

Umírání a smrt pohledem pracovníků paliativní péče

Martina Hlaváčová

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Martina Hlaváčová**
Osobní číslo: **H19487**
Studijní program: **B0111A190011 Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Umírání a smrt pohledem pracovníků paliativní péče**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti umírání, smrti a paliativní péče.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvalitativního výzkumu formou hloubkových rozhovorů.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

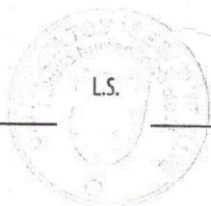
Seznam doporučené literatury:

- FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. Ošetrovatelství – teorie. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3227-8.
HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
HENDL, Jan, 2005. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
KABELKA, Ladislav, 2017. Geriatrická paliativní péče. Praha: Mladá Fronta a. s. ISBN 978-80-204-4225-3.
SVATOŠOVÁ, Marie, 2008. Hospice a umění doprovázet. Praha: Karmelitánské. ISBN 978-80-7195-307-4.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 26. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 26. 4. 2022

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

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

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

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

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou umírání a smrti z pohledu pracovníků v organizacích paliativní péče. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na vysvětlení pojmů jako je umírání, smrt, paliativní a hospicová péče. V praktické části v rámci polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky paliativní péče jsou zkoumány jednotlivé otázky od osobní až po spirituální rovinu vnímání procesu umírání a smrti samotné. Hlavním cílem je zjistit, jak vnímají smrt a umírání pracovníci paliativní péče. Na základě zformulovaných cílů je zjištěno, že většina respondentů vnímá smrt a proces umírání jako přirozenou součást života.

Klíčová slova: smrt, umírání, paliativní péče, pracovník paliativní péče

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the issue of dying and death from the perspective of workers in palliative care organizations. The work consists of theoretical and practical part. The theoretical part is focused on explaining concepts such as dying, death, palliative and hospice care. In the practical part, in a semi-structured interview with palliative care workers, individual issues from the personal to the spiritual level of perception of the process of dying and death itself are examined. The main goal is to find out how palliative care workers perceive death and dying. Based on the formulated goals, it is found that most respondents perceive death and the process of dying as a natural part of life.

Keywords: death, dying, palliative care, palliative care worker

Ráda bych poděkovala PhDr. Zuzaně Hrnčířkové, Ph.D. za odborné a podnětné vedení této bakalářské práce. Dále bych vyjádřila dík všem respondentům, kteří se účastnili rozhovorů.

„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.“ Platón

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Martina Hlaváčová

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 UMÍRÁNÍ.....	11
1.1 PŘÁNÍ, POTŘEBY A OČEKÁVÁNÍ UMÍRAJÍCÍHO.....	11
1.2 FÁZE UMÍRÁNÍ.....	12
1.3 CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH.....	14
2 SMRT	15
2.1 DRUHY SMRTI.....	16
2.2 PRVNÍ MINUTY PO SMRTI	17
3 PALIATIVNÍ PÉČE	20
3.3 ZÁKLADNÍ TYPY PALIATIVNÍ PÉČE.....	22
3.4 SPIRITUALITA V PALIATIVNÍ PÉČI	24
4 HOSPICOVÁ PÉČE	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
5 STRATEGIE VÝZKUMU.....	30
5.1 CÍL PRÁCE	30
5.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	32
5.5 PROCES DOTAZOVÁNÍ.....	32
5.6 ETICKÝ ASPEKT VÝZKUMU	33
6 ANALYTICKÁ ČÁST A INTERPRETACE DAT.....	35
6.1 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ.....	35
6.3 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ	41
6.4 ODPOVĚDI NA OTÁZKY	43
7 DISKUZE EMPIRICKÉ ČÁSTI	44
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	47
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	50
SEZNAM OBRÁZKŮ	51
SEZNAM TABULEK.....	52
SEZNAM PŘÍLOH.....	53

ÚVOD

Téma smrti je v dnešní společnosti vnímáno jako něco tabuizovaného a neprozkoumaného. Bakalářská práce je zaměřena na oblast umírání a smrti pohledem pracovníků paliativní péče. Na tyto pracovníky jsou kladeny vysoké nároky z hlediska psychických a fyzických aspektů jejich práce. Umírání a smrt patří mezi téma velmi citlivé. Proces, kdy dochází k umírání může být i někdy zdlouhavý, a proto je velmi důležité, aby člověk opouštěl tento svět důstojným způsobem, aby péče o umírajícího byla na odborné a kvalifikované úrovni, kterou dnes nabízí instituce paliativní a hospicové péče.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak vnímají pracovníci paliativní péče smrt a proces umírání. Tento cíl je podporován i několika dílčími cíli, které jsou zaměřeny na hodnocení spirituality v rámci pohledu na smrt, problematiku eutanázie, vliv věku v procesu umírání a smrti. Tato práce přináší pohled do osobních pocitů a emocí pracovníků paliativní péče, kteří s umírajícím člověkem jsou do jeho poslední chvíle, vypravují ho na jeho poslední cestu a zároveň jsou i oporou jeho blízkým. Oni jsou ti, kteří odpovídají, vysvětlují, chláholí, utěšují. V této těžké chvíli se od nich očekává, že budou profesionálové, byť to je i pro ně velmi těžké.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na vymezení pojmů umírání, smrt, paliativní a hospicová péče. V této kapitole jsou rozebrány cíle paliativní péče, složení týmu pracovníků, základní principy a typy paliativní péče. Dále pak spiritualita, která k paliativní péči patří.

V praktické části bakalářské práce je proveden kvalitativní výzkum pomocí analýzy polostrukturovaných rozhovorů. Analytická část bakalářské práce dále zahrnuje ukotvenou teorii kódování skrz stanovení jednotlivých kategorií s přiřazením kódů. Závěrem empirického výzkumu je vytvořen paradigmatický model, který shrnuje důležité poznatky šetření.

Výsledky této bakalářské práce jsou využitelné v sociální oblasti náhledu pracovníků v paliativní péči a jejich personálnímu a profesionálnímu vnímání na umírání a smrt.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ

Tato kapitola se zabývá vymezením pojmu umírání. Jsou v ní obsaženy potřeby a přání umírajícího, kdo může doprovázet. V další subkapitole jsou uvedeny fáze procesu umírání a charta práv umírajících.

Toto životní období označujeme jako těžkou a dlouhodobou nemoc vedoucí ke smrti. Pokud je člověk smrtelně nemocný, necítí se jako živý, i když vlastně je. Ztrácí chuť i zájem o to, o co měl v době, kdy byl zcela zdravý. Mluvíme o tak zvané biologické stránce, kdy se člověk stáhne z vnějšku. (Baláž a kol., 2008). Těžce nemocný to má v konečné fázi dosti těžké. Jelikož se považuje za „nezpůsobilého“ ve společnosti a je z ní nechtěně vyloučen. Nejhorší však pro něj je, pokud ho vyloučí vlastní rodina, která zanedbává návštěvy. Z umírajícího člověka se pak stane „věc uložená“ v nemocnici. Útěchou pak bývá přítomnost rodiny u lůžka nemocného, která bývá bohužel omezena dobou návštěvnosti. Proces umírání je z hlediska času procesem dlouhodobějším. Z hlediska připravenosti na smrt lze proces umírání dělit do několika etap. Umírající člověk se povětšinou řídí intuicí, chová se více emočně a senzitivně a naléhavě potřebuje mít někoho ve své blízkosti. Tato příprava na smrt jim zajistí pocit bezpečí a zajistí odvrácení pocitu beznaděje (Kübler Rossová, 1992, s. 126). Doba, kdy dochází k umírání je často označována za dobu krize, ve které má umírající pocity strachu a nejistoty. Mluvíme o výjimečné události, kdy smrt je u každého jedince individuální situací. (Haškovcová, 2007, s. 80).

1.1 Přání, potřeby a očekávání umírajícího

Každý umírající by si přál, aby mu doprovázené osoby byly věrné a neopustili ho v žádné situaci. Pro umírajícího je důležitý oční a mluvený kontakt, doteky a mimoslovní kontakt. Sdílet jeho strach a upřímnost. Aby blízká osoba byla jeho zárukou, že nebude nikdy sám, jako znamení blízkosti Pána. Dle Špatenkové (2014, s. 82-85) jsou potřeby rozděleny do 4 základních kategorií:

1. Biologické potřeby

Tato kategorie obsahuje všechny fyziologické potřeby, které se týkají samotného umírajícího člověka. Jedná se o potřeby typu příjmu jídla a tekutin, spánek, hygiena, aktivní činnost, eliminace vnímání bolesti, pohybové činnosti, pohlazení atd.

2. Psychické potřeby

Tyto potřeby jsou nejdůležitější z hlediska péče v hospicovém zařízení. Je třeba definovat předpoklady pro jejich naplnění:

- potřeba nezůstat nikdy sám, komunikovat s příbuznými,
- potřeba vyjádřit něžnost,
- potřeba mluvit o své situaci pravdivě,
- potřeba mluvit o smyslu svého dosavadního života, co jsem udělal dobře a co špatně,
- potřeba se vyjádřit ke své smrti,
- potřeba vyjádřit svou úzkost, beznaděj,
- potřeba zaplakat si,
- potřeba se připravit na svou smrt, nebránit se jí,
- potřeba se ujistit, že smrt nebude bolet.

3. Sociální potřeby

Člověk má potřebu být ukotven v sociálním prostředí, žít v rodině, v sociální skupině, má své zaměstnání, své koníčky, přání a potřeby. I přesto, že člověk onemocní, měli by mu jeho blízcí zajistit splnění jeho přání. Nemocný má právo na kvalitní život až do doby, kdy zemře.

4. Spirituální potřeby

Jedná se o potřeby duchovní, které jsou velmi důležité z hlediska realizace pro umírajícího. Patří mezi ně potřeba víry, lásky, vděčnosti a naděje. Potřeba odpuštění je stěžejní v životě nemocného, proto by měla být prioritně zajištěna.

1.2 Fáze umírání

Lidé během svého umírání vystřídají různé způsoby chování a tím i ovlivňují osoby, které jsou jim blízké. Ti se pak chovají podobně a vnímají i podobné pocity jako umírající. Například Elizabeth Kübler-Rossová, která napsala knihu Hovory s umírajícími rozlišuje 5 fází:

1. Fáze odmítnutí.

Člověk, který umírá není připraven na smrt, upadá tak do depresí a klade si otázky proč zrovna on musí zemřít. Na tyto otázky však nezná odpověď. Člověk v dané situaci zažívá

šok, který v jistou dobu pomine. Tato situace je krátkodobější a velká většina umírajících ji musí bohužel zažít.

2. Fáze vzpoura a hněv.

Tato fáze je náročnější hlavně pro příbuzné, jelikož umírající člověk málo komunikuje, občas bývá agresivní a nechce si nechat pomoci od druhých lidí. Umírající člověk je více apaticky s pocitem ublíženosti.

3. Fáze smlouvání s osudem.

Ve třetí fázi se člověk modlí a prosí Boha o pomoc. Věří, že on mu může pomoci a aspoň smrt oddálit, získává pro sebe tak naději, že bude žít déle. Umírající se chová jako dítě se snahou zastavit či oddálit nezvratný proces umírání. Obecně se jeví tato fáze jako jedna z nejdůležitějších, protože umírající člověk potřebuje mít podporu v podobě „berličky“.

4. Fáze deprese.

V této etapě si umírající člověk uvědomí, že smrt časem přijde. Nemůže již vykonávat práci, na kterou byl zvyklý, má finanční výdaje a s tím vším přicházejí deprese. Nemocný člověk se smíruje s tím, že umírá a propadá tak úzkostem. Důležité je, aby si umírající prošel tímto obdobím – nechat ho smutnit. V tomto období si umírající také prochází pocitem viny a zostuzení v rámci tzv. reaktivní deprese. Druhou částí je pak deprese přípravná, která je spjata se vznikem budoucí ztráty.

5. Fáze přijetí a souhlas.

V této fázi umírající člověk bohužel už nemá tolik sil, aby bojoval se smrtí. Přestává komunikovat, ale neustále potřebuje cítit blízkost příbuzných, že neustále je někdo s ním. Umírající přestává mít strach a čeká, kdy nastane jeho konec života. V tento moment potřebují více podpory hlavně příbuzní.

Ovšem autorka Špatenková (2014, s. 33) uvádí, že ne všichni, kteří umírají, si projdou všemi fázemi. Průchod fázemi se někdy může opakovat, v některých případech se umírající může ocitnout i vícekrát za sebou. Jiný zase může některou z fází vynechat.

V procesu umírání je velmi důležitým aspektem lidská důstojnost, která by měla být ve všech případech zachována. Umírající člověk by měl pocit, že ještě zvládne běžnou činnost a není jen odkázán na pomoc rodiny a blízkých. Tento člověk by také neměl zůstat osamocen, nýbrž by kolem sebe měl mít „svůj“ okruh blízkých lidí (Kübler Rossová, 1992, s. 127).

1.3 Charta práv umírajících

V dokumentu je pojednáno o právu každého člověka na sebeurčení a o nutné ochraně každého lidského života. Každý má nárok k přístupu pravdivých informací.

Práva pacientů vyjadřující potřeby a přání umírajících:

- Mám právo na to, aby se semnou až do konce života zacházela jako s lidskou bytostí,
- mám právo na naději,
- mám právo vyjádřit své pocity a emoce,
- mám právo se podílet na rozhodnutí péči o mně,
- mám právo na neustálou zdravotnickou péči,
- mám právo zemřít neopuštěn,
- mám právo umřít bezbolestně,
- mám právo na pravdivé odpovědi na mé otázky,
- mám práva nebýt klamán,
- mám právo na pomoc rodiny,
- mám právo zemřít v klidu a důstojně,
- mám právo být ošetřován zkušenými a citlivým personálem.¹

¹ Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících"

2 SMRT

Tato subkapitola je zaměřena na definici pojmu smrt. Nauka, která se zabývá umírání a smrtí se nazývá Thanatologie. Pojem thanatologie je odvozen od jména řeckého boha Thanatos, smrtelného spánku a smrti. Haškovcová (2007, s. 178) definuje thanatologii jako obor vědy, který se zabývá smrtí a co se smrtí. Thanatologie spolupracuje v rámci multidisciplinárního přístupu s ostatními vědními obory jako filozofie, sociologie, teologie či medicína.

Definice smrt dle autorů Vokurka, Hugo a kol. (2015, s. 836) je „*stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídicích krevních oběh a dýchání.*“ Dle Špatenkové (2014, s. 34) lze vnímat smrt jako ukončení lidského života.

Smrt je téma, ze kterého lidé mají strach a cítí úzkost. Kübler-Ross (2015, s. 15) uvádí, že jde o životní událost, která je součástí života. Lidé by ji měli brát na stejné úrovni jako při zrození. V dnešní společnosti je téma smrti spíše tabuizováno. Díky naší společnosti, která nevidí žádný pozitivní význam v setkání se smrtí, je postoj jedince striktně odmítavý. Proto je umírání odsunuto do institucionálních organizací (Vágnerová, 2007, s. 429). Platón ve své knize popisuje, jak se duše mrtvého, která je již oddělena od těla, může setkat a komunikovat s duší jiných zesnulých. Popisuje v ní přechod z fyzického světa, kde duši doprovází strážní duchové (Moody, 1991, s. 60).

Autoři Kübler-Ross (1992), Haškovcová (2007), Kabelka (2017), Cimrmanová (2020) a Svatošová (2008), kteří se zabývají problematikou umírání a smrti se shoduje v tom, že studenti medicíny i studenti středních zdravotnických škol, by se měli seznamovat s následujícími problémovými okruhy:

- Fenomén smrti: smrt jako skutečnost, která v budoucnu nastane,
- proces umírání: bezbolestné i bolestné, krátké i dlouhé, péče o umírající, umírání dříve i dnes,
- zadržaná smrt,
- principy paliativní medicíny,
- eutanázie,
- programy DNR, neboli NR – neresuscitovat,
- kategorie kvalita života: smysl lidského života,

- ritualizace smrti v podmínkách hospitalizace: péče o mrtvé tělo, úmrtní list, pozůstalosti,
- problematika zármutku a žalu.

Umírání a smrt je téma, kterému bychom měli věnovat dostatečnou pozornost, jak z hlediska lidského, tak i profesionálního. Pokud si člověk bude neustále připomínat konec jeho života, bude pak se zbytkem svého času zacházet úplně jinak, než by měl. Bude vnímat spíše lidi kolem sebe, kterým už čas pomalu dochází. Ti potřebují hlavně podporu a pochopení svých nejbližších, ale i pomoc od vzdálenějších občanů. Právě zdraví, ekonomicky činní a pozitivní lidé můžou hlavně přispět s pomoci umírajících. Smrt je součástí každého člověka, dochází tak k zániku lidského organismu. Můžeme tedy říct, že každá osoba umírá od narození. Biologové mluví o programu života, který je střídán smrtí, nebo o programu smrti, která se spustí, když program života byl vyčerpán. Vznikl tak i pojem smrtelné hodiny. V minulosti lidé umírali častěji přirozenou smrtí, označováno jako sešlost věkem. V současné době je smrt konečným stádiem jakékoli nemoci. Pojem lékařská smrt asociuje smrt, která nastane v důsledku nemoci, ke které dochází většinou v nemocnici či jiné instituci (Haškovcová, 2007,

2.1 Druhy smrti

Rozlišujeme tak smrt náhlou, rychlou a pomalou. Náhlá smrt je skoro totožná s rychlou smrtí. Náhlá smrt je označována jako tragická smrt, nejčastěji je to úraz nebo autonehoda. Jde o smrt nečekanou. Příčina rychlé smrti je nemoc- např. infarkt myokardu nebo cévní mozková příhoda. V případě pomalé smrti mluvíme o delším průběhu s možností se na smrt připravit (Haškovcová, 2007, s. 90). Dále se můžeme setkat s pojmy jako sociální smrt. V tomto případě se jedná o omezenou pohyblivost a smyslové vnímání (Navrátil, 2008, s. 190). Klinická smrt, kde dochází k zástavě srdce a dechu, a kterou je možné zvrátit resuscitací je dalším typem smrti. U smrti mozku naopak dochází k zástavě oběhu krve mozkiem, což představuje nezvratný stav (Goldmann, Cichá, 2004, s. 72). Podle věku, kdy přijde smrt, rozlišujeme na předčasnou či přiměřenou. V jiném případě mluvíme spíše o pozhnaném věku (Baláž, 2008, s. 8). V dnešní době by většina lidí dala přednost náhlé nebo rychlé smrti. Ve středověku to bylo právě naopak, náhlá a rychlá smrt byla nejhorší a měl ji před ní Bůh ochránit.

Dále existují následující druhy smrti:

Zadržená smrt

Zadržená smrt neboli dystanázie je stav, kdy smrti nemůžeme zabránit, ale je oddalována. V moderním lékařství to považují za běžnou chybu a špatnou smrt (Haškovcová, 2007, s.23)

Důstojná smrt

Nikdo se nenarodí sám, proto nikdo ani sám umírat nemá. Důstojnost umírání záleží na tom, kde umíráte. Důležitou roli v umírání hraje roli osobní blízkost druhého člověk. Nejdůstojnější umírání mají lidé v hospicích a neméně důstojné umírání je v nemocnicích. Důstojnou smrt bychom mohli najít v profesionální, ale i laické péči. Pečující by měl vidět umírajícího člověka takovým jakým byl před onemocněním. To znamená v plné fyzické i duševní kvalitě života.

2.2 První minuty po smrti

První minuty po smrti jsou nejtěžší. Je však rozdíl, jestli umírající zemře v přítomnosti svých blízkých či nikoli. Pro blízkou rodinu a přátelé jsou tyto minuty bezradné. Začínají si klást otázky typu: Co bude dál? Jak budeme žít bez člověka, kterého jsme měli rádi? Nemůžou tomu vůbec uvěřit. Jejich city a myšlení jsou smíšené, zmatené. Německá psycholožka radí nechat na sebe působit minuta ticha. Na to, aby se lidé smířili s tím, že jim odešla milovaná osoba je třeba, aby si připustili ztrátu a odchod příbuzného. Tradicí je, otevřít okno, aby mrtvý mohl odejít. Věřící se můžou pomodlit, nevěřící můžou vzpomínat na chvíle strávené s dotyčnou osobou. Reakce lidí na zemřelého můžou být různorodé, určitě není dobré je v sobě potlačovat. Jestliže osoba umřela doma, je nutné zavolat lékaře, aby diagnostikoval smrt. V nemocnici tato služba je ihned dostupná (Haškovcová, 2007)

Právo na smrt

Právo na smrt je jako druhá strana práva na život (dle zákona 378/2011 Sb., *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění*). V poslední době mluvíme o právu každého člověka na život. Každý člověk nese odpovědnost za své činy a důsledky a měl by se postarat o svého potomka, ať už chtěl počít, či ne. Je nutné podotknout, že život si nemůže nikdo dát sám, a že tedy právo na život chrání plod.

Způsob umírání může ovlivnit lékař, umírající může však rozhodnout, kde chce zemřít. Neměl by rozhodovat o čase, kdy se to dostane. K zamýšlení ale je, zda může, či ne rozhodnout o způsobu, jakým se to stane. Pacient může říct, že chce léčbu ukončit. Léčba se ukončuje tehdy, jestliže pacientovi nepřináší žádný prospěch, ale dokonce zvyšuje jeho bolest. Lékaři se však shodují, že právo na smrt má být chápáno jako právo na přirozenou smrt. (Kabelka, 2017).

2.3 Eutanázie

Pojem Eutanázie definujeme jako dobrá smrt (z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt). Je to usmrcení nemocného na jeho žádost neboli jde o odejmutí života na přání pacienta. Hlavním rysem dobré smrti je smrt lehká rychlá, bezbolestná, tedy taková smrt, která přijde po dlouhém spokojeném životě. V České republice je eutanázie zakázána, pokud by se tak stalo, bude považována za trestný čin (Loučka, et al., 2015, s. 9).

2.3.1 Druhy eutanázie

Eutanázii lze rozdělit na několik druhů podle různých forem přístupu nemocného:

Aktivní eutanázie je variantou, kdy pacient není schopen požádat o urychlení smrti. Lze však předpokládat, že kdyby o ní mohl požádat, tak požádá. Jedná se tedy o eutanázii nevyžádanou, ale chtěnou.

Eutanázie nevyžádaná je další formou eutanázie, která je zároveň označována pojmem nechtěná. Protože ani v jednom případě nemůžeme doložit, zda umírající by si eutanázii přál. Nelze zjistit, jestli ji požadoval.

Pasivní eutanázie se shoduje s přerušением léčby, nebo odepření některých léčebných postupů, které by pacienta neúměrně zatěžovaly a prodlužovaly. Někdy se pasivní eutanázie může označovat jako strategie odkloněné stříkačky. Tato forma je označována v případě, kdy jsou vyčerpány všechny možnosti pomoci.

Sociální eutanázie je pojem, který souvisí s etikou, geografí, ekonomickou a vzděláním v současnosti. Jde o problém omezenosti zdrojů a souvisejících následků zdravotní a léčebné péče. Eliminací sociální eutanázie lze docílit odstraněním příčin jako například efektivní alokací finančních prostředků, která odstraní vzdělanostní a sociální bariéry.

Asistovaná sebevražda je zvláštní forma eutanazie, kdy si pacient přeje zemřít, protože má nevléčitelnou nemoc, nesnesitelné bolesti. Žádá tak lékaře o pomoc, jak život ukončit. Hovoří se o návodu k vysvobození. Ukončení pacientův život však nedělá lékař, to by byla aktivní eutanázie. Za toto rozhodnutí činí pacient sám.

Prenatální eutanázie je interpretován jako interrupce z osobních důvodů. Odborníci jej však odmítají z následujících skutečností že, plod nejeví známky poškození. O tomto úkonu rozhoduje matka, zda mu odepře základní právo na život. (Haškovcová, 2007, s. 120-122)

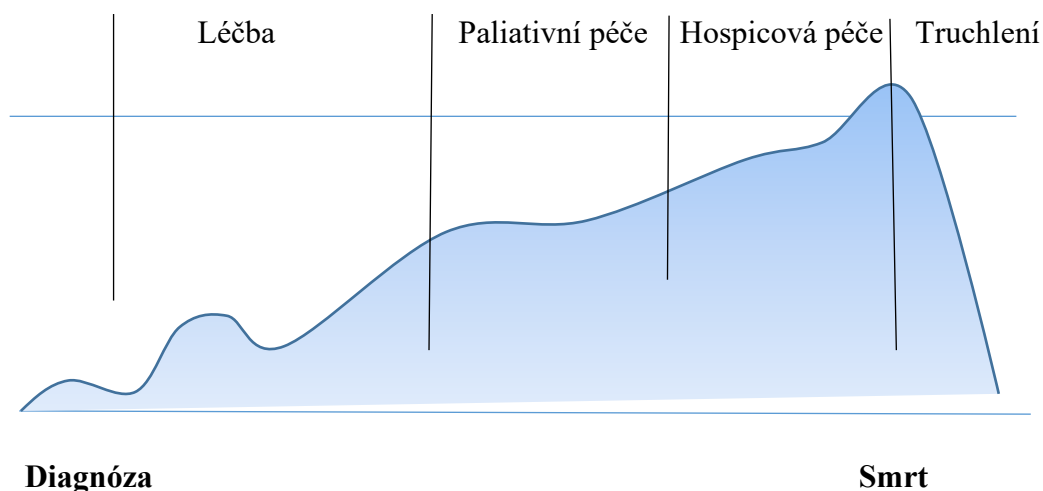
3 PALIATIVNÍ PÉČE

Tato kapitola je zaměřena na definici paliativní péče, popis typů, principů a cílů. Dále je také popsán stav paliativní péče v České republice.

Paliativní péče je vztah, specializovaný na zvýšení kvality života pacientů a rodin, kdy dochází k ohrožení života nevléčitelnou nemocí, chorobou. V České republice je paliativní péče vnímána bohužel jako péče hospicová, na kterou nedosáhne více než 95 % nemocných pacientů a pokud ano, tak již v posledních dnech života. Většina pacientů, převážně starší generace žije s nemocí doma. Podporou pro ně je praktický lékař, home care nebo příbuzní. Dále žijí v domovech pro seniory, nebo v léčebnách s dlouhodobou nemocí, avšak tady paliativní péče chybí. (Kabelka, 2017, s. 20).

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v úplném znění je definována paliativní péče jako specifický typ zdravotní péče „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“.

Dle autora O'Connor (2003, s. 12) paliativní péče představuje jedinečnou a důležitou disciplínu, kde se v terminálním stádiu života snaží ulehčit nemocným od bolesti. Pracovníci paliativní péče se snaží o zkvalitnění prožitku života nemocných. Autor zdůrazňuje, že cílem této péče není nemocného uzdravit, ale dopřát mu kvalitní bezbolestnou péči.



Obrázek 1 Evoluce paliativní péče

Zdroj: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

3.1 Pracovníci paliativní péče

V této subkapitole jsou popsány jednotliví členové týmu paliativní péče. Složení týmu paliativní péče se skládá ze zdravotních sester, lékařů různých profesí, psychologů, psychiatrů, přátel, duchovní pracovníků z rehabilitačního oddělení a sociálních pracovníků. Všichni pracovníci by měli mít předpoklady pro výkon v oborech pomáhajících profesí na základě dosaženého vzdělání, pracovní zkušeností, dovedností, psychické a fyzické způsobilosti. Dalšími předpoklady k výkonu této profese by měly být schopnost empatie, sociální citění, umění naslouchat, mít nadhled a motivaci, předpoklady komunikačních schopností a týmová spolupráce (Géringová, 2011, s. 36).

Paliativní lékař přijme pacienta, vyhodnotí příznaky, nastaví léčbu a v případě potřeby ji změní.

Paliativní sestra je v neustálém kontaktu s nemocným pacientem, vykonává péči předepsanou lékařem a kontroluje zdravotní a psychický stav pacienta.

Sociální pracovník se zabývá uzavíráním smluv, zajišťuje příspěvky na péči a půjčení zdravotnických pomůcek.

Psycholog pomáhá nemocnému a jeho blízké rodině mluvit o situace, ve které se nachází, vyrovnat se skutečností a vyřešit případné problémy.

Duchovní se zapojí pouze na přání nemocného či příbuzných, dodá jim víru a naději.

Další podporou v pečování o nemocného můžeme najít v institucích a organizacích paliativní péče, do které patří osobní asistence, pečovatelská služba, terénní odlehčovací služba, charity, domácí hospic a dům s pečovatelskou službou (Kabelka, 2017, s. 40).

V paliativní péči hraje důležitou roli dobře sestavený tým, který poskytuje kvalitní a odbornou péči o umírajícího a jeho rodině. Rodina je součástí týmu, který se o ně stará, musí spolu spolupracovat (umirani.cz, 2021)

Základní cíle paliativní péče

Ve všech zdravotních a sociální odvětví je základním cílem každému pacientovi s nevléčitelnou nemocí poskytnuta kvalitní péče s možností tlumení tělesných a psychických potíží. Každý nemocný pacient s nevléčitelnou chorobou má možnost si vybrat, kde chce trávit konec svého života. Dalším cílem paliativní péče je pomoc osobám,

kteří se starají o nemocného pacienta poskytnuta psychologická podpora. Dále lze sestavit systém sociální podpory jak pro nemocného, tak i jeho rodinu (Kabelka, 2017, s. 20)

3.2 Základní principy paliativní péče

Péče pacienta je zaměřená na potřeby pacienta, jeho blízké a na ty, kteří se o něj starají. Hlavním principem je zvýšit a udržet jeho kvalitu života, především tělesné, spirituální, psychické a sociální potřeby. Důležitým krokem je stanovit si plán, jak bude péče probíhat v posledních dnech života. Je nutno upustit od léčby, která nepotvrzuje vliv na zlepšení kvality života. Dalším principem je společné rozhodování pacientů, příbuzných, pečujících s lékařským týmem a zajištění péče a podpory pozůstalým (Kabelka, 2017, s. 20).

V současné době panuje shoda o tom, že nemocní lidé nejsou povinováni podstupovat léčbu, která je pro ně zbytečná a lékaři nejsou povinni tuto léčbu zahajovat nebo v ní pokračovat. Terapie tedy může být ukončena, ale nikdy nesmí dojít k péči o pacienta. Z radikální léčby nastupujeme na paliativní léčbu, kde musí být přesně daná strategie léčby a potřeby umírajících a jejich rodin. Paliativní péče má být zahájena tehdy, jestliže jsou negativní výsledky kurativní terapie větší než očekávaný stav pacienta (O'Connor, 2003, s. 12).

3.3 Základní typy paliativní péče

Tato kapitola se skládá z deskripce obecné a specializované paliativní péče.

3.3.1 Obecná paliativní péče

Tuto péči zajišťuje především praktický lékař s agenturou home care (domácí péče), specialisté, kteří léčí pacienty s nevléčitelnou chorobou, například onkologové, neurologové. Hlavním principem této péče je determinace zdravotních problémů s následnou léčbou, která zacílí na budoucí zlepšení stavu nemocného.

Hlavními ukazateli obecné paliativní péče je:

- Komunikace o stavu ohrožení pacienta, prognóza, cíl a rozsah léčby,
- odborné znalosti a dovednosti lékařů s nevléčitelnou nemocí, kdy mohou nastat komplikace, potíže,
- ošetrovatelská péče v domácím prostředí, psychologická péče, poradenství
- dostupnost léků.

3.3.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče se zaměřuje na péči pacientů a jejich příbuzných. Dále pak rodinám, které navštěvuje tým odborníků. Odborníci mají vzdělání v oboru paliativní péče a mnoho zkušeností a odborných znalostí. V této oblasti dochází k rozšíření na rodiny nemocných.

Můžeme ji rozdělit do několika forem:

- Mobilní specializovaná paliativní péče, která poskytuje péči v domácím prostředí,
- lůžkový hospic se zaměřuje na péči nemocných pacientů s omezenou délkou života,
- lůžkové oddělení je zaměřeno hlavně na akutní péči pacienta,
- specializovaná ambulance paliativní péče zajišťuje péči v domácím prostředí, úzce spolupracují s praktickým lékařem,
- specializované poradny a tísňová linka (Kupka, 2014, s. 28).

Základní formy specializované paliativní péče:

- Domácí paliativní péče,
- hospic poskytuje specializovanou paliativní péči,
- ambulance, která se specializuje na paliativní péči,
- stacionář,
- specializované poradna, tísňová linka.
- odborní lékaři různých profesí (Sláma, 2012).

3.3.3 Paliativní péče v ČR

V České republice každý rok potřebuje paliativní péči více než 70 000 nemocných pacientů. Převážná část pacientů umírá na lůžkách akutní nebo následné péče 63 % onkologické onemocnění a 70 % neonkologické onemocnění. Při lepší péči, organizaci a kontrolování by bylo možné předejít časté hospitalizaci. (Cimrmannová, 2020, s. 23). První ustálený výzkum o situaci v České republice provedlo občanské sdružení Cesta domů v letech 2003 – 2004. Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že kvalita paliativní péče má v ČR své základy. Tento výzkum ukázal i negativa v podobě celkového pohledu na paliativní péči v České republice, kdy bylo zjištěno, že obecný stav paliativní péče je velmi znepokojivý. Byl potvrzen fakt, že

kvalita paliativní péče z vnímání pracovníků lékařských oborů a ostatních odborníků je silně nedostatečná (Sláma, Špínka, 2004, s. 14-15).

3.4 Spiritualita v paliativní péči

Spiritualita je odvozena z latinského slova spiritualis, což znamená duchovní. Jedná se o existenci duchovního světa, do kterého patří náboženské představy o existenci Boha. Jedná se o alternativní disciplínu, která se zaměřuje na duchovno, duchovní síly a energie. Spiritualita se tak v dnešní době stává aktuální a žádanou, kterou vyhledává mnoho lidí ke spokojenému životu. Spiritualismus je propojen se všemi duchovními směry, to znamená jasnovidnost, astrologie, magie, psychometrie, telepatie, alchymie, hypnotismus a mystikou. Spirituální péče je založena na holistickém přístupu, které zahrnuje starost o člověka a jeho fyziologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby. Je nutností brát v úvahu respekt a duchovní jedinečnost nemocného. Pojem spiritualita můžeme najít v různých knihách o duchovnu a náboženství. Úzce souvisí s filozofií, sociologií, etikou a psychologií (Opatrný, 2017, s.15-17).

Spiritualita a náboženství

Obecným pojmem spiritualita vyjadřuje obraz nitra člověka, který určuje jeho postoj v životě. Spiritualita se s náboženstvím vzájemně prolínají a ovlivňují. Mnoho lidí ve společnosti nahlas nepřiznává víru, ale vnitřně věří v Boha a modlí se. Jedná se o oblast, kdy člověk zasahuje do životních prožitků a zážitků, kde pokračuje v činnosti, které převzal po svých blízkých. Náboženskou víru při umírání můžeme vnímat ze dvou pohledů. Náboženská víra jako pomoc a náboženská víra jako zátěž. Záleží vždy na náboženské orientaci umírajícího člověka. Důležitou rolí pro ty, co mají víru, je modlitba (Opatrný, 2017, s. 27-29).

Spiritualita nemocného

Pečující lidé musí mít zkušenosti, znalosti a schopnosti vnímat nemocného tak, aby porozuměli jeho spiritualitě. Pomocí spirituality se tak lépe dokážeme přiblížit k nemocnému a pochopení jeho vnitřního světa. Cílem pečujícího je motivovat umírajícího k tomu, aby jeho životní cesta vedla k větší kvalitě života v době nemoci a umírání. (Opatrný, 2017, s. 38-46).

Co znamená pro lékaře spiritualita nemocného? Rozdělujeme ji na:

Horizontální spiritualita se zajímá o hodnoty věci, vztahy lidí a jednání. Způsobem, jak každodenně žijeme, proč je úspěch vnímán úspěchem, ale i neúspěchem. **Vertikální spiritualita** je zaměřena na vlastní spiritualitu ve víře mít vyšší moc. (Kabelka, 2017, s. 275).

4 HOSPICOVÁ PÉČE

V anglickém jazyce slovo hospic představuje útulek nebo útočiště. V minulosti, hlavně tedy ve středověku byl tento pojem používán pro domy odpočinku. Tyto domy využívali lidé, kteří směřovali do Palestiny. Hospic vedl člověk, který byl schopen vést hostinec, ale vyznal se i v ošetrovatelství (Munzarová, 2005). Dle WHO lze hospicovou péči definovat jako integrální formu, zdravotnické, sociální a psychologické péče, která je poskytována všem pacientům, u kterých je předpokládaná délka života stanovená odborným lékařem menší než 6 měsíců (WHO). Dle Svatošové (2008, s. 150) je podstatou paliativní péče přístup k člověku jako s úctou k životu a jedinečností lidského života. V České republice byla jako první paliativní péče otevřena 2.11.1992 v Babicích nad Svitavou u Brna.

V Čechách vznikl první hospic díky lékařce Marie Svatošové, která v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu Home care neboli domácí péče a hospicové hnutí Ecce homo. Prvním Ecce home bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, k němuž přispěla spolupráce s Diecézní charitou v Hradci Králové. Hospic byl vybudován ve velmi krátké době a to za 13 měsíců. Slavnostní otevření proběhlo 8.prosice 1995 a po měsíci byli přijati první pacienti. Marie Svatošová je nyní prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Za její výbornou a dlouhodobou práci byla oceněna státním vyznamenáním Medaile Za zásluhy. V roce 1998 bylo v České republice založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče. Předsedkyní se stala Marie Šamánková, která svoji činnost ukončila. V roce 2005 tak vznikla Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Národní centrum domácí paliativní péče České republiky se zabývá na poradenský servis a vydávání odborných publikací. Nesmíme zapomenout na Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů, které se nachází v Praze ve Fakultní nemocnici Motole.

4.1 Formy hospicové péče

Hospicová péče má 3 základní formy a je charakterizována:

- lůžkovým zařízením, tedy v hospici,
- stacionářem, který je součástí hospice,
- domácím prostředím umírajícího.

4.1.1 Hospicový stacionář

Pacienti do hospice neodcházejí jednou a navždy, může se však stát, že pacient, který je přijat do hospice, ho už nikdy neopustí. To znamená, že zkušenosti lékařů svědčí o tom, že pouze malá část nemocných pacientů se vrací domů. Důvodem této analýzy je, že pacienti nastupují do hospice příliš pozdě, téměř před jejich smrtí. V cizích zemích je hospicový stacionář oblíbený, jelikož umožňuje návrat pacienta do domácí péče. Avšak péče ve stacionáři bývá časově omezena. V ranních hodinách je pacient přijat a v odpoledních hodinách bývá propuštěn do domácí péče (Kupka, 2014, s. 32). Tato forma je výhodná pro nevléčitelné pacienty, kteří bydlí v okolí stacionáře poskytující takovou péči. Další výhodou lze spatřit ve „změně prostředí“ pro pacienty, kteří veškerý čas tráví v domácnosti.

4.1.2 Domácí péče

Většina nemocných se cítí nejlépe doma, kde se o něj jeho blízká rodina postará, i když nevědí jak. Není však možné, aby umírající byl poslán domů a nechat tak rodinu v nejistotě, zda péči o něj zvládnou. Domácí péči rozlišujeme podle toho, jestli ji provádí laici **home help**, nebo profesionály **home care**. Veškerá hospicová péče je poskytována nemocnému v jeho prostředí, které má rád a které dobře zná (Mlýnková, 2010, s. 296-297).

Varianty domácí péče

- Domácí péče je adresována dotyčné osobě nebo rodině, a klade důraz na hygienu, stravování, péče o děti, prevenci AIDS, plánované rodičovství,
- návštěva lékařů a sester v domácím prostředí pacienta,
- domácí hospitalizace, je velmi neobvyklá a dost nákladná.

Důvodem ukončení domácí péče bývá vyčerpání a únava rodiny, nebo i situace, kdy onemocní další člen z rodiny. Péče o nemocného je příliš náročná a nejde to zvládnout. Dalším důvodem může být i malý prostor v domě. (Haškovcová, 2007, s. 38-42).

Hospic jako dům

Prostředí hospice je velmi příjemné a připomíná spíše domov než nemocnici. Hlavně se liší režimem a je přizpůsoben každému umírajícímu pacientovi. Pacient si může vstát v kolik hodin chce, chodí spát kdy chce. Oblékne se do civilního oblečení a zapojí se do života

v hospici, pokud mu to zdravotní stav dovolí. Denní hygiena je podle přání pacienta. Dále si pacient volí i čas, kdy se chce najíst. Péče o pacienta je individuální, každý nemocný má svoji osobní ošetřovatelku. Ke každému nemocnému je přístupováno zcela individuálně se snahou o zajištění kvalitně prožitého života (Svatošová, 2011, s. 114-115). Hospicové zařízení je poměrně malé, skládá se obvykle z 25 lůžek a ze stacionáře. Výhodou jednolůžkových pokojích je, že jsou vybaveny přistýlkou, která je pro jednoho člena rodiny. Ten může být přítomen po celou dobu hospitalizace umírajícího. V hospici se nachází i vzdělávací centrum s poradnou. Každý pokoj je vybaven telefonem, v budoucnu se uvažuje o televizoru. Pro všechny pacienty je k dispozici zahrada či terasa, aby se nadýchali a pobýli na čerstvém vzduchu. Návštěvy v hospici jsou povoleny 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. (Haškovcová, 2007, s. 58-59).

Principem hospice není urychlení procesu smrti, ale poskytnutí psychologické a fyzické pomoci v životě. Z toho důvodu je třeba, aby pracovníci hospice měli nejen všechny předpoklady k výkonu této činnosti, ale také byli vyrovnáni se smrtí a s konečnou podstatou života (Svatošová, 2011, s. 116).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 STRATEGIE VÝZKUMU

Druhá část bakalářské práce se týká vymezení výzkumných záměrů, formulace cílů, organizace výzkumného šetření, rozsah respondentů výzkumu a v poslední řadě také etickým principům výzkumu. Součástí kapitoly je popis soubory výzkumu se zařazením do jednotlivých skupin dle hlavních tematických celků.

5.1 Cíl práce

Na základě osobní zkušenosti vysvětlené v rámci úvodu jsem se rozhodla zkoumat, jaké pojetí mají pracovníci paliativní péče o smrti a jak vnímají proces umírání z každodenního pohledu. Jestli je to pro ně „rutinní“ či stále emočně náročná záležitost. Z tohoto důvodu hlavním cílem bakalářské práce je: *„Zjistit, jaký pohled na umírání a smrt mají pracovníci paliativní péče.“*

Vedle hlavního výzkumného cíle je třeba formulovat také dílčí cíle:

- Zjistit, jak četnost úmrtí může ovlivnit vnímání smrti u pracovníků paliativní péče.
- Zjistit, zdali může být nějaký rozdíl v tom, pokud jsou pracovníci paliativní péče věřícího či nikoli.
- Zjistit, zda spiritualita pracovníků paliativní péče ovlivňuje jeho vnímání smrti.
- Zjistit, zda věřící pracovníci dokážou v těchto organizacích pracovat déle.
- Zjistit, jak vnímají pracovníci paliativní péče umírání a smrt u osob různého věku.
- Zjistit, jaký mají názor pracovníci paliativní péče na eutanázii.

5.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovením hlavních výzkumných cílů je nutné formulovat otázky pro vybraný soubor respondentů hloubkového rozhovoru. Tyto otázky je vhodné v rámci operacionalizace dále přiřadit k jednotlivým měřitelných či empirickým identifikátorům. (Reichel, 2009)

Níže jsou na základě výzkumných cílů formulovány výzkumné otázky, a to jak hlavní, tak vedlejší.

Hlavní výzkumná otázka: Jaký pohled na smrt a umírání mají pracovníci paliativní péče?

Dílčí výzkumné otázky:

- Jaká četnost úmrtí může ovlivnit vnímání smrti u pracovníků paliativní péče?
- Jaká spirituální intenzita u pracovníka paliativní péče může ovlivnit jeho vnímání smrti?
- Můžou věřící pracovníci v zařízení paliativní péče pracovat déle?
- Vnímají pracovníci paliativní péče smrt stejně u všech věkových skupin?
- Je pro pracovníky paliativní péče eutanázie vraždou?

5.3 Metody výzkumu

Metody výzkumu se obecně dělí do dvou skupin – kvantitativní a kvalitativní. Kvalitativní metody výzkumu jsou založeny na induktivním přístupu, hloubkových rozhovorech či kvalitativním pozorování. Naopak kvantitativní metody využívají deduktivní postup. Tyto metody jsou zaměřeny na předem definovaných proměnných, v jejichž rámci probíhá testování hypotéz či teorií. (Hendl, 2005).

V rámci bakalářské práce je využita metoda kvalitativního výzkumu, neboť odpovídá mnohem přesněji formulovaným výzkumným záměrům. Zvolená kvalitativní metoda odpovídá autorům Švaříček a Šedřová (2014), kdy je pro zachycení komplexní podstaty sledovaných hloubkových jevů nezbytné pozorování lidí v sociální realitě. Dle Hendla (2005) je kvalitativní výzkum proces, jenž je založený na metodických tradicích zkoumání sociálních a lidských problémů. Tzv. data mining je proces získávání dat, který v rámci kvalitativního výzkumu probíhá skrze pozorování, zpracování dokumentů či rozhovorů. Reichel (2005) uvádí, že kvalitativní přístup pracuje s nenumerními informacemi v přirozeném prostředí.

Použitou technikou ve výzkumu jsou polostrukturované hloubkové rozhovory s 6 pracovníky, kteří pracují v institucích paliativní péče. Data získaná v rámci rozhovoru budou nahrána na zařízení zachycující zvukovou stopu – diktafon. Tato forma záznamu a získávání dat má značné výhody v podobě nepotřebnosti záznamu obsahu dotazovaného, záznamu ostatních projevů jako kvality a hloubky hlasu. Takto získaný záznam hlasu dotazovaného je jedinečný, specifický a nestranný.

5.4 Výzkumný soubor

V rámci aplikace kvalitativního výzkumu je nutností pracovat s výběrovým souborem, nikoliv základním souborem. (Reichel, 2009, s. 29) Vytvoření výběrového souboru kvalitního výzkumu je mnohdy značně nákladné. Takto získané jednotky výzkumu jsou vytvořeny na nepravděpodobnostní bázi. Výběr dotazovaných pro tento výzkum probíhal na bázi dobrovolnosti a společnou množinou znaků.

Na základě kritérií v podobě pracovního zařazení a délky pracovního poměru v rámci paliativní péče je vytvořena tabulka respondentů rozhovoru. Jednotliví respondenti jsou anonymizováni. Všichni tito pracovníci mají zkušenosti a jsou v přímé konfrontaci s umíráním a smrtí. Výběr pracovníků do výzkumu je založený na diverzifikaci profesí, a to z oblasti zdravotnického i sociálního charakteru vykonávané činnosti v zařízení paliativní péče.

Tabulka 1 – Struktura dotazovaných, vlastní zpracování

	Počet let trvání pracovního poměru	Pomáhající profese
1 respondent	5 let	Sociální pracovník
2 respondent	10 let	Pracovník v sociálních službách
3 respondent	12 let	Zdravotní sestra
4 respondent	8 let	Pracovník v sociálních službách
5 respondent	6 let	Zdravotní sestra
6 respondent	15 let	Sociální pracovník

5.5 Proces dotazování

Samotný účel dotazování byl v dané instituci paliativní péče dopředu ohlášen. Všem respondentům dotazování byly oznámeny záměry, cíle a samotné otázky hloubkového rozhovoru. Všichni participanti výzkumu udělili souhlas s realizací a následnou analýzou výzkumu. Souhlas byl udělen i se zvukovým záznamem, který byl nahráván v průběhu rozhovoru.

Pro oslovení dané instituce jsem se rozhodla v rámci osobní zkušenosti skrze odbornou praxi během studií. Druhým faktorem výběru spočíval v blízkosti lokality od mého bydliště.

Pro proces dotazování je potřeba formulovat otázky, které jsou pokládány respondentům výzkumu:

Otázky pro hloubkový rozhovor:

1. Jak vnímáte umírání a smrt jakožto součást vašeho zaměstnání?
2. Změnil se váš pohled na umírání a smrt od doby, kdy pracujete jako pečující osoba?
3. Má dle Vás význam při náhledu na umírání a smrt víra?
4. Domníváte se, že víra v Boha je pro pracovníky paliativní péče posilující, zda vydrží déle pracovat na této pozici?
5. Do jaké míry Vás ovlivňuje, když umírá dítě, člověk v produktivním věku a senior?
6. Jaký máte názor na eutanázii jakožto pracovník paliativní péče?
7. Je něco, co byste ráda sama doplnila?

5.6 Etický aspekt výzkumu

Výzkumník musí dbát při práci s daty a samotným procesem výzkumu důležitosti etické stránky věci. (Hendl, 2005)

Osoba, která se podílí na výzkumu musí dodržovat několik etických principů své práce dle autora Reichla (2009):

- Citlivý a nestranný nadhled,
- nesmí být zneužita práce k jiným účelům,
- zajištění bezpečného uložení všech osobních informací,
- zajištění vstupu do terénu výzkumu legálním způsobem,
- nesmí poškodit dotazované osoby.

Etickými zásady pro ochranu dotazovaných jsou pak:

- Dotazovaný musí udělit předem informovaný souhlas,
- dobrovolná účast ve výzkumu, nikoliv vynucená,
- respekt vůči důstojnosti a anonymitě dotazovaného,

- informace ohledně pořízení jakéhokoliv záznamu,
- dotazovaný má právo na informace ohledně závěrů výzkumu.

V rámci výzkumu ohledně smrti a umírání je nutné dodržovat tyto zásady s větší důležitostí, neboť se jedná o velmi emočně citlivé téma.

6 ANALYTICKÁ ČÁST A INTERPRETACE DAT

Závěrečnou částí bakalářské práce je analytická část, která zahrnuje deskripci a analýzu výstupů z polostrukturovaných hloubkových rozhovorů pracovníků paliativní péče. Stěžejní metodou pro analýzu dat byla metoda kódování jednotlivých skupin rozhovorů dle výzkumných cílů práce. V rámci otevřeného kódování na základě zakotvené teorie (Švaříček, Šedřová, 2007) jsou nalezeny pro pozorování určité společné prvky, témata, které jsou následně seskupeny dle výzkumných cílů, aby poskytovaly strukturovanou a přehlednou souvislost k dané oblasti. Na základě stanovení kategorií a přiřazení kódů je využita metoda axiálního kódování, kdy jsou jednotlivé kategorie přiřazovány k položkám v paradigmatickém modelu (Hendl, 2016, s. 252–254). Následně je využita metoda selektivního kódování, kdy je zjišťována hlavní kategorie, která bude ostatní slučovat. Následně se zjistí kategorie ústřední, jenž vytvoří hlavní dynamický prvek modelu (Hendl, 2016, s. 251). V samotném závěru této kapitoly je podkapitola výsledného modelu a odpovědi na výzkumné otázky.

6.1 Otevřené kódování

V této podkapitole jsou definovány a následně rozebrány jednotlivé kategorie a jejich přiřazené kódy. Níže jsou stanoveny kódy, které jsou strukturovány v rámci tabulky:

Tabulka 2 – Kategorie a kódy, Vlastní zpracování

Kategorie	Přiřazené kódy	Příklady kódů
Vyrovnání se	<ul style="list-style-type: none"> - Součást života - Vysvobození - Blízky člověk 	<ul style="list-style-type: none"> - Součást přírody - Vysvobození od bolesti - Je těžké, když si vytvoří blízký vztah
Sžití se se smrtí	<ul style="list-style-type: none"> - Minulé zkušenosti - Potřeba relaxace - Čas otupí bolest 	<ul style="list-style-type: none"> - Pohled se změnil - Ráda chodím do lesa - Stabilní pohled na smrt a umírání

Ukončení utrpení	<ul style="list-style-type: none"> - Vražda - Smysl naší práce 	<ul style="list-style-type: none"> - Nejhorší způsob ukončení života - Lze tlumit všechny příznaky nemoci
Potřeba víry	<ul style="list-style-type: none"> - Duchovní činnost - Delší pracovní úvazek - Smíření se smrtelností - Život po životě 	<ul style="list-style-type: none"> - Sloužení mše svaté za pracovníky - Kolegové, kteří nevěří, tak odešli - Nemůže v této práci déle vydržet - Víra v existenci dalšího života
Věková diverzita	<ul style="list-style-type: none"> - Být statečný - Připodobnění k sobě - Emoční bolest 	<ul style="list-style-type: none"> - Obavy, jak vše zvládnou - Jsem taky matka - Když máme mladou maminku nebo dítě
Zapovězené téma	<ul style="list-style-type: none"> - Potřeba mluvit - Vyhýbání se smrti 	<ul style="list-style-type: none"> - Pohovořit, co měl rád - V rodinách se vůbec nemluví o smrti

6.1.1 Kategorie-Vyrovnání se

Kategorie, která pojednává o postoji pracovníků paliativní péče na smrt je vytvořena na základě kódů: *součást života, vysvobození a blízký člověk.*

Na otázku související s vnímáním smrti a umírání pro pracovníka v paliativní péči byla více méně jednoznačná odpověď. Všichni dotazovaní souhlasili, že je smrt běžnou součástí života, součástí přírody. „*V některých případech smrt vnímám i jako vysvobození pro nemocného.*“ „*Umírání beru jako součást života, takže chápu, že v některých situacích u konkrétních pacientů je to v podstatě vysvobození od utrpení a bolesti.*“ Primárním motivem

odpovědí je, že pro nemocné je to vysvobozením od jejich útrap. Téměř všichni dotazovaní se shodli na jednom aspektu a to: „*Pro pečovaného člověka je smrt vysvobozením v mnoha případech.*“

Další dotazovaný vidí ulehčení pohledu na smrt ze strany pracovníka paliativní péče v tom, aby uživatelé paliativní péče nebyly „připuštěni“ k tělu. Nutností je udržet si určitý odstup od každého uživatele. „*Je to těžké a ještě těžší, pokud si pacienta připoutáte více k tělu.*“ Jeden dotazovaný ještě podotknul, že vidí významný rozdíl ve věkovém rozdílu. „*Je rozdíl, když umírá mladý a starý, zejména pro rodinu, kde jsou malé děti.*“

Někteří respondenti uvedli a doplnili první otázku podotázkou: Vnímáte někdy, že se může jednat i o vysvobození toho pečujícího, který je denně na blízku nemocnému? Odpověď byla u polovina dotazovaných kladná. Pracovníci paliativní péče se shodli, že do určité míry to vysvobození je, nicméně mnohem horší je to, když si pečovatel vytvoří užší vztah k pečovanému. Jeden respondent uvedl, že je pro něho nejhorší případ, když se jedná o blízkého člověka.

6.1.2 Kategorie-Sžití se se smrtí

Druhá kategorie je zaměřena na změnu pohledu smrti a umírání od doby, kdy začali dotazovaní pracovat v rámci paliativní péče.

Použité kódy jsou: *minulé zkušenosti, potřeba relaxace, čas otupí bolest.*

Jelikož většina respondentů uvedla, že mají již zkušenost z předešlého zaměstnání. Většina dotazovaných uvedla, že se pohled přesto změnil, ale berou ho jako součást života. „*Vždy jde o velký smutek a člověk cítí bolest, když mu zemře blízká osoba.*“ „*(...) Velmi těžko se s tím lidé vyrovnávají a smířují. Já jako pečovatelka v paliativní péči teď vím, že proces umírání a smrt k životu patří.*“ Pro jednu dotazovanou, jde nicméně o velký emočně sociální dopad v případě okolí blízké rodiny. Jedna odpověď byla ve smyslu pozitivním, že je možností mobilních týmů, které umožní paliativní péči v domácím prostředí. „*Jsem ráda že jsou mobilní týmy, které umožní umírání doma.*“ Další dotazovaná uvedla, že u ní změna ve vnímání smrti neproběhla. „*Mám dojem že můj pohled na umírání a smrt je celkem stabilní.*“ V rámci výzkumné otázky byla tato otázka rozšířena o možnost odreagování po práci: Dokážete se nějak odreagovat? „*Ráda chodím do lesa, jen tak si lehnu do trávy a vstřebávám*

energii, která je všude kolem nás.“ „(...) Mám rodinu, se kterou neustále plánujeme nějaké výlety.“

Jeden respondent na doplňující otázku související se syndromem vyhoření odpověděl, že věří, že ho takový stav nepotká. Prevencí je pro něj relaxace a odreagování se.

6.1.3 Kategorie-Ukončení utrpení

Tato kategorie je vytvořena na základě kódů: *vražda a smysl naší práce*.

Poslední otázkou, která spadá do první kategorie, je problematika eutanázie a její vnímání pracovníkem paliativní péče. Všichni dotazovaní uvedli, že nesouhlasí s legalizací asistované sebevraždy. Jedna dotazovaná uvedla: *„Eutanázii vnímám jako vraždu a jako ten nejhorší způsob ukončení života“*. Vedle toho většina dotazovaných se shodla na kvalitě hospicové a paliativní péče v ČR. Jedna respondentka podotkla, že když existuje možnost tlumit všechny příznaky nemoci, tak je debata o eutanázii bezpředmětná. Nicméně jeden respondent uvedl, že je pro eutanázii, avšak nesetkal se s konkrétním případem ve své praxi.

6.1.4 Kategorie-Potřeba víry

V rámci této kategorie jsou vymezeny kódy: *duchovní činnost, delší pracovní úvazek, smíření se smrtelností, život po životě*.

Na otázku vlivu víry pracovníků paliativní péče na problematiku smrti a umírání se téměř všichni dotazovaní shodli, že tam vliv existuje. Nicméně odpovědi se významně lišily, od ateistického přístupu až po pojetí pevné víry. V rámci otázky byla vytvořena podotázka, která řešila samotnou víru dotazovaných. Všichni až na jednoho respondenta výzkumu potvrdili, že jsou věřící a modlitby jim pomáhají v nadhledu na smrt. Dokonce i v organizaci, kde pracuje jedna dotazovaná podporují víru a realizují například mše svaté za zemřelé klienty paliativní péče. *„Paní ředitelka hospice nechává sloužit i mše svaté za pracovníky v paliativní péči. U oltáře z růží sestaví velké srdce, kde mezi květiny vloží lístečky se jmény těch lidí, o které organizace pečovala a nyní jsou mrtví.“* Dále pracovnice uvedla: *„Ano, tyto bohoslužby jsou vždycky moc pěkné. Vždy odtud odházím se vzpomínkou na ty, o které jsem pečovala a na jejich rodiny, které tam potkám.“* Dokonce byla uvedena odpověď, že je třeba, aby byl pracovník v paliativní péči do jisté míry věřící. Co se týče ateistického přístupu v rámci práce jeden pracovník uvedl, že je nevěřící a nedokáže tento aspekt posoudit, ale občas připouští, že v těžkých chvílích se obrátí s prosbou a modlitbou. Je zřejmé, že pro práci v oblasti paliativní péče a nadhled na smrt je nutné být v určitém smyslu věřícím.

Druhá otázka se zabývá vlivu víry v Boha na délku pracovního poměru v zařízení paliativní péče. Půlka dotazovaných se shodla na tím, že je to pro účel zaměstnání velká výhoda s posilujícím účinkem. *„Ti, kteří víru neměli odchází dříve a tíž nesou i psychickou zátěž“.*

(...) Je to nejspíš individuální, podle toho, jak moc pracovník věří v Boha.“

Druhá polovina dotazovaných však uvedla, že se jedná o ryze individuální záležitost a nedá se to posoudit. Například jedna odpověď byla: *„Myslím si, že důležité je, jak to má člověk nastaveno v sobě, protože pokud se smrtelností nebude smířen on, nemůže v této práci dlouho vydržet.“* Dotazovaní se shodli na důležitém vlivu víry na práci v paliativní péči.

6.1.5 Kategorie-Věková diverzita

Tato kategorie je založena na kódech: *být statečný, připodobnění k sobě a emoční bolest.*

Všichni se shodli, že je to pro ně velmi psychicky a emočně náročná záležitost. Jejich odpovědi byly citově zabarvené s dlouhou myšlenkovou stopou. Všichni pracovníci paliativní péče se shodli na významném rozdílu ve vnímání smrti a umírání v rámci věkové diverzity. *„Je pravdou, když jsme měli první dítě v hospicové péči měla jsem velké obavy, jak vše zvládnou. (...) Musí mu zůstat síla a statečnost být dobrým průvodcem pro rodiče a sourozence umírajícího dítěte. U umírání lidí produktivního věku je to stejné, ale je to také moc těžké mnoho z nich mi zůstává v srdci i mysli. Nejtěžší mě to připadá, když umírá mladá maminka.“* Psychicky a emočně nejnáročnějším věkovým segmentem jsou děti a mladí lidé. *„Velmi těžko se smírují s tím, když zemře malé dítě nebo mladá maminka. Ten člověk, který má život ještě před sebou. Do míry takové, že si představuji to, že co budou dělat moje děti a můj manžel, když tady na světě už nebudou.“* Zde dotazovaná přirovnala situaci a zamýšlení směrem ke své rodině. Jedna odpověď byla postavena pozitivně v rámci druhé strany: *„Odchod z tohoto světa pro starého člověka pak vnímám i jako možnost nového zrození.“* Další dotazovaná uvedla, že věk je důležitým faktorem ve vnímání smrti. *„Věk rozhodně hraje roli. Také hraje roli to, jak ta rodina funguje, jak jsou s tím oni smíření. Samozřejmě nic není horší než smrt dítěte. I tady je rozdíl ve věku dítěte, to myslím umírání z pohledu dítěte. Malé děti si umírání neuvědomují, nebojují s tím. U všech věkových kategorií se snažím být profesionální, empatická a oporou rodině i umírajícímu.“* Dotazovaná si sama doplnila otázku, jestli se setkala se smrtí dítěte: **Zažila jste vy sama ve své praxi úmrtí dítěte?** *„Díky Bohu ještě ne. A snad ještě dlouho nezažiju.“*

Další odpověď byla na stejném základě: *„Pokaždé když umře malé dítě, tak si řeknu, jak je to hrozné a jsem ráda, že moje děti jsou zdravé. Je mi líto rodiny, musí to být vážně hrozné,*

tento pocit nechce zažít nikdo.“ Respondentka uvedla, že děti a mladí lidé jsou pro společnost citlivým aspektem v rámci pojetí smrti. *„Umírat by neměly ani dospívající děti, dyť mají celý život před sebou. Když nám umře dítě nebo mladý člověk v práci, což se nestává naštěstí často, jen velmi málo, tak mám z toho hrozný pocit. Cítím velké neštěstí. U seniorů to vnímáme jinak, umírání a smrt je především dosažením vysokého věku. Samozřejmě každá smrt je bolestivá a smutná, ale právě u těch starších, se to už nějak bere, hlavně pro ně je to vysvobození.“*

Podobným aspektem pro vnímání věku v rámci smrti bylo podoba s vlastní situací ve své rodině. *„Myslím si, že umírání dítěte ovlivní snad každého člověka. Pro mě osobně je to hodně těžké, jelikož i já jsem matka. Stejně tak těžká je smrt mladého člověka. U seniorů to člověk vnímá už trochu jinak. Velkou roli tam hraje zdravotní stav.“* Odpovědi byly obsáhlejší, nicméně nevybočovaly v rámci otázky výzkumu role věku ve vnímání smrti a umírání. Všichni dotazovaní se shodli, že vnímají velmi citlivě vliv věku u pečujících osob. Téměř všichni si představili vlastní situaci u sebe v rodině, čímž posílí emoční zážitek odpovědi.

6.1.6 Kategorie-Zapovězené téma

V poslední kategorii jsou kódy: *potřeba mluvit, vyhýbání se smrti*. Kategorie se věnuje alternativním otázkám ve výzkumu, které si mohli vymyslet dotazovaní. Ne všichni dotazovaní si položili nebo přišli na vlastní otázku, co by byli ochotni doplnit.

U jednoho dotazovaného byl významný pohled na téma smrti jako tabuizovaného faktu: *„Umírání a smrt čeká každého z nás, nikdo tomu neunikneme. Moc lidí se o tom doma nebaví, protože je to hnusné téma rozhovoru. Ale z praxe vím, že pak pozůstalé mrzí, že neví třeba jakou hudbu by zemřelý na pohřbu chtěl, jak by mělo vypadat jeho poslední rozhořčení.“*

Opomíjené téma zde vytváří neznalosti o osobě pečovaného.

Posledním doplněním ze strany dotazovaného bylo konstatování, že v České republice existuje mnoho kvalitních hospiců a ústavů paliativní péče, kde je o pečované důstojně postaráno.

Tyto poslední otevřené dle vlastní vůle dotazovaných reflektují spíše obecné konstatování pojetí smrti a faktů souvisejících s umíráním.

6.2 Axiální kódování

Metoda axiálního kódování je založena na analýze, zda je vhodné sloučit některé kategorie do určitých konceptů nebo subkategorií (Švaříček a Šed'ová 2007, s. 212-213).

Cílem analýzy je vystihnout některou kategorii, která slučuje ostatní. Z analýzy otevřeného kódování se vybírají ty kategorie, které postihují určitý fenomén. Řadí se mezi ně kauzální vazby, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a následky (Hendl, 2016, s. 252-254). Pro stanovení ústřední myšlenky všech kategorie se vychází z formulace hlavního cíle a to, jaký pohled mají pracovníci paliativní péče na vnímání smrti. Jev je poté vyjádřen kategorií.

Jev – sžití se se smrtí.

Příčinné podmínky – vyrovnání se.

Kontext – ukončení utrpení.

Intervenující podmínky – potřeba víry.

Strategie jednání – věková diverzita.

Následky – zapovězené téma.

Jako příčinnou podmínkou je zvolena kategorie vyrovnání se smrtí a procesem umírání, která primárně působí v kauzálním vztahu pro fenomén sžití se se smrtí, který je ústřední kategorií. Odpovědi respondentů se shodují v tom, že je potřeba brát umírání a smrt jako součást lidského života, a to se všemi aspekty, které to přináší v prostředí instituce paliativní péče. Pro hlavní jev čili sžití se se smrtí, je v rámci strategie jednání stanoveno vnímání věkového rozdílu nemocných. Odpovědi se více méně nelišily v tom, že je pro respondenty významná role věku.

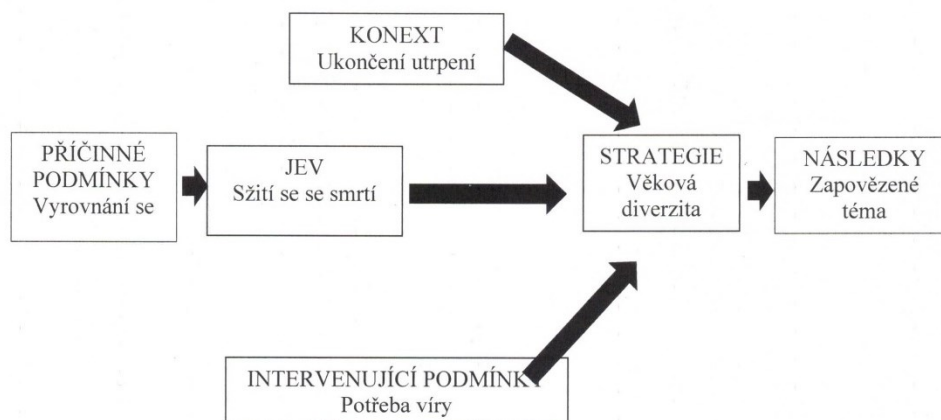
Intervenující podmínky, které usnadňují uplatnění strategie jednání, jsou v souladu z odpovědi respondentů. Pro většinu je víra jako základ pro úspěšné zvládnutí všech pracovních aspektů v zařízení paliativní péče.

6.3 Selektivní kódování

Cílem selektivního kódování je vytvoření modelu výsledných kategorií. Základním krokem je stanovení hlavní kategorie – jevu, který vzniká v kauzálním vztahu s podmínkami. Tento

jev dále ovlivňuje následek. Východiskem selektivního kódování je analýza axiálního kódování (Hendl, 2016, s. 254-257).

Výstupem je vytvoření paradigmatického modelu, kde jsou systematizovány výsledky šetření.



Obrázek 2 Paradigmatický model, vlastní zpracování

Kauzální podmínkou v rámci výzkumného šetření je stanovena kategorií vyrovnání se se smrtí a s procesem umírání. Tato podmínka působí na hlavní kategorii, která je v roli jevu – sžití se se smrtí. Ústřední prvek koresponduje s hlavním výzkumnou otázkou. Podmínky, které vyvstávají na základě výsledků šetření, jsou spojené se spirituální potřebou, neboť většina respondentů se shodla, že k práci je nutné aspoň v něco věřit. Víra napomáhá v duchovní rovině zvládat pohled na umírání a smrt v zařízeních paliativní péče. V rámci kontextu je diskutována problematika eutanázie, která je však pro téměř všechny respondenty vraždou. Následek jevu sžití se se smrtí je poté problematika zapovězeného tématu, jako je absence diskuzí nad tématem smrti a umírání obecně. Citlivé vnímání vlivu věku na umírání a smrt podporuje význam tabuizovaného charakteru smrti.

6.4 Odpovědi na otázky

V následující kapitole jsou rozebrány odpovědi na výzkumné otázky, kterou jsou získané kódováním. Na základě formulace hlavní výzkumné otázky: **“Jaký pohled na smrt a umírání mají pracovníci paliativní péče?”** jsou blíže specifikovány odpovědi dílčích výzkumných otázek uvedených níže. Na otázku četnosti úmrtí a jejího vlivu vnímání smrti většina respondentů odpověděla, že lze pozorovat trend, kdy při delší časové době pracovního úvazku v paliativní péči je znatelný jiný pohled na vnímání smrti. Čím déle tato doba trvá, tak je pracovník vyrovnanější se smrtí.

Na dílčí výzkumnou otázku: **Jaká spirituální intenzita u pracovníka paliativní péče může ovlivnit jeho vnímání smrti?** lze odpovědět kladně, neboť většina respondentů se shodla, že je nutné věřit v Boha.

Dílčí výzkumná otázka ohledně délky pracovního úvazku v paliativní péči a otázky víry byla také kladně hodnocena. Téměř všichni respondenti se shodli, že když člověk v „něco“ věří nebo praktikuje duchovní činnost, tak pracuje vždy déle.

Dílčí výzkumná otázka: **Vnímají pracovníci paliativní péče smrt stejně u všech věkových skupin?** byla na základě výzkumného šetření zodpovězena u všech respondentů kladně, neboť byly nalezeny významné skupiny a to děti, mladí lidé a matky.

Na dílčí výzkumnou otázku: **Je pro pracovníky paliativní péče eutanázie vraždou?** se většina respondentů shodla, že toto předčasné ukončení paliativní péče je nedůstojným přerušením jejich práce. Pro všechny s kladnou odpovědí je eutanázie vražda.

7 DISKUZE EMPIRICKÉ ČÁSTI

V této kapitole jsou výsledky polostrukturovaných rozhovorů konfrontovány s ostatními autory.

Haškovcová (2010) uvádí, že kvůli neustálému zlepšování vědeckotechnického výzkumu se ustupuje od víry v život po životě. Tyto závěry jsou v přímém kontrastu s výsledky rozhovorů s pracovníky paliativní péče. Dle autorky se nemocní lidé zaměřují spíše na pragmatické závěry. Tyto výsledky jsou v souladu se závěry výzkumu bakalářské práce Jandové (2020).

V případě eutanázie, která je dle přínosů paliativní péče v jejím rozporu, se výpovědi respondentů rozhovorů ve většinovém případě moc nelišili. Jejich vyjádření spočívá v konstatování, že je ukončení života prostřednictvím eutanázie nedůstojné. Tento fakt potvrzuje i Svatošová (2003), která tvrdí, že je bezpředmětné ukončit život nemocného eutanázií, pokud jsou zajištěny jeho potřeby a péče v dostatečném rozsahu.

Autor Kübler-Ross (1993) uvádí, že je potřeba brát smrt jako součást života. Smrt je vlastně opak narození, který má stejný význam, a tak je potřeba k tomu přistupovat. Významná je role smrti pro pracovníka v paliativní péči, kde tento fakt platí několikanásobně. Na základě výsledků dotazníků od respondentů je tato skutečnost v souladu cíle práce. Někteří pracovníci, kteří zvláště zažili smrt v průběhu jejich směny, a kteří pracují několik let v podobném typu zařízení, tak je pro ně smrt „normální“.

Role duchovna ve vnímání smrti pro pracovníky paliativní péče má velký význam, neboť jsou na smrt „lépe“ připraveni. Naopak zaměstnanci, kteří nevěří nebo jsou ateisté, tak je pro ně velmi obtížné setrvat dokonce na pracovišti. Role spirituality v organizaci je podpořena také aktivitou ze strany vedení zařízení paliativní péče, a to organizací duchovních aktivit v jeho činnosti. Samotná podstata víry přináší skutečnost, že smrtí nic nekončí, ba naopak pokračuje. Duše v pojetí víry je v podstatě nesmrtelné a smrtí se otevírá nové zrození jiného člověka. Vnímání umírání a smrti je podpořeno samotnou vírou nemocných. Otázka ohledně eutanázie je pro většinu respondentů vraždou, která je pro ně popřením i jejich služby pro zlepšení kvality nemocných v zařízení.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřená na analýzu pojetí a vnímání smrti a umírání z pohledu pracovníka paliativní péče. Jedná se o problematiku, která je pro současnou společnost velmi citlivá. Výsledky práce mají přinést varianty pohledů na problematiku smrti. Hlavním cílem práce je přinesení pojetí a následné vyhodnocení rozhovorů s pracovníky paliativní péče.

Pro výzkum je využita kvalitativní metoda hloubkových rozhovorů a následnému zpracování a vyhodnocení výsledků rozhovorů.

Pro vyhodnocení výzkumu bylo stanoveno 6 kategorií:

- Vyrovnání se.
- Sžití se se smrtí.
- Ukončení utrpení.
- Potřeba víry.
- Věková diverzita.
- Zapovězené téma.

Pro pracovníky paliativní péče je vnímání smrti spojeno se stářím. Jedná se o koloběh života nebo o přírodní zákony, které ovlivňují vnímání smrti jako konečného okamžiku života člověka. Většina pracovníků je se smrtí pečovaného vyrovnáno, nicméně nesmí si pracovník více „připustit“ pečovaného k tělu. Role eutanazie je spíše negativní, jenž vyplývá z výsledků výzkumu. Všichni dotazovaní se shodli, že je to nepovolený přístup k nakládání se životem pečovaného, v případě možnosti zajištění tlumících lékařských prostředků. Eutanázie má jistě vliv i na roli víry v rámci spirituality pracovníků paliativní péče.

Role spirituality pracovníků paliativní péče je významná, neboť většina pracovníků jsou věřící nebo mají aspoň zkušenost ze základními otázky víry v Boha. Téměř všichni se shodli, že by nemohl nevěřící pracovník delší dobu vydržet v zařízení podobného typu.

Poslední identifikátorem byla role věku v rámci smrti a umírání. Všichni dotazovaní měli s touto otázkou spojen vlastní emoční zážitek nebo došlo k podobě se svou rodinou. Všichni se shodli, že děti nebo mladé maminky jsou z pohledu smrti pro ne nejhorší psychický a emoční zážitek. Lidi staršího věku, jsou v rámci první otázky výzkumu, zahrnutí mezi přirozené vnímání smrti v rámci koloběhu života.

V rámci posledního otevřeného tématu v podobě vlastního alternativního doplnění bylo významné konstatování, že o smrti se velmi málo mluví hlavně v rodinách. Dalším faktem je, že o pečující osoby je menší zájem ze strany rodinných příslušníků, což vede k nedostatku informací a inklinace k tabuizovanému tématu.

Doporučením, které vyplývá z výsledků výzkumu by mohla být větší informovanost na poli smrti v první řadě v rodinách nebo ve školských zařízeních. Další možností, jak zvýšit informovanost a vnímání o smrti mezi pracovníky paliativní péče, je ze strany systému zdravotní péče, např. školení a semináře na toto téma.

V rámci budoucího výzkumu je nutnost využití systematického kvantitativního výzkumu ze strany poskytovatelů paliativní a hospicové péče, např. využití interních anonymizovaných dat na základě stanovení hypotéz a statistického testování s konfrontací výsledků hloubkových rozhovorů v systému zařízení paliativní péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BALÁŽ, Vojtech. *Smrt jako součást života: biologická olympiáda 2008-2009, 43. ročník : přípravný text pro kategorie A, B*. Praha: Národní institut dětí a mládeže MŠMT, 2008. ISBN isbn.isbn978-80-86784-64-9.
- CIMRMANNOVÁ, Tereza. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku: u osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2020. ISBN isbn978-80-262-1575-2.
- GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN isbnisbn978-80-7387-394-3.
- GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN isbnisbn80-244-0907-0.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd.* Praha: Galén, c2007. ISBN isbn978-80-7262-471-3.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN isbn:80-7367-040-2.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN isbn:978-80-262-0982-9.
- JANDOVÁ, V. *Fenomén umírání a smrti pohledem pracovníků paliativní péče*. Bakalářská práce, Masarykova univerzita. Brno:2020
- KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. Edice postgraduální medicíny. ISBN isbn.isbn978-80-204-4225-3.
- KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN isbn.isbn978-80-85763-36-2.
- LOUČKA, Martin, Štěpán ŠPINKA a Martina ŠPINKOVÁ. *Eutanazie: víme, o čem mluvíme?. 2., přepracované vydání*. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN isbnisbn978-80-88126-08-9.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN isbnisbn978-80-247-3171-1.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Etika v práci pečovatele. Pečovatelství. 1. díl: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada Publishing, 2010, 22-28. ISBN 978-80-247-3184-1.
- MOODY, Raymond A. *Život po životě: Úvahy o životě po životě ; Světlo v životě*. Přeložil Boris JAROŠ. Praha: Odeon, 1991. Klub čtenářů (Odeon). ISBN isbnisbn-80-207-0314-4.

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

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN isbnisbn80-247-1295-4.

OPATRŇY, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. Bibliotheca theologica. ISBN isbnisbn978-80-7465-269-1.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN isbn:978-80-247-3006-6.

ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN isbnisbn978-80-247-3012-7.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, c2004. ISBN isbnisbn80-239-4330-8.

SLÁMA, Ondřej. *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR: General and specialist palliative care in Czech republic. Paliativna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: SOLEN, 2012, 5(1), 10-12. ISSN 1337-6896.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN isbnisbn80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN isbnisbn978-80-7195-307-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN isbnisbn978-80-7492-138-4.

ŠVARŇÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN isbn:978-80-7367-313-0.

ŠVARŇÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN isbn978-80-262-0644-6.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, c2005. ISBN isbn80-7262-365-6.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 10., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN isbnisbn978-80-7345-262-9.

Internetové zdroje:

Nemocných rakovinou každoročně přibývá, ukazuje analýza VZP - VZP ČR. *VZP ČR* [online]. Copyright © 2022 VZP ČR, Všechna práva vyhrazena [cit. 26.04.2022]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/nemocnych-rakovinou-kazdorocne-pribyva-ukazuje-analyza-vzp?fbclid=IwAR0rf4hS4Mh9O1ObKXf50bHm->

Paliativní péče | Umírání.cz. *Umírání.cz* | *informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>

Úvod - ÚZIS ČR [online]. Copyright © [cit. 26.04.2022]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf?fbclid=IwAR3d0AyVSFCnxW43pgt1l5aLxPpkF5t1Wzs9tUFAMsIDwjvsBe35CalzNrE>

Zákon

Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO – Světová zdravotnická organizace

ČR – Česká republika

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Evoluce paliativní péče	20
Obrázek 2 Paradigmatický model, vlastní zpracování.....	42

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Struktura dotazovaných, vlastní zpracování	32
Tabulka 2 – Kategorie a kódy, Vlastní zpracování.....	35

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Přepis rozhovoru s respondentem

PŘÍLOHA P I: PŘEPIS ROZHOVORU S 2. RESPONDENTEM

Otázky:

1. Jak vnímáte umírání a smrt jakožto součást vašeho zaměstnání?
2. Změnil se váš pohled na umírání a smrt od doby, kdy pracujete jako pečující osoba?
3. Má dle Vás význam při náhledu na umírání a smrt víra?
4. Domníváte se, že víra v Boha je pro pracovníky paliativní péče posilující, zda vydrží déle pracovat na této pozici?
5. Do jaké míry Vás ovlivňuje, když umírá dítě, člověk v produktivním věku a senior?
6. Jaký máte názor na eutanázii jakožto pracovník paliativní péče?
7. Je něco, co byste ráda sama doplnila?

Odpovědi:

1. *Dříve jsem pracovala jako pracovnice v sociálních službách v přímé obslužné péči. Tady jsem se setkala se smrtí dvakrát a to jsem nesla hodně špatně. Jednalo se totiž o klienty, které jsem znala opravdu už delší dobu a měli jsme mezi sebou užší vztah. Noční směny pro mě byly po delší dobu hodně náročné. Nyní pracuji v mobilním hospici, kde se s umíráním a smrtí setkávám velmi často. Beru to již jako pomoct člověku, jako součást života, smrt k životu patří. Vždy se snažím, aby ta konečná cesta pro člověka byla co nejméně bolestivá. V některých případech smrt vnímám i jako vysvobození pro nemocného. **Doplňující otázka:** „Vnímáte někdy, že se může jednat i o vysvobození toho pečujícího, který je denně na blízku nemocnému?“ *Ano. Vnímám to tak ve spoustě případů. Je velmi náročné se denně starat o nemocného člověka. Ještě těžší to je, pokud se jedná o člověka blízkého. **Doplňující otázka:** „Starala jste se vy sama o někoho blízkého?“ „Ano.“ U nás doma jsme měli v paliativní péči mého strýce. **Doplňující otázka:** „Jak jste to vnímala, když sama působíte v paliativní péči?“ *Já to nesla hodně těžko. Spoustu úkonu jsem nemohla dělat. Vytvořil se ve mě nějaký blok, kterému jsem sama nerozuměla. Bylo to moc těžké...chtěla jsem pomoci, ale opravdu pro mě je velmi těžké pečovat o blízkou osobu.“***
2. *„Ano, určitě se změnil. Vždy jde o velký smutek a člověk cítí bolest, když mu zemře blízká osoba. Velmi těžko se s tím lidé vyrovnávají a smířují. Já jako pečovatelka v paliativní péči teď vím, že proces umírání a smrt k životu patří.“ **Doplňující otázka:** „Jak dlouho tuhle práci vykonáváte?“ „Jako pečovatelka v sociálních službách jsem pracovala 7 let a v hospici*

jsem nyní třetím rokem. **Doplňující otázka:** „Myslíte si, že Vám může hrozit syndrom vyhoření?“ „Pevně věřím, že ne. **Doplňující otázka:** „**Dokážete se nějak odreagovat?**“
Ano. Ráda chodím do lesa, jen tak si lehnu do trávy a vstřebávám energii, která je všude kolem nás. Mám rodinu, se kterou neustále plánujeme nějaké výlety.

3. „Určitě ano. Vnímám velký rozdíl v nemocných lidech, kteří jsou věřící nebo naopak. Člověk, který je věřící ví, že tělo je jen hmota, ve které je duše a ta neumírá. Po smrti pouze opouští tělo. Člověk, který nevěří obviňuje všechny kolem sebe a nadává. **Doplňující otázka:** „**Vy sama jste věřící?**“ „Ano jsem věřící. Nedovedu si představit vykonávat tuhle práci bez víry. Přítomnost duchovna je v této profesi důležitá. Možná i proto vnímám smysl mého povolání.“

4. Osobně si myslím, že určitě význam má. V organizaci, ve které pracuji jsou lidé především věřící. Kolegyně, která věřící nebyla tuto práci po půl roce opustila. Paní

ředitelka hospice nechává sloužit i mše svaté za pracovníky v paliativní péči. U oltáře z růží sestaví velké srdce, kde mezi květiny vloží lístečky se jmény těch lidí, o které organizace pečovala a nyní jsou mrtví. **Doplňující otázka:** „**Vy sama se zúčastňujete této mši svaté?**“
„Ano, tyto bohoslužby jsou vždycky moc pěkné. Vždy z tama odházím se vzpomínkou na ty, o které jsem pečovala a na jejich rodiny, které tam potkám.“

5. „Velmi těžko se smíruji s tím, když zemře malé dítě nebo mladá maminka. Ten člověk, který má život ještě před sebou. Do míry takové, že si představuji to, že co budou dělat moje děti a můj manžel, když tady na světě už nebudu. Zda to tady beze mě zvládnou. Jestli můj muž děti vychová a budou z nich dobří lidé. Těch myšlenek se mi v hlavě honí mnoho. **Podotázka:** „**A pokud umírá senior?**“ Pokud zemře nemocný senior, tak to vnímám jako smutek, bolest pro pozůstalé. Hmmm. Odchod z tohoto světa pro starého člověka pak vnímám i jako možnost nového zrození.“

6. „Já s eutanazií nesouhlasím. **Doplňující otázka:** „**Máte k tomu nějaký důvod?**“ Osobně si myslím, že u nás v ČR je velmi dobrá hospicová a paliativní péče. Vždy se může najít nějaká alternativa než zvolit asistovanou sebevraždu. **Doplňující otázka:** „**Jak eutanazii vnímáte vy sama?**“ Eutanazii vnímám jako vraždu a jako ten nejhorší způsob ukončení života.“

7. „Jsem ráda, že je v naší republice více a více organizací, které umožňují lidem důstojným způsobem odejít z tohoto světa.“