

Etika umírání z pohledu středního zdravotnického personálu nemocničního zařízení

Simona Malaníková, DiS.

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Simona Malaníková, DiS.**

Osobní číslo: **H11525**

Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Etika umírání z pohledu středního zdravotnického personálu nemocničního zařízení**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti thanatologie, etiky a vzdělávání zdravotnického personálu.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

VIRT, Günter. Žít až do konce. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

MURRAY PARKES, Colin, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.

SOKOL, Jan a Zdeněk PINC. Antropologie a etika. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-372-5.

ROTTER, Hans. Důstojnost lidského života. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.

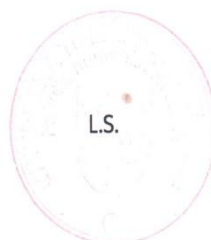
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Polepilová**
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce: **27. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2014**

Ve Zlíně dne 27. ledna 2014


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel 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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- 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 3.3.2014

.....
Kralavský

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

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

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

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

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

(3) *Do práva autorského také nezasažuje 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). *Odůvodně-li autor takového díla udělit svolení bez vázného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na thanatologii, etiku umírání, na střední zdravotnický personál a jeho pohled na tuto problematiku. V teoretické části jsou definovány pojmy thanatologie, smrt a umírání. Dále se zabývá etickým pohledem na celou problematiku. Zaměřuje se na střední zdravotnický personál, jeho komunikační dovednosti a možnosti vzdělávání využitelné při práci s těžce nemocnými a umírajícími klienty. Praktická část se zabývá pohledem středního zdravotnického personálu na problematiku etiky umírání v nemocnici. Zjišťuje jejich zkušenosti, komunikační dovednosti, zájem o další vzdělávání, spokojenost s péčí o umírající klienty. Zkoumá, zda má délka praxe vliv na jejich lepší komunikační schopnosti. Výzkum byl realizován formou dotazníkového šetření u středního zdravotnického personálu nemocničního zařízení.

Klíčová slova: smrt, etika, umírání, komunikace, střední zdravotnický personál, vzdělávání

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on the thanatology, ethics of dying, middle medical personnel and their view of this issue. The theoretical part of this bachelor thesis defines the concepts of thanatology, death, dying and describes the ethics view of this issue. Focus is put on middle medical personnel and their communication skills, their education in health care applicable in their work with seriously ill and dying patients. The empirical part of the thesis deals with middle medical personnel and their view of the ethics of dying in a hospital. It focuses on their experience, communication skills, concern for education, satisfaction with provided care to dying patients, explores length of practice and its effect on communication competences. The data for the research have been collected by means of survey questionnaires distributed among the medical personnel in hospital.

Keywords: death, ethics, dying, communication, middle medical personnel, education

Děkuji Mgr. Renatě Polepilové za odborné vedení, pomoc a podnětné rady při psaní bakalářské práce. Děkuji své rodině a všem blízkým za podporu během studia.

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 THANATOLOGIE	12
1.1 DEFINICE SMRTI	12
1.2 SMRT JAKO JEDINÁ JISTOTA	13
1.3 PÉČE V NEMOCNICI.....	14
1.4 PŘÍTOMNOST RODINY	15
2 ETIKA V UMÍRÁNÍ	18
2.1 SDĚLENÍ PRAVDY O ZDRAVOTNÍM STAVU	20
2.2 UKONČENÍ ŽIVOTA NA VLASTNÍ ŽÁDOST	21
3 STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL	24
3.1 KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI	25
3.1.1 Efektivní komunikace	26
3.2 MOŽNOSTI VE VZDĚLÁVÁNÍ	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
4 POPIS VÝZKUMU	30
4.1 CÍLE VÝZKUMU	30
4.2 METODA VÝZKUMU.....	31
5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	33
5.1 INTERPRETACE KVANTITATIVNÍCH DAT.....	33
5.2 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH HYPOTÉZ	47
6 SHRNUÍ VÝZKUMU	49
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	55
SEZNAM GRAFŮ	56
SEZNAM TABULEK	57
SEZNAM PŘÍLOH	58
PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK	59

ÚVOD

Jak jsme jednou na tento svět přišli, tak z něj také jednou i odejdeme. Každého člověka dříve nebo později přepadnou myšlenky na svou vlastní smrt: „Jaké to bude? A co při tom budu cítit? Budu mít strach? Bude u mě v té chvíli někdo blízký nebo budu umírat sám?“

Takové a podobné otázky si minimálně jednou za život položí každý, ale najde na ně i uspokojivé odpovědi? I mě tyto otázky občas napadají, a to je také jeden z důvodů, proč jsem si téma etiky umírání vybrala pro svoji bakalářskou práci.

Každý z nás je jedinečná osobnost, prožíváme jedinečný život s neopakovatelnými zážitky a zkušenostmi a také jednou prožijeme neopakovatelný prožitek své vlastní smrti. Trendem dnešní moderní doby je prožít život co nejvíce intenzivně a také co nejdéle plní zdraví a svěžesti. Myšlenky na smrt jsou vytěšňovány, nehodí se do dnešního moderního stylu života. Jsou tabuizovány a obehnány zdí strachu z neznámého a něčeho nehezkého, nepříjemného. Je pro nás jako pro živočišný druh naprosto přirozené, že lpíme na životě a bereme ho jako něco automatického. Až ve chvílích nemoci, stáří či blízkosti smrti, například v podobě úmrtí někoho nám blízkého, si uvědomujeme také svoji smrtelnost.

V dřívějších dobách bylo naprosto běžné, že lidé umírali tam, kde žili celý život - doma v kruhu svých nejbližších, kteří se o ně až do poslední chvíle starali. Postupem doby se ale začala smrt tabuizovat, lidé ji začali vnímat jako něco odpudivého a nepřirozeného. Jako něco, co se jich netýká a kontakt s umírajícím v nich začal vyvolávat strach o svůj vlastní život. Stejně tak jako porod se i smrt začala institucionalizovat a stala se něčím tajemným a v běžném životě nepřirozeným.

Když se zeptáme svého okolí, zda má nějakou představu o svém vlastním konci a jak by si ho představovali nebo přáli, tak většinou dostaneme odpověď, že je na to ještě dost času, nechtějí na to myslet anebo nad tím ještě nepřemýšleli. Dnešní medicína v mnoha případech převzala péči o umírající, lidé už zapomněli, jak se o svého nejbližšího postarat do poslední chvíle. Zapomněli, jak vypadá umírání a smrt.

Jakékoli vytržení člověka z jeho prostředí a od známých tváří je pro něj stresující a o to více, pokud sám trpí nějakým onemocněním, bolestí anebo tuší svůj vlastní konec. Umírání v nemocničním prostředí se může proto zdát jako odosobněné. Člověk se ocitá najednou sám, bez přítomnosti svých blízkých, svého známého prostředí. Nelze se proto divit, že vzniká touha po kvalitním životě, ale také po tom důstojně zemřít.

V teoretické části této práce přibližuji smrt jako takovou, etické postoje k umírajícím a rodinným příslušníkům, dále popisuji způsoby dobrovolného odchodu ze života. V poslední kapitole zmiňuji požadavky ve vzdělání na střední zdravotnický personál a možnosti jeho dalšího vzdělávání. Také uvádím komunikační dovednosti jako možnost pomoci smrtelně nemocným a umírajícím.

V praktické části své práce jsem se zaměřila na střední zdravotnický personál, na jeho nahlížení na etiku umírání, vnitřní pocity a co vnímají jako problém v komunikaci s umírajícím klientem. Zda mají dostatečné informace a zda by uvítali možnost dalšího vzdělávání, které by jim mohlo pomoci k lepšímu vnímání a pochopení umírajících na jejich poslední cestě.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 THANATOLOGIE

Není nic více definitivního, než je smrt. Tento věčný koloběh střídání zrození se a smrti je přítomen ve všem kolem nás. Příroda se neustále rodí a zase umírá, aby se mohla opět zrodit v další své podobě, stále dokola. Člověk, jakožto její součást je toho svědkem již od útlého dětství. „V minulosti umírali lidé častěji tzv. přirozenou smrtí, někdy označovanou jako sešlost věkem. V současnosti je zpravidla smrt konečným stadiem nějakého patologického procesu (nemoci)... ke které, až na výjimky, dochází v nemocnici či jiné instituci.“ (Haškovcová, 2000, s. 74)

Jako jeden z mála tvorů si člověk tuto skutečnost plně uvědomuje. Postupný a nezvratitelný zánik. Označujeme jej z latinského jazyka převzatým spojením *exitus letalis*, kde úmrtí znamená exitus odchod a letum smrt. „Z lékařského hlediska je to stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídicích krevní oběh a dýchání. Zánik jedince, u něhož vymizí známky života a jeho funkce.“ (Vokurka a Hugo, 2005, s. 836)

Věda, která se zabývá tématem smrti a vším, co je s ní spojeno, se nazývá thanatologie. Podle Haškovcové (2000, s. 142) je většinou definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti Thanata. Ten je většinou zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Nejčastěji uváděnou osobností, která je spojována s problematikou umírání a její psychologií je Elisabeth Kübler-Rossová. U nás jsou nosnými pilíři thanatologie Helena Haškovcová a zakladatelka hospiců v České republice Marie Svatošová.

1.1 Definice smrti

Vlastní umírání neboli terminální stadium jako proces, je velmi individuální. Z teologického hlediska jde o oddělení duše od těla. Sokol (2003, s. 149) zmiňuje, že smrt nepadá na člověka zčistajasna. Předchází jí stáří, to je na jedné straně ubývání životních sil a možností, na druhé straně zvyk a únava. Objevování a tvořivost už nejsou pro člověka zajímavé a představa „života bez konce“ se může stát pro starého člověka noční můrou. Postupně dochází k úbytku fyzických i psychických sil. Člověk se vzdaluje od vnějšího světa a klesá jeho zájem o okolí, podněty z něj i jiné lidi. Nakonec dochází i k odmítání

jídla, jak uvádí Haškovcová. (2000, s. 66) Pro příbuzné umírajícího je taková situace velmi bolestivá a zraňující, a i když mají v některých případech čas se na ni připravit, bývají zaskočeni.

Nikdo nedokáže přesně určit, kdy smrt nastane, a jaký bude mít průběh. Proto mohou být zúčastnění plní obav jak z neznalosti, tak i z nedostatku zkušeností. Stavby bdělosti a euforie může rychle střídát stav smrtelného komatu, kdy již jedinec přestává plně vnímat své okolí. Příbuzní chtějí být neustále nablízku, ale i přesto se stává, že smrt nastane v okamžiku, kdy si jen na chvíli odskočí. Jediné vysvětlení, které se nabízí, je, že umírající chtěl být v onu chvíli sám a mít prostor nerušeně a bez cizích emocí odejít.

Například Elizabeth Kübler-Rossová tvrdí, že není umírajícího člověka, ať je mu pět anebo pětadvadesát, který by nevěděl, že umírá. Otázka pro takového člověka by neměla znít: „Měl bych mu říci, že umírá?“, ale „Dokážu mu naslouchat? Slyším, co mi říká?“ (2012, s. 21)

1.2 Smrt jako jediná jistota

Podle Sokola (2003, s. 147) není moderní člověk v jádru připraven na setkání se smrtí, se smrtí druhých ani svoji vlastní. Ze strachu, jak bude osoba, které se to týká reagovat, se bojíme mluvit otevřeně o tak citlivém tématu jako je smrt. Mnohdy spíše dochází k popírání a zlehčování celé situace. Snažíme se bavit o naprosto banálních věcech anebo odvádět pozornost jiným směrem. „Naše vlastní neschopnost mluvit s umírajícím o jeho perspektivě posiluje názor, že terminální stadium nemá žádnou hodnotu, ba že žádnou hodnotu nemá ani umírající člověk sám.“ (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 215) Podvědomě tím vlastně sami chceme popřít fakt, že i my se jednou ocitneme v takovém stavu.

Mnoho lidí se obává toho, že budou umírat zcela osamoceni. Většinou ale před samotnou smrtí dochází ke ztrátě vědomí. Potom záleží na zdravotnickém personálu nebo příbuzných, jak se bude celá situace vyvíjet a jak bude vnímána okolím. Zda bude navozena atmosféra klidu, důstojnosti a smíření, anebo bude smrt zahalena do samoty a odmítání. Umírání by pak mohlo být vnímáno tak, že: „Pacient, který je ponechán o samotě za zataženou plentou, je pro všechny ostatní pacienty na oddělení vzkazem, že se o ně nestaráme. Ostatní pacienti jsou vždy velmi rozladěni, když se s osobou, která je

v bezvědomí, zachází takovým způsobem, jako by už byla mrtvá.“ (Parkes, Relfová a Couldricková, 2007, s. 89)

Přestože je umírající osoba v bezvědomí a nemůže adekvátně reagovat na podněty, nelze vyloučit, že plně vnímá vše, co se kolem ní děje. Přítomnost příbuzných v takových chvílích má zajisté smysl jak pro ně, tak i pro samotného umírajícího. Může zde být dobrý prostor pro poslední smíření, vyslovení přání a pocitů, které by příbuzní ještě chtěli svému blízkému sdělit.

1.3 Péče v nemocnici

Naše populace stárne, nemocničních služeb proto postupně využívá stále více klientů a jejich věkový průměr v nemocnicích se zvyšuje. Jak uvádí i Elias (1998, s. 12), náš život se prodlužuje a smrt se díky tomu posunuje do vyššího věku.

Dlouhodobé umístění klienta do nemocničního zařízení má dopad na jeho společenský život. Dochází k přerušení sociálních vazeb a vyřazení ze společenského dění. Podle Virta (2000, s. 17) to lze proto lehce vnímat, jako tzv. *smrt sociální*. Je to stav, kdy člověk sice žije, ale je neodvratně vyvázan z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů (Hospice, © 1999-2000), což může přispět k pocitům osamělosti. Moderní medicína se stále vyvíjí a léčebné metody se zdokonalují. Jejím cílem je pacienta, mnohdy „za každou cenu“ vyléčit. Pohled takové medicíny na umírání je proto jednoznačný – a to, že považuje smrt za svoji porážku. I přesto se setkáváme s lidmi a velmi často to jsou senioři, kteří již léčbu v nemocnici nechtějí podstupovat, i když vědí, že může díky takovému rozhodnutí dojít k ohrožení jejich života. Zůstávají doma, kde chtějí prožít zbytek života s tvrzením, že: „nechtějí zemřít v nemocnici“.

Virt (2000, s. 17) se staví k medicíně kriticky, když tvrdí, že bojuje o to, aby smrt byla co nejvíce oddálena. V tomto boji už podle něj dosáhla značných úspěchů. Mnoho lidí se obává, že jim bude – proti jejich vůli – díky odborným medicínským zákrokům zabráněno důstojně zemřít. Místo toho aby jim byla poskytnuta úleva lidským porozuměním, empatií a blízkostí člověka u jejich lůžka, dostane se jim jen napojení na přístroje a úlevu jim přinesou medikamenty.

Často dochází k tomu, že lidé v nemocnicích trpí pocitem osamělosti a vnímají pobyt jako izolování od života. O to více jsou potom kladeny požadavky na zdravotnický personál,

který toto může vnímat jako psychicky velmi náročné a vyčerpávající. Parkers a kol. (2007, s. 43) k tomu uvádí, že jsou příliš často v ošetrovatelské péči upřednostňováni klienti, u kterých je větší šance na přežití před těmi, kteří jsou považováni za beznadějně případy. Pacient i personál mohou dokonce zastávat názor, že dochází ke zbytečnému zabírání místa a mohlo by být využito lépe. Dále také, že takovému postoje mohou velmi znesnadňovat postavení ostatním členům týmu, kteří dokázali zaujmout správný postoj k nastalé situaci a necítí žádnou podporu ze strany svých kolegů. Uvědomují si, že ošetřování umírajícího člověka je jedna z nejtěžších a nejsmutnějších povinností zdravotní sestry. „Na téma „péče o umírající“ se mezi sestrami vedou časté diskuse: o způsobu ošetřování, co může pomoci a co naopak uškodit. Názory se různí, ale smysl zůstává stejný – snížit nevyhnutelné utrpení umírajícího na minimum.“ (Jarošová, Růžičková, 2001, s. 5)

Vhodným způsobem takovému ulevující pomoci se může stát tzv. paliativní péče. Jedná se o léčbu symptomů vážného, mnohdy nevléčitelného onemocnění, nikoliv jejich příčiny. „Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu a konstatuje, že paliativní péče:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- ani neurychluje, ani neoddaluje smrt
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá pacientům žít co nejaktivnější život až do smrti
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti. (Haškovcová, 2000, s. 35)

1.4 Přítomnost rodiny

Přítomnost příbuzných u člena rodiny, který je na sklonku svého života a umírá, je významná chvíle pro obě strany. Dle Parkese a kol. (2007, s. 22) je rodina základní jednotkou při péči o člověka trpícího nějakou vážnou život ohrožující nemocí. Je důležitá pro vyjádření vnitřních pocitů, ale také například pro utvrzení vztahů v celé rodině. Strávit poslední okamžiky s milovanou osobou a být jí ve chvíli odchodu nablízku může být

určitou satisfakcí nebo vyjádřením vzájemné lásky k blízkému člověku. Je to také okamžik, kdy si můžeme my, jako pozůstalí, uvědomovat konečnost i svého vlastního života. Taková konfrontace může být ovšem někdy velmi tíživá, a proto je důležité nebát se své pocity vyjádřit nebo požádat v takovém případě o pomoc odborníka.

V nemocničním prostředí se jeví jako nejbližší zdravotnický personál, který by měl být schopen poskytnout odborné znalosti. „Potřeba projevat zármutek může být potlačena potřebou sebekontroly nebo potřebou vyhnout se truchlení. Lidé, kteří se svým projevům zármutku nebrání, projdou často procesem truchlení rychleji, než ti kteří se těmto projevům vyhýbají nebo je potlačují.“ (Parkes, Relfová a Couldricková, 2007, s. 23) Pro lidi věřící, kteří jsou náboženského vyznání je důležitá blízkost duchovního nebo kněze, který může umírajícímu např. podat „poslední pomazání“, které je vnímáno jako duchovní posila a s příbuznými mluvit, povzbudit je. Někdy jako povzbuzení stačí uvědomění si, že nejsou ve chvílích největší bolesti sami. Povolání duchovního k umírajícímu má často pro příbuzné další význam, a to, že se cítí být nápomocní. Cítí, že mohli svému blízkému pomoci ke klidnému odchodu ze života.

Haškovcová (2000, s. 88) tvrdí, že příbuzní se většinou domnívají, že musejí být stateční a v žádném případě nesmějí dát umírajícímu najevo své obavy, zármutek a žal. Často své hoře skrývají, a pokud jej projeví, tak pouze za takových okolností, aby je umírající člen rodiny neviděl. Mají pocit, že jim společenská konvence odebírá právo plakat ve chvílích potřeby. Nechtějí svému blízkému situaci komplikovat, přitom právě projevy emocí by mohly celou atmosféru v konečném důsledku odlehčit a zjemnit. Mnohé by tím vyšlo najevo a slzy by byly vnímány jako ulevující od napětí. „Většina odborníků se shoduje v názoru, že otevřený žal se snáší snadněji než dlouhodobě potlačovaná bolest a smutek. Otevřený pláč zahajuje proces dlouhodobé obnovy psychických a fyzických sil.“ (Haškovcová, 2000, s. 89) Společné sdílení nemoci a těžkostí s ní spojených může prohloubit a upevnit vztahy mezi příbuznými.

Pokud s nemocným o jeho stavu nikdo mluvit nechce, ať je to lékař, zdravotnický personál nebo rodina, vyhýbá se odpovědi, odbíhá od tématu, které nemocného zajímá, stupňuje se tím jeho úzkost. Přestože si okolí myslí, že nemocného chrání, stupňuje tím pouze jeho utrpení a psychickou vyčerpanost. Takový člověk je ohrožen izolací, protože se mu okolí ze strachu před otázkami raději vyhýbá, nebo s ním nechce být o samotě. Což může být pro něj mnohdy horší, než samotné onemocnění. (Rotter, 1999, s. 83)

Pro příbuzné je důležité, když vidí, že jejich milovaný zemřel v klidu a bez utrpení, jak uvádí O'Connorová a Andra. (2005, s. 223) Jsou spokojenější s péčí, která byla jejich blízkému poskytována a vzpomínají na poslední dny jeho života bez nadměrného stresu. Slyšíme potom, s jistou spokojeností v jejich hlase, že měl jejich blízký „pěknou smrt“.

2 ETIKA V UMÍRÁNÍ

Člověk zůstává celý život člověkem, a proto by neměl svoji důstojnost ztratit nemocí nebo tím, že umírá. „Důstojnost lidské existence spočívá podstatně v tom, že člověkem, majícím svobodu sebeurčení, nesmí nikdo disponovat.“ (Rotter, 1999, s. 25) Zájem o samotného člověka a jeho potřeby, by měl být vždy nadřazen nad vším ostatním. Etický rámec je zde proto namístě. Etika je věda, která zkoumá lidské chování. Zjednodušeně říká, o co má člověk usilovat a jak se má chovat k jiným lidem. Morální chování v sobě zahrnuje odpovědnost, ale i svobodu volby směrem k okolnímu světu. Ke správnému chování člověk potřebuje nejen informovanost, znalost faktů ve společnosti, ale také osvojení si určitých zásad chování, které jsou považovány za etické. (Kořenek, 2004, s. 40)

Podle Sokola (2003, s. 19) vychází etika - řecky éthos ze samozřejmého, vynučeného chování, které společnost připouští a zakazuje a je napodobováno již od dětství. Všichni bychom si zajisté přáli, aby konec našeho života byl pro nás co možná nejpříjemnější. Abychom byli obklopeni jen svými nejbližšími a „nedělo se nám nic nepřijemného“. Haškovcová (2000, s. 129) zmiňuje, že hovoříme-li o důstojné smrti člověka, máme na mysli především estetickou stránku procesu umírání. Jestliže někdo není schopen ani sebeobsluhy, pak je jeho svízelná situace hodnocena jako „*pád pod lidskou důstojnost*“.

Pohled ošetřujícího personálu na proces umírání se může v mnohém lišit. „Nelze však jednoznačně určit, co kdo považuje ještě za etické či už za neetické. Co může být pro jednu sestru ještě normální či přiměřené, nemusí znamenat totéž pro někoho jiného. Záleží pravděpodobně i na celkové atmosféře a úrovni péče na konkrétním oddělení, na přístupu i případné benevolenci vedoucích sester a lékařů.“ (Jarošová, Růžičková, 2001, s. 16)

O problematice prodlužování života hovoří Kübler-Rossová (2012, s. 109) jako o zdroji velkého množství nesmírně komplikovaných problémů. Uvádí, že lékaři mohou být zažalováni za to, že se pokusili odebrat nějaký orgán příliš brzy, poněvadž příbuzný dotyčného člověka tvrdí, že pacient byl ještě naživu, anebo naopak za to, že příliš otálí a něčí život prodlužují zbytečně. „Moderní medicína nám poskytla kontrolu smrti a umírání. S touto kontrolou přišla volba, kdy je vhodné tyto nové terapie užít nebo neužít, a z tohoto rozhodování se rodí etická dilemata. Takže čím více máme kontroly, tím více máme možností výběru, a čím více je možností, tím více je dilemat.“ (Thomasmá, Kushnerová, 2000, s. 200)

Nelze proto jednotlivé případy paušalizovat, ale je nutné k nim přistupovat individuálně. „Každé z desítek rozhodnutí, zda nasadit, vyměnit nebo vypnout nějaký lékařský přístroj, prášky nebo vyživovací sondu lze vykládat jako rozhodnutí odložit smrt, urychlit její postup, nebo ji nechat přijít, až nastane její čas. Ke třem čtvrtinám nemocničních úmrtí dochází po rozhodnutí odepřít nebo přerušit léčbu. Na jednotce intenzivní péče takto nastává polovina smrtí.“ (Thomasma, Kushnerová, 2000, s. 175)

Na ochranu důstojnosti a práv všech lidí bylo přijato Parlamentním shromážděním dne 25. června 1999 Doporučení Rady Evropy „*O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících*“. (Umírání, © 2014) V USA byla například sepsána Charta umírajících, jde o příklad právní normy týkající se práv a přístupu k umírajícím.

Charta umírajících

- Mám právo na to, aby se semnou 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 nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt 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. (Haškovcová, 2000, s. 37)

V dodržování a respektování charty umírajících můžeme spatřovat etický přístup jak lékařů a zdravotnického personálu, tak i rodiny a blízkých umírajícího člověka.

2.1 Sdělení pravdy o zdravotním stavu

Zda sdělit nebo nikoli pravdu o zdravotním stavu, postupující nemoci nebo dokonce blížícímu se konci bylo v minulosti velmi ožehavé téma. Jak uvádí Haškovcová (2000, s. 46), v nedávné minulosti se společnost spíše přikláněla k tzv. milosrdné lži. Ale v současné době nastává obrat k pravdivému sdělení o zdravotním stavu. Dnes máme dostatečný přístup k informacím různého charakteru díky moderním technologiím, větší vzdělanosti, ale i obecné informovanosti. Informování pacienta o jeho zdravotním stavu je v kompetenci lékaře. Neposkytnutí přesných a dostatečných informací by pro lékaře mohlo znamenat nejen ztrátu důvěry klienta a jeho rodiny, ale také soudní postih, protože informovanost o zdravotním stavu ukládá zákon.

O tom, že je pacient vážně nemocný, by se měl dozvědět hned, jakmile je stanovena diagnóza, podotýká Kübler–Rossová (1994, s. 2). Ale to že umírá, bychom mu říkat neměli, k tomu musí pacient dospět sám. Byl by tak zbaven možnosti smysluplného a odpovědného rozhodování, protože jedině na základě správného zhodnocení své situace je nemocný schopen se rozhodnout, zde podstoupí léčbu nebo ji odmítne. Převážná většina terminálně nemocných si uvědomuje svůj skutečný zdravotní stav. (Rotter, 1999, s. 82)

U klienta, který má dostatečné informace o svém zdravotním stavu a důvěřuje ošetřujícímu lékaři, lze předpokládat, že bude daleko více spolupracovat a podílet se na svém vlastním uzdravení nebo léčebných postupech. Je ovšem velmi důležité nebrat nevléčitelně nemocným jejich naději na uzdravení, případně poklidný a plnohodnotný zbytek života. Ponechat jim i v takovéto těžké situaci možnost vlastní volby.

„Pravdivá komunikace v tomto bodě znamená předání klinické informace, jež umožní pacientovi, rodinným příslušníkům a všem zdravotníkům, kteří se na léčbě podílejí, aby přijali rozumově i citově, že pacient umírá. Toto sdílení vyžaduje neobvyklou citlivost především u pacienta, ale také u rodiny.“ (Thomasma, Kushnerová, 2000, s. 208)

2.2 Ukončení života na vlastní žádost

Dobrovolný odchod ze světa neboli sebevražda, vzdání se vlastního života je problematika, kterou se zde zabývat nebudeme. Ale téma euthanasie jako dobrovolný, asistovaný odchod ze světa je ožehavé a často zmiňované téma v laické i odborné veřejnosti, které se umírání dotýká. Jsou zde diskutovány především otázky vědomé dobrovolnosti, zneužití nebo neposkytnutí dostatečné léčby či péče.

Pod pojmem euthanasie si většina populace nejčastěji představuje smrt z milosti. Haškovcová (2000, s. 104) zmiňuje pojem aktivní euthanasie, což je akt vykonaný lékařem u nevléčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní žádost. Pasivní euthanasie potom znamená odnětí nebo přerušování léčby po tom, co byly vyčerpány všechny možnosti pomoci. K termínu dystanázie neboli zadržovaná smrt jako protipól uvádí program DNR (do not resuscitate), nepokračování v resuscitační péči.

Jako měřítko Haškovcová (2000, s. 107) zmiňuje kritérium kvality života, a to především myšlenku, že kvalitu života si zhodnotíme nejlépe každý sám. V opačném případě by se takové hodnocení dalo lehce zneužít. Jako tomu bylo například v nedávné minulosti z období Druhé světové války, kdy takovéto „nezvratitelné“ argumenty připravily o život statisíce lidí. „Zastánci euthanasie například používají termíny jako „dobrá smrt“ nebo „usmrcení z milosti“ - poukazující na sociální dobro, při kterém účel světí prostředky. Na druhé straně termíny jako „zničení života“ nebo prostě „zabití“ používají odpůrci euthanasie - kteří tím naznačují, že euthanasie se rovná jiné formě zabití, např. vraždě.“ (O'Connor, Aranda, 2005, s. 55)

Dokážeme zaujímat striktní stanoviska, ale ve chvíli, kdy se to týká nás samotných nebo někoho blízkého, náhle vidíme více úhlů pohledu a zpočátku naprosto jasná věc se nám zdá komplikovaná a těžce řešitelná a dochází ke změně postojů. Otázka euthanasie je uváděna nejen v odborných kruzích, ale také v tisku a v dalších komunikačních médiích jako podnět k diskusi a změně zákona.

Jsou vyjadřována stanoviska jak nevléčitelně nemocných, tak také zákonodárců, ale vždy byl návrh na euthanasii zamítnut. „V České republice není euthanasie legalizována a také na sjezdu České lékařské komory ve dnech 8. - 10. prosince 1995 byla euthanasie označena za eticky nepřípustnou.“ (Kořenek, 2004, s. 121)

Pojem asistovaná sebevražda je též často diskutovaný. Munzarová (2005, s. 122-124) zmiňuje, že ukončuje-li pacient sám svůj život pomocí rady lékaře, pak se jedná o asistované suicidium. Je zde naznačen úmysl zabít a zabití. Žádost člověka o asistovanou sebevraždu by měla vyjadřovat jeho autonomii, ovšem může dojít k jejímu zpochybnění. Popisuje nebezpečí tzv. *kluzkého svahu*. To spočívá v tom, že člověk nebo společnost mohou nastoupit určitou kluzkou cestu a samotná gravitace je stahuje dále a dále. Jako příklad takovéto situace uvádí Munzarová (2005, s. 127-128) ukončení umělé výživy a hydratace u vegetativních stavů, které následně vedou k jisté smrti.

„V České republice je euthanasie, stejně jako asistovaná sebevražda, zakázána, a pokud by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin. Rovněž Etický kodex České lékařské komory se vyjadřuje v duchu uvedeného zákona.“ (Haškovcová, 2000, s. 111) Přestože se mnozí zastánci vyjadřují o euthanasii jako o milosrdenství, ochranou před utrpením, vždy zde hrozí riziko zneužití.

Jako důvod ukončení svého života bývá uváděna např. ztráta důstojnosti, opuštěnost, ale nikoliv tělesné utrpení. V takových případech se jedná o bolest psychickou. Ve chvíli, kdy dojde k vyřešení vnitřního problému, je takový člověk rád, že může být ještě chvíli na světě. (Česká televize, © 2007) Proto je velmi důležité znát opravdové důvody rozhodnutí pro euthanasii nebo asistovanou sebevraždu, protože v mnoha případech, kdy se umírající dívá na svoji situaci jako neřešitelnou, se po objasnění těchto psychických problémů dotyčným ukáže jiný způsob řešení a nemusí to být právě takové konečné rozhodnutí.

Od 1. 4. 2012 je u nás v platnosti „*Dříve vyslovené přání*“ ze zákona č. 372/2011 o zdravotních službách (Zákony pro lidi, © 2010-2014), které ukládá klientovi možnost vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta.

Součástí dříve vysloveného přání je i písemné poučení lékařem o důsledcích jeho rozhodnutí, které je zaznamenáno do zdravotnické dokumentace pacienta. Může být zapsáno při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace. Záznam je podepsaný pacientem, zdravotnickým pracovníkem a svědkem. Nesmí se však v žádném případě jednat o nabádání nebo aktivní způsobení smrti. Nemocný nebo umírající tak sám

rozhoduje o dalším léčebném, nebo respektive neléčebném postupu a zdravotnické zařízení by jej mělo respektovat.

Dokážeme si odpovědět na otázky, které pokládá Sokol (2003, s. 152), jako jsou: „Kdy je další lidský život tak beznadějný, aby bylo dovoleno ho ukončit?“ nebo „Je-li nějaký život bezcenný teď, jaký byl včera nebo před rokem?“ Tady se dostává ke slovu etika, mravní hodnoty a také svědomí. Přestože se jedná o takové osobní a choulostivé záležitosti, vždy by pro nás měl na prvním místě stát samotný člověk, a záchrana jeho života.

3 STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL

Středním zdravotnickým personálem nebo také nelékařským zdravotnickým personálem, jak je nově uváděno, jsou v dnešní době myšleny převážně zdravotní sestry vykonávající péči o nemocného. Na vykonávání této profese je ze společenského hlediska nazíráno jako na poslání. Mnohdy vzbuzuje obdiv a úctu okolí. Protože ne každý se cítí být povolán sloužit ostatním lidem v jejich nemoci, pečovat o nemocné a nemohoucí nebo doprovázet. „Etika všech zdravotníků vychází ze vztahu. Ze vztahu mezi člověkem pomáhajícím a člověkem trpícím, mezi člověkem, který nejen uzdravuje ale i pečuje v situacích bez veškeré naděje na záchranu života a tím, jenž se mu svěřuje ve své nouzi a ve svém utrpení a který mu věří.“ (Munzarová, 2005, s. 12)

Podle výzkumu Sociologického ústavu AV ČR prestiže povolání z června 2013 se povolání zdravotní sestry umístilo na 3. místě žebříčku oblíbenosti (Sociologický ústav AV ČR, © 2013), což znamená, že je společensky velmi uznávané.

Haškovcová podotýká, že: „Musíme rovněž vnímat, že „dnes dochází ke změnám v systému poskytování zdravotní péče, vztahu společnosti vůči zdravotníkům, k přehodnocení sestry do role odborného pracovníka, plně odpovědného za svá rozhodnutí, ale především všelidské morální hodnoty, které tvoří osu morálního jednání zdravotníka. Mezi nejdůležitější patří úcta k člověku.“ (Haškovcová, 2002 cit. podle Munzarová, 2005, s. 23)

Koncepce vzdělávání středního zdravotnického pracovníka se za posledních deset let velmi změnila. Všeobecná sestra v dnešní době získává odbornou způsobilost absolvováním zdravotnického akreditovaného oboru vysoké školy nebo vyšší zdravotnické školy. Absolvováním střední zdravotnické školy získávají způsobilost pouze zdravotničtí asistenti. (Vévoda, 2013, s. 104)

Podmínky vzdělání a pravomoci středního zdravotnického pracovníka upravuje Předpis č. 96/2004 Sbírky zákonů České republiky: Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). (Zákony pro lidi, © 2010-2014) Pro výkon tohoto povolání je nezbytné získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, které uděluje Ministerstvo zdravotnictví po absolvování příslušného studijního oboru, který byl akreditován Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy.

V současnosti všeobecná sestra k výkonu povolání potřebuje osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, které uděluje Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. A je vedena v Registru zdravotnických pracovníků, který také upravuje zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

V září 2012 zveřejnilo ministerstvo zdravotnictví nový návrh zákona, který upravuje způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Dle tohoto návrhu by se měla způsobilost všeobecných sester získávat pouze v bakalářských oborech vysokých škol. Návrh však neprošel připomínkovými řízeními. (Vévoda, 2013, s. 110)

3.1 Komunikační dovednosti

Dobrá komunikace je nezbytným základem fungujících vztahů mezi zdravotnickými pracovníky a nemocnými klienty, ať jsou to klienti s terminálním onemocněním, nebo umírající. Dobrá komunikace může nejen pozitivně ovlivnit psychický stav a kvalitu života lidí s takovým onemocněním, ale může také napomoci ve zmírnění různých tělesných symptomů. (Faulkner, Maguire, 1994, cit. podle O'Connor, Aranda, 2005, s. 29)

Pokud dokážou být zdravotníci pacientovi nablízku tím, že s ním umějí efektivně komunikovat, cítí se takový klient v nemocničním zařízení daleko jistější. Ví, že se může se svými starostmi na někoho obrátit, že bude vyslyšen. Mnohdy stačí, když se klient svěří, vypovídá a pojmenuje svoje pocity a uleví se mu. Dokáže dál přemýšlet nad svojí situací a dokáže hledat nová řešení, které by přispěly jak k uzdravení, tak spokojenosti. S umírajícími pacienty je to velmi podobné. Když dokážou o své situaci mluvit, a je jim nasloucháno, zažívají pocit větší starostlivosti a péče ze strany zdravotníků.

Slovo „communicare“ nebo také „participare“ pochází z latinského jazyka a znamená spolupodílet se s někým na něčem, mít podíl na něčem společném. „Komunikovat znamená vzájemně si poskytovat informace, vyměňovat si myšlenky, emoce, postoje a jednání.“ (Vévoda, 2013, s. 66) O'Connor a Aranda zmiňují termín „*terapeutická komunikace*“ ve smyslu vědomého, záměrného a účelového použití verbálních a neverbálních komunikačních dovedností v průběhu interakce mezi sestrou a pacientem, která je formou pomoci. Cílem je zhodnocení problémů, emocionálních projevů a zjištění pacientových obav a starostí, díky němuž může být zajištěna profesionální intervence, například psychologické poradenství.

Uvádí, že mnohé sestry, ale i další zdravotničtí pracovníci nemají dostatečné komunikační dovednosti k tomu, aby pomohli pacientům diskutovat o jejich problémech. (O'Connor, Aranda, 2005, s. 30) Podle Vévody (2013, s. 65) představuje komunikace jedno z nejslabších míst ve zdravotnictví. Jako důkaz uvádí soudní spory vůči zdravotníkům, které se netýkají odborné kompetence, ale právě komunikace. Sestra musí umět s pacientem efektivně komunikovat, protože to umožňuje partnerskou spolupráci pacienta na léčbě. Je v podstatě základem ošetrovatelské péče a může být zdrojem spokojenosti, ale i nespokojenosti všech zainteresovaných stran.

„Pacienti a rodinní příslušníci potřebují od sester a dalších zdravotnických pracovníků profesionální rady, které jim pomohou při rozhodování, sníží nejistotu ohledně výsledků léčby, umožní reálně zhodnotit vlastní situaci a kognitivně a emocionálně se připravit na budoucnost. Efektivní komunikace vyžaduje znalosti. Sestry potřebují znát pravděpodobné příčiny pacientovy tísně v dané situaci a musí být schopné správně odhadnout skryté problémy či obavy.“ (O'Connor, Aranda, 2005, s. 31)

Ve většině případů se připisuje větší důležitost komunikaci slovní neboli verbální, ale neverbální komunikace je stejně důležitá a doplňuje slovní projev. Některá sdělení jsou naopak snáze vyjádřitelná mimikou a gesty než slovy.

3.1.1 Efektivní komunikace

Podle O'Connorové a Arandové (Maguire, 1999, cit. podle 2005, s. 32) může efektivní komunikace zjistit klientovy hlavní problémy a pocity, může pomoci při sdělování i přijímání špatných zpráv, spolupracovat při rozhodování o léčbě a v neposlední řadě také sledovat nepříznivé reakce klienta (tělesné i psychické). Jedním z problémů takové komunikace bývá neochota svěřit se s problémy. Odstranění komunikační bariéry může mít pozitivní odezvu ze strany klienta a může tudíž přispět k lepší kvalitě jeho života.

Efektivní verbální komunikace by měla být jasná, stručná a srozumitelná, kdy jasnost souvisí se zvolenou strukturou sdělení. Stručnost poukazuje na vyzdvižení důležitých podstatných informací a srozumitelnost především vhodnou skladbou slov, jazyková úroveň a odborná terminologie volená tak, aby jí pacient porozuměl. Neméně důležité je také to, jak zdravotník k nemocnému přistupuje, např. úprava zevnějšku může způsobit bariéru v komunikaci. Také vstupování do osobní a intimní zóny pacienta vyžaduje jistý takt a citlivost, protože ne vždy to je pacientovi příjemné. (Vévoda, 2013, s. 67-68)

„Komunikaci může negativně ovlivnit nedostatek dovedností nebo strach z toho, že sestra nebude umět odpovědět na otázky pacienta.“ (Maguire, Booth, 1996, cit. podle O'Connor, Aranda, 2005, s. 34) Mezi faktory, které omezují komunikaci podle O'Connorové a Arandové (2005, s. 34) patří „distancování“ se od pacienta, ignorování emocionálních projevů pacienta, poskytování falešné naděje, změna v tématu rozhovoru, soustředění se spíše na tělesné symptomy než na emocionální problémy. Také to může být neschopnost rozpoznat problém, nedostatek znalostí o tom, čeho se pacienti obvykle obávají anebo nedostatek diagnostických dovedností.

Efektivní komunikace je nezbytná také při styku s rodinnými příslušníky nemocného. Pro zdravotnický personál může být daleko náročnější, než komunikace se samotným nemocným. Určitou úlohu tady sehrává stres a strach o člena rodiny. Mezi nejpoužívanější a také nejefektivnější metody komunikace řadíme aktivní naslouchání a pozorování pacienta, které jsou dobrou cestou k pochopení a navázání vztahu s pacientem. (Vévoda, 2013, s. 75) Neméně důležité je také porozumění a empatie, která znamená vcítění se do duševního stavu druhé osoby. Jedná se o umění rozpoznat, co prožívá druhý člověk, jakou má náladu, schopnost vidět svět jeho očima. (Beran, 1997, s. 21)

3.2 Možnosti ve vzdělávání

Je zřejmé, že dosažením patřičného vzdělání, které je potřeba k výkonu povolání zdravotní sestry, vzdělávání nekončí, protože nároky na kvalifikaci a odbornost stále rostou. Aby byl zdravotnický personál stále profesně připraven pomáhat, je nezbytné udržovat krok se stále novými a novými metodami a postupy v medicíně i ošetrovatelství. Jarošová a Růžičková (2001, s. 12) zmiňují, že základním předpokladem by mělo být to, že sestra chce nemocnému nebo umírajícímu pomoci. Mnohdy ale neví jak, zvláště když konkrétní problém přesáhne rámec učiva zdravotní školy nebo zkušeností a vědomostí nabytých v praxi.“

Všeobecná sestra se může odborně vzdělávat v řadě specializačních oborů, např. intenzivní péče, komunitní ošetrovatelská péče, ošetrovatelská péče v psychiatrii. Povinnost neustálého vzdělávání je ustanovena i v zákoně č. 96/2004 Sbírky zákonů pod pojmem celoživotní vzdělávání, kterým se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků v souladu s

rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Je povinné pro všechny zdravotníky. Odbornou úroveň si lze zvyšovat certifikovanými kurzy, kterých zatím není příliš velká nabídka, nebo inovačními kurzy. (Vévoda, 2013, s. 119) Z nabídky témat jsou uváděny většinou komunikační dovednosti nebo psychoterapeutické přístupy. Z oblasti péče o umírající je nabídka velmi omezená.

Munzarová (2005, s. 11) vzdělávání zdravotníků komentuje takto: „Dnes jsme svědky velkého rozvoje a rozšiřování vzdělávání v oblasti ošetrovatelství a jiných zdravotnických nelékařských oborů, a to i v rámci vysokého školství. Vskutku nevím, proč by etika lékařů měla být odlišná od etiky jiných zdravotnických pracovníků, anebo proč by jim měla být nějakým způsobem nadřazena. Vždyť např. sestry jsou často trpícím lidem blíže než lékaři samotní. Přiznejme si, že na jejich bedrech mnohdy spočívá i větší břemeno ve spolunesení trápení a kříže nemocných, s nimiž jsou v mnohem bližším, vřelejším a častějším kontaktu.“

Součástí dalšího vzdělávání by měla být i péče o duševní zdraví, která může předejít řadě pracovních i osobních problémů jako může být např. syndrom vyhoření. Duševní hygiena by měla být součástí každé práce, která je vykonávána s lidmi. Každá práce, která je namáhavá a zatěžuje psychiku, práce s umírajícími a těžce nemocnými obzvlášť. Protože, jak uvádí Haškovcová (2000, s. 151): „Ani ta nejlepší možná příprava nevyloučí psychickou zátěž, která je logickým důsledkem práce s umírajícími. Proto by měl každý zdravotník cílevědomě pěstovat duševní hygienu a jeho nadřízení by měli pečovat o pečující. Osvědčuje se, když mají zdravotníci z tzv. vysoce psychicky rizikových pracovišť trvalou možnost supervize.“

Supervize je psychoterapeutická metoda používaná zejména u pomáhajících profesí. Jedná se o pravidelné schůzky např. s psychologem, kdy dochází k rozvíjení profesních i komunikačních dovedností, řešení pracovních problémů a sebereflexi pod pohledem odborníka. Ve zdravotnictví zatím není moc používaná, většinou ji využívají různá sociální zařízení a organizace.

Jako další možnosti vzdělávání mohou zdravotníci využít i navazujících studijních programů, které zvyšují danou odbornou kvalifikaci. K jiným než zdravotnickým zaměřením se může řadit studium sociální práce, pedagogiky, psychologie nebo sociální pedagogiky, které mohou zvýšit profesionální status pomáhající profese.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 POPIS VÝZKUMU

Pro praktickou část bakalářské práce jsme se rozhodli použít kvantitativně orientovaný výzkum. Záměrem bylo zjistit názory respondentů na etiku umírání v nemocničním zařízení. Jako výzkumný vzorek jsme volili střední zdravotnický personál nemocničního zařízení.

Jedná se o téma velmi citlivé, přesto aktuální a v dnešní době často diskutované. Zajímalo nás také, jestli se střední zdravotnický personál cítí studiem dobře připraven na práci s umírajícím klientem a zda by uvítal další vzdělávání v tomto směru.

Důležitost takového výzkumu vnímáme v tom, že dochází k větší osvětě a zájmu laické i odborné veřejnosti o tuto problematiku.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem praktické části je zjistit:

- *Jak vnímá etiku umírání střední zdravotnický personál v nemocnici.*

Dílčími cíli jsou:

1. *Zjistit, zda je pro střední zdravotnický personál problematická komunikace s umírajícími.*
2. *Zjistit zájem středního zdravotnického personálu o další vzdělávání v oblasti thanatologie.*
3. *Ověřit, zda má délka praxe vliv na lepší komunikační dovednosti u středního zdravotnického personálu nemocničního zařízení.*

Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsme si stanovili tyto:

VO₁ Je střední zdravotnický personál spokojen s péčí o umírající klienty a jejich rodiny v nemocnici? (otázka č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 19)

VO₂ Je pro střední zdravotnický personál problematická komunikace s umírajícím a jeho rodinou? (otázka č. 13, 14, 15, 16)

VO₃ Myslí si střední zdravotnický personál, že jej studium dostatečně připravilo na setkávání se smrtí a práci s umírajícími klienty? (otázka č. 17)

VO₄ Měl by střední zdravotnický personál zájem o další vzdělávání v oblasti thanatologie? (otázka č. 18)

VO₅ Co by se, podle středního zdravotnického personálu, mělo zlepšit v péči o umírající klienty? (otázka č. 20)

VO₆ Co by střední zdravotnický personál vyžadoval v obdobné situaci? (otázka č. 21, 22)

Hypotézy

Hypotézy jsme si stanovili tyto:

H1_O Mezi délkou praxe a zvládnutím komunikace s umírajícími klienty u středního zdravotnického personálu neexistuje statisticky významná závislost.

H1_A Mezi délkou praxe a zvládnutím komunikace s umírajícími klienty u středního zdravotnického personálu existuje statisticky významná závislost.

4.2 Metoda výzkumu

Jako metodu výzkumu jsme použili dotazníkové šetření. Podle Chrásky (2007, s. 164) je to velmi frekventovaná metoda získávání dat a umožňuje rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů. V dotazníku jsou použity převážně otázky uzavřené, dále otázky otevřené a škálové. Celkem obsahuje 22 položek.

Před samotným výzkumem jsme provedli tzv. předvýzkum. Rozdali jsme dotazník nízkému počtu respondentů, abychom odstranili případné chyby a nedostatky, které by mohly snížit kvalitu dotazníkového šetření. Na základě toho jsme dotazník upravili, aby plně vyhovoval dotazníkovému šetření.

Technika sběru dat

Pro dostatečnou objektivitu jsme do výzkumu zahrnuli 150 respondentů. Dotazování jsme provedli na více pracovištích lůžkových částí nemocnice. Pro výzkumný vzorek jsme volili pracoviště onkologie, geriatric, léčebnu dlouhodobě nemocných, jednotku následné a dlouhodobé péče a anesteziologicko-resuscitační oddělení. Položku, na kterém oddělení

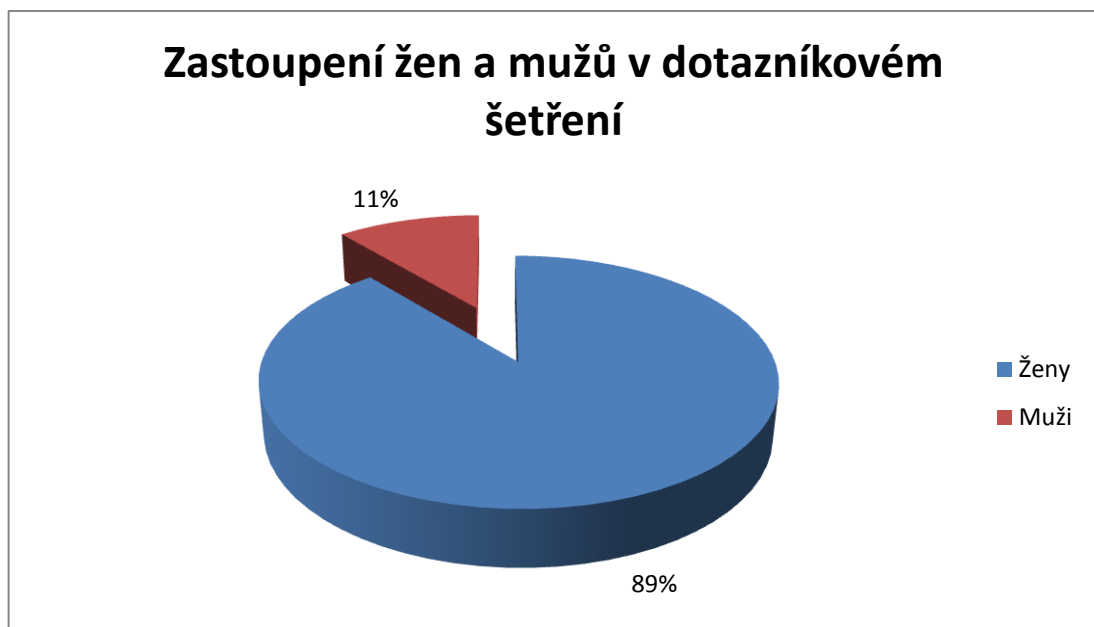
respondenti pracují, nemáme v dotazníku uvedenou. Pro výzkum jsme ji nepovažovali za důležitou, jelikož jsme respondenty získali na odděleních nemocnice, kde je setkávání se smrtí a umíráním, jak se domníváme, téměř stejně frekventované. Dotazníkové šetření proběhlo v době od 5. 2. – 14. 2. 2014 a bylo zcela anonymní.

5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT

Návratnost dotazníků byla uspokojivá - 71%. Ze 106 dotazníků byly 4 vyřazeny pro neúplnost dat nebo jejich špatné vyplnění. Pro zpracování a vyhodnocení bylo použito celkem 102 dotazníků. Ke zpracování získaných dat jsme použili třídění pomocí tabulek četností a následně jejich grafické znázornění. Pro ověření hypotéz jsme využili test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

5.1 Interpretace kvantitativních dat

Otázka č. 1: Pohlaví



Graf 1: Zastoupení žen a mužů v dotazníkovém šetření

Ve vzorku bylo zastoupeno pouze 11 mužů z celkového počtu 102 respondentů. Jelikož práci středního zdravotnického personálu zastávají ve většině případů ženy, tuto skutečnost jsme předpokládali. Vzhledem k nízkému zastoupení jsme dále tuto proměnnou nemohli využít.

Otázka č. 2: Věk

Tabulka 1: Věkové zastoupení respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než 26	21	21
26 - 35	37	36
36 - 45	29	28
Více než 45	15	15
Celkem	102	100

Z tabulky četností můžeme zjistit, že nejvíce respondentů bylo ve věku 26-35 let, což činilo 36% z celkového počtu dotazovaných. Dále to byl věk 36-45 a nejméně respondentů bylo ve věku vyšším než 45 let.

Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka 2: Délka praxe ve zdravotnickém zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než 2 roky	13	13
2 – 5 let	18	17,5
6 – 10 let	21	21
11 – 15 let	18	17,5
Více než 15 let	32	31
Celkem	102	100

Nejvíce respondentů dotazníkového šetření bylo s více než patnáctiletou praxí a to 31%. Nejméně respondentů bylo s praxí nižší než dva roky, celkem 13%.

Otázka č. 4: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 3: Struktura vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Středoškolské	49	48
Vyšší odborné	36	35
Vysokoškolské	17	17
Celkem	102	100

Téměř polovina dotazovaných (48%) uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Dále to bylo vyšší odborné (35%) a nejméně dotazovaných mělo dokončeno vysokoškolské vzdělání (17%).

Otázka č. 5: Setkáváte se často (více než jednou za měsíc) v zaměstnání s umírajícím klientem?

Tabulka 4: Četnost setkávání respondentů s umírajícím klientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	83	81
Ne	19	19
Celkem	102	100

Na tuto otázku odpovědělo kladně celkem 81% dotazovaných. Vyšší procento kladných odpovědí jsme předpokládali z důvodu cíleně volených lůžkových částí pro dotazníkové šetření. Záměrem bylo získat respondenty, kteří mají s prací s umírajícími klienty více zkušeností.

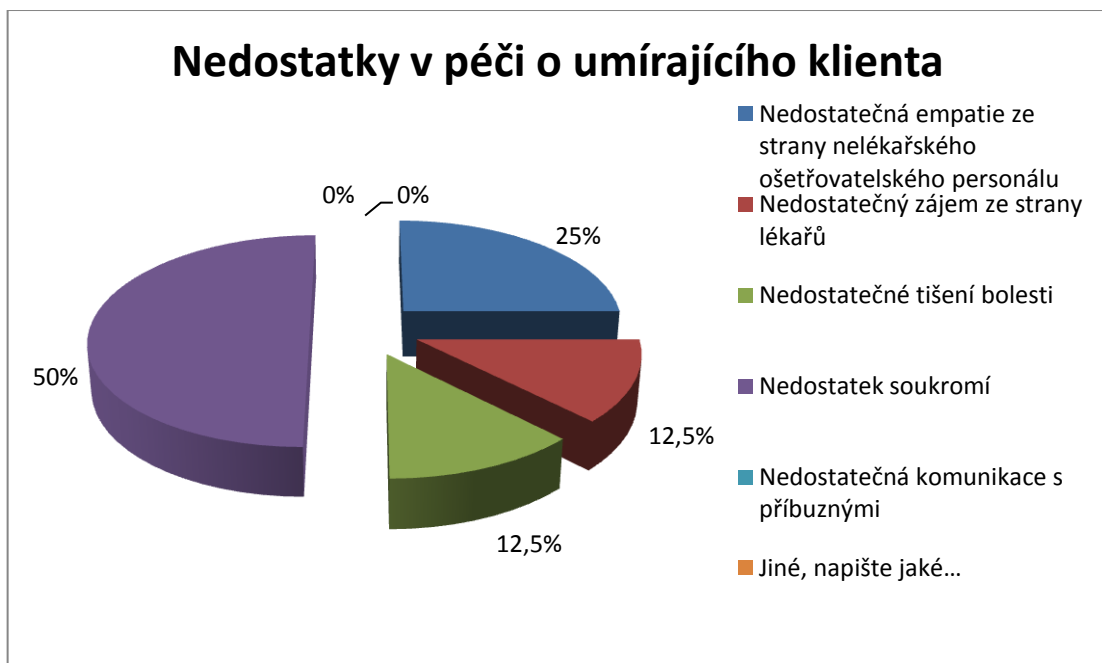
Otázka č. 6: Měl podle Vás takový člověk náležitou péči (dle standardu příslušného oddělení) ze strany zdravotníků?

Tabulka 5: Struktura četnosti respondentů spokojenosti s péčí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	91	89
Ne	8	8
Nevím	3	3
Celkem	102	100

Z tabulky četností vyplývá, že celkem 89% respondentů bylo spokojeno s péčí o umírajícího klienta, což považujeme za velmi pozitivní informaci z oblasti ošetrovatelství. Zbylých 8% se k nedostatkům v péči vyjádřilo v další položce.

Otázka č. 7: Pokud jste odpověděli ano, pokračujte otázkou č. 8. Pokud jste odpověděli ne, v jaké oblasti péče podle Vás byly nedostatky?



Graf 2: Struktura nedostatků v péči o umírajícího klienta

Z celkového počtu odpovědí 4 dotazovaní (50%) odpověděli, že klient měl nedostatek soukromí, dále to byla nedostatečná empatie ze strany ošetrovatelského personálu (25%). K nedostatečnému zájmu ze strany lékařů a nedostatečnému tišení bolesti se vyjádřil stejný

počet dotazovaných a to 12,5%. Položky „nedostatečná komunikace s příbuznými“ a „jiná možnost“ zůstaly bez odpovědi.

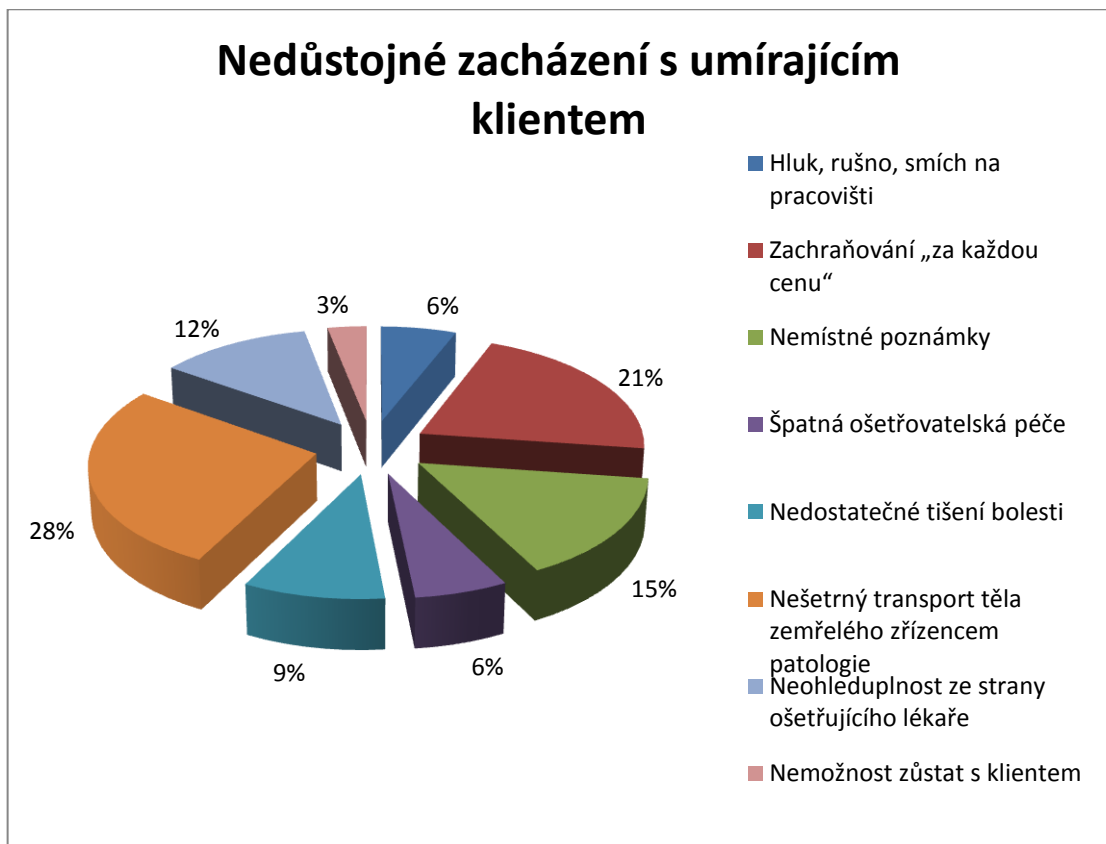
Otázka č. 8: Setkali jste se někdy se situací, podle Vás, nedůstojného zacházení s umírajícím klientem?

Tabulka 6: Struktura četností nedůstojného zacházení s umírajícím klientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	33	32
Ne	69	68
Celkem	102	100

Z tabulky četností je patrné, že se většina respondentů (68%) nesetkala se situací podle nich nedůstojného zacházení s klientem. Ale i tak je alarmující zkušenost celé 1/3 respondentů s nedůstojným zacházením s umírajícím klientem.

Otázka č. 9: Pokud jste odpověděli ne, pokračujte otázkou č. 10. Pokud jste odpověděli ano, můžete situaci popsat?



Graf 3: Znázornění odpovědí nedůstojného zacházení s umírajícím klientem

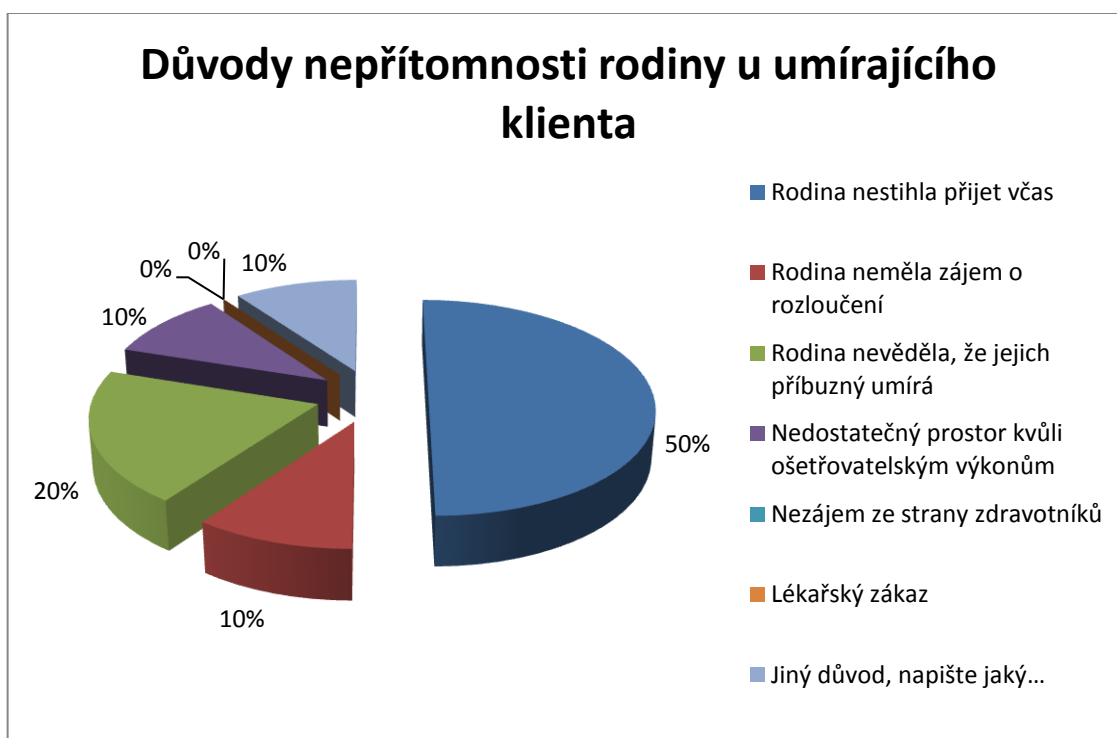
Tato otázka byla v dotazníku uvedena jako otevřená. Dali jsme respondentům prostor vyjádřit svoje zkušenosti při péči o umírajícího klienta. Nejčastěji respondenti odpověděli, že jim přišlo nedůstojné zacházení zřízence patologie s tělem zemřelého klienta (28%). Tuto skutečnost lze chápat jako celistvé vnímání péče o klienta, nejen během života, ale i po smrti. Další nejpočetnější odpovědi bylo zachraňování „za každou cenu“, respondenti zde zmiňovali pojmy jako je nedůstojné prodlužování života nebo nerespektování DNR lékařem (21%). Dále to byly nemístné poznámky (15%), kde respondenti uváděli například černý humor u lůžka umírajícího klienta nebo vtipkování na tělesnou konstituci klienta. Jako neohleduplnost ze strany lékaře (12%) uváděli respondenti například nedostatek zájmu lékaře nebo vyšetřování a invazivní zákroky, které již nebyly z jejich pohledu potřebné.

Otázka č. 10: Měla rodina možnost být s umírajícím až do konce?

Tabulka 7: Struktura četností odpovědí respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	92	90
Ne	10	10
Celkem	102	100

Podle dotazovaných měla rodina v 90% možnost být se svým blízkým až do konce. Což považujeme také za velmi pozitivní v péči o umírajícího klienta. Důvody, proč nebylo rodině umožněno být se svým blízkým až do konce, jsou znázorněny v další položce.

Otázka č. 11: Pokud jste odpověděli ano, pokračujte otázkou č. 12. Pokud ne, jaký byl důvod?

Graf 4: Struktura četností důvodů nepřítomnosti rodiny u klienta

Z grafu vyplývá, že nejčastějším důvodem nepřítomnosti rodiny u svého blízkého v době úmrtí bylo, že nestihla přijet včas (50%). Druhá nejpočetnější odpověď byla, že rodina nevěděla, že jejich příbuzný umírá (20%). V 10% byla zastoupena jiná odpověď a to, že rodina nevěděla, že může být na lůžkovém oddělení spolu s umírajícím příbuzným.

Žádné zastoupení neměly možnosti nezájem ze strany zdravotníků a lékařský zákaz, což je velmi pozitivní údaj v péči o umírajícího klienta.

Otázka č. 12: Jsou prostory Vašeho pracoviště přizpůsobeny pro umírající klienty?

Tabulka 8: Struktura četností odpovědí respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	44	43
Ne	58	57
Celkem	102	100

Tady byly odpovědi téměř vyrovnané. Respondenti byli spokojeni s prostory pracoviště pro umírající klienty ze 43%. Prostory vidělo jako nedostatečně přizpůsobené 57% respondentů, což je poměrně alarmující zjištění.

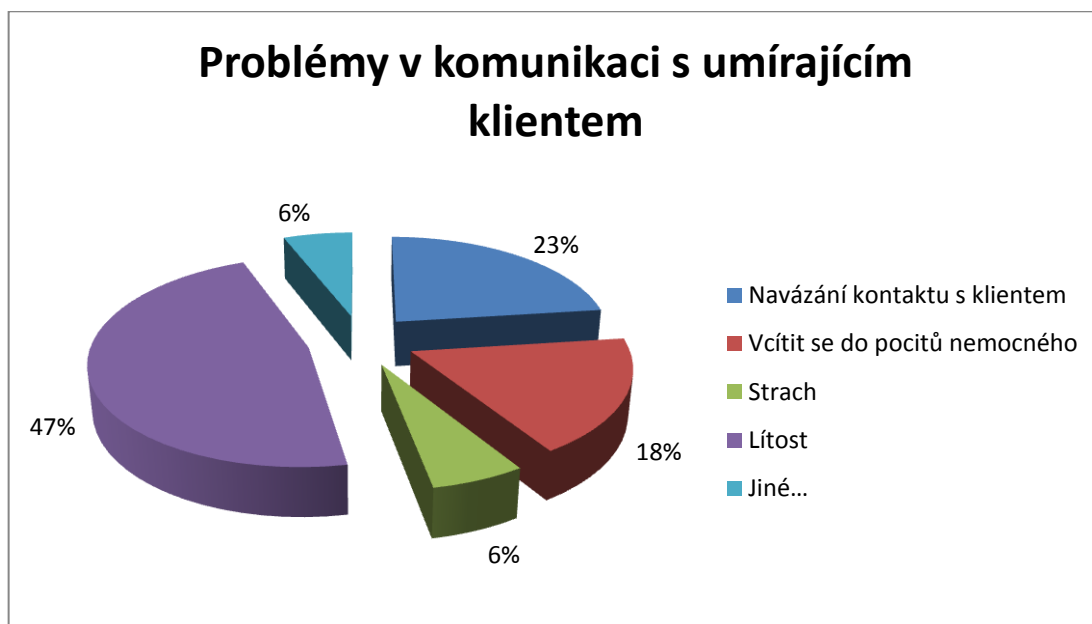
Otázka č. 13: Je pro Vás komunikace s umírajícím problematická?

Tabulka 9: Struktura četností odpovědí respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	34	33
Ne	68	67
Celkem	102	100

Pro 67% respondentů není komunikace problematická. Zbývajících 33% má problém s komunikací s umírajícím klientem. Tento údaj více specifikujeme v následující položce.

Otázka č. 14: Pokud jste odpověděli ne, pokračujte otázkou č. 15. Pokud jste odpověděli ano, co Vám dělá největší problém?



Graf 5: Struktura četností problému v komunikaci s klientem

Dotazovaní nejčastěji odpovídali, že jim činí při komunikaci největší problém lítost s klientem (47%). Potom je to navázání kontaktu s ním (23%) a vcítění se do pocitů umírajícího klienta (18%). Pod položkou „jiné“ uvedli respondenti například odhadnout, co potřebuje klient nejvíce slyšet, dále celkově komunikace a některé dotazy od klienta.

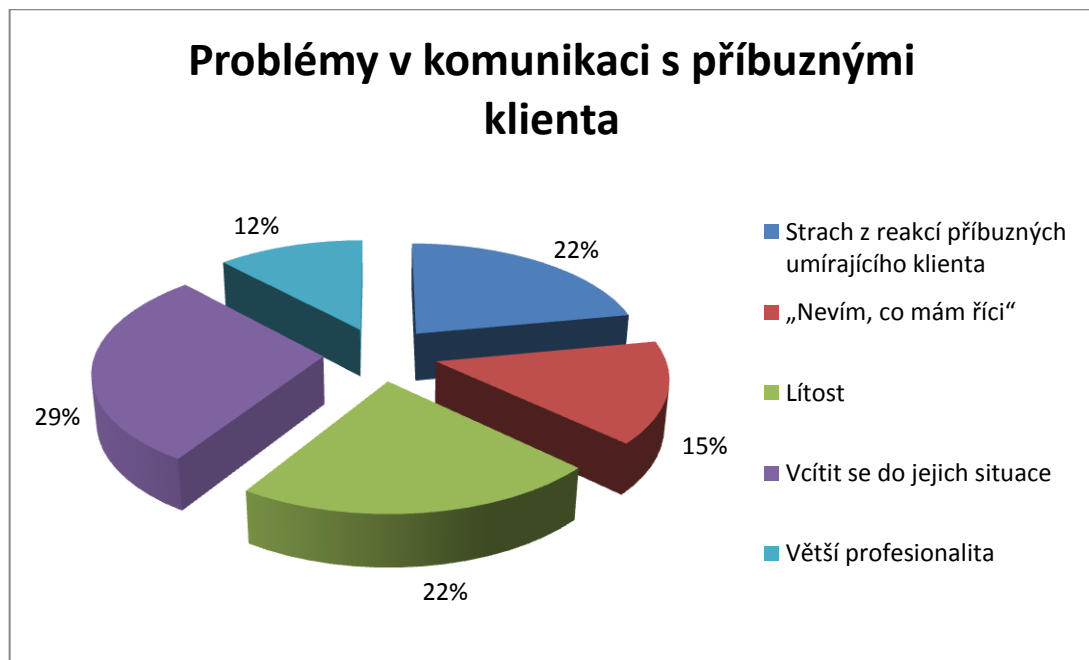
Otázka č. 15: Je pro Vás komunikace s příbuznými umírajícího klienta problematická?

Tabulka 10: Struktura četností problematiky komunikace respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	41	40
Ne	61	60
Celkem	102	100

Jako problematickou komunikaci s příbuznými klienta uvedlo v dotazníku 40%, což je také poměrně zarážející údaj. Zbýlých 60% jako problematickou komunikaci s příbuznými klienta nevidí.

Otázka č. 16: Pokud jste odpověděli ne, pokračujte otázkou č. 17. Pokud jste odpověděli ano, co Vám dělá největší problém?



Graf 6: Četnost problémů v komunikaci s příbuznými klienta

Tato otázka byla otevřená. Vyjádřilo se k ní 41 respondentů. Nejčastější odpověď zněla „vcítit se do situace příbuzných“ (29%), kde respondenti zmiňovali přijetí celé situace a empatie. Dalšími dvěma nejpočetnějšími odpověďmi byl „strach z reakcí příbuzných“ (nepříjemné otázky) a „lítost“ (22%). U položky „nevím, co mám říci“ (15%) uváděli dotazovaní např. vyjádření soustrasti a vhodná slova útěchy. „Větší profesionalita“ činila problém 12% respondentům, tady byla např. uvedena komunikace s rodiči při úmrtí dítěte.

Otázka č. 17: Myslíte si, že Vás studium dobře připravilo na péči o umírající klienty?

Tabulka 11: Struktura četností pocitu připravenosti na povolání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	18	17,5
Ne	66	65
Nevím	18	17,5
Celkem	102	100

Odpovědi na tuto položku považujeme za velmi zarážející, protože celých 65% dotazovaných uvedlo, že se necítí dobře připraveni studiem na budoucí vykonávání své profese. Je to podnětná informace pro oblast vzdělávání, studia a přípravy na povolání všeobecné sestry ke zlepšení. K odpovědi „ano“ a „nevím“ se přiklonil stejný počet dotazovaných a to 18%.

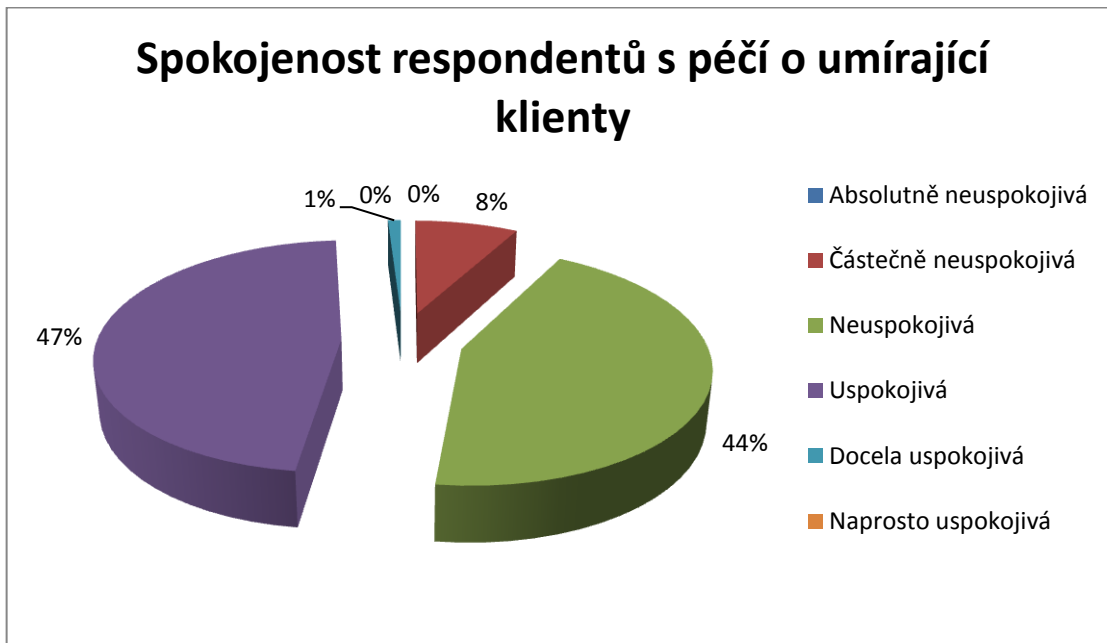
Otázka č. 18: Uvítali byste možnost dalšího vzdělávání na téma péče o umírající a jejich blízké?

Tabulka 12: Struktura četností zájmu o další vzdělávání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	72	71
Ne	30	29
Celkem	102	100

Nezájem o další vzdělávání má 29% dotazovaných. Zbylých 71% by uvítalo možnost dalšího vzdělávání – což je velmi pozitivní informace.

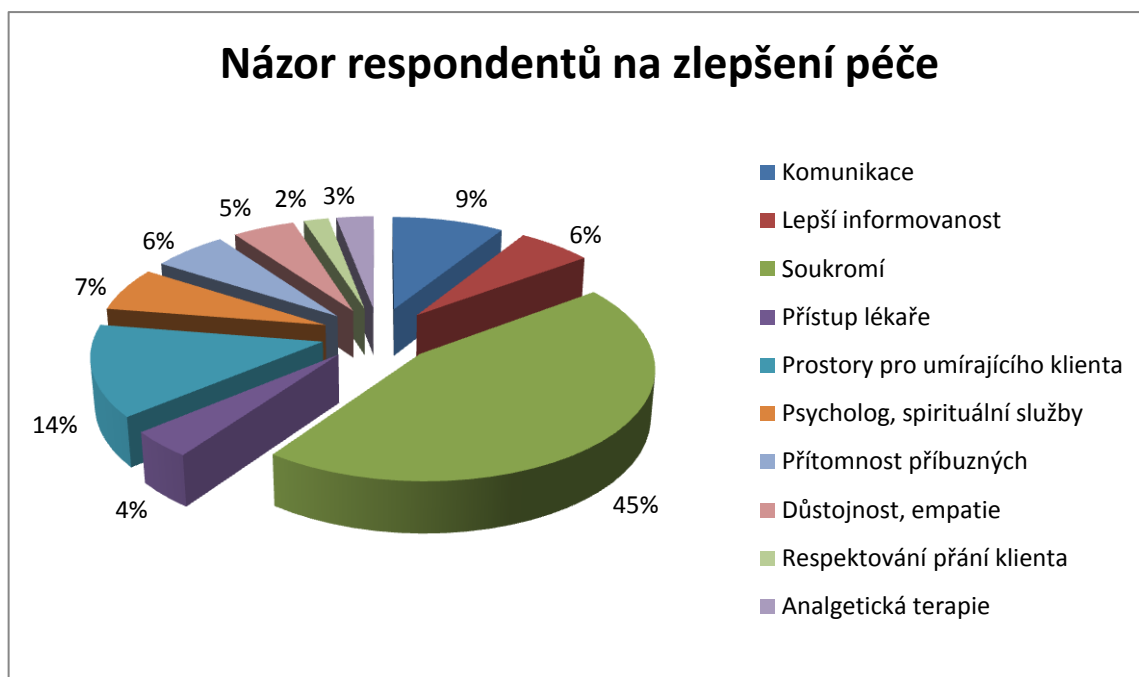
Otázka č. 19: Domníváte se, že současná situace v péči o umírající klienty a jejich příbuzné v našich nemocnicích je uspokojivá? Svůj názor vyznačte na škálové stupnici)



Graf 7: Spokojenost respondentů s péčí o umírající klienty

U této položky se názory respondentů rozdělily na dvě odlišné skupiny. Jedna zastávala názor, že současná situace v péči o umírající klienty a jejich příbuzné v našich nemocnicích je uspokojivá (47%). Neuspokojivá situace je podle 44% respondentů. Krajní možnosti nebyly vůbec zastoupeny.

Otázka č. 20: Co byste zlepšili v péči o umírající klienty a jejich blízké?

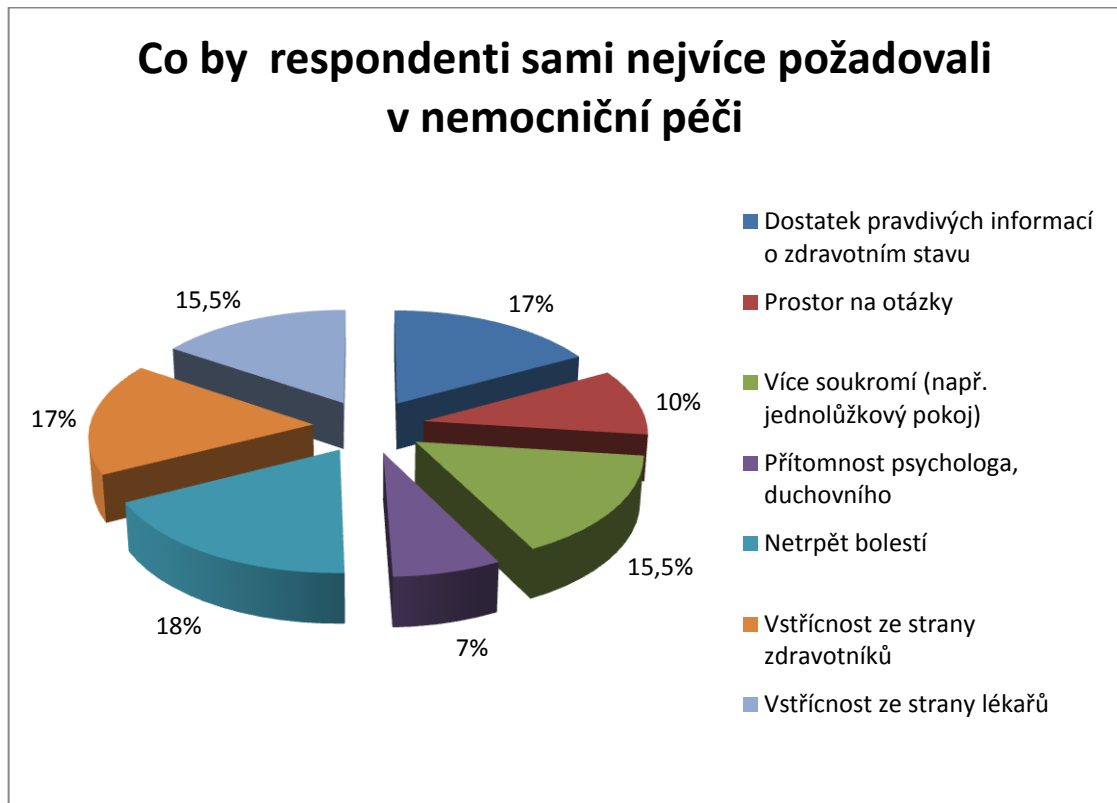


Graf 8: Názor respondentů na zlepšení péče o umírající klienty

Tato otázka byla v dotazníku otevřená, respondenti se mohli k tématu vyjádřit vlastními slovy. Nejčastěji uváděli, že by ke zlepšení péče o umírající klienty přispělo více „soukromí“ (45%). 14% respondentů jako vhodné ke zlepšení uvedlo „prostory pro umírajícího klienta“, což také úzce souvisí s potřebou většího soukromí. Zmiňovali jako důležité, aby se v prostorách lůžkových částí nemocnice nacházely pietní místnosti, kde by mohli příbuzní se zemřelým strávit poslední společné chvíle nikým nerušení.

Dále respondenti uváděli jako důležitou komunikaci s příbuzným, ošetřujícím lékařem (9%) a přítomnost psychologa nebo spirituální služby dle náboženského vyznání klienta (7%). Pod položkou „lepší informovanost“ (6%) uváděli respondenti např. informovanost příbuzných o tom, co bude následovat potom, až jejich příbuzný zemře a co vše je potřeba zařídit (pohřební služby). Zastoupení měly také pojmy jako „důstojnost, empatie“, „respektování přání klienta“ a „analgetická terapie“.

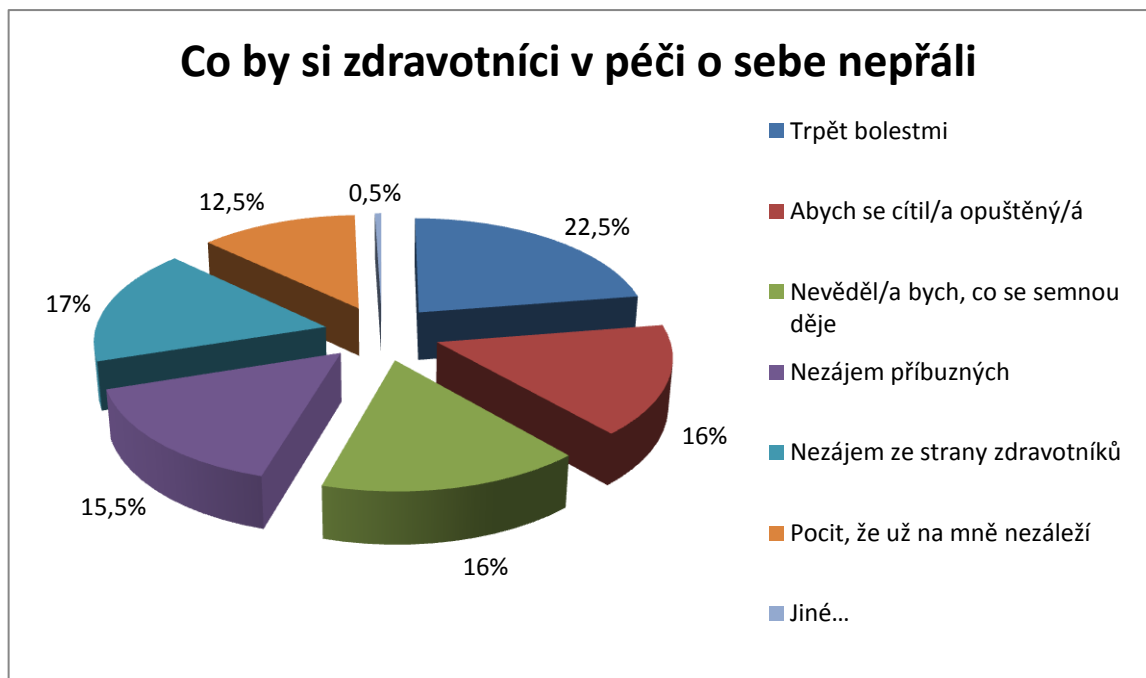
Otázka č. 21: Kdybyste se Vy nebo Váš blízký ocitli v situaci, kde by došlo k ohrožení života, co byste nejvíce vyžadovali od ošetřujícího personálu? (možno zaškrtnout více odpovědí)



Graf 9: Struktura četností názorů respondentů

Kdyby se respondenti ocitli v situaci ohrožující jejich život, jako nejčastější potřebu uváděli „netrpět bolestí“ (18%). Potom to byl „dostatek pravdivých informací o jejich zdravotním stavu“ a „vstřícnost ze strany zdravotníků“ (17%). Jako nejméně uváděnou odpovědí byla „přítomnost psychologa, duchovního“ (7%).

Otázka č. 22: A co byste si naopak nepřáli?



Graf 10: Struktura četností názorů respondentů

Nejvíce ze všeho by si respondenti nepřáli „trpět bolestmi“ (22,5%). „Nezájem ze strany zdravotníků“ uvedlo 17%. Na stejné úrovni byly položky, aby se „cítili opuštění“, „nevěděli by, co se s nimi děje“ a „nezájem příbuzných“ (16%). K položce „jiné“ respondenti uvedli, že by si nepřáli hlučné prostředí a pocit, že jsou jen kus těla.

5.2 Vyhodnocení výzkumných hypotéz

Pro stanovení hypotéz jsme si zvolili jako proměnné délku praxe a problém v komunikaci s umírajícím klientem, které byly zachyceny v dotazníkovém šetření. Pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát jsme ověřovali závislost mezi těmito dvěma proměnnými. Ověřovali jsme pravdivost nulové hypotézy.

H1₀ Mezi délkou praxe a zvládnutím komunikace s umírajícími klienty u středního zdravotnického personálu neexistuje statisticky významná závislost

Výsledky dotazníkového šetření jsme nejprve zapsali do kontingenční tabulky. Údaje v tabulce jsou pozorované četnosti (P), v závorkách jsou očekávané četnosti (O).

Tabulka 13: Kontingenční tabulka

	Méně než 2 roky	2-5 let	6-10 let	11-15 let	Více než 15 let	Celkem
Ano	4 (4,3)	9 (6)	8 (7)	6 (6)	7 (10,7)	34
Ne	9 (8,7)	9 (12)	13 (14)	12 (12)	25 (21,3)	68
Celkem	13	18	21	18	32	102

Testové kritérium χ^2 jsme vypočítali jako součet všech hodnot pro všechna pole kontingenční tabulky.

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O}$$

$$\chi^2 = 4,414$$

Pro posouzení vypočítané hodnoty testového kritéria jsme si dále určili počet stupňů volnosti kontingenční tabulky.

$$f = (2-1) \cdot (5-1) = 4$$

Hladinu významnosti jsme si stanovili 0,05, což znamená 5% neoprávněnost přijetí nulové hypotézy. Pro vypočítaný počet stupňů volnosti a zvolenou hladinu významnosti jsme ve statistických tabulkách našli kritickou hodnotu testového kritéria.

$$\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$$

Jelikož je vypočítaná hodnota testového kritéria nižší než zvolená hladina významnosti, **odmítáme nulovou hypotézu** a přijímáme alternativní hypotézu:

H1_A Mezi délkou praxe a zvládním komunikace s umírajícími klienty u středního zdravotnického personálu existuje statisticky významná závislost.

6 SHRUTÍ VÝZKUMU

Hlavním cílem kvantitativního výzkumu bylo zjistit, jak vnímá střední zdravotnický personál nemocničního zařízení etiku umírání, což jsme realizovali pomocí dotazníkového šetření. Převážná většina dotazovaných (81%) se ve své praxi setkává se smrtí a umíráním a celkem 89% je s péčí o umírající klienty v nemocnici spokojených, což je velmi pozitivní výsledek. Pokud byli nespokojeni, tak jako nejčastější nedostatek uváděli respondenti nedostatek soukromí a nedostatečnou empatii ze strany zdravotníků. S nedůstojným zacházením s umírajícím klientem se setkala 32% dotazovaných, což je z etického hlediska ošetrovatelské péče velmi alarmující.

Nejčastěji respondenti uváděli situaci nedůstojného zacházení zřízence patologie s tělem zemřelého. Dále to bylo zachraňování „za každou cenu“ a nedůstojné prodlužování života. Z výzkumu vyplynulo, že zhruba 11% dotazovaných je s péčí nespokojených, ale dále 32% zmiňovalo nedůstojné zacházení s umírajícím klientem, což je dosti rozporuplný údaj. Lze to vysvětlit tím, že s péčí o umírající klienty bylo nespokojeno více než 11% respondentů, ale ne každý to dokáže vyjádřit, nebo přiznat. Určitou úlohu zde mohla sehrát i časová tíseň při vyplňování dotazníku. Toto zjištění by mohlo být předmětem dalšího zkoumání. Z výzkumu je zřejmé, že se zdravotníci zajímají o důstojné podmínky klientů v nemocnici a není jim lhostejná jejich situace. Jsou citliví k zásadám etiky v umírání.

Zjistili jsme, že pro 67% dotazovaných není komunikace s umírajícím klientem problematická. Zbýlých 33% uvádělo jako největší problém v komunikaci lítost s klientem, potom to bylo navázání kontaktu a vcítění se do pocitů klienta. V komunikaci s příbuznými (40%) uvedli respondenti nejčastěji jako největší problém vcítění se do situace příbuzných, strach z reakcí příbuzných a lítost. Tady by bylo nasnadě doporučení pro pedagogické pracovníky a vzdělávací instituce. Bylo by vhodné daleko více zařadit do výuky komunikační dovednosti, praktická cvičení a různé semináře na toto téma, protože zjištěný údaj je dost překvapivý a pro péči o umírající klienty také alarmující. Kvůli problematické komunikaci zdravotnického personálu by snadno mohlo dojít ke zhoršení péče o umírajícího klienta a jeho rodinu.

Na otázku, zda se cítí být respondenti dobře připraveni studiem na práci s umírajícími, odpovědělo celých 65%, že ne. Považujeme za významnou informaci pro oblast dalšího vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků i to, že 71% respondentů by uvítalo

možnost ve vzdělávání. Jako doporučení pro praxi by v tomto případě byla vhodná například akreditace studijního programu thanatologie nebo paliativní péče.

Podle středního zdravotnického personálu by se mělo zlepšit v nemocnici hlavně respektování soukromí a s tím související prostory pro umírající klienty, kde by mohli mít více klidu pro sebe a svoji rodinu. Vnímají, že by se měla zlepšit komunikace s příbuznými, aby došlo k lepší péči o umírajícího klienta. Na otázku, co by sami v obdobné situaci vyžadovali, nejčastěji uváděli netrpět bolestí. Ocenili by také dostatek pravdivých informací o svém zdravotním stavu a větší vstřícnost a ochotu ze strany ošetřujícího zdravotnického personálu. Je to pravděpodobně to, co sami osobně vnímají v péči o umírajícího klienta jako nedostatečné.

Pomocí statistických údajů jsme si ověřili, že existuje významná souvislost mezi délkou praxe a komunikačními dovednostmi. Potvrdili jsme si, že střední zdravotnický personál získává s delší praxí lepší komunikační schopnosti při péči o umírajícího klienta.

Pro praktické využití výzkumu a jako doporučení, bychom mohli uvést zařazení více předmětů s tematikou komunikace s pacientem a příbuznými do vzdělávacích programů pro všeobecné sestry. Byly by také vhodné vzdělávací kurzy nebo praktické semináře na téma řešení problémových situací v komunikaci, nebo například etické aspekty a bariéry v péči o umírající klienty. K zamyšlení je i zavedení krizových intervencí pro střední zdravotnický personál, který pečuje o umírající klienty v nemocnicích. Supervize by mohly pomoci k lepšímu pochopení situací, sebereflexi, vyjádření emocí a předejít situacím, které zdravotníci vnímají jako problémové.

Jelikož jsme zjistili, že by měli zdravotníci zájem o další vzdělávání v oblasti thanatologie, mohla by tato informace být podnětná pro vzdělávací organizace při pořádání různých školících akcí, seminářů a kongresů, ale také například pro zaměstnavatele.

ZÁVĚR

V teoretické části práce jsme vymezili pojmy týkající se umírání. Definovali jsme thanatologii, smrt, etiku a komunikaci. Rozvedli jsme péči o umírajícího klienta v nemocnici a kompetence ošetřujícího personálu. Důležitou součástí práce je také péče a komunikace s rodinou pacienta, která je zde též zmiňována. Etický rozměr je uváděn v souvislosti se sdělením pravdy, týkající se zdravotního stavu klienta. Jsou uvedeny také pojmy, jako je euthanasie, asistované suicidium a dříve vyslovené přání, které se týkají ukončení života na vlastní žádost klienta trpícího vážným onemocněním.

V části týkající se středního zdravotnického personálu jsou popsány zákonem požadované povinnosti zahrnující způsobilost a vzdělání pro výkon nelékařského zdravotnického povolání. Jako stěžejní v zajištění kvalitní péče o umírajícího klienta jsou vymezeny komunikační dovednosti.

Empirická část bakalářské práce zjišťuje pohled středního zdravotnického personálu na etické přístupy k umírajícím klientům a jejich příbuzným. Zabývá se hlavně problémy v komunikaci a potřebou dalšího vzdělávání zdravotníků. Cílem bylo také zjistit nedostatky v péči o umírající pacienty, názory zdravotníků na zlepšení péče a také co by v takové situaci sami zdravotníci vyžadovali.

Efektivní komunikace je směr etického přístupu k pacientovi. Pokud dokážeme s pacientem mluvit a zjistit, co ho trápí, co by potřeboval vyřešit a jsme otevření jeho potřebám, můžeme zajistit jeho důstojnost a spokojenost. Díky tomu i my máme pocit uspokojení z dobře vykonané práce, a že vše bylo v souladu s etickými normami. Důležitá je také empatie – vcítění se do pacienta. Pochopení, co prožívá, může být účinnou cestou jak mu pomoci. Zvládání emocí spojených s umíráním je také důležité pro další práci a doprovázení umírajících klientů.

Tím, že dokážeme dobře komunikovat i mezi sebou v pracovním kolektivu, k čemuž mohou přispět komunikační dovednosti, přispějeme k lepší péči o umírajícího klienta. S pocitem uspokojení z toho, že jsme mohli, co možná nejvíce zpříjemnit poslední chvíle klientova života, být mu např. nablízku, nebo vyhovět jeho přáním, můžeme pociťovat, že má naše práce smysl, k čemuž může přispět i další vzdělávání zdravotníků na téma thanatologie a umírání.

Přístup ke klientovi, komunikace s ním – projev lidskosti vůči utrpení druhého, projev jistého společenského citění s člověkem, etické normy nastavené ve společnosti a projevené v chování, to jsou hlavní atributy pomáhajících profesí nejen ve zdravotnictví, ale i v sociální sféře.

Téma etiky umírání je stále více aktuální. Díky technickému pokroku ve vědě a medicíně, která chce být člověku prospěšná nacházením nových léčebných metod na nejrůznější nemoci, by se mohlo zdát, že zapomínáme nebo lépe řečeno chceme zapomenout na to, že jsme smrtelní a každý z nás je tu jen „na chvíli“.

Všichni ale jednou budeme potřebovat péči a starostlivost někoho blízkého až budeme odcházet z tohoto světa. Velká pravděpodobnost je, že to bude právě zdravotnický personál, který nás bude doprovázet na naší poslední cestě, proto nás téma etiky umírání tak zajímalo a bylo předmětem této bakalářské práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BERAN, Jiří, 1997. *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-7184-390-3.
- [2] ELIAS, Norbert, 1998. *O osamělosti umírajících*. Přeložila Alena BLÁHOVÁ. Praha. Nakladatelství Franze Kafky. 72 s. ISBN 80-85844-39-7.
- [3] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.
- [4] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [5] JAROŠOVÁ, Darja a Radka RŮŽIČKOVÁ, 2001. *Umírání z pohledu sestry*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, Zdravotně sociální fakulta. 21 s. ISBN 80-7042-325-0.
- [6] KOŘENEK, Josef, 2004. *Lékařská etika*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-538-8.
- [7] KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth, 1994. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Trutnov: Arica. ISBN 80-85878-12-7.
- [8] KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth, 2012. *Světlo na konci tunelu*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Brno: Jota. 262 s. ISBN 978-80-7462-145-1.
- [9] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
- [10] MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, a. s. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
- [11] MURRAY PARKES, Colin, Marilyn RELF a Ann COULDRICK, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Přeložil Pavel PŠEJA. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 183 s. ISBN 978-80-87029-23-7.
- [12] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče – Pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- [13] SOKOL, Jan a Zdeněk PINC, 2003. *Antropologie a etika*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-372-5.
- [14] ROTTER, Hans, 1999. *Důstojnost lidského života*. Přeložil Marek SKOVAJSA. Praha: Vyšehrad. 112 s. ISBN 80-7021-302-7.

- [15] THOMASMA, David C. a Thomasine KUSHNEROVÁ, 2000. *Od narození do smrti*. Přeložila Lucie MOTLOVÁ. Praha: Mladá fronta. 392 s. ISBN 80-204-0883-5.
- [16] VÉVODA, Jiří, a kolektiv, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada publishing, a. s. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
- [17] VIRT, Günter, 2000. *Žít až do konce*. Přeložily Dagmar POHUNKOVÁ a Theodora STARNOVSKÁ. Praha: Vyšehrad. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.
- [18] VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2005. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-058-5.

Elektronické zdroje:

- [19] Hospice v Čechách a na Slovensku: Slovníček pojmů [on line]. *Hospice v Čechách a na Slovensku* © 1999-2000 [cit. 2014-02-02]. Dostupné z: <http://www.hospice.sk/slovnicek.htm>
- [20] Sociologický ústav AV ČR: Jaké povolání Češi obdivují? [on line]. *Sociologický ústav Akademie Věd ČR, v. v. i.* © 2013 [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: <http://www.soc.cas.cz/aktualita/jake-povolani-cesi-obdivuji-vysledky-vyzkumu-prestiz-povolani-2013#.UzFoKixOVMs>
- [21] Zákony pro lidi: Předpis č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotnických službách [on line]. *Zákony pro lidi* © 2010-2014 [cit. 2014-02-08]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- [22] Zákony pro lidi: Předpis č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [on line]. *Zákony pro lidi* © 2010-2014 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- [23] Umírání: Charta práv umírajících [on line]. *Umírání* © 2014 [cit. 2014-04-04]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>
- [24] Česká televize: Hledání dobré smrti [on line]. *Česká televize* © 2007 [cit. 2014-04-04]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10099253860-hledani-dobre-smrti/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DNR do not resuscitate

Kol. kolektiv

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

Např. například

Tzv. tak zvaná

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Zastoupení žen a mužů v dotazníkovém šetření.....	33
Graf 2: Struktura nedostatků v péči o umírajícího klienta.....	36
Graf 3: Znázornění odpovědí nedůstojného zacházení s umírajícím klientem.....	38
Graf 4: Struktura četností důvodů nepřítomnosti rodiny u klienta	39
Graf 5: Struktura četností problému v komunikaci s klientem.....	41
Graf 6: Četnost problémů v komunikaci s příbuznými klienta.....	42
Graf 7: Spokojenost respondentů s péčí o umírající klienty.....	44
Graf 8: Názor respondentů na zlepšení péče o umírající klienty	45
Graf 9: Struktura četností názorů respondentů	46
Graf 10: Struktura četností názorů respondentů	47

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věkové zastoupení respondentů	34
Tabulka 2: Délka praxe ve zdravotnickém zařízení.....	34
Tabulka 3: Struktura vzdělání respondentů	35
Tabulka 4: Četnost setkávání respondentů s umírajícím klientem	35
Tabulka 5: Struktura četnosti respondentů spokojenosti s péčí	36
Tabulka 6: Struktura četností nedůstojného zacházení s umírajícím klientem.....	37
Tabulka 7: Struktura četností odpovědí respondentů	39
Tabulka 8: Struktura četností odpovědí respondentů	40
Tabulka 9: Struktura četností odpovědí respondentů	40
Tabulka 10: Struktura četností problematiky komunikace respondentů	41
Tabulka 11: Struktura četností pocitu připravenosti na povolání	43
Tabulka 12: Struktura četností zájmu o další vzdělávání	43
Tabulka 13: Kontingenční tabulka.....	48

SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Do rukou se Vám dostal dotazník výzkumného šetření bakalářské práce na téma *Etika umírání z pohledu středního zdravotnického personálu nemocničního zařízení*.

Ráda bych Vás požádala o jeho vyplnění. Dotazník je anonymní. Pokud není uvedeno jinak, vyberte jen jednu odpověď. Předem děkuji za Váš čas a ochotu při spolupráci.

Simona Malaníková
studentka 3. ročníku FHS UTB ve Zlíně
obor Sociální pedagogika

1. pohlaví:
 - muž
 - žena
2. věk:
 - méně než 26
 - 26 – 35
 - 36 – 45
 - více než 45
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
 - méně než 2 roky
 - 2 – 5 let
 - 6 – 10 let
 - 11 – 15 let
 - více než 15 let
4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
 - středoškolské
 - vyšší odborné
 - vysokoškolské
5. Setkáváte se často (více než jednou za měsíc) v zaměstnání s umírajícím klientem?
 - ano
 - ne
6. Měl podle Vás takový člověk náležitou péči (dle standardu příslušného onemocnění) ze strany zdravotníků?
 - ano
 - ne
 - nevím

7. Pokud jste odpověděli **ano**, pokračujte otázkou č. 8. Pokud jste odpověděli **ne**, v jaké oblasti péče podle Vás byly nedostatky?
- nedostatečná empatie ze strany ošetrovatelského nelékařského personálu
 - nedostatečný zájem ze strany lékařů
 - nedostatečné tišení bolesti
 - nedostatek soukromí
 - nedostatečná komunikace s příbuznými
 - jiné, napište jaké.....
8. Setkali jste se někdy se situací podle Vás nedůstojného zacházení s umírajícím klientem?
- ano
 - ne
9. Pokud jste odpověděli **ne**, pokračujte otázkou č. 10. Pokud jste odpověděli **ano**, můžete situaci popsat?
-
-
-
10. Měla rodina možnost být s umírajícím až do konce?
- ano
 - ne
11. Pokud jste odpověděli **ano**, pokračujte otázkou č. 12. Pokud **ne**, jaký byl důvod?
- rodina nestihla přijet včas
 - rodina neměla zájem o rozloučení
 - rodina nevěděla, že jejich příbuzný umírá
 - nedostatečný prostor kvůli ošetrovatelským výkonům
 - nezájem ze strany zdravotníků
 - lékařský zákaz
 - jiný důvod, napište jaký.....
12. Jsou prostory Vašeho pracoviště přizpůsobeny pro umírající klienty?
- ano
 - ne
13. Je pro Vás komunikace s umírajícím problematická?
- ano
 - ne
14. Pokud jste odpověděli **ne**, pokračujte otázkou č. 15. Pokud jste odpověděli **ano**, co Vám dělá největší problém?
- navázání kontaktu s klientem
 - vcítit se do pocitů nemocného
 - strach
 - lítost
 - jiné.....

15. Je pro Vás komunikace s příbuznými umírajícího klienta problematická?

- ano
- ne

16. Pokud jste odpověděli **ne**, pokračujte otázkou č. 17. pokud jste odpověděli **ano**, co Vám dělá největší problém?

.....

.....

17. Myslíte si, že Vás studium dobře připravilo na péči o umírající klienty?

- ano
- ne
- nevím

18. Uvítali byste možnost dalšího vzdělávání na téma péče o umírající a jejich blízké?

- ano
- ne

19. Domníváte se, že současná situace v péči o umírající klienty a jejich příbuzné v našich nemocnicích je uspokojivá? (svůj názor vyznačte na škálové stupnici)

absolutně neuspokojivá	1	2	3	4	naprosto uspokojivá
---------------------------	---	---	---	---	------------------------

20. Co byste zlepšili v péči o umírající klienty a jejich blízké?

.....

.....

.....

21. Kdybyste se Vy nebo Váš blízký ocitli v situaci, kde by došlo k ohrožení života, co byste nejvíce vyžadovali od ošetřujícího personálu? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- dostatek pravdivých informací o zdravotním stavu
- prostor na otázky
- více soukromí (např. jednolůžkovou místnost)
- přítomnost psychologa, duchovního
- netrpět bolestí
- vstřícnost ze strany zdravotníků
- vstřícnost ze strany lékařů

22. A co byste si naopak nepřáli?

- trpět bolestmi
- abych se cítil/a opuštěný/á
- nevěděl/a bych, co se se mnou děje
- nezájem příbuzných
- nezájem ze strany zdravotníků
- pocit, že už na mně nezáleží
- jiné