



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Etické aspekty procesu umírání a smrti

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Martina Svobodová

Vedoucí práce: PhDr. Jan Vitoň, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Etické aspekty procesu umírání a smrti*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

3.5. 2017

Poděkování

Děkuji za pomoc a podporu PhDr. Janu Vitoňovi, Ph.D., při vedení bakalářské práce a také děkuji respondentům, kteří se podíleli na výzkumné části.

Etické aspekty procesu umírání a smrti

Bakalářská práce se zabývá etickými aspekty ovlivňující proces smrti a umírání. Zde se nabízí otázka etiky v péči o pacienty v posledních chvílích života. Smrt je jev, který se vyskytuje od pradávna, je to součást bytí na tomto světě. Přesto, že je smrt součástí života a jde o přirozený proces, není všemi takto vnímán. Rozdíl ve vnímání umírání a smrti můžeme nalézt v různých náboženstvích a způsobech života, touto otázkou jsem se mimo jiné zabývala i ve výzkumné části. V práci rozebírám především tabuizaci smrti a jak na její účast reagují pracovníci, kteří se se smrtí setkávají ve svém zaměstnání a také jak vnímají přístup rodiny k umírání jejich blízkého.

Ve výzkumné části jsem využila kvalitativní výzkum. V rámci toho jsem použila jako metodu polostrukturovaný rozhovor. Následně byly otázky pokládány pracovníkům v přímé péči domova pro seniory. Sesbírané informace jsem zpracovala pomocí otevřeného kódování. Respondenti byli vybíráni různorodě kromě toho, že šlo pouze o ženy.

V teoretické části se zabývám teologickým pojetím smrti, filosofií smrti, ale například také tradicemi a zvyklostmi týkajícími se umírání, které se začínají postupem času vytrácet. Zmiňuji se dále o umírání v domácím prostředí, a naopak o procesu umírání institucionalizovaném.

Cílem této práce bylo zjistit, jaký postoj má pečující personál k umírajícím. Co pro ně znamená smrt a případně, jak vidí problém v umírání institucionalizovaném. Dalším mezníkem byla také otázka etického chování a jednání s umírajícím.

Výsledkem bakalářské práce může být nastínění procesu smrti a umírání ve zdravotnické a sociální oblasti. Dále může posloužit jako inspirace v chování o umírající.

Klíčová slova: etika, filosofie smrti, paliativní péče, smrt, teologické pojetí smrti, umírání institucionalizované, umírání ritualizované.

Ethical aspects of death and dying

This work deals with the ethical aspects that have influence on the process of death and dying. The question that occurs here is the ethics in patient care at the last moments of life. Death is a phenomenon that has existed since the dawn of time and it is part of the existence in this world. Although death is an integral part of life and it is natural process, not everybody takes it that way. The difference in the perception of death and dying can be found in different religions and ways of life, I have also dealt with this question in the research section. In my work I am primarily analyzing the taboo of death, and how the workers for whom the death is present in their work deal with it and how they see the family's approach to dying of one of its member.

In the research part I used the qualitative research. As part of that I used the method of semi-structured interview. The questions were than given to workers in the direct care in the retirement home. I wrote up the collected information using open encoding. The respondents were all women and they were selected in different ways.

In the theoretical part, I am dealing with the theological concept of death, the philosophy of death, and for example the traditions and rituals related to dying as well, which begin to fade away over time. I also mention dying at home and dying in institutions.

The aim of this work was to find out what the caregiver's attitude is towards the dying. What does the death mean to them, and how they see the problem of institutionalized dying. Another thing was the question of ethical behavior and dealing with the dying.

The result of the thesis can be the outline of the process of death and dying in the medical and social institutions. It can also be an inspiration for the behavior in the dying process.

Key words: ethics, philosophy of death, palliative care, death, theological concept of death, institutionalized dying, ritualized dying.

OBSAH

ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Posmrtné skvrny.....	11
1.1.1 Posmrtná ztuhlost.....	11
1.1.2 Tonelliho příznak.....	11
1.1.3 Chladnutí zemřelého.....	11
1.1.4 Zasychání sliznic.....	11
1.1.5 Posmrtná hniloba.....	11
1.2 Stadia vývoje konceptu smrti.....	12
1.3 Teologické pojetí smrti.....	12
1.3.1 Filosofie smrti.....	12
1.3.2 Konec života, zánik všech životních funkcí čili smrt.....	13
1.4 Umírání ritualizované.....	13
1.4.1 Umírání institucionalizované.....	13
1.4.2 Umírání v domácím prostředí.....	14
1.4.3 Překážky umírání pacienta v domácím prostředí.....	14
1.5 Co je lékařská etika a jaké je její poslání.....	15
1.5.1 Etika umírání a smrti.....	15
1.5.2 Uplatňování etických principů v paliativní péči.....	16
1.5.3 Etické aspekty umírání.....	16
1.5.4 Otázky života a smrti.....	17
1.5.5 Proč se chceme zabývat otázkami smrti a umírání?.....	17
1.5.6 Umírání, smrt a truchlení – tabu moderní doby.....	17
1.6 Paliativní péče jakožto zátěžová situace.....	18
1.6.1 Hospicová práce – umírání jako součást života.....	19
1.6.2 Co umírající potřebují – přání a skutečnost.....	19
1.7 Představy o smrti a rituály jejího překonávání.....	20
1.7.1 Důstojné umírání a smrt.....	21
1.7.2 Lidové tradice, pověry, zvyklosti.....	21
1.7.3 Hřbitov jako veřejný prostor.....	21
1.7.4 Průvodce v čase zármutku.....	22
1.8 Psychohygiena pečujících profesí.....	22

1.9	Charta práv umírajících.....	22
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
2.1	Cíl práce	28
2.2	Výzkumné otázky.....	28
2.3	Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce	28
3	METODIKA.....	30
3.1	Kvalitativní výzkum.....	30
3.2	Metoda totálního výběru vzorku	30
3.3	Metoda vytváření trsů	30
3.4	Obsahová analýza.....	30
3.5	Analýza dat.....	30
3.6	Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4	VÝSLEDKY	32
4.1	Názor pracovníků na umírání ovlivněný jejich osobními a pracovními zkušenostmi.....	32
4.1.1	Motivace k výběru povolání	32
4.1.2	Peče o umírající – negativní aspekty	33
4.1.3	Peče o umírající – pozitivní aspekty	33
4.1.4	Vnímání smrti klientů u pracovníků	34
4.1.5	Vnímání smrti klientů u pracovníků – sdílení subjektivních pocitů se spolupracovníky	35
4.1.6	Institucionalizované umírání.....	36
4.1.7	Postoj ke smrti po ztrátě bližního	36
4.1.8	Obecný pohled na smrt	37
4.2	Pohled pracovníků na vnímání smrti společností.....	38
4.2.1	Tabuizace smrti ve společnosti	38
4.2.2	Vliv víry na vyrovnávání se se smrtí	38
4.3	Názor pracovníků na tradiční přístup rodiny k umírajícímu	40
4.3.1	Obavy příbuzných z umírání jejich blízkého v domácím prostředí.....	40
4.3.2	Rozloučení se zesnulým	41
5	DISKUZE	42
6	ZÁVĚR	46
7	SEZNAM LITERATURY.....	48
8	SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	51

9	SEZNAM ZKRATEK	53
----------	-----------------------------	-----------

ÚVOD

Smrt a umírání jsou jevy, které se nejenom v lidské společnosti vyskytují od pradávna. Jsou to součásti života a fyziologické jevy. Každý si smrt uvědomuje jinak, jedni se jí bojí a raději o ní nemluví. Pro jiné je to naprosto přirozený jev týkající se každého jedince či živočicha. Ať se zařadíme buď do první, nebo do druhé skupiny, smrt zasáhne všechny. Některé zasáhne více, někteří se s touto událostí vyrovnají „lépe“. Vnímání smrti a umírání je ovlivňováno životním stylem, vírou v Boha, přírodu atd. Ať se nám to líbí nebo ne, smrt se vyskytuje všude – v knihách, filmové tvorbě, médiích. Smrt si bere bez rozdílu, tedy i děti, seniory, bohaté, chudé. A ten, kdo říká, že tady se měří jedním metrem, čili že si smrt bere bez rozdílu, tak s tím se plně ztotožňuji. Další stránkou věci je také to, že smrt je nespravedlivá. To si říká asi většina pozůstalých. Smrt si nevybírá lidi spravedlivě, umírají nevinné děti, blízcí, kteří byli celý život poctiví a nikomu neublížili. Takže nemůžu zcela říci, že vnímám smrt a umírání jako přirozenou součást života. Nemám ráda věty jako: „Však už mu bylo 90, už má ten život za sebou“. Podle mě je každý člověk součástí, byť malou, někoho jiného. Soudím tak podle sebe.

Smrt a vše, co se jí týkalo, mě vždy zajímalo. V mém okolí budilo téma mé bakalářské práce údiv, stačilo, že slyšeli slovo smrt a hned se zarazili. Často jsem se setkala s otázkou: „To sis nemohla vybrat něco méně morbidního?“ Jenže mě tato oblast vždy zajímala a po nástupu na střední zdravotnickou školu jsem se s ní i setkala. Tímto mi ale okolí dokázalo, jak je smrt ve společnosti tabuizována a odsouvána na okraj.

Na praxi na střední zdravotnické škole jsem získala tu zkušenost, že při umírání pacienta nás studenty vykážali z pokoje a nesměli jsme dovnitř. V deníku, který jsme si vedli na praxi, byly vypsány okruhy a úkony, s nimiž bychom se měli během praxe seznámit a vyzkoušet si je. Jedním bodem byla také péče o umírající, práce s tělem po smrti. Snažila jsem se vcítit do situace vyučující, která nás provázela praxí. Došla jsem k závěru, že se vyučující nejspíš bojí, aby nás tato práce neodradila. Nemyslím si, že toto je správný postup, při práci v sociálních a zdravotnických službách se se smrtí setkáváme velice často. Nato jsem si následně položila otázku „Vždyť až ta situace nastane, jak se zachovám? Co řeknu pozůstalým?“ Nyní si o této situaci myslím, že to tehdy nebyla žádná výhoda, i když si paní učitelka myslela, že je to určitá forma ochrany. Vzpomínám si, že jsme chodili po chodbě okolo toho osudného pokoje a každý se podíval dovnitř, když se jen na okamžik a na malou skulinku otevřely dveře.

Pak když mi během tří let zemřeli tři blízké osoby, nebylo to vůbec jednoduché, vnímala jsem to trochu jako prokletí – každý rok jeden blízký. Pravděpodobně tyto zážitky způsobily můj zájem o tuto problematiku a posléze i výběr tématu mé bakalářské práce.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 *Posmrtné skvrny*

Velemínský (2012) uvádí, že posmrtné skvrny se tvoří u osoby ležící na zádech nejprve ostrůvkovitě po stranách krku přibližně po 20 minutách, za 1–2 hodiny začínají splývat, plně jsou vyvinuty za 6 hodin. Jsou modrofialové, lze je zpočátku vytlačit prstem (Velemínský, 2012).

1.1.1 *Posmrtná ztuhlost*

Podle Velemínského (2012) se posmrtná ztuhlost nejprve objeví na žvýkacích svalech 2–4 hodiny po smrti, pak na obličejových a šíjových svalech, úplná ztuhlost nastává obvykle za 6–8 hodin, trvá několik hodin až dnů a pak ve stejném pořadí, jak nastala, zase mizí (Velemínský, 2012).

1.1.2 *Tonelliho příznak*

Tlak na oční bulbus vyvolá nestejnou deformaci zornic – je časným příznakem. Tvoří se již za několik minut a trvá asi 2 hodiny (neplatí pro utonutí, oběšení, glaukom) (Velemínský, 2012).

1.1.3 *Chladnutí zemřelého*

Obličej, ruce, nohy chladnou nejdříve – výrazné zchladnutí je patrné již za 1–2 hodiny, poté chladne předloktí, bérce, paže, stehna, hrudník, naposled břicho, podpaží a okolí genitálu (Velemínský, 2012).

1.1.4 *Zasychání sliznic*

Zasychání sliznic nastává brzy po smrti, nejdříve v místech, která jsou vlhká – spojivka, kde se vytvoří žlutavé, posléze hnědé zaschnutí při otevřených víčkách. Typické je i zkalení rohovky – nastává tedy, je-li oko zavřené (Velemínský, 2012).

1.1.5 *Posmrtná hniloba*

Tvoří se nejprve kolem pupku, 3. až 5. den se šíří po celém břiše, pak na hrudník a končetiny, asi za týden prosákne kůže hnilobnými tekutinami, vytvářejí se puchýře po stranách trupu vyplněné nazelenalou a hnědozelenou tekutinou, posléze praskají (Velemínský, 2012).

1.2 Stadia vývoje konceptu smrti

Kupka (2014) uvádí, že Nagyová (1948) jako první odvodila následující tři stadia vývoje konceptu smrti:

- 1. První fáze** (do pěti let věku dítěte) – děti nerozlišují smrt jako svébytný stav, ztotožňují ji s určitou podobou spánku, vnímají smrt jako reverzibilní;
- 2. Druhá fáze** (od pěti do devíti let) – děti si začínají uvědomovat, že smrt existuje, že je trvalá, nepřipouštějí si ovšem její univerzalitu;
- 3. Třetí fáze** (devět let a více) – děti ví, že smrt existuje, že je trvalá a univerzální.

1.3 Teologické pojetí smrti

Sígl (2006) uvádí, že v souvislosti se smrtí se naskýtá otázka, co se vzhledem k nepopiratelnému návratu těla do přírodní souvislosti děje s individualitou umírajícího člověka, tedy zda zcela zaniká, jak tvrdí materialistická teorie, nebo zda opět ožívá jako celek, tedy jako tělo a duše, zda je nesmrtelná pouze duše nebo zda se individualita přeměňuje a existuje v říši duchů nebo konečně zda se přetěluje a znovu rodí. Podle biblického pojetí znamená ztrátu osobní síly, „ducha života“, který Bůh člověku propůjčil na určitý čas. Smrt patří k údělu člověka, nesmrtelný je pouze Bůh, zatímco ve východních kulturách (buddhismus, hinduismus) se pohlíží na zrození a smrt jako na koloběh, křesťanství váže smrt na individualitu a spojuje ji s vinou (hříchem) a individuálním odpuštěním (Sígl, 2006). V lékařství je smrt (mors) vnímána jako zánik organismu jako celku (Sígl, 2006). Smrt člověka mění skutečnost, jejímž důsledkem je zánik právní subjektivity, v trestním právu se za okamžik smrti pokládá smrt biologická neboli mozková, kdy již není možné obnovit všechny životní funkce (Sígl, 2006). (viz schéma č. 11 Spirituální potřeby umírajících)

1.3.1 Filosofie smrti

V následujícím dvou větách Scherer (2005) uvádí, že člověk ví o své smrtelnosti, je tedy uprostřed života poznamenán smrtí. Otázka po smrti se tedy netýká jen bodového konce našeho života, nýbrž je neustále přítomna v celém průběhu naší existence. V průběhu historického vývoje je problematika umírání a smrti velmi úzce spjata s vývojem náboženského pojetí, s vývojem filozofického poznání, etického citění a také se sociokulturním rozvojem dané společnosti (Kelnarová, 2007).

Vitoň a Velemínský st. (2015) uvádějí, že smrt je fenomén, který doprovází věrně a nerozlučně každý život. Lze ji sledovat, zkoumat či prožívat v nejrůznějších kontextech (Vitoň, Velemínský st., 2015). Smrt tvoří, pokud ne základ, tak určitě důležitou kapitolu různých filozofických či teologických systémů, škol a orientací (Vitoň, Velemínský st., 2015). (viz schéma č. 8 Obecný pohled na smrt)

1.3.2 Konec života, zánik všech životních funkcí čili smrt

Sígl (2006) definuje konec života jako rozchod duše s tělem, člověk na rozdíl od zvířat spatřuje svůj život jako celek, přičemž i smrt je součástí tohoto celku. Každý z nás dobře ví, že jednou zemře. Ovšem neví kdy a neví jak. Náš lidský život, a tedy i smrt jsou vždy jedinečné a veskrze osobní. Vědomí vlastní smrtelnosti, ale i smrtelnosti druhých lidí a s tím spojený velmi silný citový náboj – to je obecně lidská skutečnost, kterou nelze jednoduše uchopit, dát jí jakousi podobu, tvar, smysl.

1.4 Umírání ritualizované

Kutnohorská (2007) uvádí, že pro tradiční chápání znamenala smrt především hodnocení života, člověk byl vybízen, aby trvale uvažoval o smyslu svého života a zvažoval mravní dopad svého jednání. Tak jako kostel a u něho hřbitov ležel v centru obce, tak i smrt byla centrem života (Kutnohorská, 2007). Lidská obeznamenost se smrtí byla důvěrná, protože se umíralo doma a častěji než dnes, smrt působila jako významný deficitní motiv rodinného života (Kutnohorská, 2007). V minulosti přecházela z generace na generaci zkušenost, jak pečovat o umírajícího, lidé vnímali, co je to umírání a smrt zblízka (Kutnohorská, 2007).

1.4.1 Umírání institucionalizované

Kutnohorská (2007) uvádí, že ve společnosti komunikačních technologií se bohužel umírání a smrt diskrétně odehrávají v nemocnicích, LDN, domovech důchodců – institucích, probíhají tedy institucionálně. Umírající jsou dnes umísťováni do nemocnic, kde je jim poskytnuta odborná profesionální pomoc, její stinnou stránkou je chladná a odosobněná péče (Jankovský, 2003). Je třeba si uvědomit, že umírání a smrt patří k životu, je jeho závěrem, je tečkou za lidskou pozemskou duševní a fyzickou existencí (Kutnohorská, 2007). Umírajícím je poskytována potřebná péče, ale dominantní je praktikismus a profesionalita (Kutnohorská, 2007).

Institucionalizace smrti se stává nejvýznamnějším rysem přístupu ke smrti ve 20. a 21. století, kdy se konec lidského života odehrává pod lékařským dozorem a nezřídka je spojen s užíváním značného množství léků (Špatenková et al., 2014). (viz schéma č. 2 Negativní aspekty)

1.4.2 Umírání v domácím prostředí

Následující úvahy vycházejí z Daviese (2007), který uvádí, že umírání doma se dlouho v mnoha společnostech považovalo za ideál a do poloviny dvacátého století tak umírala většina lidí. Těla zemřelých v domácnostech zůstávala až do pohřbu, rodinám tradičně pomáhali místní lidé s přípravou těla na pohřeb. V průběhu dvacátého století začali do popředí vystupovat pohřební profesionálové, kteří pozůstalým poskytovali svoje služby. Zemřít doma znamenalo, že smrt nebyla neobvyklou záležitostí, docházelo k ní v rámci rodiny a společenství sousedů. Rodinní příslušníci mohli díky tomu, že těla zůstávala doma, se zemřelým rozmlouvat, pozorovat ho a mohli přemýšlet o životě obecně. Sousedé a přátelé také mohli přijít na návštěvu, mohli se podělit o svoje city, pohovořit o zemřelém a zavzpomínat na minulost, která je součástí změn, jež s sebou smrt přináší.

Následně uvádí Bužgová (2015), že se v systému péče o potřebné občany projevuje nedostatek služeb, které by poskytovaly náležitou důstojnou péči umírajícím. Takovou péči poskytují převážně nemocnice a jiná zdravotnická a sociální ústavní zařízení a domácí péče, ale hospice jak doma (mobilní hospice), tak v ústavech („kamenných zařízeních“) k takové péči dostávají (sociální) dimenzi. Roční počet zemřelých se v posledních letech v ČR pohyboval okolo 107 tisíc lidí. Z toho v nemocnici zemřelo asi 60 % lidí, doma asi jedna pětina a desetina v léčebných ústavech. Ostatních 25 % zemřelo v sociálních zařízeních nebo na veřejných prostranstvích či při převozu do nemocnice. V sociálních zařízeních zemřelo relativně více žen než mužů, na ulici či jiném veřejném místě zemřeli častěji muži než ženy. (viz schéma č. 6 Institucionalizované umírání)

1.4.3 Překážky umírání pacienta v domácím prostředí

Statistická šetření vycházející z Křivohlavého (1991) ukazují, že více než 90 % lidí si přeje zemřít doma – mezi svými nejbližšími, v prostředí dobře známém a milém. Na druhé straně tyto statistiky naznačují, že stále větší počet lidí u nás umírá v nemocnicích – někde se uvádí 50 %, někde 60 % a někde ještě více.

Z rozhovorů s lidmi, kteří se rozhodovali vzít svého příbuzného domů – a neučinili tak navzdory tomu, že z lékařských pohledů nic proti tomu namítáno nebylo – se zjistilo, že tito lidé uvádějí řadu důvodů (Křivohlavý, 1991). Nejčastějším důvodem byla skutečnost, že všichni členové rodiny jsou zaměstnáni a nikdo by se doma nemohl o umírajícího starat, druhým důvodem bylo to, že rodina má malý byt (Křivohlavý, 1991). Dosti často se též uvádělo, že v nemocnici jsou lepší a větší možnosti pečovat o umírajícího pacienta, nežli mají jeho rodinní příslušníci (Křivohlavý, 1991).

S dalšími úvahami přichází Davies (2007), který uvádí, že v období poválečné chudoby měly tyto zvyky dávat smysl, ačkoli ke změnám mělo dojít již brzy. Ve Velké Británii vznikl sociální stát a s ním začala růst úroveň, která souvisí i s takovou záležitostí, jako je ústřední topení. Někteří právě topení vnímali jako překážku, která během zimního období znemožňovala uchovávání těl zemřelých doma. Je také možná teorie, že se snižováním počtu rodinných příslušníků, kteří bydleli pod jednou střechou, byla pro těch několik jednotlivců neúnosná bolest, již museli snést, když byli s nebožtíkem o samotě. Tak jako tak díky rostoucí kvalitě lékařské péče čím dál víc lidí podstupovalo hospitalizaci a v nemocnici i umíralo. (viz schéma č. 12 Obavy příbuzných z umírání jejich blízkého v domácím prostředí)

1.5 Co je lékařská etika a jaké je její poslání

Morálka (etika) je sice nedílnou součástí medicíny od samotného počátku, avšak termínem lékařská etika nebo bioetika (termín užívaný v USA ve stejném významu) je v současné době obvykle označován moderní medicínský obor, jehož vznik lze datovat k roku 1969 (Šimek, 2015).

Šimek (2015) následně uvádí, že paralelně s vývojem v medicíně jde i o vývoj ve společnosti. V našem civilizačním okruhu definitivně vítězí demokratická uspořádání, v nichž pravidla hry, tudíž i legislativa vychází od jedince a jeho práv. Právo na sebeurčení, pokud možno ničím nerušené, se stává až modlou současného člověka.

1.5.1 Etika umírání a smrti

Kutnohorská (2007) klade důraz na to, že se sestra v praxi dostává do velmi náročných situací, které musí zvládat osobně i lidsky, přičemž jedním z nejnáročnějších setkání je setkání s umíráním a smrtí. Smrt je jediná fakticita, která je člověku dána už v okamžiku narození. Umírání a smrt je údělem člověka a všechny čeká, tato jistota je zahalena do

nejistoty. Nikdo neví, kdy a jak přijde. Jak sdělit, že se lidský život chýlí ke konci nebo byl ukončen? Ať už je život jakkoliv dlouhý, na jeho konci stojí smrt a ta by neměla být tabuizována. Mnohdy se uvádí, že k její tabuizaci vedl strach ze smrti umocněný válkami 20. století. (viz schéma č. 4 Vnímání smrti klientů u pracovníků)

1.5.2 Uplatňování etických principů v paliativní péči

Člověk umírá za jedinečných a neopakovatelných okolností, práh smrti překračuje sám, a proto je cílem zdravotníků zajistit umírajícímu odbornou a vysoce humánní ošetrovatelskou péči (Ondriová, Cinová, 2012).

V minulosti nebylo respektované právo pacienta na poskytnutí pravdivých informací, důvodem byl strach převzít psychologickou péči o nemocného, který je na konci svého života (Ondriová, Cinová, 2012). Milosrdné lži, které byly používány, byly zdůvodňovány tak, že by pacient nebyl schopen unést pravdu (Ondriová, Cinová, 2012).

V následujícím odstavci Kutnohorská (2007) popisuje, že umírání a smrt jsou fenomény, o kterých se uvažuje z hlediska filozofického, psychologického, sociálního, medicínského a etického. Zatímco dříve byl umírající středem pozornosti své rodiny, nyní je v nemocnici jen případem. Věnuje se mu sice značná pozornost, je však zaměřena profesionálně. Lidé věří, že svým blízkým pomohou nejlépe tehdy, když jim zajistí ty nejučinnější a nejmodernější léčebné postupy. Vypadá to, jako kdyby umírání bylo jen odbornou záležitostí lékařů, sester a dalších zdravotnických profesionálů. Zvykli jsme si totiž umírat „na něco“, nikoliv proto, že jsme smrtelní.

„Jelikož etické problémy spojené s péčí o seniory mají rozličný charakter, hledá současná ošetrovatelská praxe nové přístupy – a to především v souvislosti s respektováním pacientovy autonomie a lékařské důstojnosti“ (Ptáček, Bartůnek et al., 2011, s. 289).

Navzdory zvýšenému zaměření na roli duchovní péče v paliativní péči jsou znalosti o spiritualitě/religiozitě mezi umírajícími pacienty omezené (Moestrup, Hvidt, 2016).

1.5.3 Etické aspekty umírání

Zacházení s umíráním a smrtí vyostřuje základní filozofické otázky o tom, co můžeme vědět, co máme dělat a v co smíme doufat (Student, Mühlum, Studen, 2006). Sám Kant, který je takto formuluje ve svém Úvodu do metafyziky, je následně shrnuje do otázky: *Co je člověk?* (Student, Mühlum, Studen, 2006). Tuto otázku, co je člověk, čím může

a má být, postuluje hospicová práce s mimořádnou závažností (Student, Mühlum, Studen, 2006). Vztažnými body filozofické antropologie a tím i veškeré etiky jsou důstojnost člověka, naplnění jeho základních potřeb a úsilí o dobrý život (a umírání) (Student, Mühlum, Studen, 2006). (viz schéma č. 3 Pozitivní aspekty)

1.5.4 Otázky života a smrti

Následující úvahy vycházejí z Křivohlavého (1991), jenž uvádí, že je možno o otázkách života a smrti hovořit dvojím způsobem. Je možné o nich uvažovat obecně, např. tak, že si přiznáme, že lidé kolem nás umírají a že „člověk je nesmrtelný“ atp. Je o nich však též možné uvažovat i jinak – zcela osobně. Tak tomu je např. ve chvíli, kdy se dostáváme do situace, že si uvědomujeme, že naše nemoc je vážná, ba dokonce velice vážná a snad dokonce i taková, že si s ní lékařská věda neví rady. Nejde přitom o druhého člověka, o někoho jiného, ale o mne.

1.5.5 Proč se chceme zabývat otázkami smrti a umírání?

Křivohlavý (1991) uvádí, že otázkami života a smrti se zabývá každý člověk, tuto otázku si pokládají všichni lidé. Platí totiž o tomto tématu to, co platí o nepříjemných věcech obecně – neradi o nich s druhými lidmi hovoříme a sami si je neradi připomínáme (Křivohlavý, 1991). Otázkám souvisejícím s narozením člověka je věnována velká pozornost státní, veřejné správy i občanské společnosti. Totéž nelze říci o životě lidí s nevléčitelnými nemocemi a v terminálním stadiu života (Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová, Vodáčková, 2015). To, co je člověku nepříjemné, tomu se snaží nejen vyhybat, ale snaží se to všelijakým způsobem potlačovat, případně „mocí vůle“ zatlačit do nevědomí (Křivohlavý, 1991). Někdy se zdá, že se to daří, je tomu tak, např. když práce či zábava zaberou 100 % naší pozornosti, tedy cele se na to soustředíme (Křivohlavý, 1991). Ukazuje se však, že se nám to nikdy na 100 % nedaří. Stačí chvíle tísně a „nepříjemné“ otázky jsou zpět (Křivohlavý, 1991). (viz schéma č. 9 Tabuizace smrti ve společnosti)

1.5.6 Umírání, smrt a truchlení – tabu moderní doby

Student, Mühlum, Studen (2006) soudí, že smrt je všude přítomna a přece je podivně cizí, mediálně se inscenuje i úzkostlivě obchází. Pravděpodobně v celých dějinách ještě tolik lidí nevidělo takové množství mrtvých a způsobů umírání jako dnes, a přesto bez

osobního kontaktu s umírajícími či mrtvým tělem. Již tato diskrepance může částečně osvětlit nejistotu moderního člověka vůči smrti a umírání a odvozeně také smutku. Na druhou stranu s tím nutně spojené zpochybňování existence svádí k sledování smrti cizích lidí. Při pohledu do historie je zřejmá zásadní proměna přístupu k umírání a smrti naznačená pojmy jako privatizace a izolace, byrokratizace, popření tabuizace.

Nic není jisté jako smrt, a přesto většinou žijeme tak, jako by se smrt týkala jen těch druhých (Student, Mühlum, Studen, 2006). Tato existenciální neschopnost je pravděpodobně příčinou potlačování smrti, pokud ji neintegruje nebo netranscenduje filozofie a náboženství (Student, Mühlum, Studen, 2006). Přibližně o 30 let později, uprostřed první světové války, potvrzuje Sigmund Freud narušený vztah své generace ke smrti, která si uvědomuje její realitu a nevyhnutelnost, ale počíná si tak, jako by tomu bylo jinak (Student, Mühlum, Studen, 2006). Nic na tom nezměnily ani pokusy o vědecký výzkum smrti (thanatologie) (Student, Mühlum, Studen, 2006). (viz schéma č. 9 Tabuizace smrti ve společnosti)

1.6 Paliativní péče jakožto zátěžová situace

Poskytovatelé paliativní péče a služeb by měli být schopni identifikovat různé potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konkrétních záležitostí, které vyžadují právní poradenství a intervence (Musyoki, Gichohi, Ritho, Kinyanjui, Muinga, 2016).

Péče o umírajícího člověka nebo o člověka starého, imobilního, často s postupující demencí je pro pečujícího velmi náročná (Šimek, 2015). Péče o chronicky nemocné, nevyléčitelně nemocné se může stát dlouhodobě zatěžující aktivitou, rovněž péče o umírajícího pacienta, práce s rodinnými příslušníky, kterým umírá jejich bližní, se tak stává situací extrémní zátěže (Šimek, 2015). Vypjaté emoční reakce, zvláště hněv, různé formy agrese, jsou situace, jež se zvládají velmi obtížně (Šimek, 2015).

Péče o těžce nemocné pacienty vyžaduje dobrou odbornou přípravu a životní moudrost (Niemic, 2016). Etická pravidla jsou velmi důležitá v oblasti paliativní péče z důvodu specifických problémů vznikajících na konci lidského života (Niemic, 2016).

Ukazuje se, že péče o umírajícího pacienta patří z hlediska stupně zátěže k nejvýraznějším (Šimek, 2015). Umírající pacient znamená pro ošetřující personál situaci, která je náročná na jejich odolnost a schopnost zvládat mezní situace (Šimek, 2015). Základem úspěšného adaptování se na zátěž vyplývající z terminální péče je

vyrovnání se s pocity souvisejícími s faktem vlastní smrtelnosti, dále je nápomocná znalost problematiky thanatologie a pokud možno supervizní kontakt (Šimek, 2015). (viz schéma č. 5 Sdílení subjektivních pocitů se spolupracovníky)

Paliativní medicína léčí symptomy, zmírňuje utrpení a věnuje pozornost psychosociálním a duchovním potřebám. Potřebám pacientů je nasloucháno, a to i přání smrti (Rehman-Sutter, Lehnert, 2016). (viz schéma č. 4 Vnímání smrti klientů u pracovníků)

1.6.1 Hospicová práce – umírání jako součást života

Moderní člověk se spíše brání strachu z umírání než myšlence na smrt (Student, Mühlum, Studen, 2006). Umírání je také vyděleno ze všedního života, jelikož údajně překáží „obvyklému průběhu věci“ a tím celé společnosti, kterou nevyhnutelně staví před „skandál konečného života“ (Student, Mühlum, Studen, 2006). Ten, kdo chápe smrt v metafyzickém smyslu jako bránu k pravému životu, se bojí umírání jako bolestného rozloučení, existenční nejistoty a času bolesti podobně jako materialisticky smýšlející člověk, pro něhož smrt znamená „koloběh přírody“ nebo „přeměnu hmoty“ (Student, Mühlum, Studen, 2006). Umírání je v každém případě výsostně osobní a – na co se dlouho zapomínalo – sociální proces vyžadující prostor, čas a citlivé zacházení (Student, Mühlum, Studen, 2006). (viz schéma č. 7 Postoj ke smrti po ztrátě bližního)

1.6.2 Co umírající potřebují – přání a skutečnost

Student, Mühlum, Studen (2006) uvádí, že jsou-li umírající lidé nebo lidé, kteří se již se svou smrtelností intenzivně vyrovnali, dotázáni na svá přání se zřetelem k vlastnímu umírání, jejich odpovědi jsou podobně rozmanité jako odpovědi zaměřené k životu. Existují totiž přání, která se neustále vynořují a jsou předvídatelná, můžeme je přiřadit ke čtyřem životním rozměrům: sociálnímu, tělesnému, psychickému a spirituálnímu (Student, Mühlum, Studen, 2006).

Kubešová, Kabelka, Matějovský, Weber (2003) popisují v následujícím odstavci, že splnění posledních přání nemocného je mnohdy alfou i omegou pro jeho rodinné příslušníky i další blízké. Mnohdy však o těchto přáních není okolí z nejrůznějších důvodů informováno. Základním předpokladem etické části této problematiky je tedy vůle samotného pacienta, jeho přání, které by mělo být vysloveno jím samotným v době jasného vědomí a adekvátní informovanosti o chorobě. Jsou dokonce formulovány

4 podmínky, kdy je nemocný plně schopen rozhodovat, a v tom případě je rozhodnutí nemocného nutno brát jako závazné.

Bužgová (2015) uvažuje o tom, že je důležité také posouzení rozporu mezi přáním pacientů a skutečným místem úmrtím, přes vysoký počet úmrtí v institucionální péči si většina občanů přeje umírat v domácím prostředí. V roce 2011 byl proveden organizací STEM/MARK výzkum zaměřený na téma, kde si lidé v ČR nepřejí umírat. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi preferencí zdravotníků (n = 1006) a běžné populace (n = 1096). Zdravotníci si ve velké míře nepřáli umírat v dlouhodobé péči (76 %) a v nemocnici (59 %). Tato dvě místa byla také nejčastěji uvedena u běžné populace, ale v menší míře. V dlouhodobé péči si nepřálo umírat 69 % lidí a v nemocnici 45 %. Domácí prostředí bylo nejméně často uvedeno jako prostředí, kde by si lidé smrt nepřáli. Výrazný rozdíl byl zjištěn v názoru na místo úmrtí v hospici. V hospici si nepřálo umírat pouze 6 % zdravotníků, ale překvapivě 42 % běžné populace. To může být způsobeno neznalostí a předsudky lidí vůči hospicové péči. (viz schéma č. 12 Obavy příbuzných z umírání jejich blízkého v domácím prostředí)

1.7 Představy o smrti a rituály jejího překonávání

Představy o humánním přístupu k umírajícím a truchlícím lidem a podobně o potřebě konkrétního uspořádání v situaci dožívání se mohou subjektivně odlišovat, přesto však tu jsou určité konstanty odůvodněné antropologicky a kulturně (Student, Mühlum, Studen, 2006). Kulturologické studie např. popisují strategie pro individuální a kolektivní „překonávání“ umírání, mýty o vzniku a významu smrti, představy o smrti, pohřební rity a rituály smutku, které vykazují určitou vnitřní spřízněnost (Student, Mühlum, Studen, 2006). U většiny kultur je smrt rituálně uspořádána, tzn. že tu existuje vzorec chování pro přímo zasažené, pro pozůstalé a pro mrtvé. Smrt je definována jako přechod do jiné oblasti, často do říše mrtvých. Tak se smrt stává součástí běhu života (Student, Mühlum, Studen, 2006). Proměny pohřebních rituálů v 21. století směřují jednoznačně k personalizaci, respektuje se jedinečnost zesnulého (Nešporová, 2007).

Pohřební rituál má velký význam v procesu truchlení, neboť umožňuje vnějším způsobem vyjádřit to, co pozůstalý prožívá a nese ve svém nitru (Kübler-Ross, 2003). (viz schéma č. 13 Rozloučení se se zesnulým)

1.7.1 Důstojné umírání a smrt

Důstojnost můžeme chápat jako pojem morálního vědomí, který vyjadřuje představy o hodnotě lidského jedince jako rovnocenné, rovnoprávné, svobodné a autonomní bytosti (Ondriová, Cinová, 2012).

Ondriová, Cinová (2012) v následujícím odstavci uvádí, že nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je osobní blízkost druhého, nikdo by neměl umírat sám, důstojná smrt má mít charakter sociálního aktu. Tohoto cíle lze dosáhnout pouze tehdy, jsou-li stanovena pravidla, kdo a co bude dělat. Je nutné určitým způsobem závěr lidského života ritualizovat a současně využít zkušenosti domácího, ale i institucionalizovaného modelu péče. (viz schéma č. 3 Pozitivní aspekty)

1.7.2 Lidové tradice, pověry, zvyklosti

Kromě náboženských rituálů (obřadů) a předepsaných způsobů vykonávání určitých úkonů, které se týkají zejména posledních věcí člověka, existují některé lidové tradice kolem umírání, smrti a pohřbů (Sígl, 2006). Jde o jakési myšlenkové, duchovní i praktické vědomosti, jež se předávají z generace na generaci, některé se tím udržují a prohlubují, jiné s postupujícím myšlenkovým vývojem zanikají (Sígl, 2006). Naše etnografie (kulturně historická disciplína zabývající se mj. také náboženskými zvyky a obyčejí) a folkloristika (zabývající se studiem lidové kolektivní znalosti, jejímiž projevy jsou slovesnost, hudba, divadlo a tanec) znají takové lidové zvyky a obyčeje kolem různých období a svátků v roce, v nichž se objevuje i prvek smrti (Sígl, 2006). (viz schéma č. 10 Rozdíly ve vnímání smrti mezi věřícími a ateisty)

1.7.3 Hřbitov jako veřejný prostor

„Vždy byly přísně rozlišovány mrtvoly ‚běžné‘, které mohly být pochovány obvyklým způsobem na tradičních místech, a ‚epidemické‘, na které se vztahovala zvláštní separační pravidla (Kovář, Peřinková, Špatenková et al., 2014, s. 44). „Škodlivá ‚epidemická‘ těla byla pochopitelně vykazována mimo obydlená místa – tak byl založen např. morový hřbitov v Praze na Olšanech“ (Kovář, Peřinková, Špatenková et al., 2014, s. 44).

1.7.4 *Průvodce v čase zármutku*

Dnes oficiálně není nikde ve společenských pravidlech stanoveno, jak dlouho se má nosit smuteční oděv, v naší zemi je v současnosti zvykem dávat najevo čas smutku a truchlení po dobu čtyř až šesti týdnů (Ludačková, Huneš, Špatenková, 2013). Ve městě bývá uvedená doba jiná než na venkově, kde se lidé navzájem více znají a častěji dodržují tradiční zvyky obvyklé v dané lokalitě (Ludačková, Huneš, Špatenková, 2013).

Pokud je ale víra natolik silná, aby překonala prvotní otřes, mohou truchlící své obavy a pochybnosti svěřit duchovnímu, popřípadě mají možnost obrátit se na církevní poradnu (Kubíčková, 2001). (viz schéma č. 13 Rozloučení se se zesnulým)

1.8 *Psychohygiena pečujících profesí*

Má-li sociální práce – jak je to z mezinárodního hlediska běžné – převzít v prostředí hospiců ústřední roli, musí se soustředit na překonávání psychosociálních problémů (Student, Mühlum, Studen, 2006). S tím je spojena koordinace odborných skupin s dobrovolníky, rovněž „péče o pečující“, to se zpravidla osvědčuje, jde-li o integraci skupiny dobrovolných pečovatelů (Student, Mühlum, Studen, 2006).

Bezprostředně zasažení – umírající a jim blízcí lidé – sice také mohou vyjadřovat své pocity a odmítat realitu, jim je to však povoleno (někdy je to dokonce vyžadováno), zatímco profesionální asistenti by měli vykazovat klid a profesní jistotu – profesionální distance *versus* emocionální zmatek (Student, Mühlum, Studen, 2006). (viz schéma č. 1 Motivace k výběru povolání)

1.9 *Charta práv umírajících*

Je čerpána z Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“. Její definice je uvedena v následujících devíti bodech:

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho

se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, že *„umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel. V Doporučení č. 779 z roku 1976 k tomu bylo dodáno, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení“.*

4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak v minulosti, tak i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, že je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti,
- častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby,
- umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného,
- nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči,
- nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích,

- obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží,
- chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,
- nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících,
- sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení atd.),
- prodlužování umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli,
- umírání o samotě a v zanedbání,
- umírání se strachem, že jsem sociální zátěží,
- omezování život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů,
- nedostatečné zajištění financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech,
- aby byl všem nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči,
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže,

že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče,

- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně,
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta,
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající,
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tato léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince,
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy,
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii,
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti,
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na seburčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo pro nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován,
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat s ještě jiným lékařem než se svým pravidelným ošetřujícím,

- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem,
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořizení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení,
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností,
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.

c) že zachovají předpis zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem

2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“,

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby, uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností úmyslně způsobujících smrt.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je na základě analýzy historického vývoje přístupu k umírání a smrti charakterizovat současné aspekty etického chování a jednání s umírajícím. Cílem výzkumu bylo zaměřeni se na pracovníky v domově pro seniory a jejich přístup, náhled a jednání při procesu umírání.

2.2 Výzkumné otázky

1. Do jaké míry je smrt ve společnosti tabuizována?
2. Jaký je etický postoj pracovníků k umírajícím lidem?
3. Co z tradičního přístupu společnosti či rodiny k umírajícímu či zemřelému je dodnes platné, případně opomíjené?

2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce

Umírání

Kutnohorská (2007) uvádí, že pro tradiční chápání znamenala smrt především hodnocení života, člověk byl vybízen, aby trvale uvažoval o smyslu svého života a zvažoval mravní dopad svého jednání. Tak jako kostel a u něho hřbitov ležel v centru obce, tak i smrt byla centrem života (Kutnohorská, 2007). Lidská obeznámenost se smrtí byla důvěrná, protože se umíralo doma a častěji než dnes, smrt působila jako významný deficitní motiv rodinného života (Kutnohorská, 2007). V minulosti přecházela z generace na generaci zkušenost, jak pečovat o umírajícího, lidé vnímali, co je to umírání a smrt zblízka (Kutnohorská, 2007).

Je třeba si uvědomit, že umírání a smrt patří k životu, je jeho závěrem, je tečkou za lidskou pozemskou duševní a fyzickou existencí (Kutnohorská, 2007). Umírajícím je poskytována potřebná péče, ale dominantní je praktikismus a profesionalita (Kutnohorská, 2007).

Smrt

Vitoň a Velemínský st. (2015) uvádějí, že smrt je fenomén, který doprovází věrně a nerozlučně každý život. Lze ji sledovat, zkoumat či prožívat v nejrůznějších kontextech (Vitoň, Velemínský st., 2015). Smrt tvoří, pokud ne základ, tak určitě důležitou kapitolu

různých filozofických či teologických systémů, škol a orientací (Vitoň, Velemínský st., 2015).

3 METODIKA

3.1 *Kvalitativní výzkum*

Podle Hendla (2008) není kvalitativní výzkum přesně vymezen a ani není stanoveno, jak ho dělat. Je označován jako výzkum, pro který jsou typické různé přístupy. V typickém případě si výzkumník vybírá téma a určí výzkumné otázky. Otázky je možné v průběhu modifikovat nebo doplňovat.

3.2 *Metoda totálního výběru vzorku*

Tato metoda je principiálně založena na tom, že výzkumný soubor je tvořen všemi možnými prvky uvažovaného základního souboru, tedy v případě uplatnění této metody se rovná výběrový soubor souboru základnímu (Miovský, 2006).

3.3 *Metoda vytváření trsů*

Miovský (2006) uvádí, že tato metoda slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno určitými opakujícími se znaky.

3.4 *Obsahová analýza*

Dle Miovského (2006) chápeme obsahovou analýzu jako velmi široké spektrum dílčích metod a postupů sloužících k analýze jakéhokoliv textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam, identifikovat jeho stylistické a syntaktické zvláštnosti, případně určit jeho strukturu.

3.5 *Analýza dat*

Výzkumu se zúčastnili informanti z oblasti přímé péče. Použitá data jsem zpracovala pomocí otevřeného kódování. Určila jsem si tři tematické okruhy, ke kterým jsem následně vytvořila kódy.

První okruh jsem pojmenovala jako „Názor pracovníků na umírání ovlivněný jejich osobními zkušenostmi“.

Druhým okruhem je „Názor pracovníků na vnímání smrti společností“.

Třetí okruh popisuje „Názor pracovníků na přístup rodiny k umírajícím“.

3.6 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum jsem aplikovala u deseti informantů v domově pro seniory. Otázky, které jsem si stanovila vzhledem k tématu bakalářské práce, jsem pokládala informantům v období dvou termínů, tedy dvou návštěv v zařízení. Na každé návštěvě jsem provedla rozhovor s pěti informanty z oblasti přímé péče. Tyto rozhovory jsem si nahrávala na diktafon a poté jsem je přepsala.

4 VÝSLEDKY

4.1 *Názor pracovníků na umírání ovlivněný jejich osobními a pracovními zkušenostmi*

Aspekty a subjektivní pocity pracovníků v oblasti smrti a umírání, jejich vliv na pracovníky.

4.1.1 *Motivace k výběru povolání*

Na otázku, co vedlo informanty k výběru povolání v domově pro seniory, odpověděli tři informanti (A, H, I), že si vybrali toto povolání z důvodu péče o seniory, která je naplňuje.

Dále tři informanti (B, C, G) odpověděli, že kvůli pomoci a pomáhaní lidem celkově. Informanti (D, E, F, J) sdělili, že si toto povolání vybrali, protože hledali nebo měnili zaměstnání.

Informanti (A, C, I) se shodli na tom, že si rádi povídají se seniory a rádi jsou s nimi v kontaktu.

Informanti (C, D) zároveň uvedli, že je pro ně velice důležitá zpětná pozitivní vazba od klientů, o které pečují.

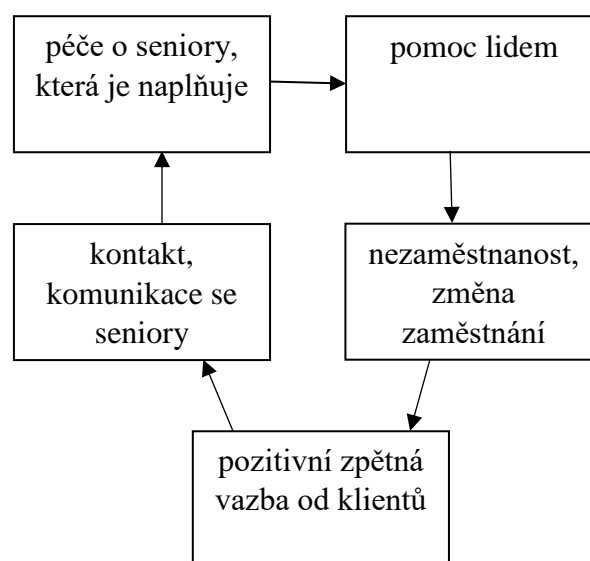


Schéma č. 1 Motivace k výběru povolání

4.1.2 Peče o umírající – negativní aspekty

Na otázku: „Co podle Vás chybí v péči o umírající?“ odpověděli tři informanti (A, C, I), že nedostatek samostatných lůžek pro umírající.

Informanti (C, D, J) mají ten názor, že by si pro klienty přáli více důstojnosti.

Dvěma informantům (E, F) chybí při umírání přítomnost rodiny.

Informanti (D, H) odpověděli, že vidí nedostatky v péči o umírající v nedostatku personálu.

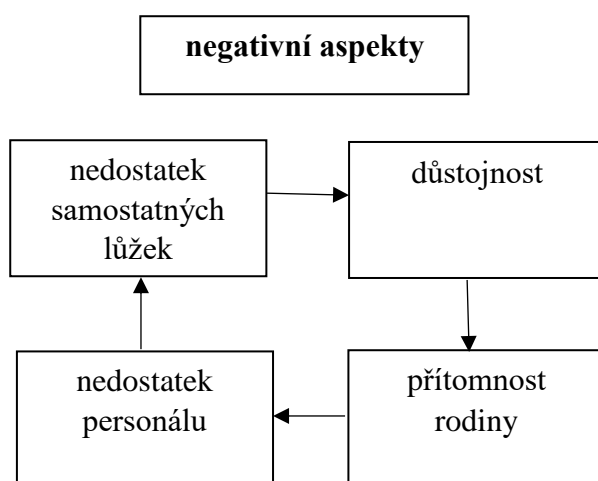


Schéma č. 2 Negativní aspekty

4.1.3 Peče o umírající – pozitivní aspekty

Na otázku: „Co si naopak myslíte, že chybí v péči o umírající?“ uvedlo devět z deseti informantů (A, C, D, E, F, G, H, I, J), že péče v domově pro seniory, kde pracují, je poskytována kvalitně.

Z toho má informant G vlastní zkušenost s umístěním, a tedy i péčí o jeho blízkého v zařízení.

Zbýlý jeden informant (F) sdělil v odpovědi důstojnost v péči o umírajícího

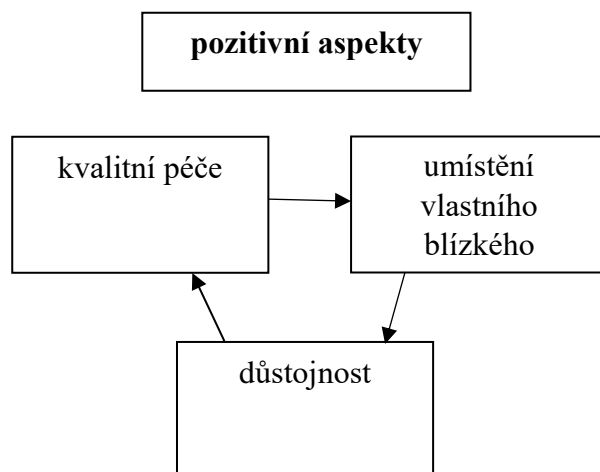


Schéma č. 3 Pozitívání aspekty

4.1.4 Vnímání smrti klientů u pracovníků

Na otázku: „Jak se vyrovnáváte se smrtí klientů, o které pečujete?“ odpověděli čtyři informanti (A, C, D, J), že pro ně není jednoduché se vyrovnat s úmrtím klienta, o kterého pečovali.

Na to navazuje fakt, že informanti (A, C, D, E, F, J) uvedli, že při vyrovnávání se se smrtí klientů je stěžejní doba pobytu klienta v zařízení.

Jako úlevu vnímají informanti (B, I) úmrtí klienta, zejména u těch, kteří trpí bolestmi.

Smrt klienta, o kterého pečují, informanti (G, H) vnímají jako přirozenou součást života.

Doplňující informací je také fakt, že informanti (F, D) uvedli, že největší zátěží pro ně bylo jednání s pozůstalými, zejména v oblasti opory.

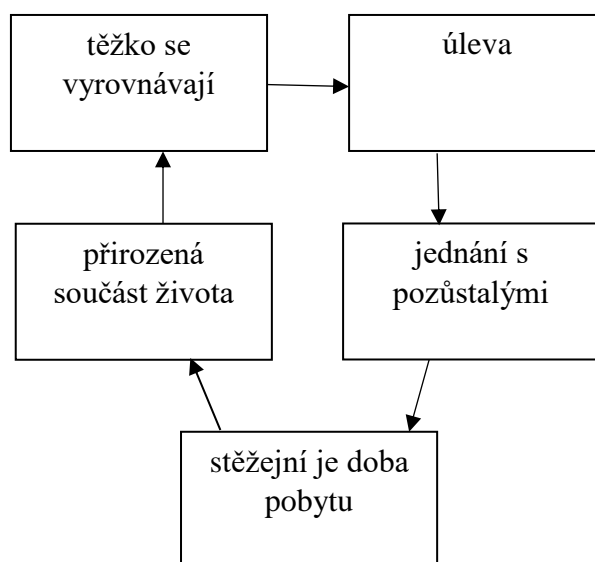


Schéma č. 4 Vnímání smrti klientů u pracovníků

4.1.5 Vnímání smrti klientů u pracovníků – sdílení subjektivních pocitů se spolupracovníky

Na otázku, zda mluví pracovníci o smrti a umírání se svými spolupracovníky, mi sdělilo devět informantů (A, B, C, D, E, F, G, I, J), že v rámci kolektivu rozhodně mluví o umírání klientů.

Informant I navíc uvedl, že je zde důležitá komunikace v rámci medikace, polohování atd.

Dále pak informanti (G, H) uvedli, že na téma v oblasti umírání a smrti mají možnost v rámci zařízení absolvovat semináře.

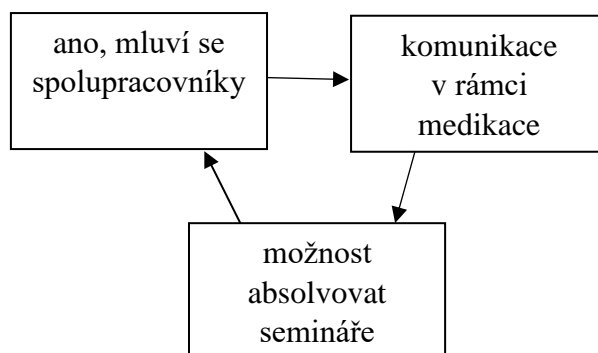


Schéma č. 5 Sdílení subjektivních pocitů se spolupracovníky

4.1.6 *Institucionalizované umírání*

Na otázku: „Jaký máte názor na institucionalizované umírání ve zdravotnických zařízeních a na umírání v domácím prostředí?“ odpovědělo sedm informantů (A, B, E, F, G, I, J), že domácí prostředí se nedá nahradit a je pro umírajícího lepší. S tím, že jeden informant (A) uvedl jako doplňující fakt jistotu v domácím prostředí pro klienta.

Dále si informanti (A, F) myslí, že je zde důležitá podpora rodiny, kterou nalezneme především v domácím prostředí.

Naopak informant C sdělil, že péče v domácím prostředí se nedá realizovat vlivem aktuálního systému společnosti.

Na to navazuje fakt, který zastávají informanti (D, H), a sice že obě dvě možnosti mají své výhody i nevýhody, které blíže nespécifikovali.

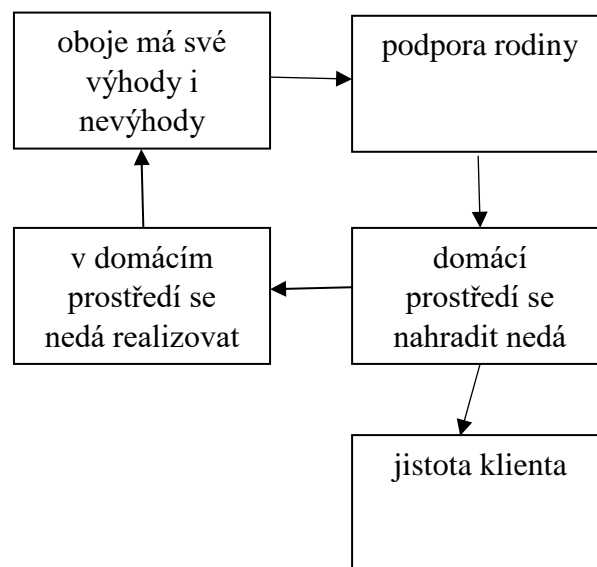


Schéma č. 6 Institucionalizované umírání

4.1.7 *Postoj ke smrti po ztrátě bližního*

Na otázku: „Změnil se Váš postoj ke smrti po úmrtí někoho z rodiny, příbuzného apod.“ odpovědělo sedm informantů (A, B, C, D, E, G, J), že je úmrtí někoho z blízkých ovlivnilo a změnilo to jejich postoj.

Informanti (F, H) nemají zkušenost s úmrtím jejich blízkého.

Dále pak informant I uvedl, že ho tato událost neovlivnila ke změně ve vnímání smrti.

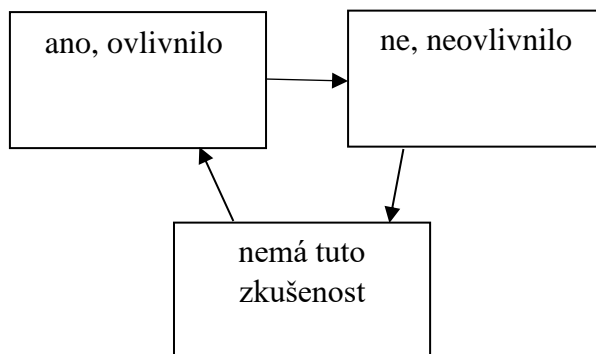


Schéma č. 7 Postoj ke smrti po ztrátě bližního

4.1.8 Obecný pohled na smrt

Na otázku: „Co pro Vás osobně znamená smrt?“ odpověděli dva informanti (A, B) že to pro ně znamená vysvobození z utrpení a bolesti.

Informant C uvedl, že pojem smrt a její význam definuje jako hroznou bolest.

Na odpovědi „konečná stanice“ se shodli tři informanti (D, J, I).

Další informanti (G, H) uvedli, že smrt chápou jako přirozenou součást života.

Informant E nedokázal definovat, co pro něj znamená smrt, a tudíž odpověděl, že neví.

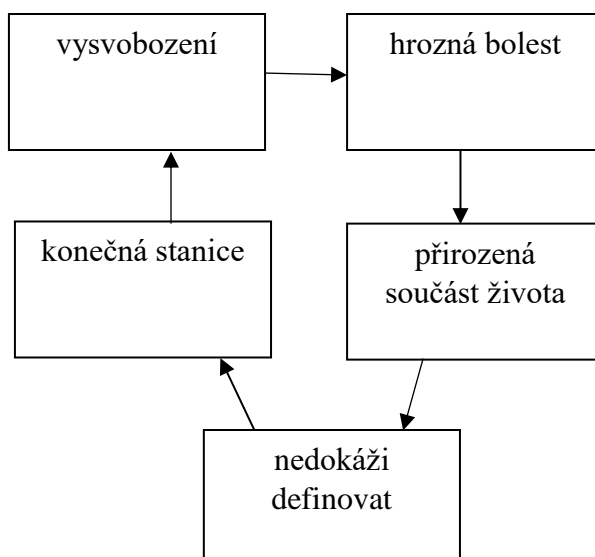


Schéma č. 8 Obecný pohled na smrt

4.2 Pohled pracovníků na vnímání smrti společnosti

Náhled pracovníků na smrt a umírání očima společnosti.

4.2.1 Tabuizace smrti ve společnosti

Na otázku: „Myslíte si, že je smrt ve společnosti tabuizována?“ odpověděla většina, a to šest informantů (A, B, E, G, I, J) z deseti, že je smrt ve společnosti opomíjena a nemluví se o ní.

Dále se pak informanti (C, H) shodli na tom, že smrt ve společnosti není tabuizována.

Další informanti (D, F) odpověděli, že se situace v tabuizování smrti zlepšuje a nemyslí si, že by byla příliš vytěsňovaná.

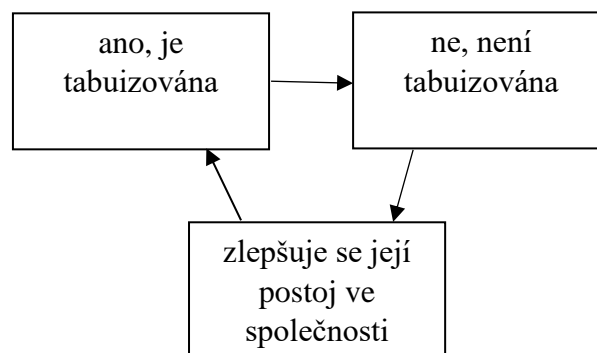


Schéma č. 9 Tabuizace smrti ve společnosti

4.2.2 Vliv víry na vyrovnávání se se smrtí

a) Rozdíly ve vnímání smrti mezi věřícími a ateisty

Na otázku: „Pocítujete rozdíl ve vnímání smrti u věřících a u ateistů?“ odpověděli informanti (A, B, E, G, I, J), že věřící lidé jsou se smrtí více smířeni.

Dva informanti (C, D) se shodli na tom, že je to těžké posoudit, zda hraje víra roli ve vnímání smrti.

Jeden informant (H) odpověděl, že nevnímá rozdíl v přítomnosti víry.

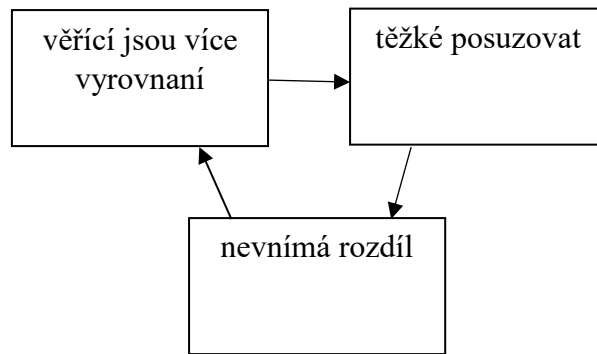


Schéma č. 10 Rozdíly ve vnímání smrti mezi věřícími a ateisty

b) Spirituální potřeby umírajících

Na otázku: „Mají v zařízení, kde pracujete, věřící možnost uspokojovat svoje spirituální potřeby?“ odpověděla většina informantů, že ano, konkrétně informanti (A, B, D, E, G, H, F, J).

Dále pak pět informantů (A, B, C, D, I) uvedlo, že je zde možnost kontaktu s farářem.

Informant J odpověděl, že se v daném zařízení konají mše, na které mohou klienti docházet.

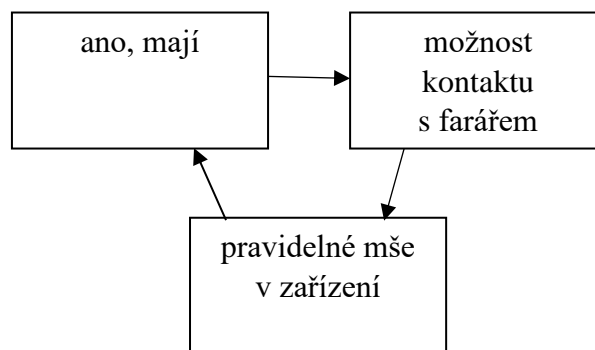


Schéma č. 11 Spirituální potřeby umírajících

4.3 *Názor pracovníků na tradiční přístup rodiny k umírajícímu*

Pohled pracovníků na přístup rodiny k umírání jejich blízkého.

4.3.1 *Obavy příbuzných z umírání jejich blízkého v domácím prostředí*

Na otázku: „Bojí se podle Vás příbuzní toho, že by mohlo dojít k úmrtí jejich blízkého doma?“ odpovědělo devět informantů (A, C, D, E, F, G, H, I, J), že se bojí této situace, kdy by mohlo dojít k úmrtí jejich blízkého doma.

Informant A dále specifikoval otázku a dodal, že pouhé sdělení zhoršení zdravotního stavu je pro příbuzné velkou obavou.

Informant B odpověděl, že společnost není smířená s tím, že by měl jejich bližní zemřít v domácím prostředí.

Informant C uvedl, že jako obavu příbuzných vidí to, že se nebudou moci postarat a poskytnout jim potřebnou péči v posledním stadiu života.

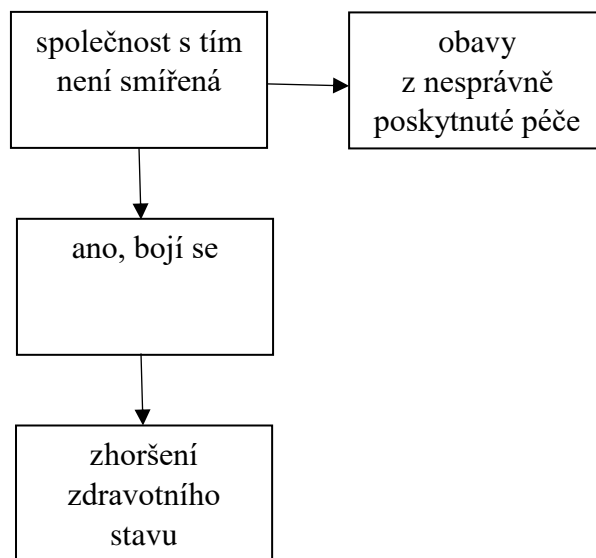


Schéma č. 12 Obavy příbuzných z umírání jejich blízkého v domácím prostředí

4.3.2 Rozloučení se se zesnulým

Na otázku: „Vnímáte rozloučení se se zesnulým jako důležitý mezník?“ odpovědělo devět informantů (A, B, C, D, E, G, H, I, J), že je to velice důležitý a významný proces pro následující fungování pozůstalých.

Informant C dále specifikoval otázku a dodal, že někteří klienti čekají na příchod jejich blízkého.

Informant D dodal, že lidé za tyto rituály a obřady utrácí nemalé peníze, v tom totiž shledává důležitost.

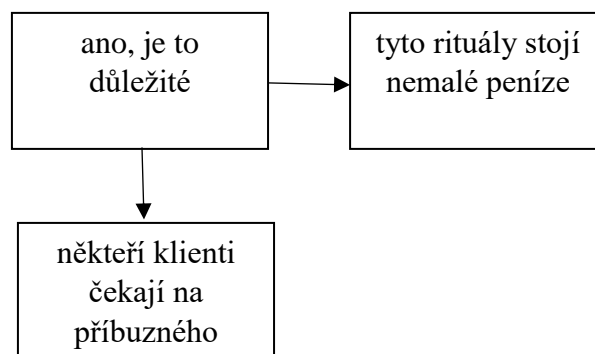


Schéma č. 13 Rozloučení se se zesnulým

5 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá etickými aspekty procesu smrti a umírání. Empirickou část jsem si rozdělila na tři okruhy, které postupně rozvedu v následující diskusi. Ve výzkumné části jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru, který jsem následovně vyhodnotila pomocí otevřeného kódování, jež jsem mimo jiné převedla i do názorných map.

První okruh se týkal názoru pracovníku na umírání ovlivněný jejich osobními a pracovními zkušenostmi. Odpovědi na tuto otázku byly různé, nicméně většina informantů odpovídala ve smyslu, že chce pomáhat starým lidem nebo o ně pečovat. Zároveň je také důležitá zpětná vazba od klientů, o které pracovníci pečují - viz schéma č. 1. Zde se ztotožňuji s Kutnohorskou (2007).

Podle mého názoru se člověk musí narodit s tím darem a schopností pečovat o umírající. Není to jednoduše práce pro každého, kdo se rozhodne toto povolání vykonávat. Pak se totiž někdy setkáváme s arogancí, nezájmem a lhostejností od personálu, kterému je svěřen náš blízký.

Peče o umírající je poskytována kvalitně – viz schéma č. 3. Leckdy je problém s prostory, umírající musí čelit tomu, že se o kousek dál nachází další klient, který všemu přihlíží, což není příjemné pro obě strany – viz schéma č. 2. Dalším faktem je nedostatek personálu, tento problém je podle mě celoplošný, ale přesto si myslím, že je zde snaha o poskytování co nejkvalitnější péče o klienty. Tedy jak uvádějí Student, Mühlum, Studen (2006): Umírání je v každém případě výsostně osobní a – na co se dlouho zapomínalo – sociální proces, vyžadující prostor, čas a citlivé zacházení.

Každý jedinec vnímá smrt jinak, je to dáno z velké části také zkušenostmi, jaké se smrtí má. Z výzkumu bylo patrné, že to není jednoduchá záležitost, nicméně velkou roli ve vnímání smrti klientů, o které pracovníci přímé péče pečují, hraje doba pobytu daného klienta v zařízení – viz schéma č. 4. Je to dáno tím, že se po delší době vztahy mezi klienty a pracovníky upevňují a navazují spolu stále užší kontakt. Zde se odkazují na autory Musyoki, Gichohi, Ritho, Kinyanjui, Muinga (2016), kteří uvádějí že: Poskytovatelé paliativní péče služeb by měli být schopni identifikovat různé potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konkrétních záležitostí, které vyžadují právní poradenství a intervence.

Pracovníci, u kterých jsem prováděla výzkum, mi sdělili, že spolu komunikují v rámci úmrtí klienta, rozebírají tuto událost - viz schéma č. 5. Také uvedli, že mají možnost navštěvovat semináře o tématu smrti a umírání v rámci zařízení viz schéma č. 5. Jak uvádí Student, Mühlum, Studen (2006): Má-li sociální práce – jak je to z mezinárodního hlediska běžné – převzít v prostředí hospiců ústřední roli, musí se soustředit na překonávání psychosociálních problémů. S tím je spojena koordinace odborných skupin s dobrovolníky, rovněž „péče o pečující“. To se zpravidla osvědčuje, jde-li o integraci skupiny dobrovolných pečovatелů.

Umírání v institucích, neboli v sociálních a zdravotnických zařízeních je, myslím si, velkým problémem současnosti. Domácí prostředí se nahradit nedá, jak uvedla většina informantů – viz schéma č. 6. Přesto jsou domovy pro seniory přeplněné a čekací doby šibeniční. S tímto názorem se plně ztotožňuji a odkazuji se na Špatenkovou et al. (2014), kteří tvrdí, že institucionalizace smrti se stává nejpříznačnějším rysem přístupu ke smrti ve 20. a 21. století. Konec lidského života se tak odehrává pod lékařským dozorem a nezřídka je spojen s užíváním značného množství léků. Někteří z informantů uvedli, že se péče o umírající nedá provést v domácím prostředí, je to nereálné.

Smrt blízkého zasáhne, troufám si říct, každého. To se mi potvrdilo i v otázce, jestli se změnil postoj ke smrti po smrti někoho blízkého – viz schéma č. 7. Výjimkou byli ti, kteří se se smrtí blízkého ještě nesetkali. Tato otázka byla velice osobní, a tudíž se mi nepokládala jednoduše. Někteří informanti sdělovali svoje osobní zkušenosti, kdy přišli například o rodiče.

„Jak byste popsali smrt? Co pro Vás ten pojem znamená?“ Odpovědi na tyto otázky jsou různorodé: vysvobození, hrozná bolest, konečná stanice, přirozená součást života – viz schéma č. 8. Tyto zkušenosti a odpovědi jsou ovlivněny praxí s umírajícími a povahou pracovníka. Sigl (2006) uvedl, že smrt podle biblického pojetí znamená ztrátu osobní síly, „ducha života“, který Bůh člověku propůjčil na určitý čas. Smrt patří k údělu člověka, nesmrtelný je pouze Bůh. Zatímco ve východních kulturách (buddhismus, hinduismus) se pohlíží na zrození a smrt jako na koloběh, křesťanství váže smrt na individualitu a spojuje ji s vinou (hříchem) a individuálním odpuštěním. V tradičních pojetích znamená smrt rozchod životního principu (duše) s tělem, v materialistických směrech jako definitivní konec fyzické a psychické stránky lidské bytosti. V lékařství znamená smrt

(mors) zánik organismu jako celku. Smrt člověka mění skutečnost, jejímž důsledkem je zánik právní subjektivity. V trestním právu se za okamžik smrti pokládá smrt biologická neboli mozková, kdy již není možné obnovit všechny životní funkce.

Druhý okruh se týkal pohledu pracovníků na vnímání smrti společností. Tabuizace smrti je stěžejní otázka mé práce. Odpovědi a reakce některých informantů mě upřímně zaskočily – viz schéma č. 9. Očekávala jsem, že všichni budou zastávat ten názor, že smrt je ve společnosti maximálně odsouvána na okraj, ale nebylo tomu tak. Šest informantů odpovědělo, že je smrt tabuizována. Další dva informanti odpověděli, že vnímají situaci tak, že smrt není ve společnosti tabuizována. Poslední dva informanti sdílejí názor, že se situace ve vnímání smrti společností zlepšuje. Nikoho tímto neodsuzuji, co člověk, to názor, nicméně jsem opravdu byla překvapená. Ale zde se mi líbí úryvek z knihy od autorů Student, Mühlum, Studen (2006), kde uvedli, že: ... nic není jisté jako smrt, a přesto většinou žijeme tak, jako by se smrt týkala jen těch druhých. Tato existenciální neschopnost je pravděpodobně příčinou potlačování smrti, pokud ji neintegruje nebo netranscenduje filozofie a náboženství. Přibližně o 30 let později, uprostřed první světové války, Sigmund Freud potvrzuje narušený vztah své generace ke smrti, která si uvědomuje její realitu a nevyhnutelnost, ale počíná si tak, jako by to bylo jinak. Na tom nic nezměnily ani pokusy o vědecký výzkum smrti (thanatologie).

Víra měla podle mě velký význam v umírání, jenže rozhovory mě docela ovlivnily, zvláště když mi jeden z informantů sdělil, že víra nemusí hrát takovou roli při odchodu klienta – viz schéma č. 10, schéma č. 11. Z osobní zkušenosti uvádím příklad, kdy umíral věřící klient, a proto byl zavolán farář pro pomodlení, poslední pomazání. Přesto se umírající až do konce dovolával své sestry, se kterou neměl vyřešený určitý osobní problém z minulosti.

Posledním okruhem byl názor pracovníku na tradiční přístup rodiny k umírajícímu. Příbuzní se bojí umrtí jejich blízkého doma, tento fakt uvedla většina informantů – viz schéma č. 12. Jedna informantka ještě dodala, že má osobní zkušenost, že se její příbuzní báli toho, že smrt blízkého doma nezvládnou, a tak zvolili na konečnou fázi pobyt v nemocnici – viz schéma č. 12. Dále pak jedna informantka uvedla, že i pouhé sdělení zhoršení zdravotního stavu je pro příbuzné velkým vykřičníkem. K těmto faktům se hodí menší statistika od Křivohlavého (1991), kde uvádí, že statistická šetření ukazují, že více než 90 % lidí si přeje zemřít doma

– mezi svými blízkými, v prostředí dobře známém a milém. Na druhé straně tyto statistiky naznačují, stále větší počet lidí u nás umírá v nemocnicích – někde uvádí 50 %, někde 60 % a někde ještě více.

Dále pak devět z deseti informantů uvedlo, že rozloučení se se zesnulým je velice důležité pro budoucnost pozůstalých – viz schéma č. 13. Zde se odkazují na Sígla (2006), který popisuje tradice a zvyklosti v posledních věcech člověka.

6 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem psala o procesu smrti a umírání, dozvěděla jsem spoustu nových informací, z některých jsem byla velice překvapena. V teoretické části jsem shrnula informace týkající se etiky a umírání, které spolu velice úzce souvisí.

V empirické části jsem se zaměřila na tři okruhy, jež jsem si stanovila. Podle nich jsem zpracovala celou výzkumnou část. V další části jsem hledala odpovědi na otázky: „Do jaké míry je smrt ve společnosti tabuizována?“, „Jaký je etický postoj pracovníků k umírajícím lidem?“, „Co z tradičního přístupu společnosti či rodiny k umírajícímu či zemřelému je dodnes platné, případně opomíjené?“.

Ve výsledcích výzkumu je patrné, že je smrt ve společnosti tabuizovaná, což uvedla většina informantů. Další menší část uvedla, že se o ní nemluví, zlomek informantů si myslí, že smrt není tabuizovaná. Výzkum jsem prováděla s pracovníky v přímé péči, kteří se setkávají jak se smrtí, tak jsou při kontaktu rodiny a jejich blízkého umístěného v zařízení.

Dále jsem zmínila etický postoj pracovníků k umírajícím lidem, kde sice ne v tak markantní míře, ale chybí důstojnost. Dalším faktem je to, že většinu pracovníků ovlivnila smrt jejich blízkého ve smyslu změny vnímání smrti a její přítomnosti v životě ke klientům. Z výsledku též vyplynulo, že je zde možnost návštěvy faráře a kaple v zařízení, je možno i v posledních chvílích zavolat faráře, který učiní poslední pomazání. Pro pracovníky je také velice důležité rozloučení se se zesnulým.

Další oblast řešila, co z tradičního přístupu společnosti či rodiny k umírajícímu či zemřelému je dodnes platné, případně opomíjené. Zřejmá byla absence rodiny při odchodu jejich blízkého. Rodina se bojí nechat si svého příbuzného doma, obavy mají především z toho, že by nezvládli péči o umírající nebo že by mohlo dojít k úmrtí jejich blízkého v jejich nepřítomnosti. Ve výsledcích je také patrné, že je podle pracovníků důležité se se zemřelým rozloučit. Domnívám se tedy, že moje cíle byly naplněny a odpověděla jsem na výzkumné otázky, které jsem si stanovila.

Doufám, že moje práce bude mít pro ty, kteří si ji přečtou, obohacující účinek. Mým cílem není měnit myšlení lidí nebo někoho odsuzovat za jeho názory na vnímání a postoj k smrti, mým záměrem bylo nastínění toho, jak se společnost „tváří“ na umírání a smrt, a to z pohledu pracovníků, kteří se starají o staré lidi a jsou přítomni při kontaktu

rodiny a s jejich blízkým. Domnívám se, že většinu zaskočí téma práce a třeba právě proto ji ani neotevřou. Ale nakonec budu ráda, když má práce poslouží například jako inspirace pro další studium.

Na závěr bych chtěla zmínit, že tato práce pro mě byla obohacující, a protože mě toto téma zajímá, tak mě psaní práce naplňovalo.

7 SEZNAM LITERATURY

1. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
2. DAVIES, D. J., 2007. *Stručné dějiny smrti*. 1. vydání. Praha: Volvox Globator, Diagramma. 186 s. ISBN 978-80-7207-628-4.
3. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“. 1999. [online]. [cit. 2017-4-19]. Dostupné z:http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Charta_prav_umirajicich_1999.pdf
4. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál. 437 s. ISBN 978-80-7367-485-4
5. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
6. KELNAROVÁ, J., 2007. *Thanatologie v ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
7. KOVÁŘ, J., PEŘINKOVÁ, M., ŠPATENKOVÁ, N., et al, 2014. *Hřbitov jako veřejný prostor*. 1. vydání. Praha: Gasset. 148 s. ISBN 978-80-87079-44-7.
8. KŘIVOHLAVÝ, J., 1991. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent. 123 s.
9. KUBEŠOVÁ, KABELKA, MATĚJOVSKÝ, WEBER. 2003. Umírání mimo nemocnici z etického, právního a ekonomického pohledu. *Česká geriatrická revue*. (3). ISSN: 1214-0732
10. KUBÍČKOVÁ, N., 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství ISV. 267 s. ISBN 80-085866-82-X.
11. KÜBLER-ROSS, E., 2003. *O dětech a smrti*. 1. vydání. Praha: Ermat, ISBN 80-903086-19.
12. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1 vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
13. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

14. LUDÁČKOVÁ E., HUNEŠ R., ŠPATENKOVÁ N., 2013. *Průvodce v času zármutku*. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna. 35 s. ISBN 978-80-904587-4-1
15. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
16. MOESTRUP, L., HVIDT, N.C., 2016 Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections among hospice patients in a secularized society. *Death Studies*. 40(10), 618-629, doi: 10.1080/07481187.2016.1200160.
17. MUSYOKI, D., GICHOHI, S., RITHO, J., KINYANJUI, A., MUINGA, E., 2016. Integration of legal aspects and human rights approach in palliative care delivery-the Nyeri Hospice model. *Ecancermedicalscience*. (10,656). doi: 10.1007/s00108-016-0129-4
18. NEŠPOROVÁ, O., 2007. *Smrt, umírání a pohřební rituály v české společnosti ve 20. století*.
19. NIEMIEC, M., 2016. Ethical aspects of the end of life. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 10 (1), 7-1. ISSN 18980678.
20. ONDRIOVÁ, I., CINOVÁ J., 2012. *Uplatňování etických principů v paliativní péči* [online]. Sestra. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/uplatnovani-eticky-principu-v-paliativni-peci>
21. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
22. REHMANN-SUTTER, C., LEHNERT, H., 2016. Ethische Aspekte der Palliativmedizin. *Internist*. 57 (10), 952-946. doi: 10.1007/s00108-016-0129-4.
23. SCHERER, G., 2005. *Smrt jako filosofický problém*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 271 s. ISBN 80-7192-914-X.
24. SÍGL, M., 2006. *Co víme o smrti*. 1. vydání. Praha: Epoque. 415 s. ISBN 80-87027-11-6.
25. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDEN, U., 2006 *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vydání. Jinočany: H & H, 162 s. ISBN 80-7319-059-1.
26. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
27. TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K., VODÁČKOVÁ, D., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

28. VELEMÍNSKÝ, M., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vydání. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 104 s. ISBN 978-80-7394-360-8.
29. VITOŇ J., VELEMÍNSKÝ M., 2014. *Etický aspekt komunikace v pediatrii a v kontaktu s umíráním a smrtí – jeho reflexe v umělecké literatuře*. 1 vydání. Praha: TRITON. 152 s. ISBN 978-80-7387-844-3

8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ

Příloha 1 Otázky k rozhovoru

Příloha č. 1

Otázky k rozhovoru

1. Co Vás vedlo k výběru tohoto povolání?
2. Co podle Vás chybí v péči o umírající?
3. Co je naopak naplněno v péči o umírající?
4. Jak se vyrovnáváte se smrtí klientů, o které pečujete?
5. Bojí se, podle Vás, příbuzní toho, že by mohlo dojít k úmrtí jejich blízkého doma?
6. Mluvíte o smrti a umírání se svými spolupracovníky?
7. Myslíte si, že je smrt ve společnosti tabuizována?
8. Pociťujete rozdíl ve vnímání smrti u věřících a u ateistů?
9. Jaký máte názor na institucionalizované umírání ve zdravotnických zařízeních a na umírání v domácím prostředí?
10. Vnímáte rozloučení se zesnulým jako důležitý mezník?
11. Změnil se Váš postoj ke smrti po úmrtí někoho z rodiny, příbuzného apod.?
12. Co pro Vás osobně znamená smrt?
13. Mají v zařízení, kde pracujete, věřící možnost uspokojovat svoje spirituální potřeby?

9 SEZNAM ZKRATEK

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

atd. – a tak dále

apod. – a podobně

tzn. – to znamená

např. - například