

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

ETIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI V INTENZIVNÍ PÉČI

Bakalářská práce

Autor práce: **Zdeňka Bendová**

Vedoucí práce: **Mgr. Michaela Votroubková**

2011

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

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**ETHICS OF DYING AND DEATH IN INTENSIVE
CARE**

Bachelors thesis

Author: **Zdeňka Bendová**

Supervisor: **Mgr. Michaela Votroubková**

2011

2

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

V Hradci Králové
(podpis)

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Michaele Votroubkové za odborné vedení, podnětné připomínky a spolupráci při zhotovení této práce. Dále děkuji všem sestrám za účast a spolupráci na dotazníkovém šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 Charakteristika intenzivní péče.....	8
1.1 Specifika práce sestry v intenzivní péči.....	8
1.2 Dlouhodobá intenzivní péče.....	10
1.3 Vůle ke smyslu v kontextu intenzivní péče.....	10
2 Etika.....	11
2.1 Etika v ošetrovatelství.....	12
2.2 Základní etické principy.....	12
2.3 Morální tíseň.....	13
2.4 Euthanasie.....	14
2.5 Princip dvojího efektu.....	15
2.6 Nutriční podpora.....	16
2.6 Living will („vůle žít“)......	16
2.7 „Do not resuscitate“.....	17
2.8 Terminální weaning.....	18
3 Smrt a umírání.....	19
3.1 Thanatologie.....	21
3.2 Domácí model umírání.....	21
3.3 Institucionální model umírání.....	22
3.4 Umírání v České republice.....	22
3.5 Dystanazie neboli zadržaná smrt.....	23
3.6 Vývoj pohledu moderní společnosti na umírání a smrt v průběhu 20. století.....	24
3.7 Odras moderní společnosti na postoj zdravotníků ke smrti a umírání.....	25
4 Paliativní péče.....	25
4.1 Paliativní péče v intenzivní péči.....	26
4.2 Paliativní tým v nemocnici.....	27
5 Komunikace v intenzivní péči.....	27
5.1 Komunikace s umírajícím pacientem.....	28
5.2 Komunikace s rodinou.....	29
5.3 Komunikace s pozůstalými.....	29
6 Psychická zátěž sester pracujících v intenzivní péči.....	31
7.1 Humor jako copingová strategie.....	32

7 Zkoumaný soubor a použité metody	34
7.1 Kvantitativní výzkum a dotazníkové šetření.....	34
7.2 Charakteristika zkoumaného souboru	34
7.4 Metodika práce.....	35
7.5 Organizace dotazníkového šetření	36
7.6 Zdroje informací	37
DISKUZE.....	60
ZÁVĚR	63
LITERATURA A PRAMENY	64
ANOTACE.....	68
SEZNAM ZKRATEK.....	70
SEZNAM GRAFŮ.....	71
SEZNAM PŘÍLOH.....	72
PŘÍLOHY	73

ÚVOD

Etika v intenzivní péči je stále více diskutované téma. Medicína dnes nabízí nevídané možnosti. Určit hranice, kdy léčba přináší prospěch pacientovi, a kdy už je pro něj zatěžující a marná, je velice těžko stanovitelná.

Základem dobrého vztahu zdravotnického personálu, pacienta a příbuzných je důvěra. Dřívější paternalistický přístup zdravotníků byl podmíněn absolutní důvěrou pacienta. Nyní je důvěra pacienta a příbuzných vkládána do léčby pomocí moderních přístrojů a vývoji nových léků, ale přesto není medicína všemohoucí a má své limity. To by si společnost měla uvědomit. Sestra vystupuje jako obhájkyň pacientových práv a její důvěryhodnost je zakotvena v etickém kodexu zdravotních sester.

Smrt je největší jistota v našem životě. Co člověk nemůže s jistotou určit je čas smrti a způsob umírání. Lidé se obecně nebojí smrti, ale umírání a utrpení s ní spojené.

Dnes se smrt a umírání schovávána za bílou plentu nemocničních zařízení a tímto je vytěšňována z běžného života. Důsledkem tohoto jevu se stává, že smrt a utrpení nevnímáme jako součást našeho bytí. V dnešní době se člověk může stát velmi snadno například obětí dopravní nehody. Přestože záchranná služba s moderním vybavením přijede nebo přiletí vrtulníkem do několika málo minut, v případě potřeby zahájí resuscitaci a následně převezve nemocného do specializovaných center, někdy i přes veškeré snahy je však intenzivní medicína bezmocná. Z mnoha důvodů se zvyšuje počet pacientů chronicky závislých na přístrojích a tento trend se v budoucnu bude zvyšovat. V posledních dvaceti letech se začínají otevírat oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče, dnes se převážně nazývají oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Vznikají z důvodů nedostačujícího počtu lůžek tohoto typu. Čekací doby na překlád většinou z anesteziologicko – resuscitačního oddělení (dále jen ARO) bývají dlouhé. Zároveň tito chroničtí pacienti „blokují“ akutní lůžka. Ekonomická nákladnost intenzivního chronického lůžka oproti akutnímu bývá až 3-5 x levnější. V oblasti intenzivní péče se v současné době stále častěji diskutuje etické hledisko. Vnímání činů jako etické či neetické je velice subjektivní a proto je tato problematika těžko jednoznačně řešitelná. Velkou roli zde hraje obecný společenský pohled na danou věc.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika intenzivní péče

Intenzivní péče je specifická zdravotní péče o vážně nemocné pacienty, kteří jsou ohroženi selháním základních životních funkcí, nebo kterým selhává jedna nebo více životně důležitých orgánových funkcí. Péče o takové pacienty zahrnuje intenzivní léčebné a diagnostické postupy, ošetřování, monitorování životních funkcí případně jejich podporu např. napojením pacienta na ventilátor, náhrada funkce ledvin apod.

Péče je poskytována po dobu potřebnou k provedení nezbytných vyšetření a ošetření nebo po dobu, po kterou lze důvodně očekávat náhlý zvrát stability zdravotního stavu. Délka intenzivní péče může být krátkodobá (dny) nebo dlouhodobá (týdny).

Charakter intenzivní péče a k tomu nutné lékařské přístroje vyžadují zvláštní pracoviště

– jednotky intenzivní péče (dále jen JIP), které se podle rozsahu péče dělí na :

- typ A - jednotky nižší intenzivní péče s převahou funkce monitorovací
- typ B - jednotky vyšší intenzivní péče (resuscitační) s převahou funkce léčby orgánových selhání [MZČR, 2004, online] cit.[2011-04-25].

1.1 Specifika práce sestry v intenzivní péči

Zdravotní sestra v intenzivní péči má specifickou náplň práce a s ní spojené kompetence.

Ty jsou popsány ve Sbírce zákonů č. 424/2004 § 49.

Sestra pečující o dětské pacienty v intenzivní péči by měla mít specializaci pro intenzivní péči v pediatrii, na oddělení neonatologie by měla mít specializaci se zaměřením na

intenzivní péči v neonatologii. Sestra se specializací pro anesteziologickou, resuscitační a intenzivní péči vykonává činnost podle § 49 při péči o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí.

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékařem:

1. Sleduje a analyzuje údaje o zdravotním stavu, zejména fyziologické funkce, hodnotí závažnost stavu a provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím dostupného technického vybavení.
2. Pečuje o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích.
3. Sleduje funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťuje její stálou připravenost.
4. Provádí defibrilaci srdce elektrickým výbojem.

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře:

1. Provádí měření a analýzu fyziologických funkcí specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod.
2. Provádí katetrizaci močového měchýře mužů.
3. Zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům v bezvědomí starším 10 let.
4. Provádí výplach žaludku i u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami starších 10 let.

c) pod odborným dohledem lékaře:

1. Provádí zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami.
2. Provádí endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo s tracheostomií, předchází případným komplikacím, rozpoznává je a řeší je.

d) pod přímým vedením lékaře:

1. Provádí punkci arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis, k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku.
2. Provádí extubaci tracheální rourky.

[Sbírka zákonů, 2004, online] cit.[2011-02-20]

Sestra v intenzivní péči musí být vysoce erudovaná, technicky zdatná, zodpovědná a empatická. Měla by být schopná odolávat stresu ve vypjatých situacích, kterým je velice často vystavena. Práce sestry na oddělení intenzivní péče je velice náročná a riziková pro vznik syndromu vyhoření.

Konfrontace se smrtí a umíráním často mladých nenaplněných lidských životů je velmi těžké. Měla by se snažit podporovat pacienta a také příbuzné v nelehké životní zkoušce.

Ačkoliv by zdravotní sestra měla být profesionálka ve svém oboru, jsou pro ni tyto chvíle psychicky náročné.

1.2 Dlouhodobá intenzivní péče

S rozvojem akutní medicíny vzrostl i počet pacientů, kteří jsou dlouhodobě závislí na přístrojích. Jedná se především o pacienty s vysokou míšní lézí, svalovou myopatií, po úrazech mozku, polytraumatech a po dlouhodobé resuscitaci s následným poškozením mozku. Další častou diagnózou je těžká forma chronické obstrukční plicní nemoci, která vyžaduje podporu dýchání pomocí ventilátoru. Spektrum pacientů je opravdu široké. Délka hospitalizace se většinou pohybuje od několika měsíců do několika let. Potřeba lůžek dlouhodobé intenzivní péče stále roste. Klade se důraz na rehabilitaci a resocializaci pacientů. Svou nezastupitelnou roli v léčbě má rodina a přátelé pacienta.

Velice důležitá je také spolupráce multidisciplinárního týmu, jako jsou lékaři, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, logopedové a psychologové.

1.3 Vůle ke smyslu v kontextu intenzivní péče

Viktor Emanuel Frankl byl rakouský neurolog, psychiatr a zakladatel existenciální analýzy a logoterapie. Zabýval se otázkou smyslu života. V průběhu 2. Světové války byl vězněn v koncentračním táboře v Osvětimi, Terezíně a Türkheimu. Ve svém bestselleru „A přesto říci životu ano“, popisuje, jak se odrážel každodenní život v koncentračním táboře v psychice průměrného vězně. Zjistil, že určitá skupina vězňů čelí otřesným podmínkám lépe než ostatní. Začal tuto skupinu zkoumat a přišel na to, že tajemství tkví v nalezení smysluplnosti života. Smysl života není člověku dán, nýbrž musí být nalezen.

Podle Frankla existují tři hlavní cesty, na nichž je možné najít smysluplnost života:

- 1) ve vykonání činu - v takovém činu, který přesahuje nás samotné, jenž je konán s ohledem na ostatní

- 2) prožitím hodnoty - opravdový zážitek, který člověka obohacuje či povznáší, např. láska
- 3) v utrpení - schopnost člověk přeměnit utrpení ve své morální vítězství
(Frankl, 2006, s. 167)

Utrpení nám pomáhá dozrávat a vyrůst (Frankl, 2006, s. 107-108).

V intenzivní péči máme tendence soustředit se na měřitelné hodnoty jako je krevní tlak, pulz, laboratorní výsledky a mnoho dalších ukazatelů. Často zapomínáme vnímat za těmito čísly pacienta jako bio-psycho-sociální celek. Psychická stránka pacienta v intenzivní péči je velice důležitá, obzvláště u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných. Smysl života hraje velkou roli jak u pacienta, tak u příbuzných. Řeší otázky viny, smyslu života, smrti a utrpení.

2 Etika

Etika je filozofická vědní disciplína zkoumající morálku. Etika úzce souvisí se socializačním procesem člověka (Kořenek, 2004, str. 40).

Zakladatelem etiky byl Aristoteles (385-322 př. n. l.). Je to jeden z nejvýznamnějších myslitelů v dějinách filozofie (Kutnohorská, 2007, str. 11).

Termíny morálka, morální, jsou odvozeny od latinského mos, znamenajícího zvyk, obyčej, mrav, řád, pravidlo, zásada. Morálku vnímáme jako společensky upřednostňované psané i nepsané normy, které tvoří soubor informací obsahující požadavky na chování člověka. Morálka označuje stav mysli jedince nebo komunity. Mravnost je podstatnou stránkou lidské kultury, velkou humanistickou hodnotou, která pozvedá člověka, vzbuzuje a rozvíjí v něm lidskost (Kořenek, 2004, s. 21).

To co považujeme za etické či neetické je vždy dané společností, která se mění v čase.

Dnes pochybujeme o tom, že medicína je ve své podstatě etická činnost. Na druhou stranu jsme si celkem jisti, že může jak pomáhat, tak škodit. Ve skutečnosti poškození a

pomoc pochází ze stejné ampulky. Stejný ventilátor, který bere člověka „hrobníkovi z lopaty“, nesmyslně a necitlivě prodlužuje život mladé ženě, která je v nezvratném bezvědomí. Stejný morfin, který odvrátí dechové obtíže při plicním edému, může ve vyšších dávkách dech úplně zastavit (Thomasma, 2000, s. 237)

2.1 Etika v ošetrovatelství

Mezi lékařskou etikou a etikou v ošetrovatelství by měl být interaktivní vztah. Ošetrovatelská etika vychází z etiky lékařské, protože se ustanovovala ve stejné kulturní tradici. S tím, jak se mění postavení zdravotní sestry v léčení nemoci, zvyšuje se význam etiky v ošetrovatelství. Náplň práce sestry spočívá v ošetrovatelské péči o nemocné nebo postižené, v péči o osoby staré a nemohoucí. V ošetrovatelské etice je důležité porozumět obecnému pojetí etiky a tradicím, v nichž dochází k etickému rozhodování. Vybrat si povolání sestry znamená svobodně se rozhodnout pro službu jinému člověku, která spočívá v poskytování pomoci při ochraně a navrácení zdraví. Při výkonu své profese vstupuje do velmi rozmanitých mezilidských vztahů, z nichž nejdůležitější je vztah k pacientovi/klientovi. Řeší otázky týkající se základních lidských hodnot: života, zdraví, důvěry, mlčenlivosti atd. (Kutnohorská, 2007, s. 21).

2.2 Základní etické principy

Princip beneficence - konání vždy v zájmu a ku prospěchu nemocného. Dobro je pro každého člověka subjektivní pojem. Vnímání nemocného, co je pro něj prospěšné, nemusí být totožné s představou zdravotníka. Důležitá je empatická komunikace.

Princip nonmaleficence – nikdy nemocného nepoškodit. V praxi to znamená vyhýbat se všem postupům, které by mohly mít negativní dopad na nemocného. Patří sem i snaha vzdalovat od pacienta - vše škodlivé od bolesti až po sociální ublížení (např. převod majetku v terminální fázi pod nátlakem příbuzných).

Princip autonomie – každý je zodpovědný za své zdraví a rozhodování, které učiní na základě plné informovanosti.

Princip respektování zákona – za všech okolností respektovat platný právní rámec a zajištění takové péče, na kterou má nemocný ze zákona právo.

(Sláma, 2007, s. 319-320, Ševčík, 2003, s. 6-7)

2.3 Morální tíseň

Podle zahraniční literatury byl termín morální tíseň, v anglickém jazyce moral distress, poprvé použit v roce 1984. Morální tíseň je definováno jako utrpení, které sestry zažívají, když jim okolnosti prostředí nebo podmínky dané pracovním prostředím neumožní jednat tak, jak cítí, že je eticky správné. V české ošetrovatelské literatuře se tento termín nevyskytuje, dobře je však známý syndrom vyhoření, který je jedním z projevů i důsledků morální tísně. Ošetrovatelství prošlo na konci 20. století obrovským vývojem. Příprava na povolání zdravotní sestry se posunula na vysokoškolskou úroveň. Sestry mají stále větší kompetence i zodpovědnost, ale stále lékař nakonec rozhodne nejen o způsobu léčby, ale i otázkách života a smrti. Sestry vedle „klasických dilemat“, jako je například nenasazení nebo vysazení život udržující léčby, interrupce, autonomie a další, řeší jiné etické problémy než lékaři. Sestry častěji řeší problémy vycházející z rozporu mezi tím, co se od nich očekává (bude vždy konat dobro a obhajovat práva pacientů) a co jim ve skutečnosti umožní podmínky, které jsou dané společenskými zvyklostmi, zaměstnavatelem, ošetřujícím lékařem či materiálním a personálním zabezpečením zdravotnické péče, nebo také platnými standardy ošetrovatelské péče. Sestry často vědí, jak by se mělo v mnoha případech postupovat eticky, ale jsou konfrontovány se skutečností, která se od ideálu diametrálně odlišuje. Mohou vnímat chování lékaře nebo jiné sestry jako nemorální, ale často nevědí, jak v takovém případě postupovat, aby tím neohrozily nejen zájem pacienta, ale také svoji pozici. Sestry se rovněž potýkají s etickými problémy, které vyplývají z jejich zodpovědnosti za práci celého ošetrovatelského týmu (Heřmanová, 2010, s. 15-16).

V článku *Moral Distress of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit* byla popsána studie o morální tísně na jednotkách intenzivní péče v Chicagu. Ze studie vyplývá, že

každá zdravotní sestry v intenzivní péči prožívá průměrnou morální úzkost. Nejčastější příčina byla v případě život prodlužující léčby u pacientů s velmi špatnou prognózou. Morální tíseň je závažný problém na pracovišti a zaslouží si pozornost (Elpern, 2005, s. 523-530).

2.4 Euthanasie

Tradičním obsahem termínu euthanasie je dobrá smrt (z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt). Ekvivalentem dobré smrti je lehká nebo krásná smrt, která přichází po dlouhém spokojeném životě, bezbolestně, rychle nebo ve spánku (Haškovcová, 2007, s.132).

Často se setkáváme s pojmy aktivní (strategie přeplněné stříkačky) a pasivní euthanasie (strategie odkloněné stříkačky). Toto dělení postrádá logiku, poněvadž euthanasie provedená na žádost nemocného je tedy usmrcením a skutečnou euthanasii. Avšak upuštěním od neperspektivní léčby v situacích, kdy u nemocného je smrt neodvratná, nejde o žádné pasivní usmrcení, ale o neprodlovování umírání, tedy vlastně o dovolení zemřít (Kořenek, 2004, s. 119).

V České republice je euthanasie a asistovaná sebevražda zakázána, a pokud by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin. Etický kodex České lékařské komory se vyjadřuje v duchu uvedeného zákona (Haškovcová, 2007, s. 120).

Reprezentanti jednoznačného ANO pro eutanazii mají tyto argumenty:

1. Zbavit utrpení a zároveň neprodlovovat umírání
2. Právo každého člověka na sebeurčení
3. Dobrovolný odchod ze života je osobním rozhodnutím

Reprezentanti jednoznačného NE pro eutanazii mají tyto argumenty:

1. Jedná se o usmrcení nevinného člověka
2. Náboženství – křesťanství
3. Byla by narušená důvěra veřejnosti ke zdravotníkům, měly by léčit ne usmrcovat
4. Možnost zneužití
5. Máme dostatek možností prostředků k tišení bolesti

(Haškovcová, 2007, s. 157 - 158, Munzarová, 2005, s. 122 - 123)

Lékař by měl především léčit a pokud je léčba marná, tak by měl zmírňovat utrpení umírajících. Pokud bychom prolomili hranice, kdy lékař má usmrtit pacienta, tak by nemocný nevěděl, blíží-li se k němu ještě jako pomocník, nebo už jako kat (Frankl, 2006, s. 64).

K uzákonění euthanasie došlo ve třech evropských zemích jako je Holandsko, Belgie a Lucembursko. Pokusy o uzákonění euthanasie byly i u nás, naposledy v roce 2008.

Dnešní společnost je postavena na kultu mládí a krásy. Staří lidé jsou vytěsňováni ze společnosti. Přitom demografická křivka ukazuje, že stárnutí populace je obrovský socioekonomický problém vyspělé společnosti. Nemoc a utrpení nepatří do dnešního zábavného a úspěšného života a je tedy často přesouvána za plentu do zdravotnických a sociálních zařízení. Proto má dnes eutanazie stále mnoho zastánců. Je důležité kvalitně rozpracovat koncept paliativní péče v České republice. Jistě by zastánci eutanazie měli méně argumentů, proč ji uzákonit.

2.5 Princip dvojího efektu

Medicína se často dostává do situací, kdy balancuje na hranici života a smrti.

Zastánci nizozemského modelu tvrdí, že tam, kde nebyla povolena euthanasie stejně dochází k usmrcování lidí, pomocí vysokých dávek opioidů, které mají jako vedlejších účinek tlumení dechového centra a tím se „schovává se za běžnou praxi.“ Mravní rozdíl je v úmyslu. Mravní jednání bylo vždy posuzováno podle úmyslu, úmysl jednajícího subjektu je záležitost nejpodstatnější (Munzarová, 2005, s. 84).

Důležité, aby umírající pacient umíral bez bolesti a utrpení. Nasazení opiátů a sedativ nemusí vždy zkracovat délku přežití, na rozdíl od nerozšiřování nebo vysazení terapie jako jsou antibiotika, hydratace, umělá plicní ventilace nebo dialýza (Allmark, 2010, s. 170-177).

2.6 Nutriční podpora

Etické aspekty nutriční podpory v terminální péči jsou stále často diskutovaným tématem.

Pacienta, kterého léčíme jinými postupy, například dialýzou, umělou plicní ventilací, paliativní chemoterapií, antibiotiky, či transfuzemi, živit musíme (Zadák, 2002, s. 485).

Při rozhodování, zda podat nebo nepodat nutriční podporu, pokračovat v ní nebo ji ukončit, je nutné vždy zohlednit několik zásadních kritérií. V terminální péči je asi nejpodstatnější otázkou, zda nutriční podpora zlepší kvalitu života pacienta a jeho fyzické síly. Poté je nutné zvážit přinese-li nemocnému emoční zklidnění či snížení úzkosti vyplývající z nemoci a kachexie (Zadák, 2008, s. 513).

2.6 Living will („vůle žít“)

District of Columbia a 46 dalších amerických států uplatňuje tzv. living will, direktivity, které zakazují prodlužování života v určitých situacích. Je to prohlášení občanů pro případ osobní neschopnosti vyjádřit se k vlastní léčbě. Občané sami předem stanoví, které léčebné zákroky odmítají pro případ situace, kdy již nebudou moci komunikovat s lékařem. Občan, který takto vyjádřil své přání, může ještě určit svého zástupce z rodinných příslušníků nebo přátel, který bude kontrolovat, zda je jeho sepsané přání plněno. Pokud nejsou respektována předem písemně vyjádřena přání nemocného, může stanovený zástupce nemocného vyvolat soudní spor (Kutnohorská, 2007, s. 86).

V roce 2008 byl ve sněmovně České republiky předložen návrh zákona obdoby americké „Living will“, který neprošel v platnost. Nyní má být návrh zákona znovu projednáván vládou v červnu roku 2011. Zákon počítá s tím, že člověk by v době, kdy je toho schopen, sepsal prohlášení. To by obsahovalo jak se o něj lékaři mají postarat, když o tom sám nebude moci rozhodnout. Prohlášení by mělo být úředně ověřené, které by mělo být součástí zdravotní dokumentace. Doba platnosti by byla 5 let [Frýdecká, 2011, online] cit. [2011-04-25].

Úmluva o lidských právech a biomedicíně byla v ČR ratifikována v r. 2001 a vyhlášena pod č.96/2001 Sb. Kapitola II. Čl. 9 se vyjadřuje k dříve vysloveným přáním takto: „Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“ [Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 2008, online] cit. [2011-01-15].

2.7 „Do not resuscitate“

Do not resuscitace (dále jen DNR) z anglického překladu znamená neresuscitovat. Touto problematikou se budu dále zabývat, jelikož často dochází k nepochopení eticko-právních principů v oblasti pojmu DNR.

Nové tisíciletí znamená pro intenzivní medicínu racionalizaci. Ta byla motivována ekonomickým tlakem na společnost, frustrací z marného prodlužování utrpení umírajících pacientů a z absence paliativní péče na jednotkách intenzivní péče (Kapounová, 2007, s. 146).

Již koncem 60. let minulého století se v odborné literatuře objevily první články, které upozorňovaly na dlouhé a nedůstojné umírání terminálně nemocných, kteří byli před smrtí opakovaně resuscitováni (Symmers, 1968, s. 442 - 443).

Od března roku 2010 vešla v platnost doporučení České lékařské komory, která určují postup při rozhodování změny léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stádiu, kteří nejsou schopni vyjádřit svoji vůli. Bohužel nemají dostatečnou legislativní podporu a tudíž nelze se na tyto doporučení odvolávat jako na postup lege artis. V praxi žádné ze zdravotnických zařízení nemá vnitřním předpisem upravený postup pro indikace Do not resuscitate. To by bylo v pořádku, kdyby k neposkytování resuscitace, odpojování pacientů, či rozhodování, který z nich perspektivní je a který není, v praxi nedocházelo. Ve zdravotnické dokumentaci by se nemělo vyskytovat DNR, neresuscitovat apod. Při pochybách poskytované kvality péče je toto chápáno pozůstalými, jako usvědčující důkaz o zanedbání péče (Marx, 2010, s. 19 - 21).

Současná právní úprava dříve vyslovených přání, tj. i pokynů DNR je naprosto nedostatečná. Bez zákonné podpory lze jen těžko dostatečně ocenit doporučení vytvořená odbornými lékařskými společnostmi resp. České lékařské komory (Peterková, 2010, s. 64).

Ustanovení § 11 a následujícího občanského zákoníku, stanoví, že fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy. Dříve vyslovená přání a pokyny DNR představují kolizi právě těchto osobnostních práv navzájem. Na jednu stranu právo na ochranu života a zdraví (a těla), na straně druhé právo na soukromí, právo na sebeurčení, právo rozhodovat o sobě samém (Šustek, 2010, s. 32).

2.8 Terminální weaning

Terminální weaning je ukončování ventilační podpory jako součást komplexní péče o nemocné s ireverzibilní poruchou orgánových funkcí. Nejčastěji je definován jako stupňovité snižování ventilační podpory různého rozsahu a různé rychlosti. Do klinické praxe byl tento postup zaveden na začátku osmdesátých letech v USA. Často jsou v literatuře v souvislosti s terminálním weaningem uváděny dva odlišné pojmy: terminální odpojování (stupňovité snižování ventilační podpory při ponechání umělého zajištění dýchacích cest) a tzv. terminální extubace, která je považována řadou autorů za extrémní podobu ukončování umělé plicní ventilace. Možné způsoby ukončování ventilační podpory a terminálního odpojování jsou snižování PEEP, snížení FiO_2 , snížení minutové ventilace, odpojení od ventilátoru a ponechání spontánní ventilace a extubace.

Základní předpoklady před zahájením ukončování ventilační podpory:

- Jednoznačná shoda mezi členy ošetřujícího týmu s indikací ukončení ventilační podpory
- Připravenost sester a lékařů na změny fyziologických funkcí, které v této souvislosti mohou nastat
- Rozvaha a stanovení klinických cílů, které musí být dosaženy
 - Zajištění volných dýchacích cest
 - Kontrola sekrece z dýchacích cest
 - Zajištění zvlhčené vdechované směsi
 - Kontrola bolesti
- Písemný záznam indikace.

Během ukončování ventilační podpory:

- Monitorace se zaměřením na včasnou detekci projevů bolesti, dechové tísně a dyskomfortu
- Dostatečná analgosedace
- Eliminace projevů bolesti, dechové tísně a dyskomfortu
- Zajištění volných dýchacích cest a kontrola sekrece
- Zajištění péče v klidném tichém prostředí s důrazem na důstojnost nemocného a za přítomnosti rodiny, pokud si to přeje.

Terminální weaning jako součást komplexního procesu ukončování postupů orgánové podpory představuje metodu, která má své oprávnění jak medicínského, tak etického hlediska. Významně snižuje strádání a utrpení nemocných v terminálním stavu ireverzibilní orgánové dysfunkce a umožňuje jim důstojný konec jejich života v přítomnosti jejich nejbližších. Při dodržení všech uvedených podmínek a předpokladů představuje postup, který je v souladu s etickými principy medicíny i se současným právním rámcem poskytování zdravotní péče a nelze jej označit za eutanazii (Černý, 2000, s. 235-242).

3 Smrt a umírání

Smrt je stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám v mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání. Zánik jedince, u něhož vymizí známky života a jeho funkce.

Klinická smrt je charakterizována zástavou dechu a činností srdce, přičemž okamžitě zahájenou resuscitací je v některých případech možné tyto funkce obnovit.

Smrt mozku s nevratným poškozením jeho funkcí může nastupovat již po pěti minutách, během nichž je mozek bez kyslíku. Postižený je v hlubokém bezvědomí, nereaguje na podněty, vymizí základní reflexy. Smrt mozku se prokazuje pomocí EEG a arteriografie mozkových tepen. Stanovení smrti mozku je důležité z hlediska dárcovství orgánů.

Sociální smrt - tento pojem se někdy používá pro stav, kdy došlo k částečnému odumření mozku (a to jeho vyšších součástí), zatímco nižší části řídící oběh a dýchání jsou

zachovány. Postižený jedinec sám dýchá a má zajištěný i krevní oběh, ale ostatní funkce (včetně rozumových, komunikace s lidmi apod.) má poškozené až zničené (Vokurka et al., 2005, s. 836).

Smrt (mors) je individuální zánik organismu. V minulosti umírali lidé častěji tzv. přirozenou smrtí, někdy označovanou jako sešlost věkem. V současné době je zpravidla smrt konečným stadiem nějakého patologického procesu (nemoci). Někdy bývá označována jako „lékařská smrt“. Tento pojem asociuje smrt, která nastává v důsledku nemoci a ke které, až na výjimku, dochází v nemocnici či v jiné instituci. Rychlost smrti je různá, proto rozlišujeme smrt náhlou, rychlou a pomalou (Haškovcová, 2007, s. 90).

Člověk o smrti také předem ví. Tímto vědomím platí za uvědomělou existenci, za svou tvořivost, za štěstí, jímž je lidský vztah, za řeč a poezii, za kulturu a za všechno co zakládá jeho lidství. Toto vědomí smrti zároveň hluboce ovlivňuje – ať chceme, nebo nechceme – všechno naše jednání, cítění a myšlení. Smrt se nám jeví především jako hrozba. Máme z ní strach, který je zakódovaný už v naší instinktové výbavě. Jde nám tedy o to, jak se s tímto strachem vypořádáme a jak s ním naučíme žít bez přílišného utrpení. Dítě také prožívá strach ze smrti, když pochopí, co smrt znamená. Společnost má připraveno řešení, jak odsunout vědomí smrti kamsi na okraj myšlenkového a citového horizontu, zapomenout na smrt „jako na smrt“. Sociokulturním prostředím, v jakém žijeme, ovlivňuje obrana proti strachu ze smrti. Nelze říci, že jde jen o strach ze smrti a jeho překonávání. Téma je mnohem bohatší a hlubší. Vědomí vlastní smrtelnosti a smrtelnosti druhých lidí, hlavně našich nejbližších, a silný emoční náboj, který je s tímto vědomím spojen, to je obrovské obecně lidské téma. Toto téma lze různým způsobem uchopit nebo ztvárnit, dát mu různou podobu a různý smysl. Můžeme na ně například reflektovat vírou, že po smrti život pokračuje jinou formou, pro dobré v ráji a pro zlé v pekle (Říčan, 2004, s. 363)

Umírání není vnímáno pouze jako patofyziologický proces. Umírání je konečnou fází jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi (Sláma, 2007, s. 301).

Objektivní lidské faktory: věk, pohlaví, příbuzní (děti, vnuci, manžel, zda je dotyčný osamělý), vzdělání, diagnóza nemoci hrají velkou roli v etice umírání a smrti (Kutnohorská, 2007, s. 74).

Když lékaři a sestry již déle nemohou nemoc léčit ani ji zmírňovat, jelikož smrt hrozí bezprostředně, měli by nabídnout pacientům a jejich blízkých útěchu a pohodlí. Spíše než

opustit pacienta nebo jeho blízké by jim měli zdravotníci zajistit svou neustálou podporu. Měli by méně používat technologie a zajistit mu péči, která poskytne pacientovi úlevu a zachová mu důstojnost. Jednoduché úkony, jako zvlhčovat mu rty, držet pacienta za ruku, hovořit s ním a naslouchat jemu a jeho blízkým, jsou součástí zdravotní péče stejně jako přístroje a nástroje vyrobené podle nejnovějších technologií. Zdravotníci by měli spíše smrt považovat jako přirozenou součást života, než aby na ní pohlíželi jako na selhání medicíny. Vzhledem k tomu, že se umírající pacient dostal za hranice uzdravující medicíny, není například neobvyklé domnívat se, že profesionální vztah mezi pacientem a zdravotníkem skončil. Konečným cílem medicíny je péče, nikoliv léčení (Thomasma, 2000, s. 183 - 209).

Elisabeth-Kübler Rossová popsala fáze prožívání nevléčitelně nemocného. Patří sem pět fází: fáze popření a izolace, fáze zloby a hněvu, fáze smlouvání, fáze deprese a fáze akceptace. Těmito fázemi prochází i rodina. Dále tyto fáze nebudou podrobně rozebírány, jelikož byly mnohokrát popsány v předešlých pracích, které se týkaly tématu umírání a smrti.

3.1 Thanatologie

Thanatologie je definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název thanatologie je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Thanatos je zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Obsah oboru thanatologie zasahuje do mnoha oborů: filosofie, teologie, medicíny, psychologie, sociologie atd. (Haškovcová, 2007, s. 178).

3.2 Domácí model umírání

Dnešní situace osaměle citově strádajících umírajících ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních je porovnávána s ideálem tzv. domácího modelu umírání. Zkušenosti v péči o umírající se předávaly z generace na generaci. Každý člen rodiny se během života opakovaně setkal s umírajícími, a následně také s mrtvým tělem. Patřily k tomu i základní

ošetřovatelské úkony. Každý věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka. Tuto zkušenost moderní člověk zcela postrádá. Chybí mu i cenné praktické dovednosti a je přesvědčen, že péče o umírající je výhradně v kompetenci profesionálních zdravotníků. První „pozdní“ setkání s umírajícím provází panický strach, bezradnost a nejistotu (Haškovcová, 2007, s. 27 - 19).

3.3 Institucionální model umírání

Institucionální model se vyvíjel postupně. Nemocní byli nejdříve většinou umístováni do azylových domů (chudobince), později do špitálů nebo nemocnic. Pacienti leželi ve velkých pokojích, kde je oddělovat úzká ulička. Ve 20. letech 20. století ve snaze zkvalitnit situaci umírajících vznikla praxe tzv. bílé zástěny – plenty. Dříve byly v nemocnicích návštěvní dny neděle a středy, které byly striktně dodržovány. Nemocný potřeboval denně podporu rodiny, která mu byla odepřena. Těžce nemocní a umírající lidé jsou v rukou profesionálů, kteří „to“ umějí nejlépe. A se postupně vyvinulo to, že moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo na pokoji s ostatními pacienty, v péči profesionálních zdravotníků (Haškovcová, 2007, s. 31).

3.4 Umírání v České republice

Od roku 2007 jsou oficiální statistikou ČSÚ zjišťovány údaje o místě úmrtí. V roce 2009 zemřelo 75 % osob v léčebném či sociálním zařízení (tzv. institucionalizovaná smrt) a pouze 20 % osob doma. Statistiky místa úmrtí se meziročně mění jen málo. Charakteristický je, z hlediska pohlaví, u mužů vyšší podíl úmrtí na ulici či jiném veřejném místě, u žen naopak v sociálním zařízení. Nejčastější příčinou smrti jsou v České republice dlouhodobě nemoci oběhové soustavy. K výraznému poklesu standardizované míry úmrtnosti na kardiovaskulární nemoci došlo na počátku 90. let 20. století a od této doby je trend mírně klesající u obou pohlaví, což se odráželo i v celkově klesající míře úmrtnosti. V roce 2009 zemřelo v důsledku kardiovaskulárních chorob 50,4 % všech úmrtí. Druhou nejčastější

příčinou smrti jsou od druhé poloviny 80. let 20. století zhoubné novotvary. V roce 2009 zemřelo na zhoubné novotvary 25,8% ze všech zemřelých. Zatímco u mužů byly třetí nejčastější příčinou smrti (se zhruba 8 % podílem na celkovém počtu zemřelých) vnější příčiny, např. dopravní nehody, otravy, sebevraždy, tonutí a další druhy traumat. U žen byly třetí nejfrekventovanější příčinou smrti nemoci dýchací soustavy - 5,4 % zemřelých žen (ÚZIS, 2009, s. 8 - 15).

Výše uvedená fakta o institucionálním umírání v České republice ostře kontrastují s přáním občanů zemřít doma nebo v domácnostech svých blízkých. Péče o nevléčitelně nemocné a umírající podle názoru veřejnosti není dostatečně kvalitní. Za skutečně dobrou péči o nevléčitelně nemocné a umírající považuje pouze 1,3% dotázaných (Haškovcová, 2007, s. 34 - 35).

3.5 Dystanazie neboli zadržaná smrt

Lékařské technologie umožňují posunout hranici mezi životem a smrtí (Kořenek, 2004, s. 118).

Dystanazie je stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována. Lidé obecně spoléhají na vítěznou medicínu, protože s ní mají dobré zkušenosti. Prodloužila se střední délka života. Smrt je stále a stále oddalována a mnozí nabyli dojmu, že zemřít je vždy předčasné a nevhodné. Pokud pacient vstoupí do procesu umírání, měla by být pomoc vítězné medicíny nahrazena jiným typem pomoci. Paliativní forma péče je zahajována pozdě, anebo je zamlčována. Dalším úskalím je hyperaktivita zdravotníků. V dobrém úmyslu stále intervenují ve prospěch života, který nezadržitelně odchází, a tvrdošíjně se snaží zvrátit neblahý stav věci. Používají všechny techniky a metody, které mají k dispozici, a prakticky nenechají člověka v klidu zemřít. Zdravotníci jsou bez ohledu na profesní kategorii školeni na vítězný boj s nemocí. Technický a medicínský pokrok se stále rozvíjí. Každá společnost bude muset stanovit mravní a medicínská kritéria pro zastavení léčby, jež udržuje při životě nemocné v terminálním stavu (Haškovcová, 2007, s. 31 - 33).

Ačkoliv rodinný příslušník trvá na pokračování zbytečné léčby, není povinnost zdravotnického týmu takovou léčbu poskytovat. Cílem zdravotní péče je prospěch pacienta.

Když léčba přestane mít prospěch pro pacienta, není žádný důvod v ní pokračovat. Marná léčba je často v rozporu s povinností zdravotníků neškodit pacientovi, protože je často invazivní a zatěžující a pacientovi pouze neúčinně zvyšuje bolest a nepohodlí (Thomasma, 2000, s. 180)

3.6 Vývoj pohledu moderní společnosti na umírání a smrt v průběhu 20. století

Jen člověk si je schopen uvědomit, že k životu patří i smrt a že jednoho dne zemře. Druhá světová válka ovlivnila pohled na smrt, když docházelo k potlačování lidskosti a náboženství. Potlačování náboženství pokračovalo i během období vlády komunismu. Začátkem 21. století je v České republice okolo 60% občanů bez vyznání a okolo 30% občanů se hlásí k římsko-katolické církvi. Dnešní společnost pohlíží na náboženství spíše jako na příčinu válečných konfliktů, pomocí které mohou manipulovat s lidmi, než jako na spirituální rozměr lidské existence, která pomáhá nalézt hloubku v našem životě. Přitom spiritualita je nedílnou součástí člověka, ke které se obrací v těžkých etapách života. Víra pomáhala člověku překonat období umírání a utrpení. S potlačováním bolesti se snažíme z našeho života vytěsnit smrt a umírání. Proto konfrontace moderního člověka s umíráním je velice náročná. Náš pohled na smrt se začíná formovat již v dětském věku. Rodiče by měli mluvit s dítětem o smrti již v útlém věku, kdy s nimi hovoří pravdivě a formou jaké porozumí. Pomoci může při rozhovoru mrtvé zvíře či uhynulá květina. V předškolním věku má dítě představu o smrti, že zemřelý usne a pak se zase probudí. Nikdy bychom dítěti neměli tvrdit, že zemřelý odjel nebo, že spí. Měli bychom dítěti umožnit se účastnit pohřbu, jinak by si to mohl nést celý život jako trauma. Dobrým pomocníkem nám mohou být také fotografie. Přirozené je také nosit svíčky a květiny na hrob.

3.7 Odraz moderní společnosti na postoj zdravotníků ke smrti a umírání

Ve společnosti, která postrádá rozpoznatelné společenské rituály zahrnující i realitu smrti, přivádí umírání všechny zúčastněné do rozpaků - umírajícího, rodinné příslušníky i zdravotníky (Thomasma, 2000, s. 205).

Smrt je vytěšňována z našeho života. Nevyrovnanost s naší smrtelností vede v medicíně k dystanázii, zvláště u mladých lékařů. Snaží se intervenovat ve jménu vítězné medicíny, i přesto, že je léčba marná.

U zdravotních sester je důležité, jaké je jejich první profesionální setkání se smrtí, ke kterému dochází většinou při praxích ve druhém nebo třetím ročníku zdravotnické školy. Při setkávání se smrtí v profesním životě je potřeba naučit se zvolit správnou míru angažovanosti a správnou míru „optimálního odstupu“. Každý z nás máme tyto hranice nastavené trochu jinak a k jejich uvědomování dochází postupně a nejlépe právě v rozhovoru s jiným pracovníkem, které své hranice již zná (Marková, 2010, s. 30 - 32).

Představy společnosti, že zdravotník má samozřejmě otázku smrti a umírání zcela vyřešenou, se rozchází s realitou. Zdravotníci jsou součástí moderní společnosti, která je také bezpochyby ovlivňována „kultem mládí a krásy.“ Umírání a smrt je velice obsáhlé lidské téma. Bohužel na středních i vysokých školách je toto téma okrajově probíráno, ačkoliv by si zasloužilo mnohem více pozornosti a času.

4 Paliativní péče

Vorlíček definuje paliativní péči takto: „Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.

Paliativní péče:

- Usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný
- Respektuje a chrání důstojnost nevyлéčitelně nemocných
- Vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority
- Snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí
- Chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá jedinečně
- Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzných a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka

Paliativní péče tedy znamená určitou filozofii péče (důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka, nerozlučná propojenost somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání), ale také konkrétní organizace péče, která by umožnila saturaci potřeb nemocného ve všech výše zmíněných oblastech“. (Vorlíček, 2007, s. 25).

4.1 Paliativní péče v intenzivní péči

Úroveň současné intenzivní medicíny v podpoře základních životních funkcí umožňuje udržovat po týdny naživu pacienty s jednoznačně beznadějnou prognózou. Je třeba si uvědomit, že další část pacientů na oddělení intenzivní péče nemá prognózu dlouhodobého přežití. Tato fakta současně s omezenými zdroji ve zdravotnictví se podílejí na procesu rozhodování v prognózování výsledků u pacientů v intenzivní péči a resuscitační péči, jelikož zdravotničtí pracovníci nemají profesionální povinnost pouze k jednotlivému nemocnému, ale i ke společnosti jako celku (Kořenek, 2004, s. 105).

Může se zdát, že paliativní a intenzivní péče stojí na opačných koncích odborného spektra. Z historického hlediska můžeme říci, že se obě specializace vyvinuly ve stejné době a obě se snaží pečovat o pacienty, kteří jsou zranitelní a mají hodně potřeb. V kontextu intenzivní péče často chybí jeden z hlavních principů paliativní péče, a to ten, že lidé jsou si vědomi toho, že umírají. Ukázalo se, že některé charakteristiky intenzivní péče přispívají ke

vzniku „prostředí přesyceného podněty“, kde může být ztížené poskytovat péči, která zaručí „dobrou smrt“ z hlediska pacientů, jejich rodin i personálu (O'Connor, 2005, s. 265).

Kvalitu poskytované péče v intenzivní péči bychom měli hodnotit ze dvou základních hledisek. Úspěšnost v záchraně života a zdraví a efektivnost snahy o odstranění utrpení pacienta. Kvalitní a profesionální intenzivní péči nelze poskytovat bez současné aplikace principů paliativní péče (Vorlíček, 2007, s. 286)

4.2 Paliativní tým v nemocnici

Na většině nemocničních oddělení se personál soustředí na pacienty s perspektivou vyléčení. Je tedy velice obtížné vytvořit podpurné prostředí pro umírající pacienty. Jednou z možností, jak zlepšit úroveň paliativní péče v nemocnicích je vytvořit uvnitř nemocnice paliativní tým. Napříč spektrem všech oddělení poskytuje konziliární i faktickou péči o umírající. Členové tohoto týmu působí také jako podpora ostatnímu personálu, který by mohl péči o „neperspektivní“ pacienty považovat za příliš vyčerpávající, nesmyslnou či zbytečnou (Marková, 2010, s. 26)

5 Komunikace v intenzivní péči

Prostředí intenzivní péče rozhodně nevytváří vlídné prostředí pro komunikaci. Přístroje, nejrůznější „hadičky“, cizí zvuky a umělé osvětlení mohou být pro pacienty děsivé.

Na oddělení intenzivní péče jsou často hospitalizováni pacienti, kteří vyžadují speciální formu komunikace. Je třeba mít na paměti, že každý pacient komunikuje jinak. Základem je naučit se komunikovat s pacientem a také naučit komunikovat jeho. U lidí v bezvědomí se používá forma tzv. pasivní komunikace. U této formy komunikace vychází komunikace pouze ze strany sestry, která nemocného oslovuje, se vším seznamuje a hovoří na něj během ošetrovatelských výkonů. Tato komunikace je bez zpětné vazby. Nelze nekomunikovat,

ačkoliv někdy může sestřám připadat u pacientů v bezvědomí komunikace „zbytečná“. Specifickou skupinu tvoří pacienti při vědomí, kteří mají dýchací cesty zajištěny endotracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou. U těchto pacientů je možno využít řadu komunikačních technik. Nejrozšířenější technikou je odezírání ze rtů. Vyžaduje dobrou artikulaci ze strany pacienta a určitou praktickou zkušenost s odezíráním ze strany sestry. Další technikou je abecední tabulka, která z důvodu časové náročnosti spíše doplňuje odezírání ze rtů. Pacienti, kteří udrží tužku a desky s papírem, mohou komunikovat psaním. Pro rychlou komunikaci můžeme naučit pacienta jednoduché pohyby, které vystihují jeho nejčastější potřeby. Důležitým aktérem komunikace jsou příbuzní pacienta, na které by se nemělo zapomínat. Sestra by jim měla být oporou, a vybízet příbuzné ke komunikaci s pacientem. Vysvětlovat jim, jak s ním mohou komunikovat za daných okolností (i když to vypadá, že pacient nekomunikuje). Navázáním dobrého vztahu s příbuznými pacienta můžeme předejít případným problémům (např. po úmrtí pacienta). Komunikace v prostředí intenzivní péče s pacientem a jeho rodinou je důležitější než kdy jindy (Kapounová, 2007, s. 172 - 174, Špatenková, 2009, s. 108 - 109).

5.1 Komunikace s umírajícím pacientem

Etickou péčí o umírající nelze oddělit od komunikace s umírajícími. Právě ona je projevem morální péče. Umírající potřebuje, aby byla zachována jeho důstojnost i v posledních hodinách jeho života, aby mu někdo naslouchal, aby byla akceptována jeho poslední přání. Umírající člověk je stále žijícím člověkem, který potřebuje vnímat blízkost lidí a komunikovat, třeba jen očima a gesty. Umírající má právo na informace o svém zdravotním stavu, ale musíme však postupovat citlivě a s rozvahou (Kutnohorská, 2007, s. 78).

Komunikace s umírajícím pacientem v kritickém stavu na oddělení intenzivní péči velice komplikovaná, již ze dvou důvodů. První důvod je zajištění dýchacích cest, které je komunikační bariérou a neumožňuje fonaci. Druhým důvodem je, že pacienti jsou často analgosedováni a tedy udržováni v „umělém spánku“.

5.2 Komunikace s rodinou

Pro mnoho zdravotnických pracovníků představuje komunikace s rodinou pacienta nejnáročnější „komunikační oříšek“. Většinou s kolegy se nějak domluvíme, s pacienty nakonec také. Příbuzným se často snažíme vyhýbat. Při tom příbuzní představují pro zdravotníky důležité komunikační partnery. Skoro žádný pracovník ve zdravotnictví se nevyhne kontaktu s nimi. Zdravotní sestra by tedy měla umět nejen odpovídat na dotazy příbuzných nemocného, ale měla by být také schopna s nimi aktivně navazovat vztah. První kontakt s příbuznými pacienta hraje významnou roli v navázání dobrého vztahu s nimi a získání je ke spolupráci. Poslední kontakt s příbuznými je neméně důležitý. Ovlivňuje to, zda příbuzní pacienta odejdou s pocitem, že o jeho příbuzného bylo dobře postaráno a že o něj pečovali kompetentní profesionálové, nebo zda opouštějí zdravotnické zařízení plni hořkosti, hněvu a odhodlání podat stížnost či žalobu. Sestra by během komunikace měla respektovat svou povinnou mlčenlivost. Nikdy se nevyslovuje o nálezech, diagnóze, vážnosti stavu a prognóze nemoci. Může podávat informace týkající se pouze ošetrovatelské péče (Špatenková, 2009, s. 47).

V komunikaci s příbuznými pacienta v České republice máme velké rezervy pro zlepšení oproti Německu, Anglii či USA. Zdravotníci se často snaží příbuzným vyhýbat. Při tom studie Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying (Příznaky rodinných příslušníků se zkušenostmi na jednotce intenzivní péče u pacientů s vysokým rizikem úmrtí) potvrzuje vysoký výskyt psychických a fyzických potíží (např. deprese, smutek, únava, strach, úzkost) mezi členy rodiny během hospitalizace pacienta v intenzivní péči. Tyto údaje poukazují na potřebu zlepšit péči o rodinu pacientů na jednotkách intenzivní péče (McAdam et al., 2010, s. 1078 - 1085).

5.3 Komunikace s pozůstalými

Úmrtí milovaného člověka může být pro jeho příbuzné naprosto zdrcující i v případě, že smrt byla do jisté míry očekávána (např. velmi nemocný starý člověk). Přichází-li smrt náhle a nečekaně, nebo dokonce „předčasně“ (smrt dítěte nebo mladého jedince), může být

situace o to horší. Pozůstalý potřebují podporu a pomoc. Sestra jim jí může (a měla by) nabídnout. Lékař oznámí příbuzným úmrtí milovaného člověka, poté se otevírá prostor pro to, aby sestra pozůstalým naslouchala a utěšovala je během počátečního šoku.

Doporučení pro komunikaci s pozůstalými

- Buďte citlivý a trpělivý, když příbuzní prožívají truchlení.
- Vyhybat se eufemismům („Stalo se to včera“), místo toho: „Zemřel včera večer.“
- Používejte slova, která mohou být pozůstalým přinést úlevu („Ne netrpěl. Zemřel ve spánku“).
- Poskytněte pozůstalým ujištění, že jste udělali (oni i vy) pro zemřelého vše, co bylo ve vašich silách.
- Naslouchejte jejich pocitům a vzpomínkám. Neodsuzujte jejich pocity a dovoďte pozůstalým, aby si zemřelého idealizovali („Byl to ten nejlepší chlap na světě! Druhého takového už nikdy nenajdu!“).
- Pomozte pozůstalým vyjádřit jejich pocity, poskytněte jim čas a prostor, aby se mohli hroutit, plakat, zlobit.
- Nesnažte se zabránit pláči pozůstalým (pláč je projevem emocí pozůstalého, nabídněte jim papírový kapesník).
- Vyhybejte se frázím typu: „Všichni tam musíme. To bude dobré, chce to čas. Je to tak pro ni lepší.“
- Neskákejte pozůstalým do řeči, nepřerušujte je v hovoru.
- Vyjádřete svou soustrast a vyjádřete své sdílení („Je mi to líto.“).
- Používejte prvky aktivního naslouchání (např. „ano“, „a pak“, „aha“).
- Identifikujte dostupné zdroje pomoci a podpory (např. poradna pro pozůstalé, psychologická ordinace)
- Zvláštní pozornost věnujte sebevražedným myšlenkám a úmyslům pozůstalých.

(Špatenková, 2009, s. 118 - 120)

6 Psychická zátěž sester pracujících v intenzivní péči

Zdravotní sestry, spolu s učiteli a manažery, jsou skupinou zaměstnanců, které jsou nejvíce vystavovány vysokou mírou stresu. Speciálně sestry pracující v intenzivní péči se velice často dostávají do situací, které vyvolávají stres. Nejčastější faktory způsobující stres je vysoká úmrtnost, smrt mladých lidí a okamžité změny v rychlosti práce. Navzdory všemu jsou některé sestry schopné zachovat si nadšení v práci. Z psychologického hlediska je dlouhodobý stres spojen s pocitem úzkosti, deprese, subjektivní únavy či snížené sebedůvěry. U některých zkušených zdravotních sester v intenzivní péči byly zjištěny známky post traumatické stresové reakce. Mealer et al. uvedl, že některé traumatické události spojené s prací sester v intenzivní péči jsou podobné těm, které zažili váleční veteráni. Příčiny zahrnují manipulaci s mrtvými těly a péče o raněné oběti. Hlavní součástí ošetrovatelské profese v intenzivní péči jsou silně emocionálně nabitě rozhovory s příbuznými pacienta, kteří se najednou ocitli v psychické krizi. Příbuzní pacienta se také podílejí na zvyšování stresové zátěže sestry. Sestry by měli používat copingové strategie, které jim napomáhají snižovat míru stresové zátěže. Podpůrné skupiny, pravidelné mezioborové setkání, kde se diskutuje o obtížných případech, a nabízení školení zaměstnancům v komunikaci a zvládnání konfliktů, to jsou také důležité metody pro zmírnění stresu, které jsou základem zdravého prostředí na oddělení intenzivní péče. Kvalita pracovního prostředí je nejen důležitá pro zaměstnance, ale také pro pacienty. Některé osobnostní rysy jako je otevřenost a extroverze mohou mít pozitivní vliv na vnímání stresové zátěže (Burgess et al., 2009, s. 129 – 140).

Zdravotní sestry patří do skupiny lidí, která je riziková pro vznik syndromu vyhoření. Krivohlavý popisuje syndrom vyhoření jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobené dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně náročné. Tato emocionální náročnost je podmíněna spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy. Syndrom vyhoření je doprovázen celou řadou příznaků. Patří mezi ně pocity bezmoci a beznaděje, tělesné zhroucení, ztráty iluzí, negativních postojů k práci, k lidem v zaměstnání a i k životu jako celku. Nejnadšenější lidé upadají do nejtěžších forem vyhoření nejčastěji. Očekávají, že jim jejich práce dává smysl jejich života. Vnímání svého zaměstnání jako povolání je také zvláště nebezpečné. Domnívají se, že jsou voláni k tomu, co dělají, vyšší autoritou, vyšším zájmem, „vyšší mocí“. Syndrom vyhoření je dokladem, že jim selhala představa, že práce by mohla být nadějným řešením

existenciální otázky (odpovědí na otázku „proč vůbec žít“). Hlavní důvod syndromu vyhoření spočívá v naší existenciální potřebě věřit, že věci, které děláme, jsou nějak užitečné, důležité a v určitém smyslu „hrdinné“. Zdravotní sestry pracující na onkologii, v hospicích, na jednotkách intenzivní péče a všude tam, kde dochází k časté konfrontaci se smrtí, umíráním a utrpením mají vysoké riziko syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998, s. 10 – 20).

7.1 Humor jako copingová strategie

Práce sestry na jednotkách intenzivní péče patří k nejvíce stresujícím. Často vznikají intrapsychické a interpersonální problémy, jako jsou konflikty mezi pracovníky, pacientem nebo rodinou pacienta, nejistota stimulovaná velkou odpovědností v péči o pacienta, emoční reakce na ztrátu.

Copingové strategie jsou definovány jako způsoby (strategie) zvládnání stresu.

Křivohlavý popisuje dva základní druhy strategií, popsaných Lazarusem a Folkmanovou: strategie zaměřené na řešení problému (vyvinutí vlastní aktivity, snaha najít konstruktivní řešení) a strategie zaměřené na vyrovnání se s emocionálním stavem (regulace emocionálního stavu, do kterého se jedinec dostal v důsledku stresu)

Křivohlavý považuje za základní dva druhy strategií, popsaných Lazarusem:

- strategie zaměřené na řešení problému (vyvinutí vlastní aktivity, snaha najít konstruktivní řešení)
- strategie zaměřené na vyrovnání se s emocionálním stavem (regulace emocionálního stavu, do kterého se jedinec dostal v důsledku stresu).

(Křivohlavý, 2001, s. 168 - 170)

Smysl pro humor patří mezi copingové strategie, která pomáhá „odlehčovat“ napjaté situace ve zdravotnictví. Obzvláště v intenzivní péči jich není málo.

Karel Čapek napsal, že humor je způsob vidění světa, na který jako bychom se dívali obráceným dalekohledem. Humor zmenšuje trápení a nemoc, a proto je více humoru mezi chudými a trpícími, než mezi mocnými. Ti naopak o své moci neztarčí, protože ji netouží vidět zmenšenou. Smysl pro humor se mezi jednotlivci výrazně liší, avšak všechny druhy

humoru mají cosi společného – překvapivý zážitek, vidění souvislostí v novém (komickém) světle. Potřebu humoru můžeme chápat jako biologickou potřebu. Humor sám je pak jako jeden ze způsobů uchycení a zvládnání nebezpečí věčně proměnlivého života (Honzák, 2010, s. 21).

Mnoho studií podporují názor, že humor a smích jsou terapeutický prostředek jak uvolnit napětí a úzkost. Stres je spojen s psychologickou úzkostí, humor zřejmě vyrovnává negativní účinky stresu. Smích uvolňuje svalové napětí, tiší bolest, zlepšuje pozitivní náladu a pomáhá vytvářet zdravé sebevědomí (Abel, 2002, s. 1 – 2).

EMPIRICKÁ ČÁST

7 Zkoumaný soubor a použité metody

7.1 Kvantitativní výzkum a dotazníkové šetření

Úkolem kvantitativního výzkumu je staticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu mezi závislými apod. Pracuje většinou s velkým počtem respondentů (Kutnohorská, 2009, s. 22).

Dotazník je určený respondentovi, tedy osobě dotazované, během výzkumu dotazníkem. Dotazník obsahuje otázky a možnosti odpovědí, někdy ponechává i místo pro spontánní odpověď (Jandourek, 2008, s. 45).

7.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazník byl sestaven pro řadové sestry (ženy i muže) na lůžkových odděleních dlouhodobé intenzivní péče tří vybraných nemocnic: Nemocnice Tanvald s.r.o., MEDITERRA - Sedlčany s.r.o., Rehabilitační klinika Malvazinky. Kritériem nebyl věk respondentů ani délka jejich odborné praxe. Záměrně jsem vybrala oddělení dlouhodobé intenzivní péče, jelikož zde etické hledisko hraje velkou roli.

7.3 Cíl práce

Zjistit jaký mají sestry pohled na etiku umírání a smrti v intenzivní péči.

Dílčí cíle:

- 1) Zjistit, jestli jsou podle sester dostatečně používány paliativní přístupy v intenzivní péči, zda považují vzdělání sester v problematice paliativní péče a péče o umírající v intenzivní medicíně za dostatečné a jestli se sami v této oblasti vzdělávají.
- 2) Zjistit jaký mají sestry názor na euthanasii a zda mají pocit, že u umírajících pacientů dochází k dehumanizaci a jestli by souhlasily u pacientů v permanentním vegetativním stavu, na žádost rodiny, s vysazením nutriční podpory.
- 3) Zjistit míru psychické zátěže u sester pečující o umírající pacienty, zda v nich vyvolávají některé situace morální tíseň a v jakých situacích k tomu dochází.
- 4) Zjistit, zda mají sestry pocit dostatečné informovanosti příbuzných pacienta o velmi špatné prognóze a blížící se smrti, jestli by byly pro uzákonění „Living will“ a zda si myslí, že dnešní legislativa umožňuje lékařům dostatečný prostor pro nerozšiřování či vysazení terapie, DNR

7.4 Metodika práce

Pro praktickou část bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum založen na technice sběru dat a potřebných údajů formou anonymního dotazníku.

Dotazník je standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek.

Výsledný dotazník (příloha č. 5), který byl použit k realizaci výzkumného šetření, je sestaven z dvaceti dvou, převážně uzavřených otázek. Dvě otázky byly dichotomické, ostatní polytomické nebo polouzavřené. Uzavřené otázky nabízejí soubor možných variant odpovědí, ze kterých respondent vybere vhodnou odpověď. Odpovědi na otázky jsou předem formulovány a dotazovaný vybírá odpověď, která se nejvíce blíží jeho názoru. Dále byly

využity otázky polouzavřené, které umožňovaly v případě, kdy odpověď dostatečně nevystihovala jejich postoj, měli možnost jej dopsat.

Obsah dotazníku byl rozdělen do pěti podskupin I., II., III., IV. a V. část.

První část byla zaměřena na osobní a pracovní údaje o respondentech.

Druhá část byla zaměřena na paliativní péči na oddělení intenzivní péče.

Třetí část byla zaměřena na názor na týkající se euthanasie.

Čtvrtá část byla zaměřena na psychickou zátěž sester a morální tíseň.

Pátá část byla zaměřena na informovanost rodiny, legislativní podpory DNR a nerozšiřování terapie a na názor ohledně „Living will“.

Pro cíl 1 byly stanoveny položky s číslem 10, 11, 12

Pro cíl 2 byly stanoveny položky s číslem 8, 9, 22

Pro cíl 3 byly stanoveny položky s číslem 6, 7, 13, 14, 15, 16

Pro cíl 4 byly stanoveny položky s číslem 17, 18, 19, 20, 21

7.5 Organizace dotazníkového šetření

Obsahová správnost a formulace jednotlivých otázek dotazníku byla konzultována s vedoucím práce.

V lednu 2011 byl proveden na oddělení dlouhodobé intenzivní péče Rehabilitační kliniky Malvazinky pilotážní výzkum, kterého se zúčastnilo 6 zdravotních sester.

Cílem předvýzkumu bylo ověřit srozumitelnost a jednoduchost nabízených otázek. Bylo zjištěno, že otázky byly jasné a jejich zodpovězení nečinilo dotazovaným potíže. Dotazník byl použit jako definitivní verze a následně použit k výzkumnému šetření.

Výzkum jsem začala zkontaktováním hlavních sester vybraných nemocnic prostřednictvím e-mailu. Po jejich souhlasu byly osobně nebo telefonicky osloveny vrchní sestry, pod které spadalo oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Na Rehabilitační klinice Malvazinky jsem dotazníky předala osobně. U nemocnice v Tanvaldu a Sedlčanech jsem je

po domluvě zaslala poštou. Na oddělení byly dotazníky ponechány 3 týdny, poté mi byly zaslány zpět nebo jsem si je v případě Rehabilitační kliniky Malvazinky vyzvedla osobně.

Pro zpracování potřebných dat byl použit dotazník s 22 položkami. Celkově bylo rozdáno 95 dotazníků a následně sesbíráno 86. Z toho 17 dotazníků bylo vyřazeno vzhledem k nejasným odpovědím. K vyhodnocení bylo tedy použito 69 dotazníků při návratnosti 81,7 %.

Spolupráce se zdravotnickými zařízeními byla dobrá, ve všech zařízeních byli velmi vstřícní.

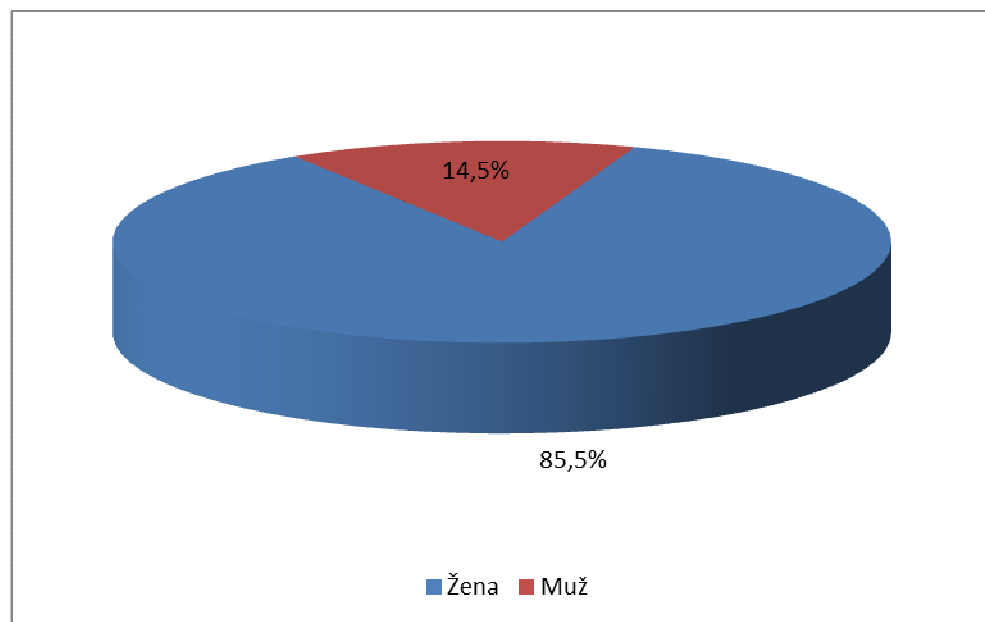
7.6 Zdroje informací

Při zpracování bakalářské práce jsem čerpala z četných zdrojů monografií, článků českých i zahraničních periodik a internetových zdrojů týkající se etiky umírání a smrti v intenzivní péči.

7.7 Zpracování výzkumných dat

Otázka č. 1 - Vaše pohlaví?

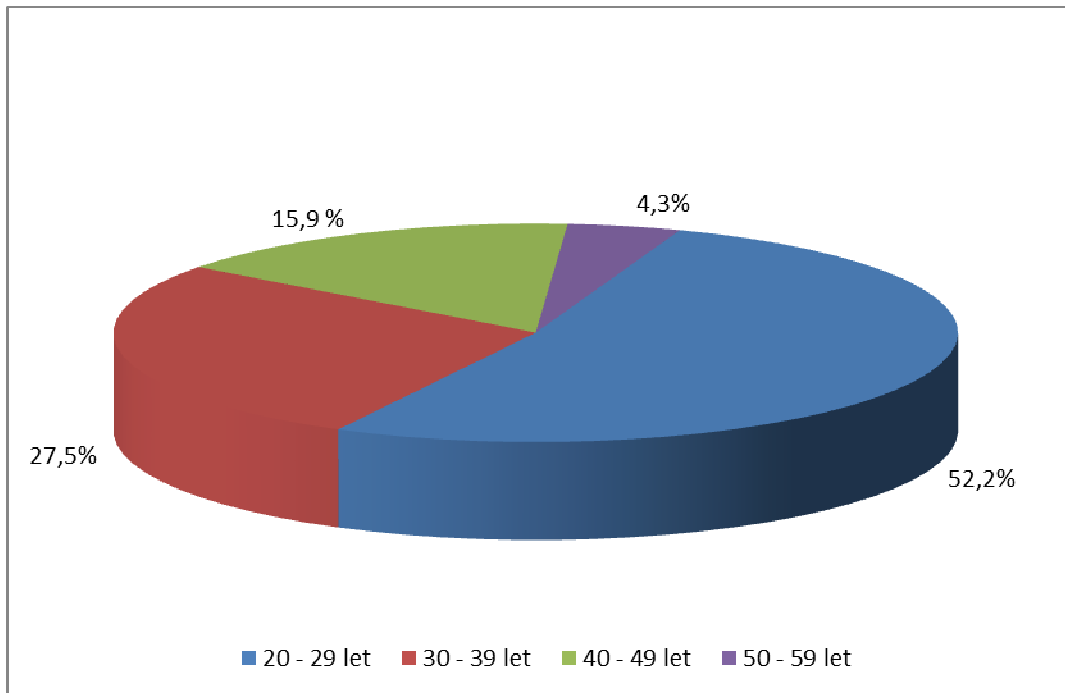
Graf č. 1 Pohlaví



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče vyplnilo dotazník 59 žen (85,5%) a 10 mužů (14,5%). Graf č. 1

Otázka č. 2 - Vaše věková kategorie?

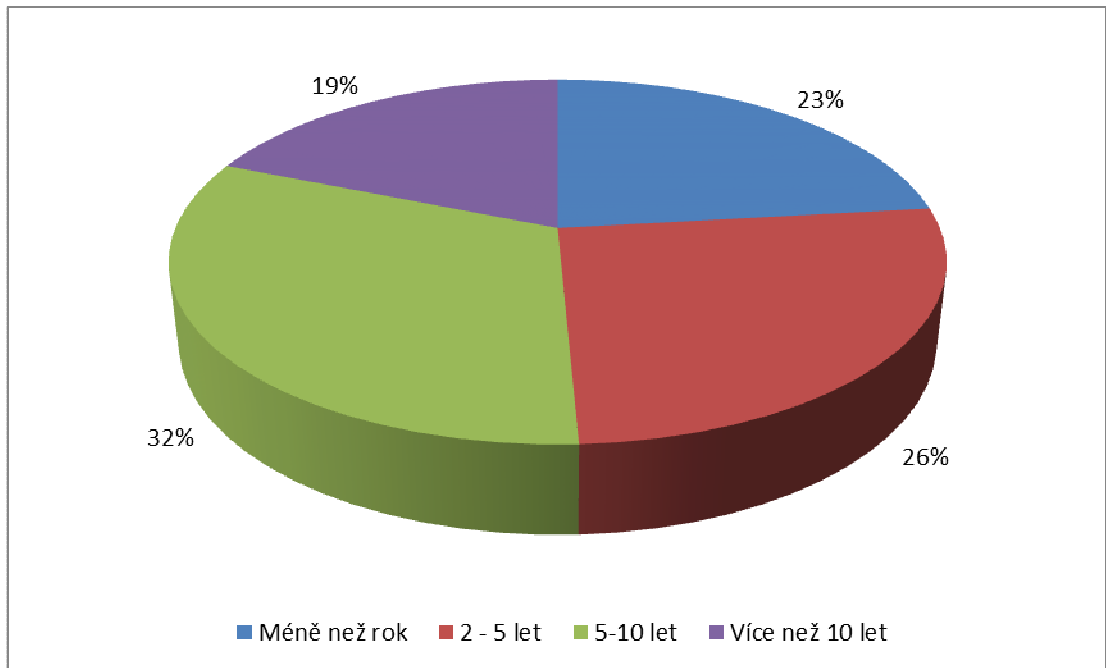
Graf č. 2 Věková kategorie



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče bylo 36 (52,2%) respondentů ve věkové kategorii 20-29 let, 19 (27,5%) respondentů označilo věkovou kategorii 30-39 let, 11 (15,9%) respondentů bylo ve věkové kategorii 40-49 let a věkovou kategorii 50-59 let vyplnili 3 (4,3%) respondenti. Graf č. 2

Otázka č. 3 – Vaše délka praxe v oboru intenzivní péče?

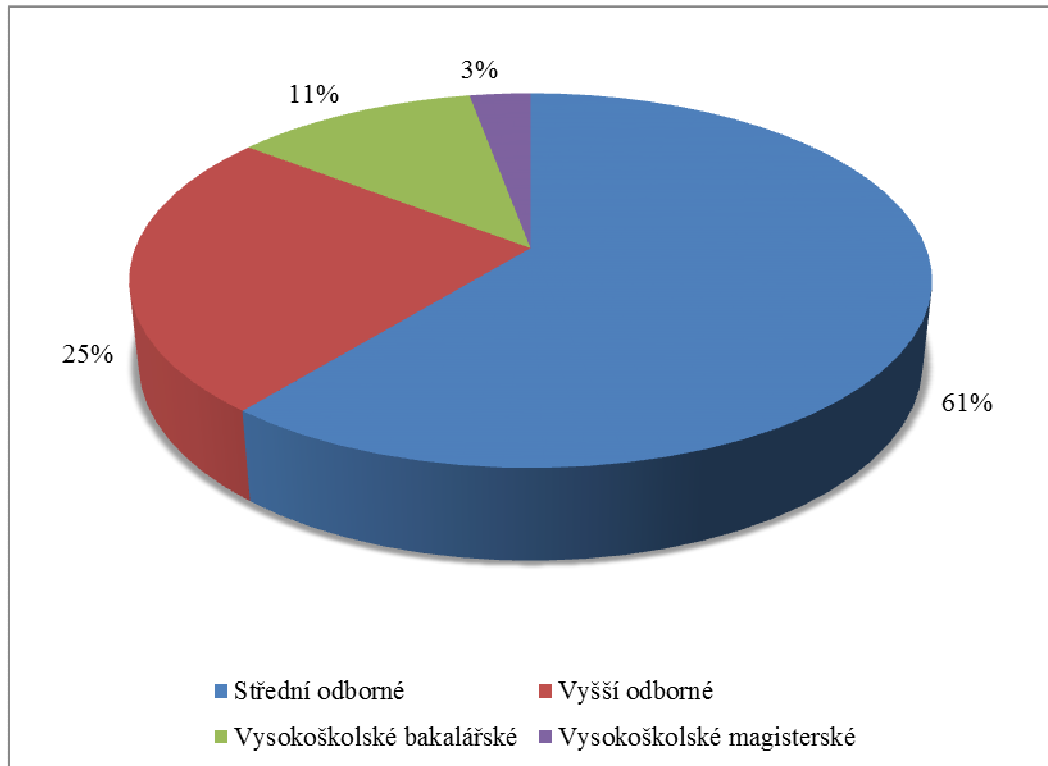
Graf č. 3 Praxe v oboru intenzivní péče



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 16 (23,2%) respondentů pracuje v oboru intenzivní péče méně než rok, 18 (26,1%) respondentů uvedlo délku praxe 2-5 let, 22 (31,9%) respondentů uvedlo 5-10 let praxe a více než 10 let pracuje v oboru intenzivní péče 13 (18,8%) respondentů. Graf č.3

Otázka č. 4 – Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

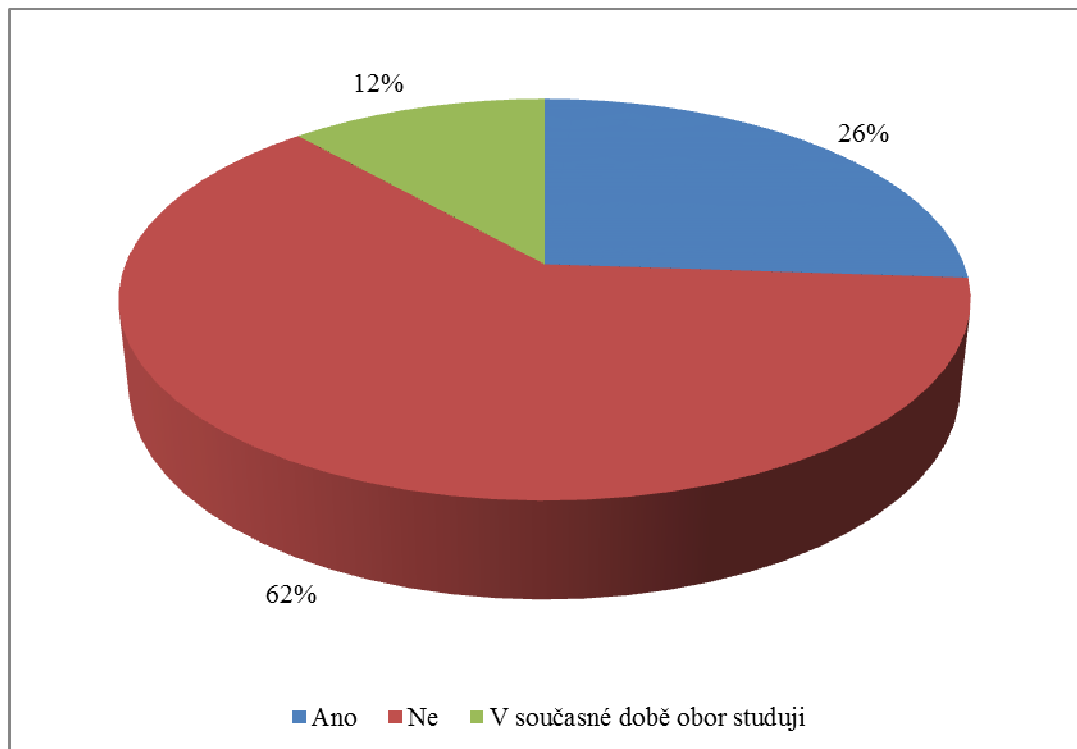
Graf č. 4 Vzdělání



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 42 (60,9%) respondentů má nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné, 17 (24,6%) respondentů absolvovalo vyšší odborné vzdělání, 8 (11,6%) respondentů uvedlo vysokoškolské bakalářské a 2 (2,9%) respondenti mají vysokoškolské magisterské vzdělání. Graf č. 4

Otázka č. 5 – Jste absolventem specializačního studia v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče?

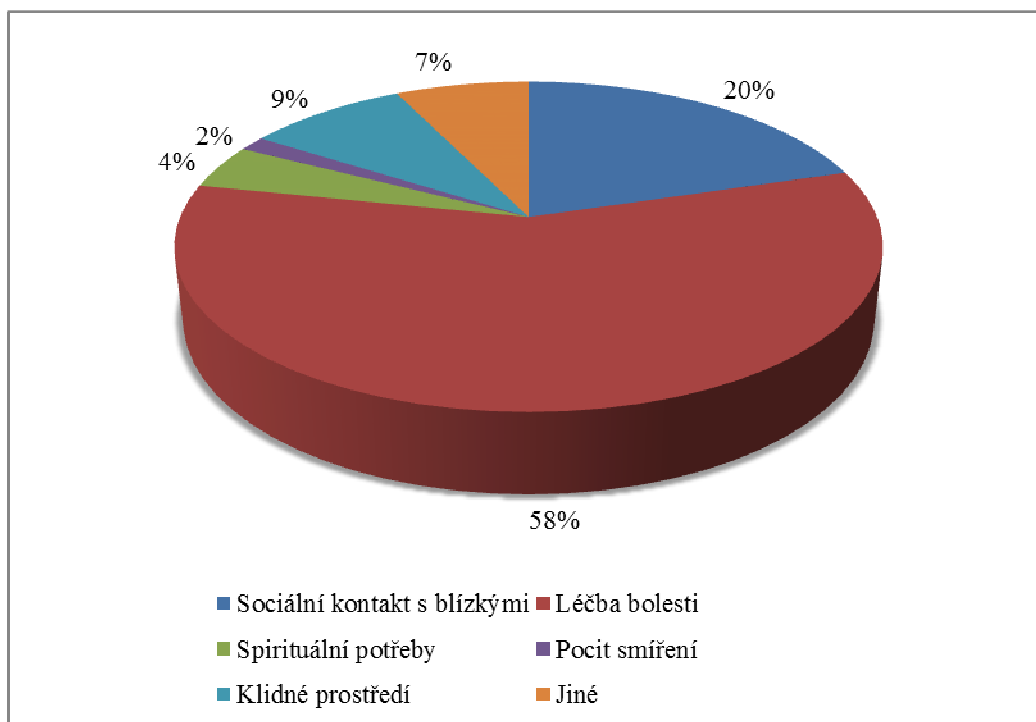
Graf č. 5 Specializační studium ARIP



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 18 (26,1%) respondentů absolvovalo specializační studium ARIP, 43 (62,3%) respondentů specializaci ARIP nemá a 8 (11,6%) respondentů v současné době studuje specializační studium ARIP. Graf č. 5

Otázka č. 6 – Co považujete za nejdůležitější v péči o umírajícího pacienta?

Graf č. 6 Nejdůležitější aspekt

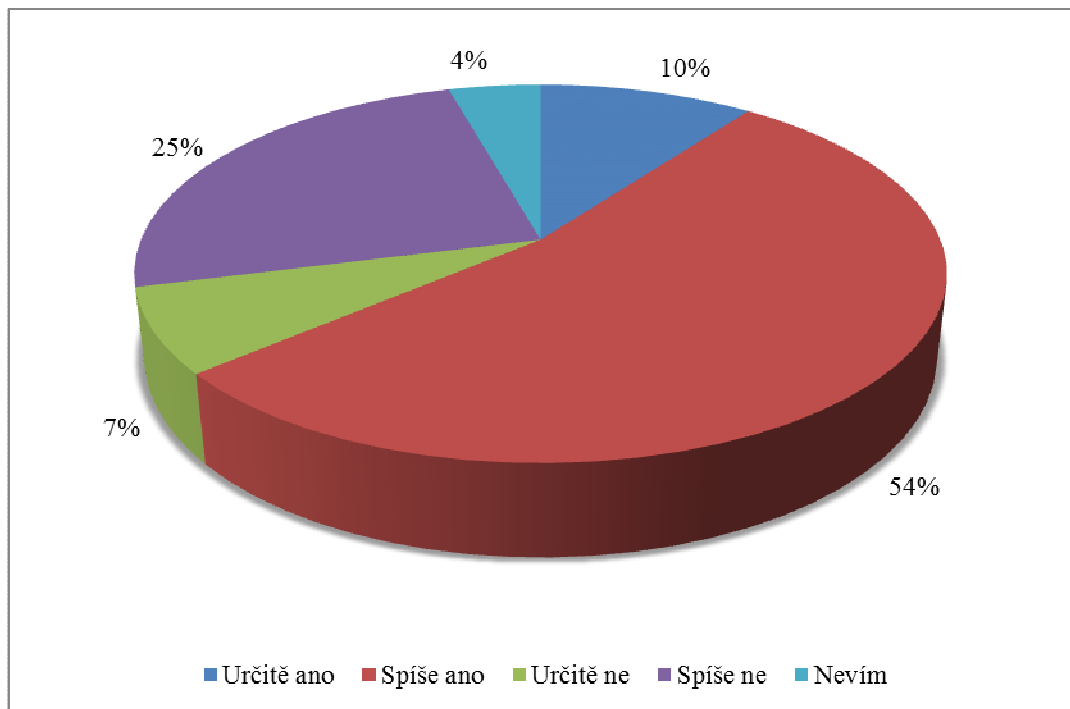


Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 14 (20,3%) respondentů uvedlo sociální kontakt s blízkými, 40 (58%) respondentů označilo léčbu bolesti, 3 (4,3%) respondenti považují za nejdůležitější spirituální potřeby, 1 (1,4%) respondent odpověděl pocit smíření, 6 (8,7%) respondentů uvedlo klidné prostředí a jinou odpověď uvedlo 5 (7,2%) respondentů. Graf č. 6

U možnosti jiné odpověděl jeden z respondentů takto: „Nelze jednoznačně říci co je nejdůležitější pro konkrétního pacienta. U pacienta s bolestí - bude odpověď b, věřící klient bude preferovat c, jiný např. e.“ Ostatní respondenti se vyjadřovali obdobně. Bylo pro ně těžké zvolit pouze jeden nejdůležitější aspekt.

Otázka č. 7 – Myslíte si, že u umírajících pacientů je dostatečně řešena léčba bolesti?

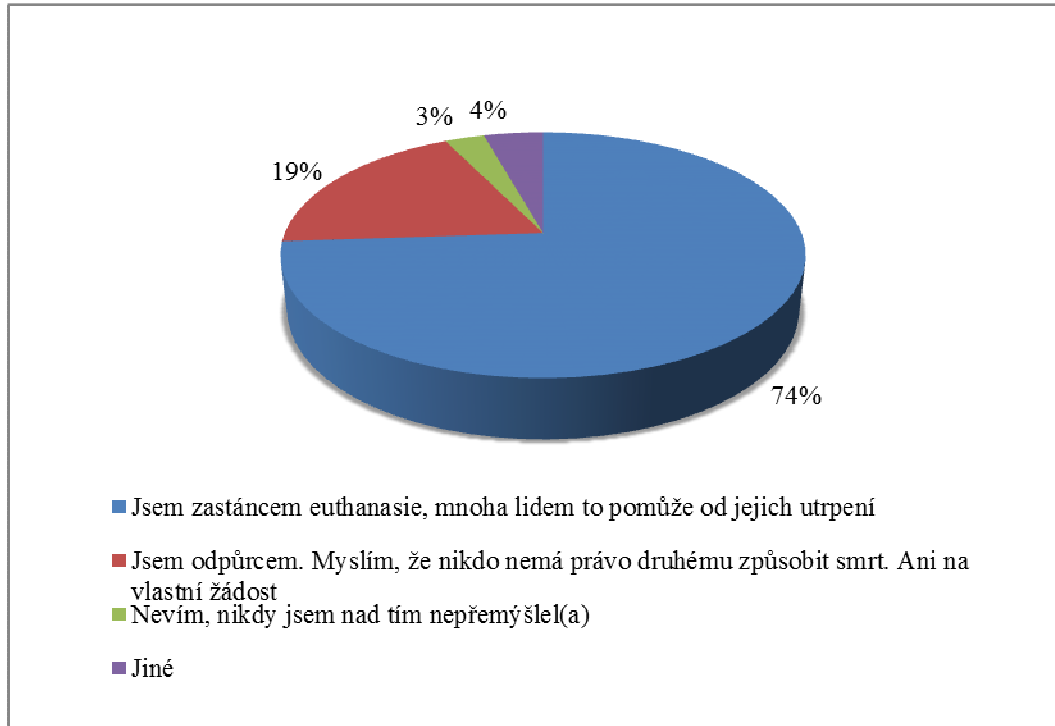
Graf č. 7 Léčba bolesti



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 7 (10,1%) respondentů si myslí, že léčba bolesti u umírajících pacientů je určitě dostatečně řešena, 37 (53,6%) respondentů označilo odpověď spíše ano, 5 (7,2%) respondentů se domnívá, že určitě ne, 17 (24,6%) respondentů si myslí, že spíše ne a 3 (4,3%) respondenti uvedli nevím. Graf č. 7

Otázka č. 8 – Jaký máte názor na euthanasii?

Graf č. 8 Euthanasie



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 51 (73,9%) respondentů jsou zastánci euthanasie, 13 (18,8%) respondentů jsou odpůrci euthanasie, 2 (2,9%) respondenti označili, že neví a 3 (4,3%) respondenti uvedli jinou odpověď. Graf č. 8

Názory respondentů, kteří zvolili jinou odpověď:

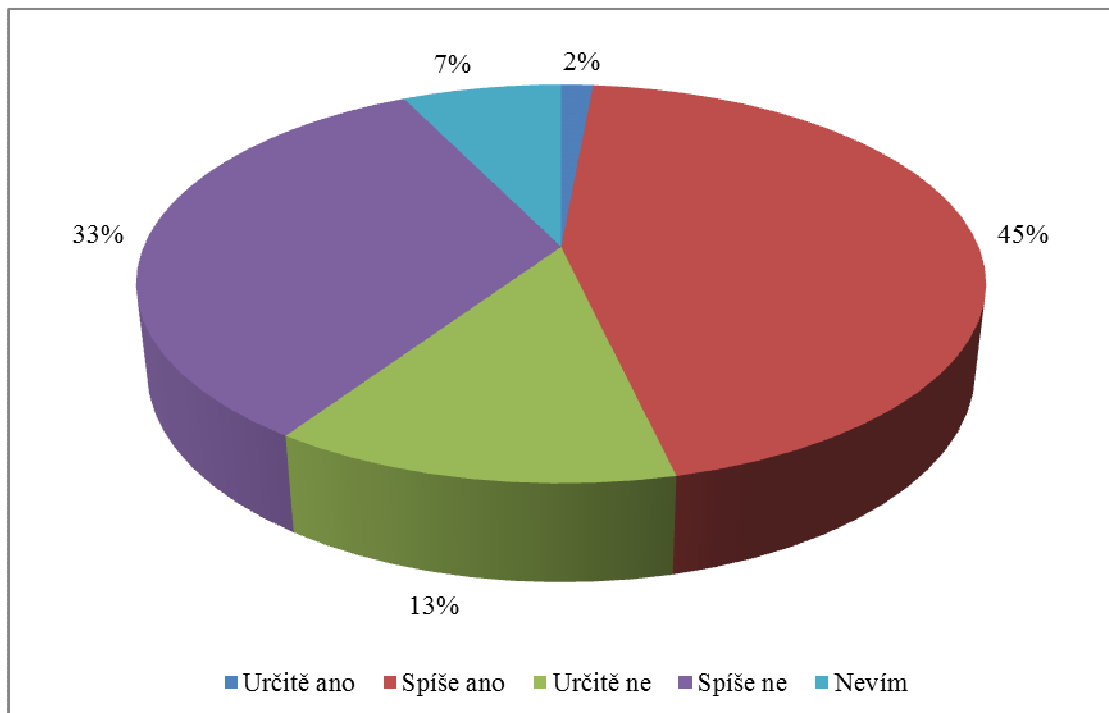
„V určitých případech jsme pro, záleží na okolnostech.“

„Jednoznačně nejsem zastáncem, každý případ se musí řešit individuálně.“

„Nejsem za euthanasii, ale jsem proti umělému udržování pacientů při životě (u pac. v terminálním stádiu rakoviny, dále neléčitelné nemoci apod.).“

Otázka č. 9 – Máte pocit, že dochází k dehumanizaci u umírajícího pacienta?

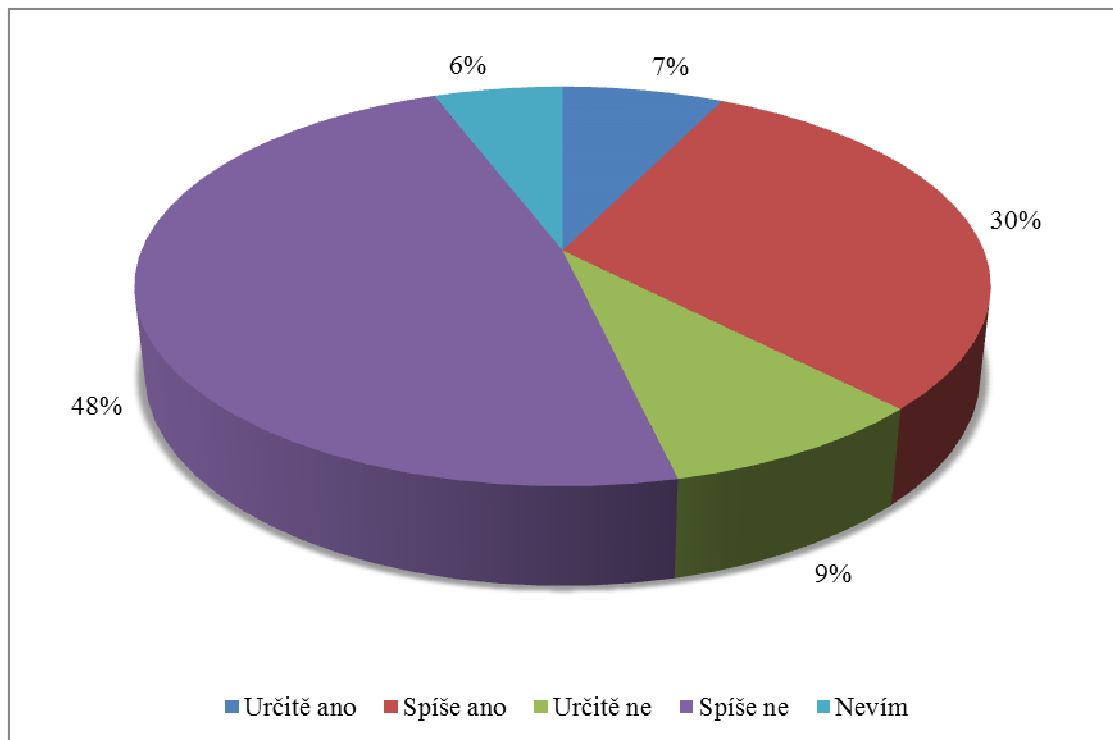
Graf č. 9 Dehumanizace



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče má 1 (1,4%) respondent pocit, že určitě dochází k dehumanizaci u umírajícího pacienta, 31 (44,9%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 9 (13%) respondentů označilo odpověď určitě ne, 23 (33,3%) respondentů si myslí, že určitě ne a 5 (7,2%) respondentů označilo odpověď nevím. Graf č. 9

Otázka č. 10 - Myslíte si, že jsou dostatečně používány paliativní přístupy v intenzivní péči?

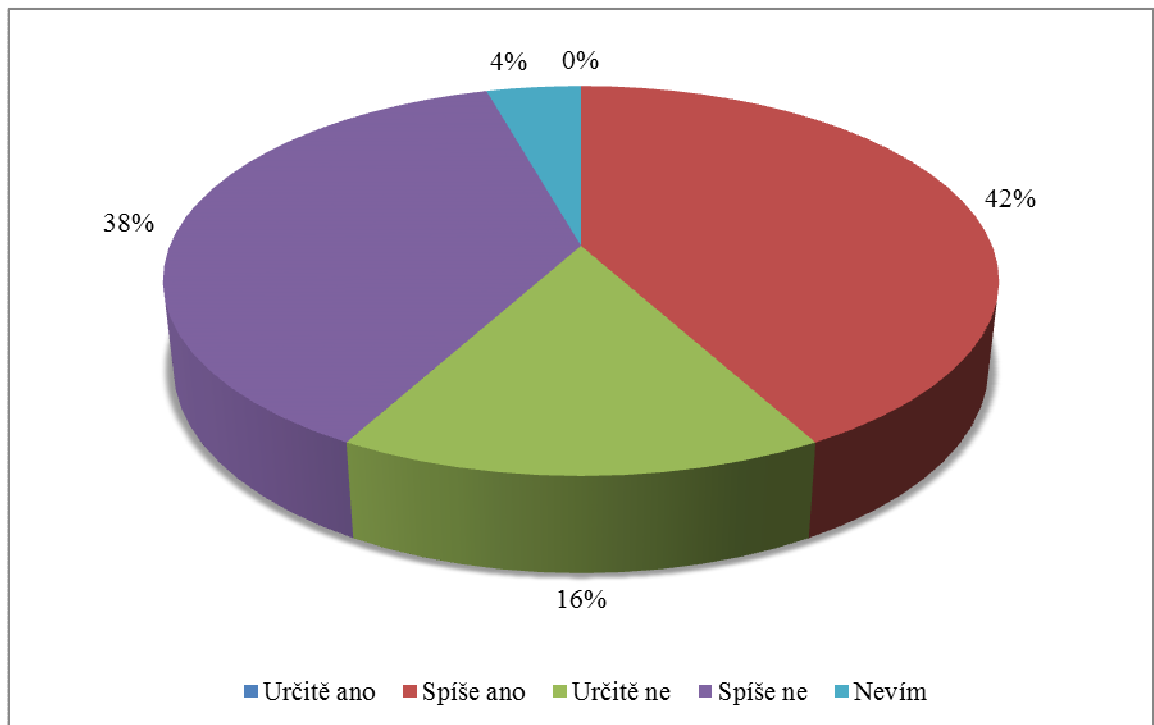
Graf č. 10 Používání paliativních principů v intenzivní péči



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 5 (7,2%) respondentů si myslí, že jsou určité používány paliativní přístupy v intenzivní péči, 21 (30,4%) respondentů odpovědělo spíše ano, 6 (8,7%) respondentů uvedlo určitě ne, 33 (47,8%) respondentů označilo spíše ne a 4 (5,8%) respondenti odpověděli nevím. Graf č. 10

Otázka č. 11 - Považujete vzdělání sester v oblasti paliativní péče a péče o umírající za dostatečné?

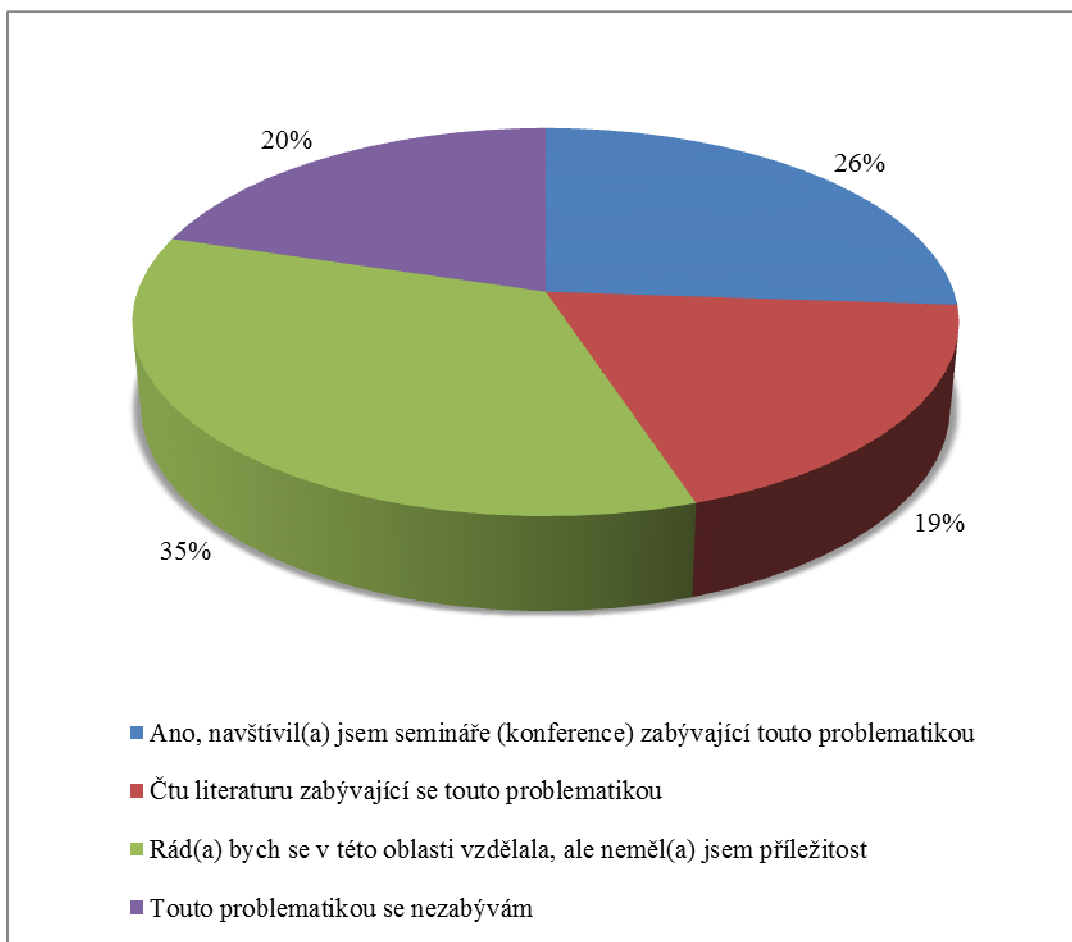
Graf. č 11 Úroveň vzdělání sester v oblasti paliativní péče a péče o umírající



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 0 (0%) respondentů určitě považuje vzdělání zdravotních sester v oblasti paliativní péče a péče o umírající za dostatečné, 29 (42%) respondentů odpovědělo spíše ano, 11 (15,9%) respondentů uvedlo určitě ne, 26 (37,7%) respondentů označilo odpověď spíše ne a 3 (4,3%) respondenti odpovědělo nevím. Graf č. 11

Otázka č. 12 - Vzděláváte se v oblasti paliativní péče a v péči o umírající?

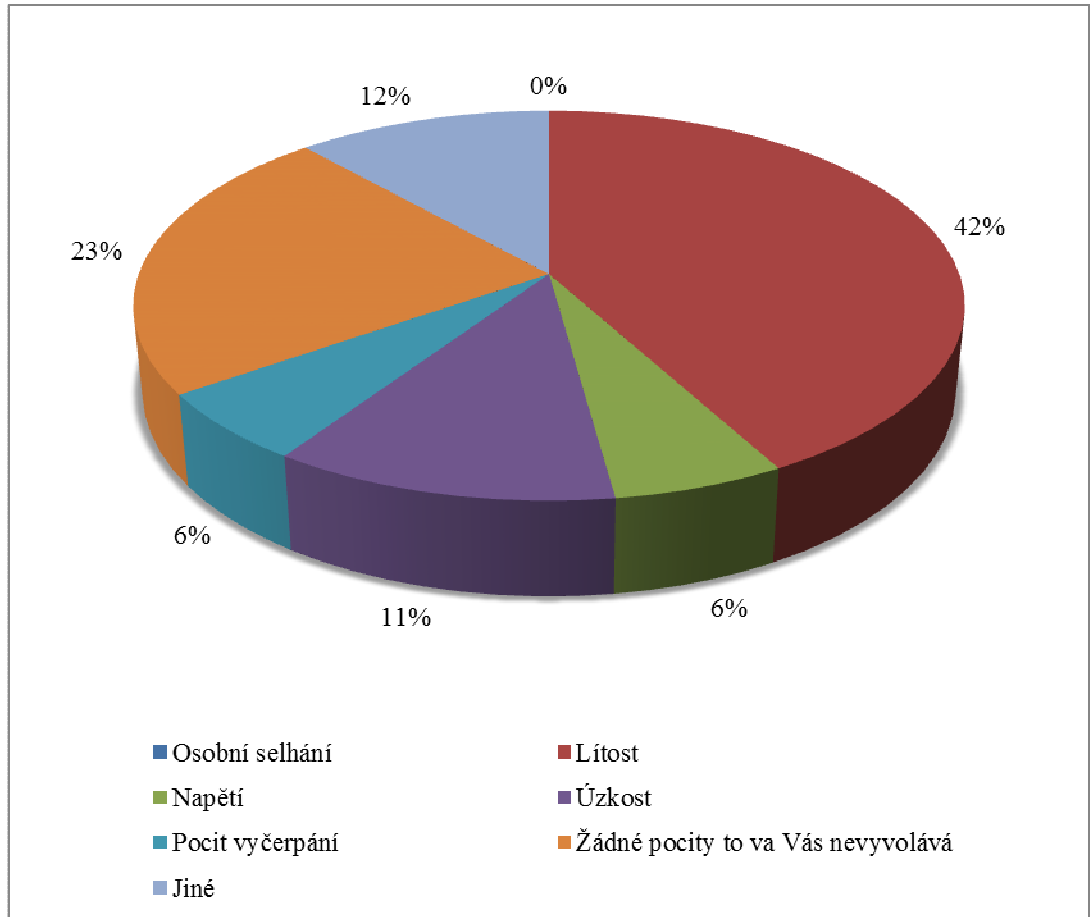
Graf č. 12 Sebevzdělávání sester v oblasti paliativní péče a péče o umírající



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 18 (26,1%) respondentů navštívilo seminář nebo konferenci s touto problematikou, 13 (18,8%) respondentů čte literaturu s touto problematikou, 24 (34,8%) respondentů dotázaných by se rádi v této oblasti vzdělali, ale neměli příležitost a 14 (20,3%) respondentů se touto problematikou nezabývá. Graf č. 12

Otázka č. 13 - Jaké ve Vás vyvolává pocity péče o umírajícího pacienta?

Graf č. 13 Pocity při poskytování péče o umírající



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 0 (0%) respondentů uvedlo osobní selhání, 29 (42%) respondentů má pocit lítosti, 4 (5,8%) respondenti prožívá napětí, 8 (11,6%) respondentů zvolilo úzkost, 4 (5,8%) respondenti uvedlo pocit vyčerpání, u 16 (23,2%) respondentů to žádné pocity nevyvolává a 8 (11,6%) respondentů zvolilo jinou odpověď. Graf č. 13

Odpovědi respondentů, kteří napsali svůj názor:

„Soucit, pocit vlastní smrtelnosti.“

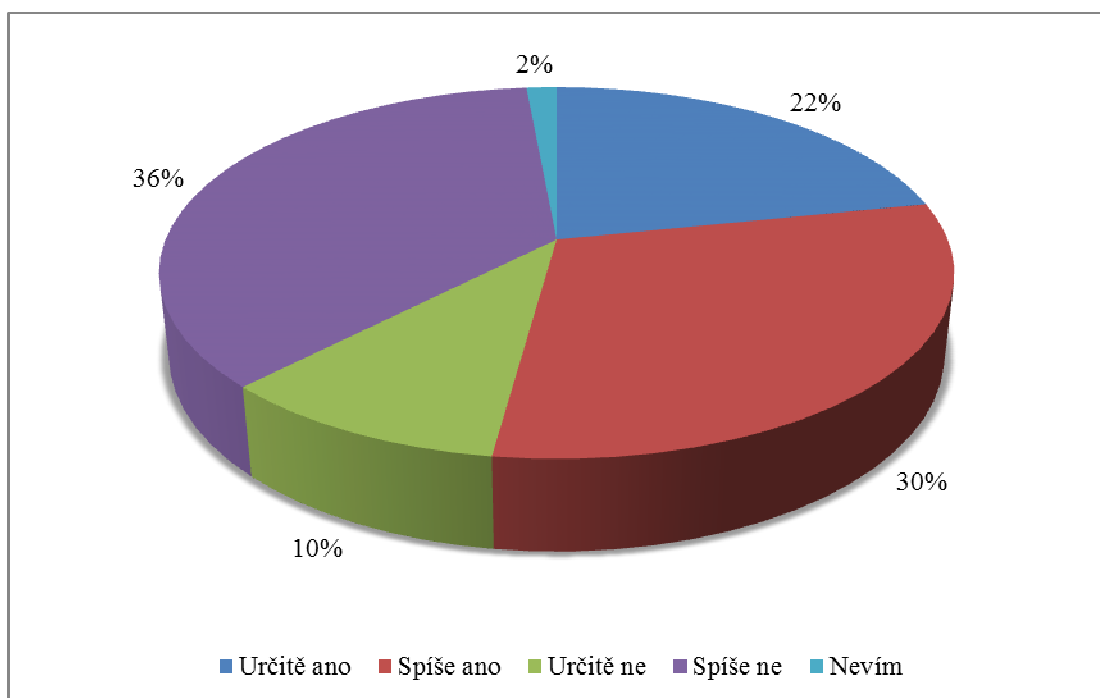
„Pokud to je pacient v těžkém stavu, s nulovou prognózou, tak mu odchod spíš přeju a držím ho za ruku. U mladých lidí je to lítost.“

„Pocit ztráty.“

„Paliace je významný ošetrovatelský obor. Je - li paliativní péče prováděna indikovaně a erudovaně, vnímám ji pak spíše jako zodpovědné poslání a čest doprovodit pacienta v jeho posledních dnech.“

Otázka č. 14 - Způsobuje Vám komunikace s umírajícím pacientem nebo s jeho blízkými psychickou zátěž?

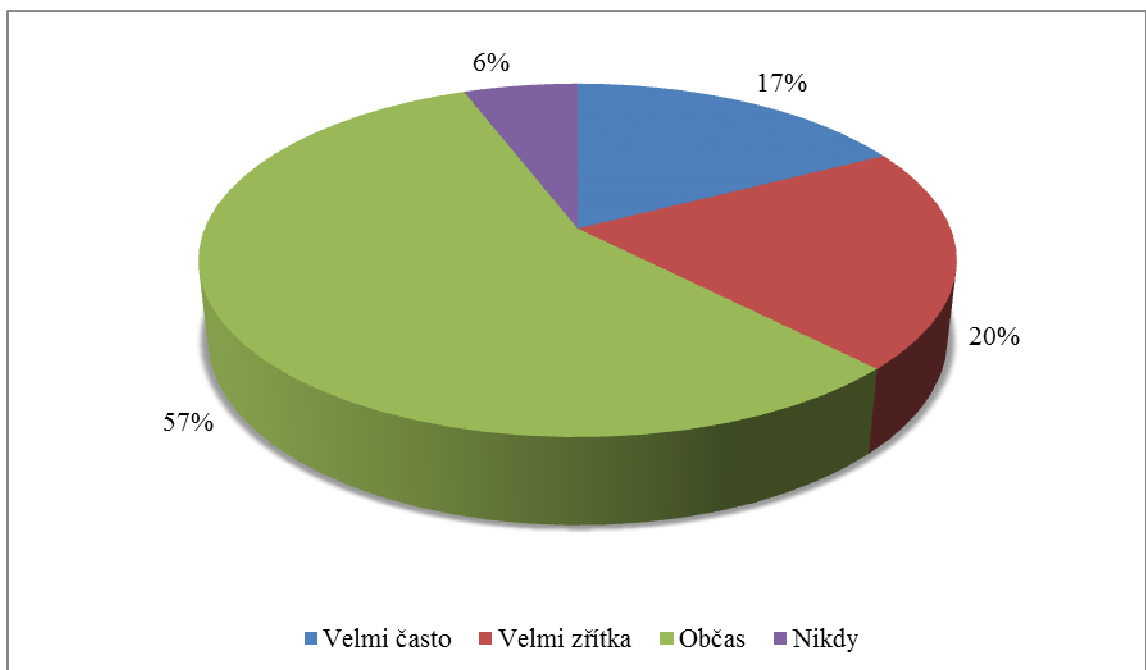
Graf č. 14 Psychická zátěž při komunikaci s umírajícím pacientem a s jeho blízkými



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 15 (21,7%) respondentů uvedlo, že komunikace s umírajícím pacientem nebo s jeho blízkými v nich určitě způsobuje psychickou zátěž, 21 (30,4%) respondentů odpovědělo spíše ano, (10,1%) respondentů označilo odpověď určitě ne, 25 (36,2%) respondentů uvedlo spíše ne a 1 (1,4%) respondent odpověděl nevím. Graf č. 14

Otázka č. 15 - Vyvolávají ve vás některé situace stav „morální tísně“ (utrpení, které sestry zažívají, když jim okolnosti prostředí nebo podmínky dané pracovním prostředím neumožní jednat tak, jak cítí, že je eticky správně)?

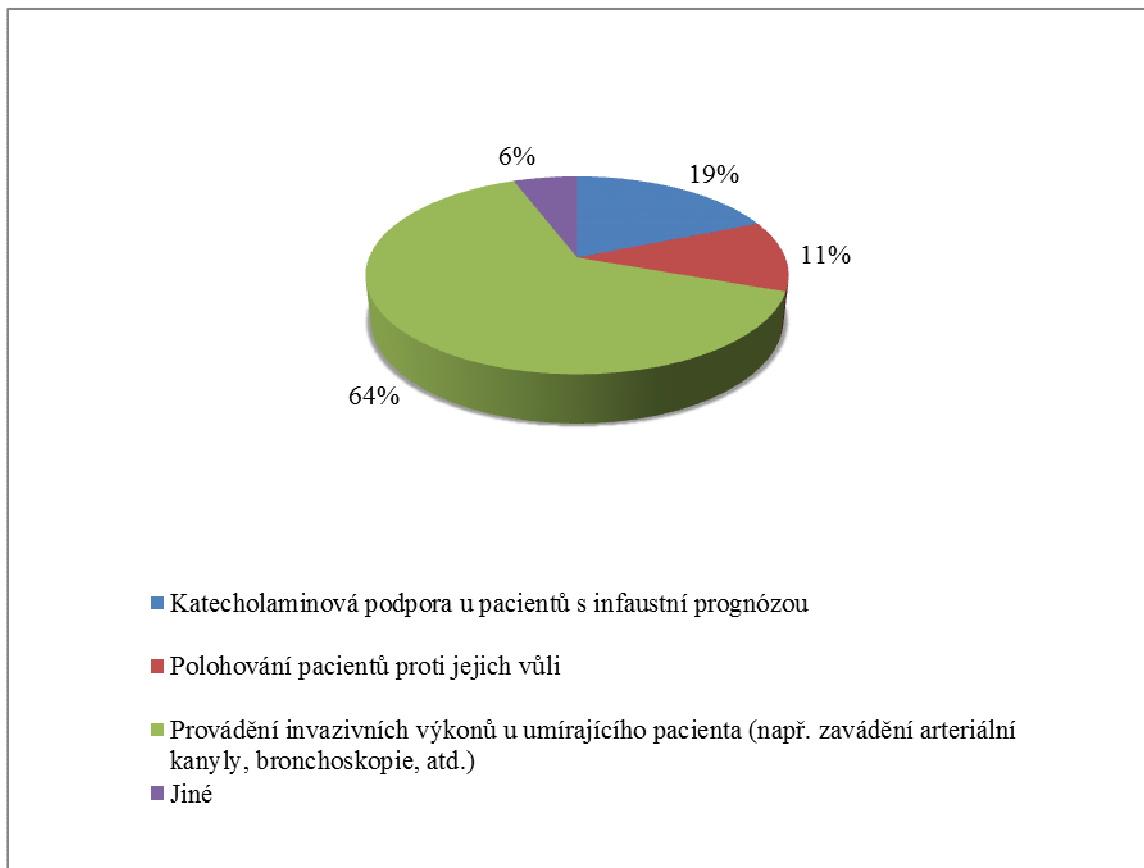
Graf č. 15 Četnost situací vyvolávající morální tíseň



Z 69 respondentů 12 (17,4%) se dostává do situací vyvolávající morální tísně velmi často, 14 (20,3%) odpovědělo velmi zřídka, 39 (56,5%) respondentů uvedlo občas a 4 (5,8%) odpověděli nikdy. Graf č. 15

Otázka č. 16 - Pokud jste v předchozí otázce odpověděl(a) kladně, v jakých situacích k tomu docházelo?

Graf č. 16 Situace vyvolávající morální tíseň

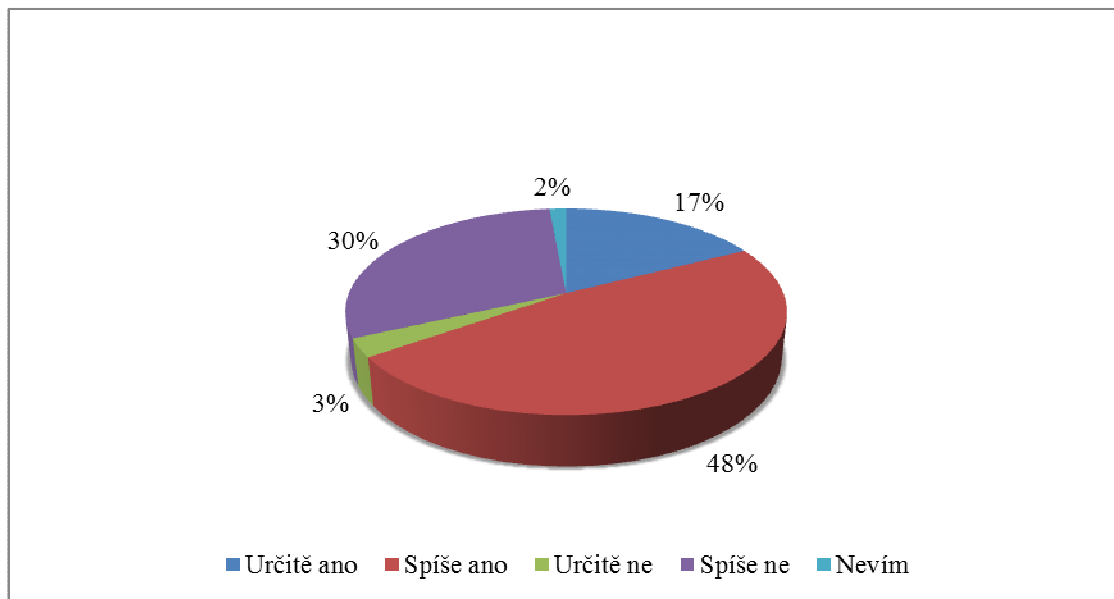


Z 65 respondentů 13 (20%) uvedlo katecholaminovou podporu u pacientů s infaustní prognózou, 8 (12,3%) označilo polohování pacientů proti jejich vůli, 40 (61,5%) respondentů uvedlo provádění invazivních výkonů u umírajících pacientů a 4 (6,2%) označili jinou odpověď. Graf č. 16

U odpovědi jiné respondenti uváděli, že by označili všechny možnosti.

Otázka č. 17 - Máte pocit, že příbuzní umírajícího pacienta jsou dostatečně informováni o velmi špatné prognóze?

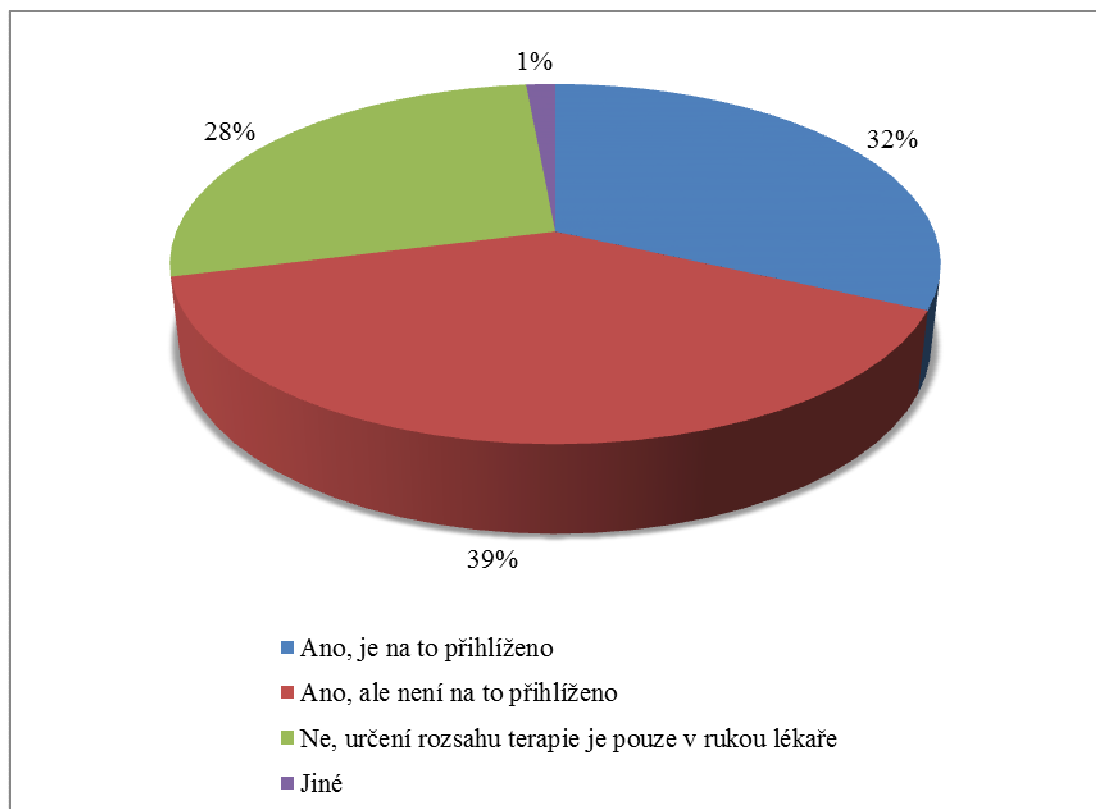
Graf č. 17 Informovanost příbuzných o velmi špatné prognóze



Z 69 respondentů 12 (17,4%) si myslí, že příbuzní umírajícího pacienta jsou určitě dostatečně informováni o velmi špatné prognóze, 33 (47,8%) odpovědělo spíše ano, 2 (2,9%) respondentů uvedlo určitě ne, 21 (30,4%) označilo spíše ne a 1 (1,4%) odpověděl nevím. Graf č. 17

Otázka č. 18 - Při rozhodování o rozsahu terapie u pacienta v bezvědomí, má rodina možnost vyjádřit přání a představy pacienta o jeho životě, které vyjadřoval během svého života?

Graf č. 18 Rozsah terapie

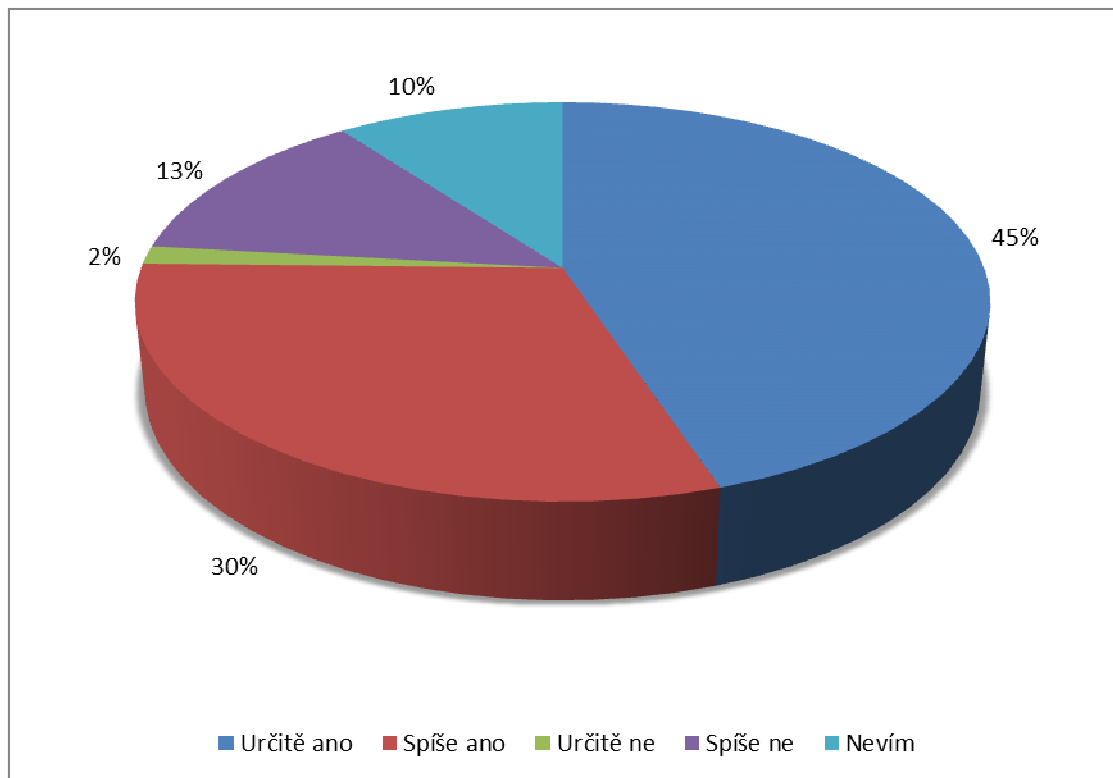


Z 69 respondentů 22 (31,9%) odpovědělo ano a je na to přihlíženo, 27 (39,1%) uvedlo ano, ale není na to přihlíženo, 19 (27,5%) respondentů označilo odpověď ne, určení rozsahu terapie je pouze v rukou lékaře a 1 (1,4%) respondent uvedl jiné.

Možnosti jiné využil 1 respondent, který uvedl: „Jak kteří, informováni jsou, ale nechápou. Nesetkala jsem se s tímto případem, aby rodina vyjadřovala přání a představy pacienta o životě.“

Otázka č. 19 - Souhlasil(a) byste s uzákoněním „Living will“ (prohlášení občanů pro případ osobní neschopnosti vyjádřit se k vlastní léčbě)?

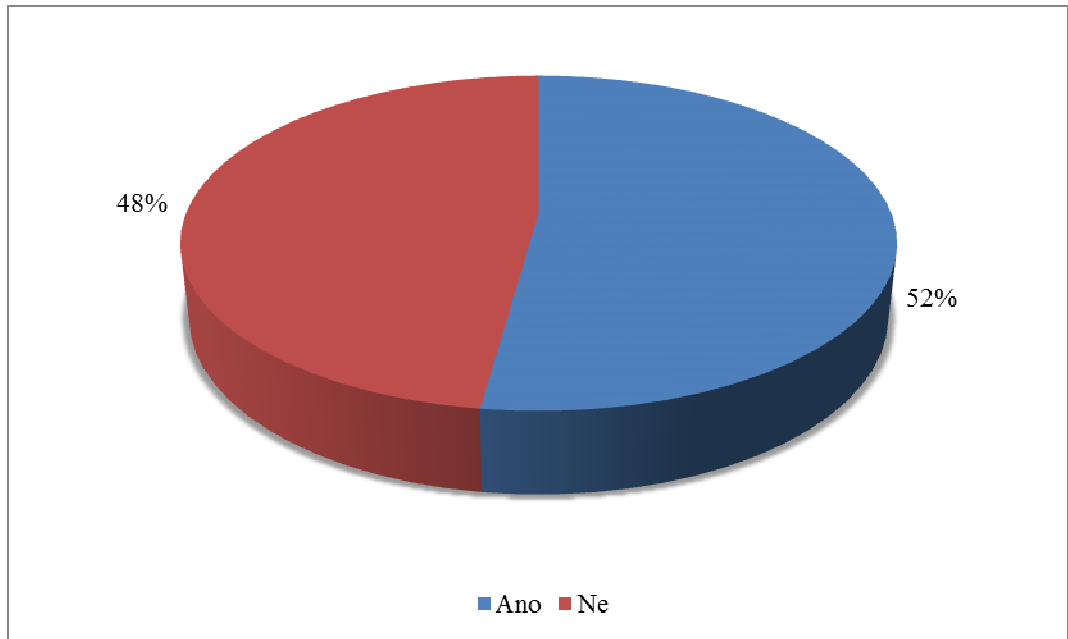
Graf č. 19 Living will



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 31 (44,9%) respondentů odpovědělo, že by určitě souhlasili s uzákoněním „Living will“, 21 (30,4%) respondentů uvedlo spíše ano, 1 (1,4%) respondent označil odpověď určitě ne, 9 (13%) respondentů odpovědělo spíše ne a 7 (10,1%) respondentů uvedlo nevím. Graf č. 19

Otázka č. 20 - Mají příbuzní pacienta možnost využít na vašem oddělení služeb klinického psychologa?

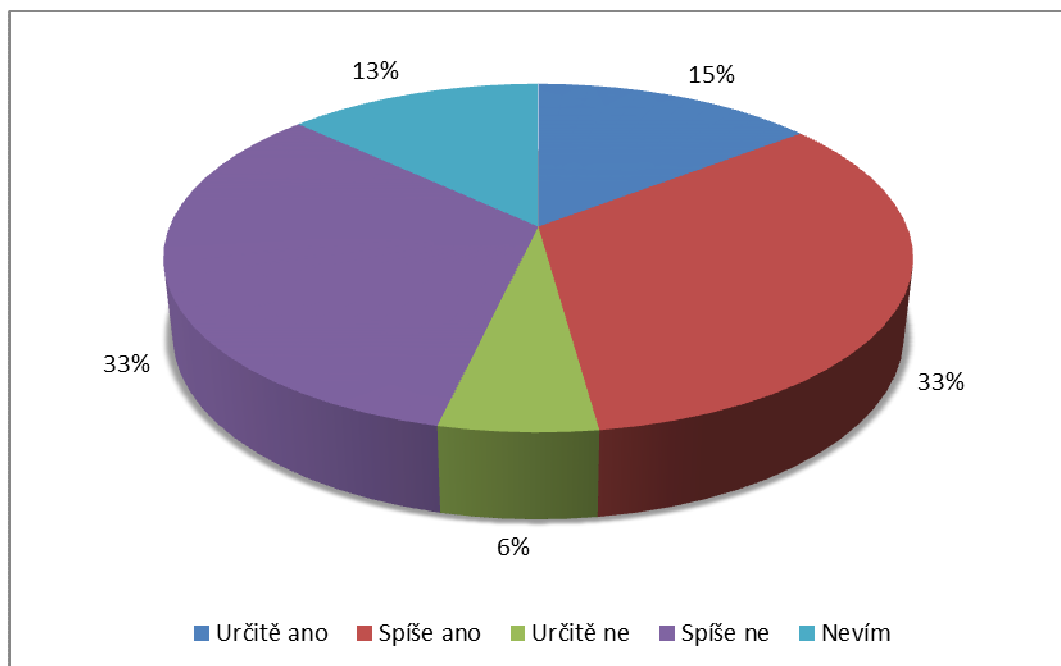
Graf č. 20 Služby klinického psychologa



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 36 (52,2%) respondentů uvedlo, že příbuzní pacienta mají možnost využít služby klinického psychologa a 33 (47,8%) respondentů odpovědělo ne. Graf č. 20

Otázka č. 21 - Myslíte si, že dnešní legislativa umožňuje lékařům dostatečný prostor pro nerozšiřování terapie, bazální terapii, vysazení terapie, DNR, atd.?

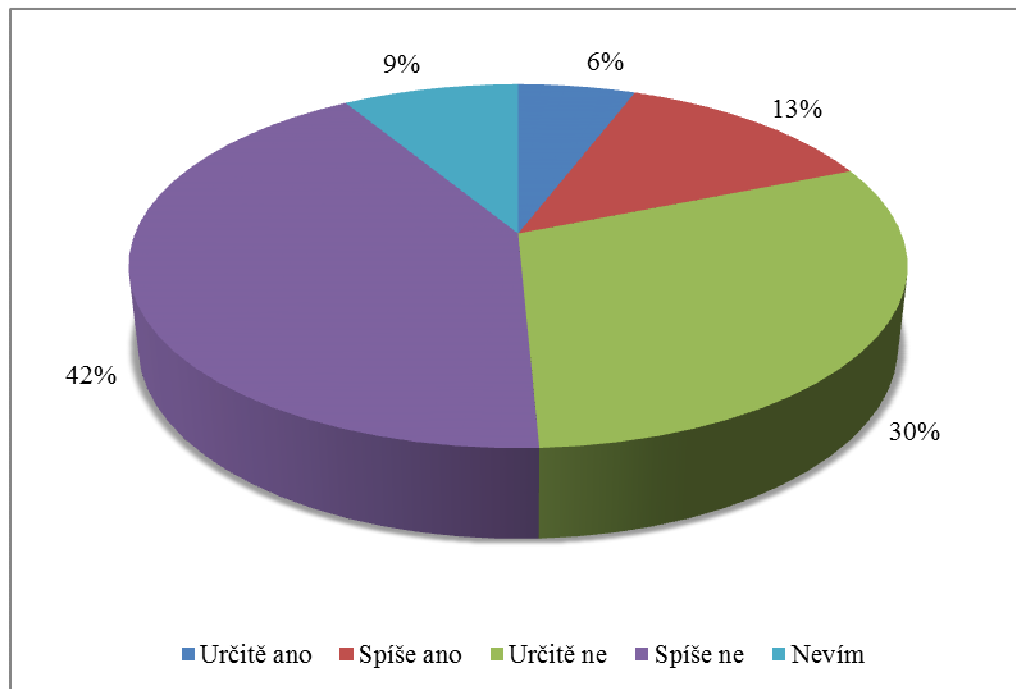
Graf č. 21 Legislativní podpora DNR, vysazení terapie,...



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 10 (14,5%) respondentů si myslí, že legislativa určitě dává lékařům dostatečný prostor pro nerozšiřování terapie, DNR, 23 (33,3%) respondentů odpovědělo spíše ano, 4 (5,8%) respondenti označili odpověď určitě ne, 23 (33,3%) respondentů uvedlo spíše ne a 13 (9%) respondentů odpovědělo nevím. Graf č. 21

Otázka č. 22 - Souhlasil(a) byste, na žádost rodiny, s vysazením nutriční podpory u pacientů v permanentním vegetativním stavu?

Graf č. 22 Vysazení nutriční podpory



Z 69 (100%) respondentů pracujících na odděleních dlouhodobé intenzivní péče 4 (5,8%) respondenti uvedli, že by určitě souhlasili, na žádost rodiny, s vysazením nutriční podpory u pacientů v permanentním vegetativním stavu, 9 (13%) respondentů odpovědělo spíše ano, 21 (30,4%) respondentů označilo odpověď určitě ne, 29 (42%) respondentů uvedlo spíše ne a 6 (8,7%) respondentů uvedlo nevím. Graf č. 22

DISKUZE

Dotazníkovým šetřením jsem zjišťovala pohled zdravotních sester na etiku umírání a smrti v intenzivní péči na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Toto oddělení jsem si vybrala záměrně. Počet chronicky nemocných a pacientů závislých na přístrojích má rostoucí tendenci a očekává se růst i v budoucnu. Ráda bych zdůraznila několik nejzajímavějších výsledků mého šetření.

Dílním cílem číslo 1 bylo ověření tvrzení, zda jsou podle sester dostatečně používány paliativní přístupy v intenzivní péči, zda samy sestry považují své vzdělání v oblasti paliativní péče a péče o umírající v intenzivní medicíně za dostatečné a jestli se samy v této oblasti vzdělávají. Z výzkumu vyplývá, že téměř 50% sester si myslí, že nejsou používány dostatečně principy paliativní péče. Domnívám se, že obzvláště na oddělení dlouhodobé intenzivní péče by měl být kladen velký důraz na paliativní péči. Na druhou stranu mě pozitivně překvapilo, že 35% sester by se rádo v této oblasti vzdělávalo, ale neměly k tomu příležitost. V diplomové práci Pfefferové *Umírání a smrt na ARO* byl uveden závěr, že 38 % respondentů má potřebu a zájem se vzdělávat v péči o umírající. Můžeme toto zjištění brát jako výzvu k pořádání seminářů na téma paliativní péče v intenzivní medicíně.

Dílním cílem číslo 2 bylo zjištění názoru sester na euthanasii, zda dle jejich názoru dochází u umírajících pacientů k dehumanizaci a jestli by souhlasily u pacientů v permanentním vegetativním stavu, na žádost rodiny, s vysazením nutriční podpory. V bakalářské práci *Úzkost a strach ze smrti u zdravotnického personálu pečujícího o umírající na ARO* Vašutová uvádí, že 31,7% sester pracujících na ARO je rozhodně pro euthanasii, 65,1% s ní souhlasí a pouze u nevléčitelně nemocných, kde byla vyčerpána veškerá možná léčba s euthanasií by souhlasilo 3,2% respondentů a to v případě pacientů, kteří trpí nesnesitelnými bolestmi. V mém dotazníkovém šetření se pro euthanasii vyjádřilo 74% sester. Sestry s vyšším vzděláním byly obecně proti euthanasií.

Na středních i vysokých školách je problematika umírání a smrti přednášena pouze okrajově. Než jsem se sama začala touto problematikou zabývat, byla jsem pro uzákonění euthanasie. Vnímala jsem ji jako respektování autonomie každého člověka smět rozhodovat o svém životě. Když si uvědomíme hloubku problematiky euthanasie, narazíme na

problematické aspekty usmrcování lidí jako aktu soucitu k nevyлéčitelně nemocným. Není jasné, kam by tento fenomén mohl posunout chování jednotlivců ve společnosti (zdravotnického personálu) i společnosti jako celku. Není zřetelné, zda by nedošlo pod záštitou euthanasie k zabíjení lidí, jejichž život může být společností vnímán jako nekvalitní a tudíž nepřinášející žádný přínos. Ve jménu obecného dobra by mohlo postupně dojít ke zneužití euthanasie u lidí s mentálním a tělesným postižením, pacientů s Alzheimerovou chorobou nebo u seniorů. To nemůžeme jistě dopustit. Mám pocit, že euthanasie je pouze voláním po paliativní péči, která se u nás teprve rozvíjí. Téměř tři čtvrtiny sester je proti vysazení nutriční podpory na žádost u pacientů v permanentním stavu. Z diplomové práce Urbanové *Problematika umírání v intenzivní medicíně* vyplývá, že 82 % sester považuje stravu a tekutiny za součást bazální terapie. Výživa a léčba bolesti je považována za minimum co bychom měli pacientovi zajistit. Smrt z důvodu cíleného odeřnění stravy je nepřijatelná. Jiná situace jistě nastává u umírajícího pacienta, u kterého nezavádíme nasogastrickou sondu, jelikož je pro nás větší prioritou klidná a důstojná smrt.

Dalším cílem práce bylo zjištění míry psychické zátěže u sester pečujících o umírající pacienty, zda v nich vyvolávají některé situace morální tíseň a v jakých situacích k tomu dochází. Téměř všechny sestry uvedly, že se dostávají do situací vyvolávající morální tíseň a nejčastěji uváděly provádění invazivních výkonů u umírajících pacientů. To potvrzují i výzkumy prováděné v zahraničí. Pro ošetrovatelství v České republice je termín morální tíseň téměř nový, v zahraničí je popisován již od roku 1984. Mezi role sestry patří i role obhájkyně pacientových práv. Jistě jiná situace nastává u pacienta akutně přijatého k hospitalizaci, kde se dnes bez invazivních výkonů téměř neobejdeme a jiná situace nastává, kdy pacient umírá a je chronicky závislý na přístrojích a my do poslední chvíle intervenujeme.

Jako poslední cíl jsme si dali zjistit, zda mají sestry pocit dostatečné informovanosti příbuzných pacienta o velmi špatné prognóze a blížící se smrti, jestli by byly pro uzákonění „Living will“ a zda si myslí, že dnešní legislativa umožňuje lékařům dostatečný prostor pro nerozšiřování či vysazení terapie, DNR. Pro uzákonění „Living will“ se vyjádřilo 75% sester kladně. V diplomové práci Urbanové *Problematika umírání v intenzivní medicíně* uvedlo ohledně „Living will“ 44% ano a 45% nevím. Domnívám se, že možnost vyjádřit se k vlastní léčbě, kdy o sobě nejsme schopni rozhodovat, by dávalo občanům částečně pocit autonomie. Myslím, že veškeré rozhodnutí za pacienta (pokud není schopen vyjádřit svou vůli) by neměla být pouze v rukou jednoho lékaře. Dříve vyslovená přání ve formě psaného dokumentu nejsou

zcela směřodată, jelikož interpretace může být různá. Jistě by měla být do rozhodování zahrnuta rodina nebo osoby, které dobře znali životní hodnoty nemocného a mohou pomoci při správné interpretaci jeho vůle. V Kanadě si například člověk může přímo určit osobu, která bude za něj rozhodovat. Téměř 50% zdravotních sester je přesvědčeno, že naše legislativa umožňuje dostatečný prostor DNR. Opak je pravdou. Bohužel náš právní systém pokyny DNR nezná. To neznamena, že by se za zdmí nemocničních zařízení určití pacienti neresuscitovali. Nejsem zastáncem resuscitování každého pacienta, vždy musíme zohlednit prospěch pacienta. Právní úpravu zcela Česká republika postrádá. A pak se může také stát, že o životě pacienta rozhodne pouze jeden lékař. Toto rozhodnutí zda zahájit resuscitaci či nezahájit by mělo být vždy rozhodnutí více lidí a to lékařů, ošetřujícího personálu, rodiny, psychologa nebo pastora. V zahraničí je tato praxe zcela běžná. Když se zavádí nové postupy do praxe, jistě to s sebou přináší i rizika, která bychom se měli snažit eliminovat. Tímto procesem si prošlo mnoho zemí. My se již můžeme poučit ze zkušeností vyspělých zemí, kde tyto dilemata v intenzivní péči řeší již několik let a můžeme se přiblížit k jakémusi ideálu. Před druhou stranou intenzivní péče, kdy pacientovi může i škodit a prodlužovat jeho umírání, bychom neměli zavírat oči, ale snažit se tuto problematiku řešit. Etická a právní diskuze v USA došla k rozhodnutí, že v případě oběhové či dechové zástavy se předpokládá u všech pacientů obecný souhlas s resuscitací. Postup DNR je eticky a právně ospravedlnitelný, pokud je proveden na základě explicitního a písemného vyjádření přání pacienta nebo jeho zákonného zástupce. Jednostranné rozhodnutí lékaře o nezahájení kardiopulmonální resuscitace na základě argumentace o marnosti léčby není obecně přijímáno. Je doporučováno, aby se pacient a jeho rodina nebo zákonný zástupce na konečném rozhodnutí podíleli. Spolurozhodnutí pacienta nebo jeho zástupce na případném postupu DNR je klíčově důležitý a dodává celému procesu legitimitu. Kulturní, hodnotový a právní rámec státu hraje také velkou roli v pohledu na problematiku DNR. Například v severských evropských zemích (Norsko, Finsko, atd.) je podobný pohled na problematiku DNR jako v USA. Respekt k autonomii a partnerský vztah je základem vztahu pacienta a zdravotníků. Na rozdíl od zemí na jihu Evropy (např. Řecko, Španělsko) je vztah pacient a zdravotníka paternalistický.

Na základě získaných dat, lze říci, že výzkumných cílů v diplomové práci, bylo dosaženo.

ZÁVĚR

Etické hledisko hraje v intenzivní péči čím dál větší roli. Umírání v intenzivní péči klade vysoké nároky na sestru a rodinu pacienta. Považuji jako zcela nezbytné se stále vzdělávat v oblasti komunikace a integrace paliativní péče na jednotkách intenzivní péče.

V posledních letech se stále více diskutuje i ekonomické hledisko ve zdravotnictví. Zdravotníci jsou stále pod větším tlakem šetření a úspor, které může být někdy až frustrující. Jistě by se nemělo plýtvat veřejnými prostředky, ale paliativní není ekonomicky nákladná. Počet chronických pacientů závislých na přístrojích stále stoupá. Právě u chronických pacientů by integrace paliativní péče měla být samozřejmostí. Na těchto oddělení je i vysoká mortalita pacientů a péče o umírající pacienty není nic neobvyklého. Obzvláště u chronických pacientů, je kladen důraz hlavně na ošetrovatelskou péči. Proto si myslím, že kontinuální vzdělávání sester na jednotkách intenzivní v oblasti paliativní péče a péče o umírající je nesmírně důležitá. Jistě by to i napomohlo snížit riziko syndromu vyhoření, kterým jsou sestry obzvláště v intenzivní péči ohroženy.

Téma umírání a smrti je velice obsáhlé. Doufám, že moje práce bude podnětem pro vznik dalších výzkumů v této oblasti. Otevírá se tady řada nových témat jako je téma morální tísně nebo jak vnímá dlouhodobou hospitalizaci pacient nebo rodina pacienta na oddělení intenzivní péče a mnoho dalších.

LITERATURA A PRAMENY

Monografie:

1. ČERNÝ, V. *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 343 s. ISBN 80-86257-20-7
2. FRANKL, Viktor Emanuel. *Lékařská péče o duši*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. 237 s. ISBN 80-7295-085-1
3. FRANKL, Viktor Emanuel. *Vůle ke smyslu*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. 214 s. ISBN 80-7295-084-3
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3
5. JANDOUREK, Jan. *Průvodce sociologií*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2397-6
6. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9
7. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: TRITON, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4
10. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2
11. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4
12. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
13. MUNZAROVÁ, Marta. *Euthanasie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0

14. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2
15. O'CONNOR, Margaret, a ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
16. PETERKOVÁ, Helena, MARX, David, ŠUSTEK, Petr. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do not resuscitate v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, ediční středisko, 2010. 97 s. ISBN 978-80-87146-31-6
17. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7178-829-5
18. ŠEVČÍK, Pavel, ČERNÝ, Vladimír et al. *Intenzivní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 393 s. ISBN 80-7262-042-8
19. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN: 9788072625994
20. THOMASMA, David C., KUSHNER, Thomasine. *Od narození do smrti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000. 392 s. ISBN: 80-204-0883-5
21. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan et al. *Velký lékařský slovník*. 5. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5
22. VORLÍČEK, Jiří, SLÁMA, Ondřej et al. *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
23. ZADÁK, Zdeněk et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 336 s. ISBN 80-247-2099-9
24. ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2844-5

Články v periodických publikacích:

1. ABEL, M. H. Humor, stress, and coping strategies. *Humor - International Journal of Humor Research*. ISSN 0933-1719. 2002. roč. 15, č. 4, s. 1 - 17
2. ALLMARK, P. Is the doctrine of double effect irrelevant in end-of-life decision making?. *Nursing philosophy*. ISSN 2053-6766. 2010. roč. 11, č. 3, s. 170-177
3. BURGESS, L. et al. Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*. ISSN 1478-5153. 2009. roč. 15, č. 3, s. 129 – 140

4. ELPERN, E. et al. Moral Distress of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. ISSN 1062-3264. 2005. roč. 14, č. 6, s. 523 - 530
5. HEŘMANOVÁ, J. et al. Morální tíseň - nové téma etiky v ošetřovatelství. *Sestra*. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404. 2010. roč. 20, č. 2, s. 16 - 17
6. HONZÁK, R. Smí humor do medicíny?. *Zdravotnické noviny*. ISSN 0044-1996. 2010 roč. 59, č. 5, s. 21
7. MCADAM, J. et al. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine*. ISSN 1062-3264. 2010. roč. 4, č. 4, s. 1078 - 1085
8. PONCET, M. C. et al. Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. ISSN 0025-6196. 2007. roč. 175, č. 7, s. 698 - 704
9. SYMMERS, W. J. Not allowed to die. *British Medical Journal*. ISSN 0007-1447. 1968. roč.1, s. 442-443
10. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zemřelí 2009*. s. 104 Praha: ISBN 978-80-7280-902-8

Diplomové a bakalářské práce

1. PFEFFEROVÁ, E. *Umírání a smrt na ARO*. Diplomová práce obhájena na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v r. 2008. 77 s. [online]. [cit.2011-03-21]. Dostupné na WWW<<http://www.umirani.cz/detail-clanek/umirani-a-smrt-na-aro.html>>
2. VAŠUTOVÁ, J. *Úzkost a strach ze smrti u zdravotnického personálu pečujícího o umírající na ARO*. Bakalářská práce obhájena na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2010. 104 s. [online]. [cit.2011-03-21]. Dostupné na WWW<<http://www.theses.cz/id/jk13kv/109247-290265640.pdf?info=1;isslret=smrt%3Bna%3BARO%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dsmrt%20na%20ARO%26start%3D1>>
3. URBANOVÁ, K. *Problematika umírání v intenzivní medicíně*. Diplomová práce obhájena na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2010. 121 s. [online]. [cit.2011-03-21]. Dostupné na

WWW<<http://theses.cz/id/swdbka/95019384846969.pdf?info=1;isslret=etika%3Bum%C3%ADr%C3%A1n%C3%AD,%3Bsmrti%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dintenzivn%C3%AD%20p%C3%A9%20um%C3%ADr%C3%A1n%C3%AD%20smrt%20etika%26start%3D1>>

Elektronické zdroje

1. BYSTRICKÝ, Zdeněk. *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících* [online]. [cit. 20.3.2011]. Dostupné na WWW<<http://www.umirani.cz/>>
2. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010* [online]. Česká lékařská komora [cit. 19.3.2011]. Dostupné na WWW<<http://www.lkcr.cz/>>
3. *Formulář DNR a Living will pro stát Illinois* [online]. Illinois Department of Public Health [cit. 19.3.2011]. Dostupné na WWW<<http://www.idph.state.il.us/public/books/advin.htm>>
4. FRÝDECKÁ, L. *Až budu na přístrojích, odpojte mě, může zažádat pacient.* [online]. [cit. 2011-04-25]. Dostupné na WWW<http://zpravy.idnes.cz/az-budu-na-pristrojich-odpojte-me-muze-zazadat-pacient-p1i-/domaci.asp?c=A110306_210611_domaci_vel>
5. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Standard pro jednotku intenzivní péče.* [online]. [cit. 2011-04-25]. Dostupné na WWW<www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=169&name=Standard%20-%20JIP.pdf>
6. *Sbírka zákonů č. 424/2004 § 46.* [online]. s. 8116 [cit. 2011-02-20]. Dostupné na WWW<http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=db5cfdc5-d72b-4f94-816d-9dc7924bd2f6&groupId=11063>
7. *Úmluva o lidských právech a biomedicíně.* [online]. [cit. 2011-01-15]. Dostupné na WWW<<http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=44>>

ANOTACE

Autor:	Zdeňka Bendová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Etika umírání a smrti v intenzivní péči
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Votroubková
Počet stran:	95
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova:	etika, umírání, smrt, paliativní péče, intenzivní péče
Keywords:	ethics, dying, death, palliative care, intensive care

Bakalářská práce pojednává o etice umírání a smrti v intenzivní péči. Medicína dnes nabízí nevídané možnosti v léčbě i diagnostice nemocí. S rozvojem intenzivní medicíny se zvyšuje potřeba paliativní medicíny. V dnešní době díky kvalitní lékařské péči a ošetrovatelské péči jsme schopni umožnit pacientům žít i několik let pomocí přístrojů. To s sebou přináší nová etická dilemata.

V teoretické části práce se snažíme objasnit pojmy související s etikou umírání a smrti v intenzivní péči. Praktickou část práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření. Zkoumaný vzorek tvoří zdravotní sestry pracující na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Cílem práce je zjistit a zhodnotit pohled zdravotních sester na problematiku etiky umírání a smrti v intenzivní péči.

Bachelor's thesis is dealing with ethics of dying and death within the scope of intensive care. Medicine offers many possibilities of treatment and disease diagnostics nowadays. Requirement of palliative medicine use is becoming more important with increasing intensive care. Patients can live for a much longer time with a medical machines' support as a result of a very high contemporary medical care standard. This situation brings new ethic problems.

I am clarifying ideas connected with ethics of dying in the scope of intensive care in a theoretical part of my work. The second, practical part of my work is dealing with a quantitative investigation of nurses' opinion to the given problem. The aim of the thesis is an investigation and evaluation of a nurses' view to the ethic problem of dying and death in intensive care.

SEZNAM ZKRATEK

apod.	a podobně
ARIP	anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
atd.	a tak dál
č.	číslo
ČLK	Česká lékařská komora
DNR	do not resuscitate
FiO ₂	anglická zkratka inspirační koncentrace kyslíku
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
PEEP	positive end expiratory pressure
s. r. o	s ručením omezeným
s.	strana
Sb.	Sbírka
tzv.	tak zvaně
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví.....	38
Graf č. 2 Věková kategorie.....	39
Graf č. 3 Praxe v oboru intenzivní péče.....	40
Graf č. 4 Vzdělání.....	41
Graf č. 5 Specializační studium ARIP.....	42
Graf č. 6 Nejdůležitější aspekt.....	43
Graf č. 7 Léčba bolesti.....	44
Graf č. 8 Euthanasie.....	45
Graf č. 9 Dehumanizace.....	46
Graf č. 10 Používání paliativních principů v intenzivní péči.....	47
Graf č. 11 Úroveň vzdělání sester v oblasti paliativní péče a péče o umírající.....	48
Graf č. 12 Sebevzdělávání sester v oblasti paliativní péče a péče o umírající.....	49
Graf č. 13 Pocity při poskytování péče o umírající.....	50
Graf č. 14 Psychická zátěž při komunikaci s umírajícím pacientem a s jeho blízkými...51	
Graf č. 15 Četnost situací vyvolávající morální tíseň.....	52
Graf č. 16 Situace vyvolávající morální tíseň.....	53
Graf č. 17 Informovanost příbuzných o velmi špatné prognóze.....	54
Graf č. 18 Rozsah terapie.....	55
Graf č. 19 Living will.....	56
Graf č. 20 Služby klinického psychologa.....	57
Graf č. 21 Legislativní podpora DNR, vysazení terapie.....	58
Graf č. 22 Vysazení nutriční podpory.....	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

Příloha č. 2 – Charta práv umírajících

Příloha č. 3 – Formulář DNR (anglická verze)

Příloha č. 4 – Formulář Living will (anglická verze)

Příloha č. 5 – Dotazník

Příloha č. 6 – Žádost o povolení dotazníkového šetření Nemocnice Sedlčany

Příloha č. 7 – Žádost o povolení dotazníkového šetření Nemocnice Tanvald

Příloha č. 8 – Žádost o povolení dotazníkového šetření Rehabilitační klinika Malvazinky

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

čl. 1

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

čl. 2

Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací,

bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.

e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.

f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko

- odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,
- nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázií.

g) Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

čl. 3

Terminologie

a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné

b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.

c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.

d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.

e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.

f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).

g) Eutanázie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřípustné. Nepřípustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

čl. 4

Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

a) Život člověka je konečný.

b) Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.

c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.

d) Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.

e) Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené, nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na

předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz. článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně).

f) Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života, nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.

g) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamena omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.

h) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.

i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.

j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví.

čl. 5

Základní principy pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.
- b) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.
- c) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.
- d) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

Čl. 6

Doporučení pro klinickou praxi

- a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoli z ošetřujícího zdravotnického týmu.
- b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.
- d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- e) Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese

odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.

f) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče, by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.

g) Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí, může být v odůvodněných případech změněno

h) Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.

i) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

čl. 7

Účinnost

Toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20.2.2010 a nabývá účinnosti dne 4.3.2010.

Příloha č. 2 – Charta práv umírajících

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

(„Charta práv umírajících“)

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 číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, 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 i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, 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 nevléčitelně 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.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním 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 nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně 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 nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně 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 ambulanti 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 tyto 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 sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo 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 ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- 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 zvažena 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 „pořízení“ 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

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

Příloha č. 3 – Formulář DNR (anglická verze)

DO-NOT-RESUSCITATE • DNR • DO-NOT-RESUSCITATE • DNR • DO-NOT-RESUSCITATE • DNR



Illinois Department of Public Health
UNIFORM DO-NOT-RESUSCITATE (DNR) ADVANCE DIRECTIVE

(Page 1 of 2)

Patient Directive

I, _____, born on _____, hereby direct the following in the event of:
(print full name) (birth date)

1. FULL CARDIOPULMONARY ARREST (When both breathing and heartbeat stop):

Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)
(Measures to promote patient comfort and dignity will be provided.)

2. PRE-ARREST EMERGENCY (When breathing is labored or stopped, and heart is still beating):

SELECT ONE

Do Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) -OR-

Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)
(Measures to promote patient comfort and dignity will be provided.)

Other Instructions _____

Patient Directive Authorization and Consent to DNR Order (Required to be a valid DNR Order)
I understand and authorize the above Patient Directive, and consent to a physician DNR Order implementing this Patient Directive.

Printed name of individual	Signature of individual	Date
-OR-		
Printed name of (circle appropriate title): <small>legal guardian OR agent under health care power of attorney OR healthcare surrogate decision maker</small>	Signature of legal representative	Date

Witness to Consent (Required to have two witnesses to be a valid DNR Order)
I am 18 years of age or older and have witnessed the giving of consent by the above person.

Printed name of witness	Signature of witness	Date
Printed name of witness	Signature of witness	Date

Physician Signature (Required to be a valid DNR Order)
I hereby execute this DNR Order on _____
Today's date

Signature of attending physician	Printed Name of attending physician	Physician's telephone number
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

◆ *Send this form or a copy of both sides with the individual upon transfer or discharge.* ◆

DNR • DO-NOT-RESUSCITATE • DNR • DO-NOT-RESUSCITATE • DNR • DO-NOT-RESUSCITATE



Illinois Department of Public Health
UNIFORM DO-NOT-RESUSCITATE (DNR) ADVANCE DIRECTIVE

(Page 2 of 2)

Patient's name _____

Summarize medical condition:

When This Form Should Be Reviewed

This DNR order, in effect until revoked, should be reviewed periodically, particularly if –

- The patient/resident is transferred from one care setting or care level to another, or
- There is a substantial change in patient/resident health status, or
- The patient/resident treatment preferences change.

How to Complete the Form Review

1. Review the other side of this form.
2. Complete the following section.
If this form is to be voided, write "VOID" in large letters on the other side of the form.
After voiding the form, a new form may be completed.

<u>Date</u>	<u>Reviewer</u>	<u>Location of review</u>	<u>Outcome of Review</u>
			<input type="checkbox"/> No change
			<input type="checkbox"/> FORM VOIDED; new form completed
			<input type="checkbox"/> FORM VOIDED; no new form completed
<u>Date</u>	<u>Reviewer</u>	<u>Location of review</u>	<u>Outcome of Review</u>
			<input type="checkbox"/> No change
			<input type="checkbox"/> FORM VOIDED; new form completed
			<input type="checkbox"/> FORM VOIDED; no new form completed
<u>Date</u>	<u>Reviewer</u>	<u>Location of review</u>	<u>Outcome of Review</u>
			<input type="checkbox"/> No change
			<input type="checkbox"/> FORM VOIDED; new form completed
			<input type="checkbox"/> FORM VOIDED; no new form completed

Advance Directives

I also have the following advance directives:

Contact person (name and phone number)

- Health Care Power of Attorney _____
- Living Will _____
- Mental Health Treatment Preference Declaration _____

◆ *Send this form or a copy of both sides with the individual upon transfer or discharge.* ◆

Living Will DECLARATION

This declaration is made this _____ day of _____
(month, year). I, _____, being of sound
mind, willfully and voluntarily make known my desires that my moment of death shall not be
artificially postponed.

If at any time I should have an incurable and irreversible injury, disease, or illness judged to be a
terminal condition by my attending physician who has personally examined me and has determined
that my death is imminent except for death delaying procedures, I direct that such procedures which
would only prolong the dying process be withheld or withdrawn, and that I be permitted to die
naturally with only the administration of medication, sustenance, or the performance of any medical
procedure deemed necessary by my attending physician to provide me with comfort care. In the
absence of my ability to give directions regarding the use of such death delaying procedures, it is my
intention that this declaration shall be honored by my family and physician as the final expression of
my legal right to refuse medical or surgical treatment and accept the consequences from such refusal.

Signed _____

City, County and State of Residence _____

The declarant is personally known to me and I believe him or her to be of sound mind. I saw the
declarant sign the declaration in my presence (or the declarant acknowledged in my presence that he or
she had signed the declaration) and I signed the declaration as a witness in the presence of the
declarant. I did not sign the declarant's signature above for or at the direction of the declarant. At the
date of this instrument, I am not entitled to any portion of the estate of the declarant according to the
laws of intestate succession or, to the best of my knowledge and belief, under any will of declarant or
other instrument taking effect at declarant's death, or directly financially responsible for declarant's
medical care.

Witness _____

Witness _____

Příloha č. 5 – Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Zdeňka Bendová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové univerzity Karlovy v Praze. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, týkajícího se práce všeobecných sester a zdravotnických záchranářů pracujících v oboru intenzivní péče. Získané informace použiji k vypracování své bakalářské práce na téma: Etika umírání a smrti v intenzivní péči. Veškeré informace jsou anonymní a slouží pouze k vypracování podkladů pro bakalářskou práci. Vámi poskytnuté informace jsou pro mě cenným zdrojem informací

Zdeňka Bendová

Vámi vybranou odpověď zakroužkujte a u otevřených odpovědí doplňte svůj komentář. Prosím označte vždy jen jednu odpověď, která nejvíce vystihuje Váš postoj.

1. Vaše pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2. Vaše věková kategorie:

- a) 20-29 let
- b) 30- 39 let
- c) 40- 49 let
- d) 50 – 59 let

3. Vaše délka praxe v oboru intenzivní péče:

- a) Méně než rok
- b) 2 – 5 let
- c) 5 – 10 let
- d) Více než 10 let

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Střední odborné
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské bakalářské
- d) Vysokoškolské magisterské

5. Jste absolventem specializačního studia v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) V současné době obor studuji.

6. Co považujete za nejdůležitější v péči o umírajícího pacienta (prosím, označte pouze jednu odpověď)?

- a) Sociální kontakt s blízkými
- b) Léčbu bolesti
- c) Spirituální potřeby
- d) Pocit smíření
- e) Klidné prostředí
- f) Pokud se ani s jednou odpovědí neztotožňujete, napište stručně svůj názor:

7. Myslíte si, že u umírajících pacientů je dostatečně řešena léčba bolesti?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

8. Jaký máte názor na euthanasii?

- a) Jsem zastáncem euthanasie, mnoha lidem to pomůže od jejich utrpení.
- b) Jsem odpůrcem. Myslím, že nikdo nemá právo způsobit druhému smrt. Ani na žádost umírajícího.
- c) Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela.
- d) Pokud se ani s jednou odpovědí neztotožňujete, napište stručně svůj názor:

9. Máte pocit, že dochází k dehumanizaci u umírajícího pacienta?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

10. Myslíte si, že jsou dostatečně používány paliativní přístupy v intenzivní péči?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

11. Považujete vzdělání sester v oblasti paliativní péče a péče o umírající za dostatečné?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

12. Vzděláváte se v oblasti paliativní péče a v péči o umírající?

- a) Ano, navštívil(a) jsem semináře (konference) zabývající touto problematikou.
- b) Čtu literaturu zabývající touto problematikou.
- c) Rád(a) bych se v této oblasti vzdělal(a), ale neměl(a) jsem příležitost.
- d) Touto problematikou se nezabývám.

13. Jaké ve Vás vyvolává pocity péče o umírajícího pacienta?

- a) osobní selhání
- b) lítost
- c) napětí
- d) úzkost
- e) pocit vyčerpání
- f) žádné pocity to ve Vás nevyvolává
- g) Pokud se ani s jednou odpovědí neztotožňujete, napište stručně svůj názor:

14. Způsobuje Vám komunikace s umírajícím pacientem nebo s jeho blízkými psychickou zátěž?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

15. Vyvolávají ve vás některé situace stav „morální tísně“ (utrpení, které sestry zažívají, když jim okolnosti prostředí nebo podmínky dané pracovním prostředím neumožní jednat tak, jak cítí, že je eticky správně)?

- a) Velmi často
- b) Velmi zřídka
- c) Občas
- d) Nikdy

16. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl(a) kladně, v jakých situacích k tomu docházelo?

- a) Katecholaminová podpora u pacientů s infaustní prognózou.
- b) Polohování u pacientů proti jejich vůli.
- c) Provádění invazivních výkonů u umírajícího pacienta (např. zavádění arteriální kanyly, bronchoskopie, atd.).
- d) Pokud se ani s jednou odpovědí neztotožňujete, napište stručně svůj názor:

17. Máte pocit, že příbuzní umírajícího pacienta jsou dostatečně informováni o velmi špatné prognóze?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

18. Při rozhodování o rozsahu terapie u pacienta v bezvědomí, má rodina možnost vyjádřit přání a představy pacienta o jeho životě, které vyjadřoval během svého života?

- a) Ano, je na to přihlíženo.
- b) Ano, ale není na to přihlíženo.
- c) Ne, určení rozsahu terapie je pouze v rukou lékaře.
- d) Pokud se ani s jednou odpovědí neztotožňujete, napište stručně svůj názor:

19. Souhlasil(a) byste s uzákoněním „Living will“ (prohlášení občanů pro případ osobní neschopnosti vyjádřit se k vlastní léčbě)?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

20. Mají příbuzní pacienta možnost využít na vašem oddělení služeb klinického psychologa?

- a) ano
- b) ne

21. Myslíte si, že dnešní legislativa umožňuje lékařům dostatečný prostor pro nerozšiřování terapie, bazální terapii, vysazení terapie, DNR, atd.?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

22. Souhlasil(a) byste, na žádost rodiny, s vysazením nutriční podpory u pacientů v permanentním vegetativním stavu?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

Upřímně Vám děkuji za čas strávený vyplňováním dotazníku. Zdeňka Bendová.

Příloha č. 6 – Žádost o povolení dotazníkového šetření Nemocnice Sedlčany

Vážená paní
Zdeňka Groulíková
Hlavní sestra MEDITERRA Sedlčany s.r.o.
Tyršova 161
264 01 Sedlčany

V Praze dne 3. 2. 2011

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení dlouhodobé intenzivní péče.

Vážená paní Groulíková,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vašem oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Jsem studentka 3. ročníku oboru všeobecná sestra Lékařské fakulty v Hradci Králové univerzity Karlovy v Praze.

Pod odborným vedením Mgr. Michaely Votroubkové se v práci zabývám etikou umírání a smrti v intenzivní péči. Jedním z cílů je zjistit pohled sester na tuto problematiku.

Výzkumné šetření bych ráda provedla formou dobrovolného anonymního dotazníku, který zároveň přikládám. Výsledky dotazníkového šetření budou sloužit jako podklady pro vypracování bakalářské práce.

Výsledky šetření Vám v případě zájmu ráda poskytnu.

S pozdravem

Zdeňka Bendová
Na Václavce 1136/8
150 00 Praha 5
Tel.: 775192210
e-mail: zdenabendova@seznam.cz

VYJÁDRĚNÍ VEDENÍ INSTITUCE:


Souhlasím

Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 9. 2. 2011

Podpis, razítko


Groulíková Zdeňka

MEDITERRA - Sedlčany, s.r.o.
Tyršova 161
264 80 Sedlčany
IČO: 264 29 683 (5)

Příloha č. 7 – Žádost o povolení dotazníkového šetření Nemocnice Tanvald

Vážená paní
Bc. Alena Vojtěchová
Hlavní sestra Nemocnice Tanvald
Nemocniční 287
468 41 Tanvald

V Praze dne 3. 2. 2011

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení dlouhodobé intenzivní péče.

Vážená paní Vojtěchová,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vašem oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Jsem studentka 3. ročníku oboru všeobecná sestra Lékařské fakulty v Hradci Králové univerzity Karlovy v Praze.

Pod odborným vedením Mgr. Michaely Votroubkové se v práci zabývám etikou umírání a smrti v intenzivní péči. Jedním z cílů je zjistit pohled sester na tuto problematiku.

Výzkumné šetření bych ráda provedla formou dobrovolného anonymního dotazníku, který zároveň příkládám. Výsledky dotazníkového šetření budou sloužit jako podklady pro vypracování bakalářské práce.

Výsledky šetření Vám v případě zájmu ráda poskytnu.

S pozdravem

Zdeňka Bendová
Na Václavce 1136/8
150 00 Praha 5
Tel.: 775192210
e-mail: zdenabendova@seznam.cz


VYJÁDRĚNÍ VEDENÍ INSTITUCE:

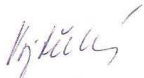
- Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 10. 2. 11

Podpis, razítko

NEMOCNICE TANVALD
s.r.o.
IČO: 631 45 766
Nemocniční 287 


Bc. Alena VOJTĚCHOVÁ

Příloha č. 8 – Žádost o povolení dotazníkového šetření Rehabilitační klinika Malvazinky

Vážená paní
Renata Randová
Hlavní sestra Rehabilitační kliniky Malvazinky
U Malvazinky 5
Praha 5
150 00

V Praze dne 3. 2. 2011

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení dlouhodobé intenzivní péče.

Vážená paní Randová,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vašem oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Jsem studentka 3. ročníku oboru všeobecná sestra Lékařské fakulty v Hradci Králové univerzity Karlovy v Praze.

Pod odborným vedením Mgr. Michaely Votroubkové se v práci zabývám etikou umírání a smrti v intenzivní péči. Jedením z cílů je zjistit pohled sester na tuto problematiku.

Výzkumné šetření bych ráda provedla formou dobrovolného anonymního dotazníku, který zároveň příkládám. Výsledky dotazníkového šetření budou sloužit jako podklady pro vypracování bakalářské práce.

Výsledky šetření Vám v případě zájmu ráda poskytnu.

S pozdravem

Zdeňka Bendová
Na Václavce 1136/8
150 00 Praha 5
Tel.: 775192210
e-mail: zdenabendova@seznam.cz

VYJÁDRĚNÍ VEDENÍ INSTITUCE:

Souhlasím

Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 4. 2. 2011

Podpis, razítko

Mediterra. spol. s r.o.
Rehabilitační klinika Malvazinky
U Malvazinky 50068 150 00 Praha 5
Tel. 251 116 703 Fax 251 116 703
e-mail: malvazinky@malvazinky.cz


Renata RANDOVÁ
Hlavní sestra