

## 15 ETICKÉ ASPEKTY GERIATRICKÉ PÉČE



Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- ❑ vysvětlit základní etické principy péče o seniory
- ❑ charakterizovat jednotlivé problémové oblasti z hlediska etických aspektů péče o seniory
- ❑ zaujmout stanovisko k problematice umírání a smrti



**Klíčová slova této kapitoly:**

důstojnost, práva nemocných, nemocný se smyslovým postižením, nemocný s mentálním postižením, umírání a smrt

### 15.1 Základní principy etického přístupu k seniorům

**Zachování důstojnosti** – kumulující se deficity v sebeobsluze i v kognitivních funkcích vedou mnohdy ke značné regresi staršího nemocného. V péči o tohoto nemocného musíme přizpůsobit způsob komunikace a vyjadřování aktuálních schopnostem nemocného, nicméně jsme povinni zachovat určitou úroveň kontaktu s nemocných a dále ho nedegradovat ironickými či dokonce posměšnými poznámkami. Velmi důležité a často nedodržované je respektování intimity a studu nemocného při hygienických úkonech.

**Jednat jako se sobě rovným** – drtivá většina nemocných i velmi vysokého věku či ve velmi špatném stavu prožila plnohodnotný život, vychovala děti, dosahovala menších či větších úspěchů v zaměstnání, zaslouží tedy i v pokročilém věku, aby pocítili, že je jim prokazována úcta a vážnost, kterou dáváme najevo mezi jiným i oslovováním příslušným titulem či oslovením „pane, paní“, ideálně podle domluvy s nemocným, jaké oslovení si přeje, nikoli nevhodnými familiárními oslovenými.

**Aplikovat práva pacientů jako u ostatních nemocných** – také na nemocného vyššího věku se vztahují práva nemocných, tedy právo znát, kdo ho ošetřuje – tedy **se představujeme**, i když máme na uniformě vizitku, protože starší nemocný nemusí být schopen jméno přečíst. Právo **být informován** o své chorobě aplikujeme také adekvátně aktuálnímu stavu nemocného, velké obezřetnosti je třeba u nemocných s narušenými rodinnými vztahy, kdy podané informace může být snadno zneužito. Je-li toho nemocných schopen, vždy si vyžádáme jméno příbuzného, který může být o zdravotním stavu nemocného informován. Nepřeje-li si nemocný, aby o jeho zdravotním stavu nebyl informován nikdo, jsme povinni tento pokyn dodržet. Dilema nastává, pokud nemocný ve chvíli sdělení svého přání jeví příznaky poruchy orientace.



**Respektovat specifika věku** – vzhledem k obecně známé tendenci zvýraznění negativních **povahových vlastností** s narůstajícím věkem vyžaduje mnohdy kontakt s tímto typem nemocných obrovskou dávku trpělivosti, nadhledu a profesionality.

**Respektovat deficity smyslové, v sebeobsluze** – smyslové deficity napomáháme minimalizovat svým přístupem – u nemocného s těžkým **zrakovým deficitem** zajistíme vždy dostatek světla, aby nemocný mohl využívat zbytků zraku, před každým naším zákrokem nemocnému vše dopodrobna vysvětlíme a upozorníme ho na právě prováděný zásah, nikdy neposíláme nemocného se zrakovým deficitem bez doprovodu do neznámých míst. Kontakt s nemocným s **těžkým sluchovým deficitem** realizujeme raději pomocí psaných vzkazů než zvyšováním hlasu, protože si nikdy nejsme jisti, jak dalece nám nemocný opravdu porozuměl. Obecně lze říci, že nemocní se zrakovým deficitem se ke svému handicapu přiznávají daleko snáze než nemocní se sluchovým deficitem. Souhlasným přikyvováním a chápacím úsměvem nás mohou lehce oklamat.



## 15.2 Specifické etické problémy

Etické problémy vyššího věku se odvíjejí od dvou velkých oblastí – oblasti mezilidských vztahů a problematiky konce života a umírání.

Oblast **mezilidských vztahů** potažmo vztahů rodinných je u starších nemocných často zdrojem nemalých problémů, zvláště z pohledu soužití generací či event. majetkových záležitostí. Do budoucna bude také přibývat situací několikerých manželství, a tedy několikerých dětí, z nichž však jen málokteré se hlásí k péči o daného seniora. Velmi problematickou oblastí jsou vztahy majetkové, kdy jsme svědky u velmi nechutných, nicméně notoricky známých situací návštěv rodiny v dlouhodobém zařízení výhradně den poté, kdy hospitalizovaný senior dostal vyplacený důchod. Ničím novým nejsou také případy, kdy rodina si natolik pospíší s prodejem domku nebo bytu seniora, že ten se nemá po nepředpokládaném uzdravení kam vrátit. Nejbolestnější jsou ovšem fingované vztahy mladších partnerek nebo partnerů se seniorem, u něhož je zřejmý nepříznivý vývoj zdravotního stavu.

Dalším faktorem ovlivňujícím mezilidské vztahy je vznik tzv. **molekulární rodiny** – stav, kdy se děti brzy osamostatňují, jsou ekonomicky nezávislé na rodičích a stará i mladá rodina žijí odděleně. U nás je tento proces ještě výrazně podporován velikostí nebo spíše miniaturností bytů v sídlištích. Odděleně žijící, ekonomicky nezávislé rodiny se samozřejmě postupem času stávají i nezávislými nebo jen povrchně závislými vztahově. Zátěž, kterou by znamenala péče o vzdáleného rodiče nebo jeho přestěhování do městského bytu, není nezávislá mladá rodina obvykle ochotna snášet. Na druhé straně ale ani nezávislá stará rodina nepočítá s touto možností – kolikrát slýcháváme od starších nemocných, kteří pozbyli částečně nebo úplně svou soběstačnost: “ Oni bydlí daleko a mají moc práce “. Tím je pro seniora věc vyřešena a považuje za jediné možné řešení přejít do ústavu sociální péče.

Dlouho opomíjenou problematikou z etického hlediska je **týrání seniorů**, do něhož mohou vystupňované problémy v dysfunkční rodině či jiné komunitě vyústit – viz výše.

## 15.3 Problematika konce života a umírání

Základním předpokladem je vůle samotného pacienta, jeho přání, které by mělo být vysloveno jím samotným v době jasného vědomí a adekvátní informovanosti o chorobě. Jsou dokonce formulovány podmínky, kdy je nemocný plně schopen rozhodovat, a v tom případě je rozhodnutí nemocného nutno brát jako závazné. Rozhodnutí nemocného je závazné, pokud jeho duševní stav dovoluje posoudit závažnost okolností, učinit rozhodnutí a sdělit je svému okolí. Podle dosavadních zkušeností má rozhodnutí, kde chce nemocný strávit konec jeho

života a jak s ním má být nakládáno, velmi trvalý charakter a skutečnost, která je v rozporu s tímto rozhodnutím, může umírajícímu způsobit značný dyskomfort.

Předpokladem **vy slovení přání** týkajících se konce života (end of life decision) samotným nemocným je rozhovor na toto téma mezi nemocným a jeho rodinnými příslušníky, případně i zdravotnickými profesionály. Právě konec života je však téma mnohdy podvědomě potlačované rodinnými příslušníky nemocného ve snaze neubírat nemocnému naději, zdravotnický personál nerad zapřádá řeč na toto téma, protože mnozí jeho členové nejsou smířeni s faktem, že nelze zachránit všechny nemocné. Tento rozhovor znamená ještě stále pro některé z nich přiznání prohry.

Situace je však častěji opačná - není-li otázka posledních hodin před smrtí vyřešena, měli by zdravotníci tento **rozhovor podnítit**, zorganizovat a usnadnit jeho průběh. Vedení tohoto rozhovoru je velmi delikátní záležitostí, protože naše obvyklé snahy být vlídný a pozitivní obvykle vyústí ve formulaci, že něco je „lepší“ nebo „nadějnější“, a tím vlastně důvod a účel celého rozhovoru neutralizujeme. Rodina dychtivá uslyšet cokoli pozitivního ztrácí potom motivaci mluvit o smrti. V tomto rozhovoru je naopak doporučováno používat slova „umírání“ a „smrt“, aby i získané informace a formulované závěry byly odpovídající.

Výsledkem rozhovoru by měl být pokyn, zda nemocný chce zemřít doma nebo v nemocnici nebo v sociálním ústavu, případně, kdo převezme rozhodovací roli nemocného v době, až jeho vědomí nebude zcela jasné. Tedy rozhodnutí jsou **závažná, pokud jsou vyslovena samotným nemocným, jeho stanoveným zástupcem nebo ošetřujícím týmem v nejlepším zájmu nemocného**. Obvykle již dříve se nemocný zmiňuje při různých příležitostech o dalších aspektech - a sice, které procedury prodlužující život nechce absolvovat. Je obvyklé, že s trváním nemoci a zhoršováním stavu přibývá zakázaných úkonů prodlužujících život a zesiluje snaha zemřít co nejpřirozeněji. Mezi tyto úkony patří zejména resuscitace, napojení na ventilátor, krmění sondou, nitrožilní podávání výživy.

Celkově je motivací pro různá omezení tohoto druhu souhra několika faktorů – **strach z umírání, strach ze smrti, vůle žít a víra**. Ti, kdo mají strach ze smrti jako takové, chtějí, aby jejich život trval co nejdéle. Ti, kteří se bojí umírání, chtějí tuto epochu zkrátit na minimum. Celkově lze říci, že úkony prodlužující život častěji odmítají ženy, protože se více bojí umírání a mají slabší vůli žít. Naproti tomu ti nemocní, kteří byli detailně informováni o svém stavu a o tom, že již vlastně umírají, jsou schopni realističtěji plánovat a jsou celkově spokojenější, nemocní s nádory častěji plánují hospicovou péči a zvažují eutanázii. Když se senioři nad 65 let bez kognitivního postižení vyjadřovali k aplikaci úkonů prodlužujících život u nich samotných, vyjádřila se více jak polovina z nich, že některé situace jsou horší než smrt – život na přístrojích, ztráta mentálních schopností, trpět trvalou bolestí nebo být trvale na obtíž své rodině, ztratit soběstačnost.

Shrme-li tyto poznatky, dospějeme k výčtu faktorů, které jednak ovlivňují už rozhodnutí samotného umírajícího, **kde chce umřít**, ale i v případě přání zemřít doma mohou zapříčinit **nesplnění tohoto přání**. Nemocného může od rozhodnutí zemřít doma odradit představa, že bude **zátěží pro své blízké**, dále se může obávat **ztráty důstojnosti** nebo soběstačnosti a v neposlední řadě může mít oprávněnou obavu, že domácí možnosti nedovolí zvládnout bolest nebo dušnost a bude se stupňovat jeho utrpení. Z pohledu rodiny může strach z nerozpoznání závažné ještě řešitelné komplikace způsobit ukončení péče v domácím prostředí a hospitalizaci v poslední chvíli.

Pokud bychom si chtěli připomenout základní **rozdíly v péči** o umírajícího v domácím prostředí nebo sociálním ústavu a v nemocnici, hlavní odlišnost je v celkovém přístupu. **Nemocniční péče** je zaměřena na záchranu, tudíž je nemocný do posledních chvil podrobován obvyklým procedurám jako jsou krevní odběry, katetrizování tělních dutin, řízená ventilace,



resuscitace. Překlad umírajícího do nemocnice v době těsně před smrtí, není-li to jeho přáním, znamená pro něj devastující ztrátu vlastního prostředí, ztrátu pocitu domova.

Péče v **domácím prostředí** nebo v sociálním ústavu – ovšem v případě, že umírající v tomto ústavu strávil delší čas a měl šanci přivyknout, se snaží zajistit, aby se nemocný cítil jako doma, aby se naopak **necítil izolovaný**, znají historii jeho choroby. Snaží se zajistit umírajícímu soukromí a pomoci řešit jeho aktuální potíže. Stav psychické pohody snižuje vnímání bolesti.

Přechod od kauzální k paliativní léčbě uvádí do problematiky umírání **právní aspekty**. Rozhodnutí o ukončení léčby nevléčitelně nemocného by měla být **týmovou záležitostí**, rozhodnutí týmu musí být zapsáno v dokumentaci nemocného a musí s ním být seznámen celý tým včetně rodiny nemocného, ať se nemocných nachází v domácím nebo ústavním prostředí. Pro přechod k paliativní péči se používá v literatuře několik označení – CMO (comfort measures only) – tedy poskytování pouze těch úkonů, které zvyšují spokojenost umírajícího. NTBR, DNR – not to be reanimated, do not resuscitate. Po zaznačení těchto zkratk do dokumentace nemocného by neměla být zahájena resuscitační opatření při jakékoli komplikaci – jinými slovy očekáváme, že některá z komplikací ukončí život nemocného dříve než choroba samotná. Resuscitace by byla pouze prodloužováním utrpení.

Pro umírajícího a jeho pečovatele v domácím prostředí znamená toto rozhodnutí možnost **výskytu komplikací, na jejichž řešení by měli být připraveni** sami, případně by měli k odborné pomoci volat praktického lékaře a nikoli záchrannou službu a neměli by reagovat panikou na blížící se okamžik smrti.

Tento zlom s sebou dále přináší nutnost řešit stresové situace, které prožívá umírající – pocit beznaděje, strach z utrpení, z osamocení, z odloučení od blízkých, ze ztráty sebekontroly. Rodinný příslušník nebo pečovatel by měl umírajícího ujistit, že nebude osamocený, že se bude snažit jeho potíže zmenšovat. **Umírajícího uklidňuje přítomnost** blízké osoby, fyzický kontakt, společná modlitba.

Zásadní spor, který se může v této fázi vyskytnout a také často vyskytuje, je hranice mezi **dávkou symptomatických léků tišící obtíže nemocného a již zkracující život**. Toto dilema je často důvodem poddávkování analgetik nebo opioidů a z toho plynoucího utrpení umírajícího. Obecně platí, že záměrem plánu paliativních opatření není směřovat k ukončení života nemocného, ale udržení přijatelné kvality života. Obecně rozšířená domněnka, že zvyšující se dávky sedativ a opioidů urychlují smrt, nebyla spolehlivě potvrzena. Na druhé straně – i kdyby podávání nižších dávek opioidů znamenalo nedlouhé prodloužení života, nemusí to být vždy ve prospěch nemocného a v souladu s jeho zájmy.

Lze si snadno představit, že urychlení smrti umírajícího v důsledku podání opioidů se může stát předmětem **soudního sporu**. Stává se tak ovšem velmi zřídka, a to z těchto důvodů: většina oficiálních osobností chápe motivaci ke zvyšování dávek za absence jiných možností jak snížit utrpení umírajícího, příčinou smrti je **lék jinak běžně užívaný v lékařské praxi**, nikoli v kriminálních případech, udávaná příčina smrti – tedy podání sedativ nebo opioidů není a ani nesmí být tak jistou příčinou jako je tomu v kriminálních případech.



## Shrnutí kapitoly

Mezi základní etické principy péče o seniory patří nutnost jednat s nemocným jako se sobě rovným, přiznat staršímu nemocnému všechna práva nemocných včetně práva být adekvátní formou informován o svém zdravotním stavu, respektovat specifika věku a respektovat deficity v sebeobsluze. Mezi velmi citlivá témata, která však v souvislosti se zhoršením stavu seniora vyplouvají na povrch, jsou rodinné vztahy v návaznosti na



schopnost/ochotu převzít část péče či kompletně se postarat o seniora. Je nutno také být vnímavý k signálům zneužívání či týrání seniorů. V etapě terminální péče bývá problémem otevřeně komunikovat o aktuální situaci, o smrti, i když z praktického hlediska je právě důležité mít od nemocného samotného nebo od jeho blízkých informace např. o místě, kde si nemocný přeje zemřít, o způsobu pohřbu apod. Nesplnění přání umírajícího pro něj znamená určitý stupeň dyskomfortu. Je-li rodina nemocného rozhodnuta postarat se o svého umírajícího až do konce, je důležité poučení o možných komplikacích terminálních stavů a jejich řešení, aby nemocný nebyl neadekvátně v posledních chvílích života převážen do nemocničního zařízení.



**Otázky úkoly:**

1. Vysvětlete základní etické principy péče o seniory.
2. Charakterizujte jednotlivé problémové oblasti z hlediska etických aspektů péče o seniory.
3. Popište Váš vlastní vztah k problematice umírání a smrti.

## LITERATURA

KLENER P. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén 2003.

Kalvach Z et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Grada 2011

TOPINKOVÁ E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén 2005.