

Etika péče o umírající seniory v nemocničním zařízení z pohledu ošetrovatelského personálu

Martina Výskalová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Výskalová**

Osobní číslo: **H11177**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Etika péče o umírající seniory v nemocničním zařízení z pohledu ošetřovatelského personálu**

Zásady pro vypracování:

Vybrat a nastudovat vhodnou literaturu k problematice etiky péče o umírající seniorské pacienty.

Stanovit cíle a teoretická východiska práce (definovat pojem etika, lékařská etika, geriatrický pacient, smrt atd.).

Zvolit vhodnou metodiku výzkumu s cílem posoudit úroveň postojů ošetřovatelského personálu k umírajícím seniorům.

Realizovat výzkum v nemocničním zařízení pomocí dotazníkového šetření.

Zpracovat a vyhodnotit získané výsledky.

Navrhnout další postupy pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KOŘENEK, Josef. Lékařská etika. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4.

ŠOLTÉS, Ladislav a Rudolf PULLMANN. Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-287-8.

THOMASMA, David C. a Thomasine KUSHNEROVÁ. Od narození do smrti: Etické problémy v lékařství. Praha: Mladá fronta, 2000. ISBN 80-204-0883-5.

TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

VÁVROVÁ, Soňa. Doprovázení v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

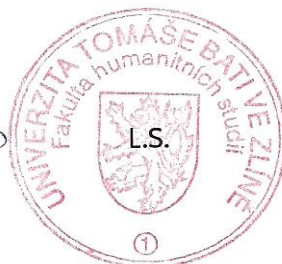
26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ...9.2.2015...

.....
Výzkubová

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

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

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

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

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

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

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

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odporá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce nese název Etika péče o umírající seniory v nemocničním zařízení z pohledu ošetrovatelského personálu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zaměřuji na stárnutí, smrt, postoje ke smrti, dále pak na základní deontologické kodexy v medicíně, profesní a etické požadavky vybraných úkonů a na eutanázii a její formy. V praktické části jsou zpracovány výsledky dotazníkového šetření do tabulek a grafů. Cílem bakalářské práce bylo posoudit úroveň postojů ošetrovatelského personálu k umírajícím seniorům z pohledu etiky.

Klíčová slova: stárnutí, smrt, postoje k smrti, etika, ošetrovatelská péče

ABSTRACT

Bachelor thesis called Ethics of Care for Elderly Patients Dying in Hospital from the Nursing Staff Perspective. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part focuses on aging, death, attitudes to death, then the basic deontological codes of medicine, professional and ethical requirements of selected operations and on euthanasia and its forms. The practical part presents results of a survey into tables and graphs. The aim of this thesis was to assess the level of nursing staff attitudes towards dying seniors from an ethical perspective.

Keywords: aging, death, attitudes to death, ethics, nursing care

Chtěla bych především poděkovat paní doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za cenné rady, trpělivost a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále také děkuji své rodině, která při mně vždy stála a byla mi oporou po celou dobu studia.

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

Ve Zlíně dne ...17.5.2015...

.....*Výšalová*.....

Podpis

Motto:

„Smrt není porážka, jako ani život není vítězství.“

Reinhard Abeln, Anton Kner

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 STÁRNUTÍ | 12 |
| 1.1 GERIATRICKÝ PACIENT | 12 |
| 1.2 MÝTY O STARÝCH LIDECH | 13 |
| 2 SMRT | 14 |
| 2.1 SPECIFIKA LÉKAŘSKÉ SMRTI | 14 |
| 2.2 STANOVENÍ SMRTI | 14 |
| 2.3 FYZIKÁLNÍ ZNAKY SMRTI..... | 15 |
| 2.3.1 Posmrtná bledost | 15 |
| 2.3.2 Posmrtné skvrny | 15 |
| 2.3.3 Posmrtný chlad..... | 15 |
| 2.4 CHEMICKÉ ZNAKY SMRTI..... | 15 |
| 2.4.1 Posmrtné tuhnutí těla..... | 15 |
| 2.4.2 Posmrtný rozklad..... | 16 |
| 2.4.3 Posmrtné srážení krve | 16 |
| 2.5 FÁZE SMRTI | 16 |
| 2.5.1 Pre finem | 16 |
| 2.5.2 In finem | 16 |
| 2.5.3 Post finem..... | 17 |
| 2.6 REAKCE NA ÚMRTÍ | 17 |
| 3 POSTOJE K SMRTI | 18 |
| 3.1 POSTOJ K SMRTI V LIDSKÝCH DĚJINÁCH | 18 |
| 3.2 POSTOJ K SMRTI V SOUČASNOSTI..... | 18 |
| 3.3 POSTOJE OŠETŘUJÍCÍCH | 19 |
| 4 ZÁKLADNÍ DEONTOLOGICKÉ KODEXY V MEDICÍNĚ | 21 |
| 4.1 ETIKA | 21 |
| 4.2 LÉKAŘSKÁ ETIKA..... | 21 |
| 4.2.1 Základní principy lékařské etiky | 22 |
| 4.3 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ..... | 23 |
| 5 PROFESNÍ A ETICKÉ POŽADAVKY VYBRANÝCH ÚKONŮ | 24 |
| 5.1 SDĚLOVÁNÍ ŠPATNÝCH ZPRÁV | 24 |
| 5.1.1 Modelové situace chování lékařů před sdělením špatné zprávy | 24 |
| 5.2 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM | 24 |
| 5.2.1 Chyby při komunikaci s umírajícími | 25 |
| 5.2.2 Obtíže v komunikaci na straně pacienta..... | 25 |
| 5.2.3 Obtíže v komunikaci na straně personálu | 25 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.3 | PÉČE O MRTVÉ TĚLO | 26 |
| 5.4 | KOMUNIKACE S POZŮSTALÝMI | 26 |
| 5.5 | ETIKA DUCHOVNÍ SLUŽBY V NEMOCNICI | 27 |
| 5.6 | ZDRAVOTNICKÉ DOPROVÁZENÍ..... | 27 |
| 6 | EUTANÁZIE A JEJÍ FORMY | 28 |
| 6.1 | EUTANÁZIE..... | 28 |
| 6.2 | EUTANÁZIE V ČESKÉ REPUBLICE | 28 |
| 6.3 | PODMÍNKY K PROVEDENÍ EUTANÁZIE | 28 |
| 6.4 | DŮVODY PRO EUTANÁZII | 29 |
| 6.5 | DŮVODY PROTI EUTANÁZII | 29 |
| 6.6 | POSTOJ CÍRKVE K EUTANÁZII..... | 29 |
| 6.7 | UKONČENÍ NEÚČINNÉ LÉČBY | 29 |
| 6.8 | PŘÍKAZ NERESUSCITOVAT | 30 |
| 6.8.1 | Nejčastější důvody k příkazu neresuscitovat..... | 30 |
| II | PRAKTICKÁ ČÁST | 31 |
| 7 | CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 32 |
| 7.1 | METODIKA | 33 |
| 7.1.1 | Kvantitativní výzkum | 33 |
| 7.1.2 | Dotazník | 33 |
| 7.2 | CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ | 33 |
| 7.3 | STRUKTURA VLASTNÍHO DOTAZNÍKU..... | 34 |
| 7.4 | ORGANIZACE ŠETŘENÍ | 35 |
| 7.5 | ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT | 35 |
| 8 | ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ..... | 36 |
| | ZÁVĚR | 56 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 57 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 59 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 60 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 61 |

ÚVOD

Smrt je součástí života, která se týká každého z nás. Smrti se nelze vyhnout, zemřít může dítě stejně tak jako dospělý, nebo osoba vysokého věku. Ještě za časů našich babiček bylo samozřejmé, že lidé umírali doma, kde byli obklopeni láskou a péčí svých blízkých. Ti se také dokázali o zemřelého postarat i v čase po jeho smrti.

Nyní se pohled na umírání podstatně změnil. Samotný akt úmrtí se stává převážně neosobní medicínskou záležitostí. Pokud je tedy umírající senior hospitalizován, je nutné, aby ošetrovatelský personál podřídil všechnu svou péči určitým psaným i nepsaným etickým pravidlům. A právě zdravotník je ten, kdo by měl být schopen svým chováním pomoci člověku v jeho terminální fázi života. Ale ne vždy tomu tak bývá. Vše začíná již na počátku netaktně sdělenou diagnózou, nevhodným zacházením s mrtvým tělem a končí neschopností empaticky komunikovat s pozůstalými. Bohužel sama jsem již byla mnohokrát svědkem takového zacházení. A jelikož mě to velmi poznamenalo, rozhodla jsem se zjistit, zda je to jen můj postoj, nebo zda má podobný postoj i ostatní ošetrovatelský personál na jiných lůžkových odděleních. Tyto nepříjemné zážitky mě motivovaly k tomu, abych napsala bakalářskou práci na téma: „Etika péče o umírající seniory v nemocničním zařízení z pohledu ošetrovatelského personálu.“

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ

„Stárnutí je nevratný, univerzální, i když druhotně specifický biologický proces. Postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu. Starý organismus se tak stává méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí, ztrácí své adaptační schopnosti a snadno i při mírných podnětech dochází k dekompenzaci jak orgánové funkce, tak organismu jako celku.“ (Topinková, 2005, s. 8)

1.1 Geriatrický pacient

Pojem geriatrický pacient obecně označuje člověka, který dosáhl věku 65 a více let. K rozvoji typických geriatrických projevů však dochází později, kdy se objevují chronické nemoci, které se často kombinují (polymorbidita, též multimorbidita). To vede mnohdy k nutné hospitalizaci, která pro seniora není vůbec jednoduchá. Znamená to pro něj především odloučení od domova a změnu dosavadního způsobu života. Lékař by měl tedy dobře zvážit, zda je hospitalizace skutečně potřebná, a zda bude pro pacienta prospěšná. Pečlivě by měla být promyšlena i délka trvání hospitalizace. Zdravotnický personál by měl přistupovat ke staršímu pacientovi s ohledem na jeho specifické potřeby. V praxi to znamená dopřát pacientovi dostatek času na požadované činnosti, umět s ním vhodně komunikovat a trpělivě mu vysvětlit průběh jednotlivých vyšetření a navrhnout další léčebný postup. Je také nezbytné přizpůsobit nemocniční prostředí tak, aby se v něm každý pacient a senior obzvlášť, cítil co možná nejlépe. Pokud budou tato doporučení akceptována, nehrozí riziko vzniku negativní reakce seniora na hospitalizaci. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2014, s. 223-224; Topinková, 2005, s. 8;)

1.2 Mýty o starých lidech

- 1.) Významná část lidí stáří spojuje s nemocí, a ta podle nich vede k upoutání člověka na lůžko a k neschopnosti vykonávat činnosti běžného denního života.
- 2.) Jiný mýtus hovoří o negativním pohledu dnešní společnosti na starší generaci. Stáří ustupuje mládí a kráse. Negace se odráží i v mluvě, kde můžeme nalézt nelichotivé výrazy typu „babka,“ „vykopávka“ a jiné.
- 3.) Mezi mladými lidmi koluje myšlenka, že senioři již neprovozují žádné sexuální aktivity. A pokud tomu tak přece jen je, je to považováno za něco neobvyklého.
- 4.) Objevilo se též obecné přesvědčení, že u lidí vyššího věku upadá úroveň duševních schopností, a že jde o běžný projev stárnutí.
- 5.) Na předchozí bod navazuje i velmi rozšířená polopravda, že stárnoucí populace je často postižena psychickými chorobami.
- 6.) Ve společnosti také panuje chybná domněnka, že senioři již nejsou schopní pracovat a jejich práce je považována za neefektivní.
- 7.) Překvapivým se rovněž stal názor, podle kterého, žijí starší lidé o samotě a jsou odloučeni od společnosti.
- 8.) Poslední mýtus poukazuje na starého občana jako na osobu bezmocnou, nepotřebnou, která žije v chudobě a trpí depresemi. (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 47-48)

2 SMRT

Smrt je vnímána jako přirozený konec biologické existence člověka. V minulosti bylo běžné, že lidé umírali na „sešlost věkem“ (tzv. přirozená smrt), v posledních letech chápeme smrt spíše jako následek gradace určitého onemocnění (tzv. „lékařská smrt“). „Lékařská smrt“ jak už pojem napovídá, se odehrává převážně v nemocnici a v jiných podobných zařízeních. (Haškovcová, 2007, s. 89-90)

2.1 Specifika lékařské smrti

Hlavní příčinou smrti není stáří, ale přítomnost nemoci. Lékařská smrt nastává spíše v nemocnici než v lidské společnosti. Lékařská smrt podléhá právním normám a lékařským pravidlům. Při umírání v nemocnici je přítomnost rodiny nahrazena přítomností zdravotnického personálu. (Thomasma a Kushnerová, 2000, s. 173-174)

2.2 Stanovení smrti

Určení přesného momentu smrti, je důležité z hlediska medicínského, etického i právního. Smrt zpravidla konstatujeme v okamžiku, kdy došlo k zástavě srdce a k nevratnému poškození mozku se zřetelně prokázanou inaktivitou na EEG a neprůchodností mozkového kme-
ne potvrzenou při angiografii. Od této chvíle je pacient oficiálně prohlášen za mrtvého. (Mačák a Mačáková, 2004, s. 47)

2.3 Fyzikální znaky smrti

2.3.1 Posmrtná bledost

Posmrtná bledost je způsobená kontrakcí kapilár v těle zemřelého. Krev již není pumpována dále do těla a odtéká směrem k zemi. (Mačák a Mačáková, 2004, s. 47)

2.3.2 Posmrtné skvrny

Mezi další fyzikální známky jisté smrti patří posmrtné skvrny. Jsou modře zbarvené a tvoří se v nejspodnějších oblastech těla. Pokud pacient zemřel na zádech, jsou právě záda, hýždě a zadní strana horních a dolních končetin místem výskytu posmrtných skvrn. Pokud se zemřelý nacházel v poloze na boku, budou patrné posmrtné skvrny právě v části, kde se tělo dotýkalo s podložkou. (Mačák a Mačáková, 2004, s. 47)

2.3.3 Posmrtný chlad

Posledním fyzikálním projevem jisté smrti je posmrtné chladnutí těla. Posmrtné chladnutí je způsobeno nulovou aktivitou metabolismu a tělo se ochlazuje na vnější teplotu okolí. (Mačák a Mačáková, 2004, s. 47)

2.4 Chemické znaky smrti

2.4.1 Posmrtné tuhnutí těla

Posmrtné tuhnutí těla se objevuje zhruba 2 hodiny po úmrtí a sestupuje pozvolna od hlavy až k patě. Nejprve začíná ve tváři, kde jsou nejvíce postiženy žvýkácí svaly, poté pokračuje na svaly horních končetin a nakonec se dostává ke svalům dolních končetin. Je proto nutné, aby sestry upravily zemřelého co nejdříve, poté už se veškerá manipulace s mrtvým tělem stává obtížnou. Po 3-4 dnech od smrti svalová ztuhlost samovolně zaniká. (Mačák a Mačáková, 2004, s. 47-48)

2.4.2 Posmrtný rozklad

Mrtvé tělo se rozkládá za pomoci dvou procesů: autolýzy a hniloby. Autolýza je způsobena samonatrávením látek bílkovinného charakteru, které se nachází uvnitř buněčných organel. Po zániku buňky se daný enzym uvolní a znatelně poškozuje jak organely, tak buňku jako celek. Rozklad buněk se odehrává při vyšší teplotě. Pokud chceme tomuto jevu zabránit, je zapotřebí zemřelého uložit do chladnějšího prostředí o teplotě okolo 4-6°C. Hniloba vzniká působením hnilobných bakterií, ty napomáhají k rychlejšímu rozpadu enzymů. (Mačák a Mačáková, 2004, s. 48)

2.4.3 Posmrtné srážení krve

U posmrtné krevní srážlivosti nedochází k průtoku krve cévami, krev se v cévách usazuje a tvoří se sraženiny. Krevní sraženina, která vznikla v mrtvém organismu se nazývá cruor. Cruor má červenou barvu a od trombu vzniklého v živém organismu bývá nesnadno rozeznatelný. Krev se nesráží za předpokladu, že došlo k úmrtí udušením nebo zmrznutím. (Mačák a Mačáková, 2004, s. 48)

2.5 Fáze smrti

2.5.1 Pre finem

Popisuje fázi, která může trvat různě dlouhou dobu před smrtí. Někteří umírající věnují tento čas k sepsání závěti. Umírajícího může postihnout fenomén tzv. sociální smrti, kdy se jedinec straní rodiny a neblížšího okolí. (Jankovský, 2003, s. 144-145)

2.5.2 In finem

Při fázi in finem je o umírajícího pečováno v jeho posledních chvílích života, tedy v době, kdy se blíží moment vlastní smrti. Zde by měl být vytvořen prostor pro rituály a ohleduplné jednání s umírajícím. U pacienta nastává pocit celkového uvolnění, který je následně vystřídán úpadkem do hlubokého bezvědomí.

2.5.3 Post finem

Stadium post finem nastupuje bezprostředně po smrti nemocného. Sestry za pomoci nižšího zdravotnického personálu provedou péči o mrtvé tělo s důrazem na pietu. Lékař zajistí, aby se rodina vhodným způsobem dověděla o smrti svého blízkého. Poté začínají přípravy a zařizování záležitostí týkající se pohřbu. Pozůstalým je nabídnuta psychologická pomoc odborníka. (Jankovský, 2003, s. 145)

2.6 Reakce na úmrtí

Bezprostředně po smrti blízkého pociťují příbuzní smutek a beznaděj. Pokud zemřel dotyčný člověk v nemocnici, objevují se podobné emoce i na straně zdravotnického personálu. První pocity při ztrátě blízkého jsou individuálním prožitkem každé osoby a v žádném případě by neměly být odsuzovány. Typickou reakcí na právě prožívaný smutek je pláč. Pláč je projevem lidskosti a rozhodně by se za něj pozůstali, ani zdravotníci neměli stydět. Existují i neobvyklé reakce na úmrtí jako je zvýšený pohybový neklid, vztek nebo smích. A jak už bylo napsáno výše, není vhodné těmto spontánním projevům bránit, nebo je jakkoliv kritizovat. (Haškovcová, 2007, s. 95)

3 POSTOJE K SMRTI

3.1 Postoj k smrti v lidských dějinách

V nejstarších dějinách lidé věřili, že smrt je způsob, díky kterému se jejich duše odevzdá Bohu. Smrt byla dominantou života, se kterou každý jedinec počítal a připravoval se na ni. Smrt byla též s oblibou využívána jako nástroj nejvyšší formy trestu. Ve středověku byla smrt považována za cestu k lepšímu světu a k nekonečnému, ideálnímu životu. Umění dobré smrti se objevuje jako častý námět v literatuře. V dalších letech, až do 15. století, si člověk dokázal uvědomit rozdíl mezi svojí smrtí a smrtelností ostatních lidí. V čase válek a rozsáhlých morových onemocnění vzrůstá zájem o osud duše a lidé berou smrt jako své osobní ohrožení. 19. století prezentuje smrt jako fyzické odtrhnutí člověka od lidí, kteří ho milovali. Objevuje se myšlenka, že se člověk po své smrti opětovně setká se svými zemřelými příbuznými. V době romantismu se smrt stala slavnostním obřadem provázeným velkým množstvím rituálů. V současnosti se nacházíme v době, kdy si někteří lidé odmítají připustit existenci smrti a vytěšňují ji ze svého života. Smrt je přesouvána do nemocnic a institucí jako jsou domovy seniorů a hospicová zařízení. (Ondok, 2005, s. 154-155)

3.2 Postoj k smrti v současnosti

Fenomén smrti se opakovaně objevuje v literatuře, v médiích a v neposlední řadě i v akčních počítačových hrách. Utvořit si vlastní názor na smrt však můžeme až v okamžiku, kdy se s úmrtím setkáme osobně v reálném životě. Pokud nám zemře někdo blízký, jsme schopni si smrt uvědomit a začít o ní více uvažovat. Naše stanovisko ke smrti je také do značné míry ovlivněno názorem rodičů. Důležitým faktorem, který zásadně formuje postoj ke smrti je i doba, kdy jsme se poprvé se smrtí setkali, a jak nás touto zkušeností provázely reakce našich blízkých. Pokud se nebudou rodiče nebo prarodiče bát hovořit s dětmi o smrti, budou děti schopny se s úmrtím vyrovnat a lépe pochopit jeho smysl. (Marková, 2010, s. 29)

3.3 Postoje ošetřujících

Je důležité znát postoje týkající se smrti i u ošetrovatelského personálu, právě ten je v bezprostředním kontaktu s umírajícími a věnuje jim svou péči. Níže uvádím 5 postojů, které by měl každý zdravotník přijmout za své.

1.) *Kdo chce pečovat o umírající, musí zaujmout postoj sám k sobě.*

Starost o umírající vyžaduje nárok na emocionální stránku pečujícího, až poté přichází na řadu odborné znalosti personálu. Pro pacienta není důležitá úroveň vědomostí, ale pocit, že se pečující osoba citově angažuje a projevuje tím svůj upřímný zájem o nemocného.

2.) *Péče o umírající vyžaduje přijmout postoj k vlastní smrti.*

Při své práci se zdravotničtí pracovníci běžně setkávají se smrtí svých pacientů, ale odmítají přemýšlet a mluvit o své vlastní smrti. Myšlenky na příchod smrti raději přesouvají na období stáří.

3.) *Kdo pečuje o umírající, musí umět být opravdový.*

Sestra by se neměla schovávat pouze za svůj profesionální přístup, ale měla by umět ukázat i svoji lidskou stránku a své pocity. Měla by své pocity vhodně projevovat a otevřeně o nich hovořit s pacienty. Jen tak může působit na nemocné opravdově a věrohodně.

4.) *Kdo chce pomáhat umírajícímu musí umět být pravdivý.*

V medicínské praxi se často stává, že lékaři neříkají pacientům nemocným rakovinou úplné informace o existenci jejich choroby. Pokud však budeme k nemocnému upřímní a sdělíme mu celou pravdu, poskytneme mu tím prostor k tomu, aby si ve zbývajícím čase zařídil a uzavřel všechny své záležitosti. Při sdělování pravdy je zapotřebí brát ohled na aktuální zdravotní stav nemocného a na jeho momentální psychické rozpoložení. Lidé, kteří věří v Boha mají pochopení smyslu smrti snadnější, a spíše než o sebe se obávají o své blízké, jak to budou zvládat po jejich smrti.

5.) Kdo chce pečovat o umírající, musí být připraven přijmout toho druhého takového, jaký je, a zřít se jakéhokoliv hodnocení.

Každý, kdo pracuje s umírajícími, musí respektovat charakter nemocného, a neodsuzovat jeho emoce a chování. Sestra si získá důvěru pacienta tím, že bude pozorně naslouchat jeho potřebám. Pokud pacient vycítí, že je mu sestra na blízku, dokáže se jí pak svěřit se svým trápením. K tomuto účelu lze také využít služeb kněze nebo nemocničního psychologa. (Brabec, 1991, s. 64-69)

4 ZÁKLADNÍ DEONTOLOGICKÉ KODEXY V MEDICÍNĚ

Deontologie v medicíně je souhrn určitých morálních zásad, kterým by se měl řídit každý člověk pracující ve zdravotnictví. Jedná se o všeobecné povinnosti vztahující se k výkonu odborné profese a k udržení vzájemných vztahů na pracovišti.

Pro soubor platných etických norem se vžil výraz kodex. Historicky prvním medicínským kodexem se stala Hippokratova přísaha (viz příloha č. 1), kterou dodnes skládají miliony lékařů po celém světě. Dnešní moderní deontologické kodexy se zaměřují i na speciální obory v medicíně jako jsou například psychiatrie, geriatric a mnohé další.

Mravní norma je specifická tím, že poukazuje na to, co je dobré, a co naopak ne. Stanovuje jasné pokyny, které by měla osoba v konkrétní situaci provádět. Etické normy budou naplněny tehdy, pokud si je ošetřovatelský personál osvojí, a vezme na sebe odpovědnost v případě, kdy dojde k jejímu porušení. (Kopecká, Korcová a kol., 2008, s. 46-48)

4.1 Etika

Etika je nauka o mravnosti, která zkoumá konání morálního dobra (popřípadě zla) jednotlivcem i celou společností. Etika, jako interdisciplinární věda, přesahuje do ostatních vědních oborů. Hodnotí, zda člověk jedná morálně správně či nikoliv. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 13-14)

4.2 Lékařská etika

„Lékařská etika jako profesní etika se zabývá nejen etickými hodnotami, mravními normami a jejich realizací v konkrétní lékařské praxi, ale také mravními požadavky, které určují chování, vztahy a ideály, které jsou charakteristické pro osoby vykonávající lékařské povolání.“ (Kořenek, 2002, s. 50)

4.2.1 Základní principy lékařské etiky

Prospěšnost

Povinností lékaře je vykonávat nevyšší možné dobro pro pacienta v nemoci, ve zdraví i při léčbě. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 14)

Neškodnost

Lékař by se měl vyvarovat jakéhokoliv jednání, které by mohlo záměrně i neúmyslně poškodit pacienta. Toto pravidlo je pevně zakotveno i v Hippokratově přísaze, kterou skládají všichni začínající lékaři před nástupem do zaměstnání. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 15)

Autonomie

Lékař musí respektovat člověka v jeho biologické, psychické, sociální i spirituální oblasti. Princip autonomie dává pacientovi možnost rozhodovat o své léčbě a rovnoměrně se na ní podílet. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 15)

Spravedlnost

Princip spravedlnosti stanovuje lékařům léčit každého člověka, bez ohledu na jeho náboženské, politické, kulturní a další odlišnosti. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 15)

K výše uvedeným principům se přidává také informovaný souhlas pacienta.

Informovaný souhlas pacienta

Pacient svým podpisem vyjadřuje souhlas s provedením diagnostických vyšetření a s naordinovanými léčebnými postupy. Pokud je pacient nezletilý, nebo pokud trpí například duševní chorobou, připadá tento úkol zákonnému zástupci dané osoby. V situaci, kdy se pacient nachází ve stavu akutního ohrožení života, lze provést léčbu i bez jeho písemného souhlasu. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 15)

4.3 Etika v ošetrovatelství

Ošetrovatelství, stejně tak jako medicína, je poslání, které má konat všeobecné dobro a zároveň pečovat o zdraví lidu. Sestra je v úzkém kontaktu s pacientem, a řeší jeho individuální potřeby, zatímco lékař se zabývá diagnostikou a navrhuje léčebné postupy.

Ošetrovatelský proces neodmyslitelně souvisí s etikou a klade důraz na důstojnost člověka. V dnešní ošetrovatelské praxi se bohužel vyskytují i takové sestry, které úroveň etického chování postrádají, což může mít pro pacienta neblahé následky. Z tohoto důvodu byl vytvořen Etický kodex sester, který by měl posloužit ke zlepšení dané situace. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 169-170)

5 PROFESNÍ A ETICKÉ POŽADAVKY VYBRANÝCH ÚKONŮ

5.1 Sdělování špatných zpráv

Sdělování špatných zpráv patří mezi obtížné úkoly lékařského povolání. V obecné rovině můžeme říci, že je zlá zpráva taková informace, která v nás vyvolává pocit zoufalství a beznaděje. Důvodem, proč není jednoduché špatnou zprávu sdělit je ten, že její obsah většinou souvisí se smrtí. Pro lékaře to znamená přiznání, že už pro pacienta nedokáže nic víc udělat.

5.1.1 Modelové situace chování lékařů před sdělením špatné zprávy

Lékař, po zjištění nepříznivé diagnózy, se začne pacientovi vyhýbat a přestane s ním komunikovat. Lékař navrhuje další možné postupy léčby, ale pacientovi špatnou zprávu stejně nesdělí. Pacient je tak mylně ponechán ve falešné naději. Lékař pacientovi špatnou zprávu sdělí, ale zároveň mu nabídne paliativní léčbu jako přijatelnou alternativu. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 216-217)

5.2 Komunikace s umírajícím

Mezi lékaři i zdravotníky je známa skutečnost, že psychika je propojena s tělesnou stránkou, a že se mezi sebou vzájemně ovlivňují. Proto by měla komunikace, zvláště pak s umírajícím, podléhat etickým pravidlům. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 363)

5.2.1 Chyby při komunikaci s umírajícími

Někteří zdravotníci si možná ani neuvědomují, že se dopouštějí chyb při komunikaci s umírajícími pacienty. Takový druh komunikace rozhodně není profesionální a může umírajícího člověka neblaze poznamenat. Mezi příklady chybné komunikace zdravotníků patří například:

- vnucování vlastního názoru
- zlehčování obtíží pacienta
- nezájem o potřeby pacienta
- porušování soukromí pacienta
- kritizování postojů pacienta
- podávání lživých informací pacientovi
- vyhýbání se hovorům o smrti (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 370)

5.2.2 Obtíže v komunikaci na straně pacienta

Somatické obtíže jako jsou únava, bolest, dušnost a další příznaky mohou snížit komunikační schopnosti pacienta. Mezi psychické obtíže, které omezují pacienta v komunikaci patří například strach, deprese a vztek. U některých pacientů se stává, že se nedokáží vyrovnat s nepříznivou diagnózou a utváří si falešné naděje. Úkolem lékaře v takové situaci je trpělivě komunikovat s pacientem a dohodnout se s ním na další terapii. Pokud je pacient pasivní a odmítá spolupráci s okolím, může se jednat o rezignaci. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 366)

5.2.3 Obtíže v komunikaci na straně personálu

Na reakce zdravotníka má často negativní vliv únava. Další závažnou obtíž na straně zdravotnického personálu je obava hovořit o smrti. Smrt zůstává pro zdravotníka i pro společnost stále tabuizovaným tématem, o kterém se příliš nemluví. A posledním aspektem, který znesnadňuje komunikaci zdravotnického týmu s nemocným, je i nedostatek času.

5.3 Péče o mrtvé tělo

Pokud sestra nalezne pacienta, který již nejeví známky života, je její povinností ohlásit tuto událost lékaři. Privolaný lékař provede důkladné ohledání těla a konstatuje smrt. Je samozřejmostí, že sestra zajistí intimitu nemocného a to buď posuvnou zástěnou, nebo převezním těla do speciální místnosti určené pro zesnulé. Poté sestra, za pomoci ošetrovatelského personálu, provede péči o mrtvé tělo. Zavře zemřelému oči, vyndá snímatelnou zubní náhradu a za dozoru svědků sejme hodinky a ostatní cennosti. Dále upraví tělo do vodorovné polohy, svleče jej a provede hygienickou očistu těla. Povinností sestry je také zkrátit drény a odstranit močový a žilní katétr. Sestra musí řádně označit tělo, aby nedošlo k záměně zemřelých. Nejvíce používaným způsobem identifikace je nalepení štítku na stehno zemřelého. Ten musí obsahovat jméno a příjmení pacienta, datum narození a datum úmrtí, rodné číslo a název oddělení, kde k úmrtí došlo. Nakonec je tělo obaleno prostěradlem a po dobu 2 hodin ponecháno na oddělení. Sestra dbá na to, aby byla zachována důstojnost zemřelého a po celou dobu péče jedná s úctou a s respektem! (Haškovcová, 2007, s. 96-97)

5.4 Komunikace s pozůstalými

Pozůstalá rodina často žádá od zdravotníků informace o posledních chvílích svého příbuzného. Nejvíce je zajímá, zda nemocný zemřel v klidu, zda netrpěl bolestmi a zda vyslovil nějaké poslední přání. K tomuto účelu slouží v některých nemocnicích zvláštní záznamová listina, kde je možné vypsát případná poslední slova umírajícího nebo jeho poslední vyřknuté přání.

Lékař by si měl najít vhodnou místnost a vymezit dostatek času na rozhovor s pozůstalými. Poté, pokud si to budou přát, je doprovodí k pietní místnosti, aby se zde naposledy rozloučili se svým blízkým. Je vhodné, aby se tento akt uskutečnil ještě dříve, než se přistoupí k vyřizování potřebné pozůstalostní administrativy. Někteří zdravotníci si myslí, že by se měla pozůstalým vyjádřit soustrast, ale takové jednání není příliš vhodné. Pozůstalí jsou často v šoku a ještě si ani pořádně neuvědomují fakt, že jejich blízký zemřel. Každý člověk potřebuje určitý čas k tomu, aby se dokázal se ztrátou vyrovnat. V rozmezí mezi úmrtím a pohřbem to je zpravidla kolem 3-5 dne začne člověk ztrátu akceptovat a zde přichází vhodný čas na projevení soustrasti. Na to by měli zdravotníci pamatovat, aby se tak vyhnuli odmítavé reakce ze strany příbuzných. (Haškovcová, 2007, s. 98-99)

5.5 Etika duchovní služby v nemocnici

Každý jedinec bez ohledu na to, zda je věřící či nikoli, má svůj niterní duchovní svět.

Spirituální stránka je nedílnou součástí člověka a proto by neměla být při léčbě opomíjena. Kněží vystupuje v nemocnici jako osoba, která pomáhá nemocným vyrovnat se s utrpením a směřuje nemocného k procesu uzdravení v duchovní oblasti. Jeho vzájemný vztah s pacientem je založen na důvěře a mlčenlivosti, což jsou hodnoty vymezující etické působení duchovního. Kněz také vyhodnocuje změny spirituálního života, které přichází v průběhu hospitalizace. Rovněž hledá způsob, jak docílit všeobecného dobra pro pacienta a respektuje jeho vnitřní pochody a nálady. Etická služba nemocnému se vyznačuje i schopností naslouchat a rozpoznat, kdy je nemocný ochoten komunikovat a kdy je pro něj lepší tichá přítomnost duchovního u lůžka. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 187-190)

5.6 Zdravotnické doprovázení

S profesionálním zdravotnickým doprovázením se setkáváme téměř ve všech životních etapách. Nejsilněji však pociťujeme vliv zdravotnického doprovázení ve stáří. Častými objekty zdravotnického doprovázení jsou i lidé, kteří trpí chronickým onemocněním. Není ale možné, abychom se starými lidmi zacházeli jako s malými dětmi. Důležitým elementem při doprovázení seniorů je schopnost ovládat správnou komunikaci bez použití odborné terminologie. Zdravotničtí pracovníci často chybně jednájí z pozice autority. Zdravotníci by měli spíše zvolit partnerský postup, který je založený na porozumění a toleranci obou zúčastněných. (Vávrová, 2012, s. 79-83)

6 EUTANÁZIE A JEJÍ FORMY

6.1 Eutanázie

Pojem eutanázie je složen ze dvou řeckých slov (eu - dobrý a thanatos – smrt) můžeme tedy hovořit o tzv. dobré smrti. Později se začal užívat název smrt z milosti (ze soucitu). Rozlišujeme 2 základní druhy eutanázie: eutanázii aktivní a eutanázii pasivní. Aktivní eutanázie popisuje akt, při kterém lékař ukončí život pacientovi, který si o tuto „službu“ již dříve dobrovolně požádal. Takové formě eutanázie se také říká metoda přeplněné stříkačky. Eutanázie pasivní vysvětluje jev, kdy dochází k ukončení léčby, nebo též k jejímu nezahájení. Pro tuto teorii se vžilo označení strategie odkloněné stříkačky. Speciální formou eutanázie je asistovaná sebevražda. V tomto případě si pacient vyžádá od lékaře radu k ukončení života, ale ten konečný krok vykoná právě pacient. Lékař se zde aktivně nepodílí, pouze asistuje. (Haškovcová, 2007, s. 120; Haškovcová, 2007, s. 122)

6.2 Eutanázie v České republice

V České republice je eutanázie jednoznačně klasifikována jako trestný čin. V prosinci roku 2005 bylo však schváleno rozhodnutí, které snižuje trestní sazbu na její nejnižší možnou hranici. Výši trestu do značné míry také ovlivňuje motiv činu. Rozdíl je opravdu znatelný. Za „běžnou“ vraždu hrozí pachateli až 30 let odnětí svobody popřípadě výjimečný doživotní trest, kdežto za vraždu „z milosti“ dostane pachatel maximálně 6 let vězení. (Haškovcová, 2007, s. 132-134)

6.3 Podmínky k provedení eutanázie

- přání zemřít musí vycházet z dobrovolné vůle pacienta
- osoba, která žádá o eutanázii, musí dobře zvážit své rozhodnutí, musí správně posoudit svůj zdravotní stav
- touha ukončit svůj život musí trvat dostatečně dlouhou dobu
- pacient musí trpět nesnesitelnými bolestmi
- lékař musí konzultovat své stanovisko s dalším nezávislým lékařem (Thomasma a Kushnerová, 2000, s. 220)

6.4 Důvody pro eutanázii

Lidé, kteří jsou pro přijetí eutanázie, argumentují tím, že umírat v ukrutných bolestech není humánní. Věří, že eutanázie je způsob, jak nemocným ulevit od bolestí a zdlouhavého umírání. Příznivci eutanázie rovněž zastávají názor, že nemocný člověk dokáže být natolik odpovědný, aby reálně zhodnotil svůj zdravotní stav.

6.5 Důvody proti eutanázii

Odpůrci eutanázie vyznávají stanovisko, že i nepříznivý zdravotní stav nemocného se může nečekaně zlepšit. Dalším pádným důvodem proti zavedení eutanázie je, že by mohla být snadno zneužitelná. Jiný názor poukazuje na to, že tímto činem dochází k porušení Hippokratovy přísahy, ve které mimo jiné lékaři slibují, že nepodají smrtící lék, i kdyby si o něj pacient sám požádal. (Haškovcová, 2007, s. 157)

6.6 Postoj církve k eutanázii

Římskokatolická církev uvedla roku 1980 následující prohlášení, ve kterém opětovně potvrdila svůj zamítavý postoj proti eutanázii:

„Nic a nikdo nemůže žádným způsobem svolit k zabití nevinné lidské bytosti, ať je to plod či embryo, dítě nebo dospělý, starý člověk anebo člověk trpící nevyléčitelnou nemocí, či člověk, který umírá.“ (Thomasma a Kushnerová, 2000, s. 252)

6.7 Ukončení neúčinné léčby

V poslední době se medicína ocitá pod nátlakem. Předpokládá se totiž, že bude léčit všechny pacienty a za každých okolností, což není vždy zcela možné. Lékaři jsou mnohdy k takovému jednání donuceni například rodinou pacienta, ostatními členy zdravotnického týmu a nebo také médii. V situaci, kdy je pacient dlouhodobě v komatu, napojen na přístrojích, nebo v terminálním stavu, může medicína sice léčit, ale nikdy ne vyléčit. Už lékaři za časů Hippokrata věděli, že pokud není léčba účinná, je lepší se takovému postupu raději

vyhnout. Rovněž také Etický kodex České lékařské komory poukazuje na to, že pokud je zdravotní stav pacienta beznadějný, není nutné „násilně“ prodlužovat život za každou cenu. Na tento kodex se lékaři odkazují v případě, že jsou veřejností obviněni z toho, že již dále nepokračovali v léčbě. Česká lékařská komora též vydala doporučení, které navrhuje místo intenzivní léčby zvolit léčbu paliativní. Jedná se o pacienty v terminálním stádiu, kteří nedokáží vyjádřit svůj názor. Konečné rozhodnutí, však musí pokaždé provést primář, popřípadě k tomu oprávněný ošetřující lékař. (Ptáček, Bartůnek a kol., 2014, s. 68-71)

6.8 Příkaz neresuscitovat

Pacient má právo vyjádřit svůj nesouhlas s provedením resuscitace. A pokud je toto přání stvrzeno písemně, musí být zdravotnickým personálem respektováno. V takovém případě nehrozí zdravotníkům žádný právní postih za neposkytnutí pomoci.

Resuscitace u onkologických pacientů, septických stavů a u osob vysokého věku nemusí být vždy zcela úspěšná. U takto náročných stavů se může naopak rozvinout závažné poškození mozku s dlouhodobě nepříznivou prognózou.

6.8.1 Nejčastější důvody k příkazu neresuscitovat

- pacienti, kteří chtějí zemřít v klidu, bez použití zdravotnických přístrojů a oživovacích procesů
- vyjádření lékaře, že resuscitace je u konkrétního pacienta bez účinku
- dlouhodobé vigilní kóma a mozková smrt

Z etického hlediska je přípustné, že resuscitace není vhodná pro každého pacienta. Lékař musí posoudit zdravotní stav a v případě rozhodnutí neresuscitovat, by měl tuto ordinaci zaznamenat do zdravotnické dokumentace. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 176)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Jako hlavní cíl mé bakalářské práce jsem si určila posoudit úroveň postojů ošetřovatelského personálu k umírajícím seniorům z pohledu etiky. Ke splnění tohoto cíle mi budou nápomocny následující dílčí cíle:

- 1.) Zjistit, jak často se respondenti při své profesi setkávají a úmrtím seniorů a jaké pocity zažívají, když pečují o zemřelého.
- 2.) Zjistit, do jaké míry znají respondenti fáze umírání a etické kodexy v ošetřovatelství.
- 3.) Zjistit, jaké stanovisko zaujímají respondenti k vybrané problematice (eutanázie, resuscitace seniorů a využití Hippokratovy přísahy).
- 4.) Zjistit, zda mají respondenti na oddělení etický kodex sester.
- 5.) Zjistit, zda je podle respondentů pacienty využívána duchovní služba kněze.
- 6.) Zjistit, zda se respondenti setkali s neetickým zacházením se zemřelým a zda je někdy pacient požádal o ukončení života.

7.1 Metodika

7.1.1 Kvantitativní výzkum

„Kvantitativní výzkum je založen na ověřování platnosti teorií, konstruovaných pomocí konceptů a měřených čísel, analyzovaných vzápětí pomocí statistických procedur s cílem zjistit, zda prediktivní zobecnění teorie je pravdivé. Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje se většinou s velkým souborem respondentů. Používá se metod dotazníku, standardizovaného rozhovoru, analýzy dat apod.“ (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2005, s. 14; Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2005, s. 13)

7.1.2 Dotazník

Dotazník je sestaven ze série otázek, které jsou napsány na zhotoveném formuláři. Jedná se o nejvíce používanou metodou kvantitativního výzkumu. Dotazníky se zpravidla objevují v tištěné, ale i v elektronické podobě. Významným prvkem dotazníku je formulace přesných a srozumitelných otázek. Mezi charakteristické znaky dotazníku patří nepřítomnost badatele a znalost zkoumaného prostředí, kde je nejprve proveden předvýzkum a poté zrealizován vlastní výzkum. (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2005, s. 46-47)

7.2 Charakteristika vzorku respondentů

K tomu, abych mohla zrealizovat své dotazníkové šetření, potřebovala jsem získat vhodný vzorek respondentů. Před výběrem respondentů jsem si tedy stanovila následující 4 podmínky, které museli všichni zúčastnění splňovat, aby mohli být zařazeni do výzkumu.

- 1.) Respondenti musí pracovat na standardním lůžkovém oddělení interny, onkologie nebo LDN.
- 2.) Respondenti musí vykonávat jednu z následujících pracovních pozic: všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitář(ka) a ošetřovatel(ka).
- 3.) Respondenti musí být starší 18 let.
- 4.) Respondenti musí mít ochotu vyplnit dotazník.

7.3 Struktura vlastního dotazníku

Dotazník, který jsem sestavila pro svůj výzkum (viz příloha č. 4), je rozdělen do 2 hlavních částí. V první části nalezneme pár slov na úvod, kde představuji svoji osobu a dotazník. Zdůrazňuji zde také anonymitu dotazníku. Dále jsou zde 2 otázky, kterými zjišťuji základní identifikační údaje respondentů jako je pohlaví a věk. Ve zbývajících 2 otázkách se dotazuji na pracovní pozici respondenta a na délku získané praxe. Druhá část dotazníku obsahuje celkem 12 výzkumných otázek. Z tohoto počtu je 6 otázek uzavřených, 1 otázka polytomická (tzn. výběr jedné odpovědi z více nabízených možností), 4 otázky polouzavřené a 1 volná otázka.

Dotazník jsem si pomyslně rozdělila do 4 následujících skupin:

- 1.) Otázky, které ověřují vědomosti respondentů (otázka č. 2 a otázka č. 4).
- 2.) Otázky, které se zaměřují na určitá fakta (otázka č. 1, 5, 6, 7, 8).
- 3.) Otázky, které zkoumají postoje respondentů (otázka č. 3, 9, 10, 11)
- 4.) Otázka, která vyjadřuje pocity respondentů (otázka č. 12).

V otázce č. 1 se snažím zjistit, jak často se respondenti při své profesi setkávají s úmrtím seniorů. Druhá otázka se dotazuje na to, zda respondenti znají průběh jednotlivých fází umírání a zda je dokáží správně vyjmenovat. Otázkou č. 3 se ptám respondentů na jejich názor, zda je Hippokratova přísaha využitelná i v dnešní době. V otázce č. 4 ověřuji u respondentů znalost etických kodexů týkajících se ošetrovatelství. V páté otázce se zajímám, zda mají respondenti na oddělení etický kodex. Otázkou č. 6 zjišťuji, zda někoho z respondentů požádal pacient o ukončení života. V otázce č. 7 mě zajímá, zda byli někdy respondenti svědkem neetického zacházení se zemřelým a pokud ano, nabádám respondenty k bližšímu popisu dané situace. V otázce č. 8 se dotazuji respondentů, zda pacienti využívají možnosti duchovních služeb kněze. Devátou otázkou zkoumám názor respondentů na legalizaci eutanázie v České republice a zjišťuji jejich konkrétní důvod, proč uvedli právě takovou odpověď. Otázky č. 10 a 11 se věnují resuscitaci u terminálně nemocných seniorů. V poslední 12. otázce ponechávám respondentům otevřený prostor k vyjádření svých pocitů, které zažívají při péči o zemřelého.

7.4 Organizace šetření

Nejprve jsem sepsala výzkumné otázky a sestavila je do dotazníku. Při tvorbě otázek jsem se snažila vycházet z teoretické části bakalářské práce. Během ledna letošního roku jsem zrealizovala předvýzkum. Dotazník jsem poslala e-mailem 3 svým kamarádkám, aby mě upozornily na případné nedostatky. Poté jsem upravila pár otázek a předala dotazník ke kontrole vedoucí bakalářské práce. Když byl dotazník schválen, začala jsem shánět podpisy na žádost o umožnění dotazníkového šetření. V druhé polovině února jsem pak přistoupila k samotné distribuci dotazníků. Dotazníky jsem si záměrně distribuovala sama, abych byla v přímém kontaktu s oddělením a měla tak o dotaznících přehled. Každému oddělení náležela vždy jedna papírová obálka, která obsahovala 10 dotazníků. Dotazníky jsem ponechala na odděleních po dobu 2 týdnů a pak jsem si je osobně vyzvedla. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků v sedmi standardních lůžkových odděleních KNTB (ve složení 3 interní oddělení, 3 oddělení LDN a 1 onkologické oddělení). Nakonec jsem zpracovala 50 dotazníků. Celková návratnost dotazníků dosáhla 71,43 %.

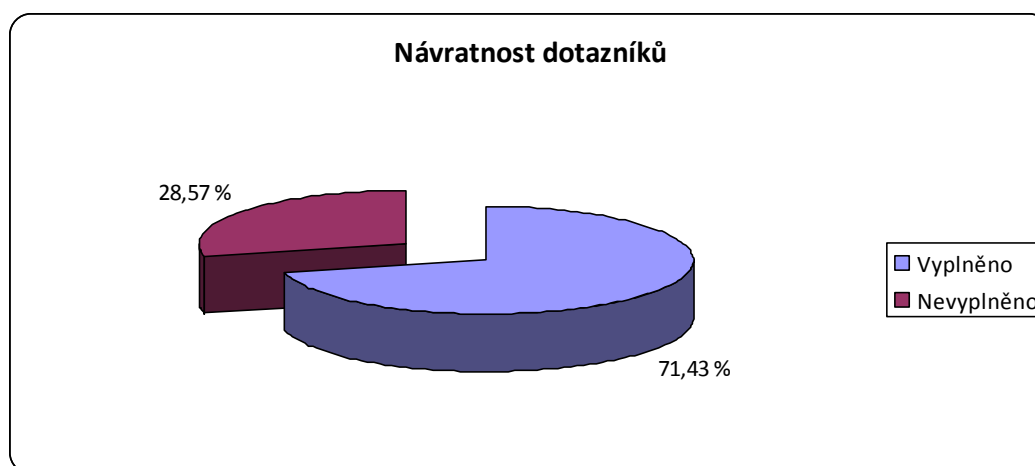
7.5 Zpracování získaných dat

Výzkumem získaná data jsem uspořádala do tabulek četností, ze kterých jsem následně vytvořila přehledné grafy. Při tvorbě grafů jsem použila počítačový program Microsoft Office Excel 2003, ve kterém jsem si zvolila výsečový typ grafů s prostorovým efektem.

8 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

Tabulka č. 1 Návratnost dotazníků

| Návratnost dotazníků | | |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Vyplněno | 50 | 71,43 % |
| Nevyplněno | 20 | 28,57 % |
| Celkem | 70 | 100,00 % |

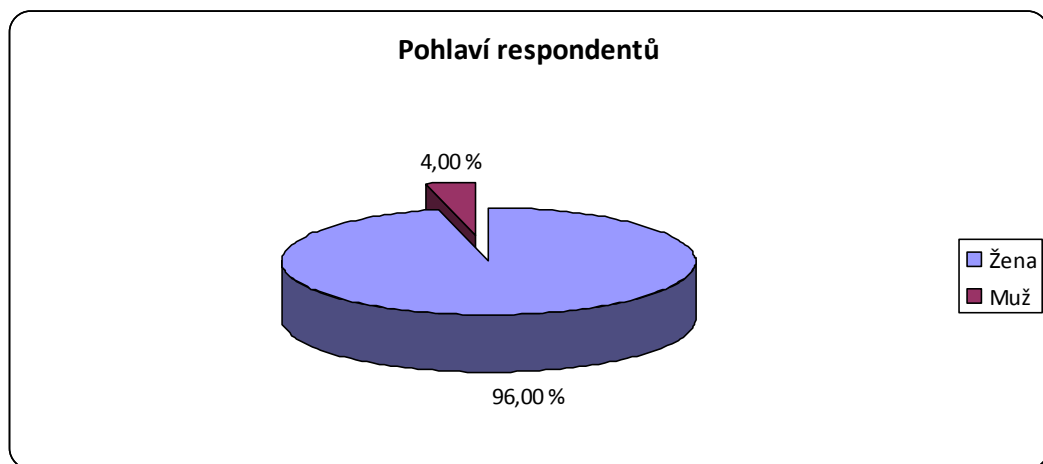


Graf č. 1 Návratnost dotazníků

Výsledná návratnost dotazníků byla vyšší, než jsem předpokládala. Ze 70 distribuovaných dotazníků bylo vyplněno 50. Žádný dotazník nebyl vyřazen. Procentuální návratnost dotazníků se vyšplhala na 71,43 %.

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů

| Pohlaví respondentů | | |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Žena | 48 | 96,00 % |
| Muž | 2 | 4,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |

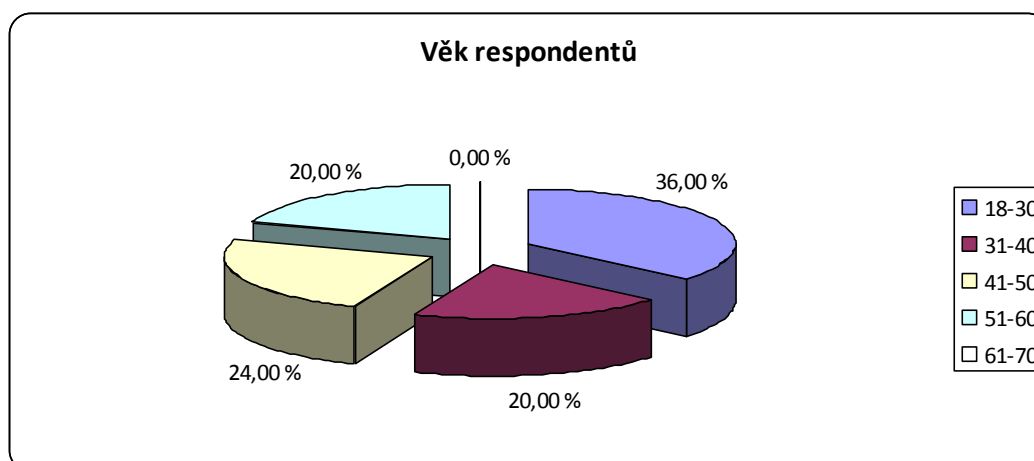


Graf č. 2 Pohlaví respondentů

Z grafu č. 2 můžeme vidět, že genderové zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku je velmi nerovnoměrné. Z celkového počtu 50 zúčastněných bylo 48 žen (96,00 %) a 2 muži (4,00 %).

Tabulka č. 3 Věk respondentů

| Věk respondentů | | |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| 18-30 | 18 | 36,00 % |
| 31-40 | 10 | 20,00 % |
| 41-50 | 12 | 24,00 % |
| 51-60 | 10 | 20,00 % |
| 61-70 | 0 | 0,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



Graf č. 3 Věk respondentů

Výše uvedený graf poukazuje na věk účastníků výzkumu. Nejpočetnější věkovou skupinu tvořili respondenti ve věku od 18 do 30 let (36,00 %). Druhou početnou kategorií obsadili respondenti ve věku od 41 do 50 let (24,00 %). Na stejné úrovni v množství respondentů (20,00 %) byly věkové skupiny 31-40 let a 51-60 let. Poslední věková skupina respondentů (61-70 let) se ukázala jako nulová.

Tabulka č. 4 Pracovní pozice respondentů

| Pracovní pozice respondentů | | |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Všeobecná sestra | 33 | 66,00 % |
| Zdravotnický asistent | 9 | 18,00 % |
| Sanitář(ka) | 4 | 8,00 % |
| Ošetřovatel(ka) | 4 | 8,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |

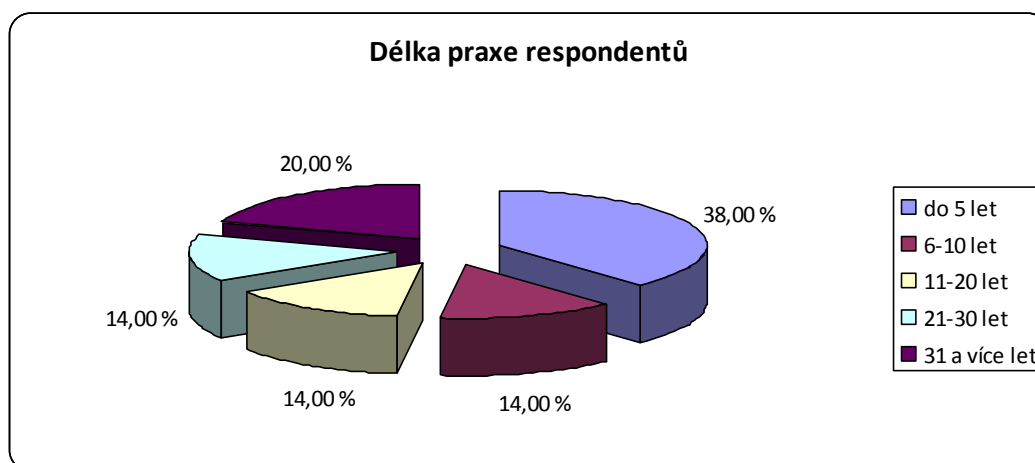


Graf č. 4 Pracovní pozice respondentů

Z grafu č. 4 vyplývá, že všeobecné sestry tvořily významný podíl (66,00 %) ze zúčastněných respondentů. Podstatně méně respondentů (18,00 %) vykonávalo post zdravotnického asistenta. Respondentů, zaměstnaných na pozici sanitář(ka) a ošetřovatel(ka) bylo v průzkumu shodně po 8,00 %.

Tabulka č. 5 Délka praxe respondentů

| Délka praxe respondentů | | |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| do 5 let | 19 | 38,00 % |
| 6-10 let | 7 | 14,00 % |
| 11-20 let | 7 | 14,00 % |
| 21-30 let | 7 | 14,00 % |
| 31 a více let | 10 | 20,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



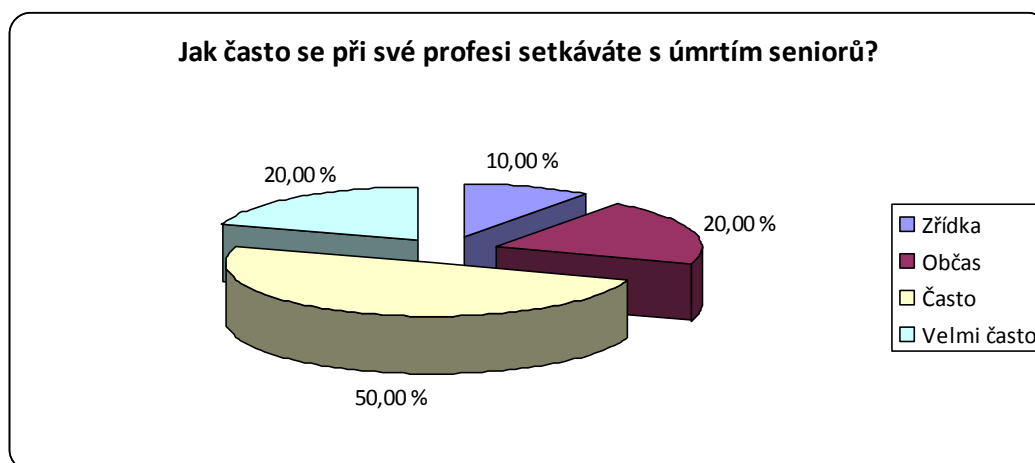
Graf č. 5 Délka praxe respondentů

Z grafu č. 5 můžeme zjistit, že nejvíce respondentů (38,00 %) působí ve zdravotnické praxi do 5 let. S více než 31 lety praxe ve zdravotnictví se může pochlubit rovných 20,00 % zúčastněných respondentů. Ve zbývajících 3 skupinách (6-10 let, 11-20 let a 21-30 let) je procento respondentů totožné (14,00 %).

Otázka č. 1

Tabulka č. 6 Četnost setkání s úmrtím seniorů

| Jak často se při své profesi setkáváte s úmrtím seniorů? | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Zřídka | 5 | 10,00 % |
| Občas | 10 | 20,00 % |
| Často | 25 | 50,00 % |
| Velmi často | 10 | 20,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



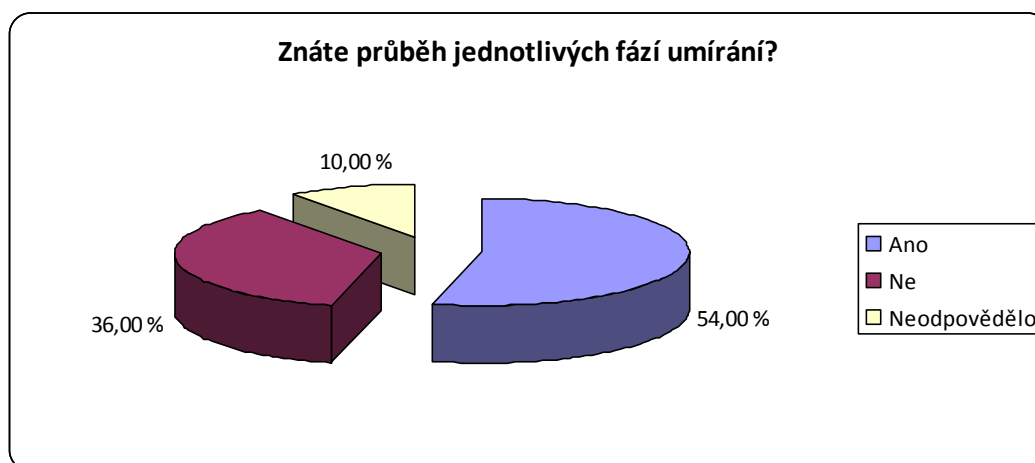
Graf č. 6 Četnost setkání s úmrtím seniorů

Z grafu č. 6 lze vyčíst, že polovina respondentů (50,00 %) se při svém povolání často setkává s úmrtím seniorů. Odpověď „občas,“ stejně tak jako „velmi často,“ označilo 10 respondentů (20,00 %). Nejméně častou odpovědí byla možnost „zřídka,“ kterou zvolilo pouze 10,00 % respondentů.

Otázka č. 2

Tabulka č. 7 Znalost fází umírání

| Znáte průběh jednotlivých fází umírání? | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano | 27 | 54,00 % |
| Ne | 18 | 36,00 % |
| Neodpovědělo | 5 | 10,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



Graf č. 7 Znalost fází umírání

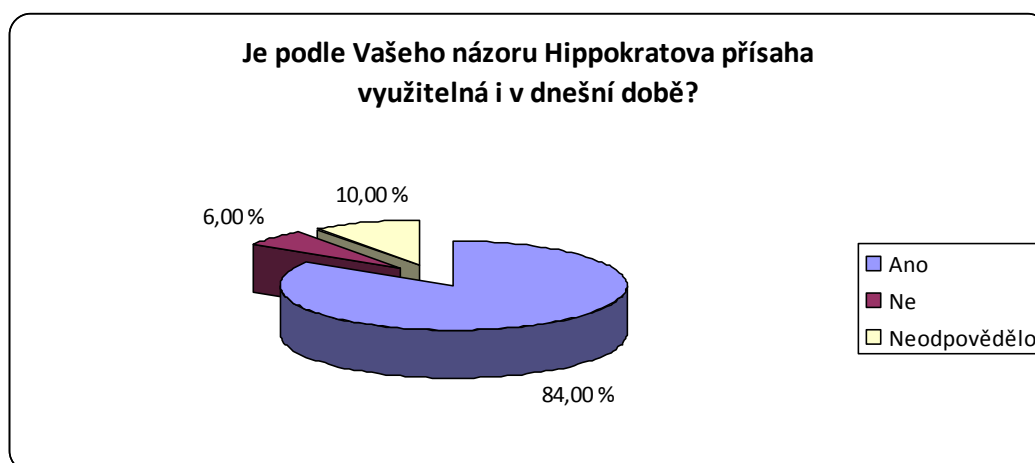
U této otázky jsem se snažila zjistit, zda respondenti znají a dokáží správně vyjmenovat fáze umírání. Kladně odpovědělo 54,00 % respondentů, avšak pouze 2 z nich (7,41 %) napsali odpověď, kterou jsem očekávala, a sice, že fáze umírání jsou „pre finem, in finem a post finem.“ Z dalších kladných odpovědí nebyly ve 4 případech (14,81 %) uvedeny fáze umírání, takže nemohu s jistotou určit, zda respondenti skutečně tyto fáze znali.

Nejčastější odpověď (77,78 %) z kladných možností byla ta, že respondenti vyjmenovali fáze psychického vyrovnávání se se smrtí podle lékařky Elisabeth Kübler-Rossovové. Zde sice respondenti prokázali překvapivé znalosti, nicméně tato odpověď nebyla dle mých představ. Poměrně vysoké procento respondentů (36,00 %) se přiznalo k tomu, že neznají fáze umírání. Přesně 10,00 % procent zúčastněných respondentů nevedlo žádnou odpověď.

Otázka č. 3

Tabulka č. 8 Využitelnost Hippokratovy přísahy

| Je podle Vašeho názoru Hippokratova přísaha využitelná i v dnešní době? | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano | 42 | 84,00 % |
| Ne | 3 | 6,00 % |
| Neodpovědělo | 5 | 10,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



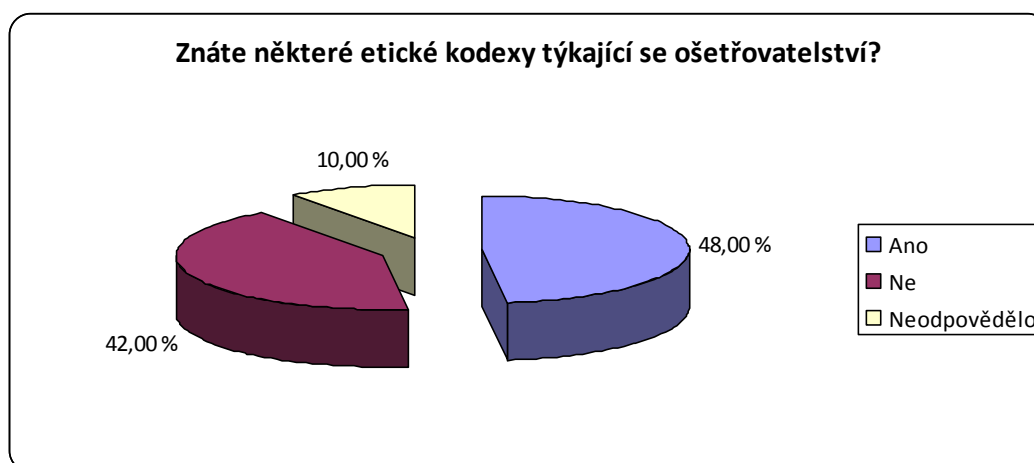
Graf č. 8 Využitelnost Hippokratovy přísahy

Z grafu č. 8 je zřejmé, že převážná většina respondentů (84,00 %) je přesvědčena o využitelnosti Hippokratovy přísahy v dnešní době. 6,00 % respondentů se domnívá, že Hippokratova přísaha v dnešní době již není využitelná. Našlo se i 5 respondentů (10,00 %), kteří na tuto otázku nevedli odpověď.

Otázka č. 4

Tabulka č. 9 Znalost etických kodexů

| Znáte některé etické kodexy týkající se ošetrovatelství? | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano | 24 | 48,00 % |
| Ne | 21 | 42,00 % |
| Neodpovědělo | 5 | 10,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



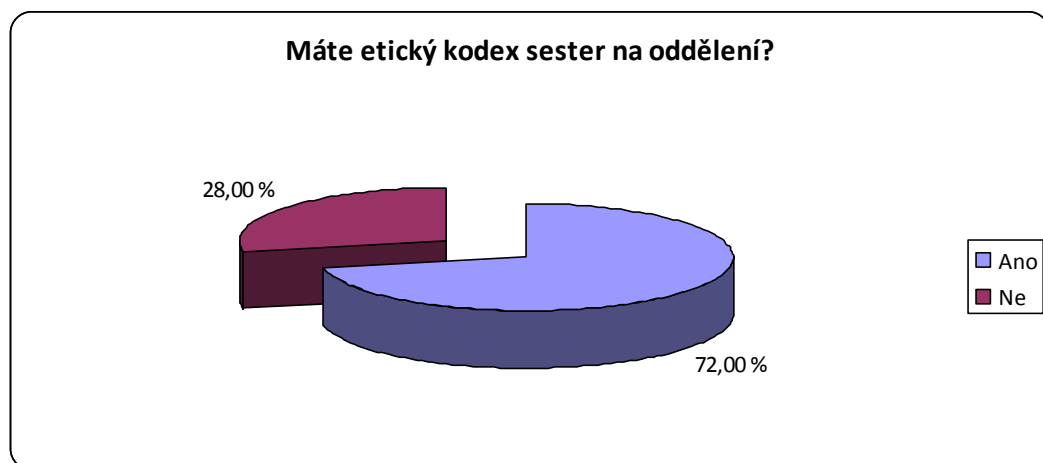
Graf č. 9 Znalost etických kodexů

Z grafu č. 9 je evidentní, že 48,00 % respondentů odpovědělo, že zná etické kodexy týkající se ošetrovatelství. Neznalost etických kodexů připustilo 42,00 % respondentů. Bez odpovědi ponechalo otázku 10,00 % respondentů. Z kladných odpovědí prokázalo znalost etických kodexů 75,00 % respondentů. V odpovědích nejvíce dominoval *Etický kodex sestry*. Dalším kodexem, který se často v odpovědích objevoval, byly *Práva pacientů* (viz příloha č. 2) a ve stejné míře také *Charta práv umírajících* (viz příloha č. 3). Ostatní kodexy byly vždy zastoupeny jen jednou (např. *Etický kodex porodních asistentek*, *Práva hospitalizovaných dětí* atd.). Čtvrtina respondentů (25,00 %) z kladných odpovědí sice označila variantu ano, ale etické kodexy nevyjmenovala. Není tedy zřejmé, zda tato skupina respondentů dané vědomosti skutečně měla.

Otázka č. 5

Tabulka č. 10 Etický kodex sester na oddělení

| Máte etický kodex sester na oddělení? | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano | 36 | 72,00 % |
| Ne | 14 | 28,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



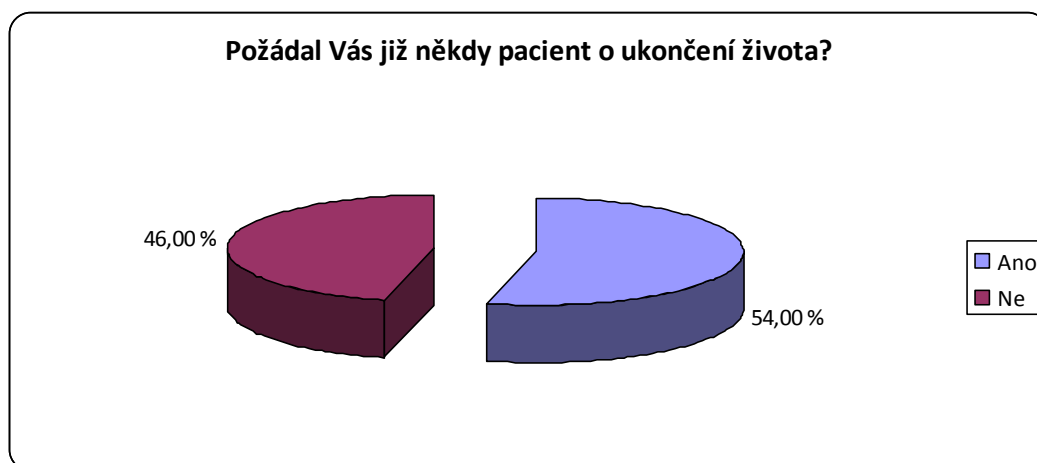
Graf č. 10 Etický kodex sester na oddělení

Z grafu č. 10 je patrné, že 72,00 % respondentů má k dispozici na oddělení etický kodex sester. Zbýlých 28,00 % respondentů etický kodex sester na oddělení postrádá.

Otázka č. 6

Tabulka č. 11 Žádost o ukončení života

| Požádal Vás již někdy pacient o ukončení života? | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano | 27 | 54,00 % |
| Ne | 23 | 46,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



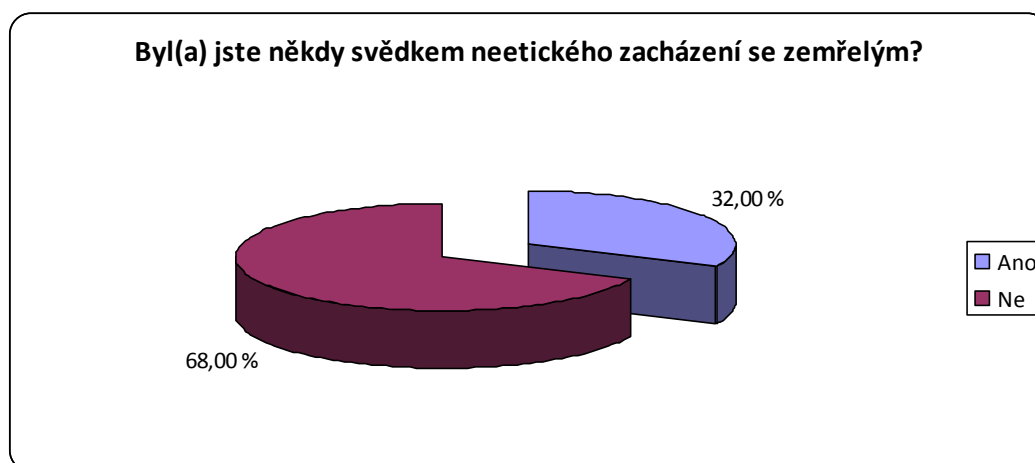
Graf č. 11 Žádost o ukončení života

Graf č. 11 odhaluje nejmenší procentuální rozdíl mezi odpověďmi. Dohromady 54,00 % respondentů si již někdy od pacienta vyslechlo prosbu o ukončení života. Ostatní respondenti (46,00 %) nebyli nikdy pacientem požádáni o ukončení života.

Otázka č. 7

Tabulka č. 12 Neetické zacházení se zemřelým

| Byl(a) jste někdy svědkem neetického zacházení se zemřelým? | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano | 16 | 32,00 % |
| Ne | 34 | 68,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



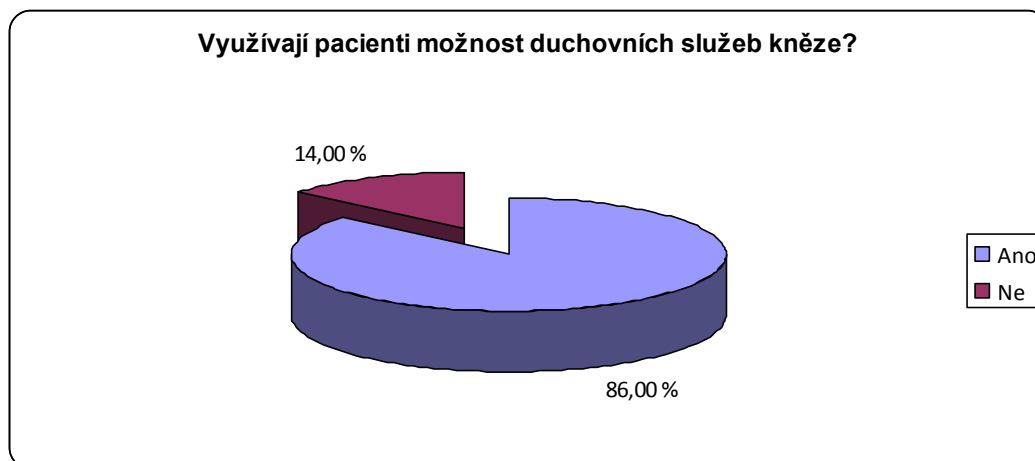
Graf č. 12 Neetické zacházení se zemřelým

Prostřednictvím výše uvedené otázky jsem chtěla prozkoumat, zda se již někdy respondenti při výkonu své profese setkali s neetickým zacházením se zemřelým. V případě pozitivní odpovědi vybízím respondenty k tomu, aby mi danou situaci blíže specifikovali. Z grafu č. 12 můžeme rozpoznat, že se 68,00 % zúčastněných respondentů nesetkalo s neetickým zacházením se zemřelým. Naopak 36,00 % respondentů uvedlo, že již někdy byli svědkem neetického zacházení se zemřelým, ale polovina z nich neobjasnila, jak situace probíhala. Domnívám se, že tak respondenti učinili proto, že nechtěli takový prožitek dále zveřejňovat. O to více si vážím odpovědí, ve kterých respondenti situaci upřesnili. Celkově vzato, odpovědi se shodují v tom, že k neetickému zacházení dochází ze stran pracovníků patologie. V jedné z odpovědí se uvádí, že se takového jednání dopustily i sanitářky pracující na LDN. Konkrétní odpovědi respondentů jsem umístila do přílohy č. 5.

Otázka č. 8

Tabulka č. 13 Využití duchovních služeb kněze

| Využívají pacienti možnost duchovních služeb kněze? | | |
|---|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano | 43 | 86,00 % |
| Ne | 7 | 14,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



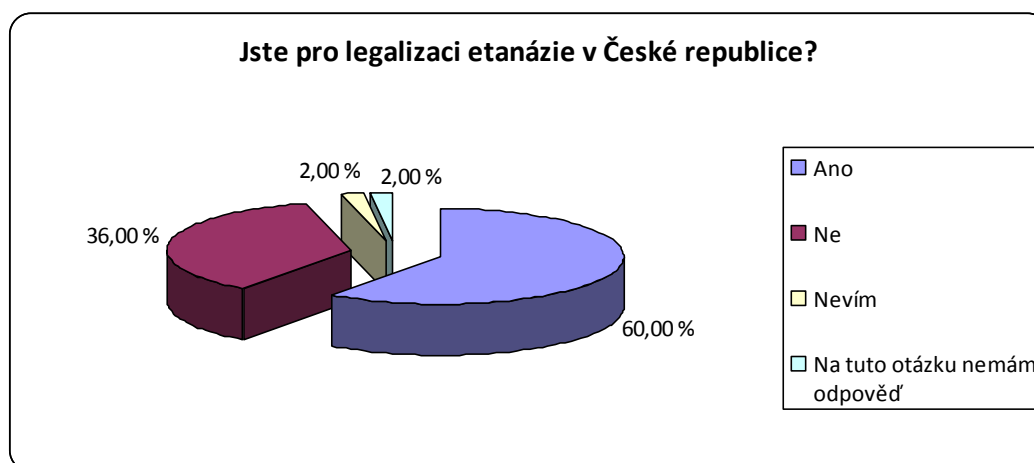
Graf č. 13 Využití duchovních služeb kněze

Z grafu č. 13 je zjevné, že 86,00 % respondentů odpovědělo kladně, čili, že pacienti využívají možnosti duchovních služeb kněze. Protikladnou odpověď zvolilo 14,00 % respondentů, tedy, že pacienti nevyužívají služeb nemocničního kněze.

Otázka č. 9

Tabulka č. 14 Legalizace eutanázie v České republice

| Jste pro legalizaci eutanázie v České republice? | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano | 30 | 60,00 % |
| Ne | 18 | 36,00 % |
| Nevím | 1 | 2,00 % |
| Na tuto otázku nemám odpověď | 1 | 2,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



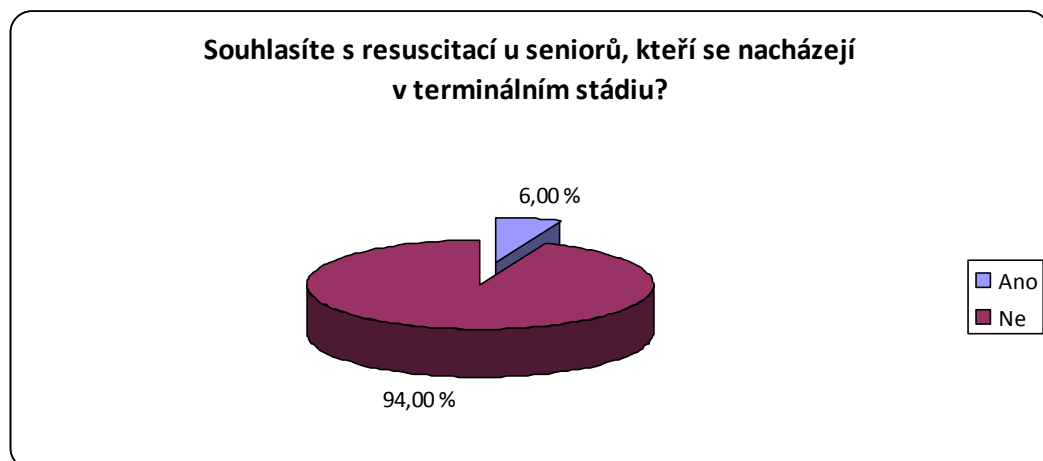
Graf č. 14 Legalizace eutanázie v České republice

V otázce č. 9 jsem zjišťovala stanovisko respondentů k eutanázii. Respondenti měli, mimo jiné, své rozhodnutí zdůvodnit. Z výzkumu se ukázalo, že 60,00 % respondentů by souhlasilo s legalizací eutanázie v České republice. Proti uzákonění eutanázie bylo 36,00 % respondentů. A aby byl součet kompletní, 4,00 % respondentů odpověděli po svém. Jeden respondent odpověděl „nevím“ a druhý respondent napsal v podstatě totéž, tedy že na tuto otázku nemá odpověď. Z kladných odpovědí odůvodnilo své rozhodnutí 80,00 % respondentů. Své argumenty respondenti nejčastěji stavěli na tom, že bolestivé umírání není důstojné. Ze záporných odpovědí své rozhodnutí odůvodnilo 38,89 % respondentů. Společným jmenovatelem těchto odpovědí byla obava ze zneužití eutanázie. Všechny odpovědi jsou napsány v příloze č. 6.

Otázka č. 10

Tabulka č. 15 Resuscitace u seniorů

| Souhlasíte s resuscitací u seniorů, kteří se nacházejí v terminálním stádiu? | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano | 3 | 6,00 % |
| Ne | 47 | 94,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



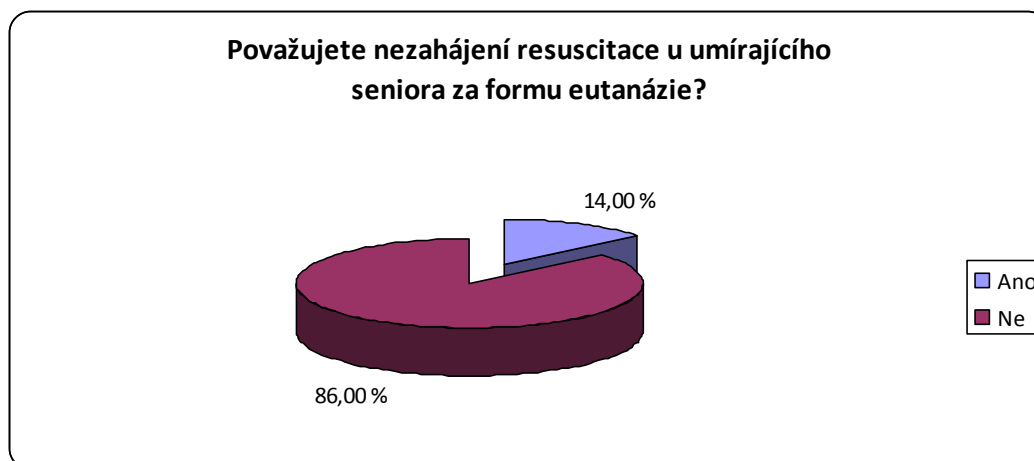
Graf č. 15 Resuscitace u seniorů

Z grafu č. 15 je jasně viditelné, že majoritní část respondentů (94,00 %) nesouhlasí s resuscitací u seniorů v konečné fázi života. Pouze 6,00 % respondentů je pro resuscitaci u umírajících seniorů.

Otázka č. 11

Tabulka č. 16 Nezahájení resuscitace u seniora

| Považujete nezahájení resuscitace u umírajícího seniora za formu eutanázie? | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Ano | 7 | 14,00 % |
| Ne | 43 | 86,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



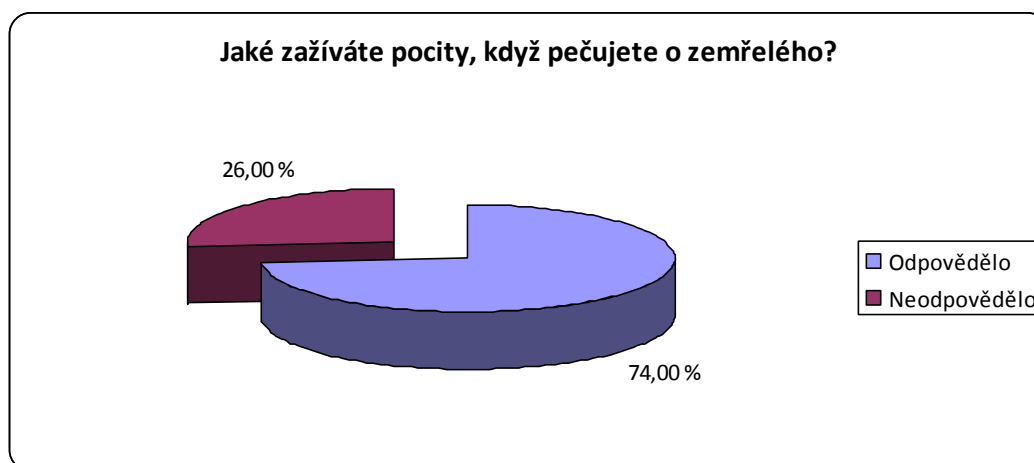
Graf č. 16 Nezahájení resuscitace u seniora

Graf č. 16 ukazuje, že nadpoloviční většina zúčastněných respondentů (86,00 %) nepovažuje nezahájení oživovacích pokusů u umírajícího seniora za formu eutanázie. Opačného názoru na tuto problematiku je 14,00 % respondentů, kteří považují nezahájení resuscitace u umírajícího seniorského pacienta za určitou formu eutanázie.

Otázka č. 12

Tabulka č. 17 Pocity při péči o zemřelého

| Jaké zažíváte pocity, když pečujete o zemřelého? | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Odpovědělo | 37 | 74,00 % |
| Neodpovědělo | 13 | 26,00 % |
| Celkem | 50 | 100,00 % |



Graf č. 17 Pocity při péči o zemřelého

V poslední 12. otázce jsem se zaměřila na to, jaké pocity vyvolává u respondentů péče o zesnulého. Respondentům jsem v dotazníku vymezila dostatečný prostor k tomu, aby mohli vyjádřit své pocity. Ne každý však tuto možnost využil, a sice 26,00 % respondentů nechtělo odpovědět. Obráceně tomu bylo u 74,00 % respondentů, kteří na otázku našli odpověď. V odpovědích respondenti nejčastěji zmiňovali pocity smutku, lítosti a úlevy. Respondenti též podotýkali, že jejich pocity se odvíjejí od toho, zda zemřel mladý člověk, nebo pacient vysokého věku. Další odpovědi podrobně cituji v příloze č. 7.

DISKUZE

Během zpracování bakalářské práce jsem všechno své úsilí směřovala k naplnění již dříve stanovených cílů. Ke splnění těchto cílů mi jako prostředek posloužila metoda kvantitativního výzkumu (dotazníku), díky které jsem mohla získat klíčové výsledky důležité pro moji práci. Z výsledků vybírám pouze odpovědi s nejvyšším počtem respondentů z každé oblasti. V následujících řádcích provedu zhodnocení, do jaké míry byly cíle splněny. Dále se pokusím o malé srovnání výsledků své bakalářské práce s výsledky uvedenými v bakalářské práci podobného tématu.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo posoudit úroveň postojů ošetrovatelského personálu k umírajícím seniorům z pohledu etiky. Abych dospěla k naplnění tohoto cíle, stanovila jsem si pomocné dílčí cíle.

1.) Zjistit, jak často se respondenti při své profesi setkávají s úmrtím seniorů a jaké pocity zažívají, když o zemřelého pečují.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 1 a 12. Shrnutím obou výsledků se dostávám k závěru, že se respondenti často setkávají s úmrtím seniorů, a když se tak stane, nejčastějšími pocity, které je při péči o zesnulého provází, jsou smutek a lítost. Z toho tedy vyplývá, že dílčí cíl č. 1 byl splněn v plném rozsahu.

2.) Zjistit, do jaké míry znají respondenti fáze umírání a etické kodexy v ošetrovatelství.

K tomuto cíli se vážou otázky č. 2 a 4. V druhém cíli bylo mým úmyslem zjistit, zda jsou respondenti znalí fází umírání a etických ošetrovatelských kodexů. Tento cíl byl sice splněn, i když se ukázalo, že respondenti znají spíše fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové než fáze *pre finem*, *in finem* a *post finem*. Dále jsem chtěla dospět k zjištění, zda respondenti dokáží vyjmenovat etické kodexy, které jsou součástí v ošetrovatelství. Zde odpovědělo 48,00 % respondentů, že etické kodexy znají, ale vypsalo je 75,00 % z nich. V jejich odpovědích se nejvíce objevoval Etický kodex sester.

3.) Zjistit, jaké stanovisko zaujímají respondenti k vybrané etické problematice (Hippokratova přísaha, eutanázie a resuscitace seniorů).

Třetí cíl je poněkud obsáhlejší a vztahují se k němu výzkumné otázky č. 3, 9, 10 a 11. Dotazníkové šetření potvrdilo, že 84,00 % respondentů je přesvědčeno o tom, že Hippokratova přísaha může najít uplatnění i v současnosti. Co se týká názorů na eutanázii, schválilo by ji 60,00 % respondentů s odůvodněním, že by pacienti neměli umírat v bolestech. V souvislosti s resuscitací seniorů v terminální fázi převládá u 94,00 % respondentů nesouhlas s oživovacími pokusy. Podobně je na tom i 11 otázka, kde 86,00 % respondentů uvedlo, že ne zahájení resuscitace u umírajícího seniora nepovažují za způsob eutanázie. Ze zveřejněných výsledků se prokázal jasně vymezený názor respondentů na vybraná etická témata. Na základě tohoto zjištění můžeme tedy prohlásit, že dílčí cíl č. 3 byl splněn.

4.) Zjistit, zda mají respondenti na oddělení etický kodex sester.

K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 5. Z výzkumu, který jsem realizovala, vyšlo najevo, že většina respondentů (72,00 %) vlastní na oddělení etický kodex sester. To znamená, že výzkumný cíl č. 4 byl zcela naplněn.

5.) Zjistit, zda je podle respondentů pacienti využívána duchovní služba kněze.

K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 8. Osmou otázkou bylo od respondentů prokázáno, že jejich pacienti využívají služeb duchovního v nemocnici. Odpovědělo tak 86,00 % respondentů. Mohu tedy jednoznačně konstatovat, že dílčí cíl č. 5 byl splněn.

6.) Zjistit, zda se respondenti setkali s neetickým zacházením se zemřelým a zda je někdy pacient požádal o ukončení života.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 7 a 6. Provedený výzkum mi podal svědectví o tom, že se 68,00 % respondentů nesetkalo v praxi s nemorálním zacházením s mrtvým tělem. Ohledně požadavku pacienta na ukončení života jsem vypátrala, že si tuto prosbu v minulosti vyslechlo již 54,00 % respondentů. Na základě těchto výsledků si troufám tvrdit, že cíl č. 6 byl splněn.

Při studiu dokumentů a odborné literatury jsem náhodně narazila na bakalářskou práci z roku 2006 od studentky Anety Stránské. Ta se ve své závěrečné bakalářské práci zaměřila na téma, které nese název: „Současná péče o umírající pacienty z pohledu ošetřujícího personálu“. Bylo tedy na první pohled jasné, že si budou obě bakalářské práce tématicky velmi blízké. Z tohoto důvodu jsem si vybrala právě tuto práci, která se stala předmětem mého vzájemného porovnávání. Při bližším prostudování práce jsem zaznamenala shodu hned v několika bodech.

Stránská, stejně jako já, realizovala své výzkumné šetření mimo jiné i na standardním interním oddělení lůžkového typu. Za respondenty si Stránská rovněž určila ošetřovatelský personál daného oddělení. Stránská použila k názorné prezentaci výsledků identický typ grafů, se kterým jsem pracovala i já. Stránská, stejně jako já, zvolila jako výzkumnou metodu dotazníkové šetření. Výzkumného šetření se podrobilo téměř stejné procento žen a mužů jako v mé práci. Tedy přesněji řečeno, mého výzkumu se zúčastnilo 96,00 % žen a 4,00 % mužů z výzkumného vzorku 50 respondentů. U Stránské to bylo v převodu na dvě desetinná místa 96,70 % žen a 3,30 % mužů z výzkumného vzorku 92 respondentů. Stránská se při svém bádání dopátrala, že se 68,00 % respondentů setkává s umírajícími pacienty několikrát do měsíce. To je téměř srovnatelné s mým zjištěním, že se 50,00 % respondentů setkává často s umírajícími, v mém případě seniorskými pacienty. Dále se naše práce ztotožňují s myšlenkou, že stěžejním zájmem ošetřovatelského týmu je ulevit umírajícímu od bolestí. A posledním společným bodem obou prací je dle respondentů poměrně vysoký zájem hospitalizovaných pacientů o duchovní služby v nemocnici. V mojí práci tak odpovědělo 86,00 % respondentů a u Stránské tomu bylo v 71,00 % odpovědí.

ZÁVĚR

Smrt je téma, které v sobě již dlouhá léta ukrývá kouzlo něčeho nepoznaného a tajemného. Již staří Egypťané věřili, že smrt neznamena konec, nýbrž je to krok vstříc novému začátku. A tak tomu bylo i v případě méj bakalářské práce. Na počátku byla špatná zkušenost, ze které poté vzešla myšlenka ji zužitkovat a přetvořit v něco dobrého. Od myšlenky už pak nebylo daleko k činům, a tak jsem začala psát svou bakalářskou práci. Uvědomila jsem si, že abych mohla psát o smrti, musela jsem smrt nejprve definovat. Ve své práci jsem pak nastínila, že člověk o smrti příliš neuvažuje, ba naopak někdo se jí dokonce snaží ze své mysli vytěsnit. Popsala jsem, že je smrt situována do nemocnic, hospiců a jiných zařízení, kde je z pohledu personálu chápána jako proces vedoucí k vysvobození člověka od bolestí a nevléčitelných onemocnění. Smrt jsem podrobila bližší charakteristice, uvedla jsem příznaky smrti a 3 fáze, kterými si každý umírající člověk prochází. Dále jsem zmapovala historický pohled na smrt a pohled současný. Věnovala jsem se také stárnutí, které se smrtí může, ale i nemusí vždy souviset. V polovině své teoretické části jsem se zaměřila na etiku, která hraje při poskytování ošetrovatelské péče významnou roli. Rovněž jsem provedla výčet etických dovedností, které by měl ovládat každý člověk pracující ve zdravotnictví (od sdělování špatných zpráv až po komunikaci s pozůstalými). Závěr teoretické části jsem zasvětila problematice eutanázie, kde může do jisté míry spadat i příkaz neresuscitovat a příkaz ukončit neúčinnou léčbu. V praktické části bylo formulováno 6 cílů, které se později ukázaly jako reálné a dobře splnitelné. Propracovala jsem se k nim dotazníkovým šetřením a následným vyhodnocením výsledků v grafech opatřených slovními komentáři. Během psaní bakalářské práce jsem pracovala s odbornou literaturou, která mi rozšířila obzory a obohatila moji stávající slovní zásobu. Naučila jsem se, jak správně citovat a jak citační normu používat. Když se ohlédnu zpět, musím říci, že pro mě bylo napsání této práce v mnoha ohledech velmi přínosné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*.

Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X.

BRABEC, Ladislav. *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma 89, 1991. ISBN 80-85206-06-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

KOPECKÁ, Katarína, Magdaléna KORCOVÁ a kol. *Zdravotnická etika*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-278-6.

KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4.

MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ. *Patologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0785-3.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-436-4.

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

ONDOK, Josef Petr. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1.

OPATRŇÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2008. ISBN 978-80-204-1876-0.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮŇEK a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮŇEK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

ŠOLTÉS, Ladislav a Rudolf PULLMANN. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-287-8.

THOMASMA, David C. a Thomasine KUSHNEROVÁ. *Od narození do smrti: Etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta, 2000. ISBN 80-204-0883-5.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|-------|-------------------------------|
| apod. | a podobně |
| atd. | a tak dále |
| °C | stupeň Celsia |
| č. | číslo |
| ČR | Česká republika |
| EEG | elektroencefalografie |
| KNTB | Krajská nemocnice Tomáše Bati |
| LDN | léčebna dlouhodobě nemocných |
| např. | například |
| s. | strana |
| tzn. | to znamená |
| tzv. | takzvaný |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| <i>Tabulka č. 1</i> návratnost dotazníků..... | 36 |
| <i>Tabulka č. 2</i> Pohlaví respondentů..... | 37 |
| <i>Tabulka č. 3</i> Věk respondentů..... | 38 |
| <i>Tabulka č. 4</i> Pracovní pozice respondentů..... | 39 |
| <i>Tabulka č. 5</i> Délka praxe respondentů..... | 40 |
| <i>Tabulka č. 6</i> Četnost setkání s úmrtím seniorů..... | 41 |
| <i>Tabulka č. 7</i> Znalost fází umírání..... | 42 |
| <i>Tabulka č. 8</i> Využitelnost Hippokratovy přísahy..... | 43 |
| <i>Tabulka č. 9</i> Znalost etických kodexů..... | 44 |
| <i>Tabulka č. 10</i> Etický kodex sester na oddělení..... | 45 |
| <i>Tabulka č. 11</i> Žádost o ukončení života..... | 46 |
| <i>Tabulka č. 12</i> Neetické zacházení se zemřelým..... | 47 |
| <i>Tabulka č. 13</i> Využití duchovních služeb kněze..... | 48 |
| <i>Tabulka č. 14</i> Legalizace eutanázie v České republice..... | 49 |
| <i>Tabulka č. 15</i> Resuscitace u seniorů..... | 50 |
| <i>Tabulka č. 16</i> Nezahájení resuscitace u seniora..... | 51 |
| <i>Tabulka č. 17</i> Pocity při péči o zemřelého..... | 52 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--------------|---|
| PŘÍLOHA č. 1 | Hippokratova přísaha |
| PŘÍLOHA č. 2 | Práva pacientů |
| PŘÍLOHA č. 3 | Charta práv umírajících |
| PŘÍLOHA č. 4 | Dotazník |
| PŘÍLOHA č. 5 | Odpovědi respondentů na otázku č. 7 |
| PŘÍLOHA č. 6 | Odpovědi respondentů na otázku č. 9 |
| PŘÍLOHA č. 7 | Odpovědi respondentů na otázku č. 12 |
| PŘÍLOHA č. 8 | Případy neetického zacházení se seniory |
| PŘÍLOHA č. 9 | Výstup bakalářské práce- brožura |

PŘÍLOHA Č. 1: HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

Hippokratova přísaha

„Přisáhám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygieii a Panaceii a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plni tpodle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu:

Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním; bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl; budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění- budou-li si přát být tomuto učeni, a to bez odměny a bez smluvní listiny; podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným.

Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou.

Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhu. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a v posvátnosti budu střežit svůj život a své umění.

Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací.

Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů, ať se ženami nebo s muži, ať se svobodnými nebo s otroky.

Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe; vždyť bych se musel stydět o tom mluvit.

Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a z umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy, které přijdou; jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho mým údělem.“ (Hippokratův žák, Citováno z: Munzarová, 2005, s. 19-20)

PŘÍLOHA Č. 2: PRÁVA PACIENTŮ

Práva pacientů ČR

„1.) Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

2.) Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

3.) Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spjata. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

4.) Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

5.) V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby, má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6.) Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7.) *Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.*

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

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

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

11.) *Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.“ (Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky, Citováno z: Opatrná, 2008, s. 112-114)*

PŘÍLOHA Č. 3: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

Charta práv umírajících

„Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.

Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.

Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.

Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.

Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života.“

Mám právo zemřít neopuštěn.

Mám právo být ušetřen bolesti.

Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.

Mám právo nebyť klamán.

Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.

Mám právo zemřít v klidu a důstojně.

Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.

Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.“ (Rada Evropy, Citováno z: Haškovcová, 2007, s. 42-43)

PŘÍLOHA Č. 4: DOTAZNÍK

Vážená respondentko/Vážený respondente,

dovolte mi, abych se představila: jmenuji se Martina Výskalová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník, který jste právě obdržel(a) je anonymní a je součástí mé bakalářské práce, která se zabývá **etikou péče o umírající seniory v nemocničním zařízení z pohledu ošetrovatelského personálu**. Úkolem tohoto dotazníku není soudit, ale získat potřebné informace, které budou nezbytným podkladem k tvorbě praktické části bakalářské práce. Tímto bych Vás chtěla požádat o Vaši spolupráci a o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku.

Děkuji za Váš čas a přeji příjemný den Martina Výskalová.

Pohlaví:

- Žena Muž

Věk:

- 18-30
 31-40
 41-50
 51-60
 61-70

Pracovní pozice:

- Všeobecná sestra
 Zdravotnický asistent
 Sanitář/ka
 Ošetrovatel/ka

Délka praxe:

- do 5 let
 6-10 let
 11-20 let
 21-30 let
 31 a více let

1.) Jak často se při své profesi setkáváte s úmrtím seniorů?

- Zřídka
- Občas
- Často
- Velmi často

2.) Znáte průběh jednotlivých fází umírání? (Pokud ano, vyjmenujte je.)

- Ano
.....
- Ne

3.) Je podle Vašeho názoru Hippokratova přísaha využitelná i v dnešní době?

- Ano
- Ne

4.) Znáte některé etické kodexy týkající se ošetrovatelství? (Pokud ano, vyjmenujete je.)

- Ano
.....
- Ne

5.) Máte etický kodex sester na oddělení?

- Ano
- Ne

6.) Požádal Vás již někdy pacient o ukončení života?

Ano

Ne

7.) Byl(a) jste někdy svědkem neetického zacházení se zemřelým? (Pokud ano, popište danou situaci.)

Ano

Ne

8.) Využívají pacienti možnost duchovních služeb kněze?

Ano

Ne

9.) Jste pro legalizaci eutanázie v České republice?

Ano, protože.....

Ne, protože.....

10.) Souhlasíte s resuscitací u seniorů, kteří se nacházejí v terminálním stádiu?

Ano

Ne

PŘÍLOHA Č. 5: ODPOVĚDI RESPONDENTŮ NA OTÁZKU Č. 7

7.) Byl(a) jste někdy svědkem neetického zacházení se zemřelým? (Pokud ano, popište danou situaci.)

„Sanitárky na LDN zemřelého shodily na plachtu na zem.“

„Mrtvolář...“

„Ze strany zřízence patologie.“

„Zřízenec patologie nechtěl pomoci s přesunutím zemřelého a zemřelý mu nakonec spadl.“

„Nešetrná manipulace se zemřelým (zřízenec patologie).“

„Neeticky se chovají zejména zřízenci z patologie, kteří hází s mrtvým tělem jak s pytlím brambor, vesele se baví a vůbec nezavírají dveře v místnosti, kde leží zemřelý.“

„Nechci radši zveřejnit.“

„Nešetrné předělávání zemřelého z postele na pojízdné lůžko.“

PŘÍLOHA Č. 6: ODPOVĚDI RESPONDENTŮ NA OTÁZKU Č. 9

9.) Jste pro legalizaci eutanázie v České republice?

Odpověď Ano, protože...

„Nedůstojné, příliš bolestivé utrpení.“

„Každý má právo rozhodovat o svém životě.“

„Utrpení v terminální fázi není důstojné.“

„Útrpné umírání není důstojné, lidské.“

„Je to velká pomoc umírajícímu (důležitá je legislativa).“

„Útrpné umírání není důstojné.“

„Rozhodně ano, myslím, že každý má právo svůj život ukončit. Často to už totiž nemá cenu a jeho situace je neřešitelná.“

„Ano, ale musela by být přísná kontrola.“

„Nemám ráda pohled na utrpení.“

„Sama bych nechtěla žít v situaci, kdy už není možnost zlepšení stavu.“

„Ano, zejména v případě, kdy je to výslovným přáním pacienta (u orientovaných pacientů). Myslím si, že přehnanými vyšetřeními zejména u pacientů, kteří jsou somnolentní, terminální, bez větší naděje, že se vrátí k „normálnímu životu“ je jakékoli další vyšetřování jen prodlužování nevyhnutelného a trápení člověka.“

„Ano, protože se rychleji uleví umírajícímu.“

„Pokud není naděje na uzdravení a pacient se jen trápí, je to pro něj vysvobození.“

„Protože je neetické umělé prodlužování života s bolestivou a vážnou diagnózou.“

„Pro některé lidi by to bylo velké vysvobození a úleva od velké bolesti.“

„Člověk by měl umřít důstojně, bez trápení, bolesti.“

„Někteří lidé se zbytečně udržují při životě i když prognóza smrti je velmi jistá.“

„Některé stavy jsou vážné a kvalita života je nulová (např. vigilní kóma).“

„Pacient se netrápí, umírá bez bolesti a důstojně.“

„Pacient si zaslouží umírat důstojně, bez bolesti.“

„Umírání bez bolesti a důstojně.“

„Smrt by měla být důstojná a bez bolesti.“

„Se denně setkávám s umělým prodlužováním života u často nevléčitelně nemocných.“

Odpověď ne, protože...

„Zneužití.“

„By byla zneužívána.“

„Ne, protože se bojím zneužití.“

„Obavy ze zneužití.“

„Každý má právo žít a my ho rozhodně nemáme právo brát.“

„Existují hospice- chce to více paliativní péče!“

„Stále hrozí možnost zneužití.“

Neutrální odpovědi

„Nevím.“

„Na tuto otázku nemám odpověď.“

PŘÍLOHA Č. 7: ODPOVĚDI RESPONDENTŮ NA OTÁZKU Č. 12

12.) Jaké zažíváte pocity, když pečujete o zemřelého?

„Smutek, lítost.“

„Smutek, pocit vlastní smrtelnosti.“

„Pocit beznaděje, bezmoc. Pocit úlevy, když se dozvídám, že je tato situace vysvobozením pro daného pacienta.“

„Beznaděj, lítost, smutek, bolest.“

„Bezmoc, smutek.“

„Smutek, beznaděj, strach.“

„Beznaděj, smutek, úleva, bolest.“

„Nepříjemné.“

„Smutek, zmar, pomíjivost.“

„Nepečovala jsem o zemřelého.“

„U zemřelého seniora mám pocit, že dokončil svou životní etapu a má tak právo odejít. Lidé musí umírat, jinak by tady nebylo místo pro jiné.“

„Bez komentáře.“

„Smíření, pokora.“

„Smutek, tíseň (záleží na věku zemřelého).“

„Podle daného klienta, u někoho úlevu, že už se má lépe a netrápí se, u některých jsem smutná (hlavně když umírali mladí lidé). Pocit neukončenosti, že to tak nemělo skončit, měli ještě žít dál.“

„Žádné.“

„Žádné, je to běžná praxe.“

„Konečně má klid.“

„Záleží, jaký vztah jsem si k němu během péče o něj vytvořila. Buď lítost nebo to беру tak, jak to je.“

„Umírání patří k životu, pokud se natolik zhorší kvalita života a člověk měl možnost prožít kvalitní život, rozloučit se s blízkými tak velmi často už chce sám, aby jeho pouť skončila a mohl odejít na druhý břeh za svými vrstevníky, přáteli... Bohužel se už neumírá moc doma a v nemocničním prostředí není umírání takové, jak bychom si přáli my, jako personál, pacient i příbuzní.“

„U mladého člověka lítost.“

„Záleží na zemřelém (mladý-starý). Mladý lítost, úzkost. Starý nic.“

„Po 25 letech se snažím necítit žádné pocity, nepřipouštím si to.“

„Většinou smíšené, záleží jestli se jedná o mladého člověka, nebo člověka ve vysokém věku, který má již vše za sebou.“

„Záleží, o koho se jednalo (starý člověk nebo mladý). Pokaždé jsou pocity jiné.“

„Záleží, o koho se jedná (blízký, známý...) většinou to беру jako součást života.“

„U mladého pacienta je to těžší, ale po tolika letech jsem smířená.“

„U mladých lidí bezmocnost, beznaděj. U nevléčitelných, velice bolestivých „úlevu“, že už ho nic nebolí.“

„Divné.“

„Mé zaměstnání je poslání, pro těžce nemocné pacienty je to vysvobození (úleva, že je nic nebolí).“

„Jak kdy, někdy, že se pacientovi uleví. Někdy je mi to líto, když je mladý.“

„Smíšené, někdy je to pro lidi vysvobození a člověk si říká, že už nadešel jejich čas. U mladých je to smutek z předčasného ukončení života.“

„Záleží případ od případu, někdy lítost a smutek, u jiných cítím úlevu, když vidím, že se dlouho trápil a vím, že smrt je pro něj vysvobození.“

„Záleží na situaci, věku, době po kterou pacienta znám, na jeho diagnóze. Nemám nepřijemné pocity. Po tolika letech praxe, je to pocit klidného smutku, někdy úleva, někdy lítost.“

„Po tolika letech již žádné.“

„Zoufalství, znechucení, strach, smutek, pomíjivost okamžiku.“

„Jsem rád, že už to má za sebou a že se už netrápí.“

„Respekt, úcta, smutek.“

PŘÍLOHA Č. 8: PŘÍPADY NEETICKÉHO ZACHÁZENÍ SE SENIORY

V následujících ukázkách se snažím zachytit své postřehy (jako mladé začínající sestry), které jsem při své, poněkud krátké, praxi v nemocnici již získala. Jedná se o 3 reálné příběhy, které se skutečně staly a které dokládají nevhodné, v jednom případě až nemorální zacházení se seniory. Myslím, že každý z těchto krátkých příběhů v sobě nese určitý podnět k zamyšlení...

Během studia na střední zdravotnické škole jsem si o letních prázdninách přivydělávala brigádou v nemocnici jako sanitářka. Pracovala jsem na oddělení, kde se člověk se smrtí setkává poměrně často, a tak moje první úmrtí na sebe nenechalo dlouho čekat. Společně s ostatními sestrami jsme provedli poslední nezbytnou péči a úpravu zemřelého. Až do této doby probíhalo vše naprosto důstojně a v pořádku. Po těchto nezbytných úkonech jsme zavezli zesnulého do místnosti, kde si ho měl převzít pracovník patologie. Když jsme odcházeli, z místnosti, ještě jsem se na malý okamžik otočila a zhlédla jsem, jak pracovník naprosto nelidským způsobem nakládá tělo zemřelého. Měla jsem pocit, jako by snad ani nejednal s člověkem, ale s věcí, která mu momentálně překáží. Byl to pro mě otřesný zážitek. Ještě teď vzpomínám na slova sestřičky, která mě předem upozorňovala, ať se tam nedivám, že to nebude pěkný pohled. Bohužel musím usoudit, že měla pravdu.

Moje další zkušenost se stala při praxi rovněž v nemocnici. Jednoho večera zemřel na pokoji senior, který ležel blíže u okna a k jeho lůžku byl tedy špatný přístup. I přestože zemřel za plentou, musely ji sestry odsunout, aby získaly více prostoru k manipulaci se zemřelým. Celému procesu však přihlížel druhý senior, který s ním byl na pokoji. Byl zcela imobilní, a tudíž se nemohl sám v lůžku otočit, ale jinak byl orientovaný a při plném vědomí. Po takto nepříjemném prožitku byl pacient velmi rozrušen a ještě dlouho poté, co mu sestra podala léky na spaní, nemohl usnout.

Poslední příběh se odehrál v pozdní sobotní večer. Při jedné ze svých pravidelných nočních kontrol našla sestra seniora, který již nevykazoval známky života. Neváhala tedy a zavolala sloužícího lékaře. Lékař dorazil až téměř nad ránem, byl značně rozmrzelý a podrážděný. Sedl si ke stolu, v rychlosti sepsal protokol o úmrtí pacienta a beze slova zmizel. Na zemřelého se ani nepodíval, neohledal jeho tělo.

PŘÍLOHA Č. 9: VÝSTUP BAKALÁŘSKÉ PRÁCE- BROŽURA

Etika péče o hospitalizované seniory

Martina Výskalová

2015

Dobrý den,

brožura, kterou právě čtete, se nazývá: **Etika péče o hospitalizované seniory**. V této brožurce uvádím strukturované návrhy řešení určitých problémů v praxi. Najdete zde vše potřebné od přijetí seniora k hospitalizaci až po komunikaci s pozůstalými. Při psaní této brožury jsem se nechala inspirovat výsledky z mého dotazníkového šetření a odbornou literaturou. Možná se Vám budou následující doporučení zdát poněkud obyčejná a obecná, ale již mnohokrát jsem se v nemocnici setkala s tím, že i naprosto jasná pravidla nemusí být v praxi vždy zcela dodržována.

Věřím tedy, že Vám bude brožura ku prospěchu a stane se Vám dobrým rádcem a pomocníkem.

Martina Výskalová

Přijetí seniora k hospitalizaci

Pobyt v nemocnici není pro seniora jednoduchý. Znamená to pro něj především odloučení od domova a změnu dosavadního způsobu života. Lékař by měl tedy dobře zvážit, zda je hospitalizace skutečně nutná, a zda bude pro pacienta prospěšná. Pečlivě by měla být promyšlena i délka trvání hospitalizace. Zdravotnický personál by měl přistupovat ke staršímu pacientovi s ohledem na jeho specifické potřeby. V praxi to znamená dopřát pacientovi dostatek času na požadované činnosti, umět s ním vhodně komunikovat a trpělivě mu vysvětlit průběh jednotlivých vyšetření. Je také nezbytné přizpůsobit nemocniční prostředí tak, aby se v něm hospitalizovaný senior cítil co možná nejlépe. Pokud budou tato doporučení akceptována, nehrozí riziko vzniku negativní reakce seniora na hospitalizaci. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2014, s. 224)

Specifika komunikace se starým člověkem

Komunikaci se starými lidmi můžou provázet specifické obtíže. U seniora se můžou vyskytovat smyslové poruchy, poruchy kognitivních funkcí, demence a jiné. Podstatou veškeré komunikace je naslouchání. Ke komunikaci se seniory potřebujeme dostatek času a vhodnou vzdálenost, aby nám senior dobře rozuměl. Častou chybou při komunikaci v ošetrovatelském procesu je, že se ošetrovatelský personál baví mezi sebou a ne s pacientem. Při komunikaci bychom měli dbát a všimnout si projevů neverbální komunikace a udržovat přímý zrakový kontakt. Pokud vedeme rozhovor s nedoslýchavým člověkem, je třeba jasně artikulovat, mluvit krátkými větami a nezvyšovat hlas. Nezbytným prvkem v komunikaci je mimo jiné i dotek. Právě dotekem můžeme u pacienta navázat pocit důvěry. A v určitých životních okolnostech je i mlčení formou komunikace. (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 43-45)

Obecné zásady sdělování špatných zpráv

Při sdělování špatných zpráv bychom měli zvolit klidnou místnost, kde nebudeme nikým rušeni. Na rozhovor bychom si měli vymezit dostatek času. Doporučuje se dopředu odhadnout, jak bude rozhovor probíhat. Před samotným pohovorem je také nutné si vypnout mobilní telefon. Informace sdělujeme pomalu s ohledem na pacientův momentální zdravotní stav, jeho náladu a inteligenci. Používáme taková slova, která jsou pro pacienta srozumitelná a vynecháme odbornou terminologii. Snažíme se ochotně a trpělivě odpovídat na pacientovi dotazy. Na závěr rozhovoru se pokusíme o zpětnou vazbu, abychom měli přehled, do jaké míry pacient porozuměl našemu sdělení. Po celou dobu rozhovoru udržujeme přiměřený oční kontakt. Je na místě zachovávat empatické jednání a lidský přístup. (Šoltés a Pullmann, 2008, s. 161; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 68)

Specifika komunikace s umírajícími

Lékař by měl umírajícímu sdělit pravdivé informace o jeho zdravotním stavu. Je třeba si však uvědomit v jakém rozsahu je pacient schopen danou informaci akceptovat. Při komunikaci s umírajícími bychom měli projevit upřímný zájem o individuální potřeby pacienta. Samozřejmostí je chránit soukromí pacienta a dodržovat mlčenlivost. Není žádoucí vyhýbat se rozhovorům o smrti. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 370)

Péče o zemřelého

Péči o zemřelého provádíme minimálně ve dvou a více lidech. Před vstupem na pokoj si nejprve nasadíme rukavice, oblečeme plášť a použijeme ústenku. Je nutné dodržovat ochranný bariérový režim. Při vstupu na pokoj otevřeme okno a zavřeme dveře. Není vhodné, aby každý viděl, že zrovna pečujete o zemřelého. Ukončíme veškerou probíhající terapii (infuze, kyslíková terapie a jiné). Odstraníme všechny invazivní vstupy (PŽK a PMK) a odstříhneme drény. Zavřeme nemocnému oči, vyndáme snímatelnou zubní protézu a podvážeme bradu. Pokud měl pacient protékající dekubit, ponecháme krytí na ráně. Dále svlékneme tělo zemřelého a provedeme standardní celkovou hygienickou péči na lůžku. Poté uložíme tělo na záda do vodorovné polohy, ruce necháme volně podél těla. Pečlivě tělo označíme a zabalíme jej do prostěradla. Takto připravené zůstává na oddělení do té doby, než si pro něj přijede zřízenec patologie. Nejméně je to však 2 hodiny po úmrtí. Sepíšeme všechny osobní věci nemocného a uložíme je do označené tašky popřípadě pytle. Při přesouvání zemřelého použijeme rolovací podložku. Nenechejte pracovníka patologie samotného manipulovat s tělem zemřelého, vždy mu při tom pomáhejte. Vyhněte se neetické a nešetrné manipulaci se zemřelým. Během celé doby chráníme intimitu nemocného a jednáme důstojně.

Komunikace s pozůstalými

Lékař by si měl najít vhodnou místnost a vymezit dostatek času na rozhovor s pozůstalými. Poté, pokud si to budou přát, je doprovodí k pietní místnosti, aby se zde naposledy rozloučili se svým blízkým. Je vhodné, aby se tento akt uskutečnil ještě dříve, než se přistoupí k vyřizování potřebné pozůstalostní administrativy. Někteří zdravotníci si myslí, že by se měla pozůstalým vyjádřit soustrast, ale takové jednání není příliš vhodné. Pozůstalí jsou často v šoku a ještě si ani pořádně neuvědomují fakt, že jejich blízký zemřel. Každý člověk potřebuje určitý čas k tomu, aby se dokázal se ztrátou vyrovnat. V rozmezí mezi úmrtím a pohřbem to je zpravidla kolem 3-5 dne začne člověk ztrátu akceptovat a zde přichází vhodný čas na projevení soustrasti. Na to by měli zdravotníci pamatovat, aby se tak vyhnuli odmítavé reakce ze strany příbuzných. (Haškovcová, 2007, s. 98-99)

Použitá literatura

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-436-4.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

ŠOLTÉS, Ladislav a Rudolf PULLMANN. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-287-8.