

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Martina Jurková, DiS.

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

**DOBRÁ SMRT Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY
NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Autor práce: **Martina Jurková, DiS.**
Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2015

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**A GOOD DEATH FROM THE PERSPECTIVE OF
A NURSE FROM THE INTENSIVE CARE UNIT**

Bachelor's thesis

Author: **Martina Jurková, DiS.**

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

2015

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

.....
(podpis)

Obsah

Úvod.....	8
Cíle teoretické části.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 DOBRÁ SMRT V MINULOSTI A DNES	10
1.1 Charakteristika pojmu smrt.....	10
1.2 Historie umírání	10
2 ETIKA SMRTI A UMÍRÁNÍ.....	14
2.1 Fáze umírání dle Elizabeth Kübler-Ross	15
2.2 Lidská důstojnost	17
2.3 Modely umírání.....	18
3 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM PACIENTEM	19
3.1 Druhy komunikace.....	19
3.2 Naslouchání	20
3.3 Empatie	20
3.4 Rozhovor zdravotníků s pozůstalými	20
4 EUTANAZIE.....	21
4.1 Holandský model eutanazie	24
4.2 Švýcarský model eutanazie.....	25
4.3 Pohled na eutanazii v ČR.....	26
5 DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ	28
6 PALIATIVNÍ PÉČE	30
6.1 Hlavní principy paliativní péče.....	31
6.2 Obecná paliativní péče.....	31
6.3 Specializovaná paliativní péče.....	31
6.4 Specifika paliativní péče v intenzivní péči	33
7 DOBRÁ SMRT.....	34
8 JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE.....	36
8.1 Personální zajištění JIP – střední zdravotnický personál.....	36
8.2 Vzdělání všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče.....	37
8.3 Specializační vzdělání v oboru Intenzivní péče.....	37
9 NANDA OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U UMÍRAJÍCÍCH PACIENTŮ	38
9.1 Ošetřovatelská diagnóza Beznaděj	38

9.2 Ošetrovatelská diagnóza Strach	39
9.3 Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti	39
9.4 Ošetrovatelská diagnóza Riziko osamělosti	40
9.5 Ošetrovatelská diagnóza Situačně nízká sebeúcta	40
II EMPIRICKÁ ČÁST.....	41
1 CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI	41
2 METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU	42
3 DESIGN VÝZKUMU	43
4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	44
4.1 Pohlaví respondentů.....	44
4.2 Věkové rozložení respondentů.....	45
4.3 Vzdělání respondentů	46
4.4 Specializační vzdělání respondentů	47
4.5 Délka praxe na JIP	48
4.6 Typ jednotky intenzivní péče.....	49
4.7 Náboženství	50
4.8 Představa dobré smrti.....	51
4.9 Pojem dobrá smrt	52
4.10 Důstojné umírání.....	53
4.11 Komunikace o smrti.....	54
4.12 Informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu.....	55
4.13 První informování o zdravotním stavu pacienta	56
4.14 Eutanazie I.	57
4.15 Eutanazie II.	58
4.16 Podstoupení eutanazie.....	59
4.17 Požadavek na eutanazii	60
4.18 Pohled na smrt	61
4.19 „ Dříve vyslovené přání“ u pacienta	62
4.20 Existence „ Dříve vysloveného přání“	63
4.21 Respondenti a jejich sepsané „Dříve vyslovené přání“	64
4.22 Ověření „Dříve vysloveného přání“ I.	65
4.23 Ověření „Dříve vysloveného přání“ II.....	66
5 DISKUSE.....	67

ZÁVĚR	69
Anotace	70
Seznam použité literatury	71
Seznam tabulek a grafů	74
Seznam tabulek	74
Seznam grafů	75
Seznam příloh	76
Přílohy.....	77
Příloha č. 1 Dotazník	77
Příloha č. 2 Doporučení rady Evropy č. 1418/1999	80
Příloha č. 3 Návrh formy „ <i>dříve vyslovené přání</i> “	83
Příloha č. 4 Žádost o povolení dotazníkového šetření I.	85
Příloha č. 5 Žádost o povolení dotazníkového šetření II.	86
Příloha č. 6 Žádost o povolení dotazníkového šetření III.	87

„ Život je nemoc a smrt začíná narozením.

Každé vydechnutí a každý tep srdce

je zároveň tak trochu umíráním

– malým krůčkem ke konci.“

(E. M. Remarque)

ÚVOD

V období, kdy píšu bakalářskou práci, mi byla opakovaně mými kolegy a členy rodiny pokládána otázka, zda si myslím, že existuje dobrá smrt a jestli je vůbec nějaká smrt dobrá. Tito mně tolik blízcí lidé mi tvrdili, že tento pojem neexistuje. Jedním z hlavních cílů mé práce je ukázat, jak si všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče představují dobrou smrt. Tento cíl byl stanoven z přesvědčení, že smrt může být dobrá.

Další otázka, která mi byla všemi pokládána – proč jsem si vybrala právě toto téma? Smrt a umírání pacientů bylo jedním z důvodů, proč jsem chtěla odejít ze zdravotnictví, když jsem po škole nastoupila na jednotku intenzivní péče. Hned na začátku své praxe jsem zažila velice náročné období, kdy jsme se snažili vyhrát zápas se smrtí, ale bohužel v té době velmi často neúspěšně, a téměř každou mou službu docházelo k úmrtí. Často to byli mladí lidé ve věku mých rodičů a já jsem to velmi těžce nesla. Naštěstí jsem vedle sebe měla kolegyně, které to poznaly, byly ochotné se mnou rozebírat konkrétní situace, často vzpomínaly, jak ony těžce nesly úmrtí svých pacientů a že jsou pacienti, na které nikdy nezapomenou. Já jsem se nakonec rozhodla zůstat ve zdravotnictví, a zatím jsem toho nikdy nelitovala. Díky své bakalářské práci jsem si přečetla mnoho zajímavých knih a některé se dokonce staly součástí mé knihovničky.

Téma smrti a umírání je velice rozsáhlé, proto nebylo cílem mé bakalářské práce obsáhnout je celé. Je mnoho směrů, kterými jsem se mohla při své práci vydat. Já jsem si vybrala ty, které mě nejvíce zajímaly a o kterých jsem se toužila dozvědět více.

„ Smrt není porážka, jako ani život není vítězství.“

(Richard Abeln, Anton Kner)

Cíle teoretické části

1. Prozkoumat smrt a umírání v minulosti a současnosti.
2. Prozkoumat etiku umírání, důstojnost pacienta a fáze umírání.
3. Prozkoumat komunikaci s umírajícím pacientem, naslouchání a empatii.
4. Prozkoumat pohled na eutanazii jako na jednu z možností dobré smrti. Nejznámější modely eutanazie.
5. Prozkoumat model „Dříve vysloveného přání“ jako další možnost dobré smrti.
6. Prozkoumat možnosti paliativní péče jako další variantu dobré smrti.
7. Prozkoumat možnosti vzdělání sester na jednotkách intenzivní péče.
8. Prozkoumat NANDA ošetrovatelské diagnózy u umírajících pacientů.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 DOBRÁ SMRT V MINULOSTI A DNES

1.1 Charakteristika pojmu smrt

Smrtí se člověk zabývá, kam až sahá naše historická paměť, najdeme o tom doklad ve všech historických kulturách. Z biologického hlediska je smrt daná každému živému organismu. Můžeme tedy říci, že po narození mají všichni živí tvorové jednu společnou jistotu. Jejich život bude mít dříve nebo později svůj neodvratný konec (Ulrichová, 2009). Přesto mnoho kultur nevidí smrt jako něco konečného, mnoho z nich ji vnímá pouze jako přechod do jiné dimenze (Kerrigan, 2008).

Dříve byla odpověď na otázku, kdy je člověk mrtvý, jednoduchá, daleko jednodušší než dnes. Když dojde k zástavě krevního oběhu, když člověk přestane dýchat. Dnešní pokrok medicíny a techniky umožňuje dočasně překonat srdeční zástavu a nahradit dýchání přístroji. Proto vyvstaly nové otázky v této oblasti a bylo nutné jasně a přesně definovat smrt (Virt, 2000).

„Smrt - z lékařského hlediska je to stav, kdy u člověka dojde k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce center řídících krevní oběh a dýchání. S rozvojem medicíny vyvstala potřeba dalšího upřesnění a rozdělení.

a) Klinická smrt - je charakterizovaná zástavou dechu a činností srdce. Neodkladně zahájenou resuscitací lze v některých případech tyto funkce obnovit.

b) Smrt mozku - je nezvratné poškození jeho funkce.

c) Sociální smrt - je stav, kdy dochází k poškození vyšších funkcí mozku, nižší funkce jako dýchání a srdeční činnost jsou zachovány (Vokurka, 2009, s. 962–963).

1.2 Historie umírání

„Postoje ke smrti, ošetřování umírajících a s tím spojené rituály, které se v průběhu lidských dějin měnily a vyvíjely, tak jak se měnila a vyvíjela lidská společnost, lze shrnout do pěti modelů smrti“ (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 212).

- a) „Ochočená smrt“ – smrt nebyla osobní tragédií, ale byla zkouškou společnosti, jejímž úkolem bylo zabezpečení kontinuity druhu.
- b) „Smrt sebe samého“ – objevuje se v 11. století. Smrt se začíná považovat za osobní a poslední drama jedince.
- c) „Smrt vzdálená a blízká“ – přibližuje se ke smrti, která byla dosud vzdálená.
- d) „Smrt blízkého“ – objevuje se v 19. století. Lidé se nebáli své vlastní smrti, ale smrti blízkého. Se smrtí blízké osoby se vyrovnávali obtížněji.
- e) „Převrácená smrt“ – objevuje se ve 20. století. Dochází k tabuizaci, institucionalizaci a oddalování smrti (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010).

Starověk

Ve starověku byl pohled na smrt a umírání značně ovlivněn vztahem lidí k bohům. V některých kulturách lidé věřili, že svět živých a mrtvých se velmi podobá. Proto velká část starověkých kultur ponechávala část majetku v hrobě mrtvého (Kerrigan, 2008).

Egypt

Egyptská kultura je proslulá svými obřady, a to i u chudších obyvatel. Mrtví byli uloženi ve vyhloubených jámách v embryonální poloze. Součástí hrobu byly drobné obětní věci, které měly sloužit k obživě a okrase. „*Egyptané věřili, že smrt neznamenaá zničení lidské bytosti, ale jen její přechod do jiného světa.*“ (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 213). Velice brzy se Egyptané pokoušeli o první mumifikace. Věřili, že se lidská duše po smrti oddělí od těla a žije mimo něj. Do těla se může vrátit teprve, až bylo tělo zajištěno před zkázou (Ulrichová, 2009). Dle propracovaného mumifikování a dochovaných pyramid lze soudit, že Egyptané mysleli více na svůj život po smrti než na život pozemský (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010).

Řecko

Řekové rovněž přidávali svým mrtvým do hrobů drobné předměty. Zároveň se obávali, že na zemi zůstanou jako duchové. Věřili, že tělo, které zůstalo nepohřbené nebo nespálené, nemohlo vykonat cestu do podsvětí (Kerrigan, 2008). Typické pro jejich rituály bylo, že dávali svým zemřelým pod jazyk peníz, kterým měl zemřelý zaplatit za převoz do říše podsvětí (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010). Řecká kultura pohřbívala nejprve do

jednoduchých jam v zemi, později docházelo ke stavbám hrobek ve tvaru včelího úlu (Kerrigan, 2008).

Řím

Římský národ velmi dbal na to, aby se postaral o poslední poctu zesnulému. Římané proto dodržovali nepsané zákony piety. Byly zachovávány staré tradice náboženského původu (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010). „*Pohřby obstarávali majitelé pohřebních ústavů a pohřeb měl propracovaný ceremoniál*“ (Kisvetrová, Kutnohorská 2010, s. 214). Stejně jako Řekové, tak i Římané vkládali mrtvým do úst peníz pro převozníka do podsvětí.

České země

Na počátku našeho letopočtu křesťanství zásadně ovlivňuje postoj k péči o umírající a ke smrti. Jedná se především o zmírnění strachu ze smrti (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010). „*V osobě Božího syna, který na sebe bere vinu člověka a jako „dobrý Pastýř“ doprovází ovečky na věčnost, dostává věřící jistotu, že nebude při svém umírání ani smrti opuštěn. Křesťanské pojetí nemoci a smrti přetrvalo až do dnešní doby*“ (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 215).

18. století

V tomto období se nemocný zobrazoval na smrtelném loži, jak hledí na své příbuzné. Vznikaly první všeobecné nemocnice, lidé přesto umírali doma, mezi svými blízkými (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010).

19. století

Toto období je charakteristické tím, že lidé hůř přijímají smrt blízkého. Z období 19. století pochází starobylý zvyk spojený s domácím modelem umírání. Z generace na generaci se přenášela zkušenost, jak pečovat o umírající doma. Model domácího umírání dopřál lidem útěchu i prostor pro vyrovnání se smrtí (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010). „*Umírající, který své poslední chvíle trávil v kruhu milovaných, sám poznal, že přišla „jeho poslední hodinka“ . Svolal všechny členy rodiny, řekl své poslední přání, nechal si zavolat kněze a přijal svátost nemocných (poslední pomazání), se všemi se naposled rozloučil a v klidu zemřel*“ (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 217).

20. století

V době po druhé světové válce dochází k fenoménu tabuizace smrti. Lidé upírali všechnu svou naději k všemocné medicíně. Lidé přestali o smrti mluvit, jako kdyby přestala existovat. Důsledkem toho je však osamělost umírajícího člověka. Umírání se začalo přemísťovat do nemocnic. Velice často se stává, že je nemocný obklopen profesionální péčí, moderní technikou, avšak lidmi zcela cizími (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010).

2 ETIKA SMRTI A UMÍRÁNÍ

„Etika – v ošetrovatelství ji definujeme jako teorii o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího a nežádoucího chování. Etika = věda o morálce“ (Kutnohorská, 2007, s. 12).

Morálkou určujeme společensky žádoucí a nežádoucí jednání, a tak usměrňujeme chování člověka ve společnosti. *„Jedná se o definované přesvědčení, že určité chování, jednání je správné a jiné nesprávné. Je to vlastně schopnost rozeznávat dobré od zlého. Morálku vnímáme jako společensky preferované psané i nepsané normy, které tvoří soubor požadavků na chování člověka“ (Kutnohorská, 2007, s. 4).*

Zájem o etiku v medicíně je v současné době velký. Medicína chápe sebe samu jako přírodní vědu, vytváří stále nové a obdivuhodné technické možnosti. Medicína však nedokáže sama vytvořit kritéria jejich humánního či nehumánního využití (Virt, 2000).

Na Parlamentním shromáždění Rady Evropy byl 25. června 1999 přijat dokument Charta umírajících, ve kterém je zdůrazněno, že se má zabraňovat nesmyslnému prodlužování života v terminálních fázích nemoci, pokud se tak děje proti vůli nemocného při neadekvátním nasazení všech dosažitelných prostředků (Kutnohorská, 2007).

„V článku 5) se uvádí: Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně 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“ (Kutnohorská, 2007, s. 4).

Všeobecná sestra se ve své praxi setkává se smrtí a umíráním, jsou to vždy situace velice náročné, které musí zvládnout jak po stránce profesní, tak po stránce lidské. Na smrt jako takovou se připravit nelze, nikdo z nás neví, jak a kdy nastane. Dříve byl umírající ve středu své rodiny, v současné době je častěji v nemocnici, kde má pocit, že je spíše případem než člověkem. V nemocnici je mu věnována pozornost, která je zaměřena především profesionálně. Lidé obecně věří, že svým blízkým pomůžou především moderní přístroje a léky. *„Zvykli jsme si umírat „na něco“, ne proto, že jsme smrtelní.“ (Kutnohorská, 2007, s. 72).*

2.1 Fáze umírání dle Elizabeth Kübler-Ross

Elizabeth Kübler-Ross – pocházela ze Švýcarska, proslula především jako psychiatrická, filantropka a spoluzakladatelka světového hospicového hnutí. Věnovala se terminálně nemocným dětem, pacientům s AIDS, starým lidem, učila, jak poskytnout umírajícím opravdu lidskou péči. Je autorkou přelomové knihy *O smrti a umírání*, která byla vydána v roce 1969, poprvé v ní tematizovala pět stadií zármutku (pět stadií vyrovnání se, se ztrátou) (Kübler-Ross, 2012).

První fáze – NEGACE – je charakteristická dočasným šokem, popíráním nebo otřesem. Nemocný je informován o tom, že jeho diagnóza je neslučitelná se životem. Odmítá myslet na svoji smrt, nechce si ji připustit (Kutnohorská, 2007). Elisabeth Kübler-Ross ve své knize *O smrti a umírání* vysvětluje, že k úplnému nebo částečnému popírání dochází téměř u všech pacientů. Popírání je stejné u lidí, kteří jsou plně informováni o svém zdravotním stavu lékaři, jako u lidí, kterým nikdo nic neřekl, ale přišli na to sami svojí úvahou. Tato fáze dovoluje pacientovi se trochu sebrat, a také zmobilizovat v sobě obranné strategie (Kübler-Ross, 1992). Tento člověk se uzavírá sám do sebe, je důležité navázat kontakt, získat si důvěru nemocného (Kutnohorská, 2007).

Druhá fáze – AGRESE – hněv a vzpoura. Elisabeth Kübler-Ross popisuje v této fázi u pacientů pocity zlosti, vzteku, závisti a rozmrzelosti. Dotyčný člověk si velice často vybíjí hněv na komkoli, kdo je po ruce, proto je tohle období pro rodinu i zdravotníky velmi obtížné (Kübler-Ross, 1992). „*Když lidé v okolí pacienta ho respektují a chápou, když mu věnují pozornost a trochu svého času, nemocný brzo svůj hlas ztiší a zmírní své zlostné požadavky, pozná, že je ceněn a ceněnou lidskou bytostí, že není ostatním lhostejný, ale že se všichni naopak snaží pomáhat mu, aby mohl fungovat, jak nejlépe a nejdéle to jde. Zjistí, že mu lidé naslouchají, aniž by kvůli tomu musel tropit zlostné scény a sestřičky se u jeho postele budou zastavovat i bez vyzvání, a skoro stejně často, protože už pro ně nebude nezbytnou povinností, ale potěšením*“ (Kübler-Ross, 1992, s. 47). Okolí nemocného by tuto fázi mělo pochopit, nemělo by nemocného odsuzovat, naopak by mu mělo být umožněno odreagování. Příčinou hněvu je především strach (Kutnohorská, 2007).

Třetí fáze – VYJEDNÁVÁNÍ – smlouvání. Pacient se snaží docílit jakési dohody. Tuto fázi známe u malých dětí, které se nejprve něčeho dožadují, a teprve potom prosí. Nejčastější přání nemocných v této fázi bývají prosby o prodloužení života a přání prožít dny bez bolesti nebo fyzických potíží (Kübler-Ross, 1992). Pacient hledá další možnosti, smlouvá

např. s Bohem, hledá zázračné léky, hledá pomoc u léčitelů. Snaží se změnit životní styl. Je ochoten zaplatit cokoli, jen aby mohl žít. Je zde nutná trpělivost s nemocným, ale zároveň je zde velké nebezpečí, že se dostanou do pasti podvodníkům (Kutnohorská, 2007).

Čtvrtá fáze – DEPRESE – smutek. „ *Když smrtelně nemocný pacient nemůže už dál svou nemoc popírat, když je přinucen podstoupit řadu operací nebo léčebných zákroků, když přibývá zjevných příznaků nemoci a ubývá sil, nemůže se tomu všemu už dál vysmívat*“ (Kübler-Ross, 1992, s. 77). Deprese může být považována za prostředek, kterým se nemocný připravuje na nastávající ztrátu všech milovaných. Pokud pacientovi dovolíme, aby vyjádřil své pocity, neskrýval žal, umožníme mu tak dojít do poslední fáze smíření. Takovému člověku bychom neměli říkat, ať není smutný (Kübler-Ross, 1992). Pacient cítí opravdový smutek, smutek ze ztráty zdraví, nezávislosti. Má strach, co ještě ztratí. Bojí se o rodinu. Je důležité naslouchat, nechat nemocného projevit smutek. Respektovat lidskou důstojnost, mít trpělivost s nemocným. Pomoci mu urovnat vztahy, hledat možnosti, jak zabezpečit rodinu, vyřešit pro něj důležité záležitosti (Kutnohorská, 2007).

Pátá fáze – SMÍŘENÍ – souhlas, akceptace. Je to období, kdy pacient už nechce žádné nové informace, skončil boj s nemocí, je čas loučení. Je to období klidu. Pacient používá místo slov gesta, je pro něj důležité, aby u něj byl někdo blízký, aby nebyl sám. Není důležité mnoho slov, ale lidská přítomnost. Je důležité dodat oporu i rodině, příbuzným. Je nutné odlišit fázi smíření od fáze rezignace (Kutnohorská, 2007). V této fázi je pacient schopen vyjádřit své předchozí pocity, svou dřívější nenávisť vůči všem. Na svůj odchod pak takový člověk pohlíží jako na tiché očekávání (Kübler-Ross, 1992).

REZIGNACE – můžeme ji chápat jako neúmyslné selhání doprovázeného. „*Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří 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 míru. Tento výraz je velice snadno odlišitelný*“ (Kutnohorská 2007, s. 73).

2.2 Lidská důstojnost

V literatuře, ale i mezi lidmi, je často ve spojitosti se smrtí a umíráním používáno slovo důstojnost. Co však znamená? Důstojnost je obvykle spojována především s pojmem úcta. Slovo důstojnost se odvozuje z latinského slova „dignus“, což znamená cena nebo hodnota. *„Lidská důstojnost je cennost a vychází z jedinečnosti každého z nás. V Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR, je v hlavě první článek první, který zní: Lidé jsou svobodní a rovni v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. Dále je pak uvedeno v hlavě druhé, oddíl první, článek deset, odstavec první: Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno“* (Procházková, 2008, s. 11, 12).

S důstojností je těsně spjat pojem úcta k člověku. *„ U ošetřujícího personálu je to úcta k sobě samému a úcta k jiným lidem. Úctou k sobě ukazujeme, nakolik si ceníme sebe, a úctou k ostatním zase vyjadřujeme, jakou hodnotu vidíme v nich. To, jak člověk vnímá sám sebe, jaké má sebehodnocení a sebeúctu se odráží v zacházení s jinými lidmi. Každý člověk si zaslouží úctu, to znamená, že máme na zřeteli jeho cíle, kterých chce dosáhnout, a ty bychom mu také měli pomoci naplnit“* (Důstojné umírání II, 2009, s. 79).

Lidská důstojnost spočívá v nedotknutelném právu člověka na život. Důstojnost člověka je v jeho existenci, v jeho životě. Nejvíce je ohrožena v situacích, kde je nejkřehčí, kdy se nemá možnost bránit. A to především u nevyléčitelně nemocných a umírajících (Důstojné umírání II, 2009).

Zdravotníci by se měli chovat tak, aby byla zachována důstojnost jejich pacientů, a to v každé situaci. Člověk, který doprovází nemocného, by měl vědět o posledních úkolech, s nimiž se musí člověk při umírání vyrovnat (Kutnohorská, 2007). *„Umírající člověk je eticky odpovědný. Jednejme s ním až do poslední chvíle jako se svéprávnou bytostí. Umírání poskytuje možnost objevit smysl uplynulého života jako celku. Věnujte tomuto objevování čas. Umírající se chce smířit se svým uplynulým životem. Věřící chtějí uvést do pořádku svůj vztah k Bohu“* (Kutnohorská, 2007, s. 79).

„ Na 5. plenárním shromáždění Papežské akademie Pro vita v roce 1999 ve Vatikánu se diskutovalo o konci lidského života. Bylo zdůrazněno, že umírající nemá být sám, že doprovázení umírajícího je nesmírně důležité pro vlastního pacienta i pro členy jeho rodiny“ (Kutnohorská, 2008, s. 2). Dle křesťanských tradic se důstojnost posledního úseku cesty

zakládá na lásce k člověku, respektování života, na smysluplnosti života až do jeho konce a radosti a naděje na život věčný (Kutnohorská, 2008).

„V roce 1976 deklarovalo Parlamentní shromáždění v rezoluci č. 613 své přesvědčení, že největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útěchou a podporou. Ve svém doporučení 776 (1976) k tomu shromáždění dodalo, že prodlužování života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, jejíž snahou také musí být ukončit utrpení“ (Munzarová, 2005, s. 78).

2.3 Modely umírání

Umírání ritualizované – v minulosti lidé trvale uvažovali o smyslu svého života a hodnotili mravní dopad svého jednání. Smrt byla součástí života a lidé s ní byli obeznámeni důvěrně, protože lidé umírali častěji a převážně doma. Z generace na generaci přecházela zkušenost, jak pečovat o umírajícího. Smrt byla rituálem, kterým byl ukončen život. Tento rituál se týkal celé rodiny, přátel, známých a bylo povinností společnosti dostavit se k lůžku umírajícího a rozloučit se s ním. Rituál jim poskytoval oporu, nabízel útěchu a dopřával jim se vyrovnat se smrtí. Člověk umíral v kruhu svých blízkých, mohl si uspořádat své osobní věci, vyjádřit lítost nad utrpením, které způsobil, prosil za odpuštění, rozdělil majetek, vyzpovídal se knězi (Kutnohorská, 2007). Je však nutné podotknout, že výše uvedené je idylicky popsané umírání v domácnosti, velká část umírajících rodinu neměla nebo měla nefunkční rodinu, případně nedosažitelnou, i tenkrát někteří lidé umírali osamoceni (Haškovcová, 2007).

Umírání institucionální – umírání se odehrává v institucích, jako jsou nemocnice, LDN, domovy důchodců. Ve 20. století dochází k uvěznění smrti. Medicína je čím dál víc ve střetu se smrtí. Medicína však chápe smrt jako porážku, a proto o smrti co nejvíce mlčí (Virt, 2000). O umírající se stará vysoce vyškolený zdravotnický personál, je jim poskytnuta potřebná péče, ale nemají možnost čekat na smrt v náruči svých blízkých. Mají pocit, že umírají sami a opuštění. *„Smrt však není nemoc, ta se nedá léčit, smrt je fakt, který je nutno přijmout“* (Kutnohorská, 2007, s. 77). Veřejnost odsunula těžce nemocné, umírající lidi do nemocnic v naději, že všemocná medicína zabrání smrti, nebo že zajistí, aby lidé odešli ze života důstojně.

3 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM PACIENTEM

Slovo komunikace vzniklo z latinského *communico*, což znamená „učinit společným“. Nejedná se vždy o slovo nebo slovní vyjádření, komunikací může být vyjádřena i úcta k druhému člověku nebo naopak pohrdání. Komunikovat znamená mnoho dávat (Venglářová, Mahrová, 2006).

3.1 Druhy komunikace

Verbální komunikace je sdělení pomocí slov, jde ruku v ruce s komunikací nonverbální. Základem verbální komunikace jsou věty, větou jsou pak vyjádřeny myšlenky. Velký význam má, kdo říká, co říká, kdy to říká, kde to říká, jak to říká, proč se to říká, jaký je účinek toho, co se říká (Venglářová, Mahrová, 2006).

Nonverbální komunikace – mimoslovní komunikace. Je známo, že mluvíme, i když mlčíme, protože komunikujeme pohledem, postojem těla, gesty. Tento druh komunikace nám někdy prozradí daleko více než mluvená řeč. Mimoslovně komunikuje každý z nás. Sdělujeme tak emoce, zájem o sblížení, informujeme o tom, kdo jsme. Existuje několik druhů nonverbálního sdělení:

a) mimika – výraz obličeje. Výrazem svého obličeje sdělujeme ostatním lidem, jaký je náš duševní stav. Je považována za velmi důležitý sdělovací prostředek. Mimikou sdělujeme emoce, kulturně tradovaná gesta, instrumentální pohyby (Venglářová, Mahrová, 2006).

b) proxemika – přiblížením nebo naopak oddálením druhé osobě něco sdělujeme. Proxemické zóny jsou pro každého člověka individuální. Každý člověk má kolem sebe prostor, do kterého když vstoupí někdo cizí, způsobí mu to nepříjemné pocity. Zdravotník velice často zasahuje do pacientovy intimní zóny (Venglářová, Mahrová, 2006).

c) haptika – komunikace dotykem. V nemocnici velice důležitý způsob komunikace, sestra by měla umět pohladit, vzít za ruku nebo jen povzbudit dotekem (Venglářová, Mahrová, 2006).

Nedílnou součástí v péči o umírající je i komunikace s nimi, přesto se mnoho zdravotníků právě komunikaci s umírajícími lidmi snaží vyhnout. Člověk v poslední fázi svého života potřebuje, aby mu někdo naslouchal. Člověk, který umírá, je stále člověkem, který žije, což si někteří zdravotníci ne zcela uvědomují. Takový člověk potřebuje, aby byla

vnímána jeho snaha o komunikaci např. jen očima nebo gesty (Kutnohorská, 2007). „*Uklidňující slova, dotek, podání ruky pomohou potlačit strach z osamoceního kontaktu s démonem smrti a usnadní přechod do bezvědomí*“ (Kutnohorská, 2007, s. 78).

Lidé potřebují ke svému životu naději, neměla by nás opouštět ani v posledních chvílích života. Naděje by nám měla dát sílu zvládnout proces umírání jako poslední úkol našeho života (Kutnohorská, 2007).

3.2 Naslouchání

Naslouchání patří mezi nonverbální komunikaci. Někdy je důležitější pečlivě naslouchat, neboť jak je v literatuře uváděno, uši máme dvě, ale ústa jenom jedny. Při naslouchání můžeme zjistit, co nám chce pacient sdělit skrytě, mezi slovy. Nasloucháním dáváme najevo, že chápeme, rozumíme. Spolu s očním kontaktem navazujeme atmosféru důvěry. Správně kladené otázky jsou vyjádřením našeho zájmu (Venglářová, Mahrová, 2006).

3.3 Empatie

Empatie znamená umět se vcítit do pocitů jiných lidí, aniž bychom my sami měli stejné pocity. Empatii poznáme i podle toho, jestli jsme schopni dokončit pacientovu započatou větu. Díky empatii poznáváme svět druhého člověka a dokážeme se jeho úhlem pohledu podívat na svět (Venglářová, Mahrová, 2006).

3.4 Rozhovor zdravotníků s pozůstalými

Příbuzní žádají potvrzení nejen faktu, že je smrt blízkého skutečností, ale často se ptají i proč zemřel, jestli neměl bolesti, jestli u něj byl zdravotnický personál. Lékař by si měl najít čas na to, aby s pozůstalými pohovořil, přítomná by měla být i všeobecná sestra (Haškovcová, 2007).

Jednání s pozůstalými je velmi náročné jak po stránce etické, tak po stránce komunikační. „*Je povinností ošetřujícího lékaře, sestry a celého zdravotnického týmu, aby i tuto situaci důstojně zvládli*“ (Kutnohorská, 2007, s. 79). Součástí rozhovoru s pozůstalými je i vykonání nezbytné administrativy.

4 EUTANAZIE

Termín eutanazie není výplodem současné doby, je starý jako lidstvo samo. Existuje od doby, kdy si lidstvo uvědomilo svoji smrtelnost, což je už několik tisíc let. „*Během dějin si mnoho pokolení položilo otázku o eutanazii, o dobré smrti: když už musíme zemřít, pak raději smrtí dobrou než špatnou*“ (Černý, Doležal, 2013, s. 131). Termín eutanazie měl během dějin velmi odlišné významy. Terminologie je poměrně rozsáhlá a složitá. Ale je třeba si ji upřesnit, aby bylo jasné, co je termínem eutanazie myšleno. Pak je možno vést rozsáhlé diskuse proč ano, či proč ne.

1. V antice byla eutanazie příkladem snadné, rychlé, přirozené a klidné smrti. V současné době je přímo opakem něčeho přirozeného (Černý, Doležal, 2013).

2. Eutanazie jako dobrovolné ukončení vlastního života – příkladem je sebevražda, jako kontrola nad vlastním životem a odpovědností za sebe samého. V tomto smyslu může být eutanazie rovna sebevraždě, třebaže lékařsky asistovaná. Počátky lze hledat v antice, platí však i v současnosti (Černý, Doležal, 2013).

3. Eutanazie = lékařské doprovázení. Znamená to, že lékař tlumí bolest, podporuje nemocného a neprodlužuje jeho život. Tento význam eutanazie dal základ pro paliativní péči. Toto pojetí bylo prezentováno v období od 17. do 19. století, základ má rovněž v antice (Černý, Doležal, 2013).

4. Eutanazie = nedobrovolné ukončení života společensky nežádoucích osob – např. nevléčitelně vážně nemocných nebo postižených. Bylo ospravedlňováno pro „dobro“ společnosti, pro „dobro“ nemocných, soucitem. Sloužilo k eliminaci tělesně či mentálně postižených. Patří sem modely sociální eutanazie. Pochází z antiky, ale byl využíván např. i v Německu (Černý, Doležal, 2013).

5. Eutanazie jako nedobrovolné ukončení života na základě rasy či medicínských kritérií – příkladem je eugenická eutanazie, která byla aplikována za 2. světové války nacisty. Kromě rasové eutanazie byla prováděna i eutanazie z medicínských důvodů (mentální i tělesné postižení, hluchota, slepota, schizofrenie nebo i homosexualita) (Černý, Doležal, 2013).

6. Eutanazie = způsobení „snadné smrti“ pomocí sedativ – znamená ukřácení života bez přímého usmrcení. Jako příklad lze uvést vedlejší účinek léčby bolesti (např. při podávání vysokých dávek morfinu). Nazývat léčbu bolesti eutanazií je eticky nesmyslné, přesto se vedou rozsáhlé diskuse na toto téma (Černý, Doležal, 2013).

7. Eutanazie jako lékařsky asistovaná sebevražda – někteří lidé ji považují za eutanazii. Lékařsky asistovaná sebevražda by měla být ovšem odlišena od eutanazie a ne pod ni zahrnuta (Černý, Doležal, 2013). *„Existují přinejmenším dva důvody pro toto odlišení: předně pomoc k sebevraždě je pouze pomocí, nikoliv provedením sebevraždy (sebevraždu provádí ten, kdo sebe usmrcuje), proto je používán přívlastek ‚asistovaná‘, druhým důvodem je účast lékaře s ohledem na jeho lékařskou profesi a na jeho terapeutickou roli, což je morálně relevantní a vyjádřeno přívlastkem ‚lékařský‘“* (Černý, Doležal, 2013, s. 140).

8. Eutanazie = nezahajování medicínsky marné léčby prodlužující život terminálního pacienta – bývá některými lidmi označováno jako „pasivní eutanazie“ (Černý, Doležal, 2013). Pasivní eutanazie bývá rovněž také nazývána strategií odkloněné stříkačky, tento pojem je často nejednoznačný, protože hranice mezi pasivní eutanazií a neprodučováním utrpení může být velice malá. Hlavním úmyslem je nebránit přirozené smrti a umožnit pacientovi důstojně zemřít (Kutnohorská, 2007).

9. Eutanazie = ukončení medicínsky marné léčby prodlužující život terminálního pacienta – i toto někteří lidé považují za „pasivní eutanazii“ (Černý, Doležal, 2013). *„Za předpokladu, že usmrcení i ponechání zemřít jsou morálně špatné, pak každý medicínský postup, který byl započat, musí pokračovat až do pacientovy smrti, protože by bylo morálně špatné léčbu odejmout či ukončit“* (Černý, Doležal, 2013, s. 141–142).

10. Eutanazie jako bezbolestné ukončení života pacienta nesnesitelně trpícího lékařem na pacientovu opakovanou žádost = dobrovolná aktivní eutanazie, lékař provede eutanazii medicínskými prostředky. Tento druh eutanazie je legální v Holandsku, Belgii a Lucembursku. V těchto zemích existují zákonem dané podmínky k jejímu provedení (Černý, Doležal, 2013). Ve zdravotnickém zařízení můžeme rovněž aktivní eutanazii nazývat strategií přeplněné stříkačky (Kutnohorská, 2007).

11. Eutanazie = bezbolestné ukončení života terminálně nemocného pacienta lékařem na pacientovu trvalou žádost – také bývá nazývána dobrovolnou aktivní eutanazií, rozdíl je v tom, že je podmínkou terminální stav nemoci (Černý, Doležal, 2013).

12. Eutanazie jako bezbolestné ukončení života terminálně nemocného nebo nesnesitelně trpícího inkompetentního pacienta bez jeho žádosti = nedobrovolná eutanazie, která je prováděná bez pacientovy žádosti, protože pacient není schopen dát souhlas (Černý, Doležal, 2013).

13. Eutanazie jako bezbolestné ukončení života terminálně nemocného nebo nesnesitelně trpícího kompetentního pacienta bez jeho žádosti nebo proti jeho vůli = násilná eutanazie. Tento druh eutanazie je považován za trestný čin (Černý, Doležal, 2013).

14. Eutanazie jako bezbolestné dobrovolné, či násilné ukončení života jiné osoby než terminálního pacienta – jako příklad je uváděno usmrcení kvadruplegického nebo psychiatrického pacienta (Černý, Doležal, 2013).

15. Eutanazie jako bezbolestné dobrovolné či násilné ukončení života terminálně nemocného nebo nesnesitelně trpícího někým jiným než lékařem, tím je myšleno, že je provedena např. všeobecnou sestrou, příbuznými apod. (Černý, Doležal, 2013).

Jak již bylo zmíněno, v současné době je problematika eutanazie velice aktuální, což souvisí s technologickým rozvojem medicíny. Jsme schopni udržovat fyziologické funkce pacientů s velmi špatnou prognózou nebo i infaustní prognózou velice dlouho, lze říci, že neomezeně, po takovou dobu, než naše snažení zastaví nezvladatelná seps. „*Je to strach ze smrti, který nás přiměl k tomu, že jsme smrti vyhlásili nemilosrdnou válku*“ (Černý, Doležal, 2013, s. 132).

V 19. století a v první polovině 20. století nebyla otázka eutanazie natolik vnímaná jako nyní. Můžeme říci, že v minulých staletích lidé žili krátké, aktivní životy, které byly ukončeny kratším obdobím nemoci a poměrně rychlou smrtí. Asi od 50. let minulého století nastal poměrně velký rozvoj lékařské vědy a medicíny. To pro člověka znamenalo sice prodloužení života, ale zároveň prodloužení nemoci, pobyty v nemocničním zařízení, může to vést až k prodlužování umírání. Je to odvrácená stránka medicíny, která mnohým lidem zachrání životy, avšak je to jeden z hlavních důvodů, proč se začalo diskutovat o eutanazii (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012).

Smrt se pro medicínu stala prohrou, což má za následek tzv. zadržování smrti. Zadržování smrti je však velikou zátěží nejen pro daného pacienta, ale i pro jeho rodinu, zdravotnický personál, je důležité zmínit i zátěž ekonomickou. Je nepřirozené zabraňovat umírajícímu, kterému se čas naplnil, zemřít. V dnešní době však musíme upozornit i na

důvody forenzní, kdy se u soudního sporu obhájíme lépe, když léčíme více než méně (Černý, Doležal, 2013).

Prodlužování života za každou cenu, tento palčivý problém soudobé moderní medicíny si uvědomuje i církev. Papež Jan Pavel II. v Evangelii vitae 1005, III. kapitola čl. 65 uvádí: *„Od eutanazie je třeba odlišit rozhodnutí, kterým se odmítá tzv. „vehementní terapie“, totiž takové léčebné postupy, které již neodpovídají stavu nemocného, protože nejsou úměrné dosažitelným výsledkům, nebo dokonce jsou zátěží pro nemocného i jeho rodinu“* (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 120–121).

4.1 Holandský model eutanazie

V současné době je eutanazie akceptována v Nizozemsku, jejich model vede k rozsáhlým diskusím, proto bych se o něm ráda zmínila blíže. Je nutné podotknout, že ani v Nizozemsku není aktivní eutanazie uzákoněná, platí zde zákon, podle něhož je trestným činem, a to se sazbou až 12 let odnětí svobody (Haškovcová, 2007). *„Rozdíl mezi uzákoněním a beztrestností eutanazie je propastný. Princip odepření z důvodu svědomí musí být zachován“* (Haškovcová, 2007, s. 127). Tímto způsobem je ochráněn jak lékař, který eutanazii odmítne, tak lékař, který ji shledá pro daného člověka jako nejlepší z možných řešení (Haškovcová, 2007).

Poprvé se v Holandsku začali problematikou eutanazie zabývat již v 19. století, konkrétně pak ukončením života na vlastní přání a pomoci při sebevraždě. V roce 1993 došlo k výrazným změnám a úpravám, mimo jiné byla zakotvena beztrestnost pro lékaře, který eutanazii provede. Po těchto úpravách vzrostl počet lidí, kteří žádali usmrcení. Holandsko je k eutanazii velice tolerantní, proto byly nutné i další právní úpravy. Mezi nejvýznamnější patří v roce 2001 schválení zákona pod názvem Pověření ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebezabití (Haškovcová, 2007).

Podmínky a způsob provedení eutanazie byly stanoveny Holandskou královskou lékařskou asociací. Podmínky znějí následovně: *„nevléčitelně 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 určitém čase a určeným způsobem, žádá o milosrdnou smrt, může zemřít rukou lékaře, který dal celou situaci posoudit nejméně ještě jednomu nezávislému konziliáři. Vlastní akt je proveden*

podáním kurare poté, co byla umírajícímu aplikována vysoká dávka uspávacích prostředků“ (Haškovcová 2007, s. 137).

Holandský model eutanazie se často prezentuje, jako vzor moderního humánního přístupu k umírajícím, ale ani v Nizozemsku není přístup lékařů jednotný. Na jedné straně je obdiv, a na druhé straně vzbuzuje tento přístup i neklid, otevřeně se mluví o „holandském kluzkém svahu“. Z některých výzkumů vyplývá, že vzrůstá počet nedobrovolných a nechtěných eutanazií. Tato problematika je nadále součástí rozsáhlých debat (Haškovcová, 2007).

Co je myšleno kluzkým svahem? Je všeobecně známo, že pokud dovolíme sami sobě dělat něco, co bychom dělat nechtěli, nebo neměli, vyskytnou se otázky, zda bychom si nemohli dovolit udělat i něco dalšího. Profesorka Munzarová ve své knize *Eutanazie, nebo paliativní péče* uvádí: „*Pokud dovolíme lékařům ukončovat životy umírajících na jejich vlastní žádost, rozhodně to u toho neskončí a postupně bude tato možnost rozšiřovaná*“ (Munzarová, 2005, s. 39).

4.2 Švýcarský model eutanazie

Dále bych se ráda zmínila o švýcarském modelu eutanazie. Ve Švýcarsku byly opakované návrhy zákonů na schválení eutanazie zamítnuty. Existují tam však dvě organizace Exit a Dignitas, které umožňují lidem, kteří o ni požádají, asistovanou sebevraždu. Podle tamních zákonů není pomoc k sebevraždě trestný čin (Haškovcová, 2007).

Pacient, který projeví zájem podstoupit asistovanou sebevraždu, kontaktuje lékaře z výše uvedených společností. Po rozhovoru s lékařem podepíše žádost o asistovanou sebevraždu a je mu vydán recept na smrtící látku. Asistovaná sebevražda je provedena v budovách jednotlivých organizací, kde mohou být přítomni i rodinní příslušníci (Haškovcová, 2007).

Tento způsob eutanazie uvítali nejen někteří švýcarští obyvatelé, ale také cizinci, kteří přijíždějí do Švýcarska podstoupit asistovanou sebevraždu (Haškovcová, 2007).

I ve Švýcarsku je nutné splnit kritéria, aby člověk mohl podstoupit asistovanou sebevraždu. Mezi nejdůležitější patří: „*pacient musí být v terminálním stadiu nemoci, byly vyčerpány všechny léčebné možnosti a není naděje na zlepšení stavu, trpí nesnesitelnými bolestmi a trvale a uvážlivě žádá o asistovanou sebevraždu*“ (Haškovcová 2007, s. 130).

4.3 Pohled na eutanazii v ČR

V ČR je eutanazie, stejně jako asistovaná sebevražda, považována za trestný čin. V etickém kodexu České lékařské komory, který byl novelizován v roce 2007, je uvedeno:

„(7) Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné“ (Etický kodex, © 2007, online).

Profesorka Munzarová ve své knize *Eutanazie, nebo paliativní péče* uvádí postoj ČLK z roku 2001: *„ČLK, jako orgán zastupující odbornost a etiku lékařského povolání a respektující právo, vyjadřuje tento svůj postoj: S úctou k životu a při poznání smrti jako neodvratného ukončení života, respektujeme etický kodex ČLK, podle kterého lékař nemá prodlužovat utrpení nemocného s nevléčitelnou chorobou, avšak eutanazie a asistovaná sebevražda jsou nepřípustné. Eutanazie i asistovaná sebevražda jsou projevem selhání. Dnes lze zajistit takovou péči v léčení bolesti a ostatních fyzických symptomů, psychického, sociálního a duchovního utrpení tak, aby k žádosti o usmrcení nemuselo docházet. Naše společnost objektivně disponuje dostatečnými finančními prostředky, znalostmi, dovednostmi, léky i přístrojovým vybavením, aby nemocným, u kterých kurativní léčba vyčerpala všechny dostupné možnosti, byla poskytnuta odpovídající léčba paliativní. Tento přístup je nemocnému schopen zajistit nejlepší možnou kvalitu zbytku života včetně doprovázení k důstojné smrti bez bolesti, fyzického, psychického, sociálního a duchovního utrpení. Pro rozhodnutí o poskytování nejvyšší etické služby nevléčitelně nemocnému a umírajícímu musí být lékařům nápomocná celá společnost, právo, ekonomická i zákonodárná systémová opatření. Civilizovaný stát musí chránit život a nelegalizovat jeho likvidaci“* (Munzarová, 2005, s. 59).

I u nás byly určité snahy legalizovat eutanazii nebo alespoň snížit trestní sazbu pokud by byla provedena. *„Dne 18. 5. 1996 přinesla většina deníků v naší republice zprávu o iniciativním návrhu tehdejšího ministra spravedlnosti na zákonné zavedení podmínek, za nichž by byla eutanazie neboli usmrcení nevléčitelně nemocného člověka, které provede lékař, beztrestná. Tehdejší ministr spravedlnosti doporučoval převzít holandský model. Mnozí novináři, patrně bez zlého úmyslu, zaměnili beztrestnost za různé jiné formy právního zakotvení milosrdného ukončení života. Výsledkem byla záplava článků se skandalizujícím názvem, Aktivní eutanazie bude povolena v České republice. Šokovaná laická i nepřipravená*

odborná veřejnost tak čelily vlně emocí, která rozhodně nepřispěla ani k řešení naléhavé problematiky důstojného umírání“ (Haškovcová, 2007, s. 133).

5 DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ

Dříve vyslovené přání je formulováno v zákoně o zdravotních službách, který upravuje *„zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zapracovává příslušné předpisy Evropské unie“* (Návrh formy „dříve vyslovené přání“, © 2012, online).

Koncept „Dříve vysloveného přání“ je etický, lékařská ani nelékařská veřejnost, dokonce ani náboženské systémy proti němu nevznáší protesty. Je zcela odlišné respektovat přání pacienta na zastavení stávající nebo nenasazení léčby, proti žádosti pacienta, aby ho lékař zabil. Rada Evropy povzbuzuje členské státy k přijetí konceptu dříve vyslovených přání (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012).

Zákon 372/2011 Sb. § 36:

„(1) Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).

(2) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí.

(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

(5) Dříve vyslovené přání

a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,

b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,

c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,

d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušování by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností (Návrh formy „dříve vyslovené přání“, © 2012, online).

*„Nová zdravotnická legislativa umožňuje pacientovi jednak sepsat text, ve kterém se vyjádří k předpokládané situaci a k předpokládaným diagnosticko-terapeutickým opatřením pro dobu, kdy nebude trvale nebo dočasně moci o sobě rozhodovat nebo se k péči o sebe vyjádřit. Zároveň však nikde v zákonné normě nenajdeme příkaz, který by po zdravotníkovi vyžadoval doslovnou aplikaci textu, nebo který by mu naplnění pacientova přání kladl jako neoddiskutovatelnou povinnost“ (Černý, Doležal 2013, s. 170). Můžeme tedy říci, že právní úprava *Dříve vysloveného přání* v České republice je poměrně složitá, právní praxe s výše uvedeným je minimální (Černý, Doležal, 2013).*

6 PALIATIVNÍ PÉČE

Náš život se za poslední roky velice změnil, žijeme pohodlněji a delší dobu, ale vše má své pro a proti, vzhledem k tomu také déle a vůbec ne lehčeji umíráme. Z těchto důvodů nastala potřeba paliativní péče. (Umírání: Paliativní péče, © 2015, online). Termín paliativní pochází z latinského *pallium*, což znamená maska, pokrytí nebo zakrytí pláštěm, v těchto slovech lze nalézt podstatu této péče. *„Její cílem je maskovat účinky neléčitelné choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v chladu tehdy, pokud jim nemohlo být pomoci léčbou kurativní“* (Munzarová, 2005, s. 62).

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost, udržet co nejlepší kvalitu jeho života a poskytnout podporu jeho blízkým“ (Sláma, Špinka, 2004, s. 23).

Z výše uvedeného může být paliativní péče chápána jako nová disciplína, ale opak je pravdou. Je nejstarším lékařským oborem, protože v dřívějších dobách bylo jen u málo nemocí k dispozici skutečné množství účinné léčby. Ale především dnes má své nezastupitelné místo, protože konec našeho života se jednou stane neodvratitelným, v tomto okamžiku je kurativní medicína na konci svých možností (Virt, 2000). V České republice se datují počátky teprve do první poloviny 90. let, a teprve v roce 2004 byl zřízen samostatný atestační obor Paliativní medicína a léčba bolesti (Sláma, Špinka, 2004).

Paliativní péče je určena lidem s pokročilým onemocněním onkologickým, neurodegenerativním onemocněním jako je roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, demence, konečná stadia chronických srdečních selhání, jaterního selhání, renálního selhání, CHOPN, AIDS, dále může být využita u polymorbidních geriatrických pacientů, u pacientů v persistujícím vegetativním stavu, nebo na jednotkách intenzivní péče u pacientů s nevrátným multiorgánovým selháním (Sláma, Špinka, 2004).

6.1 Hlavní principy paliativní péče

Hlavním cílem paliativní péče není vyléčení pacienta nebo prodloužení jeho života, ale především zmírnění, ale také prevence utrpení, bolesti, a dalšího tělesného a duševního strádání, zachování jeho důstojnosti a podpora jeho rodiny (Sláma, Špínka, 2004).

„Moderní paliativní péče se neodvrací od nevyléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života, dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií nevyléčitelných a ke smrti směřujících onemocnění, je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty, vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení, 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 vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých, nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka, 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 (Sláma, Špínka, 2004, s. 10).

6.2 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí je myšleno poskytování výše uvedené péče zdravotníky v rámci jednotlivých oborů. Tuto péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci (Sláma, Špínka, 2004).

6.3 Specializovaná paliativní péče

Je to péče, která je poskytována týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vyškoleni. Tento tým je tvořen lékařem, sestrami, sociálním pracovníkem, dále pak může být součástí týmu fyzioterapeut, psycholog, pastorační pracovník, koordinátor dobrovolníků, případně další dobrovolníci (Sláma, Špínka, 2004).

Existuje několik forem specializované paliativní péče. Mezi tyto formy péče patří:

- a) Zařízení domácí paliativní péče, rovněž také nazýváno jako „domácí nebo mobilní hospic“. Poskytuje lidem v jejich domácím prostředí výše uvedenou péči. Děje se tak formou návštěv jednotlivých členů týmu (Sláma, Špinka, 2004).
- b) Hospic je anglický výraz, který znamená útulek nebo útočiště. Původně byl používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku, které vyhledávali poutníci, kteří směřovali do Palestiny, aby zde nabrali čerstvé síly na další cestu (Haškovcová, 2007). V současné době je hospic lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči lidem v terminálním stadiu nemoci, předpokládaná doba pobytu je tři až čtyři týdny. *„Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru, maximálním soukromím pacientů, volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice“* (Sláma, Špinka, 2004, s. 25).
- c) Oddělení paliativní péče, která jsou součástí zdravotnických zařízení. Nemocným je poskytována komplexní paliativní péče a zároveň jim je poskytována diagnostická a terapeutická péče, kterou potřebují.
- d) Konziliární tým paliativní péče, který může mít méně členů. Nezbytnými členy jsou lékař, všeobecná sestra a sociální pracovník. Posiluje kontinuitu péče, kvalitu poskytované paliativní péče a edukuje personál. Tento tým působí v rámci zdravotnického zařízení.
- e) Specializovaná ambulance paliativní péče umožňuje pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí, ambulantní péči. Tato ambulance úzce spolupracuje s praktickými lékaři a domácí péčí.
- f) Denní stacionář paliativní péče.
- g) Zvláštní zařízení specializované paliativní péče, mezi které můžeme řadit specializované poradny a tísňové linky (Sláma, Špinka, 2004).

6.4 Specifika paliativní péče v intenzivní péči

V intenzivní péči často chybí jeden z hlavních principů paliativní péče, a to že jsou si lidé vědomi toho, že umírají. Je to prostředí, ve kterém se nachází mnoho přístrojů, prudké světlo i hluk, proto se může některým zdát, že je pro paliativní péči zcela nevhodné, ale i tady je třeba akceptovat principy moderní paliativní péče (O'Connor, Aranda, 2005).

Na těchto odděleních lékaři a sestry úzce spolupracují, přesto mají sestry pochybnosti o tom, nakolik mohou ovlivnit průběh léčby. Proces umírání a smrti na jednotkách intenzivní péče je často zkrácen na několik dnů nebo hodin. Sestry jsou často svědky přímého odchodu nemocného ze světa, jsou to momenty, které sestry emocionálně vyčerpávají, přesto by se měly snažit najít způsob, jak co nejvíce zajistit důstojnost umírajících pacientů (O'Connor, Aranda, 2005).

7 DOBRÁ SMRT

Virt (2000) ve své publikaci *Žít až do konce* uvádí, že pojem dobrá smrt je doložen již v 5. století před Kristem. Tento pojem lze do řečtiny přeložit jako *eu-thanatos*, v tehdejší době znamenal klidné a lehké umírání, ale zároveň i čestnou smrt ve službě vlasti nebo na bitevním poli.

Na jednu stranu misky vah můžeme položit eutanazii jako představitelku dobré smrti, pochází z řeckého slova *eu* = dobrý a *thanatos* = smrt (Haškovcová, 2007). Eutanazie může být pro některé lidi představitelkou svobodného rozhodnutí. V knize *Eutanazie – pro a proti* je uváděno: „*Moje svoboda končí tam, kde začíná svoboda druhého – ale až tam*“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 121–122). Je však třeba uvést, že pacienti často v akutním stavu volají po smrti, ale může se jednat o tzv. zkratkové jednání, proto se všeobecné sestry setkávají s lidmi, kteří prosí, aby byli usmrceni. Profesorka Munzarová ve své knize *Eutanazie, nebo paliativní péče* spojuje eutanazii s pojmem schizofrenie lékařského povolání. „*Uvádí, že není přece možné na jedné straně tahat lidi hrobníkovi z lopaty, a na straně druhé jiné na tu lopatu zase nakládat*“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 163).

Na druhou, pomyslnou, miskou vah můžeme položit paliativní péči jako synonymum dobré smrti. Profesorka Munzarová ve své publikaci *Eutanazie, nebo paliativní péče* uvádí, že pokud hovoříme o paliativní péči, hovoříme spíše o filozofii, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, ale i v různých nemocničních zařízeních a také v domácím prostředí (Munzarová, 2005). „*Výuka a výchova zdravotnických pracovníků je v tomhle směru v celé Evropě zcela nedostatečná. V těchto situacích dochází i k rozladám mezi lékaři a sestrami, které se cítí být frustrovány proto, že je jim často přisuzovaná jen marginální role*“ (Munzarová, 2005, s. 79).

V knize *Eutanazie pro a proti* je uváděno velké množství zajímavých myšlenek, které mohou vést k představě dobré smrti, byť v nemocničním zařízení. „*Mírnění utrpení nevléčitelně nemocného i za cenu zvyšování dávek utišujících prostředků, byť s rizikem ohrožení života pacienta, má rozhodně přednost. A v případě, že pacient zemře v důsledku podání utišujících prostředků, které bránily jeho utrpení, a že podání nižšího množství by znamenalo vystavit jej naopak tomuto utrpení, nemůže být toto jednání považováno za trestné. Protiprávním a neetickým jednáním by naopak mohlo být ponechání pacienta v bolestech a utrpení, ač jsou k dispozici potřebné utišující prostředky. Je-li ukončena léčba nevléčitelně*

nemocného pacienta, která po zralé úvaze lékařského konzilia v souladu s uznávanými postupy a pravidly lékařské vědy není nadále indikována, nejde o eutanazii, ale o postup, který je v souladu s právem i pravidly lékařské vědy. Je to ukončení života vymykající se pojmu eutanazie“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 137).

8 JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE

Na jednotkách intenzivní péče jsou léčeni pacienti, kterým hrozí, nebo již probíhá selhání jednoho či více životně důležitých orgánů. Bývají součástí jednotlivých oddělení, jako příklad bych uvedla interní, chirurgické, neurologické, mohou být multioborové a jiné (Vokurka, 2009).

Na všech typech JIP je stav pacientů trvale monitorován všeobecnou sestrou a tyto informace jsou pravidelně zaznamenávány do dokumentace, lékař musí být ihned dostupný. Na tato oddělení jsou pacienti přijímáni z jiných zdravotnických zařízení, z jiného oddělení nebo od zdravotnické záchranné služby (Kapounová, 2007).

Můžeme JIP dělit podle rozsahu péče na JIP typu A, kde je nižší intenzivní péče s důrazem kladeným na monitorování a JIP typu B, kde je poskytována vyšší intenzivní péče, kde je prováděná léčba orgánových selhání.

8.1 Personální zajištění JIP – střední zdravotnický personál

Na 1. stupni intenzivní péče – tedy nižší intenzivní péče musí být přítomna sestra pro intenzivní péči 1,0 úvazek, dále pak všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent, a to v počtu 1,4 úvazku na lůžko, z toho musí být 25 % úvazku sestra pro intenzivní péči bez dohledu. Dále musí být přítomen sanitář nebo ošetřovatel, a to v úvazku 0,1 na lůžko.

Na 2. stupni intenzivní péče – vyšší intenzivní péče musí být přítomna sestra pro intenzivní péči bez dohledu na 1,0 úvazek, všeobecná sestra bez dohledu, všeobecná sestra a zdravotnický asistent v počtu 2,2 na lůžko, z toho musí být 25 % sester pro intenzivní péči bez dohledu. Sanitář nebo ošetřovatel je přítomen v počtu 0,2 úvazku na lůžko.

Třetí stupeň intenzivní péče je považován za resuscitační péči, kde musí být přítomna rovněž sestra pro intenzivní péči bez odborného dohledu s úvazkem 1,0. Dále pak jsou přítomny všeobecné sestry bez dohledu, všeobecné sestry nebo zdravotnický asistent v počtu 4,0 na lůžko, z toho 50 % úvazků musí být tvořeno sestrami pro intenzivní péči bez dohledu. Sanitář nebo ošetřovatel musí být přítomen v úvazku 0,3 na lůžko. Všechny tyto informace

jsou uvedeny ve vyhlášce číslo 99/2012 Sb., jedná se o vyhlášku o minimálním personálním zabezpečení zdravotních služeb (Zdravotní služby, © 2012, online).

8.2 Vzdělání všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra se získává absolvováním tříletého bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, nebo absolvováním tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. Dále jsou to pak studentky oboru všeobecná sestra na středních zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, nebo studium oboru zdravotní sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997. Tyto informace jsou obsaženy v zákoně číslo 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních.

8.3 Specializační vzdělání v oboru Intenzivní péče

Cílem oboru je získat specializovanou způsobilost s označením Sestra pro intenzivní péči. Vzdělání je zakončeno atestační zkouškou. Ve vyhlášce č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků jsou stanoveny kompetence absolventů specializačního vzdělání. Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu vykonává činnost podle § 54 výše uvedené vyhlášky při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího deseti let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí.

Studijní obor Intenzivní péče

Navazující magisterské studium, jehož cílem je prohloubení znalostí získaných v bakalářském studiu. Absolvováním oboru dojde k získání specializované způsobilosti v oboru Intenzivní péče. Absolventi jsou v souladu s platnou legislativou připraveni koordinovat a provádět základní, specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči v tomto oboru.

9 NANDA OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U UMÍRAJÍCÍCH PACIENTŮ

Ošetrovatelské diagnózy jsou důležité pro výběr ošetrovatelských intervencí, které jsou zaměřeny na dosažení cílů a výsledků, za které je zodpovědná všeobecná sestra. Mým cílem není rozebrat všechny ošetrovatelské diagnózy, které lze stanovit u umírajících pacientů, ale vybrala jsem dle mého názoru diagnózy, které nejsou běžně užívané.

9.1 Ošetrovatelská diagnóza Beznaděj

Jedná se o subjektivní stav, kdy pacient vidí omezené nebo žádné možnosti řešení a není schopen zmobilizovat energii bez cizí pomoci (Kudlová, 2013).

a) Související faktory: dlouhodobé omezení aktivity nemocného, která vede k izolaci, zhoršení fyzického stavu nemocného, dlouhodobý stres nebo opuštěnost, dlouhodobá léčba. (Kudlová, 2013).

b) Příznaky: subjektivní: slovní vyjádření beznaděje, povzdechy (Kudlová, 2013). Objektivní: pasivita, málomluvnost, zavírání očí, krčení ramen jako odpověď, odvracení se od hovořícího, snížená reakce na podněty, narušený spánek (Kudlová, 2013).

c) Cíle ošetrovatelské péče: rozpoznat a vyjádřit pocity, najít způsob jak čelit pocitům beznaděje, v rámci dané situace získat kontrolu nad péčí o vlastní osobu, zaměřit se na krátkodobé cíle, najít rozptýlení (Trachtová, 2013).

d) Ošetrovatelské intervence: upřesnit ošetrovatelskou anamnézu, zjistit současnou rodinnou situaci, všimnout si projevů beznaděje u pacientů, snažit se vést pacienta k tomu, aby si začal uvědomovat své pocity, aby dokázal vyjádřit své pocity a dojmy, je nutné dodat pacientovi naději, promluvte s pacientem o současných možnostech, usnadněte pacientovi vyrovnávání se ztrátou (Trachtová, 2013).

9.2 Ošetřovatelská diagnóza Strach

Strach je reakce na ohrožení, které je rozpoznané jako nebezpečí (Kudlová, 2013).

a) Související faktory: vrozené spouštěče strachu (bolest, výška, náhlý hluk), nedostatek informací, odloučení od rodiny, jazyková bariéra, stresující situace (např. hospitalizace) (Kudlová, 2013).

b) Příznaky: subjektivní – pacient rozpozná pocit strachu, má zlé předtuchy, je vystrašený, ustaraný, pociťuje zvýšené napětí, uvádí paniku, umí identifikovat předmět strachu (Kudlová, 2013). Objektivní – odpověď na strach, útek, agresivita, široce otevřené oči, nervozita, rychlejší srdeční akce, třes, chvění, rozechvělý hlas (Kudlová, 2013).

c) Cíle ošetřovatelské péče: pochopení strachu a diskutování o něm, dávat najevo pocity, zmírnění strachu, poskytnout dostatek informací.

d) Ošetřovatelské intervence: zjistit, jak pacient a jeho blízcí vnímají pocity strachu, srovnat slovní a mimoslovní projevy strachu, je důležité pomoci pacientovi a jeho blízkým zvládat pocity strachu, poskytnout jim přesné informace, naučit pacienta prvkům relaxace (Trachtová, 2013).

9.3 Ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti

Nelehký pocit nepohody nebo přímo děsu, který je vytvořen vnímáním skutečného nebo imaginárního ohrožení existence (Kudlová, 2013).

a) Související faktory: situační krize, stres, nenaplněné potřeby, předvídání bolesti, utrpení, vnímání blízkosti smrti, neakceptování vlastní smrtelnosti (Kudlová, 2013).

b) Příznaky: subjektivní – pacient uvádí strach z průběhu umírání, ztráty fyzických a duševních schopností během umírání, strach z dlouhého umírání, znepokojení nad dopadem vlastní smrti na blízké osoby, pochybnosti o existenci Boha nebo nějaké vyšší moci, popření vlastní smrtelnosti. Objektivní: hluboký pocit smutku (Kudlová, 2013).

c) Cíle ošetřovatelské péče: cílem je aby, pacient rozeznal a vyjádřil pocity smutku, strachu, snahy o vypořádání se starostmi a eventualitami smrti (Trachtová, 2013).

d) Ošetrovatelské intervence: upřesnit danou situaci, aby bylo možné odhalit mylné informace a uvést je na pravou míru, zjistit kulturní faktory a postoje a jejich dopad na současnou situaci, zaznamenávat náboženskou a duchovní orientaci, posoudit pocit marnosti, beznaděje, využít komunikačních schopností, především aktivního naslouchání, povzbudit pacienta k vyjádření svých pocitů, respektovat rozhodnutí a přání pacienta (Trachtová, 2013).

9.4 Ošetrovatelská diagnóza Riziko osamělosti

Jedná se o subjektivní stav, který je charakterizován rizikem prožívání nepohody, která je spojena s touhou nebo potřebou po větším kontaktu s ostatními lidmi (Kudlová, 2013).

- a) Rizikové faktory: fyzická nebo sociální izolace, citové a duševní strádání (Kudlová, 2013).
- b) Cíle ošetrovatelské péče: snažit se pěstovat vztahy, které pacient potřebuje, zapojení do aktivit dle aktuálního zdravotního stavu (Trachtová, 2013).
- c) Ošetrovatelské intervence: diskutovat o pacientových pocitech, sledovat četnost návštěv, povzbuzovat pacienta, snažit se, aby se zapojil do denních aktivit dle aktuálního zdravotního stavu, nabídnout návštěvu nemocničního kaplana pokud je přítomen (Trachtová, 2013).

9.5 Ošetrovatelská diagnóza Situačně nízká sebeúcta

Jedná se o negativní vnímání vlastní hodnoty v reakci na stávající situaci (Kudlová, 2013).

- a) Související faktory: pocity ztráty kontroly nad některými životními aspekty, ztráta zdraví, chování v rozporu s hodnotami, nedostatek uznání, změny sociální role.
- b) Příznaky: subjektivní: slovní vyjádření negativních pocitů nad sebou samým, výrazy studu, nebo viny, hodnocení sebe sama jako neschopného, nerozhodné chování, vyjádření bezmocnosti (Kudlová, 2013). Objektivní: slovní vyjádření.
- c) Cíle ošetrovatelské péče: snaha o pochopení současné situace (Trachtová, 2013).
- d) Ošetrovatelské intervence: pomoci pacientovi, aby se vyrovnal se současnou situací, povzbudit pacienta k vyjádření pocitů, aktivně naslouchat, dejte pacientovi najevo, že věříte, že se vyrovná s danou situací, poskytněte dostatek pravdivých informací (Trachtová, 2013).

II EMPIRICKÁ ČÁST

1 CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI

Hlavní cíl: Zjistit, jak si všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče představují dobrou smrt.

Dílčí cíle:

1. Zjistit názor všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče na legalizaci eutanazie.
2. Zjistit názor všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče na podstoupení eutanazie.
3. Zjistit pohled všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče na informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu na jejich pracovištích.
4. Zjistit povědomí všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče o možnosti „Dříve vysloveného přání“.

2 METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU

Pro empirickou část své práce jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu – anonymní dotazníkové šetření. Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny. Jeho hlavní výhodou je možnost provádět šetření u velkého počtu respondentů, další výhodou je jednoznačná formulace otázek. Naopak mezi nevýhodami dotazníkového šetření může být nízká návratnost, nebo při neporozumění otázce, nelze většinou nic upřesnit nebo doplnit (Kutnohorská, 2009).

Před tvorbou dotazníku byly stanoveny cíle empirické části, byl použit nestandardizovaný dotazník. Dotazník byl sestaven na základě zkušeností, prostudované literatury a po opakované konzultaci s vedoucí práce. Finální podoba dotazníku obsahuje 19 otázek.

3 DESIGN VÝZKUMU

V období od 22. 9. 2014 do 26. 9. 2014 byl prováděn předvýzkum u deseti kolegyně na mém domovském pracovišti, na základě zpětné vazby byl dotazník upraven, některé otázky upřesněny, některé zcela přepracovány. Poté byla znovu provedena pilotní studie, tentokrát pouze u pěti kolegyně z mého domovského pracoviště. Tentokrát již nebyly žádné připomínky, proto byl dotazník předán k vyplnění.

Distribuce dotazníků probíhala v říjnu a listopadu 2014, celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, z toho dvanáct muselo být vyřazeno, protože byly vyplněny na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, které nebylo součástí výzkumu. Dalších osm dotazníků se nevrátilo, návratnost tedy byla 112, což je 93 %. Empirická část byla vypracovaná na 100 správně vyplněných dotaznících. Sběr vyplněných dotazníků probíhal na začátku prosince 2014.

Na základě osobní konzultace s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Svitavské nemocnice a. s. Mgr. Nemšovskou byly o spolupráci požádány zdravotní sestry na jednotkách intenzivní péče výše uvedené nemocnice, po osobní konzultaci s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Litomyšlské nemocnice a. s. Mgr. Jeřábkovou byly o spolupráci požádány rovněž zdravotní sestry na jednotkách intenzivní péče jejich nemocnice. Poslední oslovenou byla náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice Boskovice s. r. o. Mgr. Fialová, kde byl rovněž rozdán dotazník a sestry boskovické nemocnice byly požádány o spolupráci při jeho vyplnění. Všechny tři souhlasy s výzkumným šetřením budou součástí příloh.

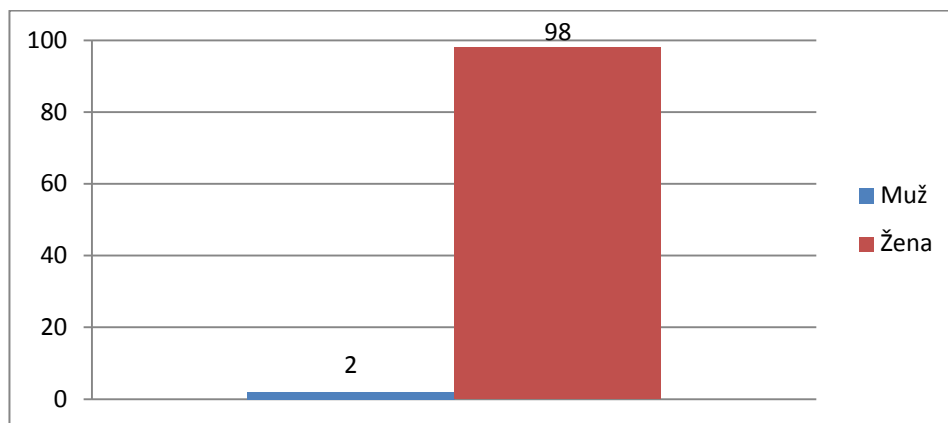
Výsledná data byla zpracována v počítačovém programu Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. Výsledky jsou seřazeny do tabulek formou absolutní a relativní četnosti, pro obrazové znázornění byly použity sloupcové grafy, které jsou přiřazeny k jednotlivým tabulkám.

4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	2	2
Žena	98	98
Celkem	100	100



Graf č. 1 Pohlaví respondentů

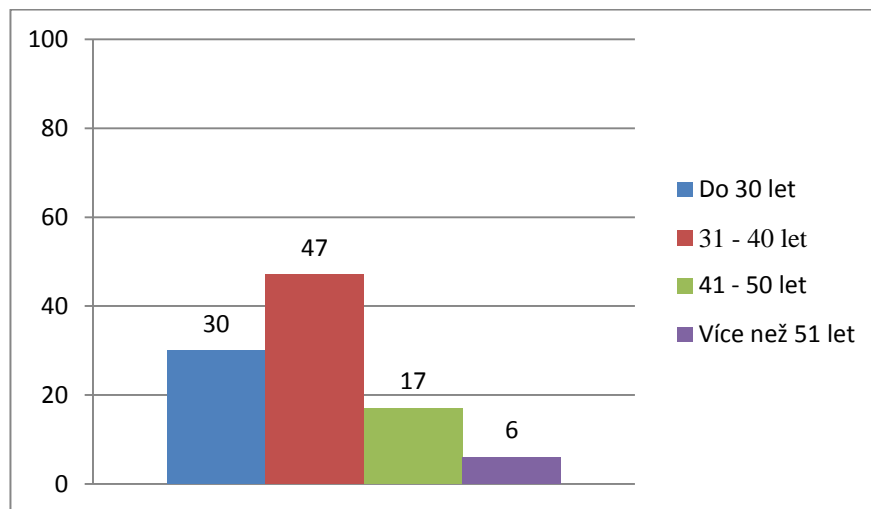
Komentář

Z výše uvedeného vyplývá, že z celkového počtu 100 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 98 žen pracujících na jednotkách intenzivní péče a pouze dva muži.

4.2 Věkové rozložení respondentů

Tabulka č. 2 Věkové rozložení respondentů

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 30 let	30	30
31 – 40 let	47	47
41 – 50 let	17	17
Více než 51 let	6	6
Celkem	100	100



Graf č. 2 Věkové rozložení respondentů

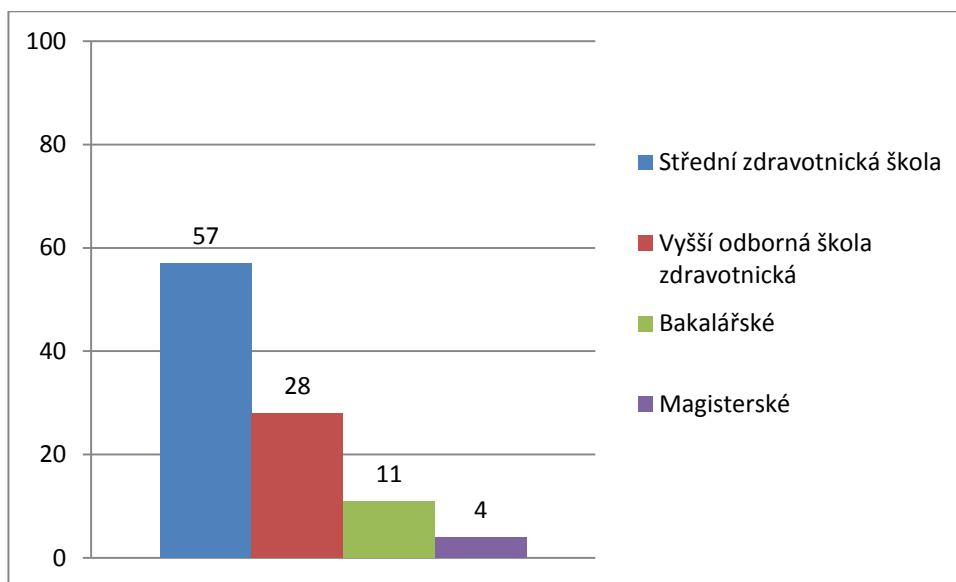
Komentář

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že z celkového počtu 100 respondentů bylo 30 ve věkové kategorii do 30 let, nejvíce respondentů spadalo do kategorie 31–40 let, a to 47 dotázaných, zbylé kategorie měly klesající tendenci. V kategorii 41–50 let bylo zastoupeno 17 respondentů a v kategorii více než 51 let bylo již pouze šest respondentů.

4.3 Vzdělání respondentů

Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Střední zdravotnická škola	57	57
Vyšší odborná škola zdravotnická	28	28
Bakalářské	11	11
Magisterské	4	4
Celkem	100	100



Graf č. 3 Vzdělání respondentů

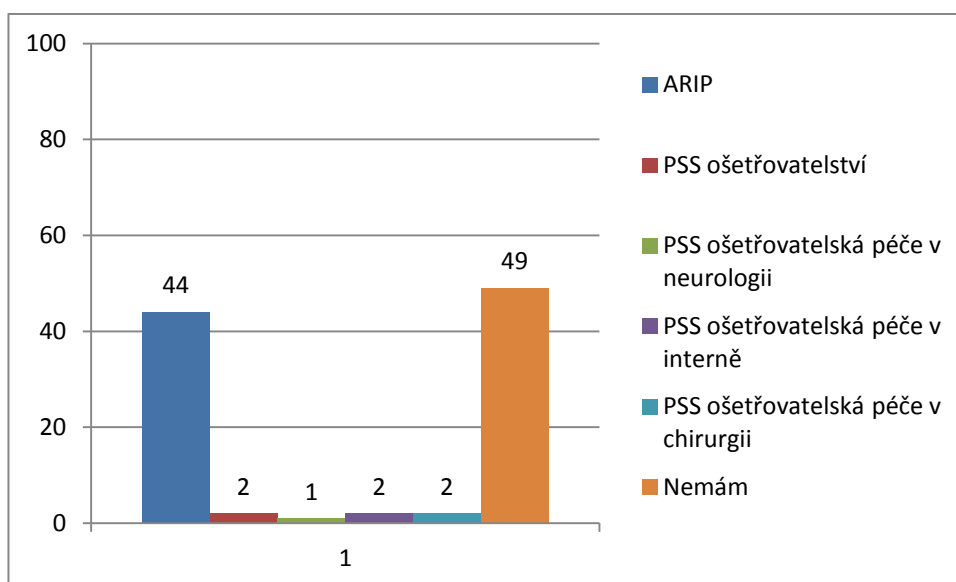
Komentář

Výše uvedená otázka nám ukázala, že nejvíce dotazovaných respondentů má středoškolské vzdělání, z celkového počtu oslovených se jednalo o 57 respondentů, vyšší odborné vzdělání má 28 oslovených respondentů, bakalářské studium osm a magisterského vzdělání dosáhli pouze čtyři respondenti.

4.4 Specializační vzdělání respondentů

Tabulka č. 4 Specializační vzdělání respondentů

Specializační vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ARIP	44	44
PSS ošetřovatelství	2	2
PSS ošetřovatelská péče v neurologii	1	1
PSS ošetřovatelská péče v interně	2	2
PSS ošetřovatelská péče v chirurgii	2	2
Nemám	49	49
Celkem	100	100



Graf č. 4 Specializační vzdělání respondentů

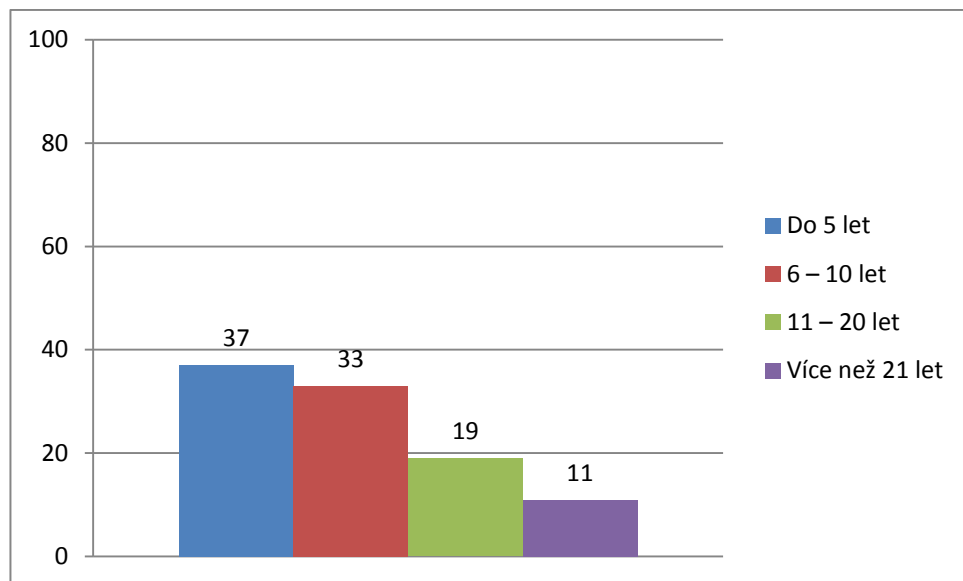
Komentář

Z výše uvedených výsledků, vyplývá, že 44 respondentů z celkového počtu 100 dotazovaných má specializační vzdělání v intenzivní péči, naopak 49 respondentů nemá žádné specializační vzdělání, v rubrice jiné byla jedním respondentem uvedena ošetřovatelská péče v neurologii, dvěma respondenty ošetřovatelská péče v interně, stejný počet respondentů uvedlo ošetřovatelskou péči v chirurgii a dva respondenti uvedli specializační vzdělání v ošetřovatelství.

4.5 Délka praxe na JIP

Tabulka č. 5 Délka praxe na JIP

Délka práce na JIP	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 5 let	37	37
6 – 10 let	33	33
11– 20 let	19	19
Více než 21 let	11	11



Graf č. 5 Délka praxe na JIP

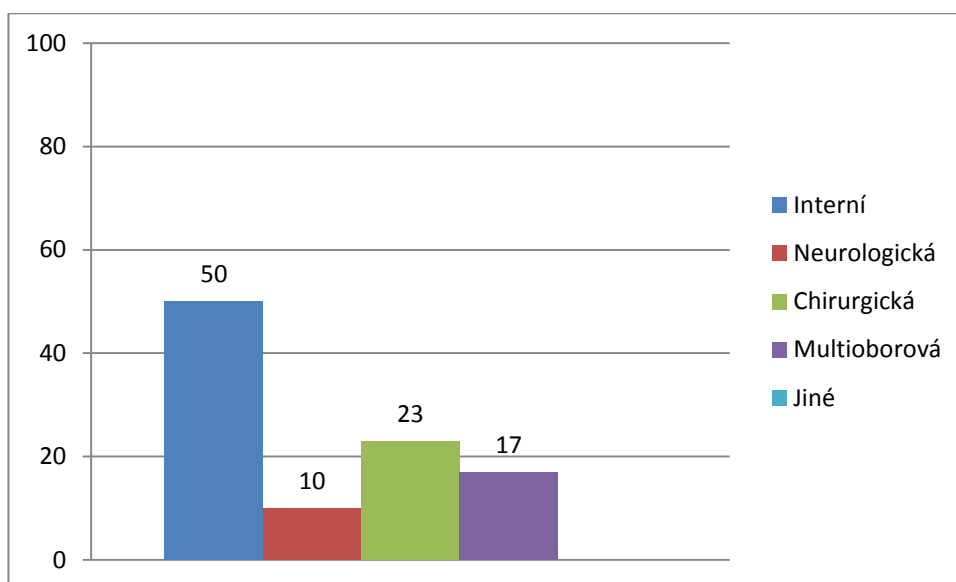
Komentář

Následující položka ukazuje, že 37 z celkového počtu 100 dotazovaných respondentů pracuje na jednotce intenzivní péče dobu kratší než pět let, 33 respondentů pracuje na tomto oddělení 6–10 let, následující položky mají klesající tendenci, po dobu 11–20 let na jednotce intenzivní péče pracuje 19 respondentů a více než 21 let 11 respondentů.

4.6 Typ jednotky intenzivní péče

Tabulka č. 6 Typ jednotky intenzivní péče

Typ pracoviště	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Interní	50	50
Neurologická	10	10
Chirurgická	23	23
Multioborová	17	17
Jiné	0	0



Graf č. 6 Typ jednotky intenzivní péče

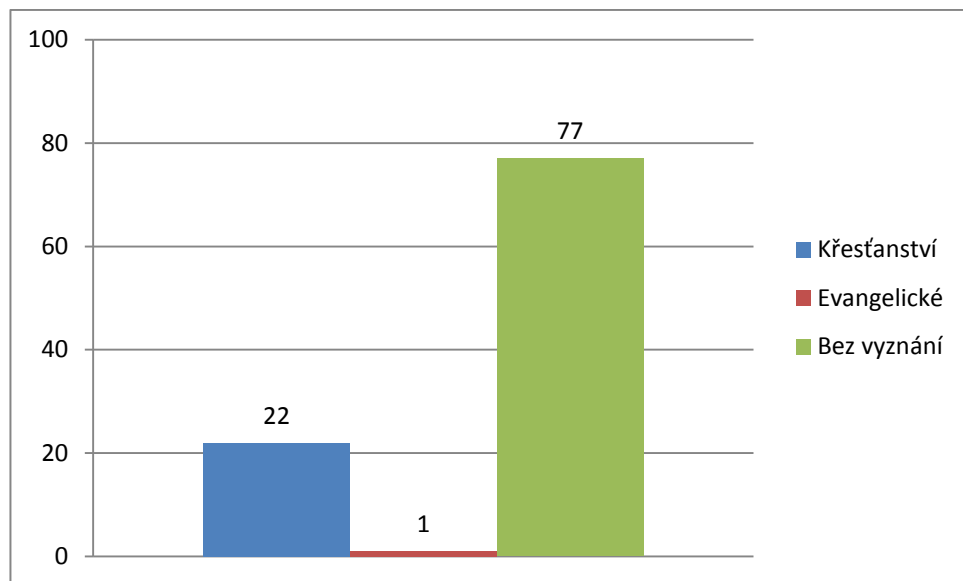
Komentář

Z otázky číslo pět můžeme vyčíst, že nejvíce bylo osloveno zdravotních sester pracujících na jednotce intenzivní péče interního oddělení, a to 50 z celkového počtu 100 respondentů, 23 jich pracuje na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení, 17 na multioborové jednotce intenzivní péče a 10 respondentů na jednotce intenzivní péče neurologického oddělení.

4.7 Náboženství

Tabulka č. 7 Náboženství

Náboženství	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Křesťanství	22	22
Evangelické	1	1
Bez vyznání	77	77
Celkem	100	100



Graf č. 7 Náboženství

Komentář

Otázkou číslo sedm bylo zjištěno, že 77 respondentů z celkového počtu 100 se nehlásí k žádné víře, pouze 22 dotyčných se hlásí ke křesťanství a jeden z dotazovaných respondentů uvedl v rubrice jiné náboženství evangelické.

4.8 Představa dobré smrti

Tabulka č. 8 Představa dobré smrti

Dobrá smrt	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bez bolesti	85	85
V přítomnosti blízkých	67	67
O samotě	1	1
V hospici	3	3
Doma	42	42
Bez umělého prodlužování života, pokud je to beznadějně	71	71
Abych se mohl/la rozloučit před smrtí se svými blízkými	54	54
Abych usnul/la a už se neprobudil/la	60	60
V podobě eutanazie	8	8
Aby zdravotníci respektovali mé přání a rozhodnutí o další léčbě i přesto, že by to znamenalo moji smrt	38	38
Nevím	0	0

Komentář

V této položce mohli oslovení respondenti zakroužkovat více odpovědí, proto celkový počet neodpovídá celkovému počtu respondentů a není uveden. Nejčastěji bylo uvedeno, že si dobrou smrt představují „Bez bolesti“, tato možnost byla zakroužkována v 85 případech, druhá nejčastější odpověď byla „Bez umělého prodlužování života, pokud je to beznadějně“ – byla zakroužkována v 71 případech, „V přítomnosti blízkých“ bylo zakroužkováno v 67 případech. „Abych usnul/la a už se neprobudil/la“ bylo zakroužkováno v 60 případech, „Abych se mohl/la rozloučit před smrtí se svými blízkými“ bylo zakroužkováno v 54 případech, smrt „Doma“ jako představa dobré smrti byla zakroužkována ve 42 případech. „Aby zdravotníci respektovali mé přání a rozhodnutí o další léčbě i přesto, že by to znamenalo moji smrt“ bylo zakroužkováno v 38 případech, „V podobě eutanazie“ bylo zakroužkováno pouze v osmi případech, třikrát bylo uvedeno „V hospici“ a pouze jedenkrát „O samotě“.

4.9 Pojem dobrá smrt

Tabulka č. 9 Pojem dobrá smrt

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Usnout a neprobudit se, ve spánku, klidný spánek	21	21
Bez bolesti, utrpení	44	44
Mír, smíření, smíření s osudem, osobní smíření	18	18
Dobrá smrt neexistuje	1	1
Rychlá	16	16
Eutanazie	2	2
Mít kolem sebe blízké	2	2
Sama doma	1	1
Doma	6	6
Rodina	1	1
Empatie	1	1
Důstojná, důstojný odchod	4	4
Klidný konec	9	9
Neuvedena odpověď	12	12

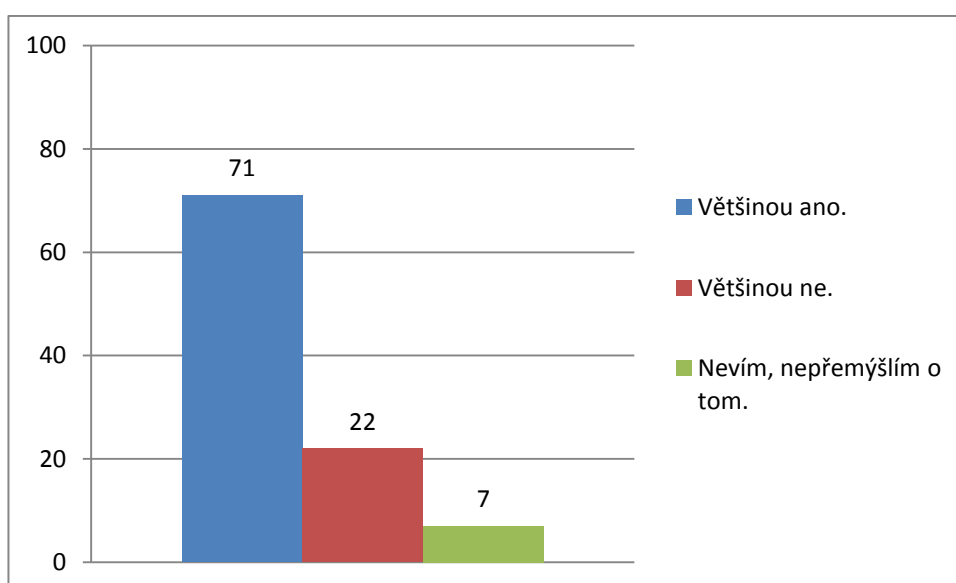
Komentář

Cílem této položky bylo potvrdit uvedené odpovědi v předchozí otázce. Jednotlivé odpovědi byly seřazeny do skupin uvedených v tabulce, tak jak je respondenti zaznamenali. „Bez bolesti a utrpení“ bylo uvedeno ve 44 případech, tedy nejvíce, což se shoduje s předchozí položkou. „Usnout a neprobudit se, ve spánku, klidný spánek“ bylo uvedeno ve 21 případech, i tato odpověď se shoduje s předchozí položkou. „Mír, smíření, smíření s osudem, osobní smíření“ bylo uvedeno v 18 případech, v 16 případech bylo uvedeno, že „Dobrá smrt se pojí s pojmem rychlá“, v devíti případech byla spojována s „Klidným koncem“. Pouze v šesti případech bylo uvedeno „Doma“, což je daleko méně než v předchozí položce. Zbylé odpovědi byly uvedeny v jednom až dvou případech a jsou uvedeny v tabulce. Ve 12 případech nebyla označena odpověď na tuto otázku, bylo uvedeno „viz předchozí“ otázka.

4.10 Důstojné umírání

Tabulka č. 10 Důstojné umírání

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Většinou ano	71	71
Většinou ne	22	22
Nevím, nepřemýšlím o tom	7	7
Celkem	100	100



Graf č. 8 Důstojné umírání

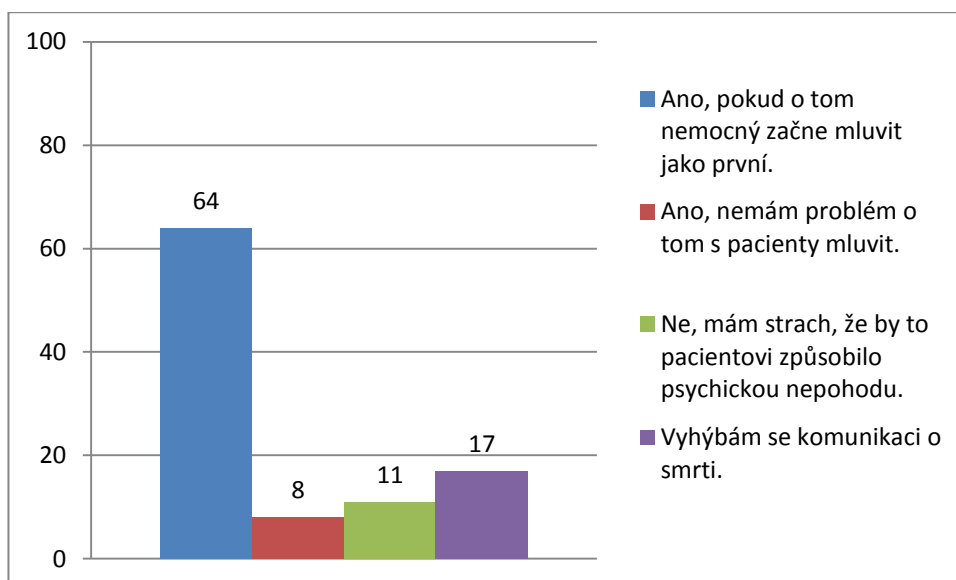
Komentář

Tabulka a graf znázorňují, zda si všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče myslí, že u nich pacienti umírají důstojně. Z celkového počtu 100 respondentů bylo uvedeno v 71 případech, že většinou lidé na jejich pracovištích umírají důstojně, pouze 22 respondentů uvedlo, že většinou ne a sedm respondentů uvedlo, že neví, nepřemýšlí o tom.

4.11 Komunikace o smrti

Tabulka č. 11 Komunikace o smrti

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, pokud o tom nemocný začne mluvit jako první	64	64
Ano, nemám problém o tom s pacienty mluvit	8	8
Ne, mám strach, že by to pacientovi způsobilo psychickou nepohodu	11	11
Vyhýbám se komunikaci o smrti	17	17
Celkem	100	100



Graf č. 9 Komunikace o smrti

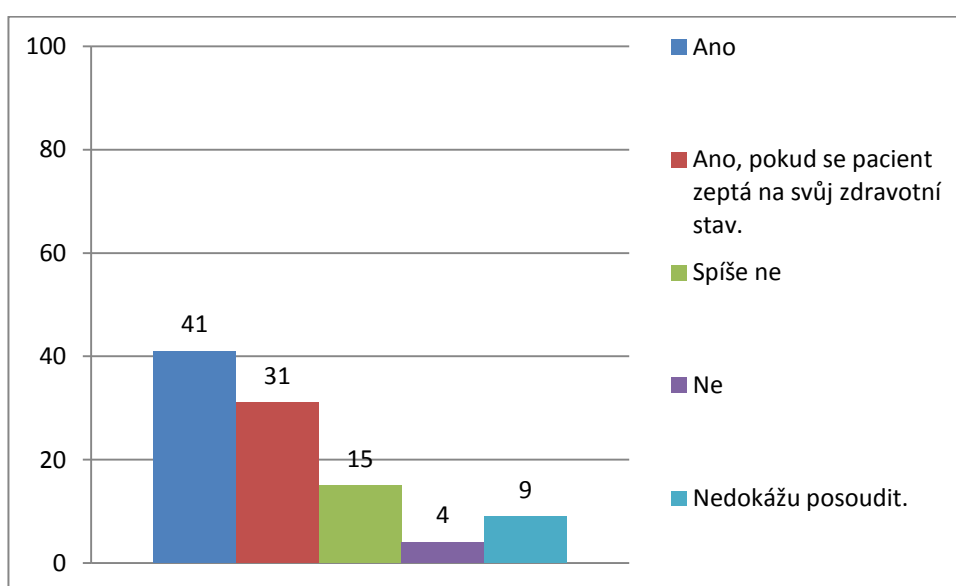
Komentář

Tato položka měla zjistit, jestli všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče mluví se svými pacienty o smrti. Z celkového počtu 100 oslovených respondentů jich 64 odpovědělo „Ano, pokud o tom nemocný začne mluvit jako první.“ Pouze osm respondentů odpovědělo, že nemají problém s pacienty mluvit o smrti, 11 respondentů uvedlo, že mají strach s pacienty mluvit o smrti, aby jim to nezpůsobilo psychickou nepohodu. Vyhýbání se komunikaci o smrti uvedlo 17 z celkového počtu oslovených respondentů.

4.12 Informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu

Tabulka č. 12 Informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	41	41
Ano, pokud se pacient zeptá na svůj zdravotní stav	31	31
Spíše ne	15	15
Ne	4	4
Nedokážu posoudit	9	9
Celkem	100	100



Graf č. 10 Informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu

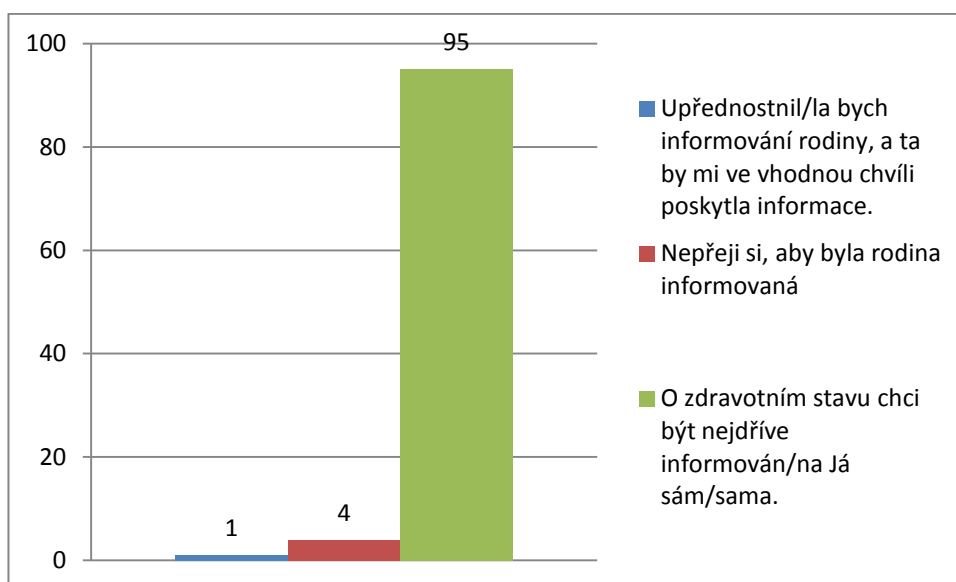
Komentář

V této položce bylo zjišťováno, zda si všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče myslí, že jsou jejich pacienti plně informováni o svém zdravotním stavu – 41 respondentů uvedlo, že ano, avšak 31 oslovených všeobecných sester uvedlo odpověď druhou – „Ano, pokud se pacient zeptá na svůj zdravotní stav.“ Odpověď spíše ne uvedlo pouze 15 respondentů, ne uvedli jen čtyři respondenti, devět respondentů uvedlo, že nedokážou danou problematiku posoudit.

4.13 První informování o zdravotním stavu pacienta

Tabulka č. 13 První informování o zdravotním stavu pacienta

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Upřednostnil/la bych informování rodiny, a ta by mi ve vhodnou chvíli poskytla informace	1	1
Nepřeji si, aby byla rodina informována	4	4
O zdravotním stavu chci být nejdříve informován/na já sám/sama.	95	95
Celkem	100	100



Graf č. 11 První informování o zdravotním stavu pacienta

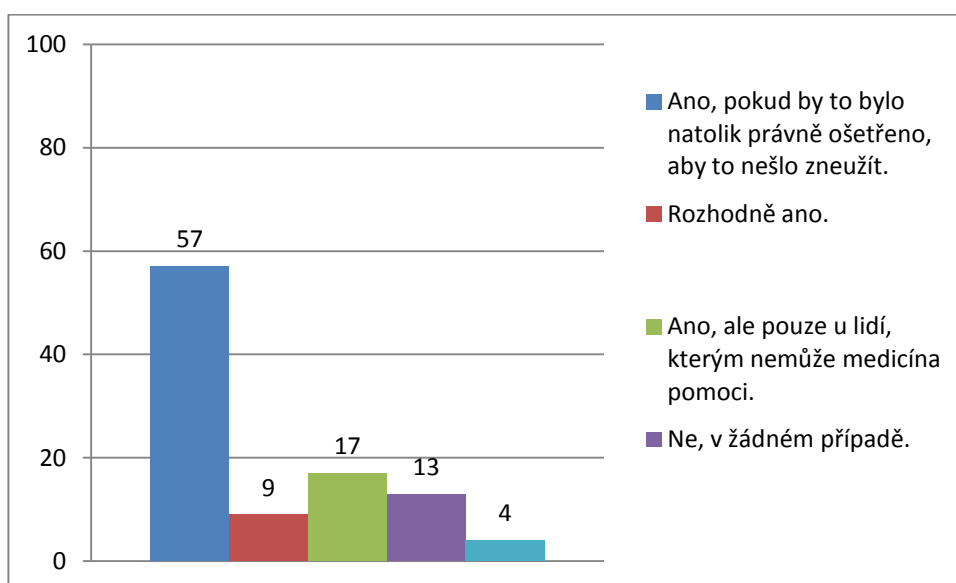
Komentář

Touto položkou bylo zjištěno, že 95 z celkového počtu 100 oslovených respondentů chce být o svém zdravotním stavu informováno nejdříve. Čtyři respondenti uvedli, že si nepřejí, aby byla rodina informována, jeden respondent uvedl možnost „Upřednostnil/la bych informování rodiny, a ta by mi ve vhodnou chvíli poskytla informace.“

4.14 Eutanazie I.

Tabulka č. 14 Eutanazie I.

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, pokud by to bylo natolik právně ošetřeno, aby to nešlo zneužít	57	57
Rozhodně ano	9	9
Ano, ale pouze u lidí, kterým nemůže medicína pomoci	17	17
Ne, v žádném případě	13	13
Nevím, nepřemýšlím o tom	4	4
Celkem	100	100



Graf č. 12 Eutanazie I.

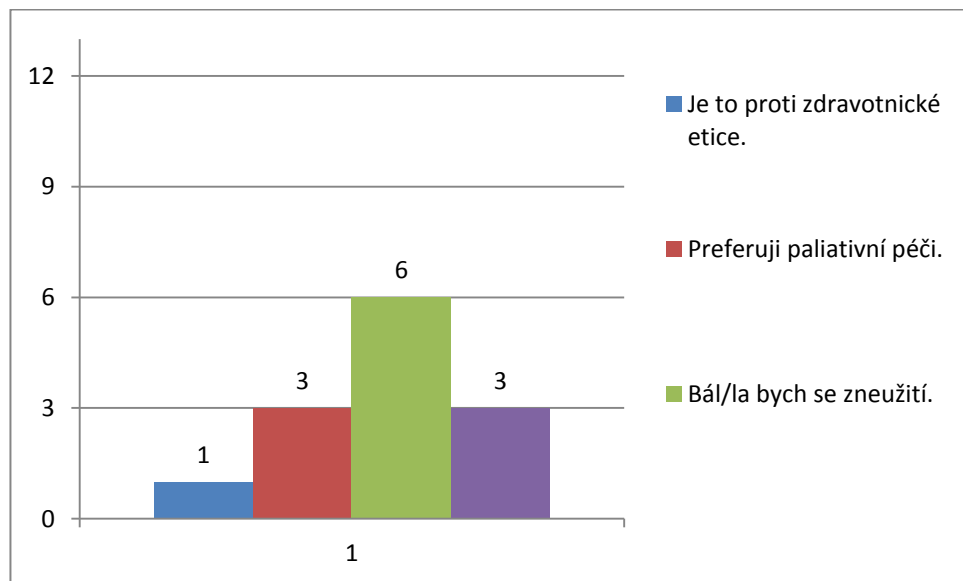
Komentář

Tato položka zjišťovala názor všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče na uzákonění eutanazie. Z tabulky a grafů je patrné, že 57 ze 100 oslovených respondentů uvedlo, že by souhlasili s uzákoněním eutanazie v případě, že by to bylo právně ošetřeno, aby nemohlo dojít ke zneužití, devět jich uvedlo, že by rozhodně souhlasili a 17 respondentů by souhlasilo s uzákoněním eutanazie u lidí, kterým nemůže medicína pomoci. Z toho vyplývá, že převažující část dotazovaných by byla pro uzákonění eutanazie. Pouze 13 ze 100 dotazovaných respondentů by s uzákoněním eutanazie nesouhlasilo. Čtyři respondenti uvedli, že neví.

4.15 Eutanazie II.

Tabulka č. 15 Eutanazie II.

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Je to proti zdravotnické etice	1	7,69
Preferuji paliativní péči	3	23,08
Bál/la bych se zneužití	6	46,15
V terminálním stadiu může pacient reagovat neuváženě ve stavu úzkosti	3	23,08
Celkem	13	100



Graf č. 13 Eutanazie II.

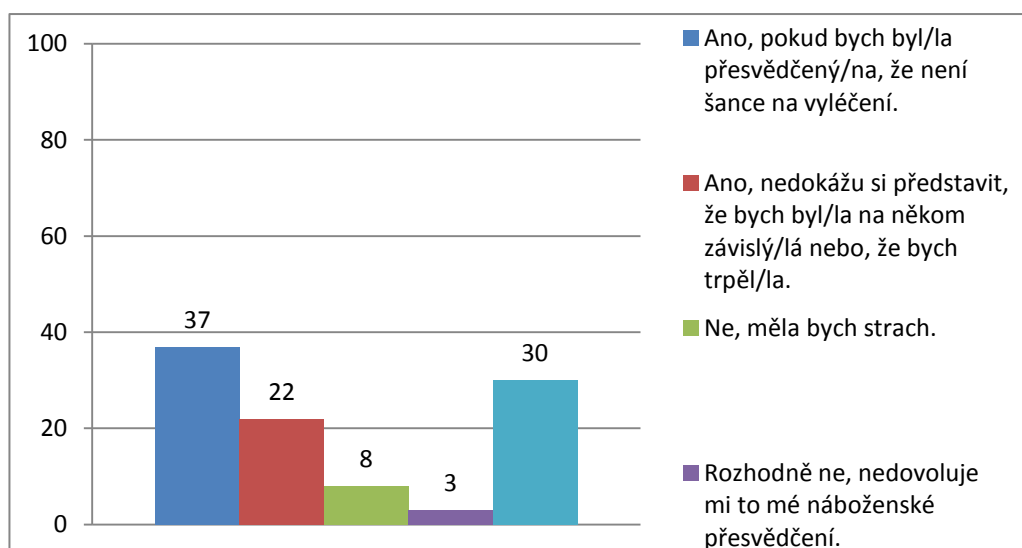
Komentář

Tato položka zjišťovala důvody, které respondenty vedly v otázce č. 14. 1. k odpovědi, že jsou proti uzákonění eutanazie. V tomto případě je považováno, že 100 % je 13 respondentů, kteří v otázce č. 14. 1. odpověděli „ne, v žádném případě“. Šest (46,15 %) respondentů uvedlo, že by se báli zneužití, tři respondenti (23,08 %) uvedli, že preferují paliativní péči, další tři respondenti (23,08 %) uvedli možnost „V terminálním stadiu může pacient reagovat neuváženě ve stavu úzkosti.“ Jeden (7,69 %) respondent uvedl, že je to proti zdravotnické etice.

4.16 Podstoupení eutanazie

Tabulka č. 16 Podstoupení eutanazie

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, pokud bych byl/la přesvědčený/na, že není šance na vyléčení	37	37
Ano, nedokážu si představit, že bych byl/la na někom závislý/lá nebo, že bych trpěl/la	22	22
Ne, měla bych strach	8	8
Rozhodně ne, nedovoluje mi to mé náboženské přesvědčení	3	3
Nevím	30	30
Celkem	100	100



Graf č. 14 Podstoupení eutanazie

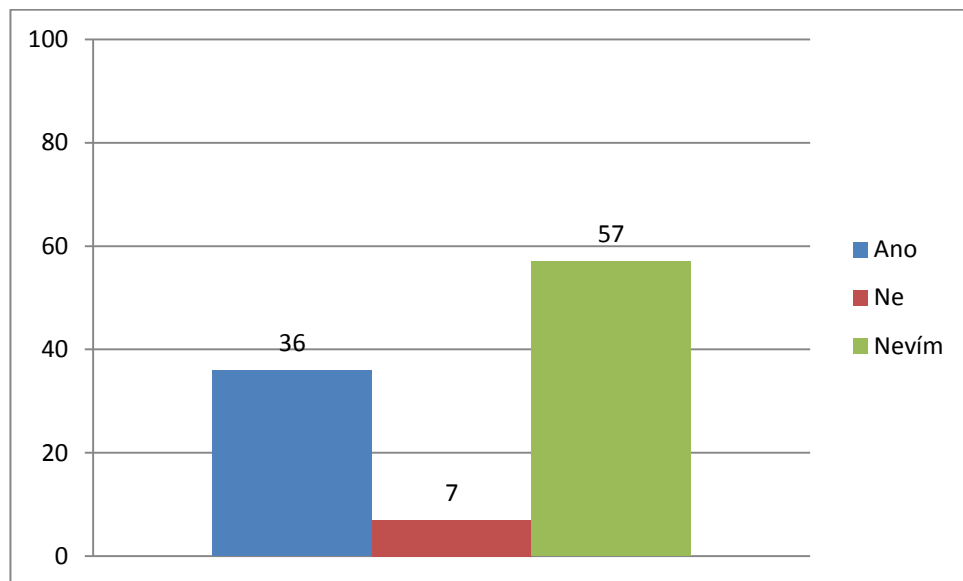
Komentář

Z výše uvedené tabulky a grafu můžeme vyčíst, že 37 respondentů ze 100 oslovených by bylo ochotno podstoupit eutanazii, pokud by nebyla šance na vyléčení, 22 respondentů uvedlo druhou možnost „Ano, nedokážu si představit, že bych byl/la na někom závislý/lá nebo, že bych trpěl/la.“ Z toho vyplývá, že více než polovina oslovených respondentů by byla ochotna podstoupit eutanazii. „Ne, měla bych strach“ uvedlo osm respondentů, možnost „Rozhodně ne, nedovoluje mi to mé náboženské přesvědčení“ uvedli tři respondenti. Nevím uvedlo 30 respondentů z celkového počtu 100 oslovených.

4.17 Požadavek na eutanazii

Tabulka č. 17 Požadavek na eutanazii

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	36	36
Ne	7	7
Nevím	57	57
Celkem	100	100



Graf č.15 Požadavek na eutanazii

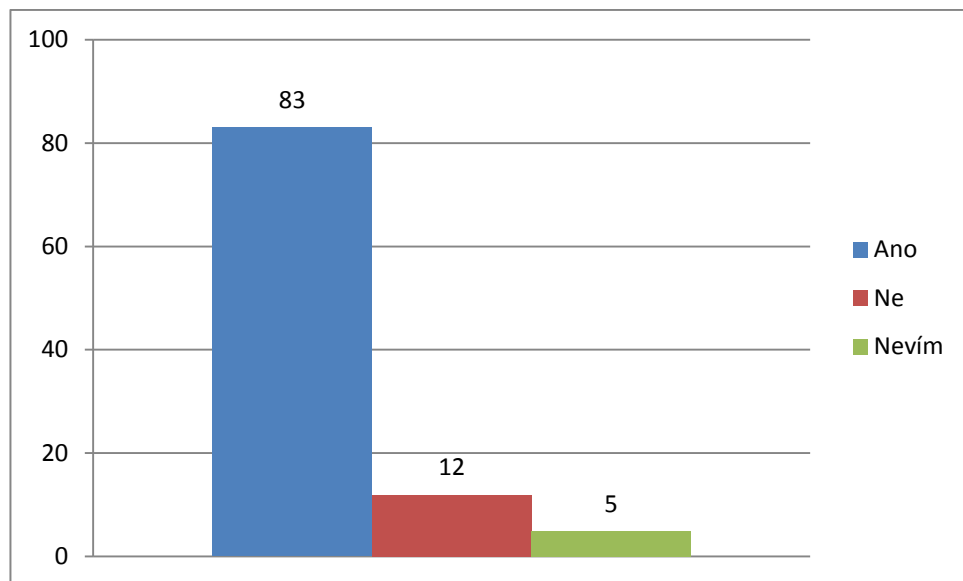
Komentář

V této otázce bylo zjištěno, že 36 ze 100 dotazovaných respondentů by po lékaři požadovalo eutanazii v případě, že by se jejich onemocnění blížilo do terminálního stadia, sedm respondentů by ji nepožadovalo a 57 respondentů neví.

4.18 Pohled na smrt

Tabulka č. 18 Pohled na smrt

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	83	83
Ne	12	12
Nevím	5	5
Celkem	100	100



Graf č. 16 Pohled na smrt

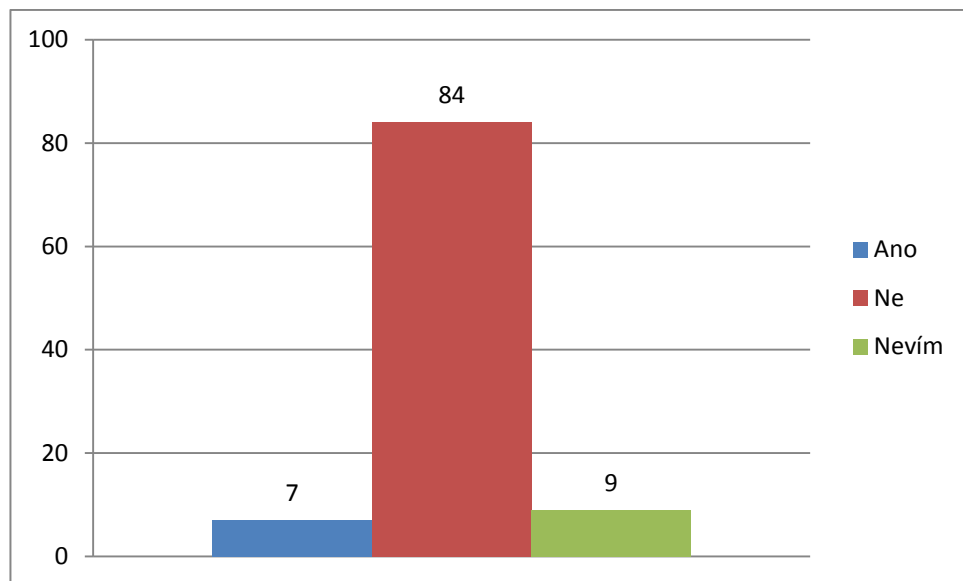
Komentář

Z otázky č. 17 vyplývá, že 83 respondentů ze 100 dotazovaných si myslí, že pohled na smrt a jejich postoj ke smrti byl ovlivněn jejich povoláním, pouze 12 respondentů si myslí, že ne a pět respondentů uvedlo, že neví.

4.19 „Dříve vyslovené přání“ u pacienta

Tabulka č. 19, „Dříve vyslovené přání“ u pacienta

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	7	7
Ne	84	84
Nevím	9	9
Celkem	100	100



Graf č. 17, „Dříve vyslovené přání“ u pacienta

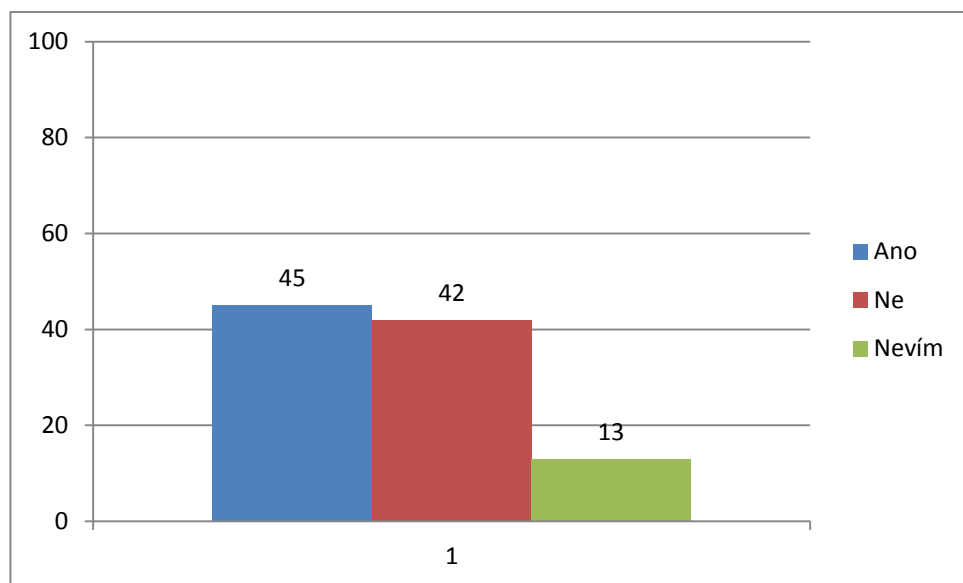
Komentář

Z výše uvedené tabulky a grafu je možné vyčíst, že pouze sedm respondentů ze 100 dotazovaných se setkala s pacientem, který by měl sepsané „Dříve vyslovené přání“, převážná většina 84 respondentů se s takovým pacientem nesešla a zbylých devět o tom neví, že by se s takovým člověkem setkali.

4.20 Existence „Dříve vysloveného přání“

Tabulka č. 20 Existence „Dříve vysloveného přání“

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	45	45
Ne	42	42
Nevím	13	13
Celkem	100	100



Graf č. 18 Existence „Dříve vysloveného přání“

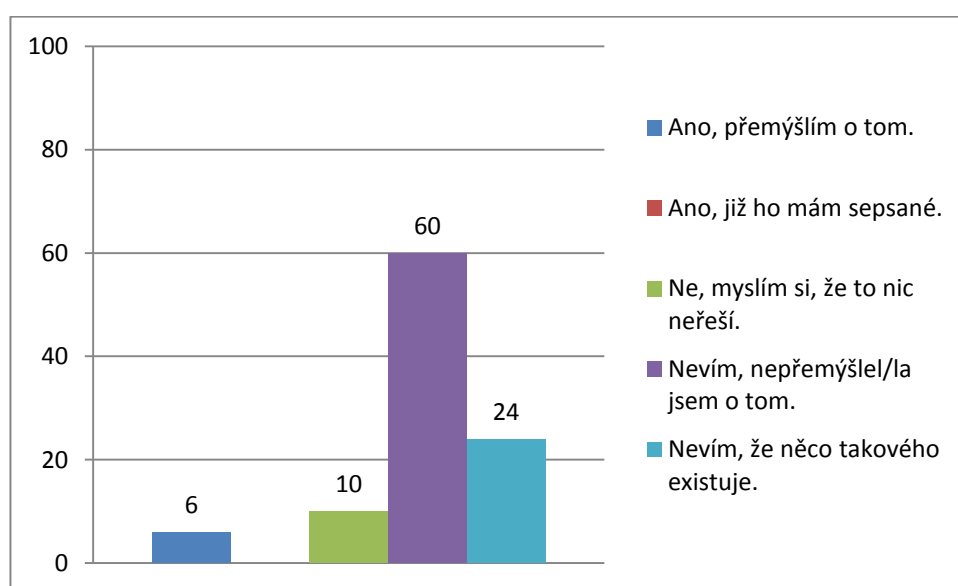
Komentář

V této položce je hodnocena povědomost zdravotních sester na jednotkách intenzivní péče o možnosti sepsání „Dříve vysloveného přání“. Z tabulky a grafu je patrné, že 45 ze 100 dotazovaných respondentů ví, že existuje možnost sepsání „Dříve vysloveného přání“. Odpověď ne a nevím je hodnocena dohromady, a z toho vyplývá, že 55 ze 100 dotazovaných neví o možnosti sepsání „Dříve vysloveného přání“.

4.21 Respondenti a jejich sepsané „Dříve vyslovené přání“

Tabulka č. 21 Respondenti a jejich sepsané „Dříve vyslovené přání“

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, přemýšlím o tom	6	6
Ano, již ho mám sepsané	0	0
Ne, myslím si, že to nic neřeší	10	10
Nevím, nepřemýšlel/la jsem o tom	60	60
Nevím, že něco takového existuje	24	24
Celkem	100	100



Graf č. 19 Respondenti a jejich sepsané „Dříve vyslovené přání“

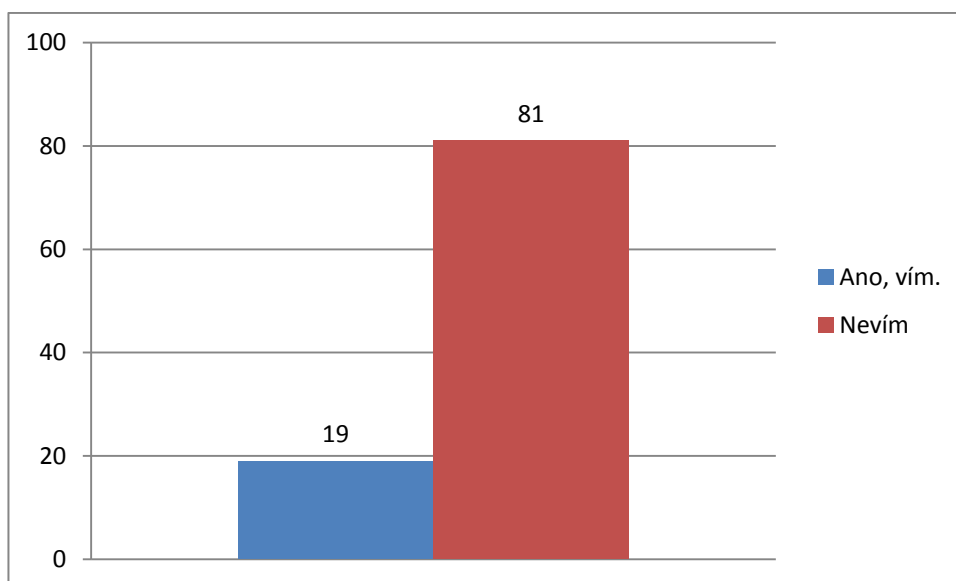
Komentář

Z výše uvedeného grafu a tabulky můžeme vyčíst, že 60 ze 100 dotazovaných respondentů nepřemýšlelo o tom, že by si nechali sepsat „Dříve vyslovené přání“, 24 z nich neví, že něco takového existuje, deset respondentů si myslí, že to nic neřeší. Žádný z dotazovaných respondentů nemá sepsané „Dříve vyslovené přání“ a pouze šest respondentů ze 100 oslovených o této možnosti uvažuje.

4.22 Ověření „Dříve vysloveného přání“ I.

Tabulka č. 22 Ověření „Dříve vysloveného přání“ I.

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, vím	19	19
Nevím	81	81
Celkem	100	100



Graf č. 20 Ověření „Dříve vysloveného přání“ I.

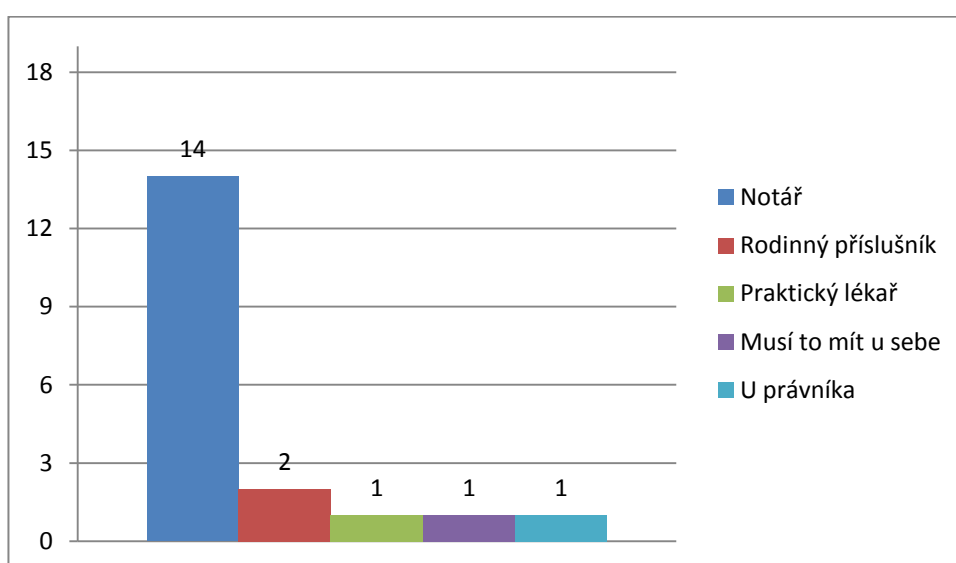
Komentář

Položkou číslo 21 jsem chtěla zjistit, zda oslovení respondenti vědí, kde by si ověřili, jestli má pacient „Dříve vyslovené přání“. Ze 100 oslovených respondentů pouze 19 odpovědělo, že ano, 81 respondentů, tedy převážná většina odpověděla, že nevědí.

4.23 Ověření „Dříve vysloveného přání“ II.

Tabulka č. 23 Ověření „Dříve vysloveného přání“ II.

Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Notář	14	73,68
Rodinný příslušník	2	10,53
Praktický lékař	1	5,26
Musí to mít u sebe	1	5,26
U právníka	1	5,26
Celkem	19	100



Graf č. 21 Ověření „Dříve vysloveného přání“ II.

Komentář

V této položce se vychází z položky č. 21.1, a jejím cílem bylo ověřit odpověď, že respondenti vědí, kde si ověřit sepsané „Dříve vyslovené přání“. Při interpretaci se vycházelo z celkového počtu 19 kladných odpovědí, z čeho byla vypočítána i relativní četnost. U notáře uvedlo 14 (73,68 %) z 19 respondentů, dva respondenti (10,53 %) uvedli, že by si to ověřili u rodinného příslušníka, jeden respondent (5,26 %) uvedl, že by si to ověřil u praktického lékaře, dále bylo jedenkrát (5,26 %) uvedeno, že by si to respondent ověřil u právníka a jedenkrát (5,26 %) bylo uvedeno, že to musí mít pacient u sebe.

5 DISKUSE

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak si všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče představují dobrou smrt. K tomuto cíli se vtahovaly otázky č. 8, 9 a 10. V otázce č. 8 bylo nejčastěji uvedeno, že si dobrou smrt představují „Bez bolesti“, tato možnost byla zakroužkována v 85 případech, druhá nejčastější odpověď byla „Bez umělého prodlužování života, pokud je to beznadějně“, která byla označena v 71 případech, „V přítomnosti blízkých“ bylo zakroužkováno v 67 případech, „Abych usnul/la a už se neprobudil/la bylo označeno v 60 případech, možnost „Abych se mohl/la rozloučit před smrtí se svými blízkými“ byla zvolena v 54 případech. Cílem otázky č. 9 bylo potvrdit uvedené odpovědi v otázce č. 8, což se povedlo v těchto případech: „Bez bolesti a utrpení“ bylo uvedeno ve 44 případech, tedy nejvíce, což se shoduje s předchozí položkou. „Usnout a neprobudit se, ve spánku, klidný spánek“ bylo uvedeno ve 21 případech, i tato odpověď se shoduje s předchozí položkou. Udivující výsledek pro mě byl, že v otázce č. 8 byla smrt „Doma“ jako představa dobré smrti zakroužkována pouze ve 42 případech a v otázce č. 9 byla uvedena pouze v šesti případech. Tento výsledek pro mě byl zarážející a potvrzuje úvahy, že i zdravotníci uvažují převážně o smrti v nemocnici a potvrzuje trend 20. století o institucionální smrti. K tomuto cíli jsem přiřadila otázku č. 10, která se věnuje důstojnosti umírajících lidí na jednotkách intenzivní péče, pozitivním výsledkem pro mě bylo, že 71 ze 100 oslovených respondentů si myslí, že lidé na jejich oddělení umírají důstojně.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit názor všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče na legalizaci eutanazie, k tomuto cíli byly přiřazeny otázky číslo 14. 1., 14. 2. Zajímavé bylo, že 57 ze 100 oslovených respondentů uvedlo, že by souhlasili s uzákoněním eutanazie, v případě, že by to bylo právně ošetřeno, aby nemohlo dojít k zneužití, devět jich uvedlo, že by rozhodně souhlasili a 17 respondentů by souhlasilo s uzákoněním eutanazie u lidí, kterým nemůže medicína pomoci. Z toho vyplývá, že převážná většina oslovených respondentů by za určitých podmínek byla pro uzákonění eutanazie.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit názor všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče na podstoupení eutanazie, k tomuto cíli byly přiřazeny otázky č. 15, 16 a 17. Ze 100 oslovených respondentů by 37 respondentů bylo ochotno podstoupit eutanazii, pokud by nebyla šance na vyléčení, 22 respondentů uvedlo „Ano, nedokážu si představit, že bych byl/la na někom závislý/lá nebo, že bych trpěl/la.“ Z toho vyplývá, že větší polovina oslovených respondentů by byla ochotna podstoupit eutanazii, což potvrzuje většinový názor oslovených

respondentů na uzákonění eutanazie. Zajímavé však je, že v otázce č. 16 uvedlo 57 respondentů, že neví, jestli by po lékaři požadovali eutanazii, což je v rozporu s předchozími otázkami. Ze 100 dotazovaných respondentů si 83 respondentů myslí, že pohled na smrt a jejich postoj ke smrti byl ovlivněn jejich povoláním.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit pohled všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče na informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu na jejich pracovištích. K tomuto cíli byly přiřazeny otázky číslo 12 a 13. Ze 100 oslovených respondentů odpovědělo 41, že ano, 31 oslovených respondentů uvedlo odpověď druhou „Ano, pokud se pacient zeptá na svůj zdravotní stav“.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit povědomí všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče o možnosti „Dříve vysloveného přání“. K tomuto cíli byly přiřazeny otázky číslo 18, 19, 20 a 21. Převážná většina, tedy konkrétně 84 ze 100 oslovených respondentů, se za svou praxi nesešla s pacientem, který by měl sepsané „Dříve vyslovené přání“. Překvapivé je, že 55 ze 100 dotazovaných neví o možnosti sepsání „Dříve vysloveného přání“. Z otázky číslo 20 vyplývá, že 60 ze 100 dotazovaných respondentů nepřemýšlelo o tom, že by si nechalo sepsat „Dříve vyslovené přání“, 24 z nich neví, že něco takového existuje, deset respondentů si myslí, že to nic neřeší. Z těchto výsledků vyplývá, že i když je v zákoně uvedena tato možnost, není mezi lidmi běžně využívána a ani mezi zdravotníky nejsou informace o „Dříve vysloveném přání“ rozšířeny.

Snažila jsem se najít práci, která by byla zaměřená na stejné téma, abych mohla dané výsledky porovnat, bohužel jsem takovou práci nenalezla.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

ZÁVĚR

Na závěr bych chtěla vyjádřit svůj postoj k dané problematice. Pracuji sedm roků na JIP interního oddělení u lůžka nemocného. Bohužel se nadále setkávám s lékaři, kteří odmítají účinně tlumit bolest u terminálně nemocných pacientů, aby je nezabili, i přesto, že vědí, že jim medicína nemůže pomoci. „*Výuka a výchova zdravotnických pracovníků je v tomto směru v celé Evropě zcela nedostatečná. V těchto situacích dochází i k rozladám mezi lékaři a sestrami, které se cítí být frustrovány proto, že je jim často přisuzovaná jen marginální role*“ (Munzarová, 2005, s. 79). Velice často se setkávám s tím, že jsou lidé léčeni proti jejich vůli, jsou při životě drženi pomocí léků a přístrojů. Velice často slyším od lékařů, že musí danou léčbu nasadit, aby dodrželi postupy lege artis a nemohli být právně napadeni. Obávám se, že některé zdravotní sestry jsou v současné době více obeznámeny s paliativní péčí než někteří lékaři. Podotýkám, že je to můj osobní názor, na kterém stojí výše uvedený osobní postoj, že bych byla pro uzákonění eutanazie, i přes všechna rizika, která jsou s tím spojená, alespoň do té doby, než budou lékaři povinni akceptovat zásady moderní paliativní péče. Řekla bych, že tento můj postoj vyjadřuje i výsledky mého výzkumu. Přesto bych zde chtěla zopakovat postoj profesorky Munzarové, která uvádí, „*že není přece možné na jedné straně tahat lidi hrobníkovi z lopaty, a na straně druhé jiné na tu lopatu zase nakládat*“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 163). Je to velká myšlenka, která nahlodala mé přesvědčení o tom, zda můj postoj k eutanazii je správný. Věřím, že mi má přibývajících praxe umožní tento názor změnit.

Slovo smrt, tak krátké, přesto tak tajemné, opředené mnohými mýty. Dokáže vyvolat velké a různorodé emoce, přesto je třeba, abychom o ní mluvili, je přece součástí našeho života. A nikdo nikdy nevíme, kdy nás potká.

Anotace

Autor: Martina Jurková, DiS.

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Dobrá smrt z pohledu všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Počet stran: 87

Počet příloh: 6

Rok obhajoby: 2015

Klíčová slova: smrt, umírání, eutanazie, paliativní péče, dříve vyslovené přání

Hlavním tématem této práce je pohled všeobecných sester pracujících na jednotkách intenzivní péče na dobrou smrt. Teoretická část je zaměřena především na historický vývoj smrti a umírání, na eutanazii, paliativní péči a důstojnost umírajících. V empirické části bylo užito kvantitativního výzkumu, tedy anonymního dotazníkového šetření. Po analýze výsledků byly zjištěny představy všeobecných sester o dobré smrti. Z výsledků je patrné, že větší část oslovených respondentů by byla pro uzákonění eutanazie, ale velká část oslovených respondentů nezná model dříve vysloveného přání, který platná legislativa nabízí jako alternativu eutanazie. Tato bakalářská práce by měla vést k dalšímu zamyšlení nad danou problematikou.

Main topic of this work focuses on the perspective of a nurse from the intensive care unit on a good death. Theoretical part describes mainly historical evolution of death and dying, euthanasia, palliative care and dignity of dying person. Empiric chapter uses quantitative research in form of anonymous questionnaire. Perspectives of nurses on good death were found by analysis of questionnaires. Results showed that most of the respondents would agree with legalization of euthanasia. On the other hand many respondents are not familiar with institution of DNR offered by Czech legislative as alternative to euthanasia. This thesis should lead to further reflection of the given issue.

Seznam použité literatury

1. ČERNÝ, David a Adam DOLEŽAL. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. 1. vydání. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. ISBN 978-80-87439-15-9.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
3. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
4. KERRIGAN, Michael. *Historie smrti*. 1. vydání. Praha: DEUS, 2008. ISBN 978-80-87087-55-8.
5. KISVETROVÁ, Helena a Jana KUTNOHORSKÁ. Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*. 2010, roč. 2010, č. 2, ISSN 1212- 4117.
6. KOLEKTIV AUTORŮ. *Důstojné umírání II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2381-4.
7. KUDLOVÁ, Pavla. *NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. T. Heather Herdman. ISBN 978-802-4743-288.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika umírání a smrti II. In: *Sborník přednášek – Mostecké dny sester: Od Florence Nightingelové k současnosti aneb Ošetrovatelství s novou tváří*. Most: Nemocnice Most ve spolupráci s ČAS, 2007, 95 s. ISBN 978-80-239-8725-6.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
11. KÜBLER-ROSSOVÁ. *O smrti a umírání*. 1. vydání. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
12. KÜBLER-ROSSOVÁ. *Světlo na konci tunelu: Úvahy o životě a umírání*. 1. vydání. Brno: JOTA, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.

13. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
14. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
15. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče - pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
16. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4659-3.
17. SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. 1. vydání. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
18. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-807-0135-532.
19. ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti*. 1. vydání. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.
20. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
21. VIRT, Günter. *Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.
22. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9. vydání. Praha: MAXDORF, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.

Elektronické zdroje

ČESKO, ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Etický kodex* [online]. LKCR, ©2007 [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html>

ČESKO, MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Platná legislativa* [online]. MZCR, ©2012 [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/platna-legislativa_8927_3102_8.html

PROCHÁZKOVÁ, Tereza. *Lidská důstojnost a umírání*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [online]. MUNI, ©2008 [cit. 2015-01-04]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/176642/lf_b/

UMÍRÁNÍ. Paliativní péče. *Umirani.cz* [online]. ©2015 [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/paliativni-pece.html>

UMÍRÁNÍ. Charta práv umírajících. *Umirani.cz* [online]. [cit. 2015-01-04]. Dostupné z <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajcich.html>

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů.....	44
Tabulka č. 2 Věkové rozložení respondentů.....	45
Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů.....	46
Tabulka č. 4 Specializační vzdělání respondentů	47
Tabulka č. 5 Délka praxe na JIP	48
Tabulka č. 6 Typ jednotky intenzivní péče.....	49
Tabulka č. 7 Náboženství.....	50
Tabulka č. 8 Představa dobré smrti.....	51
Tabulka č. 9 Pojem dobrá smrt	52
Tabulka č. 10 Důstojné umírání.....	53
Tabulka č. 11 Komunikace o smrti	54
Tabulka č. 12 Informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu	55
Tabulka č. 13 První informování o zdravotním stavu pacienta	56
Tabulka č. 14 Eutanazie I.	57
Tabulka č. 15 Eutanazie II.	58
Tabulka č. 16 Podstoupení eutanazie.....	59
Tabulka č. 17 Požadavek na eutanazii	60
Tabulka č. 18 Pohled na smrt.....	61
Tabulka č. 19,„Dříve vyslovené přání“ u pacienta	62
Tabulka č. 20 Existence „Dříve vysloveného přání“	63
Tabulka č. 21 Respondenti a jejich sepsané „Dříve vyslovené přání“	64
Tabulka č. 22 Ověření „Dříve vysloveného přání“ I.	65
Tabulka č. 23 Ověření „Dříve vysloveného přání“ II.	66

Seznam grafů

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	44
Graf č. 2 Věkové rozložení respondentů	45
Graf č. 3 Vzdělání respondentů	46
Graf č. 4 Specializační vzdělání respondentů.....	47
Graf č. 5 Délka praxe na JIP	48
Graf č. 6 Typ jednotky intenzivní péče.....	49
Graf č. 7 Náboženství	50
Graf č. 8 Důstojné umírání	53
Graf č. 9 Komunikace o smrti.....	54
Graf č. 10 Informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu.....	55
Graf č. 11 První informování o zdravotním stavu pacienta	56
Graf č. 12 Eutanazie I.	57
Graf č. 13 Eutanazie II.	58
Graf č. 14 Podstoupení eutanazie	59
Graf č. 15 Požadavek na eutanazii.....	60
Graf č. 16 Pohled na smrt	61
Graf č. 17 „Dříve vyslovené přání“ u pacienta	62
Graf č. 18 Existence „Dříve vysloveného přání“	63
Graf č. 19 Respondenti a jejich sepsané „Dříve vyslovené přání“	64
Graf č. 20 Ověření „Dříve vysloveného přání“ I.	65
Graf č. 21 Ověření „Dříve vysloveného přání“ II.....	66

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Doporučení rady Evropy č. 1418/1999

Příloha č. 3 – Návrh formy „Dříve vysloveného přání“

Příloha č. 4 – Žádost o povolení dotazníkového šetření I.

Příloha č. 5 – Žádost o povolení dotazníkového šetření II.

Příloha č. 6 – Žádost o povolení dotazníkového šetření III.

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník

Vážené kolegyně, kolegové,

jsem studentkou 3. ročníku studijního programu Ošetřovatelství obor Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Píši bakalářskou práci na téma „Dobrá smrt z pohledu sestry intenzivní péče“.

Cílem mého dotazníku je zjistit, jak všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče vnímají dobrou smrt. Chci Vás poprosit o pomoc při vyplnění dotazníku, který je zcela důvěrný a anonymní. Informace, které mi prostřednictvím něho sdělíte, budou použity pro empirickou část mé bakalářské práce.

Prosím označte vždy jednu odpověď, pokud není v zadání otázky uvedeno jinak. Předem Vám děkuji za spolupráci a čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Jurková Martina

1. Jste?
 - a Muž
 - b Žena

2. Kolik je vám let?
 - a Do 30 let
 - b 31-40 let
 - c 41-50 let
 - d Více než 51 let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a Střední zdravotnická škola
 - b Vyšší odborná škola zdravotnická
 - c Bakalářské
 - d Magisterské

4. Máte specializační vzdělání?
 - a ARIP
 - b Jiné (napište)
 - c Nemám

5. Jak dlouho pracujete na jednotce intenzivní péče?
 - a Do 5 let
 - b 6 – 10 let
 - c 11- 20 let
 - d Více než 21 let

6. Na jakém typu JIP pracujete?
 - a Interní
 - b Neurologická
 - c Chirurgická
 - d Multioborová
 - e Jiná(napište)

7. Hlásíte se k určitému náboženství?
 - a Ano, jsem křesťan/ka.
 - b Ano, mám jiné náboženské vyznání, jaké? (napište)
 - c Ne

8. Jak si představujete dobrou smrt? (můžete zakroužkovat více odpovědí)
- a Bez bolesti
 - b V přítomnosti blízkých
 - c O samotě
 - d V hospici
 - e Doma
 - f Bez umělého prodloužení života, pokud je to beznadějně
 - g Abych se mohl/la rozloučit před smrtí se svými blízkými
 - h Abych usnul/la a už se neprobudil/la
 - i V podobě eutanazie
 - j Aby zdravotníci respektovali mé přání a rozhodnutí o další léčbě, i přesto, že by to znamenalo moji smrt
 - k Nevím
9. Když se řekne dobrá smrt, s jakým pojmem si to spojíte? Uved'te max. dvě slova.

10. Myslíte si, že na vašem oddělení umírají lidé důstojně?
- a Většinou ano.
 - b Většinou ne.
 - c Nevím, nepřemýšlím o tom.
11. Mluvíte s nemocnými o smrti?
- a Ano, pokud o tom nemocný začne mluvit jako první.
 - b Ano, nemám problém o tom s pacienty mluvit.
 - c Ne, mám strach, že by to pacientovi způsobilo psychickou nepohodu.
 - d Vyhýbám se komunikaci o smrti.
12. Myslíte si, že je na vašem oddělení pacient informován o svém zdravotním stavu v plném rozsahu?
- a Ano
 - b Ano, pokud se pacient zeptá na svůj zdravotní stav
 - c Spíše ne
 - d Ne
 - e Nedokážu posoudit
13. Chtěl/la byste, aby o vašem zdravotním stavu byla prvně informovaná rodina a pak vy?
- a Upřednostnil/la bych informování rodiny, a ta by mi ve vhodnou chvíli poskytla informace.
 - b Nepřeji si, aby byla rodina informovaná.
 - c O zdravotním stavu chci být nejdříve informován/na Já sám/sama.
14. Byl/ la byste pro uzákonění eutanazie?
- 14.1.
- a Ano, pokud by to bylo natolik právně ošetřeno, aby to nešlo zneužít.
 - b Rozhodně ano.
 - c Ano, ale pouze u lidí, kterým nemůže medicína pomoci.
 - d Ne, v žádném případě.
 - e Nevím, nepřemýšlím o tom.
- 14.2. Pokud jste **proti** uzákonění eutanazie, vyberte jednu z možností.
- a Je to proti zdravotnické etice.
 - b Preferuji paliativní péči.
 - c Bál/la bych se zneužití.
 - d V terminálním stádiu může pacient reagovat neuváženě ve stavu úzkosti.
15. Byl/la byste vy sama/sám ochotna/ný podstoupit eutanazii?
- a Ano, pokud bych byl/la přesvědčený/na, že není šance na vyléčení.
 - b Ano, nedokážu si představit, že bych byl/la na někom závislý/lá nebo, že bych trpěl/la.

- c Ne, měla bych strach.
- d Rozhodně ne, nedovoluje mi to mé náboženské přesvědčení.
- e Nevím.

16. Požadoval/la byste po lékaři eutanazii, v případě, že by se Vaše onemocnění blížilo do terminálního stadia?

- a Ano
- b Ne
- c Nevím

17. Myslíte si, že váš pohled na smrt, postoj ke smrti byl ovlivněn vaším povoláním?

- a Ano
- b Ne
- c Nevím

18. Setkali jste se s pacientem, který by měl sepsané „Dříve vyslovené přání“?

- a Ano
- b Ne
- c Nevím

19. Víte o možnosti „Dříve vysloveného přání“?

- a Ano
- b Ne
- c Nevím

20. Uvažovali jste, že byste si vy sami nechali sepsat „Dříve vyslovené přání“?

- a Ano, přemýšlím o tom.
- b Ano, již ho mám sepsané.
- c Ne, myslím si, že to nic neřeší.
- d Nevím, nepřemýšlel/la jsem o tom.
- e Nevím, že něco takového existuje.

21. Pokud byste dostal/la informaci, že pacient má asi „Dříve vyslovené přání“, jak a kde byste si to ověřil/la?

- a Ano, vím.
- b Nevím
- c **Pokud jste odpověděl/la ano**, uveďte, kde byste si tuto informaci potvrdil/la?

.....

22. Chtěl/la byste nám sdělit důležitou informaci, která nebyla v otázkách a jejich odpovědi?

.....
.....

Příloha č. 2 Doporučení rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské 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 lékařských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
 - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
 - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
 - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
 - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
 - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících

- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

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

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

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

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

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily 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

Příloha č. 3 „Návrh formy „dříve vyslovené přání“ podle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, (zákon o zdravotních službách)“

Já (jméno, příjmení, rodné číslo nebo jiný identifikační údaj, adresa) vyslovuji pro případ, že bych se dostal(a) do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen (schopna) vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, následující **dříve vyslovené přání:**

1. Žádám,

a) aby v rámci poskytování zdravotních služeb mé osobě,

pokud u mne nastane tento zdravotní stav

nebyly zahajovány následující zdravotní výkony

.....
.....

b) pokud se dostanu do stádia.....své nemoci

nebyly zahajovány tyto zdravotní výkony

.....
.....*)

*) Podle účelu a obsahu „dříve vysloveného přání“ se vyplní písmeno a) nebo b).

2. Poučení lékaře o důsledcích rozhodnutí o nezahájení zdravotních výkonů

podle bodu 1.

.....
.....
.....*)

*) Poučení lékaře lze rozvést na samostatném listu, který se k „dříve vyslovenému přání“ přiloží.

Z příloženého poučení musí být zřejmé, kterému pacientovi bylo podáno a ke kterým skutečnostem, které jsou předmětem dříve vysloveného přání, se vztahuje, dále datum, kdy bylo provedeno a který lékař jej provedl.

3. Toto dříve vyslovené přání platí od..... (datum podpisu) do

4. Jsem si vědom(a) toho, že „dříve vyslovené přání“ není třeba při poskytování

zdravotních služeb mé osobě respektovat, pokud od doby jeho vyslovení

došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje,

k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že bych nyní již vyslovil(a)

souhlas s jejich poskytnutím

5. Jsem si vědom(a), že lékař nesmí respektovat mé přání pokud:

a) nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti (nelze požadovat takový postup při poskytování zdravotních služeb, který by vedl aktivnímu ukončení života zdravotnickým pracovníkem)

b) by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby (předmětem dříve vysloveného přání nemůže být např. zákaz léčení infekčního onemocnění)

c) byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici mé dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

d) jsem v době jeho vyhotovení nebyl(a) zletilý (zletilá).

datum

.....

podpis lékaře, který provedl poučení

.....

identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb

datum

.....

podpis osoby, která vyslovila „dříve vyslovené přání“

(včetně úředního ověření)

Příloha č. 4 Žádost o povolení dotazníkového šetření I.

Vážená paní
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Fialová Olga
Nemocnice Boskovice s.r.o.

Ve Svitavách dne 15. 10. 2014

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Jednotkách intenzivní péče Nemocnice Boskovice s.r.o.

Vážená paní Mgr. Fialová,
dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Jednotkách intenzivní péče Nemocnice Boskovice s.r.o., jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Martiny Jurkové, narozené 24. 11. 1985, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, jak si všeobecné sestry na JIP představují dobrou smrt. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením paní doc. PhDr. Kutnohorské, CSc.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Jurková Martina
Malá Roudka 23
679 63

Nemocnice Boskovice s.r.o.
Otakara Kubína 179
680 21 Boskovice
IČ: 26925974 DIČ: CZ26925974

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

16/10 2014

Mgr. Olga Fialová
náměstak pro ošetrovatelskou péči

Podpis a razítko



Příloha č. 5 Žádost o povolení dotazníkového šetření II.

Vážená paní
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Světlana Jeřábková
Litomyšlská nemocnice, a.s.

Ve Svitavách dne 19. 10. 2014

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Jednotkách intenzivní péče
v Litomyšlské nemocnici a.s.**

Vážená paní Mgr. Jeřábková,
dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Jednotkách intenzivní péče Litomyšlské nemocnice a.s., jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Martiny Jurkové, narozené 24. 11. 1985, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, jak si všeobecné sestry na JIP představují dobrou smrt. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením paní doc. PhDr. Kutnohorské, CSc.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Jurková Martina
Malá Roudka 23
679 63

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 20. 10. 2014

Podpis a razítko


Mgr. Světlana Jeřábková



Příloha č. 6 Žádost o povolení dotazníkového šetření III.



SVITAVSKÁ
NEMOCNICE

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele		JURKOVÁ MARTINA	
Kontaktní adresa		MALÁ ROVSKÁ 23, 649 63	
Datum narození	24.11.1985	e-mailová adresa	Martina.Jurkova@seznam.cz
		Telefon	423 944 534
Škola / fakulta	LÉKAŘSKÁ FAKULTA HRADEC KRÁLOVÉ		
Obor studia	VŠEOBECNÁ SESTRA		
Téma závěrečné práce	"DOBRA SMRT Z POHLEDU SESTRY INTENZIVNÍ PÉČE"		
Termín sběru dat	10. LISTOPADU 2014		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	INTERVNÍ JIP CHIRURGICKÁ JIP		
Zjišťované informace	ZJISTIT JAK SI VŠEOBECNÉ SESTRY NA JIP PŘEDSTAVUJÍ DOBRŮ SMRT		
Forma prezentace dat:	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ, KTERÉ BUDE VYHODNOCENO FORMOU TABULEK A GRAFŮ		
Poučení žadatele:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit vedení, které dotazníkové šetření povolilo. 			
Datum:	9.10.2014	Podpis žadatele	 DIS. JURKOVÁ Martina
Vyjádření vedení zdravotnického zařízení			
Vyjádření: <i>Se souhlasem</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Datum	9.10.2014	Podpis	 SVITAVSKÁ NEMOCNICE, a.s. Kollárova 643/7, 568 25 Svitavy IČO: 27520552 Tel.: 461 569 111
Za šetření nebude vyžadována úhrada.			

1