

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

DOBRÁ SMRT Z POHLEDU SESTRY

Bakalářská práce

Autor práce: **Simona Žabková**

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2011

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

GOOD DYING FROM A VIEW OF NURSES

Bachelor's thesis

Author: **Simona Žabková**

Supervisor: **Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2011

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně pod vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za trpělivé vedení mé bakalářské práce, cenné rady, podporu a porozumění. Mé díky také patří všem respondentům za ochotu při vyplňování dotazníků.

Obsah

ÚVOD	8
CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI	9
CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI	9
1 UMÍRÁNÍ	10
1.1 VYMEZENÍ POJMU UMÍRÁNÍ A SMRTI	10
1.2 UMÍRÁNÍ RITUALIZOVANÉ	11
1.3 UMÍRÁNÍ INSTITUALIZOVANÉ	12
2 FÁZE UMÍRÁNÍ PODLE ELIZABETH KÜBLER-ROSSOVÉ	14
3 POTŘEBY NEMOCNÉHO	17
3.1 POTŘEBY TĚLESNÉ	17
3.2 POTŘEBY PSYCHOSOCIÁLNÍ	18
3.3 DUCHOVNÍ PÉČE	19
4 VĚDOMÍ BLÍZKOSTI SMRTI	21
5 LIDSKÁ DŮSTOJNOST	23
6 EUTANÁZIE.....	25
6.1 EUTANÁZIE, VYMEZENÍ POJMU	25
6.2 Z HISTORIE EUTANÁZIE	26
6.3 EUTANÁZIE V HOLANDECH, V BELGII, VE ŠVÝCARSKU A „LIVING WILL“	28
6.3.1 HOLANDECKÝ MODEL EUTANÁZIE	28
6.3.2 EUTANÁZIE V BELGII	29
6.3.3 EUTANÁZIE VE ŠVÝCARSKU	29
6.3.4 LIVING WILL	30
6.4 EUTANÁZII ANO, ČI NE?	31
7 HOSPICE	33
7.1 HOSPICOVÁ PÉČE A JEJÍ POSLÁNÍ	33
7.2 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE	34
7.2.1 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE	34
7.2.2 HOSPICOVÝ STACIONÁŘ	34
7.2.3 LŮŽKOVÁ HOSPICOVÁ PÉČE	35
7.3 HOSPICE V ČR	36

8 PALIATIVNÍ PÉČE	37
8.1 VYMEZENÍ POJMU PALIATIVNÍ PÉČE	37
8.2 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE	38
8.2.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE.....	38
8.2.2 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	39
8.3 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ V PALIATIVNÍ PÉČI	39
9 DOBRÁ SMRT	42
9.1 VYMEZENÍ POJMU DOBRÁ SMRT.....	42
9.2 MOŽNOSTI ZLEPŠENÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ Z POHLEDU SESTRY	43
9.2.1 ZVLÁDNUTÍ BOLESTI	43
9.2.2 ZVYŠOVÁNÍ KVALITY PÉČE O UMÍRAJÍCÍ	44
10 EMPIRICKÁ ČÁST	46
10.1 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	46
10.2 METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU	47
10.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	47
10.3.1 VÝSLEDKY JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK	49
11 DISKUZE	91
ZÁVĚR.....	96
ANOTACE	97
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	98
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	102
PŘÍLOHY	104
Příloha I MUDr. MARIE SVATOŠOVÁ	104
Příloha II CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH	105
Příloha III DOTAZNÍK.....	110

***Doprovázení umírajících
ubere kus sil, ale přidá
kus moudrosti.***
(Svatošová, 1995)

ÚVOD

Práce s chronicky nemocnými pacienty nebývá atraktivním oborem. Sestry po škole odchází spíše na oddělení akutních lůžek nebo za dětskými pacienty. I já jsem si po škole vybrala chirurgické oddělení. Odtud pacienti odcházeli uzdraveni a mně to dávalo určitý smysl. Nyní se věnuji onkologickým pacientům a hledám a nacházím ve své práci určité pochopení. Setkala jsem se s pracovníky z hospiců, kteří doslova říkali, že jim doprovázení umírajících něco bere, ale i hodně dává. Což je krásné a já jsem se právě vydala za tímto poznáním.

Zrychlující se tempo stárnutí světové populace z důvodu snížené kojenecké úmrtnosti a zdravotních a technologických pokroků, které prodlužují život, dodává naléhavost najít smysl ve stárnutí a umírání. Dříve byla otázka umírání a smrti tabuizována, dnes se stává otázkou otevřenou. V této chvíli je snaha prodloužit život člověka společně se zlepšením kvality života nemocného. (Schenck, 2009)

Důležitým cílem mé práce je prozkoumat, zda je ve zdravotnických zařízeních prakticky dostatečná paliativní péče. Nejednou nemocní umírají sami, v bolestech a s trápením. Rodinu nemocného a zdravotníky velmi děsí, když vidí, že bolesti jsou stále více nesnesitelné, dýchání je více obtížnější, v pacientových očích je jen strach a úzkost. *Právě tato skutečnost může být do značné míry příčinou strachu, vyvolaného představou dlouhého procesu umírání, plného utrpení a bolesti. A tento strach je nejhlubší hnací silou pro hnutí a skupiny, jež bojují za právo zabíjet nemocné na jejich žádost* (Virt. 2000, s.35).

Cíle teoretické části:

- Prozkoumat proces umírání.
- Popsat fáze umírání.
- Objasnit nejdůležitější potřeby umírajícího a popsat, co nemocný může cítit, vnímat a jak se to může projevat v jeho jednání a chování.
- Zamyslet se nad lidskou důstojností.
- Vysvětlit pojem eutanázie a zamyslet se nad legalizací eutanázie.
- Charakterizovat hospicovou péči.
- Popsat paliativní péči.
- Vystihnout pojem dobrá smrt.

Cíle empirické části:

- Zjistit, za jakých podmínek v nemocnici pacient umírá (kde umírá, jsou k tomu přizpůsobené podmínky, je možné splnit pacientovy potřeby?).
- Zjistit informovanost sester o pojmech „eutanázie, paliativní péče, hospicové péče“.
- Porovnat názory sester na eutanázii, jestli by byly pro legalizaci eutanázie nebo proti a proč.
- Zjistit, zda jsou sestry spokojeny s péčí o terminálně nemocné.
- Zjistit, jak zvládají přítomnost u umírání nemocného, zda se nevyhýbají kontaktu a komunikace s umírajícím.

1 UMÍRÁNÍ

1.1 VYMEZENÍ POJMU UMÍRÁNÍ A SMRTI

Interdisciplinární vědní obor o smrti a umírání se nazývá **thanatologie**. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Thanatos je zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Thanatologií se zabývají filozofové, lékaři, sociologové a v neposlední řadě teologové. Každý z těchto oborů se vyjadřuje k umírání a smrti ze svého pohledu. (Haškovcová, 2007)

Pojem umírání je v odborné lékařské terminologii terminálním stavem, kdy dochází k postupnému nezvratnému selhávání životně důležitých funkcí orgánů a tkání, jejichž důsledkem je smrt. Rozhodujícím kritériem smrti je nezvratný funkční výpadek celého mozku. *Mozek je nenahraditelným garantem integrované celistvosti lidské bytosti jako tělesně-duševní jednoty. I když přístroje ještě po nějakou dobu udržují krevní oběh, je k integraci celku zapotřebí mozku, a ten nelze nahradit přístrojově. Když je mozek úplně mrtvý, je úplně mrtvý i celý člověk, který nezvratně ztratil svou identitu* (Virt, 2000, s. 60). Každý živý tvor je podřízen tomuto biologickému zákonu, ze kterého se nemůže vyprostit. Zbývá mu tedy jen, že bude uznávat svoji konečnost. To je definice z hlediska lékařského. Z pohledu sociálního existuje tzv. sociální smrt, kdy je nemocný vytržen ze svého sociálního prostředí a nelze jej vrátit se zpět. Psychická smrt může nastat, pokud se člověk vzdá. *Psychická rezignace, intenzivně prožívaná beznaděj a zoufalství nepochybně usnadňují vstup fyzické smrti* (Haškovcová, 1994, s.183).

Stává se velmi často, že v době, když je člověk úplně zdravý, bojí se smrti více než v době, kdy onemocní. Každý zdravotník přistupuje k umírání a smrti tak, jak sám chápe tyto jevy. Mladí lidé negligují smrt (negligace = vytěsnění smrti). Z tohoto důvodu by se nad možnou negligací měli zamyslet učitelé na středních zdravotnických školách. Zde se budoucí sestry poprvé setkávají s bolestí a smrtí. Otevřená komunikace je zajisté řešením. (Haškovcová, 2007)

Sestra se ve své praxi setkává s velmi náročnými situacemi, mezi ně patří právě umírání a smrt, a musí je zvládnout nejen profesionálně, ale i lidsky. Nemocný má právo zemřít důstojně, nebýt sám, potřebuje citlivý doprovod. A pokud nemůže zemřít doma mezi svými, musí mu být umožněno, aby jeho rodina mohla být stále u něj. Důstojné

umírání bylo tématem 5. plenárního shromáždění Papežské akademie Pro vita v roce 1999 ve Vatikánu. Diskutovaly se okolnosti spojené s koncem života ze všech hledisek. *Poslední úsek cesty člověka má být založen na křesťanských tradicích, což je: láska k člověku, respektování života, smysluplnost života až do jeho konce, radost a naděje na život věčný* (Kutnohorská, 2007, s.71). Tuto problematiku řeší hlavně Charta umírajících (viz příloha č. 1).

Umírání by se mělo také definovat z hlediska časového. MUDr. Marie Svatošová rozdělila proces umírání na tři fáze. Období pre finem začíná, když nemocný je informován o závažnosti své nemoci, která je neslučitelná se životem. V této době nemocný prochází fázemi, které popsala doktorka Elizabeth Kübler-Rossová a kterým se budu věnovat později. V pre finem je velmi důležité zabránit smrti sociální a psychické. Období in finem je stav podobný stavu terminálnímu. Období post finem je poslední fáze, která zahrnuje péči o pozůstalé a péči o mrtvé tělo. Z toho plyne, že je důležitá péče o umírajícího ve všech třech obdobích, přestože často je péče koncentrována pouze na období in finem. (Svatošová, 1995)

1.2 UMÍRÁNÍ RITUALIZOVANÉ

Smrt se kdysi velmi dávno chápala jako významné rozhraní mezi krátkým a těžkým pozemským životem a nebeským životem věčným. V minulých dobách byla v jistém slova smyslu nepochybně pravděpodobnější vyhlídka na smrt než na život. Lidé se dožívali relativně nízkého věku, byla vysoká dětská úmrtnost, různé infekční nemoci, špatně léčitelná zranění a špatná výživa. To všechno zapříčinilo, že lidé umírali v raném věku. Proto byli více srozuměni se smrtí. Vnímali daleko více smrt ze svého okolí a třeba i pomáhali těm, kteří umírali. Také docházelo k předávání zkušeností s péčí o umírajícího z generace na generaci. Umírání znamenalo loučení. Lidé se jí báli stejně jako dnes, ale tak nějak jinak. Možná i proto, že byli nemocní krátce a umírali rychle, třebaže umírání nebylo oddalováno různými léčebnými zásahy. (Haškovcová, 2007) *Smrt byla blízká a důvěrná, byla součástí celoživotních rituálů, součástí života, nebyla odosobněná* (Kutnohorská, 2007, s.76).

Toto umírání je označováno jako ritualizované, nebo-li tradiční model umírání. Smrt byla určitým rituálem. Pokud někdo umíral, ležel někde blízko mezi svými. Rodina

byla umírajícímu stále po boku. Její členové si rozdělili různé pečovatelské role, pomáhal i kněz a sousedé, což jim mohlo dodávat psychickou oporu. Nemocný mohl vyřídit svoje záležitosti, jako např. rozdělit majetek, poprosit o odpuštění, rozdat dětem rady do života, podělit se svými zkušenostmi, a zejména nebyl umírající sám. Tím se i zmírnil strach ze smrti nejen pro nemocného, ale i pro ty, kdo ho ošetřovali, v případě, že viděli, že může být umírání i „hezké“. *Rituál poskytoval oporu, nabízel útěchu a dopřával pozůstalým tvář tvář se vyrovnat se smrtí* (Kutnohorská, 2007, s.76).

Tím, jak lidé ve svém životě často vídali péči o umírajícího, věděli dobře, jak se o něj postarat. Pokud nemocný nemohl už přijímat tuhou stravu, dělali různé polévkové vývary. Už vycítili, že je třeba dát nemocnému více pokrývek, protože zesláblé tělo je chladné. Částečně už i dokázali předpovědět, že život končí. Znalost péče se týkala i období po smrti, kdy dokázali zatlačit oči, otevřít okno, aby mohla duše odejít, a mrtvé tělo omyli. Modlitba byla samozřejmostí. Umírání ale nebylo vždy tak idealizované. Chudí lidé umírali i o hladu, ve špíně a sami. Jen bohatí mohli umírat v teple a třeba i s nějakou lékařskou péčí. Někteří chudí neměli lékařskou péči ani během svého života. (Haškovcová, 2007)

1.3 UMÍRÁNÍ INSTITUALIZOVANÉ

Umírání institucionalizované, nebo-li moderní model umírání, se vyvíjelo postupně. Tendence k tomuto modelu umírání jsou patrné už od středověku. Církev nebo obec se začaly o nemocné a umírající starat. Byly postaveny chudobince, chorobince či špitály. Nemocní zde leželi na vícelůžkových pokojích, kde byly mezi postelemi pouze úzké uličky. Pro rychlou orientaci ošetřujících bývala v záhlaví černá tabule, na které se psalo jméno, ročník, někdy i diagnóza nemocného. Řádové sestry pečující o tyto nemocné často neměly vůbec žádné odborné vzdělání, ale různé ošetřovatelské techniky zvládaly znamenitě. (Haškovcová, 2007)

Zásluhy o rozvoj ošetřovatelství patří zaslouženě Florence Nightingalové, která je dodnes zdrojem inspirace pro sestry. Je nejznámější sestrou v historii světového ošetřovatelství. I přes počáteční protesty lékařů, přes náboženské nesouhlasy její převratné reformy ovlivnily rozvoj moderní zdravotní a ošetřovatelské péče. Prosadila studium zdravotní péče, důraz kladla zejména na hygienu, správné stravování a psychickou

podporu. Sama obcházela nemocné a starala se o ně, i když ostatní už odpočívali. (Staňková, 2001)

Tradiční opatrovnická činnost se jen pozvolna měnila v činnost ošetrovatelskou, podloženou odbornými znalostmi a dovednostmi. Umírajícím, jako zvláštní skupině nemocných, nebyla věnována z hlediska odborného ošetrovatelství dlouhou dobu speciální pozornost. Jestliže někdo právě opouštěl pozemský svět, pak jeho soukromí bylo ekvivalentem lůžka, které se nacházelo „mezi všemi“. Ve snaze zlepšit situaci umírajícího a ostatních, kteří měli být uchráněni asistence umírání neznámého člověka, vznikla praxe tzv. bílé stěny – plenty (Haškovcová, 2007, s.30). Později také zavládlo všeobecné přesvědčení, že umírající potřebuje mít klid, a proto bylo zamezeno příbuzným účastnit se péče. Stalo se, co je nám dobře známo, že nemocný umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo mezi jinými pacienty, v péči zdravotníků, kteří jsou pro umírajícího vlastně cizími lidmi. (Haškovcová, 2007)

Dnes umírají lidé v nemocnicích, v domovech důchodců či LDN a nezřídka osamoceni. Často chybí lidský kontakt. Ošetřující je umyjí, nakrmí, podávají jim léky, ale mnohdy je nepohladí, nepromluví. *Umírání je dnes osamělé, tak zmechanizované a neosobní a někdy ani nevíme, v kterém okamžiku smrt nastala (Kübler-Rossová, 1992, s.11). V roce 2000 a 2001 byl proveden výzkum v ČR, který zjišťoval názory na úroveň péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Podle názoru veřejnosti není péče o tuto skupinu nemocných dostatečně kvalitní. Jen 1,3% dotázaných považuje péči za vsutku dobrou. Alarmující bylo zjištění, že zdravotníci, kteří mají zkušenosti s péčí o umírající a těžce nemocné, hodnotili tuto péči ještě kritičtěji než laici. Také bylo vybadáno, že lidé by si přáli zemřít doma a že mezi nejobávanější obtíže spojené s umíráním patří bolest, ztráta soběstačnosti, odloučení od blízkých, ztráta důstojnosti a osamocenosť. (Haškovcová, 2007). Špatná kvalita péče o umírající je tak jednoznačně skrytý a zamlčovaný problém, který má ještě daleko větší rozměry, než by se na první pohled mohlo zdát (Kübler-Rossová, 1992, s.34).*

2 FÁZE UMÍRÁNÍ PODLE ELIZABETH KÜBLER-ROSSOVÉ

Každý člověk je jiný, proto jinak reaguje na obtížné životní situace. Záleží na osobnosti, na rodinném zázemí, na dosavadních zkušenostech, ale určitá podobná pravidla tu přece jen můžeme nalézt. Švýcarsko-americká lékařka Elizabeth Kübler-Rossová na základě svých dlouholetých zkušeností charakterizovala určité fáze, kterými nemocný procházejí od chvíle, kdy je mu oznámena závažná diagnóza. Sice je označila jako fáze, ale každý jimi nemusí projít v tomto pořadí. Často se některé z nich vracejí a střídají anebo se i prolínají mezi sebou. Některá z fází nemusí vůbec nastat. Je podstatná zkušenost, že těmito fázemi neprochází pouze nemocný, ale i jeho nejbližší. Úkolem zdravotníka je napomoci projít těmito fázemi tak, aby se nemocný a jeho nejbližší vyrovnali s neodvratitelnou realitou. V každé fázi se nemocný chová jinak a jedná jinak. Pro zdravotníka je zásadní vycítit, v jaké fázi se nyní nemocný nachází, aby mu byl nápomocný. Protože pokud budeme znát fázi umírání, budeme i chápat jednání a chování nemocného. V každé fázi se může pobouzet naděje. Je důležité neupírat ji nemocnému. Určitě mu nelhat, stačí nepopírat možnost nepředpokládaného obratu k lepšímu. (Kübler-Rossová, 1992)

První fází je negace (šok, popírání). Pokud se někdo dozví, že má nevléčitelnou chorobu, je samozřejmě v šoku. Dochází k popírání. Často nemocní vyhledávají jiné lékaře, co kdyby se náhodou ten první spletl, nebo neužívají léky, nepřichází na domluvené procedury a vykazují podobné nespolupracující úkony. Popření je v podstatě sebeobrana, aby měl nemocný čas vyrovnat se a přizpůsobit se této pochmurné skutečnosti. Tento postoj většinou změní, jakmile dojde ke zhoršení stavu. Zdravotník nesmí popírání ani posilovat, ani rozmlouvat. *Není moudré snažit se umírajícímu za každou cenu „otvírat oči“* (Callananová, Kelleyová, 2005, s.43). Ale také je důležité nemocnému nelhat, *to z vás dělá partnera v popírání a ačkoliv falešný optimismus může na chvíli přinést útěchu, nakonec se pacient přes toto stadium přenese a bude třeba s vámi chtít hovořit o smrti. Pokud jste projevíli neochotu pohlédnout pravdě do tváře, umírající se bude rozpakovat s vámi hovořit o smrti a bude mít pocit, že za ním nestojíte nebo jste ho dokonce opustili* (Callananová, Kelleyová, 2005, s.44). Zdravotník by měl vhodnou komunikací získat pacientovu důvěru.

Další fází je agrese (hněv, vzpoura). Často se nemocný hněvá na zdravé lidi, na rodinu, na Boha, na zdravotníky, na zdravější spolupacienty. Ani není podstatné, na koho

se hněvá, ale „odnesou“ to ti, kteří jsou nemocnému nejbliže. Nemocný může mít i prudkou reakci. Zdravotník na to nesmí reagovat ostře, mohlo by dojít i k hádce, která by stejně nic nevyřešila. Chápající zdravotník dobře pochopí, že to není mířeno proti němu, ale proti nespravedlivému osudu. Nemocný se může projevovat buď už zmíněnou agresivitou, nebo třeba odtažitým postojem, může mít nemístné ironické poznámky, které jsou nemorální a těžko tolerovatelné. Příčina jeho hněvu je jasná. Nemocný má strach, ztrácí kontrolu nad sebou, stává se závislým. Zdravotník a jeho nejbližší musí takovou situaci pochopit a nechat nemocného odreagovat se, dát najevo svou účast a porozumění. (Kübler-Rossová, 1992)

Třetí fáze je označena za smlouvání (vyjednávání). V této fázi umírající mohou smlouvat s Bohem. Pokud nejsou věřící tak s někým, kdo by jim mohl nějakým způsobem prodloužit život. Začínají žít zdravě, přestanou kouřit, častěji se modlí a provádějí další podobné změny životního stylu. Věří, že toto jejich počínání oddálí jejich smrt. V této fázi mohou vyhledávat léčitele, užívat různé šarlatánské léky. Sami sobě si určují, jak dlouho ještě budou žít a tvrdí, že pak už od života nebudou nic jiného chtít. Nesmíme jim ale oponovat a říkat, že je to nemožné, ale také jim nesmíme lhát. (Kübler-Rossová, 1992) *Je nutné stále vidět otevřenou perspektivu a nezavírat dveře naději. Zcela nepřijatelné jsou verdikty omezující život nemocného k určitému datu, protože smrt je ortel, který byl vyřčen nad námi nade všemi, nikdo však nezná čas jeho vykonání. A tak čas smlouvání je též časem intenzivního žití, aktivit zaměřených k životu, jakkoliv mohou být z objektivního pohledu nerealistické* (Honzák, 1989, s.110).

Deprese je další fází. Umírající cítí opravdový smutek. Smutní jednak z toho, že ztratil zdraví, nezávislost, práci, roli v rodině, ale taky z obavy, co ještě ztratí. Musí se vzdát svých snů a plánů. Má strach o rodinu. V této chvíli je důležité nemocnému naslouchat, porozumět mu, nechat vyjádřit pocity, vybrečet se a pomoci mu vyřídit důležité osobní záležitosti. Pro nemocného bude mít větší význam, bude-li cítit souhlasné pocity, než přehnaný optimismus, který může chápat jako nepochopení. *Kdo může vyjádřit svou bolest, může se lehčeji smířit se svým osudem a je vděčen těm, kteří v tomto stádiu deprese u něho setrvávají, aniž by neustále opakovali, že přece nemá být smutný.* (Kübler-Rossová, 1992, s.50)

Poslední fází je smíření (souhlas). Tato fáze spočívá v tom, že nemocný už skončil boj s nemocí, je už čas loučení. Nemocný nyní hlavně potřebuje přítomnost někoho druhého. Zdravotník někdy ani nemusí vyhledávat správnou komunikaci, často stačí pouze naslouchat a držet za ruku.

Smíření je důležité odlišovat od rezignace. Doktorka Elizabeth Kübler Rossová popisuje rozdíl mezi smířením a rezignací takto: *Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stádia přijetí pravdy* (Svatošová, 1995, s.28).

Neexistuje univerzální návod, jak správně v určité situaci mluvit a co radit. Je důležité naslouchat a přijímat. Když bude zdravotník pozorný, uslyší anebo vycítí pacientovo přání.

3 POTŘEBY NEMOCNÉHO

Sestry se zabývají nemocným člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociálně-spirituální, bytostí holistickou.

Potřeba je nedostatek něčeho, co je žádoucí napravit. Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. *Často se stává, že na začátku choroby jsou pro nemocného prvořadě potřeby biologické a na konci nabývají na důležitosti potřeby spirituální* (Svatošová, 1995, s.21).

3.1 Potřeby tělesné

Sem patří všechno, co člověk potřebuje k přežití. Pokud něco v této dimenzi potřeb postrádá, stává se to dominantní a ovlivňuje jedince v chování a jednání. Člověk musí přijímat potravu, zbavovat se produktů metabolismu, dostatečně dýchat, pravidelně spát, pohybovat se, je důležitá péče o čistotu apod. Pokud má člověk nemocné a umírající tělo, vyskytnou se i nepříjemné symptomy s tím spojené. Mnohdy nemocní trpí nechutenstvím, které pak může mít za následek úbytek váhy a i poruchy s vyprazdňováním. Často mají kašel a obtížné dýchání. Bolest je nejčastějším symptomem v paliativní péči (Callananová, Kelleyová, 2005, s.44). Léčba bolesti se velmi často podceňuje. Významným úkolem sester je bolest správně sledovat, hodnotit a usilovat o to, aby bolest byla správně léčena. *Bolest je vždy to, co pacient označí za bolest a vyskytuje se vždy, kdy to pacient říká* (O'Connor, Aranda, 2005, s.89).

Nemůžeme přesně vědět, kdy nemocný zemře. Některé příznaky projevující se na lidském těle nám mohou napovědět, že už může smrt přijít během několika dní či hodin. Může se to projevit i tím, že nemocný začne špatně polykat. Pacient nechce nic pít ani jíst. Není dobré pokoušet se do nemocného dostat co nejvíce potravy, pouze pak nemocného bude sužovat kašel, když tekutina zateče do plic. Toto často nechápou pacientovi nejbližší. Velmi často jsem svědkem toho, že první otázkou, když přijde rodina za umírajícím, je: "Tak kolik toho ten náš dneska vypil a snědl?" Pokud následky dehydratace zhoršují kvalitu života nemocného, je nutné zahájit parenterální výživu. Každopádně je dobré nemocnému vytírat ústa mokrou štětičkou, rty mazat krémem, aby neměl nepříjemné pocity z oschlých sliznic. (Callananová, Kelleyová, 2005)

Obtíže s dýcháním jsou dalším nepříjemným symptomem. Nemocnému může ulevit podávání kyslíku a léků, které vysušují hlen a udržují dýchací cesty volně průchodné. Tělesná teplota se může zvýšit, ale ruce a nohy mohou být studené a promodralé nebo skvrnité, někdy zmodrají i rty a nehty. Pokud je nemocnému zima, přidáme mu přikrývku, a jestliže se potí, je zapotřebí otírat ho namočenou houbou, častěji vyměňovat prádlo a pečovat o pokožku. Později pacient slábne a je čím dál spavější, komunikace s ostatními je postupně sotva zřetelná. (Callanová, Kelleyová, 2005) *Někdy mají oči pootevřené a to ve spánku i v bdění. Ale jsou příliš slabí, než aby hovořili, nebo když ztratili vědomí, stále slyší; sluch totiž ze všech smyslů funguje nejdéle* (Callanová, Kelleyová, 2005, s.40).

Za předpokladu, že veškeré nepříjemné symptomy jsou správně ošetřeny, může být smrt pokojná (Callanová, Kelleyová, 2005, s.40). Sestra profesionálka by měla nejen plnit různé ordinace a zabývat se ošetrovatelskou péčí, ale měla by být empatická a zjistit, co nemocný nejvíce potřebuje. V dnešní době je spousta metod, technik, jak pomoci nemocnému zvládnout tyto velmi nepříjemné pocity a projevy nemoci, ale prakticky je to dostatečné?

3.2 Potřeby psychosociální

Nemocný má právo na to, *aby s ním ostatní lidé komunikovali jako s partnerem, aby ho přijímali i s jeho projevy i s důsledky jeho nemoci, aby nebagatelizovali jejich obavy, aby odpovídali na jeho otázky. Aby se dozvěděl, co se s ním bude dít. Aby si ostatní vážili jeho minulosti. Aby respektovali jeho životní hodnoty a to za všech okolností* (Marková, 2019, s.64). Proto zdravotník musí k nemocnému přistupovat individuálně. V těchto posledních větách je snad obsaženo všechno, co patří do tohoto spektra potřeb. Ještě trochu k některým z nich:

- každý potřebuje pocit bezpečí, umírající zasluhuje uklidnit, že umírání „nebude bolet“,
- milovat a být milován znamená pro každého velmi mnoho, proto i pro umírajícího je významně důležitá potřeba lásky,
- nemocný potřebuje něčí blízkost, komunikaci, aby s ním někdo sdílel jeho pocity, jako například strach, který může být pak o něco snesitelnější,
- často nemocní potřebují ještě něco splnit,

- potřeba pohovořit o smysluplnosti života,
- potřeba ujištění, že příbuzní unesou ztrátu; pokud má umírající děti, tak potřebuje jistotu, že se o ně někdo postará,
- nemocný rozhoduje o všem, co se týká jeho osoby, jako co chce jíst a pít, kdo s ním bude, kde chce být i o způsobu terapie nebo ošetrovatelské péče, toto rozhodování se musí respektovat, i když často se to rozchází s rozhodnutím zdravotníků,
- poctivost, upřímnost a empatie by měla být samozřejmostí,
- potřeba intimity, něžnost od nejbližších. (Marková, 2010)

Psychickými obtížemi trpí umírající takřka pokaždé. Často pociťuje strach, jaké to bude, až bude umírat. Mohou propadnout smutku a depresi. Zdravotník a rodina mohou tyto pocity zmírnit tím, že budou naslouchat a budou vést klidný a laskavý rozhovor. Do paliativní péče patří samozřejmě terapie těchto stavů podáváním anxiolitiků či antidepresiv. Mezi důležité prvky systému dobré péče je opravdová dostupná psychologická péče pro pacienta i jeho rodinu a pastorační péče. (Haškovcová, 2007)

Umírající si zasluhuje, aby mu bylo nasloucháno, aby byly respektovány jeho přání, aby cítil, že je ještě člověkem, který má nějaké pocity a potřeby, aby věděl, co se s ním děje nebo co se s ním bude dít. Zdravotník by měl věnovat pozornost tomu, co nemocný říká, aby ho pochopil. Často nám chce „tajemnými“ slovy něco důležitého sdělit. Nejde jen o verbální komunikaci, ale nemocný potřebuje i úsměv, pohlazení, doteky apod. (Callananová, Kelleyová, 2005) *Kdo má dostatek sil a lásky, aby se posadil k nemocnému, a chápe hodnotu mlčení, které je silnější než slova, ví, že pohled na nemocného není ani trapný ani nevzbuzuje hrůzu, vidí jen pomalé vyhasínání tělesných funkcí. Pohled tiše umírajícího člověka připomíná padající hvězdu, hvězdu mezi milióny světél na vzdálené obloze, zaplane a zmizí navždy v nekonečné noci* (Kübler-Rossová, 1992, s.133).

3.3 Duchovní péče

V minulosti bylo samozřejmostí, že se k umírajícímu volal duchovní. Náboženství bylo součástí života. Donedávna byly spirituální potřeby téměř tabu. Duchovní péče může mít různou formu. Pokud je nemocný věřící, je povinností zdravotníka vyhovět přání nemocného a přivolat mu kněze, kazatele nebo faráře. V některých zařízeních jsou i kaple

a modlitebny, které nemocný může navštěvovat. Pokud nemocný nemůže navštívit takovou místnost, měl by být kněz přivolán k lůžku nemocného. Nesmí se zapomenout, že *zpověď je velice osobní záležitost a zároveň velice jemná a křehká. Potřebuje klid. Mimořádný klid – po celou dobu takového rozhovoru. Ten se nesmí nikým a ničím rušit. Ani návštěvami, ani netrpělivostí naslouchávajícího* (Křivohlavý, 1991, s.50).

Mnoho lidí se považuje za nevěřící a často v období progredujícího onemocnění začínají věřit v Boha. Snad i z důvodu toho, že věří, že jim víra pomůže vyléčit se. Ale může nastat i „krize víry“, kdy nemocný ztrácí svou víru. Zde je na místě projevít porozumění a vyhledat kněze, který mu bude schopen poskytnout odpovědi. Ale i nemocní, kteří nejsou věřící, se začnou zabývat otázkami o smyslu svého života. Potřebují odpuštění, protože vidí konečnost svého žití. Mohou hledat někoho, kdo vyslechne, co mají na srdci. (Kay, Horst, Hans, 1988) *Kdo nikdo nevěřil, začíná se k víře upínat. Kdo věřil, může zapochybovat. Není to nic neobvyklého a není také na tom nic špatného. Pochybnosti k víře patří, jde „jen“ o zkoušku, v níž je nutno obstát, vydržet.* (Svatošová, 2003)

Také existují sekty, které rozhlašují, že uzdravují. Nemocnému káží, že onemocněli, protože neměli dostatečnou víru. Proto se nemocný začne více modlit, a to může mít za následek pacientovo vyčerpání.

4 VĚDOMÍ BLÍZKOSTI SMRTI

Maggie Callanová a Patricia Kellerová, dlouholeté zdravotní sestry v hospicu, ve své knize *Poslední dary* vypráví příběhy lidí odcházejících ze života. Tyto rozhovory jsou vlastně poslední slova, prožitky, gesta, pohyby, které můžeme chápat jako sdělení nemocných při přechodu z bytí do nebytí. Můžeme tak lépe pochopit, proč se nemocný nějak chová a proč něco říká. Nevědomost nás pak může klamně přesvědčit, že nemocný je zmatený, má halucinace nebo trpí demencí. Autorky nazvaly tento oddíl *Vědomí blízkosti smrti* a rozdělily ho do pěti kapitol.

První kapitolu nazvaly *Kde je mapa?*. K označení této kapitoly použily skutečný příběh pacientky, která při umírání hledala mapu. Dlouhou dobu trvalo rodině a zdravotníkům, než odhalili, že jim sděluje, že odchází a potřebuje vědět, zda to chápou a zda jsou na to připraveni. A až pak mohla žena klidně odejít.

Často nemocní používají přirovnání k cestě ze světa, aby ostatním dali na vědomí, že umírají. Pokud to přijmou i nejbližší a jakoby nemocnému dají svolení, často je to pak pro umírajícího snadnější.

V další kapitole s názvem *Chystám se odejít* popisují příběhy umírajících, kteří mluví o tom, že se připravují k nějaké změně nebo se chystají na cestu. *V jádru každého takového sdělení je zpráva, že umírající si je vědom toho, že umírá – možná dřív než kdokoliv jiný. Místo úzkosti však bývá toto vědomí doprovázeno potřebou informací o procesu umírání nebo starostí o lidi umírajícímu nejbližší a nejmilejší. Prostá, stručná a výstižná informace pomůže rozptýlit jakékoli obavy* (Callananová, Kelleyová, 2005, s.81).

Další příhoda se nazývá *Nejsem sám*. Vypráví o tom, že nemocný často vidí, slyší, povídá si s někým, kdo již nežije. Kdo pracuje s umírajícími, určitě se setkal s tím, že nemocní často volají své blízké, různě jim pokyvují, natahují k dotyčnému ruce. V této chvíli bychom se s nemocným neměli hádat a tvrdit mu, že se plete, nebo si myslet, že trpí halucinacemi. Naopak z toho prožitku můžeme dojít k závěru, že umírání není osamělý a izolovaný proces, ale že na této cestě nebudeme sami.

Vím, kam jdu. Už z názvu vyplývá, o čem tato čtvrtá kapitola vypráví. Není neobvyklé, že umírající mluvívají o světle nebo o krásném místě. *Zdá se však, že pouhé nahlédnutí do onoho místa přináší umírajícímu pokoj, útěchu a pocit bezpečí – a ti, kteří jim umějí naslouchat a snaží se porozumět, se z něj mohou zprostředkovaně těšit také* (Callananová, Kelleyová, 2005, s.96).

Poslední částí je *Bude to tehdy, až...* Zdravotník může odhadnout, že smrt přichází, ale někteří umírající dokážou i na hodinu odhadnout, kdy zemřou. Mohou nám to říct přímo, ale i zastřeně. Je zde vyprávěn příběh dítěte, které oznámilo přesně hodinu své smrti. Chlapec nakreslil diagram fotbalového utkání s hráči včetně sebe. Šipka, která byla nakreslena od kroužku s jeho iniciálami, vedla ne do zámezí, ale ven z hřiště a byla doplněna určitou hodinou. V tento čas chlapec zemřel. Je zde také uvedeno, že rodina s pomocí hospicové sestry pochopila význam této kresby. Stačili se s dítětem rozloučit a být přítomni ve chvíli odloučení. Posloucháme-li umírajícího, co nám říká, a pochopíme-li to, můžeme pak využít této informace. Pro rodinu pak bude zajisté cenné, když se budou moci s nemocným rozloučit nebo říct, že ho mají rádi, anebo poprosí o odpuštění. (Callananová, Kelleyová, 2005)

5 LIDSKÁ DŮSTOJNOST

Důstojnost, anglicky dignity, se odvozuje od latinského dignus, což znamená cenu či hodnotu. V době, kdy nemocný umírá, projevujeme úctu k jeho lidské důstojnosti, když mu dokazujeme, jak si ho vážíme, když se snažíme zbavit nemocného útrap a také když ho ujišťujeme, že nezůstane osamocený. Důstojnost je úcta k hodnotě lidské bytosti. Můžeme jí chápat pouze v souvislosti s pojmy úcta, sebeúcta, participace, svoboda, potřeba uznání a dalšími. Úcta představuje hodnotu, kterou vidíme v druhém člověku. Sebeúctou poukazujeme na to, nakolik si ceníme sami sebe. Často je naše sebeúcta odrážena v našem chování k druhým lidem. Dalším projevem důstojnosti je autonomie, nebo-li nezávislost, schopnost řídit a vést každodenní způsob života podle svých představ. Pokud nejsou nemocnému vysvětleny všechny potřebné informace a není mu povoleno svobodně rozhodnout o dalším postupu, může nemocný pociťovat ztrátu důstojnosti. Vnímat ztrátu důstojnosti také může, pokud nebude cítit, že je uznáván. Zdravotník nikdy nesmí opomenout na základní pravidla týkající se zdvořilosti, mezi něž patří pozdrav, prosba anebo náležité oslovení pacienta, včetně jeho titulu, pokud si to nemocný přeje. (Kutnohorská, 2009)

Doprovázející by měl vycházet z toho, že *umírající je eticky odpovědný. Jednejme s ním až do poslední chvíle jako se svéprávnou bytostí. Umírání poskytuje možnost objevit smysl uplynulého života jako celku. Věnujte tomu obětování čas. Umírající se chce smířit se svým uplynulým životem. Věřící chtějí uvést do pořádku svůj vztah k Bohu* (Kutnohorská, 2007, s.79). V odborné literatuře bývají uvedeny tři pojetí důstojnosti. Pokud si zdravotník nevšímá třeba jen jednoho z nich, je to vnímáno jako přehlížení, hanebnost či utlačenosť. Jde o důstojnost zásluh, mravní síly a osobní identity. (Kutnohorská, 2009)

Pakliže někdo mluví o důstojné smrti, často tím především myslí estetickou stránku procesu umírání. Nemocní, kteří umírají, mají většinou různé tělesné projevy strádání, kterou hodnotí jako úpadek své důstojnosti. Často se trápí obavami, aby nezapáchali. Ale lidé jsou důstojní ze své podstaty. *Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je osobní blízkost druhého člověka. Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl sám umírat* (Haškovcová, 2007, s.161).

V dnešní době je společnost stavěna na výkonu a podle toho je pak člověk hodnocen. Výkon se stává smyslem života, výkonem se ospravedlňuje lidská existence.

Pokud takto vnímá nemocný a umírající člověk, pak může cítit, že ztratil lidskou důstojnost. Je třeba respektovat důstojnost každého člověka bez ohledu na jeho plnění nebo neplnění různých společenských, lidských a dalších norem. Je důležité vážit si nemocného nezávisle na jeho schopnostech, prospěšnosti nebo soběstačnosti.

6 EUTANÁZIE

*"Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne
žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou."*

z Hippokratovy přísahy

6.1 EUTANÁZIE, VYMEZENÍ POJMU

Původ slova eutanázie je ze staré řečtiny: eu – dobrá, thanatos – smrt. *Sloučením těchto slov označovali staří Řekové ukončení vlastního nebo cizího způsobu života z důvodu zachování cti a důstojnosti* (Kutnohorská, 2007, s.84). Pojem eutanázie vyznačuje celou řadu situací.

Aktivní eutanázie (active voluntary euthanasia = AVE) je čin lékaře, který ukončí život nevléčitelně nemocnému, který trpí nesnesitelnými bolestmi anebo jinými nepříjemnými obtížemi na jeho žádost. Tato forma eutanázie bývá také označována jako strategie „přeplněné stříkačky“. Eutanázie nevyžádaná je typ aktivní eutanázie, kdy sice pacient není schopen vyslovit tuto žádost, ale kdyby mohl, učinil by tak. I když je nazvána nevyžádanou, je v podstatě chtěná. Eutanázie nevyžádaná a nechtěná je forma, kdy se nemůže dokázat, jestli si toto pacient vyžádal anebo nevyžádal. Také se označuje za eutanázii nedobrovolnou. Pokud dochází k přerušení léčby nebo jiných terapeutických postupů, které by nemocného pouze zatěžovaly, je takové jednání pojmenováno pasivní eutanázií. Tato forma je někdy označována jako strategie „odkloněné stříkačky“. Ať už je eutanázie nazývána jakkoliv, jde o aktivní čin. (Haškovcová, 2007)

Dystanázie je pojem označující zadržovanou smrt. Nemocnému není dovoleno umřít. Dochází k marné léčbě. Podstata takového problému je velmi diskutabilní. Nyní jsou alespoň vytvořena určitá pravidla, kdy se uvažuje, zda mimořádný léčebný zákrok provést. *Příkladem mohou být pravidla marné kardiopulmonální resuscitace. V odborné zahraniční terminologii se obecně hovoří o programech DNR (do not resuscitace) nebo v českém písemnictví NR (neresuscitovat). Používá se také pojem nepokračování v léčbě (withdrawing) a nezahajování léčby (withholding)* (Haškovcová, 2007, s.121)). Dystanázie bývá také označována jako život s přístrojem. Odpojení od přístroje představuje další termín, a to orthothanasie, což má za následek smrt člověka. (Haškovcová, 2007)

Asistovaná sebevražda (physician assisted suicide = PAS) je čin, kdy si nemocný přeje umřít, trpí nesnesitelnými obtížemi a jeho prognóza je infaustní. Lékař mu ale smrtící látku nepodá, nýbrž nemocnému poradí, co mu může přivodit konec života. Vlastně mu předepíše konkrétní přípravek, který si nemocný aplikuje sám. (Haškovcová, 2007)

V americkém státě Oregon v USA je od roku 1997 legalizována tato forma nazvaná asistovanou sebevraždou. Nemocný musí splňovat řadu podmínek. Musí v rozmezí patnácti dnů třikrát po sobě požádat svého lékaře o ukončení svého života. Jeho písemné prohlášení je nutno dosvědčit dvěma svědky. Žadatel musí být plnoletý, právně způsobilý a musí být schopen rozhodnout o terapeutické nebo zdravotní péči. Při výdeji předepsaného smrtícího přípravku musí být se záměrem jeho použití obeznámen také lékárník. Sebevraždu smí spáchat pouze pacient vlastní rukou. Lékař každou asistovanou sebevraždu musí nahlásit ministerstvu zdravotnictví. Zde jsou povinni tato data důsledně ověřovat a zveřejňovat. Lékař smí toto provést, pouze pokud je přesvědčen, že pacient je natolik vážně nemocen, že by žádná terapie nemocnému nepomohla a on by zemřel do šesti měsíců. Také mu musí vysvětlit další možnosti léčby, možnosti zmírňování nepříjemných příznaků nebo možnost uvést do umělého spánku a další. (Haškovcová, 2007)

Také se vyskytuje pojem prenatalní eutanázie. Tím je označen čin, při kterém dochází k interrupci ze sociálních důvodů. (Haškovcová, 2007)

Poslední formou je sociální eutanázie, ta by nevznikla, kdyby se každému občanovi dostalo takové péče, která odpovídá současné špičkové vědě a medicíně. Nedochozí k tomu z důvodů ekonomických, geografických anebo z důvodu nízké vzdělanosti. (Haškovcová, 2007)

6.2 Z HISTORIE EUTANÁZIE

Už dříve měl lékař povinnost zbavovat člověka bolesti a taky se měl snažit ochránit život člověka. Ve starém Řecku se stávalo, že pokud lékař shledal, že nemocný zemře i přes veškerou léčbu, odepřel takového člověka léčit. Postupem času tato situace byla nepřijatelná a lékař pečoval o umírající a mnohdy je i doprovázel na poslední cestu. Dříve neměl lékař tak pestrou nabídku jak nemocného léčit a tišit mu bolest jako dnes. Když byl přesvědčen, že pacientův skon brzy přijde a soužení je citelné, podal nemocnému větší množství utišujícího léku. Byl si vědom, že tím smrt přiblíží. Chtěl nemocnému navodit

dobrou smrt bez trápení. V paternalistickém modelu péče bylo samozřejmostí, že rodina lékaři v každém případě věřila. (Haškovcová, 2007)

Varováním, abychom nežádali o legalizaci eutanázie, je děsivá historická zkušenost. Na konci devatenáctého století vyšla v Německu kniha Adolfa Jorsta *Právo zemřít*, kde autor navrhuje různé formy zabití z milosrdenství. Tento text nezískal výrazný ohlas. Velmi populárním se stal spis, který vyšel v Německu v roce 1920 pod názvem *Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden*. Autorem byl právník Karl Binding a lékař Alfred Hoche. *Tragédie, která následovala, se opírala o vědecké a nezvratné argumenty, že lze bezpečně určit, který život není hoden žití a tím takového člověka i odstranit. Obrat není hoden žití se vztahoval k vnějším faktorům kvality života a používaná kritéria marnosti, zbytečnosti a bezcennosti byla poplatná době* (Haškovcová, 2007, s.124). Nejprve byli likvidováni duševně nemocní dospělí i děti, později homosexuálové a Židé byli také nazváni neplnohodnotnými lidmi. Duševně nemocné označili za nevléčitelné. Mezi důvody jejich činů udávali, že jejich utrpení nemá konce, takže jim vlastně pomohou zbavit je jejich trýzně, a navíc se pak mohou materiální a finanční zdroje uplatnit jinde. Hitlerův „dětský program eutanázie“ znamenal, že děti, které se narodily postižené mikrocefalií, hydrocefalií, děti s idiocií nebo mající různé deformity či obrnu, nejsou hodny života. Byly zabity i proti vůli jejich rodičů. Akce eutanázie měla asi 71 000 obětí, ve speciálních dětských ústavech popravili asi 5000 hendikepovaných dětí. Je smutné, že po takové strašné zkušenosti opět někteří volají o legalizaci aktivní eutanázie. (Haškovcová, 2007)

Aktivní eutanázie není nikde na světě legalizována. V severním teritoriu Austrálie byla přechodně uzákoněna, a to díky veřejnému hlasování. Zákon vstoupil v platnost v roce 1996 a ve stejný rok byl zrušen. Nejistila jsem důvody, proč byl po tak krátké době zrušen. Za tu krátkou dobu eutanázii využili dva nebo tři lidé (v některých pramenech jsou uvedeny dva lidé, v jiných tři). (Haškovcová, 2007)

Zákonný způsob ukončení života na vlastní přání je uskutečnitelný v Belgii, Nizozemí, v USA ve státě Oregon, v poslední době i ve Švýcarsku.

V dosavadních dějinách českého trestního práva se specificky otázka eutanázie neobjevuje. Za první republiky byla načrtnuta dvě znění trestního zákona. První z roku 1926 *předpokládalo jednak usmrcení na žádost, kdy umožňuje snížení trestu tomu, kdo spáchal čin podléhající mimořádnému nátlaku nebo v přechodném omluvitelném mimořádném stavu, a jednak usmrcení ze soucitu, kdy může soud trest mimořádně zmírnit nebo od potrestání upustit v případě, usmrtil-li viník úmyslně jiného ze soucitu, aby uspíšil*

jeho neodvratnou smrt (Sum, 2004). V roce 1937 pak padly návrhy, ve kterých tak zvané usmrcení na žádost z útrpnosti mělo být stíháno výlučně jako přečin. Tyto plány byly zamítnuty. Od 21.7.2004 je otázka případného postižení za provedení eutanázie obsažena v zákoně v *hlavě I zvláštní části návrhu zákona „Trestné činy proti životu a zdraví“ v dílu I „Trestné činy proti životu“*. Tímto ustanovením je tak poprvé výslovně řečeno, že eutanázie jako usmrcení na žádost je trestný čin se všemi důsledky z toho plynoucími. Navrhované znění § 118 je následující: **§ 118 Usmrcení na žádost** (1) *Kdo ze soucitu usmrtí nevyléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let.* (2) *Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stížena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení* (Sum, 2004). Do zákona je tato skutečnost zanesena proto, aby byl rozdíl mezi vraždou a eutanázií. Za vraždu je trest minimálně 10 let, za eutanázii maximálně 6 let. Za lege artis je považováno tlumení bolesti vysokými dávkami analgetik, které se podávají za cílem ulehčit nemocného od bolesti, a ne přiblížit jeho smrt.

6.3 EUTANÁZIE V HOLANDSKU, V BELGIU, VE ŠVÝCARSKU A „LIVING WILL“

6.3.1 HOLANDSKÝ MODEL EUTANÁZIE

Poradní komise nizozemské vlády pro otázky zdravotnictví definovala eutanázii takto: jde o *úmyslný výkon, kterým se život zkrátí, nebo se úmyslně neprodlužuje u nevyléčitelných pacientů, a to k jejich prospěchu. Eutanázie se může vykonat jen na důrazné přání pacienta* (Kutnohorská, 2007, s.85). Základní podmínky pro případnou aktivní eutanázii stanovila v roce 1984 Holandská královská lékařská asociace takto: *nevyléčitelně nemocný, duševně způsobilý a dospělý člověk, s bezesporně neblahou prognózou, který trpí nesnesitelnými a nezvladatelnými bolestmi, bez jakékoliv naděje na úlevu a který opakovaně, v určeném čase a určeným způsobem, žádá o milosrdnou smrt,*

může zemřít z rukou lékaře, který dal celou situaci posoudit nejméně ještě jednomu nezávislému konziliáři (Haškovcová, 2007, s.137).

I zde není uzákoněna aktivní eutanázie, je považována za trestný čin, ale pokud při jejím uskutečnění jsou splněna určitá vymezená pravidla, není lékař odsouzen. Tato pravidla byla stanovena v roce 1990. Lékař musí splňovat podmínky postupu povinného hlášení. Eutanázie je prováděna od roku 1994. *Rozdíl mezi uzákoněním a beztrestností eutanázie je propastný. Kdyby byla totiž aktivní eutanázie uzákoněna, pak by její neprovedení (samozřejmě za splnění daných podmínek) bylo trestné. Zákonná forma beztrestnosti naopak chrání tu čest lékařů, kteří stejně jako jejich pacienti shledali milosrdné usmrcení jako nejlepší z možných řešení (Haškovcová, 2007, s.127).*

6.3.2 EUTANÁZIE V BELGII

V Belgii byl přijat zákon zabývající se eutanazií 23. září roku 2002. Určuje podmínky, aby se lékař vyhnul trestní zodpovědnosti, pokud provede eutanázii. V zákoně je uvedeno, že pacient musí být plnoletý, musí žádat dobrovolně a opakovaně. Tuto žádost vyřizuje komise, která je složena z 12 lidí, z toho jsou 4 lékaři, 4 právníci a další 4 lidé, kteří jsou v neustálém kontaktu s nemocným. Nemocný musí trpět nesnesitelnými obtížemi a jeho stav je označen za nevyléčitelný. Za první rok eutanázii podstoupilo asi 170 nevyléčitelně nemocných. *Dle belgických expertů jsou však tyto údaje zavádějící a skutečná suma je asi dvakrát až třikrát vyšší. Zatajovat provádění eutanazie mají prý především sklon starší lékaři obávající se negativní reakce svého okolí. Dle jednoho ze členů výše uvedené komise dohlížející nad prováděním eutanazie se tak ukázalo, že legalizace eutanazie nevyvolala v Belgii žádnou pohromu ani nevedla k automatickému usmrcování lidí na přání, jak se mnozí její odpůrci měli obávat (Sum, 2004). Zvláštností belgické eutanázie je, že bere v úvahu nejen fyzické obtíže, ale i psychické.*

6.3.3 EUTANÁZIE VE ŠVÝCARSKU

Ve Švýcarsku už řadu let působí organizace s názvem Exit (Exit Deutschschweiz a Exit Romandie) a Dignitas (Důstojnost), které poskytují asistovanou sebevraždu těm, kteří o ní požádají, a to s poukazem na starý zákon z roku 1942. Podle švýcarské ústavy totiž

není pomoc k sebevraždě trestným činem, pokud za ní nestojí egoisté (Haškovcová, 2007, s. 129). Prakticky to znamená, že nemocný požádá lékaře z nějaké organizace typu Exit, který nemocnému předepíše recept na smrtelnou látku. Sebevražda je provedena taky v této organizaci. Nemocný vypije smrtelnou látku, nikdo mu přitom nepomáhá. Jsou zde určitá pravidla, která musí být splněna. Pacient musí být smrtelně nemocný, vyčerpaly se veškeré léčebné možnosti, má nesnesitelné obtíže, jako výraznou bolest, a důrazně, opakovaně a trvale požaduje asistovanou sebevraždu. To platí pro velmi těžce somaticky nemocné. Bylo ale prokázáno, že takto byli usmrceni i duševně nemocní. Zastánci eutanázie tvrdí, že i oni mohou vyřknout přání zemřít. Také činí kroky k tomu, aby i lidé, kteří mají jiný důvod než nevléčitelnou chorobu, mohli zažádat o ukončení života. (Haškovcová, 2007)

Možnosti umřít využívají i cizinci. Ludwig Minellim založil Dignitas právě proto, aby zde mohli umírat turisté. *Turisté smrti přijíždějí do Curychu, aby vypili svůj poslední hořký nápoj* (Haškovcová, 2007, s.129).

6.3.4 LIVING WILL

Asi 46 amerických a i dalších států využívají tzv. Living will (do češtiny přeložený výraz životní vůle). Nemocní lidé se někdy obávají toho, že až jejich stav bude velmi žalostný, nebudou schopni zažádat o eutanázii, protože nebudou mít dostatečnou sílu, nebudou moci komunikovat s lékařem. Proto předem prohlásí a požádají, aby některé zákroky nebyly prováděny. Obeznamí i svou rodinu, která plnění této žádosti kontroluje. *Living will je praktickým výrazem strategie advente directives (určování svých záměrů předem), ale ukazuje se, že není obecně použitelná. Jinak totiž lidé uvažují, co by chtěli, kdyby se stalo, a jinak, když se stane. Je známo, že i ti lidé, kteří byli radikálními zastánci eutanázie, zmírňují nebo zcela mění svůj názor v době vážné nemoci a bojují doslova o každý příští den* (Haškovcová, 2007, s.141). Velká část lékařů uvádí, že se buď nesetkali s touhle žádostí vůbec, anebo zcela výjimečně.

6.4 EUTANÁZII ANO, ČI NE?

Z předcházejících kapitol je snad jasně ukázáno, že není dobré vyvolávat zájem o legalizaci eutanázie. Každý má právo na názor, ale opatrnosti není nikdy dost a riziko zneužití je veliké. V lékařsko-etickém jazyku se používá termín **kluzký svah**. Už z názvu vyplývá, že pokud se na tento svah vstoupí, může docházet k uklouznutí. Když se ještě vrátím do období nacistického Německa, tak tam byl také pozvolný nástup. V současnosti by byla aplikována eutanázie u terminálně nemocných, později *dojde k ukončování životů lidí s těžkou chorobou, ale dosud neumírajících, životů lidí s chorobami nevyléčitelnými, kteří by však ještě mohli být dlouho živi, životů těžce postižených novorozenců, lidí senilních nebo lidí s různým mentálním postižením atd. atd.* (Munzarová, 2008, s.137). Uvádí se, že v Holandsku ke kluzkému svahu nedochází. Statistiky počtu umírajících se podle některých zdrojů rok od roku neliší. Ale pro připomenutí – nejdůležitější zásadou pro tolerování eutanázie je v této zemi opakovaná a trvalá autonomní žádost kompetentního nemocného. *V každé tabulce, která udává čísla zabíjených nemocných, se objevuje i položka: „život ukončující aktivity bez explicitní a trvalé žádosti“ s přiznáním, že se jedná většinou o lidi nekompetentní. Tato zabíjení podléhají jiné formě hlášení. A ačkoliv jsou tato zabíjení v přímém protikladu k jasně vytyčeným zásadám, jsou také tolerována a netrestána* (Munzarová, 2008, s.38). Zneužití může být jedním důvodem, proč eutanázii NE.

Někdy se člověk může překvapivě uzdravit, i to se děje. On by pak určitě měl odmítavý postoj k legalizaci eutanázie. I když jsou lidé nemocní a trpící, bojují o každý nový den. Mají radost z každého okamžiku. Často se stává, že zastánci eutanázie jsou mladí a zdraví lidé, kteří se nikdy nestřetli s nemocí a se smrtí, anebo se střetli, ale byli svědky nehezkého umírání. Pokud není dostatečně kvalitní paliativní péče, je to velmi závažné a smutné. Doprovázející umírajícího velmi trápí pacientovo utrpení a pak i sám dostane strach ze svého umírání. Správná léčba bolesti a dalších symptomů, nebo-li paliativní péče, není formou eutanázie, i když může urychlit blížící se smrt. Ale jde o *pomoc při umírání, nikoli pomoci ke smrti* (Haškovcová, 2007, s.156).

Věřící jsou kategoricky proti legalizaci eutanázie. „Život je dar Boží a Bůh rozhodne právě tak o životě, jako o smrti.“

Důvod, proč NE eutanázii, uvedla také Světová lékařská asociace: *eutanázie je v konfliktu se základními etickými principy lékařské praxe a vyzývá lékaře, aby odmítli*

účast při eutanázii a to i tehdy, pokud by jí národní zákon povolil nebo za určitých podmínek dekriminlizoval (Haškovcová, 2007, s.159).

Zastánci eutanázie uvádí jeden z důvodů, proč eutanázii ANO. Mimo humánní účel je to i účel ekonomický. Probírat ekonomiku umírání může někomu připadat nemorální, ale nelze předstírat, že spojitost mezi závěrem života a ekonomickou náročností péče o umírající není. Je prokázáno, že péče o starého a navíc nemocného člověka je ekonomicky velmi náročná, zvláště v poslední fázi života. Moderní medicína je drahá, může být i příčinou dystanázie, zadržené smrti. Pokud nemocného byť s dobrým úmyslem horlivě léčí, může to způsobit i utrpení a obtíž nemocného. (Haškovcová, 2007) „*Prodlužuj a udrž život za každou cenu“*. *To má i svůj rub, neboť lékaři bojující o každou minutu přežití jednotlivce, jsou nuceni se dívat na dílo, které mají plně v rukou – kdy se stává z jedince mučedník, jemuž smrt se stává vykoupením (Haškovcová, 1975, s.77).* Ale nechtěla bych zde souhlasit se zastánci eutanázie. Někdy je vhodné od některých procedur upustit. Proto se musí najít realistické řešení. *Tváří v tvář medicínskému pokroku a trvale se rozvíjející technice si bude muset každá společnost stanovit mravní a medicínská kritéria pro zastavení léčby, jež udržuje při životě nemocné v terminálním stádiu..., medicína by měla být zdrženlivá a rozvášná. Zápas s chorobou by měla vyvažovat vědomím, že její úlohou není učinit tělo nesmrtelným, ale pomoci lidem prožít omezený počet let co nejzdravěji a poslední dny člověka co nejdůstojněji (Haškovcová, 2007, s.156).*

Dalším argumentem, proč jsou zastánci eutanázie pro ANO, je víra, že *nemocný trpící člověk je schopen odpovědně a nezvratně posoudit svou situaci a že jeho vůle zemřít je vrcholným projevem práva na sebeurčení (Haškovcová, 2007, s.157).* Dalším důvodem je, že věří, že nejde eutanázii zneužít, protože lékaři si dokáží určit podmínky, aby ke zneužití nedošlo.

Ráda bych zde uvedla ještě svůj názor. Nejsem pro legalizaci eutanázie. Netlačí mě k takovému názoru víra, ale přesvědčení, že člověk by měl umřít ve chvíli, jak mu to příroda předurčila. Ale jen za takových podmínek, aby ty poslední chvíle života byly opravdu kvalitní. V případě, že nemocný trpí bolestí, má deprese, je úzkostný a nejsou jeho slova vyslyšena a jeho utrápené pohledy jsou přehlíženy, pak mám někdy pochybnosti o svém přesvědčení.

7 HOSPICE

7.1 HOSPICOVÁ PÉČE A JEJÍ POSLÁNÍ

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že :

- *nebude trpět nesnesitelnou bolestí*
 - *v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost*
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen (Svatošová, 1995, s.123).*

Hospic je anglický výraz pro útulek. Tento výraz byl používán již ve středověku. Do těchto „domů odpočinku“ se ukryvali poutníci, kteří zde načerpali čerstvé síly, najedli se, odpočinuli, ošetřili si rány, aby mohli pokračovat v cestě. Hospic patřil člověku, který nejen uměl vařit, ale který se vyznal i v ranhojičství. Hospice později zanikly. (Haškovcová, 2007)

V polovině 18. stol. byla v Dublinu a Corku otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Nazývala se Hospic. Vznikla díky Mary Aikdenheadové. V roce 1905 byl založen St. Joseph's Hospice v Hackney ve východní části Londýna. Vznikl z iniciativy Charity irských sester. (Haškovcová, 2007)

V druhé polovině 20. stol. došlo k výraznému rozvoji moderní medicíny, která *nebyla schopna uspokojit pacientovy potřeby* (Haškovcová, 2007, s.46). V roce 1967 vzniknul první hospic moderního typu v Londýně, a to díky **Cicely Saundersové**. Byl nazván St. Christopher's Hospice a nyní se mu říká „mateřský dům“ hospicového hnutí. Cicely Saundersová byla zdravotní sestrou, později lékařkou. Už od mládí byla přesvědčena, že umírající potřebuje specifickou léčbu. Starala se o umírající a doprovázela je. David Tasma byl jedním z pacientů, který byl vážně nemocen a umíral. Ona mu sdělila pravdu a to bylo v této době neobvyklé. Také se o něj starala až do poslední chvíle. On jí daroval z vděčnosti 500 liber s přáním, aby byly využity ke stavbě další nemocnice hospicového typu. Ročně je v St. Christopher's Hospice hospitalizováno na dva tisíce pacientů a školí se zde mnoho profesionálů. (Haškovcová, 2007)

V roce 1974 byl otevřen první hospic v Americe v New Haven v Connecticutu. V 70. letech 20. stol. vznikla paliativní medicína jako samostatný lékařský obor. Poptávka po hospicové péči vzrůstá. Ve světě je hospiců okolo dvou tisíc, pokud se sečtou další

formy hospicového hnutí, tak hospicová paliativní péče je na světě poskytována na osmi tisících místech. (Haškovcová, 2007)

7.2 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE

7.2.1 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Domácí prostředí je pro většinu nemocných lidí to nejlepší místo, kde by chtěli stonat a umírat. Nemálo výzkumů toto tvrzení potvrdilo. Za nemocným dochází lékař, sestra, pečovatelka či dobrovolník, ale třeba i kněz a psycholog. Sledují pacientův stav, provádějí léčbu bolesti a jiných nepříjemných symptomů, napomáhají při ošetrovatelské péči, psychicky nemocnému pomáhají, povídají si s ním apod. Tyto „mobilní hospice“ se u nás nově rozvíjejí. (Svatošová, 1995)

Někdy to ale doma není možné. Rodina se při ošetrování unaví, *prostě dojdou síly* (Svatošová, 1995, s.1995). Dalším omezujícím faktorem je odborné ošetrování, které rodina nemůže zvládnout nebo nevyhovující bytové podmínky – *rodiny jsou schopny se uskrovnit, jsou schopny obětí, ale sebeobětování není na místě – ohrožuje totiž stabilitu starající se rodiny* (Haškovcová, 2007, s.60).

7.2.2 HOSPICOVÝ STACIONÁŘ

Do hospicového domu přijíždějí nemocní obvykle ráno a večer se opět vrací domů. Důležitá je v tomto případě vzdálenost bydliště a dopravní dostupnost. Důvodem návštěvy může být terapie bolesti nebo jiné paliativní léčby. Ale nemusí jít jen o fyzickou potřebu. Často nemocní potřebují psychickou podporu. Mohou být přesvědčení, že zrovna v tomto zařízení jim nejvíce rozumějí anebo se bojí o těchto závažných věcech doma mluvit. *Azylový důvod bývá dosti častý. Čeho je moc, toho je příliš a když nemoc trvá příliš dlouho, potřebuje si občas odpočinout na chvíli i rodina od nemocného, tak nemocný od své milující a milované rodiny. Naopak to může být skvělé preventivní opatření, které zabrání pozdější zbytečné hospitalizaci, ale i vyčerpání rodiny, někdy i konfliktům, které*

mohou ještě po létech člověka mrzet (Svatošová, 1995, s. 128). Stacionární péče v ČR není příliš využívaná, ve světě je ale oblíbená. Lze však předpokládat, že přízeň denních stacionářů vzroste a tedy i jejich rozšíření.

7.2.3 LŮŽKOVÁ HOSPICOVÁ PÉČE

Díky počtu a kvalifikaci personálu, který je speciálně připravován pro péči o umírající pacienty a jejich blízké, poskytují umírajícím maximální možnou míru fyzického i psychického komfortu, režim podobný domácímu, provázení těžkým obdobím a další potřebnou péči a podporu (Marková, 2010, s.27). Jde o sociálně zdravotnické zařízení, kde se dostává zdravotnické i sociální péče nemocnému, rodinným příslušníkům, ale i pozůstalým.

Hospic je lůžkové zařízení, ve kterém jsou nemocní hospitalizováni podobně jako v nemocničním zařízení, ale mezi těmito zařízeními jsou zásadní rozdíly. Ty se týkají prostředí, péče, režimu atd. V hospicovém zařízení je modernější výbava, na rozdíl od některých našich standardních oddělení. Pokoje jsou většinou jednolůžkové či dvoulůžkové, mohou být ale i čtyřlůžkové. Jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením. Je zde polohovací lehátko, které je elektronicky ovládáno, přistýlka pro rodinného příslušníka. Často nechybí balkón, televize a další zařízení. Není zde nastavený pravidelný režim. Nemocný vstává, kdy chce. Myje se, kdy chce. Návštěvní hodiny zde neexistují, rodina a přátelé mohou u nemocného trávit 24 hodin denně. Často se účastní ošetřování nemocného, ale neočekává se to od nich, avšak *vědomí, že člověk pro svého blízkého udělal všechno, co udělat mohl, je nejlepším prostředkem na tišení bolesti z jeho odchodu* (Svatošová, 1995, s.129). Dalo by se říct, že je zde kvalitnější ošetrovatelská péče, protože poměr personálu je na rozdíl od nemocnice daleko vyšší. Sestra či ošetrovatelka má na nemocného více času, není zde žádný spěch a stres. Pobyt se v hospici hradí, a to podle výše příjmu pacienta. Provádějí se zde vizity lékařské, ale i sesterské. A samozřejmě se zde provádí dle potřeby nemocného paliativní medicína. (Haškovcová, 2007)

Do hospice přichází nemocný, který má závažné onemocnění, zejm. onkologické, které ho ohrožuje na životě. Neobejde se bez paliativní péče a není možné, aby byl v domácí péči, a taky není nutné, aby byl hospitalizován v nemocnici. Také se musí rozhodnout pro tuto formu péče. I když hospice často zakládají církevní instituce, neznamená to, že nemocný musí být věřící. (Haškovcová, 2007)

Ještě je důležité vyzvednout důležitost dobrovolníků. Nejsou to sice ani sestry, ani ošetřovatelky, ale jsou plně kvalifikováni, pečlivě vybíraní. I ti vytvářejí v hospici příjemné prostředí. *Jejich práce je společensky vysoce ceněna, přestože, anebo možná i právě proto, že tuto práci dělají „jen“ pro radost* (Svatošová, 1995, s. 134). Mohou pomáhat při ošetřování, pomáhají s chodem hospice anebo si povídají s osamělými pacienty.

7.3 HOSPICE V ČR

V ČR vznikla specializovaná paliativní péče vzhledem k politické situaci oproti vyspělým zemím o několik desetiletí později. Za první pokus je označováno zřízení lůžkového oddělení v rámci nemocnice v Babicích nad Svitavou v roce 1992. První samostatný hospic byl otevřen v Červeném Kostelci v roce 1995. Vznikl zejména díky obětavé osobní iniciativě **MUDr. Marie Svatošové** (viz příloha č. 2), kterou lze považovat za zakladatelku hospicové péče v ČR a která je v současné době prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Za její dlouhodobou a vynikající práci byla oceněna státním vyznamenáním Medaile Za zásluhy. Také její zásluhou vzniklo občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí **Ecce Homo**. (Haškovcová, 2007) *Nezaměnitelná podobnost trpících pacientů s trpícím Ježíšem, nad kterým vyřkl Pilát Póntský právě ono slavné „Ejhle člověk“, je zřejmá. Umírající je často v tak ubohém stavu, že v něm ostatní zcela neprávem přestávají vidět člověka* (Haškovcová, 2007, s. 47). Ecce Homo podporuje rozvoj hospicového hnutí v ČR, prosazuje práva pacientů. Společný projekt Ecce Homo s Diecézní charitou v Hradci Králové umožnil vznik výše uvedeného Hospice v Červeném Kostelci. (Haškovcová, 2007) Nyní je v ČR 14 lůžkových hospiců. Dle Marie Svatošové se za domácí hospic bohužel prohlašuje kdekdo, proto Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče pracuje na standardech a ručí jen za ty, kdo jsou jejími členy.

8 PALIATIVNÍ PÉČE

8.1 VYMEZENÍ POJMU PALIATIVNÍ PÉČE

Pallium je slovo latinského původu a znamená plášť nebo obal. Paliativní v kombinaci s péčí symbolicky označuje, že cílem je poskytnout nemocnému ochranu (plášť) v extrémně špatné situaci. Dle WHO: *Paliativní péče je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb a problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin* (Marková, 2010, s.19).

Moderní paliativní péči lze charakterizovat následujícím způsobem:

- *ochraňuje lidskou důstojnost a klade důraz na kvalitu života,*
- *je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty,*
- *zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlném prostředí a ve společnosti svých blízkých,*
- *vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením* (Matochová, 2009, s.165).

Paliativní péče se snaží o zvýšení komfortu života nemocného ve všech jeho dimenzích. Tlumí bolesti, kontroluje nepříjemné symptomy, chápe nemocného jako bio-psycho-sociální-spirituální bytost. Nejde jen o terapeutické a ošetrovatelské výkony, ale i o lidskou působnost, umění doprovázení nemocných při umírání, pravdivá a empatická komunikace. Tímto doprovázením se život ani neprodlužuje, ani nezkracuje. *Cíle medicíny se nevyčerpávají v opravách orgánů nebo systémů, v substituci při nezvratném výpadku funkcí organismu apod. K cílům medicíny – a z lidského hlediska stejně tak důležitým – patří zmírňování utrpení a umění doprovázet umírající* (Virt, 2000, s.36). Nemocní nejsou dnes povinni podstupovat léčbu, která je zbytečná. V této chvíli je důležité, aby nastoupila péče paliativní.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat dokumentu O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, (synonymum: Charta práv umírajících, Charta umírajících), který byl schválen 25. 6. 1999 parlamentem Rady Evropy. Tento dokument pojednává *o právu každého člověka na sebeurčení a o nutné ochraně každého lidského života. Právo na sebeurčení je třeba chápat především v přístupu k pravdivým informacím, v ochraně života, pak v odmítnutí aktivních forem eutanázie. Žádosti nemocného, aby bylo upuštěno od zatěžujících a problematicky úspěšných lékařských zásahů, je však možné za určitých podmínek vyhovět. Myšlenka důstojné smrti nachází svůj výraz v ukončení marné léčby. Nikdo však nemá být v procesu umírání odložen a opuštěn. Důraz je kladen na paliativní péči, ke které by měl mít každý umírající přístup* (Haškovcová, 2007, s.43).

Evropská asociace paliativní medicíny slučuje jednotlivé národní instituce, které se zabývají paliativní péčí. V České republice existuje Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Typickými a specializovanými poskytovateli paliativní péče jsou hospice. (Haškovcová, 2007)

8.2 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče by měla být poskytnuta všem, kdo ji potřebují, každému umírajícímu. Myšlenka, že se paliativní péče provádí pouze v hospicích, je mylná. Protože pouze asi 1% lidí zemře v hospicích. (Opatrná, 2008)

8.2.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Jedná se o poskytování péče, která by měla zlepšit kvalitu pacientova života. Zahrnuje léčbu bolesti a dalších nepříjemných symptomů. Měl by být kladen důraz na komunikaci a psychickou podporu. I v běžném zdravotnickém zařízení jsou nevléčitelně nemocní a umírající pacienti, všem by měla být poskytnuta právě tato obecná paliativní péče. Tuto kvalitní péči lze také zařídit, pokud je možná dobrá spolupráce s praktickým lékařem, s agenturou poskytující domácí péči, v domech s pečovatelskou službou nebo

v domovech důchodců. Nemocní nemusí proto odcházet do jiného cizího prostředí. Pokud je péče u umírajícího nad rámec obecné paliativní péče, měla by nastoupit specializovaná paliativní péče.

8.2.2 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Specializovaná paliativní péče se provádí v zařízeních, která jsou zaměřena právě na tuto činnost. *Požadují vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoliv: doma, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče* (Marková, 2010, s.21).

Mezi specializovaná zařízení patří už výše uvedené formy hospicové péče – lůžkové, stacionární a domácí hospice, dále oddělení paliativní péče, ambulance paliativní péče, konziliární týmy paliativní péče, poradny, tísňové linky a další. (Marková, 2010)

8.3 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ V PALIATIVNÍ PÉČI

Ošetřovatelská péče v paliativní terapii a doprovázení nemocných na konci jejich života je pro zdravotníka velkou psychickou zátěží. Ale právě i účast a snaha napomoci nemocnému, může být pro něj určitým obohacením. Mezi zátěžové faktory pracovního prostředí v paliativní péči patří neustálá přítomnost smrti a umírání, identifikace s trpícím pacientem, může se objevit pocit neschopnosti a bezmoci. Sestra může pociťovat nedostatek kontroly nad situací a pocity vlastního selhání. Její vnímání je do jisté míry i odrazem jejího osobního pohledu na smrt. Jak už jsem se zmiňovala v kapitole o umírání, zpočátku mladí lidé negligují smrt. Často se stává, že se poprvé se smrtí setkává sestra jako studentka na praxi ve zdravotnické škole. Je velmi důležité, jakou zkušenost získá. Významnou roli hraje komunikace s vyučujícím a vysvětlení, proč nemocný umírá. Jaký vztah získáme ke smrti ovlivňuje mnoho okolností, například jestli o tom rodiče mluvili,

když jsme byli malí, anebo jestli jsme sami byli svědkem umírání v rodině. Postoj ke smrti se výchovou a zkušenostmi vyvíjí. (Marková, 2010)

Monika Marková ve své knize *Sestra a pacient v paliativní péči* popisuje potřeby, které má sestra při poskytování péče o těžce nemocné a umírající pacienty.

- Potřeba smět být smutný – smutek je normální reakce na ztrátu, smutkem musíme projít, abychom nepropadli depresi. *Pro vypořádání s žalem musíme mít dovoleno si žal připustit. A je důležité si smutek uvědomit a prožít i proto, abychom pak mohli autenticky pomáhat nemocným a pozůstalým zvládat období smutku. Je dobré o ztrátě a pocitech, které v nás vyvolala, mluvit... Prožitý smutek nám totiž pomáhá jít dál* (Marková, 2010, s.32).
- Potřeba plakat – některý neprofesionál občas řekne „nesmíš brečet, to není profesionální“, ale to tak vůbec není, naopak. Někdy se stane, že nám třeba nemocný velmi přiroste k srdci, takže pak se můžeme cítit také tak trochu pozůstalými. Máme právo se i vyplakat.
- Potřeba smyslu – určitě každá z nás, která pracuje s umírajícími, si sama sebe ptala, jaký smysl má naše práce, když u nás lidé umírají? *Prvním krokem by mělo být docenění času před smrtí: „Bohužel základní onemocnění nevyлéčíme, ale tento člověk má ještě mnoho úkolů a potřebuje v nich podpořit.“* (Marková, 2010, s.34). V hospicích i na jiných pracovištích, kde se pracuje např. s onkologickými pacienty, pracuje více věřících sester než nevěřících. Často i víra pomáhá najít v této práci smysl.
- Mnohotvárnost života – *sestra poskytující paliativní péči by se měla snažit prožívat svůj život v celé jeho bohatosti... Vědomě být vděčná za vlastní život, za zdraví své a svých blízkých, za dobré věci, které ji „osud“ dává, i za překážky, které může překonávat. A tato láska, krása a vděčnost se mohou přenášet i do jejího postoje k nemocným, umírajícím a jejich rodinám* (Marková, 2010, s.35).
- Potřeba nebýt na to sám – je velmi podstatné, jaký je na pracovišti kolektiv, jestli si můžeme navzájem pomáhat. A mít přátele nejen v pracovním skupině, ale i mimo ni. (Marková, 2010)

U pracovníků v pomáhajících profesích, pokud neprovádí duševní hygienu, se může objevit **syndrom vyhoření** (burn-out syndrom). Pokud není včas podchycen, může způsobit řadu psychických i somatických poruch. Ve zdravotnickém zařízení tento syndrom probíhá asi tak, že sestry zkracují čas strávený s pacienty, hledají u nich a u svých

kolegů jen špatné vlastnosti. Vyjadřují se neprofesionálně („ten s karcinomem na pětce“, „placka na desítce“, apod.). Často bývají rozhněvané, frustrované, apatické. Pracovníky s těmito symptomy je potřeba léčit. V každém případě přeřadit na jiné nestresující pracoviště. Vedoucí pracovníci by se měli snažit předcházet syndromu vyhoření, a to zejména nekumulovat služby, dát prostor k odpočinku, nabídnout psychologickou pomoc, naplánovat jinou zajímavou aktivitu, apod. O syndromu vyhoření jsem se zmínila pouze okrajově, jde o rozsáhlou kapitolu, o které se dnes mluví velmi často.

9 DOBRÁ SMRT

9.1 VYMEZENÍ POJMU DOBRÁ SMRT

Smrt na nás během života vrhá stín, který ale většinou nebereme na vědomí. Koncentrujeme se, abychom byli zdraví a měli plnohodnotný život. Pokud nás nebo naše nejbližší postihne choroba a smrt se přiblíží, nejsme schopni vyrovnat se s touto skutečností. Určit, co je dobrá smrt nebo dobré umírání, je obtížné. Odpovědi na tuto otázku se vývojem společnosti mění. Dříve bychom se mohli setkat s odpovědí, že smrt je dobrá, pokud je na ni člověk připraven, jestliže je smířen s Bohem apod. Nyní se spíše setkáváme s názory, že nejlepší je zemřít ve spánku, náhle, bez utrpení a bolestí. Jsou to většinou názory lidí, kteří se nesečkali se smrtí anebo setkali s nehezkým umíráním a mají strach, jaké umírání čeká na ně. Pokud zadáme ve vyhledávači na Internetu tento termín, objeví se spousta odkazů na eutanázii. Ale je to opravdu dobrá smrt?

O tom, zda je umírání dobré, rozhoduje zejména postoj nemocného k procesu umírání. Také je nesmírně důležitý postoj rodiny a nejbližších a neméně důležitý postoj zdravotníků ke smrti. Vliv na dobré umírání má paliativní, ošetrovatelská, psychologická a další potřebná péče, která by měla být v posledních okamžicích života na nejvyšší úrovni. Tato péče by neměla být soustředěna pouze na poslední hodiny a minuty, ale na delší období, aby nemocný cítil, že jeho poslední úsek života je smysluplný a plnohodnotný. (Byock, 2005)

Představu o dobrém umírání a laskavé péči představila Marie Svatošová, která cituje jednoho britského hospicového pacienta: *Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám. Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profesu, které selhaly v zajištění mého uzdravení. Když ke mně přijdete a věříte mi, bez ohledu na uzdravení či neuzdravení. Když se mnou trávíte čas, ačkoli vám to nemohu vrátit. Když mě berete jako individualitu. Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké. Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti. Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu. Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu. Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce. Tím se ve vašich rukou cítím bezpečně a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.* (Svatošová, 1995)

9.2 MOŽNOSTI ZLEPŠENÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ Z POHLEDU SESTRY

V době, kdy jsem pomáhal pečovat o svého otce, díval jsem se na jeho umírání prizmatem lékařské školy, kde mě učili soustředit veškeré úsilí na vyšetření, ulehčení ve fyzické bolesti a léčbu. Pokud léčení nebylo možné, moje práce – práce lékaře – spočívá ve zvládnutí symptomů a udržení pacienta ve stavu co největšího pohodlí (Byock, 2005, s.54). Většinou se zdravotníci soustředují na nemoc, na symptomy, na uzdravení, na prodloužení života. Často se zapomíná na samotný proces umírání.

9.2.1 ZVLÁDNUTÍ BOLESTI

Bolest je nejčastějším nepříjemným symptomem, který se doposud nedostatečně léčí, a proto už opakovaně se u tohoto symptomu zastavuji. *Tělesná bolest u nevléčitelně nemocných existuje, protože lékařům chybí vůle, nikoli prostředky. Lékaři, pacienti i jejich rodiny ustupují od potřebného odhodlání k zvládnutí bolesti, protože trpí fobií z opiátů (Byock, 2005, s.79).* Často si lidé myslí, že pokud má někdo nesnesitelnou bolest a jsou mu podávány opiátové léky, je tato analgetická léčba srovnávaná s eutanázií. Je potřeba se podívat na tento problém jako na potřebu pomoci překonat utrpení. Opiáty mohou přiblížit smrt, ale my je využíváme jako pomocníky dobrého umírání, ne k usmrcení pacienta. (Byock, 2005)

Dle literatury lze vždy bolest léčit. V léčbě bolesti se mohou uplatnit metody farmakologické, kdy mohou být léky podávány přes trávicí trakt, mohou se požívat náplasti, které svou účinnou látku uvolňují kontinuálně. Také se uplatňuje využití spinálního katétru. Používají se i pumpy, které jsou implantovány podkožně a napojeny na spinální katétr, odkud dochází k postupnému uvolňování léku. Mezi nefarmakologické metody patří neurochirurgické metody, psychoterapie nebo pastorační péče. (O'Connor, Aranda, 2005)

Na vnímání bolesti se podílí několik faktorů. Více mohou nemocní vnímat bolest, pokud zároveň trpí opuštěností, jsou v depresi, smutní, rozhněvaní, mají strach nebo úzkost. Často nestačí pouze podávání analgetik, ale musí se zvolit vhodná celková léčba. Často je zapotřebí podávání antidepresiv nebo anxiolitik. Mezi primární úkoly sestry patří

monitorování pacientovy bolesti a sledování účinku terapie bolesti. (O'Connor, Aranda, 2005)

9.2.2 ZVYŠOVÁNÍ KVALITY PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

Kvalita péče o nemocné, a nejen pro ty umírající, by se měla stále zvyšovat. *Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi* (Škrlová, Škrl, 2003, s.36). Takto zní jedna z definicí kvality. Základním stavebním kamenem akreditací je koncepce programu kvality. Model byl nazván programem kontinuálního zvyšování kvality (KZK). V programu jsou využívány určité nástroje za účelem sledování, zda je dosaženo zlepšování kvality. Prakticky mohou být tyto metody použity na poradách sester. Zde můžeme přicházet na příčiny problémů nebo nespokojenosti a vymýšlet, jak zlepšit péči o naše pacienty.

Sestry a ostatní zdravotnický personál mohou předkládat různé nápady. Jde o metodu brainstormingu. Prostředí při provádění brainstormingu by mělo být neformální. Nikdo neříká, zda jde o nápad špatný, nebo dobrý. Je důležitá každá reakce a nápad, což může dopomoci ke konstruktivnímu řešení. Nápad jednoho může inspirovat druhého.

Ishikawův diagram má podobu ryby. V hlavě je postaven hlavní problém a ke kůstkám jsou seřazeny ovlivňující faktory. Hlavní kůstky by měly být pojmenovány výrazy jako člověk, nástroj, prostředí. Mezi těmito kůstkami jsou vypsány hlavní problémy. Po ukončení této kresby by se mělo diskutovat o hlavních problémech zde nalezených.

Každý tým při zlepšování kvality péče o nemocné může mít více nápadů. Zjistit, který je nejlepší, může multivoting. Každý z členů týmu má pět hlasů, která může rozmístit mezi nejlepší nápady. Výhodou této metody je, že každý nemusí hlasovat jen pro jeden nápad, jak je to u normálního hlasování, ale může hlasy rozdělit, jak sám cítí.

Proč/proto analýza se provádí často jako pomocník při Ishikawově diagramu. Pomocí této analýzy se můžeme odhalit nejhlubší příčiny problému. Z diagramu rybích kostí si vybereme problém a nadnese se „proč“. Na příčinu se opět zeptáme „proč“ a takto čtyřikrát.

Benchmarking je porovnání mezi slabými a silnými stránkami. Pokud chceme okopírovat to nejlepší z jiného oddělení, z jiného zdravotnického zařízení, můžeme použít tuto metodu. Přicházíme pak na příčiny svých slabých stránek a objevujeme nové nápady, jak zlepšit kvalitu péče na našem pracovišti. (Škrlová, Škrl, 2003)

Existuje ještě daleko více technik, které mohou být použity ke sledování a zvyšování kvality péče o naše pacienty. Záleží zejména na nás, zda chceme být strůjcem změn na našem oddělení ku prospěchu nemocným. Je podstatný náš postoj. Možná někdo nezná některé techniky a nástroje, ale každá ze sester by měla vědět, jak nemocnému může zkvalitnit jeho život, zejména pokud se jedná o jeho poslední okamžiky. Jak se dozvědět, co nemocný nejvíce potřebuje, popisuje J. Křivohlavý v Žebrácké povídce: *Tři dny šel žebřák cestou necestou. Celou cestu neměl co do úst. Pak potkal druhého žebřáka. Ten byl na tom podobně. Šel též již tři dny cestou necestou a za celou tu dobu nic nejedl. Oba měli hlad. Aniž by kdokoli z nich pronesl jediné slovo, jeden vytáhl z batohu krajíček chleba – poslední „železnou zásobu“. Rozlomil ho v půli a půlku dal druhému* (Opatrná, 2008, s.70).

10 EMPIRICKÁ ČÁST

10.1 Cíle práce a hypotézy

Cíl č. 1: Zjistit, za jakých podmínek v nemocnici pacient umírá (kde umírá, jsou k tomu přizpůsobené podmínky, je možné splnit pacientovy potřeby?).

Hypotéza č. 1: V 80 % odpovědí budou nedostačující podmínky k tomu, aby mohl nemocný umírat v co nejlepších podmínkách. Ve 20% odpovědí budou podmínky k důstojnému umírání dobré.

Cíl č. 2: Zjistit informovanost sester o pojmech „eutanazie, paliativní péče, hospicové péče“.

Hypotéza č. 2: 70% sester označí správně definici eutanázie, paliativní péče a hospicové péče. 30% sester neoznačí správnou odpověď.

Cíl č. 3: Porovnat názory na eutanázii, jestli by byly pro legalizaci eutanazie nebo proti a proč.

Hypotéza č. 3: 60% sester bude proti legalizaci eutanázie. 30% bude pro legalizaci eutanázie, 10% si nebude jista.

Cíl č. 4: Zjistit, zda jsou sestry spokojeny s péčí o terminálně nemocné.

Hypotéza č. 4: 70% sester nebude spokojena s podmínkami, při kterých nemocní umírají, 20% odpovědí bude kladných. Zde budou rozdíly mezi typy pracovišť. Nespokojenost bude zejména na pracovištích interního oboru.

Cíl č. 5: Zjistit, jak zvládají přítomnost u umírání nemocného, zda se nevyhýbají kontaktu a komunikaci s umírajícím.

Hypotéza č. 5: 40% sester nebudou vyhledávat komunikaci s umírajícím, 40% sester se nemůže věnovat komunikaci z důvodu nedostatku času. 20% sester se snaží s umírajícím komunikovat.

Hypotéza č. 6: Doprovázení umírajícího je pro sestry velmi stresující a to v 60%. Pro 30% sester to nebude stresujícím podnětem. V 10% budou tuto záležitost brát jako poslání.

10.2 METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkumnou metodu pro empirickou část mé práce jsem zvolila dotazník. Jeho výhodou je zpracování odpovědí od velkého množství respondentů. Nevýhodou pak neporozumění otázky, proto jsem před začátkem výzkumu provedla pilotní studii. Prvotní dotazník jsem rozdala 10 sestřím z mého pracovního prostředí, kde měly prostor k vyjádření nedostatků a připomínek. Dotazník byl pak přepracován a rozdán. Vytvoření dotazníku výrazně ovlivnilo důkladné prostudování teoretických informací týkající se péče o terminálně nemocné a neméně důležitá byla i moje několikaletá praxe u lůžka umírajícího.

V úvodu dotazníku je popsán účel výzkumu a instrukce pro vyplňování. Celkem bylo vytvořeno 26 otázek (dotazník viz příloha č. 3). Zvolila jsem otázky uzavřené dichotomické (ot. č. 3), polytomické s výběrem jedné alternativy (ot. č. 1, 2, 4, 5, 6, 7), otevřené (ot. č. 22, 26), polytomické s výběrem několika alternativ a v kombinaci s otázkou polootevřenou (ot. č. 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24) a číselné škály (ot. č. 10, 25).

10.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků. Návratnost byla 144, což je 96 %, 1 dotazník byl vyřazen pro neúplnost. Takže výzkum byl zpracován ze 143 správně vyplněných dotazníků (100%). Hlavním kritériem pro výběr respondentů byla osobní zkušenost s péčí o terminálně nemocné a umírající. Původně jsem v zadání bakalářské práce uvedla, že budu provádět výzkum i v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci, ale po domluvě s vedoucí práce jsem se rozhodla, že zkoumání v hospici provádět nebudu. Hlavním důvodem bylo přesvědčení, že je na takovém místě péče o terminálně nemocné a umírající na nejvyšší úrovni.

Byly vybrány všeobecné sestry, které často pečují o umírající nemocné. Požádala jsem sestry pracující na plicním oddělení a LDN v OLÚ Albertinu v Žamberku (na základě osobní konzultace s hlavní sestrou Marií Krejsovou), v Orlickoústecké nemocnici na interním a neurologickém oddělení, JIP a ARO (na základě osobní domluvy s náměstkem ošetrovatelské péče s Mgr. Miluší Kopeckou) a v Oblastní nemocnici v Rychnově nad

Kněžnou na oddělení interním, na JIP a ARO (po osobní konzultaci s hlavní sestrou Jiřinou Smítalovou). Při zpracování dat jsem do oblasti interního oboru zařadila oddělení plicní, neurologické a interní.

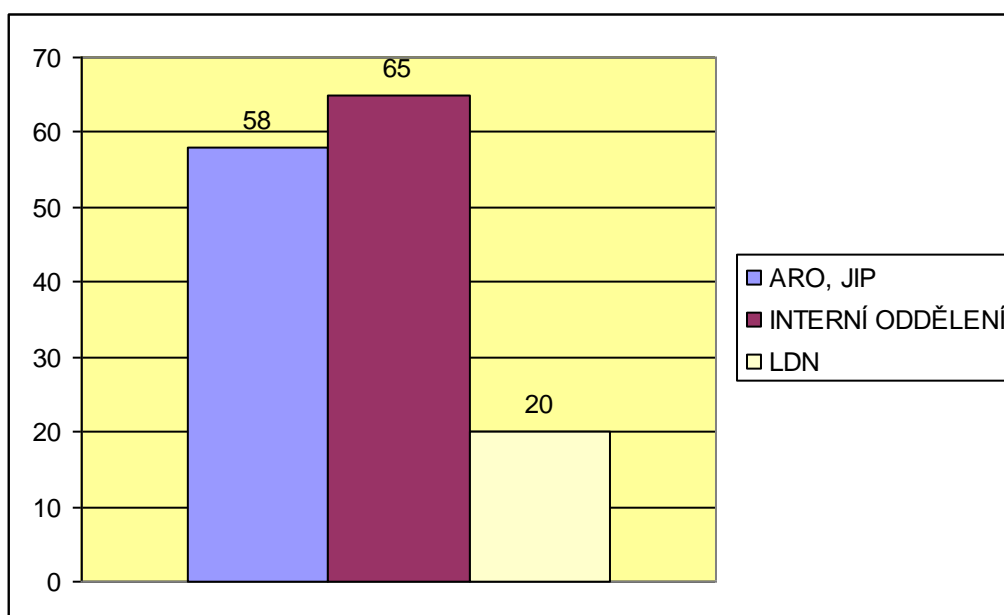
Data byla zpracována pomocí PC programu Microsoft Office Word 2003 a Microsoft Office Excel 2003. Výsledky vyjadřuji v tabulkách pomocí absolutní a relativní četnosti. Ke znázornění jsem vytvořila i grafy, kde jsou výsledky zobrazeny v absolutní četnosti. Položky s možností více odpovědí byl u relativních četností považován za 100% celkový počet uvedených variant.

10.3.1 VÝSLEDKY JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK

Otázka č. 1: Kde pracujete?

Tabulka 1 - Typ pracoviště

Typ pracoviště	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ARO, JIP	58	40,6
INTERNÍ ODDĚLENÍ	65	45,5
LDN	20	14
Celkem	143	100



Graf 1 - Typ pracoviště

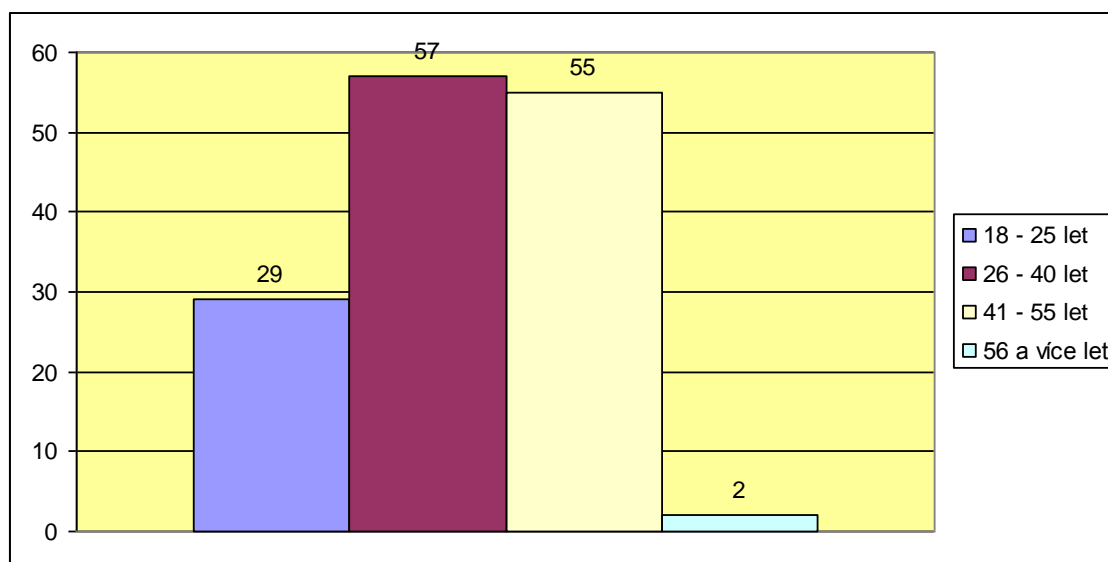
Komentář:

Z celkového počtu 143 dotazovaných bylo 58 všeobecných sester (40,6%) pracujících na oddělení ARO a JIP, 65 sester (45,5%) na oddělení interním a 20 sester pracujících na LDN (14%).

Otázka č. 2: Kolik Vám je let?

Tabulka 2 - Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
18 – 25 let	29	20,3
26 – 40 let	57	39,9
41 – 55 let	55	38,5
56 a více let	2	1,4
Celkem	143	100



Graf 2 - Věk respondentů

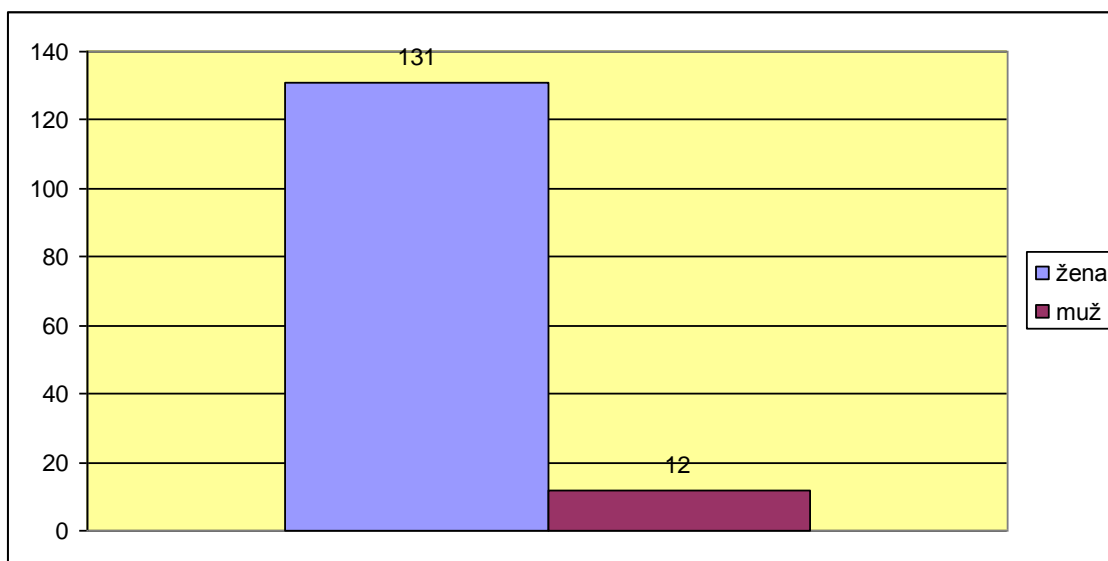
Komentář:

Dotazníkového šetření se účastnilo 29 sester (20,3%) ve věku 18 – 25 let. Nejvyšší počet sester byl ve věku mezi 26 – 40 lety a to 57 sester (39,9%). Další velkou skupinou byly sestry ve věku mezi 41 – 55 lety a to 55 (38,5%). Nejmenší skupinu tvořily sestry ve věku 56 a více let, jsou to pouze 2 (1,4%).

Otázka č. 3: Jste?

Tabulka 3 - Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	131	91,6
Muž	12	8,4
Celkem	143	100



Graf 3 - Pohlaví respondentů

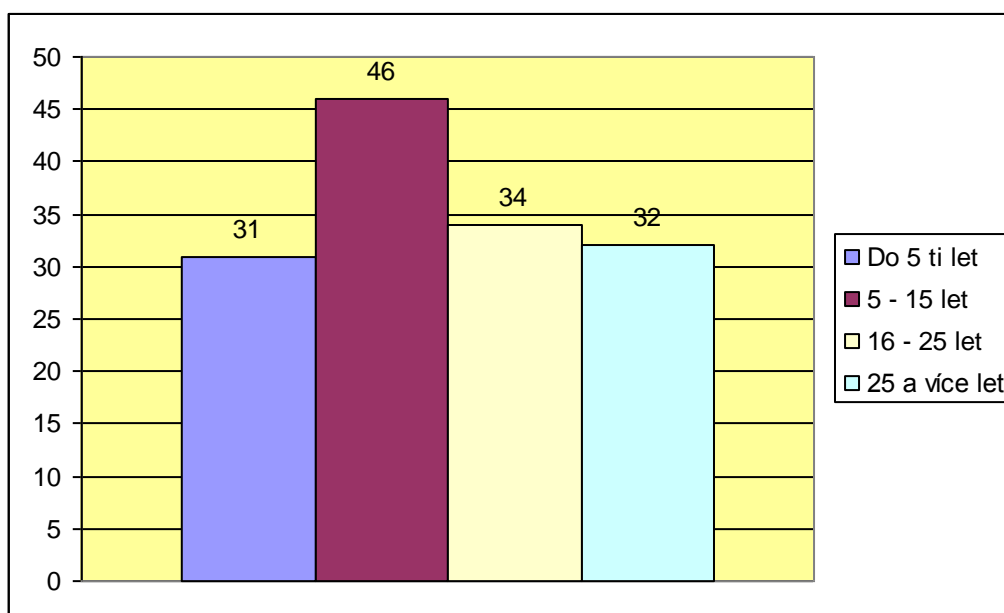
Komentář:

Šetření se účastnilo 131 žen (91,6%) a mužů bylo 12 (8,4%).

Otázka č. 4: Jaká je délka vaší odborné praxe?

Tabulka 4 - Délka praxe

Délka praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 5-ti let	31	21,7
5 - 15 let	46	32,2
16 - 25 let	34	23,8
25 a více let	32	22,4
Celkem	143	100



Graf 4 - Délka praxe

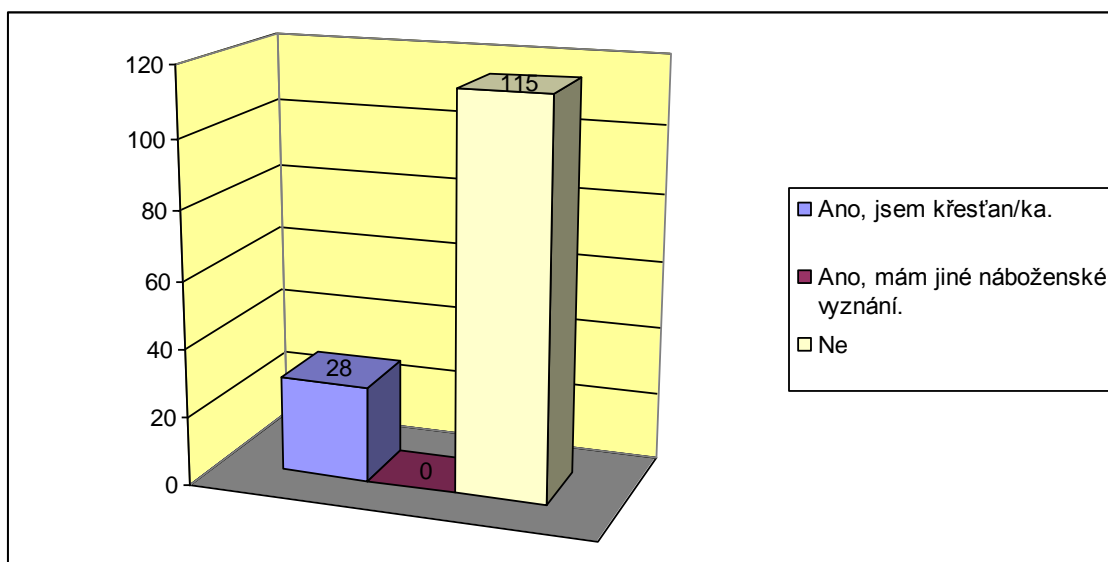
Komentář:

Největší skupinou dotazovaných byly sestry s odbornou praxí v rozmezí 5 – 15 let a to 46 sester (32,2%). Praxi do 5-ti let označilo 31 sester (21,7%). Do rozmezí mezi 16 – 25 lety praxe se vešlo 34 sester (23,8%) a 25 a více let praxe má 32 dotazovaných (22,4%).

Otázka č. 5: Hlásíte se k určitému náboženství?

Tabulka 5 - Víra

Víra	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, jsem křesťan/ka.	28	19,6
Ano, mám jiné náboženské vyznání.	0	0
Ne	115	80,4
Celkem	143	100



Graf 5 - Víra

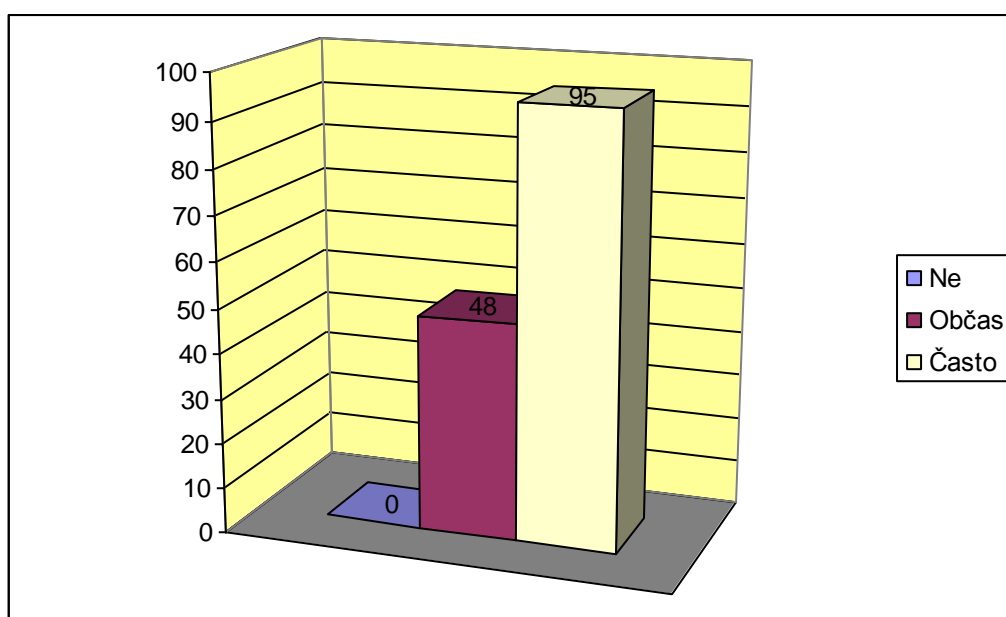
Komentář:

Nehlásí se k určitému náboženství 115 sester (80,4%), za křesťany se považuje 28 oslovených (19,6%). Nikdo neoznačil položku „jiné náboženské vyznání“.

Otázka č. 6: Setkáváte se často s umírajícími pacienty?

Tabulka 6 - Setkávání s umírajícími

Setkávání s umírajícími	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne	0	0
Občas	48	33,6
Často	95	66,4
Celkem	143	100



Graf 6 - Setkávání s umírajícími

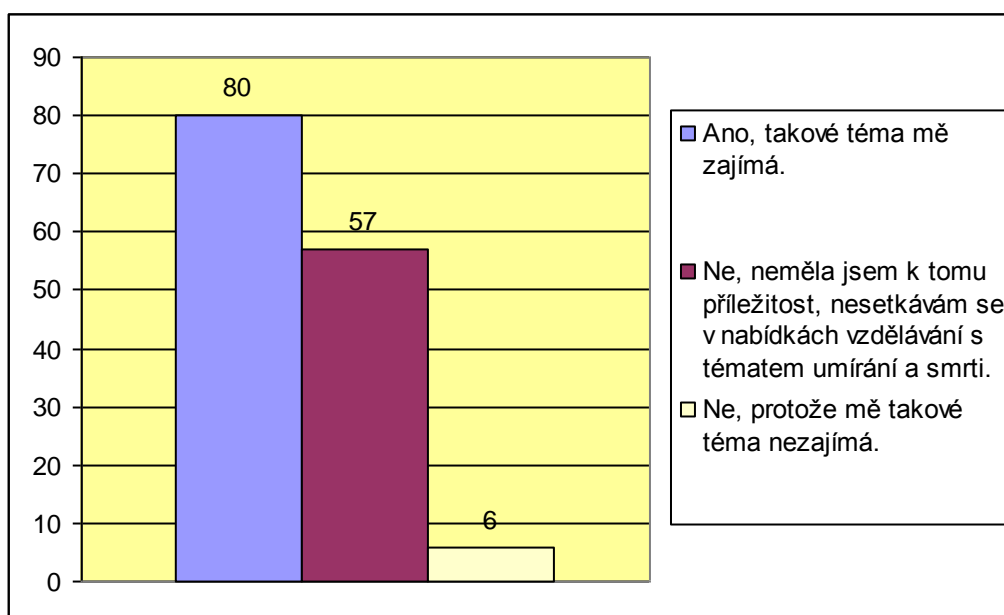
Komentář:

Všichni dotazovaní jsou ve styku s umírajícími. Položku „občas“ označilo 48 (33,6%) sester a často se s umírajícími setkává 95 dotazovaných (66,4%).

Otázka č. 7: Účastnila/a jste se někdy semináře, kurzu či nějakého školení na téma umírání a smrti?

Tabulka 7 - Účast na školení o umírání

Účast na školení o umírání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, takové téma mě zajímá.	80	55,9
Ne, neměla jsem k tomu příležitost, nesetkávám se v nabídkách vzdělávání s tématem umírání a smrti.	57	39,9
Ne, protože mě takové téma nezajímá.	6	4,2
Celkem	143	100



Graf 7 - Účast na školení o umírání

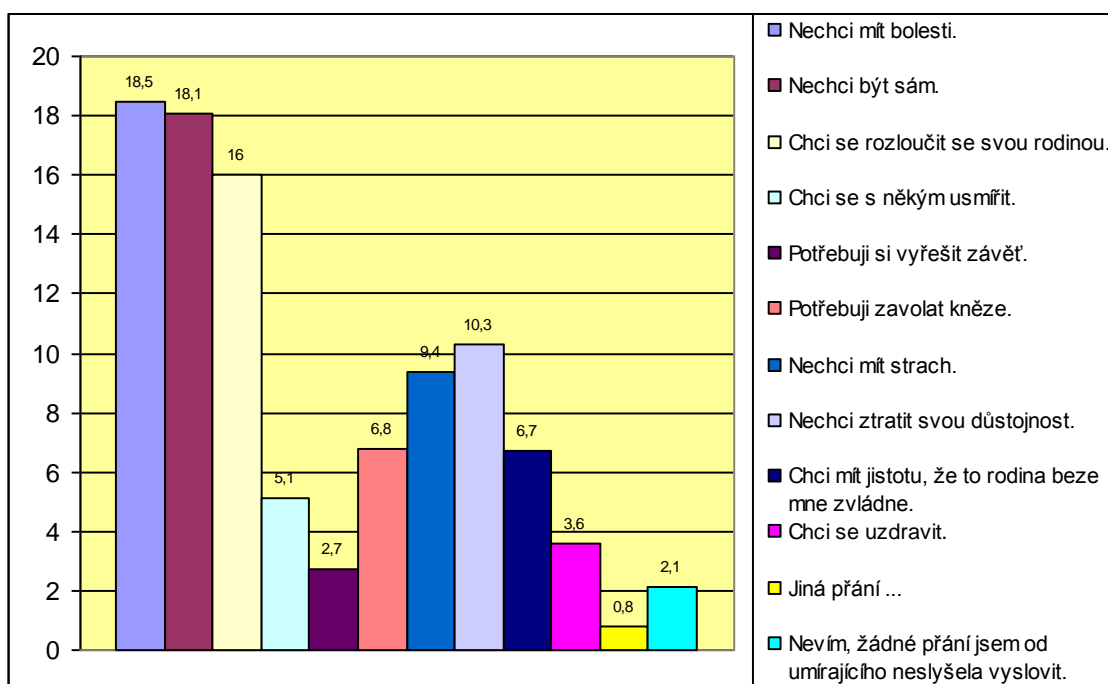
Komentář:

Na školení týkající se umírání a smrti se zúčastnilo 80 sester (55,9%). 57 respondentů (39,9%) se neúčastnilo právě pro to, že se nesetkali s tématem umírání v nabídkách vzdělávání na téma umírání a smrti. 6 dotazovaných (4,2%) nemají o takové přednášce zájem, a proto se jí ani neúčastní.

Otázka č. 8: Dokázal/a byste vystihnout, zda si umírající něco přeje, jaké pocity prožívá?

Tabulka 8 - Přání umírajícího

Přání umírajícího	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nechci mít bolesti.	117	18,5
Nechci být sám.	114	18,1
Chci se rozloučit se svou rodinou.	101	16
Chci se s někým usmířit.	32	5,1
Potřebuji si vyřešit závěť.	17	2,7
Potřebuji zavolat kněze.	43	6,8
Nechci mít strach.	59	9,4
Nechci ztratit svou důstojnost.	65	10,3
Chci mít jistotu, že to rodina beze mne zvládne.	42	6,7
Chci se uzdravit.	23	3,6
Jiná přání ...	5	0,8
Nevím, žádné přání jsem od umírajícího neslyšela vyslovit.	13	2,1
celkem	631	100



Graf 8 - Přání umírajícího

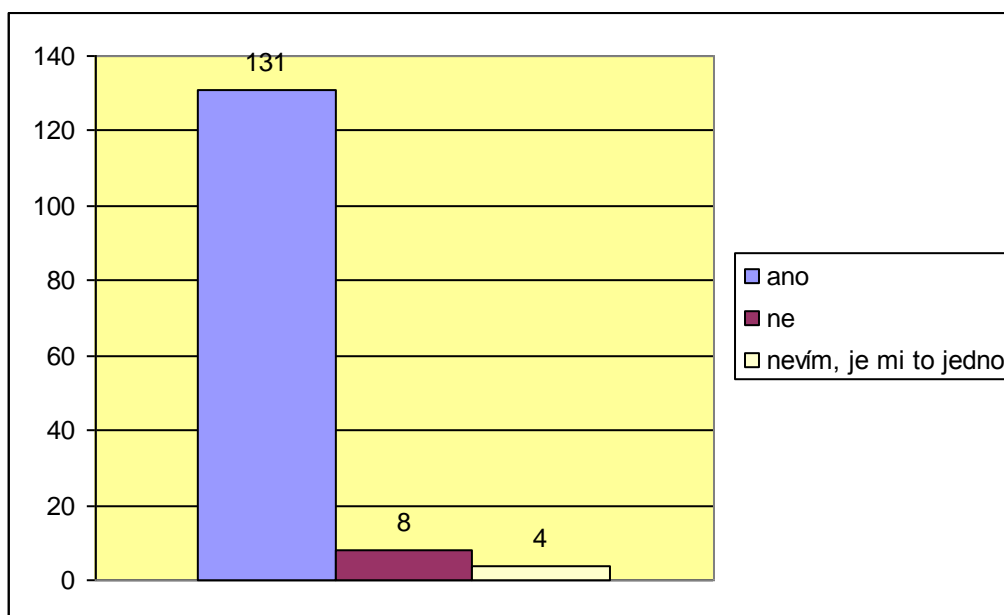
Komentář:

Tato položka byla otázkou polytomickou s výběrem několika alternativ v kombinaci s otázkou polotevřenou. Podle výsledků sestry u umírajících slýchají poměrně často, že mají anebo se obávají bolesti – tento údaj označilo 117 sester (18,5%). Dalším častým přáním nemocného z pohledu sestry je, že nechtějí být sami – 114 odpovědí (18,1%). Přání rozloučit se se svou rodinou je další častou odpovědí – 101 (16%). Obavy ze ztráty důstojnosti označilo 65 sester (10,3%). Další významnou položkou byly obavy ze strachu – 59 odpovědí (9,4%). 43 respondentů (6,8%) označilo přání přivolat kněze. Dalším přáním nemocného je jistota, že rodina zvládne jeho nepřítomnost – 42 sester (6,7%). Usmíření s někým mělo odpovědí 32 (5,1%), přání uzdravit se 23 (3,6%), potřeba vyřešit závěť 17 (2,7%). Žádné přání nemocného neslyšelo vyslovit 13 sester (2,1%). U této odpovědi bylo dopsáno, že je to z důvodu bezvědomí nebo intubace nemocného. 5 sester (2,1%) uvedlo jiné přání. 4 odpovědi obsahovala slova jako „chci to mít už za sebou“ nebo „už aby byl konec“ a jedna odpověď zněla „chci zemřít s ohleduplným personálem, s důstojností a etikou“.

Otázka č. 9: Je možné pacientovým přáním vyhovět?

Tabulka 9 - Vyhovění přání

Vyhovění přání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	131	91,6
Ne	8	5,6
Nevím, je mi to jedno.	4	2,8
celkem	143	100



Graf 9 - Vyhovění přání

Komentář:

Výsledky této položky jsou pozitivní. 131 sester (91,6%) označilo, že je možné pacientovým přáním vyhovět. Za nemožnost uspokojit přání umírajícího označilo 8 sester (5,6%). A 4 sestry (2,8%) nevědí a je jim to jedno. Jedna odpověď byla doplněná, kde sestra dodala: „Když se chce, tak jde všechno.“

Otázka č. 10: Jak byste ohodnotil/a terapii bolesti dle svých zkušeností na vašem oddělení?

Tabulka 10 - Terapie bolesti

Terapie bolesti	Aritmetický průměr
Standardní oddělení	2,7
Intenzivní lůžka	1,9
dohromady	2,4

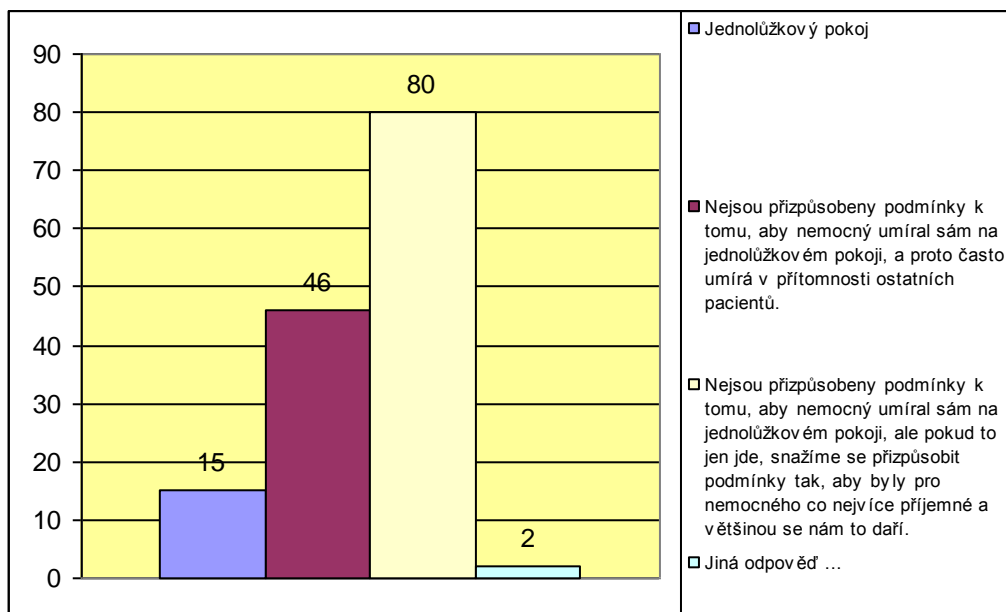
Komentář:

Sestry byly vyzvány, aby ohodnotily terapii bolesti na škále od 1 do 5. Byly poučeny, že 1 znamená, že bolest je terapeuticky zvládnutá velmi dobře a 5, že terapie bolesti je velmi nedostatečná. Aritmetický průměr čísel vyšel **2,4**. Zde jsem ještě provedla rozdíl mezi pracovišti standardního oddělení (plicní, neurologické, interní oddělení a LDN) a intenzivní péče (ARO, JIP). Aritmetický průměr standardního oddělení je **2,7** a intenzivní péče **1,9**.

Otázka č. 11: Kde na vašem pracovišti nemocný umírá?

Tabulka 11 - Umístění lůžka umírajícího

Umístění lůžka umírajícího	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Jednolůžkový pokoj	15	10,9
Nejsou přizpůsobeny podmínky k tomu, aby nemocný umíral sám na jednolůžkovém pokoji, a proto často umírá v přítomnosti ostatních pacientů.	46	32,2
Nejsou přizpůsobeny podmínky k tomu, aby nemocný umíral sám na jednolůžkovém pokoji, ale pokud to jen jde, snažíme se přizpůsobit podmínky tak, aby byly pro nemocného co nejvíce příjemné a většinou se nám to daří.	80	55,9
Jiná odpověď ...	2	1,4
celkem	143	100



Graf 10 - Umístění lůžka umírajícího

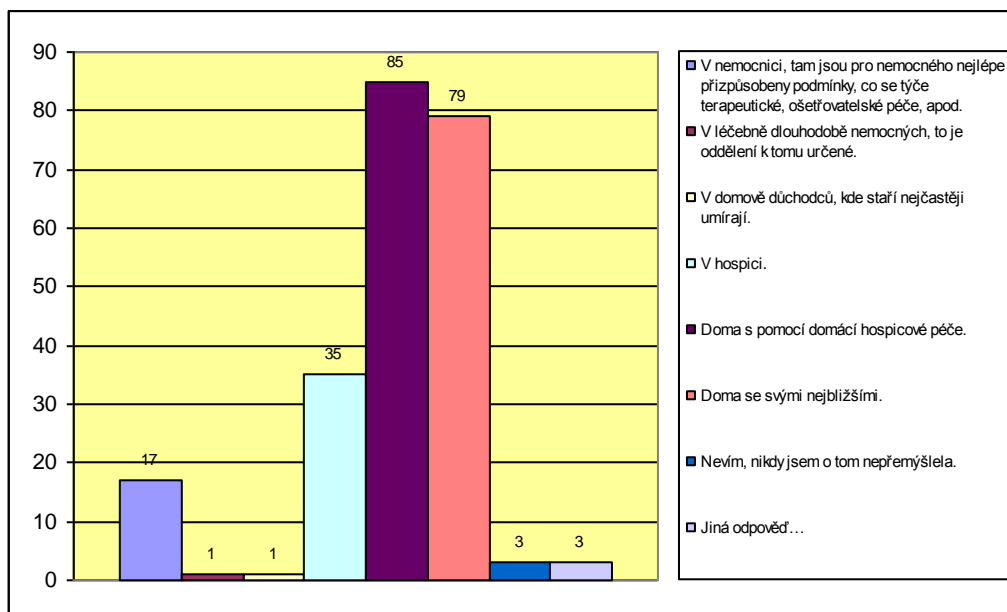
Komentář:

Nejvíce sester, celkem 80 (55,9%), udává, že nemají na svém pracovišti přizpůsobené podmínky k tomu, aby nemocný mohl umírat sám na jednolůžkovém pokoji, ale pokud to jen trochu jde, snaží se přizpůsobit podmínky tak, aby byly pro nemocného co nejvíce příjemné a většinou se jim to daří. Další skupinou byly sestry v počtu 46 (32,2%), které označily odpověď, že nemají na svém oddělení podmínky k tomu, aby nemocný mohl umírat na jednolůžkovém pokoji osamocen, a proto často umírá v přítomnosti ostatních pacientů. Nejmenší skupinu tvořily sestry (celkem 15, 10,9%), které označily odpověď, že na jejich pracovišti jsou jednolůžkové pokoje mimo jiné i pro účel klidného umírání. Tato otázka byla polootevřená, která obsahovala ještě možnost D, kde byl opět prostor pro vlastní myšlenku. Zde 2 sestry napsaly, že nemají jednolůžkové pokoje, a tak nemocní umírají v přítomnosti ostatních a jsou oddělení zástěnami.

Otázka č. 12: Kde by měl nemocný umírat? Co myslíte, že nemocný většinou pociťuje, kde by chtěl umřít?

Tabulka 12 - Místo pro umírání

Místo pro umírání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
V nemocnici, tam jsou pro nemocného nejlépe přizpůsobeny podmínky, co se týče terapeutické, ošetrovatelské péče, apod.	17	7,6
V léčebně dlouhodobě nemocných, to je oddělení k tomu určené.	1	0,4
V domově důchodců, kde staří nejčastěji umírají.	1	0,4
V hospici.	35	15,6
Doma s pomocí domácí hospicové péče.	85	37,9
Doma se svými nejbližšími.	79	35,3
Nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela.	3	1,3
Jiná odpověď...	3	1,3
celkem	224	100



Graf 11 - Místo pro umírání

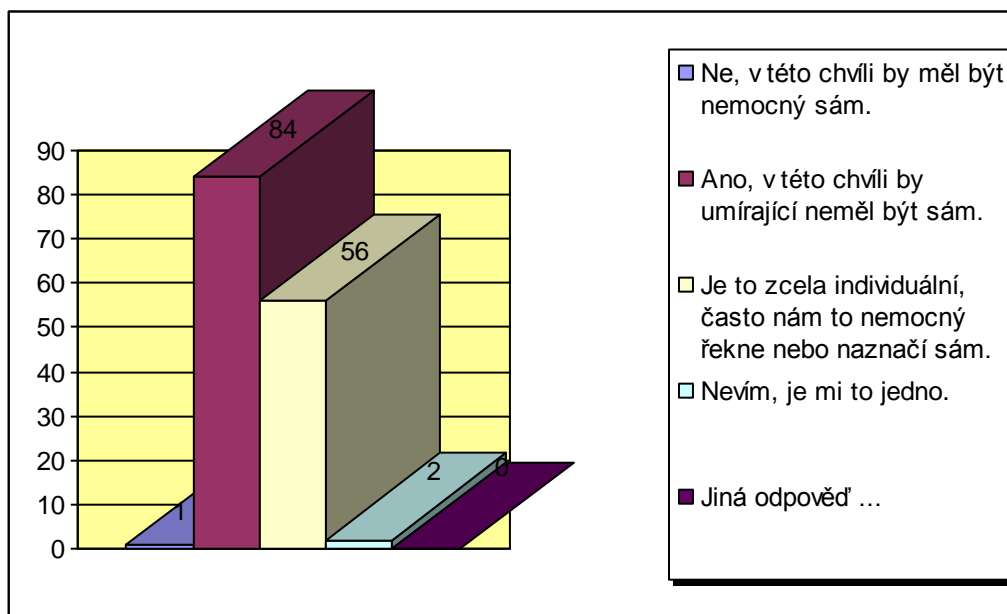
Komentář:

Z této otázky si mohly sestry vybrat i více možností a mohly si odpověď samy vymyslet. Z pohledu sestry je pro nemocného nejlepší zemřít doma se svými nejbližšími – to si myslí 79 sester (55,2%) a doma s pomocí hospicové služby označilo ještě více sester - 85 dotazovaných (59,4%). Odpověď zemřít v hospici označilo 35 sester (24,5%). Že jsou nejlépe přizpůsobeny podmínky v nemocnici si myslí 17 sester (11,9%). 3 respondenti (2,1%) mají jiný názor a další 3 nevědí a nikdy o tom nepřemýšleli (2,1%). Po jedné odpovědi získala odpověď zemřít v léčebně dlouhodobě nemocných (0,7%) a v domově důchodců (0,7%). Jiný názor zněl: „každý někde jinde, je to různé“, „záleží na informovanosti rodiny a pacienta o možnostech“ a „prostě tam, kde si to nemocný přeje“.

Otázka č. 13: Měl by člověk umírat v přítomnosti někoho?

Tabulka 13 - Přítomnost u umírání

Přítomnost u umírání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne, v této chvíli by měl být nemocný sám.	1	0,7
Ano, v této chvíli by umírající neměl být sám.	84	58,7
Je to zcela individuální, často nám to nemocný řekne nebo naznačí sám.	56	39,2
Nevím, je mi to jedno.	2	1,4
Jiná odpověď ...	0	0
celkem	143	100



Graf 12 - Přítomnost u umírání

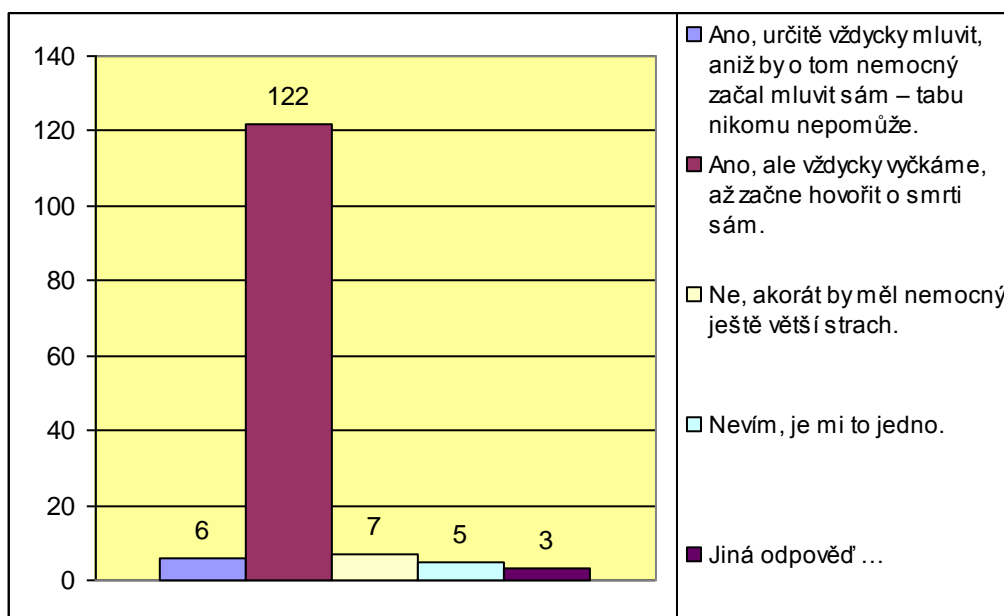
Komentář:

Jedná se opět o otázku polootevřenou, ale ani jeden z dotazovaných nevyužil prostor pro vyjádření svého názoru. Převážná část – 84 sester (58,7%) si myslí, že by nemocný neměl být v poslední fázi života sám. O trochu méně – 56 sester (39,2%) smýšlí, že je to situace zcela individuální, že nám to nemocný řekne nebo naznačí sám. Nevědí a je to jedno 2 sestrám (1,4%). Pouze 1 sestra (0,7%) označila odpověď, že by měl být nemocný v této chvíli sám.

Otázka č. 14: Je dobré mluvit s nemocným o smrti?

Tabulka 14 - Mluvit o smrti

Mluvit o smrti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, určitě vždycky mluvit, aniž by o tom nemocný začal mluvit sám – tabu nikomu nepomůže.	6	4,2
Ano, ale vždycky vyčkáme, až začne hovořit o smrti sám.	122	85,3
Ne, akorát by měl nemocný ještě větší strach.	7	4,9
Nevím, je mi to jedno.	5	3,5
Jiná odpověď ...	3	2,1
celkem	143	100



Graf 13 - Mluvit o smrti

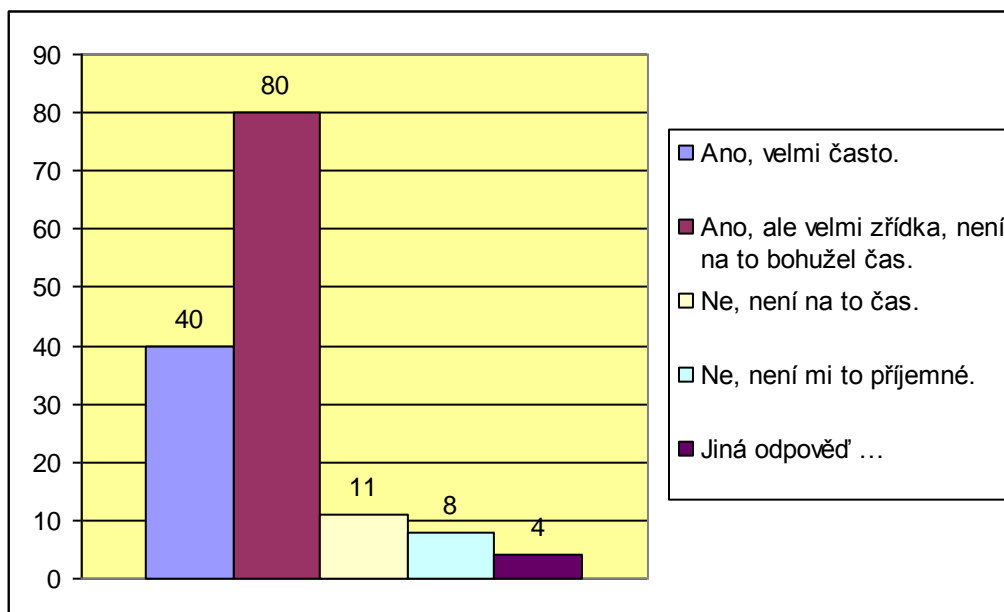
Komentář:

Opět se jedná o otázku polootevřenou. Mluvit o smrti ano, ale vždycky vyčkáme, až začne hovořit nemocný sám. Tak je přesvědčena velká skupina sester – 122 (85,3%). Opačný názor má 7 sester, který si myslí, že raději nemluvit o smrti, aby neměl nemocný ještě větší strach. Určitě vždycky mluvit, aniž by o tom nemocný začal mluvit sám, to je mínění 6 sester (4,2%). 5 sester (3,5%) neví a je jim to jedno a 3 odpověděly svými slovy: *„Na oddělení ARO nejsou často nemocní při vědomí, nemůžou mluvit.“*, *„Nevím, nikdy jsem o smrti s pacientem nemluvila“* a pak jen prosté *„Nevím.“*

Otázka č. 15: Je někdy důvodem vaší přítomnosti u umírajícího pacienta komunikace sním, byť slovní či mimoslovní?

Tabulka 15 - Komunikace s umírajícím

Komunikace s umírajícím	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, velmi často.	40	28
Ano, ale velmi zřídka, není na to bohužel čas.	80	55,9
Ne, není na to čas.	11	7,7
Ne, není mi to příjemné.	8	5,6
Jiná odpověď ...	4	2,8
celkem	143	100



Graf 14 - Komunikace s umírajícím

Komentář:

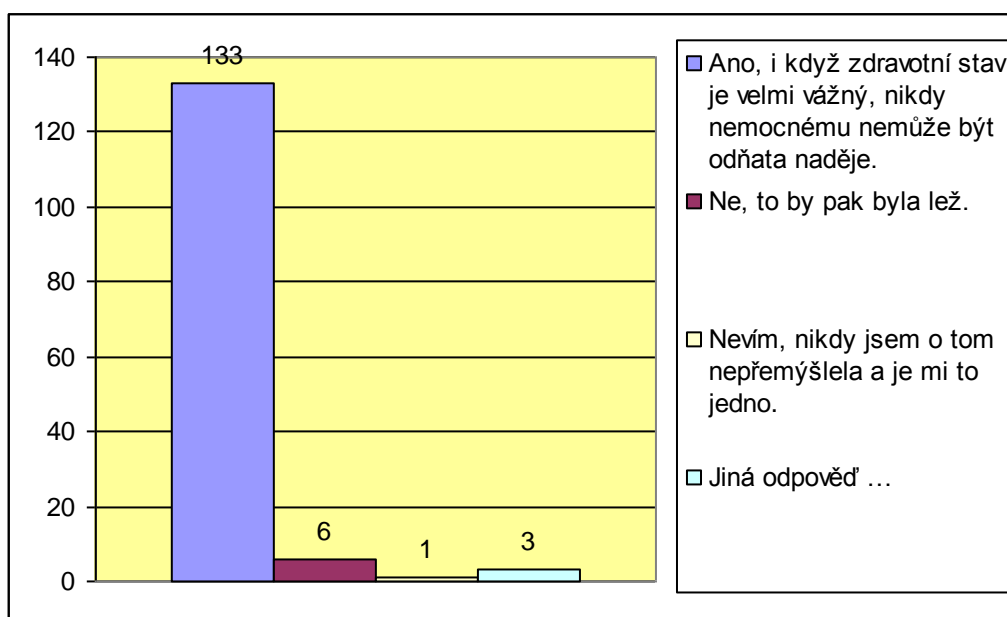
Komunikaci s umírajícím a to velmi často vyhledává ze zkoumaných osob 40 (28%). Největší skupinou byly sestry (celkem 80, 55,9%), které také vyhledávají komunikaci s umírajícím, ale pouze zřídka, protože na to nemají bohužel moc času. 11 sester (7,7%) nemůže s umírajícím pouze komunikovat, aniž by přitom neprováděly nějakou činnost, protože na to nemají čas anebo jim to není příjemné – 8 sester (5,6%).

Otázka nabízela i položku, kde sestry mohly odpovědět svými slovy (4 odpovědi, 2,8%). Dvě sestry z oddělení akutních lůžek napsaly, že nemohou s nemocným komunikovat, protože jsou nemocní na ventilátoru a v bezvědomí. Další sestra s nemocným ráda komunikuje a drží ho za ruku. Posledním názorem je, že sestra nevyhledává komunikaci s umírajícím, protože má jinou profesi.

Otázka č. 16: Myslíte, že je pro nemocného důležitá naděje, i když jeho zdravotní stav je velmi vážný?

Tabulka 16 - Naděje

Naděje	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, i když zdravotní stav je velmi vážný, nikdy nemocnému nemůže být odňata naděje.	133	93
Ne, to by pak byla lež.	6	4,2
Nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela a je mi to jedno.	1	0,7
Jiná odpověď ...	3	2,1
celkem	143	100



Graf 15 - Naděje

Komentář:

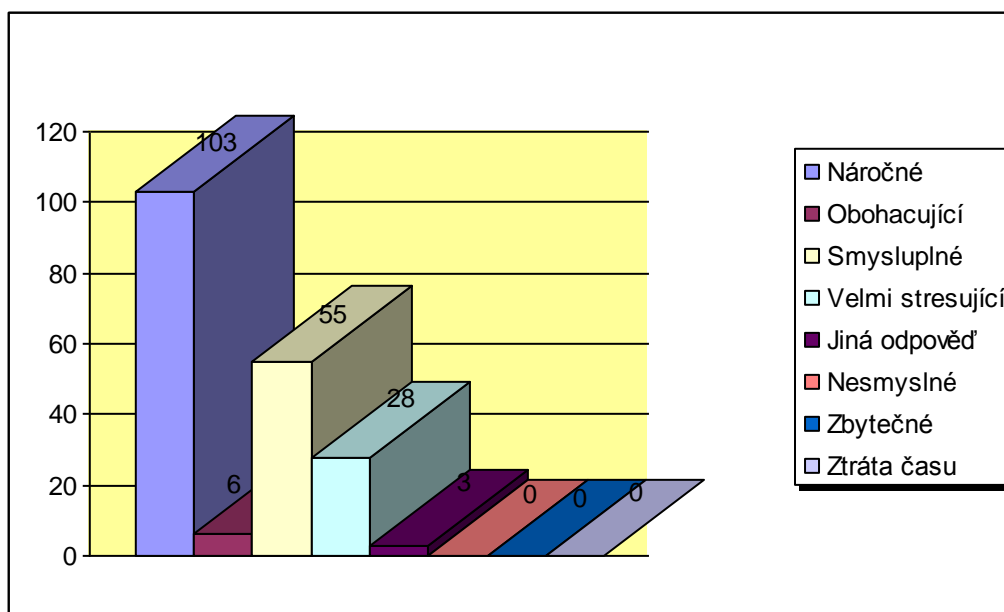
Opět se jedná o otázku polootevřenou. Ale většina sester – 133 (93%) si vybrala odpověď, která zdůrazňuje, že nemocnému nemůže být nikdy odňata naděje, i když je jeho zdravotní stav velmi vážný. Sestry v počtu 6 (4,2%) si myslí, že by to pak byla lež. 1 sestra

(0,7%) neví, nikdy o to nepřemýšlela a je jí to jedno. Do volné odpovědi vypsaly 3 sestry (2,1%) svou myšlenku. Jedna nevěděla, co má zaškrtnout, nebyla si úplně jista a tak se odpovědi zdržela. Další odpověď zněla: *„Naděje a víra nemusí mít mnoho společného s námi přijatou objektivní realitou, naděje se nemusí týkat vždy jen uzdravení.“* A poslední myšlenka byla: *„Ano, je velmi důležité nemocnému dodat naději, že nebude sám, že všechno bude dobré, bude mu dobře a jednou se se všemi setká.“*

Otázka č. 17: Ošetřování terminálně nemocných a doprovázení při umírání je pro vás?

Tabulka 17 - Pocity při ošetřování a doprovázení umírajících

Pocity při ošetřování a doprovázení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nesmyslné	0	0
Zbytečné	0	0
Ztráta času	0	0
Náročné	103	52,8
Obohacující	6	3,1
Smysluplné	55	28,2
Velmi stresující	28	14,4
Jiná odpověď ...	3	1,5
celkem	195	100



Graf 16 - Pocity při ošetřování a doprovázení umírajících

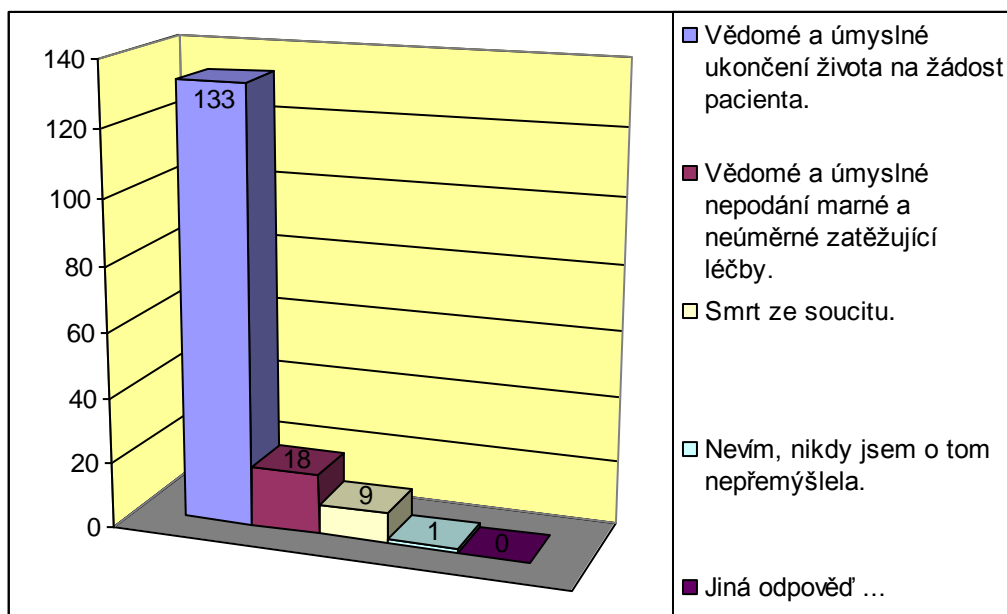
Komentář:

Opět jde o otázku, kdy si sestry mohly vybrat více odpovědí nebo vypsát svou. Ošetřování umírajících a doprovázení při umírání je pro 103 sester (52,8%) náročné. Smysluplnost pociťuje 55 dotazovaných (28,2%). Za velmi stresující to pociťuje 28 sester (14,4%). Pocit obohacení vnímá 6 sester (3,1%). Vlastní odpověď a to „bez emocí“ napsaly 3 sestry (1,5%).

Otázka č. 18: Co si všechno představujete pod pojmem eutanázie?

Tabulka 18 - Pojem eutanázie

Pojem eutanázie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vědomé a úmyslné ukončení života na žádost pacienta.	133	82,6
Vědomé a úmyslné nepodání marné a neúměrné zatěžující léčby.	18	11,2
Smrt ze soucitu.	9	5,6
Nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela.	1	0,6
Jiná odpověď ...	0	0
celkem	161	100



Graf 17 - Pojem eutanázie

Komentář:

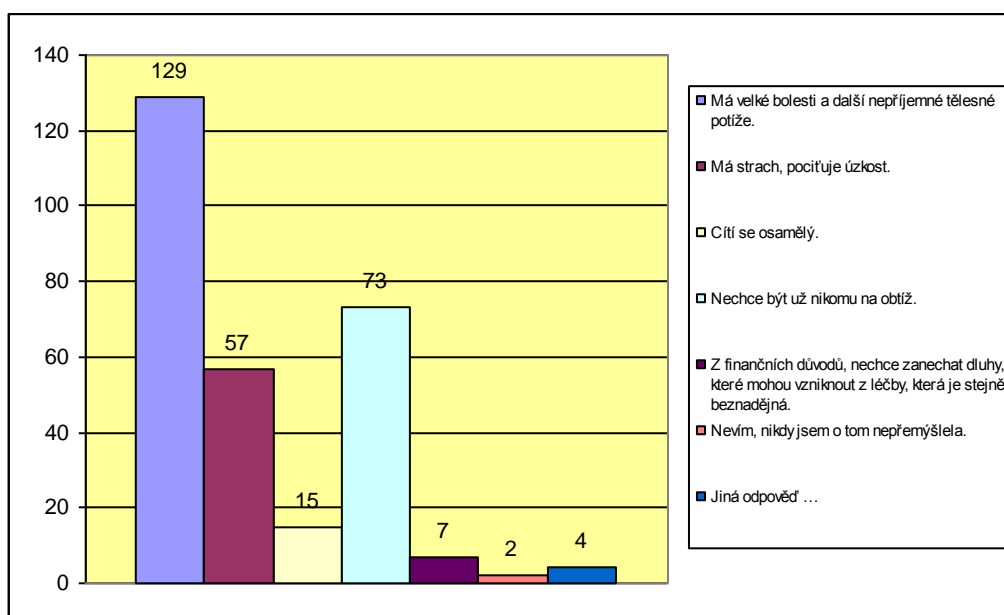
Otázka byla opět polytomická a polootevřená. Prostor pro volnou odpověď byl ale prázdný. Téměř všichni – 133 (82,6%) označili, že eutanázie je vědomé a úmyslné ukončení života na žádost pacienta. O názoru, že jde o vědomé a úmyslné nepodání marné

a neúměrně zatěžující léčby, je přesvědčeno 18 sester (11,2%). Pod pojmem eutanázie si 9 sester (5,6%) představuje smrt ze soucitu. Jedna z dotazovaných nevěděla, co si pod tímto pojmem má představit.

Otázka č. 19: Proč si myslíte, že pacient žádá o eutanázii?

Tabulka 19 - Důvod žádosti o eutanázii

Důvod žádosti o eutanázii	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Má velké bolesti a další nepříjemné tělesné potíže.	129	44,9
Má strach, pocituje úzkost.	57	19,9
Cítí se osamělý.	15	5,2
Nechce být už nikomu na obtíž.	73	25,4
Z finančních důvodů, nechce zanechat dluhy, které mohou vzniknout z léčby, která je stejně beznadějná.	7	2,4
Nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela.	2	0,7
Jiná odpověď ...	4	1,4
celkem	287	100



Graf 18 - Důvod žádosti o eutanázii

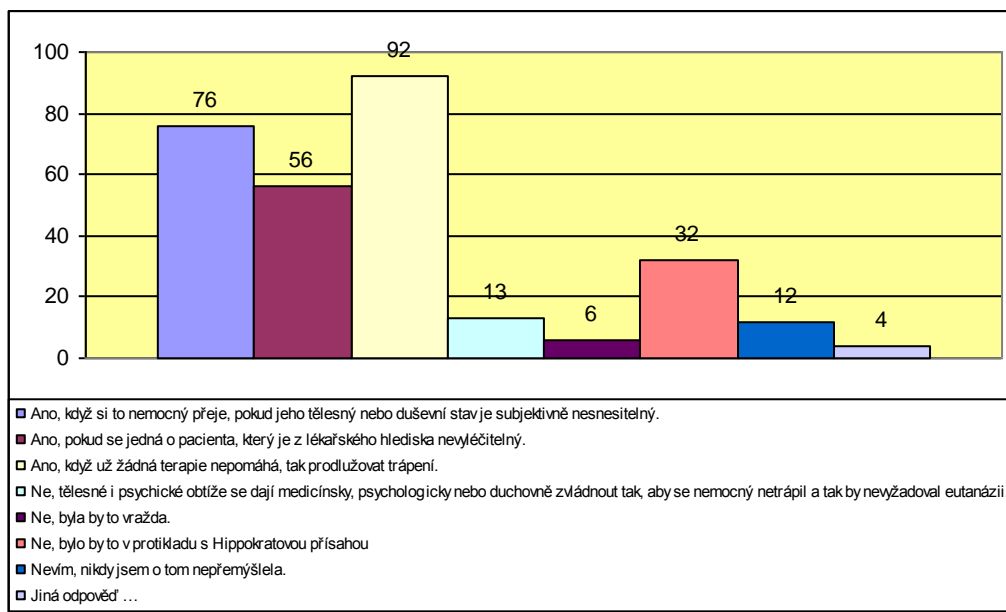
Komentář:

Opět si sestry mohly zvolit více odpovědí a vypsát svou vymyšlenou. Velkou skupinou jsou sestry, které si myslí, že nemocný žádá o eutanázii, protože má velké bolesti a další tělesné symptomy – 129 (44,9%). Dalším důvodem je, že nechce být nemocný už nikomu na obtíž – to si zvolilo 73 sester (25,4%). Dalšími pocity, které nemocný pociťuje, a proto žádá o eutanázii, je strach a úzkost - odpověď 57 sester (19,9%). Osamělost může být další příčinou žádosti o eutanázii a je v odpovědích 15 sester (5,2%). Několik sester (7, 2,4%) smýšlí i o finančních důvodech. Některé sestry (4, 1,4%) si nabízené odpovědi nevybraly a napsaly důvody žádání o eutanázii: *„Nemá sílu dál žít.“*, *„Stejně to bude horší a horší.“*, *„Pokud jde o nevyléčitelné onemocnění, které nemocného zatěžuje fyzicky i psychicky nesnesitelným způsobem.“*, *„bolest a beznaděj“*. Zbylé 2 sestry (0,7%) nevědí a nikdy o tom nepřemýšlely.

Otázka č. 20: Byl/a byste pro legalizaci eutanázie?

Tabulka 20 - Legalizace eutanazie

Legalizace eutanázie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, když si to nemocný přeje, pokud jeho tělesný nebo duševní stav je subjektivně nesnesitelný.	76	26,1
Ano, pokud se jedná o pacienta, který je z lékařského hlediska nevléčitelný.	56	19,2
Ano, když už žádná terapie nepomáhá, tak prodlužovat trápení.	92	31,6
Ne, tělesné i psychické obtíže se dají medicínsky, psychologicky nebo duchovně zvládnout tak, aby se nemocný netrápil a tak by nevyžadoval eutanázii.	13	4,5
Ne, byla by to vražda.	6	2,1
Ne, bylo by to v protikladu s Hippokratovou přísahou.	32	11
Nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela.	12	4,1
Jiná odpověď ...	4	1,4
celkem	291	100



Graf 19 - Legalizace eutanazie

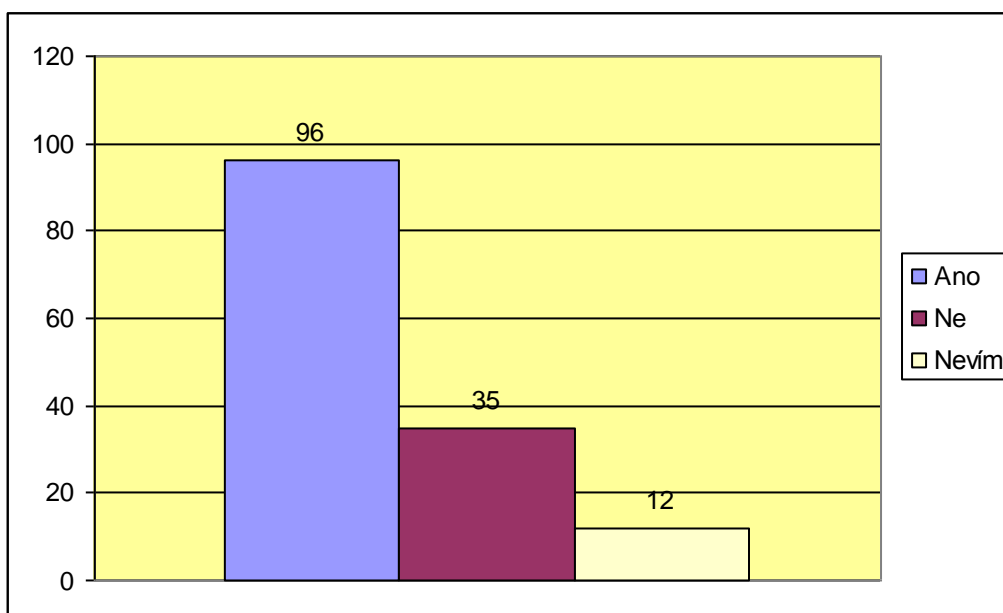
Komentář:

Opětovně se jedná o otázku polytomickou a polootevřenou! Ano pro eutanázii, pokud už žádná terapie nepomáhá, a tak proč prodlužovat trápení, to si myslí dohromady 92 sester (31,6%). Ano, když si to nemocný přeje a jeho tělesný nebo duševní stav je subjektivně nesnesitelný, to je názor přes polovinu oslovených – celkem 76 sester (26,1%). 56 sester (19,2%) by bylo pro eutanázii, pokud se jedná o nemocného, který je z hlediska lékařského nevyléčitelný. Nechtělo by legalizaci eutanázie, protože by to bylo v protikladu s Hippokratovou přísahou 32 sester (11%). Pouze 13 sester (4,5%) si myslí, že se dají tělesné a psychické obtíže medicínsky, psychologicky nebo duchovně zvládnout, aby se nemocný netrápil a tak by nemusel žádat o eutanázii. Proti legalizaci eutanázie, že by šlo o vraždu, je 6 sester (2,1%). 12 sester (4,1%) nevědí a nepřemýšlely o tom. 4 sestry (1,4%) uvedly své odpovědi. Dvě odpověděly „prostě ne“, další „proč ne, když už nic nepomáhá a nemocný se trápí“ a čtvrtá sestra napsala, že je proti legalizaci eutanázie, protože se dá zneužít úplně všechno.

V následujícím znázornění ještě uvádím přesný počet pro a proti legalizaci eutanázie ať už z jakéhokoliv důvodu:

Tabulka 21 – Ano, či ne eutanázii?

Ano, či ne eutanázii?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	96	67
Ne	35	24,5
Nevím	12	8,4
celkem	143	100



Graf 20 - Ano, či ne eutanázii?

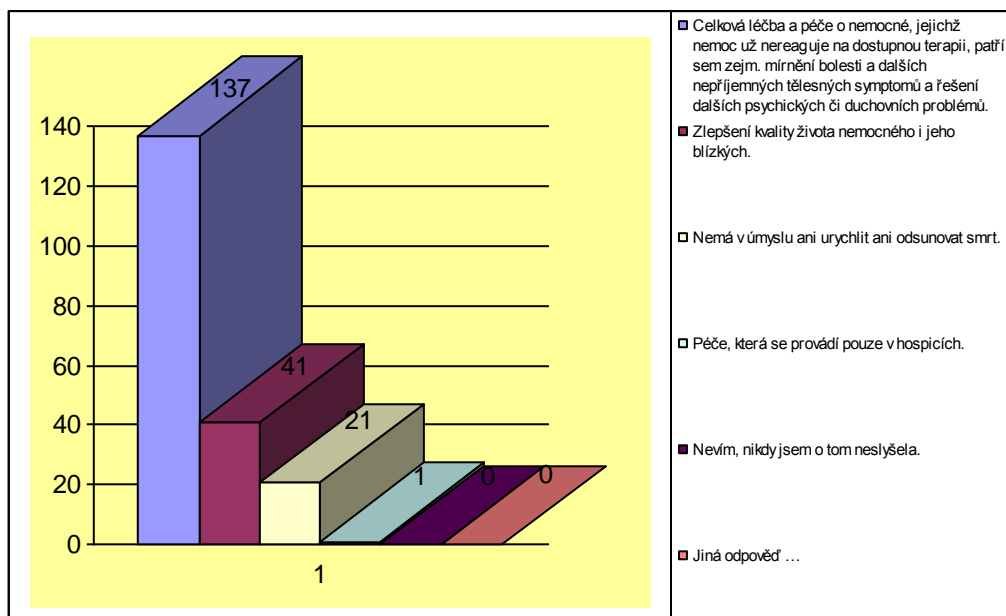
Komentář:

Výraznou převahou zvítězila položka, která informuje, že sestry by byly pro legalizaci eutanázie – celkem 96 sester (67%). Nesouhlasí s legalizací eutanázie 35 dotazovaných (24,5%). Neví 12 sester (8,4%).

Otázka č. 21: Definujte pojem paliativní péče?

Tabulka 22 - Pojem paliativní péče

Pojem paliativní péče	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc už nereaguje na dostupnou terapii, patří sem zejm. mírnění bolesti a dalších nepříjemných tělesných symptomů a řešení dalších psychických či duchovních problémů.	137	68,5
Zlepšení kvality života nemocného i jeho blízkých.	41	20,5
Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt.	21	10,5
Péče, která se provádí pouze v hospicích.	1	0,5
Nevím, nikdy jsem o tom neslyšela.	0	0
Jiná odpověď ...	0	0
celkem	200	100



Graf 21 - Pojem paliativní péče

Komentář:

Sestry označily většinou správně definici paliativní péče. Dohromady 137 sester (68,5%) paliativní péči chápou, že jde o celkovou léčbu a péči o nemocné s nemocí, která už nereaguje na dostupnou terapii, např. mírnění bolesti a dalších nepříjemných tělesných symptomů a řešení dalších psychických či duchovních problémů. 41 sester (20,5%) rozumí tomuto pojmu i ve smyslu zlepšení kvality života nemocného i jeho blízkých. Menší počet v celku 21 sester (10,5%) si myslí, že paliativní péče nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt. Pouze 1 respondent označil, že jde o péči, která se provádí pouze v hospicích. Odpověď nevím, co je paliativní péče nikdo neoznačil a také ani jeden respondent nevyužil prostor pro vlastní názor.

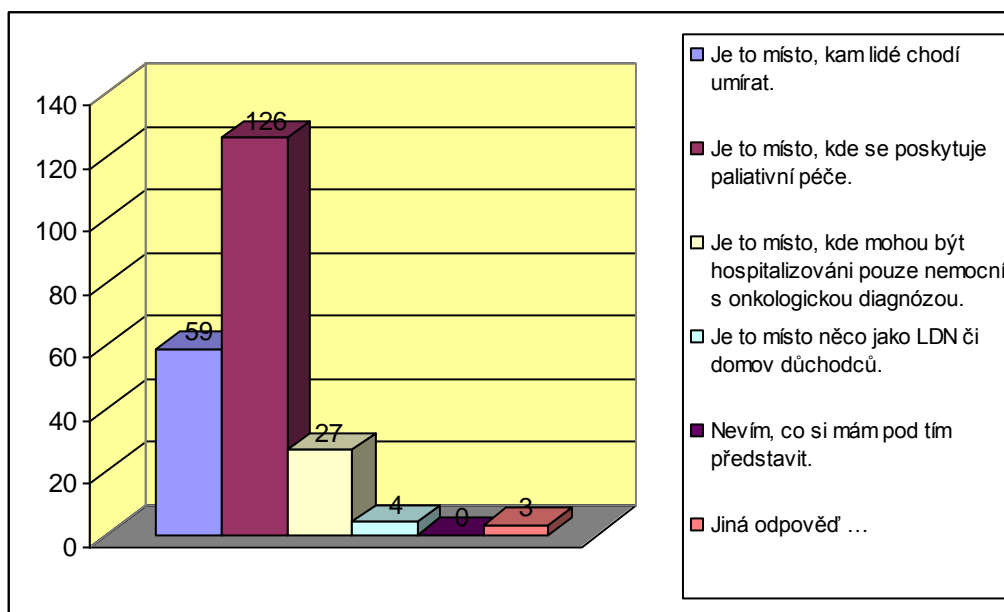
Otázka č. 22: Co konkrétně byste na svém pracovišti označil/a jako paliativní péče?

Tato otázka byla otázkou otevřenou. Zde sestry vypisovaly, co by označily na svém pracovišti za paliativní péči. Z celkového počtu 143 respondentů, odpovědělo 93 (65%) dotazovaných. Většina (80 sester) stanovilo za paliativní péči na svém pracovišti **terapii bolesti**. Celkem 23 odpovědí obsahovalo **neustálou přítomnost rodiny**. Za paliativní péči si představuje **hydrataci a výživu** 14 sester. **Psychologická podpora** byla označena za paliativní péči u 12-ti dotazovaných. **Komunikace a duchovní podpora** byla v 11-ti odpovědích. **Symptomatickou terapii mimo bolesti** udalo 6 sester. **Respektování důstojnosti** se objevilo v 5 odpovědích, **bazální stimulace a tišení strachu** ve 3 odpovědích. Dalšími činnostmi, které sestry označily za paliativní péči, jsou po jedné odpovědi a to: psychoterapie, podávání psychofarmak, fyzioterapie, zlepšení přístupu lékařů k pacientům, celková terapie onkologicky nemocného mimo chirurgické terapie, radioterapie a chemoterapie, aplikace krevních derivátů, nepodání marné léčby, dostatek pomůcek při ošetřování, plnění ordinací lékaře, ulehčující operace, neprodłużování marného utrpení a zajištění komfortu nemocného.

Otázka č. 23: Víte, co znamená hospice?

Tabulka 23 - Definice hospice

Definice hospice	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Je to místo, kam lidé chodí umírat.	59	26,9
Je to místo, kde se poskytuje paliativní péče.	126	57,5
Je to místo, kde mohou být hospitalizováni pouze nemocní s onkologickou diagnózou.	27	12,3
Je to místo něco jako LDN či domov důchodců.	4	1,8
Nevím, co si mám pod tím představit.	0	0
Jiná odpověď ...	3	1,4
celkem	219	100



Graf 22 - Definice hospice

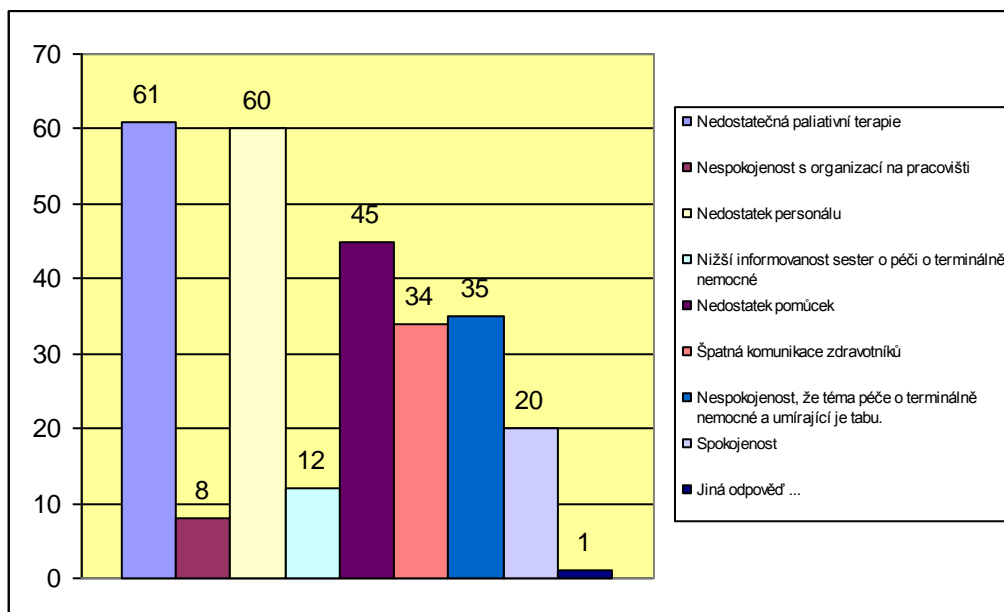
Komentář:

Dohromady 126 sester (57,5%) správně označilo, že hospic je místo, kde se poskytuje paliativní péče. Hospic je místem, kam lidé chodí umírat, to si myslí 59 sester (26,9%). Celkem 27 sester (12,3%) udalo, že v hospici mohou být hospitalizováni nemocní pouze s onkologickou diagnózou. 4 sestry (1,8%) se domnívají, že je hospic podobné místo jako LDN či domov důchodců. Nikdo neoznačil odpověď „nevím“. Jelikož šlo opět o otázku polytomickou a polotevřenou, 3 sestry (1,4%) si nabízené odpovědi nevybraly a napsaly: hospic je místo, kde ukončí nevléčitelně nemocný svůj život v kruhu svých nejbližších a školeného personálu. Dalším názorem je, že jde o místo, kde je umírání důstojné. A poslední věta zněla, že je zde pečováno o pohodlí nemocného bez stresování nesmyslnými vyšetřeními a marnou léčbou.

Otázka č. 24: Co myslíte, že je nedostatečné v péči o terminálně nemocné a umírající?

Tabulka 24 - Nedostatky v péči o terminálně nemocné a umírající I

Nedostatky v péči o terminálně nemocné a umírající	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nedostatečná paliativní terapie	61	22,1
Nespokojenost s organizací na pracovišti	8	2,9
Nedostatek personálu	60	21,7
Nižší informovanost sester a dalšího ošetrovatelského personálu o péči o terminálně nemocné	12	4,3
Nedostatek pomůcek zlepšující komfort pro nemocného	45	16,3
Nespokojenost ve špatné komunikaci zdravotníků s nemocnými	34	12,3
Nespokojenost, že téma péče o terminálně nemocné a umírající je tabu.	35	12,7
Spokojenost, na mém pracovišti je péče o terminálně nemocné dostatečná.	20	7,3
Jiná odpověď ...	1	0,4
Celkem	276	100



Graf 23 - Nedostatky v péči o terminálně nemocné a umírající

Komentář:

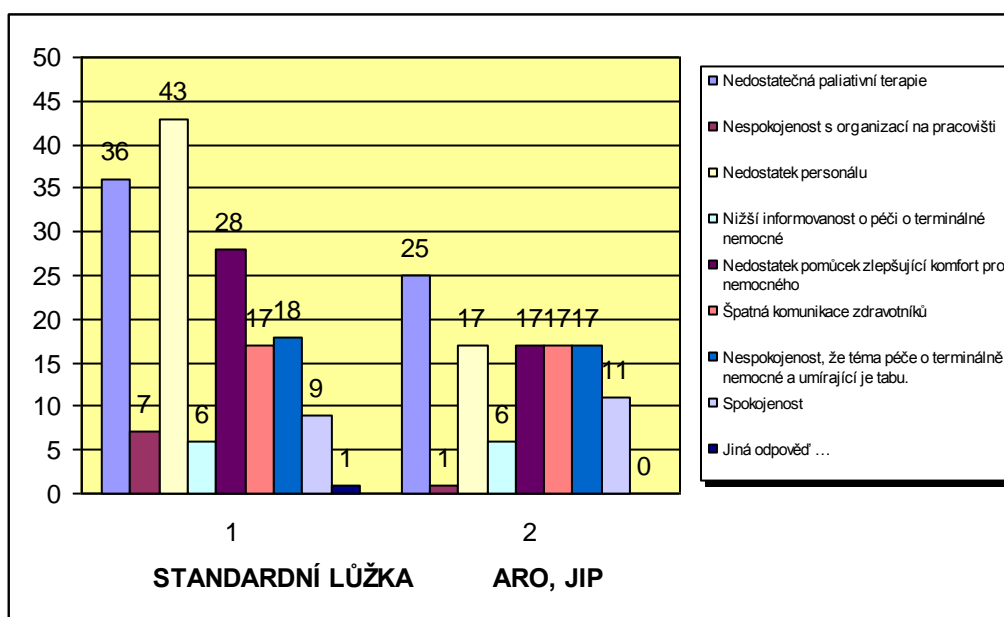
V této otázce si sestry mohly opět zvolit několik odpovědí. Nejvyšší počet – 61 (22,1%), získala položka, která charakterizuje nedostatečnou péči o terminálně nemocné a umírající z důvodu neuspokojivé paliativní terapie, kdy nemocní často trpí bolestmi a jinými nepříjemnými symptomy. Další důvod nedostatečné péče je nedostatek personálu, to si myslí 60 respondentů (21,7%). Nedostatek různých pomůcek, které by mohly napomoci v péči a zlepšovaly by komfort pro nemocného, to je dalším důvodem, který získal počet 45 (16,3%). To, že se o péči o terminálně nemocné téměř nemluví, může být dalším důvodem nespokojenosti. Takovou odpověď si zvolilo 35 respondentů (12,7%). Další příčinou nedostatečné péče může být nesprávná komunikace, z důvodu, že neumějí anebo nechtějí – označilo 34 oslovených (12,3%). 12 sester (4,3%) udalo důvod nespokojenosti z důvodu nižší informovanosti nejen sester, ale i ostatního ošetrovatelského personálu, jak správně provádět péči o terminálně nemocné a umírající a některé z dotazovaných (celkem 8, 2,9%) nejsou spokojené s organizací na svém pracovišti. Jeden respondent (0,4%) si nevybral ani jednu odpověď a vypsál, že je nespojen pouze s tím, že pro tyto nemocné nemají jednolůžkové pokoje. Z celkového počtu 143 dotazovaných je pouhých 20 (7,3%), kteří jsou spokojeni a na jejich oddělení je péče o terminálně nemocné a umírající dostatečná.

Zajímá mě i rozdíl mezi odděleními, které jsem rozdělila na standardní lůžka (plicní, interní, neurologické a LDN) a druhou skupinou tvoří oddělení ARO a JIP. Výsledky jsou v následující tabulce a grafu.

Tabulka 25 - Nedostaty v péči o terminálně nemocné a umírající II

Nedostaty v péči o terminálně nemocné a umírající	Absolutní četnost (n) Standardní lůžka	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n) ARO, JIP	Relativní četnost (%)
Nedostatečná paliativní terapie	36	21,8	25	22,5
Nespokojenost s organizací na pracovišti	7	4,2	1	0,9
Nedostatek personálu	43	26,1	17	15,3
Nižší informovanost sester a dalšího ošetrovatelského personálu o péči o terminálně nemocné	6	3,6	6	5,4
Nedostatek pomůcek zlepšující komfort pro nemocného	28	17	17	15,3
Nespokojenost ve špatné komunikaci zdravotníků s nemocnými	17	10,3	17	15,3
Nespokojenost, že téma péče o terminálně nemocné a umírající je tabu.	18	10,9	17	15,3
Spokojenost, na	9	5,5	11	9,9

mém pracovišti je péče o terminálně nemocné dostatečná.				
Jiná odpověď ...	1	0,6	0	0
celkem	165	100	111	100



Graf 24 - Nedostatky v péči o terminálně nemocné a umírající II

Komentář:

Poměrně stejné procento získala položka, která se týká nespokojenosti z důvodu nedostatečné paliativní péče. Na oddělení standardních lůžek si to myslí 21,8% a na ARO a JIP 22,5%. Nespokojenost týkající se špatné organizace na pracovišti je v poměru 4,2% (standardní lůžka) a 0,9% (ARO, JIP). Výrazným rozdílem dopadla položka, která popisuje nespokojenost zapříčiněnou nedostatkem personálu pečující o terminálně nemocné a umírající, a to 26,1% na oddělení standardních lůžek a na ARO a JIP je o tom přesvědčeno 15,3% sester. Nespokojenost s nižší informovaností sester a dalších pracovníků o paliativní péči je v poměru 3,6% (standardní lůžka) a 5,4% (ARO, JIP). Další nespokojenost, a to z důvodu chybění pomůcek, které by mohly napomoci v péči a zvyšovaly by komfort pro nemocného, udalo 17% sester ze standardních oddělení a 15,3% z oddělení ARO a JIP. Za nedostatečné v paliativní péči označily položku nesprávné komunikace 10,3% sester ze standardních lůžek a 15,3% sester z ARO a JIP. Nespokojenost, že se o tématu péče o

terminálně nemocné téměř nemluví, uvedlo 10,9% sester ze standardního oddělení a 15,3% sester z ARO a JIP. Spokojenost s péčí označilo 5,5% sester ze standardního oddělení a 9,9% z ARO a JIP. Vlastní odpověď napsala sestra z interního oddělení, kterou jsem už vypsala u minulého grafu a to je nespokojenost, že není na jejím pracovišti jednolůžkový pokoj pro terminálně nemocného.

Otázka č. 25: Jak byste ohodnotil/a péči o terminálně nemocné a umírající na vašem pracovišti?

Tabulka 26 - Hodnocení péče o terminálně nemocné a umírající

Hodnocení péče	Aritmetický průměr
Standardní oddělení	2,61
Intenzivní lůžka	2,28
Celkem	2,47

Komentář:

Sestry byly pobídnuty, aby ohodnotily péči o terminálně nemocné a umírající na svém pracovišti na škále od 1 do 5. Byly poučeny, že 1 znamená, že péče je velmi dobrá a 5, že péče je velmi nedostatečná. Aritmetický průměr čísel vyšel **2,47**. Zde jsem ještě provedla rozdíl mezi pracovišti standardního oddělení (plicní, neurologické, interní oddělení a LDN) a intenzivní péče (ARO, JIP). Aritmetický průměr standardního oddělení je **2,61** a intenzivní péče **2,28**.

Otázka č. 26: Zde je prostor k vyjádření vašich připomínek k danému tématu.

Komentář:

Tato otázka byla samozřejmě otevřená. Ve většině byla prázdná, zbytek je vypsán. Asi u 13 respondentů byla uvedena e-mail adresa s prosbou o zaslání výsledků výzkumu.

„Téma pro mnohé tabu, mělo by se o tom více hovořit a následně by se měla zlepšovat péče o terminálně nemocné.“

„Kéž by nikdo nezažil nedůstojné umírání nebo tomu musel přihlížet u svých blízkých.“

„Až se toto bude týkat mne, doufám, že bude eutanázie legál.“

„Dotazník je postaven dost všeobecně, člověk je individuum, proto mnohokrát nelze odhadnout, co prožívá a pociťuje. Na ARO jsou nemocní v bezvědomí nebo zaintubováni a není možný kontakt. Dotazník mě ale přiměl zamyslet se nad tímto tématem hlouběji.“

„Lékařská péče pokulhává.“

„Není důstojné popisovat mrtvé tělo fixou.“

„Velmi neobvyklé téma.“

„Jen malá část zdravotnického personálu se zajímá o nové trendy v paliativní léčbě, chybí dostatek dobrovolníků a nedostatečný je i přístup ostatního personálu k umírání – chybí empatický přístup.“

11 DISKUZE

V rámci diskuze bych chtěla zobrazit své hypotézy, které jsem předpokládala předtím, než jsem provedla výzkum.

- Hypotéza č. 1: V 80 % odpovědí budou nedostačující podmínky k tomu, aby mohl nemocný umírat v co nejlepších podmínkách. Ve 20% odpovědí budou podmínky k důstojnému umírání dobré. K hypotéze č. 1 se vztahují zejm. otázky č. 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Otázka č. 8 se zaměřovala na vnímání přání a pocitů umírajícího a na ní navazovala otázka č. 9, kde měly sestry označit, zda jsou schopni vyhovět těmto pacientovým přáním. Mezi nejčastější přání a pocity byly obavy ze samoty (114 sester), z bolesti (117 sester), další byla potřeba rozloučit se se svou rodinou (101 sester), obavy ze strachu (59 sester), obavy z pocitu ztráty lidské důstojnosti (65 sester) ad. Celkem 91,6% sester se snaží vyhovět přání umírajících a tím zmenšit jejich obavy. Otázka č. 10 byla zaměřena na terapii bolesti. Celková známka terapie bolesti je 2,4. Otázka č. 11 byla zaměřena na umístění lůžka umírajícího, kdy 55,9% sester označilo, že nemají na svém pracovišti přizpůsobeny podmínky k tomu, aby nemocný mohl umírat sám na jednolůžkovém pokoji, ale pokud to jen trochu jde, snaží se přizpůsobit podmínky tak, aby byly pro nemocného co nejvíce příjemné a většinou se jim to daří. 32,2% sester označilo, že nejsou přizpůsobeny podmínky k tomu, aby nemocný mohl umírat sám a pouze 10,9% sester má na svém pracovišti jednolůžkové pokoje mimo jiné i pro tento účel. Otázka č. 12 se vztahuje k hypotéze pouze zčásti. Zabývá se myšlenkou, kde si nemocný přeje umřít. V tomto případě se hypotéza potvrdila, poněvadž většina si myslí, že nejlepším místem pro umírání je doma se svými nejbližšími (79 sester) anebo s pomocí domácí hospicové péče (85 sester). Pouze 17 sester si myslí, že v nemocnici je dobré místo pro umírání z důvodu nejlepších podmínek, co se týká terapeutické, ošetrovatelské péče, apod. 35 sester je přesvědčeno o hospici jako o nejlepším místě pro umírání. Další možnosti měly minimální počet odpovědí. Proto z větší části nemohou být podmínky v nemocnici dostatečné, když je nejlepší pro nemocného zemřít doma. Otázka č. 13 se zaměřuje na doprovázení umírajícího. Celkem 58,7% sester je přesvědčeno, že v této chvíli by neměl být nemocný sám. 39,2% označilo možnost, že jde o věc zcela individuální, že nám to nemocný poví nebo naznačí nějak sám.

Sestry (91,6%) tedy uvedly, že se snaží umírajícímu splnit jeho přání a prosby. Terapie bolesti získala známku 2,4. Takové ohodnocení může být samozřejmě lepší, nejlépe 1. Přes polovinu sester označilo, že usilují, aby nemocný umíral v co nejlepších podmínkách, co se týká umístění lůžka umírajícího a přes třetinu uvedlo, že mají na svém pracovišti jednolůžkové pokoje mimo jiné i pro účel odchodu. Proto nesouhlasím s hypotézou č. 1. Z odpovědí je patrné, že mají na pracovištích u dotazovaných sester podmínky k důstojnému umírání dobré. **Hypotéza č. 1 se nepotvrdila.**

- Hypotéza č. 2: 70% sester označí správně definici eutanázie, paliativní péče a hospicové péče. 30% sester neoznačí správnou odpověď. K této hypotéze se vztahují otázky č. 18, 21, 22, 23.

V otázce č. 18 měly sestry definovat pojem eutanázie. Celkem 133 sester označilo odpověď správně. Některé ještě označily, že jde o vědomé a úmyslné nepodání marné a neúměrné zatěžující léčby, celkem si to myslí 18 sester. Ostatní položky měly počet minimální. Otázka 21 se zaměřovala na vymezení pojmu paliativní péče. Zde byly záměrně použity ze šesti odpovědí tři správné. Základní definici, že jde o celkovou léčbu nemocného, jehož nemoc už nereaguje na dostupnou terapii, zaměřená zejména na terapii bolesti, řešení psychických problémů atd., zaškrtnulo 137 sester. Paliativní péče znamená i zlepšení kvality života nemocného i jeho rodiny, to si také myslí 41 dotazovaných. Že nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt, bylo odpovědí 21 sester. Otázka č. 22 byla otevřená. Odpovědělo na ni 93 sester (65%). Do paliativní péče zařadily terapii bolesti (80), neustálou přítomnost rodiny (23) a několik málo dalších odpovědí. Definice hospice byla další otázkou. Správnou odpověď označilo 126 sester. Méně správnou odpověď označilo 59 sester, že jde o místo, kam lidé chodí umírat. Další méně správná odpověď získala 27 zaškrtnutí, že hospic je místem pro nemocné s onkologickou diagnózou.

Sestry z větší části dokáží definovat pojem hospice, eutanázie, paliativní péče. U pojmenování slova hospice s odpověďmi, že jde o místo, kam lidé chodí umírat a že je hospic místem, kde jsou onkologičtí pacienti, tak s takovou definicí bych stoprocentně nesouhlasila. V otevřené otázce jsem byla trochu zklamaná, že se mi dostalo málo odpovědí. Zde uvedly sestry zejména terapii bolesti. Domnívám se, že se v tomto případě hypotéza potvrdila pouze částečně. Terapie bolesti je samozřejmě důležitá položka, ale patří sem spousta dalších záležitostí, které byly zmíněny pouze minimálně anebo vůbec. **Hypotéza č. 2 se spíše potvrdila.**

- Hypotéza č. 3: 60% sester bude proti legalizaci eutanázie. 30% bude pro legalizaci eutanázie, 10% si nebude jista. K této hypotéze se vztahovala otázka č. 19 a 20.

Pro legalizaci eutanázie by hlasovalo 67% sester a proti 24,5%. Nevědělo 8,4%. Nejvíce sester si myslí, že nemocný žádá eutanázii z důvodu bolesti a dalších nepříjemných tělesných symptomů (129), z důvodu strachu a úzkosti (57) a že nechce být už nikomu na obtíž (73) ad. **Hypotéza č. 3 se výrazně nepotvrdila.**

- Hypotéza č. 4: 70% sester nebude spokojena s podmínkami, při kterých nemocní umírají, 20% odpovědí bude kladných. Zde budou rozdíly mezi typy pracovišť. Nespokojenost bude zejména na pracovištích interního oboru. K této hypotéze byla zaměřena otázka č. 24, 25 a 10.

Terapie bolesti získala celkovou známku 2,4, což jak už jsem psala, není známkou dostatečnou. Zde byl rozdíl mezi pracovišti. Standardní oddělení mělo známku horší (2,7), intenzivní lůžka známku lepší (1,9). Za nedostatečné v paliativní péči byla na standardním oddělení výrazná položka nespokojenosti z důvodu nedostatku personálu (43 sester z celkového počtu 85, které pracují na tomto typu pracoviště), dále nedostatečná paliativní péče (36), nedostatek pomůcek (28). Na intenzivních lůžkách to byla zejména položka nespokojenosti z nedostatečné paliativní péče (25 sester z celkového počtu 58, které pracují na JIP nebo ARO). 17 odpovědí získala nespokojenost z důvodu nedostatku personálu, pomůcek, nespokojenost ve špatné komunikaci sester s pacienty a že se o tématu péče o terminálně nemocné a umírající téměř nemluví. Spokojenost v péči o umírající pocítuje pouze 9 sester ze standardního oddělení a 11 sester z oddělení JIP a ARO. Otázka č. 25 měla ohodnotit celkově péči o terminálně nemocné a umírající. Celkově vyšla známka 2,47. Horší známka byla na oddělení standardním (2,61), lepší na oddělení akutních lůžek (2,28). I zde by známka mohla být podstatně lepší.

Známka terapie bolesti 2,4 není dostatečná. Bolest by se měla zvládnout dobře tak, aby ji nemocný necítil vůbec. Zde byl rozdíl mezi typy pracovišť. Časté byly odpovědi nespokojenosti, zejména nedostatečná paliativní péče, nedostatek personálu, nedostatek pomůcek atd. I zde byly rozdíly mezi typy pracovišť. Spokojenost byla označeno celkem pouze 20 krát. Což je z celkového počtu 143 dotazovaných velmi málo. **Hypotéza č. 4 se potvrdila.**

- Hypotéza č. 5: 40% sester nebude vyhledávat komunikaci s umírajícím, 40% sester se nemůže věnovat komunikaci z důvodu nedostatku času. 20% sester se snaží s umírajícím komunikovat. K této hypotéze se vztahuje otázka č. 14, 15, 16.

85,3% sester si vybralo položku, kdy sestry souhlasí s tím, že mluvit s nemocným o smrti ano, ale vždycky vyčkat, až začne o ní mluvit sám. Bohužel 55,9% sester označilo v otázce č. 15, že by komunikovaly (slovně nebo mimoslovně) s umírajícím, ale že na to nemají čas. Ale i tak 28% sester označilo odpověď, že komunikují s umírajícím často. K této hypotéze zařazují i otázku naděje. Položka nebrat nemocnému naději byla ve 133 odpovědích (93%).

Byla jsem mile překvapena, že většina sester by se nebránila mluvit s nemocným o smrti a že považují naději za důležitou záležitost v životě člověka. Nedostatek času jim ale mnohdy nedovoluje s nimi komunikovat, ale téměř třetina komunikuje s umírajícím poměrně často. **Hypotéza č. 5 se spíše nepotvrdila.**

- Hypotéza č. 6: Doprovázení umírajícího je pro sestry velmi stresující a to v 60%. Pro 30% sester to nebude stresujícím podnětem. V 10% budou tuto záležitost brát jako poslání. K poslední hypotéze se vztahuje otázka č. 17.

Odpověď velmi stresující označilo 28 sester (14,4% odpovědí respondentů). Doprovázení umírajícího považuje za náročné celkem 103 sester (52,8% odpovědí respondentů). Smysluplnost v této péči nachází 55 sester (28,2% odpovědí respondentů). Celkově za náročné a stresující označilo 131 sester, proto se **hypotéza č. 6 spíše nepotvrdila.**

V roce 2009 Bc. Petra Kršková ve své diplomové práci zjišťovala určité skutečnosti, které ovlivňují péči o umírající nemocné. Dotazníkového šetření se účastnilo 103 sester pracujících na interním a chirurgickém oddělení, na ARO, JIP, LDN a v domově pro seniory. Dobrou kvalitu péče o tělesné potřeby označilo 79 sester, průměrnou 23 sester a nevyhovující pouze 1 dotazovaná. Dobrou kvalitu terapie bolesti udalo 48 sester, průměrnou 49 sester a nevyhovující 5. Nemocný umírá v soukromí se zvýšenou péčí v odpovědích 47 dotazovaných, na běžném pokoji v odpovědích 35 sester a položku, že nemocný umírá sám, označilo 21 sester. Z výsledků je patrné, že na pracovištích u dotazovaných sester jsou podmínky k důstojnému umírání dobré, podobně jako u našeho výzkumu. (Kršková, 2009)

V roce 2008 zpracovala bakalářskou práci Tereza Procházková, která se zamýšlí nad důstojným doprovázením. K analýze použila celkem 90 dotazníků, 30 sester, 30 pacientů ve stádiu pre finem a 30 osob ze široké veřejnosti. Chtěla bych porovnat odpovědi z řad všeobecných sester, které jsou obdobné z našeho šetření. Zachování naděje v období umírání označilo 21 sester, 2 sestry označily odpověď ne. Mezi nejčastější přání pacientů v období umírání se řadí rozloučit se s blízkými, utišit fyzickou bolest, utišit strach a psychickou bolest, setkat se s knězem, nebýt opuštěn a další položky. I zde autorka popisuje, že by se mělo s nemocným mluvit o smrti, kdy si to pacient přeje, to si myslelo 17 dotazovaných, 2 sestry měly opačný názor. Trochu odlišné byly výsledky týkající se nedostatků v péči o terminálně nemocné. Zde patří osamělost umírání ve velkých nemocnicích, všeobecné podceňování péče u umírajícího pacienta (tyto 2 položky, ani jinak podobné, jsem v odpovědích nenabízela), dále nedostatek personálu, času a materiálních podmínek. Z našeho šetření je největší problém v nedostatečné paliativní terapii, dále nedostatek personálu a nedostatek pomůcek. Jako u našeho výzkumu, i zde je popsáno, že je práce s umírajícími velmi stresující a vyčerpávající, smysluplnost pocítuje také třetina sester. Autorka také zjišťovala znalosti pojmů hospice, eutanázie a paliativní péče a i zde byly odpovědi správné. Jeden rozdíl jsem shledala v odpovědi, že je hospic místem, kam lidé chodí umírat. V našich výsledcích se tato odpověď vyskytla u 59 dotazovaných, v práci Procházkové si to myslely pouze 3 sestry. Otázku legalizace eutanázie nebudu rozvádět, protože se jednalo o otázku polytomickou a polootevřenou, a tak přesné výsledky zde autorka neukazuje. (Procházková, 2008)

Cíle bakalářské práce byly splněny.

ZÁVĚR

Bakalářská práce měla zejména zjistit, jaká je péče o terminálně nemocné a umírající na vybraných pracovištích. Zaměřila jsem se na sestry proto, protože jsem chtěla poznat, jaké pocity vnímají při ošetřování umírajících a zda se snaží a dokáží, aby nemocný měl doopravdy dobré umírání.

Teoretická část byla zpracována tak, aby byly pochopeny určité skutečnosti, které ovlivňují chápání umírání a smrti. Pokusila jsem se nastínit, jaké může mít umírající potřeby a přání, jakými fázemi prochází a co může pociťovat, když se smrt blíží. Snažila jsem se vysvětlit důležitost paliativní péče, která by se měla poskytovat nejen v hospicích. Zmínila jsem se o eutanázii a o důvodech volání o její legalizaci.

V empirické části jsem se snažila získat pohled sester na umírajícího člověka. Chtěla jsem zmapovat, jaké mají umírající pocity a potřeby, jaká mají poslední přání. Chtěla jsem zjistit, jaká je péče o terminálně nemocné a umírající. V některých oblastech jsem byla mile překvapena. Náš výzkum ukázal, že sestry se nebojí komunikace s nemocným umírajícím, i když často je zábranou nedostatek času. Také správně chápou, jak je pro nemocného důležitá naděje. Podmínky v některých zdravotnických zařízeních nejsou dost dobré, ale většinou se sestry snaží podmínky přizpůsobit tak, aby bylo umírání pro nemocného důstojné a co nejvíce příjemné. Přesvědčila jsem se, že stále pokulhává terapie bolesti. A také mě nepřekvapilo, že v našich zdravotnických zařízeních je stále nedostatek personálu a nedostatek různých pomůcek, které by zvyšovaly komfort pro nemocného. Velmi jsem byla překvapená, jak dopadla otázka eutanázie. Má hypotéza byla úplně opačná.

Výsledky výzkumu zaručeně zašlu do zdravotnických zařízení, kde jsem prováděla výzkum včetně mého pracoviště. Při prezentaci výsledků zdůrazním nedostatky v péči o umírající. Jsou různé metody, jak objektivně posoudit kvalitu péče a podle nich se snažit kvalitu zvýšit, ale doprovázení umírajících je tak hluboká záležitost, že jde zejména o postoj sester, zda samy při ošetřování umírajícího přidají úsměv a pohlazení.

Doufám, že výsledky této bakalářské práce budou minimálně podnětem k zamyšlení a moc bych si přála, aby vedly ke zlepšení péče o terminálně nemocné a umírající. A končím větou, kterou jsem tuto práci začala. *Doprovázení umírajících ubere kus síl, ale přidá kus moudrosti* (Svatošová, 1995).

Anotace

Autor:	Simona Žabková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Dobrá smrt z pohledu sestry
Vedoucí práce:	Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Počet stran:	115
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova:	umírání, hospicová péče, paliativní péče, eutanázie

Bakalářská práce charakterizuje problematiku péče o umírající nemocné a o umírání v nemocnici. Teoretická část rozpracovává pojmy jako paliativní péče, hospicová péče, potřeby umírajícího, lidskou důstojnost a také se zabývá legalizací eutanázie. Empirická část pomocí kvantitativního výzkumu zjišťuje názory sester o posledních chvílích života nemocného, o možnostech uskutečnění splnění posledních přání, o dobrém umírání a o pocitech, které sestry vnímají při ošetrování umírajících. Interpretované výsledky také zjišťují názory týkající se legalizace eutanázie. Bakalářská práce by měla být podnětem k zamýšlení nad nedostatky v péči o terminálně nemocné a umírající a měla by vést ke zlepšení péče o tyto nemocné.

This bachelor thesis describes the issue of care for dying patients and dying in hospital. The theoretical part develops the concepts of palliative care, hospice care, needs of the dying, human dignity and also deals with the legalization of euthanasia. Empirical use of quantitative research seeks views of nurses about the last moments of life of the patient, prospect of meeting last wishes of the dying, good dying and also about feelings that nurses perceive while taking care of the dying. The interpreted results also seek views on the legalization of euthanasia. The thesis should be a stimulus for reflection on the shortcomings in the care of terminally ill and dying and should lead to a better care for these patients.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. BLUMENTHAL-BARBY, K., BREIDENBACH, H., HINDERER, H., a kol., *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*, 1. vyd. Martin: Osveta, 1988. 240s. ISBN 70-002-89
2. BYOCK, I., *Dobré umírání*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 328s. ISBN 80-7021-797-9
3. CALLANAN, M., KELLEY, P., *Poslední dary, jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 224s. ISBN 90-7021-819-3
4. DE CASTERLE, B.D., DENIER, Y., DE BAL, N., GASTMANS, CH., Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospítale in Flanders, Belgiím. *J Adv Nurs*, 2010. 2410-20s. [Online]. [cit. 2011-01-25]. Dostupné z www.wileyonlinelibrary.cz <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05401.x/abstract>>
5. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 232s. ISBN 80-85824-03-5
6. HAŠKOVCOVÁ, H., *Rub života, líc smrti*, 1. vyd. Praha: Orbis, 1975. 176s. ISBN 11-107-75
7. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244s. ISBN 978-80-7262-471-3
8. HONZÁK, R., *I v nemoci si buď přítelem*, 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 160s. ISBN 08-058-89
9. KRŠKOVÁ, P., *Přístup sester k umírajícím*. Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2009. 141s. [Online]. [cit. 2011-01-25]. Dostupné na www.theses.cz <<http://theses.cz/vyhledavani/?search=p%C5%99%C3%ADstup+sester+k+um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%ADm>>

10. KŘIVOHLAVÝ, J., *Křesťanská péče o nemocné*, Praha: Advent, 1991. 123s.
11. KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2
12. KUTNOHORSKÁ, J., *Důstojnost člověka*, In: Ošetrovačelstvo 21.storočia v procese zmien. III.zborník z medzinárodného sympózia. Nitra. Univerzita Konstantina Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009. Slovenská republika. s.494-503 ISBN 978 80-8094-554-1
13. KÜBLER-ROSS, E., *Hovory s umírajícími*, 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992. 135s. ISBN 80-85439-04-2
14. KÜBLER-ROSS, E., *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, [překl.] Drábková, Tolar Drábek. [etický manuál pro mediky, lékaře a sestry] Praha: Tvorba, 1995. 294s.
15. LANGNER, T.S., *Choices for Living: Coping with Fear of Dying*, Boston: Kluwer Academic Publisher, 2002. 308 s. ISBN 978-0-306-46607-6. [Online]. [cit. 2011-01-55]. Dostupné na Knihy LF HK
<http://ckis.cuni.cz/F/TNFMX9TMG91C95VFHULARR6I2M6QNM4CQST53UFGTIRRVUBAR-24614?func=full-setset&set_number=011238&set_entry=000002&format=999>
16. MARKOVÁ, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*, 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128s. ISBN 978-80-247-3171-1
17. MATOCHOVÁ S., *Etika a právo*, disertační práce, 1. vyd., Masarykova univerzita, 2009. 206s. ISBN 978-80-210-4757-0
18. MUNZAROVÁ, M., *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada 2005. 108s. ISBN 80-247-1025-0

19. MUNZAROVÁ, M. a kol., *Proč NE eutanázii, aneb být či nebýt?*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 87s. ISBN 978-80-7195-258-9
20. O'CONNOR, M., ARANDA, S., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
21. OPATRNÁ, M., *Etické problémy v onkologii*, 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2008. 114 s. ISBN 978-80-204-1876-0
22. PERA, H., WEINERT, B., *Nemocným nablízku, jak pomáhat v těžkých chvílích*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. 200s., ISBN 80-7021-152-0
23. PROCHÁZKOVÁ, T., *Lidská důstojnost a umírání*, Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2008. 131s. [Online]. [cit. 2011-01-25]. Dostupné na www.theses.cz
<<http://theses.cz/vyhledavani/?search=lidsk%C3%A1+d%C5%AFstojnost>>
24. SCHENCK, D.P, ROSCOE L.A., *In Search of a Good Death*, J Med Humanit, 2009. 30, 1, 61-72s. [Online]. [cit. 2011-01-25]. Dostupné na www.springerlink.cz
<<http://www.springerlink.com/content/0g813253464q400v/>>
25. SUM, T., *Eutanázie v právním řádu*, [Online]. [cit. 2010-10-28]. Dostupné na www.epravo.cz <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html>>
26. SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*, 2. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. 144s. ISBN 80-902049-0-2
27. SVATOŠOVÁ, M., *O naději*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003. 87s. ISBN 80-7192-833-X
28. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 477s. ISBN 80-7172-841

29. VIRT, G., *Žít až do konce*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 96s. ISBN 80-7021-330-2

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Typ pracoviště	s. 49
Tabulka 2: Věk respondentů	s. 50
Tabulka 3: Pohlaví respondentů	s. 51
Tabulka 4: Délka praxe	s. 52
Tabulka 5: Víra	s. 53
Tabulka 6: Setkávání s umírajícími	s. 54
Tabulka 7: Účast na školení o umírání.....	s. 55
Tabulka 8: Přání umírajícího	s. 56
Tabulka 9: Vyhovění přání	s. 58
Tabulka 10: Terapie bolesti	s. 59
Tabulka 11: Umístění lůžka umírajícího	s. 60
Tabulka 12: Místo pro umírání	s. 62
Tabulka 13: Přítomnost u umírání	s. 64
Tabulka 14: Mluvit o smrti	s. 65
Tabulka 15: Komunikace s umírajícím	s. 67
Tabulka 16: Naděje	s. 69
Tabulka 17: Pocity při ošetřování a doprovázení umírajících	s. 71
Tabulka 18: Pojem eutanázie	s. 72
Tabulka 19: Důvod žádosti o eutanázii	s. 74
Tabulka 20: Legalizace eutanázie	s. 76
Tabulka 21: Eutanázii ano, či ne?	s. 78
Tabulka 22: Pojem paliativní péče	s. 79
Tabulka 23: Definice hospice	s. 82
Tabulka 24: Nedostatky v péči o terminálně nemocné a umírající	s. 84
Tabulka 25: Nedostatky v péči o terminálně nemocné a umírající II... ..	s. 86
Tabulka 26: Hodnocení péče o terminálně nemocné a umírající	s. 89

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Typ pracoviště	s. 49
Graf 2: Věk respondentů	s. 50
Graf 3: Pohlaví respondentů	s. 51
Graf 4: Délka praxe	s. 52
Graf 5: Víra	s. 53
Graf 6: Setkávání s umírajícími	s. 54
Graf 7: Účast na školení o umírání.....	s. 55
Graf 8: Přání umírajícího	s. 57
Graf 9: Vyhovění přání	s. 58
Graf 10: Umístění lůžka umírajícího	s. 61
Graf 11: Místo pro umírání	s. 63
Graf 12: Přítomnost u umírání	s. 64
Graf 13: Mluvit o smrti	s. 65
Graf 14: Komunikace s umírajícím	s. 67
Graf 15: Naděje	s. 69
Graf 16: Pocity při ošetřování a doprovázení umírajících	s. 71
Graf 17: Pojem eutanázie	s. 72
Graf 18: Důvod žádosti o eutanázii	s. 74
Graf 19: Legalizace eutanázie	s. 77
Graf 20: Eutanázii ano, či ne?	s. 78
Graf 21: Pojem paliativní péče	s. 80
Graf 22: Definice hospice	s. 82
Graf 23: Nedostatky v péči o terminálně nemocné a umírající	s. 85
Graf 24: Nedostatky v péči o terminálně nemocné a umírající II.....	s. 87

PŘÍLOHY

Příloha I

MUDr. MARIE SVATOŠOVÁ



V hlavňovské škole (okr. Náchod) se předčasně, o měsíc dřív, při svitu petrolejové lampy narodila dvoukilová „řídících Mária“. Místní lékař odsunul zlaté náušnice od křestní kmotřičky a naději na přežití vyjádřil bez obalu: „Netrapte to dítě, copak nevidíte, že umře?“ O čtrnáct let později jí soudruh ředitel neodeslal přihlášku na zdravotnickou školu s odůvodněním „ta holka na ni tělesně a duševně nestačí“. Převezla je oba. Odmaturovala a v roce 1968 odpromovala. Jako praktická lékařka se v Praze přes dvacet let cíleně věnovala rodinám, které mnohdy chtěly, ale neuměly nebo objektivně nemohly svým umírajícím dosloužit doma. V lednu 1990 opouští ordinaci, aby realizovala myšlenku hospice, kterou zná ze samizdatové literatury. Roku 1993 zakládá Ecce homo – Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. Spolu s královéhradeckou Charitou získává státní dotaci, shání další peníze i stavební materiál a 8.12. 1995 je první český hospic otevřen. Dnes už se staví osmý a další se líhnou. Marie Svatošová je známa nejen jako iniciátorka hospicového hnutí u nás, ale také autorka řady článků a publikací. Čtenářsky nejúspěšnější je její knížka „Hospice a umění doprovázet“, která vyšla už popáté, v celkovém nákladu 30 000 výtisků. Byla přeložena i do slovenštiny. Marie Svatošová se v důchodu, ve snaze prosadit co nejvíce z myšlenky hospice i mimo budovy hospice, všude, kde lidé umírají, intenzivně věnuje přednáškové činnosti. Žije v Praze, je vdaná, děti nemá, ale je si vědoma svých pětáctyřiceti kmotrovských závazků. (Svatošová, 2003, s.5)

Publikace Marie Svatošové byly pro mě cennou pomůckou při psaní této práce. A nejen ty, ale i možnost setkat se s tak významnou osobností byla pro mě velikým zážitkem. Marie Svatošová je v mých očích (a určitě nejen v mých) nesmírně vzácným a hodným člověkem.

CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „**O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících**“. Přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání.

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 prodloužení 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 postupu 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 prostředku 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 rádu 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 ministru 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 ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
 - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
 - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
 - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby 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 zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v „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 převzatý od HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*)

DOTAZNÍK

Vážená kolegyně, vážený kolego!

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na lékařské fakultě UK v Hradci Králové v oboru Všeobecná sestra. Jelikož se blížím ke konci svého studia, je mým úkolem zpracovat bakalářskou práci. Mým cílem je zmapovat, jaká je péče o terminálně nemocné a umírající na Vašem pracovišti a jaké pocity vnímáte Vy při ošetřování těchto nemocných. Tímto Vás chci poprosit o pomoc při vyplnění dotazníku, který je zcela důvěrný a anonymní. **Vaše spolupráce je pro mě cenným a nenahraditelným zdrojem informací.**

Prosím označte odpověď, která Vám bude nejbližší. U některých otázek si můžete vybrat více odpovědí, předem Vás na to upozorním. Pokud Vám žádná z odpovědí nebude vyhovovat, vypište prosím svou vlastní myšlenku. Velice si vážím času, který strávíte nad tímto dotazníkem a předem Vám děkuji.

Simona Žabková

1. Kde pracujete?

- a) na JIP, ARO
- b) na interním, neurologickém nebo plicním oddělení
- c) na LDN

2. Kolik Vám je let?

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 40 let
- c) 41 – 55 let
- d) 56 a více

3. Jste?

- a) muž
- b) žena

4. Jaká je délka Vaší odborné praxe?

- a) do 5 ti let
- b) 5 – 15 let
- c) 16 – 25 let
- d) 25 a více let

5. Hlásíte se k určitému náboženství?

- a) ano, jsem křesťan/ka
- b) ano, mám jiné náboženské vyznání
- c) ne

6. Setkáváte se často s umírajícími nemocnými?

- a) ne
- b) občas
- c) často

7. Účastnil/a jste se někdy semináře, kurzu či nějakého školení na téma umírání a smrti?

- a) ano, takové téma mě zajímá
- b) ne, neměla jsem k tomu příležitost, nesetkávám se v nabídkách vzdělávání s tématem umírání a smrti
- c) ne, protože mě takové téma nezajímá

8. Dokázal/a byste vystihnout, zda si umírající něco přeje, jaké pocity prožívá?
/můžete označit více odpovědí/

- a) nechci mít bolesti
- b) nechci být sám
- c) chci se rozloučit se svou rodinou
- d) chci se s někým usmířit
- e) potřebuji si vyřešit závěť
- f) potřebuji zavolat kněze
- g) nechci mít strach
- h) nechci ztratit svou důstojnost
- i) chci mít jistotu, že to rodina beze mne zvládne
- j) chci se uzdravit
- k) jiná přání
- l) nevím, žádné přání jsem od umírajícího neslyšela vyslovit

9. Je možné pacientovým přáním vyhovět?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, je mi to jedno

10. Jak byste ohodnotil/a terapii bolesti dle svých zkušeností na Vašem oddělení?
/kdy 1 je velmi dobrá, 5 velmi nedostatečná/

1 2 3 4 5

11. Kde na Vašem pracovišti pacient umírá?

- a) máme jednolůžkový pokoj mimo jiné i pro tento účel

- b) na našem pracovišti nemáme přizpůsobeny podmínky k tomu, aby nemocný mohl být sám na pokoji, a proto často umírá v přítomnosti ostatních pacientů
- c) na našem pracovišti sice nemáme podmínky k tomu, aby nemocný ležel sám na pokoji, ale pokud to jen trochu jde, snažíme se přizpůsobit podmínky tak, aby byly pro nemocného co nejvíce příjemné a většinou se nám to daří
- d)

12. Kde by měl člověk umírat? Co myslíte, že nemocný většinou cítí uje, kde by chtěl umřít? /můžete označit více odpovědí/

- a) v nemocnici, tam jsou pro nemocného nejlépe přizpůsobeny podmínky, co se týče terapeutické, ošetrovatelské péče apod.
- b) v léčebně dlouhodobě nemocných, to je oddělení k tomu určené
- c) v domově důchodců, kde staří lidé většinou umírají
- d) v hospici
- e) doma s pomocí domácí hospicové péče
- f) doma se svými nejbližšími
- g) nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela
- h)

13. Měl by člověk umírat v přítomnosti někoho?

- a) ne, v této chvíli by měl být nemocný sám
- b) ano, v této chvíli by umírající neměl být sám
- c) je to zcela individuální, často nám to nemocný řekne nebo nějak naznačí sám
- d) nevím, je mi to jedno
- e)

14. Je dobré mluvit s nemocným o smrti?

- a) ano, určitě vždycky mluvit, aniž by o tom nemocný začal mluvit sám - tabu nikomu nepomůže
- b) ano, ale vždycky vyčkáme, až začne hovořit umírající o smrti sám
- c) ne, akorát by měl nemocný ještě větší strach
- d) nevím, je mi to jedno
- e)

15. Je někdy důvodem Vaší přítomnosti u umírajícího pacienta komunikace s ním, byť slovní či mimoslovní?

- a) ano, velmi často
- b) ano, ale velmi zřídka, není na to bohužel čas
- c) ne, není na to čas
- d) ne, není mi to příjemné
- e)

16. Myslíte, že je pro nemocného důležitá naděje, i když jeho zdravotní stav je velmi vážný?

- a) ano, i když zdravotní stav je velmi vážný, nikdy nemocnému nemůže být odňata naděje
- b) ne, to by pak byla lež
- c) nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela a je mi to jedno
- d)

17. Ošetřování terminálně nemocných a doprovázení při umírání je pro Vás?
/můžete označit více odpovědí/

- a) nesmyslné
- b) zbytečné
- c) ztráta času
- d) náročné
- e) obohacující
- f) smysluplné
- g) velmi stresující
- h)

18. Co si všechno představujete pod pojmem eutanazie? /můžete označit více odpovědí/

- a) vědomé a úmyslné ukončení života na žádost pacienta
- b) vědomé a úmyslné nepodání marné a neúměrně zatěžující léčby
- c) smrt ze soucitu
- d) nevím, co si mám pod tím představit
- e)

19. Proč si myslíte, že pacient žádá o eutanázii? /můžete označit více odpovědí/

- a) má velké bolesti a další nepříjemné tělesné potíže
- b) má strach, pociťuje úzkost
- c) cítí se osamělý
- d) nechce být už nikomu na obtíž
- e) z finančních důvodů, nechce zanechat dluhy, které můžou vzniknout z léčby, která je stejně beznadějná
- f) nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela
- g)

20. Byl/a byste pro legalizaci eutanazie? /můžete označit více odpovědí/

- a) ano, když si to nemocný přeje, pokud jeho tělesný nebo duševní stav je subjektivně nesnesitelný
- b) ano, pokud se jedná o pacienta, který je z lékařského hlediska nevléčitelný
- c) ano, když už žádná terapie nepomáhá, tak proč prodlužovat trápení
- d) ne, tělesné i psychické obtíže se dají medicínsky, psychologicky nebo duchovně zvládnout tak, aby se nemocný netrápil a tak by nevyžadoval eutanázii
- e) ne, byla by to vražda
- f) ne, bylo by to v protikladu s Hippokratovou přísahou /“nikdy nepodám smrtící látku, ani kdyby ji po mně někdo žádal a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou“/
- g) nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela
- h)

21. Definujte pojem paliativní péče? /můžete označit více odpovědí/

- a) je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc už nereaguje na dostupnou terapii, patří sem zejm. mírnění bolesti a dalších nepříjemných tělesných symptomů a řešení dalších psychických či duchovních problémů
- b) zlepšení kvality života nemocného i jeho blízkých
- c) nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt
- d) péče, která se provádí pouze v hospicích
- e) nevím, nikdy jsem o tom neslyšela
- f)

22. Co konkrétně byste na svém pracovišti označil/a jako paliativní péče? /prosím vypište/

.....
.....
.....

23. Víte, co znamená hospic? /můžete označit více odpovědí/

- a) je to místo, kam lidé chodí umírat
- b) je to místo, kde se poskytuje paliativní péče
- c) je to místo, kde mohou být hospitalizováni nemocní pouze s onkologickou diagnózou
- d) je to místo něco jako LDN či domov důchodců
- e) nevím, co si mám pod tím představit
- f)

24. Co myslíte, že je nedostatečné v péči o terminálně nemocné a umírající? /můžete označit více odpovědí/

- a) jsem nespokojen/á z nedostatečné paliativní terapie – pacienti často trpí bolestí a jinými nepříjemnými symptomy
- b) jsem nespokojená s organizací na mém pracovišti a tím se odvíjí i nedostatečná péče o tyto nemocné
- c) jsem nespokojen/á s nedostatkem personálu a tím i nedostatečné péče o tyto nemocné
- d) jsem nespokojen/á s nižší informovaností sester a dalších pracovníků o péči o terminálně nemocné
- e) jsem nespokojen/á z nedostatku různých pomůcek, které by mohly napomoci v péči a zvyšovaly by komfort pro nemocného
- f) jsem nespokojen/á, že zdravotníci neumějí správně s nemocnými komunikovat anebo nechtějí
- g) jsem nespokojen/á, že se o tomto tématu péče o terminálně nemocné téměř nemluví
- h) jsem spokojen/á, na našem pracovišti je péče o terminálně nemocné dostatečná
- i)

25. Jak byste ohodnotil/a péči o terminálně nemocné a umírající na Vašem pracovišti?
/kdy 1 je velmi dobrá, 5 velmi nedostatečná/

1 2 3 4 5

26. Zde je prostor pro vyjádření Vašich připomínek k danému tématu

.....
.....
.....

Moc děkuji!