ZOMIERANIE A KVALITA ZABEZPEČOVANIA POTRIEB ZOMIERAJÚCICH

Dying and quality of providing needs of dying people

Mária Homolová

11: 320–327, 2009

ISSN 1212-4117

Univerzita Komenského v Bratislave, Rímskokatolícka cyrilometodská bohoslovecká fakulta

Summary

The human being does not lose his/her dignity in the process of dying. The hospice movement attempts to provide the humanization of the dying process. The ambition of the state healthcare system should be providing the quality and appropriately affordable care for dying people. Dying is a process, in which healthcare professionals and relatives of the dying person play their important roles. The quality of taking care of the dying person on the one hand affects accepting the fact of the approaching death and, on the other hand, reduces the emotional load to the relatives.

In the research, contemporary opinions concerning dying and quality of taking care of dying people in the present and future healthcare professionals were determined. The target of this was to determine opinions concerning the quality of care and fears and desires associated with dying. The research mapped opinions in two research groups based on a questionnaire compiled. The first research group were students of the second, third and fourth years of the branch nursing and public health and of the branch of medicine at the Jessenius Medical Faculty in Martin. The second research group were staff members of hospices and palliative institutions from the whole Slovakia.

The results of the research of opinions may be analyzed and interpreted in particular regions investigated:

- evaluation of taking care of dying people,
- fears and desires associated with dying.

Results of the evaluation of taking care of dying people indicate that the respondents consider the currently existing level of taking the health care of dying people as rather insufficient. More than half the respondents considered the level of information of the patient about his/her terminal stage as rather insufficient. A high level of satisfaction with the inhibition of pains in dying people is demonstrated. Half the respondents consider satisfaction of spiritual needs as good; the level of the interest of relatives in the patient at terminal stage is evaluated by respondents as rather good. The research supported a considerable difference in the evaluation of taking care of mental requirements compared to the attention paid to relatives among students and staff members in the palliative and hospice care. There is the most significant difference in the evaluation between students and staff members in the field of taking care of spiritual needs. Taking care of mental needs is negatively evaluated by students as well as staff members in the palliative and hospice care.

In the field of rights, fears and desires associated with dying, the results of the research support the fact that there is a significant desire of respondents to die at home. The respondents considered the fear of separation from their relatives and loneliness as the most important factor.

Key words: dignity – dying – quality of taking care – contemporary level of the health care – level of information – level of inhibiting pains – mental needs – spiritual needs – attention paid to relatives – fears – desires – home

Súhrn

Ľudská bytosť nestráca svoju dôstojnosť v procese umierania. Hospicové hnutie sa usiluje o humanizáciu umierania. Ambíciou zdravotnej starostlivosti štátu by malo byť zabezpečenie kvalitnej, primerane dostupnej starostlivosti pre umierajúcich. Umieranie je proces, v ktorom zohrávajú významnú úlohu zdravotnícki pracovníci a príbuzní umierajúceho. Poskytovaná kvalita starostlivosti

umierajúcemu ovplyvňuje jednak prijatie skutočnosti blížiacej sa smrti umierajúcim a jednak znižuje emočné zaťaženie príbuzných.

Výskumom boli zisťované súčasné názory o umieraní a o kvalite starostlivosti o umierajúcich u súčasných a u budúcich zdravotníckych pracovníkov. Cieľom bolo zistiť názory na kvalitu starostlivosti a obavy a prania spojené s umieraním. Výskum mapoval zostrojeným dotazníkom názory v dvoch výskumných skupinách. Prvou výskumnou skupinou boli študenti 2., 3. a 4. ročníka odboru ošetrovateľstvo a verejné zdravotníctvo a odboru medicíny na Jesseniovej lekárskej fakulte v Matrine. Druhou výskumnou skupinou boli pracovníci hospicových a paliatívnych zariadení z celého Slovenska.

Výsledky výskumu názorov je možné analyzovať a interpretovať v jednotlivých skúmaných oblastiach:

- hodnotenie starostlivosti o umierajúcich,
- obavy a prania spojené s umieraním.

V hodnotení starostlivosti o umierajúcich výsledky preukazujú, že respondenti hodnotia súčasnú úroveň zdravotníckej starostlivosti o umierajúcich ako skôr nedostatočnú. Viac ako polovica respondentov hodnotila úroveň informovanosti pacienta o jeho terminálnej fáze ako skôr nedostatočnú. Vysoká miera spokojnosti je preukázaná s tlmením bolesti u umierajúcich. Polovica respondentov hodnotí uspokojovanie spirituálnych potrieb ako dobré, úroveň pozornosti príbuzných terminálne chorého je hodnotená respondentmi ako skôr dobrá. Výskumom sa potvrdil významný rozdiel v hodnotení starostlivosti o psychické potreby a v hodnotení pozornosti venovanej príbuzným medzi študentmi a pracovníkmi v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Rozdiel v hodnotení medzi študentmi a pracovníkmi je najvýznamnejší v oblasti starostlivosti o spirituálne potreby. Starostlivosť o psychické potreby hodnotia študenti negatívnejšie ako pracovníci paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

V oblasti obáv a prání spojených s umieraním výsledky výskumu potvrdzujú, že významným práním respondentov je zomierať doma. Za najvýznamnejšiu označili respondenti obavu z odlúčenia od svojich blízkych a osamelosť.

Kľúčové slová: dôstojnosť – umieranie – kvalita starostlivosti – súčasná úroveň zdravotníckej starostlivosti – úroveň informovanosti – úroveň tlmenia bolesti – psychické potreby – spirituálne potreby – pozornosť venovaná príbuzným – obava – pranie – domov

ÚVOD

Súčasná medicína sa už nepozera na pacienta len cez jeho chorobu, ale pozerá na pacienta ako na celok, ako na celého chorého človeka. Toto chápanie vyplynulo z definície zdravia, ktorá okrem telesnej oblasti zahŕňa sociálnu, duševnú aj duchovnú oblasť. Chorý človek je „ľudská bytosť v dimenziách telesnej, duševnej, sociálnej, ale aj duchovnej“ (Šoltés, 2001, s. 96; Magyarová, 2009).

Kováč (2003), ktorý sa venuje osobnosti človeka i zomieraniu, dáva taktiež do popredia nevyhnutnosť celostného pohľadu na človeka, ktorý je bio-psycho-socio-kultúrne spirituálne bytie.

Človek v chorobe nestráca svoju dôstojnosť. I keď je v chorobe obmedzovaný vo svojej fyzickej a psychickej dimenzii, zostáva tým, „ktorý je schopný pohľadu hore, ponad seba,

ponad horizont priestoru a času, ponad každé ohraničenie“ (Mráz, 2000). Medicínska starostlivosť, aj keď je zameraná na potláčanie choroby ako zla, nesmie stratiť zo zreteľa pohľad na celosť človeka.

Humanizácia zomierania a hospice

Odborníci upozorňujú, že samotné prostredie nevytvára automaticky podmienky na starostlivosť o terminálne chorých. Podľa nich aj domov môže byť najlepšie, ale niekedy aj najhoršie miesto na umieranie. Dobříková, Porubčanová, (2005) upozorňujú, že mýtus o tom, že najlepšie je vždy umrieť doma, stráca opodstatnenie, ak nie je nablízku nik, kto by zabezpečil základnú starostlivosť a odstraňovanie obťažujúcich príznakov bolesti a utrpenia.

Jednou z možností je paliatívna starostlivosť, ktorá poskytuje chorému zabezpečenie

kvalitného života až do konca. V prípade kladnej spolupráce s príbuznými by sme z komplexného hľadiska samozrejme uprednostnili starostlivosť v domácom prostredí (mobilný hospic), pričom členovia hospicového tímu dochádzajú za pacientom (Dobříková, West, 2006). Ďalšou možnosťou je inštitucionálna paliatívna starostlivosť. Indikáciou prijatia na oddelenie paliatívnej starostlivosti a do hospicu je nepriaznivý zdravotný stav pacienta, ktorý vyžaduje kontrolu symptómov, progredujúceho nevyliciteľného ochorenia v preterminálnom alebo terminálnom štádiu. Konceptia zdravotnej starostlivosti z roku 2006 uviedla ako indikáciu prijatia pacienta aj perzistentný vegetatívny stav (po kraniocerebrálnom poranení, kardiopulmonálnej resuscitácii). Realizuje sa iba v prípade, ak túto starostlivosť nie je možné v plnom rozsahu zabezpečiť na iných oddeleniach alebo doma.

Ulohou paliatívnej starostlivosti je zlepšiť kvalitu života pacienta až do smrti, poskytnúť pacientovi úľavu od bolesti a iných závažných symptómov, zmierniť utrpenie pacienta a stabilizovať jeho zdravotný stav, neurýchľovať (eutanázia) ani neodďaľovať smrť (dystanázia), zabezpečiť pacientovi komplexnú liečbu a starostlivosť tímom zdravotníckych pracovníkov, integrovať psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta, poskytovať podporný systém, aby pacient mohol žiť čo najaktívnejšie až do smrti, poskytovať pomoc príbuzným, blízkym osobám pacienta na zvládnutie problémov počas jeho choroby a aj po jeho smrti. K vyššie uvedeným atribútom paliatívnej starostlivosti zaujíma podporné stanovisko i katolícka cirkev. Už Pius XII. v roku 1957 potvrdil, že je dovolené zmiernovať bolesť pomocou opiátov, hoci to v dôsledkoch vedie k obmedzeniu vedomia a skráteniu života, v tom prípade, ak iné prostriedky neexistujú a ak to v daných okolnostiach neprekáža plneniu iných náboženských a morálnych povinností (Dobříková, 2007).

Ambíciou zdravotníckej starostlivosti štátu by malo byť zabezpečenie kvalitnej a dostupnej zdravotníckej starostlivosti pre všetkých pacientov, teda aj nevyliciteľne chorých a umierajúcich, a to na základe zdravotného stavu populácie a epidemiologickej situácie.

Je veľmi dôležité venovať sa otázkam kvality života zomierajúcich a ich dôstojnému prežitiu posledných chvíľ (Porubčanová, 2002).

CIELE VÝSKUMU A VÝSKUMNÁ VZORKA

Cieľom výskumu bolo zistiť súčasné názory o umieraní a o kvalite starostlivosti o umierajúcich u budúcich a súčasných zdravotníckych profesionálov. Mnohé teoretické práce odôvodňujú potrebu špecializovanej starostlivosti o zomierajúcich. Diskusie sa týkajú aj vhodnosti miesta umierania. Všeobecne sa za menej vyhovujúci pokladá nemocničný priestor a hospicové hnutie presadzuje budovanie hospicov. V poslednom období sa aj na Slovensku zameriavajú iniciatívni hospicoví pracovníci na vytváranie podmienok pre mobilnú hospicovú starostlivosť. Tento výskum chce prispieť k zmapovaniu názorov súčasnej spoločnosti. Názory spoločnosti na umieranie a kvalitu starostlivosti o umierajúcich sú východiskovým bodom pre určenie postupu hospicových pracovníkov v presadzovaní dôstojného zomierania v spoločnosti. Výskumnú vzorku tvorili dve skupiny respondentov.

Prvou skupinou boli študenti 2., 3. a 4. ročníka odboru ošetrovateľstvo a verejné zdravotníctvo v celkovom počte 67 respondentov a študenti 2., 3. a 4. ročníka medicíny v celkovom počte 55 respondentov. U študentov ošetrovateľstva a verejného zdravotníctva bolo 34 žien a 33 mužov. U študentov medicíny bolo 25 žien a 30 mužov. Celkove išlo o 122 študentov. Výskum bol uskutočnený v mesiaci január a február 2007 na Jesseniovej lekárskej fakulte v Martine.

Druhou skupinou boli pracovníci paliatívnych oddelení FNsP Trnava a Národného onkologického ústavu v Bratislave a pracovníci Hospicu v Bardejovskej Novej Vsi, Trenčíne, Ľubici a Nitre. U pracovníkov paliatívnych oddelení bolo 18 respondentov, z toho 15 žien a 3 muži.

Vzhľadom na to, že hypotézy boli stanovené na celú výskumnú vzorku študentov bez ohľadu na odbor, a taktiež vzhľadom na to, že výsledky nevykazovali významné rozdiely, je možné sumarizovať obidva súbory respondentov vo výsledkoch a interpretácii.

U pracovníkov hospicových zariadení bolo 45 pracovníkov, z toho 41 žien a 4 muži. Celkove bolo 63 zdravotníckych pracovníkov (lekári, zdravotné sestry) v paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Obidve výskumné vzorky mali spolu 185 respondentov. Na získavanie výsledkov

výskumu bol zostavený výskumný dotazník.

Výsledky boli spracované štatisticky na úrovni frekvenčnej analýzy. Na testovanie normality bol použitý v programe SPSS Kolmogorov-Smirnov test. Pre účely porovnávania bol

použitý neparametrický Mann-Whitney U-test pre dva nezávislé výbery (Pavlíček, Dobříková, 2007). Grafické znázornenie z hľadiska pohlavia pozri graf č. 1 a z hľadiska veku pozri tabuľku č. 1.

Graf č. 1 Zloženie výskumnej vzorky podľa pohlavia

Tabuľka č. 1 Vekové zloženie respondentov

Vek respondentov	Počet respondentov N	Percentá %
20–25 roční	125	67,57
26–30 roční	8	4,33
31–35 roční	10	5,40
36–40 roční	23	12,43
40–45 roční	19	10,27
Spolu	185	100

Výsledky výskumu názorov je možné analyzovať a interpretovať v jednotlivých skúmaných oblastiach:

- hodnotenie starostlivosti o umierajúcich,
- obavy a prania spojené s umieraním.

VÝSLEDKY VÝSKUMU – HODNOTENIE STAROSTLIVOSTI O UMIERAJÚCICH

Respondenti hodnotili súčasnú úroveň zdravotníckej starostlivosti o umierajúcich ako skôr nedostatočnú (53 %) a nedostatočnú (3,2 %).

Okolo štyridsať percent respondentov hodnotilo súčasnú starostlivosť ako skôr dobrú a veľmi dobrú len 4,3 %.

Na základe získaných výsledkov je možné uzatvárať, že i napriek tomu, že prevažuje hodnotenie súčasnej zdravotníckej starostlivosti ako skôr nedostatočné, je rozdiel medzi nedostatočným a dobrým hodnotením nevýrazný. Je možné analyzovať, čo vplýva na tento výsledok. Študenti medicíny a ošetrovateľstva absolvujú väčšinu praktických cvičení v nemocnici a to pri

aktivných diagnostických a liečebných postupoch. Z tohto dôvodu môže byť ich kladné hodnotenie ovplyvnené ich budúcou profesiou, ktorej dôverujú, že pomáha na vysokej úrovni. Na druhej strane sú konfrontovaní aj s nedostatkami v starostlivosti o umierajúcich v nemocniciach, a preto je ich hodnotenie aj kritické. Pracovníci paliatívnych oddelení a hospicových zariadení sú väčšinou profesionáli, ktorých k tejto práci priviedla práve osobná angažovanosť za zlepšenie zdravotníckej starostlivosti o umierajúcich, a tak aj vykonávajú svoju prácu. Ich kladné hodnotenie mohlo byť preto prejavom ich osobnej angažovanosti. Na druhej strane ich k tejto práci mnohokrát priviedol práve neuspokojivý stav starostlivosti o umierajúcich v našej spoločnosti, a preto ich hodnotenie mohlo byť kritické. Veľmi významným je fakt, že súčasnú zdravotnícku starostlivosť o umierajúceho hodnotia respondenti minimálne ako veľmi dobrú.

Viac ako polovica respondentov hodnotila úroveň informovanosti pacienta o jeho terminálnej fáze (o závažnosti a prognóze ochorenia, o možnostiach jeho liečby) ako skôr nedostatočnú (50,8 %). Za veľmi nedostatočnú ju hodnotilo okolo päť percent respondentov (4,9 %). Ako skôr dobrú ju hodnotilo 41,1 % a ako veľmi dobrú len 3,2 %. Výsledky výskumu potvrdili, že hodnotenie úrovne informovanosti pacienta o jeho terminálnej fáze nie je vyhradené. Na tento výsledok vplýva fakt, že študenti medicíny aj ošetrovateľstva a verejného zdravotníctva majú teoreticky v obsahu štúdia aj etiku zdravotníckej starostlivosti, kde sú orientovaní na citlivé ale pravdivé podávanie informácií a tiež skutočnosť, že prakticky nemajú skúsenosť s odovzdávaním informácií pacientovi o jeho terminálnej fáze (vyhradené ošetrovateľstvu lekárovi). Pracovníci v paliatívnej a hospicovej starostlivosti sú vedení ku schopnosti odovzdávať v komunikačnom procese pacientovi informácie. Neraz sú konfrontovaní so skutočnosťou, že sú prvými zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí citlivo odovzdávajú aj extrémne nepriaznivé informácie pacientovi. Znovu je tu prítomné minimálne zastúpenie kladného hodnotenia informovanosti pacienta o jeho terminálnej fáze. V zdravotníctve sa dostáva v súčasnej pregraduálnej teoretickej príprave do popredia chápanie pacienta ako subjektu, a nie objektu zdravotníckej starostlivosti, čo sa odráža

aj v rešpektovaní práva pacienta na informácie.

Výsledky poukazujú na dobrú úroveň tlmenia bolesti a iných foriem telesného utrpenia (skôr dobrá 66,5 % a veľmi dobrá 13 %). Vysoká miera spokojnosti s tlmením bolesti u umierajúceho signalizuje nielen úspechy paliatívnej medicíny, ale môže odzrkadľovať aj stále jednostranný dôraz na chorobu v jej telesnej dimenzii. Respondenti dôverujú možnostiam paliatívnej starostlivosti pri tlmení bolesti a iných foriem telesného utrpenia. Poukazuje to na vyspelú úroveň paliatívnej medicíny v súčasnosti.

Nadpolovičná väčšina respondentov hodnotila úroveň starostlivosti o pacientove psychické potreby ako nedostatočnú (72,2 %). Takmer tretina respondentov (27,8 %) hodnotila úroveň starostlivosti o pacientove psychické potreby ako dobrú. Na základe uvedeného možno konštatovať, že aj v súčasnosti prevláda tendencia preferovať v zdravotníckej starostlivosti telesné potreby pacienta a nedostatočne naplňovať psychické potreby pacienta, čo môže poukazovať na pretrvávajúcu biologickú orientáciu v príprave zdravotníckych profesií v starostlivosti o pacienta.

Polovica respondentov hodnotila úroveň starostlivosti o spirituálne potreby pacienta ako dobrú (49,7 %). Tento výsledok je zastúpený prevažným hodnotením skôr dobrá (41,1 %), hodnotenie veľmi dobrá je nízke (8,6 %).

Úroveň pozornosti príbuzným terminálne chorého je hodnotená respondentmi viac ako skôr dobrá (47 %) a veľmi dobrá (6,5 %). O niečo menej respondentov ju hodnotí ako nedostatočnú (46,5 %). Takmer rovnomerné zastúpenie kladného a záporného hodnotenia môže poukazovať aj na nevydiferencovaný postoj respondentov k potrebe venovať pozornosť príbuzným ako súčasť zdravotníckej starostlivosti o chorého.

Pri pohľade na porovnanie špecifických jednotlivých oblastí starostlivosti o terminálne chorého je možné skonštatovať, že bolo najnegatívnejšie hodnotené uspokojovanie psychických potrieb chorého, potom poskytovanie informácií pacientovi, ďalej uspokojovanie spirituálnych potrieb a venovanie pozornosti príbuzným. Najmenej kriticky, práve naopak pozitívnym hodnotením bolo hodnotené tlmenie bolesti.

Výskumom sa potvrdil významný rozdiel v hodnotení starostlivosti o psychické potreby a v hodnotení pozornosti venovanej príbuzným

medzi študentmi a pracovníkmi v paliatívnej a hospicovej starostlivosti (tab. č. 2).

Tabuľka č. 2 Rozdiel v hodnotení študentov a pracovníkov

	Skupina	Priemer	Mann-Whitney	Z	Asymp. Sig.	
informovanosť	študenti	2,61	3485	-1,1	0,246	
	pracovníci	2,54				
tlmenie bolesti	študenti	2,14	3425	-1,4	0,147	
	pracovníci	2,01				
starostlivosť o psychické potreby	študenti	2,93	3053	-2,5	0,012	p<0,05
	pracovníci	2,65				
starostlivosť o spirituálne potreby	študenti	2,61	2808	-3,3	0,001	p<0,01
	pracovníci	2,20				
pozornosť príbuzným	študenti	2,58	3079	-2,2	0,025	p<0,05
	pracovníci	2,32				

Rozdiel v hodnotení medzi študentmi a pracovníkmi je najvýznamnejší v oblasti starostlivosti o spirituálne potreby. Starostlivosť o psychické potreby hodnotia študenti negatívnejšie ako pracovníci paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Taktiež to platí aj v hodnotení úrovne pozornosti venovanej príbuzným terminálne chorého. Najväčší rozdiel v porovnaní dvoch výskumných skupín však je v oblasti uspokojovania spirituálnych potrieb, kde je hodnotenie pracovníkov pozitívnejšie ako u študentov.

Pozitívne hodnotenie starostlivosti o pacientove spirituálne potreby u pracovníkov v terminálnej starostlivosti pravdepodobne vyplýva zo spôsobov komplexnej, nimi aplikovanej starostlivosti. Kladné hodnotenie pravdepodobne spôsobuje v poslednom období aj akcent na spirituálne potreby, ktorý vnáša do zdravotníckeho prostredia prítomnosť vybudovaných nemocničných a hospicových kaplniek, činnosť nemocničných a hospicových duchovných. Najdôležitejším faktorom ovplyvňujúcim kladné

i záporné hodnotenie úrovne starostlivosti o pacientove spirituálne potreby je pravdepodobne samotná citlivosť študentov a pracovníkov na spirituálnu dimenziu človeka.

V stredných hodnotách sa pohybuje spokojnosť so starostlivosťou o spirituálne potreby a pozornosť prejavovaná príbuzným umierajúceho. Toto zistenie sa zdá veľmi prekvapivé. Činnosť rôznych cirkví, ktoré vstupujú do nemocničného prostredia, a to najmä na onkologické oddelenia, je dnes už samozrejmosťou nielen pre chorých a verejnosť, ale ich činnosť je akceptovaná a vítaná aj personálom zdravotníckych zariadení. Medicínske postupy i dnes spoznávajú svoje limity a hranice a personál musí mnohokrát prijať svoju kapituláciu najmä pri onkologických ochoreniach. Zároveň sa duchovnou službou zdravotníckemu personálu uľahčuje spolupráca s pacientom a zvládanie jeho telesných a psychických ťažkostí. Je potrebné upozorniť, že hoci zistený výsledok ukazuje strednú hodnotu spokojnosti s uspokojovaním spirituálnych potrieb, predsa je

prítomná mierna prevaha nespokojnosti s uspokojovaním týchto potrieb. V praxi sa zdá, že prejavy pozornosti príbuzným sú neuspokojivé. Aj tu výsledok výskumu potvrdzuje túto skúsenosť, aj keď je zastúpenie spokojnosti vyššie, ako by sa predpokladalo. Aj v zdravotníckej starostlivosti sa už moderný človek správa sebaisto. Sme svedkami toho, že chorí alebo ich príbuzní kontrolujú kvalitu poskytovanej zdravotníckej starostlivosti, uplatňujú si svoje práva až po spochybňovanie medicínskych postupov v súdnom konaní. Toto vedie zdravotnícky personál k správaniu, ktoré v centre pozornosti nemá len pacienta, ale aj jeho príbuzných.

Najnižšia miera spokojnosti je zistená v starostlivosti o psychické potreby umierajúceho. V zdravotníckych zariadeniach je dlhodobo neuspokojivo riešená potreba psychológa ako člena personálu v starostlivosti o pacienta. Psychológ je často iba konziliárom v diagnostike psychických porúch pacienta, ktoré sú súčasťou choroby alebo jej dôsledkom. Vedúci pracovníci pri obmedzených mzdových prostriedkoch uprednostňujú prijímanie ďalšieho stredného zdravotníckeho personálu pred psychológom.

VÝSLEDKY VÝSKUMU – PRIANIA A OBAVY SPOJENÉ S UMIERANÍM

Výsledky výskumu potvrdzujú, že významným prianím respondentov je zomierať doma (84,9 %). Ďalšie miesta želaného zomierania sú podľa výskytu zastúpené nasledovne: hospic (3,8 %), nemocnica (1,1 %). V sociálnom zariadení si respondenti neprajú zomrieť (0,5 %). Niekoľko respondentov si nevolí z ponúknutých miest zomierania (2,7 %) alebo je im to jedno.

Táto skutočnosť poukazuje na potrebu človeka byť v kritických chvíľach života obklopený známym prostredím, ktoré mu poskytuje oporu. Napriek tomu, že ide o respondentov, ktorí uviedli ambivalentné hodnotenie úrovne súčasnej zdravotníckej starostlivosti o umierajúceho, v prípade svojej vlastnej smrti je ich želanie zomrieť doma výrazne akcentované. Respondenti tým nepriamo akcentujú uspokojovanie psychických potrieb umierajúceho, ktoré je v domácom prostredí v popredí.

Za najvýznamnejšiu označili respondenti obavu z odlúčenia od svojich blízkych

a osamelosť (33,06 %). Ako ďalšiu obavu vybrali respondenti stratu sebaistočnosti a odkázanosť na iných (25,40 %). Približne rovnomerne bola označovaná obava z neznesiteľných bolestí (12,90 %), obava z toho, čo bude po smrti (11,29 %), a psychické trápanie a strata dôstojnosti (10,08 %). Niektorí respondenti neoznačili svoje obavy (7,26 %).

Moderný človek, najmä človek vo výrazne vitálnej fáze svojho života (obdobie vysokoškolského štúdia) stratu sebaistočnosti a odkázanosť na iných môže pokladať za zníženie kvality svojho života až svoju prehru. Napriek pokrokom paliatívnej medicíny sa človek bojí neznesiteľných bolestí a psychického trápania spojených so zomieraním. Obava zo psychického trápania a straty dôstojnosti je pridruženým fenoménom odlúčenia od svojich blízkych a osamotenosti v zomieraní. Prítomná je aj obava z toho, čo bude po smrti, ktorá signalizuje u človeka strach a stratu nádeje v posmrtný život.

ZHRNUTIE VÝSLEDKOV A ODPORÚČANIA PRE PRAX

Cieľom a úlohami tohto výskumu bolo zistiť názory o umieraní a kvalite starostlivosti o umierajúcich vo vybranej výskumnej vzorke študentov a pracovníkov paliatívnych oddelení a hospicových zariadení. Prostredníctvom analýzy dotazníkových odpovedí respondentov sa získal konkrétnejší a komplexnejší obraz o problematike umierania a starostlivosti o umierajúcich v súčasnosti a načrtli sa východiská a odporúčania do budúcnosti:

1. Téma podávania informácií by mala byť zaradená v pregraduálnej aj postgraduálnej výchove zdravotníckych pracovníkov. V komunikačných schopnostiach by mali byť školení aj ostatní (príbuzní, dobrovoľníci). Aj keď podávanie informácií o zdravotnom stave pacientovi je vyhradené lekárovi, mnohokrát sú aj oni vystavení rôznym otázkam a žiadostiam pacienta.
2. U terminálne chorých musí byť psychológ súčasťou zdravotníckeho tímu v priamej starostlivosti o pacienta, ale i v starostlivosti o personál (školenia, supervízia).
3. V slovenských podmienkach sú potrebné aj odborné empirické zistenia, ktoré by preukazovali úlohu kresťanskej viery v prijímaní a znášaní utrpenia a kresťanskú vieru ako

- pomoc pre sprevádzajúcich.
4. V súčasnosti je pozornosť príbuzným terminálne chorého hodnotená viac nedostatočne. Je možné predpokladať, že vývoj bude nejednotný. Časť príbuzných sa bude domáhať pozornosti najmä na základe uplatňovania práva na informovanosť, ale aj na základe motivácie pomôcť svojmu blízkeму chorému. Časť príbuzných sa bude vyhýbať kontaktu s chorým. Obe skupiny príbuzných sú však ohrozené nespracovaním záťažovej situácie umierania svojho blízkeho počas jeho života a smútkovej reakcie po jeho smrti. V centre pozornosti hospicových iniciatív by mali byť príbuzní chorých vo všetkých zariadeniach (nemocnice, mobilné aj stacionárne hospice, sociálne zariadenia). Starostlivosť by mala byť prevenciou syndrómu vyhorenia. Významne ohrozenou skupinou sú aj pozostalí, ktorým príbuzný zomrel náhlou smrťou. V poslednom období psychologická terapia spracovávala aj tému krízy po strate blízkeho človeka (príbuzného, priateľa, spolupracovníka). Zážitkové skupiny vedené psychoterapeutmi zasahujú len malú časť smútiacich. Je potrebné vyvinúť ešte viac úsilia, aby v jednotnom záchrannom systéme na Slovensku, ktorý zasahuje pri nešťastiach, nehodách a katastrofách, boli okrem záchranárov zdravotníkov a hasičov aj psychológovia a duchovní tak, ako je tomu aj v Čechách.
 5. Hospicové myšlienky musia zasiahnuť celú oblasť starostlivosti o terminálne chorého bez ohľadu na miesto pobytu tohto pacienta. Veľa práce je potrebné vykonať v rozšírení postgraduálneho vzdelávania v paliatívnej medicíne. Dobrovoľníci by mali mať otvorené dvere na oddelenia

nemocníc s terminálne chorými a do sociálnych zariadení. Veľmi dôležitou otázkou je nielen prístrojové vybavenie pre potreby terminálne chorého, ale aj kvalita personálu.

6. Hospicová starostlivosť v domácom prostredí je ideálom starostlivosti o terminálne chorého aj v súčasnosti, a preto by mala zostať v popredí hospicových zámerov na Slovensku. Slovensko má roztrúsenú sieť agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré poskytujú všestrannú ošetrovateľskú starostlivosť. Bolo by potrebné, aby ošetrovanie terminálne chorých prebrali mobilné hospice, nakoľko u týchto pacientov ide o špecifickú starostlivosť.

LITERATÚRA

- DOBRÍKOVÁ, P., PORUBČANOVÁ, P.: *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. Trnava: SSV, 2005.
- DOBRIKOVA, P.: WEST, D.: Management of Hospice and Palliative Care in Slovakia. In: FITZPATRICK, P. (Ed.): *Proceedings of the MBAA International Conference*, Chicago, Illinois, 2006. 61–63.
- DOBRÍKOVÁ, P.: Kvalita života v procese zomierania so zreteľom na odkaz Jána Pavla II., *Zborník z konferencie Ochrana života VII.*, Trnava, 2007. s. 89–93.
- KOVÁČ, D.: Kultivácia osobnosti spiritualitou. In: *Kresťanstvo a psychológia*. Trnava, SSV, 2003. s. 87–109.
- MAGYAROVÁ G.: Podpora rodičov pri úmrtí novorodenca – naše skúsenosti s aplikáciou štandardu. In: *Prevenca úrazů otrav a násilí*, 2009. Vol. 5, no 2.
- MRÁZ, M.: *Problém utrpenia a jeho riešenie v medicínskej etike*. Trnava: Dobrá kniha, 2000.
- PAVLÍČEK, J., DOBRÍKOVÁ, P.: *Sociálny výskum a štatistické spracovanie dát*. Bratislava VŠZaSP, 2007. 83 s.
- PORUBČANOVÁ, P.: Dôstojné zomieranie. *Ochrana života III., Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou*. Žakovce, 2002. s.191–196.
- ŠOLTĚS, L.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2001. s. 93.

Mária Homolová
homolovamaria@mail.t-com.sk