HLAVÁČKOVÁ, L.: *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha 2004. 47s.

Kvalifikovanou lůžkovou léčebnou péčí v dané době nadále poskytovaly pouze řády. Nejvýznamnější řádovou nemocnicí milosrdných bratří zůstávala nemocnice Na Františku a pražská nemocnice Alžbětinek Na Slupi. Ostatní špitály, kterých bylo okolo roku 1750 v Čechách, na Moravě a ve Slezsku cca 500 sloužily jako sociální zařízení pro nejhudší vrstvy bezdomovců, většinou chronicky nemocných neschopných samostatného života.

V souvislosti se zajištěním péče o nemocné a umírající pacienty nelze opomenout rok 1781, kdy Josef II. vydal direktivní pravidla, jimiž odstartoval zakládání specializovaných lůžkových zařízení ve všech hlavních městech monarchie. V roce 1830 bylo v Čechách 20 civilních špitálů (nemocnic) s 1007 lůžky, 393 chorobinců se 4181 lůžky, na Moravě bylo 12 civilních špitálů se 783 lůžky, 140 chorobinců s 1187 lůžky, ve Slezsku byly 3 špitály (počet lůžek neuveden) a 28 chorobinců, které měly 198 lůžek.⁴¹ Je tedy zřejmé, že naprostá většina léčení se nadále odehrávala ambulantně a v domácnostech, protože počet a kapacita lůžkových zařízení byly vzhledem k počtu obyvatel velmi malé.

První pokus o prozatímní organizaci veřejné zdravotní správy byl podniknut v roce 1850. V souvislosti se zajištěním zdravotní péče nelze opomenout rok 1870, kdy byl vydán Základní celoříšský zdravotní zákon, jenž vymezoval práva a povinnosti státu i samosprávných orgánů ve veřejném zdravotnictví.

Ve druhé polovině 19. století došlo k významnému rozvoji nemocnic všech typů, přičemž pokračovala specializace lůžkových zařízení, veřejných i soukromých. V roce 1890 došlo v Praze ke zřízení záchranné služby a přepravy sanitními vozy.

Za první republiky vedle nemocnic veřejných existovaly dále nemocnice a léčebné ústavy soukromé. Bez ústavu choromyslných a porodnic měly Čechy na počátku dvacátých let cca 14 800 lůžek v 96 nemocnicích, Morava cca 4500 lůžek ve 27 nemocnicích a Slezsko cca 850 lůžek v 8 nemocnicích. Poměr téměř 2 lůžek na 1000 obyvatel byl považován na tehdejší evropské poměry za uspokojivý. V posledním roce existence první republiky se zvýšil počet lůžek v Čechách, na Moravě a Slezsku na cca 35 400. Počet lůžek na 1000 obyvatel se proto v průměru zvýšil na přibližně tři.

Krátký vhled do minulosti završím vzpomínkou na výstavbu rozsáhlého nemocničního komplexu složeného z 21 nemocničních budov, dnešní Thomayerovy nemocnice. V souvislosti s touto nemocnicí a tématem předkládané práce je třeba vzpomenout fakt,

⁴¹ SVOBODNÝ, P.; HLAVÁČKOVÁ, L.: *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha 2004. 106s.

že šest jejích pavilonů bylo určeno pro staré občany, čtyři pro staré a nemocné, o celkové kapacitě 1700 lůžek.⁴²

1.5.2. Zajištění péče o nemocné a umírající

Péče o nemocné a umírající může být zajištěna několika způsoby. Naprostá většina nemocných si přeje zemřít doma v kruhu rodinném. Naprostá většina nemocných však umírá v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v hospicích anebo v obdobných zařízeních. Kde hledat příčinu tohoto rozporu mezi přáním a realitou? V první řadě nelze přehlédnout fakt, že jen málo více generačních rodin žije v dnešní době pospolu, tak jako tomu bylo v minulosti, kdy dětem byly od útlého věku vštěpovány zásady péče o umírající. Ve druhé řadě je třeba zmínit snazší dostupnost zdravotní péče. Za stávajících sociálně-ekonomických podmínek je pro mnoho rodin daleko složitější a mnohdy dlouhodobě neudržitelné zajištění déle trvající péče o nemocné či umírající. Případná snaha o zajištění této péče je mnohdy limitována např. nevyhovujícími prostorovými možnostmi, ekonomickou situací rodiny apod. Mnozí lidé si v dané situaci vzpomenou na „zásadu“ vštěpovanou jim za minulého režimu od útlého dětství, že kvalifikovanou zdravotní péčí umírajícímu lze zajistit pouze v nemocnici. Umírajícímu je v nemocničním prostředí za využití stávajících lékařských poznatků, nehledě na jeho přání, nepatrně „prodloužen“ život, aby tam nakonec mnohdy zemřel sám v osamění. Vždyť dobu, kdy nastane u pacienta smrt nelze s určitostí předpovědět. Umírajícímu tak nelze zaručit, že v době jeho „odchodu“ se budou nacházet v jeho přítomnosti blízké osoby. V souvislosti se stávajícími možnostmi v zajištění péče o umírající nelze opomenout přínos hospiců, v nichž je zajištěn důstojný odchod umírajícím a zároveň věnována i případná pozornost pozůstalým.

Závěrem je třeba připomenout fakt, že v současné době otázku péče o umírající otevřela Česká lékařská komora, která před časem schválila doporučení, podle něhož by lékaři nemuseli zbytečně prodlužovat léčbu nevléčitelně nemocných pacientů. Je na rozhodnutí lékaře, zda nasadí léčbu intenzivní anebo paliativní, spočívající v tišení bolesti, a tak umožnění důstojného dožití.

⁴² SVOBODNÝ, P.; HLAVÁČKOVÁ, L.: *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha 2004. 171s.

1.5.3. Hospicové hnutí

Anglický výraz hospice znamená útulek nebo útočiště. Ve středověku byl tento termín původně používán pro tzv. domy odpočinku vyhledávané zejména unavenými poutníky směřujícími do Palestiny. K obnovení hospiců došlo dle H. Haškovcové v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu z iniciativy M. Aikdenheadové otevřena zvláštní nemocnice pro umírající.⁴³ Rozvoj specializovaných zařízení pro umírající nastal až ve 20. století. Na jeho počátku příslušnice Charity irských sester uvítaly první nemocné v St. Joseph's Hospice v Hackney ve východní části Londýna. K dramatickému nárustu hospiců došlo až po druhé světové válce.

V současné době mají rodiny možnost zajistit péči o umírajícího prostřednictvím hospicového hnutí. Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako neopakovatelné bytosti.

Hospice nemocnému garantuje, že:⁴⁴

- 1) nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- 2) v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
- 3) v posledních chvílích života nezůstane osamocen.

Hlavní snahou hospiců je naplnit pacientovi dny životem, nikoliv život naplnit dny. Při směřování k tomuto nelehkému cíli je kladem důraz především na kvalitu života nemocného, a to kvalitu života až do konce tj. do posledního vydechnutí. V hospicích nejde pouze o doprovázení nemocných, ale i jejich blízkých, kterým je věnována pozornost i po smrti pacienta. V klasických nemocnicích se stává středem zájmu nemoc. Lékaři se snaží co nejpřesněji stanovit diagnózu, určit příčinu nemoci a udělat vše pro její zvládnutí. Nemocný tj. pacient jako člověk tak většinou ustupuje do pozadí do anonymity.

Hospicová péče může mít formu domácí, stacionární či lůžkovou⁴⁵

- 1) Poskytování hospicové péče v domácím prostředí je pro nemocného zpravidla ideální. Tato péče je vázána na dobře fungující rodinné zázemí a odpovídající

⁴³ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Thanatologie*. Praha 2000. 40s.

⁴⁴ SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. 123s.

⁴⁵ SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha 1999. 127s.

prostorové možnosti. Dalším omezujícím faktorem je nezbytná odbornost a to zejména v místech, kde nejsou zřízeny sesterské agentury poskytující domácí péči.

- 2) Do hospicového stacionáře poskytujícího denní pobyty je pacient ráno umístěn a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu, dle dohody a místních podmínek, zajišťuje rodina nebo hospic. Důvod pro využívání této péče může být rozličný např.: diagnostický – nejčastěji za účelem kontroly bolesti atd.; léčebný – např. pro aplikaci chemoterapie, vyladění dávek léků apod.; psychoterapeutický – této možnosti využívají nejčastěji osamělí nemocní, příp. nemocní, s nimiž není schopna rodina o jejich problémech hovořit; azylový - je ho využíváno v případě, kdy si rodina potřebuje odpočinout od nemocného, nebo naopak. Jedná se de facto o preventivní opatření zabraňující pozdější zbytečné hospitalizaci, ale i vyčerpání rodiny.
- 3) Lůžková hospicová péče je využívána v případech, kdy není možné každodenní dojíždění nemocného s ohledem na jeho zdravotní stav či vzdálenost bydliště od hospice. Většina nemocných, nejčastěji s nádorovým onemocněním využívá hospic velmi účelně. Přichází sem na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty a to zcela svobodně a dobrovolně, tehdy, kdy oni cítí, že je to pro ně dobré. Pacient může v hospici pobývat se svým průvodcem, návštěvy má neomezené po dobu 24 hodin denně 365 dnů v roce. Od návštěvy se neočekává, že bude nemocného ošetřovat, ale pokud o to projeví zájem a je toho schopna, je jí to umožněno. Pacient v hospici na rozdíl od nemocnice spí dle své vůle a potřeby. Důraz v hospici je kladen na kvalitu života. Pokud je pacient schopen pohybu může se pohybovat nejen po objektu hospice, ale s vědomím personálu, i mimo něj. V hospici usnadňují pobyt nemocným nejen zdravotní pomůcky, ale i bezbariérové přístupy do všech prostor. O přijetí nemocného do hospicové péče rozhoduje po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta hospicový lékař.

V souvislosti s poskytovanou hospicovou péčí lze závěrem uvést, že jako první byl v České republice v roce 1995 v Červeném Kostelci otevřen Hospic Anežky České. V roce 1998 byl v Praze otevřen Hospic Štrasburk, v Plzni Hospic sv. Lazara, v Brně, Hospic sv. Alžběty a v následujících letech byly zřizovány další hospice.

1.6. Úmrtím to nekončí

1.6.1. Péče o zemřelého

Zdravotní péče nekončí posledním výdechem nemocného. Po ohlášené klinické smrti musí lékař pacienta ohledat, vyplnit formulář „List o prohlídce mrtvého“. V nemocnici je okolo lůžka mrtvého umístěna zástěna. Jeho oděv se svlékne, potřísněná místa na těle se omyjí, náplasti, peramentní cévka se odstraní, dreny se zkrátí. Mrtvý se srovná do vodorovné polohy, horní končetiny (ruce) podél těla. Lehce se mu zatlačí víčka. Když sama nedrží, podrží se na nich čtverečky buničiny namočené v alkoholu. Dolní čelist se zvedne šátkem nebo obinadlem omotaným okolo hlavy. Je jí možné rovněž podložit svítkem buničiny. Toto vše je třeba upravit dříve, nežli dojde k posmrtné ztuhlosti. Upravené tělo pacienta se přikryje prostěradlem a musí zůstat dvě hodiny na lůžku v klidu. Teprve potom se může odvést. Přitom je třeba připojit k tělu pacienta lístek s označením, o koho jde, a přivázat ho k jedné končetině (k ruce).

1.6.2. Euthanasie

Tuto problematiku v dnešní době otevřel ve své knize „Lékařská moc a lékařská etika“ v roce 1969 holandský lékař Jan Hendrik van den Berg, v níž navrhoval, že by lékaři měli přijmout následky technických vymožeností a měl by být ochotni své nemocné trpící a umírající nebo ty, kteří žijí ve „vegetativním stavu“, i zabít.⁴⁶ K prvnímu soudnímu procesu došlo v roce 1973 v Leeuwardenu k prvnímu soudnímu procesu, který se týkal aktivní euthanasie provedené lékařem, kdy dcera lékařka v roce 1971 aplikovala s úmyslem zabít vysokou dávkou morfinu své matce, inkontinentní, na vozíček připoutané pacientce v pečovatelském domě, která zemřela několik minut poté. Dcera byla odsouzena k podmíněnému jednotýdennímu trestu, s roční podmínkou. Od té doby byla euthanasie holandskými lékaři prováděna. V roce 1982 byla ustanovena Vládní komise pro euthanasii,

⁴⁶ MUNZAROVÁ, M.: *Euthanasie nebo paliativní péče?* Praha 2005. 32s.

kteřá se spolu s Ústřední komisí Královské holandské lékařské asociace podílela na určování podmínek a okolností, za nichž je možno euthanasii provádět.

Kritéria stanovená pro euthanasii jedním z rotterdamských soudů:⁴⁷

- 1) Pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná.
- 2) Pacientova žádost musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná.
- 3) Pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a euthanasie musí být poslední možností. Jiné možnosti ulehčit situaci nemocného již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými.
- 4) Euthanasii může provádět jedině lékař.
- 5) Lékař musí konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který již má zkušenost v této oblasti.

Na problematiku euthanasie lze nahlížet z hlediska medicínského, právního nebo etického. Je to velmi citlivé téma, o které se ještě dlouho budou přít zastánci euthanasie s jejími odpůrci. Zastánci budou argumentovat neprodlužováním utrpení umírajícího a právem každého člověka, jenž nebyl zbaven právní způsobilosti, rozhodovat o sobě. Odpůrci budou poukazovat na křesťanské zásady, zdůrazňovat, že jde o usmrcení člověka, že nelze zcela vyloučit zneužití euthanasie a že lékaři mají nemocné léčit a ne je usmrcovat, přičemž na tišení bolesti existuje dostatek tisících prostředků.

Skutečností je, že toto téma tady stále je, přičemž se v současné době znovuotevřrá. Někteří lékaři, např. nedávno zesnulý varnsdorfský ortoped MUDr. P. Košek, přiznávají, že „asistovali“ svým blízkým, které nebyli schopni vyléčit ani jim pomoci od nesnesitelných bolestí, při jejich dobrovolném odchodu. Nepopíratelným faktem je, že v České republice není euthanasie legalizována a lékař, kterému by bylo prokázáno její „praktikování“ by byl trestně stíhán. Od trestního stíhání výše vzpomínaného lékaře, který se přiznal, že v roce 1973 asistoval u smrti své matky, Policie ČR upustila s ohledem na uplynutí 20leté promlčecí doby od spáchání trestného činu. Lze na základě tohoto, byť ojedinělého přiznání vyloučit, že ve státech, které nemají ve svém právním systému zakotveno právo na euthanasii, k ní nikdy skutečně nedošlo? Je lépe možnost euthanasie legalizovat anebo před tímto tématem nadále zavírat oči?

⁴⁷ MUNZAROVÁ, M.: *Euthanasie nebo paliativní péče?* Praha 2005. 33s.

1.6.3. Péče o pečovatelky a pečovatele

Tuto kapitolu bych uvedla konstatováním, že na pomoc umírajícím se často myslí, na pomoc těm, kdo o ně pečují, se často zapomíná. Je jedno, zda jsou to rodinní příslušníci pečující o umírajícího v domácím prostředí, případně zdravotní personál starající se o umírající v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné či hospicích.

Vzhledem ke skutečnosti, že v souvislosti s péčí o umírající, která je velmi vyčerpávající, hrozí nebezpečí tzv. burn out syndromu, tj. příznaku vyhoření bylo pro pracovnice hospiců v Anglii vypracováno „desatero“, přesněji „šestnáctero“ rad „Co dělat, aby zdroj našich vlastních sil nebyl vyčerpán až do dna“.⁴⁸

1. Buď sama k sobě mírná, vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat změnám a ne zcela změnit druhé lidi. Můžeš změnit jen sama sebe, ne však je.
3. Najdi si své „útočištné místo“, kam by ses mohla uchýlit do klidu a do samoty v případě potřeby zklidnění a usebrávání.
4. Druhým lidem – svým spolupracovníkům, spolupracovnicím i vedení – buď oporou, povzbuzením a neboj se je pochválit, když si to i jen trošku zaslouhují. Ve stejné míře se uč povzbuzení a pochvalu od druhých přijímat.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme svědky, cítit se někdy zcela bezbrannou a bezmocnou. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku a pečovat o ně je někdy důležitější než cokoli jiného.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma druhy naříkání: mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší.
8. Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco pěkného a dobrého, co se ti podařilo vzdor všemu dnes v práci udělat.
9. Snaž se sama sebe povzbuzovat a posilovat. Jak? Například tím, že nebudeš vykonávat ryze technické práce a nic víc, ale že se z vlastní iniciativy projevíš někdy tvořivě, že si sama vymyslíš něco asi tak, jak to dělá výtvarný umělec.

⁴⁸ KŘIVOHLAVÝ, J; KACZNARCZYK, S.: *Poslední úsek cesty*. Praha 1995. 46s.

10. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu dobrých přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.
11. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, vyhýbej se rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání.
12. Plánuj předem „chvíle útěku“ během týdne a nedovol, aby ti to něco či někdo překazil.
13. Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“ nežli „musím“, „mám povinnost“ či „měla bych“. Podobně říkej raději „nechci“ nežli „nemohu“.
14. Nauč se říkat nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak má asi tvé „ano“?
15. Netečnost a rezervovanost ve vztazích k druhým lidem jsou daleko nebezpečnější a nadělají více zla, nežli připuštění si skutečnosti, že více se již dělat nedá.
16. Raduj se, směj se – často a ráda – a hraj si.

V zájmu každého pracovníka ve zdravotnictví je, aby se těmito radami řídil. Není jakýchkoli pochyb, že neradostné pracovní prostředí, v němž zdravotní personál přichází neustále do kontaktu se všudy přítomnou smrtí a umíráním, v němž mnohdy dochází k identifikaci s trpícím pacientem, v němž je zažíván pocit neschopnosti, bezmoci, nedostatku kontroly nad situací včetně vlastního selhání a mnohočetných ztrát a zármutku, je značně zátěžové. Do toho se mnohdy přidávají problémy v ošetrovatelském týmu. Je proto velmi důležité, aby ošetřující personál dbal o svou psychohygienu, správnou výživu, dokázal meditoval, nebál se truchlit nad ztrátami, nepracoval mnoho hodin přes čas, prováděl tělesná cvičení, procházel se v přírodě, udržoval si smysl pro humor atd.

V souvislosti s touto problematikou je třeba poukázat na fakt, že málokterý zaměstnavatel si svých zaměstnanců skutečně váží, nepřetěžuje je a vytváří jim vhodné pracovní podmínky. Při výkonu jakékoli práce je dobré mít na paměti, že častěji se můžeme setkat spíše s nepřínosným přístupem zaměstnavatelů, kteří si počínají jako „zlatokopové“, jež se za každou cenu snaží vytěžit ze zaměstnanců co nejvíce. Jakékoli neomalené jednání zaměstnavatelů má většinou za následek velkou a častou fluktuaci, kterou v případě zdravotnického prostředí nemůžeme považovat za žádoucí. Někteří velcí zaměstnavatelé zejména japonské firmy si však tyto souvislosti uvědomují a snaží se udržovat zaměstnance v dobré psychické i fyzické kondici, protože tento stav se následně odráží na kvalitě výkonu, který podávají.

2. EMPIRICKÁ ČÁST

2.1. Cíle výzkumu, pracovní hypotézy

Lidský život směřuje od svého početí, ať již přirozeného anebo od tzv. „umělého oplodnění“, nezvratně ke svému konci, tj. ke smrti. Je přirozené, že v dětství a v mládí se nad pomíjivostí života příliš nezamýšlíme. Život však pozvolna a zcela nenápadně plyne a my začínáme postupně rekapitulovat a více o svém dosavadním způsobu života uvažovat.

Nad problematikou spojenou se završením lidského života jsem se proto rozhodla zamyslet v předkládané bakalářské práci nazvané „Představy všeobecných sester a laické veřejnosti o důstojném umírání“. Již ze samotného názvu práce vyplývá, že se k dané věci budou vyjadřovat dvě skupiny respondentů. Jedna skupina bude složena ze všeobecných sester, které se častěji setkávají se smrtí v rámci plnění svých pracovních povinností, kdy se starají o nemocné a umírající pacienty. Druhá skupina bude složena z laické veřejnosti, přičemž je zřejmé, že téměř každý člověk se během svého života osobně setkal se smrtí někoho blízkého a má k výše vzpomínanému tématu práce také co říct.

V rámci bakalářské práce se zaměřím na šest níže prezentovaných cílů, přičemž ke každému cíli jsem si stanovila nulovou a alternativní hypotézu.

Jednotlivé cíle a hypotézy:

Cíl č. 1: Zjistit, jaká je představa všeobecných sester a laické veřejnosti o důstojném umírání.

Ho: Předpokládám, že všeobecné sestry a laická veřejnost nemají rozdílné představy o důstojném umírání.

H1: Předpokládám, že všeobecné sestry a laická veřejnost mají rozdílné představy o důstojném umírání.

Cíl č. 2: Zjistit, které prostředí by všichni respondenti preferovali ve fázi umírání.

Ho: Předpokládám, že názory všeobecných sester a laické veřejnosti se budou shodovat.

H1: Předpokládám, že názory všeobecných sester a laické veřejnosti se nebudou shodovat.

Cíl č. 3: Zjistit, co považují všeobecné sestry za nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírající.

Ho: Předpokládám, že všeobecné sestry preferují „zvládání tišení bolesti“.

H1: Předpokládám, že všeobecné sestry nepreferují „zvládání tišení bolesti“.

Cíl č. 4: Zjistit, co by od zdravotnické péče očekávala laická veřejnost.

Ho: Předpokládám, že laická veřejnost očekává hlavně psychickou podporu.

H1: Předpokládám, že laická veřejnost neočekává hlavně psychickou podporu.

Cíl č. 5: Zjistit, zda považují všeobecné sestry přítomnost blízké osoby u umírajícího za přínosnou.

Ho: Předpokládám, že všeobecné sestry považují přítomnost blízké osoby u umírajícího za přínosnou.

H1: Předpokládám, že všeobecné sestry nepovažují přítomnost blízké osoby u umírajícího za přínosnou.

Cíl č. 6: Zjistit, zda by si respondenti z laické veřejnosti přáli umírat v přítomnosti blízké osoby.

Ho: Předpokládám, že většina respondentů z laické veřejnosti by si přála umírat v přítomnosti blízké osoby.

H1: Předpokládám, že většina respondentů z laické veřejnosti přítomnosti blízké osoby nepřikládá význam.

2.2. Popis vyšetřovaných skupin

Výzkumná část je zaměřena na zjištění, porovnání a popsání případných rozdílných názorů mezi následujícími skupinami.

- A) Skupina složená ze všeobecných sester (dále pouze skupina A).
- B) Skupina složená z laické veřejnosti (dále pouze skupina B).

Průměrný věk respondentů (n = 60)

	Skupina A	Skupina B
AM	39,18	49,82
SD	8,95	2,93

Legenda:

AM – aritmetický průměr

SD – směrodatná odchylka

Skupina A byla složena z 60 všeobecných sester, ve věku od 21 let do 63 let, zaměstnaných ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Průměrný věk dotazovaných všeobecných sester byl 39,18, přičemž směrodatná odchylka dosáhla hodnoty 8,95. Všechny všeobecné sestry byly zařazeny na interních lůžkových odděleních. Konkrétně 48 z nich pracovalo na běžném interním oddělení, 12 na lůžkové koronární jednotce. Délka jejich praxe se pohybovala v rozmezí od 1 roku do 44 let. Uvedení průměrné délky praxe 17,22 let a směrodatné odchylky 12,38 lze s ohledem na výše popsané složení skupiny považovat pouze za orientační. Je nesporné, že i názor 21 leté všeobecné sestry s délkou praxe 1 rok bude do určité míry ovlivněn vykonávanou prací, v rámci které se setkává se smrtí častěji než respondenti z laické veřejnosti.

Skupina B je složena z 60 respondentů z laické veřejnosti. Jejich průměrný věk je 49,82 let. Tato skupina je věkově homogennější, což ostatně dokládá i spočítaná směrodatná odchylka 2,93. Je to dáno tím, že kritériem pro výběr respondentů do této skupiny, složené z 11 mužů a 49 žen, bylo věkové rozmezí od 40 do 60 let. Toto omezení bylo zvoleno vzhledem ke skutečnosti, že v nižším věku se lidé nad konečností svého života většinou nepozastavují. Jsou to zpravidla čtyřicátníci, kdo začínají rekapitulovat svůj život, čeho dosáhli, čeho ne apod.

2.3. Aplikovaná metodika

Pro zjištění názorů sledovaných skupin jsem si sestavila vlastní dotazník, který obsahuje celkem 16 otázek. Patnáct otázek je polytomických a jedna otázka je otevřená. Otázky č. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 jsou stejného znění pro obě skupiny respondentů. Otázky č. 2 a 3 jsou odlišné, přičemž jsou cíleně směřovány na skupinu všeobecných sester a skupinu složenou z laické veřejnosti.

Před podáním dotazníků jsem nejprve provedla úspěšný pilotní průzkum. Dotazníky jsem následně distribuovala nejen osobně, ale zejména prostřednictvím svých šesti poučených známých. Respondenti byli před předáním dotazníků vždy řádně informováni, za jakým účelem je jejich vyplnění požadováno. Dotazovaní získali návod na vyplnění dotazníků přímo při jejich předání, přičemž zároveň každý dotazník ve svém úvodu obsahoval vyčerpávající poučení, jakým způsobem si při jeho vyplnění mají počínat.

Vyhodnocení výsledků získaných prostřednictvím předložených dotazníků bylo provedeno kvantitativně. Získané počty byly následně rovněž převedeny do procentuálního vyjádření.

U odpovědí na otevřenou otázku č. 15, která zní, cituji: „*Co je podle Vašeho názoru důstojné umírání a dobrá smrt? Uvedte tři charakteristiky*“, jsem provedla kvantitativní a procentuální vyhodnocení získaných odpovědí.

Pro zapojení 60 respondentů do výzkumu jsem vydala celkem 75 dotazníků u skupiny všeobecných sester a 82 dotazníků u skupiny složené z laické veřejnosti, tzn., že od skupiny všeobecných sester se mi vrátilo 80 % vydaných dotazníků a od skupiny složené z laické veřejnosti to bylo 73,2 % vydaných dotazníků. Dotazníky jsem shromáždila v období od měsíce října 2009 do měsíce března 2010.

Vyhodnocení získaných výsledků jsem provedla v rámci jednotlivých skupin, tzn. intraskupinově a navzájem mezi oběma skupinami tj. skupinou všeobecných sester a skupinou složenou z laické veřejnosti, tzn. interskupinově.

2.4. Výsledky výzkumu a jejich rozbor

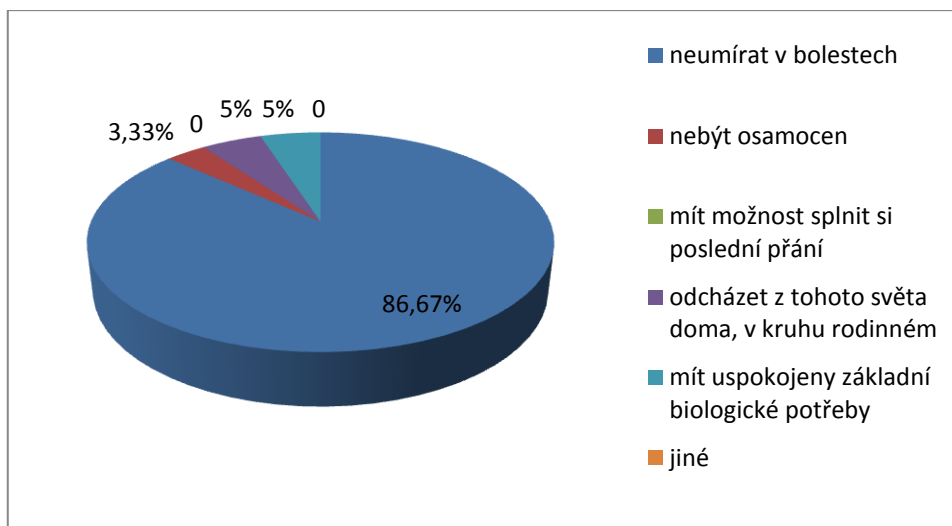
2.4.1. Intraskupinové vyhodnocení výsledků získaných od skupiny A

Skupina A složená ze všeobecných sester odpovídala, vyjma otázek č. 2 a 3, na totožné dotazy jako respondenti ze skupiny B složené z laické veřejnosti.

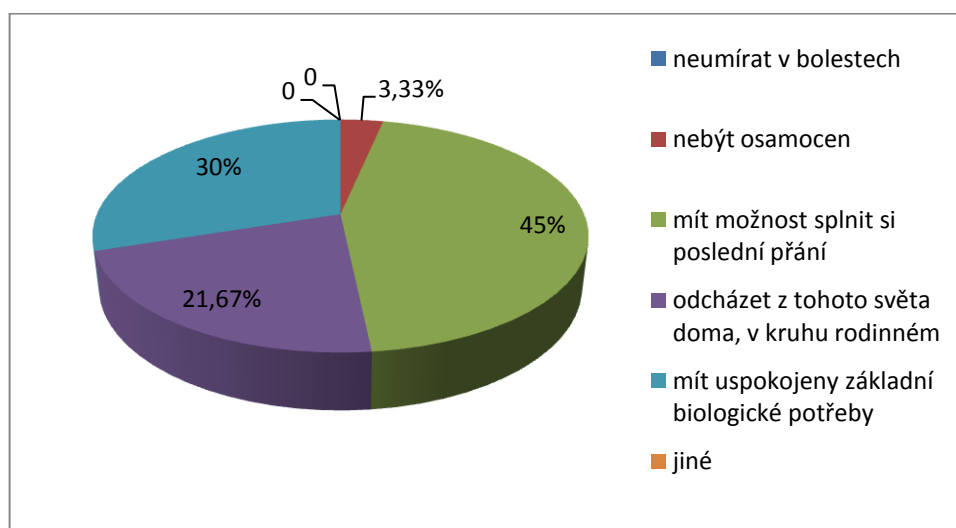
Na otázku č. 1, která zní, cituji: „*Co se Vám vybaví jako první, když se řekne důstojné umírání a důstojná smrt?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 1 a grafická zobrazení č. 1a, 1b:

Tabulka č. 1 vyhotovená k otázce č. 1 (skupina A)

Jednotlivá hlediska	Nejvýznamnější hledisko		Nejméně významné hledisko	
	% zastoupení	kvantitativní vyjádření	% zastoupení	kvantitativní vyjádření
neumírat v bolestech	86,67 %	52		
nebýt osamocen	3,33 %	2	3,33 %	2
mít možnost splnit si poslední přání			45 %	27
odcházet z tohoto světa doma, v kruhu rodinném	5 %	3	21,67 %	13
mít uspokojeny základní biologické potřeby	5 %	3	30 %	18
jiné				



Grafické zobrazení tabulky č. 1a – Nejvýznamnější hledisko (skupina A)



Grafické zobrazení tabulky č. 1b – Nejméně významné hledisko (skupina A)

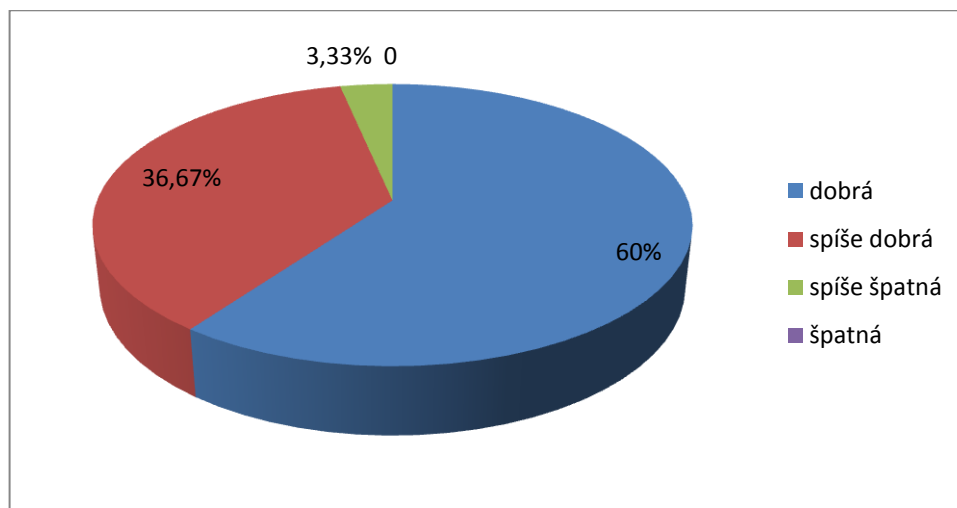
Z předkládané tabulky a grafických zobrazení je zřejmé, že skupinou všeobecných sester je vnímáno jako nejvýznamnější hledisko v souvislosti s „důstojným umíráním a důstojnou smrtí“ zajištění stavu, aby pacient neumíral v bolestech a to v 86,67 %.

Za nejméně významné je považováno hledisko mít možnost si splnit poslední přání a to ve 45 %.

Na otázku č. 2, která zní, cituji: „*Jaká je podle Vašeho názoru péče o umírající v zařízení, kde pracujete?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 2 a grafické zobrazení č. 2:

Tabulka č. 2 vyhotovená k otázce č. 2 (skupina A)

Odpo věď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
dobrá	60 %	36
spíše dobrá	36,67 %	22
spíše špatná	3,33 %	2
špatná		



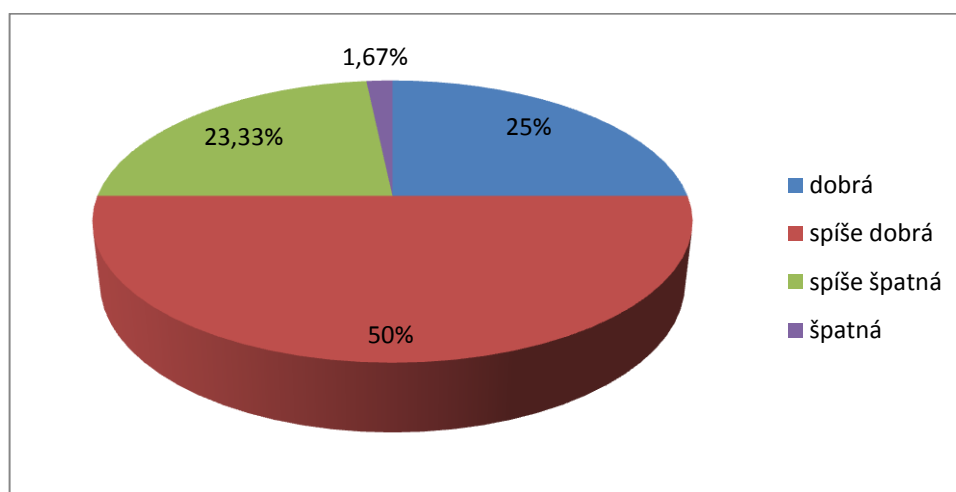
Grafické zobrazení tabulky č. 2 (skupina A)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 2 vyplývá, že 60 % všeobecných sester, tj. nadpoloviční většina zastává názor, že péče o umírající je v zařízení, v němž pracují dobrá, 36,67 % všeobecných sester se domnívá, že poskytovaná péče je spíše dobrá.

Na otázku č. 3, která zní, cituji: „*Jaká je podle Vašeho názoru úroveň péče o umírající v ČR?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 3 a grafické zobrazení č. 3:

Tabulka č. 3 vyhotovená k otázce č. 3 (skupina A)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
dobrá	25 %	15
spíše dobrá	50 %	30
spíše špatná	23,33 %	14
špatná	1,67 %	1



Grafické zobrazení tabulky č. 3 (skupina A)

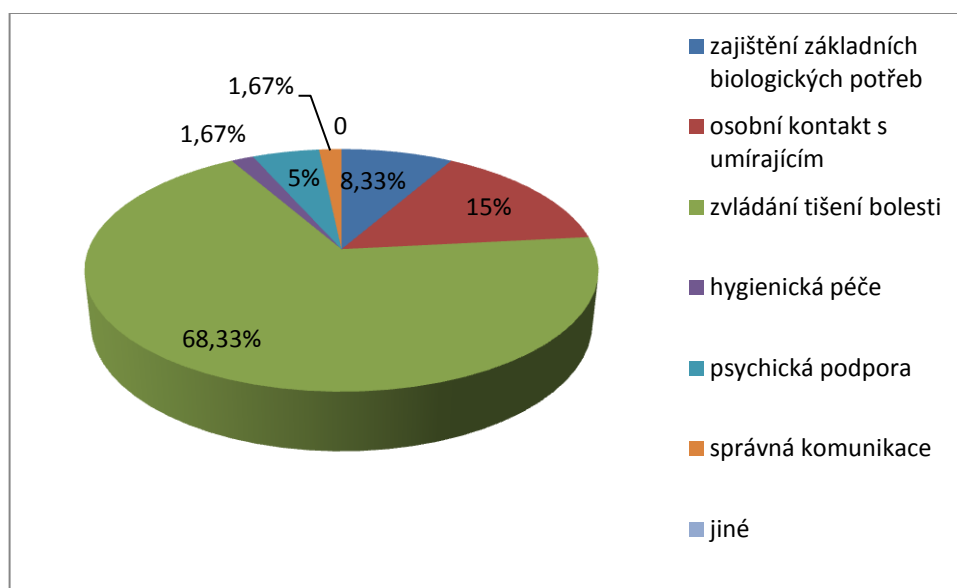
Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 3 vyplývá, že 25 % všeobecných sester zastává názor, že péče o umírající je v ČR dobrá, 50 % všeobecných sester ji hodnotí spíše jako dobrou.

V porovnání s otázkou č. 2 je třeba poukázat na určitý posun v názoru, že péče o umírající je dobrá, pokud na ni všeobecné sestry nahlíží z pohledu zařízení, v němž pracují, ke konstatování, že se jedná o péči spíše dobrou, pokud se mají k dané problematice vyjádřit z hlediska stavu panujícího v ČR.

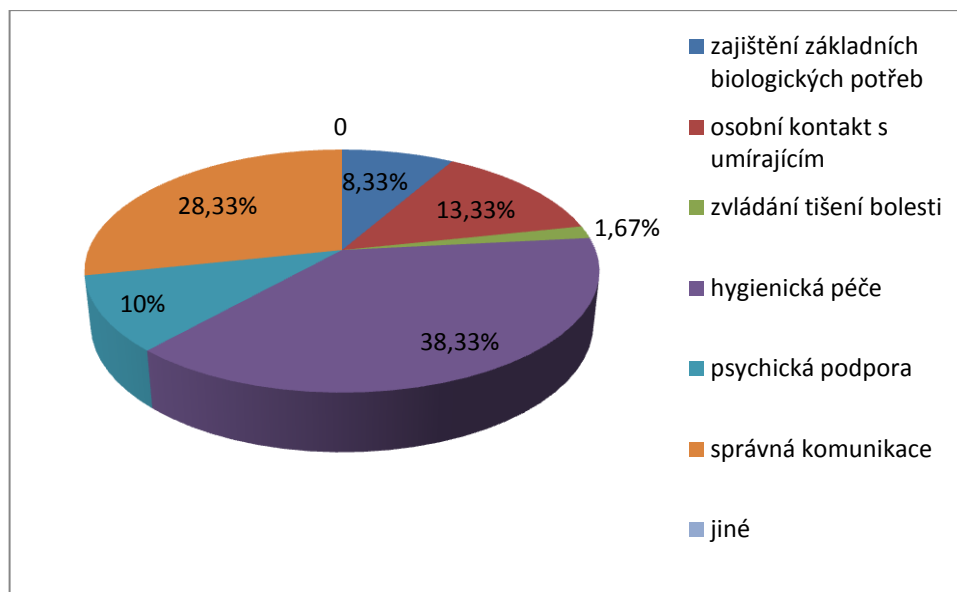
Na otázku č. 4, která zní, cituji: „Co je podle Vás nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírajícího?“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 4 a grafická zobrazení č. 4a, 4b:

Tabulka č. 4 vyhotovená k otázce č. 4 (skupina A)

Jednotlivá hlediska	Nejvýznamnější hledisko		Nejméně významné hledisko	
	% zastoupení	kvantitativní vyjádření	% zastoupení	kvantitativní vyjádření
zajištění základních biologických potřeb	8,33 %	5	8,33 %	5
osobní kontakt s umírajícím	15 %	9	13,33 %	8
zvládání tíšení bolesti	68,33 %	41	1,67 %	1
hygienická péče	1,67 %	1	38,33 %	23
psychická podpora	5 %	3	10 %	6
správná komunikace	1,67 %	1	28,33 %	17
jiné				



Grafické zobrazení tabulky č. 4a – Nejvýznamnější hledisko (skupina A)



Grafické zobrazení tabulky č. 4b – Nejméně významné hledisko (skupina A)

Z předkládané tabulky a grafických zobrazení zpracovaných k otázce č. 4 vyplývá, že za nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírajícího považují všeobecné sestry v 68,33 % zvládání tišení bolesti.

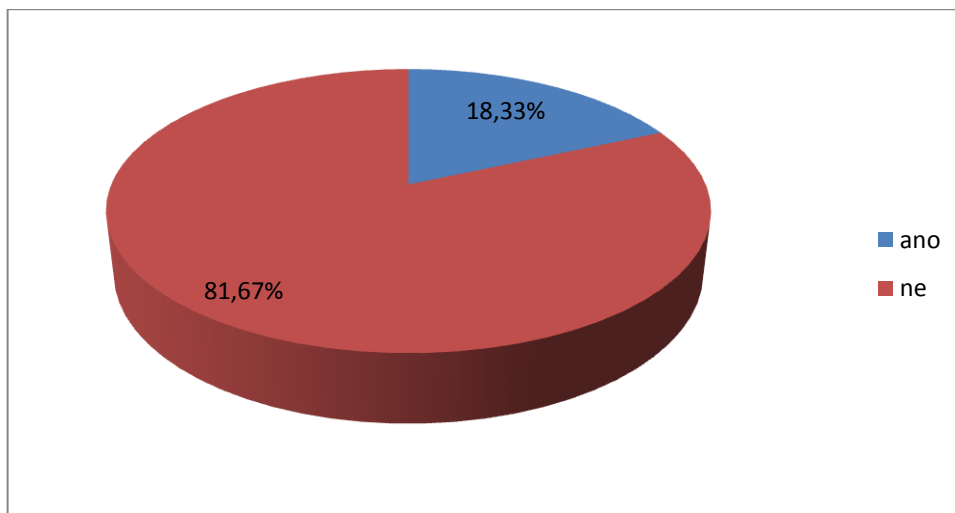
Za nejméně důležité považují ve 38,33 % případech poskytovanou úroveň hygienické péče.

V souvislosti s touto otázkou je třeba vzpomenout fakt, jenž vyplynul z otázky č. 1, kterou byl zjišťován názor všeobecných sester, co si představují pod pojmem „důstojné umírání a důstojná smrt“, že se jedná o zajištění stavu, aby pacient neumíral v bolestech.

Na otázku č. 5, která zní, cituji: „*Je podle Vás vhodné, aby umírající ležel na pokoji s ostatními pacienty?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 5 a grafické zobrazení č. 5:

Tabulka č. 5 vyhotovená k otázce č. 5 (skupina A)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	18,33 %	11
ne	81,67 %	49



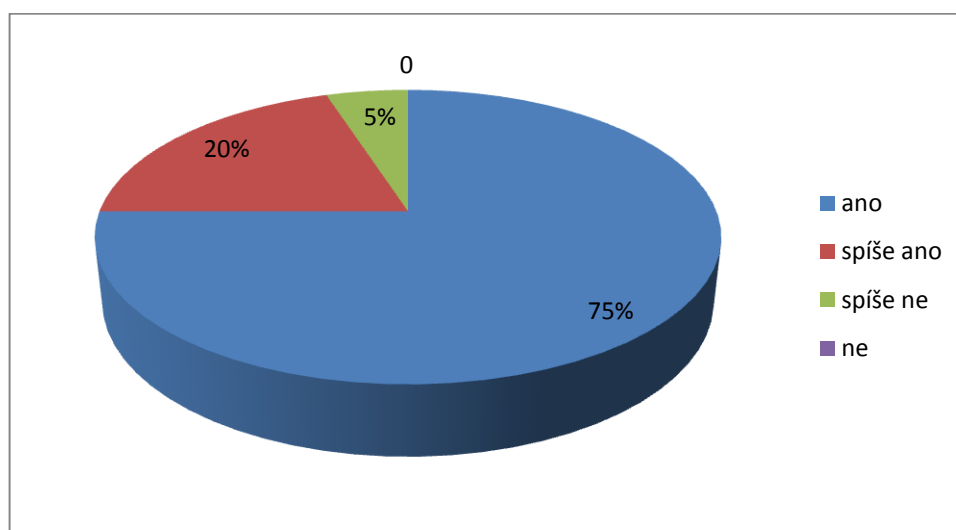
Grafické zobrazení tabulky č. 5 (skupina A)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 5 vyplývá, že naprostá většina všeobecných sester, konkrétně 81,67 % považuje stav, kdy umírající leží na pokoji s ostatními pacienty, za nevhodný.

Na otázku č. 6, která zní, cituji: „*Domníváte se, že by s umírajícím měl mít možnost být někdo z rodiny v nemocnici?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 6 a grafické zobrazení č. 6:

Tabulka č. 6 vyhotovená k otázce č. 6 (skupina A)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	75 %	45
spíše ano	20 %	12
spíše ne	5 %	3
ne		



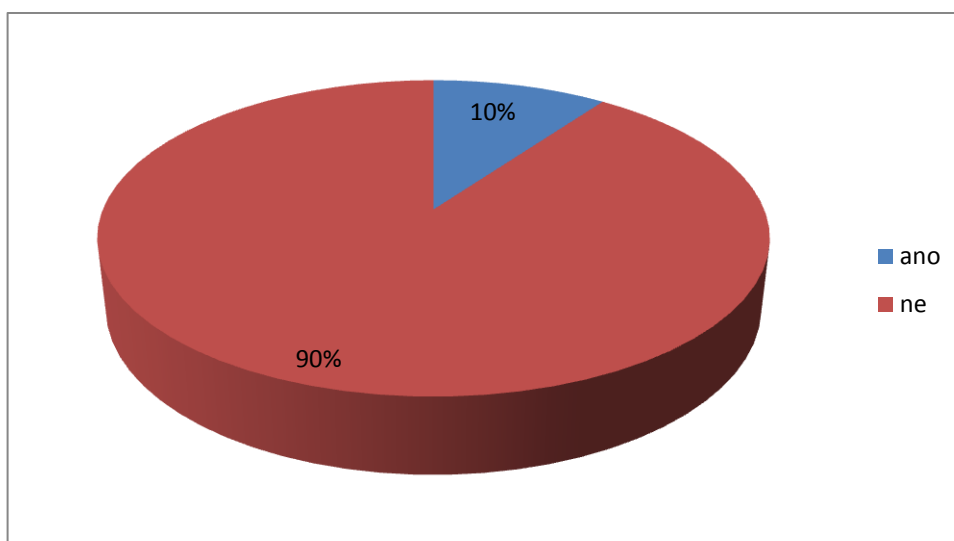
Grafické zobrazení tabulky č. 6 (skupina A)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 6 vyplývá, že většina všeobecných sester, konkrétně 75 % se domnívá, že s umírajícím by měl mít možnost být někdo z rodiny v nemocnici.

Na otázku č. 7, která zní, cituji: „*Jste toho názoru, že lidský život se má zachraňovat za každou cenu?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 7 a grafické zobrazení č. 7:

Tabulka č. 7 vyhotovená k otázce č. 7 (skupina A)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	10 %	6
ne	90 %	54



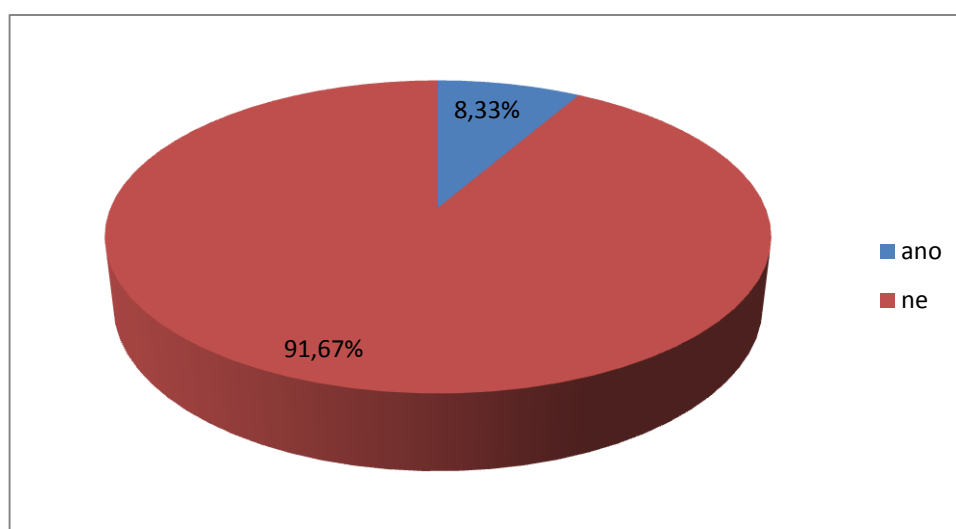
Grafické zobrazení tabulky č. 7 (skupina A)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 7 vyplývá, že naprostá většina všeobecných sester, konkrétně 90 % zastává názor, že lidský život by neměl být zachraňován za každou cenu.

Na otázku č. 8, která zní, cituji: „Ztotožňujete se s názorem, že péči o umírající má zastávat pouze zdravotnický personál?“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 8 a grafické zobrazení č. 8:

Tabulka č. 8 vyhotovená k otázce č. 8 (skupina A)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	8,33 %	5
ne	91,67 %	55



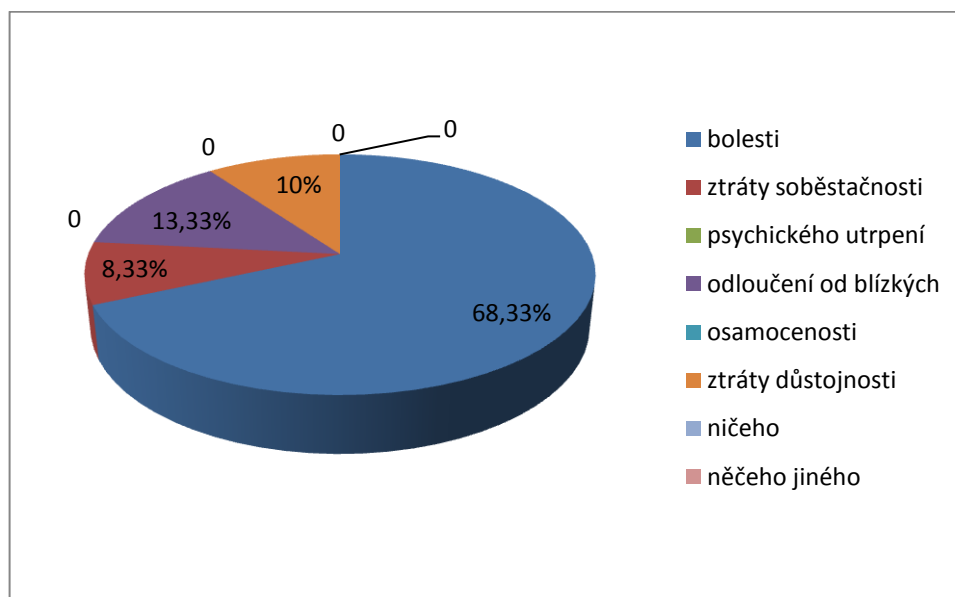
Grafické zobrazení tabulky č. 8 (skupina A)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 8 vyplývá, že naprostá většina všeobecných sester, konkrétně 91,67 % zastává názor, že péči o umírající nemá zastávat pouze zdravotnický personál.

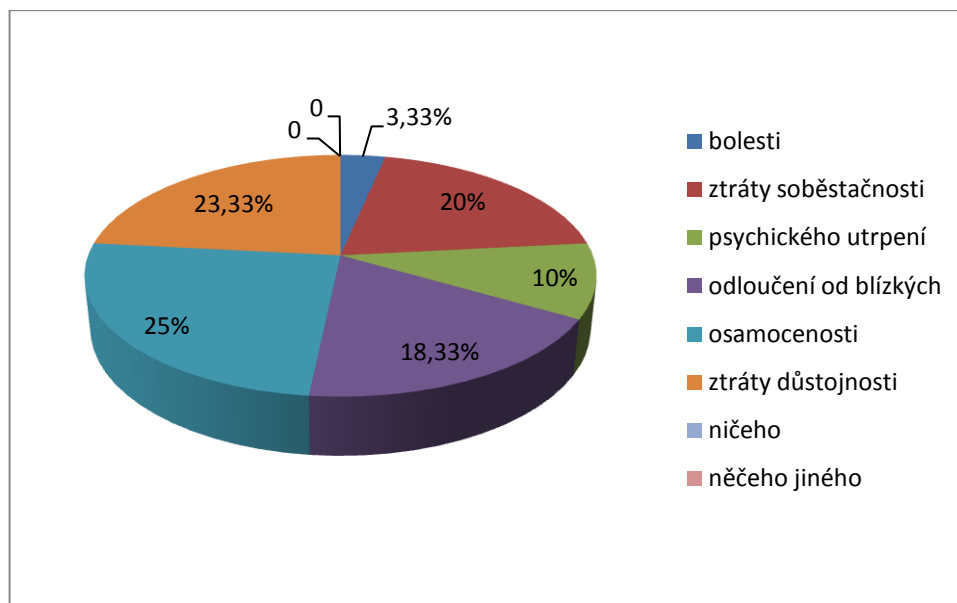
Na otázku č. 9, která zní, cituji: „*Uved'te, z čeho byste pravděpodobně měla ve fázi umírání nejvíce obavy?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 9 a grafická zobrazení č. 9a, 9b:

Tabulka č. 9 vyhotovená k otázce č. 9 (skupina A)

Jednotlivá hlediska	Nejvýznamnější hledisko		Nejméně významné hledisko	
	% zastoupení	kvantitativní vyjádření	% zastoupení	kvantitativní vyjádření
bolesti	68,33 %	41	3,33 %	2
ztráty soběstačnosti	8,33 %	5	20 %	12
psychického utrpení			10 %	6
odloučení od blízkých	13,33 %	8	18,33 %	11
osamocenosti			25 %	15
ztráty důstojnosti	10 %	6	23,33 %	14
ničeho				
něčeho jiného				



Grafické zobrazení tabulky č. 9a – Nejvýznamnější hledisko (skupina A)



Grafické zobrazení tabulky č. 9b – Nejméně významné hledisko (skupina A)

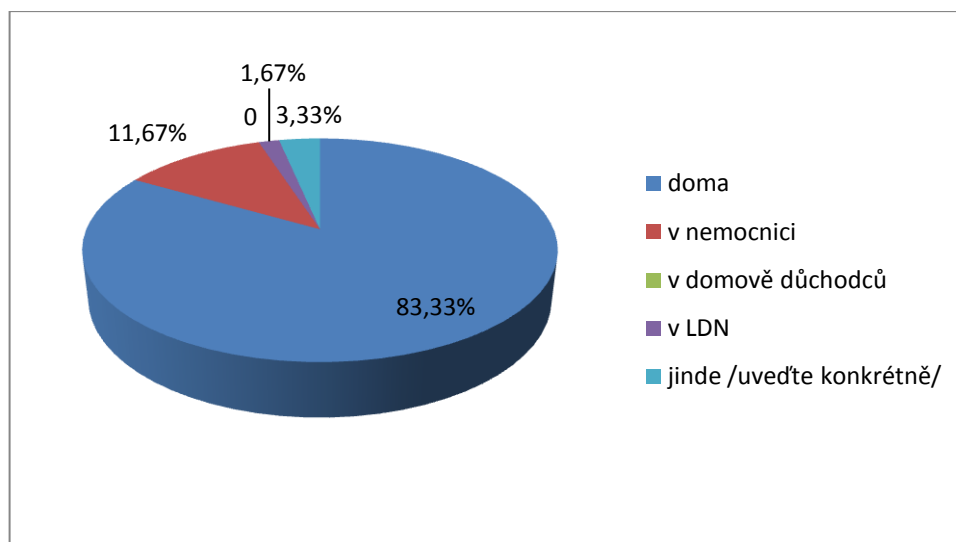
Z předkládané tabulky a grafických zobrazení zpracovaných k otázce č. 9 vyplývá, že 68,33 % všeobecných sester vyjádřilo domněnku, že největší obavy ve fázi umírání by pravděpodobně mělo z bolesti.

Nejmenší obavy naopak vyjádřily z osamocenosti a to v 25 %, ze ztráty důstojnosti v 23,33 % a ze ztráty soběstačnosti a to v 20 %.

Na otázku č. 10, která zní, cituji: „*Kdybyste si mohla vybrat, chtěla byste strávit své poslední dny...?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 10 a grafické zobrazení č. 10:

Tabulka č. 10 vyhotovená k otázce č. 10 (skupina A)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
doma	83,33 %	50
v nemocnici	11,67 %	7
v domově důchodců		
v LDN	1,67 %	1
jinde /uved'te konkrétně/	3,33 %	2



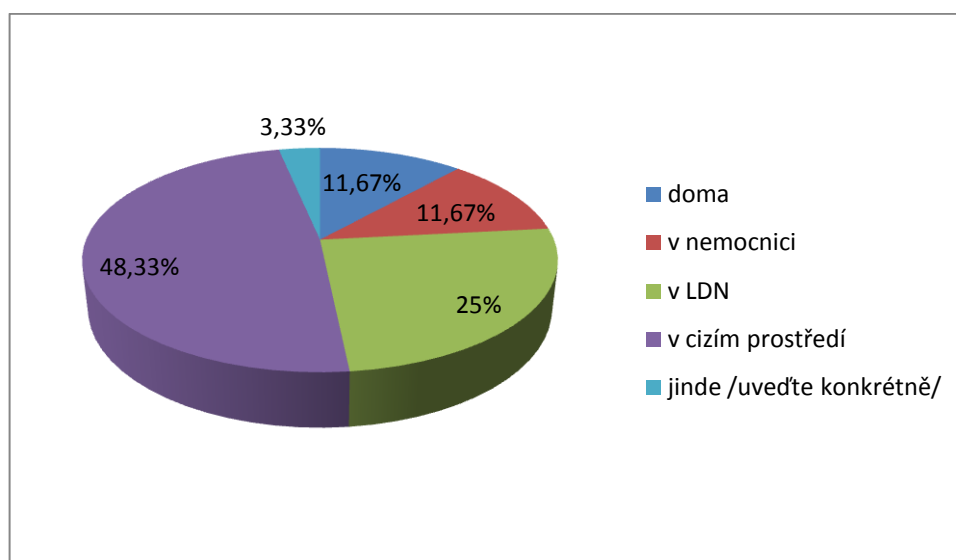
Grafické zobrazení tabulky č. 10 (skupina A)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 10 vyplývá, že naprostá většina všeobecných sester, konkrétně 83,33 % by chtěla poslední dny svého života strávit doma. Pro doplnění informací vyplývající z výše vzpomínané tabulky uvádím, že dvě všeobecné sestry uvedly, že by si přály poslední dny života strávit v hospici.

Na otázku č. 11, která zní, cituji: „*Kde byste nechtěla zemřít?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 11 a grafické zobrazení č. 11:

Tabulka č. 11 vyhotovená k otázce č. 11 (skupina A)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
v nemocnici	11,67 %	7
doma	11,67 %	7
v LDN	25 %	15
v cizím prostředí	48,33 %	29
jinde /uved'te konkrétně/	3,33 %	2



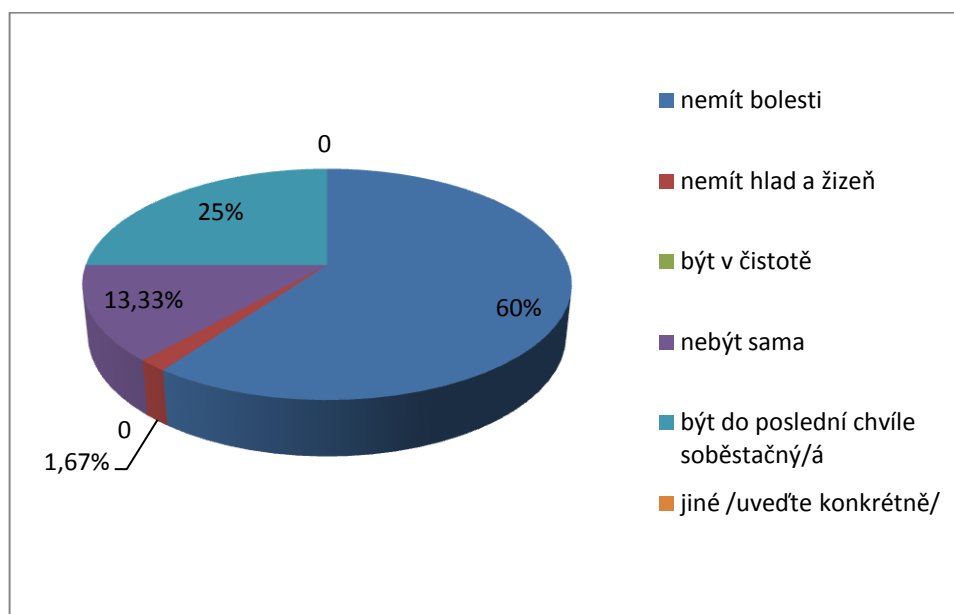
Grafické zobrazení tabulky č. 11 (skupina A)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 11 vyplývá, že naprostá většina všeobecných sester, konkrétně 48,33 % by nechtěla zemřít v cizím prostředí. Pro doplnění informace uvádím, že dvě všeobecné sestry toto prostředí upřesnily, přičemž uvedly, že by nechtěly zemřít na cestě domů a v autě.

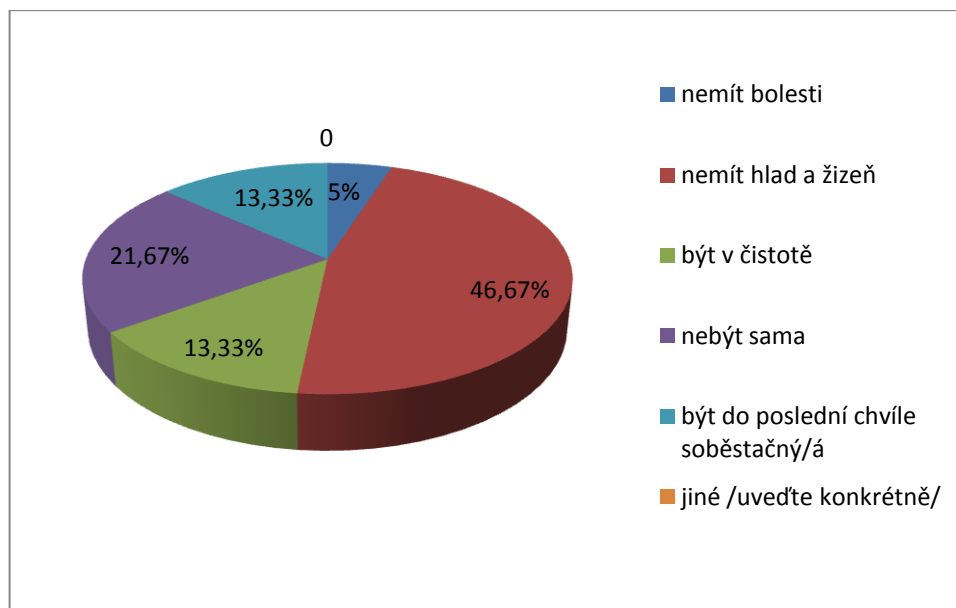
Na otázku č. 12, která zní, cituji: „*Která z nabídnutých možností by pro Vás byla nejdůležitější v konečné fázi života?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 12 a grafická zobrazení č. 12a, 12b:

Tabulka č. 12 vyhotovená k otázce č. 12 (skupina A)

Jednotlivá hlediska	Nejvýznamnější hledisko		Nejméně významné hledisko	
	% zastoupení	kvantitativní vyjádření	% zastoupení	kvantitativní vyjádření
nemít bolesti	60 %	36	5 %	3
nemít hlad a žízeň	1,67 %	1	46,67 %	28
být v čistotě			13,33 %	8
nebýt sama	13,33 %	8	21,67 %	13
být do poslední chvíle soběstačný/á	25 %	15	13,33 %	8
jiné /uved'te konkrétně/				



Grafické zobrazení tabulky č. 12a – Nejvýznamnější hledisko (skupina A)



Grafické zobrazení tabulky č. 12b – Nejméně významné hledisko (skupina A)

Z předkládané tabulky a grafických zobrazení zpracovaných k otázce č. 12 vyplývá, že 60 % všeobecných sester považuje za nejvýznamnější hledisko v konečné fázi života nemít bolesti.

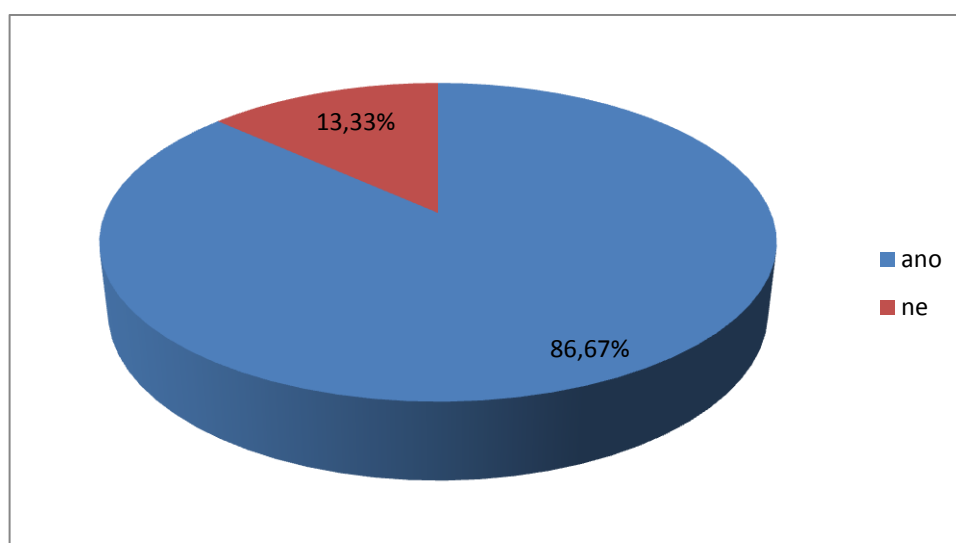
Za nejméně významné hledisko v této fázi považují nemít hlad a žízeň a to ve 46,67 %.

Z hlediska přisvojení největšího významu bolesti je předmětná otázka de facto v souladu s odpověďmi všeobecných sester na otázky č. 1, 4 a 9, které rovněž řeší problematiku bolesti či jejího zvládnání.

Na otázku č. 13, která zní, cituji: „*Zastáváte názor, že člověk má právo rozhodovat o tom, jak zemře?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 13 a grafické zobrazení č. 13:

Tabulka č. 13 vyhotovená k otázce č. 13 (skupina A)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	86,67 %	52
ne	13,33 %	8



Grafické zobrazení tabulky č. 13 (skupina A)

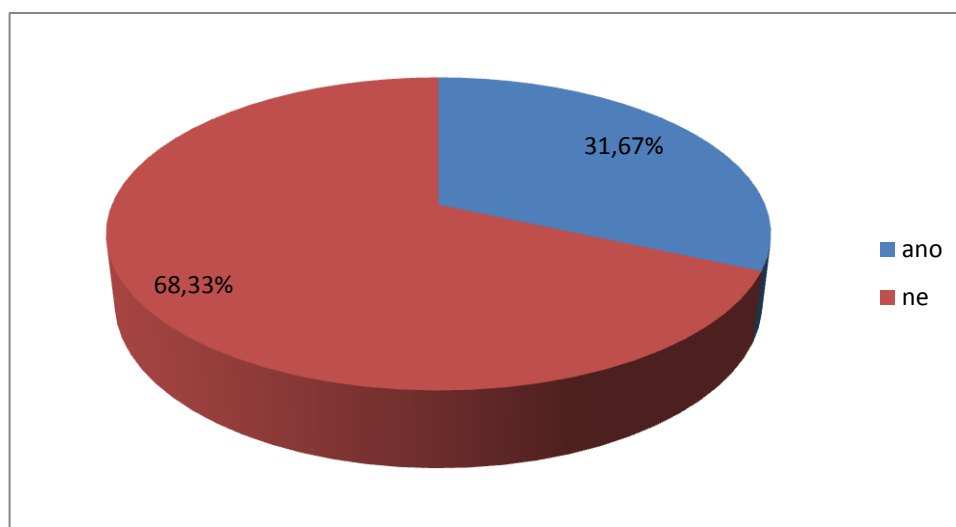
Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 13 vyplývá, že naprostá většina všeobecných sester, konkrétně 88,67 % zastává názor, že člověk má právo rozhodovat o tom, jak zemře.

Na otázku č. 14, která zní, cituji: „**Domníváte se, že umírající člověk ztrácí svou důstojnost?**“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 14 a grafické zobrazení č. 14:

Tabulka č. 14 vyhotovená k otázce č. 14 (skupina A)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	31,67 %	19
ne	68,33 %	41

Grafické zobrazení tabulky č. 14 (skupina A)



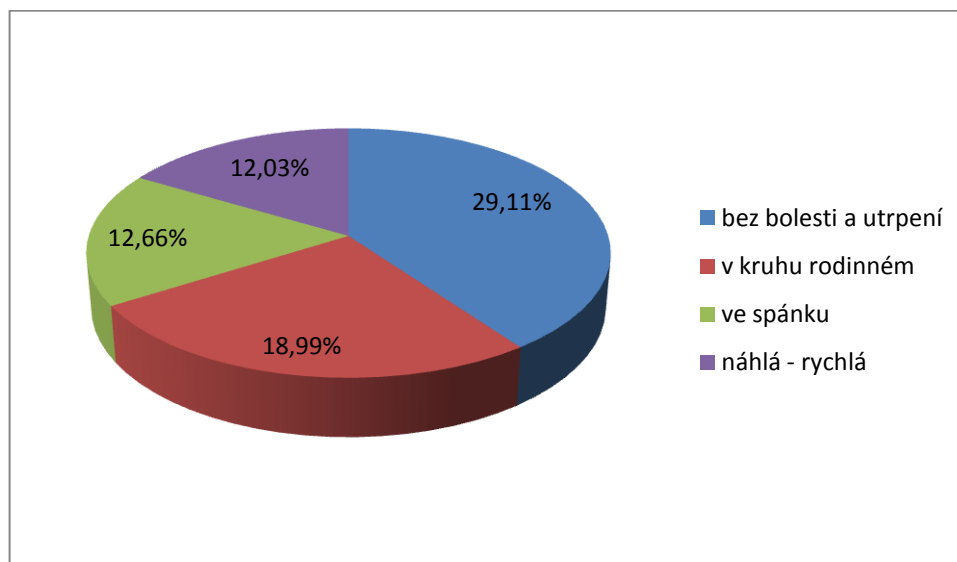
Grafické zobrazení tabulky č. 14 (skupina A)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 14 vyplývá, že 68,33 % všeobecných sester zastává názor, že člověk má právo rozhodovat o tom, jak zemře.

Na otevřenou otázku č. 15, která zní, cituji: „*Co je podle Vašeho názoru důstojné umírání a dobrá smrt?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 15 a grafické zobrazení č. 15:

Tabulka č. 15 vyhotovená k otázce č. 15 (skupina A)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
bez bolesti a utrpení	29,11 %	46
v kruhu rodinném	18,99 %	30
ve spánku	12,66 %	20
náhlá - rychlá	12,03 %	19



Grafické zobrazení tabulky č. 15 – Nejčastěji použité odpovědi (skupina A)

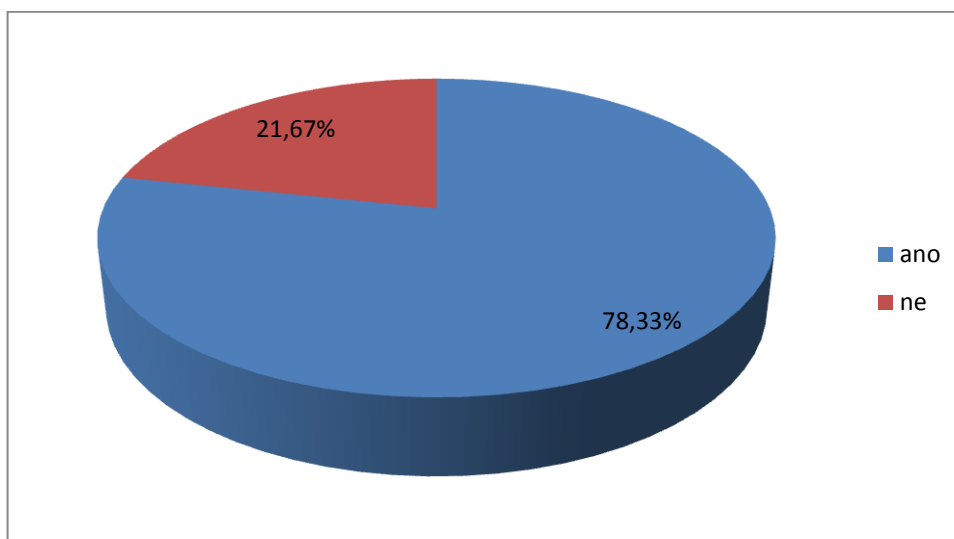
Na položenou volnou otázku měly všeobecné sestry reagovat třemi odpověďmi. Při 60 dotazovaných jsem tak měla získat celkem 180 odpovědí. Vzhledem ke skutečnosti, že některé všeobecné sestry na danou otázku nereagovaly nebo reagovaly neúplně, získala jsem celkem 158 odpovědí. Nejčastěji uváděnou odpovědí byla v souvislosti s „důstojným umíráním a dobrou smrtí“ ve 29,11 % vzpomínána smrt bez bolesti, v 18,99 % byla zmiňována smrt v kruhu rodinném, v 12,66 % smrt ve spánku a v 12,03 % náhlá – rychlá smrt.

Veškeré zaznamenané odpovědi jsou shrnuty do vyhodnocovací tabulky, která je součástí přílohy na str. 131.

Na otázku č. 16, která zní, cituji: „*Souhlasila byste s přijetím zákona o euthanasii?*“, odpovídaly všeobecné sestry následovně, viz tabulka č. 16 a grafické zobrazení č. 16:

Tabulka č. 16 vyhotovená k otázce č. 16 (skupina A)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	78,33 %	47
ne	21,67 %	13



Grafické zobrazení tabulky č. 16 (skupina A)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 16 vyplývá, že většina všeobecných sester, konkrétně 78,33 % by souhlasila s přijetím zákona o euthanasii.

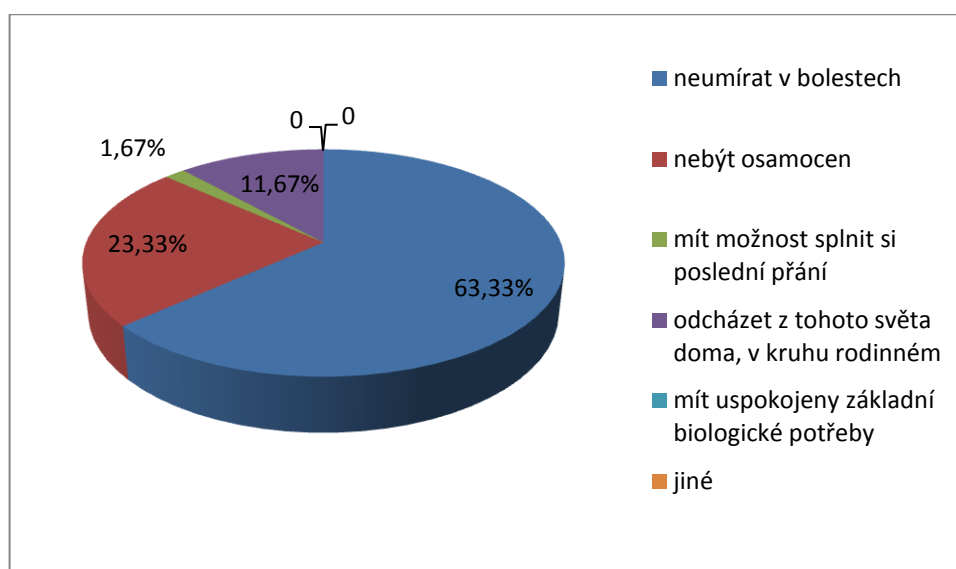
2.4.2. Intraskupinové vyhodnocení výsledků získaných od skupiny B

Skupina respondentů složená z laické veřejnosti odpovídala na totožné dotazy jako skupina složená ze všeobecných sester vyjma otázek č. 2 a 3, které byly pro každou skupinu specifické.

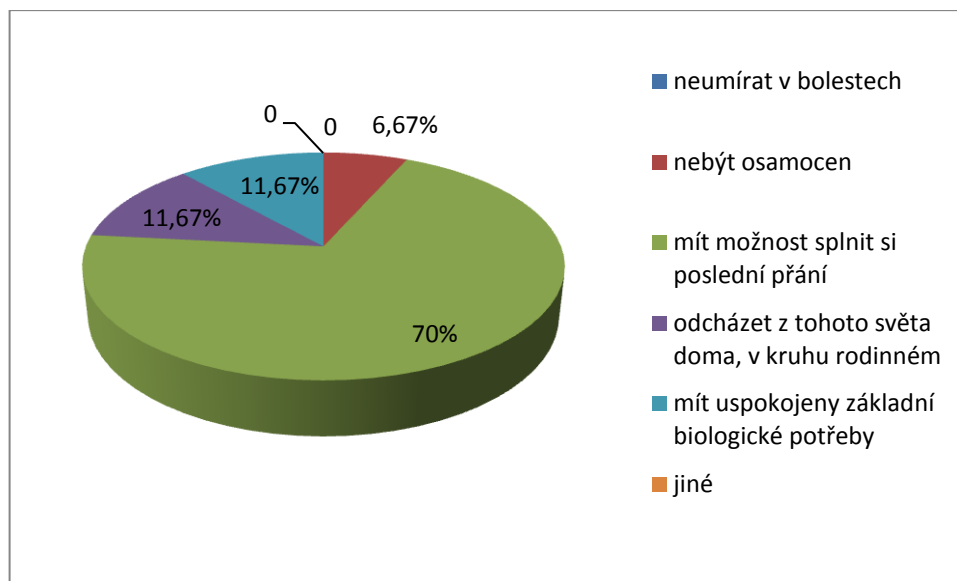
Na otázku č. 1, která zní, cituji: „*Co se Vám vybaví jako první, když se řekne „důstojné umírání“ a „důstojná smrt?“*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 17 a grafická zobrazení č. 17a, 17b:

Tabulka č. 17 vyhotovená k otázce č. 1 (skupina B)

Jednotlivá hlediska	Nejvýznamnější hledisko		Nejméně významné hledisko	
	% zastoupení	kvantitativní vyjádření	% zastoupení	kvantitativní vyjádření
neumírat v bolestech	63,33 %	38		
nebýt osamocen	23,33 %	14	6,67 %	4
mít možnost splnit si poslední přání	1,67 %	1	70 %	42
odcházet z tohoto světa doma, v kruhu rodinném	11,67 %	7	11,67 %	7
mít uspokojeny základní biologické potřeby			11,67 %	7
jiné				



Grafické zobrazení tabulky č. 17a – Nejvýznamnější hledisko (skupina B)



Grafické zobrazení tabulky č. 17b – Nejméně významné hledisko (skupina B)

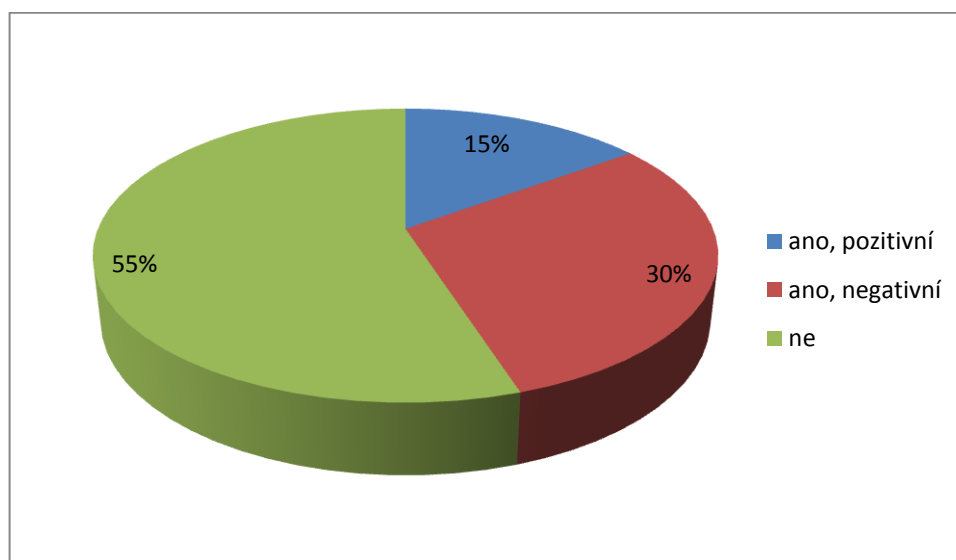
Z předkládané tabulky a grafických zobrazení je zřejmé, že skupinou složenou z laické veřejnosti je vnímáno jako nejvýznamnější hledisko v souvislosti s „důstojným umíráním a důstojnou smrtí“ zajištění stavu, aby pacient neumíral v bolestech a to v 63,33 %.

Za nejméně významné je považováno hledisko mít možnost si splnit poslední přání a to v 70 %.

Na otázku č. 2, která zní, cituji: „*Máte vlastní zkušenost s péčí o nemocného v konečné fázi života?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 18 a grafické zobrazení č. 18:

Tabulka č. 18 vyhotovená k otázce č. 2 (skupina B)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano, pozitivní	15 %	9
ano, negativní	30 %	18
ne	55 %	33



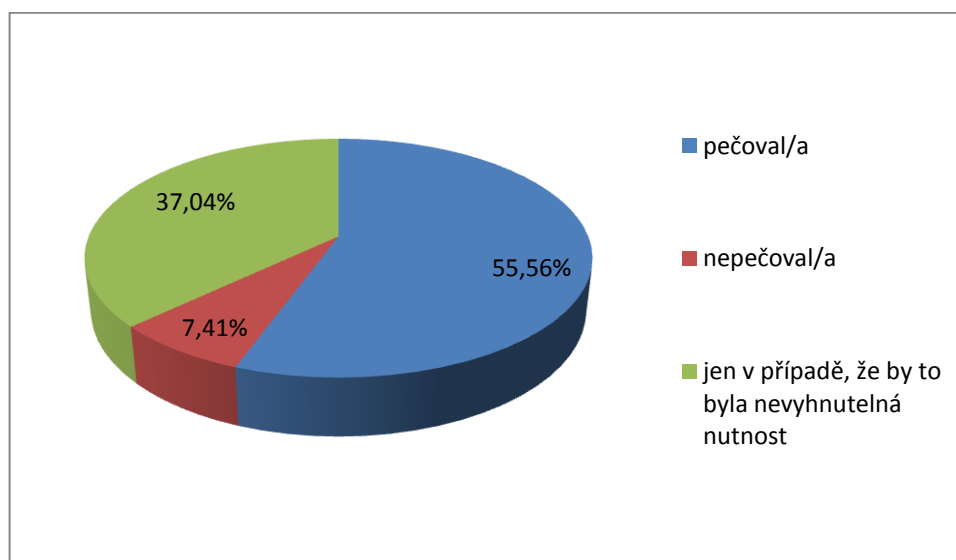
Grafické zobrazení tabulky č. 18 (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 2 vyplývá, že nadpoloviční většina respondentů z laické veřejnosti, konkrétně 55 % nemá vlastní zkušenost s péčí o nemocného v konečné fázi života, 30 % respondentů má zkušenost negativní a pouze 15 % z nich ji považuje za zkušenost pozitivní.

Na otázku č. 3, která zní, cituji: „*Na základě získané zkušenosti byste o umírajícího opět...?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 19 a grafické zobrazení č. 19:

Tabulka č. 19 vyhotovená k otázce č. 3 (skupina B)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
pečoval/a	55,56 %	15
nepečoval/a	7,41 %	2
jen v případě, že by to byla nevyhnutelná nutnost	37,04 %	10



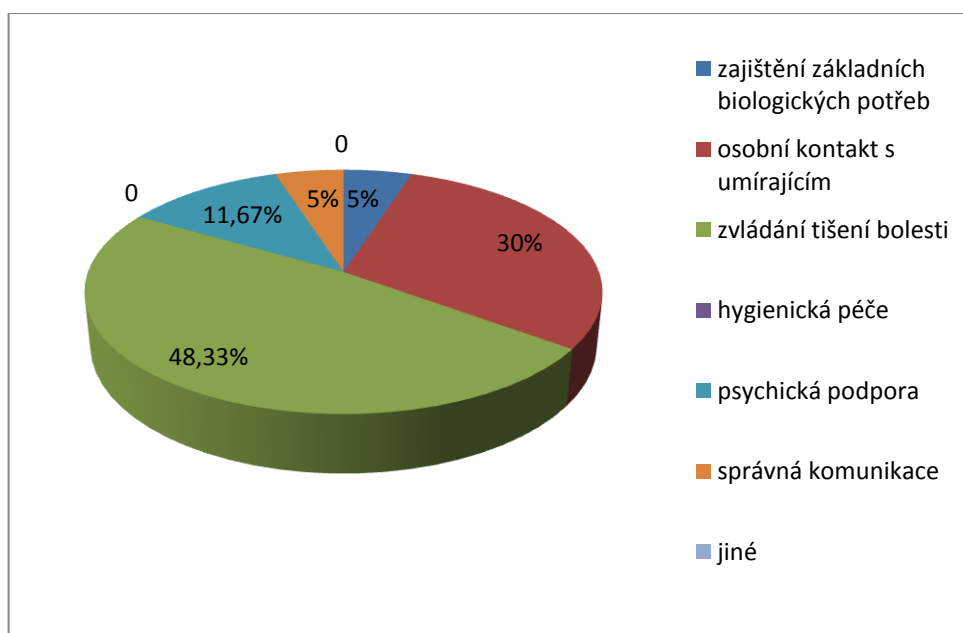
Grafické zobrazení tabulky č. 19 (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 3 vyplývá, že z 27 respondentů, kteří odpověděli na otázku č. 2, že mají vlastní zkušenost s péčí o nemocného v konečné fázi života, by 55,56 % opět o umírajícího pečovalo, a pouze 7,41 % nikoli. K hypotetickým odpovědím některých respondentů, kteří ačkoli neměli předchozí zkušenosti s péčí o umírajícího, se k otázce č. 3 vyjádřili, nebylo přihlíženo.

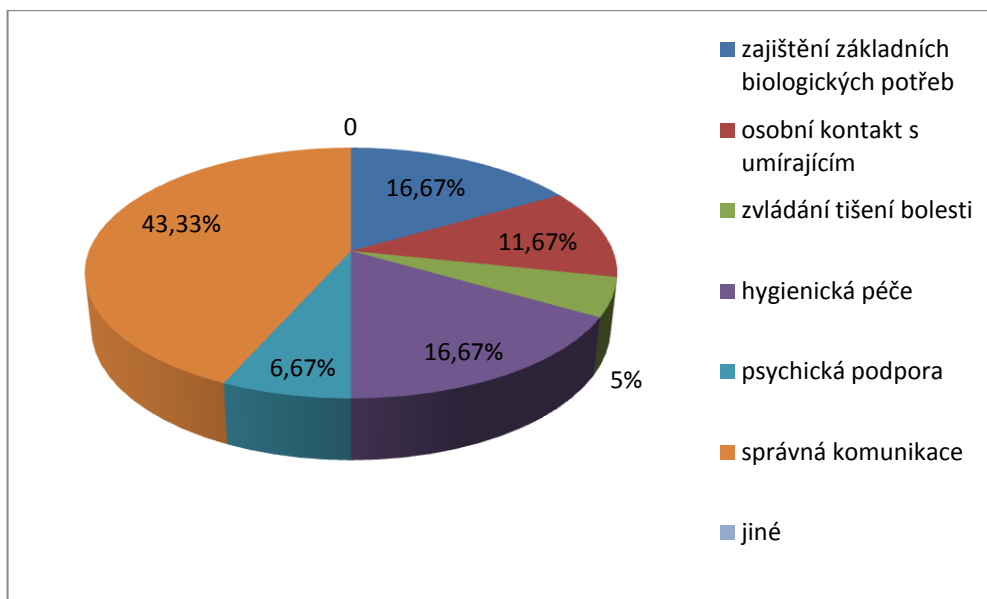
Na otázku č. 4, která zní, cituji: „*Co je podle Vás nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírajícího?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 20 a grafická zobrazení č. 20a, 20b:

Tabulka č. 20 vyhotovená k otázce č. 4 (skupina B)

Jednotlivá hlediska	Nejvýznamnější hledisko		Nejméně významné hledisko	
	% zastoupení	kvantitativní vyjádření	% zastoupení	kvantitativní vyjádření
zajištění základních biologických potřeb	5 %	3	16,67 %	10
osobní kontakt s umírajícím	30 %	18	11,67 %	7
zvládání tíšení bolesti	48,33 %	29	5 %	3
hygienická péče			16,67 %	10
psychická podpora	11,67 %	7	6,67 %	4
správná komunikace	5 %	3	43,33 %	26
jiné				



Grafické zobrazení tabulky č. 20a – Nejvýznamnější hledisko (skupina B)



Grafické zobrazení tabulky č. 20b – Nejméně významné hledisko (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafických zobrazení zpracovaných k otázce č. 4 vyplývá, že za nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírajícího považuje laická veřejnost v 48,33 % zvládání tišení bolesti.

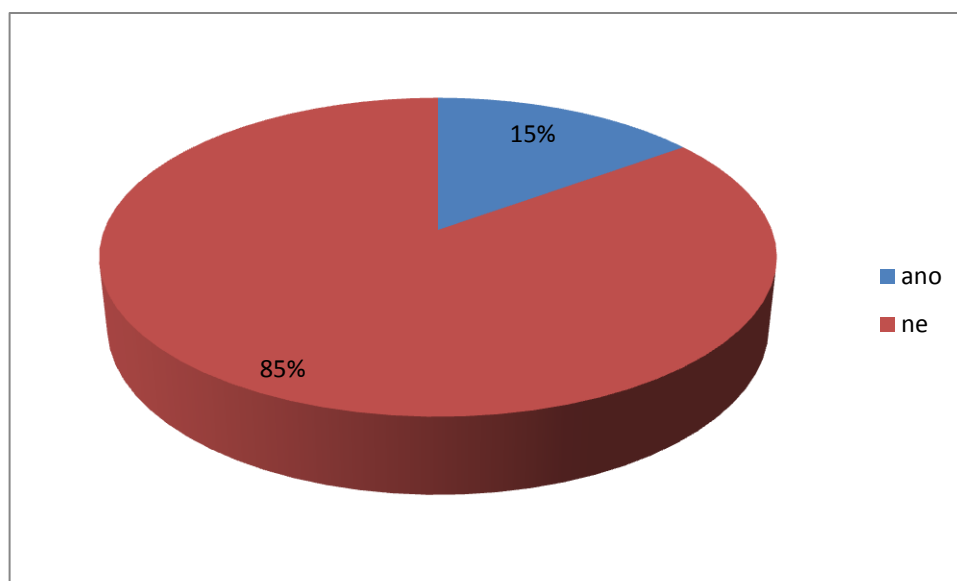
Za nejméně důležité považují ve 43,33 % případech správnou komunikaci.

V souvislosti s touto otázkou je třeba připomenout zjištění, že respondenti z laické veřejnosti ve svých odpovědích na otázku č. 1 rovněž zmínili význam hlediska neumírat v bolestech. Důraz kladený na zajištění tohoto stavu však není z jejich strany tak významný jako u všeobecných sester.

Na otázku č. 5, která zní, cituji: „*Je podle Vás vhodné, aby umírající ležel na pokoji s ostatními pacienty?*“, odpovídala laická veřejnost následovně, viz tabulka č. 21 a grafické zobrazení č. 21:

Tabulka č. 21 vyhotovená k otázce č. 5 (skupina B)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	15 %	9
ne	85 %	51



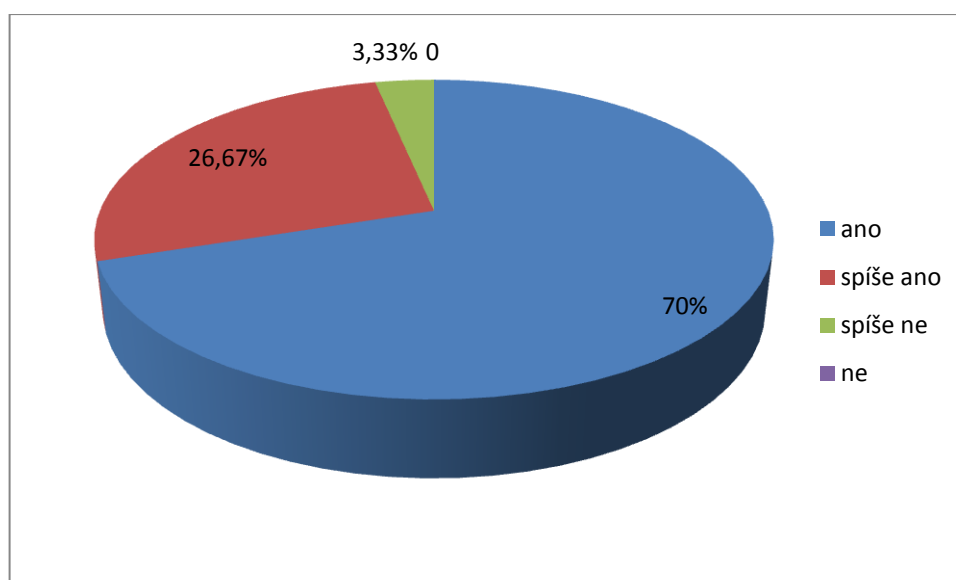
Grafické zobrazení tabulky č. 21 (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 5 vyplývá, že naprostá většina respondentů z laické veřejnosti, konkrétně 85 % považuje stav, kdy umírající leží na pokoji s ostatními pacienty, za nevhodný.

Na otázku č. 6, která zní, cituji: „*Domníváte se, že by s umírajícím měl mít možnost být někdo z rodiny v nemocnici?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 22 a grafické zobrazení č. 22:

Tabulka č. 22 vyhotovená k otázce č. 6 (skupina B)

Odpo věď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	70 %	42
spíše ano	26,67 %	16
spíše ne	3,33 %	2
ne		



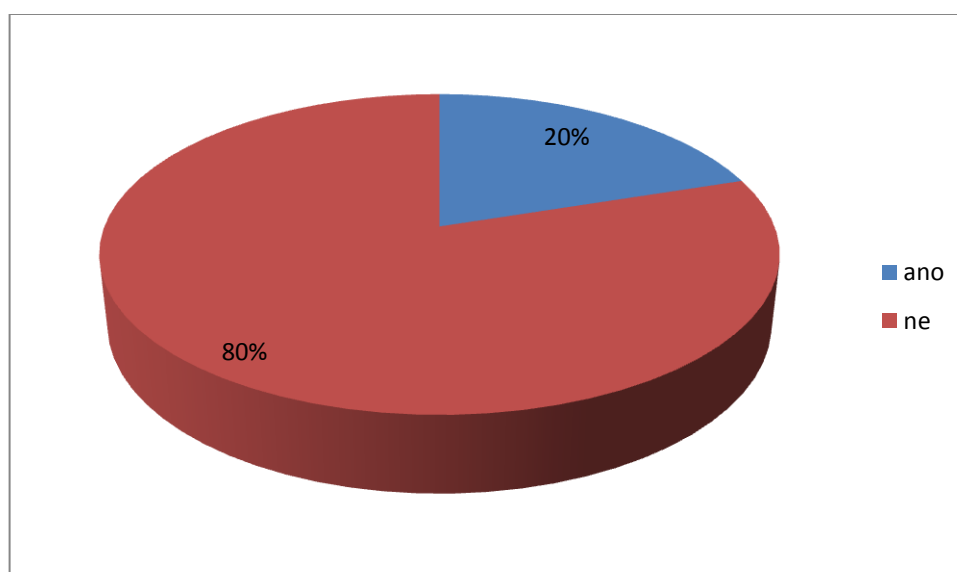
Grafické zobrazení tabulky č. 22 (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 6 vyplývá, že většina respondentů z laické veřejnosti, konkrétně 70 % se domnívá, že s umírajícím by měl mít možnost být někdo z rodiny v nemocnici.

Na otázku č. 7, která zní, cituji: „*Jste toho názoru, že lidský život se má zachraňovat za každou cenu?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 7 a grafické zobrazení č. 7:

Tabulka č. 23 vyhotovená k otázce č. 7 (skupina B)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	20 %	12
ne	80 %	48



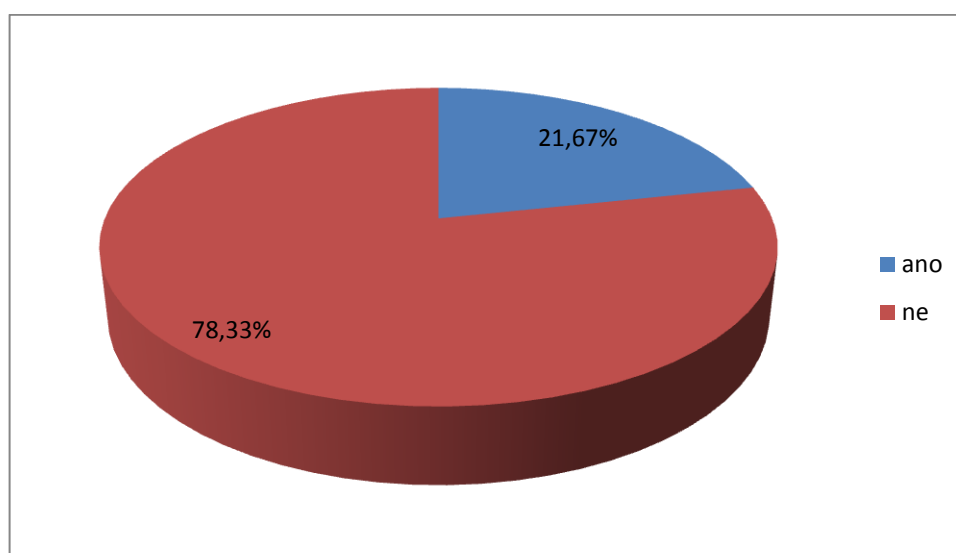
Grafické zobrazení tabulky č. 23 (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 7 vyplývá, že naprostá většina respondentů z laické veřejnosti, konkrétně 80 % zastává názor, že lidský život by se neměl zachraňovat za každou cenu.

Na otázku č. 8, která zní, cituji: „Ztotožňujete se s názorem, že péči o umírající má zastávat pouze zdravotnický personál?“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 24 a grafické zobrazení č. 24:

Tabulka č. 24 vyhotovená k otázce č. 8 (skupina B)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	21,67 %	13
ne	78,33 %	47



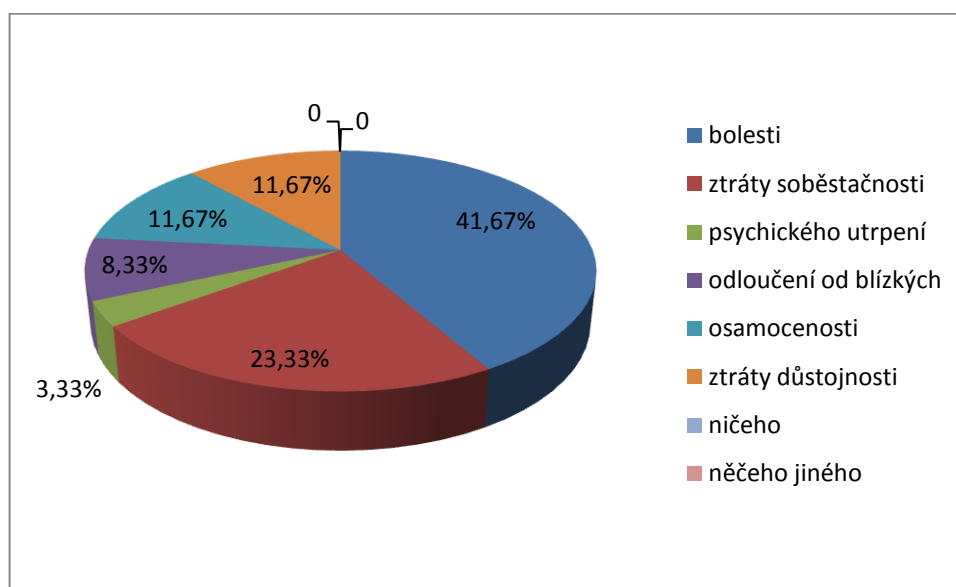
Grafické zobrazení tabulky č. 24 (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 8 vyplývá, že většina respondentů z laické veřejnosti, konkrétně 78,33 % zastává názor, že péči o umírající nemá zastávat pouze zdravotnický personál.

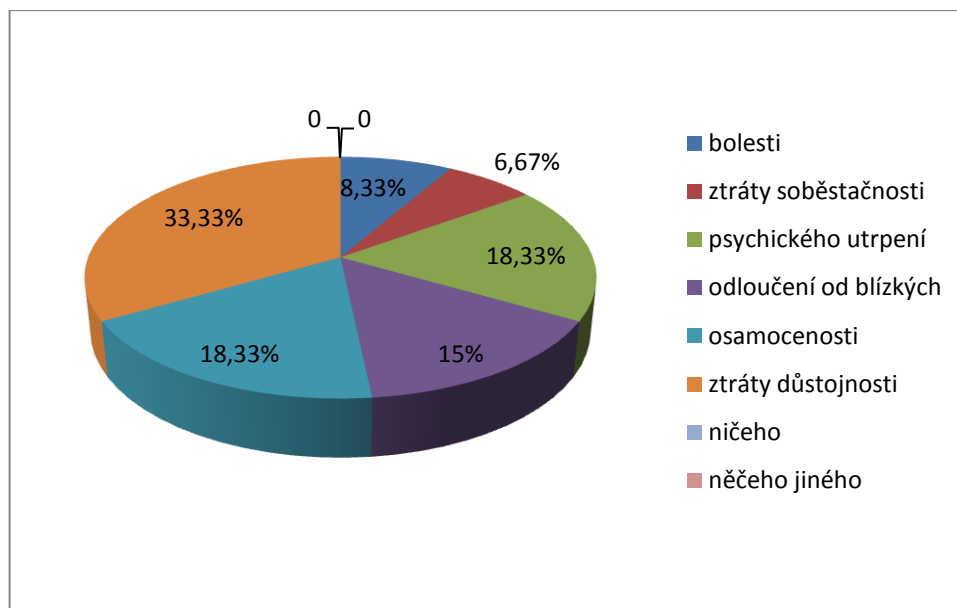
Na otázku č. 9, která zní, citují: „*Uved'te, z čeho byste pravděpodobně měla ve fázi umírání nejvíce obavy?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 25 a grafická zobrazení č. 25a, 25b:

Tabulka č. 25 vyhotovená k otázce č. 9 (skupina B)

Jednotlivá hlediska	Nejvýznamnější hledisko		Nejméně významné hledisko	
	% zastoupení	kvantitativní vyjádření	% zastoupení	kvantitativní vyjádření
bolesti	41,67 %	25	8,33 %	5
ztráty soběstačnosti	23,33 %	14	6,67 %	4
psychického utrpení	3,33 %	2	18,33 %	11
odloučení od blízkých	8,33 %	5	15 %	9
osamocenosti	11,67 %	7	18,33 %	11
ztráty důstojnosti	11,67 %	7	33,33 %	20
ničeho				
něčeho jiného				



Grafické zobrazení tabulky č. 25a – Nejvýznamnější hledisko (skupina B)



Grafické zobrazení tabulky č. 25b – Nejméně významné hledisko (skupina B)

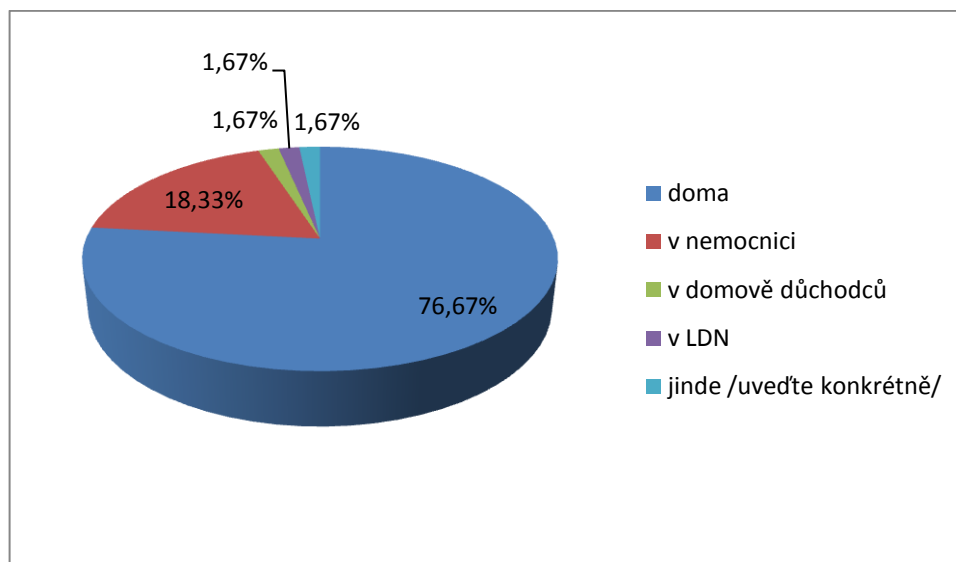
Z předkládané tabulky a grafických zobrazení zpracovaných k otázce č. 9 vyplývá, že 41,67 % respondentů z laické veřejnosti vyjádřilo domněnku, že největší obavy ve fázi umírání by pravděpodobně mělo z bolesti.

Nejmenší obavy naopak vyjádřili ze ztráty důstojnosti v 33,33 %, z osamocení a psychického utrpení a to shodně v 18,33 %.

Na otázku č. 10, která zní, cituji: „*Kdybyste si mohl/a vybrat, chtěl/a byste strávit své poslední dny...?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 26 a grafické zobrazení č. 26:

Tabulka č. 26 vyhotovená k otázce č. 10 (skupina B)

Odpo věď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
doma	76,67 %	46
v nemocnici	18,33 %	11
v domově důchodců	1,67 %	1
v LDN	1,67 %	1
jinde /uved'te konkrétně/	1,67 %	1



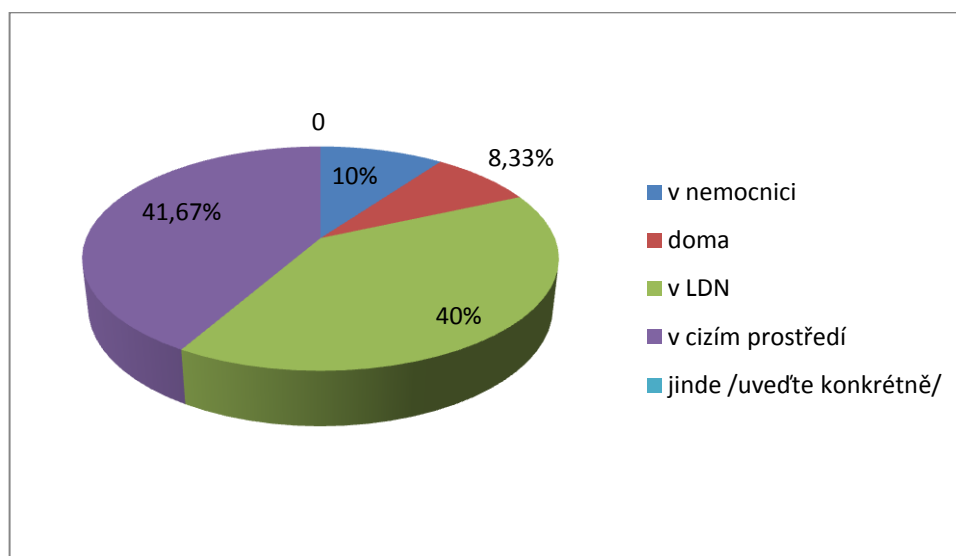
Grafické zobrazení tabulky č. 26 (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 10 vyplývá, že naprostá většina respondentů z laické veřejnosti, konkrétně 76,67 % by chtěla poslední dny svého života strávit doma. Pro doplnění informací vyplývající z výše vzpomínané tabulky uvádím, že jedna dotázaná z této skupiny uvedla, že by si přála poslední dny života strávit v hospici.

Na otázku č. 11, která zní, cituji: „*Kde byste nechtěl/a zemřít?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 27 a grafické zobrazení č. 27:

Tabulka č. 27 vyhotovená k otázce č. 11 (skupina B)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
v nemocnici	10 %	6
doma	8,33 %	5
v LDN	40 %	24
v cizím prostředí	41,67 %	25
jinde /uved'te konkrétně/		



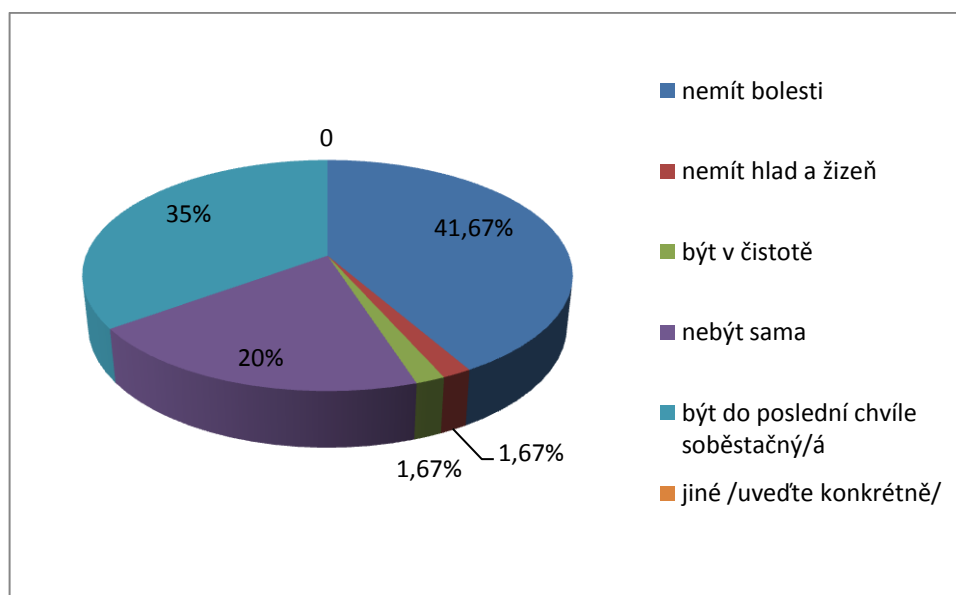
Grafické zobrazení tabulky č. 27 (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 11 vyplývá, že většina respondentů z laické veřejnosti konkrétně 41,67 % uvedla, že by nechtěli zemřít v cizím prostředí a 40 % v LDN.

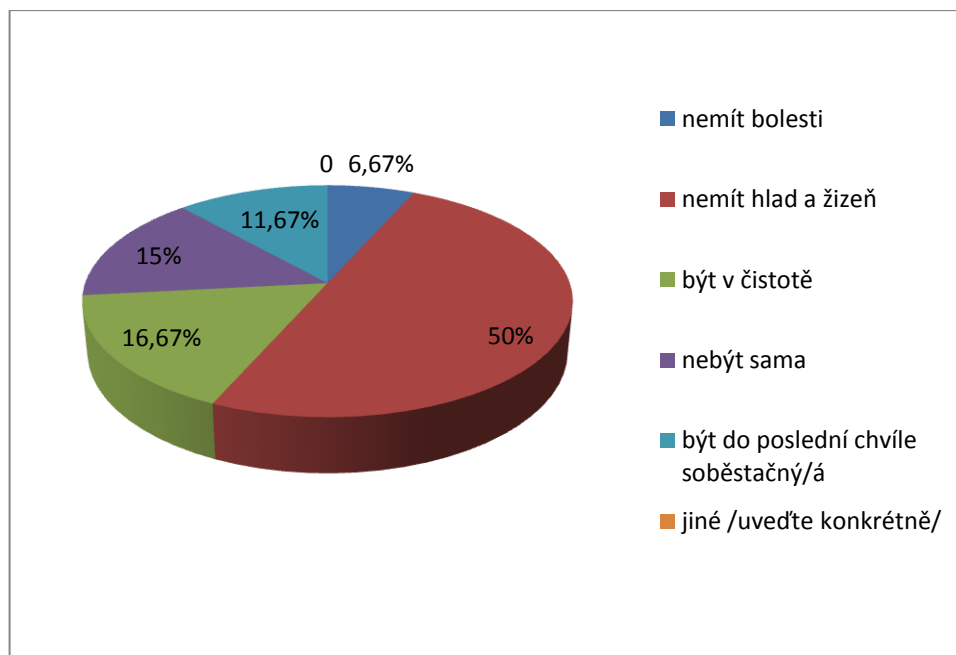
Na otázku č. 12, která zní, cituji: „*Která z nabídnutých možností by pro Vás byla nejdůležitější v konečné fázi života?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 28 a grafická zobrazení č. 28a, 28b:

Tabulka č. 28 vyhotovená k otázce č. 12 (skupina B)

Jednotlivá hlediska	Nejvýznamnější hledisko		Nejméně významné hledisko	
	% zastoupení	kvantitativní vyjádření	% zastoupení	kvantitativní vyjádření
nemít bolesti	41,67 %	25	6,67 %	4
nemít hlad a žízeň	1,67 %	1	50 %	30
být v čistotě	1,67 %	1	16,67 %	10
nebýt sama	20 %	12	15 %	9
být do poslední chvíle soběstačný/á	35 %	21	11,67 %	7
jiné /uved'te konkrétně/				



Grafické zobrazení tabulky č. 28a – Nejvýznamnější hledisko (skupina B)



Grafické zobrazení tabulky č. 28b – Nejméně významné hledisko (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafických zobrazení zpracovaných k otázce č. 12 vyplývá, že 41,67 % respondentů z laické veřejnosti považuje za nejvýznamnější hledisko v konečné fázi života nemít bolesti.

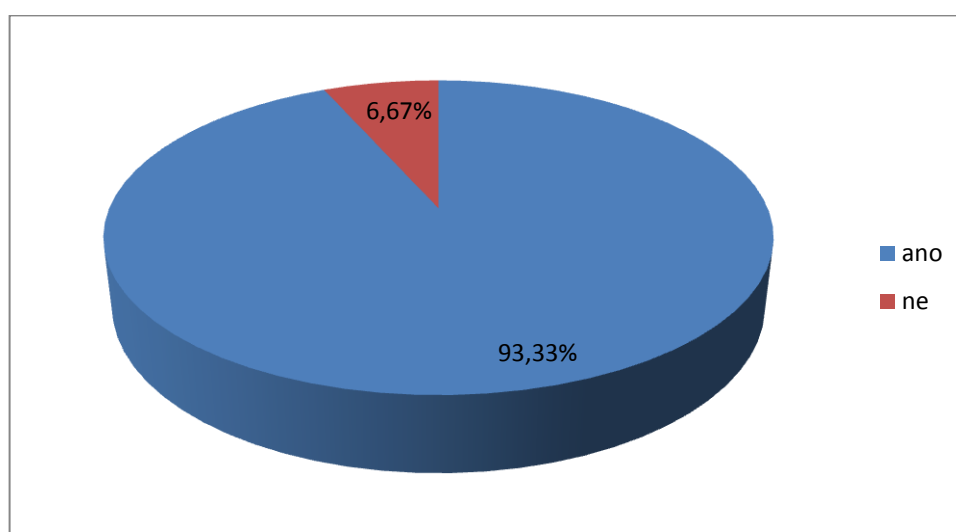
Za nejméně významné hledisko v této fázi považuje nemít hlad a žízeň a to v 50 %.

Z hlediska přisvojení největšího významu hledisku bolesti předmětná otázka de facto koresponduje s odpověďmi respondentů z řad laické veřejnosti na otázky č. 1, 4 a 9, které rovněž řeší problematiku bolesti či jejího zvládnání.

Na otázku č. 13, která zní, cituji: „*Zastáváte názor, že člověk má právo rozhodovat o tom, jak zemře?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 29 a grafické zobrazení č. 29:

Tabulka č. 29 vyhotovená k otázce č. 13 (skupina B)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	93,33 %	56
ne	6,67 %	4



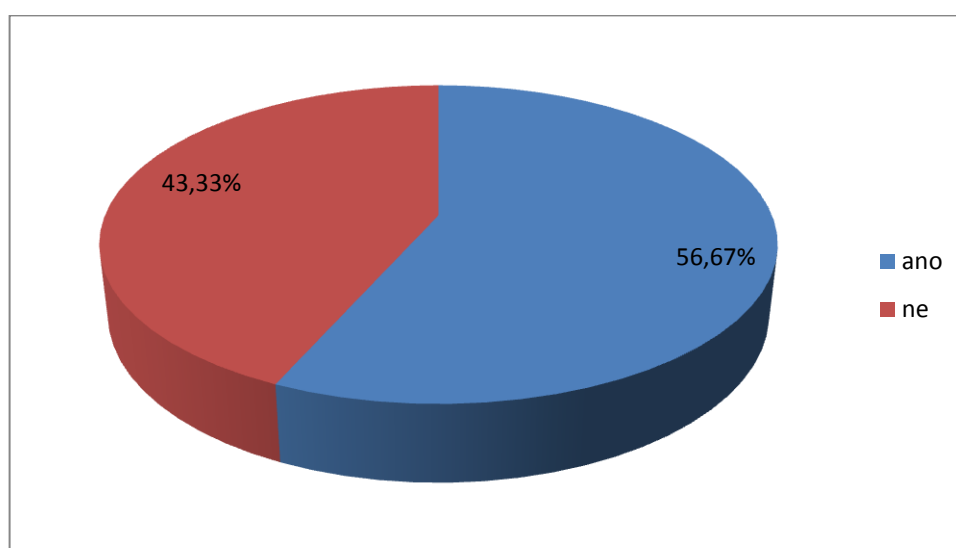
Grafické zobrazení tabulky č. 29 (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 13 vyplývá, že naprostá většina respondentů z laické veřejnosti, konkrétně 93,33 % zastává názor, že člověk má právo rozhodovat o tom, jak zemře.

Na otázku č. 14, která zní, cituji: „*Domníváte se, že umírající člověk ztrácí svou důstojnost?*“, odpovídali respondenti z řad laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 30 a grafické zobrazení č. 30:

Tabulka č. 30 vyhotovená k otázce č. 14 (skupina B)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	56,67 %	34
ne	43,33 %	26



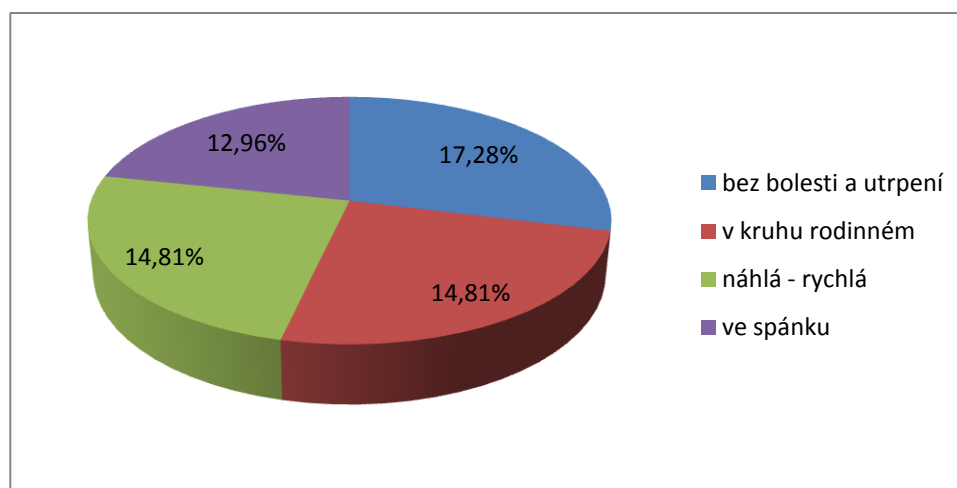
Grafické zobrazení tabulky č. 30 (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 14 vyplývá, že 56,67 % respondentů z laické veřejnosti zastává názor, že člověk má právo rozhodovat o tom, jak zemře.

Na otevřenou otázku č. 15, která zní, cituji: „*Co je podle Vašeho názoru důstojné umírání a dobrá smrt?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti následovně, viz tabulka č. 31 a grafické zobrazení č. 31:

Tabulka č. 31 vyhotovená k otázce č. 15 (skupina B)

Odpověď	% vyjádření	Kvantitativní vyjádření
bez bolesti a utrpení	17,28 %	28
v kruhu rodinném	14,81 %	24
náhlá - rychlá	14,81 %	24
ve spánku	12,96 %	21



Grafické zobrazení tabulky č. 31 – Nejčastěji použité odpovědi (skupina B)

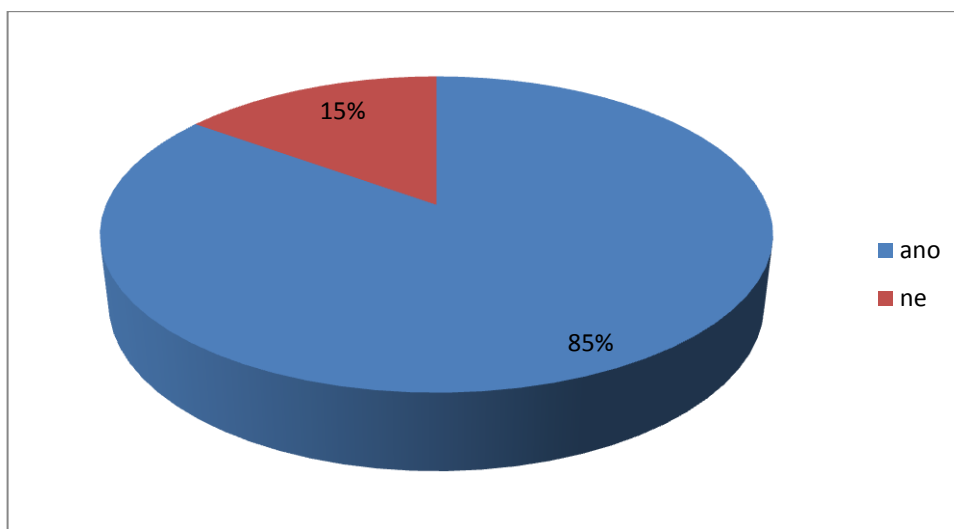
Na položenou volnou otázku měli respondenti z laické veřejnosti reagovat třemi odpověďmi. Při 60 dotazovaných jsem tak měla získat celkem 180 odpovědí. Vzhledem ke skutečnosti, že někteří z respondentů na danou otázku nereagovali nebo reagovali neúplně, získala jsem celkem 162 odpovědí. Nejčastěji uváděnou odpovědí byla v souvislosti s „důstojným umíráním a dobrou smrtí“ v 17,28 % vzpomínána smrt bez bolesti. V 14,81 % byla shodně zmiňována smrt v kruhu rodinném a náhlá – rychlá smrt. V 12,96 % byla uváděna smrt ve spánku.

Veškeré zaznamenané odpovědi jsou shrnuty do vyhodnocovací tabulky, která je součástí přílohy na str. 132.

Na otázku č. 16, která zní, cituji: „*Souhlasil/a byste s přijetím zákona o euthanasii?*“, odpovídali respondenti z laické veřejnosti, viz tabulka č. 32 a grafické zobrazení č. 32:

Tabulka č. 32 vyhotovená k otázce č. 16 (skupina B)

Odpověď	% zastoupení	Kvantitativní vyjádření
ano	85 %	51
ne	15 %	9



Grafické zobrazení tabulky č. 16 (skupina B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaného k otázce č. 16 vyplývá, že naprostá většina respondentů z laické veřejnosti, konkrétně 85 % by souhlasila s přijetím zákona o euthanasii.

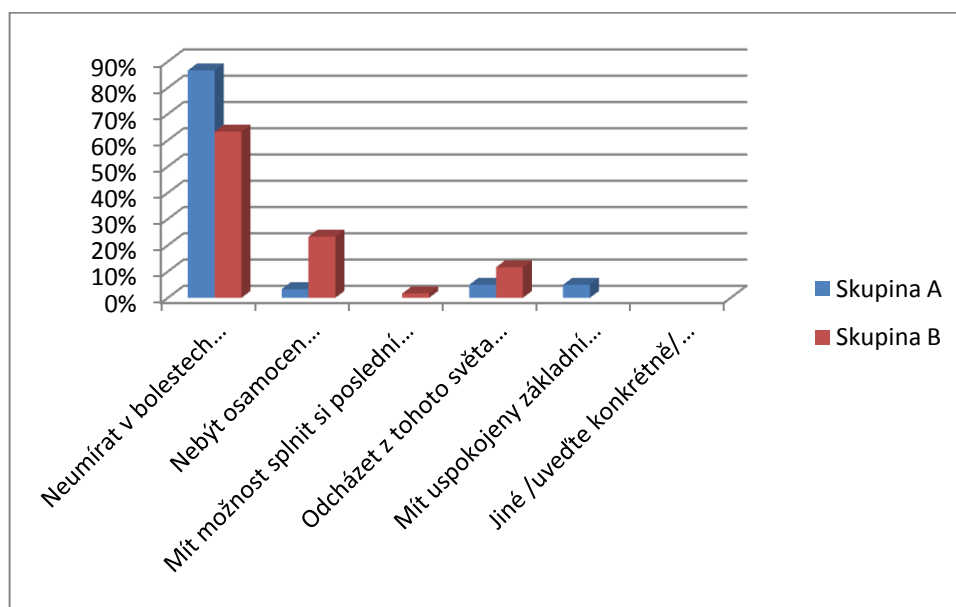
2.4.3. Interskupinové srovnání výsledků skupiny A a B

V rámci interskupinového zhodnocení získaných výsledků budou vzájemně porovnávány odpovědi, které uvedly na tzv. společné otázky, tj. otázku č. 1 a otázky č. 4 až 16, obě sledované skupiny.

Na otázku č. 1, která zní, cituji: „*Co se Vám vybaví jako první, když se řekne důstojné umírání a důstojná smrt?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 33a, 33b a grafická zobrazení č. 33a, 33b:

Tabulka č. 33a vyhotovená k otázce č. 1 (srovnání skupiny A a B)

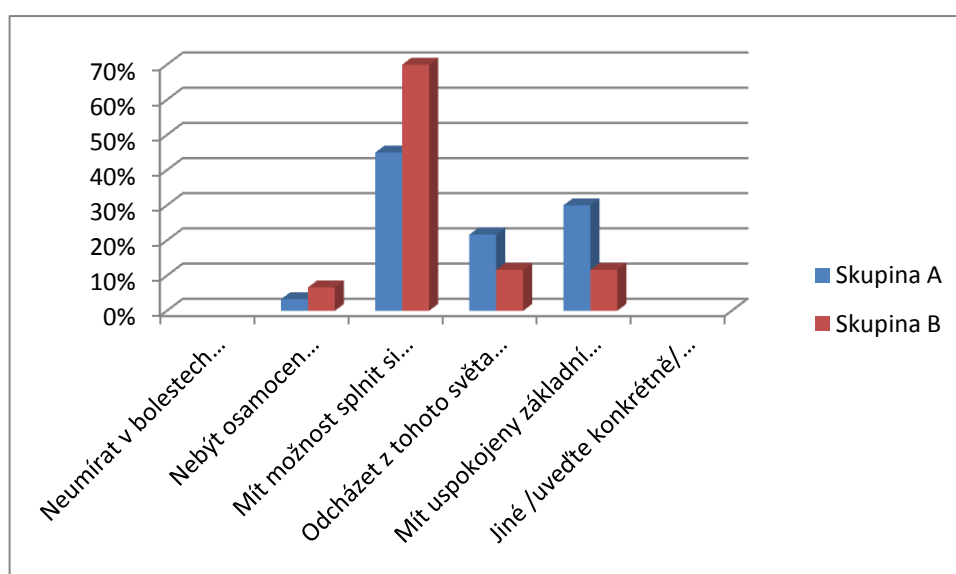
Nejvýše významné hledisko	Neumírat v bolestech	Nebýt osamocen/a	Mít možnost splnit si poslední přání	Odcházet z tohoto světa doma, v kruhu rodinném	Mít uspokojeny základní biologické potřeby	Jiné /uved'te konkrétně/
Skupina A	86,67 %	3,33 %		5 %	5 %	
Skupina B	63,33 %	23,33 %	1,67 %	11,67 %		



Grafické zobrazení tabulky č. 33a – Nejvýznamnější hledisko (srovnání skupiny A a B)

Tabulka č. 33b vyhotovená k otázce č. 1 (srovnání skupiny A a B)

Nejméně významné hledisko	Neumírat v bolestech	Nebýt osamocen/a	Mít možnost splnit si poslední přání	Odcházet z tohoto světa doma, v kruhu rodinném	Mít uspokojeny základní biologické potřeby	Jiné /uved'te konkrétně/
Skupina A		3,33 %	45 %	21,67 %	30 %	
Skupina B		6,67 %	70 %	11,67 %	11,67 %	



Grafické zobrazení tabulky č. 33b – Nejmeně významné hledisko (srovnání sk. A a B)

Z předkládaných tabulek a grafických zobrazení zpracovaných k otázce č. 1 vyplývá, že obě skupiny respondentů považují za nejvýznamnější hledisko, v souvislosti s „důstojným umíráním a důstojnou smrtí“, shodně zajištění stavu, aby umírající nepociťoval bolest. Procentuálně větší význam tomuto hledisku přiřkládají respondenti ze skupiny všeobecných sester, konkrétně v 86,67 %, oproti 63,33 % respondentů ze skupiny složené z laické veřejnosti.

Za nejméně významné je v souvislosti se zajištěním „důstojného umírání a důstojné smrti“ považováno oběma skupinami hledisko mít možnost si splnit poslední přání. Konkrétně jej tak vnímá 45 % respondentů ze skupiny složené ze všeobecných sester a 70 % respondentů ze skupiny složené z laické veřejnosti.

Na otázku č. 4, která zní, citují: „*Co je podle Vás nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírajícího?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 34a, 34b a grafická zobrazení č. 34a, 34b:

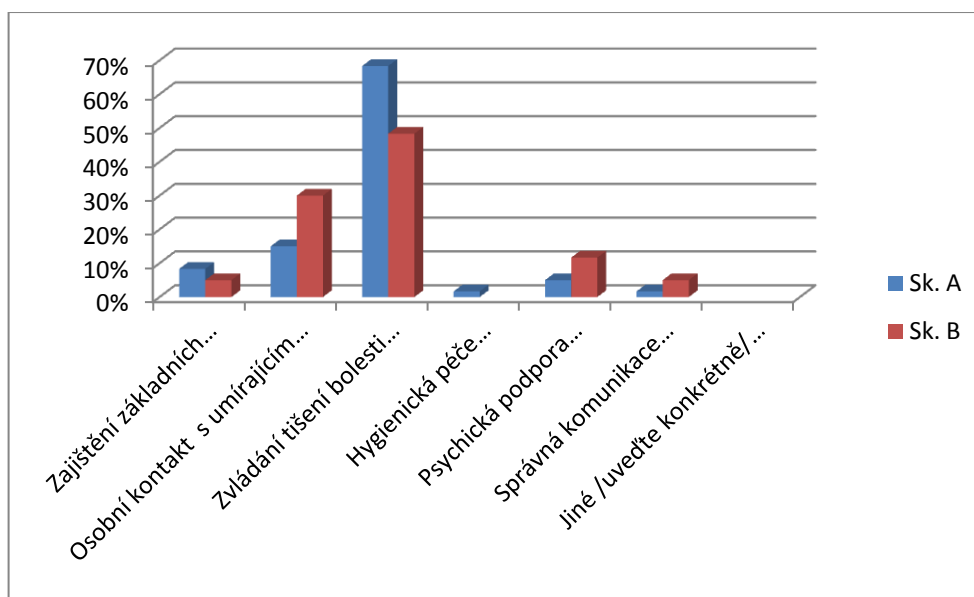
Tabulka č. 34a vyhotovená k otázce č. 4 (srovnání skupiny A a B)

NVH	Zajištění základních biologických potřeb	Osobní kontakt s umírajícím	Zvládnání tíšení bolesti	Hygienická péče	Psychická podpora	Správná komunikace	Jiné /uved'te konkrétně/
Sk. A	8,33 %	15 %	68,33 %	1,67 %	5 %	1,67 %	
Sk. B	5 %	30 %	48,33 %		11,67 %	5 %	

Legenda:

NVH – nejvýznamnější hledisko

Sk. - skupina



Grafické zobrazení tabulky č. 34a – Nejvýznamnější hledisko (srovnání skupiny A a B)

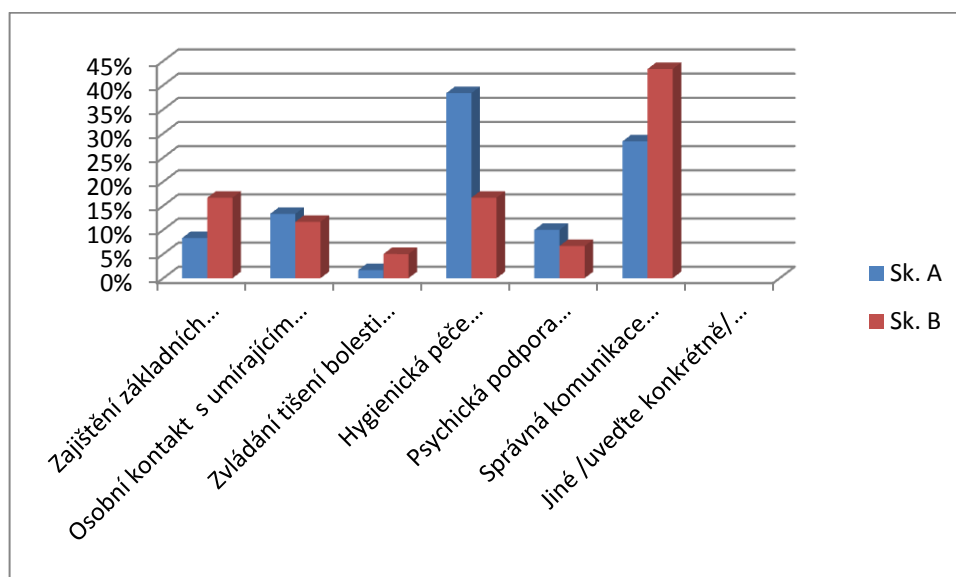
Tabulka č. 34b vyhotovená k otázce č. 4 (srovnání skupiny A a B)

nVH	Zajištění základních biologických potřeb	Osobní kontakt s umírajícím	Zvládání tíšení bolesti	Hygienická péče	Psychická podpora	Správná komunikace	Jiné /uved'te konkrétně/
Sk. A	8,33 %	13,33 %	1,67 %	38,33 %	10 %	28,33 %	
Sk. B	16,67 %	11,67 %	5 %	16,67 %	6,67 %	43,33 %	

Legenda:

nVH – nejméně významné hledisko

Sk. - skupina



Grafické zobrazení tabulky č. 34b – Nejméně významné hledisko (srovnání sk. A a B)

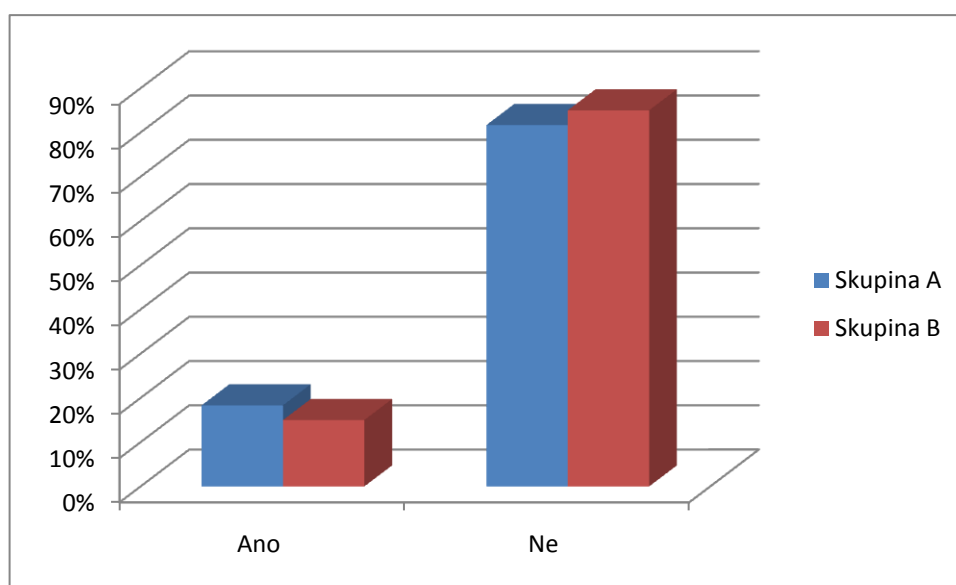
Z předkládaných tabulek a grafických zobrazení zpracovaných k otázce č. 4 vyplývá, že obě skupiny respondentů považují za nejméně významnější hledisko při zajištění péče o umírajícího shodně zvládání tíšení bolesti. Procentuálně větší význam tomuto hledisku přiřkládají, tak jako tomu ostatně bylo již v otázce č. 1, respondenti ze skupiny všeobecných sester, konkrétně v 68,33 %, oproti 48,33 % respondentů ze skupiny složené z laické veřejnosti.

Za nejméně významné je v souvislosti s péčí o umírajícího považováno skupinou respondentů složenou ze všeobecných sester zajištění hygienické péče a to v 38,33 % a skupinou respondentů složenou z laické veřejnosti zajištění správné komunikace ve 43,33 %.

Na otázku č. 5, která zní, cituji: „*Je podle Vás vhodné, aby umírající ležel na pokoji s ostatními pacienty?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 35 a grafické zobrazení č. 35:

Tabulka č. 35 vyhotovená k otázce č. 5 (srovnání skupiny A a B)

Odpověď	Ano	Ne
Skupina A	18,33 %	81,67 %
Skupina B	15 %	85 %



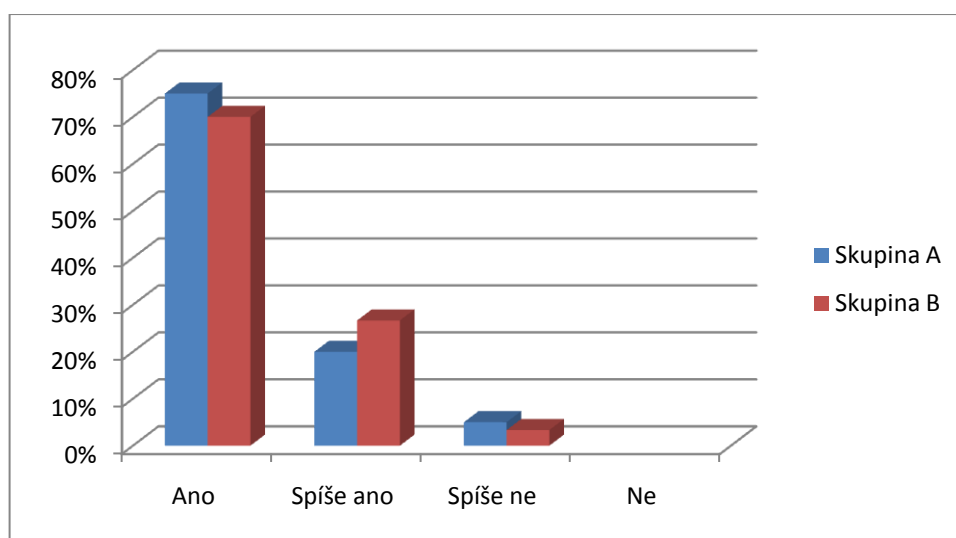
Grafické zobrazení tabulky č. 35 (srovnání skupiny A a B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaných k otázce č. 5 vyplývá, že obě skupiny respondentů považují shodně za nevhodné, aby umírající ležel na pokoji s ostatními pacienty. Konkrétně ze skupiny všeobecných sester zastává tento názor 81,67 % respondentů a ze skupiny složené z laické veřejnosti je to 85 % respondentů.

Na otázku č. 6, která zní, cituji: „*Domníváte se, že by s umírajícím měl mít možnost být někdo z rodiny v nemocnici?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 36 a grafické zobrazení č. 36:

Tabulka č. 36 vyhotovená k otázce č. 6 (srovnání skupiny A a B)

Odpověď	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
Skupina A	75 %	20 %	5 %	
Skupina B	70 %	26,67 %	3,33 %	



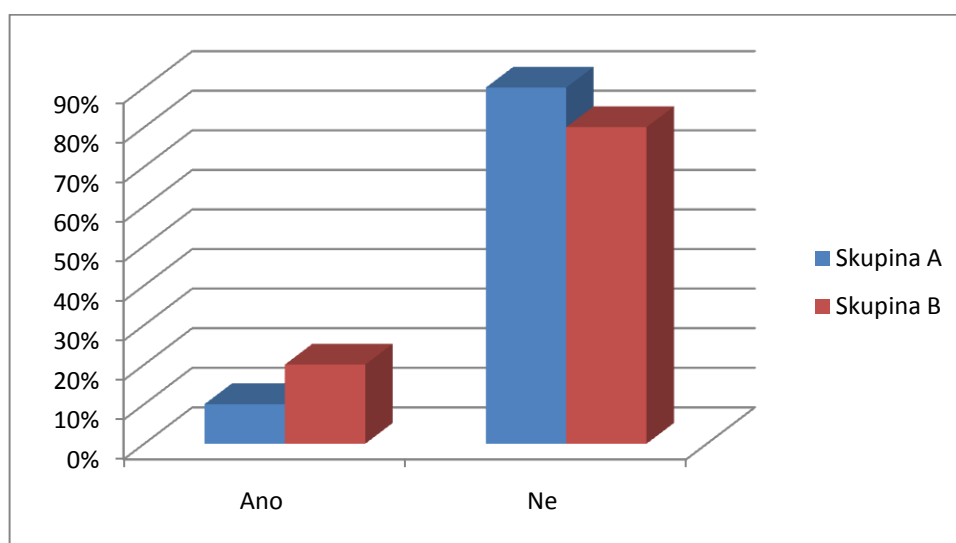
Grafické zobrazení tabulky č. 36 (srovnání skupiny A a B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaných k otázce č. 6 vyplývá, že obě skupiny respondentů považují shodně za žádoucí, aby s umírajícím měl možnost být v nemocnici někdo z rodiny. Ze skupiny všeobecných sester zastává tento názor konkrétně 75 % respondentů a ze skupiny složené z laické veřejnosti je to 70 % respondentů.

Na otázku č. 7, která zní, cituji: „*Jste toho názoru, že lidský život se má zachraňovat za každou cenu?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 37 a grafické zobrazení č. 37:

Tabulka č. 37 vyhotovená k otázce č. 7 (srovnání skupiny A a B)

Odpověď	Ano	Ne
Skupina A	10 %	90 %
Skupina B	20 %	80 %



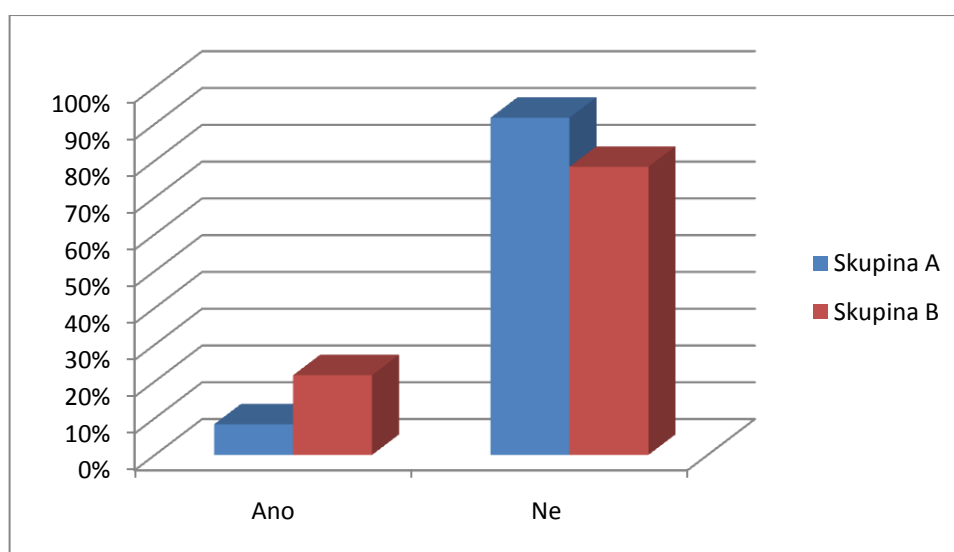
Grafické zobrazení tabulky č. 37 (srovnání skupiny A a B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaných k otázce č. 7 vyplývá, že obě skupiny respondentů považují shodně za nežádoucí, aby byl život zachraňován za každou cenu. Ze skupiny všeobecných sester zastává tento názor konkrétně 90 % respondentů a ze skupiny složené z laické veřejnosti je to 80 % respondentů.

Na otázku č. 8, která zní, cituji: „Ztotožňujete se s názorem, že péči o umírající má zastávat pouze zdravotnický personál?“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 38 a grafické zobrazení č. 38:

Tabulka č. 38 vyhotovená k otázce č. 8 (srovnání skupiny A a B)

Odpověď	Ano	Ne
Skupina A	8,33 %	91,67 %
Skupina B	21,67 %	78,33 %



Grafické zobrazení tabulky č. 38 (srovnání skupiny A a B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaných k otázce č. 8 vyplývá, že obě skupiny respondentů zastávají shodně názor, že péči o umírajícího by neměl zajišťovat pouze zdravotnický personál. Ze skupiny všeobecných sester zastává tento názor konkrétně 91,67 % respondentů a ze skupiny složené z laické veřejnosti je to 78,33 % respondentů.

Na otázku č. 9, která zní, cituji: „Uved'te, z čeho byste pravděpodobně měla ve fázi umírání nejvíce obavy?“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 39a, 39b a grafická zobrazení č. 39a, 39b:

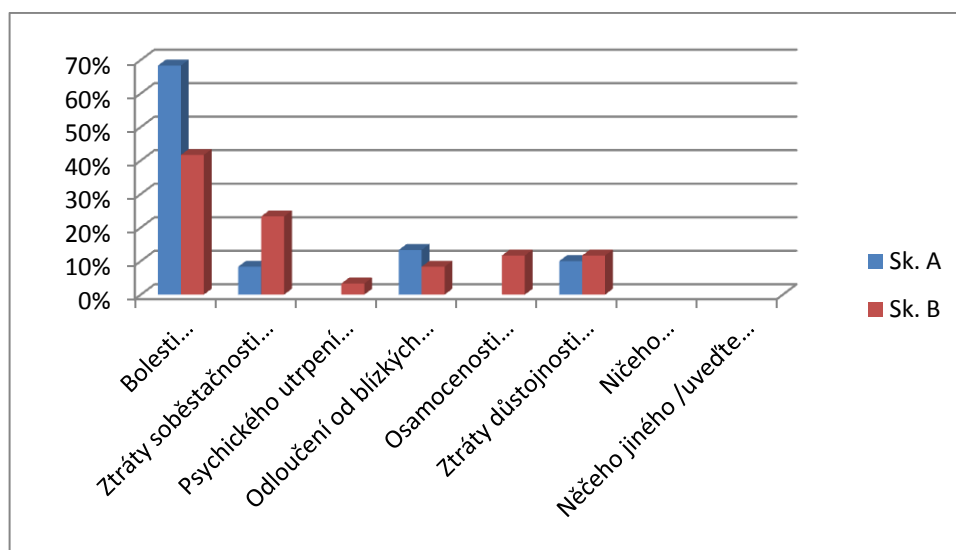
Tabulka č. 39a vyhotovená k otázce č. 9 (srovnání skupiny A a B)

NVH	Bolesti	Ztráty soběstačnosti	Psychického utrpení	Odloučení od blízkých	Osamocení	Ztráty důstojnosti	Ničeho	Něčeho jiného /uved'te konkrétně/
Sk. A	68,33 %	8,33 %		13,33 %		10 %		
Sk. B	41,67 %	23,33 %	3,33 %	8,33 %	11,67 %	11,67 %		

Legenda:

NVH – nejvýznamnější hledisko

Sk. - skupina



Grafické zobrazení tabulky č. 39a – Nejvýznamnější hledisko (srovnání skupiny A a B)

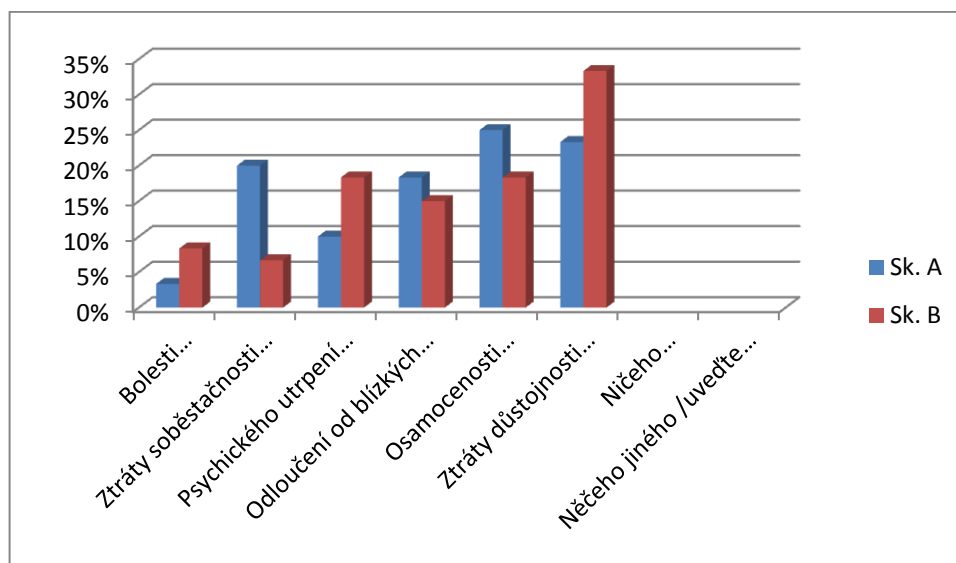
Tabulka č. 39b vyhotovená k otázce č. 9 (srovnání skupiny A a B)

nVH	Bolesti	Ztráty soběstačnosti	Psychického utrpení	Odloučení od blízkých	Osamocení	Ztráty důstojnosti	Ničeho	Něčeho jiného /uved'te konkrétně/
Sk. A	3,33 %	20 %	10 %	18,33 %	25 %	23,33 %		
Sk. B	8,33 %	6,67 %	18,33 %	15 %	18,33 %	33,33 %		

Legenda:

nVH – nejméně významné hledisko

Sk. - skupina



Grafické zobrazení tabulky č. 39b – Nejméně významné hledisko (srovnání sk. A a B)

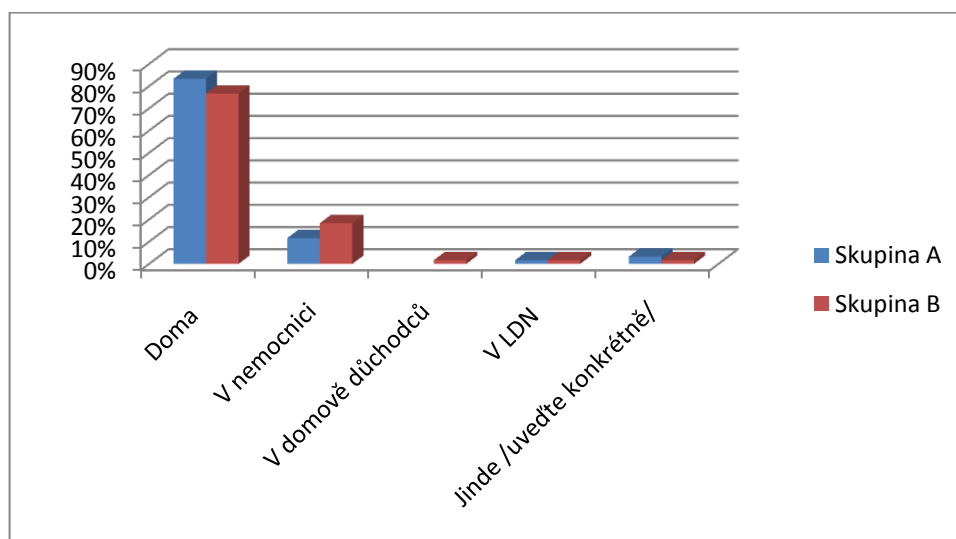
Z předkládaných tabulek a grafických zobrazení zpracovaných k otázce č. 9 vyplývá, že respondenti z obou skupin vyjádřili domněnku, že ve fázi umírání by pravděpodobně měli největší obavy z bolesti. Procentuálně větší obavy v této souvislosti vyjádřili, jak tomu ostatně bylo již u otázek č. 1 a 4 respondenti ze skupiny všeobecných sester, konkrétně v 68,33 %, oproti 41,67 % respondentů ze skupiny složené z laické veřejnosti.

Nejmenší obavy vyjádřila skupina respondentů složená ze všeobecných sester z osamocení, konkrétně ve 25 % a ztráty důstojnosti ve 23,33 %. Skupina respondentů složená z laické veřejnosti vyjádřila nejmenší obavy ze ztráty důstojnosti a to ve 33,33 %.

Na otázku č. 10, která zní, cituji: „*Kdybyste si mohl/a vybrat, chtěl/a byste strávit své poslední dny...?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 40 a grafické zobrazení č. 40:

Tabulka č. 40 vyhotovená k otázce č. 10 (srovnání skupiny A a B)

Odpověď	Doma	V nemocnici	V domově důchodců	V LDN	Jinde /uved'te konkrétně/
Skupina A	83,33 %	11,67 %		1,67 %	3,33 %
Skupina B	76,67 %	18,33 %	1,67 %	1,67 %	1,67 %



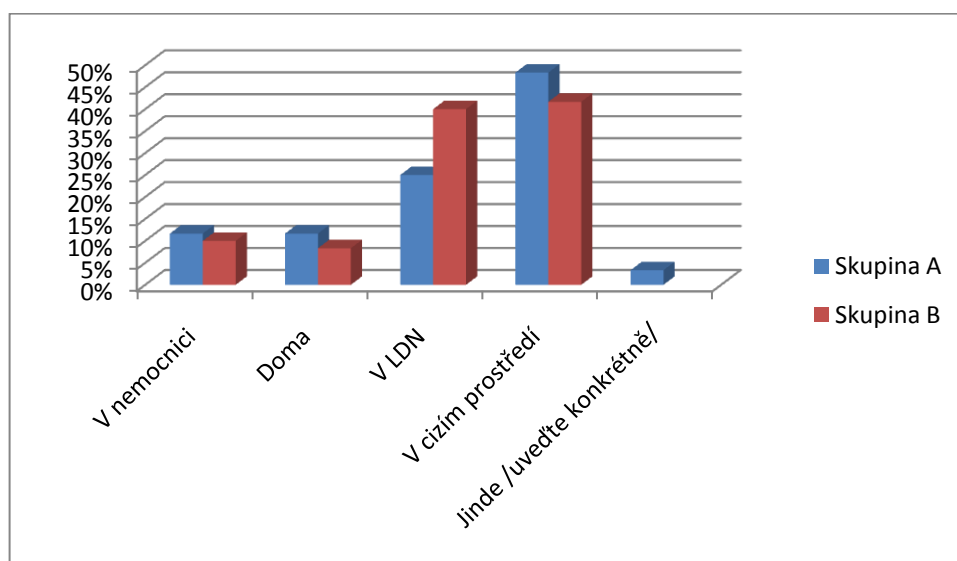
Grafické zobrazení tabulky č. 40 (srovnání skupiny A a B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaných k otázce č. 10 vyplývá, že obě skupiny respondentů zastávají shodně názor, že poslední dny by chtěly prožít doma. Ze skupiny všeobecných sester zastává tento názor konkrétně 83,33 % respondentů a ze skupiny složené z laické veřejnosti je to 76,67 % respondentů.

Na otázku č. 11, která zní, cituji: „*Kde byste nechtěl/a zemřít?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 41 a grafické zobrazení č. 41:

Tabulka č. 41 vyhotovená k otázce č. 11 (srovnání skupiny A a B)

Odpověď	V nemocnici	Doma	V LDN	V cizím prostředí	Jinde /uved'te konkrétně/
Skupina A	11,67 %	11,67 %	25 %	48,33 %	3,33 %
Skupina B	10 %	8,33 %	40 %	41,67 %	



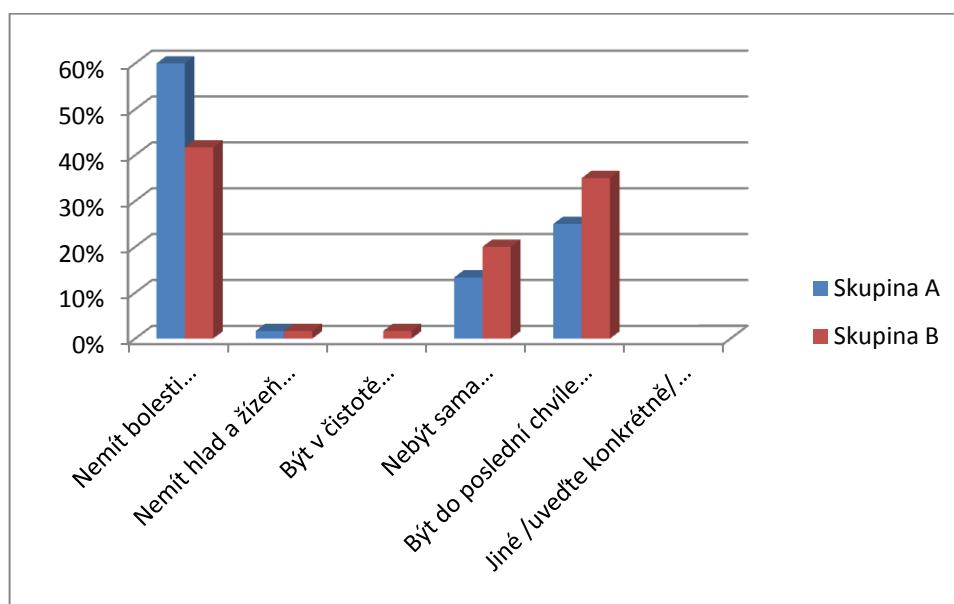
Grafické zobrazení tabulky č. 41 (srovnání skupiny A a B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaných k otázce č. 11 vyplývá, že respondenti z obou skupin by nechtěli zemřít v cizím prostředí nebo v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Ze skupiny všeobecných sester vyjádřilo tento názor v souvislosti s cizím prostředím 48,33 % a v případě LDN to bylo 25% respondentů. Ze skupiny složené z laické veřejnosti se 41,67 % respondentů vyjádřilo, že by nechtěli zemřít v cizím prostředí a 40 % respondentů v LDN.

Na otázku č. 12, která zní, cituji: „*Která z nabídnutých možností by pro Vás byla nejdůležitější v konečné fázi života?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 42a, 42b grafická zobrazení č. 42a, 42b:

Tabulka č. 42a vyhotovená k otázce č. 12 (srovnání skupiny A a B)

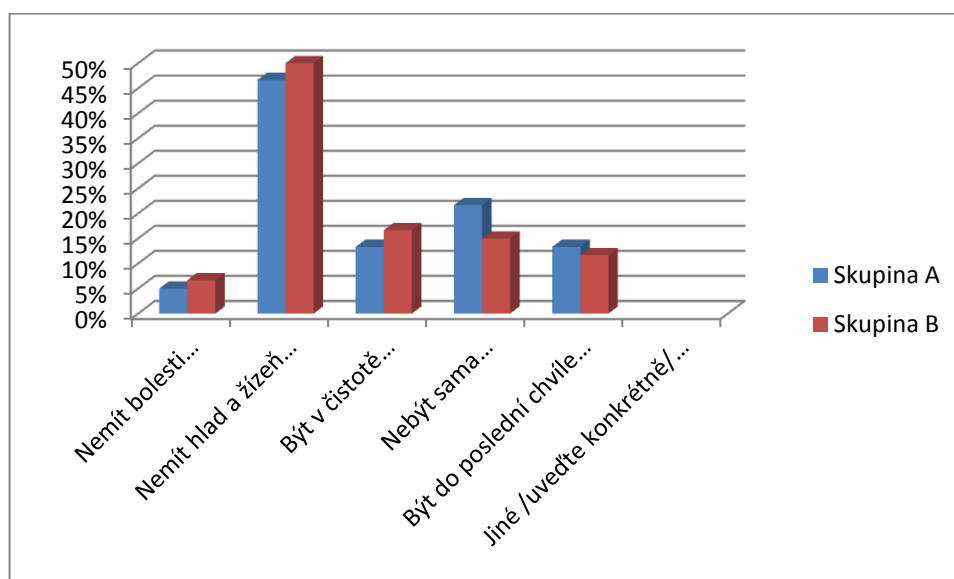
Nejvýše významné hledisko	Nemít bolesti	Nemít hlad a žízeň	Být v čistotě	Nebýt sám (sama)	Být do poslední chvíle soběstačný/á	Jiné /uved'te konkrétně/ vyjádření
Skupina A	60 %	1,67 %		13,33 %	25 %	
Skupina B	41,67 %	1,67 %	1,67 %	20 %	35 %	



Grafické zobrazení tabulky č. 42a – Nejvýznamnější hledisko (srovnání skupiny A a B)

Tabulka č. 42b vyhotovená k otázce č. 12 (srovnání skupiny A a B)

Nejméně významné hledisko	Nemít bolesti	Nemít hlad a žízeň	Být v čistotě	Nebýt sám (sama)	Být do poslední chvíle soběstačný/á	Jiné /uved'te konkrétně/ vyjádření
Skupina A	5 %	46,67 %	13,33 %	21,67 %	13,33 %	
Skupina B	6,67 %	50 %	16,67 %	15 %	11,67 %	



Grafické zobrazení tabulky č. 42b – Nejvýznamnější hledisko (srovnání skupiny A a B)

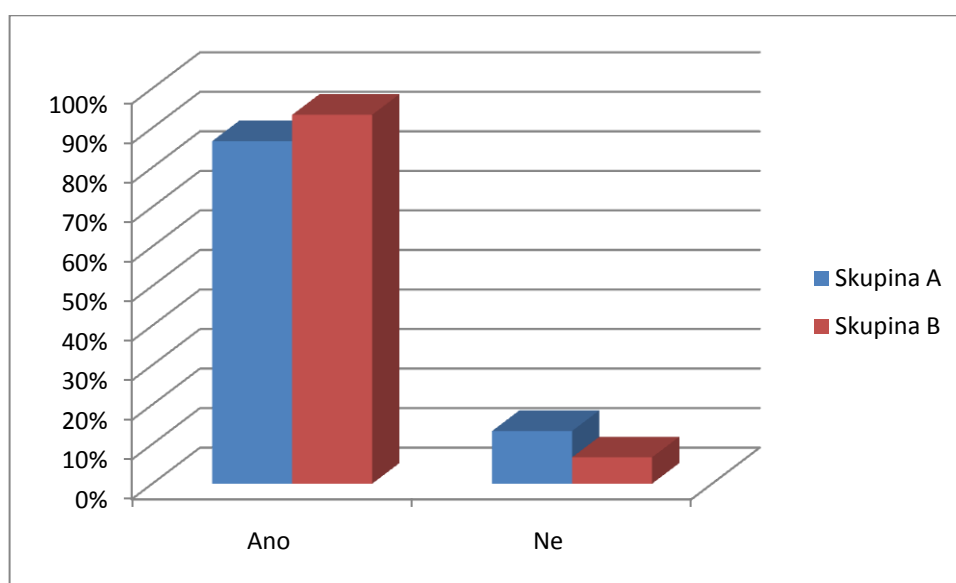
Z předkládaných tabulek a grafických zobrazení zpracovaných k otázce č. 12 vyplývá, že respondenti z obou skupin vyjádřili domněnku, že v konečné fázi života by pro ně bylo nejdůležitější nemít bolesti. Procentuálně větší význam přikládají tomuto hledisku respondenti ze skupiny všeobecných sester, konkrétně se takto vyjádřilo 60 % z nich. Ze skupiny respondentů složené z laické veřejnosti přikládá tomuto hledisku nejvyšší význam 41,67 % z nich. Velký význam je touto skupinou rovněž přikládán hledisku být do poslední chvíle soběstačný, konkrétně se takto vyjádřilo 35 % respondentů. Ze skupiny všeobecných sester stejnému hledisku přikládá význam 25 % respondentů.

Obě skupiny v konečné fázi života vyjádřily nejmenší obavy z hladu a žízně, konkrétně ze skupiny složené ze všeobecných sester to bylo 46,67 % respondentů, ze skupiny složené z laické veřejnosti to bylo 50 % respondentů.

Na otázku č. 13, která zní, cituji: „*Zastáváte názor, že člověk má právo rozhodovat o tom, jak zemře?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 43 a grafické zobrazení č. 43:

Tabulka č. 43 vyhotovená k otázce č. 13 (srovnání skupiny A a B)

Odpověď	Ano	Ne
Skupina A	86,67 %	13,33 %
Skupina B	93,33 %	6,67 %



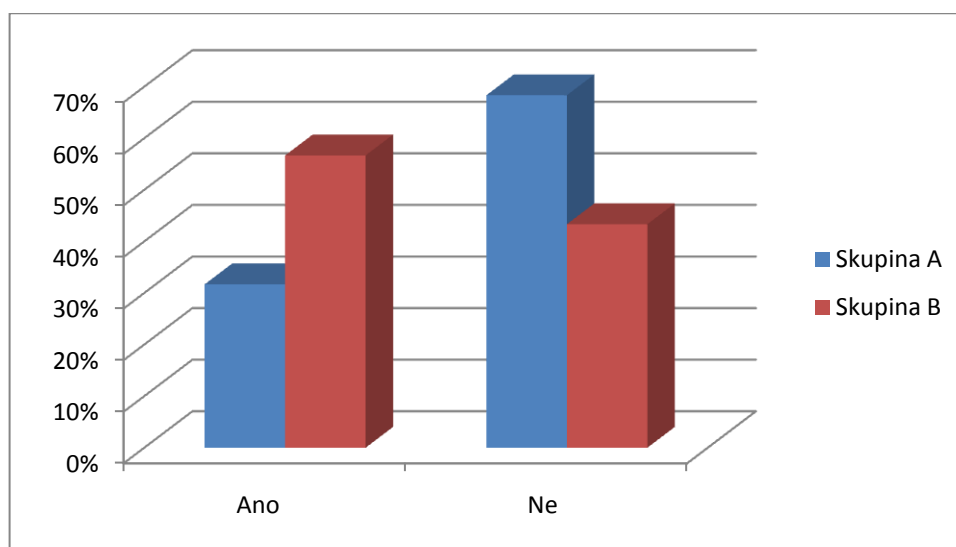
Grafické zobrazení tabulky č. 43 (srovnání skupiny A a B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaných k otázce č. 13 vyplývá, že respondenti z obou skupin by vyjádřili shodně názor, že člověk má právo rozhodovat, jak zemře. Ze skupiny všeobecných sester se takto vyslovilo 86,67 % respondentů. Ze skupiny složené z laické veřejnosti tento názor zastává 93,33 % respondentů

Na otázku č. 14, která zní, citují: „*Domníváte se, že umírající člověk ztrácí svou důstojnost?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 44 a grafické zobrazení č. 44:

Tabulka č. 44 vyhotovená k otázce č. 14 (srovnání skupiny A a B)

Odpověď	Ano	Ne
Skupina A	31,67 %	68,33 %
Skupina B	56,67 %	43,33 %



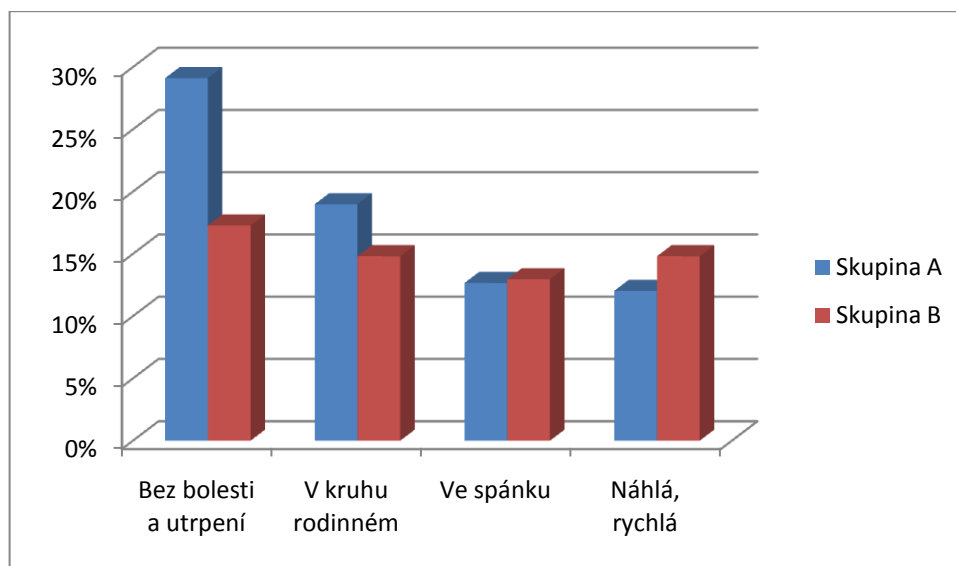
Grafické zobrazení tabulky č. 44 (srovnání skupiny A a B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaných k otázce č. 14 vyplývá, že 68,33 % respondentů ze skupiny všeobecných sester zastává názor, že umírající neztrácí svou důstojnost. Odlišný názor k položené otázce zaujala skupina složená z laické veřejnosti, kde naopak 56,67 % respondentů zastává názor, že umírající člověk ztrácí svou důstojnost.

Na otevřenou otázku č. 15, která zní, citují: „*Co je podle Vašeho názoru důstojné umírání a dobrá smrt?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 45 a grafické zobrazení č. 45:

Tabulka č. 45 vyhotovená k otázce č. 15 (srovnání skupiny A a B)

Nejčastěji použitá odpověď	Bez bolesti a utrpení	V kruhu rodinném	Ve spánku	Náhlá, rychlá
Skupina A	29,11 %	18,99 %	12,66 %	12,03 %
Skupina B	17,28 %	14,81 %	12,96 %	14,81 %



Grafické zobrazení tabulky č. 45 (srovnání skupiny A a B)

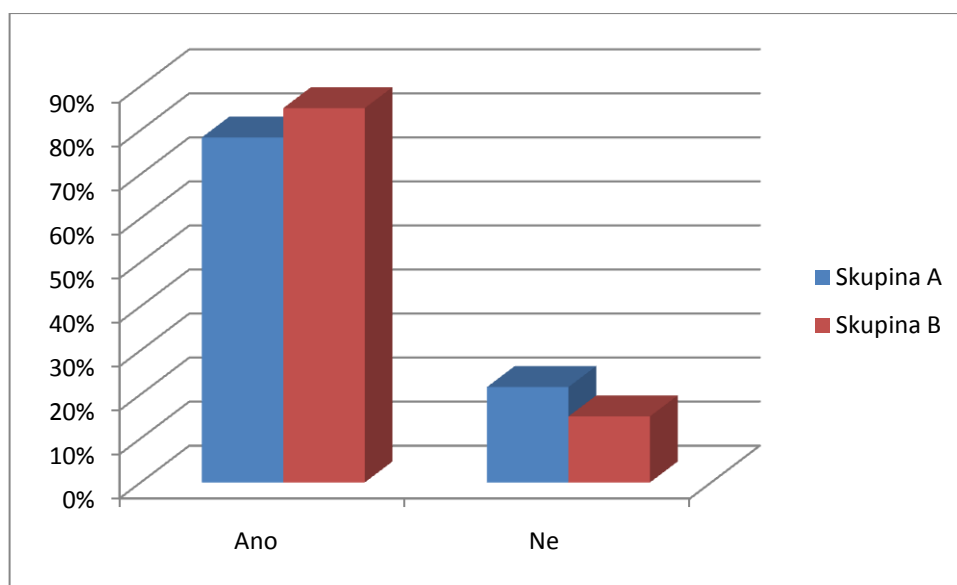
Na položenou volnou otázku: „*Co je podle Vašeho názoru důstojné umírání a dobrá smrt?*“, byla respondenty z obou skupin nalezena shoda ve dvou nejčastěji použitých odpovědích. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že všeobecnými sestrami bylo ve 29,11 % odpovědí a respondenty z laické veřejnosti v 17,28 % odpovědí vzpomínána smrt bez bolesti a utrpení. Na dalších pozicích byla vzpomínána smrt v kruhu rodinném, smrt ve spánku a náhlá a rychlá smrt. Z prezentovaného zjištění je zřejmé, že všeobecné sestry a laická veřejnost mají obdobnou představu o „důstojném umírání a dobré smrti“.

Ostatní odpovědi uváděné respondenty jsou zaznamenány ve vyhodnocovacích tabulkách, které jsou součástí přílohy na str. 131 a 132.

Na otázku č. 16, která zní, cituji: „*Souhlasil/a byste s přijetím zákona o euthanasii?*“, odpovídaly obě skupiny následovně, viz tabulka č. 46 a grafické zobrazení č. 46:

Tabulka č. 46 vyhotovená k otázce č. 16 (srovnání skupiny A a B)

Odpověď	Ano	Ne
Skupina A	78,33 %	21,67 %
Skupina B	85 %	15 %



Grafické zobrazení tabulky č. 46 (srovnání skupiny A a B)

Z předkládané tabulky a grafického zobrazení zpracovaných k otázce č. 16 vyplývá, že 78,33 % respondentů ze skupiny všeobecných sester a 85 % respondentů ze skupiny složené z laické veřejnosti, by souhlasilo s přijetím zákona o euthanasii.

3. DISKUZE

V rámci předkládané práce jsem si stanovila šest cílů, přičemž ke každému cíli jsem přiřadila tzv. nulovou a alternativní hypotézu.

Cílem č. 1 bylo zjistit, jaká je představa všeobecných sester a laické veřejnosti o důstojném umírání. K tomuto cíli se prioritně vázalo znění otázky č. 1, kterou byli respondenti z obou skupin dotázáni, cituji: „Co se Vám vybaví jako první, když se řekne důstojné umírání a důstojná smrt?“ Pro obě skupiny byla tato představa spojená se smrtí bez bolesti. Tuto odpověď uvedlo 86,67 % respondentů ze skupiny A složené ze všeobecných sester a 63,33 % respondentů ze skupiny B složené z laické veřejnosti.

K danému cíli se dále vázalo znění otevřené otázky č. 15, v níž měli respondenti sami slovně vyjádřit, co si představují pod pojmem důstojné umírání a důstojná smrt. Jako nejvíce početně zastoupená odpověď byla respondenty ze skupiny A uváděna smrt bez bolesti a utrpení, která byla zmíněná v 29,11 %. Respondenti ze skupiny B rovněž na tuto otázku nejčastěji reagovali odpovědí, že pod pojmem důstojné umírání a důstojná smrt si představují smrt bez bolesti a utrpení, konkrétně v 17,28 %.

Pro zajímavost lze v této souvislosti dále vzpomenout, že mezi čtyřmi nejpočetněji zastoupenými odpověďmi na otázku č. 15 byly dotázanými všeobecnými sestrami dále vzpomínány smrt v kruhu rodinném v 18,99 %, smrt ve spánku v 12,66 % a náhlá – rychlá smrt v 12,03 %. Respondenti z laické veřejnosti mezi čtyřmi nejpočetněji zastoupenými odpověďmi uváděli smrt v kruhu rodinném a náhlá – rychlá smrt, obě tato hlediska byla zmiňována shodně v 14,81 %. Na čtvrté pozici byla zmiňována smrt ve spánku v 12,96 %.

Realizovaným šetřením byla prokázána platnost hypotézy H_0 , která zněla, cituji: „*Předpokládám, že všeobecné sestry a laická veřejnost nemají rozdílné představy o důstojném umírání*“.

Cílem č. 2 bylo zjistit, které prostředí by všichni respondenti preferovali ve fázi umírání. K tomuto cíli se vázalo znění otázky č. 10, cituji: „Kdybyste si mohl/a vybrat chtěl/a byste strávit své poslední dny v ...?“ a reverzní otázky č. 11, cituji: „Kde byste nechtěl/a zemřít?“. Na otázku č. 10 uvedli respondenti z obou skupin odpověď, že by si přáli své poslední dny strávit doma. Tímto způsobem odpovědělo 83,33 % respondentů ze skupiny A složené ze všeobecných sester a 76,67 % respondentů ze skupiny B složené z laické veřejnosti. Shodu respondenti z obou skupin našli rovněž v odpovědi na otázku

č. 11, když uvedli, že by nechtěli zemřít v cizím prostředí. Ze skupiny A se tímto způsobem vyjádřilo 48,33 % všeobecných sester, ze skupiny B to bylo 41,67 % respondentů z laické veřejnosti. Respondenti z obou skupin zaujali, v souvislosti se zněním výše vzpomínané otázky, poměrně významné stanovisko rovněž k úmrtí v LDN, když se 25 % všeobecných sester a 40 % respondentů z laické veřejnosti vyjádřilo, že by v léčebně pro dlouhodobě nemocné nechtěli zemřít.

Realizovaným šetřením byla prokázána platnost hypotézy Ho, cituji: „*Předpokládám, že názory všeobecných sester a laické veřejnosti se budou shodovat*“.

Cílem č. 3 bylo zjistit, co považují všeobecné sestry za nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírající. K tomuto cíli se vázalo znění otázky č. 4, cituji: „Co je podle Vás nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírajícího?“ Nejčastější odpovědi dotázaných všeobecných sester ze skupiny A bylo v 68,33 % zvládnání tíšení bolesti. Jako další dvě nejpočetněji zastoupené odpovědi byly zmiňovány osobní kontakt s umírajícím v 15 % a zajištění základních biologických potřeb v 8,33 %.

V souvislosti s touto otázkou lze pro zajímavost uvést, že za nejméně významné hledisko byla všeobecnými sestrami považována úroveň poskytované hygienické péče v 38,33 %, správná komunikace v 28,33 % a osobní kontakt s umírajícím v 13,33 %.

Realizovaným šetřením byla prokázána platnost hypotézy Ho, cituji: „*Předpokládám, že všeobecné sestry preferují zvládnání tíšení bolesti*“.

Cílem č. 4 bylo zjistit, co očekává laická veřejnost od zdravotnické péče. K tomuto cíli se, tak jako ve výše vzpomínaném případě, vázalo znění otázky č. 4, cituji: „Co je podle Vás nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírajícího?“ Respondenti ze skupiny B složené z laické veřejnosti považují za nejdůležitější hledisko v souvislosti se zdravotnickou péčí zvládnání tíšení bolesti v 48,33 %. Jako další dvě nejpočetněji zastoupená hlediska byl laickou veřejností vzpomínán osobní kontakt s umírajícím ve 30 % a psychická podpora umírajícího v 11,67 %.

V souvislosti se zněním této otázky lze rovněž pro zajímavost uvést, že za nejméně významná hlediska byla považována správná komunikace v 43,33 %, hygienická péče a zajištění základních biologických potřeb, a to shodně v 16,67 %.

Z výše uvedeného zjištění je zřejmé, že skupina B složená z laické veřejnosti považuje, tak jako skupina A složená ze všeobecných sester, za nejdůležitější hledisko z pohledu zdravotnické péče zvládnání tíšení bolesti. Shoda panuje rovněž ve druhém nejpočetněji

zastoupeném hledisku, jímž byl osobní kontakt s umírajícím. Je nepochybné, že odpovědi respondentů vycházejí z jejich osobní zkušenosti. V souvislosti s výše vzpomínanou nejpočetněji zastoupenou odpovědí, je žádoucí zmínit fakt, že každý, kdo zažil byť krátkou, ale intenzivní bolest, např. zubu, bude preferovat její tišení nikoli psychickou podporu, která mu nepřinese faktickou úlevu od bolesti.

Realizovaným šetřením byla v daném případě prokázána platnost alternativní hypotézy H1, cituji: *„Předpokládám, že laická veřejnost neočekává hlavně psychickou podporu“*.

Cílem č. 5 bylo zjistit, zda považují všeobecné sestry přítomnost blízké osoby u umírajícího za přínosnou. K předmětnému cíli se vázalo znění otázky č. 6, cituji: *„Domníváte se, že by s umírajícím měl mít možnost být někdo z rodiny v nemocnici?“* Ze zaznamenaných odpovědí na položenou otázku vyplývá, že 75 % všeobecných sester považuje přítomnost blízké osoby u umírajícího za přínosnou, 20 % ji označilo za spíše přínosnou a pouhých 5 % ji označilo za spíše nepřínosnou.

Realizovaným šetřením byla prokázána platnost hypotézy Ho, cituji: *„Předpokládám, že všeobecné sestry považují přítomnost blízké osoby u umírajícího za přínosnou“*.

Cílem č. 6 bylo zjistit, zda by si respondenti z laické veřejnosti přáli umírat v přítomnosti blízké osoby. K danému cíli se s ohledem na obecně známý fakt, že většina umírajících dožívá své poslední chvíle ve zdravotnických zařízeních, vázalo taktéž znění otázky č. 6, cituji: *„Domníváte se, že by s umírajícím měl mít možnost být někdo z rodiny v nemocnici?“* Ze zaznamenaných odpovědí na položenou otázku vyplývá, že 70 % respondentů z laické veřejnosti považuje přítomnost blízké osoby u umírajícího za přínosnou, 26,67 % ji označilo za spíše přínosnou a pouhá 3,33 % ji označila za spíše nepřínosnou.

Realizovaným šetřením byla prokázána platnost hypotézy Ho, cituji: *„Předpokládám, že většina respondentů z laické veřejnosti by si přála umírat v přítomnosti blízké osoby.“*

V rámci komplexního zhodnocení všech informací, které vyplynuly z předložených dotazníků lze kromě výše prezentovaných výsledků vztahujících se k předem stanoveným cílům poukázat:

- 1) Nesoulad mezi hodnocením úrovně, která je poskytována umírajícím. Pokud všeobecné sestry nahlížely na její úroveň z pohledu zařízení, v němž pracují, hodnotily ji v 60 % jako dobrou. Pokud ji mají posoudit z celorepublikového pohledu, hodnotí ji v 50 % již pouze spíše jako dobrou. Nesoulad mezi těmito zjištěními můžeme vysvětlit jednak tím, že úroveň poskytované péče umírajícím je ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady nad celorepublikovým průměrem, k čemuž nemáme jakékoli důkazy, anebo obecně známým faktem, že každý člověk má snahu se prezentovat v lepším světle.
- 2) Ochotu poskytnout nezbytnou péči svým blízkým. V souvislosti s tímto konstatováním je třeba dále uvést, že z odpovědí respondentů z laické veřejnosti vyplynulo, že 45 % z nich má zkušenost s péčí o nemocné v konečné fázi života, přičemž 15 % z nich ji považuje za zkušenost pozitivní. Nehledě na předchozí zkušenost by o umírajícího v konečné fázi života opět pečovalo 55,56 % dotázaných. 34,04 % respondentů uvedlo, že by tak učinilo pouze v případě nevyhnutelné nutnosti a 7,41 % konstatovalo, že by již o umírajícího nepečovalo. Z prezentovaného zjištění je zřejmé, že naprostá většina respondentů si uvědomuje, že je svým blízkým povinována danou péčí poskytnout, a proto by tak opět učinila nehledě na předchozí zkušenost.
- 3) Panující shodu v názoru, že by umírající neměl ležet na pokoji s ostatními pacienty. Tento postoj zastává 81,67 % všeobecných sester a 85 % respondentů z laické veřejnosti. Z tohoto zjištění je zřejmý jednoznačný názor, že stav, kdy je umírající ubytován s ostatními pacienty, nepovažuje za vhodný ani jedna z dotázaných skupin. Příčinu tohoto zjištění lze spatřovat např. ve skutečnosti, že ne vždy se dá bolest pacienta úspěšně farmakologicky zvládnout. Pacient umírající v bolestech, kterého nelze ubytovat individuálně, těmito průvodními projevy působí nejen na zdravotnický personál, jemuž připomíná jeho neschopnost mu pomoci, tak i na spoluubytované pacienty, jímž připomíná pomíjivost lidského života. Ne všichni

spolupacienti jsou schopni a ochotni akceptovat fakt, že smrt je přirozenou součástí života, a že možnosti tlumení bolesti jsou omezené.

- 4) Zjištění, že lidský život se nemá zachraňovat za každou cenu, že člověk by měl mít právo rozhodovat o tom, jak zemře a že by měl být přijat zákon o euthanasii.
- Názor, že lidský život nemá být zachraňován za každou cenu, zastává 90 % všeobecných sester a 80 % respondentů z laické veřejnosti. V souvislosti s tímto zjištěním je třeba poukázat na fakt, že k lidskému životu bylo přistupováno v různých historických obdobích odlišně. Většina lidí si ze školních let vzpomíná např. na stav panující ve starověkém městském řeckém státě Sparta, kde byly děti, které se narodily s nějakou vrozenou vadou, anebo neobstály v testu spočívajícím v ponoření do vína, usmrceny, v lepším případě darovány otrokům. Charakteristický pro současnou dobu je naopak zcela opačný názor, že pokud jsme schopni nemocného udržet při životě, musíme tak učinit. O přínosnosti stávající praxe, kdy po mnoho let jsou při životě udržováni pacienti nacházející se ve vegetativním stavu, u nichž neexistuje reálná naděje, že nabudou vědomí, se začíná vést diskuze. Otvírána je rovněž otázka, zda máme pacienta s terminálním onemocněním, kterého nejsme schopni vyléčit, zatěžovat a vysilovat zbytečnou léčbou, anebo veškerou snahu máme soustředit pouze na zajištění dobré paliativní léčby.
 - Právo člověka rozhodovat o způsobu, jak zemře, které akceptuje 86,67 % všeobecných sester a 93,33 % respondentů z laické veřejnosti, může být chápáno ze dvou úhlů pohledu. Jedním, z nich je, že umírající by mohl, za podmínky, že je toho schopen, rozhodnout o místě, svého odchodu, tj. zda zemře doma v kruhu rodinném, v nemocnici, v léčebně pro dlouhodobě nemocné nebo v hospici apod. Druhým úhlem pohledu je, že umírající by mohl požádat v předem stanovených případech o předčasné ukončení života, např. když dlouhodobě trpí nesnesitelnými bolestmi, které nelze jakkoli zvládnout, a prognóza onemocnění směřuje k neodvratitelnému konci apod.
 - Souhlas s přijetím zákona o euthanasii vyjádřilo 78,33 % všeobecných sester a 85 % respondentů z laické veřejnosti. Z tohoto zjištění vyplývá, že naprostá většina respondentů z obou skupin by byla pro přijetí výše vzpomínaného zákona. Na problematiku euthanasie lze nahlížet z hlediska medicínského, právního nebo etického. Možnost euthanasie má své zastánce, ale i zaryté odpůrce. Do nekonečna

nelze před touto problematikou zavírat oči. V souvislosti s předmětnou záležitostí lze poukázat na nepopiratelný fakt, že před legalizací miniinterruptcí k nim docházelo a jejich následky byly mnohdy strašlivé. Kdo z nás by dnes, po prohlášení zesnulého MUDr. P. Koška, že „asistoval“ při dobrovolném odchodu své matky, 100 % zaručil, že k jiné euthanasii v ČR nedošlo, byť je to trestným činem. Je lépe možnost euthanasie legalizovat anebo řešení otázek spojených s euthanasií nadále odkládat?

- 5) Zjištění, že péči o umírající nemá zastávat pouze zdravotnický personál. S tímto názorem se ztotožnilo 91,67 % všeobecných sester a 78,33 % respondentů z laické veřejnosti. V této souvislosti je třeba připomenout obecně známý fakt, že normálně fungující rodiny vždy drží pospolu a jednotliví členové si vzájemně pomáhají. Z výše uvedeného je zřejmé, že laická veřejnost se nezříká svého aktivního podílu na péči o umírajícího. Za žádoucí lze proto považovat stav, kdy je blízkým osobám, pokud se na to cítí, umožněno se spolupodílet na péči o umírajícího.
- 6) Názor vyjádřený oběma skupinami, že ve fázi umírání by pravděpodobně měly největší obavy z bolesti. Tento názor vyjádřilo 68,33 % všeobecných sester a 41,67 % respondentů z laické veřejnosti.
- 7) Fakt, že obě skupiny vyjádřily přesvědčení, že v konečné fázi života by pro ně bylo nejdůležitější nemít bolesti. Tímto způsobem se vyjádřilo 60 % všeobecných sester a 41,67 % respondentů z laické veřejnosti.
- 8) Zjištění, že v názorech všeobecných sester a respondentů z laické veřejnosti nepanuje shoda v odpovědi na otázku, zda umírající člověk ztrácí svou důstojnost. V této souvislosti je třeba vzpomenout, že 68,33 % všeobecných sester zastává názor, že umírající si zachovává svou důstojnost. S tímto názorem se však neztotožňuje 56,67 % respondentů z laické veřejnosti, kteří naopak zastávají názor, že umírající ztrácí svou důstojnost. Kde hledat příčinu tohoto nesouladu v názorech? V první řadě v osobní zkušenosti, kdy všeobecné sestry jsou obeznámeny s průvodními projevy umírání, které je mnohdy doprovázeno nepředvídatelným jednáním umírajícího. Laická veřejnost, která v sobě neustále podvědomě konfrontuje stávající jednání umírajícího s jeho jednáním během dosavadního života, tak často není schopna či ochotna akceptovat nastalou změnu

stavu. Když umírající není schopen např. dodržovat zásady osobní hygieny, dělá nepředvídatelné věci, vykládají si toto jednání respondenti z laické veřejnosti na rozdíl od profesionálů nesprávně jako ztrátu osobní důstojnosti.

Všechny stanovené cíle bakalářské práce byly splněny. V souvislosti s jednotlivými cíli byly prokázány, vyjma cíle č. 4, platnosti tzv. nulových hypotéz. U cíle č. 4 byla prokázána platnost tzv. alternativní hypotézy, tj. předpokladu, že laická veřejnost v souvislosti se zdravotnickou péčí neočekává hlavně psychickou podporu.

Z komplexního vyhodnocení odpovědí respondentů zaznamenaných v předložených dotaznících vyplynulo dále zjištění, že problematice spojené s bolestí či jejím zvládnutím byla vždy všeobecnými sestrami přikládána vyšší důležitost. Ve svých odpovědích se obě skupiny shodly na nejvýznamnějším hledisku u 15 z 16 otázek. Pouze k otázce č. 14, jež zněla, citují: „*Domníváte se, že umírající ztrácí svou důstojnost?*“ zaujali respondenti z obou skupin diametrálně odlišné názory.

ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce nazvané „*Představy všeobecných sester a laické veřejnosti o důstojném umírání*“ shrnuji dosavadní poznatky, které se váží k danému tématu. Vymezuji zde základní pojmy, prezentuji zde názory významných lidí. Vzpomínám zde pět stádií umírání stanovených E. K. Rossovou a Horowitzův model pěti fází odchodu. Zamýšlím se nad stávajícími možnostmi v zajištění péče o umírající, emocionálním stavem umírajícího, způsobem vedení komunikace, možnostmi iatropatogenie, zásadami psychologické intervence a nad otázkou, zda a jakým způsobem sdělit umírajícímu pravdu. Neopomínám zmínit paliativní, domácí či instituzionalizovanou péči. V předkládané práci se rovněž krátce pozastavuji u problematiky euthanasie. V závěru teoretické části práce zmiňuji často opomíjený fakt, že, je třeba v souvislosti s poskytovanou péčí umírajícím, věnovat obdobnou pozornost zdravotnímu personálu, který vykonává tuto velmi psychicky náročnou a vysilující práci.

Cílem empirické části práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry a laická veřejnost má obdobnou představu o důstojném umírání. Na základě provedeného výzkumu lze konstatovat, že oběma skupinami jsou k dané problematice zaujímány obdobné názory. Respondenti z obou skupin našli shodu v nejčastěji preferovaných odpovědích na jednotlivé otázky, vyjma otázky č. 14. Za zmínku stojí fakt, že všeobecnými sestrami byla vždy citlivěji vnímána problematika bolesti či jejího zvládnutí. V souvislosti se zajištěním důstojného umírání byl prvořadý význam věnován oběma skupinami zajištění stavu, aby umírající nepocíťoval bolest.

V rámci realizovaného výzkumu byl zásadně odlišný postoj respondentů z obou skupin zjištěn pouze u otázky č. 14, cituji: „*Domníváte se, že umírající ztrácí svou důstojnost?*“ V souvislosti s tímto poznatkem je třeba zdůraznit fakt, že všeobecné sestry na rozdíl od laické veřejnosti zastávají většinový názor, že umírající neztrácí svou důstojnost. Toto zjištění, které je nepopíratelně ovlivněno nejen dosavadními životními a v případě všeobecných sester i pracovními zkušenostmi, se může stát dobrým námětem pro další bakalářské práce. O výsledcích této práce zvažuji možnost informovat širokou veřejnost.

Anotace

Autor:	Jana Opatrná
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Představy všeobecných sester a laické veřejnosti o důstojném umírání
Vedoucí práce:	Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Počet stran:	119
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova:	umírání, modely umírání, péče o umírající, důstojnost, paliativní péče

Bakalářská práce pojednává o problematice spojené s důstojným umíráním z pohledu všeobecných sester a laické veřejnosti. V teoretické části jsou rámcově shrnuty dosavadní poznatky, které se váží k dané problematice. Je zde rozebírán pojem umírání, modely umírání, možnosti při zajištění péče o umírající. Je zde též zmíněna problematika euthanasie a péče o doprovázející personál.

Empirická část je představována kvantitativním a procentuálním zhodnocením výsledků, které vyplynuly z vyhodnocení odpovědí respondentů na 16 otázek, jež byly součástí předloženého dotazníku. Zkoumaný vzorek tvořily všeobecné sestry zaměstnané ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady na interních odděleních a náhodný výběr respondentů ze skupiny laické veřejnosti.

The dissertation thesis deals with problems associated with dignified dying from the perspective of nurses and general public. In the theoretical part one can see the summarization of current knowledge pertaining to the subject. The concept of death, models of dying and the options of how to provide care for the dying are also discussed here. Furthermore, the thesis touches on the issue of euthanasia and the care of accompanying staff.

The empirical part is represented by quantitative assesment of results, which were gathered from respondents' answers to 16 questions in a submitted questionnaire. The studied sample consisted of nurses employed at The hospital of Královské Vinohrady's internal department and the random selection of respondents from general public.

Použitá literatura a prameny:

- ARIÉS, P.; *Dějiny smrti I.* Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-286-0
- ARÉS, P., *Dějiny smrti II.* Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-293-3
- CALLANANOVÁ, P.; KELLEYOVÁ, P.: *Poslední dary.* Vyšehrad spol. s. r.o. 2005. ISBN 80-7021.819-3
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H.; *Psychologický slovník.* Praha: Portál, s.r.o., 2000. ISBN 80-7178-303-X
- HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – Nauka o umírání a smrti.* Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7
- HAŠKOVCOVÁ, H.; *Lékařská etika.* Praha: Galén, 2002. ISBN 80-85824-54-X
- KŘIVOHLAVÝ, J; S. KACZNARCZYK: *Poslední úsek cesty.* Praha: Návrat domů, 1995
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *O smrti a umírání.* Turnov: Arica, 1992. ISBN 80-900134-6-5
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *Life and Death: Lessons from the dying. On: To Live and to Die: when, why and how.* Ed. Williams RH, New York 1973.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání.* Praha: H&H Jinočany, 1995.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E: *Questions and Answers on Death and Dying.* 1974 by Ross Medical Associates S.C. ISBN 0-02-0891550-4.
- KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2
- MOHAPL, P.; *Vybrané kapitoly z klinické psychologie II.* Univerzita Palackého, Olomouc 1991
- MUNZAROVÁ, M.: *Euthanasie nebo paliativní péče.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1025-0
- O'CONNOR, M.; ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1295-4
- PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, Ch.: *Principy a praxe paliativní péče.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1
- RABAN, M.; *Duchovní smysl člověka dnes.* Praha: Vyšehrad, 2008. ISBN 978-80-7021-933-1
- ROTTER, H.; *Důstojnost lidského života – Základní otázky lékařské etiky.* Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7

Standardy hospicové paliativní péče, Vydala asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče za podpory NROS, program lidská práva, 2007

Standardy domácí paliativní péče – Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče, Vydalo Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Praha 2004

SVATOŠOVÁ, M.; *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1999. ISBN 978-80-902049-2-9

SVATOŠOVÁ, M.; JIRMANOVÁ, M.; *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce Homo, 1998. ISBN 80-902049-1-0

SVOBODNÝ, P.; HLAVÁČKOVÁ, L.; *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-424-1

ŠULC, J.; DVOŘÁK, J.; MORÁVEK, M.; *Člověk na pokraji svých sil*. Praha: Avicenum, 1984

THEOVÁ, A. M.: *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4

Jak se dívám na konec života? Dostupné na:

WWW<<http://nezavirejteoci.cz/jak-se-divam-na-konec-zivota.html>

Seznam tabulek

	Str.
1. Tabulka č. 1 vyhotovená k otázce č. 1 (skupina A)	53
2. Tabulka č. 2 vyhotovená k otázce č. 2 (skupina A)	55
3. Tabulka č. 3 vyhotovená k otázce č. 3 (skupina A)	56
4. Tabulka č. 4 vyhotovená k otázce č. 1 (skupina A)	57
5. Tabulka č. 5 vyhotovená k otázce č. 5 (skupina A)	59
6. Tabulka č. 6 vyhotovená k otázce č. 6 (skupina A)	60
7. Tabulka č. 7 vyhotovená k otázce č. 7 (skupina A)	61
8. Tabulka č. 8 vyhotovená k otázce č. 8 (skupina A)	62
9. Tabulka č. 9 vyhotovená k otázce č. 9 (skupina A)	63
10. Tabulka č. 10 vyhotovená k otázce č. 10 (skupina A)	65
11. Tabulka č. 11 vyhotovená k otázce č. 11 (skupina A)	66
12. Tabulka č. 12 vyhotovená k otázce č. 12 (skupina A)	67
13. Tabulka č. 13 vyhotovená k otázce č. 13 (skupina A)	69
14. Tabulka č. 14 vyhotovená k otázce č. 14 (skupina A)	70
15. Tabulka č. 15 vyhotovená k otázce č. 15 (skupina A)	71
16. Tabulka č. 16 vyhotovená k otázce č. 16. (skupina A)	72
17. Tabulka č. 17 vyhotovená k otázce č. 1 (skupina B)	73
18. Tabulka č. 18 vyhotovená k otázce č. 2 (skupina B)	75
19. Tabulka č. 19 vyhotovená k otázce č. 3 (skupina B)	76
20. Tabulka č. 20 vyhotovená k otázce č. 4 (skupina B)	77
21. Tabulka č. 21 vyhotovená k otázce č. 5 (skupina B)	79
22. Tabulka č. 22 vyhotovená k otázce č. 6 (skupina B)	80
23. Tabulka č. 23 vyhotovená k otázce č. 7 (skupina B)	81
24. Tabulka č. 24 vyhotovená k otázce č. 8 (skupina B)	82
25. Tabulka č. 25 vyhotovená k otázce č. 9 (skupina B)	83
26. Tabulka č. 26 vyhotovená k otázce č. 10 (skupina B)	85
27. Tabulka č. 27 vyhotovená k otázce č. 11 (skupina B)	86
28. Tabulka č. 28 vyhotovená k otázce č. 12 (skupina B)	87
29. Tabulka č. 29 vyhotovená k otázce č. 13 (skupina B)	89
30. Tabulka č. 30 vyhotovená k otázce č. 14 (skupina B)	90

31. Tabulka č. 31 vyhotovená k otázce č. 15 (skupina B)	91
32. Tabulka č. 32 vyhotovená k otázce č. 16 (skupina B)	92
33. Tabulka č. 33a vyhotovená k otázce č. 1 (srovnání skupiny A a B)	93
34. Tabulka č. 33b vyhotovená k otázce č. 1 (srovnání skupiny A a B)	94
35. Tabulka č. 34a vyhotovená k otázce č. 4 (srovnání skupiny A a B)	95
36. Tabulka č. 34b vyhotovená k otázce č. 1 (srovnání skupiny A a B)	96
37. Tabulka č. 35 vyhotovená k otázce č. 5 (srovnání skupiny A a B)	97
38. Tabulka č. 36 vyhotovená k otázce č. 6 (srovnání skupiny A a B)	98
39. Tabulka č. 37 vyhotovená k otázce č. 7 (srovnání skupiny A a B)	99
40. Tabulka č. 38 vyhotovená k otázce č. 8 (srovnání skupiny A a B)	100
41. Tabulka č. 39a vyhotovená k otázce č. 9 (srovnání skupiny A a B)	101
42. Tabulka č. 39b vyhotovená k otázce č. 1 (srovnání skupiny A a B)	101
43. Tabulka č. 40 vyhotovená k otázce č. 10 (srovnání skupiny A a B)	103
44. Tabulka č. 41 vyhotovená k otázce č. 11 (srovnání skupiny A a B)	104
45. Tabulka č. 42a vyhotovená k otázce č. 12 (srovnání skupiny A a B)	105
46. Tabulka č. 42b vyhotovená k otázce č. 12 (srovnání skupiny A a B)	106
47. Tabulka č. 43 vyhotovená k otázce č. 13 (srovnání skupiny A a B)	107
48. Tabulka č. 44 vyhotovená k otázce č. 14 (srovnání skupiny A a B)	108
49. Tabulka č. 45 vyhotovená k otázce č. 15 (srovnání skupiny A a B)	109
50. Tabulka č. 46 vyhotovená k otázce č. 16 (srovnání skupiny A a B)	110

Seznam grafů

	Str.
1. Grafické zobrazení tabulky č. 1a – Nejvýznamnější hledisko (skupina A)	54
2. Grafické zobrazení tabulky č. 1b – Nejméně významné hledisko (skupina A)	54
3. Grafické zobrazení tabulky č. 2 (skupina A)	55
4. Grafické zobrazení tabulky č. 3 (skupina A)	56
5. Grafické zobrazení tabulky č. 4a – Nejvýznamnější hledisko (skupina A)	57
6. Grafické zobrazení tabulky č. 4b – Nejméně významné hledisko (skupina A)	58
7. Grafické zobrazení tabulky č. 5 (skupina A)	59
8. Grafické zobrazení tabulky č. 6 (skupina A)	60
9. Grafické zobrazení tabulky č. 7 (skupina A)	61
10. Grafické zobrazení tabulky č. 8 (skupina A)	62
11. Grafické zobrazení tabulky č. 9a – Nejvýznamnější hledisko (skupina A)	63
12. Grafické zobrazení tabulky č. 9b – Nejméně významné hledisko (skupina A)	64
13. Grafické zobrazení tabulky č. 10 (skupina A)	65
14. Grafické zobrazení tabulky č. 11 (skupina A)	66
15. Grafické zobrazení tabulky č. 12a – Nejvýznamnější hledisko (skupina A)	67
16. Grafické zobrazení tabulky č. 12b – Nejméně významné hledisko (skupina A)	68
17. Grafické zobrazení tabulky č. 13 (skupina A)	69
18. Grafické zobrazení tabulky č. 14 (skupina A)	70
19. Grafické zobrazení tabulky č. 15 – nejčastěji použité odpovědi (skupina A)	71
20. Grafické zobrazení tabulky č. 16. (skupina A)	72
21. Grafické zobrazení tabulky č. 17a – Nejvýznamnější hledisko (skupina B)	73
22. Grafické zobrazení tabulky č. 17b – Nejméně významné hledisko (skupina B)	74
23. Grafické zobrazení tabulky č. 18 (skupina B)	75
24. Grafické zobrazení tabulky č. 19 (skupina B)	76
25. Grafické zobrazení tabulky č. 20a – Nejvýznamnější hledisko (skupina B)	77
26. Grafické zobrazení tabulky č. 20b – Nejméně významné hledisko (skupina B)	78
27. Grafické zobrazení tabulky č. 21 (skupina B)	79
28. Grafické zobrazení tabulky č. 22 (skupina B)	80
29. Grafické zobrazení tabulky č. 23 (skupina B)	81
30. Grafické zobrazení tabulky č. 24 (skupina B)	82

31. Grafické zobrazení tabulky č. 25a – Nejvýznamnější hledisko (skupina B)	83
32. Grafické zobrazení tabulky č. 25b – Nejméně významné hledisko (skupina B)	84
33. Grafické zobrazení tabulky č. 26 (skupina B)	85
34. Grafické zobrazení tabulky č. 27 (skupina B)	86
35. Grafické zobrazení tabulky č. 28a – Nejvýznamnější hledisko (skupina B)	87
36. Grafické zobrazení tabulky č. 28b – Nejméně významné hledisko (skupina B)	88
37. Grafické zobrazení tabulky č. 29 (skupina B)	89
38. Grafické zobrazení tabulky č. 30 (skupina B)	90
39. Grafické zobrazení tabulky č. 31 – nejčastěji použité odpovědi (skupina B)	91
40. Grafické zobrazení tabulky č. 32 (skupina B)	92
41. Grafické zobrazení tabulky č. 33a – Nejvýznamnější hledisko (srovnání skupiny A a B)	93
42. Grafické zobrazení tabulky č. 33b – Nejméně významné hledisko (srovnání skupiny A a B)	94
43. Grafické zobrazení tabulky č. 34a – Nejvýznamnější hledisko (srovnání skupiny A a B)	95
44. Grafické zobrazení tabulky č. 34b – Nejméně významné hledisko (srovnání skupiny A a B)	96
45. Grafické zobrazení tabulky č. 35 (srovnání skupiny A a B)	97
46. Grafické zobrazení tabulky č. 36 (srovnání skupiny A a B)	98
47. Grafické zobrazení tabulky č. 37 (srovnání skupiny A a B)	99
48. Grafické zobrazení tabulky č. 38 (srovnání skupiny A a B)	100
49. Grafické zobrazení tabulky č. 39a – Nejvýznamnější hledisko (srovnání skupiny A a B)	101
50. Grafické zobrazení tabulky č. 39b – Nejméně významné hledisko (srovnání skupiny A a B)	102
51. Grafické zobrazení tabulky č. 40 (srovnání skupiny A a B)	103
52. Grafické zobrazení tabulky č. 41 (srovnání skupiny A a B)	104
53. Grafické zobrazení tabulky č. 42a – Nejvýznamnější hledisko (srovnání skupiny A a B)	105
54. Grafické zobrazení tabulky č. 42b – Nejméně významné hledisko (srovnání skupiny A a B)	106
55. Grafické zobrazení tabulky č. 43 (srovnání skupiny A a B)	107
56. Grafické zobrazení tabulky č. 44 (srovnání skupiny A a B)	108
	125

57. Grafické zobrazení tabulky č. 45 – nejčastěji se vyskytující odpověď (srovnání skupiny A a B)	109
58. Grafické zobrazení tabulky č. 46 (srovnání skupiny A a B)	110

Seznam příloh:

	Str.
1. Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné	128
2. Vyhodnocovací tabulka k otázce č. 15 (skupina A)	131
3. Vyhodnocovací tabulka k otázce č. 15 (skupina B)	132
4. Souhlas s distribucí dotazníků ve FN Královské Vinohrady	133
5. Dotazník použitý k testování skupiny A	134
6. Dotazník použitý k testování skupiny B	137

Přílohy:

Příloha č. 1 - Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné

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

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost a práva všech lidí, jež z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby. Zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kteří o něho pečují.
3. V roce 1976 deklarovalo Parlamentní shromáždění v rezoluci č. 613 své přesvědčení, že největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útěchou a podporou. Ve svém doporučení 776 (1996) k tomu shromáždění dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, jejíž snahou také musí být ukončit utrpení“.
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám smrtelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak ukázaly mnohé současné i minulé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Právě tak jako je člověk slabý a závislý na začátku svého života, potřebuje ochranu a podporu při umírání.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti,
 - častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby,
 - umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova souhlasu,
 - nedostatečným dalším vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči,
 - 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, z úplné závislosti na příbuzných a institucích a z toho, že by mohl být na obtíž,
 - chybějícím nebo nevhodným sociálním a institucionálním prostředím umožňujícím pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,

- nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči o smrtelně nemocné a umírající a pro jejich podporu,
 - sociální diskriminací, jaká je vlastní slabosti, umírání a smrti.
8. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí.
- a) Uznají a budou hájit nárok smrtelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a přijmou příslušná opatření:
- aby zajistily, že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua,
 - aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči,
 - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající, a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče,
 - aby ustavily ambulantní týmy a síť poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně,
 - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o smrtelně nemocné nebo umírající pacienty,
 - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o smrtelně nemocné nebo umírající,
 - aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato léčba měla u příslušného jedince přispívat ke zkrácení života,
 - aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému smrtelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy,
 - aby založily další, a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako interdisciplinární tanatologie,
 - 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) Budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na seburčení, a že proto přijmou nutná opatření:
- aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou, srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován,
 - aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelně ošetřujícího,
 - aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým

jiným, a že na ni nebude činěn nátlak, musejí být zvažena taková opatření, aby rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem,

- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle v pořízení smrtelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného, neschopného se vyjádřit, která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví, nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, aby ve sporných případech bylo rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení,
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností,
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta/pacientky, nebude porušeno jeho/její právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytovány za všech okolností a jež nesmějí být zanedbány,
- že zachovají předpis zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
 - I) uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně nemocným a umírajícím osobám je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“,
 - II) uznají, že přání zemřít, vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností úmyslně způsobující smrt.

Příloha č. 2 - Vyhodnocovací tabulka k otázce č. 15 (skupina A)

Odpověď	uvedená na 1. pozici		uvedená na 2. pozici		uvedená na 3. pozici		Celkem (1 až 3 pozice)	
ve spánku	20%	11	7,55%	4	10%	5	20	12,66%
náhlá - rychlá	9,09%	5	13,21%	7	14%	7	19	12,03%
bez bolesti - utrpení	41,82%	23	33,96%	18	10%	5	46	29,11%
v kruhu rodinném	14,55%	8	22,64%	12	20%	10	30	18,99%
neztratit soběstačnost			1,89%	1	6%	3	4	2,53%
nebýt sama	1,82%	1					1	0,63%
smířena a psychicky vyrovnaná			1,89%	1	12%	6	7	4,43%
s možností volby	1,82%	1					1	0,63%
s dobrou, komplexní péčí	1,82%	1	7,55%	4	18%	9	14	8,86%
možnost si zvolit prostředí	3,64%	2			2%	1	3	1,89%
bez ztráty důstojnosti	1,82%	1	3,77%	2			3	1,89%
s psychickou podporou			1,89%	1	2%	1	2	1,27%
obeznámena s diagnózou	1,82%	1					1	0,63%
v dobrém zázemí			1,89%	1			1	0,63%
bez lékařských zásahů			1,89%	1			1	0,63%
o samotě			1,89%	1			1	0,63%
neprodlužovaná	1,82%	1			6%	3	4	2,53%
Součet: procentuální a kvantitativní	100%	55	100%	53	100%	50	158	100%

Příloha č. 3 - Vyhodnocovací tabulka k otázce č. 15 (skupina B)

Odpověď	uvedená na 1. pozici		uvedená na 2. pozici		uvedená na 3. pozici		Celkem (1 až 3 pozice)	
ve spánku	24,14%	14	5,66%	3	7,84%	4	21	12,96%
náhlá - rychlá	22,41%	13	13,21%	7	7,84%	4	24	14,81%
bez bolesti a utrpení	13,79%	8	22,64%	12	15,69%	8	28	17,28%
v kruhu rodinném	13,79%	8	15,1%	8	15,69%	8	24	14,81%
neztratit soběstačnost	8,62%	5	9,43%	5	1,96%	1	11	6,79%
nebýt sama	3,45%	2	9,43%	5	3,92%	2	9	5,56%
ve stáří	3,45%	2	3,77%	2	11,76%	6	10	6,17%
s hygienickou péčí	3,45%	2	3,77%	2			4	2,47%
smířen s bohem, lidmi, smrtí	3,45%	2	1,89%	1	3,92%	2	5	3,09%
duševní klid	1,72%	1					1	0,62%
možnost si zvolit smrt	1,72%	1					1	0,62%
s lékařskou péčí			3,77%	2	7,84%	4	6	3,70%
s odpovídající péčí			1,89%	1	1,96%	1	2	1,23%
možnost si zvolit prostředí			1,89%	1			1	0,62%
bez příznaků těžké nemoci			1,89%	1			1	0,62%
přirozená			1,89%	1			1	0,62%
při vědomí			1,89%	1			1	0,62%
v bezvědomí			1,89%	1	1,96%	1	2	1,23%
důstojná					5,88%	3	3	1,85%
možnost euthanasie					3,92%	2	2	1,23%
v psychické kondici					3,92%	2	2	1,23%
s psychickou podporou					1,96%	1	1	0,62%
bez smutku					1,96%	1	1	0,62%
v soukromí					1,96%	1	1	0,62%
Součet: procentuální a kvantitativní	100%	58	100%	53	100%	51	162	100%

Příloha č. 4 – Souhlas s distribucí dotazníků ve FN Královské Vinohrady



FNKVP001ZKY2

V Mnichovicích dne 5.10.2009

Jana Opatrná
Jiráskova 713
251 64 Mnichovice

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Irena Trpišovská
Šrobárova 50
110 00 Praha 10

Věc: Žádost o povolení k distribuci dotazníků ve FN Královské Vinohrady

Vážená paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, dovoluji si Vás požádat o možnost rozdáni dotazníků „Představy zdravotních sester a laické veřejnosti o důstojném umírání“.

Předkládané anonymní dotazníky mají zjistit, co považují zdravotní sestry za nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírající a jakou mají představu o důstojném umírání.

Zároveň Vás žádám o povolení k použití získaných informací v rámci zpracovávané bakalářské práce, k prezentaci výsledků u státních zkoušek a eventuálně rovněž k publikaci.

O výsledcích Vás budu ráda informovat.

Vedoucí mé práce je Jana Kutnohorská, Doc. PhDr. CSc.

Za kladné vyřízení žádosti předem děkuji.

Opat
Jana Opatrná

studentka 3. ročníku bakalářského studia ošetrovatelství
LF UK v Hradci Králové

ŽÁDOST:

Schvaluji Neschvaluji

PROVEDENÍ ŠETŘENÍ U ZDRAVOTNÍCH SESTER

Trpišovi
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Irena Trpišovská

19.10.2009

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBAROVA 50, 100 34 PRAHA 10
NAMĚSTEK PRO OŠETROVATELSKOU PÉČI

Příloha: 2/8 předkládané dotazníky

FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Došlo: <i>6. 10. 2009</i>
Č.j.: <i>FNKV 16142/2009</i>
Priloha:

DOTAZNÍK

Věk

Délka praxe

Oddělení, na kterém pracujete.....

Návod:

Předkládaný dotazník obsahuje soubor 16 otázek, které se vztahují k problematice poskytované zdravotní péče o umírající. Na každou otázku v záznamovém listě odpovězte pravdivě a to zakroužkováním či uvedením odpovědi, která nejlépe vystihuje Váš názor. Dotazník neobsahuje žádné správné či nesprávné odpovědi. Správná je každá pravdivá odpověď.

Pracujte v přiměřeném tempu, nezdržujte se dlouhým přemýšlením a reagujte na veškeré otázky.

Za vyplnění tohoto dotazníku, jehož obsah bude využit v rámci zpracovávané bakalářské práce „Představy všeobecných sester a laické veřejnosti o důstojném umírání“, Vám předem děkuji.

1/ Co se Vám vybaví jako první, když se řekne „důstojné umírání“ a „důstojná smrt“?

*Očíslujte dle svého názoru níže předkládaná hlediska od jedné do šesti. **Nejvýznamnější hledisko uveďte pod pořadovým č. 1, o něco méně významné hledisko pod pořadovým č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, přičemž nejméně významné hledisko uveďte pod pořadovým č. 6.***

- neumírat v bolestech
- nebýt osamocen
- mít možnost splnit si poslední přání
- odcházet z tohoto světa doma, v kruhu rodinném
- mít uspokojeny základní biologické potřeby
- jiné /uveďte konkrétně/.....

2/ Jaká je podle Vašeho názoru úroveň péče o umírající v zařízení kde pracujete?

- a) dobrá
- b) spíše dobrá
- c) spíše špatná
- d) špatná

3/ Jaká je podle Vašeho názoru úroveň péče o umírající v ČR?

- a) dobrá
- b) spíše dobrá
- c) spíše špatná
- d) špatná

4/ Co je podle Vás nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírajícího?
Očísľujte dle svého názoru níže předkládaná hlediska od jedné do sedmi. Nejvýznamnější hledisko uveďte pod pořadovým č. 1, o něco méně významné hledisko pod pořadovým č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, přičemž nejméně významné hledisko uveďte pod pořadovým č. 7.

- zajištění základních biologických potřeb
- osobní kontakt s umírajícím
- zvládnání tíšení bolesti
- hygienická péče
- psychická podpora
- správná komunikace
- jiné /uveďte konkrétně/.....

5/ Je podle Vašeho názoru vhodné, aby umírající ležel na pokoji s ostatními pacienty?

- a) ano
- b) ne

6/ Domníváte se, že by s umírajícím měl mít možnost být někdo z rodiny v nemocnici?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

7/ Jste toho názoru, že lidský život se má zachraňovat za každou cenu?

- a) ano
- b) ne

8/ Ztotožňujete se s názorem, že péči o umírající má zastávat pouze zdravotnický personál?

- a) ano
- b) ne

9/ Uveďte, z čeho byste pravděpodobně měla ve fázi umírání nejvíce obavy?

Očísľujte dle svého názoru níže předkládaná hlediska od jedné do osmi. Nejvýznamnější hledisko uveďte pod pořadovým č. 1, o něco méně významné hledisko pod pořadovým č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, č. 7, přičemž nejméně významné hledisko uveďte pod pořadovým č. 8.

- bolesti
- ztráty soběstačnosti
- psychického utrpení
- odloučení od blízkých
- osamocení
- ztráty důstojnosti
- ničeho
- něčeho jiného /uveďte konkrétně/.....

10/ Kdybyste si mohla vybrat, chtěla byste strávit své poslední dny:

- a) doma
- b) v nemocnici
- c) v domově důchodců
- d) v LDN
- e) jinde /uved'te konkrétně/.....

11/ Kde byste nechtěla zemřít?

- a) v nemocnici
- b) doma
- c) v LDN
- d) v cizím prostředí
- e) jinde /uved'te konkrétně/.....

12/ Která z nabídnutých možností by pro Vás byla nejdůležitější v konečné fázi života?

*Očíslujte dle svého názoru níže předkládaná hlediska od jedné do šesti. **Nejvýznamnější hledisko uveďte pod pořadovým č. 1, o něco méně významné hledisko pod pořadovým č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, přičemž **nejméně významné hledisko uveďte pod pořadovým č. 6.*****

- nemít bolesti
- nemít hlad a žízeň
- být v čistotě
- nebýt sama
- být do poslední chvíle soběstačná
- jiné /uved'te konkrétně/.....

13/ Zastáváte názor, že člověk má právo rozhodovat o tom, jak zemře?

- a) ano
- b) ne

14/ Domníváte se, že umírající člověk ztrácí svou důstojnost?

- a) ano
- b) ne

15/ Co je podle Vašeho názoru důstojné umírání a dobrá smrt?

Uveďte 3 charakteristiky:

- 1)
- 2)
- 3)

16/ Souhlasila byste s přijetím zákona o euthanasii?

- a) ano
- b) ne

DOTAZNÍK

Věk

Pohlaví

Návod:

Předkládaný dotazník obsahuje soubor 16 otázek, které se vztahují k problematice poskytované zdravotní péče o umírající. Na každou otázku v záznamovém listě odpovězte pravdivě a to zakroužkováním či uvedením odpovědi, která nejlépe vystihuje Váš názor. Dotazník neobsahuje žádné správné či nesprávné odpovědi. Správná je každá pravdivá odpověď.

Pracujte v přiměřeném tempu, nezdržujte se dlouhým přemýšlením a reagujte na veškeré otázky.

Za vyplnění tohoto dotazníku, jehož obsah bude využit v rámci bakalářské práce „Představy všeobecných sester a laické veřejnosti o důstojném umírání“, Vám předem děkuji.

1/ Co se Vám vybaví jako první, když se řekne „důstojné umírání“ a „důstojná smrt“?

*Očísľujte dle svého názoru níže předkládaná hlediska od jedné do šesti. **Nejvýznamnější hledisko uveďte pod pořadovým č. 1**, o něco méně významné hledisko pod pořadovým č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, přičemž **nejméně významné hledisko uveďte pod pořadovým č. 6**.*

- neumírat v bolestech
- nebýt osamocen
- mít možnost splnit si poslední přání
- odcházet z tohoto světa doma, v kruhu rodinném
- mít uspokojeny základní biologické potřeby
- jiné /uveďte konkrétně/.....

2/ Máte vlastní zkušenost s péčí o nemocného v konečné fázi života?

- a) ano, pozitivní
- b) ano, negativní
- c) ne

3/ Na základě získané zkušenosti byste o umírajícího opět

- a) pečoval/a
- b) nepečoval/a
- c) jen v případě, že by to byla nevyhnutelná nutnost

4/ Co je podle Vás nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o umírajícího?
Očíslujte dle svého názoru níže předkládaná hlediska od jedné do sedmi. Nejvýznamnější hledisko uveďte pod pořadovým č. 1, o něco méně významné hledisko pod pořadovým č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, přičemž nejméně významné hledisko uveďte pod pořadovým č. 7.

- zajištění základních biologických potřeb
- osobní kontakt s umírajícím
- zvládnání tíšení bolesti
- hygienická péče
- psychická podpora
- správná komunikace
- jiné /uveďte konkrétně/.....

5/ Je podle Vašeho názoru vhodné, aby umírající ležel na pokoji s ostatními pacienty?
a) ano
b) ne

6/ Domníváte se, že by s umírajícím měl mít možnost být někdo z rodiny v nemocnici?
a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

7/ Jste toho názoru, že lidský život se má zachraňovat za každou cenu?
a) ano
b) ne

8/ Ztotožňujete se s názorem, že péči o umírající má zastávat pouze zdravotnický personál?
a) ano
b) ne

9/ Uveďte, z čeho byste pravděpodobně měl/a ve fázi umírání nejvíce obavy?
Očíslujte dle svého názoru níže předkládaná hlediska od jedné do osmi. Nejvýznamnější hledisko uveďte pod pořadovým č. 1, o něco méně významné hledisko pod pořadovým č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, č. 7, přičemž nejméně významné hledisko uveďte pod pořadovým č. 8.

- bolesti
- ztráty soběstačnosti
- psychického utrpení
- odloučení od blízkých
- osamocení
- ztráty důstojnosti
- ničeho
- něčeho jiného /uveďte konkrétně/.....

10/ Kdybyste si mohl/a vybrat, chtěl/a byste strávit své poslední dny:

- a) doma
- b) v nemocnici
- c) v domově důchodců
- d) v LDN
- e) jinde /uved'te konkrétně/.....

11/ Kde byste nechtěl/a zemřít?

- a) v nemocnici
- b) doma
- c) v LDN
- d) v cizím prostředí
- e) jinde /uved'te konkrétně/.....

12/ Která z nabídnutých možností by pro Vás byla nejdůležitější v konečné fázi života?

*Očíslyjte dle svého názoru níže předkládaná hlediska od jedné do šesti. **Nejvýznamnější hledisko uveďte pod pořadovým č. 1, o něco méně významné hledisko pod pořadovým č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, přičemž nejméně významné hledisko uveďte pod pořadovým č. 6.***

- nemít bolesti
- nemít hlad a žízeň
- být v čistotě
- nebýt sama
- být do poslední chvíle soběstačná
- jiné /uved'te konkrétně/.....

13/ Zastáváte názor, že člověk má právo rozhodovat o tom, jak zemře?

- a) ano
- b) ne

14/ Domníváte se, že umírající člověk ztrácí svou důstojnost?

- a) ano
- b) ne

15/ Co je podle Vašeho názoru důstojné umírání a dobrá smrt?

Uveďte 3 charakteristiky:

- 1)
- 2)
- 3)

16/ Souhlasil/a byste s přijetím zákona o euthanasii?

- a) ano
- b) ne

