

Důstojné umírání u pacientů s onkologickým onemocněním plic

Anežka Chodová

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: **Anežka Chodová**

Osobní číslo: **H15509**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Důstojné umírání u pacientů s onkologickým onemocněním plic**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických poznatků v oblastech onkologického onemocnění plic, péče o onkologického pacienta a péče o pacienta na sklonku života z pohledu všeobecných sester.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovorů.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi ve zdravotnickém zařízení.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KEEGAN, Lynn a Carole Ann DRICK. End of life: nursing solutions for death with dignity. New York: Springer, 2011. ISBN 978-0-8261-0759-6.

KOLEK, Vítězslav. Doporučené postupy v pneumologii. 2. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-507-1.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

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

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, 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. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

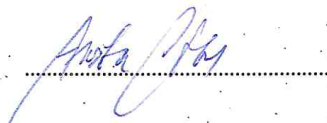
Beru na vědomí, že

- 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 беру на вѣдомі, же бакалѣрскѣ прѣце буде уложено в электроникѣ подобѣ в университетнѣм информѣцнѣм системѣ доступнѣ к нагляднѣм;
- 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 23. 6. 2015

.....


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 nevdělečně 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 nahlížení 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 nezasaňuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-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). Odpírá-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 jím 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 přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Prostředí nemocničního oddělení vyniká svou specifíčností. V těchto zařízeních je personál vystavován nespočtu stresových situacích. K jedné z nejzávažnějších patří proces umírání. Teoretická část této bakalářské práce se v úvodu zabývá onkologickým onemocněním plic a následnou paliativní péčí o tyto pacienty. Dále jsou zde popsány základní pojmy spojené s umíráním a lidskou důstojností. Praktická část odkrývá názory a zkušenosti všeobecných sester v souvislosti s důstojností umírání u pacientů s onkologickým onemocněním plic. Průzkum byl realizován formou rozhovorů s všeobecnými sestrami pracujícími na lůžkovém oddělení.

Klíčová slova: onkologické onemocnění plic, paliativní péče, umírání, lidská důstojnost

ABSTRACT

The environment of the hospital department is distinguished by its specificity. In these facilities, staff are exposed to a number of stressful situations. One of the most serious of these is the dying process. The theoretical part of this bachelor thesis deals with oncological lung disease and the subsequent palliative care of these patients. Here are also the basic terms associated with dying and human dignity. The practical part reveals the opinions and experiences of nurses in connection with the dignity of dying in patients with lung cancer. The survey was conducted in the form of interviews with general nurses working in the ward.

Keywords: oncological lung disease, palliative care, dying, human dignity

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní doc. Janě Kutnohorské, CSc. za cenné rady, odborné vedení a optimismus. Bylo mi velkým potěšením spolupracovat s tak erudovanou odbornicí na tuto problematiku. Dále bych chtěla poděkovat paní Mgr. Haně Křížkové za podporu a dohled nad odbornou částí této práce. V neposlední řadě děkuji také respondentům za jejich ochotu a spolupráci přispět svými názory a zkušenostmi.

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 CHARAKTERISTIKA ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ PLIC	11
1.1 ANATOMIE PLIC.....	11
1.2 BRONCHOGENNÍ KARCINOM.....	13
1.2.1 Etiologie.....	13
1.2.2 Klinický obraz.....	13
1.2.3 Diagnostika.....	15
1.2.4 Léčba.....	16
2 PALIATIVNÍ PÉČE U PACIENTA S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM PLIC	17
2.1 NEJČASTĚJŠÍ SYMPTOMY TERMINÁLNÍ FÁZE NEMOCI.....	17
2.1.1 Neklid a zmatenost.....	18
2.1.2 Respirační symptomy.....	19
2.1.3 Bolest.....	20
2.1.4 Nausea a zvracení.....	21
2.1.5 Zácpa.....	21
3 UMÍRÁNÍ A SMRT	23
3.1 FÁZE SMRTI A UMÍRÁNÍ.....	23
3.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY UMÍRÁNÍ.....	25
3.2.1 Sdělení diagnózy infaustního onemocnění.....	25
4 LIDSKÁ DŮSTOJNOST	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
5 CÍLE	31
5.1 METODIKA PRŮZKUMU.....	31
5.2 SOUBOR.....	31
5.3 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	32
5.4 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU.....	32
6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	33
7 DISKUZE	45
ZÁVĚR	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	48
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	51
SEZNAM OBRÁZKŮ	52
SEZNAM GRAFŮ	53
SEZNAM TABULEK.....	54
SEZNAM PŘÍLOH.....	55

ÚVOD

Hlavním z důvodů výběru tématu pro mou bakalářskou práci byl fakt, že sama již 6 let pracuji plicním oddělení se zaměřením na pacienty s nádorovým postižením plic a průdušek. Za svou praxi jsem se již nespočetněkrát setkala s umírajícími pacienty a několikrát se mi stalo, že jsem se pozastavila nad situací a tázala se sama sebe: „Je to co vidím opravdu nutné? Je to vůbec důstojné?“. Velmi mě zajímalo, jestli jsou to jen mé subjektivní pocity, či to takto vidí i mé kolegyně. Proto jsem se rozhodla využít příležitosti při psaní bakalářské práce a pokusit se odpovědět na tyto své otázky.

V dřívějších dobách bylo naprosto běžné mluvit i s dětmi o smrti, lidé umírali doma za přítomnosti svých nejbližších a snad i povětšinou smířeni, že již nadešel jejich čas. Ovšem, že tato situace nebyvala zarytým standardem, ale dle tehdejší doby se tomu tak „slušelo“. Poté nastal veliký zlom a lidé se začali, byť jen sebemenší zmínkou o smrti vyhýbat a stalo se z toho takzvané tabuizované téma. Vždyť i dnes se většina z nás pod zmínkou o umírání, smrti nebo závažné až nevléčitelné chorobě zatváří jako by ho polili studenou vodou. Svým způsobem se není čemu divit, lidé si zvykli, že moderní medicína umí „zázraky“, kolik nemocí se už podařilo potlačit a že pokud pacient umírá „určitě to musí být chyba lékaře či setry“. Bohužel v tomto momentu může kolikrát utrpět právě ona lidská důstojnost a to především v tom smyslu, že místo toho, aby dotyčný trávil své poslední chvíle na tomto světě se svými blízkými a činnostmi, které má rád, tak je protahován všemi možnými vyšetřeními, často i velmi bolestivými a to jen z důvodu, že lidstvo jako takové, se odnaučilo přijímat smrt jako součást života, ale naopak jako veřejného nepřítele číslo jedna. Je smutnou realitou, že se ke smrti staví negativně někteří zdravotníci a úmrtí pacienta berou jako osobní prohru či selhání.

Tato bakalářská práce se skládá z části teoretické, kde je v úvodu stručně popsána anatomie plic, dále pak samotné onkologické onemocnění plic. V další části teoretické části je zmínka o paliativní péči u pacienta s onkologickým onemocněním plic a nejčastějších obtížích. Poslední dvě kapitoly jsou věnovány vymezení pojmu smrti a umírání a na závěr, ovšem nikoliv nejméně důležité důstojnosti. Závěrem této práce je praktická část, jde o kvalitativní průzkum formou rozhovorů se všeobecnými sestrami, které odpovídají na 17. předem připravených otázek.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ PLIC

„Rakovina – to je Waterloo, které se dostalo dovnitř.“

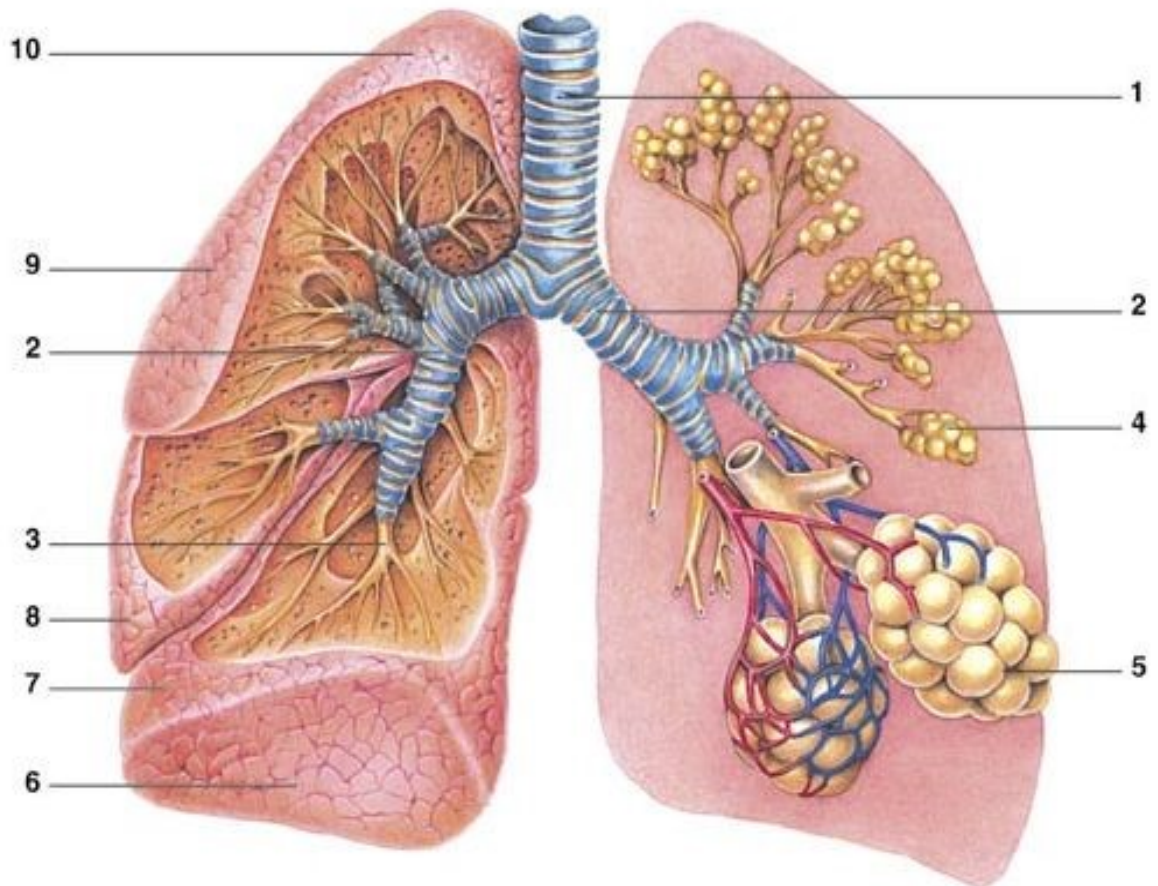
Napoleon Bonaparte

Podle Kolka (2017, s. 330) nádory plic a průdušek představují velmi nesourodou skupinu nádorů, které mohou na počátku vyrůstat na počátku průdušnice, ve velkých průduškách, průdušinkách, ale také v plicních sklípcích a plicní tkáni. Většina nádorů plic a průdušek je zhoubných. Ze zhoubných nádorů je nejčastější karcinom plic. Jeho zastoupení mezi všemi nádory plic a průdušek je 90 %. Ve vyspělých zemích představuje karcinom plic téměř třetinu všech úmrtí na maligní nádory. Přestože je maligním onemocněním s nejvyšší mortalitou, dochází k optimistickému vývoji v oblasti nových informací o příčinách jeho vzniku, patogenezi a o individuální vnímavosti k této nemoci. Poznávání jednotlivých molekul buněčných signálních drah kancerogeneze umožňuje hledání nových cílů pro selektivní léčbu. To všechno vede k zásadním změnám v pohledu na léčbu tohoto onemocnění, která se mění nejen v používání nových léků, ale i ve správném výběru nemocných pro konkrétní preparát. Plíce jsou také velmi častým místem metastáz nejrůznějších maligních nádorů. Méně časté jsou nezhoubné (benigní) nádory, které mohou také vyrůstat v dýchacích cestách i v plicním parenchymu.

1.1 Anatomie plic

Plíce, latinsky pulmo či pulmones, jsou párovým orgánem kuželovitého tvaru, který vyplňuje většinu prostoru dutiny hrudní. Plicní hroty mírně přesahují okraje klíčních kostí, zatímco báze plic naléhají na bránici. Plicními hily vstupují do plic bronchy, nervy a cévy. (Dylevsky, 2000, s. 226) Plíce jsou uloženy v pleurální dutině, kterou dělíme na pravou a levou. Mezi těmito dutinami je prostor nazývaný mezihrudí (mediastinum). Plíce rozdělujeme na plicní laloky (lobi pulmonis), při čemž pravá plíce je dělena na 3 laloky: horní lalok (lobus superior), střední lalok (lobus medius) a dolní lalok (lobus inferior). Levá plíce má pouze dva laloky a to: horní lalok (lobus superior) a dolní lalok (lobus inferior). Laloky plic jsou následně rozděleny na segmenty plicní tkáně (segmenta broncholulmonalia), které jsou od sebe odděleny septy z vaziva. Těchto segmentů je na obou stranách (vpravo i vlevo) stejný počet a to deset (Čihák, 2002).

36. Stavba plic



- | | |
|--|---|
| 1. Průdušnice
<i>Trachea</i> | 6. Plicní báze
<i>Basis pulmonis</i> |
| 2. Průdušky
<i>Bronchi</i> | 7. Dolní lalok
<i>Lobus inferior</i> |
| 3. Průdušinky
<i>Bronchioli</i> | 8. Střední lalok
<i>Lobus medius</i> |
| 4. Plicní sklípky
<i>Alveoli pulmonis</i> | 9. Horní lalok
<i>Lobus superior</i> |
| 5. Detail plicního sklípku s plicními vlásečnicemi | 10. Plicní vrcholek
<i>Apex pulmonis</i> |

Obrázek 1: Stavba plic

Zdroj: https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomieIII/pages/dychaci_soustava.html#plice---pulmones

1.2 Bronchogenní karcinom

Za bronchogenní karcinomy označujeme jednak nádory průdušek, dále pak nádory vzniklé v plicním parenchymu. Klinický obraz těchto nádorů si je velmi podobný, tudíž je nemůžeme oddělit jeden od druhého. Jedná se o to, že nádory průdušek většinou prorůstají do plicního parenchymu, či způsobí stenózu postižené průdušky, což vede ke změnám plicního parenchymu. Na druhou stranu nádory, jejichž vznik je v plicním parenchymu, obvykle v pozdější fázi prorůstají do průdušek. Zda nádor vznikl v oblasti plicního parenchymu, či průdušek nelze vždy přesně určit a i z hlediska dalšího léčebného postupu nemá význam (Skřičková, 2012, s. 261).

„Z pohledu biologických vlastností lze bronchogenní karcinom rozdělit na dvě základní skupiny – *malobuněčný bronchogenní karcinom* (SCLC) a *nemalobuněčný bronchogenní karcinom* (NSCLC)“ (Skřičková, 2017, s. 331).

1.2.1 Etiologie

Každý může dostat rakovinu plic. Rakovina plic se objevuje, když buňky plic zmutují nebo se jinak změny. Nejčastěji tato změna v plicních buňkách nastává, když lidé vdechují nebezpečné toxické látky. Největším rizikovým faktorem je kouření, ale existují i jiné, jako je vystavení radonu a znečištěné ovzduší. Genetické faktory mohou hrát svou roli v možnosti rozvoje rakoviny plic. Rodinná anamnéza nádoru plic může znamenat vyšší riziko vzniku tohoto onemocnění (www.lung.org©2017)¹.

1.2.2 Klinický obraz

V počátečních stádiích bývají plicní nádory ve většině případech bezpříznakové. Příznaky se objevují v závislosti na růstu nádoru a jeho typu (www.rakovinaplic.cz©2018).

„Pro přehlednost dělíme příznaky do tří skupin:

1. Intratorakální neboli lokální plicní příznaky – jejich výskyt závisí především na lokalizaci nádoru
2. Extratorakální neboli metastatické
3. Paraneoplastické“ (Skřičková, 2012, s. 263).

¹ Z anglického originálu přeložila Anežka Chodová.

Intratorakální příznaky

Nejčastějším příznakem je **kašel** a to takový, který u člověka bez chronického onemocnění plic trvá déle než 3 – 4 týdny, při čemž nereaguje na běžnou léčbu bronchitidy, takovýto kašlem trpí přibližně 80 % pacientů. Déle se jedná o kuřácký kašel, jehož charakter se mění (jeho intenzita, častost, urputnost, faktor výskytu), tomu by měl kuřák věnovat zvýšenou pozornost (Skříčková, 2017, s. 334).

Dalším nepřehlédnutelným symptomem je **hemoptýza**. Ta nastává v případě, kdy tumor poškodí bronchiální cévu. V období, kdy je tumor diagnostikován trpí hemoptýzou přibližně 20 % pacientů. U tohoto druhu hemoptýzy zprvu nedochází k masivnímu vykašlávání krve, ale jde spíše o expektoraci sputa s její příměsí a to v podobě drobných nitek (Skříčková, 2012, s. 263).

V neposlední řadě se jedná o opakující se **pneumonie**, které se velmi často objevují na tom samém místě nebo jsou rezistentní a podávaná antibiotika. V tomto případě je nutno indikovat podrobnější vyšetření zacílené na vyloučení bronchogenního karcinomu (Skříčková, 2012, s. 264).

Intratorakální pokročilé příznaky

Při odebrání anamnézy odhalíme u 40 % pacientů **bolesti hrudníku**, které jsou převážně při kašli či nádechu. Tyto bolesti vznikají v důsledku vniknutí nádoru do svalů, žeber, kůže nebo parietální pleury. Ve zvláštních případech udávají pacienti kruté bolesti horní končetiny, což je v důsledku napadení plicního hrotu tumorem. Tomuto plicnímu karcinomu se říká *Pancoastův tumor*. Tento tumor mívá i projevy takzvaného *Hornerova syndromu*, který vzniká z postižení sympatické krční pleteně a také projevy *syndromu horní duté žíly* (Skříčková, 2017, s. 334).

Velmi častým příznakem je také **chrapot**. Ten je způsoben útlakem nervus laryngeus recurrens a následnou parézou hlasivek. Při takto vzniklém chrapotu nenacházíme infekci horních cest dýchacích ani bolesti v krku (Skříčková, 2017, s. 334).

Při místní progresi tumoru v oblasti jícnu, dochází u pacientů k **polykacím potížím**. Následná **dušnost** se pak vyskytuje u 30 % pacientů s bronchogenním karcinomem a to

převážně u starších nemocných. Dušnost může vzniknout i jako následek anemie nebo při vzniku pleurálního výpotku (Skřičková, 2017, s. 334).

Extratorakální příznaky

Bronchogenní karcinom nejčastěji metastazuje do CNS, jater, skeletu, kostní dřeně, ledvin a nadledvin. Při metastazování do CNS vznikají u pacientů neurologické i psychické poruchy. Metastazuje-li karcinom do skeletu, udává nemocný silné bolesti v místě metastázy a vznikají zde patologické fraktury. U prorůstání do kostní dřeně diagnostikujeme vznik anemie. Oproti tomu metastázi do jater, ledvin a nadledvin, které bývají časté, jsou jejich klinické projevy dlouho tiché (Skřičková, 2017, s. 335).

Paraneoplastické příznaky

Tyto příznaky bývají velice často prvním projevem karcinomu. Jedná se o příznaky metabolické jako je hyperkalcemie, hyperfosfatemie, ektopická sekrece parathormonu. Hyponatremie, při neodpovídající sekreci ADH a u malobuněčného karcinomu také Cushingův syndrom s hypokalemií při nepřiměřené tvorbě ACTH. Jako paraneoplastické syndromy se mohou také objevit kožní změny (dermatomyositis), příznaky neurologického původu (periferní neuropatie), svalové a cévní projevy (Skřičková, 2017, s. 335).

1.2.3 Diagnostika

Diagnostika bronchogenního karcinomu začíná odebráním anamnestických údajů, fyzikálním vyšetřením, zadopředním a bočním skiagramem hrudníku a bronchoskopií s odběrem vzorku patologické tkáně (Navrátil a kol., 2008, s. 107). Pro spolehlivé určení velikosti tumoru a případných metastáz mimo plicní tkáň a to do mediastina, pleury nebo hrudní stěny a pro zobrazení velikosti hilových a mediastinálních uzlin provádíme CT vyšetření s kontrastní látkou. Při kontraindikaci pro podání kontrastní látky můžeme využít magneticou rezonanci hrudníku (MR). Jak CT vyšetření, tak i vyšetření MR se využívá i k diagnostice případných metastáz do mozku, jater, skeletu, ledvin i nadledvin. K zobrazení samotného tumoru, postižených uzlin a případných vzdálených metastáz využíváme Pozitronovou emisní tomografii (PET), která je většinou kombinována s CT nebo MR (Skřičková, 2017, s. 335 - 336).

1.2.4 Léčba

Pro léčbu bronchogenního karcinomu je rozhodující určit, zda se jedná o malobuněčný či nemalobuněčný karcinom. Primárními procesy v léčbě karcinomu plic jsou: Chemoterapie, radioterapie, která je zaměřená přímo na nádor a jeho metastázy, preventivní radioterapie mozku, chirurgické odstranění tumoru a pokud se jedná o nemalobuněčný karcinom, tak využíváme i biologickou léčbu (Skříčková, 2012, s. 265).

Léčbu dále rozdělujeme dle její orientace a to na **léčbu kurativní**, která má za cíl pacienta vyléčit. **Léčbu paliativní**, jež má za úkol zmenšit či stabilizovat velikost tumoru, v případě, že kompletní a trvalé vyléčení není možné. Dále je to **léčba symptomatická**, která se zaměřuje na mírnění příznaků onemocnění, jako jsou nechutenství, bolest, dušnost, únava. A v neposlední řadě **léčba podpůrná**, ta má za úkol vylepšit kondici pacienta a zlepšit snášenlivost léčby (Navrátil a kol., 2008, s. 108).

2 PALIATIVNÍ PÉČE U PACIENTA S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM PLIC

Paliativní péče je zaměřena na zlepšování kvality života u pacientů, kteří trpí závažným nebo život ohrožujícím onemocněním, jako je například rakovina. V paliativní péči je přístup k pacientovi holistický, to znamená, že se zaměřuje na osobu jako celek a ne jen na dané onemocnění. Cílem této péče je předcházení a co nejčasnější léčba příznaků onemocnění a vedlejších účinků terapie, včetně kterýchkoliv souvisejících psychologických, sociálních a duchovních problémů. Paliativní péče bývá také nazývána jako péče komfortní, podpůrná a léčba symptomů. Tato péče může být pacientům poskytována v nemocničním zařízení, ambulantně, v zařízeních dlouhodobé péče či v domácím prostředí pod vedením lékaře (www.cancer.gov©2017)².

Pro pacienty s onkologickým či jiným závažným chronickým onemocněním po celém světě je paliativní péče brána jako naléhavá humanitární potřeba. Taktéž je paliativní péče uznávána v rámci lidského práva na zdraví a je převážně potřebná v oblastech s vysokým podílem pacientů s onkologickým onemocněním a to hlavně v pokročilém stádiu nemoci s malou šancí na vyléčení (www.euro.who.int©2018)³.

Paliativní péče je poskytována v různých medicínských oborech. Mezi nejčastější obory patří: onkologie, neurologie, interní lékařství, geriatric, psychiatrie a rehabilitace (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 6).

U pacientů s onkologickým onemocněním je nutno specifikovat, zda jde o terapii paliativní protinádorovou, symptomatologickou, či zda se jedná o péči o pacienty již v terminálním stádiu nemoci (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 10).

2.1 Nejčastější symptomy terminální fáze nemoci

Pokud chceme pacientům v terminálním stádiu nemoci zajistit kvalitní a zároveň komplexní péči, musíme znát i symptomy, které tato fáze onemocnění přináší. Z tohoto důvodu si v

² Z anglického originálu přeložila Anežka Chodová

³ Z anglického originálu přeložila Anežka Chodová

následující podkapitole představíme nejčastější z nich, které mohou vyplívat ze základního onemocnění nebo jsou způsobeny léčbou dané choroby.

2.1.1 Neklid a zmatenost

Dle Vaňáska, Čermákové a Kolářové (2013, s. 30-31) se zmatenost může vyskytnout až u 88 % pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Mezi vyvolávající faktory těchto stavů a zároveň označovány za nejčastější patří:

- 1) „Léky – opioidy, antidepresiva, benzodiazepiny a mnoho dalších
- 2) Onemocnění mozku – metastázy mozku, edém mozku
- 3) Metabolické změny – hyperkalcemie, hypoglykemie, hyponatremie, selhání jater, ledvin, dehydratace
- 4) Symptomy chorob – zácpa, retence moči, bolest, nevolnost, febrilie, infekce
- 5) Hypoxie - respirační a srdeční selhávání, plicní embolie
- 6) Existenciální otázky – nevyřešené problémy, strach ze smrti, zloba, popření nemoci, smutek, ztráta kontroly nad psychikou“ (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 31).

Při péči o pacienty s projevy zmatenosti či neklidu je důležitá spolupráce celého multidisciplinárního týmu. Sestra jako součást tohoto týmu musí včas reagovat na změny stavu pacienta, vše řádně dokumentovat a monitorovat případné změny. Dále se všeobecná sestra podílí na komunikaci s rodinou pacienta (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 31).

Právě ona spolupráce s rodinou je velmi důležitá i z hlediska předcházení možnému vzniku konfliktů se zdravotnickým personálem. Tato spolupráce spočívá především ve srozumitelném vysvětlení nastalé situace a vyjádřením podpory rodině i samotnému pacientovi (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 31).

K dalším režimovým opatřením patří zajištění bezpečí pacienta, bereme na zřetel riziko pádu a této možnosti přizpůsobíme i okolí pacienta. Dále je vhodné nemocnému zajistit známé předměty a tím dopomoci k navození pocitu známého prostředí (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 32).

2.1.2 Respirační symptomy

Dušnost (dyspnoe)

„Dušnost je subjektivní pocit ztíženého dýchání, nedostatku vzduchu. Rozlišuje se dušnost námahová, klidová a záchvatovitá. Jako dušnost ortopnoická se označuje dušnost s vynucenou polohou těla – vsedě s fixovanými pažemi, což umožňuje zapojení pomocných svalů dýchacích upínajících se jednak na hrudník, jednak na pažní kost“ (Kalvach, 2010, s. 68).

U pacientů s nádorovým onemocněním plic je dušnost nejčastějším symptomem (78 %) u ostatních onkologických pacientů se dušnost projevuje u 50 – 70 % v posledních týdnech života (Mišinová, 2016, s. 54).

Kašel

Kašel se projevuje v případě, že do dýchacích cest pronikne cizí těleso či materiál. Mluvíme například o prachu, pylu, žaludečním obsahu, hlenu a krvi. Jde tedy o obranou reakci organismu. Trápí-li nemocného kašel, je cílem v paliativní léčbě ho zmírnit a to hlavně proto, že výrazně zhoršuje kvalitu života, schopnost vykonávat běžné úkony a také brání nemocnému v odpočinku. V neposlední řadě může mít za následek vznik vážných komplikací, jako je například aspirace, bolest, pneumothorax, hemoptýza či až ruptura žebere (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 175).

Za zásady léčby kašle v paliativní medicíně můžeme považovat eliminaci příčin, které ho vyvolávají nebo zhoršují. Dále dbáme na správný výběr léků a to ve smyslu, zda se jedná o kašel s expektorací či bez ní. Pokud není jisté, zda jde o kašel produktivní nebo neproduktivní, nasazují se nejprve léčiva ze skupiny protusik (mukolitika), následně pak antitusika (Codein). Tyto léky se podávají s ohledem na denní dobu a to tím způsobem, že protusika podáváme v ranních a dopoledních hodinách a antitusika až večer a na noc (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 178).

Hemoptýza, jako jedna z komplikací kašle, je také popisována jako samostatný symptom. Hemoptýza neznamená jen vykašlávání čisté krve, ale také i příměs krve ve sputu. Je dobré si uvědomit, že vykašlaná krev nemusí vždy pocházet z dýchacích cest, ale může být z dutiny nosní, orofaryngu a horní části trávicího ústrojí (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 179).

2.1.3 Bolest

Bolest je nejen v paliativní medicíně velkým tématem. Jelikož není účelem této práce přímo paliativní péče a léčba bolesti, bude toto téma zkráceno do stručného přehledu a zaměříme se přímo na specifický typ bolesti a tím je bolest onkologická.

Bolest patří k nejčastějším symptomům všech chronických onemocnění. Má zásadní vliv na komfort pacienta v terminálním stádiu, na prožívání jeho emocí, radosti ze života, vůli a motivaci. Poté ovlivňuje i jeho fyzický stav a to tím způsobem, že špatně snášená či nevhodně tlumená bolest vede ke snížení hybnosti pacienta až k imobilitě. Dále se významně podílí na jeho chuti k jídlu, což může vést k malnutrici až kachexii a v neposlední řadě může vést až k sociální izolaci (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 39).

„V paliativní medicíně se snažíme zmírnit bolest pacientovu, nikoliv bolest nervových zakončení.“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 39).

Základem úspěšné terapie bolesti je důsledná anamnéza, tedy kladení správných dotazů na pacienta vedoucích ke zjištění okolnosti bolesti. K posouzení nádorové bolesti se nejčastěji užívá dotazník Brief Pain Inventroy (BPI), dále můžeme použít Záznam hodnocení bolesti. Po zjištění anamnestických údajů, následuje podrobné klinické vyšetření. To začíná u základního fyzikálního vyšetření a dále pokračuje k vyšetření neurologickému. Klinické vyšetření je ještě možno doplnit laboratorními odběry a zobrazovacími vyšetřovacími metodami (RTG, CT, MR, UZ) (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 39 – 41).

Klasifikace nádorové bolesti

„Dle Slámi, Kabelky a Vorlíčka (c2011, s. 41) lze nádorovou bolest charakterizovat jako akutní bolest (je vyvolána tkáňovým poškozením), která však trvá v čase (nejednou řadu měsíců a let) a může způsobit změny v nervovém systému typické pro bolest chronickou.“

Během dne obvykle síla bolesti značně kolísá. Epizodickou či průlomovou bolest (breakthrough pain) popisujeme u pacientů s dostatečně tlumenou bolestí, kdy dojde k náhlému propuknutí bolesti. V některé literatuře se můžeme setkat s tímto dělením nádorové bolesti:

- Bolest, která se objeví před podáním další dávky analgetik (*end of dose pain*). Tuto bolest je však nutné brát jako příznak nedostatečné síly analgetik nebo příliš dlouhého časového intervalu mezi jednotlivými dávkami;

- Incidentální bolest (*incidental pain*) představuje takovou bolest, která má určitou vyvolávací příčinu (kašel, pohybová aktivita). Nejčastěji se objevuje u pacientů s metastatickým postižením kostí;
- *Průlomová bolest*, u které nelze označit příčinu a je tudíž nepředvídatelná (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 42).

2.1.4 Nauzea a zvracení

Pod pojmem nauzea rozumíme subjektivní pocit, který bývá často doprovázen projevy vegetativními, to jsou bledost, pocení, tachykardie a slinění. Dlouhodobě trvající nevolnost bývá často spojena s nechutenstvím a tím i vznikem malnutrice u těchto pacientů. Z pohledu pacienta může dlouhotrvající nevolnost být daleko závažnějším problémem než samotné zvracení. Zvracení způsobuje trvající silná kontrakce břišních a bráničních svalů, to má za následek vypuzení obsahu žaludku (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 115).

U pacientů v paliativní péči mohou být příčiny nauzey a zvracení mnohotvárné. Počínaje orofaryngeálními, gastrointestinálními, metabolickými, až po nevolnost a zvracení způsobené léčivými (cytostatika, opioidy), radioterapií a psychogenní příčiny (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 115 - 116).

V paliativní péči je v léčbě nauzey a zvracení zahrnuta jak farmakologická léčba, tak nefarmakologické postupy, dále pak celková úprava pacientovi medikace a zjištění a terapie reverzibilní příčiny zvracení a nevolnosti (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 117).

2.1.5 Zácpa

„Zácpa je obtížné a méně časté vyprazdňování tuhého střevního obsahu. Významnější než samotná frekvence je zvýšené úsilí a diskomfort při defekaci (např. každodenní stolici, která je tuhá a spojená s bolestí konečníku při defekaci, je třeba hodnotit jako zácpu; stolice jednou týdně bez výraznějších defekačních obtíží zácpou není).

Zácpa je často provázena pocitem plnosti a napětí v břiše. Může být příčinou značných obtíží a stresu nemocného. Výraznější zácpa může vést ke komplikacím, jako jsou:

- Anorexie, nevolnost a zvracení;
- Změny ve vstřebávání perorálních léků;
- Močová retence a inkontinence;

- Zmatenost;
- Obstrukce střeva tuhou stolicí s obtékáním překážky zkapalněným střevním obsahem;
- Anální fisury, hemoroidy, prolaps rekta“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 133).

Zácpa u onkologických pacientů bývá obvykle na multifaktoriálním podkladě (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 37).

Základem v terapii nekomplikované zácpy je ujištění se, že nedošlo k obstrukci střev a tuhou stolicí k obturaci rekta. Jako první podáváme stimulační projímadla (List senny), pokud efekt není dostačující, lze dávku projímadla navýšit. Změkčující laxativum (Laktuloza) podáváme v případě, že stále nedošlo k defekaci. Když se po podání změkčujících laxativ nedostaví účinek, je možné vyzkoušet podání projímadla salinického. Pokud ani teď nedojde k úspěšné defekaci, podáváme klizma (očistný nálev), ten je možné podávat až tři po sobě jdoucí dny (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 140).

3 UMÍRÁNÍ A SMRT

„Smrti se neboj. Dokud jsi tu ty, není tu smrt, až tu bude, nebudeš tu ty.“

Čínské přísloví

Jednou z nejobtížnějších situací, se kterou se setra ve své praxi setkává, je umírání a smrt. Tuto situaci musí zvládnout jak po stránce profesionální, tak po stránce lidské (Kutnohorská, 2007, s. 70).

Téma smrti a umírání je v běžné společnosti bráno jako tabuizované. Zůstává však předmětem zkoumání řady vědních oborů od filozofie, etiky, psychologie, sociologie až po medicínu. Jedním ze základních oborů zabývajících se naukou o smrti a umírání je thanatologie. Název Thanatologie vychází ze jména řeckého boha smrti Thanata (Kutnohorská, 2007, s. 70-71). Thanatos nebyl jen bohem smrti, nýbrž i smrt sama. Jeho matkou byla bohyně noci Nykta a otcem bůh věčné tmy Tartar, měl i bratra-dvojče Hypnose, ten byl bohem spánku. Dle pověstí, když nadešel smrtelníkův čas, který mu osud vyměřil, zjevil se Thanatos, zobrazován jako statný muž s černými křídli nesoucí dohořívající či zhaslou pochodeň a odnesl duši zesnulého do podsvětí, kde ji odevzdal vládci podsvětí Hádrovi (www.wikipedia.org).

3.1 Fáze smrti a umírání

„Jako terminální fázi – umírání – označujeme poslední dny a hodiny života, kdy dochází k nevratnému selhávání lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus). Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o **konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi.**“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, c2011, s. 3001).

Dobu umírání dělíme na tři období a to na období *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

Období **pre finem** je popisováno od okamžiku, kdy je pacientovi sdělena infaustní diagnóza. Tuto diagnózu sděluje pacientovi vždy lékař. V tuto chvíli, mívá sestra důležitou roli a to hlavně z toho hlediska, že o pacienta pečuje a sleduje jeho psychický stav, změny nálad a chování, čímž může dopomoci lékaři s načasováním sdělení takto závažné informace, jako je onkologické onemocnění s nepříznivou prognózou. Dále je důležitá účast sestry při komunikaci s rodinou nemocného, vyjádření podpory v těžké situaci a případné

doporučení psychoterapeutické podpory. V tomto pro pacienta velmi náročném období, sestra s empatickým a profesionálním přístupem zná a respektuje nastávající fáze psychické odezvy na sdělenou diagnózu s vyhlídkou smrti, jak je popsala Elizabeth Kübler-Ross (Výtečková, 2013, s. 240-241).

Období **in finem** můžeme nazvat předsmrtným stavem. Jedná se o situaci, kdy selhávají životně důležité orgány, pacient může být dezorientovaný nebo naopak bez reakcí. Zpomaluje se dechová frekvence, umírající dýchá povrchně a jsou přítomny apnoické pauzy. Zpomaluje se také srdeční frekvence a klesá tlak krve. V této fázi zpravidla dochází k uvolnění svěračů a tím i samovolnému odchodu moče či stolice. Tento stav bývá také označován jako agonie, což lze z řeckého jazyka přeložit jako předsmrtný zápas a trvá většinou okolo dvou hodin a pak se dostaví smrt. V tomto období by měl být pacientovi zajištěn co možná nejvyšší komfort, jak z hlediska lékařské a ošetrovatelské péče, tak především zajištění jednolůžkového pokoje, kde by měla možnost rodina setrvat s umírajícím, co nejdéle to půjde bez ohledu na denní dobu. V této fázi patří mezi povinnosti sestry jednak zajištění bio-psych-sociálních a spirituálních potřeb pacienta, tak pravidelná monitorace fyziologických funkcí. V případě, že dojde k zástavě těchto funkcí, zahajuje kardiopulmonální resuscitaci a přivolá lékaře. V momentě, kdy je pacient v režimu DO NOT RESUSCITATE, tak na základě nejistých známek smrti, ke kterým patří zástava dechu, činnosti srdce, nereagujících zornic na osvětlení předpokládá úmrtí a přivolá lékaře. Ten poté konstatuje smrt (Výtečková, 2013, s. 243-244).

Po konstatování smrti lékařem nastává období **post finem**. V této fázi dochází k péči o tělo zesnulého a o pozůstalé. Tělo zesnulého uvedeme do vodorovné polohy a není-li na pokoji sám a nemáme-li jinou možnost, zahradíme lůžko plentami, abychom zajistili soukromí a nestupňovali psychické vypětí ostatních pacientů. Když je to možné, požádáme ostatní pacienty, aby opustili pokoj. Následně je provedena celková očista těla zemřelého, po té označíme tělo zemřelého a to nejčastěji na dolních končetinách, následně lehce přelepíme oční víčka náplastí a nejčastěji prakovým obvazem podvážeme bradu, aby po ztuhnutí těla, nezůstala ústa zesnulého otevřená. Následně je tělo zemřelého zabaleno do modrého pytle a ponecháno na oddělení po dobu dvou hodin od konstatování smrti. Po uplynutí dvou hodin je následně transportováno na oddělení patologie. Důležité v tomto období je, aby lékař informoval rodinu o nastalé situaci. Nesmíme zapomínat, že nejen zesnulý si procházel fázemi přijímání diagnózy a vyrovnávání se se smrtí, ale i jeho nejbližší. Proto je nutno k pozůstalým přistupovat s jistou dávkou pochopení a opatrnosti,

jelikož pro lékaře povinnost informovat rodinu o úmrtí přináší mnohá etická a právní úskalí a i z hlediska toho, aby se informace o smrti blízké osoby dostala ke správným osobám. Jednou z klíčových stran komunikace s pozůstalými je lidský přístup a pochopení (Výtečková, 2013, s. 244 – 246).

3.2 Psychosociální aspekty umírání

Jedním z problémů zdravotnictví, co se týče duchovní péče, je škatulkování pacientů na věřící a nevěřící. Někdy i zdravý člověk, který se přímo nepovažuje za věřícího, či přímo za ateistu, vyhledá duchovní pomoc či radu. V nemoci se potom nesčetněkrát změní pacientovi hodnoty a priority. A to především jde-li o infaustní diagnózu. Je proto důležitá komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem, přičemž základem je navázání důvěry a tím umožnění pacientovi vyjádřit své duchovní potřeby (Svatošová, 2012, s. 39-41).

Lidská duše je nekonečná a přesto, když jde o skutečný fyzický proces smrti a umírání, my jako zdravotničtí pracovníci máme spoustu na zapamatování. Často, během procesu umírání zaměřujeme péči a pozornost na tělesné funkce. Z této řízené pozornosti a zaneprázdnění někdy zapomínáme, že jsme víc než jen fyzická doba. Během umírajícího cyklu může být užitečné, aby sestry a pečovatelé přestali a připomněli si, že my a naši umírající jsou víc než fyzické bytosti. Jsme také mysl a duch (Keegan, Drick, 2011, s. 6 – 7)⁴.

3.2.1 Sdělení diagnózy infaustního onemocnění

Jak již zde bylo zmíněno, sdělení diagnózy s prognózou smrti je jednou z nejtěžších situací nejen pro pacienta samotného, ale i pro zdravotnický personál. V první řadě se jedná o lékaře, jehož úkolem je danou diagnózu pacientovi sdělit, což není jednoduchý úkol. Nejen pro to, že špatné zprávy se sdělují velmi těžce, ale i pro to, že v tuto chvíli hraje roli spousta faktorů. Počínaje samotným ať už fyzickým, či psychickým stavem pacienta, tak v některých případech především postoj nejblíže rodiny nemocného. Je to právě rodina, která mnohdy lékaře žádá o zatajení některých informací o onemocnění se zdůvodněním špatného přijetí této zprávy samotným pacientem. Přitom zůstává otázkou, zda právě toto nesděl-

⁴ Z anglického originálu volně přeložila Anežka Chodová

lení kompletních informací není spíše na škodu a neubírá umírajícímu čas na vyrovnání se s touto situací a případnému uspořádání si a dokončení „svých záležitostí“ (Kupka, 2014).

Autoři Vorlíček, Sláma a Kalvodová přednesli na XVII. Vanýskově dni v Brně 3. 2. 2001

Modifikované “Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy”

1. Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání.
2. Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy dále přítomen (např. členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
3. Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle jeho přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat.
4. S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.
5. Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.
6. Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas neznačeným, ale nevyřčeným dotazům.
7. Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.
8. Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).
9. Ujistí pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.
10. Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání.

Toto desatero vychází ze zkušeností onkologů a můžeme ho považovat za jistý druh manuálu pro postup při komunikaci s pacientem.

Sestra by taktéž měla respektovat rozhodnutí lékaře a přání pacienta a trpělivě zodpovídat otázky jak nemocného, tak i jeho rodiny v rámci svých kompetencí, přistupovat

k dané situaci profesionálně a empaticky. Respektovat psychický stav a prožívání nemocného, s čímž jí může pomoci znalost fází vyrovnávání se s nevléčitelnou nemocí.

Jednotlivé fáze přijetí takovéto diagnózy byly již popsány v mnoha odborných publikacích a závěrečných pracích. Jedním z nejznámějších a nejcitovanějších průběhů přijetí sdělení nevléčitelné nemoci je členění podle Elizabeth Kübler-Ross, která vychází z výpovědi 450 pacientů v terminálním stádiu nemoci. Byly popsány tyto fáze, které však nemusí jít nutně přímo za sebou, ale mohou se různě střídat:

1. **Šok** – jedná se o období, kdy je pacientovi sdělena diagnóza. Pacient často nechápe důvod, proč se to stalo právě jemu.
2. **Popření** – Jednou z nejčastější reakcí pacientů v této fázi je domněnka, že došlo k chybě. V tuto chvíli nemocný vyhledává názoru a posudky jiných odborníků, někdy se obrací i na alternativní způsoby léčby. Dá se říci, že nejhůře toto období prožívají pacienti bez zjevných příznaků nemoci, jako je například bolest.
3. **Hněv, agrese** – V této fázi obrací pacienti svůj hněv, frustraci a úzkost proti okolí (rodina, zdravotnický personál). Velmi často se jedná o banální záležitosti typu špatného výběru jídla či oděvu, které jsou vystupňované momentálním stavem zoufalství pacienta.
4. **Smlouvání** – Pacient smlouvá o zbývajícím časem. Přeje si dožít se „nějaké“ životní události. Často se obrací i k víře. Slibuje polepšení za vyléčení.
5. **Deprese** – Je to období hlubokého smutku. Jedná se o důležitou fázi, ve které by pacient neměl být sám. Důležité je, nechat nemocného si tento smutek prožít a svou podporu mu můžeme vyjádřit i jen tichou přítomností. Bez prožití tohoto smutku se pacient nemůže dostat to fáze poslední.
6. **Přijetí/Rezignace** – Dochází k přijetí nemoci, vyrovnání se s vlastní smrtelností. Pacient akceptuje nastalou situaci a dochází klidu. Může se však stát, že pacient domnělému klidu a vyrovnanosti dojde odevzdáním se situaci a tím rezignuje (Kupka, 2014; Kübler-Ross, 2015).

Je vhodné, aby sestra tyto fáze znala a mohla tak poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči založenou na holistickém přístupu k pacientovi a předcházet tím tak i mnohým nedorozuměním, ať už s pacientem či jeho rodinou.

4 LIDSKÁ DŮSTOJNOST

„Důstojnost pro člověka je tolik, co pro rybu voda.“

John Adams

Dle Kutnohorské (2007, s. 51) patří k základním etickým povinnostem sestry ochraňovat a respektovat základní lidská práva, obzvláště pak lidskou důstojnost. Ve zdravotnictví je na lidskou důstojnost kladen jedinečný a unikátní důraz. Je důležité si uvědomit, že pokud mluvíme o lidské důstojnosti, jsme si všichni naprosto rovni.

Je opravdu složité definovat lidskou důstojnost. V roce 2008 definovala Královská společnost ošetrovatelství (RCN Royal College Nursing) důstojnost v ošetrovatelství takto: „Důstojnost vyjadřuje, jak se lidé cítí, myslí a chovají ve vztahu ke své vlastní hodnotě a hodnotě ostatních. Při ošetrování člověka může být důstojnost podporována nebo snížena prostředím, organizační kulturou, postoji a chováním ošetrovatelského týmu, způsobem, jakým se provádí ošetrovatelské činnosti. Je-li důstojnost přítomna, člověk cítí, že je ceněn. Když důstojnost chybí, člověk cítí, že je devalvován, není respektován a necítí se pohodlně. Chybí důvěra a schopnost rozhodovat sám za sebe. Může se cítit ponížený, v rozpacích nebo se stydět. Důstojnost platí pro ty, kteří mají schopnost rozhodovat sami za sebe i pro ty, kteří ji nemají. Každý má stejnou hodnotu jako lidská bytost a ošetrovatelský tým by proto měl jednat se všemi lidmi v každém prostředí a v jakémkoliv zdravotním stavu s důstojností a důstojná péče by měla pokračovat i po úmrtí“ (The RCN's definition of dignity, 2016, online).

„Důstojnost je úcta k hodnotě lidské bytosti. U ošetrujícího personálu je to úcta k sobě samému a úcta k jiným lidem. Úctou k sobě ukazujeme, nakolik si ceníme sami sebe a úctou k ostatním zase vyjadřujeme, jakou hodnotu vidíme v nich. To jak ošetrující personál s člověkem zachází, se odráží v jejich vnímání sebe samých a na jejich sebehodnocení a sebeúctě. Zničit sebeúctu jiné osoby je snadné, ale umět s druhým zacházet s úctou může být v praxi velmi obtížné. Každý člověk si zaslouží úctu, to znamená, že máme na zřeteli jeho zájmy. Filozofii úcty k životu se zabýval velký humanista, lékař, filantrop Albert Schweitzer (1875-1965)“ (Kutnohorská, Kudlová, 2016, s. 58).

„Důstojnost umírání je zdůrazňována zejména v následujících dokumentech:

- Rezoluce Rady Evropy č. 613, rok 1976.

- Doporučení Rady Evropy číslo 779, rok 1976.
- Dokument č. 1418/1999 Parlamentního shromáždění Rady Evropy, rok 1999. O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících. Tzv. Charta práv umírajících⁵.
- Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči, rok 2005.
- Deklarace Evropské konference o péči a ochraně starších lidí. Důstojnost a ohroženost starších lidí. Rok 2009.

Utrpení neohrožuje důstojnost člověka, utrpení patří do života, i když silné prožívání utrpení zvyšuje pocit úzkosti a neštěstí, někdy dokonce zoufalství. Pojetí utrpení se také vyvíjí v čase a má kulturní rozměr. O utrpení a důstojnosti se diskutuje zejména s konečnou fází života, tj. když je člověk „ke smrti jdoucí“. V současnosti je utrpení pojímáno jako něco nepřípustného, něco co by již nemělo existovat, co by moderní medicína neměla připustit“ (Kutnohorská, Kudlová, 2016, s. 60).

⁵ Viz. Příloha číslo IV

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE

Hlavní cíl

Hlavním cílem celého průzkumu bylo zjistit, zda je zajištěna důstojnost umírání u pacientů s onkologickým onemocněním plic na standardním lůžkovém oddělení a to z pohledu všeobecných sester.

Dílčí cíle

1. Cíl: Zjistit, co si všeobecné sestry představují pod pojmem důstojné umírání.
2. Cíl: Zjistit, jak zajišťují důstojný závěr života pacienta s onkologickým onemocněním plic na standardním oddělení.
3. Cíl: Zjistit, jak je naplňována holistická péče o umírající (v terminálním stádiu).

5.1 Metodika průzkumu

Průzkum v této bakalářské práci byl zrealizován prostřednictvím kvalitativní metody formou polostandardizovaný rozhovorů s všeobecnými sestrami. Dle Kutnohorské (2008, s. 73) rozhovor – interview je možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel. Jedná se tedy o slovní kontakt, kdy zkoumaná osoba odpovídá na otázky tazatele. Rozhovor je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností, vztahujících se ke zkoumané společenské realitě.

Polostandardizovaný rozhovor byl zvolen z důvodu možnosti kladení doplňujících otázek, lepšího proniknutí do problematiky s možností srozumitelnějšího získání potřebných informací od respondentů.

5.2 Soubor

Konečný soubor tohoto výzkumu tvoří 6 respondentů. Rozhovory byly realizovány s všeobecnými sestrami pracujícími na Klinice plicních nemocí a tuberkulózy ve fakultní nemocnici Olomouc. Všichni respondenti byli pohlaví ženského a to ve věku od 30 do 62 let.

5.3 Zpracování získaných dat

Jelikož všichni respondenti projevíli souhlas s nahráváním, tak prvním z kroků při zpracování získaných dat byl téměř doslovný přepis získaných rozhovorů. Jednalo se o práci časově náročnou a to i z toho důvodu, že bylo zapotřebí vynechat takzvaná expetiva, jinak řečeno výplňková slova.

Po přepsání všech získaných rozhovorů přišlo na řadu kódování získaných dat. Toto kódování probíhalo formou podrobného procházení jednotlivých otázek všech rozhovorů a vypisování podstatných údajů do předem připravených tabulek. Řadou nešťastných příhod byla tato data bohužel ztracena a tím pádem se celý proces musel od základu opakovat, což bylo velkým časovým zdržením. Ovšem z pozitivního hlediska můžeme říct, že získaná finální data byla opravdu důkladně prozkoumána. V neposlední řadě byla každá ze zodpovězených otázek shrnuta do stručného závěru uvedeného pod každou tabulkou.

5.4 Etické aspekty výzkumu

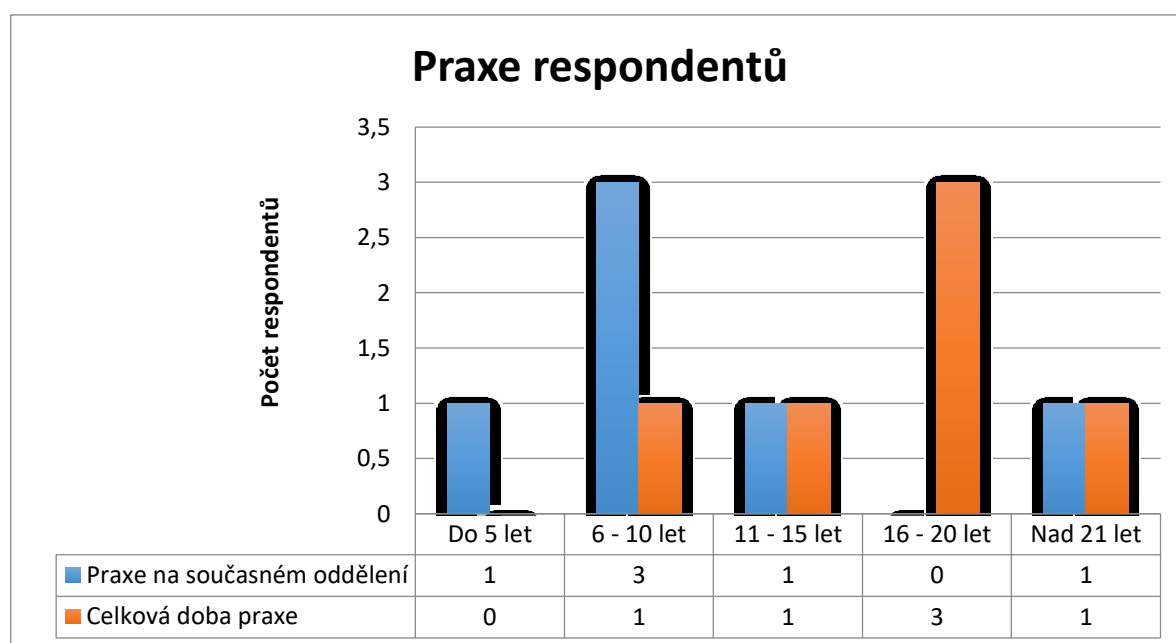
Poněvadž téma důstojné umírání je považováno ze jedno z velmi citlivých témat, byly všechny rozhovory nahrávány se souhlasem respondentů a bez uvedení identifikačních údajů. Respondenti na otázky odpovídali dobrovolně a byli seznámeni s účelem poskytnutých rozhovorů.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Tabulka č. 1: Identifikační údaje

Respondent	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Celková doba praxe	Praxe na současném odd.
R 1	41	žena	Specializační	16-20 let	11-15 let
R 2	33	žena	SZŠ	6–10 let	Do 5 let
R 3	49	žena	SZŠ	16–20 let	6-10 let
R 4	62	žena	Specializační	Nad 21 let	Nad 21 let
R 5	34	žena	SZŠ	16-20 let	6-10 let
R 6	32	žena	SZŠ	11-15 let	6-10 let

Graf č. 1: Praxe respondentů



Tabulka č. 2: Otázka 6) - Co si představujete pod pojmem důstojnost umírání?

Respondent	
R 1	<p>... aby umírajícímu byla zajištěna zdravotnická – tedy lékařská a ošetrovatelská péče v příjemném a důstojném prostředí.</p> <p>...trávit co nejvíce času se svými blízkými.</p> <p>..., aby se respektovaly potřeby a přání pacienta</p> <p>...netrpěl příznaky onemocnění, zejména bolesti,</p> <p>... aby se zajistil, co nejvyšší možný komfort v tomto období.</p>
R 2	<p>... aby měl možnost svého soukromí, měl svůj samostatný pokoj</p> <p>... k němu přístup nejbližší rodina</p> <p>Tlumit bolest</p> <p>... ošetrovatelské péče..... bez dalších zbytečných terapeutických výkonů.</p>
R 3	V kruhu rodinném.
R 4	<p>Základem jsou samozřejmě bio-psycho-sociální potřeby pacienta.</p> <p>... nebyl tak nějak na obtíž.... byl sám na pokoji</p> <p>.. návštěvu kdykoliv..</p> <p>že nemá bolesti, že má zajištěný takový ten komfort</p>
R 5	<p>... v klidu, bez bolesti...</p> <p>s rodinou.</p>
R 6	<p>... bezbolestně..</p> <p>... bez nějaké psychické zátěže...</p>

Závěr: Pod pojmem důstojnost umírání si všichni respondenti představují hlavně dožití bez bolesti. Pět respondentů uvádí za důležité přítomnost rodiny. Dva respondenti zdůrazňují nutnost samostatného pokoje. Pouze jeden z respondentů zmínil bio-psycho-sociální potřeby pacienta jako celek.

Tabulka č. 3: Otázka 7) - Jak si představujete péči o umírajícího na tomto oddělení?

Respondent	
R 1	<p>...aby pacient byl umístěný na samostatném pokoji,</p> <p>... častější kontroly,</p> <p>... umožnit přítomnost rodiny,</p> <p>...,aby pokoj byl vybaven zařízením, které by tolik nepřipomínalo nemocniční prostředí.</p> <p>... pocit prostředí domácího.</p>
R 2	<p>péče plná ve smyslu, aby pacient netrpěl bolestma, polohovat, ošetrovatelská péče o pacienta.</p> <p>Aby měl svůj samostatný pokoj</p>
R 3	<p>Samostatný pokoj</p> <p>.. , přítomnost rodiny.</p>
R 4	<p>... zaprvé neměli být na pokoji tři..</p> <p>pacienti, kteří jsou na tom podobně by se dali dohromady</p> <p>... větší soukromí komfort.</p>
R 5	<p>Samostatný pokoj...</p> <p>... možnost být s nejbližšími ve dne i v noci.</p>
R 6	<p>Hlavně kompletní ošetrovatelská péče...zabezpečení všech potřeb pacienta.</p> <p>...komunikace s rodinou. Informovanost rodiny lékařem hlavně..</p>

Závěr: Představu v péči o umírající pacienty mají všichni z dotazovaných stejnou. Jedná se převážně o umístění umírajícího na samostatný pokoj, kde by měla rodina téměř neomezený přístup. Dále pak kompletní ošetrovatelská péče a zajištění všech potřeb pacienta. Jeden z respondentů také uvádí, že by pokoj pro umírajícího měl být vybaven spíše ve stylu domácího prostředí. Další z respondentů zdůrazňuje komunikaci s rodinou a hlavně její informovanost lékařem.

Tabulka č. 4: Otázka 8) – Co Vám v péči o umírajícího na tomto oddělení chybí?

Respondent	
R 1	... aby pacient byl na samostatném pokoji ... péče byla určitě lépe v těchto směrech zajištěna v zařízeních Hospicových
R 2	... pokoj určený pro umírající... ... soukromí a umožněn přístup rodině. Nedostatek času a zdravotnického personálu.
R 3	Čas.
R 4	... prostor.... i nějaký pokoj pro tyto pacienty. ... zajistit soukromí, když ho ten pacient potřebuje i třeba k různým právním úkonům, jako je sepsání závěti Personál.... nemá tolik času, aby mohl u toho člověka sedět a držet ho za ruku ... už nemáme čas
R 5	Pietní místnost.
R 6	nedostatečná ošetrovatelská péče, v polohování zajišťování potřeb. Nedostatečná opiátová medikace k tlumení bolesti pacienta, aby prostě neumíral za plného vědomí.

Závěr: Tři z respondentů uvádí chybění času a samostatného pokoje pro umírající. Jeden z respondentů poukazuje na chybění pietní místnosti na oddělení. Další z respondentů zdůrazňuje potřebu zajištění soukromí pro umírající pacienty, kde by si mohli v klidu vyřídit úřední záležitosti (sepsání závěti).

Tabulka č. 5: Otázka 9) - V případě, že dojde k vážnému zhoršení stavu a pacient je v režimu DO NOT RESUSCITATE, jaký je standartní postup na vašem pracovišti?

Respondent	
R 1	Oproti jiným pacientům se na našem oddělení péče neliší mohou podávat opiáty a léky tišící bolest.... výraznou dušností Někdy je těžké ... najít takovou rovnováhu nebyli nadměrně tlumeni, což často nechápou rodiny a příbuzní ... je péče plnohodnotná.
R 2	informuje blízká rodina o tom, že došlo ke zhoršení zdravotního stavu .. ordinacemi lékaře... ... odešel v klidu a bez bolestí..
R 3	.. zavoláme lékaře.. .. při možnosti přestěhovat pacienta na volný pokoj, ho přestěhujeme
R 4	... informuji doktora, že došlo ke zhoršení stavu, ... pokud je možnost zajistit větší soukromí, tak ho zajistíme lékaři jak dalece informuje rodinu
R 5	Tišení dušnosti, bolesti a neklidu.
R 6	... nejdříve lékař informuje rodinu o změně zdravotního stavu. ...se setra řídí ordinacemi lékaře navýšení opiátů.

Závěr: Respondenti se shodují na postupu, a to že nejprve informují lékaře o změně stavu a následně plní jeho ordinace, které spočívají převážně v tišení bolesti a dušnosti ve formě navýšení opiátů. Čtyři z respondentů zdůrazňují nutnost informovanosti rodiny pacienta lékařem. Dva z respondentů uvádí snahu o zajištění samostatného pokoje pro umírajícího.

Tabulka č. 6: Otázka 10) - Je na Vašem oddělení pro pacienta v terminálním stádiu nemoci možnost samostatného pokoje?

Respondent	
R 1	<p>... samostatný pokoj nelze</p> <p>... mají přednost pacienti, kteří si platí nadstandard</p> <p>Je velmi nepříjemné, když např. takový pacient potřebuje vyřídit majetkové věci s notářem, a toto probíhá na lůžkovém pokoji.</p>
R 2	<p>Vyloženě samostatného pokoje tady možnost není</p> <p>... snažíme ten samostatný pokoj vytvořit.</p>
R 3	Ne, není.
R 4	<p>.. není to moc často</p> <p>....obložnost tak vysoká...</p>
R 5	Někdy ano, někdy ne. Záleží na obložnosti
R 6	<p>Když je možnost, tak ano....</p> <p>... upřednostnění nadstandardního pokoje.</p>

Závěr: Dle odpovědí respondentů, samostatný pokoj není vždy k dispozici i přes snahu personálu. Dva z respondentů poté uvádí, že jsou upřednostňováni pacienti platící si nadstandardní pokoj.

Tabulka č. 7: Otázka 11) - Je umožněno umírajícímu prožít poslední chvíle se svými blízkými? Jakým způsobem je jim to umožněno?

Respondent	
R 1	... vychází příbuzným těchto pacientů vstříc. Umožňujeme návštěvy i mimo návštěvní hodiny.
R 2	... snažíme ten samostatný pokoj vytvořit. ... má rodina kdykoliv přes den přístup.
R 3	, zřídka kdy
R 4	.. snažíme o to, aby mohli být u něho co možná nejdéle Musíme samozřejmě brát ohled na pacienty, kteří leží vedle něj Ale dovolujeme to v rámci možností.
R 5	Pouze přes den formou návštěvy. Je-li to možné i mimo návštěvní hodiny.
R 6	... sami na pokoji... povolený delší pobyt té rodiny.. povolené i lékařem každému to není umožněno

Závěr: Respondenti uvádí, že umírající mohou být se svými blízkými delší dobu, pokud mají samostatný pokoj a neruší tak ostatní pacienty, což bohužel není pravidlem.

Tabulka č. 8: Otázka 12) - Péče o umírajícího by měla být založena na holistickém přístupu. Jak jej realizujete a co případně preferujete?

Respondent	
R 1	... psychologickou péči, sociální pracovníci ... zajišťovat pacientovi potřeby v rámci časových možností personálu.
R 2	... polohování, hygienická opatření, plnění ordinací tišení bolesti a dušnosti ... možnost nemocničního kaplana... paní psychologku větší důraz na tu ošetrovatelskou péči
R 3	.. oboustranná komunikace .. čisté postele, základní hygienická pravidla... neměl žízeň, byl polohován komunikace nemocného s rodinou, jejich účast na péči
R 4	... zajišťujeme spíše tu péči zdravotní... psychologa, faráře Ale na nic víc moc bohužel nemáme čas.
R 5	Kompletní ošetrovatelská péče ... šetrné zacházení a empatický přístup.
R 6	Preferujeme ošetrovatelskou péči možnost pohovor psychologa..... kaplanka, když pacient je třeba somnolentní, soporozní až koma, pořád se chováme před pacientem jako by byl plně při vědomí. ...aby nevnímal nějaké negativní vlivy.

Závěr: Všichni respondenti připouští, že se zaměřují převážně na biologické potřeby umírajících a jako důvod uvádí nedostatek času. Psychologické, sociální a spirituální potřeby přenechávají na psychologích a nemocničních kaplanech. Dva z respondentů uvedli, že se snaží přistupovat k umírajícím co nejvíce empaticky a šetrně.

Tabulka č. 9: Otázka 13) - Myslíte si, že máte v režimu oddělení dostatek času a prostoru pro zajištění důstojného odchodu pacienta? Co byste případně zlepšila nebo jak byste si to představovala?

Respondent	
R 1	... více času na to věnovat se holistickému přístupu by muselo být na oddělení více personálu.
R 2	.. času není určitě dost ... terminální fáze by podle mne měli být přeloženi třeba do hospicového zařízení.. Má představa by byla včasné zajištění následné péče u pacientů v terminálním stádiu, kdy je léčba ukončena
R 3	.. moc času nemáme .. pro důstojný odchod pacienta bych viděla spíše specializované pracoviště typu Hospic, LDN.
R 4	v hospicu. To je takový ten styl, kdy je asi ta správná doba toho klidného umírání Zlepšit se dá vždycky všechno Zmenšit pokoje prostor, kde by mohli si ty rodiny přijít a být s nimi..... Myslím si, že prostorově to tady nevyhovuje.
R 5	Času a prostoru je málo Chybí samostatný pokoj, pietní místnost.
R 6	nemáme dostatek času, ...ten prostor opravdu také chybí ... tak nemáme možnost nějaké místnosti, kde by tělo zesnulého přetrvávalo Chybí pietní místnost

Závěr: Všichni respondenti se shodují na nedostatku času v péči o umírající pacienty. Tři z dotazovaných uvádí nedostatek prostoru a dva respondenti postrádají pietní místnost. Většina respondentů vidí řešení situace v časném zajištění následné péče pro tyto pacienty (zařízení hospicového typu).

Tabulka č. 10: Otázka 14) - V jakém rozsahu jste se zabývala/studovala problematiku umírání? (paliativní péče, důstojnost člověka)

Respondent	
R 1 neabsolvovala.
R 2	nestudovala a přímo se nezaměřovala na tuto problematiku.
R 3	Jen během prací na oddělení.
R 4	Jako přímo obor jsem to nestudovala.
R 5	v rámci studia Střední odborné školy zdravotnické
R 6	jelikož zde pracuji, tak se o to zajímám Byla jsem i na pár seminářích ohledně důstojného umírání

Závěr: Většina respondentů se studiem této problematiky nezabývala. Pouze jeden z respondentů se zúčastnil několika seminářů na téma důstojnost umírání.

Tabulka č. 11: Otázka 15) - Můžete případně uvést publikaci, která Vás ovlivnila? (odbornou či krásnou)

Respondent	
R 1	Ne
R 2	něco jsem četla, ale konkrétně si teď nic nevybavím.
R 3	Ne
R 4	Učitel tance..... líbil Remarke
R 5	Ne
R 6	film, Navždy mladý nebo Zůstat mladý

Závěr: Dva z respondentů uvedli film, který je nějakým způsobem ovlivnil v jejich současné praxi. Jeden z respondentů si uvědomoval, že něco četl, ale na název si nevzpomněl.

Tabulka č. 12: Otázka 16) - Účastnila jste se někdy nějaké vzdělávací akce na toto téma? Pokud ano, o jakou akci šlo?

Respondent	
R 1	Ne
R 2	Ne
R 3	Ne
R 4	... hodně dávno. Nevím. Na název si nevzpomenu
R 5	Ne
R 6	Ano....., ale na název si nevzpomenu.

Závěr: Pouze jeden z respondentů se v minulosti účastnil vzdělávací akce na téma důstojnost umírání.

Tabulka č. 13: Otázka 17) - Měla byste případně o nějakou takovou akci zájem? Jak by podle Vás měla probíhat?

Respondent	
R 1	Zájem bych měla s pohledu lékařů s pohledu sester s pohledu pacientů s pohledu příbuzných
R 2	Určitě ano zkušenosti a zajímavosti o této problematice Formou besedy
R 3	Ne
R 4	Zájem bych měla formou exkurze Vidět jak by to mohlo nebo mělo vypadat.
R 5	Ne
R 6	Ano, určitě lékařskou část přednášky,.... medikace v paliativní medicíně a umírání pohled všeobecných sester.

Závěr: čtyři respondenti projevíli zájem o vzdělávací akci na dané téma. Dva z respondentů by chtěli přednášku z pohledu jak lékařů, tak i sester. Jeden z respondentů projevil zájem o vzdělávací akci formou exkurze.

7 DISKUZE

V úvodu praktické části jsme si stanovili několik cílů. Je očekáváno, že tato bakalářská práce tyto cíle naplní. Za hlavní cíl jsme si stanovili zjistit, zda je zajištěno důstojné umírání u pacientů s onkologickým onemocněním plic na standartním lůžkovém oddělení z pohledu všeobecné sestry. K dosažení hlavního cíle vedlo několik cílů dílčích.

Jako první dílčí cíl jsme si stanovili zjistit, co si všeobecné sestry představují pod pojmem důstojné umírání. Tímto cílem se zabývala hned první otázka v provedených rozhovorech. Všichni respondenti (všeobecné sestry) na tuto otázku odpověděli v podobné smyslu, tím je myšleno, že jejich představy si byly velice podobné, ne-li přímo stejné. Důstojnost umírání viděli v tom, že pacient netrpí bolestmi, je mu umožněno trávit svůj zbývající čas se svými blízkými v soukromí samostatného pokoje. Tudíž první z dílčích cílů byl splněn.

Druhým z dílčích cílů bylo úkolem zjistit, jakým způsobem zajišťují všeobecné sestry důstojný závěr života u pacientů s onkologickým onemocněním plic a to na standartním lůžkovém oddělení. K dosažení tohoto cíle nám pomohly zejména otázky č. 7 – 11, kde respondenti popisovali nejen skutečnosti, jak onu péči zajišťují, ale také své představy o tom, jak by taková péče, dle jejich názoru, měla vypadat. Jelikož byl respondentům poskytnut prostor pro vyjádření svých názorů, trůufáme si říci, že na základě získaných informací byl i tento dílčí cíl splněn.

Jak je naplňována holistická péče o umírající (pacienty v terminálním stádiu). Toto byl náš poslední dílčí cíl, který jsme zjišťovali převážně za pomoci otázky číslo 12, ale ve své podstatě, se duch tohoto cíle nesl celým rozhovorem. Bylo zajímavým zjištěním, že několik respondentů si nebylo přesně jisto, co si představit pod pojmem holistická péče a to ve smyslu takovém, že „neznali“ tento termín. Avšak po drobném upřesnění okamžitě pochopili a ochotně na otázku odpověděli. Můžeme označit za smutnou skutečnost, že právě holistická péče v praxi pokulhává za čistě ošetrovatelskou péčí a to ne z důvodu neochoty nebo dokonce lhostejnosti sester, ale z důvodu jejich časového vytížení, jak nám sdělili v odpovědích na otázky číslo 8 a 13. I přes jistá nepříjemná zjištění můžeme prohlásit, že i tento poslední cíl se nám podařilo splnit.

Jako poslední doplňující otázky jsme respondentům položili, zda se sami nějakým způsobem vzdělávají v této problematice, případně jestli by měli zájem o nějakou vzdělávací akci, ať už na téma důstojnosti umírání či paliativní péči. Překvapujícím zjištěním pro nás bylo, že respondenti setkávající se ve větším měřítku s umírajícím se až na dva žádné

takové akce nezúčastnili. Pozitivní ovšem bylo odhalení, že většina z nich by o takovou událost zájem měla a uváděli i představy o tom, jakým způsobem by měla probíhat.

Základní otázku, zda je zajištěno důstojné umírání u pacientů s onkologickým onemocněním plic na standardním lůžkovém oddělení z pohledu všeobecných sester nám zodpověděli sami respondenti (všeobecné sestry). Ze všech získaných rozhovorů a na základě zodpovězení námi stanovených dílčích cílů můžeme konstatovat, že zajištění důstojnosti umírání u těchto pacientů jsou stále velké nedostatky. Na těchto nedostatcích se podílí mnoho faktorů. Jak zde bylo již popsáno, nejde o to, že by chyběla snaha sester, spíše chybí čas, prostory a podmínky pro uspokojování specifických potřeb umírajících. Avšak musíme připustit, že zde nacházíme i jisté mezery ve znalosti dané problematiky.

Změnit tuto situaci není přímo v naší moci, můžeme však přispět ke zlepšení a to třeba jen tím, že seznámíme vedení zkoumaného pracoviště s našimi závěry a pokusíme se nasadit pomyslného brouka do hlavy.

Výběr práce pro srovnání s tou naší byl obtížný. To především z toho hlediska, že v této práci se nezabýváme jen jedním tématem, ale pro objasnění jistých specifík zde na jedné straně definujeme onkologické plicní onemocnění společně s paliativní péčí a na straně druhé smrt, umírání a lidskou důstojnost. S ohledem na název naší práce jsme nakonec vybrali bakalářskou práci z roku 2017, která nese podobný název a to Lidská důstojnost a umírání. Tuto práci vedla PhDr. Anna Krátká, PhD. a její autorkou je Adriana Benešová. Tato práce pochází z akademické půdy Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Srovnávat teoretické části je úkol nelehký, jelikož práce Benešové je velmi rozsáhlá. Při srovnání našich podobných kapitol můžeme říci, že se shodujeme ve výběru hlavních zdrojů, ani jedna ze srovnávaných prací neopomíjí fáze vyrovnání se smrtí a umíráním dle Elizabeth Kübler-Ross (Benešová, 2017, 12 – 55). Tato práce však bylo pro srovnání vybrána na základě jistých podobností v empirické části práce. Benešová zvolila kvantitativní techniku metodou dotazníků, což jí umožnilo získat 191 respondentů. Jejím hlavním cílem bylo, zjistit, zda a jakým způsobem je narušována důstojnost pacientů v nemocničních zařízeních a to z pohledu nelékařského zdravotnického personálu (NLZP). Oba výzkumy došli k závěru, že NLZP si důstojné umírání představuje spíše v zařízeních hospicového typu za neomezené možnosti přístupu rodiny k umírajícímu. Dále se naši respondenti shodli v tom, že jako „dobrou smrt“ vnímají hlavně smrt bezbolestnou (Benešová, 2017, 5 – 105).

ZÁVĚR

Tématem této práce byla důstojnost umírání u pacientů s onkologickým onemocněním plic. V teoretické práci jsme se nejprve zaměřili na definici onkologického onemocnění plic a paliativní péči u těchto pacientů. V následujících kapitolách jsme popisovali fáze umírání a následnou smrt. Pozastavili jsme se také u problematiky sdělování infaustní diagnózy a případných reakcí pacienta na zjištění této závažné skutečnosti. V poslední kapitole teoretické části jsme si připomněli co je to lidská důstojnost a zmínili jsme několik organizací, které se touto problematikou zabývají. Jelikož jde o témata náročná, snažili jsme se o co nejdůstojnější a nestručnější pojetí problematiky, ovšem takovým způsobem, aby neutrpěla její vážnost a důležitost.

Jak již bylo napsáno v úvodu této práce, hlavní motivací pro výběr tématu byla má praxe na plicním lůžkovém oddělení se zaměřením právě na ono onkologické onemocnění, kde se setkáváme s umíráním a smrtí velmi často. Na otázku, zda je zajištěna důstojnost umírání těchto pacientů nám měla pomoci odpovědět empirická část této práce. Oslovili jsme proto 6 respondentů (všeobecných sester) a učinili s nimi rozhovor. Výsledná zjištění jsou podrobněji popsána v této práci. Můžeme však říci, cíl práce byl splněn. Podařilo se nám zjistit, že všeobecným sestram nechybí ochota ani empatie při péči o umírající, bohužel jim chybí dostatek času a prostoru pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Dále nám sdělili své názory a představy jak by měla takováto péče vypadat, jak je důležitá kvalitní komunikace nejen mezi personálem a umírajícím, ale i jeho rodinou. Dozvěděli jsme se, že nynější možnosti lůžkových oddělení nejsou dostatečně připraveny na poskytování 100% paliativní péče a zajištění důstojného odchodu pacientů. Toto ovšem není způsobeno neochotou ošetřujícího personálu, spíše nepřipraveností na umírající pacienty, i toto byl zřejmě jeden z důvodů, proč všichni respondenti uváděli, že důstojný odchod vidí spíše v hospicových zařízeních.

Závěrem můžeme jen zopakovat slova jednoho z respondentů: „*Vždy je co zlepšovat*“ a pamatovat na to, že umírání a smrt nejsou vždy nepřitelem a prohrou, ale jen závěrem života a je na nás na zdravotnicích, abychom se snažili zajistit tento odchod našich pacientů co nejpříjemnější a nejdůstojnější.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM. Anatomie. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-x.
2. BENEŠOVÁ, Adriana, 2017. *Lidská důstojnost a umírání*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. 117 s. Vedoucí práce PhDr. Anna Krátká, PhD.
3. DYLEVSKÝ, Ivan. Somatologie. Vyd. 2. (přepřac. a dopl.). Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-86297-05-5.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přepřac. vyd. Praha: Galén, ©2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
5. KALVACH, Zdeněk. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
6. KEEGAN, Lynn a CAROLE ANN DRICK. *End of life nursing solutions for death with dignity*. New York: Springer, 2011. ISBN 9780826107602.
7. KOLEK, Vítězslav, Viktor KAŠÁK a Martina VAŠÁKOVÁ. *Pneumologie*. 3. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. ISBN 978-80-7345-538-5.
8. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
9. KUPKA, Martin. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana a Pavla KUDLOVÁ. Důstojnost člověka - Teoretická východiska. Zdravotnické listy. 2016, 4(1), 56 - 60. ISSN 1339-3022.
11. KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3.
12. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

13. LEOŠ NAVRÁTIL A KOLEKTIV. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024723198.
14. Lung Cancer: What is Lung Cancer. Www.lung.org: Lung Health and diseases [online]. Chicago: American Lung Association, 2017, 2017 [cit. 2018-01-19]. Dostupné z: <http://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-disease-lookup/lung-cancer/learn-about-lung-cancer/what-is-lung-cancer/>
15. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
16. MIŠINOVÁ, Mariana. *Ošetrovatel'stvo v paliativnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8433-9.
17. Palliative Care in Cancer: What is Palliative Care. Www.cancer.gov [online]. Bethesda: National Cancer Institute, 2015, 20. 10. 2017 [cit. 2018-01-19]. Dostupné z: <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>
18. Palliative care. In: *World Health Organization: Regional Office for Europe* [online]. Denmark, 2018 [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/policy/palliative-care>
19. Rakovina plic: Projevy. Www.rakovinaplic.cz [online]. 2018 [cit. 2018-01-19]. Dostupné z: <http://rakovinaplic.cz/projevy/>
20. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměň. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
21. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
22. Thanatos. Wikipedie: Otevřená encyklopedie [online]. Wikimedia Foundation, 2017 [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Thanatos>
23. The RCN's definition of dignity. In: Royal College of Nursing [online]. London, 2008, 2016 [cit. 2018-04-22]. Dostupné z: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2008/october/pub-003298.pdf>

24. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Paliativní péče v onkologii*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2013. ISBN 978-80-7395-586-1.
25. VORLÍČEK, Jiří, ed. *Onkologie*. Praha: Triton, 2012. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-603-6.
26. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
27. VORLÍČEK, J., O. SLÁMA a L. KALVODOVÁ. Sdělování onkologické diagnózy. In: *XVII. Vanýskově dni v Brně* [online]. Brno, Bohunice: Interní hemat-onkologická klinika FN Brno, 2001, 3. 2. 2001 [cit. 2018-05-09]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/odiagnoza.html>
28. VYTEJČKOVÁ, Renata. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.
29. Základy anatomie: Dýchací soustava. In: is.muni.cz [online]. Brno, 2013, 2013 [cit. 2018-01-17]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomieIII/pages/dychaci_soustava.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CT	Výpočetní počítačová tomografie
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MR	Magnetická rezonance
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
NSCLC	nemalobuňečný bronchogenní karcinom
PET	pozitronová emisní tomografie
RTG	Rentgenové vyšetření
SCLC	malobuňečný bronchogenní karcinom
UZ	Ultrasonografické vyšetření

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Stavba plic	12
---------------------------------	----

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Praxe respondentů	33
---------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	
Identifikační údaje	33
Tabulka 2	
Co si představujete pod pojmem důstojnost umírání?	34
Tabulka 3	
- Jak si představujete péči o umírajícího na tomto oddělení?	34
Tabulka 4	
Co Vám v péči o umírajícího na tomto oddělení chybí?	35
Tabulka 5	
V případě, že dojde k vážnému zhoršení stavu a pacient je v režimu DO NOT RESUSCITATE, jaký je standartní postup na vašem pracovišti?	36
Tabulka 6	
Je na Vašem oddělení pro pacienta v terminálním stádiu nemoci možnost samostatného pokoje?	38
Tabulka 7	
Je umožněno umírajícímu prožít poslední chvíle se svými blízkými? Jakým způsobem je jim to umožněno?	39
Tabulka 8	
Péče o umírajícího by měla být založena na holistickém přístupu. Jak jej realizujete a co případně preferujete?	40
Tabulka 9	
Myslíte si, že máte v režimu oddělení dostatek času a prostoru pro zajištění důstojného odchodu pacienta? Co byste případně zlepšila nebo jak byste si to představovala? ...	41
Tabulka 10	
V jakém rozsahu jste se zabývala/studovala problematiku umírání?	42
Tabulka 11	
Můžete případně uvést publikaci, která Vás ovlivnila?	43
Tabulka 12	
Účastnila jste se někdy nějaké vzdělávací akce na toto téma? Pokud ano, o jakou akci šlo?	43
Tabulka 13	
Měla byste případně o nějakou takovou akci zájem? Jak by podle Vás měla probíhat? ..	43

SEZNAM PŘÍLOH


Příloha P I: Žádost o umožnění rozhovorů s všeobecnými sestrami

Příloha P II: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P III: Rozhovor – Důstojnost umírání u pacientů s onkologickým onemocněním plic

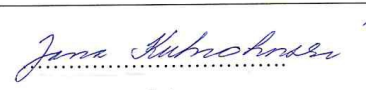

Příloha P IV: Charta práv umírajících

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ROZHOVORŮ S VŠEOBECNÝMI SESTRAMI

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ROZHOVORŮ S VŠEOBECNÝMI SESTRAMI

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění rozhovorů s všeobecnými sestrami na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Anežka Chodová	
Téma bakalářské práce	Důstojné umírání u pacientů s onkologickým onemocněním plic	
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.	
	 12.11.2017 podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
KLINIKA PULMONOLOGIE A TEL ODDELENÍ 25	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D. ředitelka Ústavu zdravotnických věd
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

14-12-2017

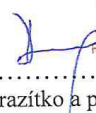
Ve Zlíně dne

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


.....

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Ing. Andrea Drobiličová
Hlavní sestra
Odbor hlavní sestry
Fakultní nemocnice Olomouc

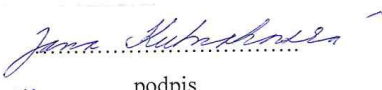


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O PŘÍSTUP K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Anežka Chodová		
Téma bakalářské práce	Důstojné umírání u pacientů s onkologickým onemocněním plic		
Vedoucí bakalářské práce	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.		
	 podpis 12.11.2014		
Skupina respondentů			
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
KLINIKA PULMONOLOGIE A TB ODDĚLENÍ 25	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Bc. Renata Zlaticová vedoucí oddělení sestra interní a tuberkulózy	
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím		


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 14 -12- 2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Ing. Andrea Drobiličová
Hlavní sestra
Odbor hlavní sestry
Fakultní nemocnice Olomouc®


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR – DŮSTOJNOST UMÍRÁNÍ U PACIENTŮ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM PLIC

Důstojné umírání u pacientů s onkologickým onemocněním plic

Rozhovory s všeobecnými sestrami

OTÁZKA

ODPOVĚĎ

1. Věk	
2. Pohlaví	
3. Vzdělání	
4. Jaká je celková doba vaší praxe?	
5. Jak dlouho pracujete na stávajícím	
6. Co si představujete pod pojmem důstojnost umírání?	
7. Jak si představujete péči o umírajícího na tomto oddělení?	
8. Co Vám v péči o umírajícího na tomto oddělení chybí?	
9. V případě, že dojde k vážnému zhoršení stavu a pacient je v režimu DO NOT RESUSCITATE, jaký je standardní postup na vašem pracovišti?	
10. Je na Vašem oddělení pro pacienta v terminálním stádiu nemoci možnost samostatného pokoje?	
11. Je umožněno umírajícímu prožít poslední chvíle se svými blízkými? Jakým způsobem je jim to umožněno?	
12. Péče o umírajícího by měla být založena na holistickém přístupu. Jak jej realizujete a co případně preferujete?	
13. Myslíte si, že máte v režimu oddělení dostatek času a prostoru pro zajištění důstojného odchodu pacienta? Co by jste případně zlepšila nebo jak byste si to představovala?	

14. V jakém rozsahu jste se zabývala/studovala problematiku umírání? (paliativní péče, důstojnost člověka)	
15. Můžete případně uvést publikaci, která Vás ovlivnila? (odbornou či krásnou)	
16. Účastnila jste se někdy nějaké vzdělávací akce na toto téma? Pokud ano, o jakou akci šlo?	
17. Měla byste případně o nějakou takovou akci zájem? Jak by podle Vás měla probíhat?	
Informant vyslovil souhlas s nahráváním rozhovoru.	
Rozhovor realizován:	Dne
	Hodinu
	Místo
Rozhovor realizovala:	Anežka Chodová

PŘÍLOHA P IV: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

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

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, **„že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“** V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že **„prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“**
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. **Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.**
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. **Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.**
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
 - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
 - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
 - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
 - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
 - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
 - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
 - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících

☒ Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

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

☒ Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)

☒ Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli

☒ Umírání o samotě a v zanedbání

☒ Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží

☒ Omezováním život udržujících léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů

☒ Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

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

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

☒ aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech

☒ aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči

☒ aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče

☒ aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně

☒ aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta

☒ aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající

☒ aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

☒ aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetřovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy

☒ aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

☒ aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti

☒ aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že **budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:**

☒ aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na **pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován**

☒ aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího

☒ aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem

☒ aby bylo zajištěno, že bude **respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu**, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

☒ aby bylo zajištěno, že **výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností**

☒ aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

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

☒ uznají, že **právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“**

☒ uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby

☒ uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

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

(převzato z www.fno.cz)