

POSTOJ SESTIER K PROBLEMATIKE UMIERANIA, SMRTI A EUTANÁZIE

Ondriová, I., Fertalová, T., Slaninková, J.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníctva, Prešovská univerzita v Prešove

Súhrn

Príspevok analyzuje psychologické a etické problémy umierania, smrti, eutanázie a postoje sestier k problematike umierania, smrti a eutanázie.

Kľúčové slová: Eutanázia. Smrť. Infaustná prognóza.

Abstract

Presented contribution analyzes significant psychological and ethical problem of the dying, death and euthanasia and nurses' s attitudes to issue of dying, death and euthanasia.

Key words: Euthanasia. Death. Infaustnic prognosis.

Eutanázia ako etický problém

Smrť je neodvratným koncom života každého z nás, je vpísaná do každého zrodenia, je najpredvídateľnejšou oblasťou nášho života, okolnosťou, ktorej istota je stopercentná.

Každý človek má právo nielen na dôstojný život, ale aj na dôstojnú smrť, preto je nevyhnutné, aby všetci, ktorí pracujú s chorými ľuďmi, venovali týmto otázkam viac pozornosti. Tiež je veľmi dôležité, aby ošetrojúci personál poznal nielen práva pacienta, ale aj práva umierajúcich a prispôbil ich individuálnym osobitostiam každého pacienta

Mimoriadne vážnym problémom umierania a smrti je eutanázia. Na rozdiel od dnešného chápania znamenal kedysi termín všestrannú pomoc umierajúcemu človeku, ktorá bola zameraná na zmiernenie telesných bolestí a duševných úzkostí. (1,3)

Rozoznávame niekoľko druhov eutanázie: priamu, nepriamu, dobrovoľnú (bez vedomia pacienta), násilnú (proti vôli pacienta), aktívnu, pasívnu a sociálnu.

O aktívnej eutanázii hovoríme vtedy, ak zdravotnícky pracovník koná tak, aby spôsobil pacientovu smrť, napr. podanie smrtiacej injekcie.

O pasívnej eutanázii hovoríme vtedy, ak zdravotnícky pracovník neposkytne pacientovi potrebnú starostlivosť. Pri pasívnej a aktívnej eutanázii je potrebné rozlišovať umelé predlžovanie života pacienta, napr. uchovanie pacienta niekoľko týždňov na prístrojoch zabezpečujúcich základné životné funkcie, hoci podľa názoru viacerých lekárov- špecialistov je zrejme, že pacient zomrie. (6)

Je nevyhnutné spomenúť aj nedobrovoľnú aktívnu eutanáziu, ktorá je zámerným (úmyselným) podaním lieku, vedúcim k usmrteniu pacienta pri jeho nekompetentnosti, napr. ak je pacient v kóme.

Nepriamou eutanáziou sa myslí podanie lieku na zmiernenie bolesti, so známymi ojedinelými dôsledkami v podobe útlmu dýchacieho centra vedúceho až k smrti.

Najpodstatnejším v súvislosti s eutanáziou sa z tohto hľadiska javí vzťah pojmov eutanázia a účasti na samovražde. Ide o pojmy ako asistencia lekára pri smrti, ktoré poukazuje na konanie lekára, ktorým tento sám pacienta usmrť a asistencia lekára pri suicíciu (asistovaná samovražda lekárom), ktorá označuje situáciu, keď sa pacient usmrť sám a lekár mu poskytne lieky, alebo jedy, či iný návod, ako to urobiť. (5)

Legalizácia eutanázie je eticky neprípustná, pretože môže negatívne ovplyvniť morálnu zložku osobnosti zdravotníka. Pri svetonázorovej pluralite ostáva ľudská dôstojnosť hlavným dôvodom odmietania legalizácie eutanázie. (3)

Problematika umierania a smrti

Človek, ktorý ochorie na akúkoľvek nevyliciteľnú chorobu, upadne vnútorne do stavu neistoty, strachu a úzkosti. Už len podozrenie na vážne a mnohokrát aj lekármi hneď na začiatku označované za nevyliciteľné ochorenie, má traumatizujúci vplyv na duševný stav chorého. Intenzita tejto traumy môže byť rôzna a osobitne u vážne onkologicky chorého sa tak vystupňuje. Lekár má pred sebou osobnosť pacienta s bohatou i vážnou psychologickou symptomatológiou. (1)

V tomto smere zohráva dôležitú úlohu prístup aj takt zdravotníckeho personálu k chorému. Ten sa často dostáva do situácie, keď chorý opakovane kladie otázky týkajúce sa predovšetkým vážnosti a prognózy ochorenia v zmysle uzdravenia. Lekár má problém, či pacienta o jeho ochorení informovať alebo neinformovať, prípadne akým spôsobom ho informovať. V mnohých európskych krajinách sa zachováva zásada nehovoriť pacientovi s nevyliciteľnou chorobou alebo onkologickou chorobou pravdu o jeho zdravotnom stave. V posledných rokoch boli vykonané mnohé dotazníkové štúdie, v ktorých sa autori snažili zistiť, či by si občania v takomto prípade želali vedieť pravdu a vedeli by ju aj prijať. (7)

V jednotlivých krajinách sú výsledky markantne rozdielne. Napríklad vo Francúzsku až 72% občanov, v USA 42%. U nás by uprednostnilo pravdivú informáciu len 35% mužov a 27% žien. Podľa týchto výsledkov sa nedá prejsť ku novej schéme, ani si robiť ilúzie, že sa nejaká nová univerzálna schéma nájde. Zdravotnícky pracovník musí ku každému pacientovi pristupovať osobitne, získať si jeho dôveru, šetrne sa pokúsiť o spoločenský dialóg, v ktorom si overí duševné kvality pacienta, zhodnotí jeho reaktivitu, obranné schopnosti a mechanizmy, získa aj obraz o jeho sociálnom a rodinnom zázemí. Nie je však správne ani etické informácie o ochorení zámerne zľahčovať a pacienta podvádzaf. Je nevyhnutné pochopiť, že vážne chorý človek (príp. človek s onkologickou chorobou) je postihnutý v troch rovinách: somatickej, psychickej a sociálnej. Zo všetkých týchto hľadísk si pacientov stav vyžaduje zvýšenú pozornosť, lebo je to ako pri spojených nádobách - väčší výkyv v ktorejkoľvek rovine sa určitým špecifickým spôsobom odrazí aj v ostatných rovinách. Práve holistický prístup je v tejto situácii veľmi prepotrebný. (5)

Každý zdravotnícky pracovník, prichádzajúci do styku s umierajúcim pacientom, by si mal uvedomiť, že pre-

žívanie umierania ako "procesu" je u každého rozdielne. Je potrebné poznať jednotlivé psychické fázy umierania na lepšie priblíženie sa k takému pacientovi. Kübler-Rossová (1994) rozlišuje päť fáz, ktorými prechádza umierajúci následovne:

1. fáza - šok - chorý sa správa impulzívne, odmieta prijať pravdu, izoluje sa, nechce komunikovať.
2. fáza - hnev - začína sa vyrovnávať so svojim osudom, pravdou, ale navonok je odmietavý a útočný.
3. fáza - tápanie - dochádza k výraznému tápaniu umierajúceho, ale popritom sa zaujíma o liečebné postupy, pýta sa.
4. fáza - depresia, zúfalstvo - je veľmi dôležité, ako sa umierajúci cíti telesne. Depresívna nálada, kedy si pacient uvedomuje, že musí odísť, často vedie k žiadosti aktívnej eutanázie.
5. fáza - zmierenie - toto obdobie neprečkajú všetci umierajúci a je nesprávne, keď sestra núti k zmiereniu sa so smrťou. (3,4)

Denný kontakt ošetrojúceho personálu s vážne chorým pacientom kladie značné nároky na odborné vedomosti, liečebnú stratégiu, takt, etiku a čas.

Práve tu sa naskytá široká škála pôsobenia zdravotníckych pracovníkov, ošetrovateľov, členov rodiny aj celého spoločenstva, aby v prípade beznádeje, úzkosti a celkového vyčerpania organizmu každý jeden človek mohol dostať kvalitatívne vysoko odbornú ľudskú starostlivosť.

Paliatívna starostlivosť

Paliatívna medicína alebo útešná medicína poskytuje aktívnu všestrannú starostlivosť o chorého, ktorého choroba je závažná a nereagujúca na klasickú liečbu. Cieľom je kvalita života chorého zabezpečovaná nielen liečením bolesti a iných príznakov, ale aj pomocou riešenia sociálnych, psychologických a duchovných problémov. Paliatívna medicína rešpektuje umieranie ako normálny proces, ktorý neurýchľuje, ani nepredlžuje. (4)

Empirická časť

Naším cieľom bolo zistiť postoj sestier k otázke umierania, smrti a eutanázie pracujúcich v niekoľkých vybraných geriatrických interných a chirurgických oddeleniach Prešovského samosprávneho kraja.

Prieskum sme realizovali formou dotazníka. Počet respondentov bol 70, vo veku od 24 do 55 rokov. Sestry, ktoré sa prieskumu zúčastnili, mali ukončené bakalárske vzdelanie.

1. Stretávate sa často vo svojej praxi s umierajúcim pacientom?

Pri analýze tejto otázky väčšina respondentiek (76%) odpovedala, že sa stretávajú vo svojej ošetrovateľskej praxi s umierajúcimi veľmi často, 24% opýtaných odpovedalo na otázku odpoveďou často. Možno konštatovať, že sestry túto problematiku z praxe poznajú veľmi dobre.

2. Myslíte si, že umieranie v nemocnici je dôstojné a ľudské?

Rozborom tejto psychologicky a eticky mimoriadne náročnej problematiky sme zistili, že sestry len v minimálnom percente (14%) považujú umieranie v nemocnici za dôstojné. Ďalších 25% konštatovalo, že skôr nie. Až 61% respondentiek sa domnieva, že umieranie v nemocnici rozhodne za dôstojné nepovažujú. Chceli sme vedieť dôvody tejto nelichotivej situácie. Tie sa týkali z pohľadu sestier ich prílišnej zaneprázdnenosti, čo vedie často z ich pohľadu k nutnej rutine (aj nechcenej), čo vnútorne prežívajú ťažko.

3. Uvedte, čo chápete pod pojmom dôstojná smrť

Analýzou odpovedí v tejto otázke sme našli viacero odpovedí, no spoločným menovateľom bola skutočnosť, že pod dôstojným umieraním si väčšina respondentiek predstavuje mať dostatok času na chorého, splniť mu veci v pohode, klude, dopriať mu prítomnosť príbuzných, vytvoriť atmosféru bez stresu.

4. Ktoré z uvedených vlastností sestry pokladáte za najdôležitejšie pri starostlivosti o ťažko chorých a umierajúcich?

- a) súcitiť, empatia
- b) trpezlivosť
- c) úcta k chorému
- d) duševná vyrovnanosť sestry
- e) láskavosť, záujem
- f) úprimnosť, pravdivosť
- g) odbornosť.

Zo spektra ponúkaných možností si mohli sestry vybrať tie vlastnosti, ktoré pokladajú za najdôležitejšie pre prácu sestry v kontakte s umierajúcim. Sestry sa zhodli v tom, že všetky tieto vlastnosti sú nevyhnutne dôležité pri kontakte s chorými v terminálnom štádiu ochorenia. Prioritne uvádzali pravdivosť, úprimnosť, duševnú vyrovnanosť sestry a obrovskú mieru trpezlivosti.

5. Súhlasíte so zavedením eutanázie u nás?

Otázka eutanázie predstavuje mimoriadne závažný a často diskutovaný etický problém.

Vyjadrenia sestier boli nejednoznačné, väčšina opýtaných (73%) sa k otázke vyjadrilo negatívne odpoveďou rozhodne nie, 12% opýtaných konštatovalo, že v individuálnych prípadoch by s ňou súhlasili, pretože vidia v nemocnici priveľa utrpenia. 15% opýtaných sa k problematike vyjadrilo vyhýbavo a uviedlo odpoveď neviem. Tieto rozporuplné informácie získané od sestier sú dôvodom na zamyslenie sa v otázke posilňovania úcty k životu v problematike etiky a psychológie.

6. Aký je Váš názor na informovanie ťažko chorých a umierajúcich o diagnóze a prognóze ochorenia?

Rozporuplný problém informovania ťažko chorého o diagnóze a prognóze ochorenia sa prejavil aj v odpovediach sestier. Až 65% respondentiek sa prikláňalo k názoru, že pacient má byť pravdivo úplne informovaný o svojom zdravotnom stave a prognóze ochorenia a to aj v prípade nepriaznivej prognózy. V 35% sa sestry pri-

kláňali k milosrdnej ľži, pretože podľa ich názoru nie každý pacient je pripravený túto nepriaznivú prognózu akceptovať.

7. Poznáte práva umierajúcich?

V otázke mapujúcej poznanie práv umierajúcich 45% respondentiek konštatovalo, že práva umierajúcich pozná, v 23% sme zaznamenali odpoveď skôr nie, ako áno a 23% opýtaných konštatovalo, že práva umierajúcich nepozná. Uvedené skutočnosti vedú k zamysleniu sa nad veľmi nízkou dotáciou výuky etiky v príprave budúcich sestier.

8. Uved'te Vaše návrhy k zlepšeniu situácie v problematike umierania.

Z viacerých návrhov uvedených sestrami vyberáme: sestry odporúčajú posilniť problematiku umierania, smrti a eutanázie v príprave na budúce povolanie u sestier. Odporúčajú možnosť vybrať si niektoré z menej náročných oddelení po 5 či 10 rokoch. Zlepšiť personálne a materiálne podmienky na jednotlivých oddeleniach.

Odporúčania pre klinickú prax

Na základe výsledkov nami realizovaného prieskumu sme dospeli k týmto odporúčaniam pre klinickú prax:

- klásť väčší dôraz na poznanie práv umierajúcich u sestier a zdôrazňovať ich rešpektovanie v klinickej praxi,
- zabezpečiť podmienky pre možnosť prítomnosti príbuzných u ťažko chorých a umierajúcich,
- tlmíť bolesť, strach, úzkosť, pocity neistoty a beznádeje

u ťažko chorých,

- posilniť paliatívnu starostlivosť
- zvýšiť odbornú prípravu sestier v otázkach umierania, smrti, eutanázie,
- organizovať kurzy a semináre pre sestry so zameraním na paliatívnu starostlivosť,
- neustále skvalitňovať podmienky pre dôstojné zomieranie v nemocnici.

Literatúra

1. BLUMENTHAL - BARBY, K. a kol. *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich* 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1988, 178s.
2. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995, 236 s.
3. KÚBLER-ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1994. 235 s.
4. PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. 168 s.
5. ŠOLTÉS, L. a kol. *Ošetrovateľská etika* 1.vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1998, 183 s.
6. SMOLEŇOVÁ, L., HERIANOVÁ, A. Špecifické postavenie etiky v ošetrovateľstve terminálne chorých. In: *Revue ošetrovateľstva a laboratórných metodík*, 1998, vol. 2, č. 2-3, s. 81-82
7. SKALIČANOVÁ, E. Postoje k umieraniu a k smrti. In: *Revue ošetrovateľstva a laboratórných metodík*, 1998, vol.2, č. 2-3, s. 87-88