

**Univerzita Pardubice**  
**Fakulta zdravotnických studií**

**Paliativní péče – informovanost a postoje všeobecných sester**

Urbanová Jana

**Bakalářská práce**

**2011**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2010/2011

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana URBANOVÁ**  
Osobní číslo: **Z08037**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Paliativní péče - informovanost a postoje všeobecných sester**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

**Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :**

1. Studium literatury, sběr informací a popis současné problematiky paliativní péče.
2. Stanovení cílů a hypotéz práce.
3. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníku.
4. Realizace výzkumu.
5. Analýza a interpretace získaných dat.
6. Závěr a kritické zhodnocení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
2. MUNZAROVÁ, Marta. Eutanazie nebo paliativní péče. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
3. O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia; HEŘMANOVÁ, Jana. Paliativní péče : Pro sestry všech oborů. 1. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
4. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. Velký lékařský slovník. 8. vyd. Praha : Maxdorf, 2008. 1143 s. ISBN 978-80-7345-166-0.
5. VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdeněk; POSPÍŠILOVÁ, Yvona. Paliativní medicína. 2. vyd. Praha : Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 2. května 2011

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. února 2011

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla moc poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D., za její cenné rady, laskavý přístup, přátelské konzultace, chápavé jednání, a velkou pomoc při vypracování práce.

Děkuji také vrchním sestřám oddělení, kde výzkum probíhal a všem sestřám, které si daly práci s vyplněním dotazníku.

Děkuji i celé své rodině a přátelům za povzbuzování a oporu při studiu a psaní práce.

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst.

1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 2. 5. 2011

Urbanová Jana

## ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na paliativní péči. Cílem bylo zjistit informovanost a postoje u všeobecných sester. Teoretická část se zabývá paliativní péčí, eutanazií v rozporu s paliativní péčí nebo konceptem kvality života. Praktická část popisuje průzkum metodou dotazníkového šetření u sester ze čtyř vybraných oddělení, s různou délkou praxe. Výsledky jsou zpracovány do tabulek nebo grafů a popsány slovně.

## KLÍČOVÁ SLOVA

paliativní péče, eutanazie, umírání, bolest, kvalita života

## ANNOTATION

The bachelor thesis is focused on the palliative care. The aim of the study is to determine the knowledge and attitudes towards palliative care in general nurses. The theoretical part is concerned with palliative care, euthanasia in comparison with palliative care or with the concept of the quality of life. Practical part describes investigation using questionnaire inquiry in nurses from four different departments and with the various length of practice. The results are given in the tables and graphs and they are also described verbally.

## KEY WORDS:

Palliative care, euthanasia, dying, pain, quality of life

## Obsah

|   |    |
|---|----|
| ÚVOD .....  | 9  |
| 1 Historie paliativní péče .....                    | 11 |
| 1.1 Historie hospicového hnutí .....                | 11 |
| 2 Co je to paliativní péče? .....                   | 13 |
| 3 Složky dobré paliativní péče .....                | 14 |
| 3.1 Kontrola fyzických symptomů .....               | 14 |
| 3.1.1 Bolest .....                                  | 14 |
| 3.1.2 Dušnost .....                                 | 16 |
| 3.1.3 Zácpa .....                                   | 16 |
| 3.2 Emocionální opora a kontakt .....               | 17 |
| 3.3 Respektování pacientových přání .....           | 18 |
| 3.4 Týmová práce a spolupráce .....                 | 19 |
| 3.5 Rodina .....                                    | 19 |
| 4 Rozdělení paliativní péče .....                   | 21 |
| 4.1 Obecná paliativní péče .....                    | 21 |
| 4.2 Specializovaná paliativní péče .....            | 21 |
| 4.2.1 Mobilní paliativní péče - domácí hospic ..... | 21 |
| 4.2.2 Lůžkové hospice .....                         | 22 |
| 4.2.3 Oddělení paliativní péče .....                | 23 |
| 4.2.4 Ambulance paliativní péče .....               | 23 |
| 4.2.5 Stacionáře paliativní péče .....              | 23 |
| 5 Eutanazie versus paliativní péče .....            | 24 |
| 5.1 Rozdělení eutanazie .....                       | 24 |
| 5.1.1 Aktivní eutanazie .....                       | 24 |
| 5.1.2 Pasivní eutanazie .....                       | 24 |
| 5.2 Doporučení České lékařské komory .....          | 25 |
| 6 Kvalita života .....                              | 26 |

|  |    |
|--|----|
| 6.1 Historie pojmu kvalita života.....                                 | 26 |
| 6.2 Vymezení pojmu a sledování kvality.....                            | 26 |
| 7 Vzdělávání zdravotníků v paliativní péči.....                        | 28 |
| 7.1 Vzdělávání lékařů .....  | 28 |
| 7.2 Vzdělávání sester .....  | 28 |
| Výzkumné otázky .....  | 29 |
| 8 Metodika výzkumu .....   | 30 |
| 9 Analýza výsledků.....  | 31 |
| 10 Diskuze.....  | 52 |
| Závěr .....  | 56 |
| Soupis bibliografických citací.....                                    | 58 |
| III. PŘÍLOHY .....   | 61 |
| Seznam příloh .....  | 61 |
| Příloha A - Dotazník .....   | 62 |
| Příloha B – Doporučení představenstva ČLK.....                         | 67 |
| Příloha C - 10 důvodů proti eutanazii (Munzarová, 2008, str. 58) ..... | 73 |
| Příloha D – Etický kodex práv pacientů .....                           | 75 |
| Příloha E – Fáze prožívání těžké nemoci dle E. K. Rossové .....        | 77 |

## ÚVOD

Paliativní péče versus eutanazie, dvě témata v dnešní době ve zdravotnictví velmi aktuální. Zajímalo mě, jaký názor na danou problematiku mají sestry, které se s umírajícími lidmi setkávají často, jsou přítomny v posledních chvílích jejich života a i sestry, které se s takovými pacienty setkávají pouze občas. Paliativní péče je mnoha laiky i sestrami považována za synonymum péče hospicové, což samozřejmě není pravda. Hospicová péče je pouze jednou z forem paliativní péče.

Hospicová péče je formou paliativní péče, která je u nás prováděna nejvíce a nejčastěji. Je však stále nedostatečná a ne každý umírající pacient má to štěstí, že se do hospice dostane. Umírání tvoří součást života, tak jako péče o umírající součást práce sestry. Proto by každá sestra měla mít o této péči co nejvíce informací a měla by se snažit nemocným i rodinám umírajících co nejvíce ulehčit.

Je třeba si uvědomit, že paliativní péče není o nic méně důležitá než léčba kurativní. Nezačíná tam, kde končí kurativní, ale jde s ní ruku v ruce a je její součástí již od počátku léčby.

*„...spěchejme milovat lidi, protože rychle odcházejí! ...až budeme na konci, nebudeme trpět tím, co jsme špatného udělali, pokud jsme toho litovali, ale tím, že jsme mohli milovat, ale nemilovali jsme, že jsme mohli pomoci, ale nepomohli, že jsme mohli zavolat, ale nezavolali, že jsme se mohli usmát, ale neusmáli, že jsme mohli podržet ruku, ale nepodrželi...“*

*Jan Twardowski*

**Cíle práce:**

1. Zjistit informovanost sester o paliativní péči.
2. Zjistit odkud sestry nejčastěji čerpají informace o paliativní péči a zda vůbec mají zájem o informace k tomuto tématu.
3. Zjistit názory sester k postavení paliativní péče ve srovnání s péčí kurativní.
4. Zjistit postoj sester k legalizaci eutanazie v ČR.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Historie paliativní péče

Dlouhá léta a staletí bylo hlavním posláním lékařů léčit a snažit se o zmírnění utrpení. Na paliativní péči se s naprostou samozřejmostí podílela především rodina, přátelé a v neposlední řadě i kněží a duchovní.

V 19. století díky rozvoji průmyslu a přesunu lidí do měst přibývá těch, kteří umírají sami bez své rodiny. Je to doba intenzivního zřizování nemocnic. Začínají se stavět chorobince, které se postupně mění na moderní nemocnice 20. století. Klade se zde velký důraz na léčbu a boj s chorobou. Pokud se zdravotníkům zdá, že boj s chorobou prohrávají, poskytují nemocným alespoň teplo, čisté prostředí a soukromí, které zajišťuje bílá plenta kolem lůžka. (Haškovcová, 2000) Ještě před druhou světovou válkou je zcela normální starat se o své nemocné i umírající příbuzné doma, za pomoci rodinného lékaře či ošetřovatelky.

Minulé století zcela změnilo rodinnou péči o umírající a přesunulo ji do nemocnic. Umírání se stalo určitým typem patologie, záležitostí lékařů, kteří mají za úkol vyléčit nemocného za každou cenu. A umírání přestalo být přirozenou součástí života. (Marková, 2010)

Rozvoj medicíny umožnil zachránit lidský život tam, kde by již dříve zachráněn nebyl. Tím se ve společnosti vytvořil názor, že medicína je všemocná a musí bojovat s nemocí až do konce. (Haškovcová, 2000)

V šedesátých letech 20. století se objevuje pojem dystanázie – zadržaná smrt. Tento pojem zahrnuje stav, kdy medikamenty a přístroje udržují člověka stále při životě, ačkoliv by za normálních okolností v klidu zemřel. Tento přístup zapříčinil volání po eutanazii, ale také rozvoj hospicové hnutí. (Marková, 2010)

### 1.1 Historie hospicového hnutí

Historie hospiců sahá až do 4. století, středověku a říše Římské. Hospice byly původně stavěny jako místa odpočinku pro cestovatele a poutníky. (Munzarová, 2005) Zejména pro ty, kteří směřovali ke svatému hrobu v Palestině. Nejznámější hospic byl založen v Alpách svatým Bernardem v roce 1049. (Ulrichová, 2009) Tato forma hospiců později zanikala a začala se opět rozvíjet až v roce 1847, kdy Jeanne Garnierová se společenstvím žen, které se

věnovaly péči o nevléčitelně nemocné, otevřela první dům nazvaný hospic. Právě díky ní dostalo slovo hospic význam místa pro pacienty na konci života.

Počátek moderního hospicového hnutí se rozvíjí nejprve v Anglii, kdy je v roce 1967 otevřen první britský hospic v Londýně St. Christopher (sv. Kryštofa), díky Dr. Cicely Saundersové. Šlo o všem dostupný hospic, kde byla prováděna komplexní multidisciplinární paliativní péče. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004)

S rozvojem hospiců došlo v 70. letech 20. století k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného medicínského oboru. (Marková, 2010)

V České republice se hospicové hnutí vyvíjí až po tzv. Sametové revoluci v roce 1989, kdy se začíná klást důraz na lidská práva a společnost získává možnost zlepšovat postupy v péči o umírající. Myšlenky hospicového hnutí byly realizovány od března 1990, kdy začalo několik sester pracovat v domácí péči. Postupně začala vznikat střediska Charitní ošetrovatelské služby, a to hned na několika místech České republiky. Tato střediska se snažila pomáhat nemocným s nevléčitelným onemocněním i jejich rodinám. (Ulrichová, 2009)

Za hlavní iniciátorku hospicového hnutí a paliativní péče v České republice je považována MUDr. Marie Svatošová, která v roce 1990 začala organizovat péči o smrtelně nemocné pomocí lůžkového hospice. První lůžkový hospic Anežky České v Červeném Kostelci byl založen 8. 12. 1994 a funguje již od 1. 1. 1996. Od otevření tohoto prvního hospice se postupně uváděla do provozu další zařízení zajišťující důstojné umírání pacienta. V lednu 1998 byl zprovozněn Hospic Štrasburk v Praze - Bohnicích, v dubnu téhož roku Hospic svatého Lazara v Plzni. (Ulrichová, 2009) V roce 2009 bylo u nás v provozu 14 lůžkových hospiců a 2 hospice byly ve výstavbě. (Ulrichová, 2009) Oproti tomu pro srovnání, v roce 2004 ve Velké Británii bylo 219 lůžkových hospiců. (Payne, Seymour, Ingleton, 2004)

Hospicové hnutí rozvíjelo svou činnost ve více formách. Na lůžkové hospice navazovala forma domácí hospicové péče. Tato forma hospicové péče se začala rozvíjet hlavně ve Velké Británii a v USA. V roce 1975 založil doktor Balfour Mount v Kanadě první oddělení paliativní péče. Termín paliativní péče zvolil, aby předešel negativním významům spojeným se slovem „hospic.“ Koncept paliativní péče tedy vychází z hospicového hnutí, ale přitom nevybočuje z hlavního medicínského proudu. Snaží se o zavedení postupů péče hospicové do péče nemocniční. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004)

## 2 Co je to paliativní péče?

Původ slova paliativní pochází z latinského „*pallium* – *přikrývka*.“ (Kábrt, 2000, str. 376)

Dle Munzarové (2008) je právě v tomto významu cíl paliativní péče. „Zakrýt pláštěm“ ty nemocné, jimž už kurativní léčba nemůže pomoci.

Jednotná definice paliativní péče, která by byla všeobecně přijímána, neexistuje. WHO v roce 1990 definovala paliativní péči jako přístup, který se snaží zlepšit kvalitu života pacientů, trpících nevléčitelným onemocněním. Tato péče se snaží předcházet a zároveň zmírňovat utrpení takto nemocných i jejich rodin, a to léčbou bolesti a uspokojováním všech biopsychosociálních potřeb. V roce 2002 WHO svou definici ještě rozšířila o přístup nejen k terminálně nemocným, ale komplexně ke všem nemocným s onemocněním ohrožujícím na životě. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004)

V roce 1999 byl Parlamentem Rady Evropy schválen dokument s názvem Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, kde byly uvedeny principy paliativní péče. (Haškovcová, 2002) Po vytvoření nové definice byl v roce 2003 vytvořen k tomuto dokumentu ještě dodatek nazývaný též Charta umírajících. Munzarová (2005) shrnuje tento dokument do následujících 9 principů:

- 1) paliativní péče zajišťuje úlevu od bolesti a ostatních symptomů,
- 2) podporuje život a dívá se na umírání jako na normální proces,
- 3) neurychluje ani neoddaluje smrt,
- 4) začleňuje do péče o pacienta také psychické i duchovní aspekty,
- 5) vytváří podporu, která pomáhá pacientům žít co nejaktivnější život až do smrti,
- 6) poskytuje podporu také rodině a pomáhá jí vyrovnat se s pacientovou nemocí i zármutkem z jeho odchodu,
- 7) péči o pacienta poskytuje multidisciplinární tým, který se snaží uspokojit všechny potřeby nemocných i jejich rodin,
- 8) snaží se zlepšit kvalitu života nemocných, může také pozitivně ovlivnit průběh nemoci,
- 9) paliativní péče je použitelná již v časných fázích nemoci s propojením postupů jako chemoterapie či radioterapie a snaží se co nejlépe zvládat komplikace s nemocí spojené.

### 3 Složky dobré paliativní péče

Aby byla paliativní péče považována za dobrou, musí dle Pollarda (1996) zahrnovat 5 složek.

- 1) *Kontrolu fyzických symptomů*
- 2) *Emocionální oporu a kontakt*
- 3) *Respektování pacientových přání*
- 4) *Týmovou práci a spolupráci*
- 5) *Rodinu*

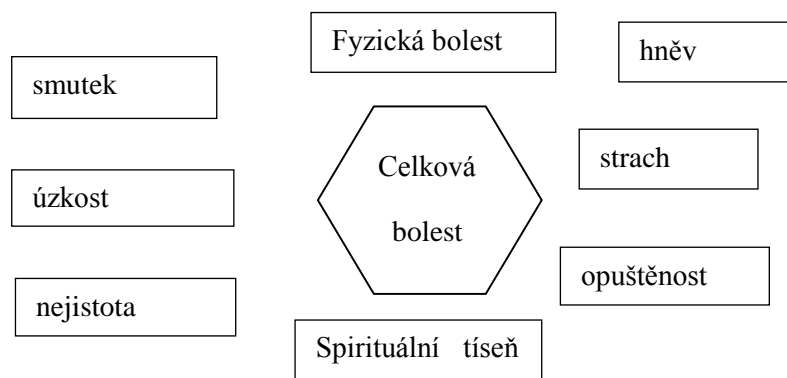
#### 3.1 Kontrola fyzických symptomů

Pacienti v paliativní péči trpí celou řadou symptomů. Výsledky výzkumů ukazují, že 70-90 % pacientů s pokročilým onemocněním (nejčastěji nádorovým), pociťuje bolest, únavu a nechutenství. Často je přítomna také úzkost, zácpa, zmatenost a dušnost. Ačkoliv je výskyt těchto obtíží častý a paliativní péče klade velký důraz na jejich zmírnění, je zřejmé, že jejich léčba stále ještě není dostatečná. (O' Connor, Aranda, 2005) Podrobněji zde rozeberu pouze bolest a dušnost jako jedny z nejčastějších obtíží, a zácpu, která souvisí s bolestí a její léčbou.

##### 3.1.1 Bolest

*„Bolest je nepříjemný smyslový a pocitový zážitek multidimenzionálního rázu ve spojení se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně anebo je v termínech takového poškození popisován.“* Definice mezinárodní společnosti pro studium bolesti (O' Connor, Aranda, 2005, str. 89)

Bolest je nejčastější, nejvíce obávaný a často i podceňovaný příznak, provázející nejen nevléčitelné nemoci. Vyskytuje se u jedné třetiny nemocných v časném stádiu, u 70 % pacientů v pokročilém stádiu a u tří čtvrtin pacientů v terminálním stádiu onkologického onemocnění. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová 2004) Jak ukazuje obrázek číslo 1, na celkové bolesti se kromě fyzické složky podílí i mnoho jiných faktorů. Může to být smutek, úzkost, nejistota, hněv, strach, opuštěnost či spirituální tíseň.



Obr. 1 (Marková, 2010. str. 97)

Ačkoliv je znám význam akutní bolesti jako signálu pro organismus, chronická bolest je oproti tomu velmi zatěžující a naopak zcela zbytečná. Hlavním úkolem sester je bolest správně monitorovat, hodnotit a snažit se o její správnou léčbu.

Na bolesti hodnotíme její intenzitu, lokalizaci, charakter, okolnosti jejího vzniku a to, nakolik ovlivňuje běžné činnosti nemocného. Nejčastěji je bolest hodnocena pomocí číselných škál od 0 do 10, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 je bolest naprosto nesnesitelná. (Marková, 2010)

Bolest pacientů je často podceňována a její léčba je nedostatečná. Lékaři často raději šetří opiáty v představě, že by se z těchto pacientů v terminálním stádiu mohli stát narkomani. (Křivohlavý, 2002)

Podle WHO musí mít léčba bolesti 3 základní pravidla. Je to pravidlo léčby dle žebříčku, podle hodin a preferování perorální formy analgetik. (Marková, 2010)

Podle tohoto žebříčku se začíná s neopioidními analgetiky, a to za předpokladu, že se bolest pohybuje mezi stupni 1 až 4. Pokud to nestačí, přidávají se slabá opioidní analgetika (stupeň bolesti 5-6). Pokud ani poté nedochází k účinné léčbě bolesti, nastupují silná opioidní analgetika (stupeň 7-10). Léčba podle hodin znamená podávání analgetik v pravidelných intervalech ještě před vypuknutím bolesti tak, aby se vytvořila určitá hladina a bolest vůbec nevznikala, či nebyla překročena její snesitelná hranice. (Marková, 2010)

Opioidní analgetika mají ale také nevýhody, kterými jsou jejich nežádoucí účinky. Nejčastěji se vyskytuje zácpa, nauzea, zvracení, zmatenost, ospalost a svědění. (O'Connor, Aranda 2005)

Na co je třeba u bolesti nezapomínat, jsou její psychosociální souvislosti. Pro spoustu nemocných je důležité vědět, že mají svou bolest „pod kontrolou.“ V případě, že jejich bolest

dosáhne určité meze snesitelnosti, mají k dispozici lék. Tím se zmenší strach, jejich negativní představy o bolesti a bolest bude celkově pozitivně ovlivněna. (Marková, 2010)

### **3.1.2 Dušnost**

Dušnost je příznak charakteristický subjektivním pocitem nedostatku vzduchu. Jedná se o jeden z nejvíce nepříjemných příznaků, jelikož bývá spojen s pocitem strachu ze smrti. Vyskytuje se až u 70 % onkologicky nemocných v posledních 6 týdnech života. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová 2004)

Stejně jako u bolesti, i zde je důležité nezapomínat na psychickou stránku pacienta. Na vznik akutní dušnosti se z velké části podílí i úzkost. Čím déle dušnost trvá, tím stoupá pravděpodobnost, že strach a úzkost ovlivní vnímání a intenzitu dušnosti. I pacient s normální saturací kyslíku a normálním poslechem plic, může pociťovat velkou dušnost. (Marková, 2010)

Při hodnocení dušnosti je potřeba pohlížet na problém z pohledu pacienta, brát na vědomí, jak ovlivňuje jeho denní režim a jak ji prožívá.

Hlavní zásadou při léčbě je odstranit úzkost, působit klidně, zajistit přístup čerstvého vzduchu otevřeným oknem a pomoci pacientovi zaujmout zvýšenou polohu. Další léčba se odvíjí od její příčiny, kterých může být mnoho. Ať už srdeční selhání, obstrukce dýchacích cest, perikardiální výpotek, u nádorových onemocnění mnohočetné metastázy nebo například anémie. (O' Connor, Aranda, 2005)

Pokud se volí léčba kyslíkem, měly by být kontrolovány krevní plyny nebo alespoň hodnoty na pulsním oxymetru. Jestliže není kyslík indikován, neměl by být podáván, protože jen omezuje nemocného. Když však kyslík přináší pacientovi uklidnění, nemělo by se naopak váhat v jeho podávání. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová 2004)

U pacientů dušných by měl být podáván spíše brýlemi než maskou. Masky může zbytečně zvyšovat pocity úzkosti. (Marková, 2010)

### **3.1.3 Zácpa**

Zácpa je ve slovníku medicíny definována jako „*obtížné, méně časté a málo vydatné vyprazdňování střev.*“ (Vokurka, Hugo, 2008, str. 314)

Jak již bylo řečeno u bolesti, nejčastějším nežádoucím účinkem léčby opiáty je právě zácpa. Až 90 % pacientů léčených opiáty trpí zácpou. Někteří pacienti dokonce tvrdí, že by volili

raději nesnesitelnou bolest než zácpu. (O'Connor, Aranda, 2005) Na vzniku zácpy se podílí mnoho faktorů. Od obecných faktorů kam patří dehydratace, nedostatek pohybu, snížená výživa, přes psychické faktory jako nedostatek soukromí, špatný přístup na WC, strach z inkontinence či zmatenost, až po deprese, onkologická onemocnění CNS nebo vliv léků. (O'Connor, Aranda, 2005)

Zácpa může vést ke spoustě dalších komplikací, jako jsou bolesti břicha, zvracení, úzkost, strach, zmatenost až delirium. Proto na prvním místě musí být vždy prevence. Snažit se zajistit pacientovi soukromí při vyprazdňování, a to i při vyprazdňování na podložní míse. Nabádat pacienta k dostatečnému příjmu tekutin a vlákniny, a pokud je to možné motivovat ho k pohybu. (Marková, 2010)

Léčbu zácpy lze obecně rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Mezi nefarmakologické prostředky se řadí různé postupy jako vypít ráno nalačno hrnek teplé vody, v léčbě farmakologické se využívají různé druhy projímadel. Přednost by měla dostat vždy projímadla perorální. Pokud nedojde k úpravě, následuje rektální podání ve formě glycerinového čípku. Používání klyzmat se v paliativní péči téměř nedoporučuje, představuje totiž pro pacienta ještě větší zátěž. Pokud selže veškerá farmakoterapie zácpy, je nutné digitální vybavení stolice, které by se však mělo provádět vždy po předchozí sedaci pacienta. (Marková, 2010)

### **3.2 Emocionální opora a kontakt**

Pacienti v paliativní péči trpí velmi často úzkostí. Úzkost je popisována jako strach z něčeho neznámého a neurčitého. Může být provázena nespavostí, bušením srdce, pocením či pocitem ohrožení. (Vokurka, Hugo, 2008) Úzkostné stavy se v paliativní péči nejčastěji objevují spolu se strachem z bolesti, udušení nebo strachem ze smrti a ze svých představ o smrti. S tím jsou spojeny myšlenky, zda pacient umírání „zvládne“, a zda jeho smrt bude dostatečně důstojná. Může se projevat i tím, že pacient nechce být sám a vyžaduje pozornost sestry. (Marková, 2010) Sestra má opět úkol úzkost rozpoznat, a snažit se najít společně s pacientem příčinu. Jak už bylo řečeno u úzkosti spojené s dušností, klidný a srozumitelný rozhovor často pomáhá úzkost z větší míry zmírnit. Vedle laskavého přístupu je využívána farmakoterapie benzodiazepiny, antipsychotiky ev. antidepresivy. (Marková, 2010)

Často se může zdát, že lidé věřící neprožívají úzkost. Avšak výzkumy ukazují, že úzkost u lidí věřících v Boha může být jak menší tak větší. Záleží na tom, zda člověk vnímá Boha jako

toho, kdo miluje, či toho, kdo trestá. (Křivohlavý, 2002) Muslimské pojetí smrti, posmrtného života i vzkříšení je v zásadě podobné křesťanství. Dle života na zemi čeká zemřelého muslima ráj či peklo. (Kropáček, 2000) Také buddhisté pohlížejí na smrt jako na završení předchozích skutků. Neustále se převtělují, což považují za utrpení. Až jejich koloběh reinkarnací skončí, dosáhnou osvícení - nirvány. (Ulrichová, 2009)

V křesťanství platí, že člověk není živ pouze chlebem, ale i vírou. Na druhé straně není živ pouze vírou, ale také svou biologickou podstatou. A právě v té je zabudována úzkost jako základní článek lidského bytí. V dějinách křesťanství se úzkost před smrtí nevyhnula ani samotnému Kristu. Křesťané věří v existenci tzv. božských ctností, kterými jsou víra, naděje a láska. Jsou darem od Boha člověku. Víra se projevuje láskou. (Gal 5,6) a právě vírou v Boží lásku je pro křesťany naděje na „věčný“ život. (Křivohlavý, 2002)

### **3.3 Respektování pacientových přání**

Jak pacient prochází nemocí a snaží se s ní vyrovnat, prochází fázemi, které popsala americká lékařka Elisabeth Kübler - Rossová. Jedná se o pět fází, které se mohou vzájemně prolínat a střídát (viz příloha E). Jak pacient prochází těmito fázemi, mohou se jeho přání různě měnit. (Ulrichová, 2009)

Jedním ze základních práv pacientů je, že pacient má právo odmítnout léčbu, dokonce i tu, která ho může udržet při životě, s výjimkou tendencí k sebevraždě. Rovněž má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí (viz Etický kodex práv pacientů – příloha C). Stejně tak žádný lékař nesmí provádět léčbu bez souhlasu či vyžádání pacienta. (Haškovcová, 2002)

Povinnost zdravotníků je respektování pacienta, i co se bolesti týče. Pokud pacient odmítne analgetika a rozhodne se svou bolest do určité míry snášet, musí být respektováno i toto jeho rozhodnutí. (Svatošová, 2008)

Pacient může, a má plné právo na to, aby mohl odmítnout i léčbu, kterou vnímá jako přítěž a pokládá jí ze svého pohledu za zbytečnou. Pokud lékař vyhoví této žádosti z důvodu, že nechce již nakládat na umírajícího člověka další zbytečné trápení, nejedná se o eutanazii. (Munzarová, 2005)

Z výzkumů zaměřených na hodnocení kvality péče v nemocnicích očima pacientů v roce 2009 vyšlo, že pacienti jsou ve zdravotnických zařízeních nejvíce spokojeni se zapojením rodiny do péče. Nejvíce by si přáli větší citovou oporu poskytovanou zdravotníky, znalost

svého ošetřujícího lékaře a zapojení sebe sama do rozhodování o vlastní léčbě. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009)

### **3.4 Týmová práce a spolupráce**

Pro kvalitní péči je potřeba kvalitní spolupráce. Spolupráce, která se zaměřuje na pacienta a jeho potíže. Péči, která vede ke zkvalitnění pacientova života.

Mezi tým nelze zahrnout pouze sestru a lékaře. Stejně důležitou roli hraje rodina pacienta i samotný pacient. Právě on musí mít rozhodující slovo při rozhodování o léčbě a dalších postupech. Pokud takový tým funguje, nemusí být obava ze ztráty důstojnosti a tým se může plně soustředit na všechny obtíže nemocného i jeho blízkých. (Marková, 2010)

Dle M. Markové (2010) do multidisciplinárního týmu patří: lékař s různými specializacemi; zdravotní sestra, zdravotničtí asistenti; sociální pracovník; psycholog; fyzioterapeut; nutriční specialista a kněz nebo jiný duchovní. J. Vorlíček (2004) kromě těchto osmi zmiňovaných osob zahrnuje do týmu ještě psychiatra.

Sestra tvoří jednu z velmi důležitých rolí v tomto týmu, protože je s pacientem nejčastěji a je mu nejbližší. Musí mu umět správně odpovědět na všechny jeho otázky, uklidnit jeho obavy. Musí také správně komunikovat s ostatními členy týmu a podělit se o získané poznatky. Důležité je, aby všichni členové týmu měli stejnou vážnost a význam. Každý si musí připadat důležitý a musí dostat svůj prostor pro vyjádření. Komunikace musí probíhat jak po stránce verbální tak neverbální, protože i jednotné záznamy do dokumentace jsou potřeba pro správné posouzení vývoje stavu pacienta. (Marková, 2010)

Munzarová (2005) uvádí jako nutnost etické péče kvalitní vztahy v týmu, a to především v otevřenosti, důvěře, zodpovědnosti a spolehlivosti.

### **3.5 Rodina**

Jak je již zmíněno v úvodní kapitole věnované historii, než se umírání přesunulo do nemocnic, bylo samozřejmé, že lidé umírali doma, a umírání patřilo do běžného života. Tím, že se lidé s umíráním setkávali často, naučili se s umírajícími komunikovat, uspokojovat jejich potřeby a postupně se připravovali na jejich odchod. Nemocný či umírající byl přirozenou součástí své rodiny. (Haškovcová, 2000) Poté, co se umírání přesunulo do nemocnic, nemocní byli vytrženi z rodiny jak místem, tak i citově. To, o čem by si doma povídali dlouhé hodiny, musí v nemocnici stihnout za mnohem kratší dobu. A jelikož

nemocnému i rodině chybí společně prožívané chvíle, může docházet k tomu, že si nebudou mít o čem povídat a návštěvy se stanou rozpačitými. To vše je ještě znásobeno nedostatkem soukromí, pokud na vedlejší posteli leží cizí člověk. (Marková, 2010)

Je potřeba si uvědomit, že právě rodina je ve středu poskytované paliativní péče, a s péčí o ni je třeba začít již v začátcích léčby onemocnění samotného pacienta. (O' Connor, Aranda, 2005) Základem je také správná „definice“ rodiny. Často mnohem více než pokrevní příbuzní, mohou být pro pacienta rodinou přátelé, sousedé či rozvětvené příbuzenstvo.

Ve stručnosti řečeno, rodina potřebuje především emocionální podporu a ujištění, že jejich blízký netrpí, a nebude trpět nesnesitelnou bolestí. Dále musí mít dostatek informací o péči o pacienta, respitní či sociální péči, a také praktickou ukázkou jak se o nemocného starat.

(O' Connor, Aranda, 2005)

Misconiová (2000) popisuje jako jednu z nejvíce důležitých věcí v péči o rodinu navození přátelské atmosféry a aktivní naslouchání, které umožní plné vyjádření všech negativních i pozitivních pocitů. Rodina může zaujímat dvě stanoviska. Na jedné straně stojí nesouhlas s paliativní péčí, snaha zachránit svého blízkého „ať to stojí, co to stojí“, na druhé straně nabádání lékaře k ukončení léčby, jelikož rychlá smrt je to nejlepší, co by se pro pacienta mohlo udělat. Často se tyto dva extrémy mohou střídát, být výsledkem únavy a vyčerpání. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004)

Dle Kubičkové (2001) rodina po smrti blízkého člověka prožívá nejprve fázi otřesu.

Nedokáže, nebo se nechce smířit s realitou smrti, není schopna přijímat projevy soustrasti.

Pocitů je chaos a zmatek. Poté přichází období intenzivního žalu. Dochází k přehodnocování vztahu k sobě i k zemřelému, kondolence jsou přijímány již s vděčností. Stále se ale vyskytuje střídání nálad, a pocity nekonečného žalu. Toto období může trvat různě dlouhou dobu.

Poslední uváděnou fází je období akceptace. Pozůstali jsou již smířeni s faktem odloučení od blízkého člověka a někdy jsou schopni navázat nové citové vztahy. Tyto fáze jsou zcela fyziologické a trvají různě dlouho, od měsíců až po roky.

## **4 Rozdělení paliativní péče**

V knize M. Markové (2010) je paliativní péče rozdělena dle míry komplexnosti na obecnou a speciální. Dle Misconiové (2000) se péče dá dělit také na domácí hospicovou péči laickou poskytovanou rodinnými příslušníky, domácí hospicovou péči odbornou poskytovanou vyškoleným personálem, ambulantní, semiambulantní, stacionární a lůžkovou hospicovou péči. Zde se věnuji rozdělení péče dle Markové (2010).

### **4.1 Obecná paliativní péče**

Obecná paliativní péče je péče takového rozsahu, kterou by mělo být schopno poskytnout každé zdravotnické zařízení a každá sestra. Paliativní péče by se měla týkat nejen všech umírajících a nevyléčitelně nemocných, ale také všech zdravotníků. (Marková, 2010)

Zahrnuje včasné zhodnocení stavu pacienta, zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, sledování pacienta, porozumění a poskytnutí takové léčby a péče, jaká je důležitá pro zkvalitnění pacientova života. Patří sem především respekt k pacientově autonomii, léčba bolesti a dalších symptomů, podpora rodiny eventuelně doporučení odborníků. (Marková, 2010)

### **4.2 Specializovaná paliativní péče**

Mezi specializovaná zařízení paliativní péče se řadí ta, která věnují paliativní péči svou hlavní činností. Specializační paliativní péči poskytují zdravotníci se specializačním vzděláním a se zkušenostmi v péči o umírající a jejich rodiny. Tito specialisté mohou působit pouze jako konzultanté či jako primární poskytovatelé péče. Všichni zdravotníci by, pokud potřebují, měli mít možnost konzultace. (O' Connor, Aranda, 2005)

Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné pacientovi ať je doma, v pečovatelském domě, v ambulanci nebo třeba ve stacionáři. Mezi formy specializované paliativní péče se řadí například mobilní paliativní péče - domácí hospic, lůžkový hospic, oddělení paliativní péče, ambulance paliativní péče, nebo například denní stacionáře. (Marková, 2010)

#### **4.2.1 Mobilní paliativní péče - domácí hospic**

Tato péče je ze sociálního i psychického hlediska tou nejlepší alternativou. Domov je místo, které pacient dobře zná, je naplněné lidmi, ke kterým má emocionální vazbu. Místem, kde svůj denní režim přizpůsobuje momentálním potřebám. Přes často formulovanou prosbu trávit

konec života doma, je to umožněno pouze malé části nemocných. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004)

Aby mohla být paliativní péče prováděna v domácím prostředí, je nutné, aby nemocný s touto formou péče souhlasil, alespoň jeden člen z rodiny musí být schopen a ochoten převzít péči o pacienta 24 hodin denně. Také musí být k dispozici tým odborníků připravený 24 hodin, sedm dní v týdnu řešit náhlé zvraty zdravotního stavu pacienta. (Marková, 2010)

Zavedení tohoto typu péče vyžaduje dobrou spolupráci a domluvu mezi lékařem, pacientem, rodinou pacienta a manažerem agentury domácí péče. Praktický lékař může předepsat domácí péči na 1 měsíc, poté musí být indikace přehodnocována. Lékař na oddělení předepisuje domácí péči po ukončení hospitalizace na 14 dní, poté již přebírá tuto funkci praktický lékař. Současný způsob domácí péče umožňuje maximálně tři hodinové návštěvy sestry u pacienta za den, hrazené pojišťovnou. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004)

Domácí hospic je obdoba domácí paliativní péče a je nejrozšířenější formou specializované paliativní péče v zahraničí. Např. ve Velké Británii bylo v roce 2002 kolem sedmdesáti míst poskytujících péči 24 hodin. (Payne, Seymour, Ingleton, 2004) Jde o péči multidisciplinárních týmů, které se snaží pomoci rodinám, starajícím se o umírajícího člověka doma. Tyto týmy mají v popisu práce snahu o vyřešení všech situací vzniklých při péči o pacienta i podporu rodiny v době truchlení. (Marková, 2010)

#### **4.2.2 Lůžkové hospice**

*„Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné lidské bytosti, a z psychických, sociálních i spirituálních potřeb pacienta.“* (Vorlíček, Adam, 2004, str. 511)

Hospic je místem paliativní péče, kde může mít pacient jistotu, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude plně respektována jeho důstojnost a v posledních chvílích nezůstane osamocen. (Svatošová, 2008)

Aby mohl být pacient přijat do hospice, musí splňovat 3 podmínky (Marková, 2010):

- 1) onemocnění je natolik závažné, že je nemocný ohrožen na životě,
- 2) potřebuje paliativní především symptomatickou péči a musí být pro tuto péči svobodně rozhodnut,
- 3) momentálně nepotřebuje hospitalizaci v nemocnici a nestačí nebo není možná péče domácí.

Dostačující počet kvalifikovaného personálu se v hospici snaží poskytnout umírajícím lidem maximální komfort po psychické i fyzické stránce, potřebnou péči, podporu a režim, na který je zvyklý. V hospici jde především o to, aby život nebyl naplněn dny, ale aby každý den byl naplňován životem. (Svatošová, 2008)

#### **4.2.3 Oddělení paliativní péče**

První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Toto oddělení bylo po několika letech transformováno na LDN. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004) První nemocnicí u nás, která dostala od Ministerstva zdravotnictví možnost poskytovat paliativní péči v nemocnici, byla v září 2010 nemocnice v Jihlavě. Ke vzniku tohoto oddělení přispěl fakt, že Vysočina postrádá kamenný hospic. Péči bude poskytovat kvalifikovaný personál, který prošel školením v hospici svatého Josefa v Rajhradě u Brna. Otevření tohoto oddělení je plánováno v polovině května.

#### **4.2.4 Ambulance paliativní péče**

Od roku 2001 se ve FN Brno nachází specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti. (Vorlíček, Sláma, 2005)

Cílem ambulance je péče o těžce nemocné před přijetím do hospice, po návratu do domácího prostředí, nebo o terminální a preterminální pacienty, kteří chtějí a mají možnost zůstat ve svém domově. Je zde také snaha o zvládání chronických bolestí. (Hospic Anežky České, 2011)

#### **4.2.5 Stacionáře paliativní péče**

Stacionární hospicová péče je formou zdravotní a sociální péče, která je prováděna ve stacionáři a na určitou část dne nahrazuje vlastní prostředí pacienta. Rozšiřuje domácí hospicovou péči o prvky respitní péče. Tato péče pomáhá rodinám při potřebě načerpání nových psychických i fyzických sil nebo při časové indispozici. Je určena umírajícím nemocným, kteří potřebují zvláštní léčbu, kterou nelze provádět v rámci domácí či ambulanci hospicové péče. Je obvykle poskytována v rámci lůžkových hospiců. (Misconiová, 2000)

## **5 Eutanazie versus paliativní péče**

Eutanazie je definována jako „*usmrcení pacienta s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení. Z řeckých slov eu (normální, dobrý) a thanatos (smrt)*“ (Vokurka, Hugo, 2008, str. 266)

Dle WMA (World medical asociation) se hovoří o eutanazii, pokud je žádající jedinec svéprávná osoba s nevléčitelným onemocněním, její požadavek je zcela dobrovolný a vykonavatel eutanazie si je vědom přání nemocného zemřít. Eutanazii provádí se soucitem, bez jakéhokoliv zisku a s úmyslem ukončit život nemocného. (Munzarová, 2008)

### **5.1 Rozdělení eutanazie**

V dřívější době byla eutanazie tříděna na aktivní a pasivní. Aktivní eutanazie byla též nazývána jako strategie přeplněné stříkačky, pasivní eutanazie strategie odkloněné stříkačky.

#### **5.1.1 Aktivní eutanazie**

Pojem aktivní eutanazie vyjadřuje aktivní zásah lékaře vedoucí ke smrti. (Haškovcová, 2000) Pacient opakovaně žádající o eutanazii je nevléčitelně nemocný, je vystaven nesnesitelnému trápení a smrt je očekávána v časovém pásmu 6 měsíců. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004)

Aktivní eutanazie má také formu aktivní nevyžádanou, což je varianta aktivní eutanazie vycházející z předpokladu, že ačkoliv pacient nemůže sám požádat o usmrcení, kdyby mohl, o eutanazii by požádal. (Haškovcová, 2000)

#### **5.1.2 Pasivní eutanazie**

Pojem pasivní eutanazie je nazýván také právem na přirozenou smrt. (Haškovcová, 2002) Pasivní eutanazie znamenala ustoupení od aktivity, nepodání léku nebo nepokračování v léčebných postupech, což vedlo také ke smrti. Pod pojmem pasivní eutanazie se však mohou schovávat dva odlišné postupy. Jednak je to nezasáhnutí s úmyslem zabít, což je vlastně totéž jako přístup aktivní. Druhý postup znamená nepodání léčby či ustoupení od dalších zbytečných postupů, které nemocnému přinášejí pouze další přítěž v jeho umírání. (Munzarová, 2005) Zatím nejsou definována přesná kritéria a prakticky k ní dochází, pouze pokud jsou již vyčerpány všechny možné formy pomoci. (Haškovcová, 2000)

Papež Jan Pavel II. ve své encyklice rozlišil eutanazii na aktivní, pasivní a „vehementní“ terapii. Vehementní terapie zahrnuje takový postup, kdy je smrt již velmi blízko a lékař po úvaze ustoupí od léčby, která by pouze prodlužovala utrpení nemocného. Za pasivní eutanazii označuje stav, kdy je jasně stanoven cíl smrti a péče je záměrně zanedbávána. (Ulrichová, 2009)

Asistovaná sebevražda je formou eutanazie, kdy si nemocný přeje zemřít. Jeho onemocnění je nevyléčitelné a nemocný trpí nesnesitelnými bolestmi. Požádá lékaře o vysvobození smrtí. Život však neukončuje lékař, ale sám nemocný za asistence lékaře. (Haškovcová, 2000)

Je třeba ještě říci, že aktivní eutanazie není platná zákonem nikde na světě. V některých státech, jako je například Holandsko či Belgie, je povolena asistovaná sebevražda a aktivní eutanazie je beztrestná. Právě v Holandsku je zaveden systém podmínek, umožňující provedení aktivní eutanazie. Nezvratný zdravotní stav pacienta musí být potvrzen minimálně jedním dalším lékařem a každý lékař, který provedl aktivní eutanazii, musí svůj postup ohlásit. Eutanazie je zde trestným činem s 12 lety vězení. Pokud však soudce uzná, že lékař jednal podle pravidel, je zproštěn viny. Ve většině států je tolerance k pasivní eutanazii. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004)

## **5.2 Doporučení České lékařské komory**

V únoru roku 2010 bylo Českou lékařskou komorou schváleno Doporučení k postupu při rozhodování změny léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stádiu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli (viz Příloha B).

Toto doporučení se týká pacientů, kde i přes maximální snahu o zlepšení zdravotního stavu a funkci orgánů, dochází k postupnému zhoršování stavu, a kde příčiny tohoto stavu nebo její důsledky nelze ovlivnit léčbou. Týká se též pacientů v hlubokém bezvědomí, kde již není velký předpoklad k obnovení mozkových funkcí. Podmínkou je přítomnost nevratného poškození funkcí centrálního nervového systému. Toto doporučení je prvním v České republice, které upřednostňuje léčbu paliativní před léčbou kurativní. Je zde ale nutný předpoklad, že daná léčebná metoda, která byla až dosud u pacienta používána, nemůže již zachránit život pacienta ani nijak příznivě ovlivnit jeho zdravotní stav. Ukončení této intenzivní léčby nesmí pro pacienta znamenat ohrožení z hlediska komplikací, bolesti či dyskomfortu. (Marková, 2010)

## **6 Kvalita života**

Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality pacientova života. Pojem kvalita života je velmi složitý, těžko definovatelný a mnohostranný pojem. Kvalita života se v nemoci zcela posouvá a to, co by zdravý člověk neoznačil jako kvalitní, má pro nemocného zcela jiný význam. (Marková, 2010)

### **6.1 Historie pojmu kvalita života**

Počátky sledování kvality života nalezneme již v antice v podobě filozofických úvah nad podstatou lidského bytí, mystikou života a jeho naplněním. (Mareš, 2006) Kvalita života se stala ideovou podstatou osvícenství, kdy byl za smysl existence považován život sám o sobě a důraz byl kladen na jedince a jeho seberealizaci. Ústřední hodnotou se stalo štěstí.

Jan Ámos Komenský upozorňoval na mystický rozměr lidského ducha, na hledání blaženosti v sobě samém, na význam poslání, které vede k uspokojení a naplnění života. (Payne, 2005)

Významným impulsem ke sledování kvality života v medicíně byla změna v pojetí zdraví a nemoci. Kromě biologických faktorů, majících vliv na zdraví a nemoc, začaly být zohledňovány také faktory psychické a sociální. (Křivohlavý, 2001)

Nejdůležitějším cílem sledování kvality života je získat co nejkomplexnější informace o životě lidí a následně vytvořit takové životní podmínky, které by umožňovaly žít pro ně co nejlepším možným způsobem. (Payne, 2005)

### **6.2 Vymezení pojmu a sledování kvality**

Křivohlavý (2002) popisuje kvalitu života jako určitou hodnotu či charakteristický rys, kterým se např. život jednoho člověka odlišuje od života jiného člověka.

Nejčastěji je pojem kvalita života vyjádřen kombinací tří navzájem se prolínajících faktorů; subjektivním vnímáním úrovně vlastního zdraví, osobní pohody a životní spokojenosti. (Křivohlavý, 2004) Většina autorů se shoduje, že je možné zkoumat objektivní i subjektivní kvalitu života ve třech základních doménách – fyzické, psychické a sociální – a že se do hodnocení kvality života promítá minulost, současnost i budoucnost jedince a jeho sociální vztahy. (Payne, 2005) Fyzická doména hodnotí nejčastěji somatické zdraví, fyzickou harmonii a zdatnost, aktivitu, odpočinek, spánek, zdravotní obtíže. Psychická doména

zahrnuje pozitivní a negativní emoce, pocit pohody, štěstí, slasti, vitality. Sociální doména hodnotí vztahy, rodinu, partnerství a socioekonomický status. (Payne, 2005; Mareš, 2006)

Kvalita života se dle Payne (2005) týká několika oblastí:

- 1) tělesných obtíží jako je bolest, nevolnost, únava,
- 2) funkční zdatnosti, schopnosti zvládat běžné denní aktivity,
- 3) oblasti emocionální kam patří nálada, úzkost, deprese,
- 4) oblasti sociální – vliv nemoci na vztahy v rodině, vztahy s přáteli,
- 5) oblast duchovní – otázky smyslu života, naděje a odpuštění.

Výzkumy v roce 2002, zveřejněné na stránkách Ústavu zdravotnických studií a informatiky (ÚZIS) ukazují, že osoby s omezujícím chronickým onemocněním pocítují výrazně nižší kvalitu života. (ÚZIS, 2002)

Důležitou oblastí, která významně ovlivňuje kvalitu života, je také spiritualita. Bývá zkoumaná v rámci domény duchovní, existenciální a zjišťuje prožitek smyslu, smysluplnosti života, jeho směřování a celkové orientace života jedince. (Payne, 2005; Krivohlavý, 2002)

Podstatnou a neoddělitelnou složkou většiny konceptů kvality života je hodnocení úrovně zdraví. (Payne, 2005) Hodnocení mentálního zdraví jako důležité stránky kvality života se zaměřuje především na kladné stránky osobnosti, na její přednosti a ctnosti, které pozitivně ovlivňují kvalitu života. (Mareš, 2006)

Kvalita života velmi souvisí s potřebami nemocných a jejich uspokojováním, proto je potřeba snažit se o jejich rozpoznání a odpovídat na ně. Avšak rozhodně nelze říci, že ke kvalitnímu životu stačí pacientovi pouze nepocitování velkých bolestí a jiných fyzických symptomů. (Marková, 2010)

Je třeba stále pamatovat na to, že pacient může svou kvalitu života hodnotit zcela jinak než lékař. Každý má individuální pojetí kvality života a dva pacienti se stejným onemocněním mohou mít zcela odlišný pohled na svou kvalitu života. (Payne, 2005)

## **7 Vzdělávání zdravotníků v paliativní péči**

Dle Vorlíčka (2004) má vzdělávání jeden hlavní cíl. Zlepšit lékařskou i ošetrovatelskou péči o pacienty s onkologickým onemocněním. Právě onkologicky nemocní totiž tvoří velkou část ze všech pacientů, kterým je paliativní péče poskytována. Vzdělávání také tvoří významnou oblast pro rozvoj paliativní medicíny.

### **7.1 Vzdělávání lékařů**

V kurikulu pregraduálního vzdělávání lékařů je na českých lékařských fakultách oblast paliativní medicíny spíše útržkovitá. Paliativní medicína se vyučuje jako součást předmětu lékařská etika a klinická onkologie. Postgraduální vzdělání je zajišťováno nabídkou kurzů pořádaných Subkatedrou paliativní medicíny Institutu postgraduálního vzdělávání lékařů (IPVZ) v Praze a Národním centrem ošetrovatelství v Brně. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004) Mezi kurzy, které lékař může využít, je např. certifikovaný kurz Paliativní medicína a léčba bolesti. Lékaři mají také možnost studia paliativní medicíny jako nástavbového oboru. (IPVZ, 2010)

Od podzimu 2001 je zavedeno, že každý lékař, který se chystá na atestaci ve všeobecném lékařství, musí absolvovat také kurz v paliativní medicíně. Od roku 1995 je také každý rok v Brně pořádán Brněnský den paliativní medicíny.

V lednu 1994 došlo k uznání „Paliativní medicíny a léčby bolesti“ jako samostatného oboru. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004)

### **7.2 Vzdělávání sester**

Vzdělávání sester jakožto nelékařských zdravotnických pracovníků zabezpečuje Národní centrum ošetrovatelství v Brně (NCO). V rámci specializačního vzdělávání v paliativní péči mají sestry možnost studia akreditovaného oboru Ošetrovatelská péče ve vybraných klinických oborech se zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty s onkologickým onemocněním. Možnost studia tohoto oboru je právě například při NCO v Brně. Studium zahrnuje 8 týdnů teoretické části a 8 týdnů praktické části. (NCONZO, 2011)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### **Výzkumné otázky**

1. Mají sestry spíše větší množství informací o paliativní péči než o eutanazii?
2. Jak jsou sestry informovány o paliativní péči?
3. Čerpají sestry informace o paliativní péči spíše ze seminářů celoživotního vzdělávání nebo z literatury?
4. Příkladají sestry větší význam kurativní než paliativní péči?
5. Budou sestry spíše souhlasit či nesouhlasit s legalizací eutanazie?
6. Má vzdělání sester a náboženská víra vliv na jejich souhlas s eutanazií?

## 8 Metodika výzkumu

Svou bakalářskou práci jsem zaměřila na informovanost a postoje všeobecných sester k paliativní péči. Výzkum probíhal ve dvou oblastních nemocnicích od začátku ledna 2011 do konce února 2011. Byla použita metoda anonymního dotazníkového šetření. Oslovila jsem vrchní sestry z oddělení neurologického, chirurgického, lůžek následné péče a multidisciplinární JIP, které měly o dotazníku informovat sestry na oddělení a požádat je o vyplnění. Největší návratnost dotazníků byla na neurologii, kde byly vyplněné všechny dotazníky. Nejmenší návratnost byla na oddělení lůžek následné péče. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, vyplněných se vrátilo šedesát. Dva dotazníky byly vyřazeny pro neúplné vyplnění. Konečný počet dotazníků byl tedy 58. Respondenti byli sestry s délkou praxe od půl roku po více než 30 let s převážně středoškolským vzděláním.

V dotazníku bylo celkem 20 otázek. První část otázek byla zaměřena na subjektivní pocit míry informovanosti sester a celkové povědomí sester o paliativní péči, eutanazii i respitní péči.

Druhá část byla zaměřena na názory a postoje sester k paliativní péči ohledně vzdělávání, významu paliativní péče a legalizace eutanazie. Odpovědi respondentů byly zpracovány do tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Excel.

## 9 Analýza výsledků

### Otázka č. 1

**Jak často se setkáváte s pacienty v terminálním stádiu?**

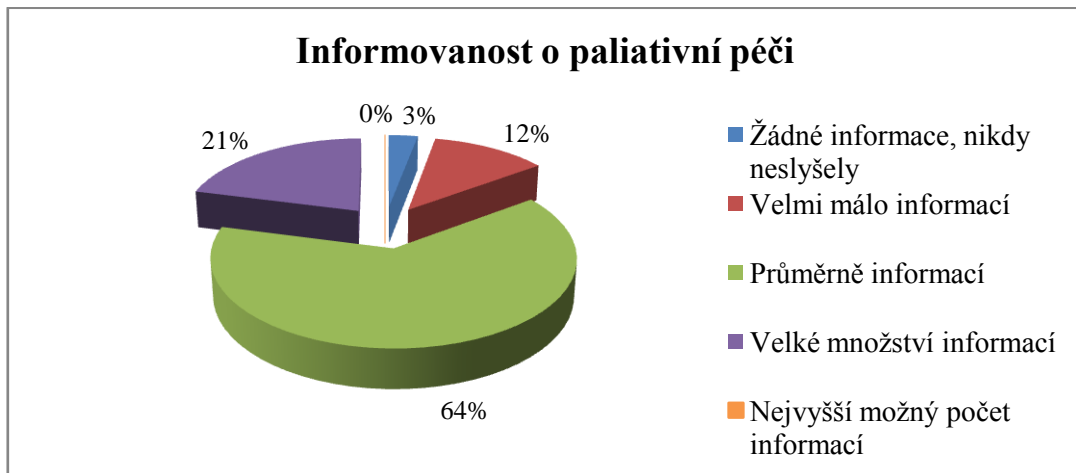
Tab. 1 Četnost setkání s terminálně nemocnými

| <b>Četnost setkání s terminálně nemocnými</b> |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | <b>Absolutní četnost</b> | <b>Relativní četnost</b> |
| Vůbec   | 0                        | 0 %                      |
| Výjimečně                                     | 7                        | 12 %                     |
| 2x - 3x do roka                               | 12                       | 21 %                     |
| 2x za půl roku                                | 21                       | 36 %                     |
| Několikrát do měsíce                          | 18                       | 31 %                     |
| <b>Celkový počet (<math>\Sigma</math>)</b>    | <b>58</b>                | <b>100 %</b>             |

V této otázce mě zajímalo, jak často se sestry z různých oddělení setkávají s terminálně nemocnými. Jak ukazuje tabulka č. 1, z celkového počtu respondentů nikdo neodpověděl, že by se s pacienty v terminálním stádiu vůbec neseťkal. 36 % sester se setká tak 2x za půl roku, 31 % respondentů odpovědělo, že setkává s takto nemocnými i několikrát do měsíce. 21 % se setká s terminálně nemocnými tak 2x-3x do roka a 12 % sester odpovědělo, že s pacienty v terminálním stádiu setkávají, ale pouze výjimečně.

## Otázka č. 2

Zaškrtněte na škále, jak dalece se cítíte informováni o paliativní péči.

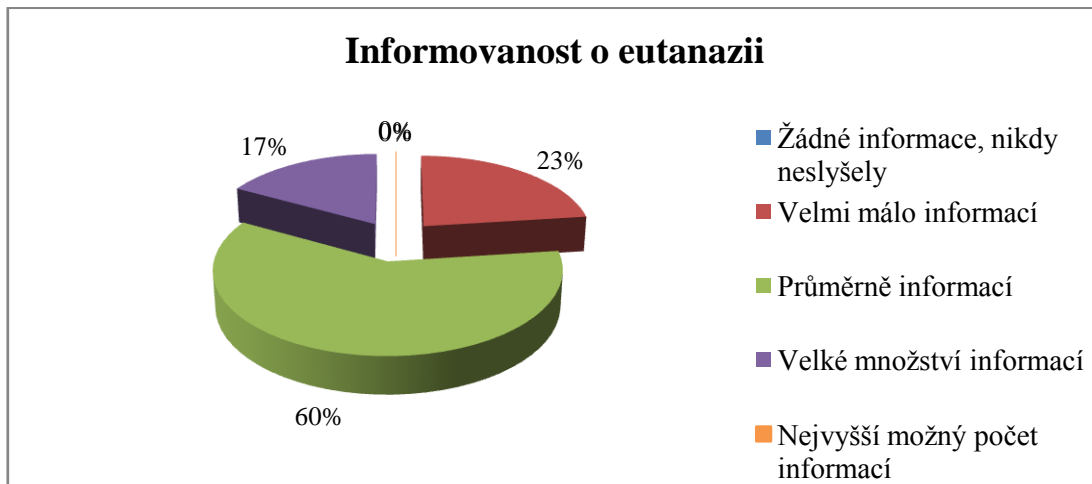


Obr. 2 Informovanost o paliativní péči

V této otázce jsem zjišťovala, jak se sestry cítí informovány o paliativní péči. Nikdo z oslovených sester neodpověděl, že by měl nejvyšší množství informací. 64 % sester se cítí průměrně informováno a 21 % sester má velké množství informací o paliativní péči. 12 % sester má pocit, že je velmi málo informováno a 3 % sester odpovědělo, že o paliativní péči nikdy neslyšely (viz obrázek č. 2).

### Otázka č. 3

Jak dalece se cítíte informováni o eutanazii?

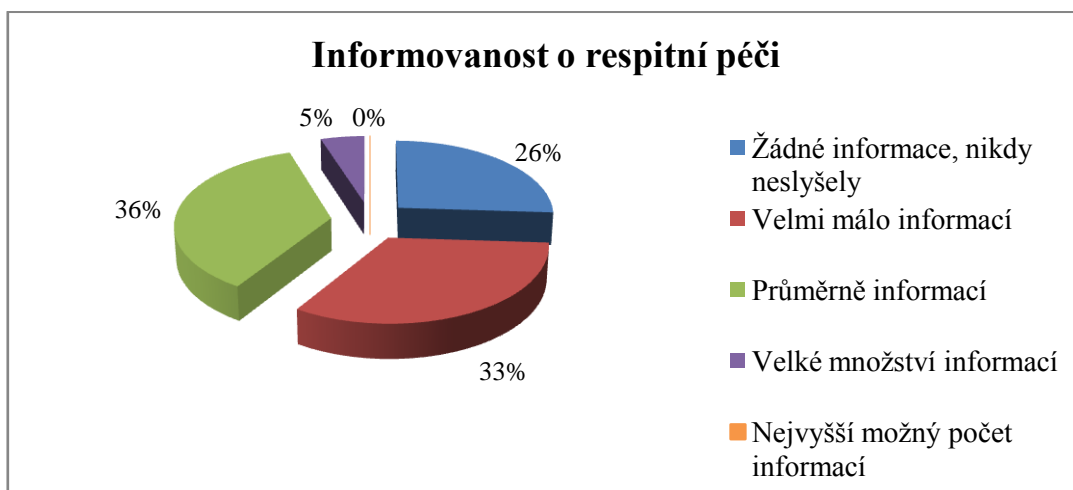


Obr. 3 Informovanost o eutanazii

V této otázce jsem se ptala obdobně jako v předchozí na míru informovanosti, tentokrát o eutanazii. Nikdo z oslovených sester neměl pocit, že by měl nejvyšší možný počet informací (obrázek č. 3). Průměrný počet informací má 60 % respondentů. Velké množství informací má 17 % respondentů, a velmi malou informovanost o eutanazii pociťuje 23 % respondentů.

## Otázka č. 4

Jak dalece se cítíte informováni o respitní péči?



Obr. 4 Informovanost o respitní péči

Průměrně informováno o respitní péči se cítí 36 % sester. 33 % sester má velmi málo informací. O respitní péči nikdy neslyšelo 26 % sester. Velké množství informací má 5 % sester (obrázek č. 4). Nikdo neodpověděl, že by měl nejvyšší možný počet informací.

## Otázka č. 5

Chtěl (a) byste více informací o těchto tématech?

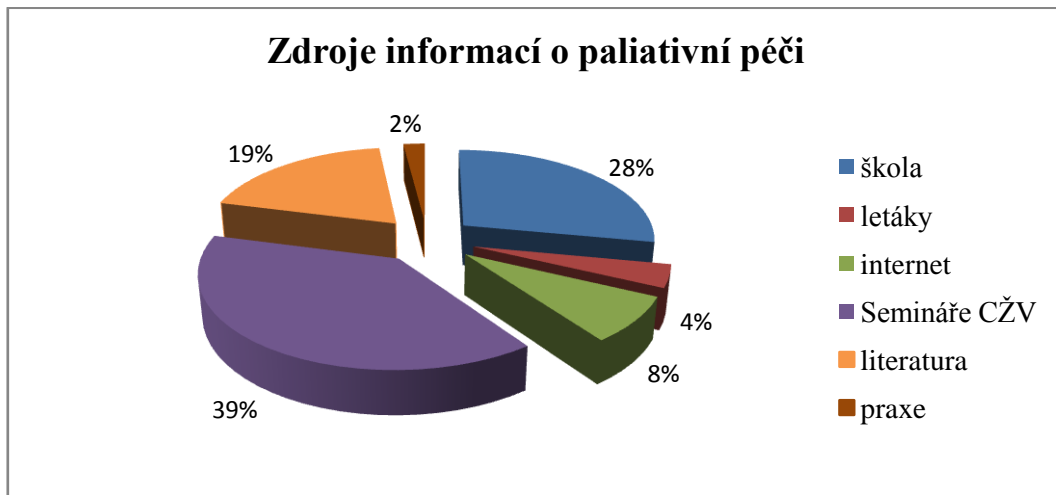
Tab. 2 Zájem respondentů o informace v daných tématech

| Zájem respondentů o informace v daných tématech |                   |                   |
|---|-------------------|-------------------|
|   | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano   | 54                | 93 %              |
| Ne  | 4                 | 7 %               |
| <b>Celkový počet (<math>\Sigma</math>)</b>      | <b>58</b>         | <b>100 %</b>      |

Jak ukazuje tabulka č. 2, 93 % sester by rádo více informací o všech třech předchozích tématech, pouze 7 % sester se cítí dostatečně informováno a o další informace nemá zájem.

## Otázka č. 6

O paliativní péči jsem získal (a) informace:

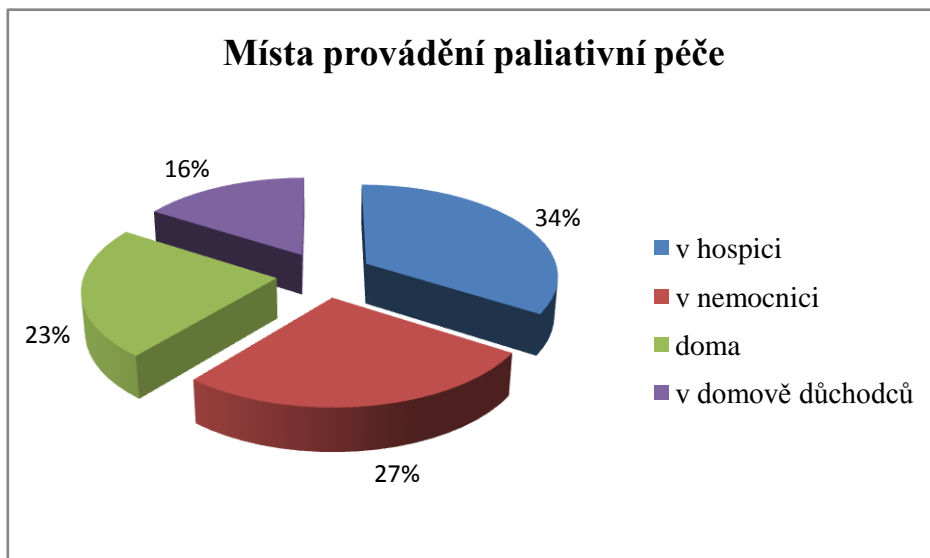


Obr. 5 Zdroje informací o paliativní péči

Tato otázka byla zaměřená na zjištění, odkud sestry čerpají informace o paliativní péči. Byla to otázka s více možnými odpověďmi, takže četnost odpovědí je vyšší. Nejvíce se objevovala kombinace odpovědí semináře celoživotního vzdělávání a školy, což je i patrné z největšího množství odpovědí. Ze seminářů celoživotního vzdělávání uvedlo, že čerpá informace 39 % sester, ze školy získalo informace 28 % sester (viz obrázek č. 5). 19 % sester se dozvídá o paliativní péči díky odborným knihám či časopisům. Menší procento sester, zhruba 8 % zakroužkovalo jako jeden ze zdrojů internet. Nejméně sester čerpá informace z letáků o paliativní péči - 4 %. 2 % sester uvedlo jiný zdroj a to praxi.

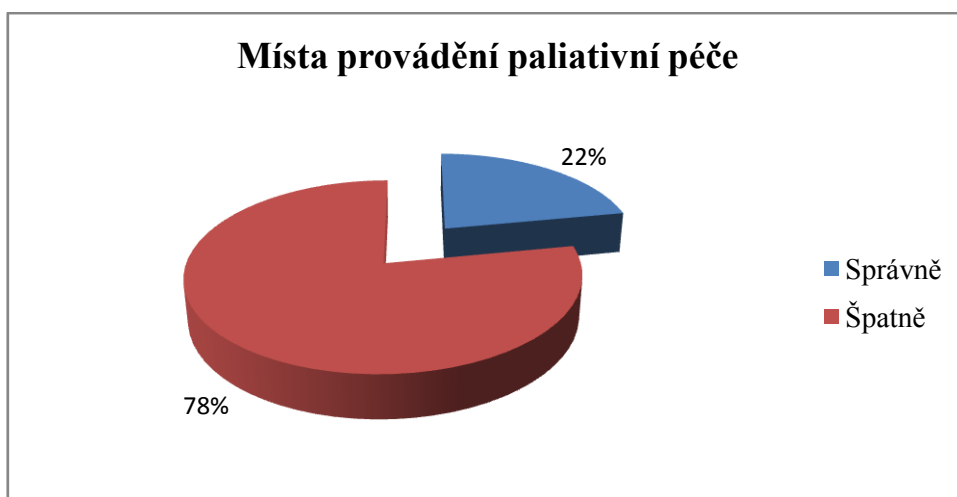
## Otázka č. 7

**Paliativní péče se provádí:**



Obr. 6 Místa realizace paliativní péče dle respondentů

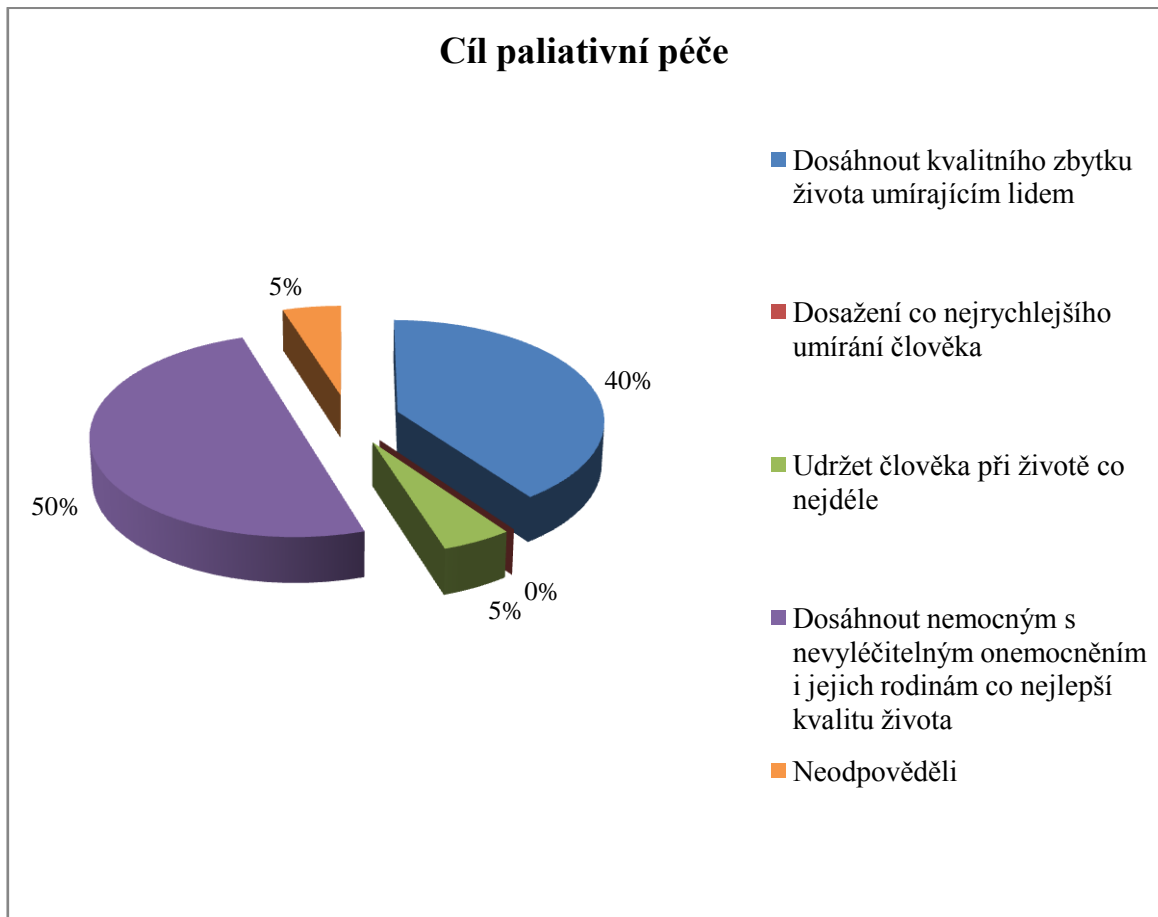
V této otázce měli respondenti zakroužkovat, kde se podle nich paliativní péče provádí. Stejně jako v předchozí otázce zde bylo možné zaškrtnout více odpovědí. Největší množství respondentů, tedy 34 % odpovědělo, že se provádí v hospici. Nejčastější kombinace byla odpověď hospic + nemocnice. Do svých odpovědí zahrnuje nemocnici celkově 27 % sester. Pro možnost paliativní péče doma bylo 23 % sester a 16 % sester označilo za místo provádění paliativní péče domov důchodců (obrázek č. 6). Správně tuto otázku zodpovědělo 22 % sester, špatně 78 % sester (obrázek č. 7).



Obr. 7 Správnost odpovědí pro místo provádění paliativní péče

## Otázka č. 8

**Paliativní péče si dává za cíl:**

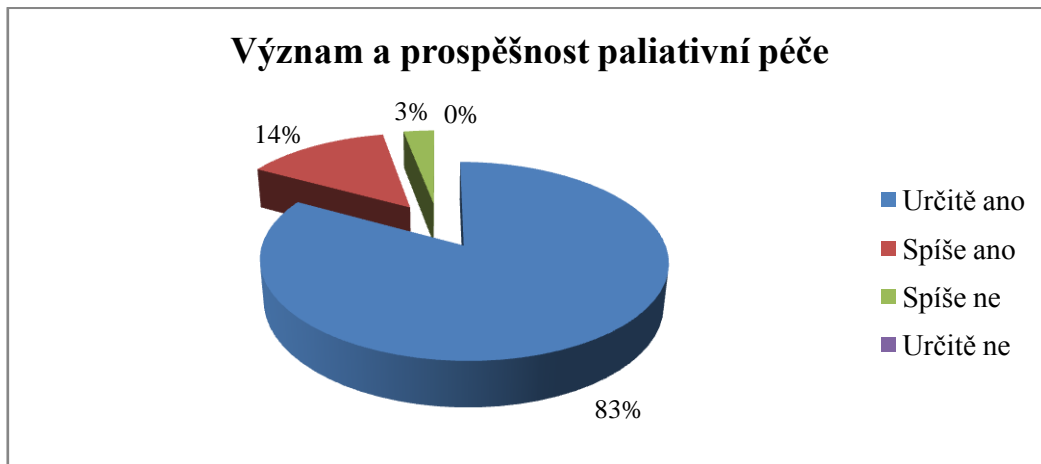


Obrázek č. 8 Odpovědi respondentů na cíl paliativní péče

Tato otázka posuzovala znalost sester v paliativní péči, konkrétně znalost cílů paliativní péče. Zde 40 % sester odpovědělo, že cílem paliativní péče je dosáhnout kvalitního zbytku života umírajícím lidem. Jak je vidět z obrázku č. 8, pouze o 6 sester více, tedy 50 % sester uvedlo správný cíl, který je zaměřený nejen na samotného nemocného, ale také na jeho rodinu. 5 % sester dokonce uvedlo, že cílem paliativní péče je udržet člověka při životě co nejdéle a stejný počet sester, 5 % mi na tuto otázku vůbec neodpovědělo.

## Otázka č. 9.

Má podle Vás paliativní péče význam a prospěšnost?



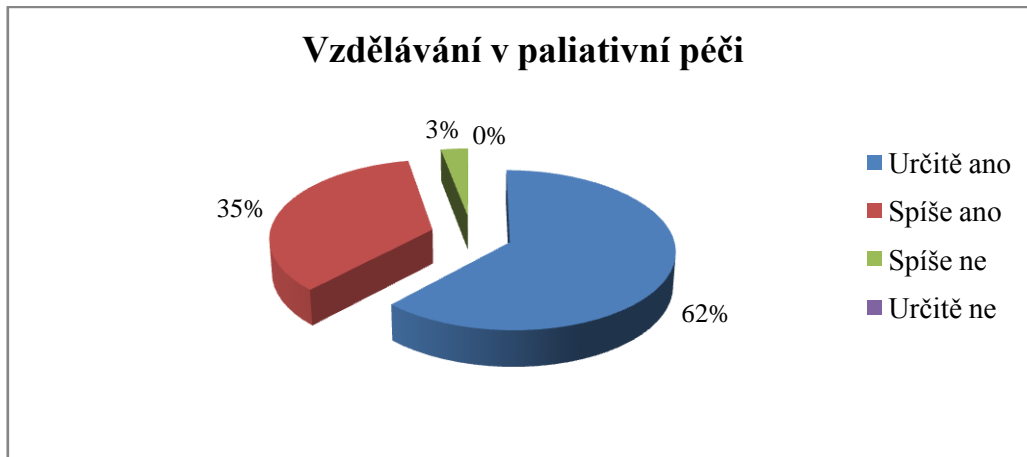
Obr. 9 Význam a prospěšnost paliativní péče

Otázka č. 9 se zaměřovala na názor sester, zda má paliativní péče vůbec nějaký význam a prospěšnost. 83 % respondentů odpovědělo, že paliativní péče má určitě význam.

14 % respondentů se domnívá, že má spíše význam. 3 % sester si myslí, že paliativní péče spíše nemá význam. Nikdo z respondentů se nedomnívá, že by paliativní péče určitě neměla žádný význam (obrázek č. 9).

## Otázka č. 10

Myslíte si, že zdravotničtí pracovníci - lékaři i sestry by se měli v této oblasti speciálně vzdělávat?



Obr. 10 Potřeba vzdělávání pracovníků v paliativní péči

V této otázce hodnotili respondenti, zda pracovníci v paliativní péči, lékaři i sestry, potřebují speciální vzdělání. 62 % respondentů si myslí, že určitě ano. 35 % respondentů se domnívá, že vzdělání je spíše potřebné. Jako spíše nepotřebné ho označilo 3 % sester. Nikdo z respondentů si nemyslí, že by speciální vzdělání v paliativní péči bylo určitě nepotřebné (obrázek č. 10).

### Otázka č. 11

Setkaly jste se ve svém životě s jinými zařízeními speciální paliativní péče kromě lůžkového hospice? Pokud ano, napište s jakými.



Obr. 11 Setkání respondentů se specializovanou paliativní péčí

Na tuto otázku pouze 10 % respondentů odpovědělo, že se setkalo s nějakým typem speciální paliativní péče. Všichni respondenti uvedli domácí hospic. 90 % respondentů se se specializovanou paliativní péčí neseťkalo (obrázek č. 11).

## Otázka č. 12

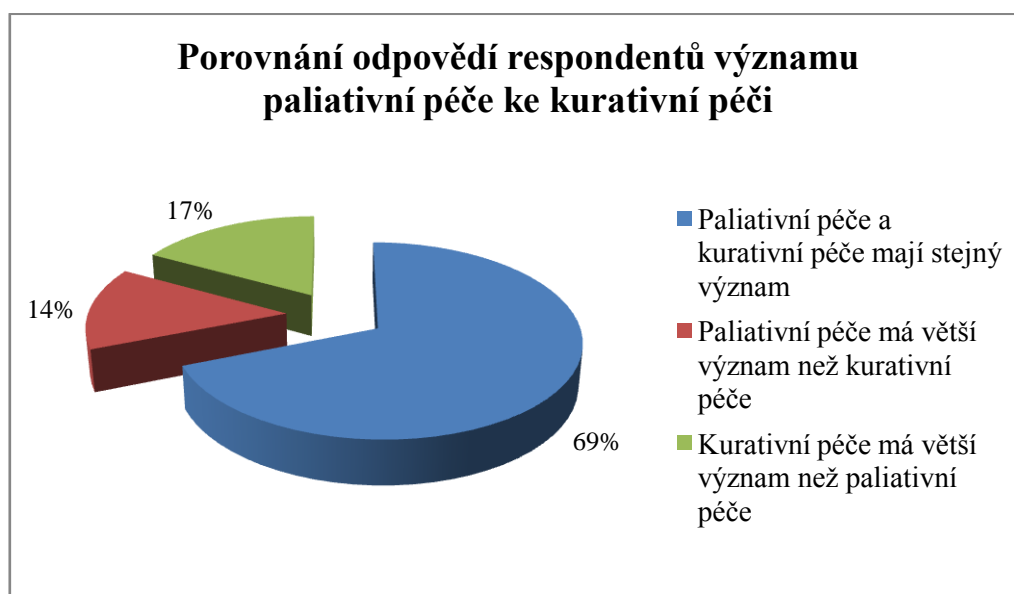
Zaškrtněte na škále, jaký význam přikládáte paliativní a kurativní péči:

Tab. 3 Význam paliativní péče

| Význam paliativní péče                     |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <i>Absolutní četnost</i> | <i>Relativní četnost</i> |
| <i>Žádný význam</i>                        | 0                        | 0 %                      |
| <i>Minimální význam</i>                    | 0                        | 0 %                      |
| <i>Průměrný význam</i>                     | 11                       | 19 %                     |
| <i>Velký význam</i>                        | 40                       | 69 %                     |
| <i>Největší význam</i>                     | 7                        | 12 %                     |
| <b>Celkový počet (<math>\Sigma</math>)</b> | <b>58</b>                | <b>100 %</b>             |

Tab. 4 Význam kurativní péče

| Význam kurativní péče                      |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <i>Absolutní četnost</i> | <i>Relativní četnost</i> |
| <i>Žádný význam</i>                        | 0                        | 0 %                      |
| <i>Minimální význam</i>                    | 0                        | 0 %                      |
| <i>Průměrný význam</i>                     | 12                       | 21 %                     |
| <i>Velký význam</i>                        | 32                       | 55 %                     |
| <i>Největší význam</i>                     | 14                       | 24 %                     |
| <b>Celkový počet (<math>\Sigma</math>)</b> | <b>58</b>                | <b>100 %</b>             |



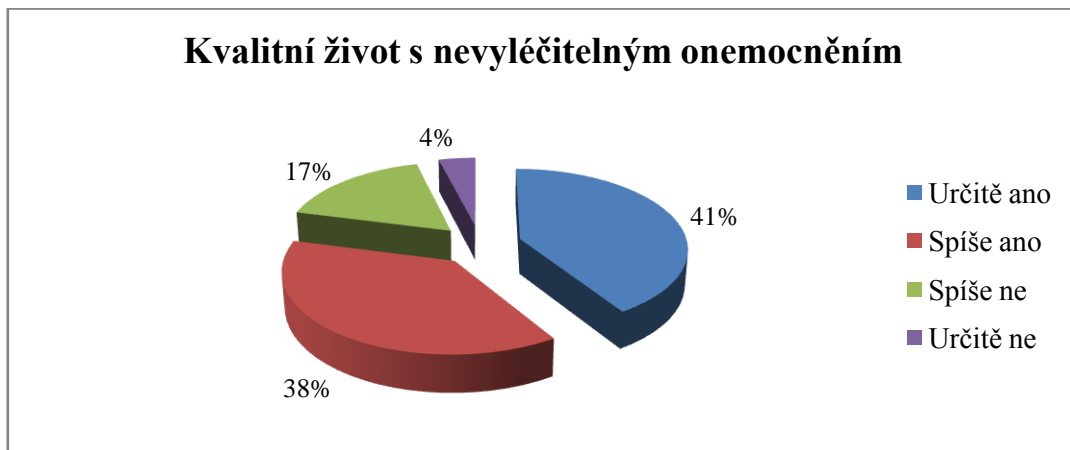
Obr. 12 Porovnání odpovědí respondentů významu paliativní péče ke kurativní péči

Tato otázka č. 12 byla zaměřená na porovnání významu kurativní a paliativní péče. Jak ukazuje tabulka č. 3, paliativní péči přikládá velký význam 69 % sester. 19 % sester průměrný význam, a 12 % sester si myslí, že paliativní péče má největší význam. Oproti tomu (tabulka č. 4) 55 % sester si myslí, že kurativní péče má velký význam, 24 % sester jí přikládá největší

význam a 21 % sester průměrný význam. V porovnání paliativní versus kurativní péče (obrázek č. 12), přikládá 69 % sester paliativní i kurativní péči stejný význam, 17 % staví do popředí kurativní péči a 14 % se domnívá, že paliativní péče má přednost před kurativní péčí.

### Otázka č. 13

**Paliativní péče se snaží ovlivnit kvalitu života umírajícího člověka. Myslíte si, že život člověka s nevléčitelným onemocněním může být ještě kvalitní?**



Obr. 13 Možnost kvalitního života s nevléčitelným onemocněním dle respondentů

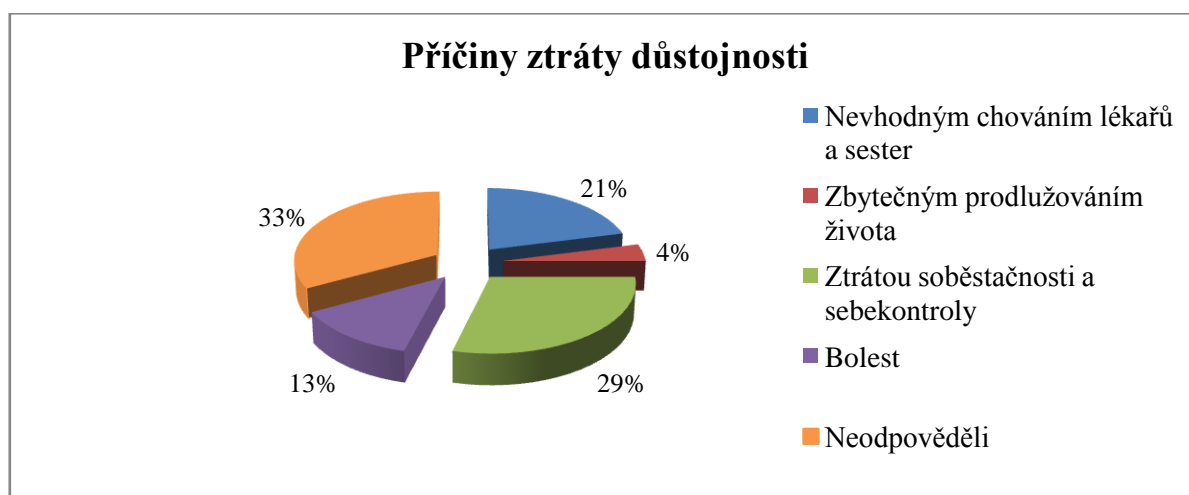
Zde 41 % sester označilo život člověka s nevléčitelným onemocněním jako určitě kvalitní. O něco méně, tedy 38 % sester odpovědělo spíše ano. 17 % spíše ne a 4 % sester si myslí, že život člověka s nevléčitelným onemocněním už určitě nemůže být kvalitní (obrázek č. 13).

## Otázka č. 14

Mnoho zastánců eutanazie propaguje eutanazii z důvodu zachování důstojnosti nemocného. Zbavuje podle Vás umírání člověka důstojnosti? Pokud ano, napište proč.

Tab. 5 Důstojnost umírání

| Důstojnost umírání                         |                   |                   |
|--|-------------------|-------------------|
|  | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano  | 24                | 41 %              |
| Ne   | 34                | 59 %              |
| <b>Celkový počet (<math>\Sigma</math>)</b> | <b>58</b>         | <b>100 %</b>      |



Obr. 14 Odpovědi respondentů, proč smrt zbavuje důstojnosti

V této otázce měli respondenti odpovídat na to, zda si myslí, že smrt zbavuje důstojnosti. Měli na výběr ano či ne, a pokud odpověděli ano, měli napsat důvod. 41 % sester odpovědělo, že ano, 59 % odpovědělo ne (tabulka č. 5). Respondenti, co svou kladnou odpověď zdůvodnili, se shodli na 4 důvodech (obrázek č. 14). 33 % svou odpověď vůbec nezdůvodnilo. Největší množství, 29 % respondentů si myslí, že umírající člověk ztrácí svou důstojnost ztrátou soběstačnosti a sebekontroly. 21 % respondentů napsalo, že člověk ztrácí svou důstojnost díky

nevhodnému chování lékařů a sester. 13 % respondentů označilo za důvod bolest a 4 % sester označilo za ztrátu důstojnosti zbytečné prodlužováním života.

### Otázka č. 15

#### Souhlasíte s legalizací eutanazie v ČR?

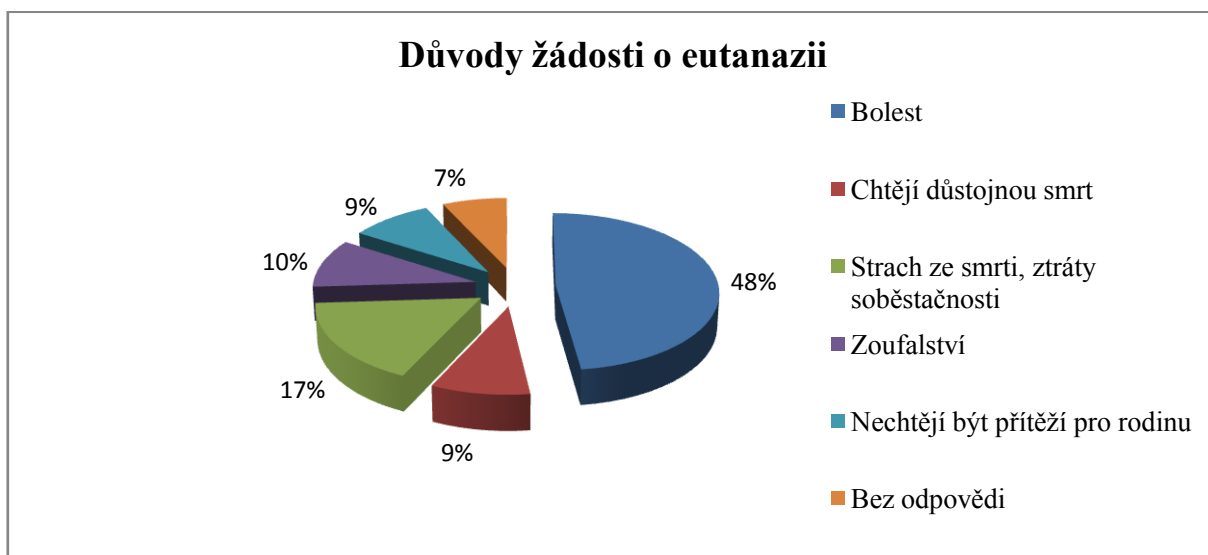
Tab. 6 Legalizace eutanazie v ČR

| <b>Legalizace eutanazie v ČR</b>           |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
|  | <i>Absolutní<br/>četnost</i> | <i>Relativní<br/>četnost</i> |
| Ano  | 27                           | 47 %                         |
| Ne   | 28                           | 48 %                         |
| Nevím                                      | 3                            | 5 %                          |
| <b>Celkový počet (<math>\Sigma</math>)</b> | <b>58</b>                    | <b>100 %</b>                 |

Zde jsem se ptala na názor sester na legalizaci eutanazie v České republice. 47 % respondentů souhlasí s legalizací eutanazie, 48 % je proti legalizaci eutanazie u nás a 5 % respondentů napsalo k otázce otazník, či napsalo, že nevědí (tabulka č. 6).

## Otázka č. 16

Proč si myslíte, že lidé s nevléčitelným onemocněním nejčastěji žádají o eutanazii?



Obr. 15 Odpovědi respondentů na důvody pacientů žádajících o eutanazii

V této otázce jsem se ptala na to, proč si respondenti myslí, že lidé nejčastěji žádají o eutanazii. Opět zde došlo ke shodě v 5 tématech. Nejčastější zastoupenou odpovědí a to ze 48 % byla bolest. Další častou odpovědí byl strach. A to strach ze smrti či ztráty soběstačnosti, odpovědělo 17 % respondentů. V 10 % bylo zastoupeno, jako důvod o eutanazii, zoufalství. 9 % respondentů si myslí, že lidé žádají o eutanazii, aby nebyli přítěží pro rodinu. Stejně množství respondentů, tedy 9 % se domnívá, že lidé žádající o eutanazii chtějí důstojně zemřít. 7 % sester nevedlo žádnou odpověď (viz obrázek č. 15).

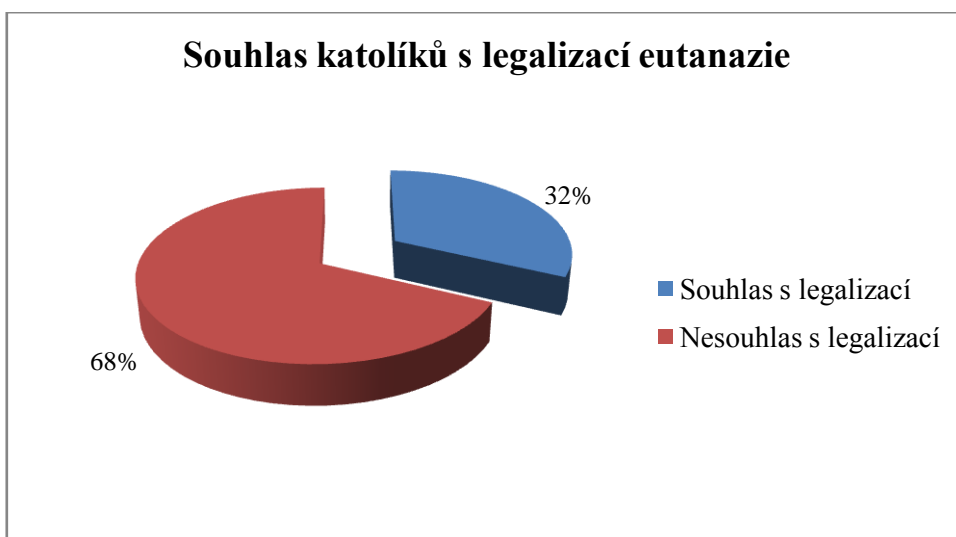
## Otázka č. 17

### Jakého jste vyznání?



Obr. 16 Náboženské vyznání respondentů.

Tato otázka byla zaměřena na náboženské vyznání respondentů. Viditelně převažují ateisté, tedy lidé bez vyznání a to z 68 % (obrázek č. 16). Poté 28 % tvoří katolické vyznání a 3 % adventisté sedmého dne. Evangelické vyznání bylo zastoupeno pouze v 1 %. Jiné vyznání u respondentů nebylo zastoupeno. Zajímalo mě také postoj „věřících“ respondentů k legalizaci eutanazie. Z celkového počtu 19 respondentů, kteří se hlásí k nějakému vyznání, je 32 % (všichni katolíci), kteří souhlasí s legalizací eutanazie a 68 %, kteří s legalizací nesouhlasí (obrázek č. 17).



Obr. 17 Souhlas katolíků s eutanazií

## Otázka č. 18

### Na jakém oddělení pracujete?

Tab. 7 Pracoviště respondentů

| <b>Pracoviště respondentů</b>              |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <i>Absolutní četnost</i> | <i>Relativní četnost</i> |
| Chirurgie                                  | 18                       | 31 %                     |
| Neurologie                                 | 13                       | 23 %                     |
| Lůžka následné péče                        | 17                       | 29 %                     |
| Multidisciplinární JIP                     | 10                       | 17 %                     |
| <b>Celkový počet (<math>\Sigma</math>)</b> | <b>58</b>                | <b>100 %</b>             |

V této otázce jsem se ptala na pracoviště respondentů. Jak již bylo řečeno, byly osloveny sestry ze 4 oddělení. A to 31 % sester z chirurgického oddělení, 23 % sester z neurologického oddělení, 29 % sester z lůžek následné péče a 17 % sester pracovalo na multidisciplinární JIP (tabulka č. 7).

## Otázka č. 19

### Délka Vaší praxe:

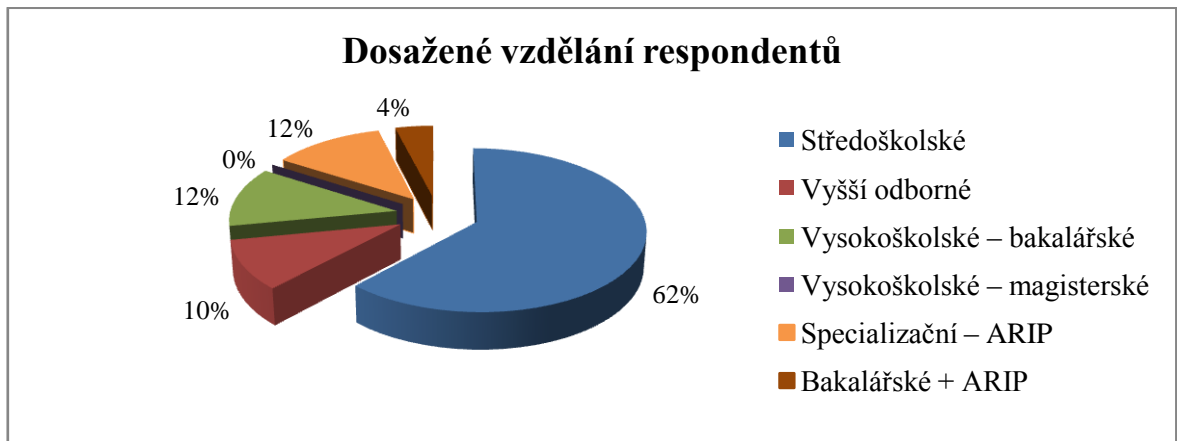
Tab. 8 Délka praxe respondentů

| <b>Délka praxe respondentů</b>             |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <i>Absolutní četnost</i> | <i>Relativní četnost</i> |
| do 5 let                                   | 13                       | 23 %                     |
| 6-10 let                                   | 14                       | 24 %                     |
| 11 - 20 let                                | 14                       | 24 %                     |
| více než 20 let                            | 17                       | 29 %                     |
| <b>Celkový počet (<math>\Sigma</math>)</b> | <b>58</b>                | <b>100 %</b>             |

Tato otázka rozdělovala respondenty dle délky praxe. 29 % respondentů pracovalo již déle než 20 let, 24 % mělo praxi mezi 11 až 20 lety, stejný počet sester mezi 6 až 10 lety a 23 % sester pracovalo 5 a méně let (tabulka č. 8).

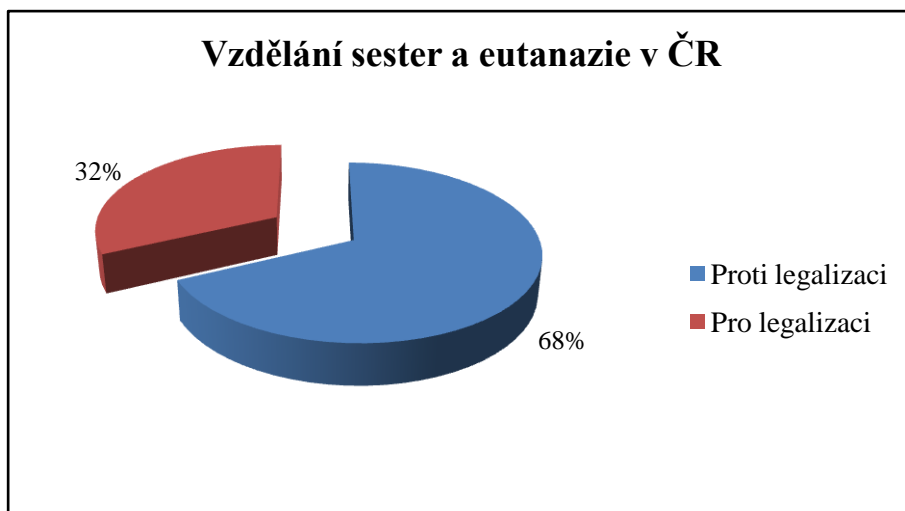
## Otázka č. 20

### Dosažené vzdělání:

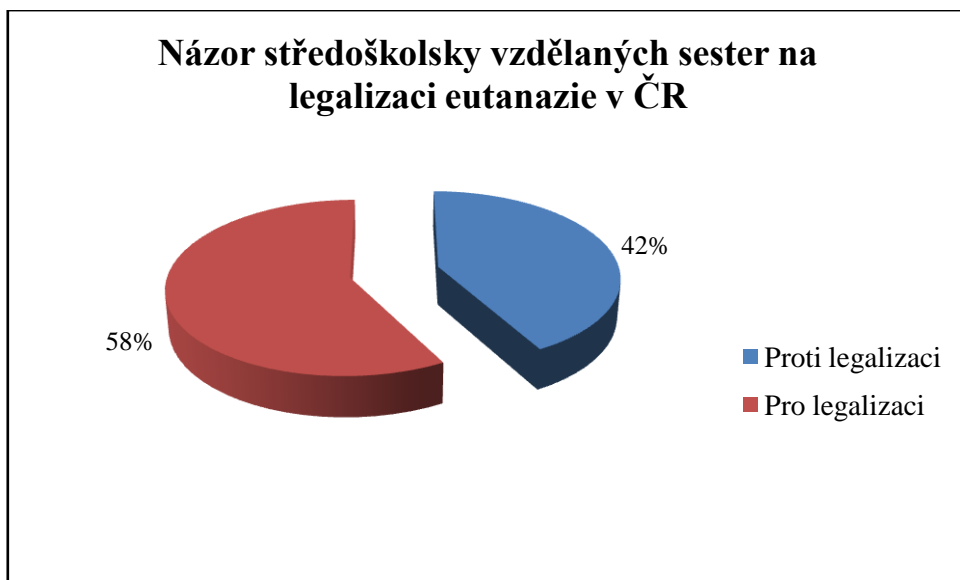


Obr. 18 Dosažené vzdělání respondentů

Poslední otázka rozdělila respondenty dle vzdělání. V nejvyšším počtu, což bylo 62 %, bylo zastoupeno středoškolské vzdělání. 12 % tvořily sestry s bakalářským vzděláním a stejný počet se specializačním vzděláním ARIP. Jiná specializace nebyla uvedena. 10 % sester mělo vyšší odborné vzdělání a 4 % sester kombinaci bakalářského studia a specializačního vzdělání ARIP (viz obrázek č. 18). Zajímalo mě také, zda má vzdělání nějaký vliv na souhlas s eutanazií. 68 % respondentů s vyšším než středoškolským vzděláním bylo proti legalizaci eutanazie a 32 % bylo pro legalizaci eutanazie v ČR (obrázek č. 19). U sester se středoškolským vzděláním bylo pro legalizaci 58 % sester, proti legalizaci 42 % sester (obrázek 20).



Obr. 19 Eutanazie v ČR – názory sester s vyšším než středoškolským vzděláním



Obr. 20 Eutanazie v ČR – názor středoškolsky vzdělaných sester

## 10 Diskuze

### 1. Mají sestry spíše větší množství informací o paliativní péči než o eutanazii?

Z mého výzkumu vyplynulo, že nejvíce respondentů (64 %) má průměrné množství informací. Našly se i 2 sestry, které nemají vůbec žádné informace, či nikdy o paliativní péči neslyšely. Přitom, když se podíváme do věstníku MZČR, jedním z cílů ošetřovatelství je zmírnění utrpení nemocného člověka, zajištění klidného umírání a důstojné smrti. (Věstník MZČR, 2004) Je smutné, že některé sestry, které mají provádění ošetřovatelské péče v náplni práce, nemají ani ponětí, jaká je vlastně podstata jejich činnosti.

**Respondenti jsou ale stále lépe informováni o paliativní péči než o eutanazii.** Velké množství informací o eutanazii má pouze 17 % sester. Průměrně informováno o eutanazii je 60 % sester, což je nepatrně méně než v předchozí otázce, ale rozdíl zde je.

Informovanost o respitní péči a vyhodnocování odpovědí v otázce č. 3 mě velmi zarazila. O respitní péči, která s paliativní péčí úzce souvisí, nikdy neslyšelo 15 z 58 sester. Přitom respitní péče má pomáhat rodinám, které jsou součástí cíle paliativní péče (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004), a až 31 % sester uvedlo, že se setkávají s pacienty v terminálním stádiu i několikrát do měsíce. Již při pilotním výzkumu se mě několik oslovených sester ptalo, co to respitní péče je. Proto jsem do závorky za otázku zařadila i vysvětlení, že se jedná o péči o pečující. Respitní péče vychází z předpokladu, že každý si občas potřebuje odpočinout. Jak píše Svatošová (2008), takový odpočinek může být výbornou prevencí zbytečných konfliktů mezi rodinou a nemocným. Bylo by určitě dobré, aby o této péči byly sestry informovány a mohly tak informovat ty pacienty a rodiny, které by tuto péči využily.

O této tolik potřebné péči má alespoň minimální povědomí 33 % respondentů. Při porovnání svého výzkumu s bakalářskou prací (Kálesová, 2009) o informovanosti sester a lékařů o hospicové péči, bylo o respitní péči informováno 60 % sester z celkového počtu respondentů 30, což je velký rozdíl oproti mému zjištění, kdy má o respitní péči průměrnou informovanost 36 % sester.

Co je ale velmi potěšující, je procento sester, kteří touží po větší informovanosti. Celkem 93 % sester má zájem o více informací o paliativní péči, eutanazii i o respitní péči.

## **2. Jak jsou sestry informovány o paliativní péči?**

Tuto výzkumnou otázku jsem hodnotila převážně pomocí otázek 7 a 8. V těchto otázkách měli respondenti zaškrtnout kde se paliativní péče provádí a jaký je cíl paliativní péče. Také jsem použila otázku č. 11, kde jsem zjišťovala, zda sestry znají zařízení speciální paliativní péče. Většina (90 %) sester odpovědělo, že se nikdy s žádným zařízením speciální paliativní péče nesetkalo. Jen nevím, jestli sestry věděly, co si pod pojmem speciální paliativní péče mají představit.

Na otázku č. 7 o místech provádění paliativní péče většina sester odpověděla, že místem provádění paliativní péče je pouze hospic. Nemocnice a domov se objevovaly v odpovědích už méně často.

V otázce cíle paliativní péče zahrnula do definice rodinu také pouze polovina sester. Možná je to proto, že se sestry nechtějí zabývat rodinou pacienta nebo mají pocit, že v nemocnici se jich tato péče netýká. Ale co potřebuje rodina od zdravotníků? Vždyť ona je na rozdíl od pacientů soběstačná, jí nic nebolí (většinou). Jak již bylo řečeno v teoretickém úvodu, rodina potřebuje především citovou podporu a potřebuje ujistit, že jejich blízký netrpí bolestí. Potřebuje také dostatek informací a názornou ukázkou jak se o nemocného starat. (O' Connor, Aranda, 2005)

Z mého výzkumu tedy vyplynulo, že **sestry, které vyplňovaly můj dotazník, jsou nedostatečně informovány o paliativní péči.**

## **3. Čerpají sestry informace o paliativní péči spíše ze seminářů celoživotního vzdělávání nebo z literatury?**

Zaměřila jsem se na to, odkud sestry nejčastěji čerpají informace o paliativní péči. Nejvíce sester označilo za zdroj informací semináře celoživotního vzdělávání. Hned za tím informace získané ze školy. Literatura byla až na třetím místě. Takže **respondenti čerpali informace spíše z celoživotního vzdělávání než z literatury.**

Pokud porovnáám opět s prací Kálesové (2009), nejvíce sester zde čerpalo informace ze samostudia. Semináře byly až na druhém místě.

Snad je to počtem seminářů v blízkosti nemocnic, ve kterých byl výzkum prováděn. Nachází se zde hospic, kde je čas od času pořádán seminář týkající se právě paliativní péče. Sestry mají tedy větší možnost vzdělávat se formou seminářů než například sestry na jiném místě.

#### **4. Příkladají sestry větší význam kurativní nebo paliativní péči?**

Tuto výzkumnou otázku jsem hodnotila z otázky číslo 12. Nejvíce sester (69 %) přikládá paliativní péči velký význam, kurativní péči přikládá velký význam 55 % sester. Avšak při porovnání odpovědí významu kurativní i paliativní péče vyšlo, že největší počet respondentů, přikládá paliativní péči stejný význam jako péči kurativní.

**Setry v mém výzkumu tedy přikládají paliativní i kurativní péči stejný význam.** Respondenti tedy nepotvrzují, že by byla paliativní péče odsouvána do pozadí za léčbu kurativní, jak píše například Vorlíček (2004).

#### **5. Budou sestry spíše pro nebo proti legalizaci eutanazie?**

Zajímá mě pohled sester na eutanazii v ČR. Tuto výzkumnou otázku hodnotily sestry v otázce č. 15. Pro legalizaci eutanazie bylo 47 % sester, proti legalizaci 48 % sester. Mezi skupinami tedy nebyl velký rozdíl – je to půl na půl. Ale konečný výsledek přeci jen byl ten, že **sestry, které vyplňovaly dotazník, jsou spíše proti, než pro legalizaci eutanazie u nás.** Při vyplňování dotazníků s některými sestrami, jsme povídaly také o tématu eutanazie. Dozvídala jsem se důvody sester pro legalizaci a příběhy lidí, které viděly umírat ve velkých bolestech. Díky nevhodnému chování lékařů byli pacienti podrobováni množství náročných, často i bolestivých vyšetření, která jim ještě přitěžovala. Sestry by proto raději volily eutanazii, než aby viděly smrt člověka v bolestech. Nebylo by tedy lepší, než striktně odsouhlasit eutanazii, zabývat se léčbou a tišením bolesti, když tedy, jak se píše v některých publikacích (Pollard, 1996), žijeme v době, kdy moderní medicína umožňuje, aby lidé nemuseli trpět velkou bolestí? Neměla by dobrá, kvalitní a dostatečná paliativní péče plně nahradit potřebu eutanazie? Právě léčba bolesti je cílem paliativní péče i jedním ze zmiňovaných principů. Jak píše Munzarová (2005), prosba o eutanazii je důkaz toho, že nemocný není ošetřován ve své celosti. Legalizace eutanazie by byla nejen nebezpečná, ale také zbytečná. V době rozvinuté paliativní péče nelze uvažovat o výběru umírání v nesnesitelných bolestech či eutanazii. Ani soucitem motivovaná eutanazie není náhražkou efektivní paliativní péče. (Munzarová, 2005)

*„Výzvou naší civilizace, je změnit péči o trpícího a umírajícího, ne legalizovat skutek, který by tak snadno mohl nahradit schopnost paliace, soucitu a solidarity, všeho co lidská bytost potřebuje v nejtěžších okamžicích života.“ (Munzarová, 2005, str. 76)*

## **6. Má vzdělání sester a náboženská víra vliv na jejich souhlas s eutanazií?**

Zajímalo mě, jestliže díky vyššímu vzdělání mají sestry více informací o eutanazii a paliativní péči, zda to bude mít vliv na jejich názor ohledně legalizace eutanazie v ČR. Z celkového počtu sester má vyšší než středoškolské vzdělání 46 % respondentů. Z tohoto počtu je 68 % proti legalizaci eutanazie. Oproti tomu 42 % respondentů se středoškolským vzděláním by s eutanazií také nesouhlasilo. **Vzdělání tedy zřejmě mělo vliv** na odpovědi respondentů ohledně legalizace eutanazie.

S touto otázkou mě zajímalo také to, zda všechny sestry „věřící“ budou proti legalizaci eutanazie. Odpovědi byly opět pro mě velmi překvapivé. 32 % sester hlásících se ke katolické víře by souhlasilo s legalizací eutanazie. Z počtu sester, které uvedly evangelické či adventistické vyznání, není nikdo, kdo by byl pro legalizaci eutanazie.

M. Munzarová (2008) ve své knize popisuje 10 bodů, proč nelze souhlasit s legalizací eutanazie (Příloha C). Myslím, že by si její knihu nebo i každou jinou zabývající se právě eutanazií měla povinně přečíst každá sestra, která souhlasí s legalizací eutanazie.

## Závěr

Díky psaní své bakalářské práce jsem měla možnost dozvědět se více o paliativní péči. Přečetla jsem si spoustu poučných knížek týkajících se právě tohoto tématu, tématu umírání, a eutanazie. Získala jsem mnoho nových a cenných informací. Hodnotím to jako velmi prospěšné a to nejen pro své povolání zdravotní sestry.

Jako cíl své práce jsem si dala zjistit informovanost sester především o paliativní péči.

Z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že sestry v mé skupině respondentů nejsou dostatečně informovány o paliativní péči. Mnoho z nich považuje za místo provádění této péče pouze hospic.

S informacemi o paliativní péči souvisel i druhý cíl. Zjistit odkud sestry nejčastěji čerpají informace o paliativní péči a zda vůbec mají o informace zájem. Nejčastějším zdrojem byly pro respondenty semináře celoživotního vzdělávání a informace získané během studia.

Zájem o informace v oblasti paliativní péče mají téměř všechny sestry, což je velice potěšující zpráva.

Třetím cílem bylo zjistit postoj sester k eutanazii, a zda má vzdělání vliv na jejich názor. Počty respondentů, kteří souhlasí s legalizací eutanazie a kteří nesouhlasí s legalizací, jsou poměrně rovnoměrně zastoupené. Stále je ale více sester, které jsou proti legalizaci eutanazie v České republice. Respondenti s vyšším vzděláním byli spíše proti eutanazii. Čím více informací o paliativní péči tedy sestry měly, tím menší počet z nich souhlasil s legalizací eutanazie. Z mého výzkumu pro bakalářskou práci tedy také vyplynulo, že sestry mají zájem o vzdělávání v oblasti paliativní péče a pokud se bude zvyšovat jejich informovanost, bude snad mít paliativní péče možnost dále se rozvíjet.

Čtvrtý a poslední cíl byl zjistit postoje sester k významu paliativní a kurativní péče. Tuto otázku nevím, zda lze objektivně zhodnotit. Později jsem se dozvěděla, že část sester nevěděla, co je kurativní péče, a proto zaškrtnla stejný význam u péče paliativní i kurativní. Ale i tak většina respondentů pokládá paliativní a kurativní péči za rovnoměrně významnou.

Vybraná skupina respondentů čerpala nejvíce informací ze seminářů celoživotního vzdělávání a o informace má viditelně zájem. Takže snad lze předpokládat, že pokud bude v budoucnosti více seminářů celoživotního vzdělávání zaměřených na téma paliativní péče, zvýší se i informovanost sester o tomto tématu. Pokud budou sestry více informovány, doufejme, že i péče bude kvalitnější. Samozřejmě nelze z 58 respondentů dělat závěr pro všechny sestry,

určitě by nebylo na škodu, ověřit informace významnějším výzkumem. Samozřejmě také platí, že sestry mohou být dostatečně informovány, ale pokud nebudou mít o provádění kvalitní paliativní péče zájem, informace nevyužijí.

## Soupis bibliografických citací

1. Česká lékařská komora [online]. 2010 [cit. 2011-04-03]. Závazné stanovisko ČLK. Dostupné z WWW: <[www.lkcr.cz/document3.php?param=news\\_file,NEWS\\_FILE\\_ID,,TYPE,NAME,DATE\\_AKT&id=89222](http://www.lkcr.cz/document3.php?param=news_file,NEWS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=89222)>.
2. *Bible : Písmo svaté starého a nového zákona*. Praha : Česká biblická společnost, 2009. ISBN 978-80-87287-22-4.
3. DAŇKOVÁ, Š. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2005 [cit. 2011-04-02]. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (HIS CR 2002) - Kvalita života (XVII. díl). Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-ceske-populace-his-cr-2002-kvalita-zivota-xvii-dil>>.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.000.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
6. *Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* [online]. 2010 [cit. 2011-04-03]. Certifikovaný kurz PALIATIVNÍ MEDICÍNA A LÉČBA BOLESTI pro Jihomoravský, Zlínský kraj a kraj Vysočina. Dostupné z WWW: <<http://www.ipvz.cz/akce/36672-ter-Certifikovany-kurz-PALIATIVNI-MEDICINA-A-LECBA-BOLESTI-pro-Jihomoravsky-Zlinsky-kraj-a-kraj-Vysocina.aspx>>.
7. KÁBRT, J.; KUCHARSKÝ, P.; SCHAMS, R. a kol. *Latinsko – český slovník*. 1. vyd. Praha : Leda, 2000. ISBN 80-85927-82-9.
8. KÁLESOVÁ, K. *Informovanost sester a lékařů o hospicové péči*. 2009.
9. KROPÁČEK, I. *Duchovní cesty islámu*. Praha : Vyšehrad 1993. ISBN 80-7021-125
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.

13. KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha : ISV, 2001. ISBN 80-85866-82-X.
14. MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života dětí a dospívajících*. 1. Vyd. Brno : MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.
15. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.1
16. MISCONIOVÁ B., *Péče o umírající – hospicová péče* : Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 2000.
17. MUNZAROVÁ, M. *Proč Ne Eutanazii aneb být či nebýt*. 1. vyd. Kostelní vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-258-9.
18. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
19. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských studijních oborů : Informace ke specializačnímu vzdělávání [online]. 2008, 2011 [cit. 2011-04-11]. Ošetřovatelská péče ve vybraných klinických oborech se zaměřením na ošetřovatelskou péči o pacienty s onkologickým onemocněním. Dostupné z WWW: <<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/67>>.
20. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
21. PAYNE, S; SEYMOUR, J; INGLETON, Ch. *Palliative Care Nursing : Principles and Evidence for Practise*. UK : Open University Press, 2004. ISBN 978-80-87029-25-1.
22. POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?* Praha : Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
23. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 3. vyd. Praha : Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
24. ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti : Vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.
25. Věstník MZČR 9/2004. [online]. 2010. [cit. 2011-16-03]. Dostupný z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html)>.
26. VOKURKA, M.; HUGO, J.. *Velký lékařský slovník*. 8., aktual. vyd. Praha : Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-166-0.

27. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z.; POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
28. VORLÍČEK, J.; SLÁMA, O. Paliativní medicína - historie a současnost. *SANQUIS*. 2005, č. 41, str. 34.
29. WAGENKNECHTOVÁ, E. *Hospic Anežky České* [online]. 2010 [cit. 2011-04-02]. Mobilní Hospic Anežky České a Ambulance paliativní medicíny slavnostně otevřeny. Dostupné z WWW: <<http://www.hospic.cz/ostatni/mobilni-hospic-anezky-ceske-a-ambulance-paliativni-mediciny-slavnostne-otevreny.html>>.

### III. PŘÍLOHY

#### Seznam příloh

Příloha A - *Dotazník*

Příloha B - *Doporučení ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli*

Příloha C - *10 důvodů proti eutanazii od M. Munzarové*

Příloha D - *Etický kodex práv pacientů*

Příloha E - *Fáze prožívání těžké nemoci dle E.K. Rossové*

## Příloha A - Dotazník

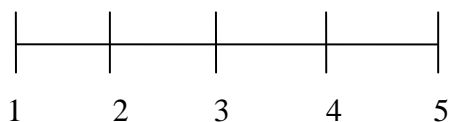
Dobrý den, jmenuji se Jana Urbanová a jsem studentka Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který použiji pro svou bakalářskou práci. Dotazník je zcela anonymní. Děkuji moc za Vaši pomoc a čas.

**1) Jak často se setkáváte s pacienty v terminálním stádiu? (Zaškrtněte na škále od 1 do 5 dle vysvětlení uvedeného níže)**



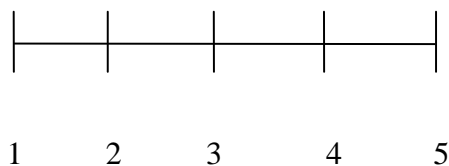
- 1 - *Nesetkávám se s nimi vůbec*
- 2 - *Setkávám se, ale pouze výjimečně*
- 3 - *Setkávám se tak dvakrát, třikrát do roka*
- 4 - *Setkávám se dvakrát za půl roku*
- 5 - *Setkávám se několikrát do měsíce*

**2) Zaškrtněte na škále, jak dalece se cítíte informováni o paliativní péči. (Postupujte jako u otázky č. 1)**

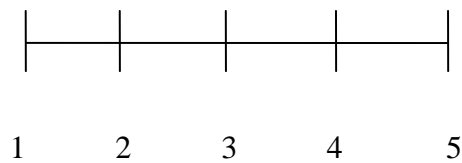


- 1 - *Nemám žádné informace, nikdy jsem o tom neslyšel (a)*
- 2 - *Mám jen velmi málo informací*
- 3 - *Mám průměrně informací*
- 4 - *Mám velké množství informací*
- 5 - *Mám nejvyšší možný počet informací.*

**3) Jak dalece se cítíte informováni o eutanazii? (Použijte tvrzení z otázky č. 2)**



**4) Jak dalece se cítíte informováni o respitní péči (péči o pečující)? (Použijte tvrzení z otázky č. 2)**



**5) Chtěl (a) byste více informací o těchto tématech?**

- a) ano                      b) ne

**6) O paliativní péči jsem získal (a) informace: (možno zaškrtnout i více odpovědí)**

- a) ve škole  
b) z letáků  
c) z internetu  
d) ze seminářů celoživotního vzdělávání  
e) z odborné literatury (knížek a časopisů)  
f) jiné: .....

**7) Paliativní péče se provádí: (možno zaškrtnout i více odpovědí)**

- a) v hospici  
b) v nemocnici  
c) doma  
d) v domovech důchodců

**8) Paliativní péče si dává za cíl:**

- a) Dosáhnout kvalitního zbytku života umírajícím lidem
- b) Dosažení co nejrychlejšího umírání člověka
- c) Udržet člověka při životě co nejdéle
- d) Dosáhnout nemocným s nevléčitelným onemocněním i jejím rodinám co nejlepší kvalitu života

**9) Má podle Vás paliativní péče význam a prospěšnost?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

**10) Myslíte si, že zdravotničtí pracovníci – lékaři i sestry by se měli v této oblasti speciálně vzdělávat?**

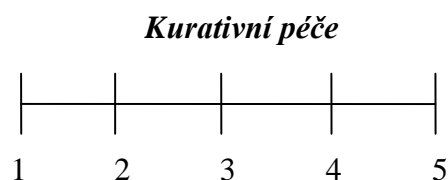
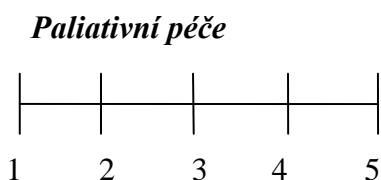
- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

**11) Setkal(a) jste se již ve svém životě s jinými zařízeními speciální paliativní péče kromě lůžkového hospice? Pokud ano, napište s jakými.**

- a) ano .....
- b) ne

**12) Zaškrtněte na škále, jaký význam přiřkládáte paliativní a kurativní péči:**

- 1- *Žádný význam*
- 2- *Minimální význam*
- 3- *Průměrný význam*
- 4- *Velký význam*
- 5- *Největší význam*



**13) Paliativní péče se snaží ovlivnit kvalitu života umírajícího člověka. Myslíte si, že život člověka s nevléčitelným onemocněním může být ještě kvalitní?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

**14) Mnoho zastánců eutanazie propaguje eutanazii z důvodu zachování důstojnosti nemocného. Zbavuje podle Vás umírání člověka důstojnosti? Pokud ano, napište proč.**

- b) ne
- a) ano

.....

.....

.....

**15) Souhlasíte s legalizací eutanazie v ČR?**

- a) ano
- b) ne

**16) Proč si myslíte, že lidé s nevléčitelným onemocněním nejčastěji žádají o eutanazii?**

.....

.....

**17) Jste:**

ateista    katolík    evangelík    adventista    jiné- prosím doplňte .....

**18) Na jakém oddělení pracujete? .....**

**19) Délka Vaší praxe (přibližně): .....**

**20) Dosažené vzdělání:**

a) středoškolské

b) vyšší odborné

c) vysokoškolské – bakalářské

d) vysokoškolské – magisterské

e) specializační (napište jaké): .....

## **Příloha B – Doporučení představenstva ČLK**

### **DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010**

**k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli**

#### **čl. 1**

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

#### **čl. 2**

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

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

pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.

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

f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko - odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,

- nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.

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

### **čl. 3**

#### **Terminologie**

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

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

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

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

e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na

pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.

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

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

#### **čl. 4**

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

a) Život člověka je konečný.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## čl. 5

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

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

## Čl. 6

### **Doporučení pro klinickou praxi**

- a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.
- b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.
- d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model)

e) Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.

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

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

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

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

## **čl. 7**

### **Účinnost**

Toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20. 2. 2010 a nabývá účinnosti dne 4. 3.2010.

## **Příloha C - 10 důvodů proti eutanazii** (Munzarová, 2008, str. 58)

1. Právo na eutanazii není právem, které by vycházelo z právní vědy. Takové právo by pošlapávalo skutečné právo na život a hrubým způsobem by narušovalo integritu jak nemocného, tak lékaře.
2. I kdyby právo na eutanazii bylo prohlášeno za legální a kdyby se ústava změnila, vždy by zůstalo nemorálním. Mravnost nestojí na zákonodárství ani za výsledcích referenda.
3. Každý důležitý lékařský problém zahrnuje i složku mravní. Nejedná se jen o jakýsi výběr, dle volby dotyčného. Je povinností lékařské profese, aby zaručila dokonalý odborný přístup k nemocným a k umírajícím – a eutanazie se stane zbytečnou. Na druhé straně by měl mít nemocný plné právo, mravní i legální, přemíru léčby, která vede jen k protahovanému umírání, odmítnout.
4. Eutanazie není autonomním výběrem. Nemocní jsou v pokročilé fázi onemocnění velmi zranitelní a snadno přijímají jakékoliv nápady jiných – o nápadech lékařů ani nemluvě. Cítí se již být odcizeni vůči zdravým, vinní tím, že jsou zátěží pro ostatní, zahanbeni pro své těžkosti a slabosti, plní nejrozličnějších strachů a velmi citliví vůči různým návrhům. Stačí pozorně sledovat holandské televizní programy, které dělají eutanazii reklamou. Stačí pozorovat, jak „svobodné“ a „autonomní“ rozhodnutí nemocného je. Každý vidí, jak je takovéto rozhodnutí prováděno: nejprve rozhovorem s lékařem, pak se ženou, příbuznými, s ošetřovatelkou, s jinými nemocnými, s právníky atd.; a pacient o jehož bytí a nebytí se jedná, se ke slovu ani nedostane. Pečlivá kontrola nad tímto děním pak vede ke ztrátě kontroly vůbec. Při studiu nových zákonů zjistíme, že z nich přímo číší záměr ochránit lékaře před trestem, popřípadě dokázat, že se nejednalo o trestný čin. Zájem o dobro nemocného se díky této snaze ocitá zcela v pozadí.
5. Uzákonění možnosti usmrctvat nemocné by dalo lékařům nesmírnou moc. Není to totiž nemocný, který určuje, že léčba je beznadějná, že utrpení je nesnesitelné, a že je již „připraven“ k eutanazii. Právní zajištění proti jakýmkoliv zneužitím v tomto směru je zcela nereálné. Lékař, stejně tak jako kdokoli jiný, nemůže uniknout svým předsudkům, svým hodnotám, svým představám o životě a smrti, svým představám o tom, kolik utrpení by on

sám unesl. Veškerá zkušenost pak učí, že pacienti se rozhodují většinou pod vlivem psychických depresí nebo jiných rozlad; jejich léčba naopak často vede ke změně smýšlení, pokud jde o ukončení života.

**6.** Eutanazie není „smrtí milosrdnou“ ani „smrtí soucitnou“, není provedena vlivem soucitu. Nezapomeňme, že soucit musí být „soutřpením“. Nesmí být jen lítostí.

**7.** Kluzký svah není pohádkou. Byl jednoznačný jak v akci eutanazie za nacismu, tak v dnešních akcích moderních. Zabíjení lidí nekompetentních při neustálém vyhlašování respektu k autonomii nemocného je toho důkazem.

**8.** Eutanazie není smrtí důstojnou. Domníváme se snad, že žádat o zabití v důsledku naprosté beznaděje a být zabit svým lékařem je důstojným postupem? Navíc, když víme, že pacient mohl být lépe a účinně ošetřován dobrou paliativní péčí?

**9.** Eutanazie není soukromou záležitostí. Všichni máme vztahy a různá provázání s jinými. Zabíjení má dopad na nás na všechny, je rozvratné pro celou společnost. Pro její vnímání nedotknutelnosti a ceny života. Co vypoví násilná smrt rodině, přátelům, všem známým, všem, kteří trpí? Co jim řekne k jejich vlastnímu vyrovnání se s chorobou a se smrtí? I když se zdá, že někteří s takovýmto řešením souhlasí, jistě jsou otřeseni všichni. Mnozí s nimi naopak nesouhlasí a strádají právě díky tomuto řešení. Svoboda jednoho člověka stojí v protikladu k ochraně celé společnosti, jejíž hodnoty rozleptává. Ochrana života byla dosud jednou z nejdůležitějších hodnot naší kultury a naší civilizace. Legalizace eutanazie znehodnocuje cenu životů dlouhodobě nemocných, lidí senilních. Lidí narozených s těžkým handicapem.

**10.** Eutanazie je v přímém protikladu s náplní lékařství. Již od dob Hippokratovy přísahy bylo vždy lékařství spojováno i se závazkem mravním, s důrazem na to, aby život a umění byly v souladu. Zabíjení nemocných by vedlo k rozkladu lékařovy integrity a samozřejmě i k podkopání důvěry v lékařství a v lékařství vůbec.(Citát z Hippokratovy přísahy: („Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou.“)

## **Příloha D – Etický kodex práv pacientů**

Uvedená práva pacientů byla prohlášena za platná dne 25. února 1992.

**Úplný text etického kodexu Práva pacientů** (Haškovcová, 2002, str. 99)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze

onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

**8.** Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

**9.** Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.

**10.** Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

**11.** Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

## **Příloha E – Fáze prožívání těžké nemoci dle E. K. Rossové**

Fáze prožívání těžké nemoci dle E. K. Rossové (Ulrichová, 2009, str. 61)

### **1. Fáze šoku**

Tato fáze je první reakcí člověka na skutečnost. Při sdělení pravdivé diagnózy člověk reaguje zděšením, výkřikem, panikou. Pacient zavírá oči před skutečností, odmítá přijmout realitu.

E. K. Rossová zdůrazňuje, že toto pacientovo počínání mu pomůže snášet nemoc i po dlouhou dobu. Jde o druh reflexní obrany, pokud pacient nechce vzít na vědomí těžkou nemoc, To ovšem neznamena, že ten samý pacient nebude později ochotný nebo dokonce šťastný, když si může sednout a hovořit s jiným člověkem o blížícím se konci. Ovšem k takovému hovoru může dojít pouze tehdy, jeli na něj připraven sám pacient a musí být zastaven, když dá najevo, že už nechce pokračovat. Časový bod je pro takový rozhovor méně důležitý. Je zajímavé, že někteří pacienti úmyslně popírají svou realitu, nelze se ovšem divit, neboť tato fungující obrana pomáhá pacientovi šetřit energií, přičemž se umírající nemusí vzdalovat realitě. Jde pouze o to, že každý pacient je připraven jinak a hlavně jednotliví nemocní jsou individuality, které potřebují různě dlouhý čas na „zpracování“ sdělení pravdy.

### **2. Fáze zloby**

Pacienti si velmi často kladou otázku „Proč právě já?“. Po fázi popření, šoku, většinou následuje fáze zloby, závisti, nepřátelství. Ve srovnání s fází popření to má rodina a personál, který se stará o nemocné, o mnoho těžší. Ve fázi zlosti pacienti nemají reálný pohled na situaci, obviňují lékaře z jejich nedostatečnosti, vyhledávají spor z malicherných důvodů. Důvodů k zlobě můžeme najít hned několik. Možná bychom také cítili hněv, kdybychom byli náhle „vyrváni“ z našeho životního tempa, kdybychom nemohli dokončit to, co jsme si tolik plánovali a na co jsme se ještě více těšili. E. Rossová nabádá pacienty, aby si položily otázku jinak: „Proč mně to potkalo zrovna teď?“ Vybízí pacienty, aby tím mohli vyventilovat pocity strachu a všechny bolesti, neboť na základě informací můžeme také pacientům pomoci. Většina nemocných má „oprávněný“ důvod ke své zlobě. Jde o to pomoci pacientovi vytáhnout „špunt“, který možná roky zeje v ráně, a být svědky tohoto uzdravení.

### **3. Fáze smlouvání, vyjednávání**

Když terminálně nemocný pacient již nemůže déle popírat svou nemoc, nebo když se ve druhé fázi hádá se světem nebo s Bohem, pokouší se ve třetí fázi „vyjednávat“.

E. K. Rossová tuto fázi srovnává se vzdorem dítěte, které je potupně vystřídáno změnou taktiky a čeká, že za to bude odměněno. I smrtelně nemocní takto reagují. Často slyšíme slova, jako je např. „Jen co se syn ožení“, nebo „Alespoň maturity mé dcery bych se chtěla dočkat...“

Pacient v podstatě smlouvá vždy, slibuje dobré chování a sám si určuje lhůtu, čeho by se chtěl ještě dočkat. Tato fáze je méně známá, je kratší než ostatní, je však velmi důležitá, neboť pacient na ni spoléhá jako na svého pomocníka.

### **4. Fáze deprese**

Pokud smrtelně nemocný nemůže již sám sebe obelhávat a má jasný obraz o povaze své nemoci, když vystupují nové symptomy a on musí opět do nemocnice, a stává se slabším a slabším, potom již jen těžko může svůj stav odbýt smíchem. Zlost ustupuje pocitu hrozné ztráty, která má více stránek. Patientka s rakovinou psu se rmoutí nad svým změněným zevnějškem, pacientka s rakovinou dělohy nabývá pocitu, že přestává být ženou.

Léčení a pobyt v nemocnici vede ke všestrannému zatížení rodiny, tedy i hmotnému. Často pacienti ztrácí své pracovní místo, pokud je nemocný muž, matky a manželky musí živit rodinu, v některých případech děti musí odejít z vysoké školy. Odpadají drobné životní radosti, později se snižuje i životní standart. Vedle těchto událostí je zde ta skutečnost, že nemocný se mnohdy musí vyrovnávat s velkou bolestí a myslet na svůj definitivní odchod ze světa. To všechno sebou samozřejmě přináší smutek a depresi.

### **5. Fáze akceptace, přijetí reality**

Pokud nemocný má dostatek času, neumírá náhle a dostalo se mu patřičné pomoci v předešlých stádiích nemoci, nepřijímá svůj osud již tak hněvivě. Již se vyhovorel ze svých emocí, ze závisti vůči všemu živému a zdravému, ze zloby ke všem, kteří nemají smrt na dosah. Truchlí z nadcházející ztráty tolika vzácných lidí kolem sebe a hledí sám vstříc svému konci. Je unavený, většinou hodně slabý a potřebuje často v krátkých intervalech často spát.

Je to jiný spánek než v době deprese, kdy mu umožnil otupovat náporu bolesti, nepohodlí nebo svědění. Je to jako u novorozenců, kdy stoupá potřeba hodiny spánku protahovat, avšak v obráceném pořadí. Tato fáze znamená do jisté míry rezignaci ve smyslu „k čemu také“ nebo „ted' už nemohu dál bojovat“.

Fáze souhlasu nesmí být chápána jako šťastný stav. Je to stav, kdy člověk bývá osvobozen od krutých pocitů. Zdá se, že bolest odešla, že boj už neexistuje a že nyní nastává čas „posledního klidu před dlouhou cestou“, jak to vyjádřil jeden pacient. Pacient už dosáhl určité míry klidu a okruh jeho zájmů se stále více úží, pacient touží po tom, být v klidu, nechce být rušen zprávami a problémy vnějšího světa. Návštěvníci už někdy nejsou vítáni a nemocného nacházejí v méně hovorné náladě. Je to čas, kdy televize je vypnutá. Z verbální komunikace se přechází na gesta, často je to jen pohyb ruky, kterým vítá návštěvu. Možná pacient bude držet jen naši ruku a požádá nás, abychom seděli v tichosti.

Smířit se s faktem, že nás již nic milého na tomto světě nečeká, je velmi těžké pro každého z nás. Jedině snad pro ty, kteří nežijí rádi a nevidí obrovskou hodnotu v lidském životě. Smířit se s tím, že už se neprobudím a nebudu si moci dojet na místa, která máme rádi, která pro nás něco znamenají, že se nebudu moci setkat jinak než na nemocničním nebo domácím lůžku s lidmi, kteří pro mě mají nevyjádřitelnou hodnotu, že už nikdy neprožiji to krásné, co jsem do této chvíle přijímal jako samozřejmost, je obrovská životní zkouška, ve které ne každý z nás je schopen obstát, Proto je třeba respektovat jakýkoliv vztek nemocných. Nikdo z nás neví, jak by se zachoval, kdyby mu bylo řečeno, že mu zbývá tolik a tolik týdnů či měsíců života.

Všichni ti pacienti, kteří trpí nádorovým onemocněním, ti kteří ochrnuli, kteří mají roztroušenou sklerózu, ti, kteří jsou HIV pozitivní a všichni s trvalým postižením a mnoho dalších, musí projít strastiplnou, často několikaměsíční cestou, která je plná otázek, deprese, smlouvání, než dojdou do stádia akceptace, tedy jakéhosi celkového vnitřního vyrovnání. Je proto hodně na těch „zdravých“ okolo, jak takovýmto pacientům dají příležitost začít znovu žít, aby nemuseli „čekat na smrt“, jako na vysvobození z beznadějného trápení. Každá lidská bytost je schopna dát něco těm ostatním, pokud se k tomu vytvoří ty správné podmínky.