

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD  
Ústav ošetřovatelství

Alžběta Jakubů

**Problematika důstojnosti u pacientů v závěru života**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

Olomouc 2013

## **ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce:**

Problematika důstojnosti pacientů v závěru života

**Název práce v AJ:**

The Issue of the Dignity of Patients at End of Life

**Datum zadání:** 2013-01-31

**Datum odevzdání:** 2013-06-27

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Jakubů Alžběta

**Vedoucí práce:** PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:**

Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou důstojnosti pacientů v závěru života. Rekapituluje dohledané poznatky o pojetí důstojnosti a důstojné smrti. Předkládá informace o faktorech ovlivňujících vnímání důstojnosti a o nástrojích k posouzení důstojnosti. Práce se dále zaměřuje na publikované poznatky o ošetrovatelských aktivitách, které vedou k zachování důstojnosti pacientů v závěru života. K vyhledávání relevantních plnotextů byly využity databáze: Bibliographia Medica Českoslovac, ProQuest, EBSCO, ScienceDirect a PubMed, a dále archivy internurse.com a Wiley Online Library. Jako další zdroje sloužily také časopisy Journal of Hospice & Palliative Nursing a Nursing Science Quarterly.

**Abstrakt v AJ:**

This survey bachelor thesis deals with dignity issues of patients at the end of their lives. Summarizes findings on the concepts of dignity and dignified death. Presents information about factors influencing understanding of death and about tools to assess the dignity. The thesis is also focused on published knowledge about nursing activities which lead to preservation of dignity at the end of the patients lives. Bibliographia Medica Čechoslovaca, ProQuest, EBSCO, ScienceDirect and PubMed sources were used for research of relevant fulltext sources, furthermore archives internurse.com and Wiley Online Library. Journal of Hospice & Palliative Nursing and Nursing Science Quaterly magazines were also used.

**Klíčová slova v ČJ:** důstojnost, umírající pacient, ovlivňující faktor, nástroj, ošetrovatelská péče, péče v závěru života

**Klíčová slova v AJ:** dignity, dying patient, influencing factor, tool, nursing care, end-of-life care

**Rozsah:** 40 s., 0 příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 27. červen 2013

-----  
podpis

Děkuji PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové za odborné vedení a za cenné rady při tvorbě bakalářské práce. Děkuji také své rodině a blízkým, kteří mě v průběhu studia podporovali.

Bakalářská práce byla podpořena v rámci studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci a je dedikována projektu FZV\_2013\_007.

## OBSAH

ÚVOD.....	7
1 Pojetí důstojnosti a důstojné smrti.....	12
2 Faktory ovlivňující vnímání důstojnosti.....	15
3 Nástroje k posouzení důstojnosti.....	18
4 Ošetrovatelské aktivity vedoucí k zachování důstojnosti.....	20
4.1 Ošetrovatelské aktivity v kategorii „obavy související s onemocněním“....	21
4.2 Ošetrovatelské aktivity v kategorii „aktivity pro ochranu důstojnosti“.....	23
4.3 Ošetrovatelské činnosti v kategorii „inventář pro sociální důstojnost“.....	26
ZÁVĚR.....	28
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ.....	31
SEZNAM ZKRATEK.....	39
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	40

## ÚVOD

Podle WHO se řadí pojem důstojnost mezi základní lidská práva (WHO in Östlund, Brown a Johnston, 2012, s. 353). Zachování důstojnosti je jednou z nejdůležitějších potřeb umírajících osob (Natan, Garfinkel a Shachar, 2010, s. 301). Několik studií dokonce prokázalo, že ztráta důstojnosti je úzce spjata s pacientovým přáním umřít (Ganzini, Goy a Dobscha, 2009, s. 491; Maessen et al., 2010, s. 1196). Důstojná smrt tedy představuje ústřední princip paliativní péče (European association for palliative care in Östlund, Brown a Johnston, 2012, s. 353). Význam důstojnosti je zdůrazněn také v Etickém kodexu sester, kde je uvedeno, že respekt a důstojnost představují pro pacienty v závěru života zásadní prožitek (ICN in Vosit-Steller et al., 2010, s. 460).

### **Zkoumaný problém:**

Přehledová bakalářská práce se zaměřuje na problematiku důstojnosti umírajících pacientů otázkou: „Jaké byly publikovány poznatky o důstojnosti pacientů v závěru života?“

### **Pro vypracování přehledové bakalářské práce byly stanoveny následující dílčí cíle:**

#### **Cíl 1:**

Předložit dohledané publikované poznatky o pojetí důstojnosti a důstojné smrti.

#### **Cíl 2:**

Předložit dohledané publikované poznatky o faktorech ovlivňujících vnímání důstojnosti a o nástrojích k posouzení důstojnosti.

#### **Cíl 3:**

Předložit dohledané publikované poznatky o ošetrovatelských aktivitách, které vedou k zachování důstojnosti pacientů v závěru života.

### **Vstupní literatura:**

1. FRIEDMAN S. L. a HELM, D. T. *End-of-life care for children and adults with intellectual and developmental disabilities*. 1. ed. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010. ISBN 978-1-935304-07-4.
2. CHOCHINOV, H. M. *Dignity Therapy*. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2012. ISBN 978-0-19-517621-6.
3. KALVACH, Z. et al. *Respektování lidské důstojnosti*. 1. vyd. Praha. Cesta domů. 2004, ISBN neuvedeno.
4. KALVACH, Z. 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
5. KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
6. MUNZAROVÁ, M. 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

### **K vyhledávání relevantních článků byly využity:**

- databáze Bibliographia Medica Čechoslovaca: databáze z oblasti lékařství a zdravotnictví
- databáze ProQuest: světová multioborová plnotextová databáze
- databáze EBSCO: zdroj vědeckých poznatků pro společenské a humanitní obory
- databáze ScienceDirect: plnotexty přírodovědných časopisů
- databáze PubMed: světová databáze biomedicínských poznatků
- archiv internurse.com: britský archiv ošetrovatelských článků



- archiv Wiley Online Library: archiv časopisů z nakladatelství Wiley a Blackwell
- časopis Journal of Hospice & Palliative Nursing: časopis s poznatky ošetrovatelských činností u osob v závěru života
- časopis Nursing Science Quarterly: časopis zaměřený na ošetrovatelské poznatky

### **Popis rešeršní strategie:**

Rešeršní strategie byla provedena za účelem nalezení relevantních zdrojů pro přehledovou bakalářskou práci na téma: Důstojnost umírajících pacientů. Vyhledávání odborných článků probíhalo od prosince 2012 do května 2013. V první řadě byla určena následující kritéria pro výběr relevantních zdrojů k vypracování přehledové bakalářské práce: recenzované odborné články v plném znění v českém nebo anglickém jazyce, které se vztahují k tématu bakalářské práce a byly publikovány v časovém rozmezí od roku 2002 až do roku 2013. Dalším krokem bylo stanovení klíčových slov v českém jazyce - důstojnost, umírající pacient, ovlivňující faktor, nástroj, ošetrovatelství, a v anglickém jazyce - dignity, dying patient, influencing factor, tool, nursing. Kombinování těchto slov sloužilo k hledání relevantních odborných článků v elektronických informačních zdrojích.

**První fáze vyhledávání** odborných článků byla provedena v databázi Bibliographia Medica Čechoslovaca, jež je přístupná z adresy: <http://www.medvik.cz/bmc>. Vyhledávání bylo omezeno časovým rozmezím vydání článků - mezi lety 2002 až 2013 a také zemí vydání - Česká republika a jazykem - čeština. Na základě klíčových slov „důstojnost“ AND „umírající“ bylo nalezeno 11 článků. Žádný z těchto článků nebyl relevantní pro tvorbu bakalářské práce, jelikož neodpovídal jejím cílům.

**V druhé fázi vyhledávání** byla využita databáze ProQuest, která je dostupná z adresy: <http://search.proquest.com>. Limit vyhledávání byl daný datem publikování - od roku 2002 po rok 2013 a typem dokumentu - článek. Vyhledání

článků“ bylo podmíněno přítomností klíčového slova „dignity“ v abstraktu článku. Pomocí kombinace slov „dignity“ AND „dying“ bylo nalezeno 195 článků. Z dohledaných článků bylo pro bakalářskou práci využito 7. Ostatní články neodpovídaly tématu bakalářské práce.

**Třetí fáze vyhledávání** odborných recenzovaných článků se realizovala pomocí databáze EBSCO, jež je dostupná z adresy: <http://ehis.ebscohost.com>. Limitující podmínkou hledání byla recenze článku a vydání v letech 2002 až 2013. Spojením klíčových slov „dignity“ AND „dying“ AND „nursing“ bylo dohledáno 99 odborných článků. Využito bylo 11 článků, zbývajících 88 neodpovídalo tématu bakalářské práce. Spojením slov „dignity“ AND „dying“ AND „influencing factor“ byly nalezeny 4 zdroje a z toho byly využity 2. Další 2 zdroje nebyly shodné se zaměřením bakalářské práce. Kombinací slov „dignity“ AND „dying“ AND „tool“ se dohledalo 10 zdrojů, k tvorbě bakalářské práce byly použity 2. Ostatní zdroje byly duplicitní nebo irelevantní.

**Ve čtvrté fázi** se odborné články vyhledávaly prostřednictvím databáze ScienceDirect, která je dostupná z adresy: <http://www.sciencedirect.com>. Mezi vyhledávací limity patřilo časové rozmezí publikování mezi lety 2002 až 2013 a článek musel být z oblasti ošetrovatelské a zdravotní profese. Další podmínkou vyhledání článků byla přítomnost následujících klíčových slov v abstraktu. Kombinací klíčových slov „dignity“ AND „dying“ bylo nalezeno 12 článků. Využito bylo 5. Ostatní zdroje neodpovídaly zaměření bakalářské práce.

**Pátá fáze vyhledávání** se uskutečnila pomocí databáze PubMed, která je dostupná z adresy: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. Mezi zadané limity patřilo vydání v letech 2002 až 2013 a dostupný plný text. Při užití kombinace slov „dignity“ AND „dying“ AND „nursing“ byly dohledáno 60 plnotextů. 2 články byly využity, ostatní neodpovídaly tématu bakalářské práce nebo již byly dříve nalezeny.

**Šestá fáze vyhledávání** byla uskutečněna v britském archivu ošetrovatelských článků internurse.com, jenž je dostupný na adrese: [www.internurse.com](http://www.internurse.com). V rozšířeném vyhledávání byl nastaven limit vydání mezi roky 2002 až 2013. Po zadání klíčových slov „dignity“ AND „dying“ bylo nalezeno 15 zdrojů, z toho 3 byly uplatněny. Zbývající zdroje neodpovídaly tématu práce.

**Sedmá fáze vyhledávání** odborných článků proběhla v archivu Wiley Online Library, který je dostupný z adresy: <http://onlinelibrary.wiley.com>. Spojením klíčových slov „dignity“ AND „dying“ bylo nalezeno 231 zdrojů. 4 zdroje byly využity v přehledové bakalářské práci. Dalších 227 nemohlo být použito z důvodu duplicity s předchozím vyhledáváním nebo irelevance vzhledem k tématu.

**V osmé fázi** byl do vyhledávání odborných článků zahrnut časopis Journal of Hospice & Palliative Nursing, který je přístupný z adresy: <http://journals.lww.com>. Omezení vyhledávání bylo pomocí volby plného textu. Zadáním klíčových slov „dignity“ AND „dying“ se našlo 110 článků. 1 se týkal tématu bakalářské práce, zbývající články neodpovídaly tématu nebo byly duplicitní.

**Devátá fáze vyhledávání** relevantních plnotextů spočívala v prohledání časopisu Nursing Science Quarterly, jenž je dostupný z adresy: <http://nsq.sagepub.com>. Vyhledávání bylo limitováno publikováním v časovém rozmezí mezi lety 2002 a 2013. Kombinací klíčových slov „dignity“ AND „dying“ bylo vyhledáno 45 zdrojů. Použity mohly být pouze 2 zdroje, jelikož se ostatní neshodovaly s tématem

Během rešerše bylo celkem nalezeno 39 relevantních článků v anglickém jazyce, v českém jazyce nebyl nalezen žádný relevantní článek. Všech 39 článků bylo použito k vytvoření přehledové bakalářské práce.

## 1 Pojetí důstojnosti a důstojné smrti

Důstojnost je klíčovým termínem v diskuzích o eutanazii, smrti a péči o umírající (Vlug et al., 2011, s. 578). Pojetí důstojnosti je do jisté míry subjektivní. Z tohoto důvodu se představy jednotlivců o důstojnosti a důstojné smrti mohou značně lišit a lze tedy jen obtížně formulovat jasnou a obecně platnou definici. Je ovšem možné identifikovat společná témata, jež mohou pocit důstojnosti ovlivňovat. Nicméně je nutno stále mít na paměti, že význam těchto témat a jejich dopad na pocit důstojnosti se liší v závislosti na kontextu a na osobních postojích jednotlivců (Gennip et al., 2013, s. 2). Důstojnost představuje holistický koncept, jelikož zahrnuje fyzické, psychické, sociální, kulturní a duchovní perspektivy. Samotný pojem důstojnost pak může být definován jako kvalita nebo stav úcty a respektu (Coenen et al., 2007, 1151). Autoři kanadské studie tvrdí, že se všechny pojmy jako hrdost, sebeúcta, kvalita života, pohoda a naděje koncepčně překrývají s pojmem důstojnost a se způsobem, jakým umírající pacienti používají tento termín ve vztahu ke své situaci. Zatímco většina z těchto podmínek odkazuje na vnitřní stavy mysli, důstojnost se vyznačuje tím, že obsahuje také vnější složku. Ta je podmíněna vyjadřováním respektu ze strany okolí (Chochinov et al., 2002, s. 441). Autorka britské studie tvrdí, že pojem důstojnost zahrnuje rozměry „lidská existence“, „autonomie“, „vztah a sounáležitost“ a „udržování vlastního já“. Význam každého rozměru se může měnit v závislosti na ohrožení důstojnosti zdravotním stavem (Enes, 2003, s. 268).

Důstojnost je možné rozdělovat na dva druhy. Prvním je základní důstojnost neboli neodmyslitelná důstojnost každé lidské bytosti, již nemůže nikdo ztratit. Druhým typem je důstojnost osobní; ta se vztahuje k pocitu vlastní hodnoty, který je spojený s osobními cíli a sociálními podmínkami. Týká se sebeúcty a respektování druhými, a proto může být odejmuta anebo naopak zesílena (Albers et al., 2011, s. 1). Podobného rozdělení se přidrží autoři následujících dvou studií – kanadské a německé. V první z nich je uvedeno, že důstojnost může být klasifikována na vnitřní a vnější. Vnitřní důstojnost je pak považována za vrozenou. Všichni lidé, včetně pacientů zcela závislých na pomoci druhých

ve všech každodenních činnostech a pacientů s kognitivními poruchami, vlastní vnitřní lidskou důstojnost. Vnější důstojnost je určována způsobem, jímž ostatní nakládají s jedincem. V ideálním případě má každý jedinec jak vnitřní, tak vnější důstojnost (Periyakoil, Noda, Kraemer, 2010, s. 496 ). Podle druhé - německé - studie je třeba rozlišovat mezi důstojností intrapersonálního a vztahového pojetí. Důstojnost intrapersonálního pojetí zahrnuje prvky, jež jsou založeny na osobním přesvědčení a názorech jedince. Interpersonální důstojnost slouží jako osobní útočiště, kterého člověk nemůže být zbaven ani za těch nejhorších okolností. Představuje jádro důstojnosti, které je obklopeno vztahovou důstojností závislou na sociálním postavení, a proto vyžaduje uznání ostatními lidmi (Pleschberger, 2007, s. 199).

Důstojné umírání je možno definovat jako udržení osobního pohodlí a rozhodování o přístupu ke smrti (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006, s. 43). K jeho podmínkám patří uznání hodnoty umírající osoby ostatními lidmi, péče s úctou a empatií, možnost rozhodovat o průběhu vlastní smrti, minimalizování fyzického a emocionálního utrpení, ochrana soukromí, zachování emocionálních kontaktů s druhými, řešení osobních záležitostí a přístup k duchovním zdrojům podpory (Proulx a Jacelon, 2004, s. 118). Podle kanadské studie umírání s důstojností spočívá ve vědomí toho, že blízcí, pečovatelé i cizí lidé vnímají umírajícího jako plnohodnotného člověka (Chochinov, 2002, s. 2259). V Etiopii, Indii, Keni a Spojených státech se uskutečnila studie názorů sester, v níž byla definice důstojné smrti klasifikována do těchto kategorií: smíření, komfort, soucit, ovládnutí, ukončení nebo vítězství či boj, mír, respekt, návrat k Bohu nebo křesťanským představám, podpora a přechod duše (Coenen, Doorenbos a Wilson, 2006, s. 355). V Německu byl zkoumán koncept důstojné smrti z pohledu seniorů v pečovatelských domech a bylo zjištěno, že důstojná smrt představuje „smrt v pravý čas“. Mezi kritéria důstojné smrti senioři zařadili možnost zůstat aktivní až do poslední chvíle, respektování přání, právo zemřít, nepřítomnost bolesti a přítomnost blízkých (Pleschberger, 2007, s. 197). Švédští studenti medicíny ve studii o důstojném umírání stanovili pět kategorií důstojné smrti:

1. *kategorie „smrt bez utrpení“* znamená, že utrpení je sníženo na minimum. Kontrola fyzických a duševních příznaků, jako je bolest, žízeň, horečka, křeče a úzkost je na vysoké úrovni.
2. *kategorie „smrt s omezením lékařských zákroků“* je smrt, kdy pacient není vystavován zbytečným vyšetřením a smrt není uměle oddalována.
3. *kategorie „smrt s pocitem bezpečí“* byla popsána, jako smrt v bezpečném prostředí a beze strachu. Umírající člověk není v okamžiku smrti sám, ale někdo ho drží za ruku.
4. *kategorie „smrt s ohledem na autonomii“* zahrnuje ohleduplné zacházení až do poslední chvíle, respektování jedinečné hodnoty každého člověka navzdory těžké nemoci a právo zemřít v případě ztráty důstojnosti.
5. *kategorie „smrt se smířením“* byla popsána jako smrt v klidu a harmonii, kdy je pacient se smrtí smířený a měl možnost se rozloučit se svými blízkými (Karlsson, Milberg a Strang, 2006, s. 334–337).

Podle studie z Nizozemska přikládají důstojné smrti velký význam nejen pacienti, ale i jejich rodinní pečovatelé. 113 dotázaných pečovatelů (69 %) se domnívalo, že jejich blízký zemřel důstojně, naproti tomu 50 pečovatelů (31 %) uvedlo, že jeho smrt nebyla důstojná. Příbuzní spojovali s nedůstojnou smrtí například neschopnost jasně přemýšlet, neschopnost pečovat o své tělo, pocit zatěžování ostatních a ztrátu životního smyslu. Pokud pacient umírá ve stáří (více než 80 let) v domácím prostředí, je pravděpodobnější, že jeho smrt budou rodinní pečovatelé považovat za důstojnou. U náhlých úmrtí zvláště v zařízeních institucionální péče je více pravděpodobné, že je budou rodinní pečovatelé vnímat jako nedůstojné (Gennip et al., 2013, s. 5–7). Jiná nizozemská studie zkoumala názory příbuzných, jejichž blízký zemřel v terciárních centrech pro pacienty s nádory mozku. 61 příbuzných (75 %) se domnívalo, že pacient zemřel důstojně a 20 příbuzných (25 %), že pacient důstojně nezemřel. Příbuzní za tři nejdůležitější aspekty důstojné smrti považovali spokojenost s lékařskou péčí, absenci přemísťování mezi zdravotnickými zařízeními a zachované komunikační schopnosti (Sizoo et al., 2013, s. 200).

## 2 Faktory ovlivňující vnímání důstojnosti

Zachování a augmentace důstojnosti mohou zvýšit pocit hodnoty a významu u umírajících osob (Periyakoil, Kraemer a Noda, 2010, s. 495). Prvním krokem k zachování důstojnosti umírajících je zábrana její ztráty. Toho lze dosáhnout odhalením faktorů, jež zapříčiňují její ztrátu. Jestliže jsou tyto faktory identifikovány, pak je snazší vytvořit strukturu péče takovým způsobem, aby se předešlo narušení důstojnosti. Zároveň se tím usnadní i její nárůst. Ve studii uskutečněné v Kalifornii na základě odpovědí zdravotníků (lékařů a sester) a pacientů (hospicových a komunitních) bylo určeno šest základních faktorů způsobujících narušení pocitu důstojnosti. Spadá pod ně bezohledné chování druhých, neplnění přání, špatná lékařská péče, ztráta možnosti volby, pocity studu a bolestivé umírání. Z výsledků byl vytvořen nástroj Dignity Card-Sort Tool (Periyakoil, Kraemer a Noda, 2009, s. 1126–1128). Také kanadský výzkumný tým se zabýval faktory narušujícími důstojnost, ale zároveň identifikoval i ty, které důstojnost umírajících zachovávají. Studie se zúčastnilo 50 nevléčitelně nemocných a na základě analýzy jejich odpovědí byl vytvořen model důstojnosti nevléčitelně nemocných. Tento model se skládá ze tří hlavních kategorií; každá kategorie obsahuje několik témat a podtémat definujících důstojnost. Kategorie „obavy související s onemocněním“, se týká úrovně nezávislosti a příznaků utrpení. Kategorie „aktivity pro ochranu důstojnosti“ zahrnuje osobní přístupy, které jednotlivci využívají k zachování důstojnosti. Poslední kategorie „inventář pro sociální důstojnost“ se vztahuje ke kvalitě vzájemného působení ostatních lidí, kteří mohou svým chováním způsobit nárůst nebo snížení důstojnosti umírajícího. Model poskytuje základ pro pochopení příčin narušené důstojnosti umírajících pacientů a stanoví směr, jak konstruovat intervence zvyšující důstojnost (Chochinov et al., 2002, s. 434–440, Hack et al., 2004, s. 700–701). Autoři americké studie zkoumali u 27 pacientů v geriatrické paliativní péči faktory ovlivňující důstojnost. Jako nástroj pro zkoumání byl uplatněn Patient Dignity Inventory (PDI), který je podrobněji popsán v kapitole 3 (s. 18). Mezi pěti nejčastěji hlášenými problémy patřila neschopnost pokračovat v obvyklých činnostech, přítomnost příznaků fyzického utrpení, neschopnost zastávat obvyklé

role, neschopnost vykonávat úkoly každodenního života a dlouhodobý pocit ztráty vlastní identity (Mah et al., 2012, s. 2179). Nalezené výsledky byly pozoruhodně konzistentní s výsledky dvou předchozích studií, v nichž byl k hodnocení také využit již zmíněný nástroj Patient Dignity Inventory. První z nich byla provedena v Austrálii a Kanadě; účastnilo se jí 253 terminálně nemocných pacientů (Chochinov et al., 2009, s. 645). Druhá byla uskutečněna v Kanadě, Spojených státech a Austrálii s kohortou 326 terminálně nemocných pacientů (Chochinov et al., 2011, s. 757). Všechny tři studie se ukázaly jako shodné i v pěti nejméně často udávaných problémech; konkrétně to byly: absence pocitu podpory ze strany poskytovatelů zdravotní péče, dále rodiny a přátel, nedostatek respektu, obavy o duchovní život a neschopnost smířit se se skutečným stavem (Chochinov et al., 2009, s. 645, Chochinov et al., 2011, s. 757, Mah et al., 2012, s. 2179). Tyto výsledky naznačují možnost vypracování standardizovaných protokolů psychického zdraví pro paliativní péči (Mah et al., 2012, s. 2179). V další studii z Kanady byly zkoumány determinanty důstojnosti nevyléčitelně nemocných pacientů. Z odpovědí 213 dotázaných umírajících pacientů bylo určeno šest základních faktorů příznaků utrpení a psychické pohody jako: bolest, intimní závislost, beznaděj/deprese, neformální podpůrná síť, formální podpůrná síť a kvalita života. Těchto šest faktorů bylo uznáno jako aspekty předpovídající buď porušený, nebo neporušený smysl pro důstojnost. Dále bylo zjištěno, že ti pacienti, kteří mají depresi a ti, jejichž zdravotní stav se zhoršil do té míry, že se stali v osobní péči závislími na ošetřovateli, jsou nejvíce ohroženi ztrátou důstojnosti. Tato skutečnost nastiňuje, že při snaze o posílení důstojnosti umírajících pacientů by měla být pozornost věnována i způsobům léčby deprese, podpoře naděje a usnadnění funkční nezávislosti (Hack a kolektiv, 2004, s. 699, 704–706). Na pocit důstojnosti umírajících osob má mimo jiné vliv vnímání a chování zdravotnických pracovníků; z tohoto důvodu kalifornští autoři porovnávali rozdíly v jejich pohledu na poškozující faktory. Zdravotníci označili za nejvíce poškozující faktory bezohledné chování druhých a neplnění pacientových přání. Pacienti pak vidí největší nedostatek ve špatné lékařské péči a v bolestivém umírání. Vědci se domnívají, že zdánlivý rozpor může být způsobený dvěma důvody. Zdravotničtí pracovníci totiž mohou mít pocit,



že základní potřeby, jako je kvalitní paliativní péče a dobrá kontrola bolesti, jsou dané, a proto se zaměřili na abstraktnější pojmy, jako je respekt a plnění přání. Druhým důvodem je rozdílné zdravotní rozpoložení. Zdravotničtí profesionálové odpovídají pouze hypoteticky, kdežto umírající pacienti skutečně čelí fyzické slabosti a zranitelnosti (Periyakoil, Kraemer a Noda, 2009, s. 1126–1128). Zajímavé zjištění zaznamenal kanadský výzkumný tým, který srovnával způsob, jakým různé demografické proměnné působí na vnímání důstojnosti umírajících osob. Mladší pacienti tak například častěji uváděli vliv neschopnosti plnit úkoly každodenního života, přítomnost tělesných problémů, myšlenky na smrt a potíže se smířením. Tento fakt je s velkou pravděpodobností zapříčiněn tím, že se mladší lidé, u kterých je smrt často považována za předčasnou, nestihnou (na rozdíl od starších pacientů) v průběhu času přizpůsobit zdravotním změnám (Chochinov et al., 2006, 669–670). Podle zjištění americké studie s vnímáním důstojnosti souvisí i religiozita. 1 032 lékařů bylo požádáno o vyjádření názoru k případu umírajícího pacienta upoutaného na lůžko, který trpěl demencí, nekontrolovatelnou bolestí a nedostatkem sociální podpory. Účastníci se měli rozhodnout, do jaké míry souhlasí či nesouhlasí s větou: „Pacientův život má stále ještě smysl.“ 75 % dotázaných odpovědělo, že takový život již smysl nemá. Na rozdíl od toho pouze 36 % oslovených uvedlo, že pacient ztratil všechnu svou důstojnost. 43 % osob uvedlo, že mu zůstala minimální úroveň a 21 % uvedlo, že si udržel plnou důstojnost. U lékařů, v jejichž životě měla víra důležitý význam, byl méně pravděpodobný názor, že by člověk někdy mohl ztratit veškerou důstojnost. Rovněž u nich bylo méně pravděpodobné, že by souhlasili s provedením eutanazie (Antiel et al., 2012, s. 334–336).

### 3 Nástroje k posouzení důstojnosti

Měřicí nástroje k identifikaci aspektů ovlivňujících důstojnost umírajících osob mají za úkol poskytovat náhled do problematiky, jež je relevantní a důležitá pro vnímání důstojnosti terminálně nemocnými. Pochopení příčin utrpení souvisejícího s důstojností, by mohlo přispět ke zlepšení úrovně paliativní péče (Albers et al., 2011, s. 2).

Patient Dignity Inventory (PDI) je 25 položkový nástroj, sloužící k zjištění příčin strádání spojených s důstojností umírajících osob. Je založen na modelu důstojnosti nevyhlášeně nemocných, jehož autorem je Chochinov a kolektiv. Obsahuje širokou škálu otázek vztahujících se k fyzickým, psychosociálním, existenciálním a duchovním aspektům v pacientově životě. Každá položka je hodnocena na škále od jedné do pěti; jedna = bez problému, dvě = menší problém, tři = problém, čtyři = velký problém, pět = nejzávažnější problém (Chochinov et al., 2008, s. 567).

Nástroj Dignity Care Pathway (DCP) se skládá se z návodu, již zmíněného PDI, otázek k zamyšlení a intervencí. Pomáhá identifikovat pacientovy zásadní problémy v oblasti důstojnosti a podporuje sestry v poskytování komplexní péče (Johnston, Östlund a Brown, 2012, s. 483). Používání DCP klade důraz na vynikající úroveň komunikačních dovedností (Johnston a Smith, 2006, s. 701). Dokonce i některé zkušené sestry zjistily, že je pro ně obtížné zahájit rozhovor s umírajícím o jeho pojetí důstojnosti. Dalším předpokladem pro práci s DCP je pacientova důvěra, která je závislá na dobrém vztahu mezi sestrou a pacientem. Nástroj je navržen tak, že může být používán k posouzení důstojnosti u všech umírajících pacientů. (Johnston, Östlund a Brown, 2012, s. 4).

Dignity Card-Sort Tool (DCT) je nástroj určený k nalezení hlavních faktorů způsobujících narušení pocitu důstojnosti u dospělých pacientů v paliativní péči. Má šest položek: neplnění přání, bolestivé umírání, pocity studu, ztráta možnosti volby, špatná lékařská péče a bezohledné chování druhých. Karty se mají řadit za sebou podle toho, v jaké míře jednotlivé faktory působí na zachování

důstojnosti. Horní karta představuje nejdůležitější faktor, spodní zas nejméně důležitý (Periyakoil, Kraemer a Noda, 2009, s. 1127).

Preservation of Dignity Cart Sort Tool (p-DCT) představuje jednoduchý nástroj, s jehož pomocí lze určit klíčové faktory ovlivňující zachování důstojnosti u dospělých pacientů v paliativní péči. Skládá se z deseti karet s následujícími položkami: on/ona má sebeúctu, ostatní se k němu/k ní chovají s ohledem, je samostatný/á a schopný/á se rozhodovat, jeho/její naděje je zachována, ostatní ji/jeho vnímají jako jedinečnou osobu, jeho/její soukromí je ostatními chráněno, pozitivní sebehodnocení, on/ona má smysl života, zájem druhých o citové potřeby, ostatní se zajímají o jeho/její tělesné potřeby. Karty je doporučeno řadit stejným způsobem jako u nástroje DCT (Periyakoil, Noda a Kraemer, 2010, s. 497).

Dignified Dying Outcome Tool je nástroj, sloužící ke sledování důstojnosti u bezprostředně umírajících pacientů v hospicové péči. Obsahuje deset prvků, které jsou klíčem k důstojné smrti. Hodnotí se, v jaké míře vyjadřuje umírající pacient zmírnění příznaků, připravenost na smrt a úlevu od bolesti. Dále je sledováno, zda vypadá klidně, diskutuje o duchovních věcech, projevuje si s druhými vzájemnou náklonnost, podílí se na rozhodování, rozhoduje o léčbě, považuje své záležitosti za vyřešené a zda plní smysluplné cíle. Nástroj je užitečný nejen pro pochopení prvků péče poskytované bezprostředně umírajícím pacientům, nýbrž slouží i ke sledování výsledků činností ošetřujícího personálu (Brokel a Hoffman, 2005, s. 42–44).

## 4 Ošetrovatelské aktivity vedoucí k zachování důstojnosti

Zachování důstojnosti v posledním období života se stalo předmětem rostoucího zájmu. Kromě studií týkajících se ovlivňujících aspektů se začali vědci zabývat i konkrétními činnostmi, podporujícími důstojnost umírajících osob. Tyto činnosti zároveň umožňují důstojné umírání (Coenen, Doorenbos a Wilson, 2007, s. 1151). V Mezinárodní klasifikaci ošetrovatelské praxe (ICNP) je důstojné umírání označováno jako ošetrovatelský jev – aspekt zdraví, který je podstatný pro ošetrovatelskou péči (ICN in Coenen, Doorenbos a Wilson, 2007, s. 1151). Pojem důstojné umírání je však kulturně specifický (Doorenbos, Wilson a Coenen, 2006, s. 30–31). V rámci mezinárodního ošetrovatelského společenství se intervence k celkovému zlepšení komfortu umírajících osob liší. Poskytování kulturně kongruentní péče umírajícím osobám leží z velké části na bedrech nejbližších pečovateli: sester, lékařů a rodinných pečovateli (Schim, Doorenbos a Borse, 2006, s. 404). Ve studii z Velké Británie se uvádí, že sestry mají povinnost napomáhat umírajícím pacientům saturovat jak fyzické, tak emocionální potřeby (Law, 2009, s. 2630). Pro poskytování kvalitní péče v závěru života je nutné, aby se značná část pozornosti věnovala různým fyzickým, psychickým, sociálním a duchovním problémům a výzvám, jimž čelí umírající pacienti. Pečovatelé, kteří jsou k těmto otázkám vnímaví, jsou schopni poskytovat komplexní a empatickou péči zachovávající důstojnost (Chochinov et al., 2006, s. 671). V následující části práce byl využit model důstojnosti nevléčitelně nemocných dle Chochinova a kolektivu (obr. č. 1). Tento model zahrnuje široké spektrum problémů a pomáhá strukturovat kroky ošetrovatelské péče k zachování důstojnosti terminálně nemocných (Chochinov et al., 2002, s. 436; Östlund, Brown a Johnston, 2012, s. 354).

**Obr. č. 1: Model důstojnosti nevléčitelně nemocných zpracovaný podle Chochinova et al.**

HLAVNÍ KATEGORIE, TÉMATA A PODTÉMATA		
OBAVY SOUVISEJÍCÍ S ONEMOCNĚNÍM	AKTIVITY PRO OCHRANU DŮSTOJNOSTI	INVENTÁŘ PRO SOCIÁLNÍ DŮSTOJNOST
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">úroveň nezávislosti</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">kognitivní schopnosti</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">funkční výkonnost</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">příznak utrpení</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">fyzické utrpení</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">duševní utrpení</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zdravotní nejistota</li> <li>• úzkost ze smrti</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">perspektivy zachovávající důstojnost</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kontinuita vlastního já</li> <li>• zachování role</li> <li>• zachování hrdosti</li> <li>• autonomie/rozhodování</li> <li>• zachování naděje</li> <li>• generativita/generační odkaz</li> <li>• přijetí</li> <li>• nezdolnost</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">postupy zachovávající důstojnost</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• žít přítomnosti</li> <li>• udržování normálního stavu</li> <li>• hledání duchovní útěchy</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">sociální podpora</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">charakter péče</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">obavy z následků</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">zatěžování druhých</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">ochrana soukromí</div>

Zdroj: (Zpracováno podle Chochinova et al., 2002, s. 436)

#### **4.1 Ošetřovatelské aktivity v kategorii „obavy související s onemocněním“**

První kategorie „obavy související s onemocněním“ v modelu důstojnosti nevléčitelně nemocných od Chochinova a kolektivu zahrnuje obavy, které se vztahují k samotnému onemocnění a mohou ovlivnit vnímání důstojnosti. Do této kategorie patří témata „příznak utrpení“ a „úroveň nezávislosti“ (Chochinov et al., 2002, s. 435).

Téma „příznak utrpení“ se dále dělí na podtéma „fyzické utrpení“ a „duševní utrpení“ (Chochinov et al., 2002, s. 435). Zmírňování bolesti a ostatních nepříjemných symptomů se ukázalo jako hlavní ošetrovatelská činnost použitá na podporu důstojného umírání v rumunských hospicích. (Vosit-Steller et al., 2010, s. 462). Rovněž všech devět sester z texaské studie, které pečující o nemocné s pokročilým onkologickým onemocněním, označilo bolest za důležitý aspekt, nad kterým chtějí mít umírající pacienti kontrolu. Podle sester mají pacienti během umírání strach z bolesti a ze ztráty důstojnosti. (Volker, Kahn a Penticuff, 2004, s. 950). Podobně je tišení bolesti hodnoceno i sestrami v Jižní Koreji. Zde patřily intervence jako podávání léků proti bolesti, sledování bolesti a konzultování možností léčby bolesti mezi nejdůležitější ošetrovatelské činnosti paliativní péče (Jo et al., 2011, s. 394–396). Umírající osoby mohou zažívat také duševní utrpení. To bývá často způsobeno zdravotní nejistotou a úzkostí ze smrti (Chochinov et al., 2002, s. 463). K jeho zmírnění může sloužit vedení komunikace takovým způsobem, aby se pacienti i jejich blízcí připravili na možnou smrt bez ztráty naděje a víry (Doorenbos et al., 2006, s. 31). Kromě toho se sestry mají opětovně ujišťovat o pohodlí pacientů, hovořit s nimi o smrti, strachu z umírání, uznávat jejich názory a snažit se jim být nablízku (Coenen et al., 2007, 1153–1154). Také sami pacienti požadují, aby jim byla objasněna nastalá situace. Dále vyžadují pomoc při hledání smyslu existence (Grant et al., 2004, s. 372–373). Ve studii ošetrovatelských intervencí na podporu důstojného umírání v Etiopii, Indii, Keni a Spojených státech je uváděno, že fyzické a duševní utrpení lze zmírnit pomocí farmakologických a nefarmakologických intervencí, jako například meditací, relaxací a masážemi. Sestry mohou podporovat pacientův pocit komfortu též ošetrovatelskými aktivitami, jako je pomoc při zaujetí pohodlné polohy a provedení hygieny (Coenen et al., 2007, 1153). V rumunských hospicích tvořilo základ pro potvrzení pacientova komfortu posouzení problémů, provedení intervencí, průběžné hodnocení a edukace. Sestry se do hodnocení snažily zapojovat i jeho rodinu (Vosit-Steller et al., 2010, s. 462).

Téma „úroveň nezávislosti“ vyjadřuje míru závislosti na ostatních. Je charakterizována kognitivními schopnostmi - schopnost udržet mentální

výkonnost, a funkční výkonnosti - schopnost provádět každodenní činnosti (Chochinov et al., 2002, s. 436–436). V anglické studii komunitní sestry zdůraznily v souvislosti s udržováním kognitivních schopností význam kontinuity péče. Dále považovaly za důležité vyčlenění více času na konverzaci s pacientem. Sestry mohou pomáhat pacientům v udržení aktivního myšlení i tím, že jim doporučí sledování televize, čtení knih nebo pravidelnou četbu novin. Funkční výkonnost podporovali komunitní sestry a praktičtí lékaři poskytováním vybavení pomáhajícího udržovat pacientovu nezávislost. Pacienti a pečovatelé taktéž požadují, aby se zdravotničtí pracovníci zapojili do výběru vhodného vybavení (Brown, Johnston, Östlun, 2011, s. 241).

## **4.2 Ošetřovatelské aktivity v kategorii „aktivity pro ochranu důstojnosti“**

Do druhé hlavní kategorie „aktivity pro ochranu důstojnosti“ jsou řazeny psychologické a duchovní aspekty, které ovlivňují pacientův pocit důstojnosti. Tato kategorie zahrnuje témata „perspektivy zachovávající důstojnost“ a „postupy zachovávající důstojnost“ (Chochinov, 2002, s. 2256).

Téma "perspektivy zachovávající důstojnost" zahrnuje úhly pohledu na vlastní životní situaci nebo způsoby vyrovnávání se s ní. Jednotlivé faktory ovlivňující vnímání důstojnosti umírajících osob jsou rozděleny do osmi podtémat: kontinuita vlastního já, zachování role, zachování hrdosti, autonomie/rozhodování, zachování naděje, generativita/generační odkaz, přijetí a nezdolnost. Kontinuita vlastního já spočívá v pocitu, že podstata lidské identity zůstává i nadále beze změny (Chochinov et al., 2002, s. 437). Zdravotnický personál má pohlížet na pacienty jako na plnohodnotné osoby, ne jen jako na nemocné. Zachování role má spojitost se schopností umírajících pacientů i nadále zastávat obvyklé role (Chochinov et al., 2002, s. 437). Sestry u nich mohou pomocí komunikace posílit pocit odpovědnosti. Dále jim mají připomínat, kým doopravdy jsou, čím se v minulosti zabývali a čemu se chtějí věnovat nyní. Mezi ostatní intervence k zachování role patří začlenění umírajících pacientů do rozhodování o jejich

životě, umožnění rozhovoru s rodinou a pomoc ve vytyčení dosažitelných cílů (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 241). Zachování hrdosti představuje především zachování sebeúcty (Chochinov et al., 2002, s. 437). Pacienti jsou zneklidňováni obavami ze změny vzhledu a přejí si vypadat jako dříve. Pozitivní vnímání sebe sama lze navodit například zajištěním paruk a protetických pomůcek (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 241). Autonomie/rozhodování znamená schopnost rozhodovat o vlastním životě (Chochinov et al., 2002, s. 438). Zapojování pacientů do rozhodování o charakteru léčby a péče usnadňuje plnění jejich přání. Sestry ve studii v Etiopii, Indii, Keni a Spojených státech identifikovaly specifické intervence na podporu autonomie, a sice: začlenění pacientů do rozhodování o jejich léčbě (Spojené státy), snaha plnit přání pacientů (Etiopie), a pomoc pacientům splnit jejich poslední přání (Indie). Pokud si umírající nejsou schopni prosadit svá přání, jejich obhajoba spočívá na sestřích (Coenen et al., 2007, s. 1154). Povinností sester je poskytovat umírajícím pacientům dostatečné množství času k vyjádření pocitů a pátrat po prioritách v rámci ošetrovatelské péče (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 242). Umírající pacienti touhu po rozhodování projevují v celé řadě činností. I přes svůj zdravotní stav si přejí žít naplno a nadále se aktivně zapojovat do osobních rozhodnutí. Sestry hrají klíčovou roli při určování a usnadňování pacientových preferencí ošetrovatelské péče (Volker, Kahn a Penticuff, 2004, s. 945). Zachování naděje znamená uznání trvalého významu života (Chochinov et al., 2002, s. 438). K tomu mají sestry umírajícím napomáhat smířením se s fyzickými změnami a povzbuzením k radosti ze života. Sestry dále mohou pocit naděje posílit analýzou pacientova života, jeho úspěchů a také podporou přijetí skutečnosti, že některé věci nelze změnit (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 241). Generativita/generační odkaz se vztahuje ke zklidnění mysli skrze vědomí, že člověk po sobě zanechá něco trvalého a přesahujícího smrt (Chochinov et al., 2002, s. 437). Tato otázka bývá interpretována jako praktická nedořešená událost. Sestry mají v tomto případě omezené možnosti pomoci, mohou však zajistit například odborníky z právního či finančního odvětví nebo se pokusit pomoci pacientovi smířit s rodinou (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 242). Přijetí je schopnost přizpůsobit se měnícím životním podmínkám (Chochinov et al., 2002, s. 438). Sestry mohou postupně



díky péči, budování vztahů a podporování přizpůsobení pomoci přijmout umírajícím pacientům jiný způsob života (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 242). Nezdolnost se týká duševního odhodlání překonat nemoc nebo optimalizovat kvalitu života (Chochinov et al., 2002, s. 438). Sestry tím, že nechají pacienty dělat běžné činnosti, podněcují jejich duševní pohodu (Brown, Johnston, Östlund, 2011 s. 242).

Téma „postupy zachovávající důstojnost“ zahrnuje škálu osobních přístupů nebo postupů, které se používají k posílení nebo udržení smyslu pro důstojnost. Spadají pod ně tři podtémata: žít přítomností, udržování normálního stavu a hledání duchovní útěchy (Chochinov et al., 2002, s. 438). Žít přítomností znamená zaměřit se na řešení momentálních problémů a nezaobírat se nadměrně budoucností (Chochinov et al., 2002, s. 438). Role sester v tomto případě spočívá v pomoci dosáhnout vytyčených cílů (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 242). Udržování normálního stavu se vztahuje k zachování běžného chování zároveň se zvládáním problémů způsobených onemocněním (Chochinov et al., 2002, s. 439). Pacientům v tomto případě pomáhá, má-li ošetřující personál optimistický přístup a dostatečně s nimi komunikuje. Sestry se mají chovat co nejpřirozeněji a budovat vzájemný vztah nasloucháním (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 242). Hledání duchovní útěchy představuje vyhledávání povzbuzení v rámci náboženského nebo duchovního přesvědčení (Chochinov, 2002, s. 2256). Studie v rumunských hospicových zařízeních potvrdila, že spiritualita představuje klíčový prvek pro důstojné umírání. Sestry označily konverzaci o duchovních záležitostech jako hlubokou přítomnost. V průběhu péče o umírající pacienty provedly posouzení duchovních potřeb nástrojem vycházejícím z ortodoxní křesťanské tradice. Toto hodnocení bylo nápomocné ve smíření se smrtí a při naplňování přání pacientů v okamžiku blížící se smrti (Vositi-Steller et al., 2010, s. 463). Význam duchovní podpory potvrdila také filipínská studie. Výsledky ukázaly, že mezi 20 nejdůležitějších intervencí k zachování důstojnosti zařadily filipínské sestry 4, jež se týkaly duchovního života. Konkrétně k nim patřilo povzbuzování pacienta k vyjádření obav, ochrana náboženské víry, poskytování duchovní podpory a zajištění soukromí pro duchovní rituály (Doorenbos et al.,

2011, s. 129). Uvedené intervence na podporu důstojného umírání jsou v souladu s názorem filipínských přistěhovalců žijících v Americe, kteří udávali, že hledání smyslu existence a smrti patří k faktorům ovlivňujícím důstojnost umírajících (Periyakoil., Noda a Kraemer, 2010, s. 498). Sestry z Etiopie, Indie, Keni a Spojených států identifikovaly intervence týkající se modlitby: modlitba za pacienta a jeho rodinou - Spojené státy, modlitba za pacienta - Keňa, Indie, křesťanské nebo hinduistické chvalozpěvy - Indie (Coenen et al., 2007, s. 1154).

### **4.3 Ošetřovatelské aktivity v kategorii „inventář pro sociální důstojnost“**

Třetí hlavní kategorie „inventář pro sociální důstojnost“ odkazuje na sociální problémy nebo dynamiku vztahů, které pocit důstojnosti buď zvyšují, nebo od něho odvádějí pozornost. Pod tuto kategorii spadá pět témat: „sociální podpora“, „charakter péče“, „obavy z následků“, „zatěžování druhých a „ochrana soukromí“ (Chochinov et al., 2002, s. 439).

Sociální podpora je důležitá pro zachování důstojnosti, čímž se má na mysli přítomnost podpory od přátel, rodiny a zdravotnického personálu (Chochinov et al., 2002, s. 439). Ve studii ošetřovatelských intervencí podporujících důstojné umírání v Etiopii, Indii, Keni a Spojených státech sestry udávaly, že je důležité nenechávat pacienta o samotě a udržovat s ním fyzický kontakt, jako je držení za ruku (Coenen et al., 2007, s. 1154). Sestry v Indii považovaly za důležité podporovat umírající pacienty ve svěřování obav ze smrti vlastní rodině. (Doorenbos et al., 2006, s. 31). Ke stejným závěrům došli účastníci studie ve Velké Británii (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 243). Charakter péče je postoj, který ostatní prokazují při interakci s umírající osobou (Chochinov et al., 2002, s. 440). Sestry ve studii z Anglie zdůrazňují při interakci s pacienty význam naslouchání (Coenen et al., 2007, 1154). Také v americké studii bylo naslouchání používáno v 98,1 % ze 103 případů u pacientů bezprostředně ohrožených smrtí (Brokel a Hoffman, 2005, s. 41). Mezi další návrhy intervencí, které by prokazovaly úctu k umírajícím pacientům, patří plnění přání, zachování

mlčenlivosti, upřímnost, respekt kulturních, náboženských a osobních tradic, laskavá péče a ohleduplné chování k ostatním rodinným příslušníkům (Coenen et al., 2007, 1154). Obavy z následků se pak týkají starostí pacientů o to, jaký dopad bude mít jejich smrti jejich blízké (Chochinov et al., 2002, s. 440). Ke zmírnění těchto obav může sloužit pozitivní přístup sester (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 243). Umírající lidé mohou mít pocit, že nadměrně zatěžují své okolí. To pramení z toho, že jsou odkázáni na pomoc ostatních kvůli různým aspektům osobní péče nebo rozhodování. (Chochinov et al., 2002, s. 440). V tomto ohledu je postoj sester důležitý pro smíření umírajících pacientů se skutečností, že se stali závislými na pomoci druhých. K lepší adaptaci napomáhá věcný tón konverzace. Dále je žádoucí, aby sestry pomáhaly se zajišťováním zdravotních pomůcek (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 244). Posledním tématem je ochrana soukromí. Je možné ji popsat jako dodržování osobního prostoru (Chochinov et al., 2002, s. 439). Zapojení pacienta do plánování péče a ohleduplné chování může zabránit narušenému soukromí. Sestry by se měly umět vžít do pacientovy situace a minimalizovat nedostatek soukromí. Při hygienické péči například zavírat dveře a využívat ručníky k zakrytí intimních partií (Brown, Johnston, Östlund, 2011, s. 243).

## ZÁVĚR

Hlavním cílem přehledové bakalářské práce bylo dohledání relevantní článků k problematice důstojnosti pacientů v závěru života. K lepší specifikaci byly stanoveny tři dílčí cíle.

Prvním cílem přehledové bakalářské práce bylo předložit dohledané poznatky o pojetí důstojnosti a důstojné smrti. Gennip uvádí, že je takřka nemožné stanovit jednoznačnou definici důstojnosti (Gennip et al., 2013). Coenen a kolektiv a Chochinov a kolektiv užívají k definování důstojnosti mimo jiné i významově podobné pojmy: kvalita a stav úcty, respektive kvalita života a sebeúcta (Coenen et al., 2007; Chochinov et al. 2002). Albers a kolektiv a Periyakoil, Noda a Kraemer a Pleschberger se shodli na názoru, že důstojnost je možné dělit na dva druhy. První je vázán na vnitřní svět každého člověka a nelze ho ztratit. Druhý je ovlivňován chováním ostatních lidí, a proto se během života může měnit (Albers et al., 2011; Periyakoil, Noda, Kraemer, 2010; Pleschberger, 2007). Beckstrand, Callister a Kirchhoff a Proulx a Jacelon se při snaze definovat důstojné umírání shodli, že jedním z jeho předpokladů je právo rozhodovat o vlastní smrti (Beckstrand, Callister a Kirchhoff, 2006; Proulx a Jacelon, 2004). Také senioři ve studii autorky Pleschberger zařadili mezi podmínky důstojné smrti možnost volby vlastního odchodu (Pleschberger, 2007). Karlsson, Milberg a Strang uvádí názory studentů medicíny v otázce důstojné smrti, rozdělené do pěti kategorií, a pod jeden bod rovněž spadá právo zemřít v případě ztráty důstojnosti (Karlsson, Milberg a Strang, 2006). Gennip a kolektiv a Sizoo a kolektiv upozorňují na to, důstojná smrt je také důležitá pro rodinu zemřelého. Gennip a kolektiv zkoumá aspekty nedůstojné smrti, Sizoo a kolektiv naopak podmínky důstojné smrti (Gennip et al., 2013; Sizoo et al., 2013).

Druhým cílem bylo předložit dohledané poznatky o faktorech ovlivňujících vnímání důstojnosti a o nástrojích k posouzení důstojnosti. Periyakoil, Kraemer a Noda identifikovali šest aspektů, jež narušují důstojnost umírajících pacientů. Konkrétně to bylo bezohledné chování druhých, neplnění přání, špatná lékařská péče, ztráta možnosti volby, pocity studu a bolestivé umírání (Periyakoil, Kraemer

a Noda, 2010). Chochinov a kolektiv a Hack a kolektiv se zaměřili na nalezení jak poškozujících, tak podporujících faktorů. Všichni autoři tří předchozích studií označili mimo jiné jako poškozující faktor přítomnost bolesti (Chochinov et al., 2002; Hack et al., 2004; Periyakoil, Kraemer a Noda, 2010). Mah a kolektiv a Chochinov a kolektiv zjistili pomocí nástroje PDI shodu v pěti nejčastěji udávaných příčinách ztráty důstojnosti: neschopnost pokračovat v obvyklých činnostech, přítomnost příznaků fyzického utrpení, neschopnost zastávat obvyklé role, neschopnost vykonávat úkoly každodenního života a dlouhodobý pocit ztráty vlastní identity. Ve všech třech studiích se taktéž shodovalo pět nejméně často hlášených příčin ztráty důstojnosti: absence pocitu podpory ze strany poskytovatelů zdravotní péče, dále rodiny a přátel, nedostatek respektu, obavy o duchovní život a neschopnost smířit se se skutečným stavem (Mah et al., 2012; Chochinov et al., 2009; Chochinov et al., 2011). Periyakoil, Kraemer a Noda se zabývali rozdíly ve vnímání poškozujících aspektů mezi zdravotníky a umírajícími pacienty (Periyakoil, Kraemer a Noda, 2009). K zajímavým zjištěním došli autoři Chochinov a kolektiv a Antiel a kolektiv. Chochinov a kolektiv popisuje rozdíly ve vnímání důstojnosti způsobené věkem a Antiel a kolektiv vliv zbožnosti (Antiel et al., 2012; Chochinov et al., 2006). Periyakoil, Kraemer a Noda ve své studii využívají nástroj Preservation of Dignity Card Sort Tool identifikující faktory, jež zachovávají důstojnost v závěru života (Periyakoil, Kraemer a Noda, 2010). Na rozdíl od toho se autoři Chochinov a kolektiv, Periyakoil, Kraemer a Noda a Johnston, Östlund a Brown zmiňují o třech nástrojích, které určují poškozující aspekty: Dignity Card-Sort Tool, Patient Dignity Inventory a Dignity Care Pathway (Chochinov et al., 2008; Periyakoil, Kraemer a Noda, 2009; Johnston, Östlund a Brown, 2012). Brokel a Hoffman používají nástroj Dignified Dying Outcome Tool, jímž lze sledovat i výsledek činností ošetřujícího personálu (Brokel a Hoffman, 2005)

Třetím cílem bylo předložit dohledané poznatky k ošetřovatelským aktivitám, které vedou k zachování důstojnosti pacientů v závěru života. Ke strukturování ošetřovatelských činností byl využit model důstojnosti nevyлéčitelně nemocných od Chochinova a kolektivu (Chochinov et al., 2002). Vosit-Steller a kolektiv

a Volker, Kahn a Penticuff a Jo a kolektiv v první kategorii „obavy související s onemocněním“ vyzdvihují jako důležitou ošetrovatelskou činnost tlumení bolesti (Vosit-Steller et al., 2010; Volker, Kahn a Penticuff, 2004; Jo et al., 2011). Naopak Doorenbos a kolektiv a Coenen a kolektiv se zaměřují na činnosti ke zmírnění psychického utrpení (Doorenbos et al., 2006; Coenen et al., 2007). Brown, Johnston a Östlun věnují pozornost intervencím k zachování kognitivních funkcí a funkční výkonnosti. Také v druhé kategorii „aktivity pro ochranu důstojnosti“ mají Brown, Johnston a Östlun hlavní slovo a zabývají se například intervencemi na zachování hrdosti, naděje a role (Brown, Johnston, Östlun, 2011). Dále se autorky Brown, Johnston a Östlun stejně jako Coenen a kolektiv věnovaly činnostem k udržení autonomie. Coenen a kolektiv zdůrazňují, že povinností sestry je obhajovat pacientova přání (Brown, Johnston, Östlun, 2011; Coenen et al., 2007) a podle autorů Volkera, Kahna a Penticuffiho je hlavní povinností sestry napomáhat pacientovi při volbě péče (Volker, Kahn a Penticuff, 2004). Velká část autorů jako je Vosit-Steller a kolektiv, Doorenbos a kolektiv, Periyakoil, Noda a Kraemer a Coenen a kolektiv se zabývala intervencemi v oblasti hledání duchovní útěchy (Vosit-Steller et al., 2011; Doorenbos et al., 2011; Periyakoil, Noda a Kraemer, 2010; Coenen et al., 2007). Ve třetí kategorii „inventář pro sociální důstojnost“ Doorenbos a kolektiv, Brown, Johnston a Östlun vyzdvihují význam zapojení rodiny do péče o umírajícího pacienta (Doorenbos et al., 2006; Brown, Johnston, Östlun, 2011). Coenen a Brokel a Hoffman se shodují v názoru, že v rámci vyhovujícího charakteru péče hraje důležitou roli naslouchání (Coenen, 2007; Brokel a Hoffman, 2005). V poslední části se autorky Brown, Johnston a Östlun ku příkladu zabývají ošetrovatelskými aktivitami k ochraně soukromí (Brown, Johnston, Östlun, 2011).

Je možné říci, že všechny cíle přehledové bakalářské práce byly splněny. Přehledová bakalářská práce předkládá poznatky, jež mohou být nápomocné k lepšímu pochopení problematiky důstojnosti u pacientů v závěru života. Lepší orientace v této oblasti by měla vést ke zvýšení kvality poskytované ošetrovatelské péče u terminálně nemocných pacientů.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

1. ALBERS, G. et al. Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2011, **9**(1), 1–9 [cit. 2013-04-17]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=265aab6b-10f0-4630-83c9-90194090e53e%40sessionmgr112&vid=1&hid=128>
2. ANTIEL, R. M. et al. Dignity in End-of-Life Care: Results of a National Survey of U. S. Physicians. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2012, **44**(3), 331–339 [cit. 2013-04-20]. ISSN 0885-3924. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392412001674>
3. BECKSTRAND, R. L., CALLISTER, L. C. a KIRCHHOFF, K. T. Providing a "Good Death": Critical Care Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care. *American Journal of Critical Care* [online]. **15**(1), 38–45 [cit. 2013-05-03]. ISSN 1062-3264. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/227910189?accountid=16531>
4. BROKEL, J. M. a HOFFMAN, F. Hospice Methods to Measure and Analyze Nursing-sensitive Patient Outcomes. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* [online]. 2005, **7**(1), 37–44 [cit. 2013-05-20]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: [http://journals.lww.com/jhpn/Fulltext/2005/01000/Hospice\\_Methods\\_to\\_Measure\\_and\\_Analyze.13.aspx](http://journals.lww.com/jhpn/Fulltext/2005/01000/Hospice_Methods_to_Measure_and_Analyze.13.aspx)
5. BROWN, H., JOHNSTON, B., ÖSTLUND, U. Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing* [online]. 2011, **6**(5), 238–245 [cit. 2013-05-12]. ISSN 1462-4753. Dostupné z: [http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=83617;article=BJCN\\_16\\_5\\_238\\_245](http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=83617;article=BJCN_16_5_238_245)

6. COENEN, A., DOORENBOS, A. Z. a WILSON, S. A. Nursing Interventions to Promote Dignified Dying in Four Countries. *Oncology Nursing Forum* [online]. 2007, **34**(6), 1151–1156 [cit. 2013-05-02]. ISSN 0190-535X. Dostupné z: <http://search.proquest.com/nursing/docview/223104903/13B6BEA034B21A1D4A1/42?accountid=16730>
  
7. DOORENBOS, A. Z., WILSON, S. A. a COENEN, A. D. A Cross-Cultural Analysis of Dignified Dying. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 2006, **38**(4), 352–357 [cit. 2013-05-13]. ISSN 1527-6546. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2006.00126.x/pdf>
  
8. DOORENBOS, A. Z. et al. Dignified dying: Phenomenon and actions among nurses in India. *International Council of Nurses* [online]. 2006, **53**(1), 28–33 [cit. 2013-05-10]. ISSN 0020-8132. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6534b8a4-d548-42d3-a301-5e8c214c72fa%40sessionmgr15&vid=6&hid=24>
  
9. DOORENBOS, A. Z et al. Supporting dignified dying in the Philippines. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. 2011, **17**(3), 125–130 [cit. 2013-05-12]. ISSN 1357-6321. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140826/>
  
10. ENES, S. P. D. An exploration of dignity in palliative care. *Palliative Medicine* [online]. 2003, **17**(3), 263–269 [cit. 2013-04-20]. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=99edf5b0-bcdf-4448-b915-543d63f8bf05%40sessionmgr104&hid=114>
  
11. GENNIP, I. E. et. Death with dignity from the perspective of the surviving family: A survey study among family caregivers of deceased older adults.



- Palliative Medicine* [online]. 2013, 1–9 [cit. 2013-05-01]. ISSN 0269-2163.  
Dostupné z: <http://pmj.sagepub.com/content/early/2013/04/09/026921631>
12. GANZINI, L. GOY, E. R. A DOBSCHA, S. K. Oregonians' Reasons for Requesting Physician Aid in Dying. *Archives of Internal Medicine* [online]. 2012, **169**(5), 489–492 [cit. 2013-05-07]. ISSN 1538-3679. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=480d5c2f-c2c7-4129-a08b-8ce8766d4a94%40sessionmgr110&hid=113&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210ZT1laG9zdC1saXZI>
13. GRANT, E. et al. Spiritual issues and needs: Perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. *Palliative and Supportive Care* [online]. 2004, **2**(4), 371–378. [cit. 2013-05-29]. ISSN 1478-9515. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/214841505/fulltext/13EA79981572C4029A6/1?accountid=16531>
14. HACK, T. et al. Defining dignity in terminally ill cancer patients: A factor-analytic approach. *Psycho-Oncology* [online]. 2004, **13**(10), 700–708 [cit. 2013-04-05]. ISSN 1057-9249. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8d533982-60e6-4709-a3e0-65afe0ff401e%40sessionmgr4&vid=50&hid=10>
15. CHOCHINOV, H. M. Dignity - conserving care - a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *Journal of American Medical Association* [online]. 2002, **287**(17), 2253–2260 [cit. 2013-05-12]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/71637559?accountid=16531>
16. CHOCHINOV, H. M. et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine* [online]. 2002, **54**(3), 433–443 [cit. 2013-05-01]. ISSN 0277-9536. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953601000843>

17. CHOCHINOV, H. M. et al. Dignity in the Terminally Ill: Revisited. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2006, **9**(3), 666–672 [cit. 2013-04-05]. ISSN 1096-6218. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8d533982-60e6-4709-a3e0-65afe0ff401e%40sessionmgr4&vid=48&hid=10>
18. CHOCHINOV, H. M. et al. The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity-Related Distress in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2008, **36**(6), 559–57 [cit. 2013-05-06]. ISSN 0885-3924. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/detail?vid=9&sid=6bd15000-8a65-4868-9c604c337f0f29ac%40sessionmgr4&hid=10&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>
19. CHOCHINOV, H. M. et al. The Landscape of Distress in the Terminally Ill. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2009, **38**(5), 641–649 [cit. 2013-05-09]. ISSN 0885-3924. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392409006368>
20. CHOCHINOV, H. M. et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* [online]. 2011, **12**(8), 753–762 [cit. 2013-05-09]. ISSN 1470-2045. Dostupné z: <http://search.proquest.com/nursing/docview/881182484/13B6BEA034B21A1D4A1/2?accountid=16730>
21. JO, K.H. et al. Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. 2011, **17**(8), 302–397 [cit. 2013-05-09]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3253132/pdf/nihms-321906.pdf>

22. JOHNSTON, B. a SMITH, L. N. Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2006, **54**(6), 700–709 [cit. 2013-04-05]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03857.x/pdf>
23. JOHNSTON, B., ÖSTLUNG, U. a BROWN, H. Evaluation of the Dignity Care Pathway for community nurses caring for people at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. 2012, **18**(10), 483–489 [cit. 2013-05-05]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/abstract.html?uid=94909>
24. KARLSSON, M., MILBERG, A. a STRANG, P. Dying with dignity according to Swedish medical students. *Support Care Cancer* [online]. 2006, **14**(4), 334–339 [cit. 2013-05-15]. ISSN 0941-4355. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/849381905/fulltextPDF/13CBFE34F4125D4E97A/2?accountid=16531>
25. LAW, R. Bridging worlds': meeting the emotional needs of dying patients. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2009, **65**(12), 2630–2641 [cit. 2013-05-15]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0f41cef2-5402-4c5a-a4b3-fc14a140a83a%40sessionmgr13&vid=1&hid=6>
26. MAESSEN, M. et al. Requests for euthanasia: origin of suffering in ALS, heart failure, and cancer patients. *Journal of neurology* [online]. 2010, **257**(7), 1192–1198 [cit. 2013-05-07]. ISSN 0340-5354. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/814164346?accountid=16531>
27. MAH, L., GRIEF, C. a GROSSMAN, D. Assessment of Patient Dignity in Geriatric Palliative Care. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 2012, **60**(11), 2178–2180 [cit. 2013-05-04]. ISSN 0002-8614. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2012.04235.x/pdf>

28. NATAN, M. B., GARFINKEL, D. A SHACHAR, I. End-of-life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and staff. *European Journal of onkologické ošetrovatelství* [online]. 2010, **14**(4), 299–303 [cit. 2013-05-18]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388910000803>
29. ÖSTLUND, U., BROWN, H. a JOHNSTON, B. Dignity conserving care at end-of-life: A narrative review. *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 2012, **16**(4), 353–367 [cit. 2013-05-02]. ISSN 1462-3889. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388911001268>
30. PERIYAKOIL, V. S., KRAEMER, H. CH. a NODA, A. Creation and the Empirical Validation of the Dignity Card-Sort Tool To Assess Factors Influencing Erosion of Dignity at Life's End. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2009, **12**(12), 1125–1130 [cit. 2013-05-07]. ISSN 1096-6218. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c80b7172-504b-4dbc-95ba-cd46a89459b8%40sessionmgr12&vid=6&hid=19>
31. PERIYAKOIL V. S., NODA, A. M. a KRAEMER, H.CH. Assessment of Factors Influencing Preservation of Dignity at Life's End: Creation and the Cross-Cultural Validation of the Preservation of Dignity Card-Sort Tool. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2010, **13**(5), 495–500 [cit. 2013-04-05]. ISSN 1557-7740. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8d533982-60e6-4709-a3e0-65afe0ff401e%40sessionmgr4&vid=59&hid=10>
32. PLESCHBERGER, S. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age and Ageing* [online]. 2007, **36**(2), 197–202 [cit. 2013-04-20]. ISSN 0002-0729. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/detail?vid=40&sid=4397e4f5-cd4c-4090->

ad3b6deb82f66666%40sessionmgr14&hid=24&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210Z  
T1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=24701584

33. PROULX, K. a JACELON, C. Dying with dignity: The good patient versus the good death. *American journal of hospice & palliative medicine* [online]. 2004, **21**(2) [cit. 2013-04-20]. ISSN 1049-9091. Dostupné z: <http://ajh.sagepub.com/content/21/2/116.full.pdf+html>
34. RIETJENS, J. A. C. et al. Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making. *Palliative Medicine* [online]. 2006, **20**(7), 685–692 [cit. 2013-04-17]. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2a9c4adc-0bbe-49f0-9b8d-c41b33eb92e6%40sessionmgr104&vid=1&hid=123>
35. SCHIM, S. M., DOORENBOS, A. Z. a BORSE, N. Enhancing Cultural Competence Among Hospice Staff. *American journal of hospice & palliative medicine* [online]. 2006, **23**(5), 404–411 [cit. 2013-05-15]. ISSN 1049-9091. Dostupné z: <http://ajh.sagepub.com/content/23/5/404.full.pdf+html>
36. SIZOO E. M. et al. The End-of-Life Phase of High-Grade Glioma Patients: Dying With Dignity? *European Journal of Cancer* [online]. 2012, **48**(2), 226–232 [cit. 2013-05-10]. ISSN nevedeno. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4f86598c-3c90-46b6-ac02-ccc4cc86de07%40sessionmgr198&vid=1&hid=108>
37. VLUG, M. G. et al. The Development of an Instrument To Measure Factors that Influence Self-Perceived Dignity. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2011, **14**(5) [cit. 2013-05-10]. ISSN nevedeno. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b3bba0e0-3ddb-481d-ba8c-aab7e3b8b9b1%40sessionmgr113&vid=1&hid=128>

38. VOLKER, D. L., KAHN, D. a PENTICUFF, J.H. Patient Control and End-of-Life Care Part I: The Advanced Practice Nurse Perspective. *Oncology Nursing Forum* [online]. 2004, **31**(5), 945–953 [cit. 2013-04-06]. ISSN 1538-0688. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=af9d58c0-cf26-490e-86cb-d0af88a8fd9b%40sessionmgr104&vid=1&hid=128>
39. VOSIT-STELLER, J. et al. Enhancing end-of-life care with dignity: characterizing hospice nursing in Romania. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. 2010, **16**(9), 459–464 [cit. 2013-04-06]. ISSN 1357-6321. Dostupné z: [http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=78645;article=IJPN\\_16\\_9\\_459\\_464](http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=78645;article=IJPN_16_9_459_464)

## **SEZNAM ZKRATEK**

DCP – Dignity Care Pathway

DCT – Dignity Card-Sort Tool

ICN – International Council of Nurses

PDI – Patient Dignity Inventory

p-DCT – Preservation of Dignity Cart Sort Tool

WHO – World Health Organization

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1: Model důstojnosti nevléčitelně nemocných zpracovaný podle Chochinova et al.....	21
--	----