

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S
PRAHA

ETICKÉ ASPEKTY UMÍRÁNÍ V NEMOCNIČNÍ PÉČI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

RUDOLF MAŤHA

2008

ETICKÉ ASPEKTY UMÍRÁNÍ V NEMOCNIČNÍ PÉČI

Bakalářská práce

RUDOLF MAŤHA

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S V PRAZE

PhDr., Mgr. Rebeka Ralbovská

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce. 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jsem jen uvedené informační zdroje.

Praha 31.3.2008

Rudolf Mařha

Abstrakt

Mařha, Rudolf: Etické aspekty umírání v nemocniční péči. Bakalářská práce. Rudolf Mařha – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství všeobecná sestra. Konzultant: PhDr.,Mgr. Rebeka Ralbovská. Vysoká škola zdravotnická , o.p.s. Praha, 2008.

Tématem bakalářské práce jsou etické aspekty umírání pacienta v nemocniční péči. Práce je rozdělena do čtyř částí. V úvodu uvádím důvody k napsání práce na toto téma. Druhá část je teoretická, ve které se zabývám historií etiky umírání a smrti v různých obdobích. V dalších kapitolách jsou popsány postoje ošetrojících k umírajícím v dnešní době, kde je také uvedeno, jak komunikovat s umírajícím a pozůstalými. Zabývám se i vlivem umírání pacienta na psychiku sestry. Třetí část je praktická, kde jsem pomocí průzkumu formou dotazníku získal odpovědi na otázky, jak jsou sestry v intenzivní péči připraveny na výkon jejich povolání. Dále jak jsou schopni komunikovat a projevovat spoluúčast s umírajícím. Vzdělávání sester v oboru intenzivní péče vést tak, aby pojem eutanazie byl srozumitelný a jasný a ne jenom fráze. Komunikace s umírajícím a jeho blízkými vyžaduje trpělivost a profesionální přístup. Zvolil jsem si dotazníkovou metodu. Dotazník obsahoval 15 otázek, které se vztahovaly k přístupu sester k umírajícímu, znalosti o eutanazii a spolupráci mezi lékaři a zdravotními sestrami o míře, v jaké bude umírající informován o svém stavu, prognóze. Získali jsme odpovědi od 111 respondentů. Průzkum byl uskutečněn ve dnech 8.1. až 16.2. 2008 ve fakulních nemocnicích v Praze. Výzkumný vzorek tvořily sestry z jednotek intenzivní péče, koronárních jednotek, oddělení anesteziologické a resuscitační péče, dialyzačních jednotek, chirurgických jednotek intenzivní péče, oddělení chronické resuscitační péče, intermediálních jednotek. Výsledky výzkumu jsou popsány na stranách a doplněny grafy pro lepší názornost. Čtvrtou částí je závěr, kde jsou shrnuty výsledky výzkumu a téma této práce

Klíčová slova: Etika smrti, eutanazie, umírání.

Předmluva

Etickým aspektům umírání v nemocniční péči se v domácí literatuře věnovala celá řada fundovaných prací z řad psychiatrů, psychologů, geriatrů, intenzivistů a dalších odborníků včetně filozofů. Bohužel jen sporadicky je pohled zaměřen na ty, kteří jsou zdánlivě na „druhé straně“ tohoto komplexního procesu, totiž zdravotnický personál a to zvláště zdravotní sestry.

Téma práce vznikla ve snaze edukace sester intenzivní péče v komunikaci s umírajícím, přivést sestry k diskuzi o eutanazii, aby nebyly ovlivněny svými subjektivními pocity, negativními zkušenostmi. Nedostatek balintovských skupin či supervizních seminářů, byl jedním z posledních klíčů, které mě přiměly otevřít dveře do neznámého...

Výběr tématu byl ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra, kde psychologii a komunikaci s umírajícím byla věnována pozornost. Dalším aspektem, který ovlivnil téma výběru, jsou publikace Elisabeth Kübler – Rossové, se kterými jsem měl možnost se během studia seznámit. Materiál jsem čerpal jak z knižních, tak i z časopiseckých publikací.

Práce je určena všem zdravotním sestřám, pracujícím na oddělení intenzivní péče, všem absolventkám vysokých i vyšších zdravotnických škol, kteří zvažují zaměstnání na těchto odděleních. Lékařům, vysokému managementu zdravotnických zařízení, aby v předbírání se benefitů pro zdravotní sestry, nezapoměli, že investice do lidské duše má trvalejší hodnotu.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr.,Mgr. Rebece Ralbovské, za pedagogické usměrnění, svobodu a důvěru, rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	8
1 Teoretická část	10
1.1 Etika umírání	10
1.1.1 Co je to etika?	10
1.1.2 Co je to umírání?	10
1.1.3 Pocity a potřeby umírajících	13
1.1.4 Co je to smrt?	13
1.1.5 Obecný postoj ke smrti	14
1.1.6 Klinická smrt	15
1.2 Umírání z historického hlediska	15
1.2.1 Umírání v Egyptě	15
1.2.2 Vnímání smrti	15
1.2.3 Umírání ve středověku	16
1.2.4 Péče o mrtvého	16
1.2.5 Pohřeb zemřelého	16
1.2.6 Způsoby umírání	17
1.2.7 Černá smrt	17
1.2.8 Ústavní péče ve středověku	17
1.2.9 Přístup ke smrti	18
1.2.10 Domácí model umírání	18
1.2.11 Institucionální model umírání	19
1.3 Etika umírání ve 20. století	19
1.3.1 Umírání v nemocničním zařízení	19
1.4 Etika umírání dnes	20
1.4.1 Způsoby umírání	20
1.4.2 Dystanázie – prodloužená, zadržaná smrt	21
1.4.3 Eutanazie – dobrá smrt	22
1.4.4 Důstojná smrt	24
1.4.5 Práva pacientů (umírajících)	24
1.4.6 Umístění umírajících do nemocničních zařízení – institucionalizace	27
1.4.7 Hospic	27
1.4.8 Umírání doma	28
1.4.9 Paliativní medicína	29
1.5 Postoj ošetřujících k umírajícím v dnešní době	29

1.5.1	Přístup k umírajícím	30
1.5.2	Psychologická péče o umírajícího	30
1.5.3	Psychologická péče o umírající dospělé	30
1.5.4	Psychologická péče o blízké osoby umírajícího	31
1.5.5	Psychologická péče o pozůstalé	32
1.5.6	Dnešní postoje sestry k umírajícímu	32
1.5.7	Povinnosti sestry	33
1.5.8	Komunikace s umírajícím	33
1.5.9	Neverbální komunikace	33
1.5.10	Verbální komunikace	34
1.5.11	Etika sestry	36
1.5.12	Etika ošetrovatelské péče	36
1.6	Vliv umírání na psychiku sestry	37
1.6.1	Strach ze smrti	39
2	Empirický výzkum	41
2.1	Metodika	41
2.1.1	Výzkumný problém, výzkumné cíle, hypotézy	41
2.1.2	Charakteristika vzorku	41
2.1.3	Metody a prostředky průzkumu	41
2.1.4	Předvýzkum	42
2.1.5	Zpracování získaných informací z dotazníkového šetření	42
2.1.6	Popis průzkumného postupu	42
2.1.7	Lokalizace sběru dat	43
2.1.8	Výsledky průzkumu a jejich vyhodnocení	43
2.1.9	.Závěr výzkumu	61
2.1.10	Diskuze	63
Závěr		64
Seznam odborné literatury		65

ÚVOD

Etickým aspektům těžce resp. nevléčitelně nemocným a umírání obecně a v podmínkách intenzivní péče zvláště je v posledních letech věnována mimořádná pozornost.

Za podstatné je třeba považovat skutečnost, že se zásadně změnil přístup k sdělování pravdivých informací o diagnóze resp. prognóze nemocným. Tento současný trend, totiž odklon od milosrdné lži (*pia fraus*) a orientace na pravdu na nemocničním lůžku jako na dominantní strategii je zdůvodněn obecně přijímaným názorem, že člověk je odpovědný za svůj život a musí umět „nést svůj kříž“ i v nemoci. Akcent je kladen rovněž na respekt k „Všeobecné deklaraci lidských práv“ resp. k etickému kodexu „Práva pacientů“, podle kterého má každý člověk právo na pravdivou informaci.

Lékaři je sice uložena povinnost informovat, ale není vymezen ani rozsah, ani způsob sdělení, takže tyto široké mantinely mu umožňují reagovat na konkrétní pacientovu situaci. Podmínkou této strategie pravdy ovšem je, že není vytržena z kontextu naděje. Nezbytným předpokladem je tedy kvalifikovaná rozvaha a následný odborný, ale současně lidsky citlivý přístup ke všem otázkám sdělování pravdy na nemocničním lůžku, přičemž musí být respektován spec. Přístup u dětí, adolescentů, psychicky nemocných a velmi starých lidí.

Na uvedené téma je v domácí literatuře celá řada fundovaných prací z řad psychiatrů, psychologů, geriatrů, intenzivistů a dalších odborníků včetně filozofů. Bohužel jen sporadicky je pohled zaměřen na ty, kteří jsou zdánlivě na „druhé straně“ tohoto komplexního procesu, totiž zdravotnický personál a to zvláště zdravotní sestry.

Skutečnost, že zdravotní sestry byly řadu let vychovávány a vedeny více směrem k realizaci moderních léčebných metod a postupů, než připravovány na etické aspekty jejich povolání, totiž na oblast lidského porozumění a psychické pomoci nevléčitelně nemocným resp. umírajícím, vede v praxi celé škále problémů v komunikaci mezi nimi. Naléhavě vystává tento problém na úseku intenzivní péče bez ohledu na profil resp. odborné zaměření jednotky. Zvláště na těchto jednotkách nese právě zdravotní sestra celou tíhu lidské a psychologické pomoci spíše, že dosažitelnost profesionální psychologické pomoci je praxi našeho zdravotnictví zkušeností spíše výlučnou. Míra zodpovědnosti, která je kladená na sestry v oboru intenzivní péče je nesouměřitelná s jinými zdravotnickými profesemi. Skutečnost

stálé pohotovosti a nutnosti rychlého rozhodování vedou ke značné míře především psychické únavy. O to naléhavěji zde vyvstává problém komunikace mezi nimi a závažně nemocnými.

Na základě vlastních zkušeností s vedením týmu zdravotních sester na koronární jednotce jsem uskutečnil průzkum zdravotních sester na různých typech jednotek intenzivní péče formou anonymních a dobrovolných dotazníků k některým aspektům uvedeného problému. Jsem si přitom vědom, že některá oddělení intenzivní péče mají svá specifika (např. anesteziologicko – resuscitační oddělení, dialyzační jednotky, jednotky intermediální péče, koronární jednotky apod.), ale v převaze jsou problémové okruhy charakteristické pro většinu z nich.

V teoretické části naší práce se snažím objasnit, co je to umírání a smrt, zabývám se etikou umírání v historii a v dnešní době. Porovnávám domácí a institucionální model umírání a etický přístup ošetřujících k umírajícím. V praktické části jsem se snažil zaměřit na schopnost sestry v intenzivní péči navázat kontakt s umírajícím a jak je erudovaná v otázkách eutanazie.

1 Teoretická část

1.1 Etika umírání

Umírání a smrt jsou pojmy, skrývající mnohá tajemství, která se lidské společnosti ještě nepodařila odhalit. Umírání a smrt bylo a je součástí lidského života. V následujících kapitolách této práce odpovím na otázky, jak lidé vnímali umírání a smrt v různých obdobích, jakým způsobem se s tímto faktem dokázali smířit či odkdy byli umírající lidé umisťováni do nemocničních zařízení.

Nejdříve vysvětlím nejdůležitější pojmy etika, umírání a smrt.

1.1.1 Co je to etika?

Etika (ethika, řec. ethos – mrav) je vědou o mravnosti. Jejím zakladatelem byl řecký filosof Sokrates. Etika zkoumá morální chování jedinců ve společnosti a chování společnosti jako takové. Studuje morální zásady lidí a jejich vývoj a proměnu. Etika bývá ovlivněna tradicemi, výchovou, praxí a vírou dané společnosti. Morálka (z lat. mos – mrav, moralis – mravní) reprezentuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti. Tímto výrazem se zpravidla označuje soubor pravidel uznávané mravnosti. Jednotlivec v souladu s obecným souhlasem pokládá taková pravidla za závazná pro své konkrétní jednání a chování. Aby lidé věděli co je a není mravní, byly vytvořeny mravní kodexy, kterými se lidé řídí. Etika může být rozdělena do různých oblastí (např. etika profesní – lékařská, etika pastorální...). (Haškovcová, 1994, s. 11)

1.1.2 Co je to umírání?

Dalším pojmem, který si musíme objasnit je umírání. Od narození je člověk a vše živé na této Zemi odsouzeno k zániku, tedy k umírání. Je to loučení se se životem, s blízkými osobami a se vším, co měl člověk rád. Již pojem umírání a to, že člověk neví, co bude po smrti, vyvolává v lidech strach. Je to velké neznámo, kterého se lidé odnepaměti báli, ale se svým přesvědčením, vírou a postojem k životu se v různých dobách dokázali s tímto faktem vyrovnat po svém. Hlavně víra měla velký vliv na to, jak se člověk dívá na umírání a smrt. Lidé věřili, že po smrti se ti hodní dostanou do nebe a ti zlí do pekla, a podle toho se také v životě chovali. Víra byla jejich morálním přesvědčením. Pro každého věřícího bylo umírání jakýmsi přechodem do jiného

světa. I v dnešní době věřící a mnozí nevěřící lidé mají určitou představu o tom, že smrtí jejich život tak úplně nekončí, ale pokračuje v jiné formě, na jiném místě. Také způsob, jakým lidé umírají, se liší podle osobnosti člověka a okolností umírání. John Webster v roce 1962 ve své knize Vévodkyně z Malfi píše: „smrt má desetitisíce dveří, kterými lidé mohou odejít“. Každý si přeje zemřít bezbolestně a ve spánku, v kruhu svých nejbližších, ale málokomu se tak poštěstí. Elisabeth Kübler – Rossová popisuje ve své knize O smrti a životě po ní, jak lidé umírají. Lidé se v posledních chvílích života setkávají se svými již zesnulými známými, kteří si jakoby pro ně přišli, aby je převedli do „neznáma“. Mnoho lidí věří, že smrtí vše nekončí.

Umírání dělí Elisabeth Kübler – Rossová do pěti fází:

1. fáze Popírání, izolace

Pokud se člověk dozví negativní diagnózu od lékaře, dostane se do fáze popření, kdy si nechce přiznat, že on je ten, který umírá. Obviňuje okolí, že se proti němu spolčilo, lékař popletl diagnózu a snaží se nacházet jiné lékaře, aby si potvrdil, zda to je či není pravda. Pokud člověk překoná tuto fázi, uchýlí se do izolace a popírá a odmítá své onemocnění. Trvá různě dlouhou dobu, než člověk přijme své onemocnění, záleží na jeho osobnosti.

Sestra musí v této fázi nejdříve navázat s umírajícím kontakt a získat si jeho důvěru, aby bylo možné pokračovat v další ošetrovatelské a léčebné péči. Měla by být pro umírajícího také oporou a trpělivě vyčkat, než umírající tuto fázi překlene. (Kübler – Rossová, 1992, s. 35)

2. fáze Zlosti, agrese

V této fázi pociťuje člověk hněv, že právě jeho potkal takový osud. Má zlost, že on umírá a jiní jsou zdraví a nic je netrápí. Má také zlost na okolí, na lékaře, protože mu nedokáží pomoci, na zdravotní sestry, že nic neumějí, vše dělají špatně, má neradostnou náladu, vidí budoucnost svojí i své rodiny černě, uzavírá se do sebe, ale může vybuchnout, pokud se něco neděje podle jeho představ. Jestliže byl člověk zvyklý o sobě a svém osudu rozhodovat sám, je pro něj velice těžké být odkázán na pomoc druhé osoby, která ho ne vždy pochopí i jeho situaci.

Pokud se pacient nachází v této fázi, měla by mu sestra dát prostor pro odreagování, vybouření svých pocitů a emocí. Neměla by se nad chováním a jednáním umírajícího pohoršovat a moralizovat nebo mu vytýkat jeho chování. Sestra

má mít pochopení a brát s jistou rezervou to, jak se chová a jedná umírající, který se tímto způsobem snaží se svým stavem vyrovnat a bojovat. (Kübler – Rossová, 1992, s. 45)

3. fáze Smlouvání, vyjednávání

Tato fáze je charakteristická smířením člověka s tím, že zemře, ale nechce tuto skutečnost oddálit co nejvíce, většinou do určité události (až syn dostaví dům, než vnuk odmaturuje...). Smlouvá se smrtí. Věří, že je naděje na uzdravení a na zázraky.

Sestra u umírajících v této fázi musí mít maximální trpělivost, citlivě k nim přistupovat, nebrat jim naději na uzdravení a být oporou v těžkých chvílích. (Kübler – Rossová, 1992, s. 74)

4. fáze Deprese

Člověk podstupuje spousty operací, které ho vyčerpávají a nakonec již nemá sílu bránit se skutečnosti. Pokud začíná člověk ztrácet naději a sílu, upadá stále více do depresivního stavu, uzavírá se do sebe a může mít také pocit viny, např. pokud je na něm a jeho práci závislá rodina, což depresi více prohlubuje.

Sestra by měla umět tomuto umírajícímu naslouchat, být trpělivá, pomoci mu urovnat vztahy s rodinou a s jejím zabezpečením. Pomoci umírajícímu najít řešení těžké situace. (Kübler – Rossová, 1992, s. 77)

5. fáze Akceptace

Člověk v této fázi již nepociťuje zlost, ani není v depresivním stavu. Pokud již překonal období, kdy truchlil nad ztrátou svých bližních a věcí, které má rád, přechází do fáze, kdy tiše očekává příchod smrti. Je unaven, zesláblý a pospává. Je to snaha o prodloužení noci, kdy člověk spí, je to únik od reality, nebo rezignace, kdy vzdává snahu žít déle. (Kübler – Rossová, 1992, s. 99)

U tohoto pacienta stačí pouhá přítomnost sestry, pro pocit lidské blízkosti, nebo kontakt sestry s umírajícím, např. držení za ruku, pohlazení. Také rodina umírajícího potřebuje podporu ošetřujícího týmu, ujištění, že je vše v pořádku, že pro umírajícího udělali maximum. Sestra by měla vyslechnout jejich dotazy a problémy, se kterými se svěřují a pomoci jim je řešit a odpovídat na jejich otázky.

1.1.3 Pocity a potřeby umírajících

Pocity umírajícího vyvolávají podněty vnitřního a vnějšího prostředí. K jeho pocitům patří strach, úzkost z neznámého prostředí a vztek, jsou to reakce na stresovou situaci, ve kterém se umírající nachází odloučením od rodiny, svých blízkých a přátel a je vytržen ze svého prostředí. Také bolest se negativně podílí na prožívání umírajícího. V nemocničním zařízení, stejně jako v domácím ošetřování potřebuje umírající lidský kontakt, ale i potřebu soukromí, psychickou podporu a uspokojení základních potřeb, mezi které se řadí i potřeba duchovní. (Mellanová, 1989, s. 36)

Hlavní role zdravotníků u umírajícího:

- nesnažit se zvládnout nežádoucí chování umírajícího, ale poskytnout mu psychickou podporu, být empatičtí (vžít se do pocitů umírajícího)
- vnímat umírajícího jako individuální, svébytnou, neopakovatelnou, lidskou bytost, která nyní potřebuje pomoc a podporu
- zajistit a uspokojit bio – psycho – sociální a duchovní potřeby umírajícího
- navázat s umírajícím důvěryhodný vztah, být k němu upřímní a pravdiví (Mellanová, 1989, s. 47)

1.1.4 Co je to smrt?

Smrtí považujeme konec života. A protože smrt patří k životu, měli bychom ji také tak přijímat. Podle toho, v co člověk věří, odhaduje čas, kdy je již člověk mrtev. Lékař smrt určuje smrtí mozku, věřící člověk ji určuje zástavou dechu, srdeční činnosti a ve víře v posmrtný život je přesvědčen, že duše zemřelého opouští tělo. Smrt je stav, kdy se veškeré pochody v organismu zastavily. „Smrt není překážka, jako život není vítězství“ (Reinhard Abeln, Anton Kner). Smrt je součástí života a každý se musí smířit s tím, že dříve nebo později zemře. V dnešní době je smrt tabu (slovo pocházející z polynéské oblasti a znamená ta – označit, pu – velice intenzivně, z toho se později vyvinulo bu, tedy tabu znamená nedotknutelný, zapovězený, nevyslovitelný, vyloučený ze společnosti). Dříve smrt lidé přijímali jako součást života, sice se jí báli, ale patřili do života. Teprve s rozvojem moderní medicíny se lidé smrti odcizili. Medicína začala prodlužovat život a v člověku se stále hromadil pocit, že je nesmrtelný a medicína je všemožná. Medicína dokáže sice spoustu

onemocnění, dříve smrtelných, vyléčit, ale nedokáže bojovat se smrtí, pouze ji může oddálit. (Haškovcová, 2000, s. 21)

1.1.5 Obecný postoj ke smrti

Ve vztahu ke smrti se mohou lišit i rozumové postoje a emoční odmítání vlastního konce nebo konce druhých lidí. Zralost a integrita osobnosti se projeví, až akceptací vlastní smrtelnosti. Čím je člověk starší, tím více se zabývá tímto tématem. Postoj ke smrti se odvíjí i od zdravotního stavu. Pokud je člověk zdravý není pro něj smrt aktuální. (Vágnerová, 2000, s. 327)

Postoj ke smrti má tři základní složky:

- Citový vztah ke smrti, který bývá vyjádřen strachem a úzkostí, jen vzácně jinými emocemi. S hodnocením smrti jako s žádoucí, se můžeme setkat u starých lidí, kteří prožívají utrpení, ale bývá málo obvyklé.
- Kognitivní složka postoje ke smrti obsahuje vědomosti o úmrtí a vlastní zkušenosti se smrtí. O tuto zkušenost však lidé nemají zájem, proto je tato kognitivní složka velmi slabá. Tento únik od problému, což je jeden ze způsobů obrany člověka, vede k převaze emotivního přístupu ke smrti nad racionálním.
- Chování jedince je ovlivněno emocemi. Člověk se ve vztahu ke smrti a umírajícím lidem snaží vyhnout realitě svým chováním. (Vágnerová, 2000, s. 345)

Faktory ovlivňující strach ze smrti:

- Věk – se stoupajícím věkem strach ubývá.
- Pohlaví – ženy se vyrovnávají s představou smrti snáze a strach umí projevit lépe než muži, kteří o svém strachu nemluví a popírají ho.
- Míra obtížnosti současného života – strach ze smrti se snižuje, pokud je život těžký a naděje na zlepšení nereálná.
- Vyrovnanost s vlastním životem – strach se zvětšuje při představě nesplněné povinnosti (např. zaopatření osoby závislé na umírajícím...).
- Stabilizace hodnot – identifikace s určitým životním názorem snižuje strach ze smrti (náboženská orientace – věřící mají menší strach ze smrti). (Vágnerová, 2000, s. 352)

1.1.6 Klinická smrt

Je to stav, kdy „duše“ opouští tělo a funkce organismu selhávají. Mnoho lidí, kteří klinickou smrt přežili, tak potvrdili, že byli někde vysoko nad svým tělem a měli přehled o svém okolí. Elisabeth Kübler – Rossová popisuje ve své knize O smrti a životě po ní, že smrt není konec, ale přechod do světa plného absolutní lásky a nejbělejšího světla. Lidé v tomto světě jsou opět celí, tedy slepý člověk vidí, chromý člověk může chodit. (Kübler – Rossová, 1997, s. 38)

1.2 Umírání z historického hlediska

1.2.1 Umírání v Egyptě

Pro Egyptany byla smrt velice důležitá. Věnovali větší pozornost mrtvým než živým. Přesto se v době starého Egypta rozvíjela medicína. Měla zde své základy. Egyptští lékaři dokázali léčit různé nemoci. Anatomii lidského těla studovali při mumifikacích, díky kterým získali mnoho poznatků o lidském těle. Ne vždy si však dokázali s nemocí poradit, a ta se pak stávala smrtelnou. Protože v Egyptě lidé věřili, že jejich duše přežije v posmrtném světě jen tehdy, pokud je zachována jejich tělesná schránka, přišli na způsob, jak tělo po smrti zachovat, a tak vznikla mumifikace. V Egyptě se lidé dožívali průměrně 50 – 55 let. Ženy se dožívaly v průměru nižšího věku než muži, příčinou byly těžké porody. (www.faraon.wz.cz)

1.2.2 Vnímání smrti

Smrt pro Egyptany byla důležitá z hlediska jejich víry v posmrtný život. Věřili, že po smrti přijdou do lepšího světa, ale proto musí být zachována tělesná schránka, aby mohla v tom lepším světě přežít jejich duše. Pokud by se tak nestalo, byli by ztraceni, což v nich vyvolávalo strach. Proto každý svobodný člověk v Egyptě byl mumifikován a vlastnil alespoň malý kousek země, kde mohl být pohřben.

V následující kapitole se budeme zabývat umíráním a smrtí v době středověku. Jak lidé smrt přijímali a jak pečovali o umírající. Zmíníme se i o způsobech smrti ve středověku a o černé smrti neboli moru, který byl zkázou pro mnoho lidí. (www.faraon.wz.cz)

1.2.3 Umírání ve středověku

Z etického hlediska mělo umírání v tomto období své klady i zápory. V období středověku byla smrt každodenní součástí života. Lidé se s ní setkávali doma i na ulicích. Každý, i malé dítě, věděl, jak umírající a mrtvý člověk vypadá. Dokonce se smrt stala i zábavnou podívanou, když se konaly popravy. Zda nastala smrt většinou určovali staří lidé, kteří měli již mnoho zkušeností s péčí o umírajícího a mrtvé. Smrt stanovovali pomocí charakteristických příznaků, zástava srdce a dýchání, studené tělo, ztuhlé svaly, zbarvení kůže a mrtvolný zápach. Někdy se však mohlo stát, že byl člověk pokládán za mrtvého a náhle se probudil k životu. Toto pak bylo lidmi označováno za zázrak. Nebylo snadné určit smrt. Probíhala pokaždé jinak, ne vždy zřetelně a jasně.

1.2.4 Péče o mrtvého

Každý člověk doufal, že s jeho ostatky bude zacházeno s úctou. Pietní povinností bylo zatlačit zemřelému oči a zavřít ústa, což prováděli pozůstalí příbuzní a pokud zemřel otec, tak nejstarší syn. Potom následovalo omývání mrtvého, to bylo úlohou žen. Protože zdraví i nemocní lidé spávali většinou nazí, bylo tělo mrtvého obléknuto do rubáše, který si mnozí z nich nechávali ušit ještě za života. Poté byl mrtvý uložen v domě, kde zemřel, na máry. To byla chvíle, kdy se sním mohli pozůstalí rozloučit. Byl také povolán kněz, který se modlil za spasení duše zemřelého. Mrtvý byl okuřován kadidlem a kropen svěcenou vodou. Před smrtí byl umírající okuřován, aby se přehlušil zápach výmětů a po smrti zápach pomalu se rozkládajícího těla. Večer příbuzní a sousedé bděli u mrtvého, aby nikdo nerušil jeho klid. Na znamení smutku nosili pozůstalí černý oděv a plnili dlouholeté tradice, které se dědili po generace. (Ohler, 2001, s. 167)

1.2.5 Pohřeb zemřelého

Zemřelého doprovodila na hřbitov celá vesnice, všichni, kteří ho znali. V otevřeném hrobě byl mrtvý naposledy pokropen svěcenou vodou a po té zasypán prstí. Na hřbitově se četla také závěť a byl určen její vykonavatel. Pohřbít mrtvého byla povinnost pozůstalých a mělo to být provedeno důstojně a s úctou k mrtvému. (Ohler, 2001, s. 173)

1.2.6 Způsoby umírání

Předčasná smrt měla v dřívějších dobách stejnou příčinu jako dnes a tou byla nemoc (zhoubné nákazy), neštěstí, katastrofa, vražda, poprava (potupná smrt) nebo válka. Nehody a katastrofy byly zejména příčinou smrtí u dětí. Z etického hlediska byla umírajícímu poskytnuta péče, kterou potřeboval. Byly uspokojeny jeho potřeby tělesné, psychické a duchovní a umírající byl mezi svými blízkými. Etika měla v tomto období i své stinné stránky, které vyplývaly hlavně z nevědomostí lidí a byly v mnoha ohledech kruté a neetické. Např. týrání nemocných dětí hlady, rodiče zabíjeli děti, které byly zohavené (slepé, chromé, šilhali...) nebo naopak děti nechávali staré rodiče umírat v mrazech a hlady. Konaly se popravy různými způsoby, které měly člověka pobavit, ale i odstrašit od trestných činů. Ani kanibalismus nebyl v době středověku výjimkou. (Ohler, 2001, s. 202)

1.2.7 Černá smrt

Tak byl označován v době středověku mor. Rychle se šířil a měnil myšlenky lidí. Lidé se chovali různě. Docházelo k rozpadu společenských vazeb – rodin. Lidé měli z moru strach a nemocným hrozilo úmrtí hlady. Docházelo k odritualizování smrti. Zemřelé rychle pohřbívali do společných hrobů, které byli vykopány za městem. Ve více vrstvách byli mrtví dáváni do těchto hrobů a zasypáni. V těchto dobách zahynula 1/8 až 2/3 obyvatel Evropy. (Ohler, 2001, s. 304)

1.2.8 Ústavní péče ve středověku

V době středověku začínala institucionalizace péče o umírající. Vznikaly chudobince, chorobince a špitály, ve kterých byla poskytována pomoc potřebným. Byla jim poskytnuta strava, čisté lůžko, teplo a duchovní podpora, protože vznikaly při kláštřích a kostelech, péči jim poskytovaly řádové sestry bez odborného vzdělání nebo ranhojiči. Nemocní nebo umírající byli umístěni do velkých místností s mnoha postelemi, mezi kterými byly úzké uličky a jednoduché noční stolky. V záhlaví postele orientace. Ošetřovatelská péče byla poskytována na laické úrovni, ale sestry ovládaly tradiční techniky léčby. (Ohler, 2001, s. 389)

1.2.9 Přístup ke smrti

Ve středověku se o smrti více mluvilo, smrt se objevovala v básních, na obrazech, neskrývala se a byla vždy přítomna. Byl s ní spojen i strach ze smrti samotné, z trestu v posmrtném životě, strach o spásu duše. Strach byl hodně v lidech podporován církví. Lidé ve středověku se dožívali nižšího věku, umírali bolestněji a pocity viny a strachu z posmrtného trestu byly větší.

Z etického hlediska byl kladem umírání ve středověku fakt, že umírající věděl, jak o něj bude postaráno. Péče o umírajícího se dědila po generace, mladí lidé viděli jak je pečováno o staré. Staří a umírající lidé předávali zkušenosti novým generacím. S umírajícími bylo zacházeno s úctou a bližní se jim snažili poskytnout péči, kterou potřebovali. Ze zkušenosti věděli, co umírající potřebuje. Negativem umírání bylo, že lidé považovali umírání a smrt za zábavu, zejména při popravách, kdy se těšili na podívanou, kterou mělo poskytnout mučení a týraní lidí odsouzených na smrt.

Mnohdy lidé, ale neměli tu možnost umírat mezi bližními, umírali v bídě, hladu, o samotě a na ulicích a nebyl na blízku nikdo, kdo by jim v posledních chvílích života ulehčil trápení a nabídl pomoc.

Středověk ve srovnání s dnešní dobou kladl více důraz na to, aby měl umírající pohodlí, bylo vyhověno jeho přání, a protože byli lidé věřící dbali na to, aby se před svou smrtí smířil s Bohem. Společnost se smrti sice bála, ale smrt byla každý den na blízku, často se s ní ve svém okolí setkávali, proto ji přijali jako součást života a nepozastavovali se nad ní, smrt byla pro ně přirozená. (Ohler, 2001, s. 99)

1.2.10 Domácí model umírání

Tento model umírání byl charakteristický tím, že člověk umíral v kruhu svých blízkých, kteří mu poskytovali péči. Když umírající poznal, že se blíží jeho poslední hodinka a svolal své bližní, aby jim řekl své poslední přání a důstojně se s nimi rozloučil. Potom byl zavolán kněz, který umírajícímu poskytl útěchu, poslední pomazání a umírající uklidněn, očekával smrt. Pokud měl umírající kruté bolesti, které se již nedali laicky zvládnout, byl povolán lékař, který dal umírajícímu morfium. Umírání bylo považováno za sociální akt, při kterém byla rozdělena péče o umírajícího mezi členy rodiny. Psychickou péči zajišťovala víra, kněz a sousedé, kteří nejen umírajícího, ale i příbuzné potěšili vlídným slovem. Tento model umírání měl však i svá negativa. Bylo málo odborných prostředků, které by umírajícímu zmírnily

utrpení a bolesti. Umírajícímu byly hlavně poskytnuty laické ošetrovatelské výkony a péče. (Haškovcová, 2000, s. 64)

1.2.11 Institucionální model umírání

Docházelo k postupnému vývoji nemocniční péče. Zprvu bylo umírajícímu poskytnuto čisté lůžko, teplo, strava a hygienické zázemí. Ošetrovatelské výkony byly poskytovány na laické úrovni řádovými sestrami s bohatými zkušenostmi v péči o umírající a nemocné. Opatrovnická činnost sester se měnila v ošetrovatelskou, která byla podložena dovednostmi a odbornými znalostmi.

Ve 20. století byla zavedena praxe bílé stěny. (viz. Kapitola Etika umírání ve 20. století, str. 16) Zdravotníci byli přesvědčeni, že umírající potřebuje klid, proto byly zakázány návštěvy v nemocnicích, aby nenarušily chod oddělení. Nejbližším příbuzným lékař, po důkladném zvážení, dával propustku, kterou málokterý nejbližší umírajícího využil. Příbuzní byli přesvědčeni, že umírající opravdu potřebuje klid a je v dobré péči zdravotníků. Institucionální péči poskytovali cizí lidé, v cizím prostředí a k umírajícím i ostatním pacientům přistupovali chladně profesionálně. Umírající se neseťkal s lidským přístupem. (Haškovcová, 2000, s. 289)

1.3 Etika umírání ve 20. století

Ve 20. století se rychle rozvíjela medicína a výzkum. Lékaři dokázali léčit nemoci, které byly do té doby smrtelné, hlavně díky objevu penicilinu. Lidé se tak díky novým léčebným metodám dožívali vyššího věku než dříve. Zvyšoval se u nich pocit, že medicína je všemožná a věřili ve svou nesmrtelnost. Smrt se stala tzv. uvězněnou, byla pokládána za ošklivou. Choroba, umírání a smrt byla dávána do souvislosti ze studem. Lidé začali nad smrtí vítězita soustředili se na veselejší a příjemnější věci v životě, než byla smrt.

1.3.1 Umírání v nemocničním zařízení

Dlouhou dobu nebyla umírajícím poskytována odborná pozornost. Vznikla praxe bílé stěny (plenty), která měla ostatní pacienty uchránit pohledu na umírajícího člověka. V tomto století byla tato metoda běžně používána. Měla umírajícímu zajistit klid. Jak se zlepšovala ekonomická situace nemocničního zařízení, byla metoda bílé

plenty nahrazena samostatným pokojem pro umírajícího. Byl tak izolován od společnosti a často umíral sám, mezi čtyřmi stěnami. Lékaři, kteří se nedokázali smířit s tím, že nemohou umírajícímu pomoci, považovali smrt za porážku. Smrt se v této době stala zakázanou a nemluvalo se o ní. Lékaři využívali milosrdné lži (pia fraus), a proto umírající pochopil, až v posledních chvílích života, že umírá. Izolovanost od společnosti, samostatný pokoj, omezené návštěvy, to vše se negativně podepisovalo na psychice člověka, který zemřel dříve duševně než tělesně, nastala u něj tzv. sociální smrt. Institucionální péče byla chladná a odsuzovaná umírajícími. Sestry se snažily vykonávat svou práci, ale bez ohledu na potřebu umírajícího. Nikdo si k němu nepřisedl, aby si s ním popovídal. Byl jen „číslo“ a nikdo neměl zájem zabývat se jeho pocity a potřebami.

Po roce 1989 začaly přicházet do naší republiky nové trendy ve zdravotnictví ze západních zemí. Nemocnice se otevřely veřejnosti, byly povoleny návštěvy, z počátku dvakrát týdně a pak denně, v určité časové době. Zdravotnictví přejalo spoustu nových léčebných a ošetrovatelských trendů, jen v péči o umírajícího stále pokulhává. (Haškovcová, 2000, s. 123)

1.4 Etika umírání dnes

V dnešní době se stává trendem humanizace zdravotnické péče o nemocné a umírající. Člověk je vnímán jako osoba s bio – psycho – sociálními a duchovními potřebami, které pokud nejsou v rovnováze, dochází u člověka k různým onemocněním. I umírající člověk má mít uspokojeny tyto potřeby.

1.4.1 Způsoby umírání

Člověk stále umírá převážně v nemocničním zařízení, kde je poskytnuta péče, kterou potřebuje. Potřeby umírajícího se v dnešní době odvíjejí od jeho životního stylu, typu osobnosti, závisí na prožívání a chování umírajícího. Chování umírajícího může mít agresivní až únikový charakter. Přesto potřebuje lidský přístup, pochopení a sociální zázemí.

Cílem sestry je zajistit umírajícímu dostatečnou celkovou péči, se zaměřením na jeho potřeby a přání navázat s umírajícím kvalitní vztah, který umožní sestře získat toliko potřebných informací o umírajícím a jeho potřebách. Právě nyní se může sestra setkat s umělým prodlužováním života umírajícího s tzv. dystanazií a velmi se

mluví o euthanasii, tedy ukončení života na přání nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.

1.4.2 Dystanázie – prodloužená, zadržovaná smrt

Lidé věří, že medicína je všemocná, dokáže každou nemoc vyléčit, navrátit zdraví a oddálit smrt. Mnohdy je, ale život člověka uměle prodlužován a není brán ohled na to, co si přeje umírající. Bývá to v případech starých, nevyléčitelně nemocných nebo tělesně postižených lidí. Mnoho lidí se přeje zemřít bezbolestně a v klidu, ale např. přístroje, na které je umírající napojen, mu to neumožní a brání jeho klidnému odchodu ze života. Přesto ty samé přístroje dokáží člověka zachránit. Pro zdravotníky je těžké vyrovnat s tím, že již umírajícímu nemohou a nedokáží pomoci. Jsou vyškoleni, aby zachraňovali lidské životy, ale znají etiku, a proto je jejich smíření se smrtí pacientů obtížné. (Haškovcová, 2000, s. 21)

V mnohých případech je nesmyslné, držet člověka uměle při životě, je lepší nechat ho přirozeně a pokojně zemřít, pokud již není možnost uzdravení. Opatření k podpoře života, resuscitace může v kritickém okamžiku rušit, zneklidnit a rozptýlit umírajícího. Umělé udržování života prodlužuje umírání a u umírajícího může vyvolat hněv, zbytečné lpění a zklamání, pokud to nebylo přáním umírajícího. Ale v některých případech může podpůrná resuscitace zachránit život. Umírající v domácí péči může, oproti umírajícímu v nemocničním zařízení, kontrolovat určitým způsobem lékařskou péči.

Z určitého pohledu je prodlužování smrti neetické. Umírajícímu je ubíráno právo na důstojný, klidný a bezbolestný odchod ze života. Proto by v této chvíli měla nastoupit paliativní medicína (medicína zmírňující potíže), která zlepší a zachová kvalitu života umírajícího, ale nebude mu bránit zemřít.

Z právního pohledu je zde rozpor. U lékaře má přání umírajícího menší váhu než přání příbuzných, pokud jsou přání rozdílná. Tím je však upíráno umírajícímu právo na svobodné rozhodnutí o další léčbě, právo na důstojné a klidné dožití a právo na splnění přání, pokud nebude v rozporu se zákonem. Pro lékaře je největší rozpor, mezi etickým a medicínským přístupem k umírajícímu.

1.4.3 Eutanazie – dobrá smrt

Diskutujeme-li o čemkoliv, pak je nutné nejprve jasně vymežit pojmy. Při jakýchkoliv anketách jistě ani dotazující nevědí co to vlastně eutanazie je, a navíc se domnívají, že jsou jen dvě možnosti: buď umírat v nesnesitelných bolestech, anebo „milosrdně“ ukončit život a tak utrpení zabránit. Je svrchovaně urgentní a žádoucí si matení tohoto pojmu objasnit.

Eu (dobrý, normální), thanatos (smrt) – dobrá smrt. Může být vůbec smrt dobrá? A jaká má být, aby pokud možno dobrá byla?

Dnes je třeba ujednotit se v definici eutanazie. Většina autorů současnosti pojem vymezuje v souladu s holandským modelem, a to následovně: Jedná se o úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost. Ukončí-li pacient sám svůj život pomocí rady lékaře, pak se jedná o asistovanou sebevraždu. Je zde tedy vytyčen úmysl zabít, zabití a žádost člověka, která by měla vyjadřovat jeho autonomii.

V důsledku toho je ve většině zemí eutanazie zakázána, pouze v Holandsku, Belgii, v Austrálii a v USA v Oregonu je povolena. Někteří jí schvalují a jiní ji považují za neetickou a odsuzují ji. (Virt, 1998, s. 14)

Eutanazii můžeme rozdělit na:

- Pasivní, kdy za pacienta rozhodne někdo jiný. Tento druh eutanazie se nepoužívá, protože je z etického hlediska nepřijatelný.
- Aktivní eutanazie je prováděna na vlastní a opakovanou žádost pacienta, o ukončení života. Většinou o ukončení života požádají lidé, kteří mají nevléčitelnou nemoc a jejich šance na uzdravení je mizivá. Mají strach z bolestného a dlouhého umírání. U tohoto druhu eutanazie jsou stanovena přísná kritéria, která musí být lékařem dodržována. (Virt, 1998, s. 33)

Kritéria jsou tato:

- opakovaná a dobrovolná žádost o ukončení života
- nesnesitelné fyzické a psychické utrpení
- neléčitelná nebo nevléčitelná nemoc
- sepsaná písemná žádost, která je odeslána etické komisi v nemocnici
- smí o ni žádat pouze člověk starší 16 let

- používají se barbituráty v tabletové formě, což je považováno za humánnější přístup

- v Belgii má pacient, po schválení eutanazie, ještě měsíc na rozmyšlení a promyšlení tohoto kroku (Haškovcová, 1994, s. 203)

Etickou komisi tvoří ošetřující lékař, psycholog, psychiatr, internista a kněz. Komise po zvážení všech důvodů rozhodne zda bude nebo nebude provedena eutanazie a v případě, že se rozhodnou ji provést, je eutanazie vykonána za přítomnosti internisty, chirurga nebo onkologa, který poté sepíše zprávu a předloží ji ke komisi ke kontrole, zda byla eutanazie správně a nebylo pochybeno.

Pozitiva eutanazie jsou:

- ukončení nedůstojného života pacientů, kteří by museli dlouho, v krutých bolestech

umírat

- je levnější než léčba, která by pacienta uměle udržovala při životě pomocí přístrojů,

které by mohly být použity pro pacienty, kteří je více potřebují

- pacienti v trvale vegetativním stavu, tedy ve stavu, kdy funguje pouze mozkový kmen,

mohou být odpojeni na žádost pacienty napsanou před tímto stavem, nebo na žádost

rodiny

V České republice je eutanazie pokládána za trestný čin, kterého by se měl lékař vyvarovat a stejně tak zabránit sebevražedným pokusům, které jsou etickým problémem.

Za eutanazii není považováno:

- odmítnutí pacienta pokračovat v léčbě (operace, ozařování...)

- odmítnutí lékaře pokračovat v léčbě, která by mohla pacienta více poškodit nebo by neměla

smysl (např. metastázy)

- odpojení od přístrojů při prokázané mozkové smrti

- nepokračování v léčbě u těžce poškozeného novorozence s porodní váhou pod 290 g

- nepokračování v léčbě u starých a těžce nemocných lidí, kteří se nechávají v klidu dožít (Haškovcová, 1994, s. 202)

1.4.4 Důstojná smrt

Tímto pojmem je označen důstojný odchod člověka ze života, kdy je umírajícímu poskytnuta péče, zahrnující tlumení bolesti, psychickou podporu a uspokojení potřeb umírajícího. K umírajícímu má být přístupováno s úctou a měla by se zachovat jeho lidská důstojnost. Umožnit umírajícímu kontakt s rodinou a přáteli a jejich důstojné rozloučení. Umírající by neměl zemřít dříve sociálně než fyzicky.

Aby každý pacient (umírající) věděl, jaké možnosti a práva, ve spojitosti se zdravotnictvím a zdravotnickou péčí, byl vytvořen Kodex práv pacientů. Tento kodex práv je znám všem zdravotnickým pracovníkům a zašle na každém z nich, jak bude přistupovat k těmto právům. Práva pacientů (umírajících) určují hranice, které by neměly být překročeny ze strany zdravotníků i pacientů (umírajících). Z etického hlediska je dodržování práv pacientů (umírajících) jen na morálním podkladě. Přesto porušování těchto práv je trestné.

1.4.5 Práva pacientů (umírajících)

Kodex práv pacientů byl vytvořen v roce 1971 v USA lékárníkem Davidem Andersenem. V roce 1972 je asociace amerických nemocnic přijala a od té doby se rozšířil do celého světa. V 80. letech minulého století byla již práva pacientů samozřejmostí ve všech vyspělých zemích a začaly se vytvářet další kodexy práv pro jednotlivé oblasti pacientů (těhotné ženy, handicapované děti, imobilní osoby, umírající lidé...). Etické kodexy práv jsou obměňovány a doplňovány s postupem vývoje medicíny a výzkumu a získáváním nových poznatků o ošetrovatelské péči. (Haškovcová, 1996, s. 17)

Kvůli politické situaci v České republice byl u nás do roku 1989 k vidění, v nemocničních zařízeních, paternalistický vztah zdravotníka a pacienta. Pacient musel poslouchat zdravotníky a nemohl se sám rozhodnout o léčbě svého onemocnění. Odmítal odpovědnost za své zdraví a poslouchal pouze zdravotníky, kteří vše za něj udělali. Lidé neměli důvod o své zdraví pečovat. Také vztah lékaře a sestry nebyl

rovnocenný není dodnes. Po roce 1989 k nám ze západních zemí přicházely nové trendy ve zdravotnictví. A také partnerský vztah pacienta a zdravotníka. Pacient si v dnešní době může určit jak bude léčen, kdo ho bude léčit, a ve kterém zdravotnickém zařízení se bude léčit. Lidé museli přijmout zodpovědnost za své zdraví a více se o něj zajímat. A pro tyto lidi, pacienty, byla napsána práva pacientů:

- Pacient (umírající) má právo na ohleduplnou, odbornou zdravotnickou péči, prováděnou s porozuměním kvalifikovaných pracovníků.
- Pacient (umírající) má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí, služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy rodiny a přáteli. Omezení takového způsobu návštěv může být provedeno ze závažných důvodů.
- Pacient (umírající) má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má býti náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má právo také znát osoby (jména), které se na nich zúčastní.
- Pacient (umírající) má právo na podrobné, jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu nebo experimentu. Písemný vědomý souhlas pacienta je podmínkou k zahájení neterapeutického a terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, bez ohledu na uvedení důvodu z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- Pacient v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- Pacient (umírající) má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce kde se léčí. Pacient (umírající) bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat zdůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen. (Haškovcová, 1996, s. 28)

I umírající lidé mají svá práva, která mají být dodržována zdravotníky. Jejich práva zajišťuje Charta umírajících.

Charta umírajících

Neboli Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, která byla přijata 25.6. 1999 radou Evropy a stará se o ochranu důstojnosti lidských bytostí a práv z ní vyplývajících.

Práva umírajících:

- Neprodužovat uměle život umírajících, jejich bližních a lidí, kteří je ošetřují, ale zkvalitnit jim zbytek života.
- Umírající má odejít ze života důstojně a v klidu, podporován svojí rodinou a přáteli. Prodlužováním délky lidského života nesmí být samoučelným a exkluzivním cílem lékařských praktik, které by měli být zaměřeny především na zmírnění utrpení.
- Chránit důstojnost a mít v úctě nevléčitelně nemocné a umírající. Vytvořit jim vhodné prostředí, ve kterém, jako lidská bytost, může důstojně zemřít.
- Chránit a podporovat bytost odcházející z tohoto světa, která je závislá na této podpoře.
- Akceptovat přístup k paliativní léčbě a účinné léčbě bolesti.
- Více se věnovat psychické, sociální a duchovní potřebě umírajícího.
- Zvážit prodlužování průběhu smrti s použitím medicínských prostředků nebo za účelem sledování možnosti terapie bez souhlasu umírajícího.
- Soustavné vzdělávání a psychologická ochrana pracovníků v sociální a zdravotní sféře v rámci paliativní medicíny.
- Zvýšená pozornost a dostatečná ochrana rodičů a přátel umírajících ve všech rozměrech.
- Zmenšit obavy umírajících ze závislosti na druhých, z toho, že se stanou břemenem pro své bližní, z institucí, kde je úplná závislost.
- Zajistit přítomnost blízkých a přátel.
- Zajistit dostatek zdrojů léčby a péče, sociální podpory.
- Zabránit sociální diskriminaci sociálně slabých osob, osob v agónii a mrtvých, zajistit, aby lidé neumírali v nemocničním zařízení a jinde, v izolaci a opuštění.
- Dostatečná medicínská a psychologická podpora při příznacích blížící se smrti, zabránit sebevraždám umírajících lidí, v důsledku toho, že se cítí břemenem pro své okolí.
- Neprodužovat život umírajícího pokud si to nepřeje.

□ Zajistit dostatek prostředků, zdrojů a fondů pro péči a podporu umírajících lidí.
(Haškovcová, 2000, s.205)

1.4.6 Umístění umírajících do nemocničních zařízení – institucionalizace

Lidé se v nemocničním zařízení rodí a 80% v nich také umírá. Stejně jako se u narození vyskytuje více lidí, mělo by se vyskytovat i při umírání, protože člověk je součástí společnosti a má tento svět také tak opustit. V dnešní době smrti chybí sociální akt a umírající je v tomto období sám.

Do nemocničního zařízení bývají umisťováni umírající z důvodů, že se o ně bližní nemohou, neumí nebo nechtějí postarat. Nemocniční péče je praktická, profesionální, ale stále není lidská. Polidštěná péče o umírající bývá poskytována převážně v hospicích.

1.4.7 Hospic

Slovo hospic pochází z anglického slova útulek, útočiště. Dříve se tak označovala místa, kde si mohli poutníci cestující do Svaté země odpočinout, posílit se na další cestu a byly jim zde ošetřeny rány. Dnes jsou takto označována zařízení, kde se většinou umírajícím lidem dostává bio – psycho – sociální péče.

První hospic svatého Kryštofa byl založen v Londýně V Anglii roku 1969 a jeho zakladatelkou byla sestra Cecile Saunders, která se podílela na zakládání hospiců po celém světě. Ve světě je v dnešní době asi dva tisíce hospiců, z toho ve Velké Británii je jich sto padesát.

V České republice je sedm hospiců po 25 lůžkách. První hospic Anežky České byl založen v roce 1996 v Červeném Kostelci a byl určen pro umírající děti. Na jeho založení se podílelo sdružení Ecce homo Marie Svatošové.

Podmínkou přijetí do hospice je znalost svého zdravotního stavu a péče, která je v hospici poskytována. Jsou zde většinou umisťováni lidé v terminálním stádiu onemocnění. Hospicová péče se snaží zajistit lidem kvalitní zbytek života. Je rozdělena na :

- Lůžkovou péči, když je umírající neschopen pohybu nebo transportu a je umístěn do hospice.

- Stacionární péče spočívá v denním docházení umírajícího do zařízení hospice, ale tento druh péče vede ke zhoršení stavu pacienta a v České republice se tento druh zařízení nevyskytuje.

- Domácí hospicová péče, kdy zaměstnanci hospice docházejí za umírajícím. Výhodou je, že umírající je ve svém známém prostředí, mezi lidmi, které zná. Není tolik stresován jako umírající v nemocničním zařízení. Tato péče může být poskytována odborníky z hospice, kteří vykonávají u umírajícího odbornou péči tzv. Home care. Nebo za umírajícími docházejí dobrovolníci, kteří jim zajišťují nákupy, úklid, povídají si s nimi nebo s nimi chodí na procházky a to je tzv. Home help. (Haškovcová, 2000, s. 49)

Pokud je umírající umístěn do hospice má možnost mít u sebe někoho blízkého, kdo s ním bude sdílet jeho poslední chvíle života. V hospici pracují jak zdravotní sestry, tak dobrovolníci, kteří tam docházejí několikrát týdně.

1.4.8 Umírání doma

V dnešní době je umírání doma a péče o umírající zajištěna agenturami domácí péče nebo domácí hospicovou péčí. Poskytovaná péče odpovídá individuálním požadavkům umírajícího.

Výhody tohoto druhu péče o umírajícího jsou:

- Respektuje v plném rozsahu integritu umírajícího v jeho vlastním sociálním prostředí a individuálním vnímáním kvality života. Posuzuje umírajícího z bio – psycho – sociálního hlediska a aplikuje holistický přístup při poskytování péče.
- Psychická pohoda umírajícího v domácím prostředí a přítomnost blízkých zmírní negativní vliv doprovodných psychických symptomů.
- Nezastupitelnost role umírajícího a blízkých v procesu poskytování péče. Jsou nezastupitelnými členy týmu domácí péče, jejichž společným cílem je zlepšení kvality života umírajícího jeho blízkých.
- Je snížené riziko nozokomiálních nákaz.
- Intenzivní péče ošetřujícího lékaře, ošetrovatelského týmu a dobrovolníků na péči o umírajícího.
- Péče poskytována několikrát denně nebo kontinuálně.

- Je poskytnuta psychická podpora a zmírněno fyzické a psychické utrpení umírajícího a jeho rodiny.
- Využívání moderních metod při tlumení bolesti (farmakologicky, psychologicky) a v celkové péči o umírajícího (oxygenoterapie, umělá výživa...) (Haškovcová, 2000, s.64)

Nevýhody této péče o umírajícího:

- Není ošetřujícím lékařem doporučena, pokud to nedovoluje zdravotní stav umírajícího nebo si to umírající či rodina nepřeje.
- Pokud již není schopna rodina se dále o umírajícího starat, musí být umístěn do nemocničního zařízení. (Haškovcová, 2000, s. 67)

1.4.9 Paliativní medicína

Bývá nejčastěji poskytována v hospicích, kde je do péče o umírajícího zapojena i rodina. Cílem této medicíny je zkvalitnění života a holistický přístup k umírajícímu a jeho rodině. Tato medicína uchovává umírajícímu a jeho rodině emotivní podporu, spirituální pomoc, sociální zázemí, efektivní terapii somatické a psychické bolesti a zaměřuje se na zmírňující péči. Touto péčí by měla být nahrazena léčebná péče, která umírajícího zatěžuje.

Následující kapitola se bude zabývat přístupem ošetřujícího personálu k umírajícím, jak komunikovat s umírajícími a jaké jsou aspekty ošetřovatelské péče z etického hlediska.

1.5 Postoj ošetřujících k umírajícím v dnešní době

Přístup ošetřujících k umírajícím pacientům, prostředí nemocničního zařízení, možnost stýkat se s blízkými osobami, to vše se během let měnilo. Dnešní doba je charakteristická preferencí uspokojování bio – psycho – sociálních potřeb pacientů (umírajících) a nahlížením na pacienta (umírajícího) jako na celek. Proto je trendem dnešní ošetřovatelské péče holistická filozofie a přístup.

Holistický přístup (holismus znamená celkový) je vnímán jako celkový pohled na člověka s jeho bio – psycho – sociálními a duchovními potřebami, které od sebe nelze oddělit, protože by ztratily svůj smysl celku.

1.5.1 Přístup k umírajícím

Přístup sestry k umírajícímu je ovlivněn její osobností a vnímáním své práce. Nejtěžší v ošetrovatelské péči je pro sestru péče o umírajícího. Sestra má znát způsob jak k umírajícímu přistupovat, jak s ním komunikovat a navázat s umírajícím důvěryhodný vztah. Sestra nemá umírajícímu nutit potřebu přijetí vlastního konce, ale pokud si chce umírající o tomto problému pohovořit, měla by ho vždy vyslechnout a pomoci mu uspořádat jeho záležitosti. Důležité je zajistit umírajícímu klid, rozšířit kolem něj pokojnou atmosféru, protože i člověk v agónii vnímá a slyší. V posledních chvílích života nechce být člověk sám, ale chce mít jistotu, že se v případě potřeby může na někoho obrátit. Sestra by měla navázat s umírajícím pravdivý vztah a být k němu upřímná. Pokud chceme s umírajícím komunikovat, měli bychom přijmout jeho vlastní život, povahy a prostředí. Umírající potřebuje naši lásku, přátelství a ujištění o naší přítomnosti. Jednat s ním jako s lidskou bytostí, jako s námi rovným. (Rinpoče, 1996, s. 37)

1.5.2 Psychologická péče o umírajícího

Základem péče o umírajícího je její kvalita. Čím vyšší, tím se umírající cítí lépe. Hlavním prvkem ošetrovatelské péče by mělo být zkvalitnění posledních chvil života umírajícího, zajistit mu maximální fyzickou pohodu a zmírnit bolest. Psychická péče o umírajícího a jeho bližní by měla probíhat současně. (Vymětal, 2003, s. 275)

1.5.3 Psychologická péče o umírající dospělé

Péče se odvíjí od zdravotního stavu umírajícího a jeho životní situace, na kterou musí být brán ohled. V přístupu k umírajícímu by si měla sestra všimnout intelektu a zkušenosti umírajícího. Mladí lidé mívají většinou strach o rodinu nebo o práci. Staří lidé, kteří mají svůj život již za sebou, přijímají smrt jako danou součást jejich života a mívají strach více z umírání než ze smrti, kterou dokáží snáze přijmout někdy ji i vítají, pokud trpí dlouhou dobu. Jejich klidnému umírání brání pocit opuštěnosti a osamělosti nebo boj o život pokud se nerozloučil s bližními a nevyrovnal se se smrtí. Čím je menší naděje na uzdravení, tím více člověk věří v zázrak. Zásady doprovázení umírajícího:

1. Spolupráce s příbuznými, péče o umírajícího a jeho příbuzné.
2. Každodenní psychická pohoda umírajícího, která je zajištěna empirickým (zkušeným) a upřímným rozhovorem s umírajícím a kontaktem s rodinou.
3. Nedirektivní, empatický rozhovor a fyzický kontakt poskytuje umírajícímu citovou podporu a vědomí, že mu jsme k dispozici i jako lidé, ne jen jako ošetřující personál. To vede k posílení a úlevě umírajícího a nemá pocit, že je sám a izolován.
4. Umožnit umírajícímu hovořit o jeho obavách nebo pro něj významných věcech. Přijmout plně, bez výhrad, jeho negativní projevy, nevnucovat mu blízcí se konec, necháme umírajícího, aby sám na toto téma začal hovořit.
5. Respektovat přání a prožívání umírajícího (nechat ho o samotě, přivést nejbližšího příbuzného).
6. Zprostředkovat kontakt s knězem, pokud si ho nemocný přeje, nebo mu tuto možnost navrhnout, pokud cítíme, že je to vhodné. (Vymětal, 2003, s. 279)

1.5.4 Psychologická péče o blízké osoby umírajícího

Psychologická péče spočívá v tom, aby příbuzní viděli vlastní zájem a kvalitní péči ošetřujícího personálu o umírajícího. Povinností ošetřujícího lékaře je vysvětlit příbuzným okolnosti, příčiny a způsob péče o umírajícího. Dále by měl příbuzným umožnit pohovořit o problémech, které je tíží a o jejich roli u umírajícího. Ošetřující personál by měl příbuzné podpořit, povzbudit je a porozumět jim. Příbuzné je také možné zapojit do ošetřující péče o umírajícího, kdy umírajícímu zajistí fyzický kontakt a získají pocit, že pro něho mohli něco udělat. Sestry i lékař by měli citově příbuzné podporovat a upozornit je na nutnost pomoci umírajícímu při vzpomínání, bilancování života, vyjasnění dřívějších sporů, smíření se, což vede k hodnotnému rozloučení. Tato fáze bývá pro příbuzné větší zátěží než pro umírajícího. Součástí tohoto rozloučení může být i vzpomínání na pozitivní období života umírajícího. Umírající často vycítí blízcí se konec a právě v této chvíli nastává vhodný okamžik pro rozloučení. Sestra by měla pro tuto příležitost zajistit umírajícímu a příbuzným soukromí a ujistit je, že pláč je přirozený. Je důležité zajistit, aby příbuzní nebránili umírajícímu zemřít, ale ujistili ho, že vše je v pořádku a nemusí dále žít. (Vymětal, 2003, s. 279)

1.5.5 Psychologická péče o pozůstalé

Pro pozůstalé je nejtěžší vyrovnat se s úmrtím blízkého člověka a bývá na prvním místě rodinných záležitostí. Pokud se smrt člena rodiny očekávala, jsou příbuzní v kontaktu s lékařem. Pokud se u pozůstalých vyskytne abnormální chování, psychopatologické projevy nebo zdravotní potíže je nutná péče a lékařská pomoc.

Při náhlém, nečekaném úmrtí může dojít u pozůstalých k depresivním stavům, psychotickým projevům (euforie, bludy...) nebo k dekompenzaci somatického stavu. Reakce pozůstalých na úmrtí blízké osoby je různá.

Psychologická první pomoc pozůstalým spočívá v poskytnutí citové podpory, porozumění a v projevu účasti, které vyvolají u pozůstalých pocit, že nejsou sami, prožijí akutní žal a uleví se jim, vyrovnají se s danou situací.

Při očekávaném úmrtí se příbuzní za pomocí lékaře připravují na odchod umírajícího. Pokud stav umírajícího trvá delší dobu, dochází u příbuzných k celkové fyzické i psychické vyčerpanosti. Když umírající zemře je to pro příbuzné, v této situaci, velká úleva. Pokud příbuzní pečovali o umírajícího, je u nich zkrácena doba truchlení a lépe se s touto situací dokáží vyrovnat. Úmrtí, které není doprovázeno truchlením, může u pozůstalých způsobit dlouhodobý stav deprese, tzv. karbované deprese.

Pozůstalým je třeba poskytnout možnost opakovaných rozhovorů o tom, co je tíží a být jim k dispozici. Sestra by neměla bránit pozůstalým v projevech citů, ale vést je k uvolnění. Zaujetí empatického a chápavého postoje sestry vede k úlevě příbuzných, kteří si vše vyjasní a srovnají. (Vymětal, 2003, s. 281)

1.5.6 Dnešní postoje sestry k umírajícímu

Postoj sestry k umírajícímu se odvíjí od jejího pohledu na umírání a smrt a pochopení její podstaty. Sestra získává praxí více zkušeností, setkává se s umírajícími lidmi, kteří ji určitým způsobem poznamenají. Sestra si uvědomí blízkost smrti a svou smrtelnost. Také ji může vést setkání s umírajícím k přesvědčení, že smrt je něco, co by nejraději odstranila za svého života. Některé sestry přesto nechtějí vzít fakt blízkosti smrti na vědomí a první setkání s umírajícím v nich zanechá velmi negativní pocity, se kterými si nemusí umět poradit.

1.5.7 Povinnosti sestry

Sestra uspokojuje bio – psycho – sociální potřeby umírajících a ostatních pacientů. Přijímá umírajícího jako individuální bytost, která má svá práva. Umírající je osobnost se specifickým životním stylem a vlastním žebříčkem hodnot. Proto k němu sestra musí přistupovat s úctou a zajistit mu důstojné podmínky. Povinností sestry je také práva umírajícího hájit před veřejností a v soukromí. Za svá rozhodnutí a chování musí nést sestra zodpovědnost. Veškeré získané vědomosti by měla sestra použít k poskytování pomoci a odborné péče umírajícímu. Tím usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče o umírajícího.

Předpokladem sestry pro vykonávání péče o umírajícího jsou odborné a morální znalosti a neustálé vzdělávání se. Pomáhá svým příkladným chováním zavádět mravní zásady a kritéria ošetrovatelské praxe. Podílí se na zlepšení sociálních, ekonomických, pracovních podmínek pro péči o umírající v ošetrovatelství. Aktivně se podílí na ochraně zdravotnictví a zvyšování kvality ošetrovatelské péče o umírající. Vše co sestra dělá, záleží na jejím vnitřním cítění, morálních předpokladech, svědomí a lásce k lidem. Sestra musí zachovat profesionální, ale lidský přístup k umírajícím pacientům.

1.5.8 Komunikace s umírajícím

V dnešní době lidé neumějí komunikovat s umírajícím. Bojí se a nevědí o čem s umírajícím hovořit. V rozhovoru s umírajícím je možné použít verbální a neverbální (slovní a mimoslovní) prostředky komunikace. V některých případech, kdy již nemůže umírající komunikovat, převládají spíše prvky neverbální komunikace.

1.5.9 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace patří k nejdůležitějšímu způsobu, jak vyjádřit autentický (pravdivý) postoj. Do jejího komplexu patří mimika, pohled očí, doteky a celkový postoj.

Důležité je, aby výraz tváře (mimika) odpovídal tomu, co se snažíme vyjádřit. Pokud chceme pomoci jinému člověku, musíme být pravdiví. Při rozhovoru s umírajícím bychom měli udržovat oční kontakt ve stejné úrovni. Sestra by se měla k umírajícímu posadit, aby jejich oči byly ve stejné výši a postoj sestry tak nepůsobil

nadřazeně. K dotekům patří držení za ruku, které může napomoci navázání kontaktu s umírajícím, může mu však být také nepříjemné, a proto by měla sestra zvážit, kdy je to vhodné. K dalšímu doteku patří pohlazení, které vyjádří to, že s umírajícím soucítíme a jsme ochotni ho vyslechnout.

1.5.10 Verbální komunikace

Verbální komunikace je důležitá k získání důvěry umírajícího k ošetrovatelské péči a léčbě, ke snaze zvládnout krizovou situaci. Mimo důvěry lze verbální komunikací utišit bolest, dát mu najevo, že není sám a jeho problémy nám nejsou lhostejné. Pokud se zhoršuje stav umírajícího měl by být veden rozhovor k přijetí pravdy, ale neměli bychom začínat rozhovor o smrti, pokud jej nezačne sám umírající.

Zásady vedení rozhovoru s umírajícím

- o Citová účast na rozhovoru. Umírající je velmi citlivý na naše chování a postoj k němu. Testuje nezdolnost, sílu postoje ke smrti, míru bezradnosti ošetrovatelského personálu velmi podrobně.
- o Opravdovost ochoty jít s umírajícím kus cesty. Umírající klade spoustu otázek, které ho trápí a z odpovědi pozná, zda rozhovor s ním myslíme vážně nebo ne, pak ho ukončí.
- o Autenticita neboli hodnověrnost, opravdovost rozhovoru. Je možné do určité míry získat praxi v jednání a mluvení s lidmi. Pokud se z toho stane rutina má to své klady i zápory. Je vnesen řád, ale také neosobní atmosféra, která se nemění, ale lidé jsou jiní a jejich pohled na smrt se různí. S umírajícím mluvíme obecně i konkrétně o jeho pocitech i o jeho starostech.
- o Pravdivost rozhovoru je k získání důvěry důležitá. To, že nemluvíme pravdu, ale nemusí být spojeno s důvěrou. Pravdu můžeme sdělit chladně, nezúčastněně nebo apaticky, ale také s porozuměním, s účastí na emocionálním stavu, s láskou a s laskavostí.
- o Tolerance, snášenlivost je ve vztahu lidí důležitá stejně tak ve vztahu sestry a umírajícího. Nemoralizovat, neopravovat umírajícího, nevnučovat mu naše pojetí a představy. Akceptovat ho jaký je, snášet ho a dát mu větší míru svobody.

Vedení rozhovoru:

- ~ nepoužívat hluboké, rozsáhlé filozofické a teologické diskuse
- ~ podstatou rozhovoru je klid, jistota, naděje, souladverbální a neverbální komunikace
- ~ vzájemné porozumivé mlčení
- ~ středem je vždy umírající, je na něj zaměřena veškerá pozornost, k jeho emotivnímu stavu, potřebám, úzkostem, přáním
- ~ hlavní je umět naslouchat, ne mluvit
- ~ být připraveni na to, že umírající může zavést rozhovor na téma, které ho trápí a potřeboval by je vyřešit.
- ~ není důležité jen poslouchat, ale také taktně, nenásilně a s citem usměrňovat umírajícího v hovoru, hlavně při rozhovoru s knězem

Chyby vedení rozhovoru:

- ~ vyhýbání se odpovědí na otázky, moralizující odpovědi, zobecňující nebo věcné odpovědi
- ~ pocit nadřazenosti nad umírajícím
- ~ při naslouchání je nebezpečí, že se zaměříme více na obecné a věcné, než na emocionální a pro umírajícího osobně závažné věci

Poslední rozhovor zdravotníků s rodinou

tento rozhovor je důležitý a proto by se měli zdravotníci vyvarovat některých chyb, které mohou nastat.

□ Pozůstalí chtějí být ujištěni, že smrt byla klidná a bezbolestná. Lékařem mají být ujištěni, že bylo uděláno vše, co bylo v jejich možnostech a sestra byla u umírajícího stále přítomna.

□ Lékař by si měl s pozůstalými pohovořit, doprovodit do pietní místnosti, kde se mohou se zemřelým rozloučit. Poté s pozůstalými sestra sepíše potřebné dokumenty. (Haškovcová, 1990, s. 167)

Kondolence

Je vyjádření soustrastí nad ztrátou blízkého člověka. Je třeba najít vhodný okamžik, kdy pozůstalým kondolovat. Pozůstalí se po oznámení úmrtí dostávají do

fáze ohlušení, kdy ještě nepochopili, že blízká osoba již nežije. V této fázi nedokáží přijmout projev soustrasti. Tato fáze trvá asi 3 – 5 dní, a to od úmrtí do pohřbu, kdy si pozůstalí uvědomí ztrátu blízkého člověka. Vhodným pro kondolenci bývá den pohřbu nebo dny po pohřbu. (Haškovcová, 1990, s. 173)

1.5.11 Etika sestry

Etika sestry je dána Etickým kodexem sester, který byl sestrami přijat ve Frankfurtu nad Mohanem v roce 1973. České sestry se prostřednictvím svých asociací k těmto kodexům hlásí od roku 1989. etický kodex slouží sestřím k informovanosti o nových trendech, požadavcích a potřebách v ošetrovatelské péči. (Haškovcová, 2002, s. 106)

1.5.12 Etika ošetrovatelské péče

Etika ošetrovatelské péče spočívá v dodržování etických norem, kterými by se měli řídit zdravotničtí pracovníci a zároveň dodržovat práva pacientů (umírajících). Záleží na sestře, jaký si dokáže vybudovat vztah s umírajícím, jak k němu bude přistupovat, zda bude brát ohled na jeho potřeby a přání nebo se k jeho potížím postaví zády. Vše závisí na přístupu a komunikaci mezi sestrou a pacientem (umírajícím).

Etické normy ošetrovatelského povolání sestry

- Sestra si váží každého jednotlivce jako lidské bytosti, která má svou hodnotu, důstojnost a neohlíží se na pohlaví, věk, rasu, náboženství, kulturu nebo ekonomické postavení.
- Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám a jiným skupinám udržet nebo dosáhnout zdraví.
- Sestra podporuje prostředí bez nebezpečí, aby se mohlo dosáhnout spokojenosti, zdraví a uzdravení nemoci.
- Sestra využívá vědecké poznatky k rozhodování v ošetrovatelské praxi.
- Sestra vykonává vhodné zákroky a léčebné výkony, aby pacientovi (umírajícímu) ulevila v období nemoci, v zotavení se z nemoci a přispěla k důstojnému umírání.

- Sestra hodnotí, jak účinná je ošetrovatelská péče prostřednictvím subjektivního a objektivního stavu pacienta (umírajícího) a výsledků ošetrovatelského procesu.
- Sestra pomáhá pacientům (umírajícím) udržovat a dosahovat rovnováhy mezi potřebami osobního růstu a optimálními funkcemi.
- Sestra odhaluje změny zdravotního stavu a odchylky od optimálního rozvoje.
- Sestra je povinna neustále se vzdělávat, zvyšovat svou profesionální úroveň a přispět k profesionálnímu růstu druhých. (Haškovcová, 2002, s. 110)

1.6 Vliv umírání na psychiku sestry

Pro sestru je péče o umírajícího velmi náročná fyzicky i psychicky. Je to situace, se kterou se denně setkává a vyžaduje její plné nasazení. Umírající musí mít pocit, že je o něj pečováno s pochopením a sestrám není lhostejný jeho stav. Je to ošetrovatelsky nejnáročnější a nejsmutnější povinnost sestry. U umírajícího dochází ke změnám chování a dostává se do fáze agónie, kdy se snaží z posledních sil bojovat se smrtí. Péče sestry nekončí jen zkvalitněním života umírajícího, ale dále pokračuje péčí o mrtvé tělo, které je nutné omýt, odstranit cizí tělesa, které sloužily k zajištění životních funkcí nebo výživě, obvazy, přelepit oči čtverci mulu, podvázat bradu i končetiny, tělo označit. Poté sestra sepíše věci a majetek, který měl zemřelý u sebe. Provede záznam o jeho úmrtí a oznámí to rodině telefonicky a telegraficky.

Další zatěžující situací pro sestru je setkání s příbuznými zemřelého, kteří potřebují vyjádřit podporu a pochopení, protože je to pro ně těžká situace, se kterou se musejí vyrovnat.

Aby se u sestry, poskytující umírajícímu maximální péči, neobjevily známky vyčerpanosti (syndromu vyhoření), bylo v anglických hospicích vypracováno šestnáctero rad, jak se zachovat, aby k syndromu vyhoření nedocházelo.

Šestnáctero:

- Buď sama k sobě mírná, laskavá a vlídná.
- Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat změnám, ne zcela měnit druhé lidi. Můžeš změnit sama sebe, ne však je.
- Najdi své útočiště, kam by ses mohla uchýlit do klidu a samoty v případě potřeby uklidnění a usebrání.

- Druhým lidem buď oporou, povzbuzením, neboj se je pochválit, když si to i trošku zaslouží. Ve stejné míře se nauč přijímat povzbuzení i pochvalu od druhých.
- Uvědom si, že je zcela přirozené v tváři v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme svědky, cítit se někdy zcela bezbrannou, bezmocnou, připust' si tuto myšlenku. Být pacientům a příbuzným na blízku, pečovat o ně je někdy důležitější než cokoliv jiného.
- Snaž se změnit způsoby, jak co děláš. Zkus to, co děláš, dělat jinak.
- Zkus poznat jaký je rozdíl mezi dvěma druhy naříkání, kdy jedno zhoršuje již těžkou situaci a druhé bolest a utrpení tiší.
- Když přijdeš domů soustřeď se na něco pěkného, dobrého, co se ti podařilo navzdory všemu, v práci udělat.
- Povzbuzuj sama sebe, posiluj se, nevykonávej ryze technické práce, zapoj vlastní iniciativu, tvořivost, něco si sama vymysli.
- Využij pravidelně povzbuzujícího vlivu dobrých přátelských vztahů v pracovním kolektivu, i jeho vedení jako sociální opory, jistoty, nadějného směřování života.
- Ve chvílích volna, přestávek při styku s kolegy se vyhýbej rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání.
- Plánuj si chvíle útěku během týdne, nedovol, aby ti je někdo či něco překazilo.
- Nauč se říkat „rozhodla jsem se“, říkej „nechci“.
- Neuč se říkat ano i ne. Když řekneš ne, jakou hodnotu má tvé ano?
- Netečnost, rezervovanost ve vztahu k druhým lidem je nebezpečnější nadělají více zla, než připuštění si skutečnosti, že více se již dělat nedá.
- Raduj se, směj se často a ráda, hraj si. (Kübler – Rossová, 1992, s. 211)

Aby se sestra dokázala vyrovnat se situacemi, se kterými se denně setkává, musí se naučit najít si chvíli, kdy nebude na nic myslet, odpočinout si a získat nové síly do další práce. Jinak u ní může dojít k úplnému psychickému a fyzickému vyčerpání a nebude schopna poskytnout umírajícímu a ostatním pacientům takovou kvalitu péče, kterou potřebují. Práce sestry ji nebude naplňovat a bude ji vykonávat více z nutnosti, než z vlastního přesvědčení pomoci lidem. Ovlivní to jak její chování, tak přístup k umírajícím, k pacientům, ale i kolegům, rodině i přátelům. Nebude schopna vykonávat práci sestry.

1.6.1 Strach ze smrti

Strach ze smrti je přirozený a biologicky daný každému člověku. Když člověk pociťuje blízkost smrti, dostavuje se u něj pocit úzkosti, protože v tu chvíli nedokáže najít oporu sám v sobě. Z psychologického hlediska je lidská individualita a autonomie doprovázena prožitkem osamělosti v krizových životních situacích. Na tom se také podílí nekvalitní hodnotová orientace lidí, která nemůže dát smrti smysl. Často se dostavuje u lidí s konzumní orientací bez duchovního zaměření. Svůj podíl na strachu ze smrti má i její tabuizace, a tak se na ni nemohou lidé připravovat. (Vymětal, 2003, s. 27)

Strach ze smrti blízkých

Je to přirozený pocit, kdy má člověk strach z něčeho neznámého. Sestru může tento pocit velmi ovlivnit v přístupu k umírajícím.

Zdrojem strachu může být:

1) Vlastní smrtelnost a smrtelnost bližních

Pokud se sestra nedokáže vyrovnat s tím, že smrt opravdu je, umírající pacient jí tuto skutečnost připomene. Sestra se potom musí tento fakt přijmout.

2) Pocit selhání ve spojení s bezmocností

Některé sestry mohou vnímat smrt pacienta jako své selhání, mají pocit viny a tyto situace se stále opakují, při kontaktu s umírajícím.

Strach ze smrti může být různý. Odvíjí se od osobnosti sestry a od jejího uvědomění si přítomnosti smrti. Strach ze smrti můžeme rozdělit na :

1. Vědomý, kdy lze o něm otevřeně hovořit. Sestra, která má vědomý a reálný strach ze smrti, se o umírajícího dokáže lépe starat. To, co si pravdivě uvědomuje snáší klidněji a snadněji. Vše má pod rozumovou kontrolou.

2. Neuvědomělý strach, kdy sestra může pociťovat všeobecnou nebo zvýšenou úzkost, záleží na osobnosti sestry. Sestra se pomocí psychických obranných mechanismů vyrovnává ze situací a jejich vlivem zaujímá k umírajícímu určitý postoj:

- a. vyhýbá se kontaktu s umírajícím a jeho blízkými
- b. přistupuje k umírajícímu jako k věci, objektivizace umírání
- c. únik do nadměrné činnosti, hyperaktivita

Tyto neuvědomělé postoje ke smrti a umírání by si měla sestra uvědomit a smířit se s vlastní nesmrtelností. Pokud je sestra věřící, je lépe pro tyto situace vybavena svou hodnotovou orientací. Ani sestřím věřícím se však nevyhýbá syndrom vyhoření a pokud mají strach ze smrti, setkání s umírajícím člověkem je znepokojí.

Proto vznikají v nemocničních zařízeních balintovské skupiny nebo supervizí semináře, které mohou sestřím poučit se ze zkušeností druhých sester a promluvit si o problému, který je trápí. Také pomocí vizualizace, což je imaginativní psychologický prostředek, si sestry pod odborným dohledem mírné relaxaci představují spojení s koncem života. Tato metoda jim může pomoci lépe se vyrovnat se smrtí. Další metodou, jak se se smrtí vyrovnat, je otevřená komunikace. Přinese sestřím úlevu, vyjasní jim situaci. Tyto metody by měli být dostupné na všech pracovištích, kde se zdravotníci setkávají se smrtí. (Vymětal, 2003, s. 273)

2 Empirický výzkum

2.1 Metodika

Předmětem bakalářské práce bylo zmapování postojů zdravotních sester pracujících v intenzivní péči k etickým aspektům umírání.

2.1.1 Výzkumný problém, výzkumné cíle, hypotézy

Cíle

C1 – zjistit, zda jsou sestry schopny navázat kontakt s umírajícím

C2 – zjistit znalosti sester o problematice eutanazie

Hypotézy

H1 - předpokládám, že sestry znají klasifikaci psychické hyperboly umírání podle Elizabeth Kübler-Rossové

H2 - předpokládám, že na změnu chování závažně nemocného (umírajícího) citlivě reagují více sestry z praxí vyšší 5 let než sestry s praxí pod 5 let

H3 - předpokládám, že hovořit s nemocným (umírajícím) a jejich blízkými je více nesnadné pro sestry z praxí vyšší 5 let než pro sestry s praxí pod 5 let

H4 – předpokládám, že eutanazie je pro sestry více důvod ke vzdělávání než zjišťování jednoznačného stanoviska

2.1.2 Charakteristika vzorku

Průzkumný vzorek tvořily sestry z Všeobecné fakultní nemocnice, Fakultní nemocnice Motol, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice Na Bulovce. Byly to sestry různého věku, pohlaví, pracující různě dlouhou dobu na resuscitačních odděleních, jednotkách intenzivní péče, koronárních jednotkách, dialyzačních jednotkách, jednotkách chronické resuscitační péče a intermediální péče.

2.1.3 Metody a prostředky průzkumu

Pro svoji diplomovou práci jsem sestavil originální dotazník. Otázky jsou zaměřeny na jednotlivé cíle a hypotézy výzkumu. Některé otázky jsou uzavřené, jiné záměrně otevřené pro ověření znalostí a jasné potvrzení či vyvrácení hypotéz. V úvodu jsem

respondentky a respondenty seznámil s účelem dotazníkového šetření. Seznámil jsem je, jak mají dotazník vyplnit, a že účast na výzkumu je dobrovolná, výsledky dotazníku jsou anonymní a budou sloužit jen ke studijním účelům.

Dotazník obsahuje celkem 15 otázek. Je rozdělen do 4 částí. První část dotazníku – otázky 1 až 5 jsou zaměřeny na demografické údaje. Druhá část dotazníku – otázky 6 až 9 jsou zaměřeny na schopnost sester navázat kontakt s umírajícím. Třetí část – otázky 10 až 15 jsou zaměřeny na postoje a vědomosti o eutanazii. Čtvrtá část – otázky 16 a 17 se zaměřili na osobní postoje sester k životu.

2.1.4 Předvýzkum

Předvýzkum jsem provedl se 16 respondenty z resuscitačního oddělení ve zdravotnickém zařízení v Příbrami. Všichni respondenti otázkám rozuměli, dle jejich odpovědí jsem zvolil nabídnuté možnosti. Otázky č. 8 a č. 14 jsem ponechal otevřené.

2.1.5 Zpracování získaných informací z dotazníkového šetření

Po ukončení sběru dat, jsem získaná data uložil do počítače. Data jsem zpracovával pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel 2003 a Microsoft Office 2003. Po zpracování a uložení všech údajů do počítače, jsem vyhodnotil každou jednotlivou otázku samostatně. Dále jsem si vytvořil soubory k vyhodnocení cílů a hypotéz. Sestry jsme rozdělili do dvou skupin, a to podle délky praxe na jednotce intenzivní péče u prvního cíle výzkumu. Druhý cíl jsme si stanovili pro celou skupinu sester.

2.1.6 Popis průzkumného postupu

Po prostudování literatury, statistických dat jsem vytvořil výzkumný problém.

Poté jsem přistoupil k výběru pracovišť, na kterých bude výzkum probíhat. Oslovil jsem 12 pracovišť. Na všech oslovených pracovištích jsem nejdříve požádala ústně či emailem vedení jednotlivých klinik o souhlas s výzkumem na jejich oddělení. Souhlas hlavní sestry ze Všeobecné fakultní nemocnice jsem obdržel elektronicky. Ostatní pracoviště nežádala písemné prohlášení.

Celkem jsem rozdál 142 dotazníků, ale zpět se vrátilo pouhých 111. U jednotlivých otázek jsem zjistil počet odpovědí, vyhodnotil jsem výsledky jednotlivých otázek. Poté jsem výsledky shrnul a provedl srovnání, zda se hypotézy potvrdily či nikoliv.

2.1.7 Lokalizace sběru dat

Průzkum proběhl v těchto fakultních nemocnicích v Praze

- a) Všeobecná fakultní nemocnice – 37 respondentů
- b) Fakultní nemocnice Královské Vinohrady – 28 respondentů
- c) Fakultní nemocnice Motol – 21 respondentů
- d) Fakultní nemocnice Bulovka – 17 respondentů

2.1.8 Výsledky průzkumu a jejich vyhodnocení

Získané výsledky k cílům a hypotézám:

C1 – zjistit, zda jsou sestry schopny navázat kontakt s umírajícím

H1 - předpokládám, že sestry znají klasifikaci psychické hyperboly umírání podle Elizabeth Kübler-Rossové

H2 - předpokládám, že na změnu chování závažně nemocného (umírajícího) citlivě reagují více sestry z praxí vyšší 5 let než sestry s praxí pod 5 let

H3 - předpokládám, že hovořit s nemocným (umírajícím) a jejich blízkými je více nesnadné pro sestry z praxí vyšší 5 let než pro sestry s praxí pod 5 let

C2 – zjistit znalost sester o problematice eutanazie

H4 – předpokládám, že eutanazie je pro sestry více důvod ke vzdělávání než zjišťování jednoznačného stanoviska

Rozdělení respondentů podle pohlaví

Tabulka č. 1

muži	ženy
7	104

Celkem se průzkumu zúčastnilo 104 žen a 7 mužů.

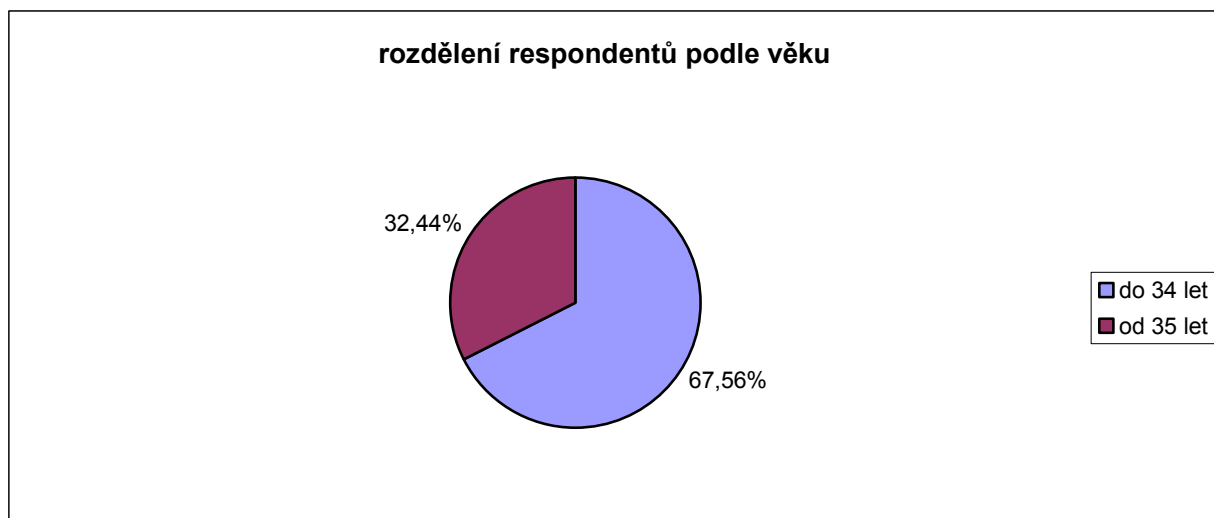
graf č.1



Rozdělení respondentů podle věku

Věk dotazovaných se pohyboval v rozmezí od 20 let do 63 let. Vzhledem k tomu, že věk dotazovaných neměl vliv na výsledky průzkumu, rozdělili jsme je v následujícím grafu č.2 na dvě složky, věková kategorie do 34 let a od 35 let výše.

graf č.2



Rozdělení respondentů podle vzdělání

Tabulka č. 2

sš	VZŠ	Bc.	Mgr.
59	37	12	2

Na jednotkách intenzivní péče, jak již nastínil předešlý graf č.2, jsou zaměstnány sestry více se středním nebo vyšším středoškolským vzděláním než sestry s vysokoškolským vzděláním. Ani tento parametr nebyl předmětem průzkumu, jen nám nastínil možné alternativy důvodu potvrzení či vyvrácení hypotéz.

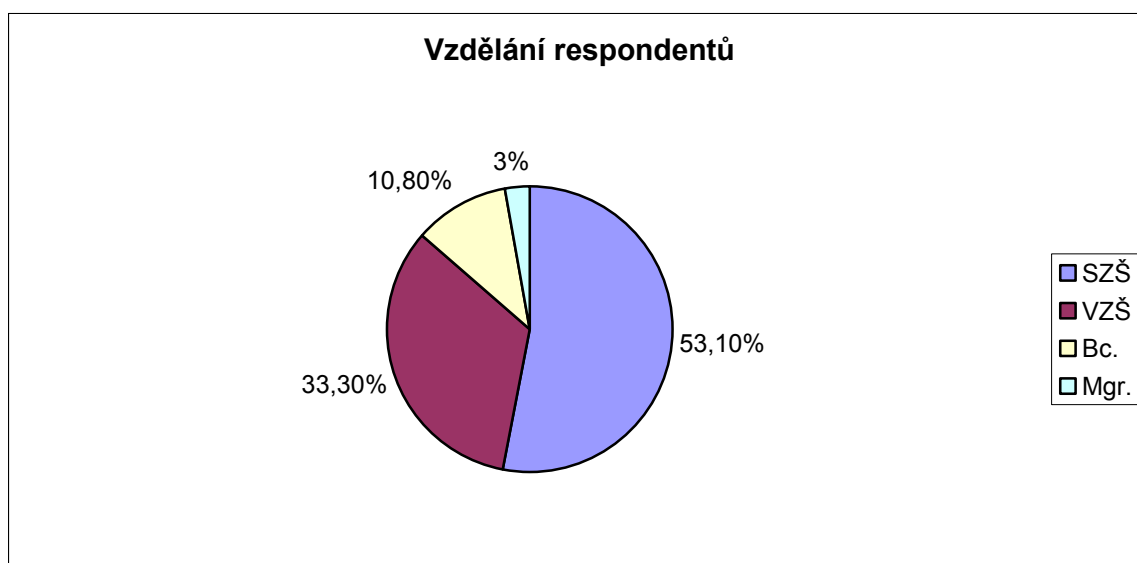
Ke středoškolskému vzdělání se přihlásilo 59 respondentů.

K vyššímu středoškolskému vzdělání se přihlásilo 37 respondentů.

K bakalářskému titulu se přihlásilo 12 respondentů.

K magisterskému titulu se přihlásili 2 respondenti.

graf č.3



Obor, ve kterém respondent pracuje, jsme rozdělili do pěti skupin. V každém případě se jednalo vždy o jednotku intenzivní péče, alespoň se řadila do oddělení akutní medicíny.

Jednotka intenzivní péče, koronární jednotka – 49 respondentů

Anesteziologicko – resuscitační oddělení – 35 respondentů

Chronická resuscitační péče – 10 respondentů

Dialyzační jednotka, intermediální péče – 17 respondentů

Rozdělení respondentů podle délky praxe.

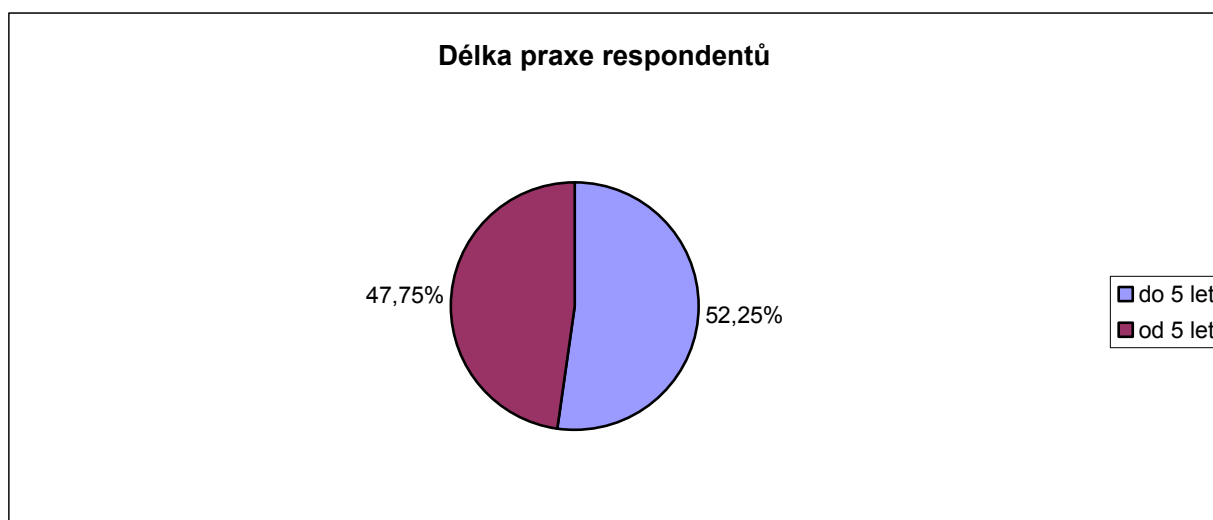
Rozdělení respondentů podle délky praxe mělo pro náš průzkum klíčový význam pro stanovení hypotéz. Podle výsledků vyplývajících z průzkumu, se ho účastnilo 58 respondentů z praxí na jednotkách intenzivní péče do 5 let a 53 respondentů z praxí vyšší, což odpovídá trendu, který je v současné době vidět na všech jednotkách intenzivní péče. Můžeme tedy konstatovat vyrovnanost a validitu porovnávacích skupin, které nám sloužily ke stanovení hypotéz.

Rozdělení respondentů podle délky praxe na jednotce intenzivní péče

Tabulka č. 3

Délka praxe na IP do 5 let	Délka praxe na IP od 5 let výše
58	53

graf č.4



Cíl č. 1 : Zjistit, zda jsou sestry schopny navázat kontakt s umírajícím.

Hypotéza č.1: Předpokládám, že sestry znají klasifikaci psychické hyperboly podle Elizabeth Kübler-Rossové. K této hypotéze se vztahuje otázka č. 6 v dotazníku.

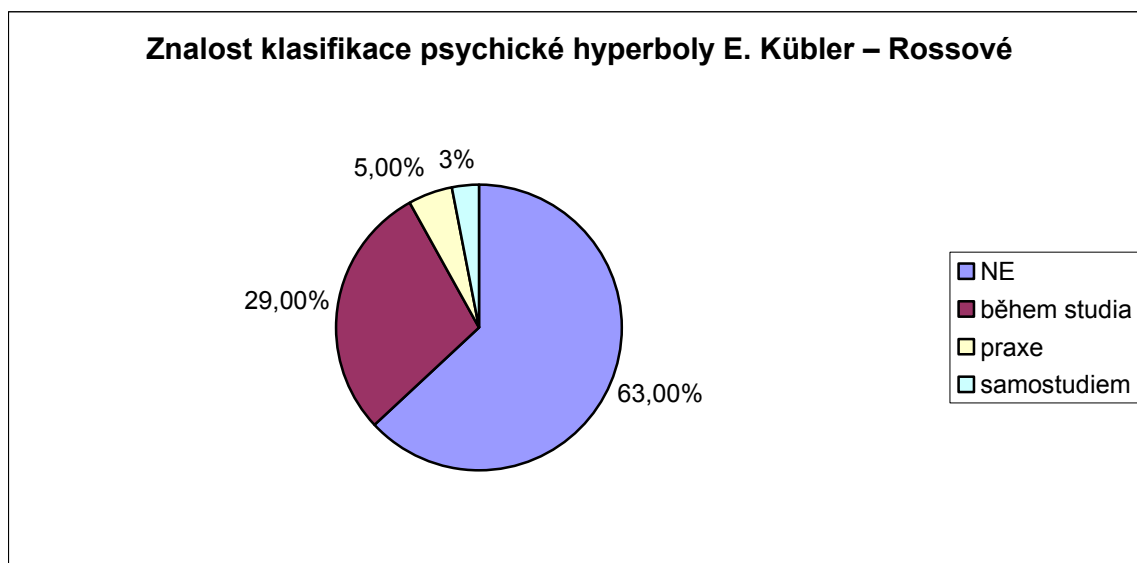
Otázka č.6: **Měl/a jste možnost se seznámit s klasifikací psychické hyperboly umírání podle Elizabeth Kübler-Rossové? Jestliže ano, kdy?** Na tuto otázku odpovědělo 100 respondentů. Z toho 63 respondentů odpovědělo, že ne. Během studia se s ní setkala 29 respondentů. Během praxe se s ní seznámilo 5 respondentů a 3 respondenti uvedli, že se s ní seznámili samostudiem. 11 respondentů neodpovědělo.

Tabulka č. 4

Znalost klasifikace psychické hyperboly umírání podle Elizabeth Kübler-Rossové

ANO	NE
37	63

graf č. 5



Z toho vyplývá, že plných 63% odpovídajících respondentů se neměla možnost setkat s klasifikací psychické hyperboly podle Elisabeth Kübler – Rossové a jen 37% odpovídajících respondentů je s ní seznámena. Z průzkumu vyplývá, že **hypotéza č.1 se nepotvrdila.**

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že na změnu chování závažně nemocného (umírajícího) citlivě reagují více sestry z praxí vyšší 5 let než sestry s praxí pod 5 let. K této hypotéze se vztahuje otázka č.8 v dotazníku.

Otázka č. 8: ***Jak reagujete na změny v chování (verbální agresivitu atp.) závažně nemocného? Dokážete se ovládnout za všech okolností resp. v případě, kdy se nevhodné jednání takového pacienta opakuje?*** Na tuto otázku s překvapením odpovědělo všech 111 respondentů. Výsledky jsme zhodnotili zvláště pro skupinu sester do 5 let praxe a sestry s praxí vyšší 5-ti let.

Sestry s odbornou praxí vyšší 5-ti let:

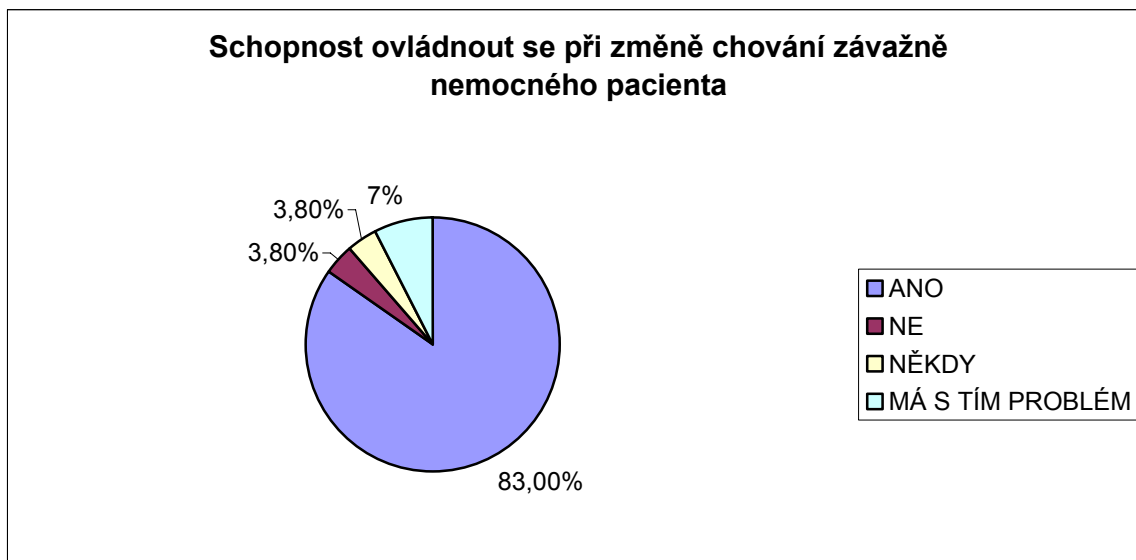
Odpovědělo 53 respondentů. Z toho 44 respondentů uvedlo, že se dokáží ovládnout za všech okolností. 1 respondent uvedl, že se s takovým chováním ještě nesešel, 2 respondenti uvedli, že se dokáží ovládnout pokud se nejedná o fyzickou agresivitu, 4 respondenti uvedli, že s tím mají problém a 2 respondenti uvedli, že se nedokážou ovládnout. Zajímavé je, že se opakovali odpovědi respondentů, jak reagují na změny chování. Mezi nejčastější patřili respektování změny chování pacienta, klidná jednání a uklidňující komunikace, asertivita, přivolání pomoci lékaře. Na druhé straně se opakovala i řešení pomocí farmakologického uklidnění, fixace jako prevence proti sebepoškození. Bohužel 2 respondenti přiznali i zvýšení agresivity sestry. Žádný respondent neuvěděl lhostejnost neřešit takovou změnu chování.

Sestry s odbornou praxí do 5-ti let:

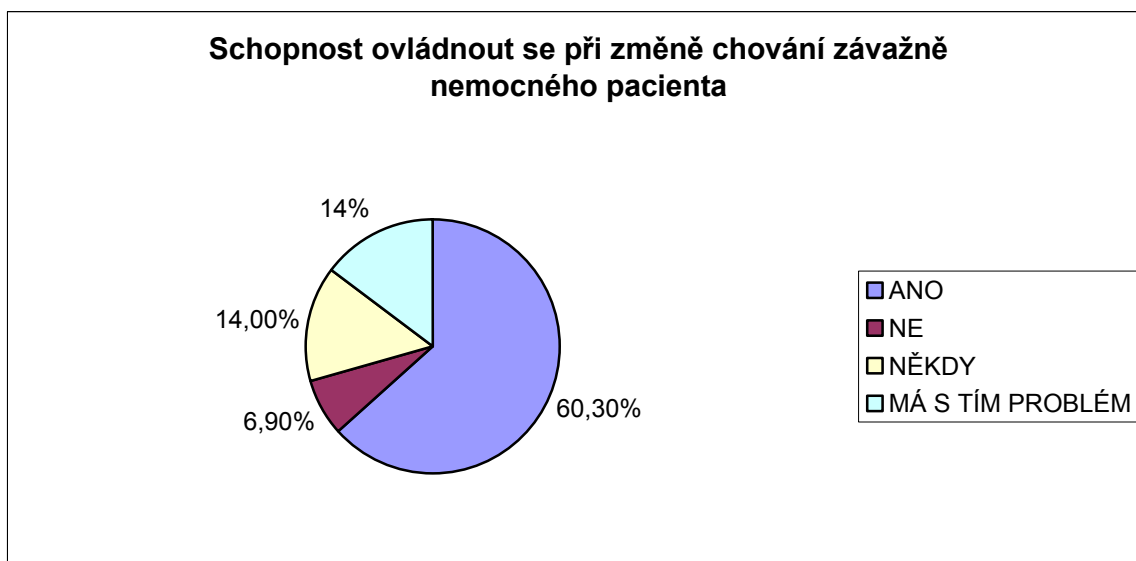
Odpovědělo 58 respondentů. Z toho 35 respondentů uvedlo, že se dokáží ovládnout za všech okolností. 3 respondenti uvedli, že se s takovou změnou chování ještě nesešel, 8 respondentů uvedlo, že neumějí reagovat na takové změny v chování, nedokáží se ovládnout a bojí se ho. Další 8 respondentů uvedlo, že s tím mají problém a 4 respondenti uvedli, že se nedokáží ovládnout. V této skupině sester se opakoval jen malý vzorek odpovědí, jak reagují na změnu chování těžce nemocného. Patří sem klidné jednání, snaha o pochopení. Mezi nejčastější reakce na změnu chování patří farmakologické řešení, fixace pacienta a bohužel, také lhostejnost a ignorace takového pacienta.

V následujícím grafickém znázornění jsou zhodnoceny výsledky obou skupin samostatně, tedy sester s odbornou praxí do pěti let (graf č.6) a sester s odbornou praxí vyšší jak pět let (graf č.7). Poté porovnáme obě skupiny dohromady v ohledu schopnosti se vyrovnat se změnou chování u těžce nemocných pacientů (graf č.8).

graf č. 6 Sestry s odbornou praxí vyšší jak 5 let



graf č.7 Sestry s odbornou praxí do 5 let

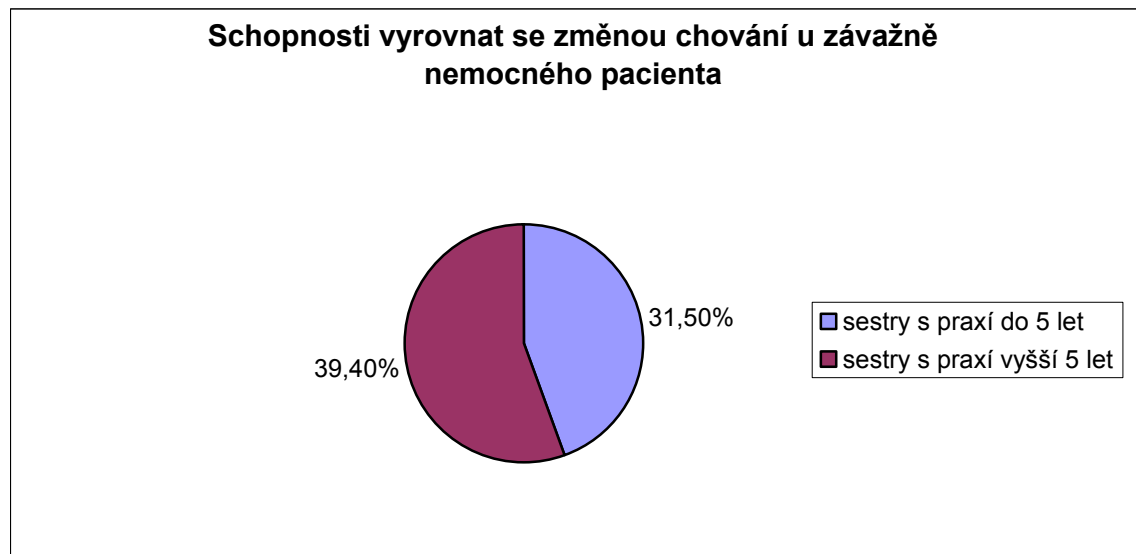


Tabulka č. 5

Schopnost vyrovnat se se změnou chování závažně nemocného pacienta udávají:

Sestry s odbornou praxí do 5 let	35
Sestry s odbornou praxí vyšší 5 let	44

graf č.8 Porovnání schopnosti vyrovnat se se změnou v chování závažně nemocného pacienta mezi sledovanými skupinami, tedy sester s odbornou praxí vyšší než 5 let a sester s praxí do 5 let.



Z výsledků vyplývá, že 70,9 % sester se dokáže vyrovnat s náhlou změnou chování u závažně nemocného pacienta. Je zřejmé, že se s tím sestry setkávají velmi často. Nás ale zajímal, jaký je rozdíl mezi dvěma porovnávanými skupinami. Podle grafu je jasné, že sestry s odbornou praxí vyšší jak 5 let mají větší schopnost citlivě reagovat na změnu chování u závažně nemocného pacienta než sestry, které na intenzivní péči začínají, resp. mají odbornou praxi do 5 let. Z průzkumu vyplývá, že **hypotéza č.2 se potvrdila.**

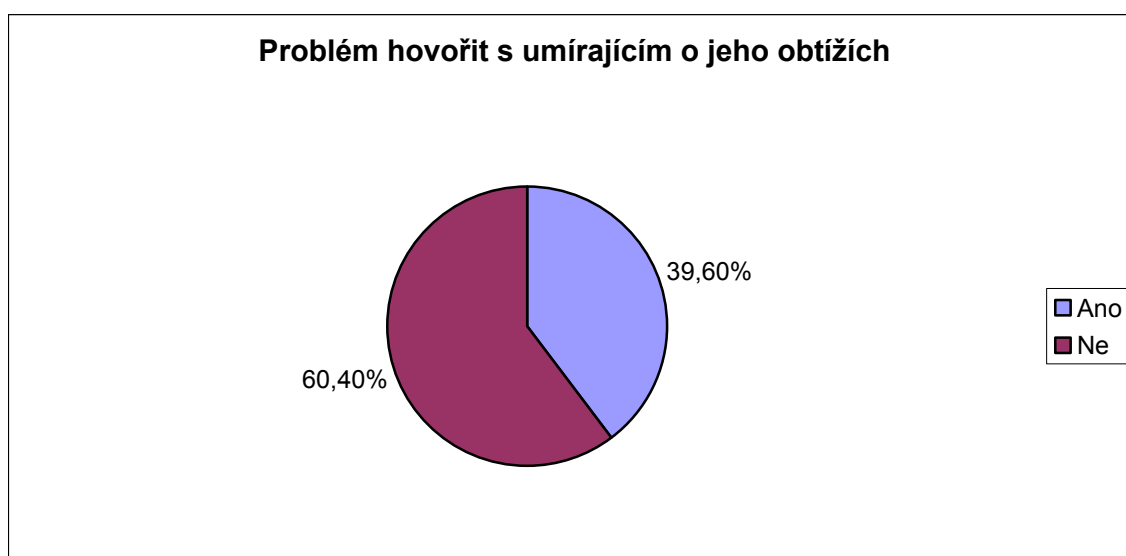
Hypotéza č. 3: Předpokládám, že hovořit s nemocným (umírajícím) a jejich blízkými je více nesnadné pro sestry z praxí vyšší 5 let než pro sestry s praxí pod 5 let. K této hypotéze se vztahují otázky č.7, 9, 10, 11, 12.

Otázka č.7: **Je pro Vás nesnadné hovořit s nemocným o jeho obtížích, je-li zřejmé, že se jedná o nevléčitelně (umírajícího) nemocného?** Na tuto otázku odpovědělo 111 respondentů. . Výsledky jsme zhodnotili zvlášť pro skupinu sester do 5 let praxe a sestry s praxí vyšší 5-ti let.

Sestry s odbornou praxí vyšší jak 5 let odpověděli:

21 respondentů odpovědělo, že je to pro ně nesnadné. Pro 32 respondentů to problém není.

graf č.9



Sestry s odbornou praxí do 5-ti let:

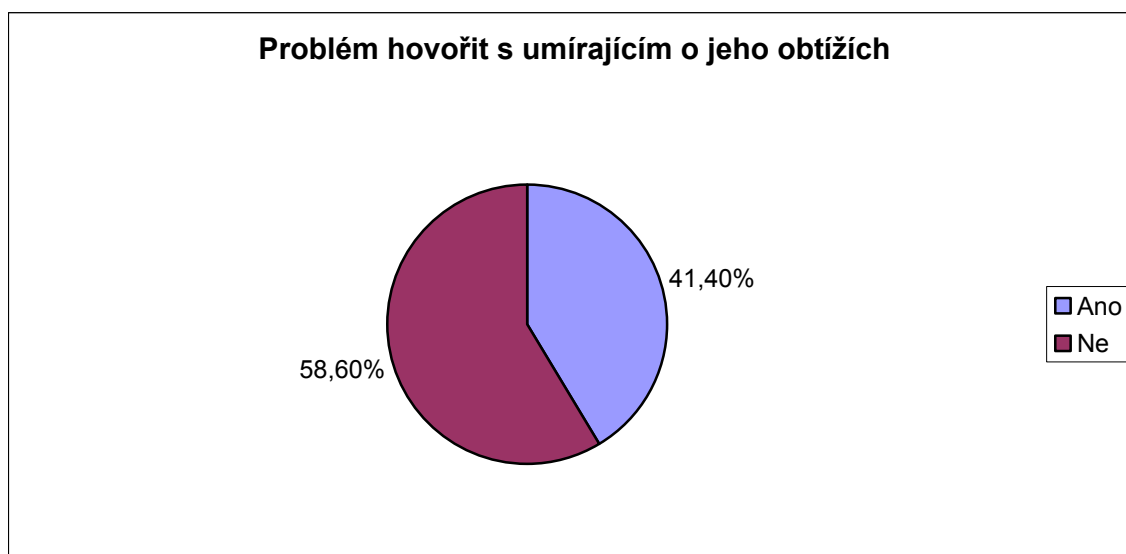
Zde 24 respondentů přiznalo, že je pro ně nesnadné hovořit s umírajícím o jeho obtížích. Dalších 34 respondentů s tím problém nemá a dokáže hovořit s umírajícím o jeho obtížích.

Problém hovořit s umírajícím o jeho obtížích necítí:

Tabulka č. 6

Sestry s odbornou praxí do 5 let	34
Sestry s odbornou praxí vyšší 5 let	32

Graf č.10



Z výsledků vyplývá, že hovořit s umírajícím o jeho obtížích je snadné pro obě sledované skupiny stejně.

Otázka č.9: **Souhlasíte s názorem, že nevléčitelně nemocní mají právo na návštěvy příbuzných dle vlastního uvážení?** Na tuto otázku odpovědělo všech 111 respondentů. Zde není podstatné grafické znázornění výsledků, protože zde panovala téměř 100% shoda. Krom jednoho respondenta ze skupiny sester s odbornou praxí do 5 let, který nesouhlasil s tímto názorem. Tento ojedinělý hlas nemá význam pro důkladnější vyhodnocení výsledků.

Nesouhlasí s názorem, že nevléčitelně nemocní mají právo na návštěvy:

Tabulka č.7

Sestry s odbornou praxí do 5 let	1
Sestry s odbornou praxí vyšší 5 let	0

Otázka č.10: ***Kdo má podle Vás právo spolurozhodovat o tzv. bazální péči v terminální fázi života?*** Na tuto otázku odpovědělo jen 70 respondentů. Z toho 45 respondentů ze skupiny sester z praxí do 5 let a 25 respondentů ze skupiny s odbornou praxí vyšší jak 5 let. Nás zajímalo, kolik respondentů by zapojilo sestry mezi ty, jež by měli spolurozhodovat o tzv. bazální péči u pacientů v terminální fázi života.

Sestry s odbornou praxí vyšší jak 5 let odpověděli:

15 respondentů odpovědělo, že by rozhodnutí mělo být na kolegiu lékařů, 9 respondentů by rozhodnutí nechalo na rodině a nejbližších příbuzných, pokud by měli jeho souhlas a pouze jeden respondent uvedl, že by právo spolurozhodovat o bazální péči by měli mít všichni, včetně sestry.

Sestry s odbornou praxí do 5-ti let:

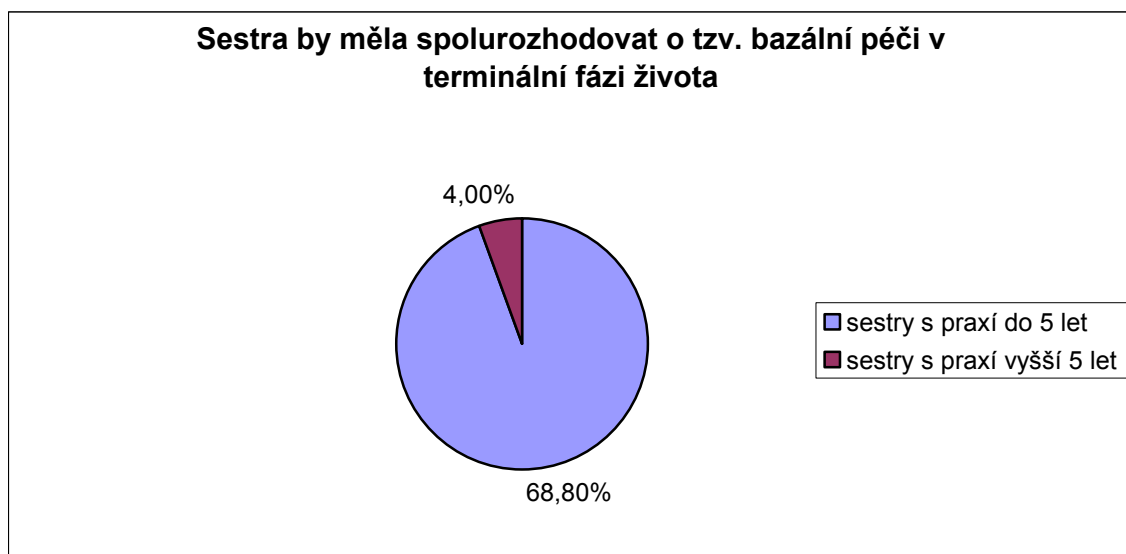
Odpovědělo 45 respondentů. Z toho 31 si myslí, že spolurozhodovat o tzv. bazální péči v terminální fázi života by měli mít rodina a nejbližší příbuzní, kolegium lékařů, ale i ošetřující střední zdravotnický personál, dohromady. 12 respondentů by rozhodnutí nechalo jen na rodině a jeho nejbližších, pokud mají souhlas pacienta a 2 respondenti by právo na rozhodnutí nechali jen kolegiu lékařů.

Sestra by měla spolurozhodovat o tzv. bazální péči v terminální fázi života si myslí:

Tabulka č. 8

Sestry s odbornou praxí do 5 let	31
Sestry s odbornou praxí vyšší 5 let	1

graf č.11



Z výsledků vyplývá, že sestry s odbornou praxí do 5 let by uvítaly spolurozhodovat o tzv. bazální terapii v terminální fázi života, kdežto sestry s odbornou praxí vyšší 5 let se tohoto práva vzdávají.

Otázka č.11: ***Považujete za dostatečně důstojné okolnosti spojené s umíráním resp. smrtí nebo byste doporučil/a jiný postup než je pravidlem na vašem oddělení?*** Na tuto otázku odpovědělo 108 respondentů. Z toho 50 ze skupiny sester s odbornou praxí vyšší 5 let a 58 respondentů z řad sester s odbornou praxí do 5 let. Nás zajímala skutečnost, zda jsou sestry pro důstojnější změny pravidel v tomto směru.

Sestry s odbornou praxí vyšší jak 5 let odpověděli:

Odpovědělo 50 respondentů, z toho 20 respondentů je považuje za dostatečné a 30 respondentů by doporučilo jiný postup.

Sestry s odbornou praxí do 5-ti let:

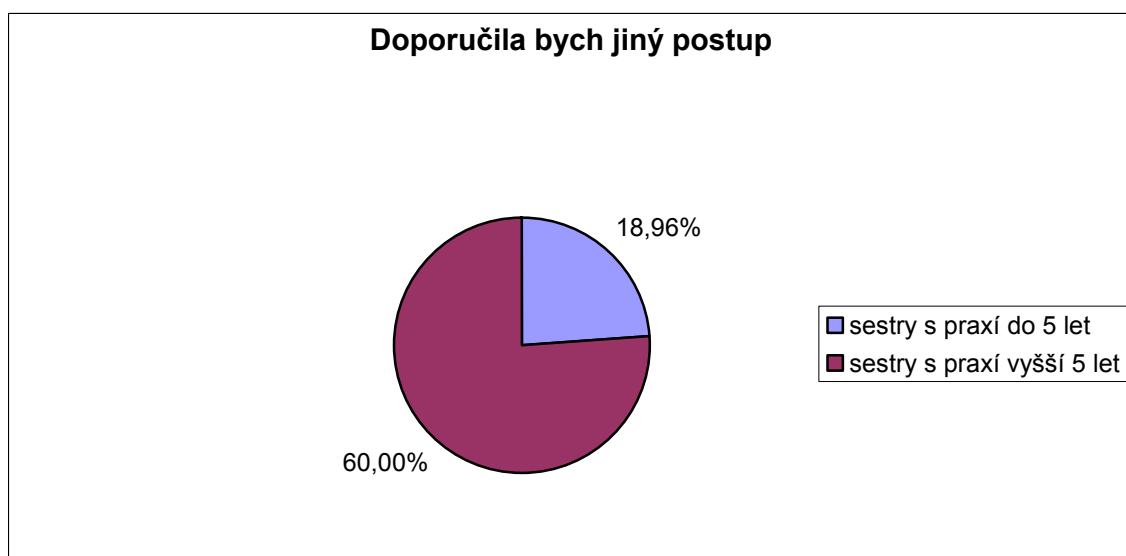
Odovědělo 58 respondentů, z toho 47 respondentů považuje za dostatečně důstojné okolnosti spojené s umíráním a jen 11 respondentů by doporučilo jiný postup.

Změnu pravidel na vlastním pracovišti s ohledem na formálnost a důstojnost spojenou se smrtí by přivítalo:

Tabulka č. 9

Sestry s odbornou praxí do 5 let	11
Sestry s odbornou praxí vyšší 5 let	30

graf č.12



Z toho vyplývá, že za nedostatečně důstojné okolnosti spojené s umíráním resp. smrtí na vlastních pracovištích považují sestry s odbornou praxí vyšší 5 let.

Otázka č. 12: ***Jak se postupuje na vašem oddělení v případech kriticky nemocných, resp. je dohoda mezi ošetřujícími lékaři a zdravotními sestrami o míře, v jaké bude informován nemocný o svém stavu, prognóze v případech, že takto položí otázku?*** Na tuto otázku odpovědělo 109 respondentů. Pro nás je důležité, kolik sester pociťuje vzájemnou komunikaci mezi lékařem a sestrou v závažných otázkách o zdravotním stavu pacienta.

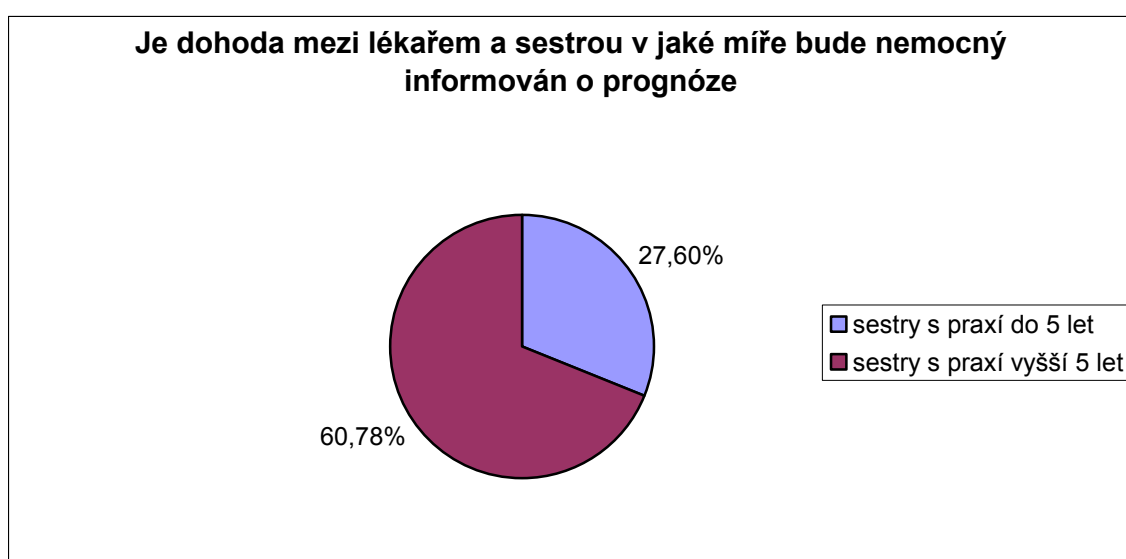
Sestry s odbornou praxí vyšší jak 5 let odpověděli:

Zde odpovědělo 51 respondentů. Z toho 31 respondentů přiznalo dohodu mezi ošetřujícím lékařem a ošetřující sestrou. 20 respondentů negovali dohody mezi lékařem a sestrou.

Sestry s odbornou praxí do 5-ti let:

Zde odpovědělo 58 respondentů. Z toho 16 dotázaných cítí dohodu mezi lékařem a sestrou, v jaké míře bude pacient informován a svém zdravotním stavu. 42 respondentů má názor opačný.

Graf č.13



Z toho vyplývá, že sestry s odbornou praxí vyšší 5 let více komunikují s lékaři o zdravotním stavu pacienta a cítí dohodu, v jaké míře bude nemocný informován.

Z výsledků, které jsme získali vyplynulo, že hovořit s umírajícím o jeho obtížích je snadné pro obě sledované skupiny stejně. Obě skupiny shodně odpověděli, že nevyléčitelně nemocní mají právo na návštěvy svých blízkých podle vlastního uvážení. Sestry s odbornou praxí do 5 let by uvítaly spolurozhodovat o tzv. bazální terapii v terminální fázi života, kdežto sestry s odbornou praxí vyšší 5 let se tohoto práva vzdávají. Za nedostatečně důstojné okolnosti spojené s umíráním resp. smrtí na vlastních pracovištích považují sestry s odbornou praxí vyšší 5 let. **Hypotéza č.3 se nepotvrdila.**

Cíl č.2: Zjistit znalosti sester o problematice eutanazie.

Hypotéza č.4: Předpokládám, že eutanazie je pro sestry více důvod ke vzdělávání než zjišťování jednoznačného stanoviska. K této hypotéze se vztahují otázky č.13, 14, 15.

Otázka č. 13: **Jaký je váš názor na ukončení léčby v závěru života?** Na tuto otázku odpovědělo pouze 39 respondentů. Z toho se 1 respondent rozsáhle rozepsal, jak je důležité včas ukončit trápení nevléčitelně nemocného. Další dva respondenti jedním slovem odpověděli, že s ním nesouhlasí a 36 respondentů odpovědělo, že kladný nebo že souhlasí s ukončením léčby v závěru života. Z výzkumu vyplývá, že 32 % dotázaných respondentů jsou pro ukončení léčby v závěru života.

Souhlas s názorem na ukončením léčby v závěru života vyslovilo:

Tabulka č. 10

Sestry s odbornou praxí do 5 let	27
Sestry s odbornou praxí vyšší 5 let	10

Názor na ukončení léčby v závěru života:

Tabulka č. 11

souhlasí	37
nesouhlasí	2

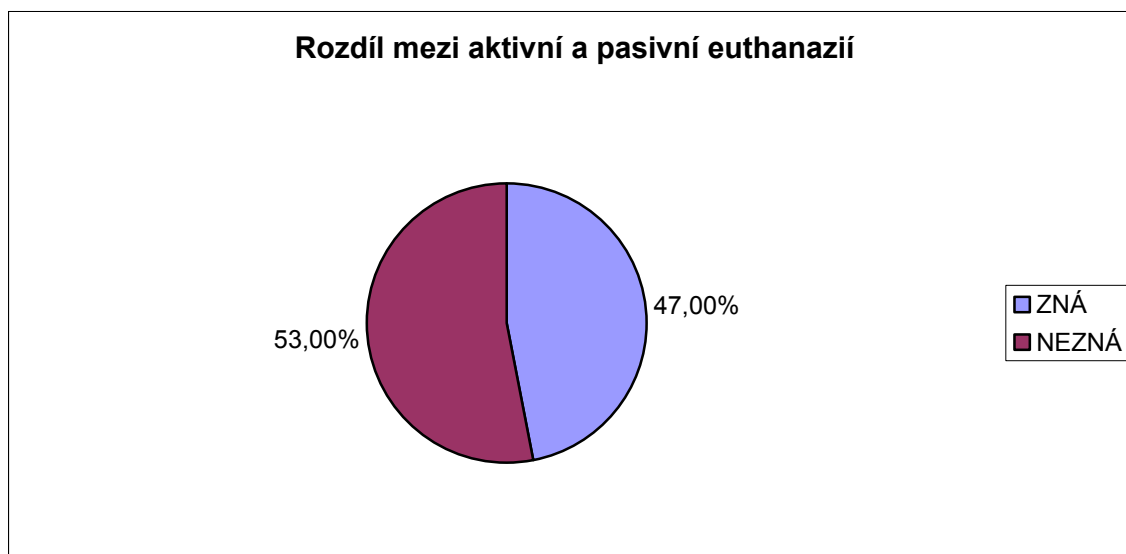
Otázka č.14: **Jaký je rozdíl mezi euthanazií aktivní a pasivní?** Na tuto otázku odpovědělo všech 111 respondentů. Z toho 52 odpovědělo správně, 14 odpovědělo špatně a 45 napsalo, že odpověď nezná.

Rozdíl mezi „aktivní“ a „pasivní“ eutanazií by zodpovědělo:

Tabulka č. 12

správně	52
špatně	14
vůbec	45

graf č.14



Z výsledků vyplynulo, že sestry mají nedostatek informací o eutanazii.

Otázka č.15: ***Jak se stavíte k možnosti právního zakotvení eutanazie ve zdravotnické praxi?*** Na tuto otázku odpovědělo 101 respondentů. Z toho 1 neví, 24 s touto možností nesouhlasí a 76 souhlasí s možností zakotvení eutanazie do zdravotnické praxe.

Tabulka č. 13

Postoj k právnímu zakotvení eutanazie ve zdravotnické praxi:

souhlasí	76
nesouhlasí	24
neví	1

graf č.15



Z výsledků vyplynulo, že 32% respondentů jsou pro ukončení léčby v terminální fázi onemocnění a 75,2% respondentů souhlasí s právním zakotvením eutanazie do zdravotnické praxe. Ale 53% respondentů nezná nebo neví jaký je rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií. Z toho je jasné, že **hypotéza č.4 se potvrdila.**

2.1.9 Závěr výzkumu

V bakalářské práci *Etické aspekty umírání v nemocniční péči* jsem se pokusil zmapovat schopnosti komunikace sester pracujících v oboru intenzivní péče k závažně nemocným (umírajícím) pacientům a postoje k eutanazii.

Cílem č. 1 bylo zjistit schopnosti navázat kontakt s umírajícím. K tomuto cíli byly stanoveny tři hypotézy.

Hypotéza č. 1 - předpokládám, že sestry znají klasifikaci psychické hyperboly umírání podle Elizabeth Kübler-Rossové - **se nepotvrdila**.

K této hypotéze se pojila otázka č. 6. V této otázce jsem se přímo zeptal, zda sestry pracující v oboru intenzivní péče znají klasifikaci psychické hyperboly umírání podle Elizabeth Kübler-Rossové. Pouze 37 % dotazovaných znají klasifikaci psychické hyperboly umírání podle Elizabeth Kübler-Rossové.

Hypotéza č.2 – předpokládám, že na změnu chování závažně nemocného (umírajícího) citlivě reagují více sestry s odbornou praxí vyšší 5 let než sestry s odbornou praxí do 5 let –**se potvrdila**.

K této hypotéze se pojila otázka č. 8. V otázce č. 8 jsem se ptal, jak sestry reagují na případné změny v chování (verbální agresivitu) závažně nemocného a zda jsou schopny se ovládnout i při opakovaném jednání toho samého pacienta. Sestry s odbornou praxí vyšší 5 let mají větší toleranci a zkušenosti (83 %) s takovým jednáním pacientů než sestry s odbornou praxí do 5 let (60,3 %).

Hypotéza č 3 – předpokládám, že hovořit s nemocným (umírajícím) a jeho blízkými je více nesnadné pro sestry s odbornou praxí vyšší 5 let než pro sestry s odbornou praxí do 5 let – **se nepotvrdila**.

S touto hypotézou jsou spojeny otázky č. 7, 9, 10 - 12. Otázky č. 7 přímo ukázala, zda je pro sestry snadné hovořit s nemocným (umírajícím), či nikoliv. Pro 60,4 % dotazovaných sester s praxí vyšší 5 let a pro 58,6 % sester s praxí v intenzivní péči to problém není. Otázka č. 9 se dotazovala, zda je správné, aby nevléčitelně nemocný měl právo na neomezené návštěvy, kde panovala téměř 100 % shoda u obou sledovaných skupin pro kladný názor. Otázky č. 10 - 12 zjišťovaly zda má sestra být rovnocenným partnerem při rozhodování o ukončení léčby v terminální fázi života, zda se sestře zdá být dostatečně důstojné okolnosti spojené s umíráním či panuje dohoda mezi lékařem a sestrou, jak nemocného informovat o jeho stavu. Spolurozhodovat o tzv. bazální terapii v terminální fázi života by přivítalo 68,8 %

sester s odbornou praxí do 5 let, sestry s praxí vyšší 5 let se této možnosti stavějí zády (4 %). Dohodu o tom, jak informovat nemocného o jeho stavu, nemoci udává 60,78 % sester s odbornou praxí vyšší 5 let, za to jen 27,6 % sester s odbornou praxí se cítí být partnerem lékaře při rozhodování, jak nemocné informovat. Změny pravidel za důstojnější okolnosti spojené s umíráním by vítalo 60 % sester s odbornou praxí vyšší 5 let, ale jen necelých 18 % sester s odbornou praxí do 5 let s nimi souhlasí.

Cílem č.2 bylo zjistit znalosti sester o problematice eutanazie. K tomuto cíli byla stanovena jedna hypotéza .

Hypotéza č. 4 - předpokládám, že eutanazie je pro sestry více důvod ke vzdělání než zjišťování jednoznačných stanovisek – **se potvrdila**.

Tuto hypotézu jsem zjišťoval u otázek č. 13 - 15. Nejdůležitější byla otázka č. 14, kde jsem se ptal, zda sestry znají rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií. 53% sester nezná rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií, přičemž 75,2 % dotazovaných by ukotvili eutanazii ve zdravotnické praxi.

Stanovené cíle této bakalářské práce byly splněny. V diskuzi jsem rozebral zajímavé výsledky a hypotézy práce.

2.1.10 Diskuze

Etickým aspektům nevléčitelně nemocných a umírání obecně v podmínkách intenzivní péče je v posledních letech věnována mimořádná pozornost. Změnil se přístup k sdělování pravdivých informací, je dostatek erudovaných prací a jsme značně zahlcováni otázkami postoje k eutanazii. Spíše sporadicky, než fakticky, je věnována pozornost těm, kterých se to také týká a to sestřím. Medicína v oboru intenzivní péče se neustále rozvíjí, ošetrovatelství zažívá velký „bum“ ve zkvalitňování péče o kriticky a nevléčitelně nemocné. Jsou standardizovány pracovní postupy a výkony, ošetrovatelské problémy jsou diagnostikovány. Sestřím se zvyšují kompetence, jsou na ně kladeny vyšší nároky na erudovanost v oboru intenzivní medicíny, jsou vytvořeny školící programy, které jsou plně akceptovány a s radostí přijímány. Sestra musí dokonale zvládat psychické vypětí náročnosti stálé pohotovosti a rychlého rozhodování, dokonalého obsluhování přístrojů, které zajišťují vitální funkce nemocného. Vždyť mnohdy jedno malé „přepnutí“ jiného ovladače může mít fatální důsledky. Tyto skutečnosti vedou k značné míře psychické únavy sester a pak vyvstává otázka, zda-li pacient, jež oproštěn ze spárů techniky zachraňující život, se stal tím kýženým cílem. Ne vždy to znamená, že jeho zlepšený zdravotní stav není jen dočasnou cestou. O to naléhavěji zde vyvstává problém v komunikaci mezi ním a sestrou. Dalším problémem je na celém léčebném procesu pojem eutanazie. Ano či ne? Opravdu dokáže sestra říci zodpovědně jasnou odpověď nebo se jen skrývá za nespočet anonymních dotazníků, kterými je zahlcována?

Teoretická část je zaměřena na problémy v komunikaci s těžce nemocnými, etiku umírání, postoje ošetrojících k umírajícím a vlivu umírání na psychiku sestry.

Když jsem studoval podklady pro empirickou část z různých fundovaných prací na dané téma, setkal jsem se i s řadou zajímavých studií na téma eutanazie ano či ne. Ve většině případů, kdy se zdravotníci měli jasně vyjádřit, zazníval názor, spíše ano, ale je to složité, je třeba diskuze. Překvapil mě proto kladný jednoznačný názor dotazovaných k zakotvení eutanazie do zdravotnické praxe, když jim z předešlé otázky dotazníku mělo být jasné, že si nejsou jisté rozdílu mezi aktivní a pasivní eutanazie. Domnívám se, že odpovědi k této problematice jsou jen ukázkou toho, jak sestra reaguje na nedostatek času při vyplňování dotazníku.

Závěr

Umírání a smrt není jen obtížné odborné a filosofické téma. Eutanazie není pojem, který definuje, jak usnadnit člověku umírání. Jak naznačují výsledky výzkumu bakalářské práce, sestry pracující v oboru intenzivní péče si zaslouží mnohem více pomoci k přípravě na etické aspekty jejich povolání, minimálně tolik, kolik jsou vedeny směrem k realizaci moderních léčebných metod a postupů.

V dnešní době se sestry mají za povinnost vzdělávat samostudiem. Nicméně, vyrovnat se s etickými aspekty umírání, jak komunikovat nevléčitelně nemocným, jak zvládat situace spojené s vyšší mírou úmrtnosti na jednotlivých pracovištích, se samostudiem zvládnout nedá. Zde vidím vysoký potenciál, kdy by se měl vytvořit ucelený program ve formě balintovských skupin, kde by se sestry mohly poučit ze zkušeností druhých sester, vyvarovat se syndromu vyhoření. Spolupráce lékařů je více než na místě.

Domnívám se, že výzkum byl úspěšný a pevně věřím, že bude podkladem pro další výzkumy.

Seznam odborné literatury

1. Ariés, P.: Dějiny smrti, Praha : Nakladatelství Argo, 2000, str. 359, vyd. 1., ISBN 80 – 7203 – 286 – 0
2. Glosa, J., Šoltys, L., a kolektiv: Ošetřovatelská etika, Martin : Osveta, 1998, vyd. 1, str.212, ISBN 80 -217 -0594 – 9
3. Haškovcová, H.: Fenomén stáří, Praha : Panorama, 1990, str. 416, vyd. 1, ISBN 80 – 7038 – 158 – 2
4. Haškovcová, H.: Lékařská etika, Praha : Galén, 1994, str. 230, vyd. 1., ISBN 80 – 85824 – 03 – 5
5. Haškovcová, H.: Lékařská etika, Praha : Galén, 2002, str. 272, vyd. 3, ISBN 80 – 7262 – 034 – 7
6. Haškovcová, H.: Práva pacientů – komentované vydání, Havířov : Nakladatelství Aleny Kutilové, 1996, str. 176, ISBN 80 – 902163 – 0 – 7
7. Haškovcová H.: Thanatologie – Nauka o umírání a smrti, Praha : Galén, 2000, str. 319, vyd. 1., ISBN 80 – 7262 – 034 – 7
8. Juřeníková, P., a spol.: Ošetřovatelství, Uherské Hradiště : Středisko služeb školám, 2000, str. 154, vyd. 1
9. Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci, Praha : Grada, 2002, str. 198, vyd. 1., ISBN 80 – 247 – 0179 – 0
10. Křivohlavý, J., Kaczmaczyk, S.: Poslední úsek cesty, Praha : Návrat domů, 1995, str. 93, vyd. 1., ISBN 80 – 85495 – 43 – 0
11. Kübler – Rossová, E.: O smrti a umírání, Trutnov : Nakladatelství Arita, 1993, str. 251, vyd. 1., ISBN 80 – 900134 – 6 – 5
12. Kübler – Rossová, E.: O smrti a životě po ní, Praha : Aquamarin, 1997, str. 101, vyd. 1., ISBN 80 – 901922 – 9 – 7
13. Kübler – Rossová, E.: Odpovědi na otázky o smrti a umírání, Turnov : Nakladatelství Arita, 1994, str. 151, vyd. 1., ISBN 80 – 85878 – 12 – 7
14. Munzarová, M.: Zdravotnická etika od A do Z, Praha : Grada, 2005, str. 156, vyd. 1., ISBN 80 – 247 – 1024 – 2
15. Ohler, N.: Umírání a smrt ve středověku, Jihlava : Nakladatelství H a H Vyšehradská, 2001, str. 412, vyd. 1., ISBN 80 – 86022 – 69 – 2
16. Pollard, P.: Eutanazie ano či ne?, Praha : Nakladatelství Dita, 1996, str. 212, vyd. 1., ISBN80 – 85926 – 07 – 5

17. Rinpoče, S.: Tibetská kniha o životě a smrti, Praha : Pragma, 1996, str. 405, vyd. 1., ISBN 80 – 7205 – 006 – 0
18. Virt, G.: Žít až do konce – rtika umírání, smrti a eutanázie, Praha : Vyšehrad, 2000, str. 96, vyd. 1., ISBN 80 – 7021 – 330 -2
19. Vymětal, J.: Lékařská psychologie, Praha : Portál, 2003, str. 397, vyd. 3., ISBN 80 – 7178 – 740 – X
20. www.faraon.wz.cz

Příloha A

Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,

rád bych Vás požádal o spolupráci na výzkumu, který probíhá na resuscitačních odděleních, jednotkách intenzivní péče a intermediálních jednotkách ve vybraných FN v Praze. Záměrem šetření je zjistit postoje a míru zodpovědnosti středního zdravotnického personálu k etickým aspektům umírání v nemocniční péči.

Vaše odpovědi jsou velice důležité k získání cenných informací, jak nese právě zdravotní sestra celou tíhu lidské a psychologické pomoci. A také míru zodpovědnosti, která je kladená na sestry v oboru intenzivní péče a je nesouměřitelná s jinými zdravotnickými profesemi.

Pro každou otázku vyberte odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu vlastnímu názoru, odpovědi kroužkujte, popřípadě doplňte odpověď.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

S přáním pohodového dne Ruda Mařha

1. Jste
 - a) žena
 - b) muž

2. Váš věk

3. Vaše vzdělání
 - a) SZŠ
 - b) VZŠ
 - c) Bc.
 - d) nMgr.

4. Obor ve kterém pracujete
 - a) ARO
 - b) JIP/KJ
 - c) intermediální jednotka
 - d) jiné, uveďte

5. Délka praxe na tomto oddělení

6. Měl/a jste možnost se seznámit s klasifikací psychické hyperboly E.Kúblerové-Rossovové? Jestliže ano, kdy?
 - a) NE
 - b) ANO – během studia
 - v praxi
 - samostudium

7. Je pro Vás nesnadné hovořit s nemocným a jeho obtížích, je-li zřejmé, že se jedná o nevyléčitelně (umírajícího) nemocného?
 - a) ANO
 - b) NE

8. Jak reagujete na případné změny v chování (verbální agresivitu atp.) závažně nemocného? Dokážete se ovládnout za všech okolností resp. v případě, kdy se nevhodné jednání takového pacienta opakuje?

.....
.....
.....
.....
.....

9. Souhlasíte s názorem, že nevléčitelně nemocní mají právo na návštěvy příbuzných podle vlastního uvážení?

- a) NE
- b) ANO

10. Kdo má podle Vás právo spolurozhodovat o tzv. bazální péči v terminální fázi života?

- a) kolegium lékařů
- b) rodina a nejbližší příbuzný, pokud má souhlas pacienta
- c) ošetřující střední zdravotnický personál
- d) podle mého názoru

11. Považujete za dostatečně důstojné okolnosti spojené s umíráním resp. smrtí nebo byste doporučil/a jiný postup než je pravidlem na vašem oddělení?

- a) ANO považuji je za dostatečné
- b) NE I, doporučil/a bych jiný postup
II, cítím potřebu změny, ale nic konkrétního nedoporučuji

12. Jak se postupuje na vašem oddělení v případech kriticky nemocných, resp. Je dohoda mezi ošetřujícími lékaři a zdravotními sestrami o míře, v jaké bude informován nemocný o svém stavu, prognóze v případech, že takto položí otázku?

- a) ANO
- b) NE

13. Jaký je váš názor na ukončení léčby v závěru života?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Jaký je rozdíl mezi euthanasíí aktivní a pasivní?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Jak se stavíte k možnosti právního zakotvení euthanasie ve zdravotnické praxi?

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím