

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ
Diplomová práce

Bc. KATEŘINA URBANOVÁ

2. ročník, navazujícího magisterského studia

forma studia: prezenční

studijní obor: DLOUHODOBÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U DOSPĚLÝCH

Vedoucí práce:

Mgr. Helena Kisvetrová

OLOMOUC 2010

ANOTACE

Název práce v ČJ: Problematika umírání v intenzivní medicíně

Název práce v AJ: Problems with dying in intensive medicine

Datum zadání: 10. 10. 2008

Datum odevzdání: 29. 4. 2010

Vysoká škola, fakulta: Univerzita Palackého v Olomouci, FZV

Ústav: Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Bc. Kateřina Urbanová

Vedoucí práce: Mgr. Helena Kisvetrová

Oponent práce: MUDr. Milena Bretšnajdrová

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce je věnována problematice umírání v prostředí intenzivní medicíny. Teoretická část má za úkol charakterizovat pracoviště intenzivní medicíny, objasnit proces umírání a péči o umírající, a závěrečná kapitola je věnována etickým aspektům, jež se týkají intenzivní péče. Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkum, který formou dotazníku zjišťuje, pocity a postoje všeobecných sester k otázkám umírání a smrti, ve specifických a dilematických situacích akutního pracoviště.

Abstrakt v AJ: Thesis is an presentation of problems of dying in case of intensive medicines. Theoretic part try to characterize workplace of intensive medicines, clear up process of dying and care of deathward, and final chapter is presentation of ethical aspect, wich is concerned to intensive care. Main part of work forges quantitative research, which investigate by useing questionnaire, feelings and bearings nurses to interrogation dying and death, in specific and dilemmatic situation of acute workplace.

Klíčová slova v ČJ: umírání, smrt, intenzivní medicína, všeobecná sestra, etická dilemata

Klíčová slova v AJ: dying, death, intensive medicine, nurse, ethis dilemmas

Rozsah: 107 stran, 5 příloh

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

V Olomouci

.....

podpis

Děkuji Mgr. Heleně Kisvetrové za odborné vedení diplomové práce, za rady a připomínky, jež mi poskytla při jejím zpracování. Také bych ráda poděkovala nemocnicím Nový Jičín, Vsetín a Valašské Meziříčí za umožnění výzkumného šetření, za ochotu a spolupráci zaměstnanců, jež dotazníky k diplomové práci vyplňovali. A v neposlední řadě patří poděkování mé rodině, za jejich podporu, toleranci a trpělivost při vypracovávání diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 PRACOVIŠTĚ INTENZIVNÍ MEDICÍNY.....	8
1.1 Definice a charakteristika intenzivní péče.....	8
1.2 Vývoj intenzivní péče.....	8
1.3 Prostředí o organizace práce v intenzivní péči.....	9
1.4 Specifika práce sestry v intenzivní medicíně.....	10
2 PÉČE O PACIENTA V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ.....	12
2.1 Pacient v akutním ohrožení života, neodkladná resuscitace.....	12
2.2 Péče o dlouhodobě, kriticky nemocného pacienta.....	12
2.3 Nerozšiřování léčba u pacientů s infaustní prognózou.....	14
2.4 Paliativní péče a intenzivní medicína.....	15
3 UMÍRÁNÍ.....	17
3.1 Umírání jako proces.....	17
3.1.1 Pre finem.....	18
3.1.1 In finem.....	20
3.1.2 Post finem.....	22
3.2 Terminální stádium.....	23
3.3 Umírání v prostředí intenzivní medicíny.....	24
3.3.1 Péče o umírajícího.....	25
3.3.2 Zdravotní personál a umírání na jednotce intenzivní péče.....	26
4 ETICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ.....	29
4.1 Etika umírání a smrti.....	29
4.1.1 Lékařská etika.....	29
4.1.2 Ošetřovatelská etika.....	30
4.2 Zdravotnictví a právo.....	30
4.2.1 Práva pacientů a práva umírajících.....	31
4.3 Etika v intenzivní medicíně.....	31

4.3.1	Problematika bazální léčby v intenzivní medicíně.	32
4.3.2	Etické aspekty ukončení ventilační podpory v intenzivní péči.	34
4.3.3	DNR (Do-Not-Resuscitate.	35
4.3.4	Etická problematika odběru orgánů od mrtvých pro účely transplantací.	36
5	VÝZKUMNÁ ČÁST.	38
5.1	Výzkumný problém.	38
5.2	Cíle výzkumu.	38
5.3	Hypotézy.	39
5.4	Charakteristika výzkumného souboru.	42
5.5	Metoda a organizace výzkumu.	42
5.6	Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření.	43
5.7	Statistické zpracování hypotéz.	72
	DISKUZE.	91
	ZÁVĚR.	96
	LITERATURA A PRAMENY.	98
	SEZNAM ZKRATEK.	102
	SEZNAM ZNAČEK.	103
	SEZNAM TABULEK.	104
	SEZNAM GRAFŮ.	106
	SEZNAM PŘÍLOH.	107
	PŘÍLOHY.	108

„Je možné se vyhýbat smrti, ale ne se jí vyhnout.

- Fugere licet mortem, sed non effugere.“

(WALTHER)

ÚVOD

Umírání a smrt jsou široce diskutovaná témata, nejen pro medicínské obory. I přesto, že pro většinu z nás není tato problematika atraktivní a vyhledávanou, je ji třeba věnovat určitou pozornost, zvláště pokud se ocitáme v roli pečujících a doprovázejících osob pro umírající.

Umírání je procesem, který nelze vytěsnit snad z žádné oblasti medicíny. Je fakticitou každého člověka a ani rychlý rozvoj a vynikající výsledky intenzivní péče, nedokážou konečnosti života zabránit. Neustálá modernizace a stále se zdokonalující technika, přináší zvyšující se nároky na práci sester, nejen v oblasti znalostí a dovedností, ale i v oblasti administrativy, která má zajistit kvalitní a dokumentovanou péči. První místo však stále zaujímá náročná péče o samotné pacienty, ať už se jedná o pacienta v akutním ohrožení života či o protražovaně umírajícího.

Práce sestry v intenzivní medicíně je fyzicky i psychicky náročným povoláním, na jehož jednom konci stojí záchrana života, na druhém smrt a umírání. Péče o umírající je tedy i pro „intenzivní sestry“ součástí jejich práce a často sebou nese mnohé dilematické situace, které v pečujících sestrách mohou vyvolat odlišné pocity a postoje. Na základě zájmu zmapovat tyto pocity, vznikla volba tématu diplomové práce s názvem: „Problematika umírání v intenzivní medicíně“.

Úkolem teoretické části práce je přiblížit prostředí intenzivní medicíny, systém a náplň práce sester na těchto pracovištích, pacienta v akutním ohrožení života, dlouhodobě kriticky nemocného, a další části práce jsou věnovány procesu umírání, péči o umírajícího a nejčastějším etickým aspektům v intenzivní medicíně.

Výzkumná část je situovaná ke zdravotním sestráм pracujícím na odděleních poskytujících intenzivní péči a zjišťuje pocity a postoje sester k nelehkým úkolům v péči o umírající, zaměřuje se na specifické oblasti péče, jako jsou akutní úmrtí, protražované umírání, beznadějná prognóza pacientů a mnohé další dilematické okamžiky, které každodenní práce v intenzivní medicíně přináší.

1 PRACOVIŠTĚ INTENZIVNÍ MEDICÍNY

1.1 Definice a charakteristika intenzivní péče

Intenzivní medicína je lékařským oborem věnující se nemocným s akutními i déletrvajícími život ohrožujícími stavy, tedy kriticky nemocným. Zabývá se diagnostikou, kontinuálním sledováním a léčbou pacientů s život ohrožujícími chorobami, úrazy a komplikacemi. U těchto pacientů je nutná rozsáhlejší lékařská i ošetrovatelská péče, než jakou lze poskytnout na standardních odděleních.¹

Intenzivní péče tedy zajišťuje specifickou zdravotní péči o vážně nemocné pacienty, jež jsou ohroženi selháním základních životních funkcí, nebo kterým selhává jedna nebo více životně důležitých orgánových funkcí.²

I když jsou postupy intenzivní medicíny aplikovány nemocným z nejrůznějších klinických oblastí, jsou ve svém základě téměř jednotné. Délka léčby u pacientů na pracovištích intenzivní medicíny může být různě dlouhá, trvat dny, ale i týdny a měsíce.³

1.2 Vývoj intenzivní péče

První jednotka intenzivní péče vznikla pro léčbu obětí rozsáhlého požáru v roce 1942 ve Spojených státech, Massachusetts, General Hospital v Bostonu. V souvislosti s epidemií dětské obrny byla na jednotce v Kodani, zavedena umělé plicní ventilace pomocí ručního vaku.

K rychlému rozvoji jednotek intenzivní péče došlo zejména v 60. letech, jednalo se o období vzniku základu sítě koronárních jednotek a pooperačních sledovacích

¹ Srov. ŠEVČÍK, P. *Intenzivní medicína a její postavení mezi lékařskými obory*, s. 313

² Srov. Standard pro jednotku intenzivní péče, <www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=169&name=Standard%20-%20JIP.pdf>. Ministerstvo zdravotnictví České Republiky [online]

³ Srov. ŠEVČÍK, P. *Intenzivní medicína a její postavení mezi lékařskými obory*, s. 313

jednotek. Byla identifikována důležitost srdečních arytmií a zavedlo se rutinní používání srdečního monitoringu na JIP, zvláště při post infarktových stavech.⁴

V současné době je intenzivní medicína svébytnou a prudce se vyvíjející oblastí, a to i přes nepříznivou ekonomickou situaci ve zdravotnictví. Neustále narůstá počet oddělení ARO i oborových JIP a dochází ke zkvalitnění péče o pacienty v souvislosti se zaváděním nových metod a materiálně technického zabezpečení. Rozšiřuje se spektrum pacientů, ale také se zvyšuje počet nemocných ve starších věkových skupinách.⁵

V mnoha zemích s rozvinutým zdravotnictvím je možné se specializovat, zpravidla ve formě nadstavbové studia, na některé základní klinické obory. V rámci České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) byla v roce 1996 založena Sekce intenzivní medicíny, která je přístupná pro lékaře různých klinických disciplín.⁶

1.3 Prostředí a organizace práce v intenzivní péči

Charakter intenzivní péče a k tomu potřebné lékařské přístroje vyžadují zvláštní uspořádání jednotky intenzivní péče. Jednotku lze podle rozsahu péče rozdělit na 2 typy:

- Typ A - jednotky nižší intenzivní péče s převahou monitorovací funkce.
- Typ B - jednotky vyšší intenzivní péče (resuscitační), kde převažuje léčba orgánových selhání.

Doporučený počet lůžek na jednotlivých odděleních je 6-12, a to zejména kvůli organizaci práce. Při větším počtu se doporučuje vytvořit dvě nebo více jednotek.⁷

Mezi obvyklá zařízení v intenzivní péči patří zařízení pro stálé monitorování životních funkcí, lineární dávkovače, infuzní pumpy, EKG přístroj, pulzní oxymetr,

⁴ Srov. ŠEVČÍK, P. *Intenzivní medicína a její postavení mezi lékařskými obory*, s. 313

⁵ Srov. BICKOVÁ, M. *Novinky v resuscitační péči o dospělé z hlediska ošetrovatelské péče*, s. 8-9

⁶ Srov. ŠEVČÍK, P. *Intenzivní medicína a její postavení mezi lékařskými obory*, s. 313

⁷ Srov. Standard pro jednotku intenzivní péče, <www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=169&name=Standard%20-%20JIP.pdf>. Ministerstvo zdravotnictví České Republiky[online]

srdeční monitory včetně telemetrie, vnější kardiostimulátory a defibrilátory, mechanické ventilátory, zařízení pro dialýzu u pacientů s ledvinným selháváním, katetry pro infuzi a výživu sondou, odsávačky, nebulizátory, zařízení k drenážím apod. Dále bývá k dispozici široké spektrum farmakologických prostředků k léčbě hlavních chorobných stavů, pro navození sedace pacienta, k normalizaci srdečního rytmu, ke zmírnění bolestí pacientů, k prevenci sekundárních infekcí atd.

Zdravotnický personál je tvořen lékaři, kteří jsou školení v různých klinických disciplínách. Kontinuita ošetrovatelské péče je zajišťována všeobecnými sestrami, diplomovanými všeobecnými sestrami, všeobecnými sestrami vysokoškolského stupně vzdělání, zdravotnickými záchranáři a všeobecnými sestrami se specializací ARIP.

Požadavky na minimální technické a personální vybavení, stejně jako seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, je možné najít ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví číslo 493/2005 Sb.⁸

1.4 Specifika práce sestry v intenzivní medicíně

Z hlediska intenzivní péče, jsou kritičtí nemocní těmi, u nichž selhává jeden nebo několik orgánových systémů. Ze strany terapeutické vyžadují např. přístrojovou podporu nebo náhradu dýchání, umělou výživu nitrožilní nebo gastrointestinální cestou, v řadě případů lékovou nebo přístrojovou podporu oběhu, kontinuální eliminaci škodlivých látek mimotělními metodami, rozsáhlou substituci faktorů krevního srážení, nitrožilní náhradu velkých objemu tekutin a iontů, umělé zahřívání nebo chlazení organismů.⁹

Rozsah poskytované ošetrovatelské péče je nejvíce závislý na diagnóze a zdravotním stavu nemocného, od něhož se odvíjí jeho potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči. K nejčastějším potřebám pacienta na jednotce intenzivní péče

⁸ Srov. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní medicíně*, s. 19

⁹ Srov. ŠEVČÍK, P. *Intenzivní medicína a její postavení mezi lékařskými obory*, s. 313

patří, tak jako na jiných odděleních, biologické potřeby – dýchání, výživa, vyprazdňování, dále pak soběstačnost a psychická vyrovnanost.¹⁰

Pacienti hospitalizovaní na odděleních intenzivní medicíny jsou zpravidla nemocní, jež se sami neobslouží, musí být pravidelně polohováni, mít zajištěnou kompletní ošetrovatelskou péči ze strany ošetrovatelského personálu.¹¹

Největší nároky jsou tedy kladeny na sestru u lůžka. Ta je s nemocným nejčastěji, proto je její lidský, plně profesionální přístup a schopnost komunikace s pacientem a rodinnými příslušníky nejdůležitější.¹²

Specifika práce zdravotní sestry vychází ze závažnosti pacientova stavu. Kompetence sester se specializací ARIP, jsou rozšířenější než kompetence sester bez této specializace. Za specifické výkony, jež provádí sestra v intenzivní péči, lze považovat např. odběr arteriální krve, aplikace intravenózních injekcí, práce s podkožním portem, hodnocení EKG křivky a dle arytmií použití defibrilátoru, zahajování kardiopulmonální resuscitace, asistence při kardioverzi, odsávání z endotracheální rourky, asistence při intubaci, extubaci, reintubaci, výměně tracheostomické kanyly, péče o pacienta na dýchacím přístroji, asistence při použití neinvazivní ventilace-PEEP masky, zavádění nazogastrické sondy, obsluha přístrojů eliminačních metod – hemodialýza, peritoneální dialýza, obsluha drenážních systémů, na některých pracovištích močová katetrizace mužů apod.

¹⁰ Srov. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní medicíně*, s. 21

¹¹ Srov. ŠEVČÍK, P. *Intenzivní medicína a její postavení mezi lékařskými obory*, s. 313

¹² Srov. BICKOVÁ, M. *Novinky v resuscitační péči o dospělé z hlediska ošetrovatelské péče*, s. 8-9

2 PÉČE O PACIENTA V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ

2.1 Pacient v akutním ohrožení života, neodkladná resuscitace

Na oddělení intenzivní medicíny jsou často přijímáni pacienti v akutním ohrožení života, jejichž zdravotní stav vyžaduje okamžitý zásah, léčbu či monitoraci pro případ prohloubení se komplikací. Řada těchto pacientů vyžaduje kardiopulmonální resuscitaci s následnou intubací a napojením na ventilátor, a s tím spojenou akutní a intenzivní péči.¹³

Ve zdravotnických zařízeních hovoříme o rozšířené neodkladné resuscitaci, kde jsou k rukám kvalifikovaných zdravotníků dále připojeny elektrické a farmakologické prostředky, ve srovnání se základní neodkladnou resuscitací.¹⁴

Kardiopulmonální resuscitaci (KPCR) lze považovat za jednu z metod zachraňující život. Jedním z nejdůležitějších faktorů je její včasnost, která významně ovlivňuje prognózu nemocných. Resuscitační péče se i nadále zdokonaluje, a pokyny k správné KPCR jsou na základě nových poznatků, dále aktualizovány.

2.2 Péče o dlouhodobě, kriticky nemocného pacienta

Rychlý a úspěšný rozvoj intenzivní medicíny má i zcela opačný úhel pohledu: úmrtnost je nižší - resuscitační a intenzivní péče zachrání mnoha pacientům život, ale neustále vzrůstá počet vážně nemocných pacientů a prodlužuje se jejich pobyt na odděleních resuscitační/intenzivní péče.¹⁵

¹³ Srov. DRÁBKOVÁ, J. *Dlouhodobě kritický pacient naší současnosti*, s. 444

¹⁴ Srov. DRÁBKOVÁ, J. *Neodkladná resuscitace – KPR 2005*, s. 2

¹⁵ Srov. DRÁBKOVÁ, J. *Ošetrovatelská péče u pacientů dlouhodobě závislých na resuscitační/intenzivní péči*, s. 10-12

Na tomto základě vzniká pojem „long-stay patient“ a „protražované kritické onemocnění“, který je dán dlouhým, náročným a nákladným pobytem pacientů na lůžkách intenzivní péče, což však vždy nezaručuje úspěšný výsledek a dosažení původní kvality života.¹⁶ Jedná se zejména o dlouhodobě ventilodependentní pacienty, kteří jsou obtížně odpojovatelní od dýchacího přístroje, pro závislost na vysoké koncentraci kyslíku, s komplikovanými přidruženými chronickými chorobami. Tito pacienti vyžadují vyšší podíl rehabilitace, podíl činnosti ergoterapeuta a klinického psychologa. I když témata dlouhodobé péče o nemocného v kritickém stavu, neúspěšné či málo úspěšné léčby a s ní související nepříznivé prognózy, ve společnosti nejsou populární, je potřeba se jimi zabývat a vyrovnat se s nimi.¹⁷

Zájmem mnoha oblastí medicíny se stává etika a ekonomika související s kritickými a dlouhodobými stavy, jelikož skupina pokročilého věku seniorů, početně narůstá. Jíž nyní se na většině resuscitačních a intenzivních odděleních diskutuje rozsah poskytování léčby – bylo nutné oddělit terapii od péče. Míra život zachraňujících postupů, metod, výkonů se tedy již hodnotí podle prognózy pacienta. Základem je stále diskutované nezahájení léčby, popř. její odnětí.¹⁸

Do budoucna bude nutné počítat s nutností zavedení systému dlouhodobé intenzivní péče, jelikož tato patientská klientela bude narůstat a déle přežívat. Subakutní péče dosahuje samozřejmě vyšších nákladů než péče standardní a následná, ale je méně nákladná než neindikované setrvání pacientů na akutních, intenzivních lůžkách.¹⁹

¹⁶ Srov. DRÁBKOVÁ, J. *Dlouhodobě kritický pacient naší současnosti*, s. 444

¹⁷ Srov. DRÁBKOVÁ, J. *I kriticky nemocný pacient potřebuje pozornost*, s. 1-3

¹⁸ Srov. DRÁBKOVÁ, J. *Novinky v urgentní a intenzivní medicíně (Brusel 2000)*, s. 14

¹⁹ Srov. DRÁBKOVÁ, J. *Životní meze při dlouhodobé podpoře životních funkcí*, s. 146

2.3 Nerozšiřování léčby u pacientů s infaustní prognózou

Tato problematika v oboru intenzivní medicíny, patří k těm nejtíživějším. Její výjimečnost ve srovnání s jinými oblastmi medicíny, souvisí s charakterem pacientů, kteří ve většině případů nejsou schopni projevů vlastní autonomie.²⁰

Ohromný pokrok diagnostických metod, vývoj nových farmak a terapeutických postupů přináší moderní resuscitační péči otázky, v jakých situacích má a v jakých nemá smysl léčit. Tedy snaží se nalézt pevná kritéria pro určení hranice mezi maximální léčbou a prodloužením umírání, tedy mezi nadějí a beznadějí.²¹

Dlouhodobá umělá plicní ventilace, zasluhující se o záchranu mnoha lidských životů, má počátky v 50. letech. V 70. letech se dostávají na vrchol postupy, které v intenzivní medicíně vedou k přežití bezprostředně ohrožených pacientů na životě. Pokračoval rozvoj medicínské techniky, schopné podporovat nebo dokonce nahrazovat většinu životních funkcí. Nové metody dosáhly velice pozitivních výsledků v terapii stavů s výsledně beznadějnou prognózou. To vše má za následek, že v současné době se přežití stává kritériem úspěšnosti v intenzivní medicíně. Po vyprchání opojení z nových medicínských možností, je třeba přinášet snahu o novou kvalitu humánní medicíny. Ta nastupuje v okamžiku, kdy se prokáže, že pro pacienta nelze již nic učinit, nic co by vedlo k jeho vyléčení, co by vedlo k prodloužení života na smysluplné úrovni. Tato problematika sebou nese nové otázky. Otázky odnětí léčebných úkonů a podpory základních životních funkcí.²²

Rozhodnutí o nerozšiřování a odnětí léčby se dosud mezi jednotlivými centry liší a závisí na oblastních zvyklostech a také na jednotlivých lékařských týmech. Existují rozdíly mezi Evropou a státy jiného kontinentu. Evropský přístup je spíše paternalistický, v anglosaském světě se více upřednostňuje autonomie pacienta.²³

²⁰Srov. MUNZAROVÁ, M. *Etická problematika přístupu k nemocným s nepříznivou prognózou v oblasti intenzivní medicíny*, s. 227

²¹ Srov. URBANCOVÁ, K. *Patří pocity do resuscitační péče?*, s. 68

²² Srov. JAKOUBKOVÁ, J. *Paliativní medicína*, s. 87-89

²³ Srov. NALOS, M., ŠTĚRBA, M. *Nerozšiřování a odnětí léčby na jednotkách intenzivní péče – pohled hlavou dolů*, s. 175

Otázka nezačínání a odnětí terapie je stále diskutována a to z odborného, tj. indikačního aspektu, včetně odnímání do té doby ordinovaných léčebných metod, a také z hlediska poskytnutí informací rodině o chystaném postupu s pacientem. Pacienti hospitalizováni na odděleních intenzivní péče s nastavením bazální terapie, mají zůstat na intenzivním lůžku v klidné části oddělení, v němž mohou pobývat i členové rodiny.²⁴

2.4 Paliativní péče a intenzivní medicína

I přesto, že se paliativní medicína v současnosti popisuje jako nová specializace, je ve skutečnosti nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou.²⁵

Je pojímána jako samostatný lékařský obor, jako komplexní, aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stavu nemoci. Jejím cílem je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovávat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Paliativní péče vyjadřuje tedy určitou filosofii péče, ale také konkrétní organizaci péče.²⁶

Výuka současných lékařů a sester v praxi je často zaměřena na technicky pojatou medicínu, která využívá komplikované přístrojové vybavení a moderní vyšetřovací a léčebné postupy. Jsou učeni se orientovat na jediný cíl – tedy uzdravení nemocného. Opačný stav je považován za neúspěch a případné selhání jednotlivce nebo týmu.²⁷ Při tomto pojetí bývá paliativní péče vymezena především negativně: jako neintenzivní léčba, ne nákladná a často jako léčba zbytečná.²⁸

Aby byla paliativní léčba úspěšná, je třeba věnovat pozornost všem aspektům pacientova utrpení. Léčba vyžaduje multidisciplinární přístup. Multidisciplinární tým je tvořen řadou odborníků různých profesí, kteří spolu vzájemně kooperují a nacházejí nejučinnější řešení individuálních problémů nemocného. Nelze opomínat péči o

²⁵ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 19

²⁶ Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. aj., *Paliativní medicína pro praxi*, s. 25-32

²⁷ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 19

²⁸ Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. aj. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 25-32

psychosociální a duchovní aspekty, které jsou u některých nemocných mnohem důležitější než tělesné obtíže.²⁹

Paliativní péči nelze spojovat s ústavou jen určitého typu. Je nevhodné na ni pohlížet jako na něco odlišného od jiných oblastí zdravotní péče.³⁰ Paliativní medicína je chápána jako multidimenzionální obor a nachází své pacienty v mnoha oblastech medicíny, včetně akutních stavů.³¹ Ačkoliv jsou intenzivní a paliativní péče pojímány zcela protichůdně, blízkým pohledem lze odhalit mnohé podobnosti. Cílem intenzivní medicíny je záchrana života a na druhé pozici teprve kvalita života. Paliativní medicína má pořadí těchto cílů obrácené. Obě specializace se vyvinuly současně a obě se snaží pečovat o pacienty, kteří mají mnoho bio-psycho-sociálních potřeb. Personál na obou typech pracovišť je často konfrontován se smrtí a musí se s touto situací sami vyrovnat, a zároveň pomoci pozůstalým pacientům.³²

²⁹ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 28

³⁰ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 61

³¹ Srov. JAKOUBKOVÁ, J. *Paliativní medicína*, s. 88

³² Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 324

3 UMÍRÁNÍ

Lidský život končí vždy smrtí, to je jediná fakticita, dána již v okamžiku zrození. Není nic víc v životě jisté než to, že ten kdo se narodil, také jednou zemře. O fenoménech, jako je umírání a smrt, se uvažuje z hlediska mnoha oborů jako je filosofie, psychologie, sociologie, medicína i etika. Pro zdravotnické pracovníky znamená především setkání se jako s tématem profesním. Přináší jim velmi náročné situace, se kterými se musí vypořádat odborně, ale i lidsky. Proto oddělit zdravotnickou profesionální suverenitu od osobních postojů k fenoménu smrti, je prakticky nemožné. K všeobecnému zvládnutí tohoto nesnadného fenoménu je podmínkou teoretická i praktická znalost této oblasti.^{33, 34}

3.1 Umírání jako proces

Umírání je označováno především jako proces, ale není pouze patofyziologickým procesem. V medicíně je synonymem terminálního stavu a tento stav je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popř. týdnů. V širším pojetí je pak umírání delším časovým úsekem, než zahrnuje terminální stav a nelze ho v žádném případě redukovat pouze na terminální stav.

Počátek umírání můžeme spatřit v okamžiku, kdy je nemoc neslučitelná se životem a průběh nemoci výrazně ovlivňuje kvalitu zbývajících života.³⁵

³³ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 435

³⁴ Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 70

³⁵ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 435

Z praktického hlediska lze proces umírání rozdělit na tři výrazná, ale ne však časově stejná období:

- Pre finem
- In finem
- Post finem³⁶

3.1.1 Pre finem

Fáze pre finem může být různě dlouhá a časově trvat nejen několik měsíců, ale i let. Začátkem je diagnostika vážné a prognosticky nepříznivé nemoci. Nutné je respektovat jednotlivě probíhající fáze psychologické odezvy, které nastanou při rozvoji vážné nemoci. Psychická rezignace a strádání, beznaděj a zoufalství usnadňují fyzickou smrt, je proto důležité, aby nenastala psychická smrt dříve než smrt fyzická. Podstatou psychické pomoci, je emotivní podpora nemocného a mobilizace sil nemocného v boji s jeho nemocí.^{37, 38}

Opomenutelné nejsou ani četné ztráty, které nemocného v průběhu nemoci postihují a s nimiž se musí vyrovnat. Často dochází ke ztrátě či změně zaměstnání, rovněž je nezřídka nutné redukovat cíle a plány, a to zejména s ohledem na aktuální zdravotní stav. Nastávají starosti v ekonomické oblasti. Dlouhodobá a nevléčitelná nemoc vstupuje do interpersonálních vztahů. Dochází buď k jejich zhodnocení, či naopak k jejich devalvaci. Vzácností není ani odchod partnerů – sociální smrt (osamocení).³⁹

Pomoc zdravotníka je v této situaci vítána. Na škodu není ani pomoc psychologa a sociálního pracovníka. Nezastupitelnou roli mohou mít také svépomocné spolky a společnosti pacientů.

Fáze pre finem je doprovázená také tzv. adaptabilní neglinací, tj. vytěšňování nepříjemného a úzkostně prožívaného ohrožení života.⁴⁰

³⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 205

³⁷ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 435

³⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 205-206

³⁹ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 436

⁴⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 206-207

V celém časovém období pre finem nastává etický problém, především v tom, nakolik informovat nemocného. Pravda na nemocničním lůžku je obtížnou a obávanou problematikou. Sdělování pravdy, je velice nelehký úkol informátora, vyžadující nejen individuální přístup k nemocnému, ale také profesionální chování ze strany zdravotníků.

Kutnohorská ve svém díle uvádí: “ Fáze umírání podle Elizabeth Kubler-Ross:

- 1. šok, popírání, negace – odmítání vzít na vědomí fakt smrtelnosti. Nemocný se dozvídá, že smrt je neslučitelná se životem. V této fázi odmítá myslet na svou smrt, nechce si ji připustit, není na tuto situaci připraven.
- 2. Období zloby a hněvu (agrese) – nemocný dostává vztek a popadne ho závist. Hněvá se na všechno a na všechny. Okolí by mělo tento hněv pochopit a dovolit odreagování, nepohoršovat se.
- 3. období smlouvání, vyjednávání – nemocný hledá ještě nějakou možnost, slibuje, obrací se k Bohu.
- 4. Období smutku a deprese – nastupuje zápas se smrtí, s „démonem, který se pokouší o lidskou duši“. Strach o rodinu: V této situaci se očekává od zdravotníků i od rodiny trpělivost, schopnost naslouchat, respektování lidské důstojnosti.
- 5. Období vyrovnání – akceptace pravdy nebo rezignace – je to doba klidu. Nemocný používá gesta místo slov. Mizí zájem o informace. Je velmi důležité, aby u něho byli jeho blízcí, aby si nemyslel, že odchází z pozemského bytí opuštěn. Tuto fázi je nutno odlišit od fáze rezignace.“⁴¹

Tyto fáze se neprojevují jen u nemocného, ale prochází jimi také nejbližší rodina. Nemusí probíhat v uvedeném pořadí – mohou se opakovat, prolínat či střídat. Nejsou vždy stejně dlouhé, některé fáze mohou zcela chybět, jiné se opakovat.

⁴¹ KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*, s. 72-73

3.1.2 In finem

Jedná se fázi, která představuje umírání ve vlastním slova smyslu. Je synonymem s medicínským termínem, tzv. terminální stádium. Pojem zahrnuje problematiku - ritualizace a institucionalizace smrti, a téma eutanazie.⁴²

Ritualizované umírání vychází ze slova rituál, jež označuje obřadnictví. V dějinách lidstva najdeme nespočítaných nejrůznějších způsobů ritualizace životních událostí. Každý obřad je produktem určité kultury. Dříve mělo umírání svůj řád, mělo pravidla stanovená pevným kodexem.^{43, 44} Domácí model umírání spočívá v tom, že umírající v určité chvíli sám poznal, že nastala jeho „poslední hodinka“. Umírající svolal členy rodiny, za jejich přítomnosti se s nimi důstojně rozloučil a vyslovil svá poslední přání. Byl přivolán kněz a za jeho doprovodu očekával svou smrt. Umírání bylo sociálním aktem. O nemocného pečovali střídavě rodinní příslušníci. Každý člen rodiny znal svou roli. Jelikož se během svého života několikrát setkal s umírajícím, každý poznal smrt zblízka.⁴⁵ V současné době, si pod pojmem důstojná smrt představíme především závěr života zbavený velkých bolestí a jiných somatických potíží. V minulém století, měl pojem důstojná smrt obsah čisté postele, tepla, jídla a tisíců prostředků proti bolestem. Dnes důstojná smrt dostává synonymum bio-psycho-sociálního komfortu. Problematika ritualizace smrti se postupně dostává do pozadí. Tak jako v nemocnici přicházíme na svět, tak v nemocnici ze světa odcházíme. Úmrtnost v nemocnicích je asi 80%.⁴⁶

Vývoj institucionálního modelu byl postupný. Prvotní bylo zajištění čistého lůžka, tepla, jídla a pití a základní hygienických potřeb. Většina nemocných byla umístována do azylových domů, později do zdravotnických zařízení. Pokoje se skládaly z mnoho postelí. V záhlaví každé z nich byla černá tabule, na kterou se psalo jméno nemocného, rok narození a případně i diagnóza. Ošetrovatelské úkony měly především laický charakter. S rozvojem moderního ošetrovatelství a nástupem Florence Nightingale se tato činnost obohatila o odborné znalosti a dovednosti. Péče o

⁴² Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 75

⁴³ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 437

⁴⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 208

⁴⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 26-27

⁴⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 211

nemocné a umírající se postupně přesouvá do zdravotnických zařízení, také drtivá většina umírá v nemocnicích a jim podobných institucích.⁴⁷

Umírajícím se dostává potřebná a profesionální péče. Chybí však lidský kontakt, smrt ztrácí základní prvky sociálního aktu. Ošetřující personál jsou cizí osoby, nepohladí, zajišťující jen čistotu, pořádek, jídlo, pití a léky. Příbuzní tráví u nemocného omezenou dobu, není zaručeno, že někdo bude stát po jejich boku v čase umírání. Nemocní umírají osamělí, hovoří se o odosobnění péče, dehumanizaci.⁴⁸

Další oblastí, vztahující se k fázi *in finem*, je eutanazie. Termín eutanazie má dva protipóly. Jedním se rozumí krásná, snadná a dobrá smrt a druhým usmrcení z útrpnosti, soucitu a milosrdenství. Jde o diskutované téma, jak ze strany laické, tak i odborné veřejnosti.^{49, 50} Zejména po druhé světové válce se prudce rozvíjela vědecká a specializovaná medicína, umožňující stále odsouvaní smrti. Oddalování smrti se stalo vysoce hodnotným a ušlechtilým činem. Stav oddalování smrti, která je neodvratná se nazývá dystanází.⁵¹

Veřejnost, jak laická, tak profesní, se k eutanázii staví zpravidla rozporuplně. Na jedné straně je přáním každého, aby lékaři zabránili nesnesitelnému utrpení umírajícího, na straně druhé stojí obava z jejího zneužití. Shoda panuje pouze v názoru, že smrt každého by měla být důstojná.⁵² Legislativní úpravy týkající se eutanazie jsou ve světě různorodé. Aktivní eutanazie není v žádném státě povolena, v některých zemích je však legislativně povolena asistovaná sebevražda, v jiných je uzákoněna beztrestnost aktivní eutanazie (např. Holansko, Belgie). Mnoho států je tolerantní k pasivní eutanázii. U nás je eutanazie zakázaná a je pokládána za trestný čin.⁵³

K eutanázii je úzce vázaná direktiva, jež je uplatňována v několika amerických státech. Hovoří se o tzv. LIVING WILL, direktivě, jež zakazuje prodlužování života

⁴⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 29

⁴⁸ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 438-439

⁴⁹ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 444

⁵⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 222

⁵¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 31-32

⁵² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 226

⁵³ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 445

občanů v určitých situacích, které si během života sami stanovili a rozhodli se je, v případě, kdy už nebudou schopni komunikace, odmítnout.⁵⁴

3.1.3 Post finem

Fáze je charakterizováno péčí o mrtvé tělo a péčí o pozůstalé. Ritualizace umírání v podmínkách hospitalizace je vzdáleným snem. Smrt se stává komerční záležitostí. Většina zdravotníků dobře ví, jak si má počínat a co má udělat po smrti nemocného, precizně znají péči o mrtvé tělo a sdělení základních informací pozůstalým. I přesto lze nalézt dilematické situace související právě se závěrem života. Ve zdravotnických zařízeních je někdy obtížné volit vhodné místo, kde bude splněna podmínka dvouhodinového klidu zemřelého. Ponechání nemocného předepsanou dobu na svém lůžku, může působit nevhodně psychicky na pacienty.

Dalším významným a velkým problémem je způsob sdělení úmrtí pacienta jeho příbuzným. V současné době je zasílání telegramů běžnou praxí, to však nese řadu úskalí. I v případě úmrtí pacienta, kde byla stanovená neblahá prognóza a smrt se očekávala, může být telegrafické oznámení o smrti pacienta pro příbuzné šokující událostí.

K neméně závažným problémům patří také předávání věcí pozůstalým. Blízcí příbuzní mnohdy nestojí o pozůstalosti, které v zařízení po nemocném „zůstaly“, spíše chtějí vědět, jaké byly poslední chvíle života jejich blízkého, zda netrpěl bolestí apod.^{55, 56}

Komunikace ve fázi post finem vyžaduje vysokou úroveň schopností a není jen otázkou etickou. Od ošetřujícího lékaře, sester a celého zdravotnického týmu se očekává důstojné zvládnutí této nelehké situace. Je vhodné udržet určité společenské zásady, mít na paměti, že jsou zranitelní a potřebují zejména psychickou pomoc. Psychology je sdělení o úmrtí člověka považováno, za nejvíce stresující okamžiky v životě pozůstalých.⁵⁷

⁵⁴ Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 87

⁵⁵ Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 75

⁵⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 235

⁵⁷ Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 79

3.2 Terminální stádium

Jako terminální fázi, tedy fázi umírání, lze označit poslední dny a hodiny života, doprovázené nevratným selháním lidského organismu. V žádném případě nelze umírání označit pouze jako patologický proces. Přechod do terminálního selhání může nastat ze stavu plného zdraví náhle a nečekaně. Zřetelným projevem vstupu pacienta do této fáze onemocnění je postupné zhoršování celkového stavu a prohlubování symptomů.⁵⁸

Problematických oblastí, se kterými se terminálně nemocný potýká, je celá řada. Mezi nejčastější somatické obtíže v terminální fázi patří bolest, obtížné dýchání, kašel, nechutenství a jiné zažívací potíže. U pokročile a terminálně nemocných není často možné zajistit dostatečný příjem tekutin per os a proto musí být nahrazen parenterálním příjmem.⁵⁹

U pacientů v terminální fázi onemocnění dominují projevy strachu a nejistoty. Umírající mají méně fyzických a psychických sil. Často odmítají návštěvy známých a sousedů.⁶⁰ S poznáním potřeb umírajících, bylo zjištěno, že i přesto, že mohou odmítat návštěvy, tak si nepřejí být zcela opuštěni. Jde o pacientovu potřebu jistoty, že není v místnosti sám, že je mu nablízko někdo na koho se může obrátit. Co se týče rozhovoru s nemocným, tak se v žádném případě nejedná o diskuzi či debatu, ale spíše o naslouchání, tedy otevírání svého nitra při pocitu, že jim někdo naslouchá.⁶¹

Umírající poměrně často spí, ve svých snech nebo v polospánku si rekapituluje celý svůj život nebo jeho části. Pacientovi se promítá otázka: „Kolik času mi ještě zbývá?“ Trpí nechutenstvím nebo se mu chutě rychle střídají. Obecně platí, že umírající nejprve odmítají maso, postupně těžce stravitelná jídla, zeleninu a nakonec nechtějí jíst vůbec nic, což k procesu umírání patří. Několik dní před smrtí může umírající doprovázet euforie, označováno jako poslední rozkvět sil. Umírající se dostává do zcela bdělého stavu, přijímá podíl na životě, vyslovuje různá přání, má

⁵⁸ Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. aj. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 301

⁵⁹ Srov. SKÁLA, B., aj. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučený léčebný a diagnostický postup pro všeobecné praktické lékaře*, s. 3-5

⁶⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 67

⁶¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 159

odvahu a touhu posadit se nebo dokonce vstát. Euforie je vystřídána smrtelným kómatem. Umírající má otevřené nebo pootevřené oči, vypadá jako by se díval, ale nevidí. Zornice nereagují na osvit, umírající nereaguje na naše slova. Ústa má nedověřená. Postupně se vzdaluje životu, ke kterému už nemá sílu. Ruce, nohy, kolena jsou chladnější než ostatní části těla, kůže tmavne a má sklon k proleženinám. Umírající mohou mít bolesti.⁶²

Proces umírání pokračuje přibližující se smrt. Puls umírajícího slábne nebo se mění, nastává pokles krevního tlaku a tělesné teploty. Dech se zrychluje, může být nejen nepravidelný, ale také ztížený, nebo je naopak pomalý s dlouhými pauzami.⁶³

Umírající vydávají zvláštní tzv. smrtelný pach. Před okamžikem kdy nastane vlastní smrt, lze pozorovat náhlé zklidnění tváře a „mír v očích umírajících“ a mnozí popisují, že viděli „záclonky“ v očích umírajícího či projasněnou barva očí. Odchod umírajícího ze života je tichý. Pokud vůbec umírající ještě naposledy promluví, pak se v jeho slovech odrazí momentální potřeba např. horko, pít...⁶⁴

Resuscitační a intenzivní péče natolik změnila obraz a průběh terminálního stavu, že došlo k rozdělení pojmu terminální stádium na - terminální období dlouhotrvající/chronické choroby a terminální stav. Přičemž terminální stav je procesem různě dlouhým, ale zpravidla velmi krátkým obdobím charakterizovaným selháváním až selháním oběhu a dýchání a to nejčastěji v intervalu několika minut či hodin. Kdežto terminální období chronické, progresivně se horšící choroby se od terminálního stavu liší, dlouhodobě se snižující výkonností člověka, prodlouženým procesem zhoršování zdravotního stavu, ovlivněného iatrogeně, léčbou kvalitních a moderních metod.⁶⁵

3.3 Umírání v prostředí intenzivní medicíny

Současná úroveň intenzivní medicíny dokáže velice mnoho. Za podpory základních životních funkcí umožňuje udržovat naživu pacienty s beznadějnou

⁶² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 67

⁶³ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y., a kol. *Paliativní medicína*, s. 442

⁶⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 68

⁶⁵ Srov. DRÁBKOVÁ, J. *Jak se mění přístup k terminálním stavům v intenzivní péči?*, s. 235

prognózou, a to i po dobu třeba několika týdnů. S tím nastal také problém, kde je třeba myslet na přehlížení nedůstojného průběhu umírání se sociální izolací a nízkou kvalitou života.

Je třeba zdůraznit, že situace zdravotnických pracovníků je velmi složitá a může vést k pocitům frustrace z prodlužování umírání. Proces lékařského rozhodování v intenzivní a resuscitační péči, totiž nesouvisí jen s profesionální povinností pouze k jednotlivému nemocnému, ale i ke společnosti jako k celku.⁶⁶

3.3.1 Péče o umírajícího

V názoru, že proces umírání by měl mít důstojný ráz, panuje mezi zdravotníky i veřejnosti shoda. Pojem důstojnost je však rozlišně pojímán ve vztahu k individuálním představám, přáním a hodnotám každého z nás.⁶⁷

Doprovázení umírajících je náročnou situací, vyžaduje mnoho síly a konfrontuje člověka s jeho vlastní konečností. Člověk, který doprovází umírajícího, by měl mít vědomosti o posledních a možná nejdůležitějších životních úkolech. Přes všechna hledání rozumného řešení jednotlivých problémů, se nesmí nikdy zapomínat na to, že umírání patří k životu. Je poslední fází života a ukládá člověku specifické etické úkoly. Umírající člověk zůstává morálně odpovědný, a proto bychom s ním neměli jednat jako s infantilní, nesvéprávnou osobou.⁶⁸

Klinické rozhodování v intenzivní medicíně je velmi dynamický a komplexní proces. Nesmí být přehlédnut důstojný průběh umírání, je nutné bránit sociální izolaci a tělesnému a duševnímu trápení. Nesmí být přehlíženo riziko přežívání nemocného s nízkou kvalitou života. Zde je možné uplatnit životní vůli, kterou pacient vyjádří, anebo konzultace s osobou, kterou nemocný pověřil, aby byla mluvčím v jeho přáních a preferencích ve chvílích, kdy on již nebude moci vyjádřit své požadavky.⁶⁹

Umírání na odděleních intenzivní medicíny, je umírání odlišné než u pacientů na standardních lůžkových odděleních. Pacienti jsou 24- hodin monitorováni na

⁶⁶ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 105-106

⁶⁷ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 440

⁶⁸ Srov. GUNTER, V. *Žít až do konce života*, s. 55

⁶⁹ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 106

elektrokardiografickém monitoru, je jim v určitých časových intervalech měřen krevní tlak, mají často monitorovací saturační čidlo. Ve většině případů jsou „připoutání“ kontinuálními parenterálními infuzemi. Často nelze ani vyřešit problematiku soukromí umírajícího pacienta. Umírání tedy probíhá na 2-3 lůžkovém boxu, za bílou plentou, s často alarmujícími přístroji a ne vždy s možností zajistit blízkost rodiny a přátel, jelikož u ostatních pacientů často nastávající situace, kdy je nutné zajistit pouze přítomnost zdravotníků (kanylace, resuscitace, defibrilace, vyprazdňování apod.) Pacientům je tedy poskytnuta maximální péče a řada lékařských úkonů do posledních chvil jejich života. Umírají, ale obklopeni technikou, připoutáni k monitoru a často pouze v blízkosti zdravotnických pracovníků.

Ve všech oborech s uplatněním paliativních způsobů léčby je třeba mít na zřeteli především potřeby umírajícího, a to ve všech rovinách tedy somatické, sociální, duševní a duchovní.⁷⁰ Efektivní komunikace v paliativní péči by měla být cílem všech zdravotníků, je jednou z nejnáročnějších a nejdůležitějších součástí léčby.⁷¹,⁷² Komunikace s umírajícím a etická péče spolu úzce souvisí a nelze je od sebe oddělit. Umírající má především potřebu, aby mu někdo naslouchal, aby byla zachována a podporována jeho důstojnost, a to i v jeho posledních hodinách života. Je třeba si uvědomit, že pro umírajícího je jednou ze základních potřeb vnímat blízkost lidí a komunikovat s nimi, třeba jen očima a gesty.⁷³

3.3.2 Zdravotnický personál a umírání v intenzivní péči

Proces umírání je bolestnou kapitolou života a proto je obvyklé, že se postiženého, členů rodiny i zdravotníků zmocňují obavy, jak ji přiměřeným způsobem zvládnout.

⁷⁰ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 26-27

⁷¹ Srov. PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*, s. 153-155

⁷² Srov. SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., MISCONIOVÁ, B. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený léčebný a diagnostický postup pro všeobecné praktické lékaře*, str. 3-8

⁷³ Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 78

Situace zdravotnických pracovníků je tedy každodenně složitá. Příslušníci těchto zdravotnických týmů často prožívají pocity frustrace v souvislosti s oddalováním rozhodování o léčení u pacientů s velmi nízkou prognózou. Může docházet ke konfliktnímu napětí mezi členy zdravotnického personálu, v důsledku rozdílných názorů na řešení léčebné taktiky či konfliktům s příslušníky rodiny nemocného. Někdy dokonce mohou mít lékaři i sestry pocity viny z prodlužování umírání a to zejména v případech trvající intenzivní péče u pacientů v beznadějných stavech.^{74, 75}

Paliativní medicína klade velké nároky na psychickou stránku profesionála. Předpokladem zvládnání zátěže v paliativní medicíně je zralost osobnosti a přítomnost určitých povahových rysů, jako jsou schopnost sebeovládání a trpělivost. Pro výbušné, neklidné, nevlídné a nevyrovnané lidi, není práce na tomto úseku vhodná. Fyzické zdraví je v povolání zdravotnického pracovníka, vždy předností. Dalším neméně důležitým požadavkem na pracovníka v tomto oboru je schopnost komunikace. Za příčinou omezení komunikace ze strany zdravotnického pracovníka, může být úzkost, kterou si pracovníci často nechtějí připustit a potlačují ji. Někteří lékaři a sestry se brání také lítostí, kterou pociťují, a popírají ji formou drsnosti až hrubosti. I přes potlačování těchto projevů, mohou být profesionálně zdatní a obětaví.

Syndrom burnout, syndrom vyhoření se může u zdravotníků vyskytnout po různě dlouhé době profesionální aktivity. Může se projevit u každého odlišně, stísněnou až depresivní náladou, poruchami koncentrace a paměti, nespavostí, únavou, ztrátou zájmu, sexuálními poruchami a zhoršením vztahu v okolí. Objevuje se také zvýšená úzkostnost a napětí, emoční změny a chybí sebedůvěra. Mnohdy nastává pokles výkonnosti a kreativity, objevuje se zvýšená dispozice k onemocnění, jedinec není schopen relaxovat a má různé somatické obtíže – zažívací, vertebrogenní, migrény.⁷⁶

Zdravotničtí pracovníci na odděleních intenzivní péče se ve své náročné práci, často vědomě snaží potlačit nepříjemné pocity. Zejména se to týká sester, pro sestry je samozřejmá „emocionální spoluúčast“, považují vytvoření blízkého vztahu s pacientem a jeho rodinou za nedílnou součást své práce. Často jsou to právě sestry, které popisují případy, kdy nedokážou oddělit oblast svého vlastního a profesního já, i přesto, že se vědomě snaží tyto situace kontrolovat. Toto odosobnění je však těžko

⁷⁴ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 106

⁷⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 26

⁷⁶ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 478-480

udržitelné a složité. Sestry zdůrazňují, jak není nesnadné oddělit své „já“ od toho „já“ profesionálního, za zdroj problémů považují samotnou podstatu ošetrovatelství.

Laické představy, že sestry, které pracují v intenzivní péči, jsou spíše „technicky nadané“, jsou zkreslené, jelikož samy sestry se domnívají, že intenzivní péče od nich naopak vyžaduje úzké vztahy s pacienty a jejich rodinami. Péče o pacienty je často poskytována několik týdnů nebo měsíců bez velkého stresu, a náhle se mohou vyskytnout silné vazby na některého s pacientů, či jeho rodinného příslušníka. Ty pravidla přichází nečekaně a netýkají se pouze situací „tragického“ úmrtí mladého člověka.⁷⁷

„Dle O'Connor patří k problémům při péči o umírajícího pacienta v intenzivní medicíně:

- Stále častěji jsou přijímáni staří pacienti a akutní exacerbací chronického onemocnění, spíše než se stavy způsobenými infekcí nebo úrazem.
- 15-35 % pacientů zemře v průběhu intenzivní léčby a velké procento krátce po propuštění.
- Přibližně 90% pacientů, kteří zemřou na oddělení intenzivní péče, umírá na základě rozhodnutí o neposkytnutí nebo ukončení život prodlužující léčby.
- Neléčení je velmi komplexní diagnostický a etický proces, a zdravotníci se ocitají „na hraně“ při řešení potencionálně neslučitelných zájmů.“⁷⁸

⁷⁷ Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 266-268

⁷⁸ O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 266

4 Etické a právní aspekty v intenzivní medicíně

4.1 Etika umírání a smrti

Otázky týkající se umírání a smrti jsou problémem, který vzbuzuje zájem nejen v oborech medicíny a přírodních věd, ale také v etice.⁷⁹

4.1.1 Lékařská etika

Lékařská etika je označení pro obor zabývající se etickými problémy v lékařství. V medicíně se pod pojmem lékařská etika skrývá povinnost lékaře vůči pacientům, kolegům, veřejnosti a úředníkům. Za historický základ lékařské etiky je považována deontologii, kde prvním deontologickým kodexem byla Hippokratova přísaha.⁸⁰ Přísaha obsahuje tři roviny léčení – dietetické, farmakologické a chirurgické. Jedná se o přísahu, ze které vyplývá jednoznačná výzva, aby veškerá práce s nemocným člověkem byla pro lékaře skutečným posláním. Při srovnání obsahu přísahy s různými principy současné lékařské etiky, musíme konstatovat, že došlo k jasnému odtržení od uvedené výzvy. Avšak i současní studenti medicíny se zavazují, slibují a tedy při promoci „přísahají“ na texty, které odrážejí text přísahy Hippokratovy.⁸¹

⁷⁹ Srov. ROTTER, H. *Důstojnost lidského umírání*, s. 86

⁸⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 23

⁸¹ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 19-22

4.1.2 Ošetřovatelská etika

Lékařská etika spolu s etikou v ošetřovatelství, by měly být ve vzájemném vztahu. Ošetřovatelská etika vychází z etiky lékařské a v současnosti nabývá na významu, zejména v souvislosti s měnícím se postavením sester.

Pro práci s ošetřovatelskou etikou, je základní znát obecné pojetí etiky a jejich tradice. Činnost sestry spočívá v ošetřovatelské péči o nemocné a její velmi důležitou součástí je vstupovat do rozmanitých mezilidských vztahů, zejména vztahu sestra-pacient. Ty jsou považovány za důležitý etický aspekt.⁸²

4.2 Zdravotnictví a právo

V České Republice nepředstavuje zdravotnické právo pouze jeden zákon s provádějícími předpisy k němu, ale komplex právních předpisů. Za základ jsou považovány mezinárodní úmluvy a směrnice Evropské unie, a to i některá ustanovení Listiny základních práv a svobod. Zdravotnické právo vychází ze zákonů a podzákoných právních předpisů a ty upravují následné oblasti ve zdravotnictví:

- práva a povinnosti při poskytování zdravotní péče
- problematiku financování oblasti zdravotnictví
- podmínky pro uznání zdravotnické způsobilosti lékařů a dalších zdravotnických pracovníků
- organizaci, kontrolu a řízení zdravotní péče.⁸³

Významné postavení ve zdravotnickém právu má zákon o péči o zdraví lidu č.20/1966 Sb. a provádějící právní předpisy.

⁸² Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*, s. 21

⁸³ Srov. MACH, J. a kol. *Zdravotnictví a právo*, s. 6

4.2.1 Práva pacientů a práva umírajících

Formulace Práv pacientů vstoupila v platnost v roce 1992. V současné medicíně jsou objektem značné pozornosti, jsou považovány za základní principy zdravotnické etiky, založené na respektu k důstojnosti každého jednotlivce a k jeho právům. K právům pacientů patří i právo odmítnout léčbu. V některých zemích je uplatňováno i právo člověka naplánovat předem postupy, které by si ve stavu nemoci a umírání, přál nebo naopak nepřál.⁸⁴

Práva pacientů jsou vyjádřením opodstatněných potřeb a přání nemocných. Jsou povýšeny na mravní normy, jež mají být respektovány. Příkladem vyjádřených potřeb a přání je Charta umírajících, jež bývá označována také jako Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (viz. Příloha č. 5).⁸⁵

4.3 Etika v intenzivní medicíně

Na základě vlastních zkušeností se eticko-právním momentům v intenzivní medicíně věnuje doktorka Drábková a vyjadřuje se k nim ve svých publikovaných materiálech a to například takto:

- Právní normy týkající se situací v intenzivní medicíně jsou příliš obecné, proto nemohou být vodítkem pro konkrétní případy.
- Prognóza pacienta může být pacientem, rodinou a zdravotnickým pracovníkem vnímána zcela rozlišně.
- Při nešetrném sdělení vysoce nepříznivé až beznadějné prognózy, je eticky uznána i možnost psycho-traumatu.
- Specifickým tématem lékařské etiky je indikace plné terapie a nevyužití určitých metod a postupů u pacientů s minimální prognózou a to u:
 - osoby velmi pokročilého věku,
 - novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností

⁸⁴ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 84-85

⁸⁵ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. aj. *Paliativní medicína*, s. 428-429

- geneticky závažných handicapů
- vegetativních stavů.
- Prognóza má v intenzivní medicíně důležitou úlohu. Od ní se odvíjí pojmy stanovující následné postupy, lze zde zařadit pojmenování, jako jsou: plná terapie, racionalizovaná léčba, DNR, nezahájení nebo odnětí terapie apod.
- Eticko-právním problémem začíná být návštěva pacientů v doprovodu právních zástupců.
- Zkoušení nových léků a přístrojů se děje formou naplánovaných klinických zkoušek. Vždy s protokolem, který musí být schválen etickou komisí. Pacient má být informován a vstup do studie schválit.⁸⁶

4.3.1 Problematika bazální léčby v intenzivní medicíně

V případě, že byl u pacienta prognosticky stanoven beznadějný stav, tedy terminálním stav onemocnění, bývá léčba redukována na tzv. základní (bazální) terapii. Přejít k základní léčbě má být probrán s orientovaným pacientem nebo s jeho rodinnými příslušníky. Vždy se musí jednat o zdokumentované rozhodnutí zkušeným lékařem. Nejčastěji se ukončují mimotělní eliminační metody, infuze inotropik – vazopresorů, podávání antibiotik, léčebná rehabilitace a laboratorní vyšetření jsou prováděna v základním rozsahu. Bazální léčba zahrnuje i hlubokou analgosedaci a v případě potřeby přívod tekutin intravenózně. Pokud byla předtím zahájena umělá plicní ventilace, tak se ponechává. Množství kyslíku se nastaví na takovou míru, aby nebyla u pacienta vyvolána dechová tíseň.⁸⁷

V tomto tématu pokračující také diskuze o tom, zda výživu a tekutiny řadit k bazální terapii. Argumentem pro neukončení ANH (asistovaná nutrice a hydratace), je že výživa a tekutiny jsou běžnou, zcela patřičnou složkou lidské péče a proto základní, bazální péče tyto postupy vyžaduje. V případě jejich absence by nemocný

⁸⁶ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 107-108

⁸⁷ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 109-110

zemřel žízní a hladem, což je neetickou situací, považovanou za určitou formu eutanazie, která je popřením všech zásad lékařské profese.

Je třeba zdůraznit, že zákony jsou v tomto směru velice nejasné a že tudíž všichni nemocní musí být živeni a zavodňováni. V dokumentech Parlamentního shromáždění Rady Evropy lze nalézt jasné pravidlo, a to, že v případě, kdy nedošlo k předchozímu vyjádření vůle pacienta, nebude porušeno jeho právo na život, a tedy nebude mu odepřena ANH. A jelikož v našich podmínkách, kdy předchází vyjádření vůle nemocného ke svému zdravotnímu stavu, je značně nerozvinuté, je ANH do bazální péče všech nemocných nepochybně zahrnuta.⁸⁸

Etické rozhodování v oblasti bazální terapie není jednoduché, a z hlediska lékařské etiky při respektování důstojnosti, jedinečnosti a integrity nemocného, je tedy třeba myslet také na to, abychom jedinci neposkytovali marnou, zbytečnou léčbu. Je třeba zdůraznit, že oprávněná rozhodnutí o nerozšiřování či vysazení neúčinné terapie nejsou příspěvkem k zlepšující ekonomické situaci ve zdravotnictví, ale také důvodem, aby nedocházelo k nedůstojnému prodlužování umírání nemocných.⁸⁹

Rozhodovací proces v přistoupení k bazální terapii:

- Ohled na závažné fyzické nebo duševní choroby, s nutností konzultovat přistoupení k bazální terapii s ostatními odborníky.
- V případě kompetentního pacienta, je třeba, aby ošetřující lékař prodiskutoval záležitost léčby s nemocným a dal mu podíl na rozhodování.
- V případě nekompetentního nemocného, rozhodne o nenasazení nebo naopak vysazení léčby vedoucím lékař, který na základě své odbornosti posoudil, že léčba by byla marná. Vedoucí lékař by měl do procesu rozhodování zapojit také blízkou rodinu.
- Veškerá rozhodnutí o ukončení léčby a přechodu na bazální terapii, by měly být předávány ošetřujícím sestřám.
- Rozhodnutí k omezení, nepodání nebo vysazení léčby by mělo být pravidelně konzultováno, přezkoumáváno a dokumentováno vzhledem ke změnám stavu nemocného.

⁸⁸ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 128-130

⁸⁹ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 110

- Ošetrovatelská péče a pozornost by měla být věnována pacientům v plném rozsahu, i po nastolení pouze bazální terapie a to přiměřeně k jejich specifickému stavu a k důstojnosti lidské bytosti.⁹⁰

V české terminologii neexistuje jednotné pojmenování pro vyjádření stupně poskytované péče v případě, že došlo k omezení rozsahu poskytované léčby, a proto se užívá více pojmů, jako jsou: základní, racionální, bazální, symptomatická apod. Ukončení postupů orgánové podpory je v souladu se současným pojetím medicíny a platnými právními normami a je postupem lege artis, neexistuje však univerzálně platný doporučený postup, pouze obecně platné principy.⁹¹

4.3.2 Etické aspekty ukončení ventilační podpory v intenzivní péči

Ukončení ventilační podpory, tedy terminální odpojení od ventilátorů, tzv. terminální weaning, je součástí vysazení léčby a stejně tak jako u vysazení léčby se řídí pouze obecně platnými principy.⁹² U nemocných v ireverzibilním stavu nemoci, má v podmínkách intenzivní péče narůstající výskyt. Počátky snižování ventilační podpory byly zaznamenány v osmdesátých letech, a to zejména v USA. Z lékařského hlediska je ukončení ventilační podpory indikováno u nemocných, jejichž stav je možno označit za terminální a ireverzibilní, tedy stav, který není možno ovlivnit dostupnými léčebnými postupy.

Respektování základních etických principů je nedílnou součástí úvah nad indikací ukončení ventilační podpory. Počínaje principem autonomie, tj. respektování přání nemocného v situacích, kdy je takového rozhodování schopen. V opačném případě je třeba zdůraznit, že z hlediska českých právních norem je rozhodnutí či postoj příbuzných a zákonného zástupce, v tomto ohledu pro lékaře nezávazný. Princip

⁹⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 150

⁹¹ Srov. PAŘÍZKOVÁ, R. *Ukončování postupů orgánové podpory v klinické praxi – existuje doporučený postup?*, s. 231-234

⁹² Srov. PAŘÍZKOVÁ, R. *Ukončování postupů orgánové podpory v klinické praxi – existuje doporučený postup?*, s. 231-234

beneficence vyjadřuje ochrana života, obnovení zdraví, úleva od strádání a bolesti a obnovu orgánových funkcí. Princip nonmaleficence, tedy princip, nikdy nepoškodit nemocného. Princip respektování zákona a rovnosti přístupu ke zdravotní péči, znamenající respektování platného právního rámce, tj. zajištění péče, na kterou má nemocný ze zákona právo.⁹³

Někteří uměle ventilovaní pacienti mohou vést uspokojivý život, avšak často dochází k případům, kdy umělá plicní ventilace je zátěží nejen pro nemocného, ale také pro jeho rodinu a blízké. V takových to případech, lze považovat rozhodnutí k odstranění podpory ventilace za eticky ospravedlnitelné.⁹⁴

Na poskytování zdravotní péče o nemocné s nutností intenzivní/resuscitační péče, se vztahují právní předpisy upravující obecně poskytování zdravotní péče. K ukončení ventilační podpory jsou nejvýznamnější články 6 odst. 1 a 2 a článek 31 Listiny základních práv a svobod, která je u nás považována za nejvyšší právní sílu.⁹⁵

Odpojení od ventilátorů je ošetřujícím zdravotnickým personálem vnímáno kontroverzně. Evropské země často v umělé plicní ventilaci pokračují za hluboké analgosedace v kontinuálním přívodu, a to do doby, kdy není pacient schopen dostatečného spontánního dýchání. A proto je odpojení od ventilátoru s následující zástavou srdeční činnosti, ve většině případů vnímáno jako analogii eutanazie, což odpovídá i podmínkám naší země.⁹⁶

4.3.3 DNR (Do-Not-Resuscitate)

Nové tisíciletí vneslo do oblasti intenzivní medicíny racionalizaci, jež byla dána ekonomickým tlakem, frustrací z marného prodlužování života umírajících a z nedostatečně vyvinuté paliativní péče v intenzivní medicíně.

⁹³ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 223-224

⁹⁴ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 96

⁹⁵ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 224

⁹⁶ Srov. JAKOUBKOVÁ, J. *Paliativní medicína*, s. 94

U terminálně nemocných pacientů došlo k možnosti dát souhlas s pokynem neprovedení resuscitace (DNR) a to lékařem, který shledá stav umírajícího jako ireverzibilní. Tento pokyn by měl být obnovován každých 48-72 hodin. Tato ordinace „DNR“, by měla být zaznamenána v dokumentaci, jako signál pro sestry a ostatní zdravotnický personál, že v případě zástavy srdeční činnosti a dýchání, nebudou zahajovat resuscitace u tohoto pacienta. Tento pokyn je právně uznaný a sestra v tomto případě neponese žádnou zodpovědnost za smrt pacienta.

Podle současných platných právních norem v České Republice, je výhradně lékař oprávněn rozhodovat či jinak ovlivňovat ukončení resuscitace či podpory základních životních funkcí. Poskytovaná péče u pacientů v terminálním stádiu, musí však být vždy lege artis, aby ošetřující lékař a celý zdravotnický tým, nemohl být nařčen z eutanazie.⁹⁷

4.3.4 Etická problematika odběru orgánů od mrtvých pro účely transplantací

Případný oděr orgánů k transplantačním účelům má úzkou souvislost s definicí smrti mozku, tedy ireverzibilním poškozením a ztrátou vyšších mozkových funkcí.

SOUHLAS S ODBĚREM

To zda a jak je získáván informovaný souhlas k případnému „darování“ orgánů po smrti, popisují následující možnosti:

1. Opting – in (rozhodnutím pro, vyjádřením souhlasu s darováním) – během života je vyjádřeno přání darovat po smrti své orgány k transplantačním účelům. Tito lidé se přihlásí na k tomu určených místech a nadále by měli doklad vyjadřující toto přání nosit sebou.

⁹⁷ Srov. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní medicíně*, s. 185

2. Required request (povinné požádání) – každý potenciální dárce byl předem dotázán, zda chce být skutečně dárce. Projev svého názoru osobní volbou (případně i volbou rodinných příslušníků).
3. Opting – out (rozhodnutí k neúčasti) – předpokládá se, že každý s „darováním“ souhlasí („předpokládaný souhlas“) a pouze v případě, že s ním snad někdo nesouhlasí, pak musí tento nesouhlas vyjádřit.
4. Routine salvaging (odběry jako běžná praxe) – jedná se o systém, který nevyžaduje prosbu o souhlas ani budoucího dárce ani jeho rodiny. Všechny vhodné orgány jsou odebírány automaticky.

V České Republice je uznáván model opting out, tedy model rozhodnutí k neúčasti. Aby však mohl být tento způsob považován za etický, měly by být splněny následující podmínky, a to na straně jedné informovanost širokého obyvatelstva a také centrální evidenci těch, kteří se nechtějí dárci stát. Informovanost je důležité všemi možnými způsoby podporovat. V současné době je již uváděn do provozu Národní registr osob, nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů., a to v souladu s transplantačním zákonem (285/2002 Sb.).⁹⁸

⁹⁸ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 132-135

5 VÝZKUMNÁ ČÁST

5.1 Výzkumný problém

Intenzivní medicína je oborem se stále se rozvíjející a zdokonalující technikou. To sebou nese zvyšující se nároky na práci sester, jak v oblasti znalostí a praktických dovedností, tak i v oblasti administrativy, která má zajistit kvalitní a dokumentovanou péči. První místo však stále zaujímá náročná péče o samotné pacienty, kteří jsou hlavním předmětem intenzivní medicíny.

I přes rychlou modernizaci a vysokou úroveň péče není intenzivní medicína pouze uzdravujícím oborem, ale také přináší péči o terminálně nemocné a setkání se s úmrtím pacientů. Péče o umírající je tedy i součástí práce sester v intenzivní medicíně a přináší řadu dilematických situací, týkající se specifík akutního pracoviště.

5.2 Cíle výzkumu

Cílem výzkumného šetření je zmapovat pocity a postoje všeobecných sester k problematice umírání a smrti na pracovištích poskytujících intenzivní péči. Diplomová práce má nastítnit, jak je těmito pracovníky vnímána péče o umírající a smrt, a to v často specifických situacích akutního umírání, protražovaného umírání kriticky nemocných, bazální terapie, beznadějně prognózy apod.

Dílčí cíle

Cíl č. 1: Zmapovat, jak často jsou sestry v intenzivní medicíně konfrontovány s péčí o umírající a s úmrtím pacienta, a zda v jejich setkáních se s úmrtím, převládá akutní, náhlá smrt pacienta či protražované, dlouhodobé umírání.

- Cíl č. 2:** Zjistit, jak sestry prožívají úmrtí pacienta, a zda jsou jejich pocity ovlivněny ukazateli, jako jsou věk, zdravotním stav pacienta či vytvořeným profesním vztahem s nemocným.
- Cíl č. 3:** Zjistit názor respondentů na aplikaci všech život-zachraňujících úkonů u každého pacienta bez ohledu na jeho neblahou prognózu, a zhodnocení s tím úzce souvisejícího názoru na podávání stravy a tekutin, jakožto součást bazální terapie.
- Cíl č. 4:** Zhodnotit, jestli sestry v intenzivní medicíně cítí problém v komunikaci s umírajícími.
- Cíl č. 5:** Zjistit, jaký mají sestry postoj k plné informovanosti rodiny o zdravotním stavu jejich příbuzného, o jeho neblahé prognóze a blížící se smrti.
- Cíl č. 6:** Zmapovat, zda se sestry v intenzivní medicíně cítí dostatečně vzdělané v oblasti paliativní péče, popř. zda by uvítaly seminář k danému tématu.

5.3 Hypotézy

1. H₀: Více než polovina všeobecných sester pracujících v intenzivní medicíně akceptuje smrt pacienta snadněji s narůstající praxí.

HA: Více než polovina všeobecných sester pracujících v intenzivní medicíně neakceptuje smrt pacienta snadněji s narůstající praxí.

2. H0: Mezi skutečností s jakými úmrtími pacientů se sestry spíše setkávají a pocity, které prožívají při setkání s akutním úmrtím či úmrtím dlouhodobě nemocného pacienta, neexistuje závislost.

HA: Mezi skutečností s jakými úmrtími pacientů se sestry spíše setkávají a pocity, které prožívají při setkání s akutním úmrtím či úmrtím dlouhodobě nemocného pacienta, existuje závislost.

3. H0: Názor na aplikaci všech život zachraňujících úkonů u pacientů s infaustní prognózou, není ovlivněn délkou praxe všeobecných sester v intenzivní medicíně.

HA: Názor na aplikaci všech život zachraňujících úkonů u pacientů s infaustní prognózou, je ovlivněn délkou praxe všeobecných sester v intenzivní medicíně.

4. H0: Vyslovení souhlasu s legalizací direktivy LIVING WILL nezávisí na stupni vzdělání sester.

HA: Vyslovení souhlasu s legalizací direktivy LIVING WILL nezávisí na stupni vzdělání.

5. H0: 99 % všeobecných sester v intenzivní medicíně považuje nutriční a hydrataci za součást bazální terapie.

HA: 99% všeobecných sester v intenzivní medicíně nepovažuje nutriční a hydrataci za součást bazální léčby.

6. H0: U většiny všeobecných sester jsou pocity z úmrtí pacienta ovlivněny ukazateli, jako jsou věk pacienta, závažnost zdravotního stavu a předchozím kontaktem s nemocným.

HA: U většiny všeobecných sester nejsou pocity z úmrtí pacienta ovlivněny ukazateli, jako jsou věk pacienta, závažnost zdravotního stavu a předchozím kontaktem s nemocným.

7. H0: Více než 90 % všech všeobecných sester v intenzivní medicíně souhlasí s plnou informovaností příbuzných o zdravotním stavu jejich rodinného příslušníka, bez ohledu na závažnost zdravotního stavu a neblahou prognózu.

HA: Více než 90 % všech všeobecných sester v intenzivní medicíně nesouhlasí s plnou informovaností příbuzných o zdravotním stavu jejich rodinného příslušníka, bez ohledu na závažnost zdravotního stavu a neblahou prognózu.

8. H0: Problém komunikace s umírajícími nezávisí na délce praxe sester v intenzivní medicíně.

HA: Problém komunikace s umírajícími závisí na délce praxe sester v intenzivní medicíně.

9. H0: Pro muže pracující v intenzivní medicíně jsou služby, na kterých jim zemřel pacient stejně náročné než pro ženy.

HA: Pro muže pracující v intenzivní medicíně nejsou služby, na kterých jim zemřel pacient stejně náročné než pro ženy.

10. H0: Názory sester na celoživotní vzdělávání zdravotníků pracujících v intenzivní medicíně nezávisí na vzdělání sester.

HA: Názory sester na celoživotní vzdělávání zdravotníků pracujících v intenzivní medicíně nezávisí na vzdělání sester.

5.4 Charakteristika výzkumného souboru

Soubor osob, všeobecných sester, které byly zařazeny do dotazníkového šetření, tedy do reprezentativního vzorku pro závěrečnou diplomovou práci, byl zvolen na pracovištích intenzivní medicíny a to v nemocnicích Nový Jičín, Vsetín a Valašské Meziříčí. Do tohoto šetření byly zahrnuty všechny registrované všeobecné sestry pracující na odděleních ARO, Mezioborová JIP, Multidisciplinární JIP, Interní JIP a chirurgická JIP, které se v jednotlivých nemocnicích nacházejí.

5.5 Metoda a organizace výzkumu

Potřebné údaje k vypracování výzkumného šetření, k tématu diplomové práce, byly získány pomocí anonymního dotazníku (viz. Příloha č. 1), který byl vytvořen na základě teoretických znalostí k výše uvedené problematice. Dotazník se skládá z celkem 26 otázek. Jeho srozumitelnost byla ověřena pilotáží, kdy byl dotazník rozdán 3 všeobecným sestrám z pracoviště intenzivní medicíny, jež neměly

k formulaci jednotlivých položek v dotazníku, žádné připomínky a výtky ve smyslu jejich nesrozumitelnosti.

Výzkumné šetření proběhlo nepřímým kontaktem s respondenty, dotazníky byly rozdány i sesbírány prostřednictvím vrchních a staničních sester jednotlivých oddělení. Veškerá činnost v rámci výzkumného šetření proběhla za písemného souhlasu hlavní sestry či náměstkyní pro ošetrovatelskou péči v daném nemocničním zařízení (viz. Přílohy č. 2, 3, 4).

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 163, z nichž bylo do výzkumného šetření zahrnuto 102 navrácených dotazníků, což je 62,6 % z počtu dotázaných.

5.6 Analýza a interpretace výsledky výzkumného šetření

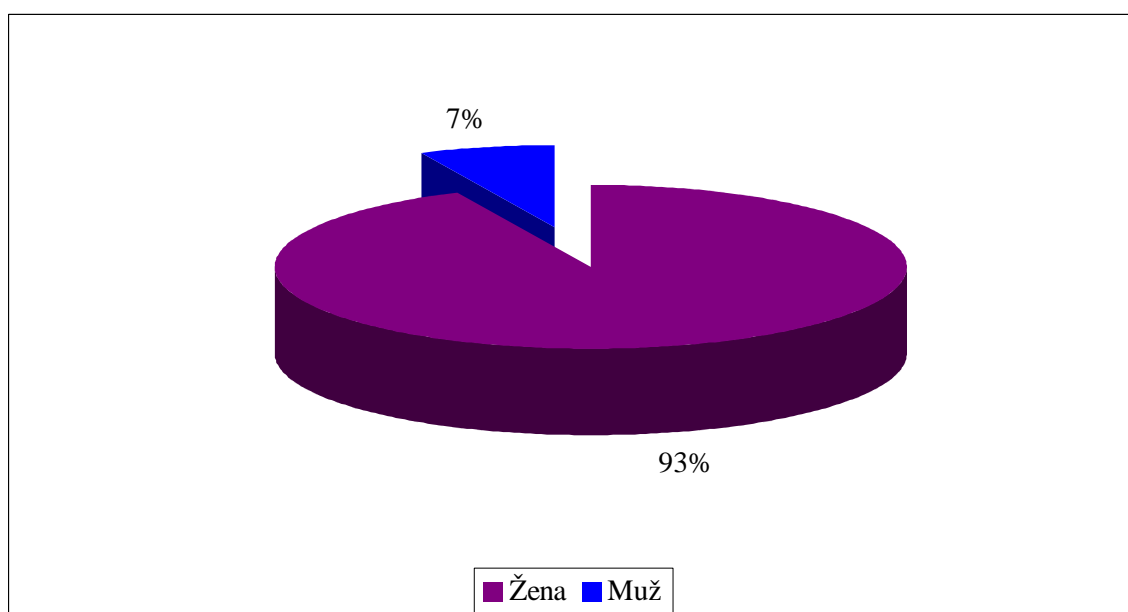
Po navrácení dotazníků, byla získaná data zpracována pomocí programu Microsoft Excel. Ke každé z položek v dotazníku je vytvořena tabulka, v níž jsou uváděny relativní i absolutní četnosti a grafy výsečového typu. Jednotlivě zpracované otázky jsou doplněny komentáři.

Vyhodnocení otázky č. 1 – Pohlaví respondentů.

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů.

	absolutní četnost	relativní četnost
žena	95	93,1%
muž	7	6,8%
celkem	102	100,0 %

Graf č. 1: Pohlaví respondentů.



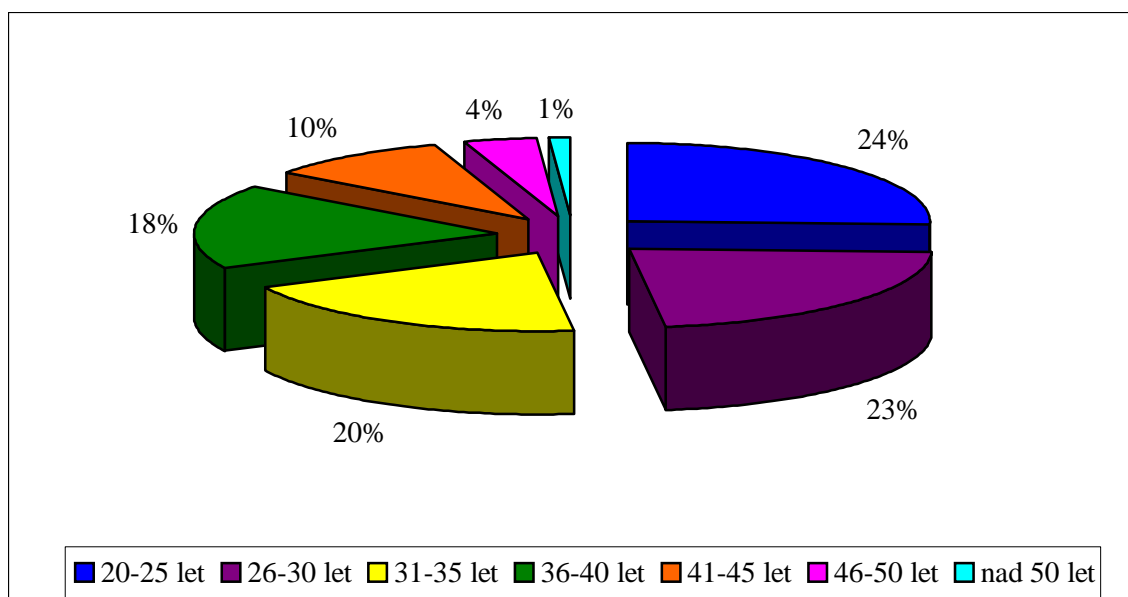
Výše uvedená tabulka a graf ukazují na to, že výzkumného šetření se zúčastnilo 93% žen a 7 % mužů.

Vyhodnocení otázky č. 2 – Věková kategorie respondentů.

Tabulka č. 2: Věková kategorie respondentů.

	absolutní četnost	relativní četnost
20-25 let	26	25,5 %
26-30 let	23	22,6 %
31-35 let	20	19,6 %
36-40 let	18	17,6 %
41-45 let	10	9,8 %
46-50 let	4	3,9 %
nad 50 let	1	1,0 %
celkem	102	100,0 %

Graf č. 2: Věková kategorie respondentů.



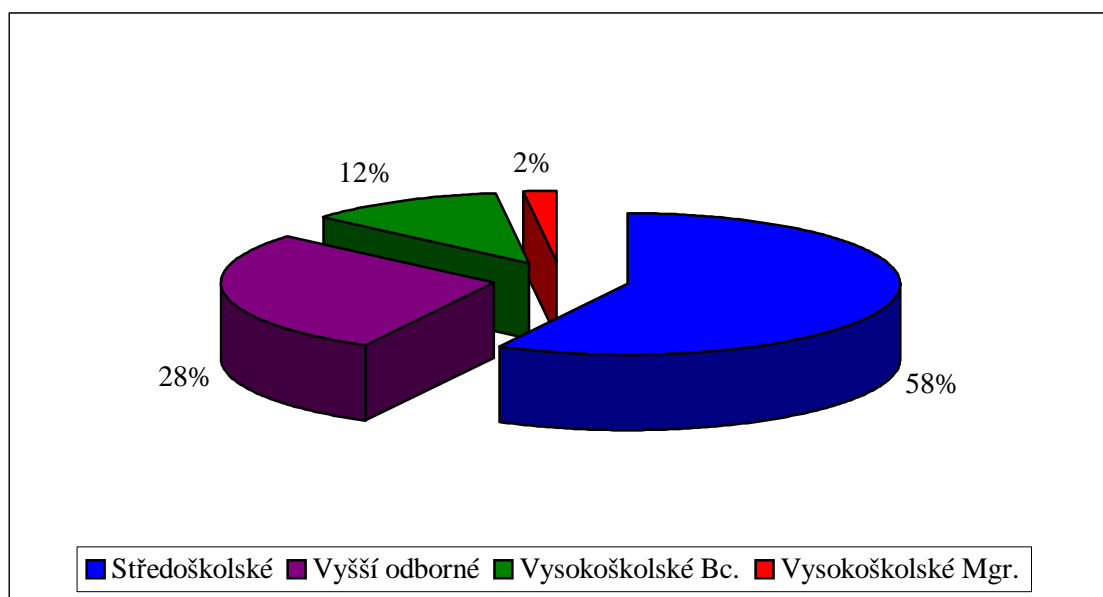
Otázka č. 2, poskytla rozlišení respondentů do jednotlivých věkových kategorií. Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů bylo ve věku 20 až 25 let, a to 24%, nejméně ve věkové kategorii nad 50 let, kde odpovídalo pouze 1% respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání.

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

	absolutní četnost	relativní četnost
středoškolské	59	57,80%
vyšší odborné	29	28,40%
vysokoškolské Bc.	12	11,80%
vysokoškolské Mgr.	2	2,00%
celkem	102	100,00%

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.



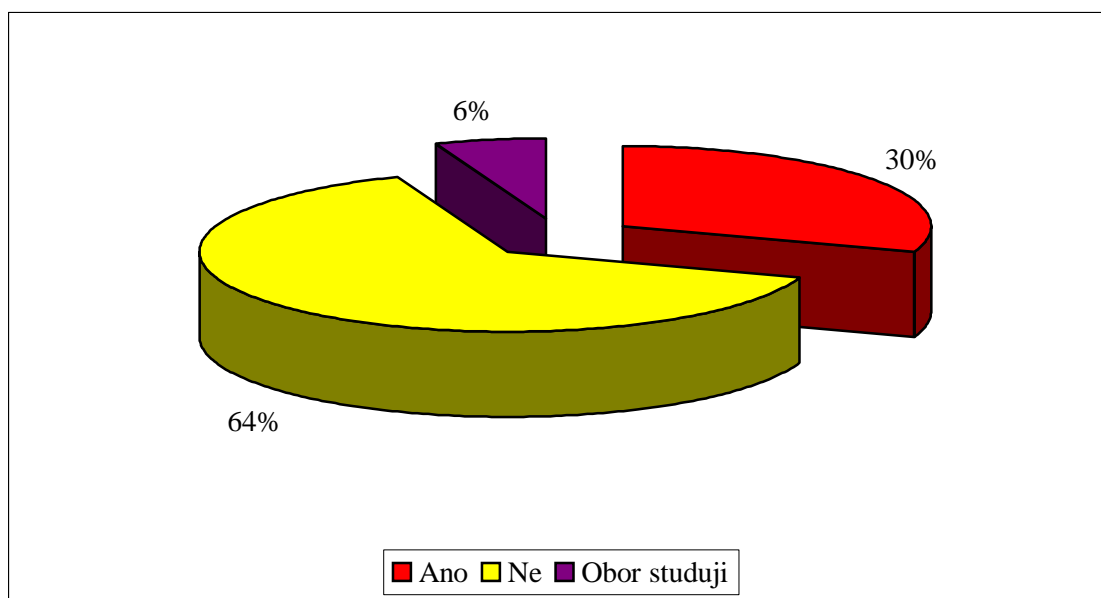
Z otázky č. 3 zaměřující se na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, vyplynulo, že nejvíce a to 58 % jsou středoškolsky vzdělaní respondenti, dále 28 % má vyšší odborné vzdělání, 12% jsou všeobecné sestry s vysokoškolským bakalářským stupněm vzdělání a zbylé 2 % tvoří všeobecné sestry s magisterským vzděláním.

Vyhodnocení otázky č. 4 – **Jste absolventem specializačního studia v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP)?**

Tabulka č. 4: Specializační studium ARIP.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	31	30,4 %
ne	65	63,7 %
obor studuji	6	5,9 %
celkem	102	100,0 %

Graf č. 4: Specializační studium ARIP.



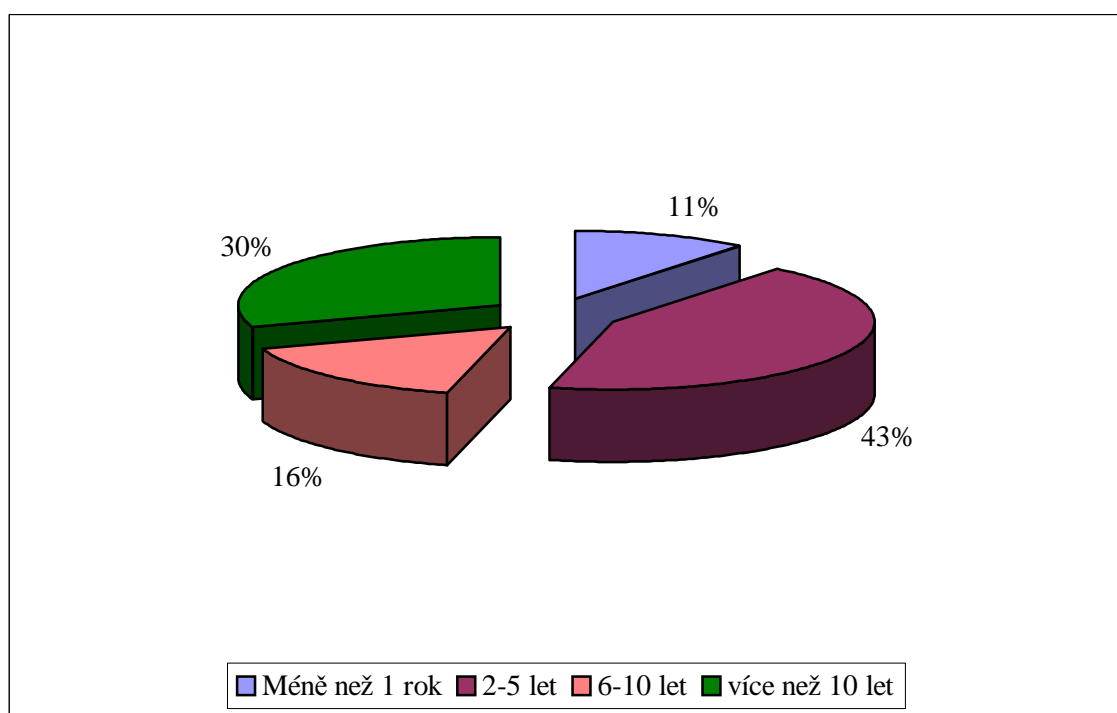
Z výsledného zpracování otázky č. 4 lze vyčíst, že většina tedy 64% respondentů nemá specializační studium ARIP, 30 % všeobecných sester jsou absolventi tohoto specializačního studia a 6% v současné době obor studuje.

Vyhodnocení otázky č. 5 – Délka Vaší praxe na oddělení intenzivní medicíny (JIP, ARO)?

Tabulka č. 5: Délka praxe v intenzivní medicíně.

	absolutní četnost	relativní četnost
méně než 1 rok	11	10,80%
2-5 let	44	43,10%
6-10 let	16	15,70%
více než 10 let	31	30,40%
celkem	102	100,00%

Graf č. 5: Délka praxe v intenzivní medicíně.



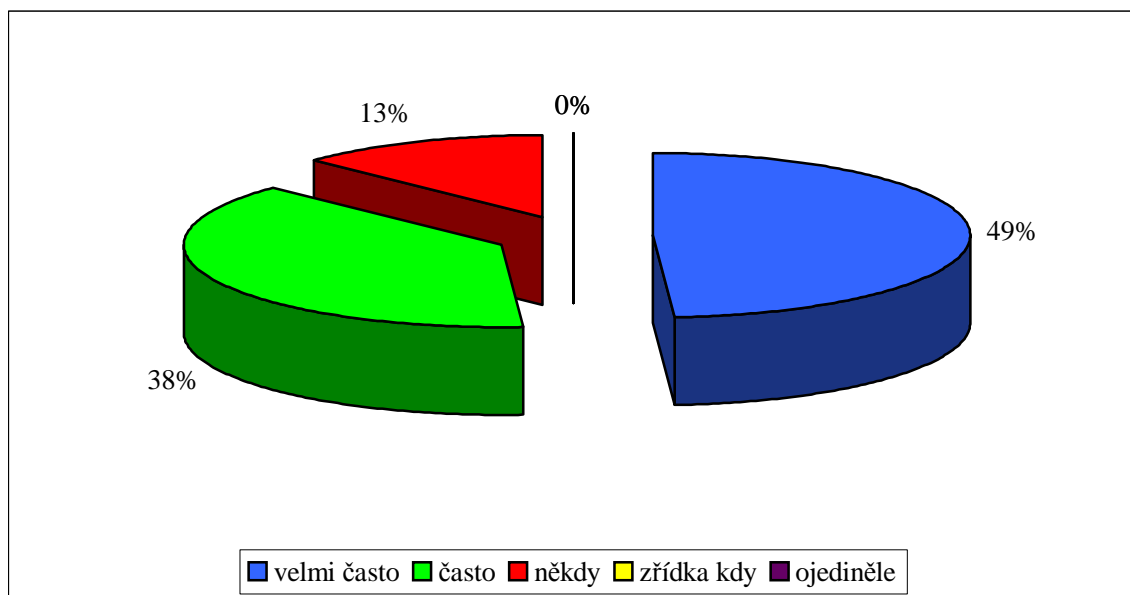
V otázce č. 5, se respondenti řadili dle délky své praxe v intenzivní medicíně, do jedné ze čtyř kategorií. Výsledkem výzkumného šetření bylo, že nejvíce respondentů je v kategorii praxe 2-5 let, kde patří 43 % dotázaných všeobecných sester. 30 % z nich v intenzivní medicíně působí více než 10 let, 16% spadá do celkové délky praxe 6 až 10 let a zbylých 11%, jsou respondenti s praxí kratší než 1 rok.

Vyhodnocení otázky č. 6 – Jak často se na Vašem pracovišti setkáváte s péčí o umírající pacienty?

Tabulka č. 6 : Péče o umírající I.

	absolutní četnost	relativní četnost
velmi často	50	49%
často	39	38,2%
někdy	13	12,8%
zřídka kdy	0	0,0%
ojediněle	0	0,0%
celkem	102	100,0%

Graf č. 6: Péče o umírající I.



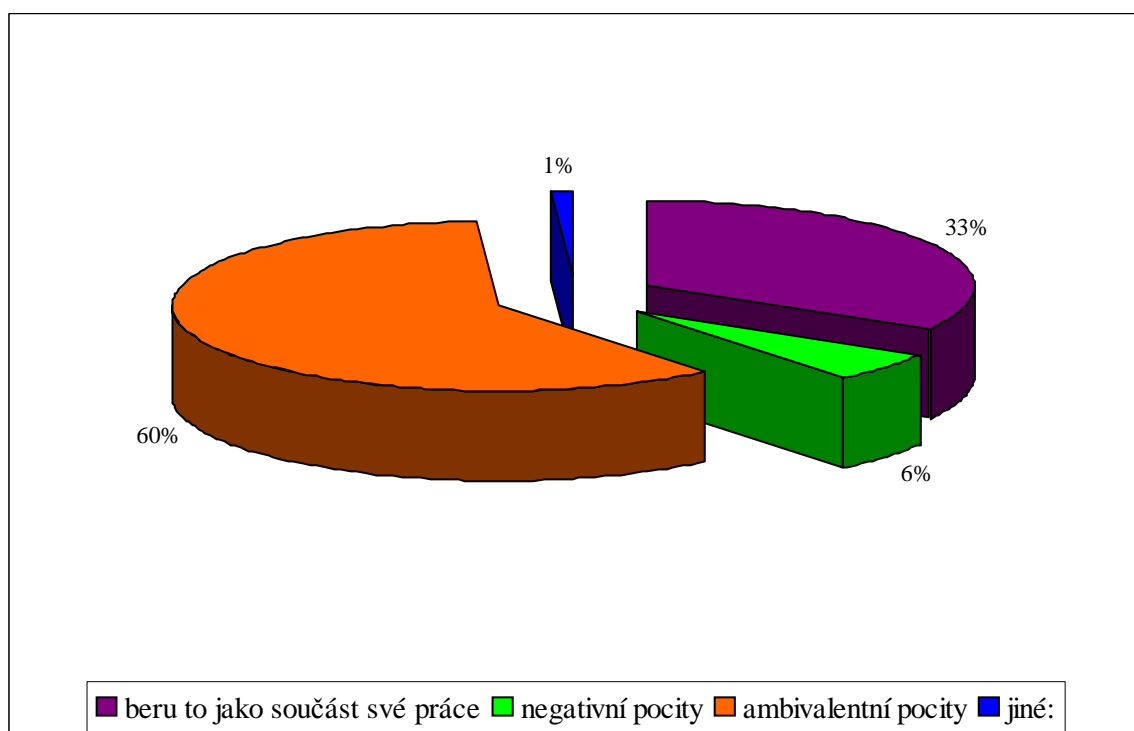
Z otázky č. 6, jež se respondentů ptá, jak často pečují o umírající pacienty, vyplynulo, že z počtu 102 respondentů se 49 % všeobecných sester s péčí o tyto pacienty setkává velmi často, 38% často a 13 % všeobecných sester pečuje o umírající někdy. Zbylé dvě možnosti, zřídka kdy a ojediněle, nebyly ve výzkumném šetření zahrnuty žádným z respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 7 - Jaké pocity ve Vás vyvolává ošetřování umírajícího pacienta a následná péče o mrtvé tělo?

Tabulka č. 7: Pocity při péči o umírající I.

	absolutní četnost	relativní četnost
beru to jako součást své práce	34	33,3%
negativní pocity	6	5,9%
ambivalentní pocity	61	59,8%
jiné:	1	1,0%
celkem	102	100,0%

Graf č. 7: Pocity při péči o umírající I.



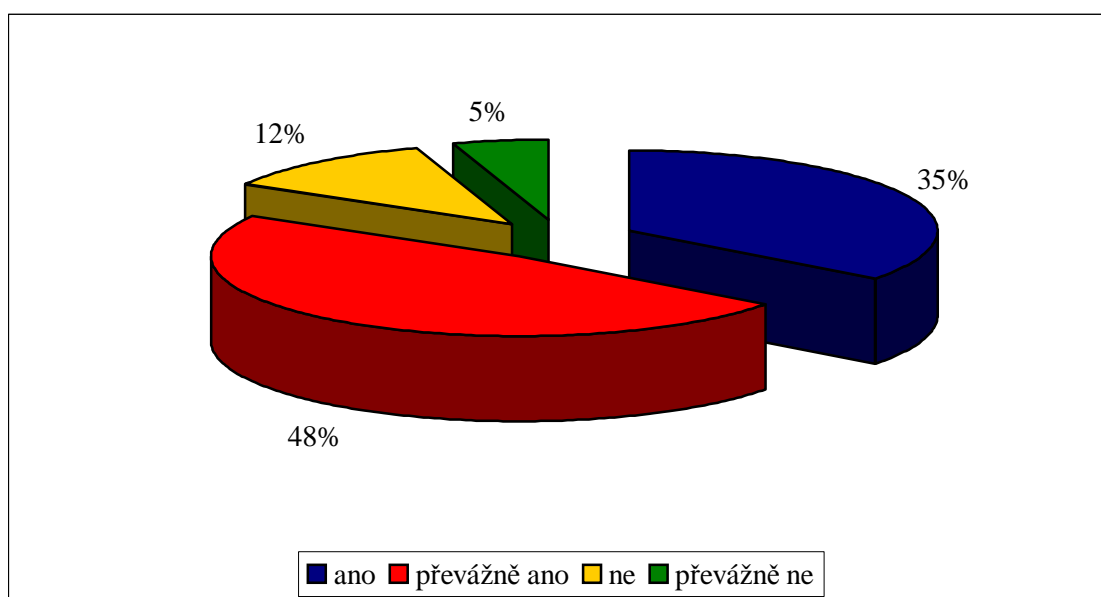
Zpracováním výsledků otázky č. 7, bylo zjištěno, že všeobecné sestry pracující v intenzivní medicíně mají ambivalentní pocity z péče o umírající a zemřelé, což uvedlo 60% dotázaných, 33% bere umírání jako součást své práce a pocity si nepřipouští, pro 6% dotázaných je umírání a smrt doprovázeno negativními pocity a 1% respondentů uvedlo možnost jiné: a doplnilo odpověď, že jejich pocity se odvíjejí vždy od věku pacienta a závažnosti daného onemocnění.

Vyhodnocení otázky č. 8 – Akceptujete smrt pacienta snadněji s narůstající praxí v intenzivní medicíně?

Tabulka č. 8: Akceptace smrti.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	36	35,30%
převážně ano	49	48,00%
ne	12	11,80%
převážně ne	5	4,90%
celkem	102	100,00%

Graf č. 8: Akceptace smrti.



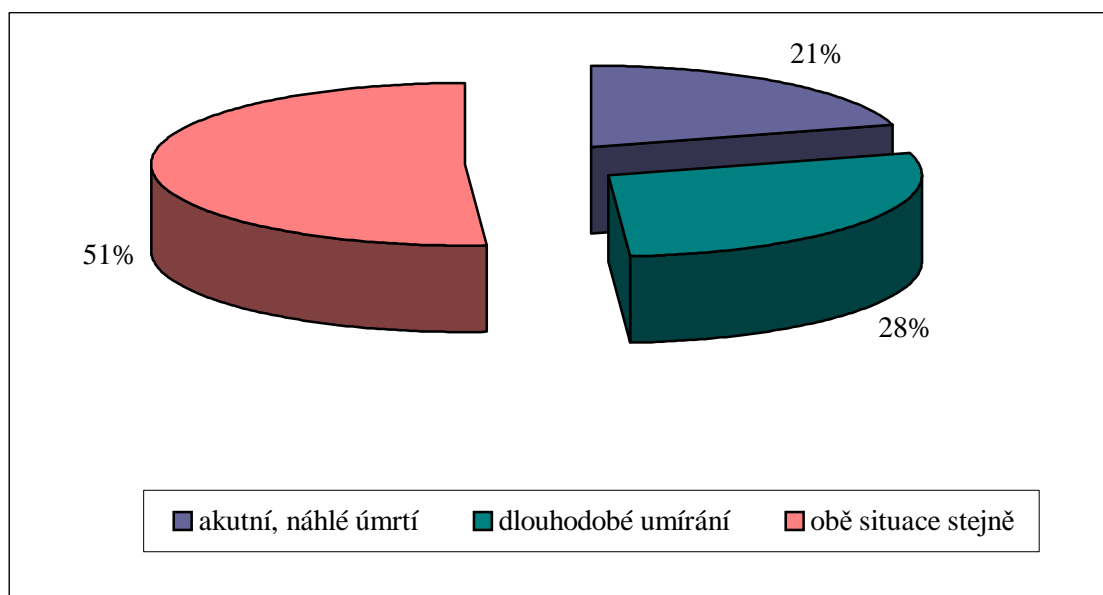
Z celkového počtu 102 respondentů, jimž byla položena otázka č. 8, dotazující se, na snadnější akceptaci úmrtí pacienta s rostoucí praxí, odpovědělo 35 % respondentů, že ano, 48% převážně ano, 12% ne a zbylé 5% převážně ne.

Vyhodnocení otázky č. 9 – Za dobu Vašeho působení v intenzivní medicíně se častěji setkáváte?

Tabulka č. 9: Péče o umírající II.

	absolutní četnost	relativní četnost
akutní, náhlé úmrtí	21	20,60%
dlouhodobé umírání	29	28,40%
obě situace stejně	52	51%
celkem	102	100,00%

Graf č. 9: Péče o umírající II.



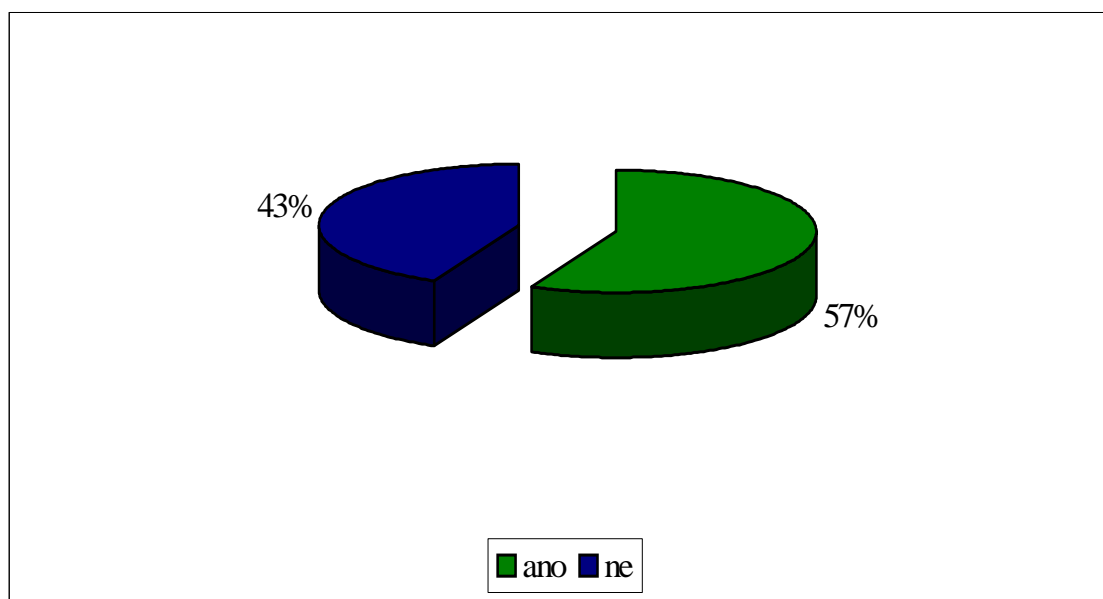
Z odpovědi respondentů na otázku č. 9 vyplývá, že zdravotní sestry pracující v intenzivní medicíně se z 52% setkávají stejnou mírou s akutním i dlouhodobým umíráním, 28% respondentů se častěji setkává s dlouhodobým, protrahovaným umíráním a zbylých 21% odpovědělo, že jejich častější zkušenost je z akutní, náhlou smrtí.

Vyhodnocení otázky č. 10 – **Cítíte rozdílné pocity při setkání se s akutním úmrtím a úmrtím kriticky, dlouhodobě nemocného pacienta?**

Tabulka č. 10: Pocity z úmrtí I.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	58	56,90%
ne	44	43,10%
celkem	102	100,00%

Graf č. 10: Pocity z úmrtí I.



57% respondentů cítí rozdílné pocity při akutním, náhlém úmrtí a umíráním dlouhodobě, kriticky nemocného pacienta, 43% tento rozdíl nepocituje.

Vyhodnocení otázky č. 11 – **Pokud jste v předchozí otázce odpověděl (a) ano, zkuste pár slovy popsat, v čem se tento rozdílný prožitek liší?**

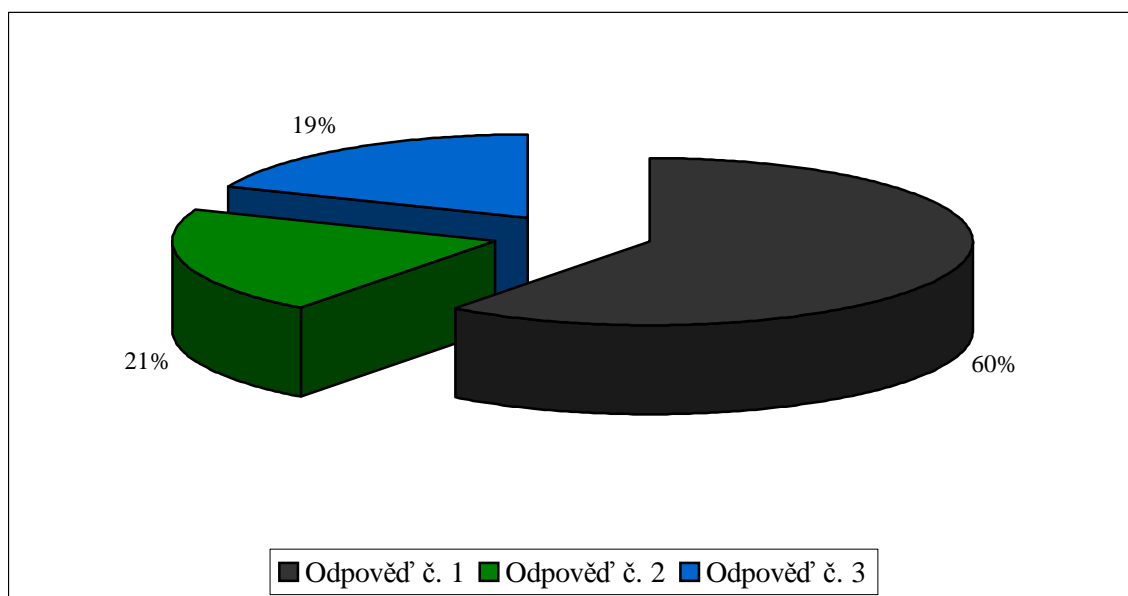
Na otázku odpovídalo 58 respondentů. Kategorizace odpovědí:

1. Dlouhodobě nemocný – lehčí akceptace, vysvobození, konec trápení X Akutní úmrtí – stres, neočekávaná situace, šok, těžké se vyrovnat. **35 respondentů**
2. Rozdíl nezdůvodnili, neodpověděli. **12 respondentů**
3. Dlouhodobě nemocný pacient – znám jej, vytvořená vazba, vztah kontakt X Akutní pacient – anonymita, tolik jej neznám. **11 respondentů**

Tabulka č. 11: Rozdílný prožitek I.

	absolutní četnost	relativní četnost
odpověď č. 1	35	60,30%
odpověď č. 2	12	20,70%
odpověď č. 3	11	19%
celkem	58	100,00%

Graf č. 11: Rozdílný prožitek I.



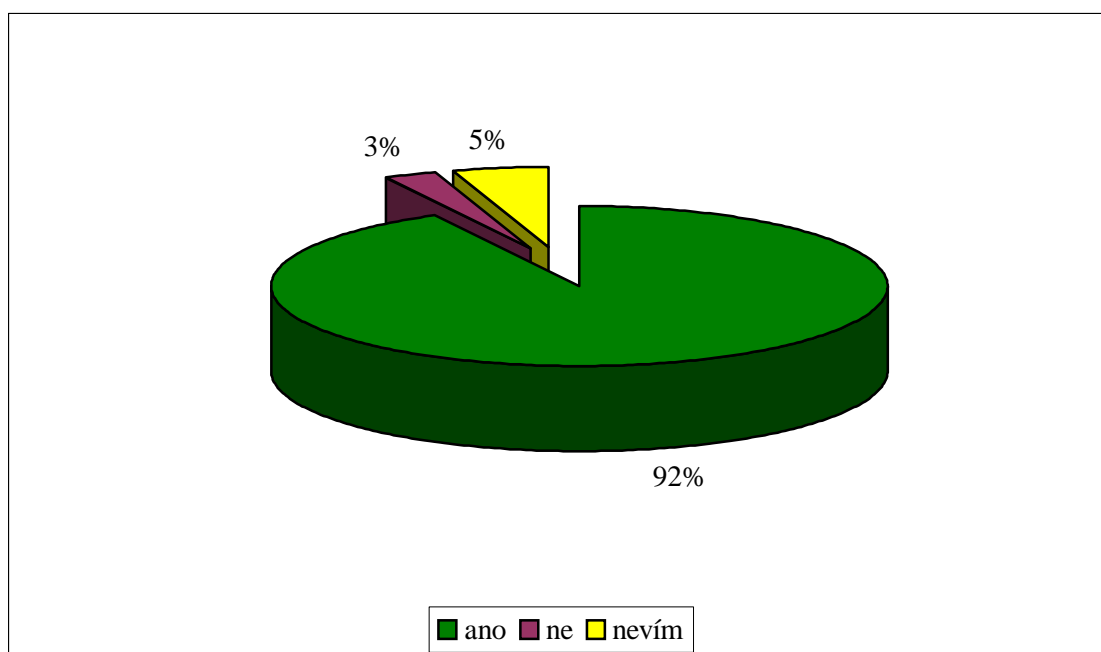
Výsledek poukazuje na to, že v největší míře pociťují sestry, rozdíl ve stresové situaci akutního úmrtí, ve srovnání s úlevou, vysvobozením, koncem trápení u protražovaného umírání.

Vyhodnocení otázky č. 12 – Jsou Vaše pocity z úmrtí pacienty ovlivněny jeho věkem?

Tabulka č. 12: Pocity z úmrtí II.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	94	92,2%
ne	3	2,9%
nevím	5	4,9%
celkem	102	100,0%

Graf č. 12: Pocity z úmrtí II.



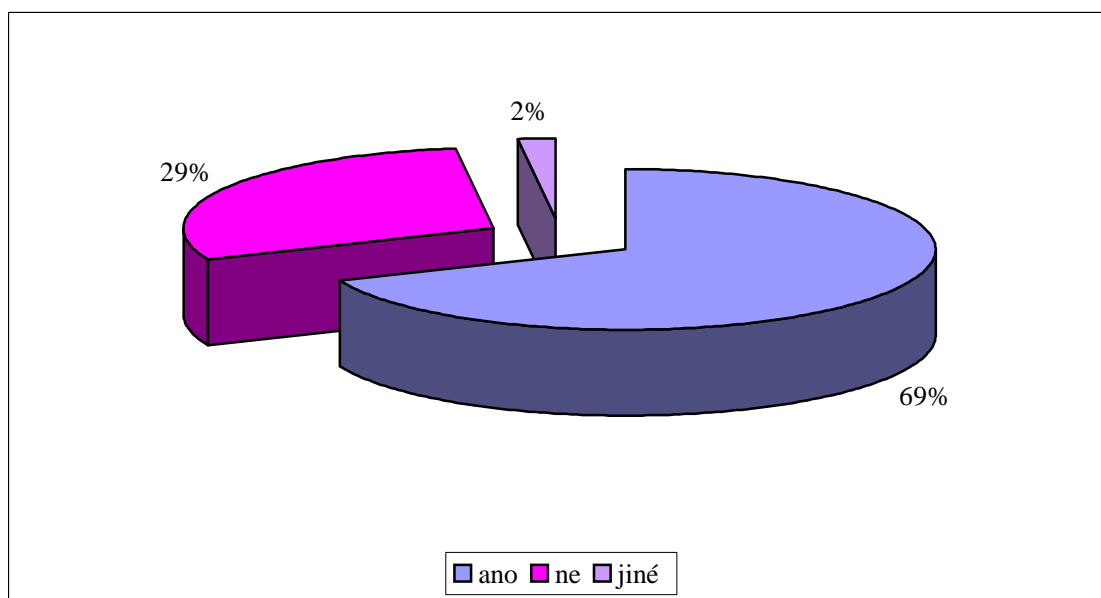
Z výzkumného šetření v otázce č. 12, vyplývá, že u většiny a to 92% všeobecných sester v intenzivní medicíně hraje roli v ovlivnění jejich pocitů věk pacienta. 3 % sester nemají pocity ovlivněné věkem a dalších 5 % neví.

Vyhodnocení otázky č. 13 – **Přispívá k ovlivnění Vašich pocitů ze smrti pacienta, soubor jeho lékařských diagnóz a závažnost zdravotního stavu?**

Tabulka č. 13: Pocity z úmrtí III.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	70	68,60%
ne	30	29,40%
jiné	2	2%
celkem	102	100,00%

Graf č. 13: Pocity z úmrtí III.



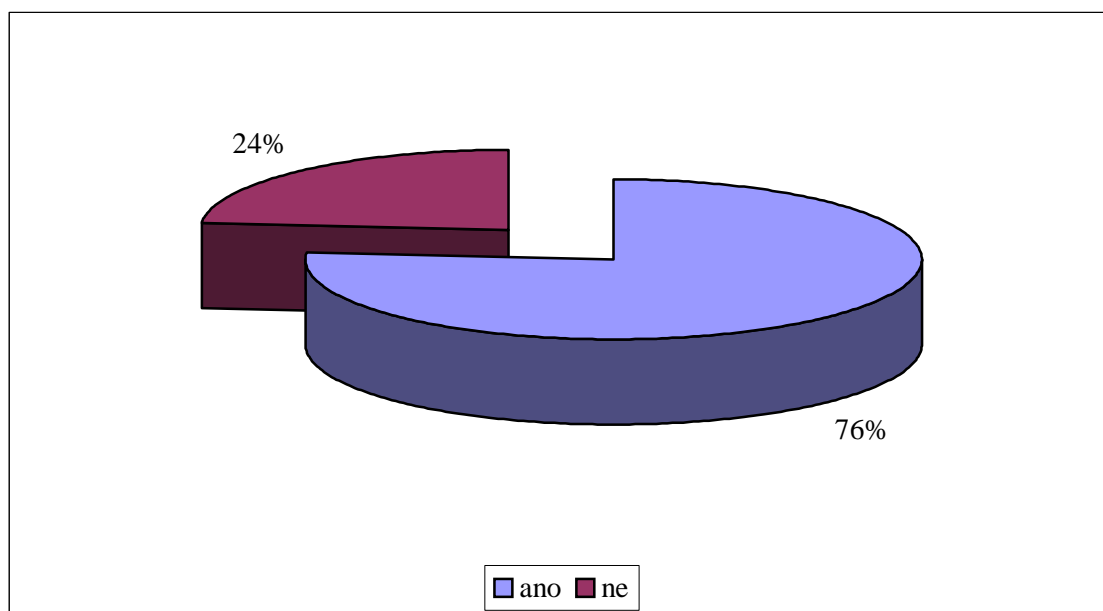
Z výsledného zpracování otázky č. 13 vyplývá, že na pocity 69 % zdravotních sester má při úmrtí pacienta vliv závažnost zdravotního stavu, naopak na 29 % respondentů tento ukazatel vliv nemá a 2 % dotázaných zatrhla variantu jiné, kde uvedla, že vnímají smrt u všech zemřelých zcela individuálně.

Vyhodnocení otázky č. 14 – Je Váš postoj ke smrti ovlivněn předchozím kontaktem s pacientem, profesionálním vztahem, který byl vytvořen v průběhu hospitalizace a péče o něj?

Tabulka č. 14: Postoj ke smrti I.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	78	76,50%
ne	24	23,50%
celkem	102	100,00%

Graf č. 14: Postoj ke smrti I.



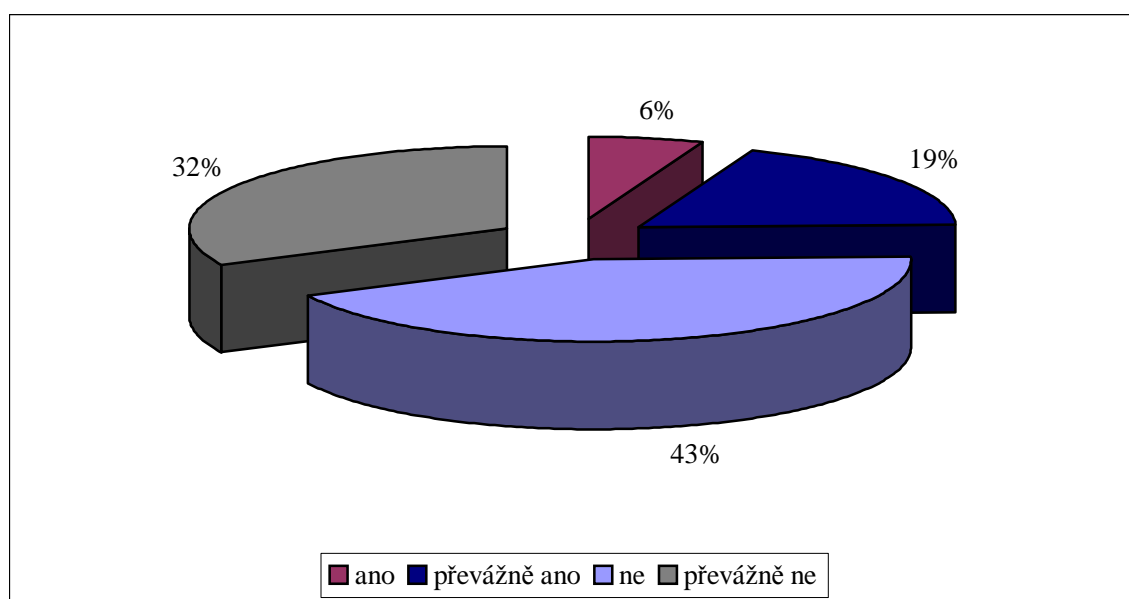
Výsledkem výzkumného šetření k této otázce, bylo zjištěno, že většina zdravotních sester, je ve svém postoji ke smrti ovlivněna předchozím kontaktem a vytvořeným profesionálním vztahem s pacientem, jelikož na odpověď ano, odpovědělo 76 % respondentů, v opačném případě jejich postoj ke smrti, tímto navázaným kontaktem neovlivňuje zbylých 24 % respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 15 – **Působí Vám potíže komunikovat s umírajícím pacientem?**

Tabulka č. 15: Komunikace s umírajícím.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	6	5,90%
převážně ano	19	18,60%
ne	44	43,10%
převážně ne	33	32,40%
celkem	102	100,00%

Graf č. 15: Komunikace s umírajícím.



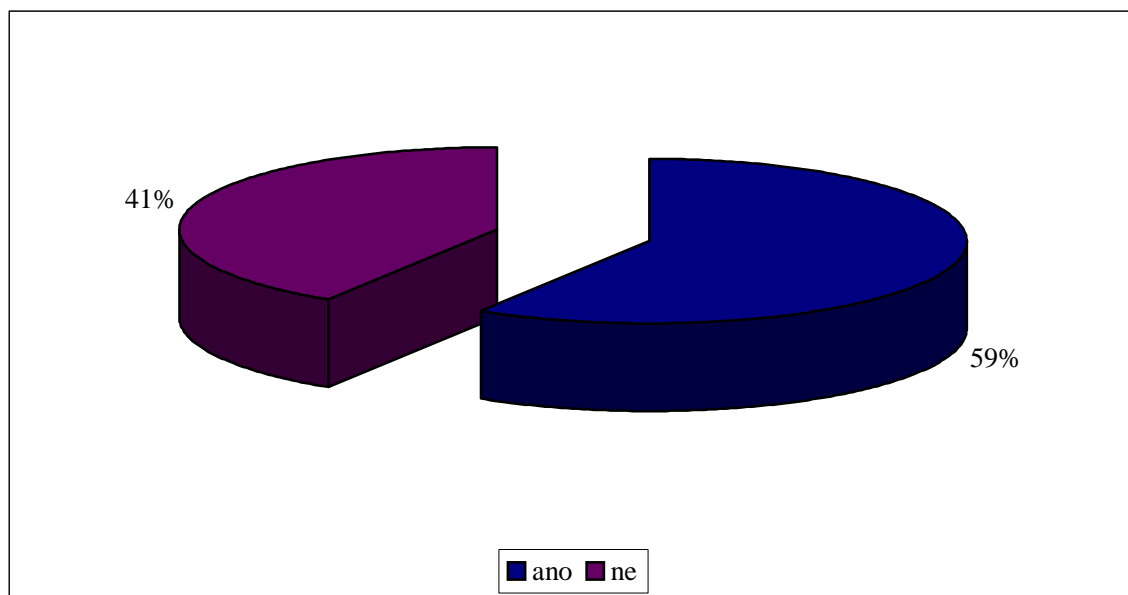
Pro 43 % zdravotních sester pracujících v intenzivní medicíně není problém komunikovat s umírajícím pacientem, 32 % odpovědělo, že převážně ne. 19 % respondentů cítí, že převážně ano, mají tento problém a zbylých 6 % respondentů má problém komunikovat s umírajícím.

Vyhodnocení otázky č. 16 – Vnímáte rozdíl v pocitech z úmrtí pacienta, který byl při vědomí, ve srovnání s pacientem, který byl již delší dobu v bezvědomí?

Tabulka č. 16: Pocity z úmrtí V.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	60	58,80%
ne	42	41,20%
celkem	102	100,00%

Graf č. 16: Pocity z úmrtí V.



Z odpovědi na otázku č. 16 vyplývá, že většina tedy 59 % respondentů cítí rozdílné pocity s úmrtí pacienta při vědomí ve srovnání s pacientem v bezvědomí, 41 % tyto rozdílné pocity nevnímá.

Vyhodnocení otázky č. 17 – V případě odpovědi ano v předchozí otázce, zkuste krátce charakterizovat tento rozdíl?

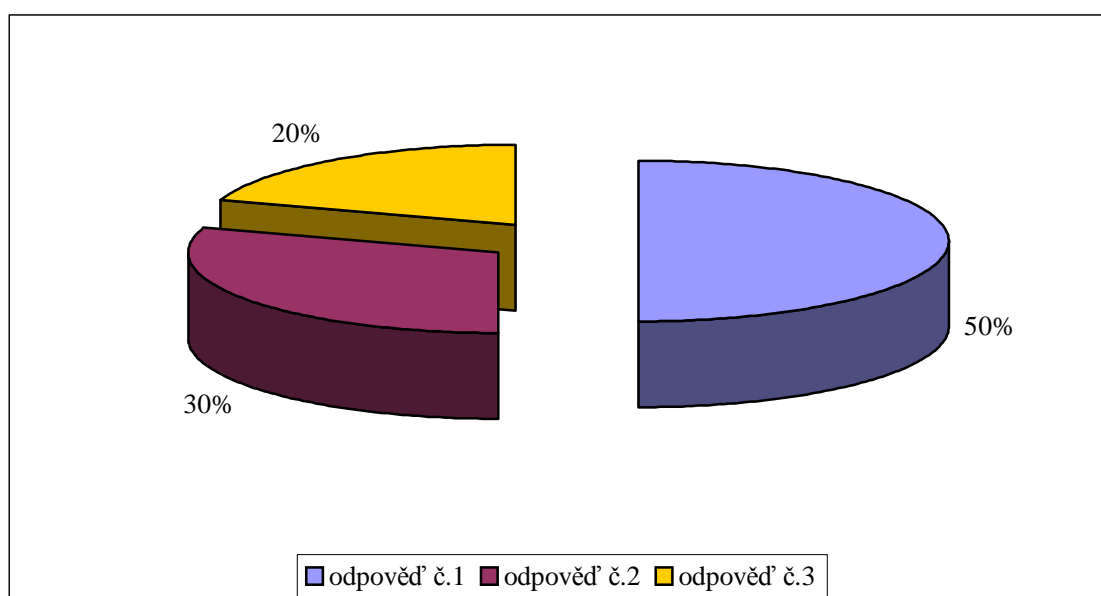
Na otázku odpovídalo 60 respondentů – kategorizace odpovědí:

1. S pacientem při vědomí větší vztah, komunikace a jeho poznání než u pacienta v bezvědomí **30 respondentů**
2. U pacienta při vědomí vnímám více jeho utrpení než u bezvědomí **18 respondentů**
3. Neví, neodpověděli, nemají názor **12 respondentů**

Tabulka č. 17: Rozdílný prožitek II.

	absolutní četnost	relativní četnost
odpověď č. 1	30	50%
odpověď č. 2	18	30%
odpověď č. 3	12	20%
celkem	60	100%

Graf č. 17: Rozdílný prožitek II.



Z výsledného zpracování otevřené otázky č. 17 vyplývá, že nejvíce a to 50 % respondentů vidí největší rozdíl v úmrtí pacienta při vědomí a v bezvědomí ve vytvořeném vztahu, komunikaci, spolupráci a poznání pacienta při vědomí, což u pacienta s poruchou vědomí chybí.

Vyhodnocení otázky č. 18 – **Jaký máte názor na aplikaci všech život zachraňujících úkonů a používání moderních způsobů dnešní přetechnizované medicíny u každého pacienta bez ohledu na jeho neblahou prognózu?**

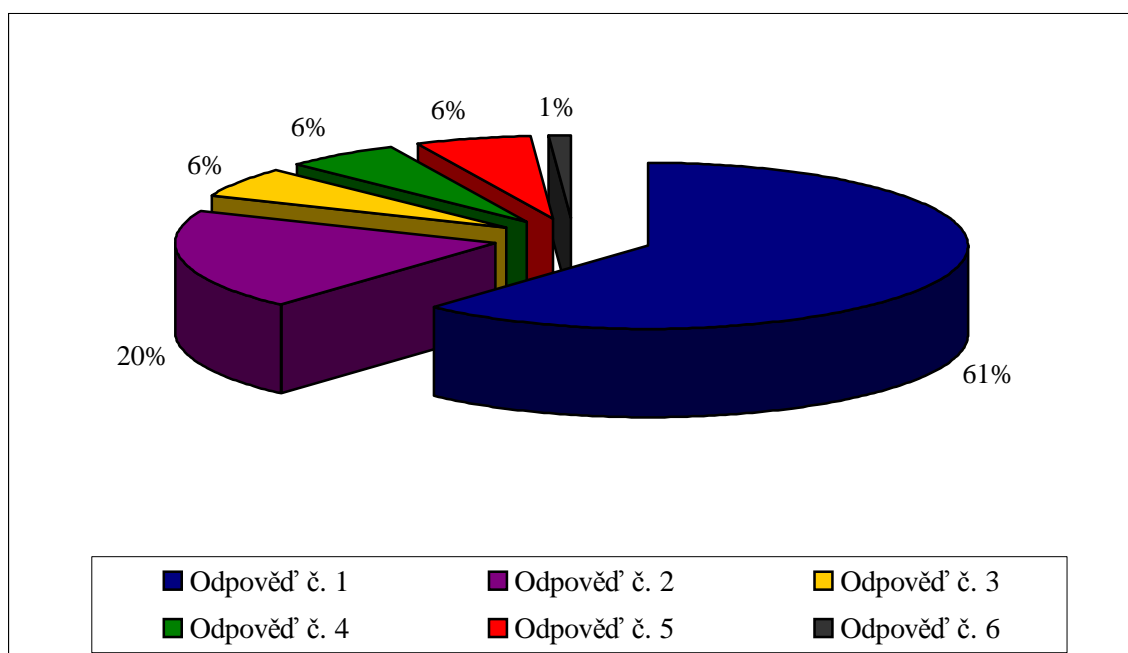
Kategorizace odpovědí:

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Neetické, nehumánní, nedůstojné prodlužování utrpení | 63 respondentů |
| 2. K otázce se nevyjádřili, neodpověděli | 20 respondentů |
| 3. Nemají jednoznačný názor, souhlasí s rozhodnutím lékaře | 6 respondentů |
| 4. Stanovil (a) bych věkový limit pro záchranu | 6 respondentů |
| 5. Každý má právo na komplexní léčbu, vždy být zachraňován | 6 respondentů |
| 6. Podporoval (a) bych vlastní názor pacienta a jeho rodiny | 1 respondent |

Tabulka č. 18: Aplikace život-zachraňujících úkonů.

	absolutní četnost	relativní četnost
odpověď č. 1	63	61,70%
odpověď č. 2	20	19,60%
odpověď č. 3	6	5,90%
odpověď č. 4	6	5,90%
odpověď č. 5	6	5,90%
odpověď č. 6	1	1%
celkem	102	100,00%

Graf č. 18: Aplikace život-zachraňujících úkonů.



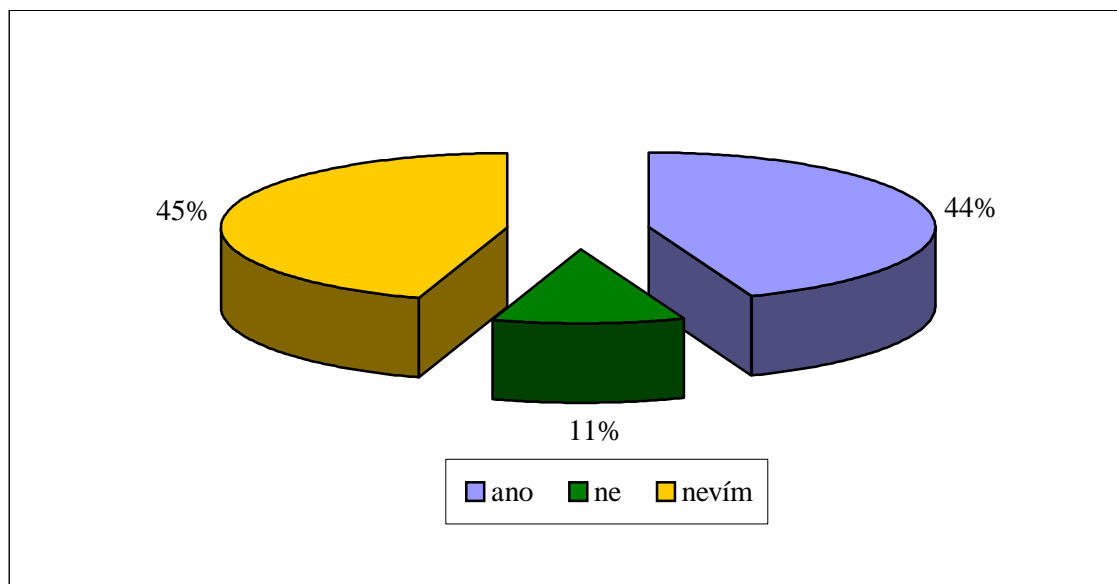
U otevřené otázky č. 18, v nichž respondenti vyjadřovali svůj názor na aplikaci všech život zachraňujících úkonů u všech pacientů, bez ohledu na jejich prognózu je 61 % respondentů výslovně proti, a považuje tohle jednání za nehumánní a neetické. 20 % se k této otázce nevyjádřili a neprojevili svůj názor. 6 % nemá jednoznačný názor a souhlasí s rozhodnutím lékaře, 6 % by stanovilo věkový limit pro rozhodnutí, zda zachraňovat či nezachraňovat za každou cenu, dalších 6 % plně souhlasí s komplexní léčbou a zachraňováním všech pacientů bez ohledu na jejich zdravotní stav a prognózu a zbylé 1 % by rozhodnutí nechalo na nemocném či jeho rodině.

Vyhodnocení otázky č. 19 – Vyslovil (a) byste souhlas pro LIVING WILL?

Tabulka č. 19: Souhlas s LIVING WILL.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	45	44,10%
ne	11	10,80%
nevím	46	45,10%
celkem	102	100,00%

Graf č. 19: Souhlas s LIVING WILL.



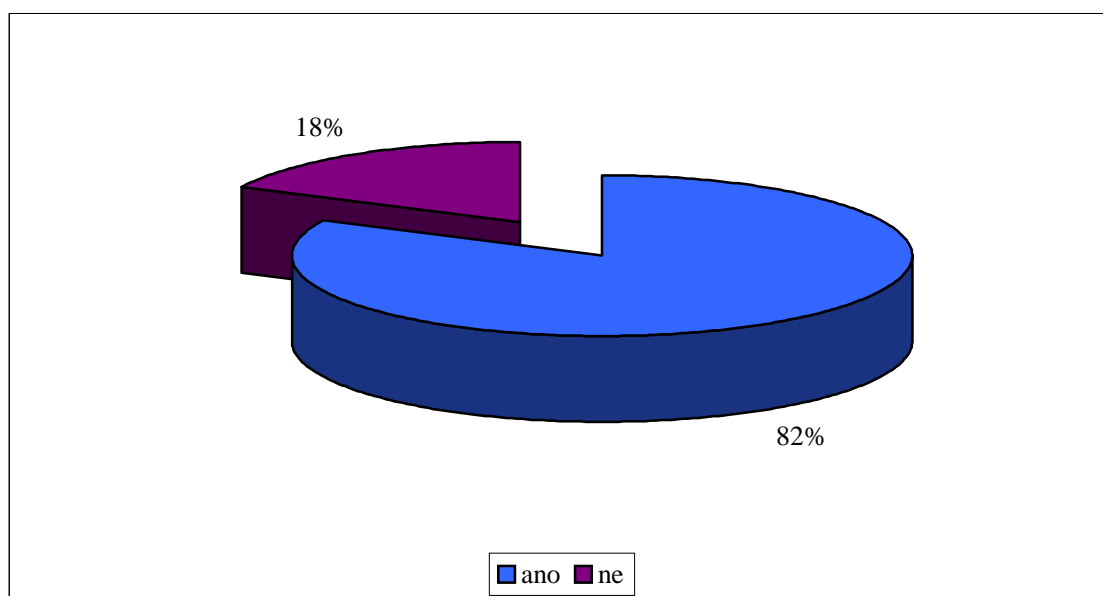
Pro legalizaci direktivy LIVING WILL, by vyslovilo souhlas 45 % respondentů. O procento méně respondentů, odpovědělo variantu nevím. A zbylých 10 % s direktivou výslovně nesouhlasí.

Otázka č. 20 – Myslíte si, že podávání stravy a tekutin by mělo být součástí bazální terapie?

Tabulka č. 20 : Problematika bazální terapie.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	84	82,40%
ne	18	17,60%
celkem	102	100,00%

Graf č. 20: Problematika bazální terapie.



Ze 102 dotázaných si 82 % myslí, že strava a tekutiny by měly být součástí bazální terapie, 18 % zastává opačný názor.

Odůvodnění bylo:

57 respondentů – neodůvodnilo své rozhodnutí.

29 respondentů – považuje nutriční a hydrataci jako základní, biologickou potřebu.

13 respondentů – považuje stravu a tekutiny za stimulant chutí, toho co měl rád.

2 respondenti – považují ANH za záchranu života.

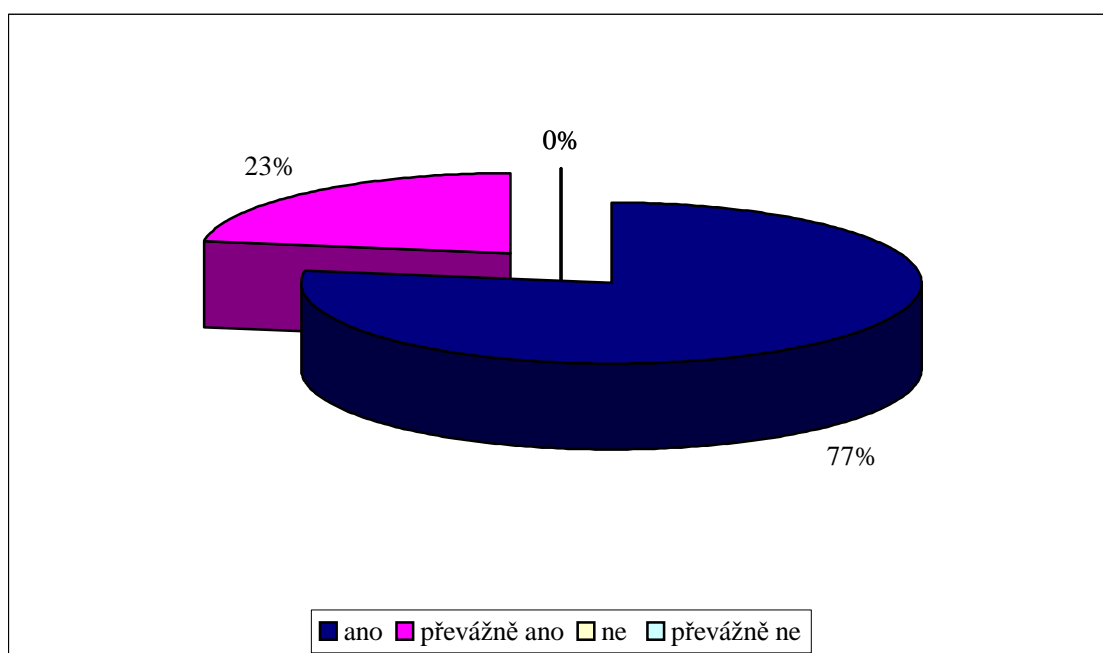
1 respondent – za projev důstojného umírání.

Vyhodnocení otázky č. 21 – Myslíte si, že rodina pacienta by měla být vždy lékařem informována o beznadějně prognóze a blížící se smrti?

Tabulka č. 21: Informovanost příbuzných.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	79	77,50%
převážně ano	23	22,50%
ne	0	0,00%
převážně ne	0	0,00%
celkem	102	100,00%

Graf č. 21: Informovanost příbuzných.



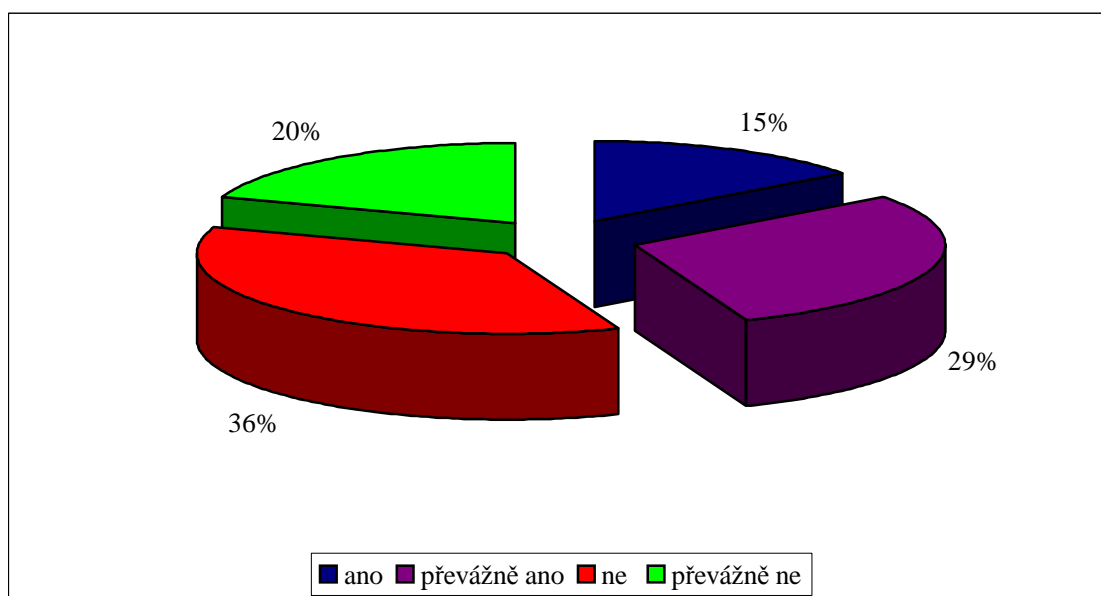
Z odpovědí na otázku týkající se plné informovanosti příbuzných, jasně vyplývá, že zdravotníci s ní souhlasí v 77 % a ve zbylých 23 % si myslí, že převážně ano, by měli být informováni. Ani jeden s respondentů neodpověděl na variantu ne a převážně ne.

Vyhodnocení otázky č. 22 – Hraje roli ve Vašich postojích ke smrti předchozí kontakt s rodinou?

Tabulka č. 22: Postoj ke smrti II.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	15	14,70%
převážně ano	30	29,40%
ne	37	36,30%
převážně ne	20	19,60%
celkem	102	100,00%

Graf č. 22: Postoj ke smrti II.



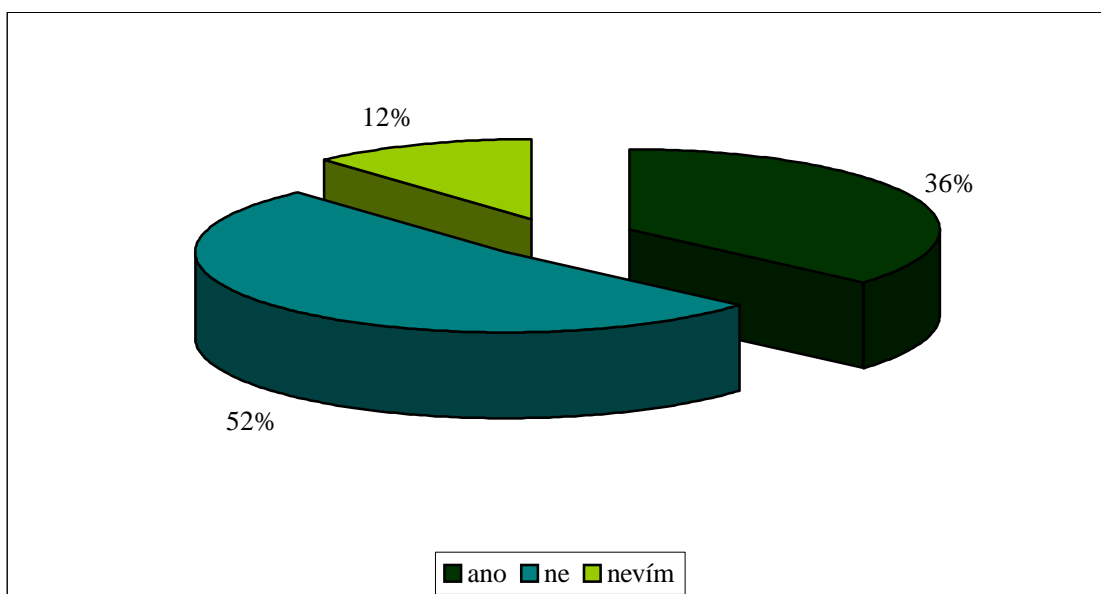
Výsledkem výzkumného šetření k otázce č. 22, je, že u 36 % respondentů nemá vliv na pocity při úmrtí pacienta předchozí kontakt s rodinou, 29 % odpovědělo možnost převážně ano, 20 % převážně ne a u zbylých 15 % se předchozí kontakt s rodinou odráží v jejich pocitech z úmrtí pacienta.

Vyhodnocení otázky č. 23 – Jsou pro Vás náročnější služby, na kterých Vám zemřel pacient?

Tabulka č. 23: Náročnost služby.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	37	36,30%
ne	53	52,00%
nevím	12	11,70%
celkem	102	100,00%

Graf č. 23: Náročnost služby.



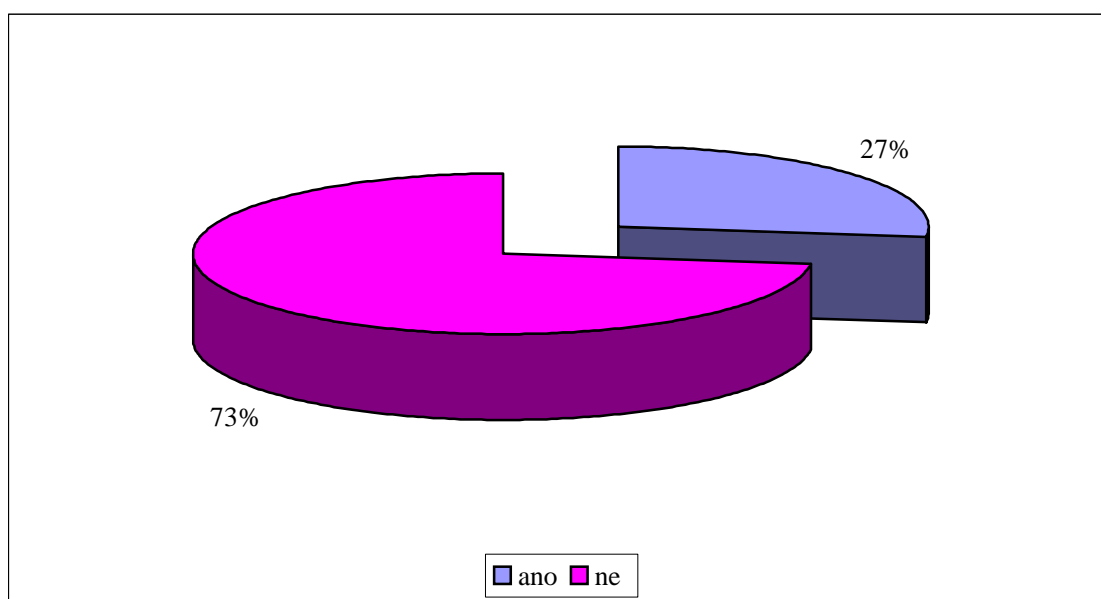
Pro 52 % všeobecných sester pracujících v intenzivní medicíně nejsou více náročné služby, na kterých jim zemřel pacient, 36 % respondentů vnímá služby, na kterých jim zemřel pacient, jako náročnější a 12 % sester neví.

Vyhodnocení otázky č. 24 – Myslíte si, že v rámci celoživotního vzdělávání jsou zdravotníci pracující v intenzivní medicíně dostatečně edukováni v oblasti paliativní péče?

Tabulka č. 24: Edukace v paliativní péči I.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	29	28,40%
ne	73	71,60%
celkem	102	100,00%

Graf č. 24: Edukace v paliativní péči I.



73 % sester pracujících v intenzivní medicíně si myslí, že edukovanost o paliativní péči není dostatečná, zbylých 27 % je opačného názoru.

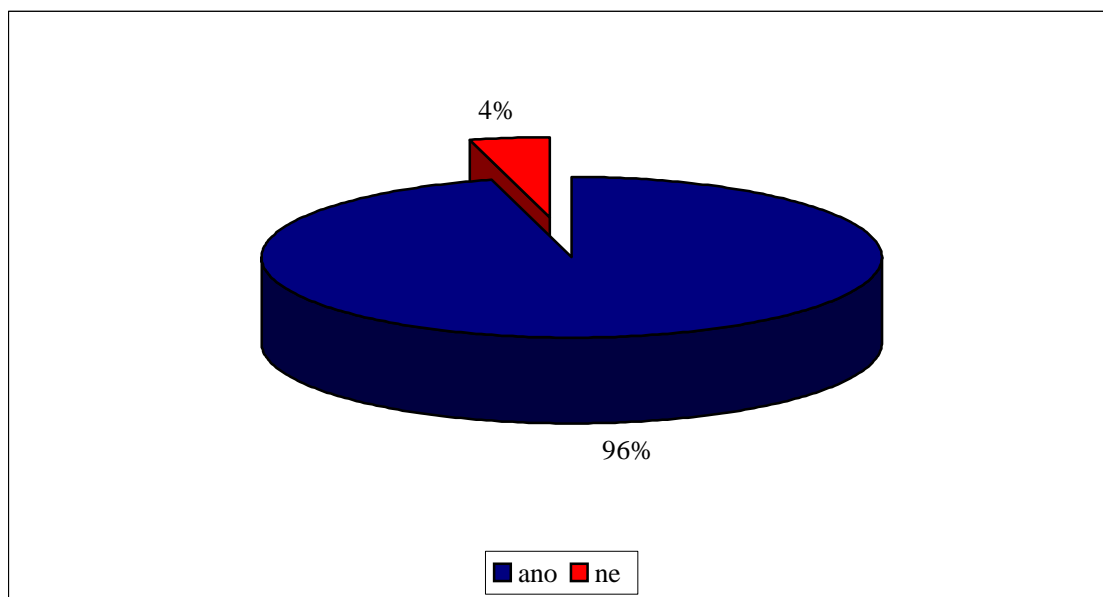
Vyhodnocení otázky č. 25 – **Pokud jste v předchozí otázce odpověděl (a) ne, uvítal (a) byste seminář na dané téma?**

Týkající se pouze 73 respondentů, jež odpověděli ne, v předchozí otázce.

Tabulka č. 25: Edukace v paliativní péči II.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	70	95,9 %
ne	3	4,1 %
celkem	73	100,00%

Graf č. 25: Edukace v paliativní péči II.



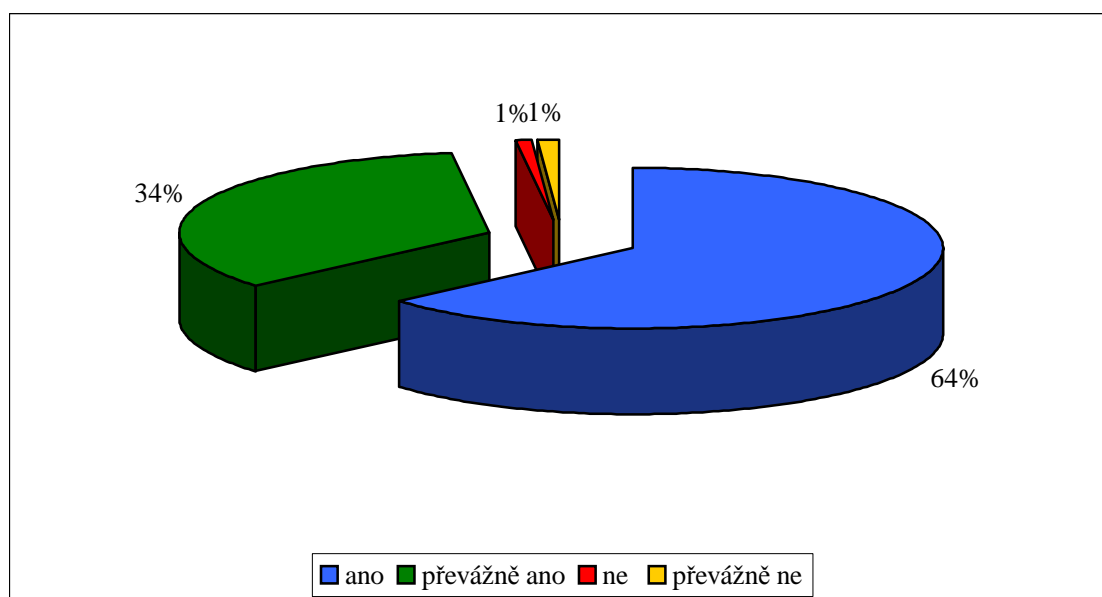
Ze 73 respondentů, jež cítí nedostatečnou edukovanost v oblasti paliativní péče, by 96 % respondentů uvítalo seminář na dané téma.

Vyhodnocení otázka č. 26 – **Jste spokojen (a) s volbou práce v intenzivní medicíně?**

Tabulka č. 26: Spokojenost v zaměstnání.

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	65	63,70%
převážně ano	35	34,30%
ne	1	1,00%
převážně ne	1	1,00%
celkem	102	100,00%

Graf č. 26: Spokojenost v zaměstnání.



Na otázku spokojenosti s volbou práce v intenzivní medicíně odpovědělo 64 % respondentů, že je spokojeno, 34 % převážně ano, 1 % respondentů převážně ne a stejně tak 1 % respondentů ne.

5. 7 Statistické zpracování hypotéz

Ke statistickému zpracování byl použit statistický software SPSS verze 15. Všechny testy byly provedeny na hladině signifikance 0,05.

Statistické zpracování hypotézy č. 1

H₀1: Více než polovina všeobecných sester pracujících v intenzivní medicíně akceptuje smrt pacienta snadněji s narůstající praxí.

H_A1: Více než polovina sester pracujících v intenzivní medicíně neakceptuje smrt pacienta snadněji s narůstající praxí.

Při zpracování této hypotézy se vycházelo z údajů uvedených respondenty v otázce č. 8 „Akceptujete smrt pacienta snadněji s narůstající praxí v intenzivní medicíně?“

Hypotéza byla ověřena na základě vypočítaných absolutních a relativních četností s využitím konstrukce 95% intervalu spolehlivosti (95% CI) pro populační

pravděpodobnost dle vzorce:
$$p \pm 1,96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$
. (Jana Zvárová: Základy statistiky pro biomedicínské obory, Karolinum 2004, ISBN 80-7184-786-0).

85 sester ze 102, což je 83,3 % (95% CI je 76,1 - 90,6) uvedlo, že akceptují smrt pacienta snadněji s narůstající praxí v intenzivní medicíně (na tuto otázku odpověděli ano či převážně ano). Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50 %, můžeme hypotézu přijmout.

Tab. č. 27: Četnostní tabulka I.

Akceptujete smrt pacienta snadněji s narůstající praxí v intenzivní medicíně?			
	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
ano	36	35,3	35,3
převážně ano	49	48,0	83,3
ne	12	11,8	95,1
převážně ne	5	4,9	100,0
Celkem	102	100,0	

Statistické zpracování hypotézy č. 2

H₀2: Mezi skutečností s jakými úmrtími pacientů se sestry spíše setkávají a pocity, které prožívají při setkání s akutním úmrtím či úmrtím dlouhodobě nemocného pacienta, neexistuje závislost.

H_A2: Mezi skutečností s jakými úmrtími pacientů se sestry spíše setkávají a pocity, které prožívají při setkání s akutním úmrtím či úmrtím dlouhodobě nemocného pacienta, existuje závislost.

Pro ověření vzájemné korelace mezi odpověďmi na otázku č. 9 („Za dobu Vašeho působení v intenzivní medicíně se častěji setkáváte...“) a otázkou č. 10 („Cítíte rozdílné pocity při setkání se s akutním úmrtím a úmrtím kriticky, dlouhodobě nemocného pacienta?“) v dotazníku, byla data sumarizována do kontingenční tabulky a byl proveden Fisherův přesný test.

Tab. č. 28: Kontingenční tabulka I.

Kontingenční tabulka

			Cítíte rozdílné pocity při setkání se s akutním úmrtím a úmrtím kriticky dlouhodobě nemocného pacienta?		Celkem
			ano	ne	
Za dobu Vašeho působení v intenzivní medicíně se častěji setkáváte	a akutním, náhlým úmrtím pacienta s neočekávanou zástavou srdeční činnosti	Četnost %	10 47,6%	11 52,4%	21 100,0%
	s protrahovaným umíráním dlouhodobě kriticky nemocných pacientů	Četnost %	15 51,7%	14 48,3%	29 100,0%
	nelze stanovit, obě situace jsou vyvážené	Četnost %	33 63,5%	19 36,5%	52 100,0%
Celkem		Četnost %	58 56,9%	44 43,1%	102 100,0%

Tab. č. 29: Fisherův test I.

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	1,996	,417
Počet platných případů	102	

Fisherovým přesným testem nebyla prokázána závislost mezi skutečností, s jakými úmrtími pacientů se sestry spíše setkávají a pocity, které prožívají při setkání s akutním úmrtím či úmrtím kriticky nemocného pacienta, $p = 0,417$. Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout.

Statistické zpracování hypotézy č. 3

H₀3: Názor na aplikaci všech život zachraňujících úkonů u pacientů s infaustní prognózou není ovlivněn délkou praxe sester v intenzivní medicíně.

H_A3: Názor na aplikaci všech život zachraňujících úkonů u pacientů s infaustní prognózou je ovlivněn délkou praxe sester v intenzivní medicíně.

Pro ověření hypotézy byla data uspořádána do kontingenční tabulky. Do řádků tabulky byla zaznamenána délka praxe a do sloupců byly zaznamenány odpovědi na otevřenou otázku. č. 18. „Jaký máte názor na aplikaci všech život zachraňujících úkonů a používání moderních způsobů dnešní přetechnizované medicíny u každého pacienta bez ohledu na jeho neblahou prognózu?“. Aby mohla být tato otázka kvantitativně vyhodnocena, musely být odpovědi zkatégorizovány do šesti kategorií. Tato kategorizace byla však pro ověření hypotézy příliš podrobná, četnosti v buňkách v kontingenční tabulce byly příliš nízké. Proto byly pro statistické vyhodnocení ponechány pouze první dvě nejčetnější kategorie, další čtyři méně četné kategorie byly sloučeny. Následně byl proveden Fisherův přesný test.

Tab. č. 30: Kontingenční tabulka II.

			Kontingenční tabulka						Celkem
			Názor na aplikaci všech život zachraňujících úkonů a používání moderních přetechnizované medicíny u každého pacienta bez ohledu na jeho neblahou prognózu						
Délka praxe		Četnost %	Neetické, nehumánní, nedůstojné prodloužení utrpení	K otázce se nevyjádřili	Nemají jednoznačný názor, souhlasí s rozhodnutím lékaře	Stanovil (a) bych věkově limit pro záchranu	Každý má právo na komplexní léčbu, vždy by zachraňován	Podporoval (a) bych vlastní názor pacienta a jeho rodiny	
méně než 1 rok	Četnost %	4 36,4%	4 36,4%	1 9,1%	2 18,2%	0 0,0%	0 0,0%	11 100,0%	
2 - 5 let	Četnost %	26 59,1%	6 13,6%	4 9,1%	2 4,5%	6 13,6%	0 0,0%	44 100,0%	
6 - 10 let	Četnost %	13 81,3%	3 18,8%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	16 100,0%	
více než 10 let	Četnost %	20 64,5%	7 22,6%	1 3,2%	2 6,5%	0 0,0%	1 3,2%	31 100,0%	
Celkem	Četnost %	63 61,8%	20 19,6%	6 5,9%	6 5,9%	6 5,9%	1 1,0%	102 100,0%	

Tab. č. 31: Kontingenční tabulka III.

Kontingenční tabulka

			Jaký máte názor na aplikaci všech život zachraňujících úkonů a používání moderních způsobů dnešní přetechnizované medicíny u každého pacienta bez ohledu na jeho neblahou prognózu?			Celkem
			Neetické, nehumánní, nedůstojné prodlužování utrpení	K otázce se nevyjádřili	jiný názor	
Délka praxe	méně než 1 rok	Četnost %	4 36,4%	4 36,4%	3 27,3%	11 100,0%
	2 - 5 let	Četnost %	26 59,1%	6 13,6%	12 27,3%	44 100,0%
	6 - 10 let	Četnost %	13 81,3%	3 18,8%	0 ,0%	16 100,0%
	více než 10 let	Četnost %	20 64,5%	7 22,6%	4 12,9%	31 100,0%
Celkem		Četnost %	63 61,8%	20 19,6%	19 18,6%	102 100,0%

Tab. č. 32: Fisherův test II.

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	10,960	,072
Počet platných případů	102	

Fisherovým přesným testem nebyla prokázána závislost mezi názory na aplikaci všech život zachraňujících úkonů u pacientů s infaustní prognózou a délkou praxe sester v intenzivní medicíně, $p = 0,072$. Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout.

Statistické zpracování hypotézy č. 4

H₀4: Vyslovení souhlasu s legalizací direktivy LIVING WILL nezávisí na stupni vzdělání všeobecných sester.

H_A4: Vyslovení souhlasu s legalizací direktivy LIVING WILL závisí na stupni vzdělání všeobecných sester.

Hypotéza byla ověřena obdobným způsobem jako v předchozím případě.

Tab. č. 33: Kontingenční tabulka IV.

			Vyslovil(a) byste souhlas pro LIVING WILL?			Celkem
			ano	ne	nevím	
Vzdělání	středoškolské	Četnost	30	7	22	59
		%	50,8%	11,9%	37,3%	100,0%
	vyšší odborné	Četnost	9	2	18	29
		%	31,0%	6,9%	62,1%	100,0%
	vysokoškolské bakalářské	Četnost	5	2	5	12
		%	41,7%	16,7%	41,7%	100,0%
	vysokoškolské magisterské	Četnost	1	0	1	2
		%	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
Celkem		Četnost	45	11	46	102
		%	44,1%	10,8%	45,1%	100,0%

Tab. č. 34: Kontingenční tabulka V.

			Vyslovil(a) byste souhlas pro LIVING WILL?			Celkem
			ano	ne	nevím	
Vzdělání	středoškolské	Četnost	30	7	22	59
		%	50,8%	11,9%	37,3%	100,0%
	vyšší odborné	Četnost	9	2	18	29
		%	31,0%	6,9%	62,1%	100,0%
	vysokoškolské bakalářské -magisterské	Četnost	6	2	6	14
		%	42,9%	14,3%	42,9%	100,0%
Celkem		Četnost	45	11	46	102
		%	44,1%	10,8%	45,1%	100,0%

Tab. č. 35: Fisherův test III.

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	5,045	,264
Počet platných případů	102	

Fisherovým přesným testem nebyla prokázána závislost mezi vyslovením souhlasu s legalizací direktivy LIVING WILL a stupněm vzdělání sester, $p = 0,264$. Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout.

Statistické zpracování hypotézy č. 5

H_0 5: 99 % sester v intenzivní medicíně považuje nutriční a hydratační za součást bazální terapie.

H_A 5: 99% sester v intenzivní medicíně nepovažuje nutriční a hydratační za součást bazální léčby.

Hypotéza byla ověřena podobným způsobem jako hypotéza H1.

Tab. č. 36: Četnostní tabulka II.

Co se týká problematiky bazální terapie a ANH. Myslíte si, že podávání stravy by mělo být součástí bazální terapie?

	Četnost	Procenta
ano	84	82,4
ne	18	17,6
Celkem	102	100,0

84 sester ze 102, což je 82,4 % (95% CI je 75,0 % – 89,8 %) uvedlo, že považuje nutriční a hydratační za součást bazální terapie. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty nižší než 99%, nemůžeme hypotézu přijmout.

Statistické zpracování hypotézy č. 6

H₀6: U většiny sester jsou pocity z úmrtí pacienta ovlivněny ukazateli, jako jsou věk pacienta, závažnost zdravotního stavu a předchozí kontakt s nemocným.

H_A6: U většiny sester jsou pocity z úmrtí pacienta ovlivněny ukazateli, jako jsou věk pacienta, závažnost zdravotního stavu a předchozí kontakt s nemocným.

Ověření této hypotézy vycházelo z údajů uvedených respondenty v otázkách č. 12, 13 a 14. Hypotéza byla ověřena stejně jako hypotéza č. 1.

Tab. č. 37: Četnostní tabulka III.

Jsou Vaše pocity z úmrtí pacienta ovlivněny jeho věkem?		
	Četnost	Procenta
ano	94	92,2
ne	3	2,9
nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel(a)	5	4,9
Celkem	102	100,0

94 sester ze 102, což je 92,2 % (95% CI je 86,9 % – 97,4 %) uvedlo, že jejich pocity z úmrtí pacienta jsou ovlivněny věkem pacienta. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50%, můžeme hypotézu přijmout.

Tab. č. 38: Četnostní tabulka IV.

Přispívá k ovlivnění Vašich pocitů ze smrti pacienta soubor jeho lékařských diagnóz a závažnost zdravotního stavu?		
	Četnost	Procenta
ano, u vážně nemocných pacientů se snadněji vyrovnávám se smrtí	70	68,6
ne, smrt vnímám stejně za jakýchkoliv okolností úmrtí pacienta	30	29,4
jiné	2	2,0
Celkem	102	100,0

70 sester ze 102, což je 68,6 % (95% CI je 59,6 % – 77,6 %) uvedlo, že jejich pocity z úmrtí pacienta jsou ovlivněny závažností zdravotního stavu pacienta. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50%, můžeme hypotézu přijmout.

Tab. č. 39: Četnostní tabulka V.

Je Váš postoj ke smrti ovlivněn předchozím kontaktem s pacientem, profesionálním vztahem, který byl vytvořen v průběhu jeho hospitalizace a péče o něj?

	Četnost	Procenta
ano	78	76,5
ne	24	23,5
Celkem	102	100,0

78 sester ze 102, což je 76,5 % (95% CI je 68,2 % – 84,7 %) uvedlo, že jejich pocity z úmrtí pacienta jsou ovlivněny předchozím kontaktem s pacientem. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 50%, můžeme hypotézu přijmout.

Statistické zpracování hypotézy č. 7

H_07 : Více než 90 % všech sester v intenzivní medicíně souhlasí s plnou informovaností příbuzných o zdravotním stavu jejich rodinného příslušníka, bez ohledu na jeho závažnost a prognózu.

H_{A7} : Více než 90 % všech sester v intenzivní medicíně nesouhlasí s plnou informovaností příbuzných o zdravotním stavu jejich rodinného příslušníka, bez ohledu na závažnost zdravotního stavu a neblahou prognózu.

Ověření této hypotézy vycházelo z údajů uvedených respondenty v otázce č. 21. Hypotéza byla ověřena stejně jako hypotéza č. 1.

Tab. č. 40: Četnostní tabulka VI.

Myslíte si, že rodina pacienta by měla být vždy lékařem informována o beznadějně prognóze a blížící se smrti?

	Četnost	Procenta
ano	79	77,5
převážně ano	23	22,5
Celkem	102	100,0

102 sester ze 102, což je 100 % (95% CI je 100 % – 100 %) uvedlo, že souhlasí s plnou informovaností příbuzných o zdravotním stavu jejich rodinného příslušníka, bez ohledu na jeho závažnost a prognózu. Vzhledem ke skutečnosti, že interval spolehlivosti obsahuje pouze hodnoty vyšší než 90%, můžeme hypotézu přijmout.

Statistické zpracování otázky č. 8

H₀8: Problém komunikace s umírajícími nezávisí na délce praxe sester v intenzivní medicíně.

H_A8: Problém komunikace s umírajícími závisí na délce praxe sester v intenzivní medicíně.

O problému komunikace sester s umírajícím pacientem vypovídá otázka č. 15 „Působí Vám potíže komunikovat s umírajícím pacientem?“. Délka praxe byla zjišťována otázkou č. 5. Data byla zaznamenána do kontingenční tabulky. Vzhledem k nízkým četnostem v buňkách kontingenční tabulky byly sloučeny kategorie odpovědí na otázku č. 15. Následně byl proveden Fisherův přesný test.

Tab. č. 41: Kontingenční tabulka VI.

Kontingenční tabulka

			Působí Vám potíže komunikovat s umírajícím pacientem?				Celkem
			ano	převážně ano	ne	převážně ne	
Délka praxe	méně než 1 rok	Četnost %	1 9,1%	2 18,2%	5 45,5%	3 27,3%	11 100,0%
	2 - 5 let	Četnost %	3 6,8%	8 18,2%	17 38,6%	16 36,4%	44 100,0%
	6 - 10 let	Četnost %	2 12,5%	1 6,3%	5 31,3%	8 50,0%	16 100,0%
	více než 10 let	Četnost %	0 ,0%	8 25,8%	17 54,8%	6 19,4%	31 100,0%
Celkem		Četnost %	6 5,9%	19 18,6%	44 43,1%	33 32,4%	102 100,0%

Tab. č. 42: Kontingenční tabulka č. VII.

Kontingenční tabulka

			Působí Vám potíže komunikovat s umírajícím pacientem?		Celkem
			ano - převážně ano	ne - převážně ne	
Délka praxe	méně než 1 rok	Četnost %	3 27,3%	8 72,7%	11 100,0%
	2 - 5 let	Četnost %	11 25,0%	33 75,0%	44 100,0%
	6 - 10 let	Četnost %	3 18,8%	13 81,3%	16 100,0%
	více než 10 let	Četnost %	8 25,8%	23 74,2%	31 100,0%
Celkem		Četnost %	25 24,5%	77 75,5%	102 100,0%

Tab. č. 43: Fisherův test IV.

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	,456	,958
Počet platných případů	102	

Fisherovým přesným testem nebyla prokázána závislost mezi problémem komunikace s umírajícími a délkou praxe sester v intenzivní medicíně, $p = 0,958$. Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout.

Statistické zpracování otázky č. 9

H_0 9: Pro muže pracující v intenzivní medicíně jsou služby, na kterých jim zemřel pacient stejně náročné jako pro ženy.

H_A 9: Pro muže pracující v intenzivní medicíně nejsou služby, na kterých jim zemřel pacient stejně náročné jako pro ženy.

O problému náročnosti služeb, na kterých zemře pacient, vypovídá otázka č. 23 „Jsou pro Vás náročnější služby na kterých pacient zemřel?“. Pohlaví bylo zjišťováno otázkou č. 1. Data byla zaznamenána do kontingenční tabulky. Vzhledem k nízkým četnostem v buňkách kontingenční tabulky byly sloučeny kategorie odpovědí na otázku č. 23 ne - nevím do jedné kategorie. Následně byl proveden Fisherův přesný test.

Tab. č. 44: Kontingenční tabulka VIII.

			Jsou pro Vás náročnější služby, na kterých zemřel pacient?			Celkem
			ano	ne	nevím	
Pohlaví	žena	Četnost	36	49	10	95
		%	37,9%	51,6%	10,5%	100,0%
	muž	Četnost	1	4	2	7
		%	14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
Celkem		Četnost	37	53	12	102
		%	36,3%	52,0%	11,8%	100,0%

Tabulka č. 45: Kontingenční tabulka IX.

Kontingenční tabulka

			Jsou pro Vás náročnější služby, na kterých zemřel pacient?		Celkem
			ano	ne - nevím	
Pohlaví	žena	Četnost	36	59	95
		%	37,9%	62,1%	100,0%
	muž	Četnost	1	6	7
		%	14,3%	85,7%	100,0%
Celkem		Četnost	37	65	102
		%	36,3%	63,7%	100,0%

Tab. č. 46: Fisherův test V.

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test		,417
Počet platných případů	102	

Fisherovým přesným testem nebyl prokázán rozdíl mezi muži a ženami ve vnímání náročnosti služeb, na kterých zemřel pacient, $p = 0,417$. Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout.

Statistické zpracování č. 10

H₀10: Názory sester na celoživotní vzdělávání zdravotníků pracujících v intenzivní medicíně nezávisí na vzdělání sester.

H_a10: Názory sester na celoživotní vzdělávání zdravotníků pracujících v intenzivní medicíně závisí na vzdělání sester.

K problematice zkoumané v hypotéze 10 se vyjadřovaly sestry prostřednictvím otázek č. 24 „Myslíte si, že v rámci celoživotního vzdělávání jsou zdravotníci pracující v intenzivní medicíně dostatečně edukováni?“ a č. 25 „V případě, že jste odpověděl (a) v předchozí otázce ne, uvítal (a) byste seminář na dané téma?“. Hypotéza byla ověřena obdobným způsobem jako v případě hypotézy č. 9.

Tab. č. 47: Kontingenční tabulka X.

Kontingenční tabulka

			Myslíte si, že v rámci celoživotního vzdělávání jsou zdravotníci pracující v intenzivní medicíně dostatečně edukováni v oblasti paliativní péče?		Celkem
			ano	ne	
Vzdělání	středoškolské	Četnost	18	41	59
		%	30,5%	69,5%	100,0%
	vyšší odborné	Četnost	10	19	29
		%	34,5%	65,5%	100,0%
	vysokoškolské bakalářské	Četnost	1	11	12
		%	8,3%	91,7%	100,0%
	vysokoškolské magisterské	Četnost	0	2	2
		%	,0%	100,0%	100,0%
Celkem		Četnost	29	73	102
		%	28,4%	71,6%	100,0%

Tab. č. 48: Kontingenční tabulka XI.

Kontingenční tabulka

			Myslíte si, že v rámci celoživotního vzdělávání jsou zdravotníci pracující v intenzivní medicíně dostatečně edukováni v oblasti paliativní péče?		Celkem
			ano	ne	
Vzdělání	středoškolské	Četnost %	18 30,5%	41 69,5%	59 100,0%
	vyšší odborné	Četnost %	10 34,5%	19 65,5%	29 100,0%
	vysokoškolské bakalářské -magisterské	Četnost %	1 7,1%	13 92,9%	14 100,0%
Celkem		Četnost %	29 28,4%	73 71,6%	102 100,0%

Tab. č. 49: Fisherův test VI.

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	3,845	,140
Počet platných případů	102	

Tab. č. 50: Kontingenční tabulka XII.

Kontingenční tabulka

			V případě, že jste odpověděl(a) v předchozí otázce ne, uvítal(a) byste seminář na dané téma?		Celkem
			ano	ne	
Vzdělání	středoškolské	Četnost %	40 97,6%	1 2,4%	41 100,0%
	vyšší odborné	Četnost %	18 94,7%	1 5,3%	19 100,0%
	vysokoškolské bakalářské	Četnost %	10 90,9%	1 9,1%	11 100,0%
	vysokoškolské magisterské	Četnost %	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
Celkem		Četnost %	70 95,9%	3 4,1%	73 100,0%

Tab. č. 51: Kontingenční tabulka XIII.

Kontingenční tabulka

			V případě, že jste odpověděl(a) v předchozí otázce ne, uvítal(a) byste seminář na dané téma?		Celkem
			ano	ne	
Vzdělání	středoškolské	Četnost %	40 97,6%	1 2,4%	41 100,0%
	vyšší odborné	Četnost %	18 94,7%	1 5,3%	19 100,0%
	vysokoškolské bakalářské -magisterské	Četnost %	12 92,3%	1 7,7%	13 100,0%
Celkem		Četnost %	70 95,9%	3 4,1%	73 100,0%

Tab. č. 52: Fisherův test VII.

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	1,490	,407
Počet platných případů	73	

Fisherovým přesným testem nebyla prokázána závislost mezi názory sester na celoživotní vzdělávání zdravotníků pracujících v intenzivní medicíně a jejich vzděláním, $p > 0,05$ u obou Fisherových testů. Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout.

DISKUZE

V diplomové práci jsem se zaměřila na postoje a pocity sester k problematice umírání v intenzivní medicíně. Diskuze přináší přehled výsledků, které vyplývají z výzkumného šetření a byly porovnány s výsledky jiných výzkumných prací a publikací.

Cílem diplomové práce č. 1, bylo zmapovat, jak často jsou sestry konfrontovány s umíráním, a zda se na odděleních intenzivní medicíny setkávají pouze s akutní smrtí, nebo také s protražovaným a dlouhodobým umíráním.

Závěrečné zpracování otázek potřebných k dosažení daného cíle, přineslo zajímavé výsledky. Frekvence setkávání s umíráním byla 49 % respondentů označena jako velmi častá, 38 % jako častá a 13 % respondentů označilo variantu setkání se - někdy. Zbýlých dvou možností – zřídka kdy a ojediněle, nebylo ani jedním respondentem využito.

K viditelnému rozdílu docházíme při srovnávání stejné problematiky u sester pracujících na standardních lůžkách, které byly respondenty bakalářské práce s názvem *Současná péče o umírající*, autorky Ferancové. Z její práce a odpovědí na stejnou otázku vyplývá, že „pouze“ 17 % sester se s umírajícími a se smrtí setkává velmi často, 69 % respondentů méně často a 14 % ojediněle.

Výše uvedené výsledky této diplomové práce, jsou tedy důkazem toho, jak je žádoucí se věnovat problematice umírání a konfrontací sester se smrtí na pracovištích akutní medicíny.

Dalším významným poznatkem, ke kterému bylo při zpracování daného cíle dosaženo, je vyvrácení všeobecného názoru, že intenzivní medicína je zcela akutním pracovištěm a všeobecné sestry, jsou v malé míře konfrontovány s dlouhodobým a protražovaným umíráním. Opak je pravdou, více než 50 % dotázaných uvádí, že jejich zkušenost s akutním a dlouhodobým umíráním je zcela vyvážená a dokonce zbylé procento sester, se ve větší míře setkává s dlouhodobým umíráním. Sester, které se ve svém zaměstnání setkávají častěji s akutním úmrtím, je pouze 21 %.

Myslím si, že daný výsledek je pouze potvrzením nedostatečně vyvinuté péče o dlouhodobě, kriticky nemocné pacienty v našem zdravotnictví. Jedná se o pacienty, u nichž je zvládnutá akutní fáze nemoci, z hlediska vitálních funkcí jsou stabilní, ale

např. závislí na ventilační podpoře. Pro nemožnost umístění jinač, než na spádově přidružené jednotky intenzivní péče či ARO, jejich počet na akutních lůžkách významně narůstá.

Dalším cílem diplomové práce, cílem č. 2, bylo zjistit, jaké pocity sestry prožívají při úmrtí pacienta a zda jsou tyto pocity ze smrti ovlivněny ukazateli, jako jsou věk, zdravotní stav pacienta a vytvořeným profesionálním vztahem mezi sestrou a pacientem.

Z otázky týkající se všeobecných pocitů z umírání a smrti, kde dotazník poskytoval sestrám nabídku 3 možností odpovědí a také čtvrtou variantu, kde mohli projevit vlastní odpověď, byla 60 % sester označena odpověď, že pocity jsou ambivalentní, tedy ani výhradně negativní ani pozitivní. 33 % sester si pocity nepřipouští a bere tuto situaci jako součást své práce a pouhých 6 % vnímá smrt negativními pocity, jako jsou úzkost, smutek, apatie apod. 1% respondentů projevilo vlastní názor, že pocity z umírání a smrti vnímá vždy zcela individuálně.

Překvapení přináší porovnání s výsledky diplomové práce autorky Pfefferové, která se věnovala práci, s názvem *Umírání a smrt na ARO*, kde na otázku, pocity z péče o umírajícího pacienta odpovědělo téměř 40 % respondentů, že pociťuje úzkost, smutek, lítost. Což v této diplomové práci odpovědělo pouze 6 % dotázaných.

Co se týče cíle zmapovat, zda jsou pocity sester ovlivněny také výše uvedenými ukazateli, tak u 92 % sester hraje roli v pocitech věk pacienta, závažnost diagnózy ovlivňuje pocity u 68 % sester a předchozí kontakt s nemocným má vliv na 77 % dotázaných. Danými výsledky, byla potvrzena také stanovaná hypotéza č. 6. Dle práce autorky Pfefferové, jsou prožívání a pocity sester ovlivněny věkem u 61 % respondentů.

Problematika použití, omezení či odnětí léčby u pacientů s infaustní prognózou je dalším zajímavým tématem intenzivní medicíny a proto jsem si za cíl č. 3, stanovila zjistit názor respondentů na aplikaci všech život-zachraňujících úkonů u každého pacienta bez ohledu na jeho neblahou prognózu, a zhodnocení s tím úzce souvisejícího názoru na podávání stravy a tekutin, jakožto součást bazální terapie.

Tyto otázky jsou součástí rozhodovacího procesu výhradně lékařského týmu, ale významně zasahují také do ošetrovatelské péče sester. Jelikož míra omezení či odnětí

léčby není právně ošetřena, ale založená pouze na stanovených principech a doporučeních, je řešení této situace velice složité a náročné.

Na všeobecně položenou otevřenou otázku: Jaký máte názor na aplikaci všech život zachraňujících úkonů a používání moderních způsobů přetechnizované medicíny u každého pacienta bez ohledu na jeho neblahou prognózu?, nebyly odpovědi sester příliš odlišné. Z respondentů jež projevili svůj názor si 61 % sester myslí, že takovéto jednání je nehumánní a neetické, 6 % veškerou léčbu považuje za komplexní léčbu, na kterou má každý pacient právo, 6% nemá jednoznačný názor a souhlasí vždy s rozhodnutím lékaře, 6 % by stanovilo věkový limit pro léčbu a záchranu života a 1 % by respektovalo rozhodnutí pacienta či jeho rodiny. Souhlas s považováním stravy a tekutin za součást bazální terapie, vyslovilo 82 % respondentů. Myslím si, že názory sester na tuto otázku vychází z jejich opravdových zkušeností.

Otázky o ukončení či nezahájení léčby jsou v naší republice doposud řešeny zcela individuálně. Velkým břemenem těch, co rozhodují, je aby jejich rozhodnutí bylo v souladu s Hippokratovou přísahou a zároveň s etikou důstojného umírání. Předpokládám, že vytvoření jednotného právního vodítka pro všechny pacienty, jež se ocitají v situaci, kde je třeba použít rozhodovací proces, je asi nemožné.

Pro klinickou praxi a lepší akceptaci této složité situace, je však dle mého názoru, třeba nastolit obrovskou spolupráci mezi všemi členy týmu, a to nejen v jednotném rozhodnutí ošetřujících a sloužících lékařů, ale také kooperaci s pečujícími sestrami a vyjasněním důvodů pro dané rozhodnutí léčit či neléčit u konkrétního pacienta.

Výzkumné šetření na dané téma, se kterým by byly výsledky této diplomové práce srovnány, jsem v dostupné literatuře nenalezla.

Ožehavým odvětvím v problematice umírání je také komunikace. Za cíl diplomové práce č. 4 jsem si stanovila zhodnotit, jestli sestry v intenzivní medicíně vnímají problém v komunikaci s umírajícími. Z výsledného šetření vyplývá, že sestry spíše nemají problém komunikovat s umírajícími, jelikož zpracování otázky č. 21, jež se dotazovala na problém komunikace, přineslo takovéto výsledky: 6 respondentů odpovědělo - ano, 19 respondentů - převážně ano, ale 44 respondentů - ne a 33 % - převážně ne.

Jestliže odpovědi budeme srovnávat s odpověďmi sester pracujících na standardních lůžkách v práci Ferancové, tak zde odpověděla celá polovina respondentů, že spíše nekomunikuje, jen naslouchá.

Tématu komunikace v období umírání, je věnována řada prací a článku, jako příklad lze uvést článek Kelnarové v časopise sestra s názvem *Komunikace jako priorita při komplexní ošetrovatelské péči o umírající*.

Cílem č. 5, bylo zjistit, jaký mají sestry postoj k plné informovanosti rodiny o zdravotním stavu jejich příbuzného, bez ohledu na jeho neblahou prognózu a blížící se smrt.

Zjištění, jimiž jsem dospěla k dosažení tohoto cíle, bylo velice překvapivé. Plně potvrdilo stanovenou hypotézu č. 7, která při svém statistickém zpracování přinesla výsledek, že celých 100 %, tedy všech 102 respondentů, vyslovalo souhlas s plnou informovaností příbuzných pacienta.

Bohužel, ani tohle téma, týkající se názoru sester na plnou informovanost rodiny nemocného, není v české literatuře propracované. V literatuře zahraniční, lze otázky podobného charakteru nalézt jako součást kvalitativních výzkumů, které jsou prováděny formou rozhovoru se sestrami pečujícími o umírající, avšak tyto výsledky nejsou vhodné pro srovnání s výsledky této práce.

Posledním stanoveným cílem, je cíl č. 6, který měl zmapovat, zda se sestry v intenzivní medicíně cítí dostatečně vzdělané v oblasti paliativní péče, popř. zda by uvítaly seminář k danému tématu.

Pocit nedostatečného vzdělání má v oblasti paliativní péče 73 ze 102 dotázaných respondentů a ještě překvapivější je zájem o další vzdělání v této oblasti, o které by projevilo zájem celých 96 % z nich.

Autorka Pfefferové, jež pokládala ve svém výzkumném šetření otázku, zda se respondenti cítí v problematice péče o umírající dostatečně vzdělaní, uvádí podobné výsledky, jako v této diplomové práci. Došla k závěrům, že 93 % respondentů daná edukace chybí a pouze 7 % sester nedostatky nepociťuje, a 66 % by vzdělávací program k danému tématu uvítalo.

Těžko soudit, zda je daný výsledek vysokého procenta sester, které se cítí nedostatečně vzdělány v paliativní péči, důsledkem všeobecně nepředpokládané

nutnosti vzdělávat „intenzivní“ sestry v této oblasti. Z mého pohledu, bych viděla úzkou souvislost a možný vliv na pocity nedostatečného paliativního vzdělání sester, ve stále se zvyšujícím počtu dlouhodobě, kriticky umírajících pacientů na akutních lůžkách, u nichž je paliativní péče velice důležitá a nedostatky v jejím vzdělání, se zde mohou projevit. A jelikož se do budoucna předpokládá další nárůst morbidity a chronicity pacientů, byla tímto výzkumným šetřením nalezena velká rezerva ve vzdělávání sester v intenzivní medicíně.

Za doporučený návrh pro klinickou praxi a pro vyřešení výsledné situace, bych považovala uspořádání odborného semináře na téma paliativní péče, o které samy sestry projeví zájem.

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

Zájem o zpracované výzkumné šetření projevila, zejména náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v nemocnici Vsetín, které budou materiály, týkající se dané nemocnice, předány v elektronické podobě.

Výsledky průzkumného šetření je možno publikovat v některém z odborných časopisů. Další možnost prezentace výsledků výzkumného šetření je na konferenci s následným vydáním příspěvku ve sborníku.

ZÁVĚR

Umírání v intenzivní medicíně je rozsáhlou problematikou, ve které lze nalézt řadu dilematických situací, souvisejících jak s léčbou, tak i s péčí o umírající. Stále vzrůstající a zdokonalující se lékařská věda, sebou nese snižující se mortalitu, ale naopak zvyšující se počet chronicky nemocných a prodlužování terminálních stavů u pacientů. Zdravotnický personál je vystaven složitému, profesnímu nasazení a nutnosti psychického vyrovnání se s ne jednoduchými okamžiky v jejich každodenní práci. Na základě vlastní zkušenosti s prací v intenzivní medicíně, vznikl můj zájem o volbu tématu diplomové práce s názvem: „Problematika umírání v intenzivní medicíně.“

Teoretická část diplomové práce věnovaná tématu umírání v intenzivní medicíně, měla za cíl nejprve seznámit čtenáře s prostředím intenzivní medicíny. Jelikož se jedná o odlišná pracoviště, než jsou jiná lůžková nemocniční oddělení, tak jsem považovala za nutnost věnovat, alespoň pár stránek popisu oddělení, objasnění práce sester, ale také přiblížení skladby pacientů a péči o ně. Další kapitola je věnována procesu umírání, terminálnímu stavu a péči o umírajícího. A čtvrtou rozsáhlou kapitolou, která teoretickou část uzavírá, jsou etické aspekty v intenzivní medicíně, se kterými se často zdravotníci setkávají, a bezesporu je zmínka o nich velice důležitá.

Úkolem průzkumného šetření, bylo dosažení výzkumných cílů a ověření výzkumných hypotéz. Ty byly stanoveny na základě vytvořeného dotazníku, který byl rozdán všeobecným sestram na vybraných pracovištích intenzivní medicíny. Dotazník věnující se individuální pocitům sester k problematice umírání a smrti, podal výsledky, jež byly následně analyzovány a statisticky zpracovány s uspořádáním do příslušných tabulek a grafů.

Stanovila, jsem si celkem 6 dílčích cílů, kterých bylo v práci dosaženo, a přinesly tyto výsledky:

Cíl č. 1, zmapoval, že všeobecné sestry v intenzivní medicíně jsou zejména velmi často a často konfrontovány se smrtí pacientů. Případy úmrtí nenastávají pouze za akutních okolností, ale také se často setkávají s dlouhodobou péčí o kriticky umírající pacienty. Dokonce toto výzkumné šetření potvrdilo, že s častějším úmrtím

pacienta v náhle a neočekávané situaci se setkává pouze 21 % dotázaných sester v intenzivní medicíně.

Poznatky, jimiž byl splněn cíl č. 2, jsou zjištěné pocity sester při úmrtí pacienta. Z výsledné analýzy vyplynulo, že většina, a to 60 % z dotázaných, vnímá smrt ambivalentně, 33 % bere úmrtí pacienta jako součást své práce a zbylé procento, jsou sestry, u nichž převládají negativní pocity. U většiny z dotázaných sester hraje roli v jejich pocitech, věk pacienta, jeho lékařská diagnóza a předchozí kontakt s umírajícím.

Cíl č. 3 přinesl názor sester na aplikaci všech život-zachraňujících úkonů u pacientů s infaustní prognózou, který je z 61 % shodně pojmenován jako nehumánní, neetické jednání. S tím, aby považována nutrice a hydratace za součást bazální terapie, souhlasilo 82 % respondentů.

Cílem č. 4, který se věnoval problematice komunikace sester s umírajícími, bylo prokázáno, že většina sester v intenzivní medicíně problém s komunikací nepociťuje.

Překvapivý výsledek přinesl cíl č. 5, který se zabýval tím, zda sestry souhlasí s plnou informovaností rodiny o zdravotním stavu pacienta, kde 100 % s touto informovaností souhlasí.

Za přínosný výsledek, lze považovat naplnění cíle č. 6, kde byla zjištěná nedostatečná edukovanost sester v paliativní péči a jejich zájem o seminář na dané téma.

Závěrem je třeba zdůraznit, že umírání v intenzivní medicíně a s ní související problematika je tématem, které není jednoduché vyčerpat. Nabízí řadu otázek a složitých situací, kterými je možno se dále zabývat a přispět k jejich rozvoji a dalšímu poznání.

LITERATURA A PRAMENY

BICKOVÁ, M. Novinky v resuscitační péči o dospělé z hlediska ošetrovatelské péče. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 1996, roč. 6, č. 6, s. 8-9.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Dlouhodobě kritický pacient naší současnosti. *Časopis lékařů českých*. Praha: Olympia. ISSN 0008-7335. 1999, roč. 138, č. 14, s. 444.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. I kriticky nemocný pacient potřebuje pozornost. *Zdravotnické noviny ČR*. Praha: Mladá fronta. ISSN 0044-1996. 1998, roč. 47, č. 41, s. 1,3.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Jak se mění přístup k terminálním stavům v intenzivní medicíně. In *Ročenka intenzivní medicíny: 11. dny intenzivní medicíny v Kroměříži 9. – 11. 6. 2004*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. s. 235 – 238. ISBN 80-7262-274-9.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Neodkladná resuscitace – KPR 2005. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. 2005, roč. 52, č. 4-5, s. 1-20.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Novinky v urgentní a intenzivní medicíně (Brusel 2000). *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. 2000, roč. 47, č. 3, s. 1 - 15.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Ošetrovatelská péče u pacientů dlouhodobě závislých na resuscitační/intenzivní péči. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2000, roč. 10, č. 4, s. 10-12.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Životní meze při dlouhodobé podpoře životních funkcí. In *Ročenka intenzivní medicíny: 13. dny intenzivní medicíny v Kroměříži 14. – 16. 6. 2006*. 1. vyd. Praha: ARK 1. LF UK a FTN, 2006. s. 142 – 146. ISBN 80-239-7259-6.

FERANCOVÁ, Kateřina. *Současná péče o umírající*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005. Bakalářská práce, 60 s.

GUNTER, Virt. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 s. ISBN 80-7021-330-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3

IVANOVÁ, Kateřina, JUŘÍČKOVÁ, Kubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.

JAKOUBKOVÁ, Jaroslava. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. 125 s. ISBN 80-85824-78-7.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Triton, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MACH, Jan, aj. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 2. rozš. a dopl. vyd. Praha: LexisNexis CZ, 2005. 455 s. ISBN 80-86920-12-7.

MUNZAROVÁ, Marta. Etická problematika přístupu k nemocným s nepříznivou prognózou v oblasti intenzivní medicíny. In *Ročenka intenzivní medicíny: 12. dny intenzivní medicíny v Kroměříži 8. – 10. 6. 2005*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. s. 227 – 230. ISBN 80-7262-344-3.

MUNZAROVÁ, Marta, *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. v yd. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

NALOS, Marek, ŠTĚRBA, Martin. Nerozšiřování a odnětí léčby na jednotkách intenzivní péče – pohled hlavou dolů. *Časopis lékařů českých: Anesteziologie a intenzivní medicína*. Prah. ISSN 1214-2158. 2005, roč. 16, č. 4, s. 175 - 176.

O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

PAŘÍZKOVÁ, Renata. Ukončování postupů orgánové podpory v klinické praxi – existuje doporučený postup? In *Ročenka intenzivní medicíny: 12. dny intenzivní medicíny v Kroměříži 8. – 10. 6. 2005*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. s. 231 – 234. ISBN 80-7262-344-3.

PAYNEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane, INGLETONOVÁ, Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

PFEFFEROVÁ, Eva. *Umírání a smrt na ARO*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2009. Diplomová práce, 94 s.

ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského umírání: základní otázky lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. 107 s. ISBN 80-7021-302-7.

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří, aj. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. s.362. ISBN 978-80-7262-505-5.

SKÁLA, Bohumil, aj. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučený léčebný a diagnostický postup pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. 10 s. ISBN 80-86998-03-7.

ŠEVČÍK, Pavel. *Intenzivní medicína a její postavení mezi lékařskými obory*. Rozhl.Chir., roč.82, č.6, 2003. s.312-316, 0035-9351.

ŠNAJDROVÁ, Ladislava. *Stresové faktory v práci sester na jednotce intenzivní péče*. Brno, 2008. Bakalářská práce. 86 s.

URBANCOVÁ, Kateřina. *Patří pocity do resuscitační péče? Vita nostra Revue*. Praha. ISSN 1212-5083. 2005, roč. 14, č. 4, s. 67 – 70.

VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona, aj. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

Z anglického textu přeložil BYSTRICKÝ, Zdeněk. *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“* [online]. [cit. 2010-04-10].

Dostupný z www: <<http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html> >.

Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. *Standard pro jednotku intenzivní péče*. [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupný z www:

<<http://www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=169&name=Standard%20-%20JIP.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

ANH – asistovaná nutrice a hydratace

apod. – a podobně

ARIP – anestezie, resuscitace a intenzivní péče

ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení

atd. – a tak dále

Bc. – bakalářský vysokoškolský titul

ČSARIM – česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

DNR – do not resuscitate (neresuscitovat)

EKG – elektrokardiograf

JIP – jednotka intenzivní péče

KPCR – kardiopulmonální resuscitace

Mgr. – magisterský vysokoškolský titul

např. – například

ot. - otázka

popř. – popřípadě

s. – strana

SPSS – statistický software

tab. - tabulka

tj. – to je

tzv. – takzvaná

SEZNAM ZNAČEK

H_0 – nulová hypotéza

H_A – alternativní hypotéza

H_{01} – nulová hypotéza č. 1

H_{A1} – alternativní hypotéza č. 1

H_{02} – nulová hypotéza č. 2

H_{A2} – alternativní hypotéza č. 2

H_{03} – nulová hypotéza č. 3

H_{A3} – alternativní hypotéza č. 3

H_{04} – nulová hypotéza č. 4

H_{A4} – alternativní hypotéza č. 4

H_{05} – nulová hypotéza č. 5

H_{05} – alternativní hypotéza č. 5

H_{06} – nulová hypotéza č. 6

H_{A6} – alternativní hypotéza č. 6

H_{07} – nulová hypotéza č. 7

H_{A7} – alternativní hypotéza č. 7

H_{08} – nulová hypotéza č. 8

H_{A8} – alternativní hypotéza č. 8

H_{09} – nulová hypotéza č. 9

H_{A9} – alternativní hypotéza č. 9

H_{010} – nulová hypotéza č. 10

H_{A10} – alternativní hypotéza č. 10

CI – interval spolehlivosti

p – populační pravděpodobnost

SEZNAM TABULEK

- Tab. č. 1 – Pohlaví respondentů.
- Tab. č. 2 – Věková kategorie respondentů.
- Tab. č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.
- Tab. č. 4 – Specializační studium ARIP.
- Tab. č. 5 – Délka praxe v intenzivní medicíně.
- Tab. č. 6 – Péče o umírající I.
- Tab. č. 7 – Pocity při péči o umírající.
- Tab. č. 8 – Akceptace smrti.
- Tab. č. 9 – Péče o umírající II.
- Tab. č. 10 – Pocity z úmrtí I.
- Tab. č. 11 – Rozdílný prožitek I.
- Tab. č. 12 – Pocity z úmrtí II.
- Tab. č. 13 – Pocity z úmrtí III.
- Tab. č. 14 – Postoj ke smrti I.
- Tab. č. 15 – Komunikace s umírajícím.
- Tab. č. 16 – Pocity z úmrtí V.
- Tab. č. 17 – Rozdílný prožitek II.
- Tab. č. 18 – Aplikace život-zachraňujících úkonů.
- Tab. č. 19 – Souhlas s Living will.
- Tab. č. 20 – Problematika bazální terapie.
- Tab. č. 21 – Informovanost příbuzných.
- Tab. č. 22 – Postoj ke smrti II.
- Tab. č. 23 – Náročnost služby.
- Tab. č. 24 – Edukace v paliativní péči I.
- Tab. č. 25 – Edukace v paliativní péči II.
- Tab. č. 26 – Spokojenost v zaměstnání.
- Tab. č. 27 – Četnostní tabulka I.
- Tab. č. 28 – Kontingenční tabulka I.
- Tab. č. 29 – Fisherův test I.
- Tab. č. 30 – Kontingenční tabulka II.
- Tab. č. 31 – Kontingenční tabulka III.

Tab. č. 32 – Fisherův test II.
Tab. č. 33 – Kontingenční tabulka IV.
Tab. č. 34 – Kontingenční tabulka V.
Tab. č. 35 – Fisherův test III.
Tab. č. 36 – Četnostní tabulka II.
Tab. č. 37 – Četnostní tabulka III.
Tab. č. 38 – Četnostní tabulka IV.
Tab. č. 39 – Četnostní tabulka V.
Tab. č. 40 – Četnostní tabulka VI.
Tab. č. 41 – Kontingenční tabulka VI.
Tab. č. 42 – Kontingenční tabulka VII.
Tab. č. 43 – Fisherův test IV.
Tab. č. 44 – Kontingenční tabulka VIII.
Tab. č. 45 – Kontingenční tabulka IX.
Tab. č. 46 – Fisherův test V.
Tab. č. 47 – Kontingenční tabulka X.
Tab. č. 48 – Kontingenční tabulka XI.
Tab. č. 49 – Fisherův test VI.
Tab. č. 50 – Kontingenční tabulka XII.
Tab. č. 51 – Kontingenční tabulka XIII.
Tab. č. 52 – Fisherův test VII.

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 – Pohlaví respondentů.
- Graf č. 2 – Věková kategorie respondentů.
- Graf č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.
- Graf č. 4 – Specializační studium ARIP.
- Graf č. 5 – Délka praxe v intenzivní medicíně.
- Graf č. 6 – Péče o umírající I.
- Graf č. 7 – Pocity při péči o umírající.
- Graf č. 8 – Akceptace smrti.
- Graf č. 9 – Péče o umírající II.
- Graf č. 10 – Pocity z úmrtí I.
- Graf č. 11 – Rozdílný prožitek I.
- Graf č. 12 – Pocity z úmrtí II.
- Graf č. 13 – Pocity z úmrtí III.
- Graf č. 14 – Postoj ke smrti I.
- Graf č. 15 – Komunikace s umírajícím.
- Graf č. 16 – Pocity z úmrtí V.
- Graf č. 17 – Rozdílný prožitek II.
- Graf č. 18 – Aplikace život-zachraňujících úkonů.
- Graf č. 19 – Souhlas s living will.
- Graf č. 20 – Problematika bazální terapie.
- Graf č. 21 – Informovanost příbuzných.
- Graf č. 22 – Postoj ke smrti II.
- Graf č. 23 – Náročnost služby.
- Graf č. 24 – Edukace v paliativní péči I.
- Graf č. 25 – Edukace v paliativní péči II.
- Graf č. 26 – Spokojenost v zaměstnání.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Výzkumný dotazník.

Příloha č. 2: Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici Nový Jičín.

Příloha č. 3: Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici Vsetín.

Příloha č. 4: Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici Valašské Meziříčí.

Příloha č. 5: Charta práv umírajících.

Příloha č. 1 – Výzkumný dotazník.

DOTAZNÍK na téma: **Problematika umírání v intenzivní medicíně**

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Kateřina Urbanová, jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia v oboru Dlouhodobé ošetrovatelské péče u dospělých na fakultě Zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, z něhož získané informace použiji k vypracování své diplomové práce na téma: „Problematika umírání v intenzivní medicíně“. Dotazník je zaměřen na všeobecné sestry a zdravotnické záchranáře, pracující v oboru intenzivní medicíny. Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a získané informace poslouží pouze k vypracování výzkumu na dané téma. Vaše spolupráce je pro mne cenným zdrojem informací a proto Vás žádám o co nejpřesnější a upřímné odpovědi. Předem děkuji za Vaši vstřícnost.

Bc. Kateřina Urbanová

Vámi vybrané odpovědi, prosím, zakroužkujte, u otevřených otázek napište, prosím, stručnou odpověď.

1. Vaše pohlaví
 - a) žena
 - b) muž

2. Označte věkovou kategorii
 - a) 20-25 let
 - b) 26-30 let
 - c) 31-35 let
 - d) 36-40 let
 - e) 41-45 let
 - f) 46-50 let
 - g) nad 50 let

3. Vyberte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
 - a) středoškolské
 - b) vyšší odborné
 - c) vysokoškolské bakalářské
 - d) vysokoškolské magisterské

4. Jste absolventem specializačního studia v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP)?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) v současné době obor studuji

5. Délka Vaší praxe na oddělení intenzivní medicíny (JIP, ARO)?
- méně než 1 rok
 - 2-5 let
 - 6-10 let
 - více než 10 let
6. Jak často se na Vašem pracovišti setkáváte s péčí o umírající pacienty?
- velmi často
 - často
 - někdy
 - zřídka kdy
 - ojediněle
7. Jaké pocity ve Vás vyvolává ošetřování umírajícího pacienta a následná péče o mrtvé tělo?
- beru to jako součást své práce, rutinu, pocity si nepřipouštím
 - převládají ve mně negativní pocity, jako je úzkost, smutek, apatie apod.
 - mnohdy se jedná o ambivalentní pocity, které jsou vázané na okolnosti zdravotního stavu a úmrtí pacienta
 - jiné.....
.....
.....
8. Akceptujete smrt pacienta snadněji s narůstající praxí v intenzivní medicíně?
- ano
 - převážně ano
 - ne
 - převážně ne
9. Za dobu Vašeho působení v intenzivní medicíně se častěji setkáváte:
- s akutním, náhlým úmrtím pacienta s neočekávanou zástavou srdeční činnosti, při neúspěšné KPCR
 - s protražovaným umíráním dlouhodobě kriticky nemocných pacientů
 - nelze stanovit, myslím, že obě situace jsou vyvážené
10. Cítíte rozdílné pocity při setkání se s akutním úmrtím a úmrtím kriticky, dlouhodobě nemocného pacienta?
- ano
 - ne
11. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl (a) ano, zkuste pár slovy popsat v čem se tento rozdílný prožitek liší?
-
.....
.....
.....

12. Jsou Vaše pocity z úmrtí pacienta ovlivněny jeho věkem?
a) ano
b) ne
c) nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel (a)
13. Přispívá k ovlivnění Vašich pocitů ze smrti pacienta soubor jeho lékařských diagnóz a závažnost zdravotního stavu?
a) ano, u vážně nemocných pacientů se snadněji vyrovnávám se smrtí
b) ne, smrt vnímám stejně za jakýchkoliv okolností úmrtí pacienta
c) jiné.....
.....
.....
14. Je Váš postoj ke smrti ovlivněn předchozím kontaktem s pacientem, profesionálním vztahem, který byl vytvořen v průběhu jeho hospitalizace a péče o něj?
a) ano
b) ne
15. Působí Vám potíže komunikovat s umírajícím pacientem?
a) ano
b) převážně ano
c) ne
d) převážně ne
16. Vnímáte rozdíl v pocitech z úmrtí pacienta, který byl při vědomí ve srovnání s pacientem, který byl již delší dobu v bezvědomí?
a) ano
b) ne
17. V případě odpovědi ano, v předchozí otázce, zkuste krátce charakterizovat tento rozdíl?
.....
.....
.....
.....
.....
18. Jaký máte názor na aplikaci všech život zachraňujících úkonů a používání moderních způsobů dnešní přetechnizované medicíny u každého pacienta bez ohledu na jeho neblahou prognózu?
.....
.....
.....
.....
.....

19. Vyslovil (a) byste souhlas pro LIVING WILL (tzn. direktivy, které zakazují určené léčebné zákroky! Ty si člověk stanoví ve stavu plného zdraví a jejich odmítnutí bude platné v případě nemoci, kdy už nebude schopný komunikace s lékařem)?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
20. Co se týká problematiky bazální terapie a ANH (asistovaná nutrice a hydratace). Myslíte si, že podávání stravy a tekutin by mělo být součástí bazální terapie? Dokážete to odůvodnit.
- a) ano
 - b) ne
- důvod.....
.....
.....
.....
.....
21. Myslíte si, že rodina pacienta by měla být vždy lékařem informována o beznadějně prognóze a blížící se smrti?
- a) ano
 - b) převážně ano
 - c) ne
 - d) převážně ne
22. Hraje roli ve Vašich postojích ke smrti předchozí kontakt s rodinou?
- a) ano
 - b) převážně ano
 - c) ne
 - d) převážně ne
23. Jsou pro Vás náročnější služby, na kterých Vám zemřel pacient?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
24. Myslíte si, že v rámci celoživotního vzdělávání jsou zdravotníci pracující v intenzivní medicíně dostatečně edukováni v oblasti paliativní péče?
- a) ano
 - b) ne
25. V případě, že jste odpověděl (a) v předchozí otázce ne, uvítal (a) byste seminář na dané téma?
- a) ano
 - b) ne

26. Jste spokojen (a) s volbou práce v intenzivní medicíně?

- a) ano
- b) převážně ano
- c) ne
- d) převážně ne

Vážená paní
Mgr. Zdenka Klyncyparová
hlavní sestra
NsP v Novém Jičíně, p.o.
K Nemocnici 775/76
741 01
Nový Jičín

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici Nový Jičín

Vážená hlavní sestro,

chtěla bych Vás požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření u zdravotních sester pracujících na odděleních jednotky intenzivní péče a ARO oddělení, v rámci závěrečné diplomové práce. Název závěrečné práce je: Problematika umírání v intenzivní medicíně, a jejím cílem je zmapovat postoje sester k problematice umírání a smrti. Práci vypracovávám pod odborným vedením Mgr. Heleny Kisvetrové, která také dohlíží na etická kritéria práce. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí a za kladné vyřízení děkuji.

V Olomouci dne...*14. 11. 2009*

odb. as. Mgr. Helena Kisvetrová, RS
Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství

Kateřina Urbanová

Bc. Kateřina Urbanová
2. ročník magisterského studia
v oboru Dlouhodobé oš. péče u dospělých,
FZV, UP v Olomouci

Kontaktní adresa:
Bc. Kateřina Urbanová
Sídliště 6.května 1056
ZUBŘÍ, 756 54
e-mail: Urbanova.85@seznam.cz
mobil: 721 355 169

Vyjádření vedení instituce:

žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:.....

Datum: *10. 12. 2009*

Razítko, podpis:

Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně
příspěvková organizace
K nemocnici 76, 741 11 Nový Jičín
Tel: 556 773 131, Fax: 556 710 489
IČO: 02544791

[Podpis]

Vážená paní
Mgr. Jaroslava Hrabicová, DiS.
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Vsetínská nemocnice a.s.
Nemocniční 955
755 32 Vsetín

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici Vsetín

Vážená náměstkyně pro ošetrovatelskou péči,
chtěla bych Vás požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření u zdravotních sester pracujících na odděleních jednotky intenzivní péče a ARO oddělení, v rámci závěrečné diplomové práce. Název závěrečné práce je: Problematika umírání v intenzivní medicíně, a jejím cílem je zmapovat postoje sester k problematice umírání a smrti. Práci vypracovávám pod odborným vedením Mgr. Heleny Kisvetrové, která také dohlíží na etická kritéria práce. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí a za kladné vyřízení děkuji.

V Olomouci dne...*24. 11. 2009*.....

H. Kisvetrová
odb. as. Mgr. Helena Kisvetrová, RS
Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd, Ústavy ošetrovatelství

Kateřina Urbanová
Bc. Kateřina Urbanová
2. ročník magisterského studia
v oboru Dlouhodobé oš. péče u dospělých,
FZV, UP v Olomouci

Kontaktní adresa:
Bc. Kateřina Urbanová
Sídliště 6.května 1056
ZUBŘÍ, 756 54
e-mail: Urbanova.85@seznam.cz
mobil: 721 355 169

Vyjádření vedení instituce:

žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:.....

Datum: *14. 12. 2009*

Razítko, podpis:

Jaroslava Hrabicová
Vsetínská nemocnice a.s.
Mgr. Jaroslava Hrabicová
náměstkyně ředitele pro OP

Vážená paní
Jana Pelikánová
hlavní sestra
Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.
U Nemocnici 980
757 42 Valašské Meziříčí

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici Valašské Meziříčí

Vážená hlavní sestro,

chtěla bych Vás požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření u zdravotních sester pracujících na odděleních jednotky intenzivní péče a ARO oddělení, v rámci závěrečné diplomové práce. Název závěrečné práce je: Problematika umírání v intenzivní medicíně, a jejím cílem je zmapovat postoje sester k problematice umírání a smrti. Práci vypracovávám pod odborným vedením Mgr. Heleny Kisvetrové, která také dohlíží na etická kritéria práce. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí a za kladné vyřízení děkuji.

V Olomouci dne.....

odb. as. Mgr. Helena Kisvetrová, RS
Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství

Bc. Kateřina Urbanová
2. ročník magisterského studia
v oboru Dlouhodobé oš. péče u dospělých,
FZV, UP v Olomouci


Kontaktní adresa:
Bc. Kateřina Urbanová
Sídliště 6.května 1056
ZUBŘÍ, 756 54
e-mail: Urbanova.85@seznam.cz
mobil: 721 355 169

Vyjádření vedení instituce:

žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:.....

Datum: 20. 1. 2010

 Jana Pelikánová
hlavní sestra
Razítko, podpis:

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.
U Nemocnice č.p. 980
757 42 Valašské Meziříčí

Příloha č. 5 – Charta práv umírajících.

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

(„Charta práv umírajících“)

- 1.** Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
- 2.** Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
- 3.** V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
- 4.** Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
- 5.** Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
- 6.** Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

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

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

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

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

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné

hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

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

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.⁹⁹

⁹⁹ Z anglického textu přeložil BYSTRICKÝ, Zdeněk. *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“* [online]. [cit. 2010-04-10]. Dostupný z [www: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html >](http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html).

