

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. se sídlem v Praze 5, Duškova 7



Umírání v nemocničním prostředí z pohledu zdravotnického personálu

Bakalářská práce

Autor:	Jan Urbánek
Stupeň kvalifikace:	Bakalář
Komise pro studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Daniela Klimešová

Praha 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Umírání v nemocničním prostředí z pohledu zdravotnického personálu“ vypracoval samostatně pod vedením Mgr. Daniely Klimešové a s použitím pramenů a informačních zdrojů, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím s prezenčním zveřejněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

.....

Jan Urbánek

Poděkování

Rád bych tímto poděkoval všeobecným sestřám za čas, který věnovaly vyplnění mého dotazníku a hlavním sestřám oddělení, kde probíhal průzkum pro tuto bakalářskou práci. Dále bych rád poděkoval za vedení paní Mgr. Daniele Klimešové.

Abstrakt

URBÁNEK, Jan. *Umírání v nemocničním prostředí z pohledu zdravotnického personálu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Daniela Klimešová. Praha. 2014. 81s.

V práci jsou shrnuty dostupné teoretické poznatky zabývající se péčí o umírající, jsou zde vymezeny a definovány pojmy umírání a smrt. Dále práce popisuje domácí i tzv. institucionální model umírání, zmiňuje ošetrovatelskou a lékařskou etiku a právní předpisy, představuje jednotlivé formy thanatologické péče, nastiňuje otázku eutanázie a dystanázie a v závěru se zabývá základními potřebami umírajících pacientů.

Praktická část za využití dotazníku zjišťuje, jak vnímá umírání a smrt střední zdravotnický personál na odděleních vnitřního lékařství a odděleních intenzivní medicíny.

Klíčová slova: Eutanázie. Dystanázie. Paliativní péče. Smrt. Thanatologie.

Abstract

URBÁNEK, Jan. *Dying in Hospital Surroundings from Medical Staff's Point of View. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Daniela Klimešová. Prague. 2014. 81 pages.*

In the thesis there is summarized the available theoretical knowledge dealing with the care of the dying, moreover there are defined the terms dying and death. Further, the thesis describes the home and the institutional model of dying, mentions nursing and medical ethics and legal regulations, represents forms of the thanatological care, outlines the issues of euthanasia and dysthanasia and finally it deals with the basic needs of dying patients.

In the practical part there is mentioned how the nursing staff of internal medicine department and intensive care unit perceive the issue of dying and death. Research was conducted by using a questionnaire examining.

Keywords: Euthanasia. Death. Dysthanasia. Palliative care. Thanatology.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 UMÍRÁNÍ.....	10
1.1 Vymezení pojmu a definice umírání	10
1.2 Historický kontext umírání.....	11
1.3 Současný pohled na umírání	12
1.4 Fáze procesu umírání	13
1.5 Modely umírání	15
2 SMRT	18
2.1 Vymezení pojmu a definice smrti	19
2.2 Význam smrti	21
2.3 Diagnostika smrti	21
3 ETICKÉ PROBLÉMY UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	23
3.1 Lékařská etika	23
3.2 Ošetrovatelská etika	24
3.3 Právo v oblasti zdravotnictví.....	24
3.4 Práva pacientů a práva umírajících	24
4 THANATOLOGIE	27
4.1 Formy thanatologické péče	27
4.2 Eutanázie	27
4.3 Dystanázie	29
5 NEMOC.....	30
5.1 Terminální stádium nemoci.....	30
5.2 Potřeby umírajícího	31

5.3	Péče o umírajícího	32
	PRAKTICKÁ ČÁST	33
6	PRŮZKUM.....	34
6.1	Cíl průzkumu.....	34
6.1.1	Dílčí cíle	34
6.2	Metodika průzkumu	35
6.2.1	Výběr a popis průzkumného souboru.....	35
6.2.2	Metody průzkumu	35
6.3	Analýza, zpracování a interpretace výsledků průzkumu.....	36
6.4	Diskuse	64
6.5	Doporučení pro praxi	67
	ZÁVĚR	68
	SEZNAM LITERATURY	69
	SEZNAM OBRÁZKŮ	72
	SEZNAM TABULEK	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74
	PŘÍLOHA I – ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	75
	PŘÍLOHA II – DOTAZNÍK.....	76

ÚVOD

Umírání a smrt jsou neoddelitelnou součástí života týkající se každého jedince. Problematika umírání by tedy měla být klíčovým tématem v rámci celé společnosti. Bohužel jsme svědky určité snahy o vytěsňování smrti a věcí s ní souvisejících z běžného života. Umírání a smrt se však netýkají pouze samotného umírajícího, jeho rodiny či přátel. Bezprostředně se týkají osob, které o umírajícího pečují, což v současnosti představují zejména profesionálové v oblasti zdravotnické a sociální, jelikož v představách moderních lidí je stále nemocnice místem, kam umírání patří.

Péče o umírajícího klade na zdravotnický personál zvýšené a specifické požadavky. Vyžaduje nejen individuální, ale i delikátní přístup, je totiž žádoucí zajistit, aby člověk v nemocnici umíral důstojně a necítil se opuštěně.

Pro svou závěrečnou bakalářskou práci jsem vybral téma: „Umírání v nemocničním prostředí z pohledu zdravotnického personálu“, protože se o tuto tematiku dlouhodobě zajímám. Téma je to sice hojně diskutované, domnívám se však, že rozhodně není uzavřené. Navíc je provázené řadou předsudků. Problematika péče o umírající z hlediska ošetřujícího personálu je složitá a přinejmenším neujasněná.

Předkládaná bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce je zpracována formou literární rešerše, která se týká problematiky umírajících pacientů. Shrnuje dostupné teoretické poznatky, které se zabývají charakteristickými rysy umírání a smrti se zaměřením na péči o umírající. Praktická část práce je zaměřena na průzkum, jehož cílem je zjistit, jak jsou umírání a smrt pacientů vnímány z pohledu jejich ošetřujícího personálu na odděleních vnitřního lékařství a odděleních intenzivní medicíny.

TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ

Umírání, velmi obecně řečeno, je fáze před smrtí, která má mnoho podob. Proces je to zcela individuální. Liší se svou délkou i průběhem. Zcela zásadním faktorem, který celý proces ovlivňuje, je subjektivní prožívání každého jedince. J. Kelnarová uvádí, že „*konec umírání je osobní zkušeností každého člověka, které se nemůže zúčastnit nikdo jiný*“¹. Konečnou fází umírání je smrt (viz kapitola 3).

1.1 Vymezení pojmu a definice umírání

„Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu, při němž dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt“^{2 3}.

Definovat umírání jakožto terminální stav je jedna z možných variant vysvětlení tohoto pojmu. Připusťme však, že o umírání lze hovořit mnohem dříve než ve výše zmíněném terminálním stádiu, takže se jedná o dlouhodobější proces. Umírající lidé totiž vyžadují specifickou péči již bezprostředně po propuknutí závažné choroby nebo akutního stavu, které jsou smrtelné, život ohrožující nebo nevléčitelné, přičemž si jsou tohoto dotyční lidé vědomi, tedy uvědomují si nenávratnost svého stavu.

Toto pojetí zastává K. Blumenthal-Barby: „*Jedná se o situaci, kdy se člověk vědomě nebo nevědomě vyrovnává se skutečností, že jeho život postupně končí. Definice umírání tedy vědomě staví do popředí vnímání nezměnitelnosti osudu ze strany postiženého člověka, bez ohledu na to, zda si to uvědomí nejprve sám anebo to odvodí z okolností*“⁴.

¹ KELNAROVÁ, J., *Thanatologie v ošetrovatelství*, 2007, s. 112.

² HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, 2002, s. 204.

³ ŠPATENKOVÁ, N., *Problematika zdraví a nemoci*, 2003, s. 50.

⁴ BLUMENTHAL-BARBY, K., *Kapitoly z thanatologie*, 1987, s. 43.

1.2 Historický kontext umírání

Každá civilizace je nucena, vzhledem k její nevyhnutelnosti, čelit umírání a smrti. Většinou jsou tyto doprovázeny řadou rituálů, které se od sebe mohou značně lišit. Péče o umírající patří k lékařské, ošetrovatelské a sociální péči, a tudíž má vypovídající hodnotu o vyspělosti daného společenství. H. Kisvetrová a J. Kutnohorská uvádí: „*Vývoj postoje ke smrti a s tím související rituály a obřady se řídily jednoduchými proměnami čtyř psychologických prvků: vědomí sebe sama, obrana společnosti proti divokosti přírody, víra v posmrtný život a víra v existenci zla*“⁵.

V minulosti lidé vnímali smrt více jako přirozenou součást života, neboť s ní byli více v bezprostředním kontaktu. Umírání probíhalo ideálně v domácím prostředí, takže mu byl vystaven de facto každý člen domácnosti. S tím souvisí také to, že byla péče o umírající z naprosté většiny laického charakteru. Přítomnost lékařů či jiných odborníků byla špatně dostupná jednak z finančního hlediska, ale také z důvodu omezených možností medicíny. Podmínky, za kterých lidé doma umírali, se v průběhu staletí příliš neměnily. Umírání v domácím prostředí bylo jistotou, že v posledních chvílích života nemusí být umírající osamocen. Umírajícímu byla rovněž poskytnuta duchovní podpora, nejčastěji v podobě přivolaného kněze⁶.

Mnozí lidé však neměli žádnou rodinu, takže umírali opuštěni v žalostných podmínkách bez jakékoli péče. Proto se postupně začaly budovat tzv. chorobince, špitály a nemocnice. Účelem bylo poskytování základní péče o umírající (umírajícímu bylo zajištěno lůžko, dostatečné teplo, jídlo, pití a hygiena). Tato zařízení ale nezajišťovala dostatek soukromí, neboť disponovala velkými sály s vysokým počtem lůžek, kde byli umírající od sebe odděleni maximálně plentou⁷.

S rozvojem lékařství a ošetrovatelství se postupně začali umírající pacienti přemísťovat do nemocnic ve snaze poskytnout jim co možná nejlepší odbornou pomoc a péči s eventuálním oddálením smrti, či jejímu úplnému zabránění. Takto se umírání a

⁵ KISVETROVÁ, Helena, KUTNOHORSKÁ, Jana, Umírání a smrt v historickém vývoji, In *Popularizace vědy*, 2010, s. 212.

⁶ HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, 2002, s. 232.

⁷ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 191.

smrt odsunula do ústraní. Doba pro návštěvy umírajících se postupně snížila na minimum, tudíž o umírající pečovali výhradně lékaři, ošetřovatelé, zdravotníci. H. Komínková v souvislosti s umíráním v nemocnici uvádí: „*Dlouhá léta jsme se podvědomě snažili vytěšňovat myšlenky na smrt a odsunovat naše umírající ven z rodinného kruhu. Nevyléčitelně nemocní umírali v nemocnicích, za plentou, osamocení na pokojích, bez možnosti kontinuálních návštěv. V podvědomí laické i zdravotnické veřejnosti převládal názor, že umírat se musí v nemocnici*“⁸.

Lékařská a ošetřovatelská péče kladla důraz na tělesné pohodlí umírajícího, ostatní potřeby, duševní a duchovní, však zůstávaly opomíjeny. Péče o umírající byla jakoby „odosobněna“. S touto profesionalizací péče o umírající se zároveň snižovala potřeba lidí starat se o své umírající členy rodiny. Nevyhnutelným následkem tedy byla ztráta schopností tuto činnost vykonávat, především z hlediska psychické připravenosti na takovou emocionální zátěž. Potencionální pečovatelé z rodinného kruhu se často obávali, že jejich laická péče bude kontraproduktivní, nebo toto odmítali již ze své podstaty jako něco nepřirozeného a nežádoucího. Slovy H. Haškovcové: „*smrti byl upřen charakter sociálního aktu a někteří odborníci se shodují v názoru, že nikdy nebyl člověk v umírání tak sám, jako v naší moderní době*“⁹. Člověk je tvor společenský a zejména v takto po všech stránkách nesmírně náročné situaci, jako je vědomí blížící se smrti, potřebuje někoho blízkého, kdo by mu projevil svou emocionální účast. Bez nadsázky lze říct, že nikdo nechce umírat sám.

1.3 Současný pohled na umírání

Jsem přesvědčen o tom, že hospitalizace umírajících do specializovaných zařízení v porovnání s domácí péčí, převládá i dnes. Důvodem často bývá strach z poskytnutí nedostatečné, neodborné, a tím pádem také pro pacienta nedobré, péče. Mnoho lidí raději svěří své blízké do péče odborníků ve víře, že je to pro ně tak nejlepší,

⁸ KOMÍNKOVÁ, H., Právo na důstojné umírání, In *Sestra*, 2002, s. 20 – 21.

⁹ HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, 2002, s. 232.

přínejmenším nejbezpečnější. Postoje k umírání se výrazně liší, je možné je třídit do modelů.¹⁰ Jedná se o následující:

- **smrt jako tabu** – lidé se ať už vědomě či nevědomě vyhýbají jakékoli zmínce o umírání a smrti, patrně ve snaze vytěsnit myšlenky na vlastní smrt a smrtelnost. Pro člověka odkloněného od spirituality a zaměřeného exaktně či racionálně je nemožné smrt hlouběji zkoumat. Víra v posmrtný život je nahrazena vírou v medicínu, která je schopná zvítězit takřka nad každou nemocí, tím pádem, jako by smrt přestala existovat.
- **smrt jako samota neboli sociální smrt** – v důsledku institucionalizace a tabuizace smrti je umírající člověk postupně vyčleněn z komunikace s ostatními lidmi, je izolován a zapomenut.
- **smrt jako dovršení** – jelikož je postoj ke smrti, a tím pádem i k umírání, odrazem světonázoru, jsou lidé, kteří umírají vnitřně smíření a beze strachu. Zdrojem tohoto klidu a jistoty bývá bůh (či jiná metafyzická entita přesahující časoprostor), se kterým nejsou ve smrti osamoceni. Tělesná smrt je přechodem do posmrtného života. Víra je tak zdrojem statečnosti a naděje.¹¹

Je třeba zmínit také pojem tzv. **zakázané smrti**. Jedná se o způsoby rychlé a bezbolestné smrti, s cílem zamezení dlouhému bolestnému umírání a pocitům osamění¹². V současné době hovoříme např. o eutanazii, které je věnována podkapitola 3.2.

1.4 Fáze procesu umírání

Proces umírání lze rozdělit na tři období:

- období pre finem,

¹⁰ KISVETROVÁ, Helena, KUTNOHORSKÁ, Jana, Umírání a smrt v historickém vývoji, In *Popularizace vědy*, 2010, s. 218.

¹¹ KISVETROVÁ, Helena, KUTNOHORSKÁ, Jana, Umírání a smrt v historickém vývoji, In *Popularizace vědy*, 2010, s. 218 – 219.

¹² KISVETROVÁ, Helena, KUTNOHORSKÁ, Jana, Umírání a smrt v historickém vývoji, In *Popularizace vědy*, 2010, s. 219.

- období in finem,
- období post finem.

Období pre finem začíná stanovením základní diagnózy onemocnění ohrožující život, ale není časově omezené, protože může trvat v řádech týdnů, měsíců i let¹³. Podstatné je předejít tzv. psychické a sociální smrti. Modelové fáze psychického prožívání od diagnostikování závažného onemocnění podle Kübler-Rossové jsou známé i mezi laiky:

- *„fáze negace – šok při příchodu nemoci, popření, stažení se do izolace,*
- *fáze agrese – hněv, vzpoura, zlost na zdravé lidi, zdravotníky,*
- *fáze smlouvání – vyjednávání, hledání zázračných léků a léčitelů,*
- *deprese – smutek, strach,*
- *smíření – souhlas, akceptace, přijetí neodvratitelné skutečnosti“¹⁴.*

Tyto fáze prožívání příchodu závažného onemocnění se mohou opakovat, střídat a prolínat. Neprožívají je pouze samotní nemocní, nýbrž i jejich rodiny a blízcí.

Obdobím in finem je stav tzv. bezprostředního umírání nebo také terminální stav, kdy by umírajícímu měly být uspokojovány jeho biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby. Toto období se týká rovněž jak umírajícího, tak jeho rodiny a nejbližších.

Období post finem začíná úmrtím člověka. Do této fáze spadá péče o mrtvé tělo, a péče o pozůstalé. S tímto souvisí problematika ošetrovatelské etiky, která je v této fázi neodmyslitelná¹⁵.

Tyto fáze umírání mohou nést jiná pojmenování, např. J. Křivohlavý a S. Kaczmarczyk pracují s termíny *„premortální péče (tj. péče před smrtí), perimortální*

¹³ HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, 2002, s. 151.

¹⁴ KÜBLER-ROSS, E., *On Death and Dying*, 1969, s. 27-29.

¹⁵ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, 2000, s. 244.

péče (tj. péče v terminálním stádiu) a postmortální péče (tj. posmrtná péče)“¹⁶, podstata nicméně zůstává stejná.

1.5 Modely umírání

Modely umírání jsou spjaty s historickým kontextem. Uvedu dva základní modely umírání:

- domácí neboli tradiční model umírání,
- institucionální model umírání.

Domácí (tradiční) model umírání: základní péči poskytovali umírajícímu jeho nejbližší, zejména rodinní příslušníci v domácím prostředí, které již z podstaty poskytovalo komfort dobře známého prostoru. Umírající nebyl, nebo spíše nemusel být, osamocen, což bylo a je podstatnou výhodou tohoto modelu. Členové domácnosti poskytovali sice laickou, neodbornou, péči, získané znalosti a zkušenosti si však předávali takřka z generace na generaci a dokázali tak rozpoznat blížící se smrt podle různých signálů¹⁷. To, že se blízké okolí tímto způsobem bezprostředně setkávalo s umíráním a se smrtí, je připravovalo na jejich vlastní skon. Smrt nebyla tabu. Naopak, umírání bylo společenským aktem¹⁸. Pozornosti a pomoci se dostávalo rovněž pozůstalým po zesnulých, například v podobě duševní podpory od sousedů či duchovní podpory od kněze či jiného duchovního.

Zásadním problémem tohoto modelu byla skutečnost, že ne každý umírající měl rodinu či blízké, kteří by o něho pečovali, ať už z důvodů jejich úplné absence, nedostupnosti či neochoty. Takové případy rozhodně nebyly ojedinělé, proto mnozí umírali v neutěšených až kritických podmínkách a zcela společensky izolovaní. Další nevýhodou byla špatně dostupná, často dokonce nedostupná odborná lékařská pomoc v případě potřeby. Kvůli těmto a dalším jiným problémům, které domácí model umírání přinášel, byla zakládána specializovaná zařízení pro umírající.

¹⁶ KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S., *Poslední úsek cesty*, 1995, s. 19.

¹⁷ KELNAROVÁ, J., *Thanatologie v ošetrovatelství*, 2007, s. 112.

¹⁸ HAŠKOVCOVÁ, H., *Práva pacientů*, 1996, s. 135.

V dnešní společnosti (mluvíme tu o většinové společnosti, domácí model umírání totiž nikdy nebyl zcela vytlačen) sílí hlasy požadující znovunavrácení se k domácímu modelu umírání (např. ve formě domácích hospiců). Tato představa není snadno realizovatelná. Domácí model umírání je totiž založen na nepřetržité péči o umírajícího ze strany vždy alespoň jednoho člena rodiny. Vezmeme-li v úvahu, že se s rozvojem medicíny značně oddálila smrt prodloužením fáze *in finem*, která může trvat celé roky, může si tuto domácí péči dovolit jen málokterá rodina¹⁹, především z důvodů ekonomických, ale také z důvodu neúměrně velké zátěže fyzické a psychické kladené na pečovatele.

Institucionální model umírání vychází z domácího modelu umírání. Hlavní myšlenkou bylo snížení případně odstranění nedostatků, spjatých s domácím modelem umírání. Postupně byla zakládána speciální zařízení, která poskytovala hmotné zázemí a tělesnou péči umírajícím. Byly to zejména chorobince, nemocnice, špitály, invalidovny, starobince či azylové domy. Zřizovatelem byla ve většině případů církev, později vznikaly instituce ryze sekulární, případně se původně církevní zařízení sekularizovala²⁰. S rozvojem těchto zařízení se postupně zkvalitňovala také lékařská a ošetrovatelská péče o umírající.

Ve 20. století začal být vnímán jako problematický, jako bezezbytku institucionalizovaný, tedy „odlidštěný“. Umírajícím byla poskytována potřebná péče na odborné úrovni, na druhou stranu jim nebylo poskytnuto téměř žádné soukromí, tudíž byli rušeni ostatními pacienty. Nadto se cítili emocionálně izolováni, postrádali společnost svých blízkých, tím pádem se jim nedostávalo potřebných emočních prožitků. Umírání již nebylo společenským aktem²¹. H. Pera a B. Weinert v souvislosti s institucionálním modelem umírání uvádí, že „*těžce nemocný se často považuje za nezpůsobitelného pro společnost. Nevědomky je vylučován z lidského společenství i ze společenství rodiny a stává se jen věcí v nemocnici. Je vyvržen, jakoby se dopustil osobní nebo společenské zrady*“²².

¹⁹ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, 2000, s. 244.

²⁰ BRABEC, L., *Křesťanská thanatologie*, 1991, s. 118.

²¹ KELNAROVÁ, J., *Thanatologie v ošetrovatelství*, 2007, s. 25.

²² PERA, H., WEINERT, B., *Nemocným na blízku*, 1996, s. 121.

Pro současnou dobu je typická snaha nalézt kompromis mezi oběma modely, vzít si to lepší z obou, emocionální účast a blízkost rodiny či přátel se zachováním potřebné odborné péče zdravotníků a ošetřovatelů. Tedy umírání v důstojných podmínkách pro všechny složky lidského života, tělesnou, duševní i duchovní.

2 SMRT

Smrt je konečnou fází umírání. Postoje ke smrti se proměňují nejen v celé společnosti, ale i u jednotlivců v závislosti na vztahu lidí k umírání a společenských změnách. Postoje ke smrti a jejich proměny jsou shrnovány do pěti modelů, jak je uvedl Phillipe Ariés:

- **ochočená smrt** – lidé přijímali smrt jako neměnný fakt a součást života, neboť je přirozeně obklopovala, věděli jak s ní nakládat a neměli z ní takový strach. Život jedince patřil celému společenství, proto ani smrt nebyla osobní tragédií, nýbrž věcí týkající se celého společenství, které musí zajistit pokračování druhu. Lidé věděli, jak se bezprostředně před smrtí i po smrti jedince chovat, jelikož byly pevně stanovené pohřební rituály. Významnou úlohu hrála rovněž pevná víra v posmrtný život. Tento model víceméně převládal v 5. – 18. století ²³
- **smrt sebe samého** – smrt už není pouze záležitostí společenství, je osudem konkrétního člověka. Typický je příklon k individualitě, smrt je osobním dramatem jedince. Hmatatelným důsledkem tohoto postoje byly závěti, ve kterých dávali zesnulí pokyny, jak naložit s jejich těly. Časově bychom počátky tohoto modelu mohli zařadit do cca 11. století.
- **smrt vzdálená i blízká** – smrt byla nahrazena smrtelností, kterou si člověk uvědomoval v průběhu celého svého života, nikoli až na jeho konci. Samotná smrt respektive její prožívání tak bylo „rozmělněno“. Avšak nebyla úplně odmítána jako v pozdějších fázích.
- **smrt blízkého** – pohled na smrt se dost proměnil, pod vlivem romantismu se prožívání smrti stalo až nepřiměřeně emocionálním. Pozůstali se vyrovnávají se smrtí blízkého obtížněji než kdykoli předtím, obava ze smrti blízkého je dokonce větší než obava z vlastní smrti. Ztráta blízké osoby je vnímána jako nesnesitelná a je prožívána značně dramaticky. ²⁴ Tento postoj převládá v 19. století. Jedním z hmatatelných projevů tohoto fenoménu je kult hrobů a hřbitovů.

²³ ARIÉS, P., Dějiny smrti, 2000, s. 371.

²⁴ ARIÉS, P., Dějiny smrti, 2000, s. 377.

- **převrácená smrt** – zásadní změnou byl lékařský dozor během umírání, který byl důsledkem snahy poskytnout blízkým tu nejlepší možnou péči, kterou nabízely nemocnice s odborným personálem. Umírání tak nebylo veřejné ale skryté, výhradně soukromé, určené pro nejužší rodinu. V neposlední řadě nemocnice nabízela komfort „odložení“ nemocného, který představoval zátěž pro rodinu, která tak mohla veškerou odpovědnost přenést na personál.

Charakteristické pro *převrácenou smrt* je odmítnutí a odstranění smutku. V moderní společnosti je smrt deritualizovaná, lidé přestali truchlit a snaží se svůj smutek ovládat či jej úplně potlačit. Tímto způsobem je smrt prakticky úplně odmítána.

Každý jedinec má právo na smrt, což je dnes interpretováno jako právo na důstojnou smrt²⁵.

2.1 Vymezení pojmu a definice smrti

Definovat smrt lze různě a záleží nejen na světonázoru, ale i na tom, z jakého vědního oboru na smrt nahlížíme. Uvedme si příklady některých pohledů:

- **lékařský** – smrt je událost, které se má zabránit, přinejmenším minimalizovat její průvodní jevy
- **historický** – mapuje postoje ke smrti v průběhu dějin
- **náboženský**
- **antropologický** – zkoumá vnímání smrti v různých sociálních skupinách
- **sociologický** – jaký význam má smrt pro společnost a jak ji ovlivňuje?
- **psychologický** – zabývá se především jednotlivcem a jeho prožitky v souvislosti se smrtí, zkoumá strach ze smrti, vypořádání se s ní...
- **filozofický** – snaží se smrt uchopit jako celek^{26 27}.

²⁵ KISVETROVÁ, Helena, KUTNOHORSKÁ, Jana, Umírání a smrt v historickém vývoji, In *Popularizace vědy*, 2010, s. 219.

²⁶ DAVIES, J., *Stručné dějiny smrti*, 2007, s. 23 – 24.

„Smrt (latinsky *exitus letalis*) je definována nezvratnou zástavou srdeční činnosti a dýchání, s následným nezvratným zánikem všech mozkových funkcí. Důsledkem je nezvratné ukončení základních životních funkcí metabolických a homeostatických“²⁸.

Vedle zástavy dýchání a srdeční činnosti čím dál více roste význam funkčnosti mozku při stanovování smrti. Smrt lze tedy definovat jako smrt mozkovou. Mozek, včetně mozkového kmene, nezvratně ztratí všechny své funkce, tudíž již neintegruje a nekoordinuje tělo²⁹. Kardiovaskulární aparát a jiné orgány mohou nadále vykazovat činnost. Jsou zde stanovena jasná diagnostická kritéria „(např. dle přítomnosti mozkového postižení, vyloučení reverzibilních příčin mozkového postižení, kmenové areflexie a apnoe, výsledků speciálních vyšetření – izoelektrické křivky elektroencefalogramu, nepřítomnosti mozkové cirkulace)“³⁰. Definice mozkové smrti nezbytná v případě orgánových transplantací, kde není relevantní elektroencefalogram (EEG záznam). Dýchání a krevní oběh lze na rozdíl od činnosti centrální nervové soustavy nahradit uměle pomocí speciálních přístrojů.

Smrt můžeme dělit:

- podle okolností na **smrt náhlou** (tj. do 6 hodin od inzultu), **rychlou a pomalou**.
- podle předvídatelnosti na **smrt neavizovanou a avizovanou**
- podle věku na **předčasnou, smrt v průběhu produktivního věku a smrt přiměřenou**

Dále lze smrt rozdělit následujícím způsobem:

- **fyzická smrt** – definice viz výše
- **psychická smrt** – člověk prožívá beznaděj a duševně rezignoval³¹

²⁷ FRANZ, Marie-Louise von, *Sen a smrt*, 2000, s. 7 – 8.

²⁸ GOLDMANN, R., CICHÁ, M., *Etika zdravotní a sociální práce*, 2004, s. 71.

²⁹ MUNZAROVÁ, Marta, *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*, 1997.

³⁰ GOLDEMUND, David, *Mozková smrt* [online], 2013.

³¹ HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, 2002, s. 272.

- **sociální smrt** – člověk je úplně vyňat ze společenských vztahů a odtržen od společnosti³².

Psychická a sociální smrt v mnoha případech předchází smrt fyzickou, což je jev nežádoucí. Spouštěčem psychické a sociální smrti bývá opuštění známého prostředí domova³³.

2.2 Význam smrti

Pro jedince (v dnešní většinové společnosti) smrt představuje něco nežádoucího a nesmyslného. Z širšího úhlu pohledu je význam smrti **biologický** - likvidace starých organismů a uvolňuje životní prostor pro nastupující generace, a **sociální** – smrt umožňuje především uspořádání struktur a funkcí ve společnosti³⁴.

2.3 Diagnostika smrti

V minulosti byla nejčastěji používanou diagnostikou smrti zástava dechu a srdečního tepu. V dnešní lékařské praxi je tomu stejně, nicméně tyto dva ukazatele nemusí být konečné. Smrt je tedy určena až na základě prokazatelné nenávratnosti životních funkcí. V současnosti se můžeme setkat s termínem informačně-teoretická smrt, který označuje nenávratnou destrukci mozku, kdy je teoreticky vyloučeno obnovení mysli a osobnosti. Nelze nezmínit v této souvislosti opět problematiku mozkové smrti, která nastává po několika minutách od zástavy dechu či srdečního tepu. Výjimku tvoří případy podchlazení, kdy může být mozková smrt oddálena. Další výjimkou je tzv. apalický syndrom, kdy elektroencefalogram není schopen zaznamenat žádné vlny v mozku, přestože životně důležitá mozková centra nadále fungují. Z tohoto důvodu se pro diagnostiku smrti používá vyšetření kmenových evokovaných potenciálů, jejichž účelem je zaznamenávání funkčnosti sluchových drah na úrovni kmene mozku³⁵. Smrt

³² HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, 2002, s. 272.

³³ MISCONIOVÁ, B., *Péče o umírající: Hospicová péče*, 1998, s. 96.

³⁴ VODÁKOVÁ, Alena, PETRUSEK, Miloslav, *Velký sociologický slovník*, 1996.

³⁵ MIDGLEY, R. a kolektiv, *Rodinná encyklopedie zdraví*, 1993.

tedy z diagnostického hlediska nastává zjištěním a prokázáním zástavy srdce, zástavy dechu, rozšíření zorniček či mozkové smrti.

Z pohledu českého právního řádu se smrtí dle zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů rozumí „*nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene*“³⁶. Dle tohoto zákona je smrt diagnostikována na základě:

- „*nevratné zástavy krevního oběhu,*
- *nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle*“³⁷.

³⁶ Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), In *Sbírka zákonů ČR*, 2002.

³⁷ Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), In *Sbírka zákonů ČR*, 2002.

3 ETICKÉ PROBLÉMY UMÍRÁNÍ A SMRTI

Stěžejními oblastmi, které se zabývají etickými problémy umírání, jsou lékařská etika, ošetrovatelská etika, platná legislativní ustanovení, práva pacientů a práva umírajících.

3.1 Lékařská etika

Podle H. Haškovcové je lékařská etika pojmem souhrnně označujícím etické problémy v lékařství. V českém kontextu je její vymezení dosud neustálené. Setkáváme se s konkurujícími termíny, které však nejsou tolik rozšířené:

medicínská etika – je zde pouze nahrazeno slovo „lékařská“ za synonymum „medicínská“, které může být hodnoceno jako méně libozvučné s ohledem na cizí původ, obsah je tedy totožný,

zdravotní etika – používá se v totožném významu, přestože se de facto týká problémů etiky ve zdraví,

zdravotnická etika – označuje etickou problematiku, která se týká zdravotnictví, zejména pak zdravotnických systémů, není tedy zcela zaměnitelná s lékařskou etikou³⁸.

Základ lékařské etiky je spatřován už v tzv. **Hippokratově přísaze** (Uvádím pouze výňatky týkající se problematiky umírání.):

Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou.

Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a v posvátnosti budu střežit svůj život a své umění. (zkráceno)³⁹.

Přísaha vyzývá lékaře, aby se jejich profese nestala pouhým zaměstnáním, nýbrž aby se stala jejich posláním⁴⁰.

³⁸ HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, 2002, s. 15.

³⁹ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, 2005, s. 19 – 20.

⁴⁰ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, 2005, s. 19 – 22.

3.2 Ošetřovatelská etika

Ošetřovatelská etika má svůj základ v etice lékařské, a obě by měly korelovat. Ošetřovatelské etice se začala dostávat pozornost až v souvislosti s rozvojem oboru ošetřovatelství. Představuje významnou úlohu v postavení a roli sestry. J. Kutnohorská uvádí, že důležitým etickým aspektem je vztah sestra – pacient, neboť činnost sestry spočívá především v jejím vstupu do mezilidských vztahů a v neposlední řadě také v ošetřovatelské péči o nemocné ⁴¹.

3.3 Právo v oblasti zdravotnictví

Česká republika disponuje řadou platných legislativních předpisů, které vycházejí z mezinárodních úmluv, směrnic Evropské unie či ustanovení Listiny základních práv a svobod. České zdravotnické právo můžeme v základu rozdělit do několika oblastí:

- *„práva a povinnosti při poskytování zdravotní péče,*
- *financování zdravotnictví,*
- *podmínky pro uznání zdravotnické způsobilosti lékařů a dalších zdravotnických pracovníků,*
- *organizace, kontrola a řízení zdravotní péče“* ⁴².

3.4 Práva pacientů a práva umírajících

Práva pacientů vychází z jejich oprávněných potřeb a přání. Jsou chápány jako mravní normy a měly by být respektovány ⁴³ Paradigmatem těchto potřeb je **Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících**: *„Největším přáním člověka, který umírá je, zemřít s důstojností a v poklidu, v kruhu rodiny a blízkých přátel. Jediným cílem lékařské praxe by nemělo být umělé protahování života.*

⁴¹ KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetřovatelství*, 2007, s. 21.

⁴² MACH, J. a kolektiv, *Zdravotnictví a právo - komentované předpisy*, 2005, s. 6.

⁴³ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, 2005, s. 84 - 85.

Medicína by se měla zajímat především o zmírnění bolesti a utrpení. Charta mj. popisuje činitele ohrožující důstojnost umírajících a nevyléčitelně nemocných:

- snížený přístup ke kvalitní léčbě bolesti a paliativní medicíně vůbec,
- podceňování léčby tělesného utrpení a zanedbání duševních společenských a duchovních potřeb,
- nepřiměřené oddalování smrti za pomoci lékařských metod nebo pokračováním v terapii bez svolení klienta,
- nedostatečné průběžné vzdělávání personálu a jeho mizivá psychologická podpora,
- malá starostlivost blízkých osob, a tím pádem nulové snížení utrpení,
- strach klientů ze ztráty soběstačnosti, strach ze závislosti na pomoci blízkého okolí,
- prostředí nevhodné pro důstojné umírání znemožňující rozloučení se s blízkými,
- neuspokojivé zajištění potřebných materiálních zdrojů pro paliativní péči,
- společenské vyloučení, které je umírání vlastní ⁴⁴.

V Chartě práv umírajících je popsána nutnost ochrany sociální a právní, aby nedocházelo k:

- smrti v nesnesitelných bolestech,
- protahovanému umírání proti rozhodnutí umírajícího člověka,
- umírání v osamocení a v zanedbání,
- vnímání sebe sama jako zátěže pro společnost,
- restrikce paliativní léčby z důvodu ekonomické neudržitelnosti

Dalším cílem Charty umírajících je zachování důstojnosti vůči umírajícím lidem:

- obhajoba požadavků na celkovou paliativní péči,

⁴⁴ *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících.“* [online], 2013.

- obrana nároků nevléčitelně nemocných,
- dodržením zákona, který trestá vědomé usmrcení umírajících

4 THANATOLOGIE

Thanatos, řecký bůh smrti a spánku bratr Hypnose, dal název vědnímu oboru nazývanému se thanatologie. Thanatologie je multioborová vědní disciplína, která se věnuje posledním obdobím lidského života, smrti a umírání. Je nezbytná pro celou řadu dalších odvětví vědy (tj. pro sociologii, psychologii, medicínu, filozofii, právo a jiné) ⁴⁵
46

4.1 Formy thanatologické péče

Existují dvě základní formy thanatologické péče: hospicová a paliativní. Paliativní péči můžeme chápat jako postoj k maximálnímu zlepšení kvality života klienta i jeho rodiny, která je vystavena komplikacím souvisejícími s život ohrožující nemocí, pomocí předcházení a snižování utrpení za asistence rychlého zjištění, zhodnocení a řešení duchovních, fyzických a psychosociálních obtíží, v neposlední řadě i bolestí. V paliativní péči je umírání a smrt normálním procesem. Smrt neurychluje, ale ani neoddaluje ⁴⁷. Paliativní péče si dává za cíl zkvalitnit život a ne ho prodlužovat. Jednou z forem paliativní medicíny je hospicová péče, která je zajištěna specializovanými zařízeními, hospici. Zde se poskytuje péče rodinám umírajících, ale především klientům v konečné fázi života. Cílem je zajistit důstojnou smrt nevyлéčitelně nemocným pacientům, včetně co možná nejvyšší kvality života.

4.2 Eutanázie

Eutanázii chápeme jako záměrné usmrcení nevyлéčitelně nemocného další osobou (zpravidla lékařem), které si pacient sám vyžádal. Dříve se eutanázie rozdělovala na pasivní a aktivní formu. Toto rozdělení se však již neužívá z důvodu hodnocení skutku dle úmyslu. Umírající pacient může svým rozhodnutím ukončit léčbu, která je pro něj

⁴⁵ JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*, 2003, s. 223.

⁴⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Thanatologie*, 2000, s. 178.

⁴⁷ OPATRŇÁ M., Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? In *Diagnóza v ošetravatelství*, 2006, s. 5 – 8.

příliš náročná a neefektivní, aniž by to bylo považováno za jeho usmrcení lékařem. Situace se mění ve chvíli, kdy se pro pacienta nezvolí vhodná léčba s úmyslem lékaře přivodit mu jeho smrt. V takovém případě se jedná o záměrný vědomý aktivní čin⁴⁸.

Hlavním argumentem pro eutanázii je milosrdné odnětí utrpení nemocného. Ve prospěch eutanázie hovoří i další argumenty:

- *„respektování osobní autonomie nemocného,*
- *osvobození nemocného od nepříjemně nízké kvality života,*
- *zajištění důstojné smrti nemocnému,*
- *neomezování budoucnosti nemocného názory podloženými pouze náboženstvím, které však nesdílí všichni nemocní,*
- *potřeba přiblížit zákony dnes již běžným, ale nezákonným praktikám,*
- *regulace nákladů na zdravotní péči“⁴⁹.*

O legalizaci se v poslední době mnoho diskutuje. Český právní řád, konkrétně Listina základních práv a svobod, jasně říká, že *„každý má právo na život“*, že *„lidský život je hoden ochrany již před narozením“* a že *„nikdo nesmí být zbaven života“⁵⁰*. Eutanázie se v Česku klasifikuje jako trestný čin, a podléhá oznamovací povinnosti. Kvůli poměrně vysokému riziku možného zneužití eutanázie (tzv. nevyžádaná eutanázie), je její uzákonění přinejmenším komplikované, a nelze ho v dohledné době očekávat. Je nutné také brát v potaz nesoulad s mnohými platnými ustanoveními trestního zákona. Zlegalizování asistované smrti by mohlo sloužit jako neblahý precedent.

A jsou tu mnohé další argumenty poukazující na nejednoznačnost této problematiky.

Je nemožné odhalit skutečnou motivaci toho, kdo usmrcuje, předpokládá se soucit, ale mohou to být i nečestné stimuly jako například zakrytí léčebné neschopnosti, deformované pojetí práva, necitelnost, konflikt zájmů nebo prostě zlý úmysl.

⁴⁸ MUNZAROVÁ, M., *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, 2005, s. 48 – 49.

⁴⁹ MUNZAROVÁ, M., *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, 2005, s. 48 – 49.

⁵⁰ Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, In *Sbírka zákonů ČR*, 1993.

Velmi těžké je určovat soužení či utrpení pacientů. Co je, a co není nesnesitelné?

Jak se zaručí dané osobě, že bude moci svobodně vyslovit, nebo odmítnout souhlas? Činí zmatený, rozhněvaný či depresivní člověk skutečně svobodné rozhodnutí? Nemluvě o možném nátlaku.

V souvislosti s eutanázií nelze nezmínit část Hippokratovy přísahy: „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnu.*“⁵¹

Česká lékařská komora se k této problematice staví celkem jednoznačně: „*S úctou k životu a při poznání smrti jako neodvratného ukončení života, respektujeme etický kodex České lékařské komory, podle kterého lékař nemá prodlužovat utrpení nemocného s nevléčitelnou chorobou, avšak euthanasie i asistovaná sebevražda jsou nepřijatelné.*“⁵². Nacházíme se v době, kdy je medicína s ošetřovatelstvím schopná umírajícím lidem zajistit takovou úroveň péče ve všech oblastech (v tišení bolesti, tělesné, duševní, duchovní a sociální strasti), že by nemělo být třeba asistované sebevraždy. Pokud k ní dojde, je to chápáno jako projev selhání. Neustále se rozvíjí odvětví medicíny nazývajícím se paliativní péče. Ta se pokouší umírajícím a těžce nemocným pacientům nabídnout pokud možno co nejvyšší kvalitu života v jejich posledních chvílích. Toto odvětví se zabývá také doprovodem ke smrti s absencí duševní, sociální, tělesné a duchovní bolesti.

4.3 Dystanázie

Dystanázie je vnímána jako opak pojmu eutanázie. H. Haškovcová vysvětluje dystanázii jako: „*Dystanázie neboli zadržovaná smrt je stav, kdy je smrt neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována.*“⁵³. Je to umírání, které je uměle prodlužováno za účelem záchrany života.

⁵¹ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, 2005, s. 19 – 22.

⁵² MUNZAROVÁ, M., *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, 2005, s. 58.

⁵³ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Thanatologie*, 2000, s. 33.

5 NEMOC

Nemoc si můžeme vykládat různě. „*Pohled, který vychází z klasifikace nemoci jako narušení tělesných funkcí, umožňuje několik základních způsobů zkoumání nemoci, a to z pohledu různých vědních oborů*“⁵⁴. M. Vokurka popisuje nemoc jako „*stav organismu, vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů, které vedou ke vzniku příznaků a k dalším důsledkům*“⁵⁵.

5.1 Terminální stádium nemoci

Konečnou fází rozumíme umírání, tj. poslední okamžiky života, které provází selhávání organismu. Tento proces je přirozený. Terminální stádium nemoci může nastat zcela nečekaně. Platí však, že se zhoršuje celkový zdravotní stav a příznaky se prohlubují⁵⁶. Mezi závažné tělesné projevy terminálního stadia patří zejména bolest, kašel a obtíže s dýcháním, zažívací obtíže (odmítání stravy – hlavně těžce stravitelné je maso). Problematickým se stává příjem tekutin v dostatečném množství, tedy parenterální příjem⁵⁷. Často se setkáváme s projevy nejistoty a strachu, s nedostatkem psychických a fyzických sil⁵⁸. Častým jevem bývá odmítavý postoj umírajících ke společnosti návštěv, ale to neznamená, že chtějí umírat sami, bývá tomu naopak⁵⁹. V konečném stádiu umírání klient hlavně spí. U umírajících se někdy vyskytuje stav, kdy se zdá, že by se mohli uzdravit, ale záhy nastává tzv. smrtelné kóma (jeden z indikátorů jsou oční zornice nereagující na světlo), které je nezvratné. V této fázi má umírající nedovřená ústa, nohy a ruce jsou chladnější, kůže tmavší, reakce na okolí je

⁵⁴ Žáček, A., *Metody studia zdraví a nemoci v populaci*, 1984.

⁵⁵ VOKURKA, Martin, *Praktický slovník medicíny*, 1994.

⁵⁶ SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří a kolektiv, *Paliativní medicína pro praxi*, 2007, s. 301.

⁵⁷ SKÁLA, Bohumil a kolektiv, *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučený léčebný a diagnostický postup pro všeobecné praktické lékaře*, 2005, s. 3 – 5.

⁵⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Thanatologie*, 2000, s. 67.

⁵⁹ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, 2002, s. 159.

snížená či nulová ⁶⁰. Dále slábne puls, krevní tlak i teplota klesá. Dech se zrychluje nebo naopak zpomaluje, je nepravidelný, může mít apnoické pauzy ⁶¹. Mluví se o zápachu, který umírající vydávají, tzv. smrtelný pach. Krátce před tím, než pacient zemře se objevuje zklidnění v tváři a jasnější barva očí ⁶².

5.2 Potřeby umírajícího

K zásadním potřebám závažně nemocných a umírajících pacientů patří hlavně tyto potřeby:

- **biologické** – dýchání, příjem potravin a tekutin, vylučování, pohodlí (polohování, hygiena nebo tišení bolestí) ⁶³,
- **psychologické** – tyto potřeby spojuje zejména vědomí, co nemocný ztrácí – životní rytmus, volnost pohybu, jméno, práci, soukromí, stud, různé zvyklosti, nemocní trpí i strachem nebo bolestmi a to se může projevovat stavy deprese, agrese a úzkosti či stavy zmatenosti. Toto jsou určité mechanismy obrany umírajícího. Na tyto stavy by se měl personál i rodina dobře připravit⁶⁴,
- **sociální** – pro umírajícího je naprosto klíčová přítomnost jeho blízkých, přestože ji mnohdy zavrhnou. Nikdo nechce umírat osamocen. Blížkost milovaných osob navozuje pocit bezpečí,
- **spirituální** – umírající si často před smrtí kladou existenciální a eschatologické otázky, jejichž odpověď hledají z podstaty své situace palčivěji. Také nezřídka vyhledávají očištný účinek zpovědi (v širším slova smyslu, nemluvíme jen o katolické svátosti smíření) či prostého sdělení dlouho skrytých záležitostí, a

⁶⁰ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Thanatologie*, 2000, s. 67.

⁶¹ VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona a kolektiv, *Paliativní medicína*, 2004, s. 442.

⁶² HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Thanatologie*, 2000, s. 68.

⁶³ CALLANANOVÁ, M. KELLEYOVÁ, P., *Poslední dary: Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*, 2005, s. 37 – 39.

⁶⁴ SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*, 1995, s. 21.

k tomu potřebují duchovního nebo kohokoli jiného, kdo je otevřený těmto věcem. V neposlední řadě hrají pro mnohé vyznavače konkrétních náboženských směrů důležitou roli náboženské rituály spojené s umíráním a smrtí⁶⁵.

5.3 Péče o umírajícího

Veškerá péče o umírající klienty by měla být důstojná. Je nutné přihlížet k potřebám, přáním a hodnotám umírajícího individuálně⁶⁶. Prioritou v péči o umírajícího by mělo být zajištění důstojného umírání. Jak uvádí V. Gunter: *„Přes všechna hledání rozumného řešení jednotlivých problémů, se nesmí nikdy zapomínat na to, že umírání patří k životu. Je poslední fází života a ukládá člověku specifické etické úkoly. Umírající člověk zůstává morálně odpovědný, a proto bychom s ním neměli jednat jako s infantilní a nesvéprávnou osobou.“*⁶⁷.

⁶⁵ SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*, 1995, s. 21 – 22.

⁶⁶ VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona a kolektiv, *Paliativní medicína*, 2004, s. 440.

⁶⁷ GUNTER, Virt, *Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie*, 2000, s. 55.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 PRŮZKUM

Praktickou část této bakalářské práce tvoří průzkum, ve kterém jsou definovány hlavní a dílčí cíle. Dále se zde nachází charakteristika metodiky průzkumu, jež zahrnuje výběr a popis průzkumného souboru. Využitou metodou tohoto průzkumu bylo šetření pomocí dotazníku. Součástí praktické části je analýza, zpracování a prezentace získaných výsledků prostřednictvím tabulek a grafů, ke kterým jsou poskytnuty slovní komentáře na odpovědi respondentů k jednotlivým otázkám v dotazníku. Formulace stěžejních poznatků z realizovaného průzkumného šetření jsou uvedeny v samostatné kapitole této bakalářské práce (viz diskuse).

6.1 Cíl průzkumu

Hlavním cílem průzkumu je zjistit, jak jsou umírání a smrt pacientů vnímány z pohledu jejich ošetřujícího personálu na odděleních vnitřního lékařství a odděleních intenzivní medicíny.

6.1.1 Dílčí cíle

Dílčí cíle byly definovány na základě hlavního cíle průzkumu. Patří mezi ně níže uvedené:

- **Cíl č. 1** – Zjistit postoje zdravotnického personálu pracujícího na odděleních vnitřního lékařství a odděleních intenzivní medicíny k umírání a smrti.
- **Cíl č. 2** – Zjistit pocity zdravotnického personálu pracujícího na odděleních vnitřního lékařství a odděleních intenzivní medicíny v souvislosti s umíráním pacientů.
- **Cíl č. 3** – Zjistit názory zdravotnického personálu na poskytovanou péči na odděleních vnitřního lékařství a odděleních intenzivní medicíny.

6.2 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je charakterizována prostřednictvím výběru a popisu průzkumného souboru a výběrem metody průzkumu.

6.2.1 Výběr a popis průzkumného souboru

Průzkumným souborem je myšlena skupina respondentů, kteří se zúčastnili šetření formou dotazníku. Pro účely této bakalářské práce byl dotazován zdravotnický personál pracující na odděleních vnitřního lékařství a odděleních intenzivní medicíny jedné blíže nespecifikované nemocnice v blízkosti mého trvalého bydliště. Zvolení dostatečného množství respondentů považuji za velmi důležité kritérium k získání relevantních výsledků v oblasti zkoumání dané problematiky. Z toho důvodu byl soubor respondentů tvořen 140 dotazovanými.

6.2.2 Metody průzkumu

Ke zjištění specifik ve vnímání umírání a smrti z pohledu zdravotnického personálu na odděleních vnitřního lékařství a odděleních intenzivní medicíny byla pro účely tohoto výzkumu vybrána metoda dotazníku. Dotazník lze charakterizovat jako soubor předem připravených a standardizovaných otázek, které jsou v podobě tištěného formuláře rozdávány cílové skupině respondentů k vyplnění. Tato metoda umožňuje oslovení velkého počtu osob, což je jedna z jejích nesporných výhod. Tímto způsobem je tedy možné získat potřebné množství informací, které poslouží k následnému vyhodnocení stanovených cílů průzkumu. Dotazník, který byl využit k šetření v této bakalářské práci, se nachází v příloze II. Součástí přílohy je také průvodní list dotazníku, který seznámil dotazované s cílem průzkumu a objasnil základní instrukce potřebné k jeho vyplnění. Průvodní list obsahoval i ujištění o anonymitě a poděkování respondentům za jejich vstřícnost a čas, který věnovali vyplnění tohoto dotazníku. Samotný dotazník se skládá ze 17 otázek, z nichž většina byla formulována jako otázky uzavřené. V menší míře se objevovaly otázky polouzavřené či otevřené. Otázek, kde respondenti volili odpověď z nabídnutých možností, bylo celkem 10. Jednalo se o otázky tzv. alternativního charakteru, což znamená, že dotazovaní si mohli vybrat pouze jednu z nabízených možností. Polouzavřených otázek bylo v dotazníku 6. Respondenti měli možnost výběru odpovědi buď z nabízených možností, či mohli doplnit odpověď

vlastní. Zbývající jedna otázka byla formulována jako otevřená, a dotazovaní mohli do odpovědi napsat vše, co považovali za důležité.

6.3 Analýza, zpracování a interpretace výsledků průzkumu

Dotazník byl rozdán mezi 140 pracovníků nemocnice. Z tohoto počtu se jich vrátilo řádně vyplněných 120. To znamená, že návratnost dotazníků činila 85,71%. Všechny navrácené dotazníky byly využity k analýze dat a k následnému zpracování. Výsledky zjištěné pomocí dotazníkové metody jsou prezentovány ve formě tabulek, grafů, které jsou pak opatřeny slovními komentáři. Vše vytvořeno v programech MS Office.

Otázka č. 1 - Jste?

Otázka č. 1 se dotazovala na pohlaví jednotlivých respondentů. Z celkových 120 respondentů je 60 součástí zdravotnického personálu na oddělení vnitřního lékařství a 60 součástí zdravotnického personálu na oddělení intenzivní medicíny. Na obou odděleních převažují ženy.

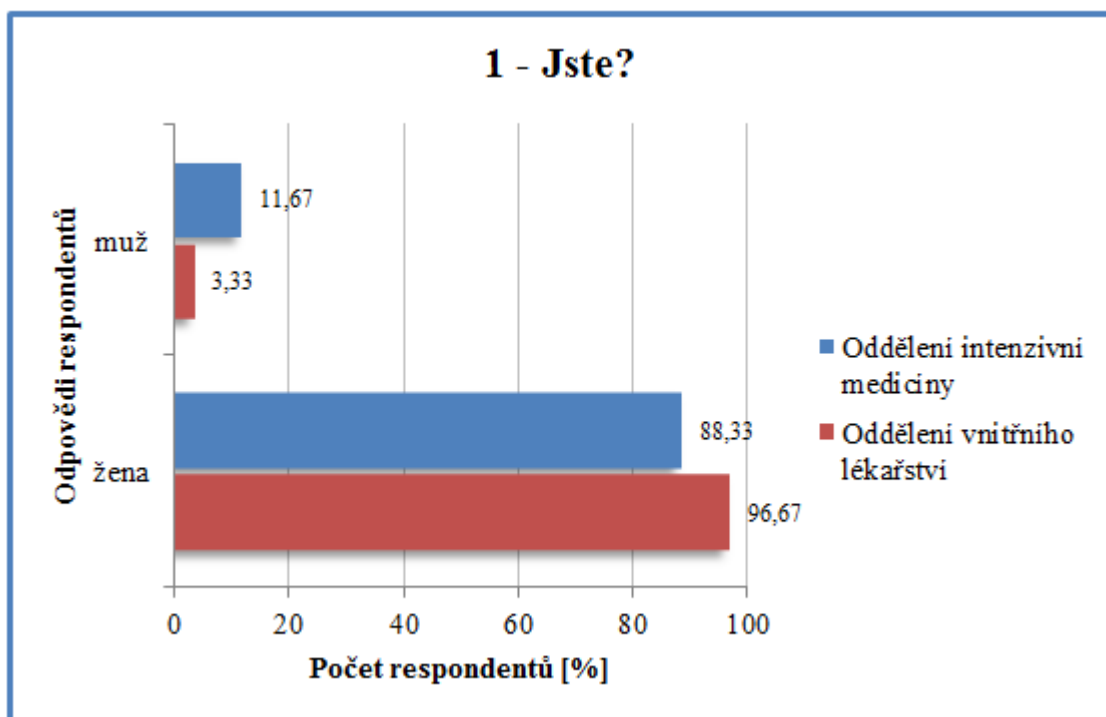
Z počtu 60 respondentů na oddělení vnitřního lékařství je 58 dotázaných ženského pohlaví, což činí 96,67 %. Zbývající jeden respondent byl muž.

Velmi podobně dopadly výsledky i na oddělení intenzivní medicíny, kde je ženského pohlaví 53 respondentů (88,33 %) a pouze 7 respondentů pohlaví mužského (11,67 %).

Tyto výsledky dokládá tabulka 1 a obrázek 1, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 1.

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

1 - Jste?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
žena	58	96,67	53	88,33
muž	2	3,33	7	11,67



Obrázek 1: Pohlaví respondentů

Otázka č. 2 - Do jaké věkové kategorie patříte?

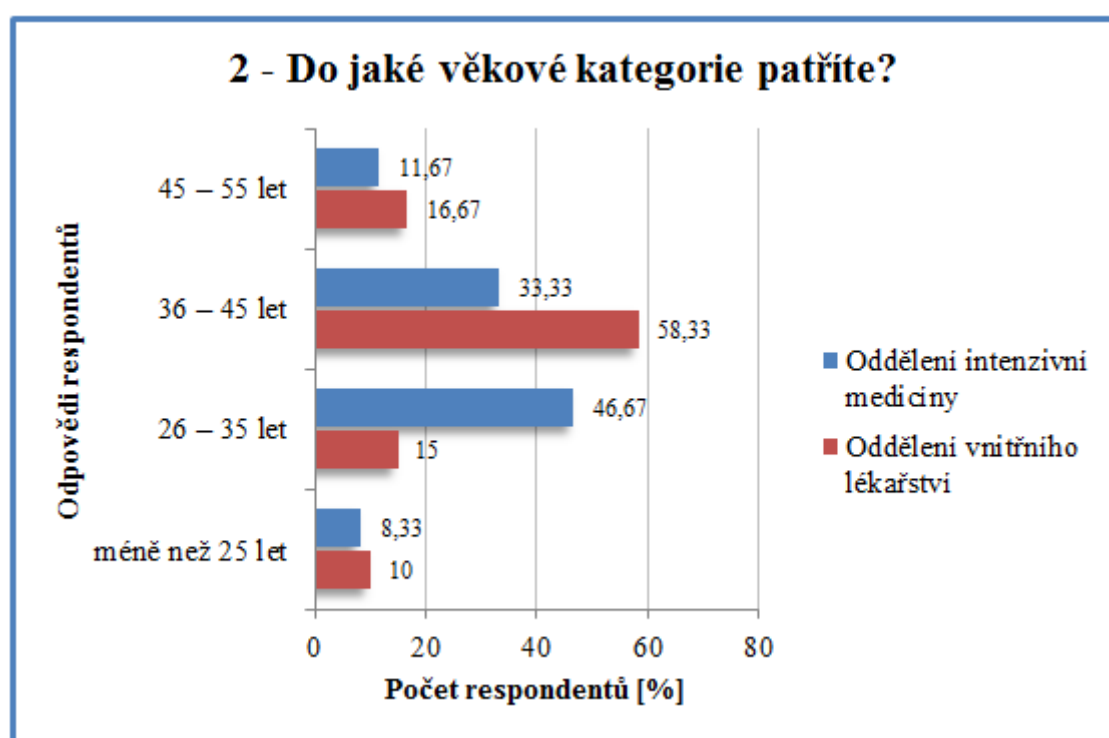
Zjištění věkových kategorií respondentů bylo cílem otázky č. 2. Na oddělení vnitřního lékařství z celkového počtu 60 respondentů bylo v té době 35 respondentů (58,33 %) ve věku od 36 do 45 let. 10 dotazovaných (16,67 %) bylo ve věku od 45 do 55 let. 9 respondentů (15 %) spadalo do věkové kategorie 26 - 35 let a zbývajících 6 respondentů (10 %) byli mladší 25 let. Nikdo z dotazovaných nebyl starší 56 let.

Z celkového počtu 60 respondentů z oddělení intenzivní medicíny (100 %) jich v době vyplňování dotazníku bylo 7 ve věku od 45 do 55 let. To činí 11,67 %. 20 respondentů (33,33 %) bylo ve věku 36 - 45 let. Do věkové skupiny 26 – 36 spadalo 28 respondentů (46,67 %) a 5 respondentů (8,33 %) bylo mladší 25 let. Ani na tomto oddělení se mezi dotazovanými nenašel nikdo starší 56 let.

Tyto výsledky dokládá tabulka 2 a obrázek 2, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 2.

Tabulka 2: Věkové kategorie respondentů

2 - Do jaké věkové kategorie patříte?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
méně než 25 let	6	10	5	8,33
26 – 35 let	9	15	28	46,67
36 – 45 let	35	58,33	20	33,33
45 – 55 let	10	16,67	7	11,67



Obrázek 2: Věkové kategorie respondentů

Otázka č. 3 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené / ukončené vzdělání?

Cílem otázky č. 3 bylo zjistit nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných. Na oddělení vnitřního lékařství odpovědělo 80 % respondentů, že dosáhli středoškolského vzdělání. To znamená, že 48 zdravotníků na tomto oddělení ukončilo své vzdělání maturitou 7 respondentů (11,67 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání a 5 dotazovaných (8,33 %)

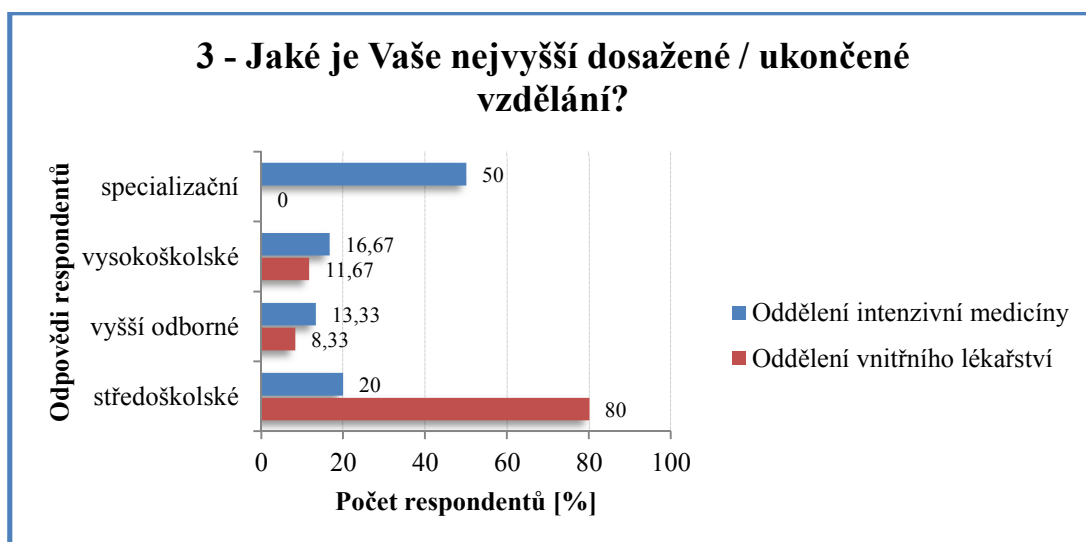
měli vzdělání vyšší odborné. Nikdo z respondentů na tomto oddělení nemá vzdělání specializační.

Naopak na oddělení intenzivní medicíny (60 respondentů = 100 %) dosáhlo tohoto vzdělání 30 lidí a to je počet nejvyšší. Středoškolského vzdělání dosáhlo 12 dotazovaných, což činí 20 %, z celkového počtu dotázaných na tomto oddělení. 8 respondentů (13,33 %) měli vzdělání vyšší odborné. Zbýlých 10 respondentů (16,67 %) bylo vysokoškolsky vzdělaných.

Tyto výsledky dokládá tabulka 3 a obrázek 3, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 3.

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené / ukončené vzdělání respondentů

3 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené / ukončené vzdělání?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
středoškolské	48	80	12	20
vyšší odborné	5	8,33	8	13,33
vysokoškolské	7	11,67	10	16,67
specializační	-	-	30	50



Obrázek 3: Nejvyšší dosažené / ukončené vzdělání respondentů

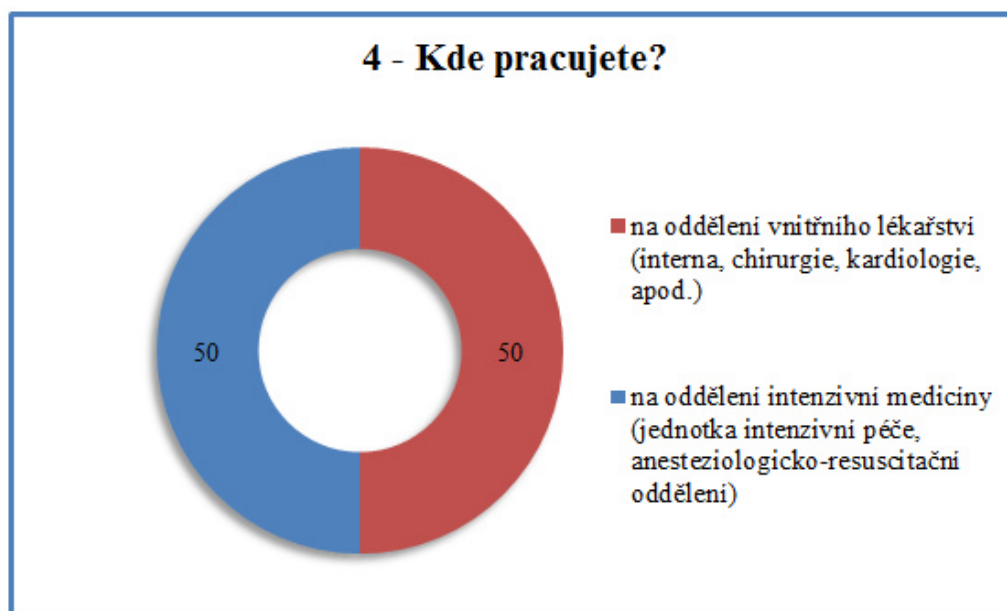
Otázka č. 4 - Kde pracujete?

Otázka č. 4 nám zobrazuje poměr mezi počtem pracovníků na oddělení vnitřního lékařství (interna, chirurgie, kardiologie, apod.) a na oddělení intenzivní medicíny (jednotka intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení). Z celkového počtu 120 respondentů středního zdravotnického personálu (100 %) jich přesně 50 % pracovalo na každém ze zmíněných oddělení.

Tyto výsledky dokládá tabulka 4 a obrázek 4, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 4.

Tabulka 4: Oddělení, na němž respondenti pracovali

4 - Kde pracujete?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
na oddělení vnitřního lékařství (interna, chirurgie, kardiologie, apod.)	60	50
na oddělení intenzivní medicíny (jednotka intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení)	60	50



Obrázek 4: Oddělení, na němž respondenti pracovali

Otázka č. 5 - Jaká je délka Vaší odborné praxe?

Z grafu můžeme vypočítat, že délka odborné praxe souvisí i s věkovým rozložením na daném oddělení. Z toho důvodu se zde objevuje spousta dotazovaných s vysokým počtem odpracovaných let ve zdravotnictví.

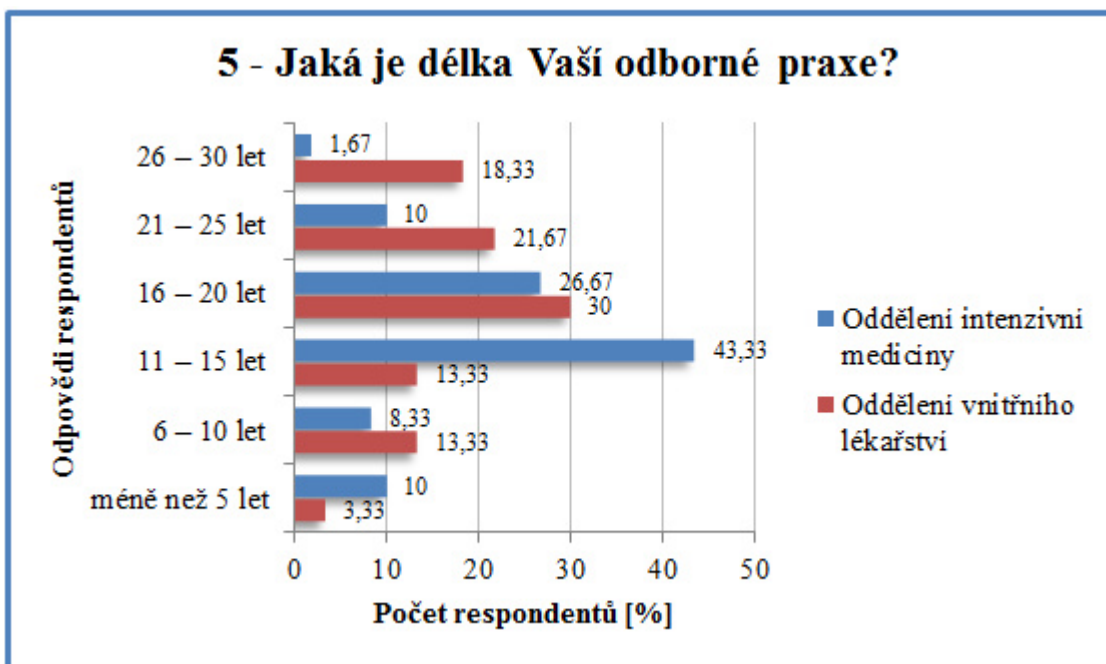
Na oddělení vnitřního lékařství dosáhlo 11 respondentů odborné praxe v rozsahu od 26 do 30 let. V rozmezí 21 – 25 se pohybovalo 13 dotázaných (21,67 %) a dalších 18 uvedlo jako délku své praxe 16 - 20 let. 8 respondentů (13,33 %) pracovalo na oddělení vnitřního lékařství po dobu 11 až 15 let. V rozmezí 6 – 10 odpracovaných let se pohybuje 8 dotázaných (13,33 %). Pouze 2 pracovníci na tomto oddělení uvedli, že jejich délka odborné praxe je kratší než 5 let.

Na oddělení intenzivní medicíny dosáhl pouze 1 respondent delší odborné praxe než 25 let. Do kategorie od 21 do 25 odpracovaných let můžeme zařadit 6 dotázaných (10 %). 16 respondentů (26,67 %) byla v rozmezí od 16 do 20 let praxe a 26 respondentů (43,33 %) v rozmezí od 11 do 15 let. 6 až 10 let praxe na oddělení intenzivní medicíny má 5 respondentů (10 %) a 6 dotazovaných je na tomto oddělení méně než 5 let.

Tyto výsledky dokládá tabulka 5 a obrázek 5, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 5.

Tabulka 5: Délka odborné praxe respondentů

5 - Jaká je délka Vaší odborné praxe?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
méně než 5 let	2	3,33	6	10
6 – 10 let	8	13,33	5	8,33
11 – 15 let	8	13,33	26	43,33
16 – 20 let	18	30	16	26,67
21 – 25 let	13	21,67	6	10
26 – 30 let	11	18,33	1	1,67



Obrázek 5: Délka odborné praxe respondentů

Otázka č. 6 - Jaký je Váš postoj k umírání a smrti?

Otázka č. 6 patřila k prvním z polozavřených otázek, kde mohli respondenti vybrat jednu z 5 nabídnutých odpovědí, či vyjádřit svůj vlastní postoj.

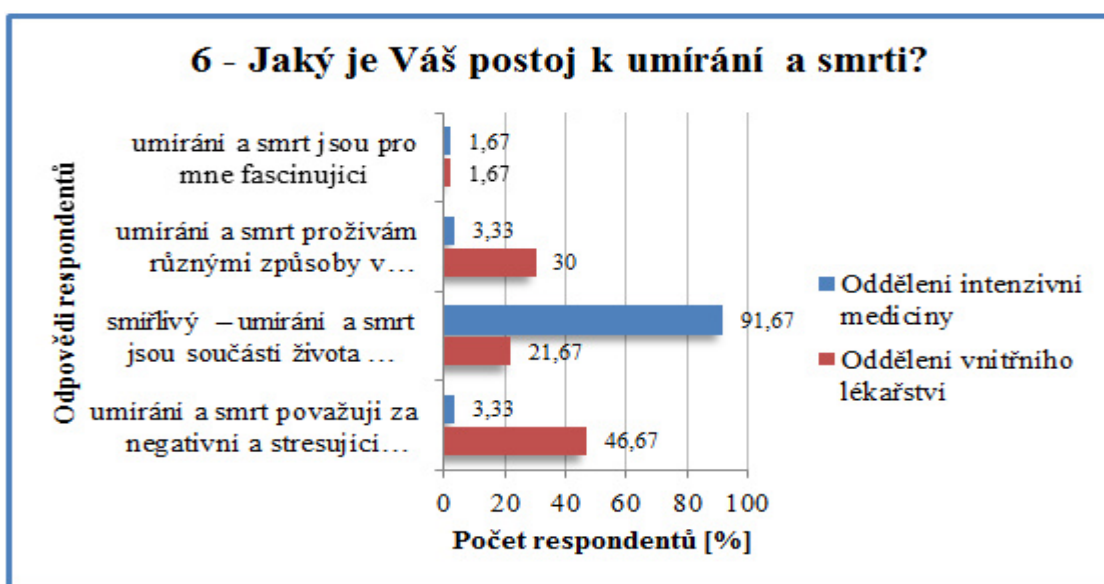
18 respondentů z oddělení vnitřního lékařství se vyjádřilo, že umírání a smrt prožívá různými způsoby v závislosti na okolnostech. 28 dotázaných (46,67 %) považuje umírání a smrt za negativní a stresující zkušenost a 13 z dotázaných přistupuje ke smrti a umírání smířlivě. Vnímají smrt jako součást lidského života, která může být v určitých případech pro pacienta vysvobozením. 1 z dotázaných shledává smrt a umírání jako fascinující. Nikdo neuvedl, že by tento okamžik v životě pacienta nijak neprožíval.

Na oddělení intenzivní medicíny zaujímá smířlivý postoj ke smrti a umírání 55 respondentů (91,67 %) z celkových 60. 2 respondenti (3,33 %) prožívají umírání různými způsoby v závislosti na okolnostech a 2 respondenti (3,33 %) považují umírání a smrt za negativní a stresující zkušenost. Na tomto oddělení 1 dotazovaný (1,67 %) přiznal, že je pro něj umírání a smrt fascinující. Ani zde nikdo nezvolil možnost vyjádření jiného postoje.

Tyto výsledky dokládá tabulka 6 a obrázek 6, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 6.

Tabulka 6: *Postoj respondentů k umírání a smrti*

6 - Jaký je Váš postoj k umírání a smrti?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
umírání a smrt považuji za negativní a stresující zkušenost	28	46,67	2	3,33
smírlivý – umírání a smrt jsou součástí života každého člověka, v některých případech je smrt pro umírajícího pacienta vysvobozením	13	21,67	55	91,67
umírání a smrt prožívám různými způsoby v závislosti na okolnostech	18	30	2	3,33
umírání a smrt jsou pro mne fascinující	1	1,67	1	1,67



Obrázek 6: *Postoj respondentů k umírání a smrti*

Otázka č. 7 - Čím byl Váš postoj k umírání a smrti ovlivněn?

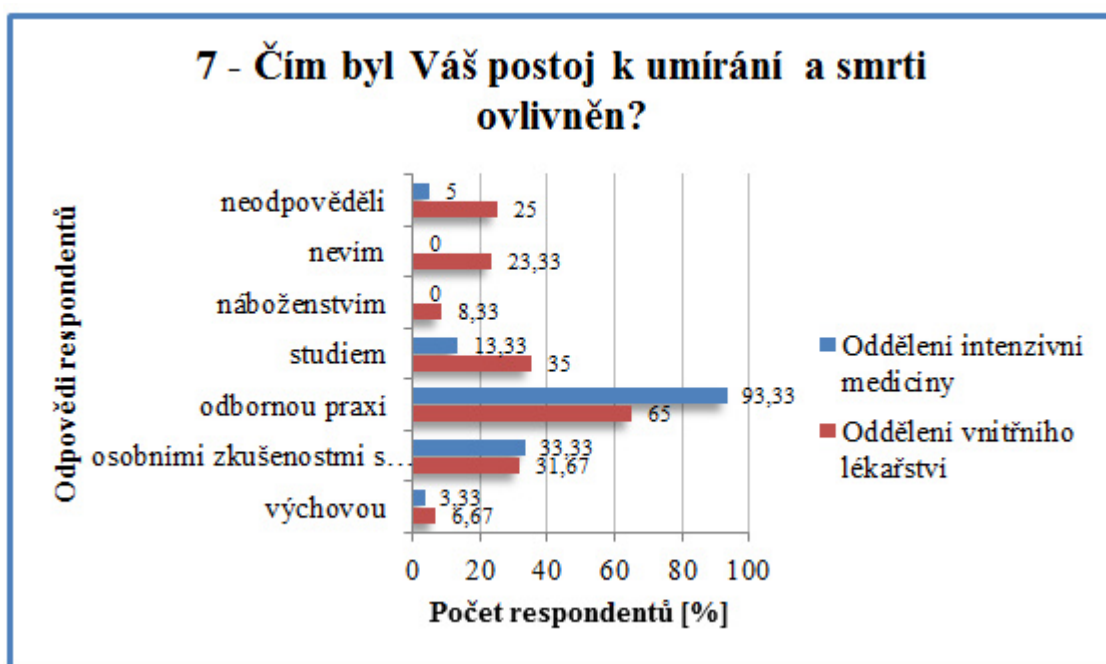
Cílem této otázky bylo zjistit, co ovlivnilo postoje dotazovaných k umírání a smrti. 39 respondentů středního zdravotnického personálu z oddělení vnitřního lékařství (65 %) v dotazníku uvedlo, že jejich postoj k umírání a smrti byl ovlivněn odbornou praxí, kterou absolvovali, a její délkou. U 19 dotazovaných byl postoj k umírání a smrti ovlivněn jejich osobními zkušenostmi s umíráním a smrtí v rodině. Touto zkušeností si prošlo přibližně 31 %. U 21 respondentů (35 %) byl jejich postoj k umírání a smrti formován během studia. 14 respondentů (23,33 %) neví, co ovlivnilo jejich postoj k umírání a smrti a 4 respondenti (6,67 %) byli v tomto ohledu ovlivněni výchovou. 5 respondentů uvedlo, že jejich postoj k umírání a smrti je ovlivněn náboženstvím. Poprvé se stalo, že několik respondentů na otázku neodpovědělo vůbec. Konkrétně se jednalo o 25 % z dotazovaných na oddělení vnitřního lékařství. Možnost f) nevím zvolilo 14 respondentů a svou vlastní odpověď nezvolil nikdo.

Z celkového počtu 60 respondentů / středního zdravotnického personálu z oddělení intenzivní medicíny (100 %) jich 56 (93,33 %) v dotazníku uvedlo, že jejich postoj k umírání a smrti ovlivnila odborná praxe, což je více, než u zdravotnického personálu na oddělení vnitřního lékařství. Naopak méně respondentů zde bylo ovlivněno osobními zkušenostmi s umíráním a smrtí v rodině. Jejich počet činil 20 (33,33 %). Studium pozměnilo náhled na umírání u 8 respondentů (13,33 %). 2 respondenti (3,33 %) byli ovlivněni výchovou. Ani 1 dotazovaný v dotazníku nevedl, že jeho postoj k umírání a smrti byl ovlivněn náboženstvím. I zde na tuto otázku 3 respondenti (5 %) neodpovědělo.

Tyto výsledky dokládá tabulka 7 a obrázek7, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 7.

Tabulka 7: Ovlivnění postojů respondentů k umírání a smrti

7 - Čím byl Váš postoj k umírání a smrti ovlivněn?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
výchovou	4	6,67	2	3,33
osobními zkušenostmi s umíráním a smrtí v rodině	19	31,67	20	33,33
odbornou praxí	39	65	56	93,33
studiem	21	35	8	13,33
náboženstvím	5	8,33	-	-
nevím	14	23,33	-	-
neodpověděli	15	25	3	5



Obrázek 7: Ovlivnění postojů respondentů k umírání a smrti

Otázka č. 8 - Jak často se na oddělení, kde pracujete, setkáváte s umírajícími pacienty?

Cílem otázky č. 8 bylo zjistit, jak často se dotazovaní setkávají na svém oddělení s umírajícími pacienty. Dle výsledků můžeme konstatovat, že na obou odděleních je smrt a umírání běžnou součástí tohoto povolání.

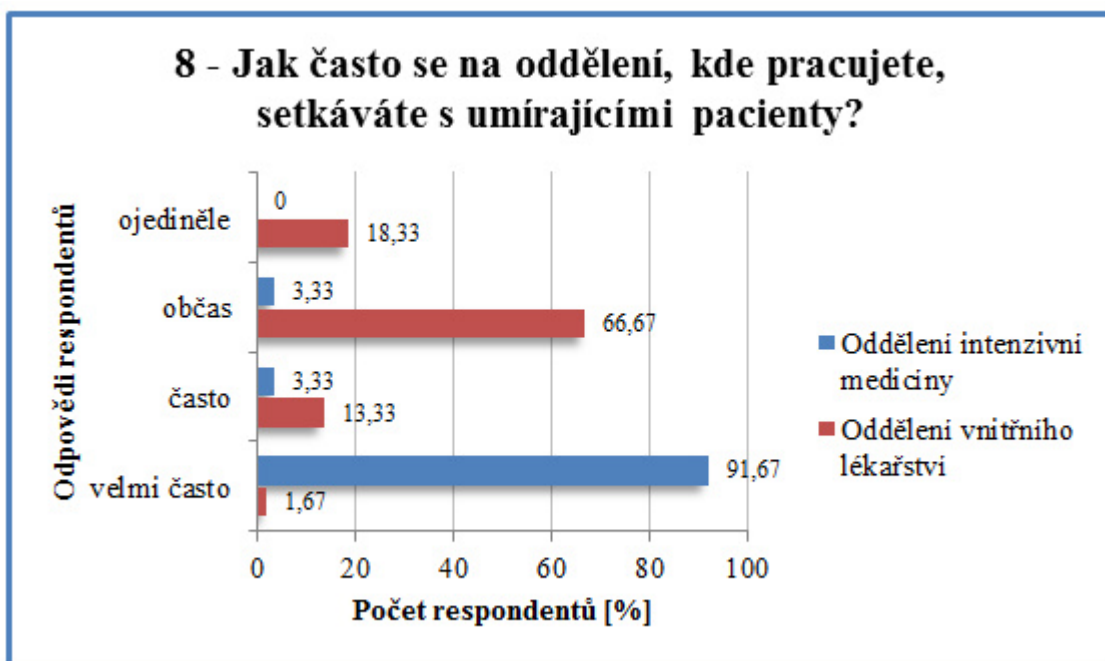
Na oddělení vnitřního lékařství se nejvíce respondentů se smrtí či umíráním pacienta setkává občas. Tuto odpověď vybralo 40 respondentů z celkových 60, což činí 66,67 %. 8 z dotazovaných se se smrtí a umíráním setkává často. Odpověď velmi často se objevila 1 a odpovědi jen ojedinele se objevilo 11.

Střední zdravotnický personál na oddělení intenzivní medicíny se se smrtí a umíráním setkává mnohem častěji. Na rozdíl od oddělení vnitřního lékařství, kde převládala odpověď občas, zde většina respondentů uvedla jako odpověď velmi často. Takto se vyjádřilo 55 dotazovaných (91,67 %). Mezi zbývajícími odpověďmi se 2x objevila odpověď často (3,33 %) a 2x odpověď občas (3,33 %). Nikdo z tohoto oddělení nezvolil možnost ojedinele.

Tyto výsledky dokládá tabulka 8 a obrázek 8, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 8.

Tabulka 8: Frekvence, se kterou se respondenti na svém oddělení setkávají s umírajícími pacienty

8 - Jak často se na oddělení, kde pracujete, setkáváte s umírajícími pacienty?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
velmi často	1	1,67	55	91,67
často	8	13,33	2	3,33
občas	40	66,67	2	3,33
ojediněle	11	18,33	-	-



Obrázek 8: Frekvence, se kterou se respondenti na svém oddělení setkávají s umírajícími pacienty

Otázka č. 9 - S jakými formami umírání pacientů se na Vašem oddělení setkáváte nejčastěji?

Také u otázky č. 9, která se zabývala nejčastějšími formami úmrtí pacientů, se odpovědi velmi liší v závislosti na druhu oddělení. Zatímco na oddělení vnitřního lékařství se personál nejčastěji setkává s protahovanými úmrtími dlouhodobě kriticky nemocných pacientů, a to v 71,67 %, na oddělení intenzivní medicíny patří mezi nejčastější příčiny úmrtí náhlá, neočekávaná zástava srdeční činnosti spojená s neúspěšnou kardiopulmocerebrální resuscitací. Tuto odpověď zvolilo 30 respondentů, což činí 50 %.

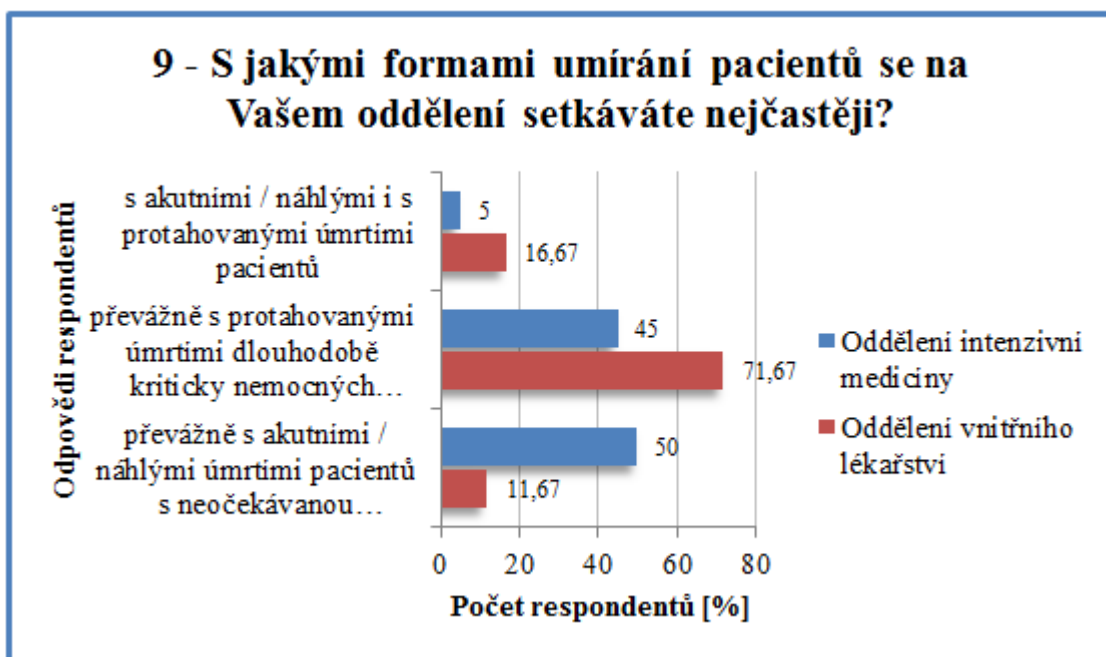
Na oddělení vnitřního lékařství dále 10 respondentů (16,67 %) uvedlo, že se setkává s akutními / náhlými i s protahovanými úmrtími pacientů. 7 dotazovaných (11,67 %) v dotazníku uvedlo, že se nejčastěji setkávají převážně s akutními / náhlými úmrtími pacientů s neočekávanou zástavou srdeční činnosti (při neúspěšné kardiopulmocerebrální resuscitaci). Poslední možnost – personál se neseťkává s žádnými úmrtími – ne zvolil nikdo z dotazovaných.

S protahovanými úmrtími dlouhodobě kriticky nemocných pacientů se na oddělení akutní medicíny převážně setkává 27 respondentů (45 %) a 3 respondenti (5 %) se nejčastěji setkávají s akutními / náhlými i s protahovanými úmrtími pacientů.

Tyto výsledky dokládá tabulka 9 a obrázek 9, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 9.

Tabulka 9: Formy umírání pacientů, se kterými se respondenti setkávají nejčastěji

9 - S jakými formami umírání pacientů se na Vašem oddělení setkáváte nejčastěji?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
převážně s akutními / náhlými úmrtími pacientů s neočekávanou zástavou srdeční činnosti (při neúspěšné kardiopulmocerebrální resuscitaci)	7	11,67	30	50
převážně s protahovanými úmrtími dlouhodobě kriticky nemocných pacientů	43	71,67	27	45
s akutními / náhlými i s protahovanými úmrtími pacientů	10	16,67	3	5



Obrázek 9: *Formy umírání pacientů, se kterými se respondenti setkávají nejčastěji*

Otázka č. 10 - Jaké jsou Vaše pocity při akutních / náhlých úmrtí pacientů v porovnání s protahovanými úmrtími dlouhodobě vážně nemocných pacientů?

V otázce č. 10 se respondenti vyjadřovali k pocitům, které prožívají v souvislosti s různými druhy úmrtí. Zda jsou pro ně emocionálně vypjatější úmrtí náhlá či protahovaná úmrtí dlouhodobě nemocných pacientů.

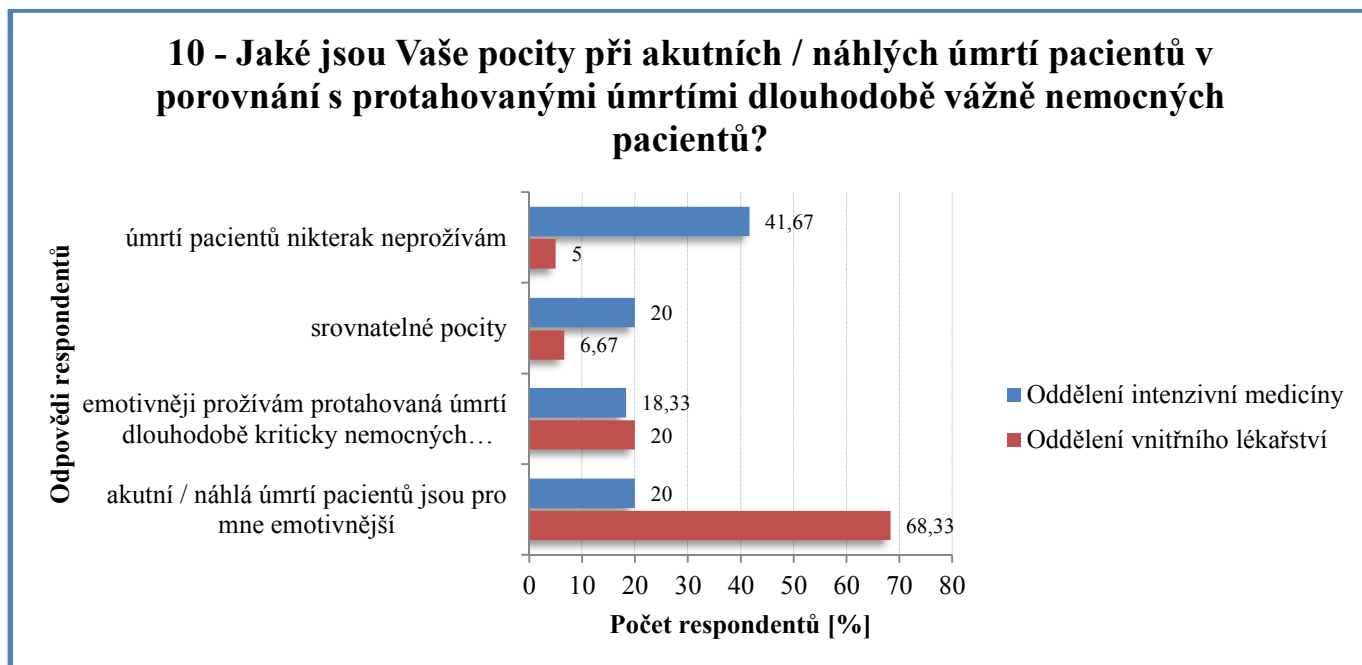
41 respondentů z celkového počtu 60 na oddělení vnitřního lékařství prožívá emotivněji spíše akutní / náhlá úmrtí pacientů. Pro 12 respondentů (20 %) jsou emotivnější naopak spíše protahovaná úmrtí dlouhodobě kriticky nemocných pacientů. Srovnatelným způsobem prožívají náhlá i protahovaná úmrtí pacientů 4 respondenti (6,67 %) a 3 dotazovaní (5 %) v dotazníku uvedli, že úmrtí pacientů nikterak neprožívají.

Zdravotnický personál z oddělení intenzivní medicíny nejčastěji použil odpověď, že nikterak neprožívá úmrtí pacientů a to v 41,67 %. Shodně 11 respondentů (18,33 %) emotivněji prožívají spíše protahovaná úmrtí dlouhodobě kriticky nemocných pacientů a 12 respondentů (20 %) naopak spíše akutní / náhlá úmrtí pacientů. Zbývajících 12 respondentů (20 %) přiznalo, že při úmrtí pacientů zažívají srovnatelné pocity.

Tyto výsledky dokládá tabulka 10 a obrázek 10, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 10.

Tabulka 10: Pocity respondentů při akutních / náhlých úmrtí pacientů v porovnání s protahovanými úmrtími dlouhodobě vážně nemocných pacientů

10 - Jaké jsou Vaše pocity při akutních / náhlých úmrtí pacientů v porovnání s protahovanými úmrtími dlouhodobě vážně nemocných pacientů?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
akutní / náhlá úmrtí pacientů jsou pro mne emotivnější	41	68,33	12	20
emotivněji prožívám protahovaná úmrtí dlouhodobě kriticky nemocných pacientů	12	20	11	18,33
srovnatelné pocity	4	6,67	12	20
úmrtí pacientů nikterak neprožívám	3	5	25	41,67



Obrázek 10: Pocity respondentů při akutních / náhlých úmrtí pacientů v porovnání s protahovanými úmrtími dlouhodobě vážně nemocných pacientů

Otázka č. 11 - Jaké pocity ve Vás umírání pacientů vyvolává?

Cílem otázky č. 11 bylo zjistit pocity jednotlivých respondentů ve spojení s umíráním pacientů. Také u této otázky několik z respondentů neodpovědělo na zadanou otázku. Nikdo z dotázaných taktéž nevyužil možnosti odpovědět dle vlastních slov. V převážné většině u všech dotázaných na obou odděleních převládaly pocity beznaděje a zármutku.

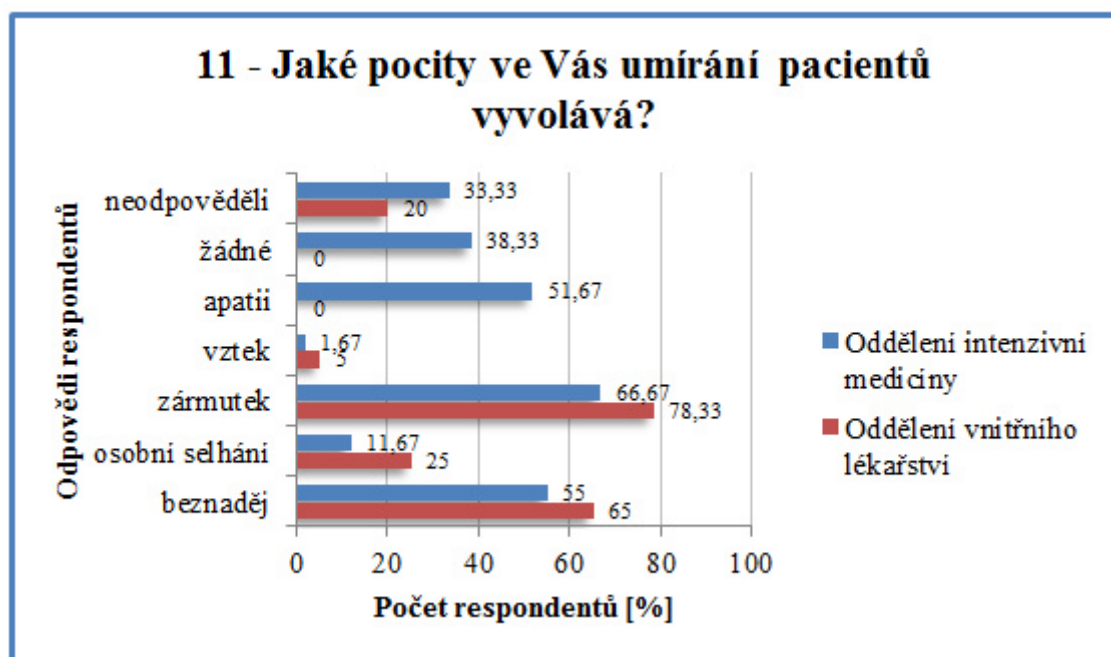
Z 60 respondentů zdravotnického personálu na oddělení vnitřního lékařství 47 odpovědělo, že při umírání pacientů pociťuje zármutek a dalších 39 cítí při umírání pacienta převážně beznaděj. Pocit osobního selhání pociťuje 15 z dotázaných. Vztek cítí pouze 5 % respondentů. 12 dotazovaných na otázku neodpovědělo vůbec.

Na oddělení intenzivní medicíny se oproti předchozímu oddělení objevily i pocity apatie, kterou cítí 31 respondentů (51,67 %), a absence jakýchkoli pocitů u 23 dotázaných (38,33 %). Jak již bylo řečeno, velké množství respondentů uvedlo, že cítí pocit beznaděje (33 respondentů = 55 %) nebo zármutku (40 respondentů = 66,67 %). 7 respondentů (11,67 %) vnímá umírání pacientů jako své osobní selhání a 1 respondent (1,67 %) pociťuje v souvislosti s umíráním pacientů vztek. 20 dotázaných (33,33 %) na tuto otázku neodpovědělo vůbec.

Tyto výsledky dokládá tabulka 11 a obrázek 11, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 11.

Tabulka 11: Pocity respondentů spojené s umíráním pacientů

11 - Jaké pocity ve Vás umírání pacientů vyvolává?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
beznaděj	39	65	33	55
osobní selhání	15	25	7	11,67
zármutek	47	78,33	40	66,67
vzteky	3	5	1	1,67
apatii	-	-	31	51,67
žádné	-	-	23	38,33
neodpověděli	12	20	20	33,33



Obrázek 11: Pocity respondentů spojené s umíráním pacientů

Otázka č. 12 - Jakými aspekty jsou Vaše prožitky v souvislosti s umíráním pacientů ovlivněny?

Cílem otázky č. 12 bylo zjistit, co ovlivňuje prožitky zdravotnického personálu v souvislosti s umíráním pacientů. Dle výsledků dotazníku můžeme tvrdit, že je zde mnoho faktorů, které tento proces ovlivňují. Téměř nikdo neodpověděl, že by nebyl ovlivněn ničím.

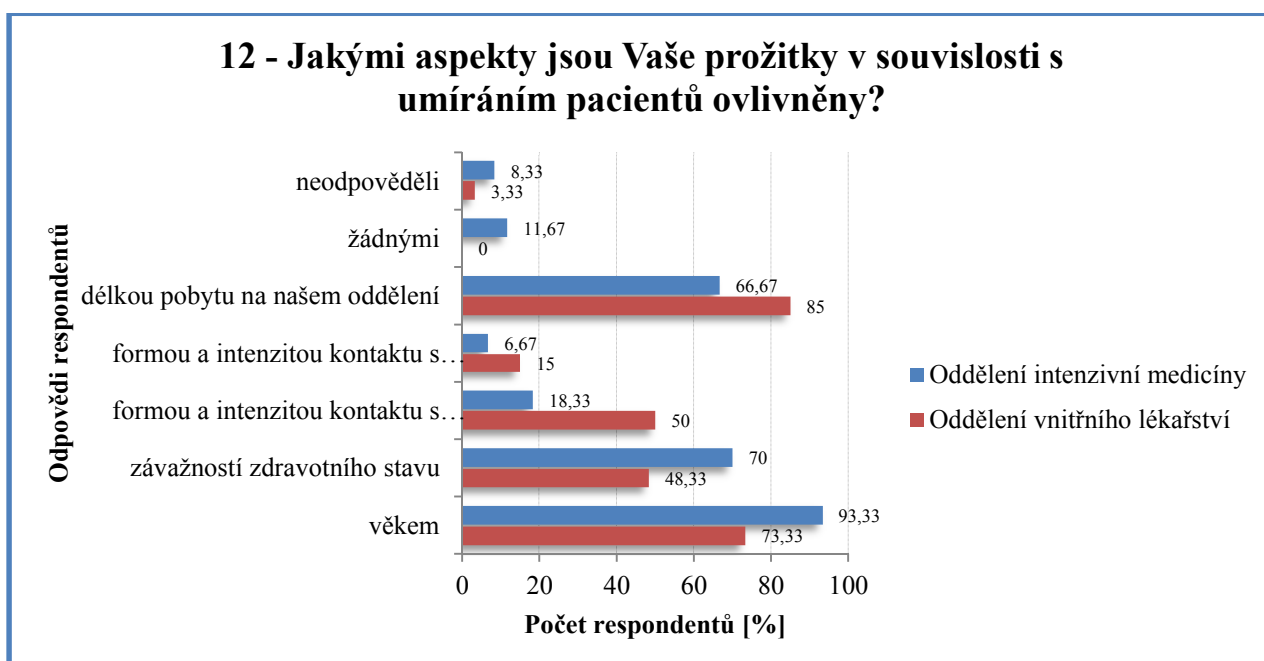
51 respondentů (85 %) z oddělení vnitřního lékařství odpovědělo, že jejich pocity jsou ovlivněny délkou pobytu umírajícího pacienta na jejich oddělení. 29x bylo dále uvedeno (48,33 %), že při ovlivnění prožitku hraje roli i závažnost zdravotního stavu umírajícího pacienta. 44 respondentů (73,33 %) v dotazníku uvedlo, že záleží také na věku pacienta a u 30 respondentů (50 %) jsou jejich prožitky ovlivňovány formou a intenzitou kontaktu s umírajícími pacienty. 9 dotázaných (15 %) je ovlivněno formou a intenzitou kontaktu s rodinou umírajících pacientů. 2 dotázaní se k této otázce nijak nevyjádřili.

Z celkového počtu 60 respondentů středního zdravotnického personálu na oddělení intenzivní medicíny je v souvislosti s umíráním pacientů 56 dotázaných (93,33 %) ovlivněno věkem umírajících, 42 dotázaných (70 %) závažností zdravotního stavu pacienta a 40 respondentů (66,67 %) délkou pobytu pacienta na oddělení. Forma a intenzita kontaktu s umírajícími je jedním z faktorů pro 11 respondentů (18,33 %). U 4 respondentů (6,67 %) hraje roli také forma a intenzita kontaktu s rodinou pacienta. 7 dotázaných napsalo, že nejsou ovlivňováni žádnými aspekty a 5 respondentů (8,33 %) na tuto otázku neodpovědělo vůbec.

Tyto výsledky dokládá tabulka 12 a obrázek 12, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 12.

Tabulka 12: *Aspekty, kterými jsou ovlivněny prožitky respondentů v souvislosti s umíráním pacientů*

12 - Jakými aspekty jsou Vaše prožitky v souvislosti s umíráním pacientů ovlivněny?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
věkem	44	73,33	56	93,33
závažností zdravotního stavu	29	48,33	42	70
formou a intenzitou kontaktu s umírajícími pacienty	30	50	11	18,33
formou a intenzitou kontaktu s rodinou umírajících pacientů	9	15	4	6,67
délkou pobytu na našem oddělení	51	85	40	66,67
žádnými	-	-	7	11,67
neodpověděli	2	3,33	5	8,33



Obrázek 12: *Aspekty, kterými jsou ovlivněny prožitky respondentů v souvislosti s umíráním pacientů*

Otázka č. 13 - Jaký postoj zaujímáte k péči o umírající pacienty?

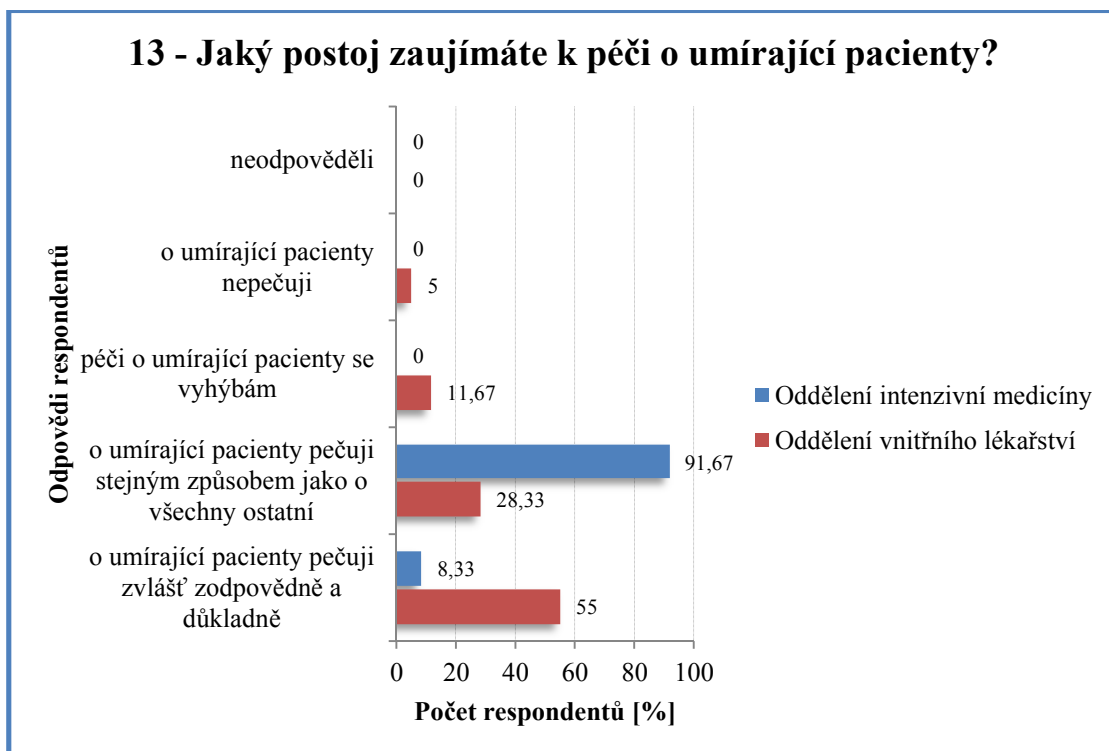
U otázky č. 13 se pozornost soustředila na péči o umírající pacienty. Na oddělení vnitřního lékařství nejvíce respondentů odpovědělo, že o umírající pacienty pečují zvláště zodpovědně a důkladně. Jednalo se o 33 dotazovaných z 60. U 17 dotazovaných zůstává péče o umírajícího stejná jako o ostatní pacienty a 7 z dotázaných uvedlo, že se péči o umírající vyhýbají. Pouze 3 lidé (5 %) uvedli, že o umírající pacienty nikterak nepečují.

Na oddělení intenzivní medicíny převažuje u zdravotnického personálu názor, že péče o umírající pacienty by měla probíhat stejným způsobem jako u všech ostatních pacientů. Takto odpovědělo 55 dotázaných (91,67%) z celkového počtu 60. Zvláště zodpovědně a důkladně pečuje o umírající pacienty pouze 5 respondentů.

Tyto výsledky dokládá tabulka 13 a obrázek 13, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 13.

Tabulka 13: Postoj, který respondenti zaujímají v péči o umírající pacienty

13 - Jaký postoj zaujímáte k péči o umírající pacienty?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
o umírající pacienty pečují zvláště zodpovědně a důkladně	33	55	5	8,33
o umírající pacienty pečují stejným způsobem jako o všechny ostatní	17	28,33	55	91,67
péči o umírající pacienty se vyhýbám	7	11,67	-	-
o umírající pacienty nepečují	3	5	-	-
neodpověděli	-	-	-	-



Obrázek 13: Postoj, který respondenti zaujímají v péči o umírající pacienty

Otázka č. 14 - Jaké možnosti v péči o umírající nabízí Vaše oddělení?

Zjistit nabízené možnosti umírajících pacientů na jednotlivých odděleních bylo cílem otázky č. 14. Celkem 43 respondentů (71,67 %) z oddělení vnitřního lékařství v dotazníku uvedlo, že pro jejich oddělení je na prvním místě při péči o umírající pacienty uspokojování jejich základních fyziologických potřeb. 32 respondentů (53,33 %) uvedlo, že považují za důležité zajišťování dalších potřeb umírajících pacientů (např. duchovní potřeby, zajištění soukromí a intimity, apod.). O individuální přístup k umírajícím pacientům a jejich rodinám (plnění přání umírajícím pacientům a jejich rodinným příslušníkům) se snaží 28 respondentů (46,67 %) na tomto oddělení. 24 respondentů (40 %) v dotazníku uvedlo, že pro jejich oddělení je charakteristická možnost kontinuálních návštěv rodinných příslušníků u umírajících pacientů a 7 respondentů (11,67 %) na tuto otázku vůbec neodpovědělo.

Zdravotnický personál z oddělení intenzivní medicíny v 81,67 % v dotazníku uvedl, že specifikem jejich oddělení je především uspokojování základních fyziologických

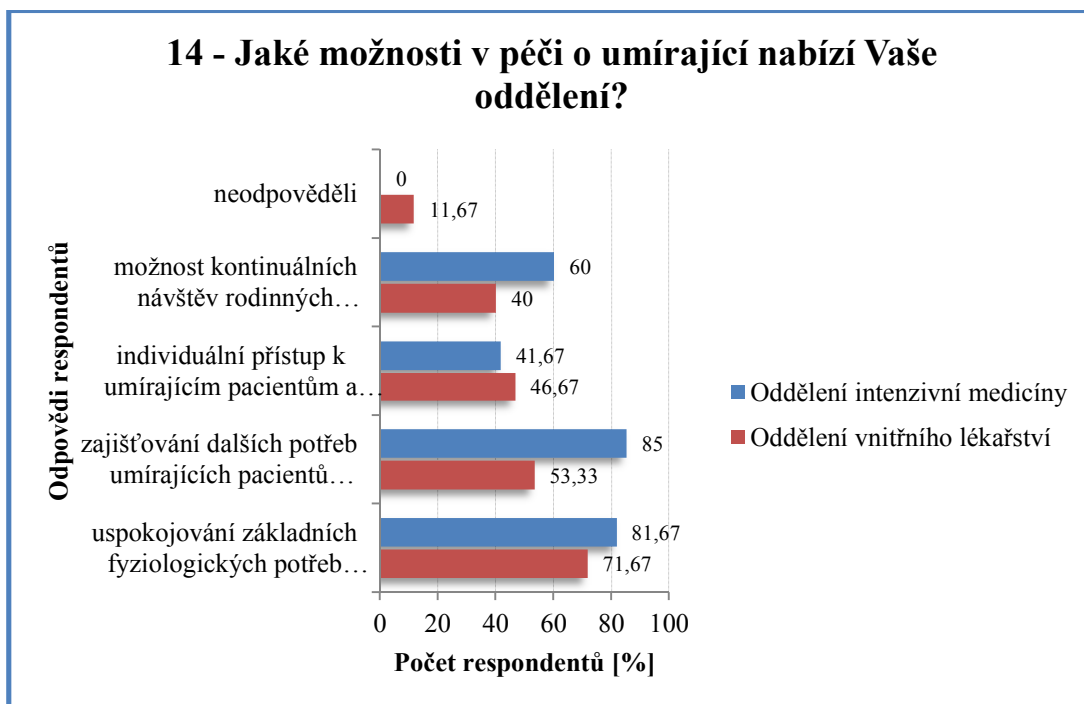
potřeb umírajících pacientů. 25 respondentů (41,67 %) uvedlo, že se snaží o individuální přístup k umírajícím pacientům a jejich rodinám.

Možnost kontinuálních návštěv rodiny umírajícího pacienta umožňují pouze 36 respondenti (60 %). Personál na těchto odděleních se také snaží o zajišťování dalších potřeb umírajících pacientů, jako je např. zajištění soukromí a intimity. Tuto možnost zvolilo 51 dotazovaných (85 %).

Tyto výsledky dokládá tabulka 14 a obrázek 14, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 14.

Tabulka 14: Možnosti v péči o umírající na Vašem oddělení

14 – Jaké možnosti v péči o umírající nabízí Vaše oddělení?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
uspokojování základních fyziologických potřeb umírajících pacientů	43	71,67	49	81,67
zajišťování dalších potřeb umírajících pacientů (např. duchovní potřeby, zajištění soukromí a intimity, apod.)	32	53,33	51	85
individuální přístup k umírajícím pacientům a jejich rodinám (plnění přání umírajícím pacientům a jejich rodinným příslušníkům)	28	46,67	25	41,67
možnost kontinuálních návštěv rodinných příslušníků u umírajících pacientů	24	40	36	60
neodpověděli	7	11,67	-	-



Obrázek 14: Možnosti v péči o umírající na Vašem oddělení

Otázka č. 15 – Máte na svém pracovišti možnost duševního odreagování se (konzultace s psychologem, terapeutem aj.)?

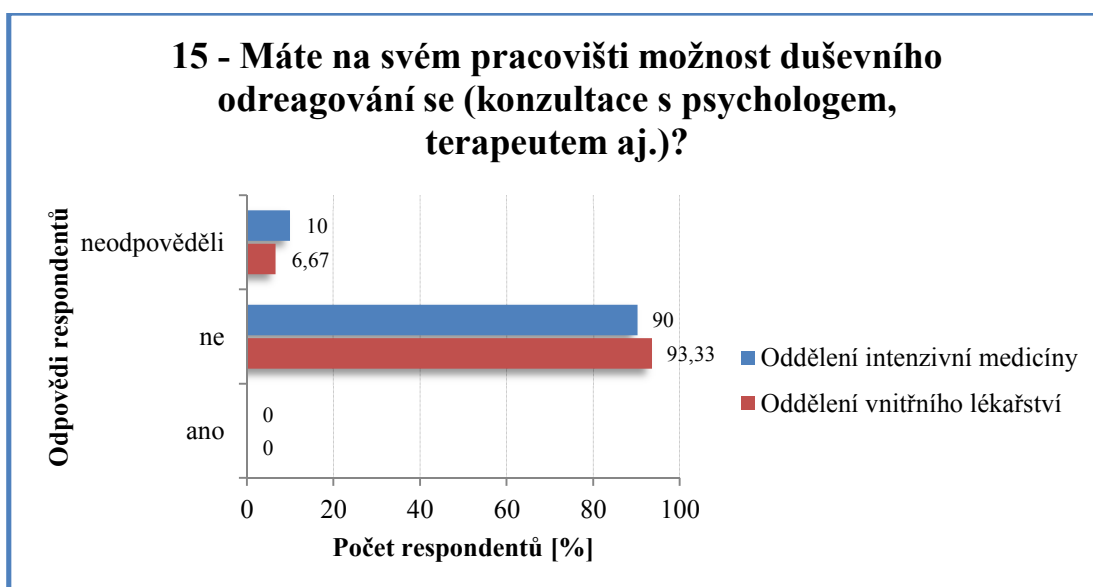
V otázce č. 15 bylo zjišťováno, zda-li má zdravotnický personál možnost duševního odreagování se v rámci svého pracoviště. 56 respondentů zdravotnického personálu z oddělení vnitřního lékařství v dotazníku uvedlo, že nikoli a 4 respondenti neodpověděli.

Na oddělení intenzivní medicíny z celkového počtu 60 odpovědělo 54 respondentů, že tuto možnost nemají. Zbytek neodpověděl.

Tyto výsledky dokládá tabulka 15 a obrázek 15, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 15.

Tabulka 15: Psychická podpora zdravotnického personálu

15 - Máte na svém pracovišti možnost duševního odreagování se (konzultace s psychologem, terapeutem aj.)?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
ano	-	-	-	-
ne	56	93,33	54	90
neodpověděli	4	6,67	6	10



Obrázek 15: Psychická podpora zdravotnického personálu

Otázka č. 16 - Myslíte si, že je péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny) na Vašem oddělení vhodným a dostatečným způsobem zajištěna?

O to, jaký je názor respondentů na vhodnost a dostatečnost péče o umírající pacienty, se zajímalo otázka č. 16. Zatímco na oddělení intenzivní medicíny byly odpovědi v zásadě kladné, na oddělení vnitřního lékařství převažoval negativní názor na dostatečnost a vhodnost péče o umírajícího.

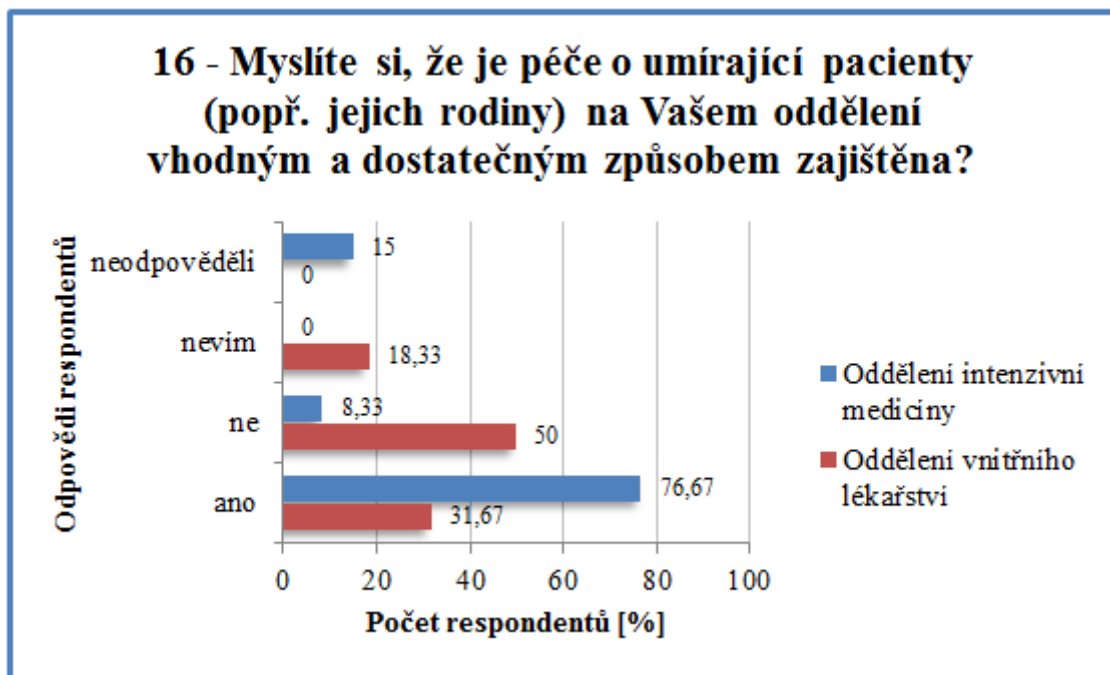
30 respondentů (50 %) na oddělení vnitřního lékařství si myslí, že péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny) není na jejich oddělení vhodná a dostatečná, ale 19 respondentů z téhož oddělení (31,67 %) si naopak myslí, že tato péče dostatečná je. 11 dotazovaných (18,33 %) uvedlo, že neví.

Oddělení intenzivní medicíny vychází z průzkumu v této otázce lépe, protože 46 respondentů (76,67 %) z tohoto oddělení si myslí, že zde je péče o umírající pacienty vhodná a dostatečná. Pouze 5 z dotázaných (8,33 %) si myslí, že je péče o umírající pacienty nedostatečná a 9 z dotázaných neodpovědělo.

Tyto výsledky dokládá tabulka 16 a obrázek 16, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 16.

Tabulka 16: Názor respondentů na vhodnost a dostatečnost péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny)

16 - Myslíte si, že je péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny) na Vašem oddělení vhodným a dostatečným způsobem zajištěna?	Oddělení vnitřního lékařství		Oddělení intenzivní medicíny	
	Počet respondentů	Počet respondentů [%]	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
ano	19	31,67	46	76,67
ne	30	50	5	8,33
nevím	11	18,33	-	-
neodpověděli	-	-	9	15



Obrázek 16: *Názor respondentů na vhodnost a dostatečnost péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny)*

Otázka č. 17 - Co byste navrhoval/a pro zlepšení péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny) na Vašem oddělení?

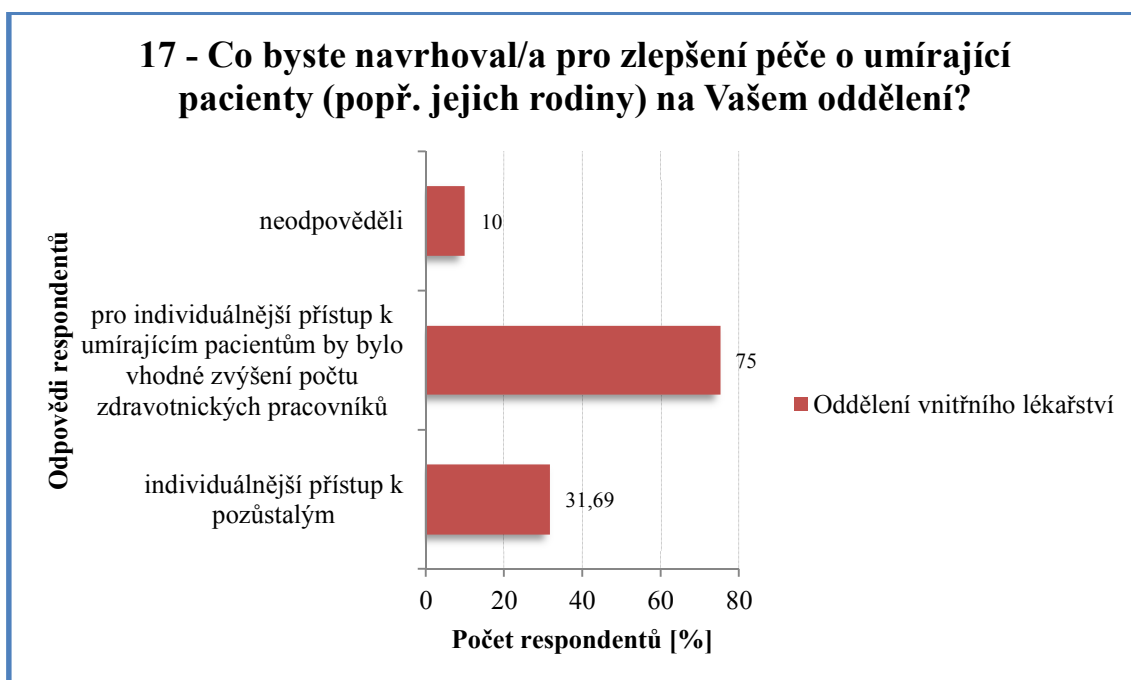
V otázce č. 17, která byla jako jediná otevřená, měli dotazovaní možnost navrhnout zlepšení v péči o umírající pacienty na jejich oddělení.

Zdravotnický personál z oddělení vnitřního lékařství (100 %) ve 45 případech (75 %) uvedl, že by pomohl individuálnější přístup k umírajícím pacientům a také navrhl za tímto účelem zvýšení počtu zdravotnických pracovníků. 19 dotázaných (31,67 %) navrhlo individuálnější přístup k pozůstalým. K otázce se nijak nevyjádřilo 6 dotazovaných na tomto oddělení (10 %).

Tyto výsledky dokládá tabulka 17 a obrázek 17, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 17.

Tabulka 17: Návrhy respondentů z oddělení vnitřního lékařství pro zlepšení péče o umírající pacienty

17 - Co byste navrhoval/a pro zlepšení péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny) na Vašem oddělení?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
individuálnější přístup k pozůstalým	19	31,69
pro individuálnější přístup k umírajícím pacientům by bylo vhodné zvýšení počtu zdravotnických pracovníků	45	75
neodpověděli	6	10



Obrázek 17: Návrhy respondentů z oddělení vnitřního lékařství pro zlepšení péče o umírající pacienty

Na oddělení intenzivní medicíny se objevilo možných řešení a návrhů několik.

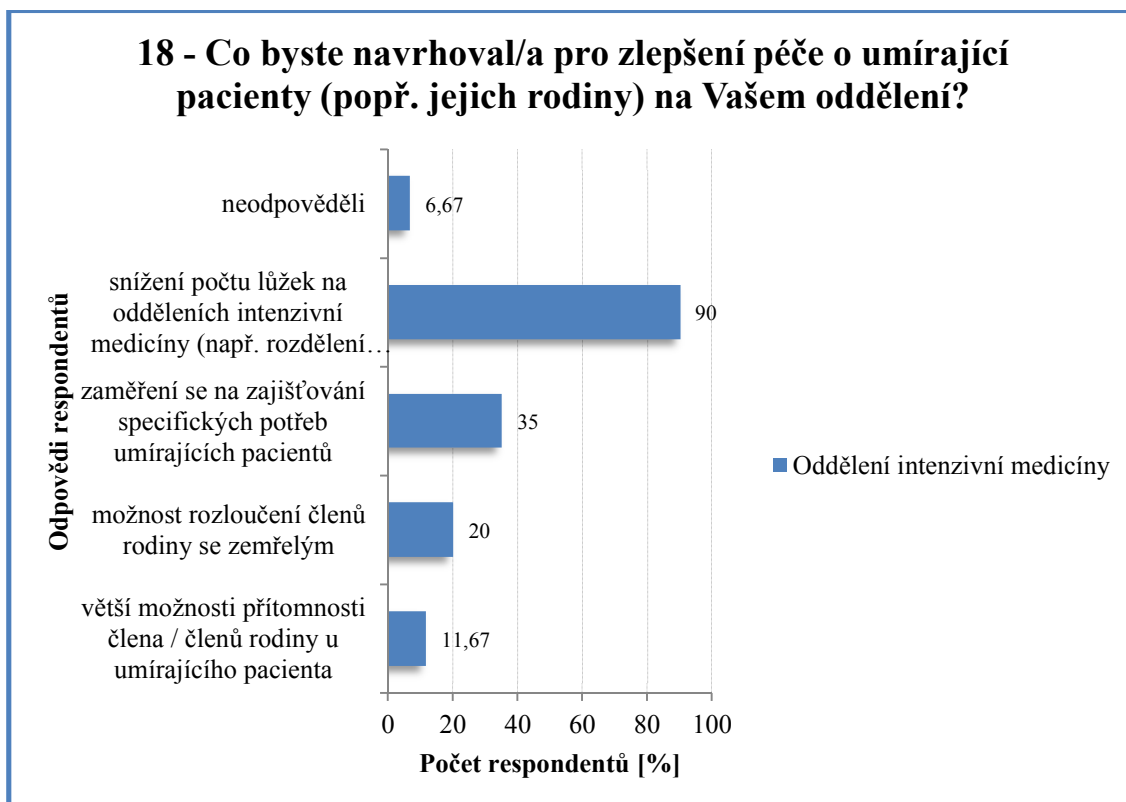
54 respondentů (90 %) navrhuje snížení počtu lůžek na odděleních intenzivní medicíny. Je možné toho dosáhnout např. tím, že se rozdělí oddělení na části. 21 dotazovaných (35 %) navrhuje, aby se personál zaměřil na zajišťování specifických

potřeb umírajících pacientů. Možnost rozloučení členů rodiny se zemřelým se jeví jako dobrý nápad 12 respondentům (20 %) a 7 respondentů (11,67 %) v dotazníku uvedlo jako možnost zlepšení přítomnosti člena / členů rodiny u umírajícího pacienta. Na otázku neodpověděli 4 ze 60 dotázaných (6,67 %)

Tyto výsledky dokládá tabulka 18 a obrázek 18, kde jsou zachyceny jednotlivé odpovědi respondentů na otázku č. 18.

Tabulka 18: Návrhy respondentů z oddělení intenzivní medicíny pro zlepšení péče o umírající pacienty

18 - Co byste navrhoval/a pro zlepšení péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny) na Vašem oddělení?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
větší možnosti přítomnosti člena / členů rodiny u umírajícího pacienta	7	11,67
možnost rozloučení členů rodiny se zemřelým	12	20
zaměření se na zajišťování specifických potřeb umírajících pacientů	21	35
snížení počtu lůžek na odděleních intenzivní medicíny (např. rozdělení oddělení na části)	54	90
neodpověděli	4	6,67



Obrázek 18: Návrhy respondentů z oddělení intenzivní medicíny pro zlepšení péče o umírající pacienty

6.4 Diskuse

Diskusní část této práce se zaměřuje na shrnutí a interpretaci výsledků, které přinesl výzkum, a formulaci závěrů. **Hlavním cílem průzkumu bylo zjištění, jak vnímá umírání a smrt pacientů v nemocnici jejich ošetřující personál.**

Průzkumný vzorek tvořilo 120 respondentů, 50 % z oddělení vnitřního lékařství, 50 % z oddělení intenzivní medicíny. Většinu respondentů tvořily ženy, 96,67 % na oddělení vnitřního lékařství a 88,33 % na oddělení intenzivní medicíny. Nejvíce respondentů z oddělení vnitřního lékařství (58,33 %) bylo ve věku od 36 do 45 let. Z oddělení intenzivní medicíny byla nejčastěji zastoupena věková skupina 26 – 35 let (46,67 %). Na oddělení vnitřního lékařství převažovalo středoškolské vzdělání (80 %), kdežto na oddělení intenzivní medicíny bylo nejčastěji zastoupeno vzdělání specializační (50 %). Délka odborné praxe se nejčastěji pohybovala mezi 16 – 20 lety (30 %) na oddělení vnitřního lékařství a mezi 11 – 15 lety (43,33 %).

Byl zjištěn rozdílný postoj k umírání a smrti u zdravotního personálu z oddělení vnitřního lékařství a z oddělení intenzivní medicíny (průzkumný cíl č. 1) Negativní a stresující zkušenost představuje umírání a smrt pro většinu personálu z oddělení vnitřního lékařství (46,67 %), nebo je prožívají různými způsoby, a to v závislosti na okolnostech (30 %), naproti tomu personál z oddělení intenzivní medicíny zaujímá v drtivé většině smířlivý postoj k umírání a smrti, neboť se jedná o součást života každého člověka, v některých případech je smrt pro umírajícího pacienta vysvobozením (91,67 %). Tyto postoje byly shodně na obou odděleních ovlivněny zejména odbornou praxí (65 % a 93,33 %). Obě oddělení vykazují rozdílnou frekvenci úmrtí, na oddělení vnitřního lékařství respondenti uvedli, že se s umírajícími pacienty setkávají ve většině případů občas (66,67 %), kdežto na oddělení intenzivní medicíny byla nejčastější odpověď velmi často (91,67 %), což není nikterak překvapivé. Ostatně právě kvůli tomuto předpokladu byli respondenti rozděleni právě na tyto dvě skupiny. Domnívám se, že je zde patrná souvislost mezi postojem k umírání a čestností s jakou se s ním ve své praxi ošetřující personál setkává. Čím častěji se personál s umíráním a smrtí u pacientů setkává, tím méně je touto skutečností frustrován.

Respondenti z oddělení vnitřního lékařství a oddělení intenzivní medicíny se v průběhu své praxe setkávají s různými formami umírání pacientů. Na odděleních vnitřního lékařství se nejčastěji setkávají s převážně s protahovanými úmrtími dlouhodobě kriticky nemocných pacientů (71,67 %), naopak na odděleních intenzivní medicíny mírně převažují akutní / náhlá úmrtími pacientů s neočekávanou zástavou srdeční činnosti (50 %). Personál z oddělení vnitřního lékařství se shodl na tom, že emotivněji prožívají spíše akutní/ náhlá úmrtí (68,33 %), kdežto personál z oddělení intenzivní medicíny uvedl, že úmrtí pacientů převážně neprožívá (41,67 %). Myslím si, že tento výsledek koresponduje s již zmíněným smířlivým postojem k umírání a smrti. Avšak zvolené odpovědi na otázku: *Jaké pocity ve Vás umírání pacientů vyvolává?* (průzkumný cíl č. 2), byly pro mě přinejmenším překvapivé. Nejčastěji prožívanou emocií byl zármutek (78,33 % na oddělení vnitřního lékařství a 66,67 % na oddělení intenzivní medicíny) v pořadí druhou emocií byla beznaděj. Nabízí se otázka, zda-li se jedná o skutečně prožívané emoce, nebo tu sehrálo roli jisté „vědomí správné odpovědi“. Je možné připouštět si podobné emoce, setkávám-li se se smrtí pacientů, klientů, téměř denně? Na druhou stranu připusťme, že emocionální odstup, byť zcela

profesionální, nebývá hodnocen kladně, což může vést k schematickým odpovědím. Každopádně mě právě tento výsledek přivedl k doporučení pro praxi, které bude rozvedeno v příslušné kapitole.

Dalším rozdílným zjištěním průzkumu byly aspekty, kterými jsou ovlivněny prožitky respondentů v souvislosti s umíráním pacientů. Prožitky respondentů z oddělení vnitřního lékařství jsou ovlivňovány především délkou pobytu umírajících na jejich oddělení (85 %), a věkem umírajících na oddělení intenzivní medicíny (93,33 %).

Respondenti z oddělení vnitřního lékařství uvedli, že pečují o umírající zvláště zodpovědně a důkladně (55 %), možnost vyhýbání se umírajícím pacientům zvolilo pouze 7 %, což je další zajímavé číslo, které odporuje mojí vlastní zkušenosti, a opět se tu vracím k rozporu mezi vědomím, co by se mělo dělat, a tím, co se skutečně dělá. Na oddělení intenzivní medicíny pečují o umírající stejným způsobem jako o všechny ostatní pacienty (91,67 %).

Při zjišťování možností v péči o umírající byly víceméně rovnoměrně zastoupeny všechny možnosti na obou odděleních. Z toho plyne, že se dbá na všechny základní druhy potřeb, nejen fyzických, ale i duševních, duchovních i sociálních.

Nebylo velkým překvapením, že ani jedno z oddělení nenabízí svým zaměstnancům, kteří pracují pod velkým psychickým tlakem a jsou běžně svědky emociálně vypjatých momentů, možnost uvolnění se. Nedbá tak na jejich duševní hygienu. O tomto více v doporučení pro praxi.

Respondenti z oddělení vnitřního lékařství (50 %) nepovažují péči o umírající pacienty za dostatečnou, naopak pracovníci na oddělení intenzivní medicíny (76,67 %) si myslí, že péče o umírající pacienty na jejich oddělení je vhodným a dostatečným způsobem zajištěna (**průzkumný cíl č. 3**)

Z návrhů na zlepšení péče o umírající převažovalo u dotazovaných z oddělení vnitřního lékařství zvýšení počtu zdravotnických pracovníků, čímž by se zajistil individuálnější přístup k pacientům (75 %), dotazovaní z oddělení intenzivní medicíny (90 %) preferovali pro zlepšení péče o umírající snížení počtu lůžek. Obě odpovědi jasně ukazují na velkou vyčerpávanost pracovníků na všech dotazovaných odděleních.

6.5 Doporučení pro praxi

Z průzkumu vyplynulo, že umírání a smrt pacientů, které se ve zdravotnických zařízeních vyskytují nezřídka, představují emocionální zátěž pro personál. Připočteme-li k tomu fakt, že se jedná o stresující práci s vysokou mírou osobní zodpovědnosti, bylo by vhodné, aby vedení více pečovalo o své zaměstnance a dbalo na jejich psychickou pohodu. Z průzkumného vzorku vyplynulo, že na svém pracovišti nemají žádnou možnost odreagování se, není jim například nabízena možnost konzultace s odborníkem (psychologem, terapeutem atd.), přinejmenším o této možnosti nevědí. Ale situaci by mohly zlepšit i maličkosti typu přívětivějšího pracovního prostředí s možností relaxace po emocionálně vypjatých situacích. Výsledky průzkumu nám dále ukázaly, že by personál preferoval snížení počtu pacientů na jednu sestru.

Doporučení pro praxi je tedy určeno pro management zdravotnických zařízení a zahrnuje zajištění kvalifikované psychologické a terapeutické péče pro své zaměstnance, zlepšení jejich pracovního prostředí a v neposlední řadě snížení jejich vyčerpání (kvalita na úkor kvantity).

ZÁVĚR

Tématem bakalářská práce, která je zde předkládána, je „Umírání v nemocničním prostředí z pohledu zdravotnického personálu“. Tato práce obsahuje dvě části, teoretickou a praktickou.

V literární rešerši, kterou je zpracována část teoretická, je popsána zejména problematika umírajících klientů. Za cíl si dává shrnout teoretické poznatky týkající se typických rysů umírání a smrti, se zaměřením na péči o umírající, které byly v době tvorby práce k dispozici. První kapitola shrnuje poznatky, které se týkají problematiky umírání nemocných, vymezuje a definuje tento pojem, zmiňuje historický kontext umírání, včetně současného pohledu, charakterizuje jednotlivé fáze umírání. Pozornost je věnována také domácímu modelu umírání a tzv. institucionálnímu modelu umírání. Druhá kapitola je věnována samotné smrti, zvláště jejímu vymezení, významu a její diagnostice. Třetí kapitola zmiňuje etické problémy spojené s umíráním a smrtí. Čtvrtá kapitola charakterizuje vědní obor thanatologie. Je zde zmíněna problematika eutanázie a dystanázie. V páté kapitole teoretické části se práce zaměřuje na problematiku nemoci. Zde se vysvětluje zejména konečné stádium nemoci a primární potřeby klientů/pacientů. Praktická část se zbývá průzkumem, jehož cílem je zjistit jak zdravotnický personál vnímá smrt a umírání na odděleních intenzivní medicíny a jak vnímá smrt a umírání na odděleních interních. Hlavní složkou průzkumu bylo dotazníkové šetření, kde průzkumný soubor činil 120 dotazovaných, kteří byli zaměstnáni na odděleních vnitřního lékařství a na odděleních intenzivní medicíny. Praktická část obsahuje shrnutí výsledků průzkumu, jejich přehledné grafické znázornění a jejich komentář. Interpretace dosažených dílčích výsledků je zahrnuta v diskusi. Mezi zásadní zjištění patřilo, že postoj k umírání je převážně smířlivý na odděleních intenzivní medicíny, kdežto na oddělení vnitřního lékařství převažuje negativní postoj, pro většinu respondentů je umírání stresující záležitostí. Pocity vyvolané umíráním a smrtí jsou u zdravotnického personálu zármutek a beznaděj. Průzkum dále odhalil, že dotazovaní na oddělení vnitřního lékařství nepovažují péči o umírající pacienty za dostatečnou. Na odděleních intenzivní medicíny se respondenti domnívají, že péče o umírající dostatečná je.

SEZNAM LITERATURY

- ARIÉS, P. Dějiny smrti, Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-286-0.
- BLUMENTHAL-BARBY, K. Kapitoly z thanatologie. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 80-70417-43-9.
- BRABEC, L. Křesťanská thanatologie. Praha: GEMMA89, 1991. ISBN 80-85206-06-4.
- CALLANANOVÁ, M. KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary: Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Nakladatelství Vyšehrad spol. s r. o, 2005. 224 s. ISBN 80-7021-819-3.
- DAVIES, J. Stručné dějiny smrti. Praha: Volvox Globator, 2007. ISBN 80-7207-628-4.
- Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících.“ [online] 2013 [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001137.pdf>.
- FRANZ, Marie-Louise von. Sen a smrt. Portál, Praha, 2000. ISBN 80-7178-404-4.
- GOLDMANN, R., CICHÁ, M. Etika zdravotní a sociální práce. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0.
- GOLDEMUND, David. Mozková smrt [online] 2013 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.cmp-manual.wbs.cz/MOZKOVASMRT.html>.
- GUNTER, Virt. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 s. ISBN 80-7021-330-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. Práva pacientů. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
- JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- KELNAROVÁ, J. Thanatologie v ošetrovatelství. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

- KISVETROVÁ, Helena, KUTNOHORSKÁ, Jana. Umírání a smrt v historickém vývoji. In *Popularizace vědy*, č. 12, s. 212 – 219, 2010. ISSN 1212-4117.
- KOMÍNKOVÁ, H. Právo na důstojné umírání. In *Sestra*, roč. 12, č. 1, s. 20 – 21, 2002. ISSN 1210-0404.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN: 8085495430.
- KÜBLER-ROSS, E. *On Death and Dying*. New York: Scribner, 1969. ISBN-13: 978-0-684-83938-7.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- MACH, J. a kolektiv. *Zdravotnictví a právo - komentované předpisy*. Praha: LexisNexis, 2005. ISBN 80-86199-93-2.
- MIDGLEY, R. a kolektiv. *Rodinná encyklopedie zdraví*. Praha: Gemini, 1993. ISBN 80-7161-057-7.
- MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající: Hospicová péče*. Národní centrum domácí péče České republiky, 1998. ISBN 80-239-1915-6.
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*. Brno: Masarykova univerzita-fakulta lékařská, 1997. 75 s. ISBN 80-210-1610-8.
- MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- NORBERT, E. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Jihlava: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. 72 s. ISBN 80-85844-39-7.
- OPATRNÁ M. Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému? In *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 3, s. 5 - 8. ISSN 1801-1349.

PERA, H., WEINERT, B. Nemocným na blízku. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.

SKÁLA, Bohumil a kolektiv. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučený léčebný a diagnostický postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. 10 s. ISBN 80-86998-03-7.

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří a kolektiv. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. s. 362. ISBN 978-80-7262-505-5.

SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce Homo, 1995. ISBN 80-902049-4-5.

ŠPATENKOVÁ, N. Problematika zdraví a nemoci. Olomouc: FF UP, 2003. ISBN 80-244-0648-9.

VODÁKOVÁ, Alena, PETRUSEK, Miloslav. Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.

VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-06-3.

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

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod. In Sbíрка zákonů ČR, 1993.

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů. In Sbíрка zákonů ČR, 2002.

ŽÁČEK, A. *Metody studia zdraví a nemoci v populaci*. Praha: Avicenum, 1984.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Pohlaví respondentů	37
Obrázek 2: Věkové kategorie respondentů	38
Obrázek 3: Nejvyšší dosažené / ukončené vzdělání respondentů	39
Obrázek 4: Oddělení, na němž respondenti pracovali.....	40
Obrázek 5: Délka odborné praxe respondentů	42
Obrázek 6: Postoj respondentů k umírání a smrti	43
Obrázek 7: Ovlivnění postojů respondentů k umírání a smrti	45
Obrázek 8: Frekvence, se kterou se respondenti na svém oddělení setkávají s umírajícími pacienty.....	47
Obrázek 9: Formy umírání pacientů, se kterými se respondenti setkávají nejčastěji ..	49
Obrázek 10: Pocity respondentů při akutních / náhlých úmrtí pacientů v porovnání s protahovanými úmrtími dlouhodobě vážně nemocných pacientů.....	50
Obrázek 11: Pocity respondentů spojené s umíráním pacientů.....	52
Obrázek 12: Aspekty, kterými jsou ovlivněny prožitky respondentů v souvislosti s umíráním pacientů.....	54
Obrázek 13: Postoj, který respondenti zauímají v péči o umírající pacienty.....	56
Obrázek 14: Možnosti v péči o umírající na Vašem oddělení	58
Obrázek 15: Psychická podpora zdravotnického personálu.....	59
Obrázek 16: Názor respondentů na vhodnost a dostatečnost péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny)	61
Obrázek 17: Návrhy respondentů z oddělení vnitřního lékařství pro zlepšení péče o umírající pacienty	62
Obrázek 18: Návrhy respondentů z oddělení intenzivní medicíny pro zlepšení péče o umírající pacienty	64

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů	36
Tabulka 2: Věkové kategorie respondentů	38
Tabulka 3: Nejvyšší dosažené / ukončené vzdělání respondentů	39
Tabulka 4: Oddělení, na němž respondenti pracovali.....	40
Tabulka 5: Délka odborné praxe respondentů	41
Tabulka 6: Postoj respondentů k umírání a smrti	43
Tabulka 7: Ovlivnění postojů respondentů k umírání a smrti	45
Tabulka 8: Frekvence, se kterou se respondenti na svém oddělení setkávají s umírajícími pacienty.....	46
Tabulka 9: Formy umírání pacientů, se kterými se respondenti setkávají nejčastěji ..	48
Tabulka 10: Pocity respondentů při akutních / náhlých úmrtí pacientů v porovnání s protahovanými úmrtími dlouhodobě vážně nemocných pacientů.....	50
Tabulka 11: Pocity respondentů spojené s umíráním pacientů.....	52
Tabulka 12: Aspekty, kterými jsou ovlivněny prožitky respondentů v souvislosti s umíráním pacientů.....	54
Tabulka 13: Postoj, který respondenti zaujímají v péči o umírající pacienty.....	55
Tabulka 14: Možnosti v péči o umírající na Vašem oddělení	57
Tabulka 15: Psychická podpora zdravotnického personálu.....	59
Tabulka 16: Názor respondentů na vhodnost a dostatečnost péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny)	60
Tabulka 17: Návrhy respondentů z oddělení vnitřního lékařství pro zlepšení péče o umírající pacienty	62
Tabulka 18: Návrhy respondentů z oddělení intenzivní medicíny pro zlepšení péče o umírající pacienty	63

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I – Průvodní list k dotazníku

Příloha II - Dotazník

PŘÍLOHA I – ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje/podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem „*Umírání v nemocničním prostředí z pohledu zdravotnického personálu*“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 20.1.2014

Jan Urbánek

PŘÍLOHA II – DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentem Vysoké školy zdravotnické o.p.s., se sídlem Duškova 7, Praha 5, oboru Všeobecná sestra. V rámci zpracování praktické části své bakalářské práce na téma „Umírání v nemocničním prostředí z pohledu zdravotnického personálu“ si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit, jak jsou umírání a smrt pacientů vnímány z pohledu jejich ošetřujícího personálu na odděleních vnitřního lékařství a odděleních intenzivní medicíny.

Vámi vybranou odpověď zakroužkujte, případně doplňte. Dotazník je anonymní. Za Vaši vstřícnost a čas, který jste vyplňování dotazníku věnoval/a, děkuji.

Jan Urbánek

1. Jste?

- a) žena
- b) muž

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) méně než 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 45 – 55 let
- e) 56 – 65 let
- f) více než 65 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené / ukončené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské
- d) specializační

4. Kde pracujete?

- a) na oddělení vnitřního lékařství (interna, chirurgie, kardiologie, apod.)
- b) na oddělení intenzivní medicíny (jednotka intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení)

5. Jaká je délka Vaší odborné praxe?

- a) méně než 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 – 25 let
- f) 26 – 30 let
- g) více než 30 let

6. Jaký je Váš postoj k umírání a smrti?

- a) umírání a smrt považuji za negativní a stresující zkušenost
- b) smířlivý – umírání a smrt jsou součástí života každého člověka, v některých případech je smrt pro umírajícího pacienta vysvobozením
- c) umírání a smrt prožívám různými způsoby v závislosti na okolnostech
- d) umírání a smrt jsou pro mne fascinující

e) umírání a smrt nikterak neprožívám

f) jiný postoj, uveďte: _____

7. Čím byl Váš postoj k umírání a smrti ovlivněn?

(u této otázky můžete uvést více možností odpovědí)

a) výchovou

b) osobními zkušenostmi s umíráním a smrtí v rodině

c) odbornou praxí

d) studiem

e) náboženstvím

f) ničím

g) nevím

h) jinak, uveďte: _____

8. Jak často se na oddělení, kde pracujete, setkáváte s umírajícími pacienty?

a) velmi často

b) často

c) občas

d) ojediněle

e) nikdy

9. S jakými formami umírání pacientů se na Vašem oddělení setkáváte nejčastěji?

- a) převážně s akutními / náhlými úmrtími pacientů s neočekávanou zástavou srdeční činnosti (při neúspěšné kardiopulmocerebrální resuscitaci)
- b) převážně s protahovanými úmrtími dlouhodobě kriticky nemocných pacientů
- c) s akutními / náhlými i s protahovanými úmrtími pacientů
- d) s žádnými úmrtími pacientů

10. Jaké jsou Vaše pocity při akutních / náhlých úmrtí pacientů v porovnání s protahovanými úmrtími dlouhodobě vážně nemocných pacientů?

- a) akutní / náhlá úmrtí pacientů jsou pro mne emotivnější
- b) emotivněji prožívám protahovaná úmrtí dlouhodobě kriticky nemocných pacientů
- c) srovnatelné pocity
- d) úmrtí pacientů nikterak neprožívám

11. Jaké pocity ve Vás umírání pacientů vyvolává?

(u této otázky můžete uvést více možností odpovědí)

- a) beznaděj
- b) osobní selhání
- c) zármutek
- d) vztek
- e) apatii
- f) žádné
- g) jiné pocity, uveďte: _____

12. Jakými aspekty jsou Vaše prožitky v souvislosti s umíráním pacientů ovlivněny?

(u této otázky můžete uvést více možností odpovědí)

- a) věkem
 - b) závažností zdravotního stavu
 - c) formou a intenzitou kontaktu s umírajícími pacienty
 - d) formou a intenzitou kontaktu s rodinou umírajících pacientů
 - e) délkou pobytu na našem oddělení
 - f) žádnými
 - g) jinými aspekty, uveďte: _____
-

13. Jaký postoj zaujímáte k péči o umírající pacienty?

- a) o umírající pacienty pečuji zvlášť zodpovědně a důkladně
 - b) o umírající pacienty pečuji stejným způsobem jako o všechny ostatní
 - c) péči o umírající pacienty se vyhýbám
 - d) o umírající pacienty nepečuji
 - e) jiný postoj, uveďte: _____
-

14. Jaké možnosti v péči o umírající nabízí Vaše oddělení?

(u této otázky můžete uvést více možností odpovědí)

- a) uspokojování základních fyziologických potřeb umírajících pacientů
- b) zajišťování dalších potřeb umírajících pacientů (např. duchovní potřeby, zajištění soukromí a intimity, apod.)

- c) individuální přístup k umírajícím pacientům a jejich rodinám (plnění přání umírajícím pacientům a jejich rodinným příslušníkům)
 - d) možnost kontinuálních návštěv rodinných příslušníků u umírajících pacientů
 - e) jiná specifika, uveďte: _____
-

15. Máte na svém pracovišti možnost duševního odreagování se (konzultace s psychologem, terapeutem aj.)?

- a) ano
- b) ne

16. Myslíte si, že je péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny) na Vašem oddělení vhodným a dostatečným způsobem zajištěna?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Co byste navrhoval/a pro zlepšení péče o umírající pacienty (popř. jejich rodiny) na Vašem oddělení?

(u této otázky můžete uvést více možností odpovědí)

Uveďte: _____
