

Terminální analgosedace z pohledu lékařů a všeobecných sester

Bc. Jiřina Šáchová

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jiřina Šáchová**
Osobní číslo: **H14596**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Terminální analgosedace z pohledu lékařů a všeobecných sester**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti terminální analgosedace z pohledu lékařů a všeobecných sester.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Vyvození výsledků výzkumu, jejich shrnutí pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DUŠOVÁ, B. Chronická bolest jako ošetřovatelský problém. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-461-7.

HÁŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

ROKYTA, R., M. KRŠIAK a J. KOZÁK. Bolest: monografie algeziologie. 1. vyd. Praha: Tigris, 2006. ISBN 80-903750-0-6.

WITTENBERG-LYLES. Communication in palliative nursing. Oxford: Oxford University Press, c2013. ISBN 978-0-19-979682-3.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. ledna 2018


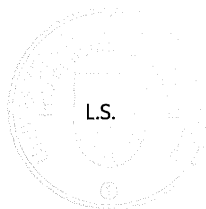
Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- o podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- o elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- o na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.2.18.....



¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpovídá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídáne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Abstrakt česky

V této práci se zaměříme na téma terminální analgosedace a přiblížení této problematiky laické veřejnosti. V teoretické části se zaměříme na objasnění pojmů - paliativní péče, terminální analgosedace, léčba bolesti, smíření pacientů a příbuzných s blížící se smrtí. Jedna kapitola je zaměřena i na náročnost péče o nemocné v terminální fázi nemoci a riziko syndromu vyhoření. Dále přiblížíme možnosti terminální analgosedace v praxi. Cílem práce bude také objasnit dilematickou otázku, zda je terminální analgosedace poslední etapou v léčbě nebo dle některých názorů jistou formou eutanazie. V praktické části se zaměříme na vnímání terminální analgosedace z pohledu lékařů a všeobecných sester.

Klíčová slova: Bolest, léčba bolesti, paliativní péče, terminální stádium nemoci, umírání

ABSTRACT

In this work we will focus on the topic of terminal analgosedation and the approach of this issue to the lay public. In the theoretical part, we will focus on clarifying the terms - palliative care, terminal analgosedation, pain treatment, reconciliation of patients and relatives with imminent deaths. One chapter is also focused on the complexity of care for patients in the terminal phase of the disease and the risk of burnout syndrome. We will further explore the possibilities of terminal analgosedation in practice. The aim of the work will also explain the dilematic question of whether terminal analgosedation is the last stage of treatment, or according to some opinions, a certain form of euthanasia. In the practical part we will focus on the perception of terminal analgosedation from the point of view of doctors and general nurses.

Keywords: Pain, pain management, palliative care, terminal disease, dying

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto:

„Smrt je odpoutáním od všech bolestí a hranic, kterou naše utrpení již nepřekročí. Smrt nás ukládá do toho klidu, kde jsme spočívali před svým narozením.“

Seneca

Tímto bych ráda velmi poděkovala panu doc. MUDr. Miroslavu Kalovi, CSc. za velkou trpělivost, ochotu a věcné rady při vedení bakalářské práce.

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 BOLEST.....	11
1.1 TERMINOLOGIE BOLESTI.....	11
1.2 TEORIE BOLESTI.....	12
1.3 BOLEST JAKO SYNDROM.....	13
1.4 ÚTRPENÍ A BOLEST JAKO PŘIROZENÁ SOUČÁST LIDSKÉ EXISTENCE.....	14
1.5 CHRONICKÁ BOLEST.....	16
1.6 PSYCHOLOGIE BOLESTI.....	16
2 PALIATIVNÍ PÉČE A TERMINÁLNÍ ANALGOSEDACE.....	18
2.1 VYMEZENÍ POJMU PALIATIVNÍ PÉČE.....	18
2.2 PALIATIVNÍ PÉČE JAKO ZÁTĚŽOVÁ SITUACE.....	19
2.3 TERMINÁLNÍ ANALGOSEDACE.....	20
2.4 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	21
2.5 FORMY A PŘÍSTUP K PALIATIVNÍ PÉČI.....	22
2.5.1 Hospic.....	23
2.5.2 Domácí péče.....	24
3 UMÍRÁNÍ A EUTANAZIE.....	25
3.1 SMRT V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA.....	25
3.2 MRAVNÍ DILEMATA MEZI UMÍRÁNÍM A ZABITÍM.....	26
3.3 EUTANAZIE.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
4 TERMINÁLNÍ ANALGOSEDACE Z POHLEDU LÉKAŘŮ A VŠEOBECNÝCH SESTER.....	29
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	29
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE.....	29
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	29
4.4 STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	30
4.5 VÝZKUMNÁ METODA.....	30
4.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	30
4.7 ZPŮSOB VYHODNOCENÍ DAT.....	31
4.8 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE.....	31
4.9 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	42
ZÁVĚR.....	43
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	44
SEZNAM GRAFŮ.....	45
SEZNAM PŘÍLOH.....	46

ÚVOD

Cílem této práce je přiblížení pojmu terminální analgosedace laické veřejnosti. S ohledem na dynamiku stárnutí populace a nárůstu počtu civilizačních onemocnění je zcela pochopitelné, že téma jako paliativní péče, terminální stádium nemoci, syndrom vyhoření a chronická bolest a její léčba je ve společnosti zmiňováno čím dál častěji.

Bohužel zařízení specializující se na terminální fázi nemoci je v České republice nedostatečné množství. Vzhledem k zvyšující se poptávce po těchto službách jsou často příbuzní nuceni doopatrovat své nemocné doma. Je část rodinných příslušníků, kteří tuto možnost uvítají, ale také je velká skupina, která má z péče o umírající v domácím prostředí obavy. Proto je zapotřebí se s tímto problémem začít více seznamovat a pokusit se témata o posledních dnech pacientů více přiblížit laické i odborné veřejnosti.

Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části si přiblížíme jednotlivé pojmy paliativní péče a léčby bolesti, mezi které se řadí i terminální analgosedace. Dále si přiblížíme eutanazii a umírání, riziko syndromu vyhoření u pečujících a formy péče, jež se na terminální stádia nemoci specializují. Téma smrti v naší společnosti je stále tabu. Pro většinu lidí je toto téma nevhodné k rozhovoru. Tato skutečnost je poněkud zarážející, jelikož smrt je jedinou jistotou v životě každého z nás.

V praktické části se budeme snažit zjistit rozlišnost názorů lékařů a sester na problematiku léčby bolesti, terminální analgosedace a eutanazie pomocí kvantitativního výzkumu dotazníkovým šetřením. Dále porovnáme jednotlivé názory sester a lékařů na terminální analgosedace. V praxi není totiž nijak ojedinělé, že sestry nerozumí ordinacím lékaře při léčbě bolesti a často se domnívají, že pacienti zbytečně trpí bolestí. Málokterá sestra se však zamyslí nad důvody jednání lékařů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 BOLEST

Bolest je pocit, který nás provází prakticky od narození. Jen naše zrození je provázeno bolestí, kterou prožíváme my i naše matky. Bohužel s přibývajícím věkem si tento prožitek uvědomujeme čím dál častěji a ve velké většině případů je to jeden z posledních pocitů, který na tomto světě vnímáme. Téma bolest je rozsáhlým tématem, kterým se lidé zabývají od nepaměti a stále je zde velký prostor pro zkoumání a objevování různých interakcí ve způsobování a ovlivňování tohoto prožívání.

1.1 Terminologie bolesti

Alodynie – Bolest vyvolaná podnětem, který normálně bolest nevyvolává.

Analgezie – Nepřítomnost bolesti při stimulaci normálně vyvolávající bolest.

Anesthesia dolorosa – bolest v oblasti, která je necitlivá.

Centrální bolest – bolest vyvolaná nebo způsobená primární lézí nebo dysfunkcí centrálního nervového systému.

Dysestezie – Nepříjemný abnormální vjem, buď spontánní, nebo vyvolaný. Na rozdíl od parestezie je dysestezie vždy nepříjemná. Někdy může být spojena s hyperalgezií a alodynii.

Hyperalgezie – Zvýšená odpověď na podnět, který bolest normálně nevyvolává.

Hyperestezie – Zvýšená citlivost na stimulaci, obvykle taktilní. Pokud se jedná o alodynii nebo hyperalgezii, měly by se používat tyto termíny.

Hyperpatie – Zvýšený senzitivní práh pro dotykové, bolestivé či tepelné stimuly, ale pokud je práh překročen, podnět je vnímán velmi bolestivě a nepříjemně. Vzniká nadměrná bolestivá reakce na nebolestivé či mírně bolestivé podněty. Současně může být přítomna i alodynie, hyperestezie, hyperalgezie nebo dysestezie.

Hypestezie – Snížená citlivost na stimulaci, obvykle taktilní.

Hypoalgezie – Snížená odpověď na podnět, který bolest normálně vyvolává

Kauzalgie – Syndrom trvale pálivé (palčivé) bolesti, alodynii a hyperpatie po traumatickém poškození nervu, často kombinované s vazomotorickou a sudomotorickou dysfunkcí a pozdějšími trofickými změnami.

Neuralgie – bolest v distribuční zóně nervu nebo nervů.

Neurogenní (neuropatická) bolest – Bolest vznikající nebo způsobená primárním poškozením, dysfunkcí nebo přechodnou poruchou v periferním nebo centrálním nervovém systému.

Neuropatie – Porucha funkce nebo patologická změna nervu. Je-li postižen jeden nerv, označuje se jako mononeuropatie, difuzní a oboustranné postižení se označuje jako polyneuropatie.

Nociceptor – Receptor přednostně citlivý na škodlivý podnět nebo na podnět, který by se mohl stát škodlivý při delším působení.

Nociceptivní podnět (škodlivý podnět) – Škodlivý podnět je takový, který poškozuje normální tkáň.

Parestezie – Abnormální vjem, buď spontánní, nebo vyvolaný. Na rozdíl od dysestezie jsou parestezie nebolestivé (obvykle jsou popisované jako brnění, mrtvění, pálení nebo píchání). (Rokyta, Kršiak a Kozák, 2006, str. 10-11)

1.2 Teorie bolesti

V nahlížení na bolest a na příčiny jejího vzniku máme mnoho teorií a konceptů, ze kterých můžeme vycházet při zjišťování vzniku a působení bolesti.

Jednou z nejdůležitějších teorií, které se používají, je vrátková teorie bolesti podle Melzacka, který se pokusil o souhrnný výklad bolesti. Tato teorie v zásadě předpokládá, že nervový mechanismus v zadních rozích míšních působí jako vrátka. Ty jsou schopny ovlivnit zvýšení nebo snížení toku nervových vzruchů z periferních vláken do centrálního nervového systému. (Dušová, 2007, s. 14)

Bolest se dříve posuzovala pomocí teorie specifity, která byla poprvé popsána Descartem v roce 1644. Tato teorie vychází z předpokladu, že impulsy bolesti jsou přenášeny specifickým nociceptorem do centra mozku. V současné době má tato teorie omezenou platnost. (Dušová, 2007, s. 15)

Jednou z nejstarších teorií je citová teorie podle Aristotela. Bolest je zde zařazena mezi citové stavy a je považována spíše za nelibost než za smyslový vjem. Důraz je zde kladen

na afektivní a motivační složku bolesti, jenž nás nutí k jednání, kterým se co nejúčinněji zbavíme bolesti. (Dušová, 2007, s. 15)

Teorie kódů vychází z toho, že informace je z periferie do centra přenášena formou určitého kódu. Výsledný pocit vzniká až v centrálním nervovém systému dekódováním této informace. (Dušová, 2007, s. 15)

Paralelní procesní model integruje dva fyziologické a kognitivně-emoční aspekty bolesti. Podle modelu se fyziologické nebo neurologické dešifrování pocitu bolesti kognitivně-emočních vlastností uskutečňuje různorodými nervovými vlákny. Bolest se promítá do tří úrovní prožívání, vybavování a přidávání zkušeností související s bolestí. (Dušová, 2007, s. 15-16)

Humorální teorie bolesti vychází z endorfinové a enkefalinové teorie, která prokazuje, že v organismu vznikají peptidy, které mají výrazný analgetický účinek. Endogenní mediátory působí na morfinové receptory v mozku, ale zcela chybí v míše. Enkefaliny působí v celém centrálním nervovém systému a dokonce i v periferním nervstvu. (Dušová, 2007, s. 16)

Konceptuální model bolesti, který byl publikován J. Loeserem a M. Cousinsem v roce 1990 skýtá doposud nejlepší návod, jak přistupovat k člověku postiženému bolestí. Model integruje hlavní komponenty, jejichž pochopení a objasnění umožňuje u každého klienta sestavit program intervence, která nikdy nekončí opuštěním pacienta konstatováním, že všechny dostupné prostředky byly vyčerpány. Model rozlišuje čtyři komponenty – nocipecpi, bolest, utrpení a bolestivé chování. (Dušová, 2007, s. 17)

1.3 Bolest jako syndrom

Nové poznatky základního a klinického výzkumu bolesti v 70. a 80. let minulého století vedly k závěru, že bolest je ve dvou různých klinických formách, s odlišnými patofyziologickými mechanismy. Pouze akutní bolest můžeme považovat za klinický symptom podmíněný základním onemocněním. Po určité době, udává se 3 - 6 měsíců, nastává habituace vegetativních změn, která se projevuje změnou odpovědi organismu na trvající podnět. Lze ji považovat za určitou formu adaptace organismu daného jedince a vyznačuje se především změnou chování.

Ve srovnání s akutní bolestí, která jako výsledek základního patologického procesu s jeho hojením při efektivní terapii slábne, až posléze zcela zmizí, chronická bolest přetrvává

jeho zvyklý časový průběh, pokud není důsledkem chronicky probíhajícího onemocnění. Na rozdíl od bolesti akutní, je chronická bolest hůře lokalizovatelná, tupá a trvalá. Může být přítomna i v době, kdy původní onemocnění je zcela vyhojeno. Mnohdy se objevuje bez prokazatelně patologického podkladu. Celkovému obrazu dominuje změna chování nemocného, který je depresivní, podrážděný, unavený, zesláblý a cítí se chronickým invalidou. Velmi často se jedná o transformaci nociceptivní bolesti do bolesti nenociceptivní, který spočívá v kognitivním zpracování pocitu bolesti a jeho afektivně-motivačních důsledcích. Ty se jeví jako bolestivé chování. Stejně může skončit i zpracování původního nociceptivního vjemu, jehož výsledkem je psychogenní bolest, která se označuje jako „klamná informace“.

Chronická bolest vyžaduje odlišný přístup než akutní bolest. U akutní bolesti je rozhodující diagnóza základního onemocnění a jeho terapie. Je plně v kompetenci jednotlivých lékařských oborů. U chronické bolesti však takový přístup selhává. Je třeba obsáhnout všechny souvislosti vyplývající z biologického, psychologického hlediska a sociální podstaty fenoménu bolesti, což lze optimálně uskutečnit v metodologicky pojaté mezioborové spolupráci, kterou programově prosazuje Bonicou založená léčba bolesti – algeziologie – v podobě multidisciplinárního přístupu na specializovaných pracovištích. Cílem léčby chronické bolesti může být jen stěží úplné uzdravení, tedy eliminace bolesti jako u akutního onemocnění. Jde zde především o snížení její intenzity a zlepšení kvality života postiženého, posílením jeho funkční zdatnosti a nezávislosti na okolí v duchu filozofie moderní rehabilitace.

V chronické podobě je bolest svízelným klinickým problémem zejména proto, že si nemocný stěžuje na trvající bolest tělesnou nebo útrobní. Pacient s chronickou bolestí se tak stává jedním z nejproblémovějších návštěvníků lékařských ordinací. Vyžaduje mnohem více času i energie než ostatní nemocní, je obávaným *crux medicorum*, protože dokáže u lékaře vzbudit pocity bezradnosti a bezmocnosti podobné těm, jimiž sám trpí. (Rokyta, Kršiak a Kozák, 2006, s. 22 - 24)

1.4 Utrpení a bolest jako přirozená součást lidské existence

V dobách, kdy náboženská víra byla živější a medicína nevzbuzovala dojem všemohoucnosti, platilo rčení „Lékař léčí, Bůh uzdravuje“. Během devatenáctého století se přísloví změnilo na „Lékař léčí, příroda uzdravuje“. Na tento starý, ale osvědčený postoj k medicíně

nesmíme zapomínat. Lidské tělo je velice složitý systém, který čím víc poznáváme, tím více nezodpovězených otázek před nás staví. Nedílnou součástí je i duše, která je důležitou podstatou celkového obrazu člověka. Duše člověka představuje také neobyčejně složitý souhrn funkcí, a když si připustíme, jak komplikovaný systém sociálních vztahů lidé vytvářejí, měli bychom si uvědomit, jak obdivuhodné je, když všechno funguje v uspokojivé shodě a harmonii. Proto není v samotných silách člověka napravit všechny poruchy těla a duše. Přes všechny pokroky vědy a medicíny člověk stále v důsledku zůstává zranitelnou a smrtelnou bytostí. Tváří v tvář lidské bolesti bychom tedy měli mít na paměti nejen úspěchy, ale i limity moderní medicíny. Jedním z limitů dnešní medicíny je fakt, že utrpení spojené s onemocněním je možné úspěšně mírnit, ale ne zcela odstranit. Vždyť již jen skutečnost, že nemoc vyřazuje člověka z běžných denních aktivit a že přináší vážné sociální komplikace, nás vede k pochopení, že určité utrpení je neodmyslitelnou součástí choroby a bytí vůbec. Nezbyvá tedy než si uvědomit odvěkou lidskou pravdu, že utrpení není pouze nežádoucím doprovodem nemoci, ale neodmyslitelnou součástí lidského života. Proto je na místě otázka, jakým způsobem a v jaké době je lidské trápení přijímáno a jaká role je mu přisuzována. V historii lidského myšlení a konání najdeme nejrůznější řešení, praktická i nepraktická, povrchní i hluboká.

Tradiční ukázkou povrchního náboženského postoje je pojetí utrpení jako trestu za spáchané hříchy. Toto pojetí bylo odmítnuto už ve starozákonní knize Job. Job byl spravedlivý a zbožný muž, jež přišel o syny a majetek, nakonec onemocněl malomocenstvím. Svá trápení snášel trpělivě a s pokorou, dokud jej nepřišli navštívit přátelé se snahou mu pomoci. Jejich pomoc spočívala ve výzvách, aby uznal své hříchy a litoval jich. Job jejich vysvětlení a rady odmítal a odvolával se k Hospodínovi. Ten se konečně ozval, Jobovi sice nevysvětlil, proč na něj seslal takové utrpení, ale ostře odsoudil jeho přátele, špatné rádce. Utrpení Jobovo není trestem za spáchané hříchy. Vzdor tomuto celkem jasně hovořícímu biblickému textu se do dnešní doby nese přesvědčení, že spravedlivý a morální člověk netrpí, nespravedlivý bývá po zásluze potrestán. Říká se, že boží mlýny melou pomalu, ale jistě. To je v rozporu s naší až příliš častou zkušeností, kdy každý dobrý skutek je po zásluze potrestán. (Rokyta, Kršiak a Kozák, 2006, s. 27)

1.5 Chronická bolest

Bolest se dá kategorizovat podle řady různých hledisek. Nejčastěji se bolest dělí na akutní a chronickou, přičemž chronická bolest přesahuje dobu šesti měsíců. Může se projevit bez zjevného důvodu a nelze u ní jednoznačně prokázat jednoduchý kauzální vztah mezi poškozením tkáně a prožitkem klienta. Běžně nemá funkci varovného signálu, ale představuje syndrom nebo získává charakter nemoci. U chronické bolesti může dojít také k psychickým poruchám na podkladě subjektivních i objektivních příčin. U těchto pacientů dochází ke změně životního stylu, narušení rodinného a pracovního života a klient je často celkově frustrovaný, má projevy deprese a beznaděje, jejich způsob života je negativistický až katastrofický. Jsou často pasivní, rigidní a vystupují u nich kognitivní patologické odchylky. K pocitům beznaděje a marné snahy se obvykle přidává i agresivita. Pacient je vnímán jako invalida, mučedník. V angličtině se pro tento stav užívá termín pain patient. Chronickou bolest nezhoubného původu často doprovází poruchy spánku, zácpa, ztráta chuti k jídlu a libida, také dochází ke změně osobnosti a člověk se stává pracovně neschopným.

Chronická bolest může mít v životě postiženého i pozitivní potenciál, jelikož to může být jedním z zdrojů pro osobní růst a vývoj jedince a to nejen na úrovni individuální, ale i v souvislosti s partnerstvím, manželstvím a rodičovstvím. Tyto životní role motivují člověka k vykonávání činností, které jsou pro něj životně důležité. Ukazuje se, že u chronické bolesti, jsou důležitější její kognitivně emocionální komponenty – co si myslí, čemu věří, jaká je představa o tom co se s ním děje. To vše může být dopad na zmírňování bolesti. (Dušová, 2007, s. 9-10)

1.6 Psychologie bolesti

Psychologie bolesti je ovlivněna mnoha faktory. Ve čtyřicátých letech 20. století se zvýšil zájem o psychické faktory u somatických nemocí. Přetrvávající bolest, pro kterou nebylo možné najít vysvětlení, byla vysvětlována jako obranný mechanismus, při psychických problémech. Na základě tohoto vznikla psychosomatická medicína. Psychosomatika je základ spousty tradičních lékařských směrů a umění. Primárně se pro nemoc vždy hledal důvod psychický. Nicméně předvídatelný vztah mezi bolestí a poraněním neexistuje. Vše je ovlivněno jedinečnou osobností každého pacienta. Nikde na světě se nenajdou dva lidé, kteří by dokázali stejnou bolest prožívat naprosto identicky. Dokonce ani sám jedinec není schopen prožívat jednu a tu samou bolest naprosto stejně. Tady tyto rozdíly v prožívání ovlivňuje

spousta faktorů jako je kulturně – etnický původ, psychické faktory a osobnost, věk a zkušenosti, očekávání, charakter bolesti a mezilidské vztahy. Každý z těchto aspektů nás ovlivňuje v životě i v jeho prožívání a tudíž nevyhnutelně ovlivňuje i naše prožívání bolesti.

2 PALIATIVNÍ PÉČE A TERMINÁLNÍ ANALGOSEDACE

Nemoc a smrt byly a vždy budou integrální součástí lidského života. Způsob nahlížení na jedinečné potřeby každého umírajícího je známkou zralosti společnosti. Paliativní péče se nedá vztahovat jen k ústavům určitého typu. Jedná se spíše o filozofii, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, ale i v nejrůznějších nemocničních zařízeních a také v domácím prostředí. Nelze na ni pohlížet zásadně odlišně od jiných oblastí ve zdravotní péči. Rozvoj paliativní péče by mohl mít pozitivní vliv na rozvoj jiných zdravotních oblastí. Dříve byla tato péče spojována pouze s terminálním stavem onemocnění a to nejen v onkologii. Dnes se často využívá v mnohem dřívějším průběhu progresivní nemoci. (Munzarová, 2005, s. 61)

2.1 Vymezení pojmu paliativní péče

Termín pochází z latinského pallium což je maska, pokrytí, zakrytím pláštěm. V této etymologii je možno nalézt pravou podstatu paliativní péče. Jejím cílem je „maskování“ projevů nevléčitelné choroby. Paliativní péče zahrnuje i použití patřičných paliativních intervencí jako jsou chirurgické, radioterapeutické či chemoterapeutické postupy. Nejzákladnějším cílem je rehabilitovat nemocného a docílit tím co nejpřirozenější průběh a kvalitu zbytku života. I v poslední fázi života se jedná o to, jak žít při umírání. Úspěchy veškerých postupů musí být často hodnoceny individuálně a podle potřeby měněny. (Munzarová, 2005, s. 62)

Dá se říct, že úspěšná paliativní péče je jednou z nejstarších ošetrovatelských disciplín. V nedávné minulosti lékaři mohli jen stěží postupovat kauzálně a léčba byla zaměřena jen na zmírnění příznaků a projevů nemoci. V dnešní době je výuka lékařů a sester často zaměřena na technologicky pojatou medicínu využívající komplikované přístrojové vybavení a sofistikované vyšetřovací a léčebné metody. Medicína je orientovaná na jasný cíl a to je uzdravení nemocného. Jiná možnost je pak považovaná za selhání či neúspěch. Stalo se samozřejmostí, že současné lékařské technologie umí zachránit život téměř za každých okolností. Tato skutečnost vytváří kontext, ve kterém je obtížné si přiznat hranice vlastních možností, a v takovém rámci je vlastně „nepatřičné zemřít“. (Kupka, 2014, s. 26)

WHO definovala roku 1990 paliativní péči jako aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo

jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a jejich rodiny.

Novější definice z roku 2002 klade větší důraz na prevenci utrpení: „*Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin, který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími nemocemi pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.*“ (WHO, 2002)

Vyjádření paliativní péče se snaží propojit jednoznačný postoj stranící životu, který vnímá smrt jako zcela normální proces. Všichni jednou zemřeme, ať na tu nebo onu nemoc. Smrt nelze odsunovat do nekonečna a my nejsme nesmrtelní. Paliativní přístup je aktivní a je třeba vykořenit přesvědčení o selhání medicíny. V okamžiku, kdy je jasné, že se život díky chorobnému stavu chýlí ke konci, musí být pacientům poskytnuty veškeré možnosti, zajišťující fyzický, psychický a spirituální komfort. Eutanazie a asistované suicidium za pomoci lékaře není zahrnuto do žádné definice paliativní péče. Odmítne-li nemocný léčbu, kterou považuje za nadměrně zatěžující a ze svého pohledu zbytečnou, a lékař tomuto přání vyhoví, jelikož nechce nakládat na umírajícího ještě další trápení, pak se nejedná o eutanazii. Ustoupení před vítězstvím smrti v naší bezmocnosti je něco propastně odlišného od zabití nemocného. (Munzarová, 2005, s. 63)

2.2 Paliativní péče jako zátěžová situace

Péče o umírajícího člověka, nebo o člověka starého a imobilního, trpícího demencí, je velmi náročná pro veškeré pečující osoby. Tato péče se často stává dlouhodobě zatěžující aktivitou nejen pro personál v nemocničním zařízení, ale i pro rodinné příslušníky, kteří se rozhodnou pečovat o umírajícího doma. Ukazuje se, že práce s lidmi jako taková vede k emočnímu vyčerpání, které je zapříčiněno nadměrnými psychickými a emočními nároky. Paliativní péče je situací chronicky působícího stresu. (Kupka, 2014, s. 36)

Práce ve zdravotnictví je značně psychicky i fyzicky náročná. Výzkum zaměřující se na tuto oblast je spojena s občanským hnutím sedmdesátých let v minulém století v USA a také v některých evropských zemích. Občanské hnutí sedmdesátých let se poukazovalo na nepřijatelný paternalismus zdravotníků a odosobněný přístup k pacientům. Působením těchto proudů se začaly postupně měnit provozní řády nemocnic a na zdravotníky se začalo pohlížet jako na lidské chybující bytosti s nejistotami, úzkostmi a nezdary, ale i úspěchy.

Práce ve zdravotnictví je situací silně působícího stresu, v jehož centru stojí právě zdravotníci. (Kupka, 2014, s. 36-37)

Komunikace s rodinou a pacientem je v této fázi nemoci velice důležitá. Rodina uznává, že jak pacient, tak i členové rodiny tvoří jednotku péče v interakcích paliativní péči. Zásada rodiny také znamená, že sestry uznávají složitost komunikace s více stranami v tomto kontextu. Péče o pacienty a komunikace s rodinou je v procesu péče považována za partnera. Uctění rodinných příslušníků tímto způsobem také povzbuzuje jejich hlasy a příběhy při rodinných setkáních, které pomáhají vytvářet a objasňovat cíle péče pacientů. (Wittenberg – Lyles, c2013, s. 15)

2.3 Terminální analgosedace

Při posledním stádiu nemoci, kdy je smrt už nevyhnutelná, bývá používána metoda terminální analgosedace pro zvládnutí jejich utrpení. Uvedený léčebný postup je plně etický a nemá nic společného s eutanázií. Před jejím zahájením je nezbytné řádně poučit nemocného a jeho rodinu. Terminální analgosedace bývá zavedena v terminální fázi závažného onemocnění. K rozhodnutí použít tento léčebný postup závisí na zvážení míry utrpení, které nemocnému jeho zdravotní stav přináší. K zahájení léčby lze přistoupit až po splnění několika podmínek, kdy mezi nejdůležitější patří vyčerpání všech dostupných léčebných postupů, které by mohly přinést úlevu bez snížení úrovně vědomí. Se zahájením terminální analgosedace musí souhlasit všichni členové multidisciplinárního týmu (většinou lékař, psycholog, sociální pracovník a pastorační pracovník nebo duchovní). Jednou zahájená terminální analgosedace je podávána až do smrti nemocného.

Mimo jiného je diskutována etická přípustnost paliativní analgosedace u existenciálního utrpení. Je možné souhlasit, že použití této metody u nemocných s krátkou životní prognózou má minimální vliv na délku života a v těchto případech nelze zmíněnou léčbu považovat za eutanazii. Pokud však jde o uspišení umírání pacienta lze tento postup brát jako ekvivalent eutanazie a tudíž je nepřipustný.

Terminální analgosedace vede ke zmírnění utrpení nemocného, současně však snižuje schopnost komunikace a mobility. Proto je nezbytné tuto léčbu s pacientem prodiskutovat v dostatečném předstihu. Nemocný by měl být upozorněn, že se bude cítit unavený až spavý, ale že přijde výrazná úleva od bolesti, dušnosti a nepříjemných psychických stavů. O veškerých projevech a důsledcích terminální analgosedace je nutné informovat i rodinu nemocného, aby se předešlo případným konfliktům a nedorozuměním. Terminální analgosedace je

předmětem diskuzí, které se účastní především zdravotničtí a nezdravotničtí profesionálové podílející se na péči o vážně nemocné pacienty. Aplikace tohoto postupu v léčebné praxi vyžaduje empatický a svědomitý přístup, který zabrání prolomení tenké bariéry, která ji odlišuje od „pomalé eutanazie“. (Kala, 2014)

2.4 Syndrom vyhoření

Problémem, dnes komplexně označovaným jako syndrom vyhoření, se zabývala už v osmdesátých a devadesátých letech 20. století radioložka Olga Dostálová, která poukazuje na skutečnost, že hlavní stres pečovatelských týmů vychází z podstaty onemocnění, léčby, smrti a umírání. Ukazuje se, že péče o umírajícího pacienta, patří k nejnáročnějším a ošetřující personál je nejvíce náchylný k syndromu vyhoření. Setkání se s tímto pacientem znamená situaci, která je pro pečovatele náročná na odolnost a schopnost zvládat mezní situace. Základem úspěšného adaptování se na zátěž vyplývající z terminální problematiky je vyrovnání se s pocity, které souvisí s faktem vlastní smrtelnosti, znalostí thanatologie a možnost kontaktu supervizí na tuto problematiku. Lékaři často chápou úmrtí pacienta, jako svůj neúspěch zvláště pokud jde o několik úmrtí během krátké doby. Jako obzvlášť těžkou ztrátu prožívá lékař i sestra pokud s pacientem naváží těsnější emocionálnější pouto. Objevují se komplikace v komunikaci s umírajícím člověkem. Další výrazně stresující situací je rozhovor s pacienty a příbuznými v momentě, kdy se přechází z kurativní léčby na paliativní. Stresující je jakýkoliv kontakt s rodinnými příslušníky, kdy vyhrožují žalobami či stížnostmi, proto, že jejich příbuzný podléhá následkům nemoci, kterou nelze zcela vyléčit. Emoční zátěž pracovníka v paliativní péči závisí na postavení v týmu, míru odpovědnosti a na struktuře pracoviště. Důležitý je také typ onemocnění, jeho lokalizace a fáze onemocnění. Pro lékaře je také vysokým stupněm zátěže sdělování nepříznivé prognózy pacienta. (Kupka, 2014, s. 37-38)

Burn-out syndrom je považován za reakci na mimořádně zatěžující práci, kdy dochází k úplnému vyčerpání fyzických, emočních a duševních sil. Je to stav pocitu beznaděje, kdy si dotyčný myslí že už nemůže dál. Syndrom vyhoření se nejčastěji stává při působení dlouhodobého stresu. Nejvíce jsou ohroženi burn-out syndromem lidé, kteří se angažují v pomáhajících profesích. Stejně riziko podstupují osoby, které jsou vysoce motivované ke své práci, nadšené, s vysokými ambicemi. Syndrom vyhoření se projevuje specifickou emoční únavou, sub depresivním laděním a podrážděností. Příznaky jsou psychického, fyzického i sociálního charakteru, Takto postižení zdravotník se obtížně soustředí na nemocné, trpívá

pocity, že se nic nedaří a jeho práce nemá smysl. Jeho práce je spíše formální a přestává se angažovat v zaměstnání. Extrémním případem je rozvoj toxikomanie či sebevražedný pokus. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se objevuje v osmdesátých letech minulého století. Syndrom vyhoření lze charakterizovat v následujících šesti bodech dle Křivohlavého (2009):

1. *Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.*
2. *Vyskytuje se zvláště u profesí, které obsahují podstatnou složku pracovní náplně s lidmi nebo kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení.*
3. *Tvoří jej řada symptomů, které lze rozdělit do tří úrovní – psychické, fyzické a sociální.*
4. *Za klíčové je považováno emoční vyčerpání, dále kognitivní opotřebení a často i celková únava.*
5. *Všechny hlavní složky syndromu vyhoření vznikají působením chronického stresu.*
6. *Vyčerpání ve smyslu burn-out se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. (Kupka, 2014, s. 39)*

Ukazuje se, že vysoce stresogenní je práce charakterizovaná vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současně nízké autonomii pracovní činnosti. Autonomie pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodnout o tempu práce, její povaze a podmínkách. Výzkumy prokázaly, že kombinace vysokých nároků s nízkou autonomií pracovní činnosti je faktorem, který hraje rozhodující roli při vzniku různých onemocnění. (Kupka, 2014, s. 39-41)

2.5 Formy a přístup k paliativní péči

Bezpochyby by náležitou, odbornou a efektní paliativní péčí měl dostat každý, kdo ji potřebuje. Organizační schéma poskytovatelů paliativní péče není jednotné a v jednotlivých zemích se liší. Typickými a specializovanými poskytovateli paliativní péče jsou nepochybně hospice. Jejich kapacita je a nejspíš i zůstane hrubě nedostatečná. Proto je nezbytné integrovat paliativní péči do stávajících systémů zdravotnických zařízení. Podrobný návod jak to lze docílit obsahuje doporučení Výboru rady ministrů Rady Evropy členským státům O organizaci paliativní péče z roku 2003. Mezi poskytovatele paliativní péče mimo hospice se u nás řadí domácí péče, Cesta domů, léčebny dlouhodobě nemocných. (Haškovcová, 2007, s. 44 - 45)

2.5.1 Hospic

Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště. Termín byl původně používán ve středověku pro domy odpočinku. Vyhledávali je převážně poutníci na cestě do Palestiny, kde několik dní pobýli, aby nabrali sílu na další cestu. Hospic většinou vedl člověk, který byl schopný řídit hostinec a také se vyznal v ranhojičství. Proto dnešní hostinec a nemocnice mají stejný filologický původ. Středověký hospic poskytoval v elementární úrovni vše, co může dnes označit jako bio – psycho – sociálním a spirituálním komfortem. (Haškovcová, 2007, s. 45 - 46)

Hospice později zanikly a znovu se objevily až v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu a Corku z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Dramatický rozvoj zařízení pro umírající nastal až v druhé polovině 20. století, což lze dát do souvislosti s rozvojem vítězné medicíny, která nebyla schopna uspokojit potřeby umírajících. (Haškovcová, 2007, s. 46)

Historie hospiců v České republice je poměrně krátká. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno pro 20 pacientů 2. 11. 1992 na Moravě v rámci nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou u Brna. O vznik prvního hospicu v Čechách se zasloužila lékařka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s výstižným názvem „Ecce homo“. Tento název odkazuje na nezaměnitelné utrpení umírajícího s utrpením Ježíše, nad kterým Pilát Pontský vykřikl právě ono slavné „Ejhle člověk!“ Prvním a mimořádně úspěšným počinem Ecce homo bylo otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové. Hospicová péče má tři základní formy a je organizována jako lůžkové zařízení, ve stacionáři a v domácím prostředí umírajícího, kde pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci. (Haškovcová, 2007, s. 47 - 48)

Další součástí hospice je Cesta domů. Tato služba je specializovaná ambulantní mobilní jednotka paliativní péče. Název Cesta domů má dva významy. V křesťanském významu se jedná o pojem, který odkazuje k návratu k Bohu. Prakticky transparentně nese důležitou informaci, že potřebná péče a léčba o umírající bude poskytována především v domácím prostředí.

Hlavním úkolem Cesty domů je zajistit domácí péči o umírající. Dále poskytují telefonickou poradnu a půjčování speciálních pomůcek jako jsou polohovací postele, invalidní

vozíky, antidekubitní matrace a jiné potřebné pomůcky dle stavu klienta. (Haškovcová, 2007, s. 66)

2.5.2 Domácí péče

Většina nemocných se cítí nejlépe doma. Rodiny se až na výjimky chtějí o těžce nemocného postarat, ale často nevědí jak. Rodinám je nezbytné poskytnout psychickou podporu i faktickou pomoc. Některé ošetrovatelské problémy se rodina naučí vykonávat pod dohledem zkušených sester. Některé výkony však musí zajistit zdravotníci. Z organizačního hlediska lze rozlišit tři druhy domácí péče:

Domácí péče jako forma základní sociální a zdravotní péče reprezentuje přijatelnou a žádoucí formu zdravotnické odborné péče a pečovatelské služby. V České republice se v současné době rozvíjí systém komplexní domácí péče, kde rozsah zdravotní péče určuje lékař a sociální pracovník. Pacient i rodina jsou soustavně motivováni k aktivní spolupráci a vedeni k uplatňování principů svépomoci. V domácím prostředí se také každému zvládá bolest mnohem lépe. Důležité je, že komplexní pojetí domácí péče vytváří prostor i pro laické iniciativy. (Haškovcová, 2007, s. 58 – 59)

3 UMÍRÁNÍ A EUTANAZIE

V této kapitole se zaměříme na problematiku umírání a eutanazie, kdy smrt je nevyhnutelným koncem každého života a eutanazie je hodně diskutovatelným tématem. Se smrtí se v dnešní době dokáže smířit jen velmi málo lidí a tento konec je vnímán jako nežádoucí skutečnost. Když se nad tím zamyslíme hlouběji, tak právě skutečnost, že každý život bez výjimky jednou skončí, dělá každý život jedinečným a kouzelným. Zkusme si představit, že bychom byli nesmrtelní a věděli bychom, že nikdy nenastane ten náš poslední den. Tato představa je celkem děsivá a unikátnost života se vytrácí. Navíc by to byla nepředstavitelná nuda.

Na druhou stranu eutanazie je hodně kontroverzním tématem, kdy jedna část populace se domnívá, že by každý člověk měl mít právo na rozhodnutí o konci svého života a druhá skupina zastává názor, že nikdo nemá právo rozhodovat o konci, byť vlastního života.

3.1 Smrt v životě člověka

Smrt je základní lidské téma a každá kultura i doba se s ní vyrovnává jinak. U jakéhokoliv náboženství jsme schopni najít dvě základní otázky: „Odkud jdeme“ a „Kam se vracíme“. Často se nabízí otázka, zda má život vůbec smysl, když nakonec stejně umřeme. Smrt a smysl života jsou tak nerozlučně propojeny. Toto propojení by však nemělo smysl, pokud bychom vynechali svobodu, odpovědnost a samotu. Vždyť kouzlo života spočívá v rozhodnutích a jejich následcích, kdy něco vzniká anebo zaniká. (Kupka, 2014, s. 12)

Naše technicky orientovaná civilizace se snaží podrobit si smrt a zvítězit nad ní. Konzumní mentalita degraduje smrt na ztrátu možnosti užívat si a umřít znamená prohrát. Kult mládí, výkonnosti a krásy se odvrací od stáří, smrti a ošklivosti. Převládá názor, kdy zabývat se smrtí je morbidní a kdo tak činí, není v pořádku. (Ariés, 2000, s. 35)

U širší laické i odborné společnosti převládá mínění, že zabývat se smrtí je nepatřičné až patologické. Díky tohoto názoru je třeba od ní odvracet pozornost pacientů, zdravých dospělých a zejména dětí. Když se nám toto téma jednou otevře, má podobu strachu nebo děsu, před kterými jsme bezbranní. Pokud pochopíme a přijmeme smrt jako součást života, potom ji ve chvíli, kdy opravdu přijde, budeme čelit snadněji. Pokud se lidé vyhýbají myšlenkám na stáří a smrt, i když jim je v hloubi duše jasné, že jednou přijdou, je to nepatřičné a vůbec v ničem jim to nepomůže. Aby život dostal smysl, je nezbytně nutné akceptovat nemoc, stáří, umírání a smrt jako přirozenou součást života. (Kupka, 2014, s. 13)

3.2 Mravní dilemata mezi umíráním a zabitím

Tento rozdíl je v naší společnosti jednou z nejostřejších diskuzí. Na úrovni důsledku „nechání zemřít“ pacient umírá v důsledku choroby a ne díky zásahu lékaře. V případě eutanazie je zabit a umírá díky rozhodnutí jiné osoby, i když je toto rozhodnutí ovlivněno přáním dotyčného pacienta. Při „nechání zemřít“ zemře jen umírající člověk, při zabíjení zemře každý, ať zdravý nebo nemocný. Zastánci nizozemského modelu prohlašují, že tam kde není povolena eutanazie, stejně k urychlování smrti dochází v případě lidí v terminálním stavu choroby a to především díky podávání opioidů. Jedná se tedy rovněž o zabíjení, které se nepřiznává a „schovává se“ pod „běžnou praxi“, což už nikdo nehlásí ani nekontroluje. Jaký pak je tedy mravní rozdíl mezi tolik odsuzovaným úmyslným ukončováním života a urychlením smrti, která je díky vysokým dávkám léků snadno předvídatelná. (Munzarová, 2005, s. 83 – 84)

Zajímavý názor nám ukazuje i doc. Kala (2014), který ve svém článku o terminální analgosedaci uvádí názor zakotvený v katolické církvi: *„Užívání utišujících prostředků ke zmírnění bolesti umírajícího, i s rizikem, že se ukrátká jeho dny, může odpovídat lidské důstojnosti, není-li smrt chtěna ani jako cíl, ani jako prostředek, nýbrž jen předvídána a připouštěna jako nevyhnutelná. Mírnící léčebné zákroky patří k výsostným projevům nezištné lásky. Z tohoto důvodu je třeba k nim vybízet.“* *Jak patrně, katolická církev, která se nekompromisně staví proti ukončení těhotenství a proti eutanazii, pohlíží na utrpení umírajících s velkou empatií. Je možné se zcela oprávněně domnívat, že zde dává zcela zřetelně svůj souhlas s výše popisovaným léčebným postupem (terminální analgosedací), a to při stanovisku pokládajícím lidský život za absolutní hodnotu.*

Často se také hovoří o tzv. „marné léčbě“, která se vyskytuje zejména ve spojení s úvahami o eutanazii. Obsah pojmu však dosud nebyl jasně konkretizován a je zcela v kompetenci lékařů. Z etického hlediska platí, že léčba se má ukončit, pokud pacientovi nepřináší žádný efekt a dokonce zvyšuje jeho bolest a strádání. Tento názor je sám o sobě rozumným názorem, ale také klasickou, etickou respektive dilematickou situací. Dominantní etickou otázkou pak je, jak sladit rovné občanské právo na zdravotní péči lege artis s ekonomikou zdravotnických systémů, která zpravidla nemůže pokrýt opodstatněné potřeby nemocných. (Haškovcová, 2007, s. 166)

3.3 Eutanazie

V první řadě je nutné si pojem eutanazie jasně vymezit. Slovo eutanazie má původ v Řecku a pochází ze dvou řeckých slov eu (dobrý) a thatos (smrt). Doslovně tedy znamená dobrou smrt. (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 128)

Platón a Sokrates považovali utrpení v důsledku bolestivé nemoci za dostatečný a legitimní důvod k ukončení života sebevraždou. Jejich názory se liší od Aristotelových, který sebevraždu odsuzuje, stejně jako Pythagoras. Přesto byla v některých městských státech antického Řecka sebevražda povolena a obecní správy uchovávali jed pro ty, kteří si přáli zemřít. (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 128)

V dřívějších dobách byla eutanazie dělena na aktivní a pasivní. Aktivní eutanazie znamenala vnější zásah, který zkrátil nebo okamžitě ukončil život a je vykonán druhou osobou. Pasivní eutanazie znamenala ustoupení od aktivity, nepodání léku, který by mohl prodloužit život, nebo ukončení léčby a nechání pacienta umřít. Pod pojmem pasivní eutanazie mohly být schovány dva diametrálně odlišné postupy. Na jedné straně je nezasáhnutí s úmyslem zabít, což je stejné jako aktivní eutanazie, na druhé straně je nepodání léčby nebo ustoupení od dalších postupů, jsou-li již zcela vyčerpány možnosti léčby anebo jsou zcela zbytečné a zatěžující pro nemocného. Většina autorů se ztotožňuje s holandskou definicí, kdy eutanazie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným na jeho vlastní žádost. (Munzarová, 2005, s. 48 – 49)

V České republice je dle etického kodexu České lékařské komory (1996, §2 (7)) naprosto jednoznačné vyjádření: *„Lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a suicidium nejsou přípustné.“*

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 TERMINÁLNÍ ANALGOSEDACE Z POHLEDU LÉKAŘŮ A VŠEOBECNÝCH SESTER

V této kapitole praktické části bakalářské práce se pokusíme objasnit názory respondentů na léčbu bolesti v posledním stádiu nemoci u pacientů v paliativní péči pomocí kvantitativního výzkumu dotazníkovou metodou. Specifikujeme zde výzkumný problém, výzkumné cíle a otázky. Předem stanovené hypotézy potvrzujeme nebo vyvracíme. Charakterizujeme skupinu respondentů a poskytujeme údaje o výzkumném vzorku. Popisujeme zvolené metody a techniky sběru dat a způsoby vyhodnocení výzkumu.

4.1 Výzkumný problém

Jak vnímají paliativní péči lékaři versus všeobecné sestry? Myslí si sestry, že lékaři přihlíží při léčbě bolesti na názor sestry o dostatečnosti analgosedace?

4.2 Výzkumné cíle

Hlavní výzkumný cíl

Za hlavní výzkumný cíl jsme si zvolili pohled lékařů a sester na léčbu bolesti pacientů v terminální fázi nemoci. Zaměření je na otázku zda lékař bere v potaz názor sestry, nebo jedná dle vlastního přesvědčení a zda sestrám přijde medikace analgosedace vždy dostatečná.

Dílčí cíle

Dalším cílem je zjistit názor na eutanázii a co si respondenti představují pod pojmem paliativní péče a kdy je dle jejich názoru vhodné přistoupit k této léčbě. V neposlední řadě se také zaměříme na otázku, zda se na studiích dozvěděli dostatek informací o možnostech léčby bolesti.

4.3 Výzkumné otázky

Některé výzkumné otázky jsou pouze popisné, jiné se vztahují k jednotlivým hypotézám. Číslo hypotézy, ke které se výzkumná otázka vztahuje, je vždy uvedeno na konci otázky v závorce.

4.4 Stanovení hypotéz

H01: Sestry jsou přesvědčeny, že lékaři dbají na jejich názor v intenzitě bolesti pacienta a analgosedace je vždy dostatečná.

HA1: Sestry nejsou přesvědčeny, že lékaři dbají na jejich názor v intenzitě bolesti pacienta a analgosedace není vždy dostatečná.

H02: Lékaři při léčbě bolesti přihlížejí na názor sestry.

HA2: Lékaři při léčbě bolesti jednají jen dle vlastního uvážení.

H03: Sestry a lékaři jsou pro zavedení eutanazie v ČR.

HA3: Sestry a lékaři nejsou pro zavedení eutanazie v ČR.

4.5 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu jsme zvolili kvantitativní výzkum. Provedli jsme jej pomocí výzkumné techniky dotazníkového šetření. Dotazník byl vytvořen tak, aby se dalo z malého množství položek získat co nejvíce informací. Výpočty jsme zjistili pomocí trojčlenky.

Představujeme Vám ve formě tabulek a grafů výsledky jednotlivých položek v dotazníku zaměřených na paliativní péči, léčbu bolesti a eutanazii. Dotazník byl anonymní, do jeho úvodu jsme zařadili otázky stran délky praxe a oddělení, kde je pracováno s umírajícími lidmi. Byl sestaven tak, aby respondenti odpověděli na všechny otázky. Bylo vyplněno 100 dotazníků lékařů a 100 dotazníků sestrami v období měsíce března a dubna 2017. Z lékařských dotazníků byly 2 vyřazeny z důvodu nevyplnění všech položek. Dotazníky od sester byly použity všechny.

4.6 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek se skládá ze 100 lékařů a 100 sester různých oborů v Krajské nemocnici Tomáše Bati Zlín. Dotazník byl fyzicky roznesen po odděleních a poté opětovně vysbírán. Jednalo se o oddělení interních oborů, chirurgie, onkologie, intenzivní péče a ARO a léčebny dlouhodobě nemocných. Pro tento výzkum nebylo důležité znát věk respondentů, ale délka praxe ve zdravotnictví. Z lékařských dotazníků bylo nutno vyřadit 2 dotazníky z důvodu nevyplnění všech potřebných otázek, tedy 98% návratnost. Ze sesterských dotazníků nebyl vyřazen žádný, tedy 100% návratnost.

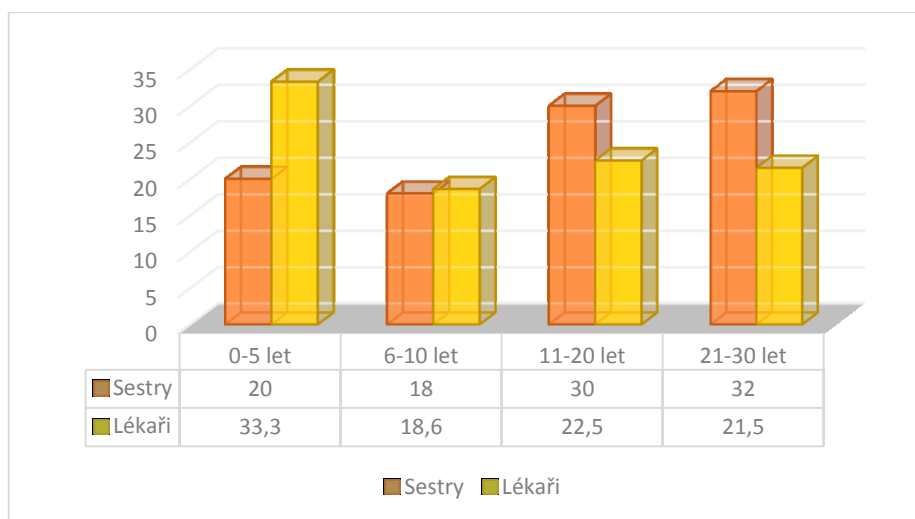
4.7 Způsob vyhodnocení dat

Data byla vyhodnocena ze vzorku statisticky pomocí percentilu. Základní grafy byly vytvořeny podle četnosti odpovědí v jednotlivých otázkách dotazníku. Tam, kde bylo potřeba porovnat data systematicky, byla použita selekce otázek a spočítány jejich vazby. Výsledky byly vyhodnoceny do srovnávacích grafů.

4.8 Výsledky a jejich interpretace

V této kapitole jsou zpracovány výsledky výzkumu do grafů. Veškeré data v grafech jsou uvedeny v procentech, které jsme získali pomocí výpočtu trojčlenky.

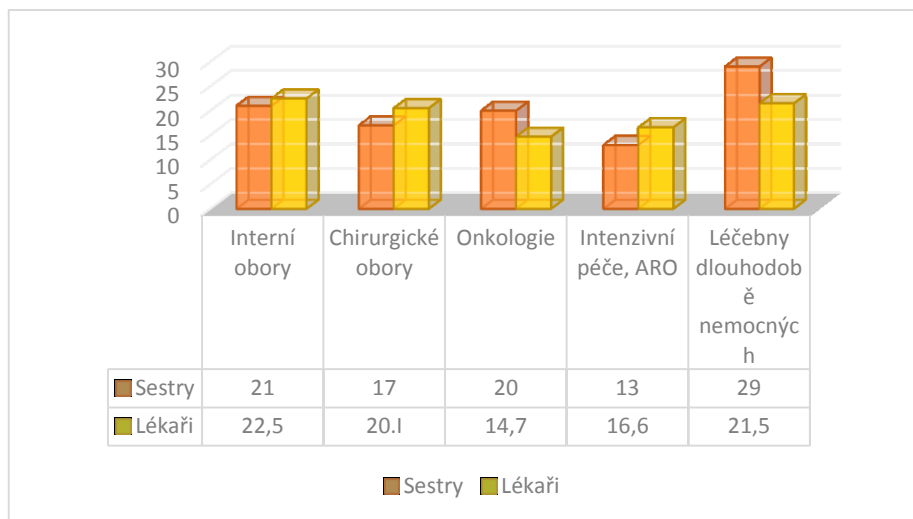
Otázka č.1: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?



Graf 1: Délka praxe ve zdravotnictví

Tato otázka znázorňuje délku praxe respondentů ve zdravotnictví. Cílem otázky bylo mít přibližně stejné zastoupení odpovídajících ve všech skupinách. Nejvíce respondentů ze skupiny lékařů je v kategorii do pěti let praxe a to v počtu 33,3%. Ze skupiny sester je nejvíce respondentů v kategorii 21 – 30 let praxe v počtu 32%.

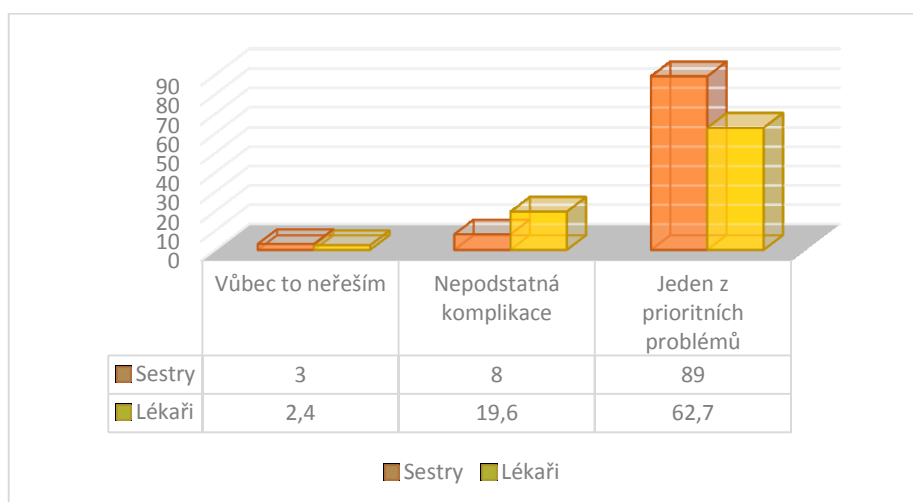
Otázka č. 2: Na kterém oddělení pracujete?



Graf 2: Oddělení kde respondenti pracují

Tato otázka byla zaměřena na oddělení, kde respondenti pracují a kde je možné se setkat s pacienty v paliativní péči a s umírajícími. Největší zastoupení mají sestry pracující v léčebnách dlouhodobě nemocných a to celých 29%. Na dalších odděleních se podařilo získat relativně stejné zastoupení odpovídajících. V kategorii lékařů je 22,5% z interních oborů, 20,1% z chirurgických oborů, 14,7% z onkologie, 16,6% z intenzivní péče a ARO a 21,5% z léčen dlouhodobě nemocných. Ze sester pracuje 21% v interních oborech, 17% v chirurgických oborech, 20% v onkologii a 13% na intenzivní péči a ARO.

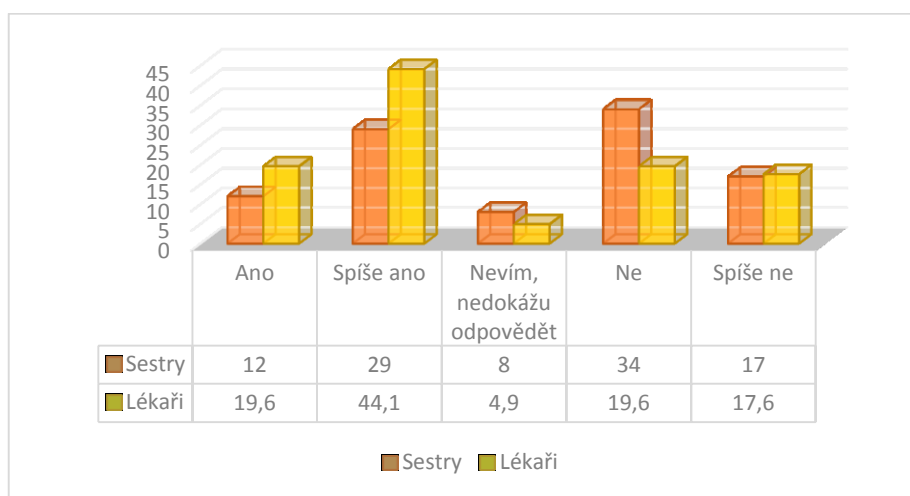
Otázka č. 3: Co pro vás znamená chronická bolest



Graf 3: Jak vnímají respondenti chronickou bolest

V této otázce měli respondenti odpovídat na dotaz, co pro ně znamená chronická bolest pacienta. Sestry i lékaři se shodli na názoru, že je to pro ně jeden z prioritních problémů. O tomto názoru je přesvědčeno 89% sester a 62,7% lékařů. Jako nepodstatnou komplikaci tento problém označilo 8% sester a 19,6% lékařů. Tito respondenti by se měli velmi vážně zamyslet nad smyslem práce ve zdravotnictví a svým působením v něm. Odpověď vůbec to neřeším, zvolili 3% sester a 2,4% lékařů. Těmto odpovídajícím bych doporučila změnit povolání, neboť u těchto zdravotníků je velká absence soucitu a porozumění s utrpením pacienta.

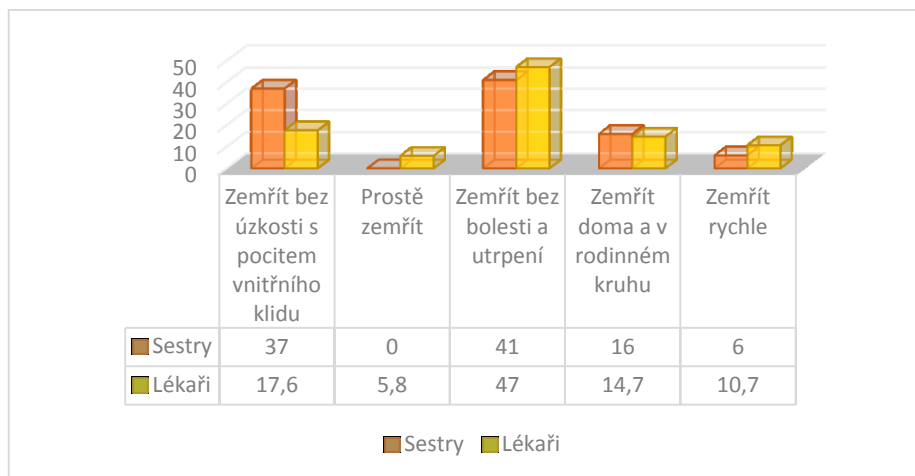
Otázka č. 4: Je pro vás těžké mluvit o umírání a smrti s pacienty a příbuznými?



Graf 4: Mají zdravotníci problém mluvit o smrti a umírání?

Na otázku zda mají zdravotníci problém mluvit o umírání a smrti ze strany lékařů odpovědělo 19,6% Ano, 44,1% Spíše ano, 4,9% Nevím, nedokážu na to odpovědět, 19,6% Ne a 17,6% Spíše ne. Ze sester na tuto otázku odpovědělo 12% Ano, 29% Spíše ano, 8% Nevím, nedokážu na to odpovědět, 34% Ne a 17% Spíše ne. Z těchto výsledků se dá vyvodit, že většina lékařů má problém mluvit o umírání a smrti s pacienty a příbuznými. Naopak sestry s touto tematikou převážně problém nemají.

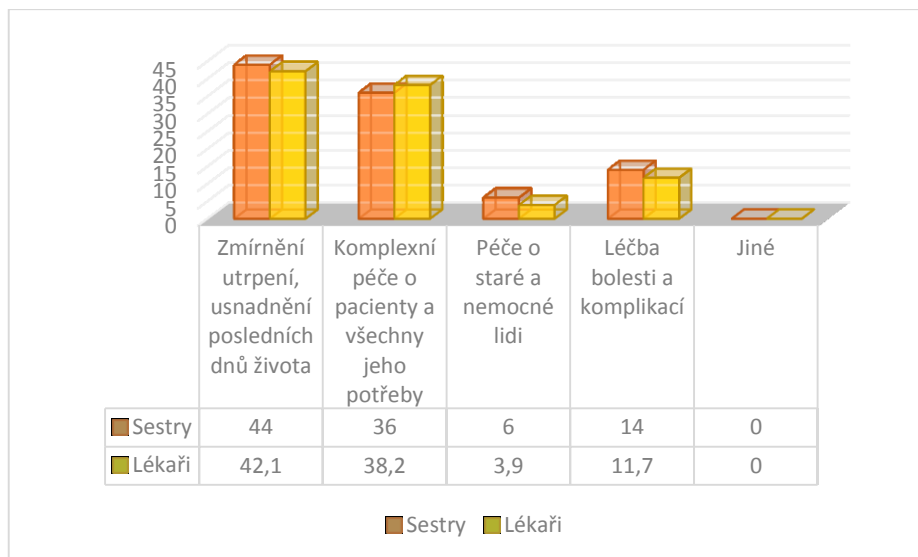
Otázka č. 5: Co pro vás znamená důstojné umírání a smrt?



Graf 5: Co si respondenti představují pod pojmem důstojná smrt?

Pod pojmem důstojné umírání a smrt je u zastoupení lékařů jednoznačná odpověď Zemřít bez bolesti a utrpení. U sester vedou dvě odpovědi a to Zemřít bez bolesti a utrpení spolu s odpovědí Zemřít bez úzkosti s pocitem vnitřního klidu. Díky těmto výsledkům je patrné, že většina lékařů je stále zaměřena jen na biomedicínský přístup, zatím co sestry vnímají pacienta holistickým přístupem.

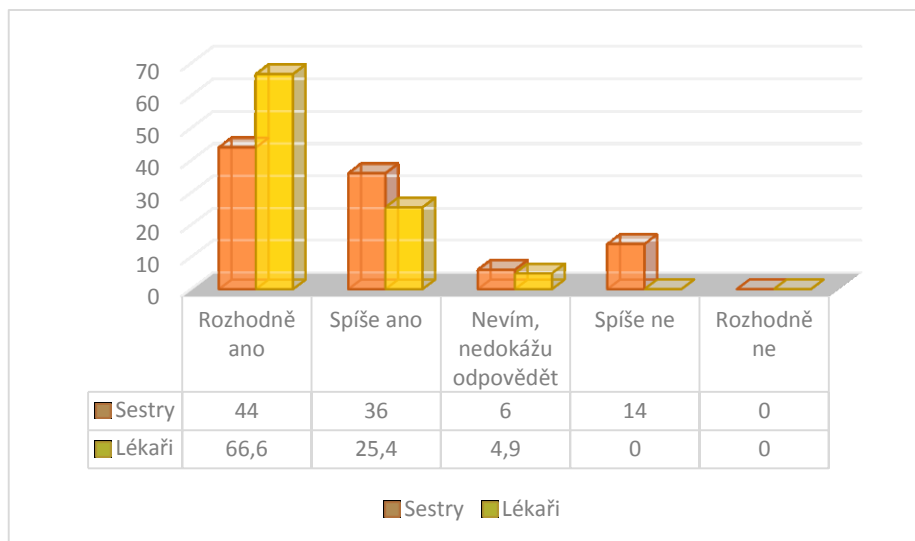
Otázka č. 6: Co si představujete pod pojmem paliativní péče?



Graf 6: Co je paliativní péče?

Pod pojmem paliativní péče si 44% sester a 42,1% lékařů představují zmírnění utrpení, usnadnění posledních dnů života a 36% sester a 38,2% lékařů v tomto termínu vidí komplexní péči o pacienty a všechny jeho potřeby.

Otázka č. 7: Myslíte si, že je paliativní péče důležitá a smysluplná práce?

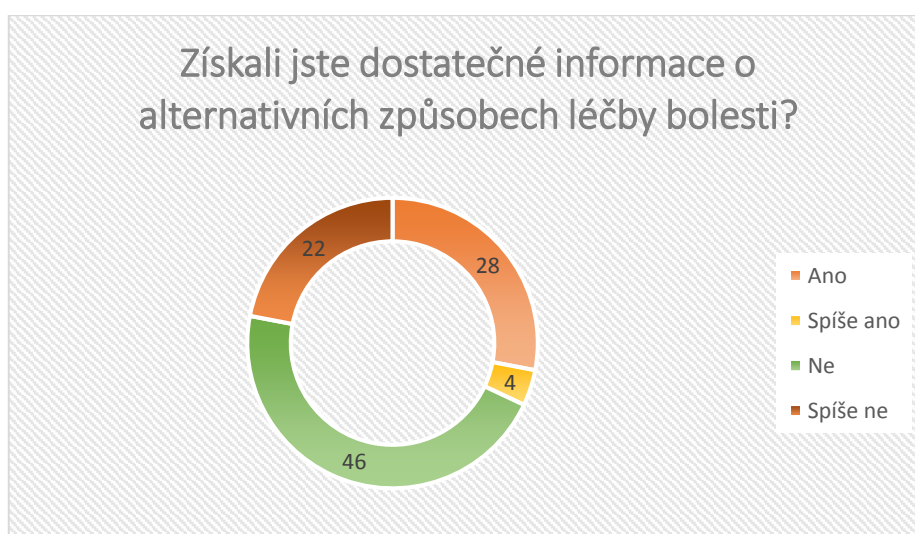


Graf 7: Smysluplnost paliativní péče

Tato otázka nám ukázala, že 80% sester je přesvědčeno o smysluplnosti paliativní péče. Také 92% lékařů je přesvědčeno o smysluplnosti paliativní péče. Bohužel 14% sester považuje paliativní péči spíše za nepotřebnou.

Dále se v dotazníkových otázkách sestry a lékaři rozcházejí a proto je nutné je vyhodnocovat každou zvlášť.

Otázka č. 8 u sester: Myslíte si, že jste při svém studiu získali dostatečné informace o alternativních možnostech a způsobu léčby bolesti?



Graf 8: Získaly sestry během svého studia dostatek informací o léčbě bolesti?

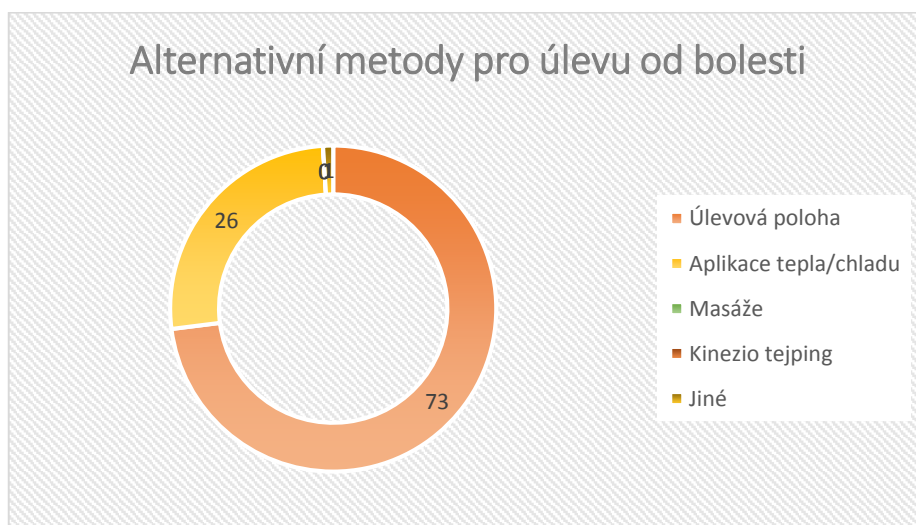
V této otázce byly sestry dotázány, zda při svém studiu měly možnost získat dostatek informací o alternativních způsobech léčby bolesti. Bohužel 68% sester je přesvědčeno o nedostatečnosti informovanosti a zaměření na možnostech alternativní léčby bolesti po dobu jejich studií.

Otázka č. 8 u lékařů: Za jakých podmínek je podle vás nejlepší zvolit paliativní péči?

Tato otázka měla volné odpovědi. Lékaři se vesměs shodovali ve vyjádření podmínek, kdy je nejlepší zvolit paliativní péči a to v případě nemožnosti další léčby, který by zajistila prodloužení plnohodnotného života a se souhlasem pacienta. 2,9%, lékařů odpovědělo „Ne-vím“. Zde jsou tři nejčastější odpovědi:

1. Pokud kurativní léčba vyčerpá všechny možnosti.
2. Se souhlasem rodiny i nemocného při nemožnosti další léčby.
3. Infaustní prognóza, psychická alterace stavu.

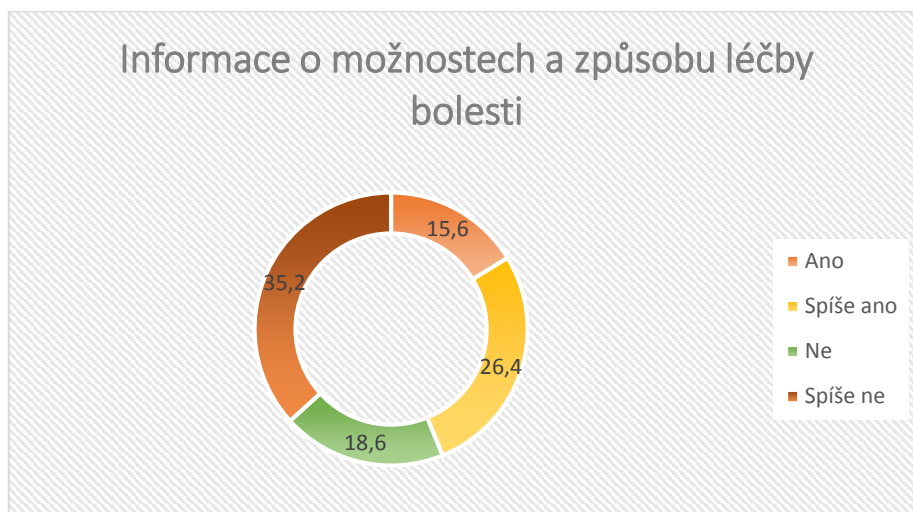
Otázka č. 9 u sester: Jaké alternativní techniky proti bolesti nejčastěji používáte?



Graf 9: Alternativní metody úlevy od bolesti sester

V této otázce jsme se zaměřili, jaké jiné metody sestry používají při léčbě bolesti kromě medikamentů. Bohužel 73% sester se obrací stále jen na úlevovou polohu a neobrací se na novější možnosti úlevy od bolesti. Bohužel v tomto dotazníku jsme se dál nezaměřovali na důvod, proč se novější metody alternativních způsobů úlevy od bolesti nedostanou do provozu. Je jen otázkou, zda je to nezájmem sester nebo nedostatkem času a špatné informovanosti.

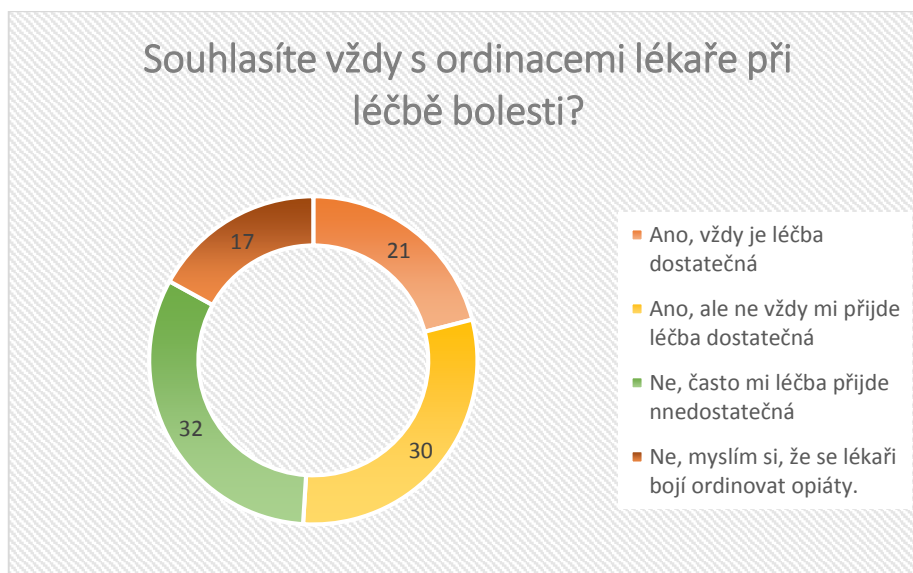
Otázka č. 9 u lékařů: Myslíte si, že jste při svém studiu získali dostatečné informace o možnostech a způsobu léčby bolesti?



Graf 10: Získali lékaři při studiu dostatečné informace o možnostech a způsobu léčby bolesti?

V lékařské verzi byli respondenti dotázáni, zda při svých studiích získali dostatečné informace o možnostech a způsobech léčby bolesti. Lékaři byli v odpovědích relativně vyrovnaní, nicméně i tady převažuje odpověď, že jsou tyto informace nedostatečné.

Otázka č. 10 u sester: Souhlasíte vždy s ordinacemi lékaře při léčbě bolesti?

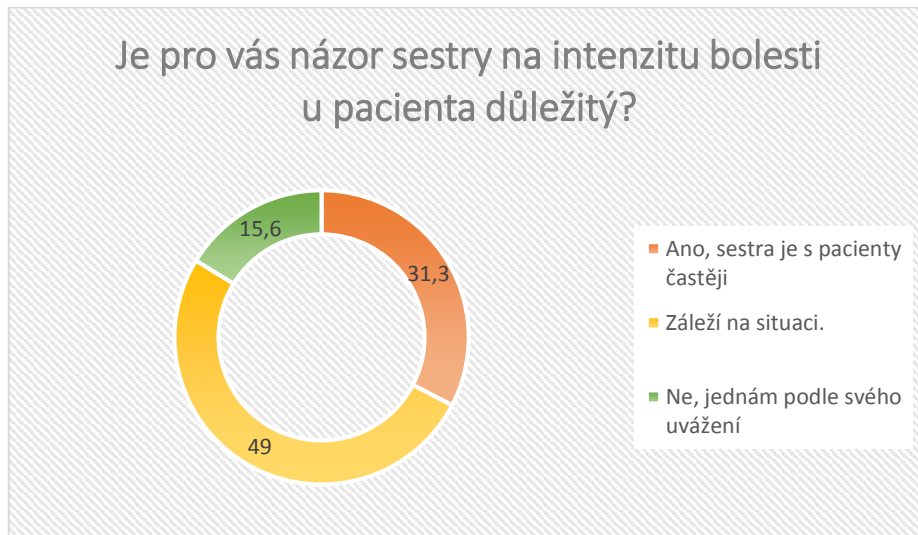


Graf 11: Přijde sestřám léčba bolesti u pacientů dostatečná?

Tato otázka se zaměřuje na názor sester na medikaci léčby bolesti. Cílem této otázky bylo zjistit, zda považují medikaci za dostatečnou a pouze 21% sester považuje medikaci za dostatečnou. Dalších 30% sice souhlasí s medikací lékaře, ale ne vždy jim přijde dostatečná.

32% sester považuje medikaci u léčby bolesti za nedostatečnou a 17% sester se domnívá, že se lékaři bojí ordinovat opiáty při léčbě bolesti.

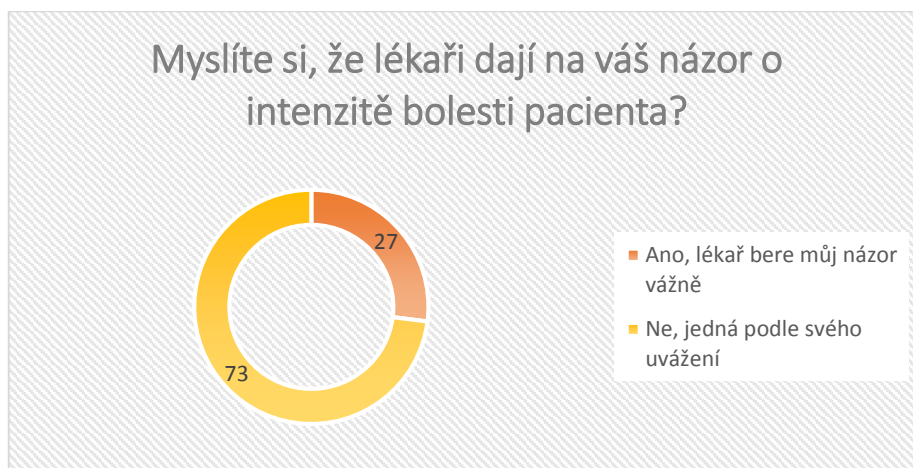
Otázka č. 10 u lékařů: Je pro vás názor sestry na intenzitu bolesti pacienta důležitý?



Graf 12: Berou lékaři v potaz názor sestry na intenzitu bolesti pacienta?

V této otázce lékaři odpovídali, zda se řídí při ordinacích pouze svým uvážením anebo zda berou v potaz názor sestry. Celých 31,3% lékařů si názor sester rádi vyslechnou, protože je sestra s pacienty více než lékaři. U 49% lékařů záleží na situaci, kdy berou ohled i na příbuzné a pouze 15,6% se řídí pouze vlastní názorem.

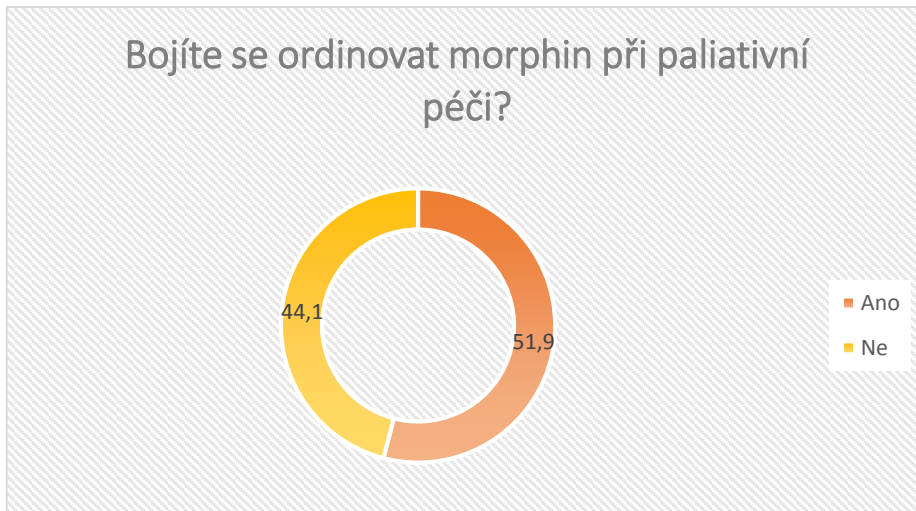
Otázka č. 11 u sester: Myslíte si, že lékaři dají na váš názor o intenzitě bolesti pacienta?



Graf 13: Myslí si sestry, že lékař bere ohled na názor sestry na léčbu bolesti?

Bohužel 73% sester si myslí, že lékaři vůbec nepřihlíží na názor sester při úpravě ordinací léčby bolesti a jen 27% má pocit, že jim lékaři naslouchají.

Otázka č. 11 u lékařů: Bojíte se ordinovat při paliativní péči morphin?



Graf 14: Bojí se lékaři ordinovat morphin při paliativní péči?

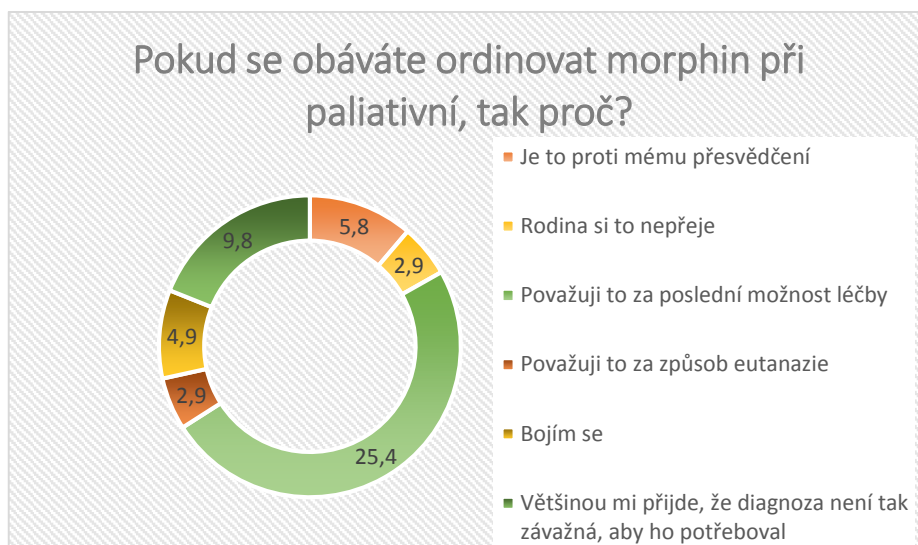
V této otázce se 44,1% přiznalo, že má obavy ordinovat morphin při léčbě bolesti a 51,9% lékařů k tomuto kroku nemá problém přistoupit.

Otázka č. 12 u sester: Co je podle vás paliativní péče?

Tato otázka má volnou odpověď. Tady se sestry stejně jako lékaři celkem shodovali. Za paliativní péči považují usnadnění posledních dnů života a zmírnění utrpení. Tři nejčastější odpovědi byly.

1. Provázení terminálně nemocného, jeho příbuzných, zmírnění bolesti v posledních dnech, či hodinách života.
2. Starostlivost zaměřená na potřeby umírajícího pacienta.
3. Péče o úlevu od potíží.

Otázka č. 12 u lékařů: Pokud lékaři odpověděli na předešlou otázku ano.

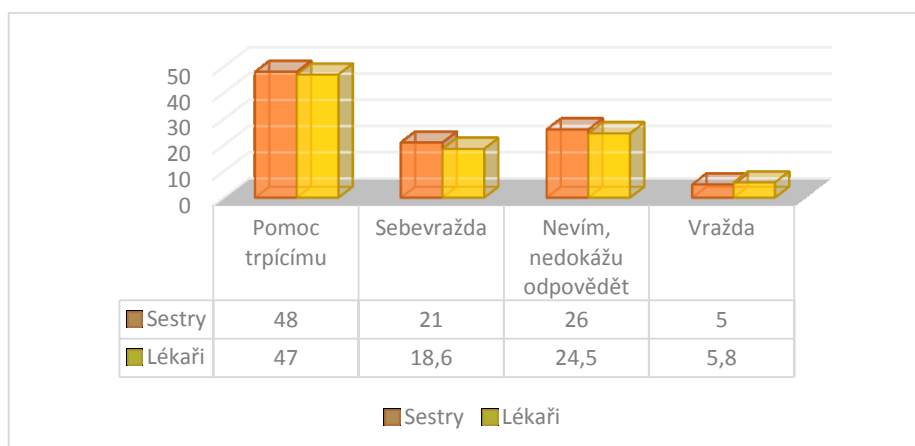


Graf 15: Pokud lékaři mají obavy ordinovat morphin, tak proč?

Tady odpovídali jen lékaři, kteří v předešlé otázce odpovídali, že mají obavy ordinovat morphin při léčbě bolesti. 25,4% odpovídajících lékařů uvádí, že tento lék neordinují z důvodu, kdy jim nepřijde diagnóza tak závažná, aby byl potřeba a 9,8% lékařů tuto cestu považují za poslední možnost léčby. Podle 5,8% lékařů je tato léčba proti jejich přesvědčení a 2,9% lékařů bere ohled na přání rodiny. Z odpovídajících se 4,9% lékařů bojí morphin ordinovat a 2,9% lékařů to považují za způsob eutanazie.

V následujících otázkách se dotazníky opět sbíhají a je možné srovnávat sestry a lékaře v odpovědích.

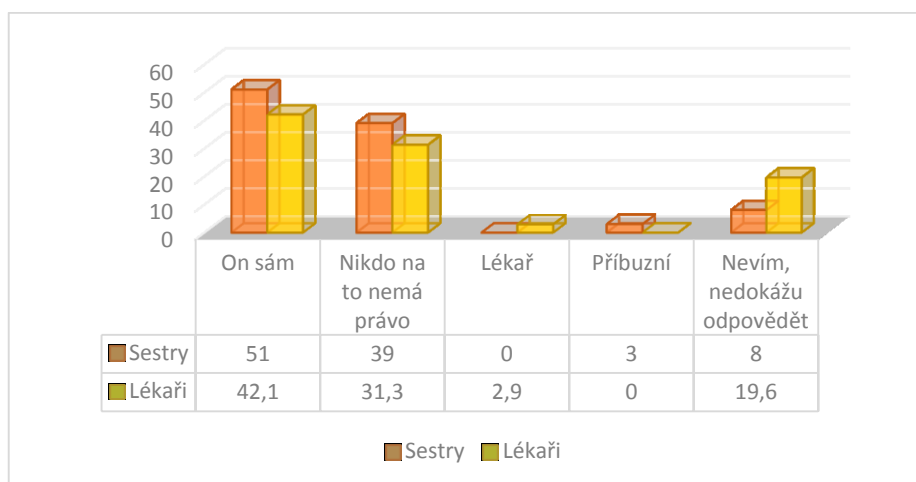
Otázka č. 13: Jak vnímáte eutanázii?



Graf 16: Jak vnímáte eutanázii?

Tady jsme zjistili, že respondenti se shodují na odpovědi, kdy eutanazii by považovali za pomoc trpícímu a to v zastoupení lékařů 47% a sester 48%. Jako sebevraždu eutanazii považuje 21% sester a 18,6% lékařů. Na tuto otázku nedokáže odpovědět 26% sester a 24,5% lékařů. Za vraždu tento způsob smrti má 5% sester a 5,8% lékařů.

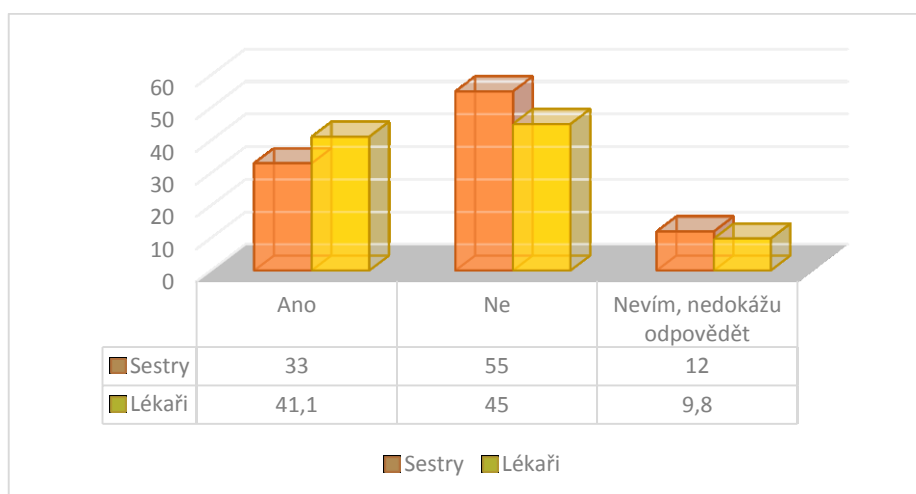
Otázka č. 14: Kdo by podle vás měl rozhodovat o životě člověka?



Graf 17: Kdo by měl mít právo rozhodnout o životě člověka?

Tady jsme se dozvěděli, že v případě eutanazie má právo rozhodnout o smrti jen dotyčná osoba. Tento názor zastává 51% sester a 42,1% lékařů. Že nikdo nemá právo rozhodovat o smrti člověka si myslí 39% sester a 31,3% lékařů. Na tuto otázku nedokázalo odpovědět 8% sester a 19,6% lékařů.

Otázka č. 15: Zavedli by jste v ČR eutanazii?



Graf 18: Zavedli by jste v ČR eutanazii?

K velkému překvapení jsou odpovědi na tuto otázku celkem vyrovnané. Pro zavedení eutanazie v ČR by bylo 33% sester a 41,1% lékařů. Proti zavedení eutanazie by bylo 55% sester a 45% lékařů. Na otázku nedokáže odpovědět 12% sester a 9,8% lékařů.

4.9 Vyhodnocení hypotéz

H01: Sestry jsou přesvědčeny, že lékaři dbají na jejich názor v intenzitě bolesti pacienta a analgosedace je vždy dostatečná.

HA1: Sestry nejsou přesvědčeny, že lékaři dbají na jejich názor v intenzitě bolesti pacienta a analgosedace není vždy dostatečná.

U této hypotézy přijímáme hypotézu A, kde většina sester si myslí, že lékaři nedbají na názor sester při léčbě bolesti

H02: Lékaři při léčbě bolesti přihlížejí na názor sestry.

HA2: Lékaři při léčbě bolesti jednají jen dle vlastního uvážení.

Tato hypotéza se nedá ani přijmout ani vyvrátit. Podle výsledků dotazníkového šetření se většina lékařů rozhoduje podle situace.

H03: Sestry a lékaři jsou pro zavedení eutanazie v ČR.

HA3: Sestry a lékaři nejsou pro zavedení eutanazie v ČR.

U třetí hypotézy můžeme přijmout hypotézu A, kde sestry a lékaři nejsou pro zavedení eutanazie v ČR.

ZÁVĚR

Téma terminální analgosedace jsme pojali ze širšího pohledu, kdy jsme pod tuto problematiku zařadili širší okruh témat, které jsou nedílnou součástí terminální analgosedace. Přiblížili jsme si okruhy paliativní péče, chronické bolesti, syndromu vyhoření a možnostech specializované péče při terminálních fázích nemoci.

V průběhu práce jsme splnili veškeré stanovené cíle v úvodu výzkumné části, které jsme mohli díky dotazníkovému šetření ověřit. Všechny závěry jsme vyslovili v průběhu interpretace výzkumu.

Tato práce může být použita, jako inspirace pro jiné studenty, kteří se hodlají problematikou terminální analgosedace zabývat, nebo může sloužit jako zdroj informací pro laickou veřejnost, která potřebuje získat informace pro osobní potřebu.

Shrnutí pro praxi

Bakalářská práce může sloužit studentům jako inspirace či zdroj informací pro vypracovávání seminárních prací. Slouží také jako zpětná vazba respondentům. Pokud bude někdo v budoucích letech provádět podobný výzkum, bude mít možnost porovnat tato data se svým výzkumem. Práce se také nabízí jako zdroj informací pro příbuzné pacientů v terminální fázi nemoci při hledání možnostech pomoci ve složité životní situaci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ARIÈS, Philippe, 2000. *Dějiny smrti*. Praha: Argo. Každodenní život, sv. 7. ISBN 80-720-3286-0.
- DUŠOVÁ, Bohdana, 2007. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Ostrava. ISBN 978-80-7368-461-7. Skripta. Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, c2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- KALA, Miroslav, 2014. Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace. *Medicína pro praxi* [online]. 2014(11 (6), 266 - 268 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/06/06.pdf>
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Pardubice: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.
- ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, 2006. *Bolest: Monografie algeziologie*. Praha 4: Tigris. ISBN 80-235-00000-0-0.
- WHO: *National cancer programmes: policies and managerial guidelines* [online], 2002. 2nd ed. Geneva: World health organization [cit. 2017-03-01].
- WITTENBERG-LYLES, Elaine., c2013. *Communication in palliative nursing*. New York: Oxford University Press. ISBN 978-019-9796-823.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Délka praxe ve zdravotnictví.....	31
Graf 2: Oddělení kde respondenti pracují.....	32
Graf 3: Jak vnímají respondenti chronickou bolest	32
Graf 4: Mají zdravotníci problém mluvit o smrti a umírání?	33
Graf 5: Co si respondenti představují pod pojmem důstojná smrt?.....	34
Graf 6: Co je paliativní péče?	34
Graf 7: Smysluplnost paliativní péče.....	35
Graf 8: Získaly sestry během svého studia dostatek informací o léčbě bolesti?	35
Graf 9: Alternativní metody úlevy od bolesti sester	36
Graf 10: Získali lékaři při studiu dostatečné informace o možnostech a způsobu léčby bolesti?.....	37
Graf 11: Přijde sestrám léčba bolesti u pacientů dostatečná?	37
Graf 12: Berou lékaři v potaz názor sestry na intenzitu bolesti pacienta?.....	38
Graf 13: Myslí si sestry, že lékař bere ohled na názor sestry na léčbu bolesti?	38
Graf 14: Bojí se lékaři ordinovat morphin při paliativní péči?.....	39
Graf 15: Pokud lékaři mají obavy ordinovat morphin, tak proč?	40
Graf 16: Jak vnímáte eutanázii?.....	40
Graf 17: Kdo by měl mít právo rozhodnout o životě člověka?	41
Graf 18: Zavedli by jste v ČR eutanázii?.....	41

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Rešerše

Příloha P II: Dotazník pro sestry

Příloha P III: Dotazník pro lékaře

PŘÍLOHA P I: REŠERŠE

Publikace a články:

ZÁVADOVÁ, Irena. Paliativní sedace - indikace, úskalí, provedení. *Prague onco news*, 2014, roč. 4, č. 1, s. 23-24. ISSN: 1804-8579.

YOUNGOVÁ, Adriána. Terminální stavy a paliativní péče. *Lékařské listy*, 2010, roč. 59, č. 18, s. 12-17.

YOUNGOVÁ, Adriána. Komentář: Terminální paliativní péče - zajímavosti farmakoterapie. *Medicína po promoci*, 2010, roč. 11, č. 2, s. 54-56. ISSN: 1212-9445.

VORLÍČKOVÁ, H. Péče o onkologicky nemocné v terminálním stadiu ve Velké Británii. *Zdravotnická pracovnice*, 1991, Roč. 41, č. 2, S. 100-102. ISSN: 0049-8572.

VONDRÁČEK, Jan — HOLCÁT, Martin. Příspěvek k terminologii léčby u terminálních stavů nevléčitelných onemocnění. *Praktický lékař*, 2009, roč. 89, č. 4, s. 212. ISSN: 0032-6739.

TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrická paliativní péče a péče o umírající. *Česká geriatrická revue*, 2004, Roč. 2, č. 1, s. 14-21. ISSN: 1214-0732.

TESAŘOVÁ, Jana. Domácí hospicová péče. *Ošetrovatelská péče*, 2010, roč. 2010, č. 2, s. 4-6. ISSN: 2336-1603.

ŠOUREK, David. Právo zemřít důstojně není respektováno: [rozhovor]. *Zdravotnické noviny*, 2011, roč. 60, č. 12, s. 16. ISSN: 1805-2355.

ŠIMEK, Jiří. Dříve vyslovená přání a jejich aplikace v terminálním stadiu chorob. In: *Právne otázky rozhodovania v onkologickej starostlivosti*. Prvé vydanie. Bratislava : Wolters Kluwer, 2015. 2015, s. 69-78. ISBN: 978-80-8168-185-1.

ŠEVČÍK, Pavel. Péče o pacienta v terminálním stavu na pracovištích intenzivní medicíny. In: *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2010, s. 195.

ŠAFÁŘOVÁ, R. — ZÁVADOVÁ, I. Mobilní hospic - jedna z forem paliativní péče o terminální nemocné. *Prague ONCO journal*, 2010, roč. 2010, č. 1, s. 86--87. ISSN: 1804-2252.

ŠAFÁŘOVÁ, R. Péče o pacienta v terminálním stavu v domácím hospici. In: *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2010, s. 196.

SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?. *Zdravotnické noviny*, 2011, roč. 60, č. 51-52, s. 7. ISSN: 0044-1996.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*, 2010, roč. 20, č. 1, s. 26-31. ISSN: 1212-6152.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet II. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 10-15. ISSN: 1212-6152.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. 109 s. ; 21 cm. ISBN: 978-80-247-4107-9.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha : Ecce homo, 1999. 144 s. ; 18 cm. ISBN: 80-902049-2-9.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. doplněné vyd. Praha : Ecce homo, 2003. 150 s. : tab. ; 18 cm. ISBN: 80-902049-4-5.

SOCHOR, Marek. Léčba infekcí u pacientů v paliativní symptomatické a terminální fázi onkologického onemocnění. *Klinická onkologie*, 2013, roč. 26, č. 5, s. 323-330. ISSN: 0862-495X.

SLOVÁČEK, Ladislav — FILIP, Stanislav. Péče o pacienta v terminálním stavu na onkologickém oddělení. In: *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2010, s. 195-196.

SLOVÁČEK, Ladislav — JEBAVÝ, Ladislav — SLOVÁČKOVÁ, Birgita. Paliativní léčba bolesti a dušnosti u onkologických nemocných v terminálním stadiu onemocnění. *Vojenské zdravotnické listy*, 2006, Roč. 75, č. 1, s. 13-16. ISSN: 0372-7025.

SLÁMA, Ondřej. Mírnění bolesti u umírajících nemocných. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2007, roč. 21, č. 2, s. 59-61. ISSN: 1212-7973.

SLÁMA, Ondřej — KABELKA, Ladislav — VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha : Galén, c2011. 363 s. : il., tab. ; 20 cm. ISBN: 978-80-7262-849-0.

SLÁMA, Ondřej — VORLÍČEK, Jiří. Symptomy terminální fáze a jejich léčba. *Zdravotnické noviny*, 2002, Roč. 51, č. 25. ISSN: 1805-2355.

SLÁMA, Ondřej. Praktický lékař a péče o umírající: komentář k Doporučeným postupům Paliativní péče o pacienty v terminální fázi nemoci. *Practicus*, 2006, roč. 5, č. 4, s. 162. ISSN: 1213-8711.

SLÁMA, Ondřej. Bolest v terminální fázi onkologického onemocnění: 27.-29. duben 2006, Liberec. 1. celostátní lékařský kongres "Bolest je všudypřítomná". Abstrakt. *Bolest*, 2006, roč. 9, Suppl. 1, s. 36. ISSN: 1212-0634.

SLÁMA, Ondřej. Paliativní medicína a dobrá smrt. *Vnitřní lékařství*, 2014, roč. 60, Suppl 2, s. 75-79. ISSN: 0042-773X.

SLÁMA, Ondřej. Co je postup „lege artis“ u onkologického pacienta v terminálním stavu?. *Klinická onkologie*, 2010, roč. 23, č. 3, s. 182-183. ISSN: 0862-495X.

SLÁMA, Ondřej — ŠPINKOVÁ, Martina — KABELKA, Ladislav. *Standardy paliativní péče 2013 [[elektronický zdroj]]*. [S.l. : s.n.], 2013. 17 s.

SLÁMA, Ondřej. Lze klinicky definovat pacienta v "terminálním stavu" a co je u takového pacienta péčí "lege artis"? In: *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2010, s. 194-195.

SLÁMA, Ondřej. Bolest v terminální fázi onkologického onemocnění. *Bolest*, 2006, roč. 9, č. 4, s. 231-234. ISSN: 1212-0634.

SLABÝ, Adolf. Etické rozhodování o hranicích a náplni terminální péče. *Časopis lékařů českých*, 1993, Roč. 132, č. 18, s. 564-567. ISSN: 0008-7335.

SLABÝ, Adolf. Etické aspekty dříve učiněných projevů vůle pro terminální období nemoci. *Scripta bioethica*, 2003, Roč. 51, č. 1, s. 10-14. ISSN: 1213-2977.

SKOPALOVÁ, Jitka. O smrti a umírání. *Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 2, s. 64-70. ISSN: 1213-6204.

SKALNIK, J. — VESELÁ, J. Terminální stavy z hlediska diferencované nervové interní péče. *Československá fyziologie*, 1980, Roč. 29, č. 2, S. 181-182. ISSN: 0009-0557.

SKÁCELOVÁ, E. Vzájemne psychické působení zdravotníka a onkologicky nemocného v terminálním stadiu. *Zdravotnická pracovnice*, 1988, Roč. 38, č. 2, S. 93-95. ISSN: 0049-8572.

SEMONSKÁ, Soňa. Specializovaná symptomatická péče o pacienty v terminální fázi života. In: *Paliativní medicína*. Praha : Galén, 1998. 1998, roč. 1, s. 99-104. ISBN: 80-85824-78-7.

RAUDENSKÁ, Jaroslava — JAVŮRKOVÁ, Alena. Diagnostika a zvládnání deprese v terminálním stadiu nádorového onemocnění. *Paliativní medicína a léčba bolesti*, 2011, roč. 4, č. 1, s. 12-15. ISSN: 1337-6896.

PŘÍHODA, Petr. Co když je smrt neodvratná?. *Tempus medicorum*, 2010, roč. 19, č. 3, s. 7. ISSN: 1214-7524.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Biografie a paliativní péče. *Ošetrovatelská péče*, 2015, roč. 2015, č. 6, s. 22-24. ISSN: 2336-1603.

PAVLÍKOVÁ, Jaroslava. Ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu. *Florence*, 2010, roč. 6, č. 5, s. 3 příl. ISSN: 1801-464X.

PARDON, Koen — CHAMBAERE, Kenneth — PASMÁN, H. Roeline W., et al. Trendy v rozhodování na konci života u pacientů s nádorovým onemocněním i jinými terminálními stavy. *Journal of clinical oncology*, 2013, roč. 5, č. 2, s. 93-100. ISSN: 1803-8506.

NOVOTNÁ, Alena — EHLER, Edvard. Praktické tipy pro léčbu chronické bolesti opioidy v neurologii (část III.). *Neurologie pro praxi*, 2006, Roč. 7, č. 6, s. 324-326. ISSN: 1213-1814.

NEUMANNOVÁ, Jarmila. Pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 9-10. ISSN: 1212-6152.

NĚMCOVÁ, Eva — HERCOVÁ, Kamila. Ošetrovatelská péče u pacientů v terminálním stavu. In: *Ostravské sympozium ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Vyd. 1. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2001-2006. 2002, roč. 2, s. 69.

NĚMCOVÁ, Eva — HERCOVÁ, K. Potřeby pacientů v terminálním stavu: Konference sester. In: *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2001, s. 199.

NĚGOVSKIJ, V. A. — SMIRENSKÁ, E. M. — BAKULEV, Aleksandr Nikolajevič. Zkušenosti s léčením terminálních stavů. *Sovětská věda. Lékařství*, 1953, Roč. 3, s. 155-160.

NAVRÁTILOVÁ, Dagmar. Na návštěvě v bohnickém Hospicu Štrasburk. *Zdravotnické noviny*, 2001, roč. 50, č. 12 (Zdravotně sociální péče), V-VI. ISSN: 1805-2355.

MUNZAROVÁ, Marta. Etické aspekty léčby v terminálním stavu závažných nevléčitelných onemocnění: abstrakta přednášek na XVI. neuromuskulárním sympoziu, pořádaném Neuromuskulární sekci České neurologické společnosti 22.-23.4.2005 v Rožnově pod Radhoštěm. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2005, Roč. 68/101, č. 4, s. 278. ISSN: 1210-7859.

MEDVĚDĚVOVÁ, Simona — KŘENKOVÁ, Jana. Ošetrovatelská péče o pacienta s maligním lymfomem v terminálním stadiu. *Sestra*, 2001, roč. 11, č. 7/8 (Tematický Sešit 68 - Onkologie), s. 61-62. ISSN: 1210-0404.

MARWICK, Charles. Geriatrii žádají lepší terminální péči o pacienty. *JAMA*, 1997, Roč. 5, č. 4, s. 263-264. ISSN: 1210-4132.

MALTONI, Marco — SCARPI, Emanuela — ROSATI, Marta, et al. Paliativní sedace v péči o pacienty na konci života a jejich přežití: systematický přehled. *Journal of clinical oncology*, 2012, roč. 4, č. 3, s. 181-187. ISSN: 1803-8506.

MACHOVÁ, Alena. Využití Teorie pokojného konce života v péči o pacienty v terminálním stadiu v podmínkách České republiky. *Florence*, 2013, roč. 9, č. 12, s. 23-25. ISSN: 1801-464X.

MACH, Jan. Eutanazie - pohled právní a etický. In: *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. 2012, s. 128-137. ISBN: 978-80-247-4659-3.

LUKEŠOVÁ, Šárka — KOPECKÝ, Otakar. Problematika výživy u onkologicky nemocných pacientů. *Praktický lékař*, 2011, roč. 91, č. 6, s. 321-324. ISSN: 0032-6739.

LAI Fertová, Ludmila. Ošetrování klienta v terminálním stadiu s bolestí v domácí péči. *Zdravotnictví a medicína*, 2015, roč. 2015, č. 7-8 (Sestra), s. 33. ISSN: 2336-2987.

KUČEROVÁ, Helena. Už si užil dost - opravdu?. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*, 2015, roč. 25, č. 6, s. 39-40. ISSN: 1212-6152.

KUBEŠOVÁ, Hana — KABELKA, Ladislav — MATĚJOVSKÝ, J. — WEBER, Pavel. Umírání mimo nemocnici z etického, právního a ekonomického pohledu. *Česká geriatrická revue*, 2003, Roč. 1, č. 3, s. 48-52. ISSN: 1214-0732.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychoterapie nemocných v terminálním stadiu v onkologii. *Zdravotnická pracovnice*, 1988, Roč. 38, č. 2, S. 98-101. ISSN: 0049-8572.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Význam smíření v terminální fázi onemocnění u mladistvých. In: *5. den hospice*. [Litoměřice : Hospic sv. Štěpána], 2005. 2005, nestr...

KŘIVÁNKOVÁ, Milada. Péče o nemocné v terminálním stadiu. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 11, s. 32. ISSN: 1210-0404.

KROUPOVÁ, Lenka. Komunikace s nemocným v terminálním stádiu nemoci. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství*. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 1999-. 2009, XI., s. 116-118.

KRATOCHVILOVA, D. — KURELOVA, D. — MIKOVA, J. Ambulanční péče o pacienty v terminálním stadiu. *Zdravotnická pracovnice*, 1988, Roč. 38, č. 2, S. 82-83. ISSN: 0049-8572.

KOTALÍKOVÁ, Patricie. Péče o dítě v terminálním stadiu. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 7-8, s. 63-64. ISSN: 1210-0404.

KOŠTÁLOVÁ, Jarmila. Tišení bolesti u pacientů v terminálním stadiu. *Sestra*, 2000, Roč. 10, č. 8 (Tematický sešit 54 - Onkologie), s. 3-4. ISSN: 1210-0404.

KLUSÁKOVÁ, Petra. Hospic Štrasburk - odtud už se po svých neodchází. *Zdravotnické noviny*, 2011, roč. 60, č. 6, s. 10-11. ISSN: 1805-2355.

KAŇOVÁ, Michaela. Nemylme se v paliativní péči. *Florence*, 2014, roč. 10, č. 3, s. 36-37. ISSN: 1801-464X.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha : Cesta domů, 2010. 134 s. ; 21 cm. ISBN: 978-80-904516-4-3.

KALVACH, Zdeněk. Symptomatická a paliativní terapie. In: *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2010. 2010, s. 671-685. ISBN: 978-80-247-2639-7.

KALA, Miroslav — MIKŠOVÁ, Zdeňka. Amyotrofická laterální skleróza v zařízení paliativní hospicové péče – kazuistika. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2012, roč. 75, č. 5, s. 630-632. ISSN: 1210-7859.

KALA, Miroslav. Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace. *Medicína pro praxi*, 2014, roč. 11, č. 6, s. 266-268. ISSN: 1214-8687.

KALA, Miroslav. Když rozhodnutí o setrvání v paliativním léčebném režimu vyžaduje zkušenosti a odvahu. *Interní medicína pro praxi*, 2012, roč. 14, č. 5, s. 227-228. ISSN: 1212-7299.

KALA, Miroslav. Neurologické diagnózy v diferencované hospicové péči – dvě kazuistiky. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2013, roč. 76, č. 6, s. 756-758. ISSN: 1210-7859.

KADOCHOVÁ, Marie. Návrat k umírání doma. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 10, s. 53. ISSN: 1210-0404.

KADAŇKA, Zdeněk. Paliativní léčba u nádorů mozku a míchy. *Neurologie pro praxi*, 2010, roč. 11, č. 1, s. 8-10. ISSN: 1213-1814.

KABELKA, Ladislav. Péče o pacienta v terminálním stavu v hospici. In: *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2010, s. 196-197.

Jsme architekti mostu přes propast - rozhovor. *Zdravotnické noviny*, 2012, roč. 61, č. 8, s. 26-28. ISSN: 1805-2355.

KABELKA, Ladislav. Terminální paliativní péče - prostor pro "šetření", nebo racionální léčbu a kvalitu života?. *Medicína po promoci*, 2010, roč. 11, č. 2, s. 50-53. ISSN: 1212-9445.

JURÁŠEK, Libor. O smrti. *Facultas nostra*, 2010, roč. 2010, č. 91, s. 16-17.

JEDELSKÁ, Martina. Terminální stadium nemoci. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 12, s. 34. ISSN: 1210-0404.

HRNČIARIKOVÁ, Dana — HRNČIARIK, Michal — JURAŠKOVÁ, Božena — ZADÁK, Zdeněk. Nutriční podpora v terminální péči. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2007, roč. 21, č. 2, s. 62-66. ISSN: 1212-7973.

HRDLIČKA, René. Bolest a její léčba. *Vox pediatry*, 2015, roč. 15, č. 9, s. 22-26. ISSN: 1213-2241.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Péče o nemocné v terminálním stadiu v onkologii. *Zdravotnická pracovnice*, 1988, Roč. 38, č. 2, S. 70-74. ISSN: 0049-8572.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Moderní trendy v péči o umírající. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*, 1997, roč. 7, č. 2, s. 19-21. ISSN: 1212-6152.

HANSON, Kay. Etické úvahy spojené s problémem terminální dehydratace. *Onkologická péče*, 2003, Roč. 7, č. 3, s. 16-19. ISSN: 1214-5602.

GROFOVÁ, Zuzana. Paliativní péče. *Medicína pro praxi*, 2009, roč. 6, č. 5, s. 276-278. ISSN: 1214-8687.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Koncept Bazální stimulace v České republice. In: *Paliativní péče třetího tisíciletí*. [Frýdek-Místek] : JOKL, [2014]. 2014, s. 28-36. ISBN: 978-80-905419-7-9.

ELIAS, Norbert. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha : Nakladatelství Franze Kafky, 1998. 66 s. ; 22 cm. ISBN: 80-85844-39-7.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Asistovaná smrt, terminální sedace a eutanázie. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*, 2007, suppl. 3, s. 1-18. ISSN: 1212-3048.

DOLISTA, Josef. K podpoře důstojnosti člověka v terminálním stadiu. *Sociální práce*, 2005, č. 3, s. 100-107. ISSN: 1213-6204.

CLARY, Patrick L. — LAWSON, Philip. Terminální paliativní péče - zajímavosti farmakoterapie. *Medicína po promoci*, 2010, roč. 11, č. 2, s. 44-49. ISSN: 1212-9445.

BRUERA, Eduardo. Paliativní sedace: kdy a jak? - editorial. *Journal of clinical oncology*, 2012, roč. 4, č. 3, s. 148-149. ISSN: 1803-8506.

BEDNÁŘOVÁ, Jana — SCHUBERTOVIČ, Pavla — SÝKOROVÁ, Ad'ka. O důstojné smrti: fórum. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 4, s. 7. ISSN: 1210-0404.

BAŠTECKÝ, Jaroslav — ELBERT-DOTLAČILOVÁ, L. Možnosti a meze farmakoterapie u nemocných v terminálním stadiu: 48. česko-slovenská psychofarmakologická konference, Lázně Jeseník, 4.-8.1.2006. Abstrakt. *Psychiatrie*, 2006, Roč. 10, Suppl. 1, s. 57. ISSN: 1211-7579.

BAJER, Pavel. V zákoně o sociálních službách chybí sociální služby zaměřené na péči o umírající. *Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 2, s. 63. ISSN: 1213-6204.

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. *Tempus medicorum*, 2010, roč. 19, č. 3, s. 2-4. ISSN: 1214-7524.

Pro eutanazii není místo. *Medical tribune*, 2013, roč. 9, č. 1, B6. ISSN: 1214-8911.

DRÁBKOVÁ, Jarmila (ed.). *Asistovaná smrt, terminální sedace a eutanázie ;: Statistické údaje oboru anesteziologie a resuscitace - rok 2006 Česká republika*. Praha : Národní lékařská knihovna, 2007. 26 s. : tab. ; 21 cm.

SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. 10 s. ; 30 cm. ISBN: 80-86998-03-7.

Cesta domů - nezavírejte oči. Praha : Cesta domů, 2010. [2] s. : il. ; 28 cm.

Hospic - místo, kde se dá dožít důstojně. *Nemocniční speciál*, 2011, roč. 6, č. 8, s. 7.

Domácí hospic už nebude chodit jen domů. *Practicus*, 2012, roč. 11, č. 3, s. 42. ISSN: 1213-8711.

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO SESTRY

Verze pro sestry

Terminální analgosedace a paliativní léčba

Dobrý den, jmenuji se Jiřina Šáchová a jsem studentkou třetího ročníku na UTB obor všeobecná sestra a ráda bych vás poprosila o pomoc při mém výzkumu k závěrečné práci. Tento dotazník slouží pouze k mým studijním potřebám a je zcela anonymní. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď. Předem děkuji za vaši pomoc a ochotu. S pozdravem
Jiřina Šáchová

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
 - a) 0 - 5 let
 - b) 6 - 10 let
 - c) 11 - 20 let
 - d) 21 - 30 let

2. Na kterém oddělení pracujete?
 - a) Interní obory
 - b) Chirurgické obory
 - c) Onkologie
 - d) Intenzivní péče, ARO
 - e) Léčebny dlouhodobě nemocných

3. Co pro vás znamená chronická bolest pacienta?
 - a) Vůbec to neřeším
 - b) Nepodstatná komplikace
 - c) Jeden z prioritních problémů

4. Je pro vás těžké mluvit o umírání a smrti s pacienty a příbuznými?
 - a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím, nedokážu odpovědět
 - d) Ne
 - e) Spíše ne

5. Co pro vás znamená důstojné umírání a smrt?
- a) Zemřít bez úzkosti a s pocitem vnitřního klidu
 - b) Prostě zemřít
 - c) Zemřít bez bolesti a utrpení
 - d) Zemřít doma a v rodinném kruhu
 - e) Zemřít rychle
6. Co si představujete pod pojmem paliativní péče?
- a) Zmírnění utrpení, usnadnění posledních dnů života
 - b) Komplexní péče o pacienty a všechny jeho potřeby
 - c) Péče o staré a nemocné lidi
 - d) Léčba bolesti a komplikací
 - e) Jiné, uveďte
-
7. Myslíte si, že paliativní péče je důležitá a smysluplná péče?
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím, nedokážu odpovědět
 - d) Spíše ne
 - e) Rozhodně ne
8. Myslíte si, že jste při svém studiu získali dostatečné informace o alternativních možnostech a způsobu léčby bolesti? (Např.: aplikace tepla a chladu, úlevové polohy, masáže,)
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
9. Jaké alternativní techniky proti bolesti nejčastěji používáte?
- a) Úlevová poloha
 - b) Aplikace tepla/chladu
 - c) Masáže

d)Kinezio tejping

e)Jiné _____ (jaké?)

10. Souhlasíte vždy s ordinacemi lékaře při léčbě bolesti?

a)Ano, vždy je léčba dostatečná

b)Ano, ale ne vždy mi přijde dostatečná

c)Ne, často mi přijde nedostatečná

d)Ne, myslím si, že se lékaři bojí ordinovat opiáty

11. Myslíte si, že lékaři dají na váš názor o intenzitě bolesti pacienta?

a)Ano, lékař bere můj názor vážně

b)Ne, jedná podle svého uvážení

12. Co je podle vás paliativní péče?

___ volná odpověď

13. Jak vnímáte eutanázii? Eutanázie je obvykle definována jako usmrcení na žádost.

Usmrcení na žádost nemocného, je z hlediska českého trestního práva nedovolené a je posuzováno jako vražda.

a)Pomoc trpícímu

b)Sebevražda

c)Nevím, nedokážu odpovědět

d)Vražda

14. Kdo by podle vás měl rozhodovat o životě člověka?

a)On sám

b)Nikdo na to nemá právo

c)Lékař

d)Příbuzní

e)Nevím, nedokážu odpovědět

15. Zavedl by jste v naší zemi Eutanázii?

a)Ano

b)Ne

c)Nevím, nedokážu odpovědět

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK PRO LÉKAŘE

Verze pro lékaře

Terminální analgosedace a paliativní léčba

Dobrý den, jmenuji se Jiřina Šáchová a jsem studentkou třetího ročníku na UTB obor všeobecná sestra a ráda bych vás poprosila o pomoc při mém výzkumu k závěrečné práci. Tento dotazník slouží pouze k mým studijním potřebám a je zcela anonymní. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď. Předem děkuji za vaši pomoc a ochotu. S pozdravem
Jiřina Šáchová

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0 - 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 - 20 let
- d) 21 - 30 let

2. Na kterém oddělení pracujete?

- a) Interní obory
- b) Chirurgické obory
- c) Onkologie
- d) Intenzivní péče, ARO
- e) Léčebny dlouhodobě nemocných

3. Co pro vás znamená chronická bolest pacienta?

- a) Věc, která mě nezajímá
- b) Nepříjemná komplikace, ale není to podstatné
- c) Jeden z prioritních problémů

4. Je pro vás těžké mluvit o smrti a umírání s pacienty a příbuznými?

- a) Ano
- b) Spíše ano

c) Nevím nepřemýšlím o tom

d) Ne

e) Spíše ne

5. Co pro vás znamená důstojné umírání a smrt?

a) Zemřít bez úzkosti a s pocitem vnitřního klidu

b) Prostě zemřít

c) Zemřít bez bolesti a utrpení

d) Zemřít doma a v rodinném kruhu

e) Zemřít rychle

6. Co si představujete pod pojmem paliativní péče?

a) Zmírnění utrpení, usnadnění posledních dnů života

b) Komplexní péče o pacienty a všechny jeho potřeby

c) Péče o staré a nemocné lidi

d) Léčba bolesti a komplikací

e) Jiné, uveďte

7. Myslíte si, že paliativní péče je důležitá a smysluplná péče?

a) Rozhodně ano

b) Spíše ano

c) Nevím, nedokážu odpovědět

d) Spíše ne

e) Rozhodně ne

8. Za jakých podmínek je podle vás nejlepší zvolit paliativní péči?

volná odpověď

9. Myslíte si, že jste při svém studiu získali dostatečné informace o možnostech a způsobu léčby bolesti?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

10. Je pro vás názor sestry na intenzitu bolesti pacienta důležitý?

- a) Ano, sestra je s pacienty častěji
- b) Záleží na situaci
- c) Ne, jednám jen podle svého uvážení

11. Máte obavy ordinovat při paliativní péči Morphin?

- a) Ano
- b) Ne

12. Pokud jste odpověděli ano, tak proč?

- a) Je to proti mému přesvědčení
- b) Rodina si to nepřeje
- c) Považuji to za poslední možnost léčby
- d) Považuji to za způsob eutanazie
- e) Bojím se
- e) Většinou mi přijde, že diagnóza pacienta není tak závažná, aby ho potřeboval

13. Jak vnímáte eutanázii? Eutanázie je obvykle definována jako usmrcení na žádost. Usmrcení na žádost, tedy se svolením poškozeného, je z hlediska českého trestního práva nedovolené a je posuzováno jako vražda.

- a) Pomoc trpícímu
- b) Sebevražda
- c) Nevím, nedokážu odpovědět
- d) Vražda

14. Kdo by podle vás měl rozhodovat o životě člověka?

- a) On sám

- b) Nikdo na to nemá právo
- c) Lékař
- d) Příbuzní
- e) Nevím, nedokážu odpovědět

15. Zavedl by jste v naší zemi eutanázii?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, nedokážu odpovědět