

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Klára Raschiková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Klára Raschiková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

POSTOJ VŠEOBECNÉ SESTRY K UMÍRÁNÍ A KE SMRTI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Raschiková Klára

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

Počet stran – číslované: 78

Počet stran – nečíslované: 61

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 49

Klíčová slova: umírání – thanatologie – péče o umírající – postoj sestry – smrt

Souhrn:

Tato práce se zabývá problematikou péče o umírající. Výsledkem práce je srovnání postojů, názorů a prožitků sester, které se projevují při péči o pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Teoretická část se zabývá obecnými tématy související se smrtí a péčí o umírající. Zahrnuje definování pojmů, historický vývoj, etické aspekty s legislativou, nebo problematiku péče o umírající z pohledu sestry. Praktická část pak analyzuje data získaná z rozhovorů. Tato data byla převedena v kódy, které byly graficky zpracovány v programu Atlas.ti. Těmito rozhovory byly získány informace popisující emoce a názory sester v souvislosti s péčí o umírající. Dále byly sestry dotazovány na jejich postoje a názory k problematice eutanazie a paliativní péči.

Abstract

Surname and name: Raschiková Klára

Department: Nursing

Title of thesis: The nurse's attitude to dying and death

Consultant: Mgr. Jana Křivková

Number of pages – numbered: 78

Number of pages – unnumbered: 61

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 49

Keywords: dying – thanatology – care of dying patients – nurse's attitude – death

Summary:

This thesis deals with the care of the dying. The result of this work is a comparison of the attitudes, opinions and experiences of nurses, which are manifested in the care of patients in the terminal stage of the disease. The theoretical part deals with general topics related to death and care for the dying. It includes terms definitions, historical development, ethical aspects with legislation and issues of nursing care for the dying persons. The practical part analyzes the data obtained from interviews. This data were converted into codes and then graphically processed in Atlas.ti. I have obtained information describing the emotions and opinions of nurses related with the care of the dying. Furthermore, nurses were asked about their attitudes and opinions on euthanasia and palliative care.

Předmluva

Problémem dnešní doby je strach ze smrti. Po procesu tabuizace smrti a odsouvání umírajících do nemocnic se umírání stalo nepřijatelným problémem, který se musí řešit. Na smrt již není nahlíženo jako na přirozenou součást života, ale jako na nepříjemného parazita. S tím související neschopnost vyrovnat se s úmrtím ze strany umírajícího, nebo jeho rodiny a blízkých je negativním faktorem ovlivňující psychické prožívání sestry, která o umírajícího pečuje.

Tato práce proto pojednává o problematice prožívání a názorů sester související s péčí o umírající pacienty. Toto téma bylo vybráno na základě osobních zkušeností získaných během odborné praxe v nemocnici během studia. Setkávala jsem se s různými názory sester a častou neschopností mi vysvětlit, jakým způsobem mám s těmito pacienty jednat. Dokonce mi některé sestry radily, abych při negativních tématech, která umírající otevře, přerušila komunikaci s pacientem a odešla. Komunikace s umírajícími pacienty se tak ukázala jako problém při poskytování péče o umírající.

Cílem mé práce se tak stalo zmapovat postoje a názory sester při péči o umírající. Formou rozhovorů jsem se snažila tohoto cíle dosáhnout a zmapovat také postupy, které sestry využívají při komunikaci s umírajícím a při poskytování další péče těmto pacientům. Sestry také mluvily o svých postojích k problematice eutanazie a názorech na paliativní péči.

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Krivkové za odborné vedení mé bakalářské práce, poskytování rad a času věnovanému konzultacím. Dále děkuji respondentkám z FN Plzeň a z Hospice sv. Lazara za jejich ochotu poskytnout rozhovor na toto obtížné téma. Děkuji také své rodině a blízkým za jejich podporu během celého studia.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 SMRT A UMÍRÁNÍ	14
1.1 Definování pojmů	14
1.1.1 Thanatologie	14
1.1.2 Smrt	14
1.1.3 Paliativní péče	15
1.2 Umírání a smrt z pohledu sestry	16
2 HISTORIE	17
2.1 Postupný vývoj vnímání umírání a smrti od 19. století	17
2.2 Posmrtné rituály a umírání v kontextu různých náboženských tradic	18
2.2.1 Křesťanství	19
2.2.2 Judaismus	20
2.2.3 Islám	21
2.3 Změny ve vnímání umírání a smrti od 19. století	21
3 ETIKA A PRÁVO	23
3.1 Zákony a práva v ošetrovatelské péči o umírající.....	23
3.1.1 Zákon o zdravotních službách	23
3.1.2 Práva pacienta.....	23
3.1.3 Právní aspekty paliativní péče	24
3.1.4 Základní právní předpisy související s poskytováním péče umírajícím.....	24
3.1.5 Právní normy v dětské paliativní péči	25
3.2 Etika v péči o umírající	25
3.2.1 Hippokratova přísaha základem lékařské etiky	26
3.2.2 Základní etické principy	26
3.2.3 Etické principy v péči o umírající dětské pacienty.....	27
3.2.4 Etické problémy v otázce ukončení života	28
3.2.5 Dříve projevená přání	29
4 SESTRA A PÉČE O UMÍRAJÍCÍ.....	32
4.1 Zátěž sestry při péči o umírající.....	32
4.2 Komunikace sestry s pacientem v terminálním stádiu nemoci.....	32
4.2.1 Komunikace sestry s pacientem s afází	34

4.2.2	Podpora rodiny pacienta sestrou.....	35
4.3	Faktory ovlivňující vztah mezi sestrou a pacientem.....	36
4.3.1	Důvěra pacienta k sestře	36
4.3.2	Zachování důstojnosti.....	36
4.3.3	Empatie a emoční podpora pacienta ze strany sestry	37
4.3.4	Sestra a hodnocení psychosociálních problémů v péči o umírající pacienty	37
	PRAKTICKÁ ČÁST	39
5	FORMULACE PROBLÉMU	39
6	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	40
6.1	Hlavní cíl.....	40
6.2	Dílčí cíle.....	40
7	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	42
9	METODIKA PRÁCE	43
10	ORGANIZACE VÝZKUMU	44
11	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	46
	Identifikační údaje respondentek.....	46
	Rozbor a srovnávání rozhovorů.....	46
	Hlavní kategorie dat:	46
12	DISKUZE	64
	ZÁVĚR.....	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
	SEZNAM PŘÍLOH	84
	PŘÍLOHY	85
	Příloha A – Tabulky	85
	Příloha B – Příloha k teoretické části	87
	Příloha C – Rozhovory	91
	Příloha D – Povolení, informovaný souhlas a rešerše.....	124

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Kódování rozhovorů	62
------------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Fáze procesu umírání podle E. Kübler - Ross	85
Tabulka 2 Sociokulturní faktory ovlivňující umírání	86

SEZNAM ZKRATEK

ARO.....	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Computerová tomografie
DNR.....	Do not resuscitace
JIP	Jednotka intenzivní péče
KARIM.....	Klinika anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
LZPS.....	Listina základních práv a svobod
MR.....	Magnetická rezonance
MLS	McLeodův syndrom
NELZP.....	Nelékařský zdravotnický pracovník
RHB	Rehabilitace
SIP	Specializace v intenzivní péči
UPV	Umělá plicní ventilace

ÚVOD

„Smrt není opakem života, smrt je jeho součástí.“ — Haruki Murakami

V dnešní době pokroku medicíny se setkáváme s problémem tabulace smrti. Je to důvodem strachu veřejnosti smrti a procesu umírání. Se smrtí se totiž oproti dřívějších let nesetkáváme v životě příliš často, dožíváme se vyššího věku. Nedostatek konfrontace se smrtí vede k nedostatku informací o možnostech ulehčení posledních chvil života. S neschopností smrt přijmout přichází odmítání truchlení a snaha rychle negativní období překlenout. To ale vede k psychické nevyrovnanosti a dlouho přítomným negativním emocím.

V případě všeobecných sester je konfrontace se smrtí častější, jelikož se s ní setkávají na pracovišti častěji než lidé v jiných profesích. Různé osudy umírajících, které jsou často těžké a velmi smutné, ovlivňují prožívání sester, které se o ně starají. Sestry pak musí tyto negativní emoce správně zpracovávat, aby mohly dále péči vykonávat. Často je to ale obtížné ať už vzhledem k situaci pacienta, nebo k jeho stavu (věk, projevy onemocnění, efektivita léčby...). Cílem proto bylo zmapovat postoje a názory sester v oblasti péče o umírající pacienty.

Toto téma bylo vybráno na základě osobních zkušeností z péče o umírající pacienty v rámci vykonávání odborné praxe. Rady sester o tom, jakým způsobem s umírajícími komunikovat, pečovat o něj, nebo jakým způsobem pracovat s vlastními negativními pocity, se různily. Nesetkala jsem se s jednotnou odpovědí, byl to jeden z impulzů ke stanovení tohoto tématu. Právě analýza odpovědí na otázky zařazených do rozhovoru by spolu se srovnáním neverbálních projevů měly být výsledkem toho, zda je možná shoda sester v názorech na péči o umírající a všeobecná témata s touto problematikou související, nebo zda jsou přítomny shodné, nebo podobné emoce související s touto péčí.

Literatura byla vyhledávána pomocí rešerše provedené Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje. Další literatura byla nacházena v seznamech citované literatury z prací vypracovaných na podobná témata. Informace byly čerpány z různých zdrojů pojednávajících o tématech vztahujících se k problematice smrti a paliativní péče. Nebyla ale nalezena aktuální literatura pojednávající konkrétně o prožívání péče o umírající sestrou, nebo o možných problémech, se kterými se sestra může setkávat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SMRT A UMÍRÁNÍ

1.1 Definování pojmů

1.1.1 Thanatologie

Jde o interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název tohoto oboru je odvozen od jména Thanatos, což byl řecký bůh smrtelného spánku a smrti, starší bratr Hypna (bůh spánku doprovázející zemřelé k Hádovi). Je zpravidla vyobrazován, jako „okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní“ (Haškovcová, 2007, str. 178). Výraz logos, který tvoří druhou část slova thanatologie, se především překládá, jako myšlenkový obsah, nebo ideje (Špatenková, 2014).

V praxi je však obsah tohoto oboru rozptýlen do mnoha jiných klasických oborů (např. filozofie, teologie, medicína, psychologie, sociologie, aj.), je to jeden z důvodů, proč se thanatologie nevyučuje, jako samostatná vědní disciplína. Setkáváme se zde s obtížemi obsáhnout všechna jednotlivá fakta, názory, hypotézy a koncepce tak, aby tvořily profesní náplň samostatného oboru. Mimo jiné je realitou, že nikdo nechce být přímo označován za thanatologa, jelikož být odborníkem v otázkách smrti je morbidní (Haškovcová, 2007).

Thanatologie, vzniklá spojením všech možných vědeckých přístupů ke smrti, se snaží pojmout problematiku smrti v nejrůznějších souvislostech a vytvořit na ni holistické nazírání. Podle V. Grubhoffera (2018) jde v thanatologii spíše o „*dialog mezi rozličnými obory, jejichž badatelským tématem jsou kolektivní reprezentace smrti ve světových kulturách*“ (Grubhoffer, 2018, str. 11). V současnosti je smrt popisována především z medicínského pohledu, mluvíme tak o medikalizaci smrti. V jistém ohledu se lékaři stávají pány nad životem a smrtí, se kterou bojují svými nejlepšími prostředky – farmakoterapií, dlouhodobou intenzivní léčbou, a dalšími. Smrt pacienta se stala důkazem neúspěchu lékařů (Špatenková, 2014).

1.1.2 Smrt

Jde o přirozený, individuální zánik organismu. Dá se svým způsobem tedy říct, že člověk umírá již od narození. Biologové hovoří buď o programu života, který je střídán smrtí, nebo o programu smrti, k jehož spuštění dojde po vyčerpání programu života. Na této bázi vznikl pojem smrtelné hodiny (Haškovcová, 2007).

Dříve lidé umírali tzv. přirozenou smrtí. Léčba nebyla pro každého a lidé umírali mladší než dnes. Možná díky tomu byli ale se smrtí lépe seznámeni, lépe ji znali a přijímali ji, jako součást svého osudu. Chápali ji jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. Je to zásadní rozdíl ve vnímání smrti mezi přítomností a minulostí. Dříve se lidé smrti tolik nebáli, byli jí blíže a přijímali ji, dnes se jí snaží oddálit, nadměrně se jí bojí a honí se za kariérou a zážitky. Aby umírající složka lidstva té zdravé nepřipomínala konečnost lidského života, je odsouvána do nemocnic a jiných zařízení (Haškovcová, 2007).

Dnes je zpravidla smrt konečným stádiem patologického procesu. Někdy je označována jako lékařská smrt. Tento pojem popisuje smrt, která nastává v důsledku nemoci a ke které (kromě výjimek) dochází v nemocnici nebo v jiné instituci (Haškovcová, 2007).

Smrt můžeme dělit podle různých parametrů. Dle rychlosti skonu ji dělíme na náhlou, kdy neavizuje svůj příchod, rychlou, kdy se ohlašuje zřetelně či v omezeném rozsahu a pomalou která na sebe dlouho upozorňuje. Dalším parametrem je čas příchodu. Zde mluvíme buďto o předčasné smrti neočekávané vzhledem k věku, nebo o přiměřené v pozhnaném věku. Posledním typem dělení je podle změn v těle, a to na klinickou, nebo biologickou. Klinická smrt je popisována zástavou dechu a oběhu krve, avšak nervový systém je stále funkční. Biologická je také spojována se zástavou dechu a oběhu krve, avšak zde se setkáváme s ireverzibilním poškozením CNS (centrální nervové soustavy) (Haškovcová, 2007).

1.1.3 Paliativní péče

Slovo paliativní je odvozeno z latinského slova *pallium*, což je překládáno jako plášť, rouška. Tento překlad pak naznačuje cíl paliativní péče, tedy zakrýt, nebo zahalit „*hojivou rouškou účinky nevléčitelné choroby, nebo poskytnout plášť těm, kteří zůstali na mrazu, protože jim kurativní léčba už nemůže pomoci*“ (Bužgová, 2019, str. 14). Anglický ekvivalent *to palliate* pak znamená *mírnit*, nebo *tišit*, případně *poskytnout dočasnou úlevu*. Obecně se pak slovo paliativní chápe jako slovo označující mírnění a tišení nemoci, avšak s nemožností tuto nemoc vyléčit (Bužgová, 2019).

Paliativní péče je taková péče, která má pomoci umírajícím a jejich rodinám. Poskytuje se nejvíce v tzv. hospicích, avšak setkáváme se s ní také na různých odděleních v nemocnicích, nebo v sociálních zařízeních. Dá se také zkráceně popsat, jako péče o umírající (Marková, 2010).

Do této péče je třeba zapojit rodinu a blízké. Pro umírajícího pacienta totiž není nic tak důležité, jako vědět, že není sám a že je rodina s ním. Každý chce odcházet v klidu a míru. Žádoucí je umírat smířen s rodinou, a s tím, že bylo dokázáno všechno, o co bylo usilováno a že byly vyrovnány všechny závazky a dluhy. V paliativní péči je hlavním cílem zdravotníků zajistit umírajícímu důstojné a bezbolestné dožití – snaží se dosáhnout co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin (Marková, 2010).

V dnešní době se již paliativní péče integrovala mezi ostatní medicínské postupy. Je zde však tendence převzít biomedicínské normy do výzkumu v oblasti paliativní péče. Důležité je ale stále myslet na to, že je tato péče složena z multidisciplinárních struktur. Má schopnost propojení humanitních oborů s vědeckými, kdy pacienti nejsou pouhým objektem zkoumání, ale jsou účastníky výzkumu (Stillion, Attig, 2015).

1.2 Umírání a smrt z pohledu sestry

Na smrt je jen těžko možné se dostatečně připravit. Z úzce zdravotnického pohledu to v podstatě ani nelze, jelikož primárním úkolem zdravotníků je člověka léčit, ošetřovat a v neposlední řadě při zjištění nepříznivé diagnózy i pacienta provést fázemi procesu umírání popsanými E. Kübler – Ross (tab. 1, příloha A). Z tohoto pohledu jde o jakousi rozpolcenost, kterou každá sestra v těchto situacích někdy prožila, nebo prožívá. Myšlenky ošetřujícího personálu se většinou sbíhají do formy: „*Už nemohu udělat nic, co by opravdu pomohlo (ve smyslu záchrany života, zdraví), všechny možnosti byly vyčerpány, moje aktivní role skončila, aj.*“ (Špatenková, 2014, str. 52). Zejména to platí o akutních lůžkách, nejčastěji na oddělení intenzivní a anesteziologicko – resuscitační péče. I přes fakt, že sestry i lékaři znají smysl a principy paliativní péče je pro ně skutečnost, že primární cíl medicíny a ošetřovatelství není a ani nemůže být naplněn, často stresující (Špatenková, 2014).

Důležité je také upozornit na fakt, že i kdyby nemocnice fungovaly na sto procent, jsou zde složitější podmínky pro kvalifikovanou péči o umírající pacienty, zejména máme-li na mysli paliativní péči. Je to dáno hlavně omezeným počtem zdravotnických pracovníků, kteří zde plní o mnoho více rolí než zdravotníci v hospicích. Také zde hraje roli zcela odlišný systém poskytované péče, nebo obsah celoživotního vzdělávání, kdy je v nemocnicích vzdělávání málokdy cílené do umírání a smrti (Špatenková, 2014).

2 HISTORIE

2.1 Postupný vývoj vnímání umírání a smrti od 19. století

Paliativní péče je nejstarší formou medicíny vůbec. Po dlouhá staletí bylo hlavním a primárním údělem lékařů (a posléze i ošetřovatelek – sester) mírnit lidské utrpení a provázet nemocné k dobré smrti. Dříve bylo zcela přirozené pečovat o nemocné v domácím prostředí za účasti rodiny, duchovních ale i přátel. Z tohoto důvodu můžeme hovořit o paliativní péči jako o multidisciplinární péči ověřené dějinami (Marková, 2010).

Během viktoriánské éry (v devatenáctém století) byla pro lidi smrt morálním zrcadlem a zcela přirozenou skutečností, kterou s klidem přijímali. Tabu bylo ale naopak téma porodu a sexuality. Posléze se ale postavení těchto témat vyměnilo – dvacáté století přineslo myšlenku morbidity a perverznosti smrti (Grubhoffer, 2018). V devatenáctém století také došlo k rozmachu stavby nemocnic, avšak vlivem industrializace a urbanizace přibývalo těch, kteří umírali bez zázemí vlastní rodiny. Úžasné medicínské postupy však stále nedokázaly řešit smrt, první známky umírání byly pokládány za selhání medicíny. V nových pevnostech medicíny bylo umírání nevídanou nesnází. Proto bylo odsouváno mimo hlavní medicínské sféry (Payneová, 2007). Vedlo to k rozvoji sanatorií – předstupněm nemocnic a ústavů ve dvacátém století, kde byl kladen důraz na léčbu a boj proti nemoci. Přestával se léčit pacient sám a centrem se stala místo něj jeho nemoc. I přes to ale ještě v období před druhou světovou válkou stále můžeme mluvit o tom, že je zcela normální o umírajícího pečovat doma s pomocí a podporou rodinného lékaře, někdy placené ošetřovatelky nebo přivolaného kněze (pro poslední pomazání). S umírajícím se stále loučila široká rodina (Marková, 2010).

Dvacáté století přineslo odsunutí otázky smrti a umírání do nemocnic. Stalo se lékařskou záležitostí, bylo to něco, co se musí léčit za každou cenu až do úplného vyčerpání organismu. Pravděpodobně se tak umírání oddělilo od přirozeného koloběhu života. Pokrok v medicíně (kdy docházelo k plošnému očkování), úspěchy při léčbě infekčních chorob, dialýzy a jiné inovativní techniky, umožnily zachraňovat lidské životy i při onemocněních, na které se do té doby běžně umíralo, které se považovaly za smrtelné. Ve společnosti, a především mezi zdravotníky, vznikl dojem, že medicína opravdu může vše a má se snažit bojovat až do (ne vždy vítězného) konce. Nemocní často umírali v osamění, neboť nebylo pro klidný pracovní režim sester žádoucí, aby denní režim v nemocnicích rodinní příslušníci rušili (Marková, 2010).

V šedesátých letech dvacátého století se poprvé objevuje problém zvaný *dystanazie* (zadržaná smrt). Popisuje situaci, kdy medikamentózní léčba a přístroje nedovolí přirozeně zemřít člověku, který by bez nich již dávno skonal. Začaly se objevovat případy, kdy staří lidé po 90. roce svého života byli nuceni co nejdéle žít, byť to znamenalo pošlapat jejich důstojnost zavedením všech možných výstupů (permanentní močový katétr, periferní/centrální žilní katétr, nasogastrická sonda, aj.) a aplikování bezpočtu medikamentů a infuzních roztoků. Tito lidé byli svou situací tak deprimováni a unavení, že o smrt již doslova prosili. Právě takové případy vedly ke dvěma důsledkům – začalo se rozmáhat volání po eutanazii, mluvilo se více o asistovaných sebevraždách a o dobré smrti za asistence lékaře. Dále navozená situace umírajících vedla k celosvětovému rozvoji hospicových hnutí (Marková, 2010).

Tato hnutí se začala nejprve rozvíjet v Anglii, brzy se však rozšířila do dalších západních zemí. O toto rozvinutí se zasloužila Dr. Cecily Saunders, která již v roce 1967 založila první britský hospic St. Christophers v Londýně (Munzarová, 2002). Dále v roce 1974 vznikl první hospic v Americe v Connecticutu. Ruku v ruce s hospicovým hnutím se v 70. letech dvacátého století rozvíjí i paliativní medicína jako samostatný lékařský obor. (Marková, 2010) U nás byl první hospic zřízen v roce 1996, tedy hospic Anežky České v Červeném Kostelci (Munzarová, 2002).

V roce 1982 byl také zřízen první dětský hospic na světě. Opět se tak stalo v Anglii, tentokrát v Oxfordu. Zřídila jej sestra Frances Dominica, která tak učinila spolu s rodiči své první dětské pacientky Helen Worswickové (již ve svých dvou a půl letech měla nádor na mozku). Poté byl tento první hospic i pojmenován – Helen House (Bužgová, 2019).

2.2 Posmrtné rituály a umírání v kontextu různých náboženských tradic

Smrt je od počátku vnímána a prožívána jako smrt druhých. Pro mnohé se tak první kontakt se smrtí stává až na obřadech, kde probíhají poslední rozloučení a rituály. Tyto rituály nacházíme ve všech kulturách, a jelikož je součástí kultury fenomén víry, tak i ve všech náboženských systémech. Pohřební obřady jsou nejen vyjádřením pocty a úcty k zemřelému, ale i jako berlička pro pozůstalé pomáhající srovnat se se ztrátou, úmrtím. Dalo by se říct, že nesou i funkci služebnou a diakonickou. Bez ohledu na vztah ke smrti a její interpretaci jde o rituální diakonii. Někdy se ale pozůstalí chtějí rychle přenést přes to truchlící období, které se se smrtí pojí. Proto se stává, že obřady a rituály nevykonají.

Nedostatek takového truchlení a vynechání rozloučení a smíření může vést k depresivním stavům, či jiným poruchám (Bugel, 2015).

2.2.1 Křesťanství

Ve starověkém Římě existoval zvyk, kdy byl umírající položen na zem a po posledním vydechnutí mu byly zatlačeny oči a zavřena ústa. Následovalo trojí volání jména zemřelého. Jeho tělo pak bylo umyto, pomazáno vonnými oleji, oblečeno do svátečního roucha a vystaveno v atriu domu. Podle řeckého zvyku, který posléze přijali i Římané, byla mrtvému do úst vložena mince, která sloužila jako platba převozníkovi Cháronovi k převozu do podsvětí. Tento zvyk se udržel i po přijetí křesťanství. Tělo pak leželo na márách, které byly zdobeny věnci a květinami. Kolem se zapálily lampy a vonné kadidlo. V domě byl uhašen krb a začalo oplakávání mrtvého. Toto vystavení těla a nářky trvaly různě dlouhou dobu, záleželo na sociálním postavení zemřelého. Poté začal vlastní pohřeb (Bugel, 2015).

V křesťanském novověku smrt nebyla chápána jako okamžitý biologický skok z jednoho stavu do druhého, ale jako přechod z *pozemského utrpení do věčného života*. Již od středověku byly vydávány příručky *ars moriendi*. Jejich četba byla celoživotní přípravou křesťanů na své setkání se smrtí (*memento mori*). Tato zodpovědná příprava během života byla klíčem k dosažení *dobré smrti*. Velký význam byl také přikládán ke způsobu a okolnostem umírání. Ke smrti ve stavu Boží milosti mohli křesťané přijít pouze, pokud při jejich umírání byl kněz, který je při umírání provázel. Od něj na smrtelném loži pak přijímali svátosti a poslední pomazání. Velmi dlouho proto byla smrt spíše duchovní než lékařskou záležitostí. Do procesu umírání byl lékař vtažen až v osmnáctém století (Grubhoffer, 2018).

Svátost a poslední pomazání se nemocným a umírajícím uděluje už od nepaměti. Po dlouhá staletí se tomu říkalo *svátost pomazání umírajících*, avšak jelikož se příbuzní umírajícího vždy báli volat kněze pro pomazání, aby nemocného nevydělili, že se blíží jeho konec, začalo se toto pomazání udělovat těžce nemocným, lidem před operací a lidem oslabeným stářím. Proto se již mluví o svátosti pomazání nemocných. Tuto svátost lze opakovat, pokud dojde k opětovnému relapsu onemocnění. Pomazání samotné pak spočívá v pomazání čela a rukou olejem nemocných (posvěceným biskupem při mši na Zelený čtvrtek) provázeným slovy: „*Skrze toto svaté pomazání ať ti Pán pro své milosrdenství pomůže milostí Ducha svatého. Ať tě vysvobodí z hříchů, ať tě zachrání a posilní*“ (Ondračka, 2017 str. 76).

Před umíráním může také kněz nemocnému u lůžka odsloužit mši, nebo nemocnému přinést a podat svaté přijímání. Nemocný také může zažádat o svátost smíření, vypovídat se z hříchů a následně obdržet rozhřešení. Nezřídka se stává, že chce umírající na sklonku života být pokřtěn. Všechny tyto služby, které může kněz nemocnému poskytnout, mu může poskytnout i v případě, kdy pacient není při vědomí. Pokud nemocný při příchodu kněze zemře, lze se za zemřelého pomodlit, svátosti ani křest však už udělit nelze (Ondračka, 2017).

2.2.2 Judaismus

V židovské kultuře je povinností každého věřícího navštívit nemocné. Dokonce existují doporučení, jak a kdy by taková návštěva měla probíhat. Průběh bývá ve znamení modliteb a přinesení materiální, či duchovní pomoci. Nezřídka také příbuzní zajišťují lékařskou pomoc. Návštěvy by dle traktátu Nedarim neměly probíhat ráno. V tu dobu se nemocný obvykle cítí lépe a navštěvující by mohl chybně vyhodnotit, že se zdravotní stav lepší a nemusel by pak recitovat modlitby. Židé by také (dle traktátu Gitin) neměli hledět na víru nemocného (Bugel, 2015).

Při velmi špatném až terminálním stavu nemocného (židy označovaný za agónii), je kladen důraz na to, aby umírající nebyl v posledních hodinách sám. Důvodem není jen podpora přítomných, ale také přesvědčení, že v tu dobu probíhá souboj mezi anděly a démony o duši dotyčného. Ze stejného důvodu bývá i zapálení svíce. V tomto stavu nemocný recituje vyznání hříchů, které existuje ve dvou různých formách končících však stejně, a to veršem *Šma Jisrael*. Tento rituál vychází z přesvědčení, že není člověka dobrého bez hříchů. Dále následují rituály, které se týkají osobního života zemřelého. Například existuje rituál *chalice*, který zprošťuje pozůstalou manželku povinnosti vzít si bratra zemřelého (což byla v historii mezi židy běžná praxe). Tento rituál se dá také obejít změnou jména manželky nebo rozvodem před smrtí manžela (Bugel, 2015).

Po potvrzeném skonání nemocného se recituje text *Baruch Dajan ha – emet* (Necht' je požehnán Soudce pravdy). Židé tradičně ověřují smrt položením prachového peří na nozdry. Toto peří se pak 8 – 10 minut pozoruje, zda se závanem dechu nepohne. Po recitování textu se provede *keria* – natržení šatu. Pokud keriu provádí rodiče zemřelého, tak šat natrhnou nalevo, pokud někdo jiný tak napravo. Tento rituál může být proveden i v obřadní síni, nebo v domě, kde je zemřelý uložen. V místnosti jsou pozůstalými otevřena okna, zakryta zrcadla a vylita všechna voda. Poté je tělo nějakou dobu ponecháno v klidu

(kolem čtvrt hodiny), následně se zatlačí oči, na oba konce horních končetin se naznačí Hospodinovo jméno *Šadaj*, a tělo se umístí nohama směrem ke dveřím. Jako symbol vyjadřující úctu k duši zemřelého se u hlavy zapálí svíce (Bugel, 2015).

Do 24 hodin po úmrtí by měl proběhnout samotný pohřeb. Během příprav však pozůstali zemřelého nikdy nenechají samotného. Mezi sebou zvolí jedince, který má za úkol zemřelého neustále hlídat. Důvodem, který trvá již z dávné historie, bývala víra, že zlí duchové, snažící se zmocnit duše zemřelého, se bojí lidské přítomnosti. Hlídaní těla je také zařízeno i z důvodu, aby nedošlo ke zhanobení jinou osobou (Bugel, 2015).

2.2.3 Islám

Islámský model morálky klade silný důraz na rodinu a hodnoty, které představuje. Proto se v islámském světě muslimové o své příbuzné starají až do jeho posledních chvil a odchodu na věčnost. Do dnešní doby byly domovy důchodců nebo starobince v muslimském světě nemyslitelné. Tradice islámu neznají svátosti jako v křesťanství, umírajícímu je však do ucha pošeptána šaháda (vyznání víry). Tu má také pronést sám umírající: „*Vyznávám, že není boha kromě Alláha (Alláh v překladu Bůh), a vyznávám, že Muhammad je posel Boží*“ (Ondračka, 2017, str. 58). Umírající leží na lůžku, které je umístěno tak, aby byl dotyčný obrácen tváří k Mekce. Samotná smrt je pak chápána jako oddělení těla od duše, které podle Boží vůle provede anděl *Azrá'il* (Ondračka, 2017).

Tělo zesnulého je pak několikrát omyto, zpravidla zprava doleva. Do poslední vody omytí se pak přidá vonná esence. Zesnulému se až poté zavřou oči a zakryje hlava (Ondračka, 2017). Omyté tělo se pak zabalí do pruhu bílého plátna, u mužů se použije až 12 metrů látky, u žen i více (Baďurová, 2014). Nebožtík je pak pochován co nejdříve, například když dojde k úmrtí ráno, k pohřbu dochází již tentýž den večer. U pohřbu pak nejsou přítomny ženy, jelikož jejich projevy smutku by mohly přesáhnout důstojné hranice obřadu, na které prý Muhammad kladl důraz (Ondračka, 2017). Do hrobu je nebožtík uložen na márách, případně v rakvi. Rakev však přímo není islámem předepsána. V islámských zemích se mrtvý do rakve většinou neukládá. Tělo je do hrobu uloženo na pravý bok a tváří směrem k Mekce (Baďurová, 2014).

2.3 Změny ve vnímání umírání a smrti od 19. století

V devatenáctém století během viktoriánské éry byla smrt brána za přirozenou skutečnost a morální zrcadlo, naopak bylo tabuizováno téma okamžiku narození a sexuality. To se však úplně obrátilo během následujícího století (Grubhoffer, 2018). V průběhu

dvacátého století došlo k mnoha změnám ve vnímání umírání a smrti. Dalo by se brát za zlomové období, které zapříčinilo tabuizování tématu smrti ve společnosti. Díky pokroku medicíny se výrazně snížil počet úmrtí, se kterými se v průběhu života setkáváme. Na běžné nemoci, jež dnes považujeme za banální, ještě na začátku dvacátého století umírali děti i mladí lidé celkem běžně. Téměř každý v dětství měl zkušenost se smrtí, na rozdíl od dnešní doby, kdy je běžné, že člověk na prahu dospělosti nikdy nezažil smrt ať už v rodině nebo přítele. Jelikož tedy pro naše předky byla smrt realitou a běžnou životní příhodou, uměli s ní zacházet. Společnost měla vytvořené rituály a mechanismy, jak se smrtí nakládat, aby dále nezraňovala ani dlouhodobě negativně neovlivňovala pozůstalé. V dnešní době, kdy se otázka smrti uzavírá do zdravotnických zařízení, se všeobecně na rituály, které byly po staletí osvědčené, zapomíná. Dochází tak k nezvládnutí situace a mnohým psychickým problémům. Dnešní mladá generace již není v životě přímo konfrontována se smrtí, setkává se s ní pouze v počítačových hrách nebo filmech, kde se umírá po stovkách a velmi se vše dramatizuje. Případně se o úmrtí člověka doslechnou ve zprávách, kde se více mluví o tragických skoncích. Vše je neosobní a vzdálené, proto jsou pak překvapeni (v dobrém slova smyslu, pokud jde o kvalitní paliativní péči), když se ocitnou v roli pozůstalého a zjistí, jak smrt doopravdy vypadá. Také se dnes výrazně zvýšil průměrný věk. Od roku 1830, kdy se začínají sledovat statistické údaje, se tzv. střední délka života více než zdvojnásobila a nadále se zvyšuje. Z těchto poznatků vyplývá, že se výrazně změnil sociokulturní faktor ovlivňující pohled na smrt. Tyto rozdíly popisuje tabulka č. 2 (příloha A) vypracovaná Monikou Markovou (2010). Jde o přehledné srovnání, kde jsou mimo jiné vidět radikální změny v celkovém vnímání života jako celku a zároveň vyplývající příčiny nepřipravenosti dnešní společnosti na smrt. Faktorů je mnoho, paní Marková však vyzdvihla nejvýraznější z nich (Marková, 2010).

3 ETIKA A PRÁVO

3.1 Zákony a práva v ošetrovatelské péči o umírající

3.1.1 Zákon o zdravotních službách

Poskytování zdravotních služeb je normováno dvěma zákony – zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a zákonem č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách. Byly přijaty v rámci zdravotnické reformy, kdy tyto předpisy nahradily zastaralé zákony (zejména zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu). V platnost byly uvedeny 1. 4. 2012. Jedním z hlavních cílů těchto změn bylo posílení práv pacientů a zamezení vrchnostenského postavení lékařů. Práva a povinnosti hlavních aktérů právních vztahů ve zdravotnictví pak byla vymezena mnohem jasněji a přehledněji (Tomšej, 2016).

3.1.2 Práva pacienta

Pacientova práva jsou popsána v rámci Zákona o zdravotních službách pod § 28, např. §28 odstavec 1. zákona – právo pacienta dostat služby pouze s jeho svobodným informovaným souhlasem. K dalším zákonem garantovaným právům patří např. právo na „poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni“ (§28 odstavec 2. zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách) nebo právo na „přítomnost osoby blízké, nebo osoby určené pacientem, pokud tak není v rozporu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem zařízení a pokud přítomnost těchto osob nenaruší poskytnutí zdravotních služeb“ (§ 28 odstavec 3. písmeno e) bod 3. zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách) (Tomšej, 2016).

S právy pacienta dále souvisí ustanovení §51 Zákona o zdravotních službách, jehož obsahem je povinnost mlčenlivosti veškerého personálu zařízení poskytující pacientovi zdravotní služby (§51 odstavec 5. zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách). Dle nové právní úpravy jde o jedno z nejdůležitějších práv pacienta, spolu se zásadou svobodného a informovaného souhlasu a právem svobodného výběru lékaře. Povinnost mlčenlivosti lze porušit pouze v zákonem uvedených případech – zproštění této povinnosti samotným pacientem, předávání informací nezbytných k zachování návaznosti poskytované péče, případně sdělování údajů pro soudní či obdobná řízení v rozsahu stanoveném zákonem (Tomšej, 2016).

3.1.3 Právní aspekty paliativní péče

Cílem paliativní medicíny není (jako cílem kurativní léčby) ochrana, navrácení a upevnění zdraví, ale mírnění utrpení a udržení dobré kvality života v čase, který nevyléčitelně nemocnému pacientovi zbývá. V závěru života se cíl mění na důstojné a klidné umírání. V knize *Paliativní medicína pro praxi* vydané v roce 2011 autory O. Sláma a L. Prudil uvádí, že zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu ani v době svého přijetí, ani v aktuálním roce vydání knihy po četných novelizacích neobsahuje žádná výslovná ustanovení stran paliativní péče (Sláma, 2011). V roce 2019 již však vychází kniha *Dětská paliativní péče* napsaná Radkou Bužgovou (2019), kde již uvádí, že zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách již paliativní péči definuje v Hlavě I. §5 odstavec 2, písmeno h. Ten říká, že „*paliativní péče je péčí, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí*“ (Bužgová, 2019, str. 14).

3.1.4 Základní právní předpisy související s poskytováním péče umírajícím

V našem právním systému vyplývají zákony ze dvou hlavních právních spisů – Ústava a Listina základních práv a svobod (LZPS). Ta obsahuje nejdůležitější předpisy zachovávající naše základní práva. Paliativní medicína koreluje se zákony obsaženými v článku 6 LZPS – první zní: „*Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.*“, druhý pak: „*Nikdo nesmí být zbaven života.*“. Tato práva jsou nezczitelná, nezpochybnitelná, nedotknutelná. Nikdo nikdy nebude těchto práv zbaven (Sláma, a další, 2011; Čl. 6 zákona č. 2/1993 Sb., LZPS). Pokud dojde k ublížení na zdraví z nedbalosti v rámci péče o pacienta sestrou, nebo lékařem, platí zde §148 trestního zákoníku: „*Kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví tím, že poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti.*“ V případě, že se sestra či lékař dopustí při péči o pacienta těžkému ublížení na zdraví, platí §147, který se od §148 liší výší trestu, a to odnětím svobody na 6 měsíců až 4 léta, případně peněžitým trestem (§148 a §147 zákona č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník).

V roce 2001 byla v České republice ratifikována Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997. Ta má pak přednost před běžnými zákony. V případě rozporu Úmluvy s českými zákony o zdravotnictví by měla být v aplikační praxi dána přednost pravidlům, která z Úmluvy vyplývají. K paliativní péči se pak vážou tři články z této úmluvy – článek 4 („*Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy*“), článek 5 („*Jakýkoliv zákrok v oblasti*

péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas“ – což podporuje náš Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. §28, odstavec 1. Zákona) a článek 9 („Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy by mohl vyjádřit své přání“) (Sláma, 2011, str. 327 - 328).

Etický kodex České lékařské komory se otázkou paliativní medicíny zabývá také. Nejde ale o právní předpis, proto v případném rozporu s právním předpisem má tento předpis přednost. Tématu péče o umírající se věnuje § 2 oddíl 7 – „*Lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium není přípustné*“ (Sláma, 2011 str. 328). V případě, že se lékař, nebo sestra dopustí eutanazie, jedná se o vraždu (§140 zákona č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník). Pro asistované suicidium platí účast na sebevraždě (§144 zákona č. 40/2009, Trestní zákoník).

3.1.5 Právní normy v dětské paliativní péči

V současné době není dětská paliativní péče českými zákony upravena. Proto na péči o umírající dítě dopadají obecná ustanovení upravující poskytování paliativní péče. Dětský pacient je dle Zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. označen jako nezletilý, zejména však upravuje, kdy je nemocnému poskytována zdravotní péče s informovaným souhlasem a kdy bez souhlasu (souhlas osoby oprávněné o nezletilém rozhodovat – nejčastěji zákonní zástupci, typicky rodiče). V případě péče o nezletilého pacienta přináší zákon č. 89/2012 Sb. (občanský zákoník) podrobnější úpravu informovaného souhlasu. Sporné právní momenty v případech dětské paliativní péče pravděpodobně v budoucnu vyjasní soudní judikatura na základě konkrétních případů z praxe (soudní precedens) (Bužgová, 2019).

3.2 Etika v péči o umírající

Stejně jako pro jiné oblasti medicíny, i pro poskytování paliativní péče platí základní etické principy, jelikož součástí zdravotnického povolání by neměly být jen kvalitní dovednosti a sbírání nejnovějších vědomostí. V této oblasti má významné místo i lidskost a schopnost mravních rozhodnutí (Sláma, 2011).

3.2.1 Hippokratova přísaha základem lékařské etiky

Lékařská etika byla od počátku deontologií – naukou o povinnostech. Nyní je to ta část lékařské etiky, která pomocí kodexů a etických doporučení vymezuje povinnosti zdravotníka vůči pacientům, kolegům a veřejnosti. Předmětem jsou normativní předpisy a etická doporučení, kterými se řídí každodenní běžné profesní jednání. V medicíně je základem pro etické jednání Hippokratova přísaha. Zde jsou etické požadavky zasazeny do přísahy bohům, tedy v polyteistické rovině. Křesťanství Hippokratovu přísahu ale i přes to přijalo a odstranilo slib pohanským bohům. Vliv této přísahy je zřejmý i v židovských lékařských kodexech a modlitbách nebo v islámských textech (Opatrná, 2017).

I když považujeme Hippokratovu přísahu za základ etiky ve zdravotnictví, samotná lékařská a ošetrovatelská etika má kořeny daleko hlouběji v historii. Již v Babylonii v zákoníku krále Chammurapiho z let 1792–1750 př. n. l. (který je nejstarší sbírkou právních předpisů) se nachází tresty za chybnou léčbu a neprovedené zákroky. Z uvedených 282 paragrafů se jich 9 týká právě lékařství (Kutnohorská, 2007).

Při shrnutí všech etických zásad Hippokratovy přísahy jde lékaři o čtyři základní principy. Jedná se o dobro nemocných (beneficence), ochrana před poškozením (nonmaleficence), dodržení zákazu zabití nemocného (zákaz eutanazie a asistovaného suicida) a zachování tajemství – princip, který je v Hippokratově přísaze nejméně diskutovaný. Všechny tyto principy zůstaly v platnosti i dnes pro celou medicínu (včetně paliativní medicíny) (Opatrná, 2017).

3.2.2 Základní etické principy

Jedním ze základních etických principů je autonomie. Součástí filozofie o člověku je přesvědčení, že každý člověk je zodpovědný za své zdraví a rozhodnutí učiněná při plné informovanosti. Tato rozhodnutí jsou respektována, i když mohou mít v terminální fázi nemoci za následek smrt pacienta. Vždy je ale potřeba dbát na vyváženost a širší souvislosti v rozhodování. Předpokladem pro pacientovo racionální rozhodování je jeho dostatečná informovanost. Pacient má právo znát informace o svém zdravotním stavu, má ale také právo takové informace odmítnout. První informace pak náleží přímo pacientovi. Pacient má také právo rozhodnout, komu budou informace dále poskytovány, nebo komu informace naopak nepodávat (Sláma, 2011). Prakticky všechny teorie autonomie považují za zásadní dvě podmínky: svobodu (nezávislost na kontrolních vlivech) a aktérství (schopnost úmyslného jednání) (Beauchamp, Childress, 2009).

Dalším etickým principem je beneficence. Tento princip vyjadřuje závazek lékaře vůči pacientovi, že pro něj udělá vše, co je pro pacienta prospěšné. Dobro, důstojnost a kvalita života jsou velmi subjektivní pojmy a můžou být pro pacienta a zdravotníka odlišné – proto je potřeba je hledat vzájemným dialogem, nasloucháním a argumentací. Ideálním nástrojem je pravdivá a empatická komunikace (Sláma, 2011).

Při péči o pacienta je důležité neškodit a nedovolit nikomu uškodit pacientovi (nonmaleficence). Žádné jednání nesmí pacienta primárně ani cíleně poškodit, je třeba brát v úvahu možné nežádoucí poškození nebo vedlejší efekt pozitivní činnosti. Při nonmaleficenci je také na místě i snaha od pacienta vzdalovat vše škodlivé, ať už bolest, nebo sociální ublížení (Sláma, 2011). Obecně platí, že povinnosti nonmaleficence jsou přísnější než povinnosti beneficence. V některých případech nonmaleficence převažuje nad beneficencí, i když nejlepší praktické řešení by bylo dosažení chování beneficentního (Beauchamp, Childress, 2009).

Důležitým etickým principem je spravedlnost. Je to proporcionalita mezi potřebami pacienta a tím, co je společnost schopna poskytnout. Jedná se např. o dostupnost paliativní medicíny v regionech a kvalitou poskytované péče (Sláma, 2011). Standardy spravedlnosti jsou nutné vždy, když mají osoby náležitý prospěch nebo břemeno kvůli jejich zvláštním vlastnostem nebo okolnostem, jako je například produktivita nebo poškození činností jiné osoby. Držitel platného nároku založeného na spravedlnosti má právo, a proto má tento nárok hodnotu. Nespravedlnost zahrnuje protiprávní jednání nebo opomenutí, které odpírá lidem zdroje nebo ochrany, na které mají právo (Beauchamp, Childress, 2009).

Mohou nastat případy, kdy principy budou ve vzájemném etickém konfliktu. V těchto případech je pak důležité vyhodnotit a zvolit kritérium, které je v dané situaci nejvíce prospěšné pro řešení aktuální situace pacienta (Sláma, 2011).

3.2.3 Etické principy v péči o umírající dětské pacienty

Etické principy jsou stejné pro dospělé i děti. Jejich uplatnění v praxi se však poněkud liší. Dítě totiž v určitém věku není schopno chápat ani svou nemoc, ani léčbu. Nemusí být schopné komunikovat ani vyjádřit své myšlenky a přání. Ve vyšším věku má však potenciál stát se autonomním dospělým člověkem a získat schopnost o svém stavu a jiných záležitostech rozhodovat. Bohužel se ale stává, že práva dětí jsou v praxi často méně respektována než práva dospělých. Při uplatňování etických principů u dětí v paliativní péči

v praxi je třeba položit si tři klíčové otázky – Co je potřeba rozhodnout? Kdo rozhoduje? Jak rozhoduje? (Amery, 2017).

Může se stát, že v určitém momentu vyvstanou etická dilemata, která je třeba řešit. Je dobré si tato dilemata napsat a určit každému míru důležitosti a dle výsledku určit, které dilema řešit dříve a které později. Přestože dítě není úplně kompetentní, je potřeba ho začlenit do procesu spolurozhodování o léčbě. Tuto myšlenku podporuje britská Královská vysoká škola dětského lékařství (Royal College of Pediatrics and Child Health), která přinesla doporučení, dle kterého by dítě mělo být v co nejvyšší míře informováno o svém stavu a zapojeno do rozhodování o léčbě (Amery, 2017).

3.2.4 Etické problémy v otázce ukončení života

Jedním z častých etických problémů, na který se hledá vhodné řešení, je eutanazie. Je třeba ale odlišit eutanazii od asistovaného suicida a odstoupení od léčby. Termín eutanazie by měl být výhradně rezervován pro ukončení života jiného člověka (nevléčitelně nemocného), které je soucitem motivované, rychlé, úmyslné a bezbolestné (Munzarová, 2002). Eutanazie je v definici tedy „*úmyslné usmrcení člověka na jeho explicitní opakovanou žádost někým jiným než pacientem samotným*“ (Sláma, 2011 str. 320 - 321). Ve většině evropských států (včetně ČR) je eutanazie trestným činem. Výjimkou je ale např. Nizozemsko, nebo Belgie, zde však eutanazie podléhá velmi přísným pravidlům, která nejsou snadno formálně splnitelná. V Rotterdamských kritériích je každé slovo v definici eutanazie přesně definováno. Mezi kritéria patří: „*Pacient musí být kompetentní a jeho žádost plně dobrovolná; žádost musí být plně uvážená, jasná a opakovaná; pacient musí nesnesitelně trpět (nejen fyzicky); eutanazie musí být poslední možností – ostatní byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými; eutanazii provádí pouze a jedině lékař; nutná konzultace s jiným lékařem, který má již s prováděním eutanazie zkušenosti*“ (Sláma, 2011 str. 320 - 321). Smrt pacienta v tomto případě nepřichází samovolně, je zapříčiněna zásahem druhé osoby (lékařem) – jde o aktivní čin. Například v případě, že by šlo o odpojení pacienta od přístrojů se nejedná o eutanazii. Pacient by zemřel následkem neschopnosti dýchat – nebyl by schopen samostatné existence. V případě eutanazie se objevuje záměr – pacient to požaduje. Pokud pacient není schopen žádost podat (potrat, usmrcení dítěte, demenční pacienti, kóma, aj.), nemluvíme o činu jako o eutanazii (Sláma, 2011).

Řešením otázky eutanazie by ale mohla být paliativní péče. Munzarová (2005) například uvádí rozdíl ve volání po eutanazii mezi Anglií a Nizozemím. V Anglii, kde byly

založeny první hospice na světě, tedy kde se nejvíce vyvíjela paliativní péče, se žádosti o eutanazii prakticky neobjevují. Naopak je tomu v Nizozemí, kde je eutanazie legální a velmi rozšířená. Hovoří se zde o stavu, kdy v Nizozemí hospice nejsou tolik rozšířeny (Munzarová, 2005).

Kromě eutanazie se pak mluví o asistovaném suicidu. Jde o úmyslné usmrcení sebe sama na opakovanou žádost a s pomocí druhé osoby – lékaře. Kritéria platící u eutanazie (ve státech, kde je eutanazie i asistované suicidium legální) platí i u asistovaného suicida. Jediný rozdíl mezi těmito postupy je v technickém provedení. Eutanazii celou provede lékař, zatímco u asistovaného suicida lékař poskytne pomoc pacientovi pro učinění samotného aktu. Poskytne mu rady a prostředky pro to, aby se pacient usmrtil sám. Morální zodpovědnost však stále zůstává na lékaři (Sláma, 2011).

Další probíranou možností ukončení života nemocných v terminálním stádiu je odstoupení od neúčinné nebo neúčinné léčby. Jedná se o nenasazení léčby, nebo odstoupení od takových léčebných prostředků, které pacientovi nepřinášejí žádný užitek a jsou pro něj psychicky i fyzicky zatěžující. Způsobují mnohdy spíše negativní účinek než pozitivní. Tento postup je oproti eutanazii a asistovaného suicida v české legislativě přípustný, a dokonce je i podporován stanovisky stavovských organizací a mezinárodními doporučeními (Etický kodex České lékařské komory §2. oddíl 7 – uvedeno v kapitole 3.2.1. – podobně vyznívají i např. Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny a Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 o ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.) (Sláma 2011).

3.2.5 Dříve projevená přání

Evropská asociace paliativní péče ve svém prohlášení z roku 2002 jako alternativu žádostí o eutanazii doporučuje pacientům vyjádřit se ke zdravotní péči na konci života prostřednictvím dokumentů známých pod anglickými názvy advance directives, living will nebo DNR (do not resuscitate) (Heřmanová, a kol., 2012).

Kardiopulmonální resuscitace (KPR) je indikována k odvrácení efektu kardiopulmonální zástavy. K jejímu provedení není potřeba jakéhokoliv svolení pacienta. Je tedy poskytnuta každému pacientovi bez nutnosti podepsání souhlasu s touto procedurou. Výjimkou je však autorizované neposkytnutí KPR určitému pacientovi, které je označováno již zmíněným označením DNR. V současné době by mělo být rozhodnutí o příkazu neresuscitovat (DNR) založeno na dvou úvahách. První úvahou je, že „KPR není indikována

v situacích, kdy není možné obnovit fyziologickou funkci.“ Druhá je „svolení pacienta, nebo jeho zákonného zástupce“ (Jonsen, 2019 str. 37 - 38). Odborná kritéria související s DNR vznikala většinou na jednotkách intenzivní péče. Důvodem byla problematika umírajících lidí závislých na přístrojích. Tito lidé se již nemohli vyjádřit formou dříve vyslovených přání, a tak se stalo DNR jistým řešením tohoto problému (Haškovcová, 2015).

Advance directives, neboli dříve projevená přání, jsou všechny dokumenty, které umožňují pacientům písemně vyjádřit přání ohledně léčby, již si pacient v určitých situacích přeje, nebo nepřeje. Patří sem také dokument *durable power of attorney*, ve kterém pacient určí osobu, která může místo pacienta rozhodovat v otázkách léčby a péče, pokud pacient nebude sám za sebe schopen rozhodnout (Heřmanová, a kol., 2012).

Možnost využití dříve vyslovených přání je již poskytnuta i českým občanům. Upravuje to Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách, v účinnost byl uveden 1. 4. 2012. Původně stanovená doba dříve vyslovených přání maximálně 5 let byla zrušena. Na druhou stranu ale řada nejasností, například problém dokument vyhledat, se staly důvodem, proč se zatím dříve projevená přání v praxi moc neuplatňují. Za pacienta nemůže takto rozhodnout ani opatrovník, ani zákonný zástupce (u dětí). Když je léčba zahájena, aniž by byl tento dokument lékaři zpřístupněn, a přerušení takovéto léčby by vedlo ke smrti pacienta (§36, odst. 5), není ho třeba respektovat. To platí i v případě objevení nové formy léčby. Z etického hlediska je třeba brát v potaz, zda by bylo po těchto změnách přání pacienta stále stejné, jelikož je rozdíl v rozhodnutí o léčbě v době, kdy byl pacient zdravý a v době, kdy je pacient vážně nemocen, a jsou známy nové formy léčby. Komplikace se vyskytují také v situacích, kdy příbuzní nesouhlasí s přáním pacienta, tedy že chtějí pokračovat v léčbě i když pacient ne a naopak. Jistotou však zůstává, že institut dříve vyslovených přání je v českém právu novinkou a ani v neformální realitě nemá tradici (Haškovcová, 2015).

V roce 1969 byl americkým právníkem Louisem Kutnerem poprvé sepsán dokument *Living will* (životní vůle). Jde o vůli nebo přání důstojně zemřít. Podle Kutnera měl dokument přispět k řešení situací tehdy aktuálních. Účelem bylo změnit praxi, kdy se činy lidí zabíjejících ze soucitu soudily jako jiné nemilosrdné vraždy, legálně umožnit umírajícím zemřít, pokud si to přejí, umožnit pacientům vyjádřit své přání zemřít, i když nebudou schopni poskytnout souhlas, a nakonec zajistit uspokojení jejich potřeb poskytnutím prostředků, které situaci vyřeší dobře proveditelným způsobem. Díky living will se začalo

více mluvit o otázkách do té doby tabuizovaných – tedy umírání a smrt. Lidé začali více přemýšlet o vlastních postojích, pocitech a přáních (Heřmanová, a kol., 2012).

Postupem času se formy dříve vyslovených přání vyvíjely a zdokonalovaly. Jejich používání bylo v Evropě v roce 2009 legislativně upraveno v celkem 11 zemích. K šíření této myšlenky významně přispělo schválení a uvedení do praxe Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Výborem byl tento dokument přijat v roce 1997, Česká republika jej v roce 1998 podepsala a v roce 2001 zařadila do sbírky mezinárodních smluv (Heřmanová, a kol., 2012).

4 SESTRA A PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

4.1 Zátěž sestry při péči o umírající

Umírání je emočně velmi náročná situace pro všechny zúčastněné – nelékaře nevyjímaje. Dá se i tvrdit, že sestry představují jednu z nejvíce zatížených skupin, jelikož se setkávají se smrtí ve chvíli, kdy svádí boj o pacientův život. Často jsou konfrontovány se situacemi sdělování kruté pravdy ve vztahu k diagnóze a prognóze člověka i přes svou nekompetentnost. Sestry, které umírajícího ošetřují, vidí jejich bolest, trápení a setkávají se s etickými i právními dilematy (Špatenková, 2014). V souvislosti s péčí o pacienty a vztahem mezi sestrou a pacientem jsou stanoveny role sestry v ošetrovatelské péči. Sestra je nejen pečovatelkou, je také edukátorkou pacienta, jeho asistentkou, koordinátorkou, ale i obhájkyní. Právě s rolí obhájkyně souvisí problematika těchto dilemat. Sestra hájí práva pacienta, při této činnosti však může narazit na již zmíněná právní a etická dilemata (Plevová, a kol., 2018). Špatenková (2014) shrnuje výzkum Bártlové a Johánkové, který se zabýval zkoumáním situací, které sestry uvádí jako zátěžové. Objevují se zde situace, kdy je sestra přítomna při sdělování nepříznivé diagnózy, případně kdy nedostatečně informovaný pacient tyto informace požaduje právě od sestry. Další situace, které byly uvedeny jako zátěžové, jsou např. úmrtí dítěte, osamělost pacienta, situace, kdy se rodina pacienta štítí například pro jeho marasmus nebo v neposlední řadě i prodlužovaného umírání u příliš starých a nemocných pacientů (Špatenková, 2014).

Zvýšená zátěž vede také ke zvýšenému stresu. Jeho příznaky se odráží jak v psychické a fyzické stránce člověka, tak i v jeho chování. NELZP (Nelékařský zdravotnický pracovník) bývá nerozhodný, změní se mu denní rytmus, kdy má problémy usnout a spát. Svět vidí v temných barvách a mluví spíše pesimisticky. Vysoký stres také vede k nedostatečnému plnění pracovních povinností. Sestra se úkolům vyhýbá, nebo je při jejich plnění nepozorná. Pro prevenci stresu vypracoval Křivohlavý (2010) desatero pro zdravotní sestry v péči o jejich vlastní přežití, které uvádím v příloze B (Křivohlavý, 2010).

4.2 Komunikace sestry s pacientem v terminálním stádiu nemoci

Nejzásadnější kompetencí sestry je komunikace. Ta je důležitou složkou péče o nemocné, jelikož komunikací odkrýváme naši osobnost a postoj k druhému. Pro pacienty je právě náš postoj k nim důležitý, nechtějí být na obtíž a zároveň se mezi pacientem a sestrou vyvíjí důvěra, která je při péči o nemocného klíčová. Pacient si je jistější, když zná náš vnitřní postoj k němu, zda nám jde doopravdy o ně jako o osobnost, nebo zda jen děláme

svou práci. Dle našeho přístupu k němu se potom dále odvíjí pacientova otevřenost, vnitřní stav, ale i míra a ochota spolupracovat během hospitalizace. Komunikace jako kompetence se dá rozklíčovat do menších elementů, které když sestra ovládá, pomáhají získat a udržet si pacientovu důvěru, a tudíž jeho vnitřní klid a stabilitu. Podle Markové (2010) se jedná o umění navázat kontakt, vytvoření atmosféry důvěry, umění zvládnout komunikaci s pacientem s afázií, či zvládnutí komunikace s rodinnými příslušníky (Marková, 2010).

V péči o umírající je pak důležité, aby sestra věděla, jakým způsobem s nemocnými jednat a poznat, co je správné, i když je to těžké jednoznačně určit. Podle J. Křivohlavého (2002) však existuje jednotný souhlas v tom, jak se nechovat. V komunikaci s umírajícím není dobré, aby mu sestra vnucovala potřebu akceptace konce. Na takové přijetí musí být pacient připraven – smrt nikdy přirozeně nepřijmeme hned, ale až po době, ve které sami filozofujeme nad bytím a vlastním životem. Odkazuje k této myšlence i označení pěti fází procesu umírání (tabulka č. 1, příloha A) (Křivohlavý, 2002). V komunikaci sestra využívá techniky aktivního naslouchání. S jejich pomocí si ověřuje, že správně dotyčnému porozuměla. Vyjadřuje tak také zájem pacientovi naslouchat a vyřešit jeho problém, nebo starost. Sdělení pacienta nehodnotí ani nevysvětluje. Mezi metody aktivního naslouchání se řadí například povzbuzení, objasnění, zrcadlení, aj. (příloha B) (Pokorná, 2011).

Sestra nesmí ani zapomínat na specifickou komunikaci s nemocným. Lidskou osobnost i charakter ovlivňuje každý skutek ze života, každá událost a zkušenost, dokonce i lidé, kteří dotyčného obklopovali. Proto musí být komunikace i péče (a to nejen o umírající) individualizovaná. Někomu bude vyhovovat osobnější přístup, jiní ocení více prostoru pro sebe. I to musí mít každá sestra na paměti při zajišťování co nejlepšího prostředí pro smrt v klidu, míru a vyrovnanosti. I přes flexibilitu péče o umírající však platí, že je třeba vést komunikaci ne v duchu diskuze, ale monologu (kdy mluví pacient) a naslouchání. Sestra tím dává najevo svou úctu i účast, kdy pacient pozná, že na to není sám a že je stále někdo, kdo ho vnímá a komu se může svěřit se vším, co by chtěl na sklonku života sdílet (Křivohlavý, 2002).

Při komunikaci sestra sleduje také neverbální projevy, které jsou často v rozporu s těmi verbálními (i když je komunikace celek, ve kterém mluvíme slovy, tělem i činy). Neverbální projevy jsou na rozdíl od verbálních instinktivní, nedají se dost dobře hlídat. Proto je nezbytnou dovedností sestry nezanedbávat neverbální komunikaci, a naopak se naučit jí naslouchat – sestra naslouchá očima, ušima a srdcem (Venglářová, 2006).

Z neverbálních zpráv sestra dostává mnoho informací o pocitech a postojích pacientů. Pomáhají jí ovlivňovat komunikaci potřebným směrem, překonávat komunikační překážky, lépe pochopit prožívání, emocionální stavy a potřeby pacientů, anebo ovlivňovat dojem, kterým působí na jiné. V neposlední řadě neverbální komunikace pomáhá lépe porozumět pacientům, kteří nejsou schopni verbální komunikace. To všechno zvládne sestra poznat z mnoha složek neverbální komunikace (Zacharová, 2016). Mezi základní složky patří například vizika, mimika, kinetika, proxemika, posturologie, aj. (Pokorná, 2011).

4.2.1 Komunikace sestry s pacientem s afázií

Afázie vzniká důsledkem traumatické události nebo při onemocnění. Nejčastěji se objevuje při úrazech mozku, mozkových nádorech nebo cévní mozkové příhody. Komunikační schopnosti pacienta před výskytem afázie byly v pořádku (Kelnarová, 2014).

Afatická porucha se mezi umírajícími vyskytuje velmi často (nejčastěji v souvislosti s tumorem CNS). Pro pacienty s onkologickým onemocněním CNS nebo také pacienty tak vysílené chorobou, že je pro ně mluva obtížná, a je potřeba najít komunikační kanál. Důležitou dovedností sestry je zde vytvořit takový komunikační kanál, který je pro pacienta nejlepší vzhledem k jeho specifickým komunikačním problémům a obsahu sdělení (Marková, 2010). Ve spolupráci s logopedem se sestra snaží udržovat (pokud ne zlepšovat) fázi afázie. Zpočátku je takováto práce s afatikem obtížná, jelikož ztráta schopnosti komunikovat má takový negativní dopad na psychiku mnohých lidí, že při prvním kontaktu odmítají spolupracovat. Diagnostika afázie se pak omezuje na orientační vyšetření (Cséfalvay, 2007).

V péči o afatického pacienta a při komunikaci s takovým umírajícím se zároveň udržují terapeutické postupy afázie. Do takové terapie je vhodné zapojit i rodinu a blízké. Ti také mohou využívat terapeutických postupů při komunikaci s pacientem a takto mu pomoci udržovat nebo i zlepšovat afatické projevy. Sestra při komunikaci s afatickým pacientem podporuje jeho snahy komunikovat. Dle míry a typu afázie pak sestra individuálně upravuje způsob komunikace. Vychází z diagnostiky logopedem a osobnostní složce pacienta (Cséfalvay, 2007). Důležitá je artikulace a pomalejší a stručná mluva výrazným hlasem. Otázky je třeba pokládat jasně a tak, aby pacient dle svých dispozic zvládnul odpovědět. Sestra by pak měla brát v úvahu náročnost takové komunikace pro pacienta a jeho snadnou unavitelnost. Proto by takový rozhovor neměl být dlouhý a náročný. Lepší je eliminovat vedlejší rušivé efekty (jako například televizi) a s dotyčným mluvit raději individuálně než

ve skupině. Afatický pacient může chápat celkovou situaci kolem, avšak nemusí rozumět všemu, co mu sestra (nebo kdokoliv jiný) říká (Slowík, 2010). Závažnými chybami v komunikaci s afatickým pacientem je nezáměr sestry s takovým pacientem komunikovat, jeho zesměšňování a podceňování a v neposlední řadě vyhýbání se komunikaci s pacientem komunikovat (Kelnarová, 2014).

Jako komunikační prostředek může také sestra využít kresbu (při narušení expresivní řeči). Výzkum britek Sachett, Byng, Marshall a Pound již z roku 1999 (Cséfalvay, 2007) ukázal, že při léčbě jejich sedmi pacientů metodou kresby došlo ke zlepšení a zařazení této metody do běžného komunikačního kanálu těchto pacientů (Cséfalvay, 2007). Dále osvědčenými pomůckami k usnadnění komunikace s afatickým pacientem jsou obrázkové slovníky, piktogramy nebo obyčejná písemná komunikace (Slowík, 2010).

4.2.2 Podpora rodiny pacienta sestrou

V péči o umírajícího pacienta je třeba mít na paměti, že je pacient členem nějaké rodiny. Celá rodina je zasažena stavem umírajícího a trpí spolu s ním. Zároveň se také nemocný trápí myšlenkou, že by měl způsobit rodině trápení a obtíže. Sestra v této situaci musí zvládnout rodině šetrně, citlivým způsobem poskytnout pravdivé a jasné informace o průběhu umírání a o tom, čím si nemocný patrně prochází a jak mu nejlépe mohou pomoci. Každý NELZP musí přijmout rodinu pacienta takovou, jaká je. Sestra by také měla umět předcházet konfliktním situacím a umožnit pozůstalým projít procesem truchlení (příloha B) a ventilovat své pocity a myšlenky. Pozůstalí se často ocitnou v situaci, kdy neví, co dělat dále, sestra by jim měla umět v tomto okamžiku pomoci překážky překonat a adaptovat se na nový život bez milované osoby (Marková, 2010). Pomoc sestry by měla také spočívat v poskytnutí citové opory, porozumění a projevení účasti. Sestra by také měla adekvátně přizpůsobit komunikaci, stejně jako lékař při sdělování smrti pacienta pozůstalým (Janáčková, 2008).

Podpora rodinných příslušníků musí být přiměřená. Objevují se rodiny, které jsou schopny situaci zvládnout samy a odmítají podporu i pomoc. Podle výsledků z výzkumu provedeného Radkou Bužgovou (2015) požadovali více podpory životní partneři pacientů oproti ostatním příbuzným. Při péči o rodinné příslušníky musí být respektováno jejich soukromí. Souvisí to se zachováním si optimálního odstupu. Pokud je překročen, narušuje se soukromí rodiny, pokud je však zase příliš velký, mohou se blízcí pacienta cítit odmítnuti (Bužgová, 2015).

4.3 Faktory ovlivňující vztah mezi sestrou a pacientem

Pro navázání dobrého kontaktu je nezbytný skutečný zájem sestry o pacienta. Je to vnitřní postoj ovlivňující další konání sestry vůči pacientovi. Pakliže se o něco nezajímáme, nemůžeme se tomu dost dobře věnovat. Pokud však sestra tento zájem má, je dobré, aby si také osvojila techniky aktivního naslouchání (příloha B). Již od prvního kontaktu s pacientem, nejčastěji při odběru ošetřovatelské anamnézy, se pracuje na vztahu mezi pacientem a sestrou. Od této chvíle si již pacient vytváří vztah a názor na hospitalizaci a personál, proto je důležité již od této chvíle projevit skutečný zájem a místo úsečných otázek souvisejících s anamnézou využívat technik aktivního naslouchání (Marková, 2010).

4.3.1 Důvěra pacienta k sestře

S uměním navázání dobrého kontaktu úzce souvisí tvorba atmosféry důvěry. I zde je nadmíru důležitý opravdový zájem NELZP o pacienta. Mimo to je ale pro tvorbu důvěry důležité, aby pacient alespoň částečně mohl rozhodovat o tom, co se s ním bude dít a aby byl sestrou i lékařem dobře informovaný o svém stavu. V praxi, zvláště v oboru paliativní péče, je tato skutečnost ale velmi obtížná. Často se sestry (hlavně v hospicích) setkávají s pacienty, kteří nevědí nic o svém zdravotním stavu ani o zařízení, kam se dostali. Cítí se pak podvedeni vlastním lékařem, případně lékařem z oddělení, odkud byli přeloženi (Marková, 2010).

V každém případě je v tomto aspektu velmi důležité, aby sestra, lékař i ostatní ošetřující personál nechali pacienta spolurozhodovat, i kdyby šlo o drobnosti. Rozhodování o sobě samém v jakékoliv míře je základní otázkou lidské důstojnosti. Ať už jde o rozhodování o léčbě, či o tom, kterou košili si dotyčný na sebe vezme, vždy je potřeba mít na paměti, že každý, ať už je schopen komunikovat, či ne, má právo o sobě rozhodovat. Tato skutečnost je často jednou z nejdůležitějších věcí, která ovlivňuje psychický i fyzický stav pacienta (Marková, 2010).

4.3.2 Zachování důstojnosti

Mnoho pacientů v terminálním stádiu onemocnění prošlo různými nemocničními odděleními. Jejich zkušenosti s chováním nelékařů i lékařů jsou proto různé. Často bohužel dehonestující. Proto je v péči o umírající pro sestru primární posílit důstojnost každého pacienta. Pomoci pacientovi zachovat důstojnost však brání některé informace o pacientovi uvedené např. v překladové zprávě. Pokud zde sestra nebo lékař uvedou, že je pacient např. nespolupracující, a odmítá komunikovat, pak se stává, že se na novém oddělení k pacientovi sestry chovají už s těmito předsudky, aniž by pacienta poznaly samy. Proto je

důležité, aby sestra takové informace brala v úvahu, ale zároveň aby se jimi nenechala ovlivňovat při poznávání pacienta (Marková, 2010).

4.3.3 Empatie a emoční podpora pacienta ze strany sestry

Každá sestra ví, že musí brát vážně všechny pacientovy obavy a stesky a že je třeba na ně správně reagovat, a to i v případě, že se jedná o dle sestry neopodstatněné obavy či se pacient jeví zmatený. Toto je klíčová dovednost pro doprovázení pacienta v terminálním stádiu života. Sestra může pomoci pacientovi uchovat naději, pokud se uchýlí k rozhovoru, který splňuje všechna kritéria potřebná pro snahu pomoci nemocnému pochopit jeho současnou situaci. Zároveň je třeba pomoci pacientovi najít hodnoty, úkoly, nebo události, se kterými může vázat svou naději. Charakter těchto úkolů může být vnější, častěji ale bývá vnitřní. Souvisejí se zhodnocením přijetí vlastního života, smířením, urovnání vztahů apod. (Marková, 2010).

V situacích, ve kterých nelze zdánlivě nic dělat, je sestra často jediná, kdo dokáže s nemocným o jeho nemoci mluvit upřímně, bez planého utěšování. Pacientovi i jeho rodině je nutno ponechat prostor vyjádřit své emoce, odreagování. Sestry se často ocitají v roli opory, kdy se stávají poskytovatelkami náruče pro pláč, nebo také poradkyněmi při řešení problémů ve vztazích, či materiálních věcech. Po skonu pacienta se sestra stává oporou i pro rodinu, která se ocitá v nevědomosti, co dál. Pozůstalé je třeba vyslechnout, poradit v praktických věcech kolem pohřbu, aj. (Marková, 2010).

4.3.4 Sestra a hodnocení psychosociálních problémů v péči o umírající pacienty

Pokud sestra vykonává ošetrovatelskou péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci, měla by správným odběrem anamnézy zhodnotit vliv nejen přidružených fyzických projevů nemoci, ale taky psychosociálních okolností. Vždy by měla sestra rozpoznat postoj samotného pacienta vůči jeho nemoci, zda si uvědomuje míru závažnosti onemocnění a co si o svém stavu myslí. Sestra také zjišťuje vztahy v rodině, mezi přáteli, psychický stav nemocného, změny v životní roli, ale také i pacientovy přání a potřeby. Zkoumá pacientův charakter, žebříček hodnot, případně životní postoj. Často může nemoc velmi těžce zasáhnout do pacientova sociálního života. Takto negativně působí na psychiku nemocného a může dojít k neschopnosti se uzdravit. V této oblasti může sestra alespoň částečně pacientovi pomoci a zvýšit tak efektivitu léčby, případně zvýšit komfort ve stádiu umírání (Marková, 2010).

Na nemoc má vysoký vliv také víra. Spirituální oblast je důležitá nejen pro věřící, ale i pro ateisty. Řadí se sem totiž i problém v souvislosti se smyslem bytí. Záleží na tom, jaký vidí nemocný ve svém životě smysl. Často, zejména v těžkých onemocněních, totiž nemocný ztrácí smysl života a uzdravení pro něj ztrácí prioritu. Proto je důležité vyhodnotit aktuálnost tohoto problému, jelikož snaha o uzdravení (takže i vidina smyslu v uzdravení) je klíčová při samotném uzdravení (Marková, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

V dnešní době, kdy se technicky stále rozvíjíme a snažíme se prodloužit si život co nejvíce, je téma smrti málo probírané. Problémem však všeobecně je to, že spolu se snahou udržení se co nejdéle na životě dochází k medicinalizaci smrti. Smrt přestává být přirozeným protikladem života a my, zvyklí žít a spoléhající se na nedosažitelný konec, jsme začali smrt maximálně odmítat. To vedlo k našemu strachu z umírání a neschopností se se smrtí v našem životě vyrovnat. Obecně ji bereme jako chybu, kterou je potřeba opravit, nebo vymazat. Proto jsou umírající více a více odsouváni do nemocnic a jiných sociálních zařízení, kde umírají, většinou osamoceni.

Při péči o takové pacienty se personál setkává se zvýšenou psychickou zátěží. Sestry jsou v přímém kontaktu s pacienty a jsou vystavovány různým projevům pacientovy nemoci. Setkávají se s různě těžkými případy a se širokým spektrem reakce pacienta na smrtelnou realitu.

Cílem práce se tak stalo zmapování postojů a názorů všeobecných sester k umírání a ke smrti. Vyskytují se rozdílnosti v přístupu a formě péče o umírající klienty?

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Zmapovat názory a postoje sester v přístupu k péči o umírající.

6.2 Dílčí cíle

Dílčí cíl 1 Analyzovat rozhovory a porovnat rozdíly v přístupu sester k péči o umírající.

Dílčí cíl 2 Zmapovat potřebu sester používat metody pro udržení duševní rovnováhy.

Dílčí cíl 3 Zjistit názory a postoje sester k eutanazii a aktuálnímu stavu paliativní péče.

Dílčí cíl 4 Zhodnotit komunikaci sestry s umírajícím a jeho rodinou.

Dílčí cíl 5 Pomocí kódování graficky znázornit výsledek z rozhovorů a analyzovat vztahy mezi výpověďmi sester.

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkumné otázky byly vytvořeny v souvislosti se stanoveným hlavním cílem a dílčími cíli.

Základní VO 1 vztahující se k dílčímu cíli 1:

Vyskytují se rozdílnosti a shody v přístupu a formě péče o umírající klienty?

Specifická výzkumná otázka 1/1: Vyskytují se rozdílnosti a shody v provádění rituálů při péči o zemřelého mezi respondentkami?

Základní VO 2 vztahující se k dílčímu cíli 2:

Jakým způsobem respondentky subjektivně prožívají péči o umírající pacienty?

Specifická výzkumná otázka 2/1: Jaké sestry využívá metody pro udržení vlastní duševní rovnováhy při péči o umírající?

Základní VO 3 vztahující se k dílčímu cíli 3:

Jaké se vyskytují názory respondentek na eutanazii a paliativní péči?

Specifická výzkumná otázka 3/1 Pojmenovaly respondentky problémy v poskytování paliativní péče?

Základní VO 4 vztahující se k dílčímu cíli 4:

Jakým způsobem sestry komunikují s umírajícími pacienty a jejich rodinou?

Specifická výzkumná otázka 4/1: Jaký vnímají respondentky rozdíl v komunikaci s umírajícím oproti komunikaci s jeho rodinou?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentek byl záměrný. Nejdůležitějším společným rysem těchto respondentek jsou jejich zkušenosti s péčí o umírajícího, kdy se s touto péčí každá z nich setkala. Každá však zastupuje jiný typ oddělení, kde se umírající lidé vyskytují. Byly tedy osloveny respondenty z onkologické a radioterapeutické kliniky, dětské kliniky (hematoonkologie), oddělení klinické farmakologie, kliniky anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny (vše v rámci Fakultní nemocnice v Plzni) a také respondentka z Hospice sv. Lazara v Plzni. Tyto rozdíly byly důležité pro srovnání postojů, názorů a emoční vyrovnanosti sester na všech specifických typech oddělení (hospic, onkologie, pediatrie, intenzivní péče, standardní lůžka). Každá z respondentek se ve zdravotnictví pohybuje déle než 5 let, všechny respondenty jsou všeobecnými sestrami. Jedna z respondentek je věřící. Na výzkumu se podílelo dohromady 5 respondentek.

9 METODIKA PRÁCE

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda. Při tomto typu sběru dat je malý soubor respondentů. Tato metoda využívá hloubkové individuální či skupinové rozhovory – analyzuje narativní informace (ne číselné). V centru výzkumné pozornosti se nachází samotný člověk, který je zkoumán v jeho přirozeném prostředí (Kutnohorská, 2009).

Výstupem je zpracování rozhovorů pomocí programu Atlas.ti a to formou otevřeného kódování, kdy byly rozhovory defragmentovány do kódů, mezi kterými byly graficky znázorněny vztahy. Druhým výstupem bude prezentace výsledků na konferenci, kterou na jaře roku 2020 pořádá Fakulta zdravotnických studií při Západočeské univerzitě v Plzni.

Data byla získána formou polostrukturovaného rozhovoru s jednotlivými respondentkami. Samotný rozhovor je tvořen dvěma částmi – demografickými otázkami potvrzujícími splnění kritérií pro výzkum a ze čtyř obecných otázek týkajících se základních témat, které bylo potřeba zmapovat – postoj ke smrti a umírání, péče o vlastní psychiku, popis úmrtí, které respondentku ovlivnilo, změna v postoji k problematice během praxe. Ty jsou doplněny upřesňujícími otázkami závislými na obsahu odpovědi respondentky. Rozhovory probíhaly zároveň s pozorováním neverbálních projevů respondentek popisující jejich emoce a prožitky. „*Slova jsou používána ke sdělování informací. Řeč těla (čili nonverbální komunikace) vyjadřuje postoje, pocity a city.*“ (Borg, str. 35, 2012).

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Kvalitativní výzkum probíhal ve FN – Plzeň od 21. 10. 2019 do 14. 2. 2020. V Hospici sv. Lazara proběhl rozhovor 30. 1. 2020, povolení k šetření bylo uděleno na místě. Po potvrzení žádosti o provedení šetření a se svolením vedoucích pracovníků na specifických oddělení, byly konkrétní respondentky požádány o účast na výzkumu. Dvě respondentky nám byly doporučeny vedoucím pracovníkem. Při svolení těchto respondentek s nimi byl podepsán informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho nahráním na diktafon. Mimo zachování anonymity respondentek byly obeznámeny s jejich možností bez udání důvodu neodpovědět na otázku, nebo rozhovor ukončit. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru v kombinaci se sledováním neverbálních projevů tak bylo vyzpovídáno 5 respondentek z různých oddělení a zdravotnických zařízení.

Rozhovor s R1 probíhal v Městské knihovně v Plzni. K rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas vzhledem k ochraně identity respondentky a souhlasem s nahráním rozhovoru na diktafon. V průběhu rozhovoru bylo prostředí klidné a bez rušivých elementů – rozhovor nebyl nijak přerušen. Vzhledem k pragmatickým a věcným odpovědím respondentky trval rozhovor 15 minut. Atmosféra byla klidná a přátelská, nedošlo k časovému omezení.

Rozhovor s R2 probíhal v kombinaci s pozorováním na jejím pracovišti v klidné, prázdné místnosti (denní stacionář) v průběhu její směny. K rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas obsahující zajištění ochrany identity respondentky a souhlas s nahráním rozhovoru na diktafon. V průběhu rozhovoru bylo prostředí klidné, 2x došlo k přerušení na dobu v řádu vteřin jinou sestrou z oddělení. Rozhovor trval 25 minut v klidné a pohodové atmosféře. Rozhovor nebyl postižen možnou časovou tísňí respondentky z provozních důvodů.

S R3 probíhal rozhovor v onkologické poradně ve FN v Plzni. K rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas vzhledem k ochraně identity respondentky a souhlasem s nahráním rozhovoru na diktafon. V průběhu rozhovoru bylo prostředí velmi příjemné, i když byl rozhovor přerušen telefonátem. Rozhovor trval kolem 30 minut. Atmosféra byla přátelská, klidná a nedošlo k omezení žádným časovým rozvrhem.

Čtvrtý rozhovor s R4 proběhl v kanceláři vrchní sestry v Hospici sv. Lazara. S ohledem na zachování anonymity a souhlasem s nahráváním rozhovoru byl podepsán

informovaný souhlas. Prostředí bylo klidné, světlé, respondentce dobře známé. Při rozhovoru došlo k vyrušení na pár minut loučící se evidentně kolegyní. O problematice jsme se s respondentkou bavily 40 minut. Pro rozhovor bylo dostatek času.

Poslední z rozhovorů byl uskutečněn na pracovišti R5 na vyšetřovně. K rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas vzhledem k ochraně identity respondentky a souhlasem s nahráním rozhovoru na diktafon. V průběhu rozhovoru bylo prostředí rušivé, probíhala tam práce kolegyně respondentky a hovory mezi lidmi z personálu. V průběhu došlo k vyrušení emočním stavem respondentky, kdy se rozplakala a odmítla dál odpovídat na otázku. Rozhovor trval kolem 30 minut, nebyl omezen časovou nedostatečností. Atmosféra byla jinak klidná a přátelská.

11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Identifikační údaje respondentek

Respondentka 1 (R1) pracuje na lůžkovém oddělení kliniky anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM). Nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské, které rozšířila o specializaci SIP (specializace v intenzivní péči). Respondentce je 40 let, v oboru se pohybuje 20 let.

Respondentka 2 (R2) pracuje jako dětská sestra na dětském hematologickém oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je bakalářské a diplomovaný specialista v oboru dětská sestra. Odbornou praxi vykonává již 13 let, respondentce je 38 let.

Respondentka 3 (R3) je všeobecná sestra na onkologické a radioterapeutické klinice. Stejně jako u R2 je jejím nejvyšším dosaženým vzděláním bakalář s diplomovanou specialistkou. Respondentce je 35 let a délka její odborné praxe je 9 let. Oproti ostatním respondentkám je tato respondentka věřící. Vyznává křesťanskou víru.

Respondentka 4 (R4) pracuje jako všeobecná sestra v Hospici sv. Lazara. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je střední zdravotnická škola. Respondentky věk je 59 let a odbornou praxi vykonává 41 let.

Respondentka 5 (R5) pracuje na oddělení klinické farmakologie jako všeobecná sestra. Nejvyšší dosažené vzdělání má ze střední zdravotnické školy. Toto vzdělání respondentka rozšířila o specializace v oboru instrumentář a ošetrovatelská péče v interně. Délka její odborné praxe je 49 let, samotné respondentce je 67 let.

Rozbor a srovnávání rozhovorů

Hlavní kategorie dat:

1. Prožitky sester při péči o umírající
2. Komunikace sestry
3. Emočně složité úmrtí pro sestru
4. Psychická hygiena
5. Rituály
6. Postoj sestry k eutanazii
7. Problematika paliativní péče

Prožitky sester při péči o umírající

Při péči o umírající pacienty skoro všechny respondentky uvedly, že záleží na situaci, nebo stavu pacienta. R1 a R4 uvedly, že záleží na věkové kategorii umírajícího. Shodně uvedly, že obtížnější pocity prožívají při péči o mladé pacienty než při péči o pacienty v kmetském věku. R5 pak přímo o vyšší obtížnosti péče o mladého člověka nemluvila, rozplakala se však, když vzpomínala na úmrtí dětí: „*No a to mám husí kůži, hned mi naskočila, protože já jsem dělala strašně let na záchrance a to jsou úmrtí dětí a to mám fakt husí kůži a nechce se mi o tom mluvit.*“ (R5) R2 vzhledem ke svému zaměření mluvila více o péči o celou rodinu umírajícího dítěte, včetně pacienta. Popisovala rozdílnosti v péči o věřící rodiny, o rodiny smířené se stavem dítěte nebo naopak nesmířené. Podle jejího názoru je jednodušší péče o rodiny, které jsou věřící a smířené se stavem dítěte.

R3 pak uvedla, že záleží na tom, jak dlouho a jak moc pacienta znala. Oproti R1, R2 a R5 se R3 více pohybuje mezi umírajícími pacienty. Proto je pro ni obtížnější, když umírajícího doprovází již nějakou dobu než při náhlých úmrtích. Dále popisuje podobu těchto pocitů na základě prožívání umírání samotným pacientem. Své pocity popisuje jako ambivalentní. Má pocit, že její pocity u pacienta, který svůj stav špatně snáší, ovlivňuje selhání z její strany nebo ze strany samotného zařízení: „*Je taky trochu náš úkol, aby on to prožíval dobře. [...] Takže člověka napadá, jestli nepřišel pozdě, že jo, myslím si, že někdy je i možný bojovat s tím, že to je takový jako selhání, jo? Naše, nebo moje.*“ (R3) R5 oproti ostatním respondentkám nemluví o vztahu stavu pacienta s jejím prožíváním, ale má pocit, že její prožívání péče o umírající ovlivňuje její věk: „*To asi je skoro čím dál tím horší s věkem.*“ (R5)

R1 své pocity nesdělovala ve velké míře. Konkrétně akorát uvedla, že při péči o zemřelého necítí nic: „*Když už zemře, tak už vlastně nic necítím.*“ (R1) Konkrétní pocity popisovaly pouze R4 a R5. R5 zmiňovala, že je pro ni situace péče o umírající smutná. Podobné pocity pak popisovala R4, která mluvila o lítosti nad osudem lidí, o které se stará. Dále však mluvila i o kladných pocitech v souvislosti s umírajícími pacienty postižené nemocí s těžkým průběhem: „*Když na tom je takhle, tak je dobře, že je tady a že se o něj starám.*“ (R4) Podobné pocity popisuje i R1, ta však mluví i o starších lidech: „*Pokud už to byl starý člověk, který si tu smrt jako trošku zaslouží, nebo je opravdu hodně nemocný, tak si myslím, že to bylo pro něj opravdu jakoby takový zadostiučinění, že už může odejít v klidu.*“ (R1)

Změnu v postoji k této problematice během praxe uvedly R2, R3, R4. R1 přímo na tuto otázku odpověděla, že si nemyslí, že se její postoj změnil. Při tématu prvního úmrtí ale uvedla, že v té době to nejspíš snášela lépe než dnes. Jako příčinu uvedla: „*Rozdíl byl asi v těch zkušenostech a v tom mladickém věku, tom mladistvým mozku. Že v tom věku si to ten člověk tu smrt ještě moc nepřipouští, že by mohla přijít.*“ (R1) R2 pociťuje vlastní zlepšení v komunikaci s umírajícími dětmi. Také uvedla, že se během let obecně vyvinuly lepší podmínky pro tu vlastní péči. Zlepšila se dostupnost péče o děti a postoj lékařů k péči o umírající – ti se dle respondentky stali přístupnější. Její názor na problematiku umírání dětí změnilo také narození jejích vlastních dětí. Do té doby si myslela, že je pro rodinu těžší ztratit náctileté dítě než kojence. Po narození vlastních dětí tento názor změnila: „*Ve chvíli, kdy se mi narodily děti bylo jedno, jestli mu je den, nebo deset. Ten názor jsem jako změnila. Úmrtí dítěte je v každém věku hrozný.*“ (R2) Podle R3 se její postoj mění zkušenostmi. Má ale pocit, že by měla mít k této problematice kladný postoj, protože je to potřeba pro to, aby se změnil také názor široké veřejnosti. „*Čím dál víc mám pocit, že je potřeba mít ten postoj kladnej k tomu, aby se proměňovalo to, že smrt se vytěšňuje, a protože se lidi třeba bojí nebo že se to nehodí tady do nějaký filozofie prosperity a úspěšnosti a krásy a tak.*“ (R3) Dále popisuje touhu žít naplno a pocit obohacení, protože má pořád na paměti konečnost života. R4 začala mluvit o obecném vývoji, kdy se více mluví o paliativní medicíně a zvýšilo se povědomí o hospicích. Pokračovala rozdílností mezi pracovníky v hospici a jinými NELZP. Sama se cítí vnitřně klidná, popisuje příklad, kdy její manžel řeší počasí na synově svatbě, vzdálenost destinace dovolené, to vše v negativním duchu. Ona na rozdíl od manžela je v klidu, nerozčiluje se a její klidný stav manžel vždy odbude slovy: „*Vy jste tam jiní!*“ (R4) Respondentka mluví také o stavu jiných zaměstnanců hospice, kdy se od jiných lidí liší svými koníčky a zájmy a že jsou veselejší a klidnější. Pro R5 byl samotný rozhovor emočně obtížný. Proto se tato otázka nedostala mezi doplňující otázky. Z pozorování a kontextu rozhovoru jsem ale vyvodila, že respondentka během své praxe na záchranné službě před mnoha lety prožívala smrt stejně, jako ji prožívá v dnešní době. Při vzpomínání na minulá léta a tyto zkušenosti respondentka plakala.

Komunikace sestry

Všechny respondentky ve svém oboru komunikují jak s umírajícími pacienty, tak s rodinou. R1 však uvedla, že se více setkává s pacienty napojenými na UPV (umělou plicní ventilaci), proto nekomunikuje s umírajícími skoro vůbec. S rodinou ale respondentka komunikuje skoro pokaždé, když za pacientem rodina přijde. Při komunikaci s rodinou

umírajícího pacienta má respondentka pocit, že je rodina z nemocnice špatně informovaná. Myslí si, že u těchto komunikací by měl být přítomen lékař, případně psycholog. Pro respondentku je těžké při těchto návštěvách být přítomna, jelikož se vžívá do jejich situace. Respondentka tyto situace ve svém nitru zosobňuje na vlastní rodinu, a proto jsou pro ni tyto chvíle zátěžové: „*Vždycky se do toho tak jako vžijete, jestli je ten člověk ve věku vašeho tatínka, maminky, nedej bože vašeho dítěte...*“ (R1) Se skutečností zmíněnou R1, že je komunikace s rodinou obtížná, se ztotožňují všechny ostatní respondentky. Pro R2 je sice komunikace s rodinou umírajícího složitá („*Pokládají vám ty otázky, že proč se to stalo jim a proč to mají oni a proč je tohle a proč to tak je, někdy je to složitý, no.*“ (R2)), hovoru s nimi se však nevyhýbá. Je schopna odpovědět, že neví. Také jim dokáže říct, že když nezabere léčba a všechny možnosti, tak už nic nenásleduje: „*Nikdo nechce slyšet, že to takhle může skončit, ale oni položí otázku: „No a co se stane, když to nezabere?“ „No tak se léčíte dál.“ „No, a když nezabere, tak transplantace?“ Tak potom vlastně... Je velmi těžké jim v tu chvíli říct: „Pak už nic není.“ Já to třeba umím říct, ale vím, že ten rodič na to není připravený to slyšet. Takže já třeba to zakončím tím, že třeba: „To je asi to, co slyšet nechcete.“ Ono jim to v tu chvíli pak dojde.*“ (R2) Obtížnost komunikace s rodinou umírajícího vidí R3 v situaci, kdy rodina umírajícího pacienta do poslední chvíle často věří ve zvrácení nevyhnutelného konce a prožívají ty stejné fáze, jako samotný umírající. Podle respondentky je pro rodinu umírajícího obtížné dojít do smíření ještě ve chvíli, kdy umírající stále žije. Také pro R4 je složité komunikovat s rodinou umírajícího, nebo pozůstalými. Jedním z důvodů uvádí shodně jako R3 psychickou trýzeň a smutek rodiny. V komunikaci se pak chytají každé změny stavu jejich blízkého: „*Oni jsou smutní a chytají se každého slovíčka: „Proč dneska maminka nejí, když včera jedla? Jaktože ona dneska spí a včera nespala? A není dneska nějaká zmatená? A nemá náhodou teplotu? A proč dneska jedla míň a včera víc?“ A to je při té práci, který je ještě takhle, tak je to docela takový jako vyčerpávající.*“ (R4) Obtížné otázky, které jsou rodinou pokládány, zmínila také R2, jejíž citace je uvedena výše. Komunikace s rodinou je obtížná také pro R5. V tomto názoru se tedy shodly všechny respondentky. R5 popisuje úlevu nad skutečností, že komunikaci s pozůstalými zastává staniční sestra. I tak, v komparaci s pocitem úlevy, že není jejím úkolem hovořit s pozůstalými, pokládá R5 za běžné vyjádřit pozůstalým soustrast, pokud o zemřelého pečovala a znala ho a pokud se naskytne prostor pro toto samotné vyjádření. Případá jí to lidské.

R2 nepopisuje komunikaci s umírajícím dítětem jako obtížnou. S dětmi komunikuje normálně, protože ty děti samotné si s ní povídají o běžných věcech. Většina dětí s respondentkou (i se svými rodiči) mluví přirozeně o vzdálené budoucnosti i o době, kdy už samotné ví, že tu nebudou. „*Většina jich je smířených s tím, co nastane a baví se tak jako normálně, většina se jich baví přirozeně o tom, co bude dál, ne o tom, co bude dál, až umřou, ale co se bude dít ještě i když tu vlastně už nebudou, ale oni mluví tak, jako by byli. A přesto bych řekla, že ví, co nastane.*“ (R2) Obtížnost komunikace s umírajícími pro R2 závisí na stavu pacienta. Popisuje hlavně případy, kdy jsou děti utlumeny léky a raději by spaly.

R3 o komunikaci s umírajícím mluvila spíše obecně. Uvedla, že také záleží, kdy ke komunikaci dochází a do jaké míry umírajícího zná. Pokud pacienta více zná, je schopna například doteku. Dále uvádí slovní komunikaci nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou. Ta podle respondentky často neví, zda umírající vnímá a jestli si mohou dovolit s ním komunikovat. Respondentka pokládá komunikaci za důležitou i bezprostředně před smrtí, protože umírající stále vnímá. Také je pro ni důležité za umírajícím jít v pozitivním ladění. „*Když k nim jdu, tak já k nim vlastně nechodím s myšlenkou na tu smrt, ale s myšlenkou na život a už jenom to změní tu atmosféru toho hovoru, té konverzace z té její strany.*“ (R3) U somnolentních umírajících pak respondentka pociťuje radost, když se s ní umírající začíná sám bavit o smrti. Pro ni je to známka toho, že je smířený se svým stavem a že o svém stavu a věcech spojených se smrtí přemýšlí. Podle respondentky se umírající člověk potřebuje ptát, mluvit o smrti a plánovat vlastní konec. Respondentka vnímá pacientovu situaci, kdy s někým potřebuje mluvit o svých pocitech a smrti, ale doma s rodinou nemůže, protože rodina o tom mluvit nechce. Znamenalo by to pro ně smířit se se smrtí blízkého ještě za jeho života. Komunikaci s rodinou respondentka popisuje jako těžkou. Sama si ale říká, že je důležité, aby tam pro ně byla a přijala je. Pocity R3 při komunikaci s umírajícím o smrti se však neshodují s pocity R4.

Pro R4 je téma smrti v komunikaci s umírajícími obtížné. Myslí si také, že je to těžké i pro ostatní kolegy. Tématu smrti se v komunikaci nevyhýbá, nikdy však toto téma sama neotvírá. Ví ale, že lékaři využívají metod, jak zjistit, zda se o tomto tématu člověk chce bavit. Byla také svědkem situace, kdy pacient odmítl o smrti mluvit. V případě, že o tom pacient chce slyšet, nebo mluvit, tak o tom mluví s lékařem a psychoterapeutem – samotná sestra se k tomuto tématu většinou nedostane. Dále respondentka popisuje různé metody, které v komunikaci využívají. Jako příklad uvádí krátkodobé motivace, které umírajícímu pomohou vytyčit cíl. R4 vyzdvihuje důležitost naslouchání: „*Když ona mi vypráví paní, že*

vnučka bude mít maturitu, že je na to hrozně zvědavá a: „Já se toho snad ještě dožiju,“ tak samozřejmě já to vím a použiju tohleto třeba za týden, kdy ona řekne: „Já už tady být nechci. Mě už všechno bolí, já, já, mě už to ani nebaví to ležení, já, píchněte mi něco, ať už umřu.“ Tak já už okamžitě tady to a řeknu: „Ale ne, vždyť jste říkala, že počkáme ještě na tu maturitu tý vnučky.“ Takže to použijete, a proto je nutný vědět o těch lidech maximum.“ (R4)

Komunikace s umírajícím je obecně pro R4 těžká. Vyzdvihuje myšlenku, že jsou chvíle, kdy je lepší mlčet než mluvit. Rozebírá rozdíl v komunikaci se starším, smířeným člověkem a mladou umírající matkou malého dítěte. Ve druhém případě je podle ní lepší více mlčet a nenutit takové umírající do komunikace: „Když se bavíte se starým člověkem, tak si tam jako zavtipkujete. Když se bavíte s umírající mladou maminkou, která víte, že má doma dvě děti, tak tam jako ten vtip nebo se snažit o nějakou vtipnou glosu jako není na místě, protože tam se nedočkáte takový tý reakce, takže tam už je lepší prostě kolikrát nic neříkat, jenom tak jako zúčastněně pečovat o toho člověka.“ (R4)

R5 nevedla přímo, zda je pro ni komunikace s umírajícím pacientem obtížná. Mluví ale o problému informovanosti pacienta, kdy sám pacient neví, že umírá. V případě, že to pacient ví, snaží se s ním mluvit o běžných tématech. Je pro ni obtížnější komunikovat s pacienty, kteří se svým koncem nejsou smíření a jsou v depresivní náladě. Takoví pacienti s ní komunikovat nechťejí a ona sama to vítá. „Když sám začne o běžných tématech, je to jednodušší, protože to téma smrti je někde daleko od nás.“ (R5)

Emočně složitě úmrtí pro sestru

R1, R2, R3 a R5 mluvily o počátečních zkušenostech s úmrtím, z nichž jen R1 a R2 mluvily o úmrtí v praxi. U R1 se událo během jejích praxí na střední škole. Mluvila kladně o způsobu péče o tělo sestřičky, která ji zaučovala. Respondentka má pocit, že tato zkušenost ji ovlivnila v její vlastní péči. O tělo zemřelého se stará ve stejném důstojném a klidném duchu, jako viděla u této sestry, mluví o ovlivnění touto zkušeností. R2 pouze krátce uvedla, že její pocity byly strašné. O tomto úmrtí mluvila v souvislosti s jinou otázkou. R3 a R5 oproti R1 a R2 mluvily o úmrtí ve svém životě. Pro R3 bylo první úmrtí v životě těžké. Stalo se to v jejích 6 letech a zemřela jí babička, se kterou měla výborný vztah. Protože byla dítě, snažili se jí dospělí před zkušeností se smrtí chránit, z toho důvodu s ní nikdo o smrti nemluvil a ani babičku neviděla v rakvi. Sama zpětně popisuje svou potřebu jako dítěte o té situaci mluvit. Tato zkušenost jí připomíná, jak je důležité s pozůstalými o smrti blízkého komunikovat: „...Možná o to více vnímám, jak je důležité o tom mluvit s těma, kteří o tom potřebují mluvit.“ (R3) Dále respondentka krátce uvedla úmrtí jedné pacientky, u které bylo

velmi těžké mírnit bolest, takže umírala neklidná a v bolestech. Respondentka pocítovala bezmoc. Tato vzpomínka jí vzbudila jinou vzpomínku, kdy si vzpomněla na úmrtí své tety. U té se vyskytla velmi agresivní forma rakoviny, a i přes podané dávky analgetik a různých léků velmi naříkala. Při příchodu respondentky a rodiny se jim personál omlouval a vysvětlil jim, že s tím nedokážou nic udělat. Respondentka věděla, že její teta je věřící, proto zavolala kněze. Po zaopatření pacientky knězem přestala naříkat. Když respondentky teta téhož dne v noci zemřela, tak podle personálu zemřela v klidu a od návštěvy kněze už nenaříkala. „*Pro mě to v tu chvíli bylo něco, jako že ta její vlastně de facto ta bolest nebyla fyzická, ale byla třeba v tom, že ona prostě potřebovala slyšet slova odpuštění, který vlastně skrze toho kněze jako zazněly.*“ (R3) Tato zkušenost respondentku utvrdila v důležitosti myslet na nejen fyzické, ale i psychické, duševní a duchovní potřeby člověka.

Na rozdíl od R3, R5 popisovala svou první zkušenost s úmrtím jako kladnou. Její první zkušenost byla také v jejím dětství, avšak s tím rozdílem, že ona svého pradědečka v rakvi viděla. Své pocity popisovala tak, že to pro ni v tu chvíli nebylo jako pro dítě děsivé, nýbrž divné, i když to patří k životu. Navzdory tomu však velmi těžce nesla vzpomínání na emočně složitě úmrtí během její praxe. Uvedla jen, že její vzpomínky jsou hrozivé a že zažila i násilnou smrt. Velmi těžce nese i vzpomínky na úmrtí dětí. Dále odmítla o tomto tématu hovořit, související citace byla uvedena v úseku Prožitky respondentek při péči o umírající. Tyto vzpomínky ji rozplakaly. Nutno podotknout, že tato respondentka má zkušenosti také z výjezdů se záchrannou službou.

R5 nebyla jediná, která uvedla jako emočně složitě úmrtí smrt v dětském věku. V tomto názoru se shodly i R1 a R2. R2 popisovala jako emočně těžké úmrtí dítěte, jehož rodiče nebyli smířeni s diagnózou. Z toho důvodu odmítali jakoukoliv analgosedaci pro své umírající dítě. „*Úplně si přesně nevybavuju jaký druh nádoru, nicméně to bylo s metastázemi v plicích a oni odmítali jakoukoliv analgosedaci a vlastně i analgézii pro to dítě, takže v podstatě téměř při plném vědomí se dusilo.*“ (R2) R1 o úmrtí dítěte mluvila jen jako o informaci: „*Myslím si, že každé dětské úmrtí na té klinice.*“ (R1)

Oproti ostatním respondentkám R4 nepopisovala přímo první zkušenost s úmrtím. Mluvila pouze o těžkých situacích, kdy jim na oddělení umírali známí lidé, například lékař, který zde kdysi pracoval, bývalá kolegyně z jiného zdravotnického zařízení, kamarádka nebo recepční na aktuálním pracovišti. Také mluvila o jednom úmrtí jako o jedinečném. Popisovala situaci, kdy asi 30letý pán měl vizi, že nikdy nebude pracovat. Rozhodl se pouze

cestovat a vydělávat si na cestách. Onemocněl ale rakovinou a zemřel v hospici. Nakonec uvedla úmrtí, kdy v hospici zemřel manžel jedné kolegyně, která tam stále ještě pracuje.

Psychická hygiena

První možnost, kterou R1, R2 a R5 uvedly, byl fakt, že se s úmrtím pacienta musí srovnat, nebo že negativní pocity musí samy odeznít. R1 pak dále uvádí, že je pro ni důležité jít po práci do sprchy. Na pracovišti pak mají zaměstnanci možnost využít pomoci psychologa, sama ji ale nevyhledala. Raději využívá jógu, nebo jiné zájmy, při kterých na těžkosti nemyslí. S potřebou koníčků a zájmů korelují i odpovědi R3 a R4. R2 ke své první odpovědi dodává, že je pro ni důležité zdraví jejích vlastních dětí. *„Je to takový blbý, když to řeknu, ale mám doma dvě zdravý děti, takže to mi asi pomáhá, že když přijdu domů a jsou tam ty dvě zdravý děti.“* (R2) R5 uvedla podobnou myšlenku jako R2, a to že je důležité si udělat hezký zbytek dne po práci, v čemž jí pomáhají vnoučata. Při následné představě, že by se jim, nebo její dceři mohlo stát něco špatného, se respondentka znovu rozplakala.

Pro R3 jsou mimo koníčků a zájmů důležité supervize, které využívá každý měsíc. Respondentka uvádí paradox, kdy v situaci kdy se na pracovišti poprvé objevila možnost využít supervizí, se tento nápad nesetkal s valným zájmem personálu. V dnešní době by si však respondentka nedokázala představit, že by na supervizi nepřišla. Pomáhá jí, že může o svých pocitech a problémech (i soukromých) mluvit s někým, kdo není zúčastněný a má nadhled. Mimo to jí v psychické rovnováze pomáhá víra. *„V podstatě věřím tomu, že ta smrt v životě toho člověka nemá poslední slovo, ale poslední slovo má Bůh. A to poslední slovo je dobrý, protože Bůh je dobrý, takže to jakoby nekončí. Věřím tomu, že ta smrt je nějaká poslední zkouška v životě člověka, ale vlastně se otevírá ta další existence v Bohu, který je láska.“* (R3) Pro respondentku její víra znamená, že je naděje na pokračování. Tato naděje jí dodává sílu a klid. Respondentka pak také mluvila o potřebě kolektivu – přátel. Tuto potřebu sdílí i R4. Mluví o skvělém pracovním kolektivu, ve kterém vládne rodinná atmosféra. Je to pro ni velmi důležitý faktor, který jí pomáhá udržet si psychickou rovnováhu. Se svými kolegy také jezdí na setkání zdravotníků zaměřeném na syndrom vyhoření. Jde pouze o relaxační pobyt, který si každý užije dle svého uvážení. Stejně jako u R3 jsou na pracovišti R4 zavedeny supervize. R4 však na rozdíl od R3 nepociťuje u těchto supervizí přínos. Podotýká ale, že jsou zavedeny krátce, proto jejich vývoj může vést

k lepším výsledkům. Zamýšlela se i nad možností, že tyto supervize nevedou vyhovující lidé.

Rituály

U respondentek byly odpovědi na otázku týkající se podoby rituálů při úmrtí velmi podobné. Všechny respondentky, kromě R3, uváděly otevření okna. R1 dále uvádí, že zachovává klid, úctu a respekt při péči o zemřelého. Ve své praxi se setkala se zajímavým provedením rituálu ze strany lékaře cizí národnosti. „*Pracovala jsem kdysi s jedním lékařem, byl ruské národnosti a ten se teda vždycky pokřičoval, sklopil hlavu a postál. Bylo vidět, že je věřící. Mně se to líbilo. Bylo to takový jako složení úcty k tomu tělu.*“ (R1) Ze strany rodiny se setkává s potřebou zemřelému u postele, nebo v ruce ponechat věc, ať už křížek, nebo kamínek. Bohužel není v jejich personálních možnostech umožnit pozůstalým zůstat u zemřelého, nebo ještě umírajícího, delší dobu. Tuto možnost ale umožňuje pracoviště R4, zde někdy sestry ponechají na stolku u lůžka zemřelého svíčku.

R2, R4 a R5 se pak se zemřelým pacientem samy loučí. R4 a R5 specifikovaly formu loučení na dotek, například pohlazení (pokud zemřelého více za jeho života znaly), R5 se také loučí slovně. R2 a R4 dále k rituálům uvedly postup péče o tělo zemřelého podle standardu oddělení. Obě respondentky ale uvádí možnost určité domluvy s rodinou. V obou případech je možné zemřelého nechat na lůžku déle, pokud by byl zájem ze strany rodiny přijet se se zesnulým rozloučit (širší rodina). R4 uvádí i možnost zesnulého obléct do oblečení poskytnutém rodinou. Tuto možnost však rodiny na pracovišti R2 z provozních důvodů nemají. R2 pak navíc udělá zemřelému dítěti křížek na čelo.

Rituály provedené v souvislosti s vírou umírajícího zažily R2 a R4. R5 o těchto rituálech mluvila ve smyslu, že si je vědoma, že se na oddělení objevily, sama tyto situace však nezažila. R2 a R4 shodně uvedly zkušenosti s islámskými rituály. Popisovaly kobereček u pacientova lůžka a četné modlitby k Mekce. R4 uvedla, že pacient měl směrem k tomuto poutnímu místu otočené lůžko. Také zmínila zkušenost s asijskými rituály. „*No a jinak tady teda zemřela, to byla vietnamka, to je tak půl roku a to teda si ta rodina zajišťovala, bylo jich teda plno na pokoji, něco tam hučeli, měli na sobě různý takový jako nějaký oblečení speciální a ti si to zajišťovali. A ti tam teda hučeli několik hodin. Každý den.*“ (R4)

Oproti ostatním respondentkám R3 mluvila o jiných rituálech. Sama je křesťansky založená, proto jsou rituály, které dodržuje založeny více na duchovní stránce. Pokud ví, že

byl zemřelý věřící, pomodlí se pokud možno modlitbou, kterou měl rád. Modlitby zmiňuje i R4, ta je ale sama nevyužívá, ví ale, že někteří její kolegové se nad zesnulým pomodlí. R3 pak pokračuje zajištěním kněze ještě ve chvíli, kdy umírající žije a má zájem o duchovní zaopatření. V souvislosti s péčí o tělo respondentka usiluje o kontakt pozůstalého s tělem jeho zemřelého blízkého. Z vlastních zkušeností zjistila, že pokud se s ní o tělo postará příbuzný, je pro něj jednodušší se se smrtí milovaného smířit. Respondentka někdy jezdí k pozůstalým domů, pokud si to přejí a nemocný zemře doma. Proto má možnost dovést pozůstalé k péči o tělo. Popisovala konkrétní zkušenost, kdy jí volal manžel zesnulé pacientky, se kterou měl malou holčičku. Paní doma zemřela a její manžel nevěděl, jak dále postupovat. Respondentka za nimi jela a pomohla jim se postarat o zemřelé tělo. Při této péči, výběru šatů a zaopatření zesnulé popisovala změnu atmosféry prostředí a větší klid pozůstalých. *„Ta malá holčička byla fakt smutná, taková netečná a po tom, co se mnou začala vybírat tyhle věci a kdy mi s tatínkem pomohli omýt to tělo a společně jsme ji oblékli a učesali, tak ona i ten tatínek pak viditelně se uvolnili a to truchlení pro ně už nebylo tak těžké.“* (R3)

Postoj sestry k eutanazii

Pro většinu respondentek byla tato otázka obtížná. Pouze R3 vyjádřila svůj striktně negativní názor na legalizování eutanazie. *„Nesouhlasím s tím, vůbec. Myslím si, že zaprvé to odporuje tomu, že čemu se přísahal, že nebudeme zabíjet, že to odporuje nějaké té přirozenosti, ten člověk by měl přirozeně umřít a my bysme mu v tom neměli pomáhat. My jediné, k čemu bysme měli pomáhat, je k tomu životu a podporovat život.“* (R3) Eutanazie přijde respondentce jako nedůstojný konec života. Přirovnávala tento čin k utracení. Na otázku, zda má stejný názor na opravdu těžké případy s nemožností efektivně tlumit bolest, odpověděla, že ani s těmito případy nesouhlasí. Podle veřejně známých zkušeností z ciziny (nejspíše respondentka myslela Holandsko) je zde riziko kluzkého svahu. *„Myslím si, že smyslem toho je proti tý eutanazii jít, zabývat se člověkem a jeho utrpením, no. Ne to řešit takhle.“* (R3) Ostatní respondentky samy se sebou o této problematice polemizovaly. Všechny se shodly na nejasném postoji. Žádná z nich se nevyjadřovala ani pouze pozitivně, ani pouze negativně. Připouštěly kladné i záporné stránky, shodly se však na riziku zneužití a nemožnosti možnost eutanazie legislativně upravit. *„Sama bych nedokázala tu legislativu vymyslet tak, aby to proběhlo, jak má.“* (R1)

R1, R2, R4 a R5 pak popisují možnost, že by samy nejspíše v určitém případě eutanazii chtěly podstoupit. R4 přímo hovoří o tom, že v případě onemocnění, které by

viditelně ve velké míře znetvořilo její zevnějšek by zemřít chtěla. Jako příklad situace, ve které by se pro eutanazii rozhodla, popisovala film, ve kterém se neurologicky nemocná žena rozhodla eutanazii podstoupit. „Ale kdyby mě mělo postihnout něco navenek, já bych to neunesla. Já bych chtěla umřít. Já bych nechtěla žít.“ (R4) Ostatní respondentky pouze naznačily možnost, že by této metody využily, s jistotou o tom takhle ale mluvit nechtěly. „Já nevím, jestli sama osobně bych takovou smrt úplně jako chtěla.“ (R1) „Právě co se týče mně, že asi bych byla ráda to tady skončit, ale nevíte, to se dozvíte až by to třeba jako nastalo. A to člověk nemůže nikdy říct.“ (R5) „Já sama vlastně nevím. Já jako si moc nedovedu představit, že jsem zavřená v těle, který má třeba MLS (McLeodův syndrom) nebo různý tyhle svalový dystrofie a takovýdle a žít s tím, že se nemůžu ani pohnout, ani nic a nemám šanci ten život jako ukončit, protože tam se to nezmění, žejo... [...] Nevím, jestli v případě že bych se já dostala do té situace jako, jak jsou prostě tyhleto roztroušený sklerózy a dystrofie a tohle, jestli bych jako nechtěla samostatně život u končit a když nemám tu možnost... Jestli by mi to nevadilo. Nevím. Já vůbec neumím říct, co by...“ (R2) R2 dále rozebírá problematiku pravomoci. Myslí si, že když člověk rozhoduje o sobě samém, tak nejspíše právo má. Pokládá ale řečnickou otázku, zda má ale právo rozhodovat o osudu druhého – v respondentky případě mluvila o rozhodnutí za dítě. „Vůbec nevím, jestli má člověk právo... Když rozhoduje sám za sebe, tak asi jo. Jako, to možná asi právo má, ale jestli má právo rozhodnout třeba za dítě? A nemyslím sebe, myslím ty rodiče.“ (R2) Zde se respondentka více rozpovídala o úmrtí, které ji emočně zasáhlo. Na tomto příkladu (uvedeno v kapitole Emočně složitá úmrtí pro sestru) upozornila na problematiku rozhodování rodičů za své 16leté dítě. Rozuměla strachu rodičů, že po analgosedaci začnou svou dceru ztrácet, jelikož by začala více pospávat. Na druhé straně však uvedla fakt, že vlastní dceru nechali zemřít ve velkých bolestech udušením: „A to je právě ono. Oni vlastně rozhodli za ni, že jí nepomůžou ani s tou bolestí.“ (R2)

Problematika paliativní péče

V poslední části rozhovoru jsme s respondentkami řešily problematiku poskytování paliativní péče. R1 jako jediná uvedla, že nedokáže dnešní stav poskytování paliativní péče posoudit, jelikož sama tento typ péče nevyužila. Zнала ale zkušenost své kamarádky, která o poskytování paliativní péče hovořila pozitivně. „Kamarádka měla tatínka ted'ko v hospici a byla úplně nadšená z komunikace, z informovanosti, z přístupu sester k tomu tatínkovi, který tam samozřejmě jako zemřel, ale smutný (ve smyslu konstatování přítomnosti smrti), ale na druhou stranu byla šťastná, že zemřel tam, a ne třeba v nemocnici, nebo kdekoliv

jinde. Protože doma by to nezvládli.“ (R1) Respondentka proto vyjadřuje názor, že je v plzeňském hospici poskytována kvalitní paliativní péče. O ostatních zařízeních nevěděla.

Ostatní respondentky vyzdvihly problémy, se kterými se s poskytováním paliativní péče setkaly. R2 (z dětského hlediska) mluvila o neinformovanosti obecné veřejnosti o podobě dětské paliativní péče. *„Široká veřejnost jako bych řekla, že co se týče paliativní péče, vůbec nemá představu, co znamená paliativní péče v dětském věku. To si myslím, že o tom není představa, protože tady má každá představu takovou, že když ty děti umírají, tak tady umírají v nějakých šílených bolestech a já nevím co, tak to tak není. A myslím si, že není vůbec informovanost.*“ (R2) Naopak pak mluvila kladně o poskytování paliativní péče na svém pracovišti. Ohledně ostatních zařízení, stejně jako R1, si respondentka nebyla o stavu paliativní péče jistá. R2 pak spolu s R3 shodně uvedly názor, že se má veřejnost strach ze smrti. R3 pak uvedla, že je paliativní péče v procesu integrace do systému a že potrvá, než tuto možnost lidé přijmou. Podobnou myšlenku naznačila i R5. *„Zase ta péče abych tak řekla, není úplně tak v plenkách, ale zase není tak úplně...“* (R5) R5 tuto myšlenku takto ukončila a pokračovala problematikou hospiců. Stav paliativní péče, kdy je podle těchto respondentek teprve ve vývoji, podle R3 souvisí také s nedostatkem personálu pohybujícím se ve větší míře v této problematice. Tento nedostatek pociťuje také R4, která přímo uvedla, že počet pracovníků na jejím pracovišti není dostačující. Rozvinula tuto myšlenku o personální systém všech hospiců v České republice. *„Myslím si, že sestra a dva ošetřovatelé na 14 hospicových pacientů je málo. A protože hospice v ČR jsou postavený na tom všechny stejně personálně, tak do třiceti lůžek, víc jich žádný hospic nemá, tak si myslím, že ještě by měly být finance na to, nebo možnost, aby bylo víc personálu.*“ (R4) Mimo tento problém si respondentka myslí, že je hodně pacientů patřících do hospice drženo v nemocnicích, aniž by byli o možnosti přesunu do hospice informováni. Možnost přesunu umírajícího z nemocnice do hospice podpírala různými možnostmi mezi hospici. Některé (včetně pracoviště respondentky) nabízí možnost kombinace kurativní i paliativní péče (například podání krevní transfuze), jiné jsou pro změnu zaměřeny více na samotnou paliativní péči. Kombinace kurativní i paliativní péče tedy může nahradit nemocniční péči. Vlastní pracoviště komentuje respondentka slovy: *„Já jsem neviděla lepší paliativní péči.*“ (R4)

R5 mimo již zmíněné problémy mluvila o pro lékaře obtížném rozhodnutí pacienta vyhodnotit jako umírajícího a přejít z kurativní léčby na paliativní péči. V některých případech jako sestra se zkušenostmi cítí, že další vyšetření (například odběry krve, převozy

pacienta na CT vyšetření, MR, etc.) jsou pro pacienta neperspektivní a zátěžové. „Ale někdy na těch běžných oddělení, kde to není třeba, už bysme to jako i sestry to cítíme. On ten lékař pořád i jako chce a ty náběry a my už říkáme kolikrát prostě ať už mu dají pokoj. No tak je to někdy těžký toho pacienta přerádit. [...] Ale pořád ještě budeme léčit a ten doktor si taky netroufá té rodině říct: „Heleďte, to už nemá cenu.“ Nechce být ten, kdo rozhodne, řekne, že z člověka, co se léčí se stává umírající. Ale tu možnost, tu pravomoc samozřejmě má.“ (R5) Podobný názor uvedla i R1: „Ty starší ročníky si tu smrt i v některých případech musí opravdu zasloužit, oni už by to třeba chtěli vzdát, ale ty naše techniky jim to jako furt je držíme při životě. Já nevím, jestli sama osobně bych takovou smrt úplně jako chtěla.“ (R1) R5 o úmrtí (konkrétně samotné ztrátě) blízkého nemluví negativně, celkové sdělení více zní neutrálně, přesto že respondentka velmi emotivně prožívala vzpomínání na těžká úmrtí. U první i poslední otázky respondentka obecně o smrti v životě mluvila doslova jako o divně. Sdílela pak vlastní zkušenost o postupu na svém pracovišti, kdy hospice svým pacientům nabízí. Tato informace kontrastuje s názorem R4, která si myslí, že tato možnost umírajícím pacientům nabízená není. Nelze však tuto skutečnost aplikovat na všechna zdravotnická pracoviště, jde pouze o korelaci názoru respondentky z hospice s přímou informací poskytnutou respondentkou z jednoho ze standardních oddělení v rámci nemocnice. Problematiku paliativní péče pak R5 lehce rozebírá ve smyslu podoby smrti. Zmínila smrt v pokročilém věku, i přesto, že neuvedla konkrétní protiklad, bylo jasné, že má na mysli smrt ve věku, kdy není obvyklá. R5 pak rozhovor uzavírá myšlenkou: „Ale je smrt a smrt (změna intonace pro naznačení výskytu rozdílu), to jsou rozdíly. Jednak v tom konci a jednak v tej příčině, tak asi tak, no.“ (R5)

Zhodnocení vyzorovaných neverbálních projevů

Respondentka 1

Respondentka přistupovala k poskytnutí rozhovoru neutrálně. Nebyly zpozorovány negativní ani pozitivní neverbální projevy. Při pozdravu a představení se došlo k podání ruky, stisk měla respondentka pevný a jistý. Tento projev poukazoval na sebejistotu a klid respondentky. Působila díky tomu vyrovnaně (Janáčková, 2009).

Respondentka se usadila pohodlně opřená s rukama volně spočívajícíma jedna na druhé. Toto gesto vyjadřuje klid a suverenitu respondentky. Její pohodlný, vzpřímený a uvolněný sed působil otevřeně. Respondentka touto pozicí dávala najevo, že mě pozorně vnímá a soustředí se na mé otázky, na které je připravena odpovědět (Bruno, Adamczyk,

2013). Po usazení respondentka svou pozici příliš neměnila, seděla pohodlně opřená, uvolněná a trpělivě čekala, než budu na rozhovor připravena (nastavení diktafonu, připravení informovaného souhlasu, etc.).

Po celou dobu rozhovoru se v mimice respondentky neobjevila jakákoliv emoce. Její úsporná mimika mi zabraňovala vyčíst informace o jejích emocích, nebo prožívání. Odpovídala velmi pragmaticky a věcně. Při sdělování informací respondentka nijak negestikulovala. Ojediněle jsem však zaznamenala pohled k zemi, když přemýšlela o odpovědi. Podle Janáčkové (2009) pohled směrem k zemi znamená, že respondentka přemýšlí nad solidními údaji (Janáčková, 2009).

Respondentka 2

Respondentka mluvila pevným hlasem rychle, živě, ale věcně. Při prvním kontaktu se mi nepředstavila, ani mi nepodala ruku na pozdrav. Neměla jsem ale pocit odmítnutí, pravděpodobně tento projev souvisel s poskytnutím rozhovoru během pracovní doby. Všechny mé instrukce respondentka pozorně vyslechla a podepsala informovaný souhlas. Zpočátku seděla respondentka se skříženými kotníky a uvolněnou horní částí těla. Podvědomě tak vytvořila bariéru a vyjadřovala nedůvěru vůči mně. Tuto pozici pak během první poloviny rozhovoru změnila v uvolněný sed s nohou přes nohu. Její nedůvěra vůči mně se změnila v soustředěné vnímání rozhovoru (Bruno, Adamczyk, 2013).

Během rozhovoru se mi respondentka dívala do očí, ojediněle při odpovědi uhnula pohledem k zemi. Stejně jako u R1 je tento projev vykládán, jako přemýšlení nad shromážděním údajů (Janáčková, 2009). Ve tváři byly patrné mimické změny. V některých chvílích se jednalo o neutrální mimiku, kdy byly obličejové svaly uvolněny a neobjevovaly se žádné výrazy. Když respondentka mluvila o emočně vážných věcech, svařtila obočí a lehce se mračila. Neměla jsem ale pocit, že by respondentka neverbálně vyjadřovala psychickou bolest. Odlehčená mluva, nebo vtipkování se objevovalo minimálně. Řeč respondentky byla svižná, ale plynulá. Svižná řeč podle Borga (2012) vyjadřuje jistou naléhavost sdělení, nebo může zobrazovat nervozitu, nebo netrpělivost (Borg, 2012).

Respondentka 3

Tato respondentka se již od začátku na rozhovor těšila. Živě mluvila o tématu, celou dobu potřebnou pro usazení a přípravě na rozhovor (podepsání informovaného souhlasu, nastavení diktafonu) se mnou respondentka diskutovala o smrti, paliativní péči, víře a dalších tématech. Tato diskuze se opakovala po ukončení rozhovoru – respondentka se tentokrát

zajímala o mou práci a její výsledky, o které projevila zájem. Samotná skutečnost, že se respondentka na rozhovor těšila a nenuceně hovořila o smrti také mimo záznam ve mně vyvolala pocit, že je respondentka s tímto tématem smířená a že jsou její pocity vyrovnané a pozitivní. Při představování a potřásání ruky měla respondentka pevný a jistý stisk. Takový stisk poukazuje na vnitřní sebejistotu, klid a vyrovnanost respondentky (Janáčková, 2009). Dvojí až trojí potřesení ruky, které zde bylo přítomno, pak vypovídá o přátelském přístupu respondentky. Tento projev podpořila starost respondentky o mé pohodlí (Bruno, Adamczyk, 2013).

Při rozhovoru byla respondentka usazena v mírném předklonu s uvolněnými končetinami. Šlo o vyjádření zájmu a jejímu pocitu rovnocennosti (Janáčková, 2009). Hlas měla respondentka pevný, jistý a klidný. Vypovídalo to o vnitřní rovnováze, kdy respondentka nebyla napjatá a dýchala uvolněně. Pevnost jejího hlasu svědčila o jejím pevném stanovisku (Bruno, Adamczyk, 2013). V mimice se střídalo mnoho emocí. Respondentka mnohokrát podpořila obsah svého sdělení upřímným úsměvem, kdy byly přítomny zvednuté koutky úst směrem k očím a charakteristické vrásky na spáncích, tvář byla oboustranně symetrická (Borg, 2012). Když mluvila o eutanazii, její výraz se změnil ve vážný, svaly byly uvolněné, úsměv (který byl přítomen v různých mírách po většinu času rozhovoru) již přítomen nebyl. Velmi často respondentka vzpomínala, uvedla několik situací z jejího života. Při vzpomínání na ně respondentka pohledem od mých očí svými očima pohnula nahoru doleva. Tento pohyb očí je skutečně charakteristický pro snahu si vybavit dřívější vzpomínky.

Respondentka 4

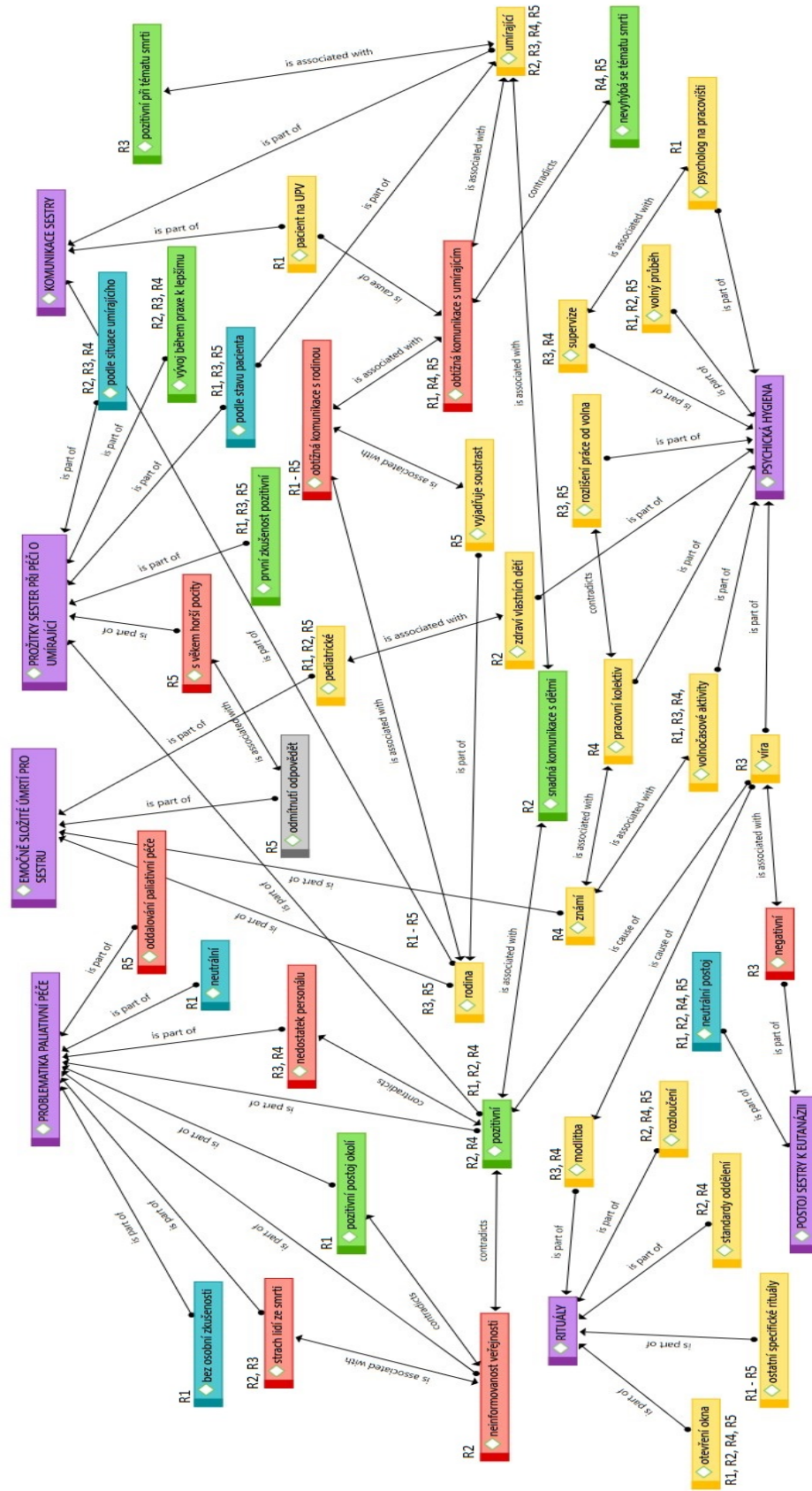
Při představování a pozdravu mi respondentka srdečně a přátelsky potřásla rukou podobně jako R3. Již na první pohled byly na tváři respondentky viditelné vrásky doprovázející úsměv a smích, respondentka se na mě po celou dobu usmívala a působila šťastně a vyrovnaně. Usadila se na svou oblíbenou stoličku, která neumožňovala formální pozici – respondentka napůl seděla a napůl klečela. Nabyla jsem dojmu důvěry a otevřenosti respondentky. Po celou dobu rozhovoru byl na tváři respondentky přítomen lehký úsměv, který nebyl přítomen pouze při vzpomínání na úmrtí svých přátel a známých. V tomto případě byl zřejmý smutek respondentky, kdy lehce svésila ramena a vyhýbala se očnímu kontaktu. Při sdělování informací a svých zkušeností byla respondentka schopna trochu vtipkovat, nebo odlehčit atmosféru, která například předchozím negativním tématem potemněla.

Respondentka 5

Jelikož jsme se s respondentkou již nějakou dobu znaly, nebylo potřeba se představovat, ani potřásat si rukou. Respondentka se usadila na vyšetřovací lůžko s rukama volně složenýma v klíně. Během rozhovoru pak respondentka aktivně gestikulovala. Zpočátku respondentka stavěla své ruce do pozice, kdy byly dlaně otočeny vzhůru a paže mírně nataženy dopředu. Tímto postavením paží respondentka naznačuje, že nemá co skrývat (Gregor, Adamczyk, 2012). Často respondentka také ustálila ruce v sepjaté pozici. Toto gesto podle Borga (2012) značí přítomnost vnitřního konfliktu, stav napětí a negativní přístup (Borg, 2012). Vzhledem k negativnímu emočnímu projevu respondentky během rozhovoru, kdy byl přítomen i pláč, je toto gesto pochopitelné. Při starosti respondentky, aby se něco zlého nestalo její dceři, nebo vnoučatům, bylo přítomné podpůrné gesto rukou. Ruce jsou v pozici naznačení, jako by něco držely a ochraňovaly. Vzhledem k obsahu sdělení si toto gesto vykládám, jako podvědomá snaha chránit své nejbližší (Gregor, Adamczyk, 2012).

Samotný rozhovor respondentka zjevně prožívala ve smutném rozpoložení. Koutky úst měla svěšené, rty se jí třásly v potlačovaném pláči. Její hlas byl sice výrazný, ale roztřesený. O úzkosti respondentky vypovídalo i vytažení čela a přítomnost vodorovných vrásek. Tento projev Janáčková (2009) nepřirazuje jen k úzkosti, ale také k údivu. Vzhledem k charakteru rozhovoru a obsahu sdělení respondentky však o údiv jít nemohlo (Janáčková, 2009). Během rozhovoru se držení těla respondentky změnilo ze vzpřímené pozice na schoulenou, kdy respondentka lehce vtáhla hlavu mezi ramena a nahrbila záda. Působila na mě zranitelně a sklesle. Respondentka se mnou rozhovor statečně dokončila, nevyužila možnosti rozhovor ukončit. Odmítla odpovědět jen na otázku týkající se smrti, která ji emočně zasáhla. Po dokončení rozhovoru jsem se ujistila, že je respondentka v pořádku.

Obrázek 1 Kódování rozhovorů



Zdroj: vlastní

Výsledná podoba odpovědí všech respondentek a vztahy mezi nimi byly přepsány do kódů (Obrázek 1). Fialové kódy znázorňují 7 stanovených hlavních kategorií v rozhovorech, které byly u všech respondentek stejné. Pozitivní odpovědi byly znázorněny zeleně, negativní červeně. Všechny neutrální odpovědi nebo postoje byly pak vyznačeny modře, ostatním odpovědím byla přidělena žlutá barva. Jeden kód je znázorněn šedě, a to odmítnutí odpovědět na otázku. Mezi kódy jsou šipkami naznačeny vztahy. Vyskytují se zde vztahy, jako součást (is part of), souvislost (is associated with), rozpor (contradicts) a příčina (is cause of). Vzhledem k omezení počtu kódů při kódování v bezplatné verzi aplikace Atlas.ti byly některé odpovědi shrnuty do jednoho kódu (například kód ostatní specifické rituály pro odpovědi respondentek, které uváděla pouze jedna respondentka). Ke kódům byla připsána označení respondentek, které tuto odpověď uvedly, pro přehlednost při srovnání. U kódů, které se vztahují k více hlavním kategoriím, byla tato označení uvedena k šipce naznačující vztah kódu ke kategorii – konkrétně se jedná o kód pozitivní a rodina.

12 DISKUZE

V této práci se zabýváme problematikou prožívání umírání a smrti všeobecnou sestrou. Formou rozhovoru bylo vyzpovídáno pět respondentek, které se mnou o tématu hovořily. Každá z respondentek zastupovala péči o rozdílný typ pacienta. Tyto konkrétní respondenty byly vybrány z důvodu porovnání psychické vyrovnanosti všeobecných sester v péči o onkologicky nemocného pacienta, pacienta v intenzivní péči, pediatrického pacienta, pacienta v terminálním stádiu nemoci a v péči o pacienta v interním oboru. Tímto výběrem jsme se snažili analyzovat rozdílnosti v prožívání sester ze všech obecných typů zdravotnických pracovišť, kde se nejvíce sestry setkávají s péčí o pacienty v terminálním stádiu nemoci.

Výsledky výzkumného šetření byly komparovány s dostupnou literaturou a pracemi, které byly zpracovány na podobná témata. Byly použity tyto bakalářské práce: Lucie Radová (2012) *Problematika umírání v intenzivní péči*, Blanka Zahradníková (2013) *Význam supervize v práci všeobecné sestry*, Iva Pličzková (2015) *Problematika smrti a umírání očima pracovníků v hospicových zařízeních*, Jana Drhovská (2016) *Jak všeobecné sestry zvládají péči o umírající nemocné*, Jana Hrubá (2018) *Smrt a umírání očima sestry* a Barbora Láryšová, DiS. (2019) *Paliativní péče pohledem ošetřovatelství*. Data byla také srovnávána s výzkumem Mgr. Pfefferové a PhDr. Pistulkové na téma *Smrt a umírání na ARO*, které výsledky publikovaly v 5. čísle výtisku časopisu Florence v roce 2011.

V této práci byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Základní výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 1: Vyskytují se rozdílnosti a shody v přístupu a formě péče o umírající klienty?

Tato výzkumná otázka sama o sobě splňuje dílčí cíl 1 - Analyzovat rozhovory a porovnat rozdíly v přístupu respondentek k péči o umírající. Rozdílnosti a shody byly shrnuty ze všech probíraných témat po jejich vyhodnocení.

V oblasti rituálů v souvislosti s umíráním se všechny respondenty (mimo R3) shodly v otevření okna. R1 a R5 pak zachovávají důstojný a tichý přístup k tělu zemřelého. R2, R4 a R5 se shodly v rituálu formou rozloučení se zemřelým ať už slovně, nebo dotekem. Mimo R5 se všechny respondenty setkaly alespoň s jedním specifickým rituálem, všechny byly provedeny v náboženském duchu.

Subjektivní prožívání všech respondentek souvisí se stavem umírajícího. Souvislost věku umírajícího s prožíváním respondentek uvedly R1 a R4. Nepřímo byla tato souvislost naznačena i R5, která se rozplakala při vzpomínání na úmrtí dětí, o tomto tématu odmítla dále mluvit. V literatuře tyto pocity potvrzuje Plevová (2010) tak, že péči o umírající dítě, nebo dospívajícího, popisuje jako velmi psychicky náročnou (Plevová, Slowik, 2010). Konkrétní pocity popisovaly pouze R1, R4 a R5.

Mezi metody pro udržení duševní rovnováhy zařadily všechny respondentky činnosti ve volném čase, které je baví a naplňují. R5 spolu s R1 mluví o potřebě negativní emoce potlačovat a srovnat se s nimi, dokud nezmizí. I tak ale R1 připouští, že využívá pohybových aktivit, s čímž se shodují odpovědi R3 a R4. Tyto respondentky dále uvedly možnost psychologické péče. R1 mluvila o možnosti konzultace s klinickým psychologem, R3 a R4 však mluvily o supervizích. Touto informací shoda R3 a R4 skončila, jelikož R3 vidí supervize jako velmi přínosné, R4 však v supervizích žádný přínos nevidí. Tyto respondentky se neshodují ani v oddělení pracovní složky od soukromé. R3 a R5 pomáhá rozlišovat tyto dvě složky a nekombinovat je. Pro R4 je ale pracovní kolektiv jako rodina a podnikají spolu mnoho akcí. Myslíme si, že přínos psychické hygieny spočívá v psychické pohodě sestry. Pokud má pacientům poskytnout sociální, nebo psychickou podporu, sama se musí cítit psychicky v pořádku. Stejnou myšlenku píše i Křivohlavý (2004) ve své literatuře. Dále také uvádí, že setrvávání ve stresu má negativní dopad například na organismus, nebo rodinný život. Proto je psychická hygiena důležitá (Křivohlavý, 2010).

Otázka eutanazie nebyla pro R1, R2, R4 a R5 snadná. Zatímco R3 se vyjádřila striktně negativně, ostatní respondentky nevyjadřovaly takto jednostranný postoj. Shodly se ale, že je eutanazie snadno zneužitelná a že je obtížné pro tuto problematiku optimálně vymyslet legislativu. Pro občany České republiky je totiž eutanazie nelegální cestou (Sláma, 2011). V oblasti paliativní péče si R4 myslí, že umírajícím pacientům v nemocnicích není nabízena hospicová péče. Tomu odporuje svědectví R5, která popisuje postupy na svém pracovišti, které zahrnují informování umírajících o možnosti využít hospicové péče.

V problematice paliativní péče se shodly R2 a R3 v pocitu, že se zde vyskytuje přílišný strach veřejnosti ze smrti, který vede ke strachu o smrti hovořit. Dále se R3 shodla s R4, kdy obě poukázaly na nedostatek personálu. R3 se také shodla s R5 ve skutečnosti, že paliativní péče se stále vyvíjí. Podle našeho názoru je tato problematika z toho důvodu

řešitelná. Stále se vydává nová literatura o paliativní péči, vychází nové studie. V Zákoně o zdravotních službách 372/2011 Sb. je paliativní péče definována pod §5 odstavec 2, písmeno h, od roku 2018 obsahuje také zákon č. 372/2011 Sb. pojem hospic (§44 a)).

Otázka komunikace s umírajícím pacientem rozdělila respondentky na dva tábory. R2 a R3 nepopisují komunikaci s umírajícími jako obtížnou, opak však pociťují R4 a R5, této komunikaci se však nevyhýbají. Všechny respondentky se ale shodly, že je obtížná komunikace s rodinou umírajícího. Ani jedna z respondentek ale neuvedla, že by se komunikace s rodinou zemřelého vyhýbala. R2, R3, R4 se pak shodly na specifikaci problému v této komunikaci, kdy je problémem nemožnost smíření rodiny se smrtí blízkého. Podle Heřmanové (2012) se komunikaci s pacientem nejčastěji sestry vyhýbají z nejistoty, co odpovědět a strachu pacientovi slovně ublížit. Marková (2010) popisuje závěr jejího drobného výzkumu z přednášky, kdy se zeptala na první úmrtí v praxi. Některé sestry první smrt v praxi zažily již na střední škole, setkaly se ale s nepochopením ze strany vyučující, která je napomenula, aby zachovaly profesionální přístup, tedy jim zakázala truchlit. Z tohoto důvodu je komunikace a psychologie velmi důležitou složkou ve výuce na zdravotních školách. Marková hovoří o právu zdravotníka (profesionála) projevit negativní emoce, například žal, aby nedošlo k depresím, a rozvinu syndromu vyhoření (Marková, 2010).

Specifická výzkumná otázka 1/1: Jaké se vyskytují formy rituálů při péči o zemřelého?

Všechny respondentky, mimo R3, která nemluvila o rituálech na oddělení, se shodly na otevření okna. Pro R1 je rituálem zachovat tichou úctu zemřelému a důstojně se o jeho tělo postarat. S tichým přístupem by souhlasila R5. Ta dále uvedla, že se se zemřelým loučí slovem i dotekem. Tento rituál zmínila i R2 a R4, která se spontánně (kdy jí to připadá přirozené) dotekem loučí s pacienty, které lépe znala. V zařízení, kde R4 pracuje, je také zvykem ponechat na stolku u lůžka zemřelého hořící svíčku. Dále respondentka v souvislosti s rituály zmínila postup dle standardu zařízení (o kterém ve stejné souvislosti hovořila R2) a rituál některých jejích kolegů, kteří se nad zemřelým pomodlí. Modlitbu sama provádí R3, která je věřící. Péče R3 o spirituální potřeby pacienta tak doplňuje holistickou péči zahrnující také potřeby biologické, psychologické a sociální (Plevová, 2018). Tato péče o spirituální potřeby se ale může setkat s překážkou, kterou popisuje Bužgová (2015), a to citlivost tohoto tématu. Nabídka zavolání kněze, či nemocničního kaplana někdy vyvolává rozhořčení

a negativní ohlasy, jelikož se pacient ještě necítí, že by v blízké době zemřel (Bužgová, 2015). K této otázce pak R3 mluvila o své snaze provést pozůstalé procesem truchlení a ulehčit jim psychickou bolest. V této souvislosti se snaží o tělo zemřelého postarat se samotnou rodinou. Ve výzkumném šetření Láryšové (2019) v rámci otázky na důležité prvky v komunikaci s rodinou, vybírali často respondenti odpověď, že je důležité do péče o pacienta zapojit rodinu. Tuto odpověď vybralo 98 % respondentů z nemocnice a 89 % respondentů z domovů s pečovatelskou službou. Je zde podobnost v odpovědích těchto respondentů a R3, která sice mluví o péči o tělo zemřelého, podílení se rodiny na této péči je však velmi podobným parametrem (Láryšová, 2019). Vytečková (2013) ale zmiňuje situaci v Nizozemí, kde jsou sestry v úzkém kontaktu s rodinou a při úmrtí rodinu automaticky zvou k péči o tělo zemřelého v jakoukoliv denní nebo noční dobu (Vytečková, 2013). R3 má zkušenost, že pokud jsou pozůstalí ochotni se podílet na péči o tělo zesnulého, je pro ně truchlení psychicky snazší. Tuto zkušenost podložila popisem konkrétní situace. Pozitivní vliv přímé konfrontace pozůstalých se zemřelým na přijetí skutečnosti smrti podporuje Kupka (2014). „*Rozloučení nemůže být úplně bez přímé konfrontace truchlících s rakví se zemřelým, protože jen tak je možné plně přijmout konec jeho života.*“ (Kupka, 2014, str. 25) Pro R2 patří mezi rituály (mimo již zmíněné standardy oddělení a rozloučení se se zemřelým a otevření okna) také naznačení křížku na čelo. Respondentka však paradoxně není věřící. Myslíme si, že tato skutečnost souvisí se snahou o smíření. Někteří lidé, kteří nejsou věřící, provádí rituály vzniklé právě v souvislosti s náboženstvím. Je to jejich osobní přístup, jak si udržet psychickou vyrovnanost. Kupka (2014) o provádění církevních rituálů lidmi, kteří se bez víry jinak obejdou, píše v souvislosti s pohřebními rituály. Církevní propracované obřady uvádí jako způsob rozloučení pozůstalými se zemřelým. Ten může znamenat klidný průběh procesu truchlení (Kupka 2014).

Všechny respondentky, mimo R5, se setkaly s alespoň jedním specifickým rituálem. Všechny souvisí s vírou. V případě R2, R3 a R4 se jednalo o věřícího pacienta, R1 však hovořila o zkušenosti provedení náboženského rituálu ze strany lékaře. R2 a R4 pak zmiňovaly zkušenosti s muslimskými rituály. R4 dále zmínila zkušenost s rituálem provedeným rodinou umírající pacientky vietnamské národnosti. R3 se pouze krátce zmínila o přítomnosti esoterika, nebo léčitele u umírající pacientky. Důležitost rituálů spojených s umíráním je pro pozůstalé i ošetřující vysoká. Tato forma rozloučení pozitivně ovlivňuje proces truchlení. Absence rozloučení zvyšuje riziko dalšího trápení (Kupka, 2014). Proto jsou rituály v nemocnicích povoleny, pokud nenaruší jeho chod.

Základní výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 2: Jakým způsobem respondentky subjektivně prožívají péči o umírající pacienty?

Respondentky se ve velké míře shodly na souvislosti jejich subjektivního prožívání péče o umírajícího pacienta a jeho celkovým stavem. Jmenovaly například rozdíly ve věku pacienta (smrt mladého člověka je těžší, než u starších lidí), jeho sociálnímu stavu (osamocení, nebo příbuzní), nebo rodinné příslušnosti (smířená rodina, úplná/neúplná, věřící). S těmito odpověďmi respondentek koreluje i náš názor, jelikož je každá situace individuální a jiná, stejně tak samotný člověk. Například smrt je vnímána jako následek stáří a v dětském věku je nepřirozená. Proto je dětské úmrtí tak zátěžové. Kupka smrt dítěte uvádí, jako nejhorší životní událost pro většinu lidí (Kupka, 2014). Obtížnost doprovázení mladého umírajícího pacienta se objevila i ve výsledku výzkumu Pličžkové v její bakalářské práci z roku 2015. Její respondenti se shodli na emočně složitějším úmrtí mladého umírajícího oproti umírajícím ve vysokém věku. V našem výzkumu o obtížnosti doprovázení vzhledem k věku umírajícího se R5 při tomto tématu rozplakala. Hovořily o této problematice pouze R1 a R4 (respondentka z intenzivní péče a respondentka z hospice), Pličžková však do svého výzkumu zahrnovala sestry v paliativní péči, tedy z hospiců. Shoda R4 (z hospice) s respondenty z výzkumu Pličžkové tedy není překvapující. Vyšší náročnost doprovázení v mladistvém věku, kterou R1 (z intenzivní péče) uvedla, uváděly také respondentky z obdobného typu oddělení (ARO) účastníci se výzkumu Mgr. Pfefferové a PhDr. Pistulkové (2011). Tuto možnost uvedlo 88 % těchto respondentek. Těžké snášení smrti v mladistvém věku popisuje i respondentka z výzkumu Drhovské (2016).

R5 vyjadřuje pocit, že s přibývajícím věkem jsou její prožitky při péči o umírající horší. Tomu však odporuje výzkum Machů, Petrové a Dostála (2012) zmíněný v literatuře od Kupky (2014), jehož výsledkem je naopak pokles strachu ze smrti s přibývajícím věkem. Kupka říká, že s přibývajícím věkem rostou zkušenosti se smrtí, a tedy smrt přestává být neznámou. Proto s věkem přichází snazší smíření (Kupka, 2014). Emoční projevy R5 se ale k pocitu smíření nedají přiřazovat.

R4 a R5 uvedly podobné pocity, kdy popisovaly smutek nebo lítost, jde dle našeho názoru o emoce, které jsou při této události zcela běžné. Stejně pocity uváděla i jedna z respondentek ve výzkumném šetření Drhovské (2016). Pro R1 jsou pocity u mladistvých pacientů strašné, u lidí v pokročilém věku pak mluvila jako o zasloužené smrti. Při péči o již zemřelého pacienta popisuje, že necítí nic. S tímto pocitem koreluje výsledek výzkumu

Radové k její bakalářské práci z roku 2012, kdy z otázky na pocity při péči o zemřelého uvedlo 29 % respondentů z oddělení typu ARO/JIP, že nic nepocítují (Radová, 2012). R3 mluvila o svých pocitech jako o ambivalentních. Jsou rozdílné podle délky doby, po kterou umírajícího doprovází.

R4 pak popisuje nejhorší pocity při péči o umírajícího známého nebo blízkého člověka. Tyto pocity také popisuje jedna respondentka ve výzkumu Drhovské (2016). R2 popsala jako jedno z nejhorších umírání během své praxe umírání dítěte (16 let), jehož rodiče odmítli analgosedaci. Pro R5 bylo velmi těžké vzpomínat na konkrétní smrt, která její vnitřní postoje a prožitky ovlivnila. Neuvedla žádný konkrétní případ, zmínila se jen o umírání dětí a násilné smrti. Při tomto tématu hovoru respondentka plakala. R2, R3 a R4 dále popisují vývoj jejich prožívání této péče během praxe. S rostoucím počtem těchto situací a množícím se zkušenostem respondentky pociťují vývoj k lepšímu. V přítomnosti mají pocit, že péči o umírající zvládají lépe než v počátcích jejich praxe. Dle našeho názoru jsou zkušenosti faktorem, který výrazně ovlivňuje prožívání úmrtí na oddělení. Stejný závěr se objevil ve výzkumu Hrubé (2018), která uvádí, že 79 (63 %) respondentů uvedlo, že jim předchozí zkušenosti pomáhají lépe snášet další úmrtí pacienta během služby.

Dle neverbálních projevů jsou skoro všechny respondentky při péči o umírající emočně vyrovnané. Objeví se situace, kdy cítí bezmoc, nebo těžkost situace, celkově jsou ale smířené a klidné. S neverbálními projevy těchto respondentek ostře kontrastují neverbální projevy R5, u které bylo vzhledem k těmto projevům zřejmé, že tuto péči vnitřně nese těžce. O umírající pacienty je schopna se dobře postarat a pečovat o ně, vnitřně ale velmi těžce a emotivně prožívá vzpomínky na úmrtí, se kterými se setkala během svého působení v záchranné službě a strach o zdraví jejích blízkých. Vnitřní emoce respondentka potlačuje, při tomto rozhovoru se jí ale všechny tyto potlačené emoce připomněly a ve velké míře se projevíly.

Specifická výzkumná otázka 2/1: Jaké sestry využívá metody pro udržení vlastní duševní rovnováhy při péči o umírající?

Všechny respondentky v souvislosti s touto otázkou uvedly činnost ve volném čase, která je naplňuje a baví. Například R2 a R5 uvedly vliv svých potomků. Pro R2 to je situace, kdy z práce přijde domů a tam na ni čekají její děti, které jsou zdravé (sama pečuje o hematologicky nemocné děti). R5 ráda tráví čas se svými vnoučaty, které učí etice a vysvětluje jim realitu. V dotazníkovém šetření Radové (2012) k otázce na způsob

odreagování, uvedly možnost odreagování s rodinou, nebo přáteli všichni respondenti z oddělení typu JIP. Z respondentů ze standardních oddělení tuto možnost uvedlo 77 %. R5 a R2 mají také pocit, že jim také stačí své emoce potlačovat a vyčkat, dokud ty negativní samy neodezní. Tento názor sdílí i R1. Ve výzkumném šetření Radové (2012) se tato možnost odpovědět neobjevila. Respondentka však připouští, že pro emoční vyrovnanost jí pomáhají volnočasové aktivity, jako například jóga. Tyto aktivity uvedly také R3 a R4. Ve výzkumu Radové (2012) se objevuje více odpovědí zařaditelných do volnočasových aktivit. Jedná se například o sport (JIP 70 %, standard 39 %), turistiku (JIP 50 %, standard 43 %), spánek (JIP 70 %, standard 56 %), relaxaci (JIP 56 %, standard 31 %), televizi (JIP 46 %, standard 43 %), četbu (JIP 43 %, standard 46 %), zahradu (JIP 33 %, standard 20 %). Tyto aktivity také zmínily všechny respondentky ve výzkumu Drhovské (2016). Respondentky z aktuálního šetření (R1, R3 a R4) se stejně tak shodly na možnosti psychologické pomoci na oddělení. R1 uvádí možnost konzultace s psychologem, pokud by měla (nebo kolegové) zájem. Možnost konzultace s psychologem má podle Radové (2012) 77 % respondentů z JIP a 54 % respondentů ze standardního oddělení. O psychické možnosti mluvili i respondenti ve výzkumu Drhovské (2016). Otázka zněla, zda mají respondenti možnost si na pracovišti s někým promluvit o svých problémech. Dvě respondentky zmínily možnost využít služeb psychologa, jedna respondentka zmínila potřebu supervize, o které žádala. Tyto dva typy odborné pomoci tedy ve výzkumu Drhovské (2016) zmínily 3 respondentky z 6. V tomto šetření nás zarazily ale odpovědi týkající se podpory ze strany vedení. Rovněž 3 respondentky v šetření uvedly, že podpora ze strany vedení nefunguje (Drhovská, 2016). V tomto aktuálním šetření ale o chybějící podpoře ze strany staniční, nebo vrchní sestry nemluvila žádná z respondentek. Naopak například po rozhovoru s R3 se za respondentkou zastavila vrchní sestra kliniky. Na otázku respondentky, zda něco potřebuje, jí vrchní sestra odpověděla, že jí přišla pouze obejmout. Tato událost pro mě znamenala přítomnost podpory psychické vyrovnanosti personálu ze strany vrchní sestry a přítomnosti očividného zájmu o psychický stav personálu.

R3 a R4 ale mluví o supervizích. Ty jsou organizovány také pro 29 % respondentů z JIP a 11 % respondentů ze standardních oddělení účastnících se výzkumu Radové (2012). R3 a R4 se však v přínosu supervizí neshodují. R3 by si nedokázala představit, že by nedorazila na supervizi, R4 však v supervizích prováděných na jejím pracovišti přínos nevidí. Nedokáže pojmenovat důvod, uvedla však možnost nesprávných poskytovatelů supervize. To může podpořit výsledek výzkumu Zahradníkové (2013), kde mimo jiné uvedly

4 respondentky z 5, že problémem supervize na jejich pracovišti je nevyhovující supervizor. Jiný výzkum (Drhovská2016) pak ukázal, že na pracovišti ani jedné z respondentek supervize neprobíhají. Dvě respondentky mají zkušenost, že supervize jednou proběhly, ale úspěšné nebyly, proto se zrušily. Obě připouští možnost znovuzavedení supervizí v jiné formě (Drhovská, 2016).

Spolu se svými kolegy také R4 jezdí na každoroční setkání zdravotníků v Krkonoších se zaměřením na syndrom vyhoření. Tento kolektiv kolegů respondentce také sám o sobě s emoční rovnováhou pomáhá. Pracovní složku s volným časem na rozdíl od této respondentky nechtějí kombinovat R3 a R5. Jsou toho názoru, že je třeba práci od volného času oddělit. R3 dále pomáhá smrt přijímat fakt, že je věřící. Odůvodnila to tvrzením, že poslední slovo nemá smrt, ale Bůh, který je dobrý. Z toho důvodu musí být další existence po smrti dobrá, tato skutečnost respondentce přináší naději. Podobnou myšlenku sdílel i Kupka (2014), který uvedl způsoby dosažení symbolické nesmrtelnosti dle Liftona (1973). Tyto způsoby mají dle Kupky (2014) člověku pomoci překonat strach ze smrti. Konkrétní myšlenka je v teologickém způsobu: „*Člověk žije dál na jiné, vyšší rovině bytí, důvěřuje, že po smrti bude kontinuata jeho vědomí dále existovat. Většina velkých světových náboženství má ve svém základu tento mýtus obsažen – život smrtí nekončí.*“ (Kupka, 2014, str. 68).

Těmito zodpovězenými výzkumnými otázkami byl splněn dílčí cíl č. 2 - zmapovat potřebu respondentek používat metody pro udržení duševní rovnováhy. Verbálně respondentky popisují jisté obtíže, z neverbálních projevů ale vyjadřují celkové smíření se s péčí o umírající. To ovšem neplatí pro R5, z jejichž neverbálních projevů vyplývala emoční nestabilita. Tato respondentka nejvíce ze všech respondentek neverbálně projevovala potřebu metod pro udržení duševní rovnováhy, uvedla však, že se s těmito negativními pocity musí prostě smířit. Jediným faktorem, který uvedla jako pozitivní je péče o její vnoučata. Dle našeho názoru je u R5 přítomna vyšší potřeba využívání relaxačních metod než u ostatních respondentek.

Základní výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 3: Jaké se vyskytují názory respondentek na eutanazii a paliativní péči?

Eutanazie

Jediný striktní názor uvedla R3, a to negativní. Eutanazii přiřazovala k utracení. Základní myšlenkou lékařské přísahy je sousloví „*pomáhat a neškodit*“ (Ptáček, 2012,

str. 14). Touhle myšlenkou se Česká lékařská komora řídila při tvorbě doporučení, které má pomáhat českým lékařům při rozhodování se mezi pokračováním v intenzivní léčbě, nebo transformaci léčby na paliativní. Také samotná Hippokratova přísaha obsahuje slib lékaře vědomě nezabít: „*Nepodám nikomu smrtící lék, i kdybych o to byl požádán, ani nikomu nedám doporučení v tom smyslu.*“ (Ptáček, 2012 str. 98). Tato přísaha podporuje poukázání R3 na slib podpory života pacienta. Poukazovala na problematiku kluzkého svahu, která se již v zahraničí projevila. Překvapivé bylo, že její argumenty neměly žádnou souvislost s její vírou – neudala žádné náboženské důvody pro její nesouhlas s eutanazií. Ve výzkumu Pličzkové (2015) ale hned dva respondenti uvedli, že kladný postoj k eutanazii jim nedovoluje jejich víra. Stejně jako tato R3 je ve výzkumu Pličzkové (2015), zahrnující pouze hospicové pracovníky, striktně proti eutanazii až 6 respondentů z 11.

Pro ostatní respondentky odpověď na tuto otázku nebyla tak jednoduchá, jako pro R3. Všechny polemizovaly nad odpovědí, shodly se však ve dvou věcech – že je eutanazie snadno zneužitelná a že je velmi těžké, pokud ne nemožné, stanovit správně zákony tak, aby ke zneužití nedošlo. Ve výzkumu Pličzkové (2015) nedokázali odpovědět tři respondenti. Dva respondenti jsou pro eutanazii, ale stejně jako u respondentek účastnících se aktuálního šetření, zdůraznili tito dva respondenti nutnost ošetření problematiky eutanazie legislativou (Pličzková, 2015). Respondentky účastnící se tohoto výzkumu pak připouští možnost, že by v určitých případech samy možnost eutanazie využily, pokud by mohly. Ani o tomto názoru ale respondentky nemluví s jistotou. R2 pak vyslovila otázku, zda má sám o sobě člověk právo rozhodovat o jiných? Poukazovala tak na problematiku rozhodování rodičů o formě poskytované péče o vlastní děti. Její postoj jakožto dětské sestry k eutanazii (tedy dětské eutanazii) však není negativní. V rozporu s jejím postojem jsou postoje hospicových pracovníků účastnících se šetření Pličzkové (2015), kteří všichni bez výjimky eutanazii v dětském věku striktně odmítají. Shodně s R2 uvedli problematiku rozhodnutí za dítě a dětské nesvéprávnosti rozhodnout o svém osudu. Myslí si ale, že dítě chce žít a proto není dětská eutanazie nezbytná. R2 by s tímto tvrzením nesouhlasila, sama popisovala zkušenost, kdy rodiče odmítli svému dítěti v terminálním stadiu poskytnout analgosedaci, která by zmírnila utrpení a bolest dítěte. Mluvila o chvílích, kdy ji toto dítě v záchvatu dušnosti prosilo, aby ho už nechali spát.

Paliativní péče

V oblasti poskytování paliativní péče neměla osobní zkušenosti s touto péčí pouze R1. Vyjádřila však názor, který souvisel s pozitivní zkušeností její kamarádky s hospicem, že plzeňský hospic poskytuje kvalitní paliativní péči. R2 a R4 mluví o dobré kvalitě v poskytování paliativní péče na jejich pracovišti. R2 ale o ostatních pracovištích stejně jako R1 informace neměla. R5 sice nehovoří o kvalitě paliativní péče na svém pracovišti, běžným postupem při péči o umírající je pro ni a její kolegy však mimo jiné také nabízení hospicové péče. S touto skutečností kontrastuje názor R4, která si myslí, že možnost hospicové péče v nemocnicích nabízena vůbec není.

Specifická výzkumná otázka 3/1: Pojmenovaly respondentky problémy v poskytování paliativní péče?

Vzhledem k nedostatku informací o problémech v paliativní péči nehovořila pouze R1. Problém v oblasti paliativní péče je pro R2 neinformovanost veřejnosti (konkrétně v oblasti dětské paliativní péče). Podle respondentky je veřejným mýtem, že děti v terminálním stádiu nemoci umírají v nelidském utrpení a bolestech. R2 pak zmínila strach lidí ze smrti, kdy se bojí o této skutečnosti mluvit. S tímto problémem souhlasí R3. Spolu s R4 pak mluví o nedostatku personálu, který by se v oboru pohyboval. S nedostatkem specializovaného personálu v oblasti paliativní péče souhlasí Bužgová (2015), která o tomto problému však mluví v souvislosti s personálním stavem v nemocnicích. R4 ale konkretizuje stav hospiců, které mají počet personálu na směnu (1 sestra, 2 ošetřovatelé na 14 pacientů) všechny stejný. Žádný hospic v republice podle respondentky nepřekračuje kapacitu 30 lůžek. R3 a R5 ale mluví o progresivním vývoji paliativní péče, kdy se všechny tyto problémy mohou příznivě vyvinout.

Poskytování paliativní péče R1 i přes nepřítomnost osobní zkušenosti na základě zkušenosti její kamarádky hodnotila jako kladnou. Tento názor sdílí i R4. O kvalitní paliativní péči mluvila rovněž R2, avšak v souvislosti s jejím pracovištěm. Názor R4 na problematiku využívání hospicové péče je takový, že hospicová péče není pacientům v terminálním stádiu onemocnění vůbec nabízena. S tím nesouhlasí R5, která uvedla, že nabízení hospicové péče je složkou v postupu péče o umírajícího na jejím pracovišti, tedy v nemocnici. Mezi problémy v poskytování paliativní péče pak respondentky uváděly nedostatek personálu, neinformovanost veřejnosti, nebo neschopnost lékaře přeradit pacienta v kurativní péči na péči paliativní.

Výsledek těchto výzkumných otázek splnil dílčí cíl zjistit názory a postoje respondentek k eutanazii a aktuálnímu stavu paliativní péče.

Základní výzkumná otázka vztahující se k dílčímu cíli č. 4: Jakým způsobem sestry komunikují s umírajícími pacienty a jejich rodinou?

Pro R1 je komunikace s pacientem v každém případě problém, jelikož se setkává s pacienty napojenými na UPV. V tomto směru tedy komunikace s pacientem v terminálním stádiu onemocnění neprobíhá. Stejně odpověděl jeden respondent z výzkumného šetření Radové (2012). Ostatní respondentky již komunikaci s umírajícím pacientem podstupují. Pro R2 komunikace s umírajícími dětmi není obtížná. Tyto děti se totiž baví o běžných věcech, které je zajímají. Také mluví o budoucnosti, a to i o té, ve které samy ví, že už nebudou tak, jako by měly být. Respondentka ale cítí, že i tak děti ví, jaká je skutečnost, a jsou s ní smířeny. Pro R3 je každá komunikace s umírajícím jiná. V literatuře o komunikaci od Venglářové (2006) je popis laskavé smrti pacientem, který mimo jiné uváděl, že je to když ho sestra bere jako individualitu (Venglářová, 2006). Přímou obtížnost komunikace ale R3 nepopisuje. Naopak při otevření tématu smrti umírajícím pacientem pocítuje R3 radost, jelikož je to pro ni znamením, že je umírající smířen se svou smrtí a je ochoten využít její pomoci v doprovázení. Ve výzkumném šetření Radové (2012) většina respondentů rovněž, jako R2 a R3 nepocítují problémy v komunikaci s umírajícím pacientem. Odpovědělo tak 84 % respondentů z oddělení typu intenzivní péče a 71 % respondentů ze standardních oddělení (Radová, 2012).

Naopak obtížnou komunikaci s umírajícím pacientem popisují R4 a R5. Ve výzkumu Radové (2012) tak odpovědělo dohromady 12 % respondentů z oddělení typu intenzivní péče a 25 % respondentů ze standardního oddělení (Radová, 2012). R4 vyjadřuje názor, že jsou případy, kdy je lepší mlčet a tiše umírajícímu mírnit utrpení a bolest. Tyto složky spadají do holistické péče, která je podstatná pro pacienty v terminální etapě života (Bužgová, 2015). R4 a R5 v komunikaci s tímto pacientem sice nerady mluví o smrti, tématu se však nevyhýbají. Odpověď na otázku dotazníkového šetření, zda se vyskytují obtíže při komunikaci s umírajícím, odpovědělo 9 % respondentů z oddělení intenzivní péče a 21 % respondentů ze standardního oddělení, že je stejně, jako u R4 a R5 problém s umírajícím komunikovat, na rozdíl od těchto respondentek se ale kvůli tomuto problému komunikace s umírajícím vyhýbají (Radová, 2012). Ani R4, ani R5 nezačínají hovor na toto téma samy od sebe. Čekají, až umírající o tomto tématu začne sám. V komunikaci s umírajícími

pacienty využívá R4 také naslouchání. Pro R5 je komunikace s umírajícím pacientem obtížná, jelikož se stává, že pacient není informován o svém zdravotním stavu. R5 při tématu smrti pociťuje paradox situace, kdy ona, která bude žít, pomáhá srovnat se se smrtí někoho, kdo zcela jistě zemře. Výzkum Hrubé (2018) ukazuje podobnou myšlenku svých respondentů. Ti ale překvapivě uvedli, že se k hovoru s pacientem na téma smrt necítí kompetentní. Odpovědělo tak 21 % respondentů. Podle našeho názoru je to vysoké číslo vzhledem k datu provedení výzkumu. Jedná se o překvapující závěr, jelikož jediným omezením pro sestru v komunikaci s pacientem je sdělování diagnózy. To ale za předpokladu že pacient ví, že umírá, téma smrti není.

Všechny respondentky však zcela shodně pociťují obtíže v komunikaci s rodinou terminálně nemocného pacienta. Ve výsledcích výzkumu Radové (2012) však 40 % respondentů z oddělení intenzivní péče a 56 % respondentů ze standardního oddělení odpovědělo, že potíže v komunikaci s blízkými umírajícího nepociťují. Přes popsání obtíže se ale ani jedna z respondentek v komunikaci s rodinou nevyhýbá. Příčinou je zřejmě znalost situace blízkých a snaha nevyvolat horší pocity odmítnutím komunikace. V rozporu s touto situací je výsledek odpovědí na tuto otázku v rámci šetření Radové (2012), kde 43 % respondentů z oddělení intenzivní péče a 27 % respondentů ze standardního oddělení sice shodně popisuje obtíže v komunikaci s rodinou, této komunikaci se ale na rozdíl od našich respondentek raději vyhýbají (Radová, 2012).

Specifická výzkumná otázka 4/1: Jaký vnímají respondentky rozdíl v komunikaci s umírajícím oproti komunikaci s jeho rodinou?

Pro R1 je tímto rozdílem samotná skutečnost, že s umírajícím není možno komunikovat. R2 ale nehledě na samotný rozdíl, že umírající je dítě a rodič dospělý, vidí rozdíl ve smíření. Umírající děti jsou z větší části smířeny se svým smutným osudem. Vzhledem ale ke ztrátě dítěte je pro rodiče toto smíření častěji nemožné. Pro respondentku je komunikace s rodinou umírajícího dítěte obtížnější než komunikace se samotným dítětem. Stejný problém a rozdíly v komunikaci s rodinou zemřelého a s umírajícím popisuje R3 a R4. V případě rozhovoru s R5 se nedalo dobře vyhodnotit rozdíly v komunikaci s umírajícím a jeho rodinou. Respondentka obě komunikace popisuje jako těžké.

V této etapě došlo ke splnění dalšího dílčího cíle – zhodnotit komunikaci respondentky s umírajícím a jeho rodinou. Respondentky se ve vnímání komunikace s umírajícím rozdělily na dva tábory (když pomineme R1, která s umírajícími pacienty komunikovat ani

nemůže z důvodu UPV a sedace). Pro R2 a R3 není problém s umírajícími komunikovat. Naopak R4 a R5 pociťují komunikaci s umírajícím jako obtížnou. Ani jedna se však této komunikaci nevyhýbá. R4 popisuje význam naslouchání. Pro R5 je obtíží v komunikaci s umírajícím pocit, že není v pozici, aby pomohla umírajícímu snést tíhu smrti. Obtíže v komunikaci s umírajícím se objevují zejména ve chvíli, kdy se sestra k pacientovi, nebo jeho stavu, více emočně váže (Kupka, 2014). Obtížnost komunikace s rodinou umírajícího, nebo pozůstalými popisují všechny respondentky. Ani pro jednu však obtíže neznamenaají vyhýbat se této komunikaci.

Poslední dílčí cíl pomocí kódování graficky znázornit výsledek z rozhovorů a analyzovat vztahy mezi výpověďmi respondentek je splněn formou obrázku č. 1.

Hlavním cílem bylo zmapovat názory a postoje sester v přístupu k péči o umírající. V mnoha myšlenkách se sestry shodovaly, zůstávají však rozdíly, které více souvisí se zaměřením respondentek a individuálními zkušenostmi. Povětšinou jsou sestry schopny se svými emocemi pracovat, ojediněle se vyskytují problémy. Každá však musí sama zhodnotit potřebu pomoci, nebo využití metod psychické hygieny. Hlavní cíl této práce byl splněn.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsou zkoumány postoje všeobecných sester k umírání a ke smrti na jejich pracovištích. Ve zdravotnictví jsou sestry v první linii při péči o umírající pacienty neohledně na typ zdravotnického zařízení. Jsou vystavovány různým projevům pacientů v terminálním stádiu onemocnění včetně často velmi emotivních projevů smutku blízkých umírajícího, nebo pozůstalých. Samotná situace pacienta na sklonku života je často pro sestry zátěžová. Sestry tak musí pracovat nejen s pocity takového pacienta ale také s vlastními pocity. Postoje a způsob prožívání těchto situací se může lišit podle typu pracoviště sestry a jejím dřívějším zkušenostem.

Teoretická část obsahuje definice smrti, thanatologie a paliativní péče. Dále následují oddíly pojednávající o historii ve vnímání smrti, pohřební rituály ve světových náboženství a část obsahující legislativní úpravy vztahující se k této problematice a etiku. V posledním úseku teoretické části je shrnuta problematika komunikaci sestry s umírajícím pacientem a rodinou, zátěž sestry nebo faktory ovlivňující vztah mezi sestrou a pacientem.

V empirické části práce jsou vyhodnoceny rozhovory s pěti respondentkami. Byly analyzovány shody i rozdíly v odpovědích respondentek a vztahy mezi těmito odpověďmi. Součástí analýzy rozhovorů je výsledek z kódování rozhovorů v programu Atlas.ti. Zároveň s rozhovory byly pozorovány neverbální projevy respondentek, které byly rovněž srovnány. Význam některých projevů byl vyhodnocen pomocí dostupné literatury.

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat názory a postoje sester při péči o umírajícího. V rozhovoru byly tázány na různá témata týkající se jejich postoje k této problematice, ať už jejich forma poskytování péče, komunikaci a přístup k umírajícím, tak názory na problematiku eutanazie a paliativní péče obecně. Dalším hodnoceným faktorem byly neverbální projevy sester během rozhovoru v kontrastu s jejich popisem svých emocí při poskytování péče umírajícím. Respondentky popisovaly problémy v podobných oblastech poskytování péče umírajícím. Neshodly se jen výjimečně, většinou se shodly alespoň dvě respondentky. Z neverbálních projevů vyplývá, že vnitřně jsou z větší části s touto problematikou emočně vyrovnané čtyři respondentky (z intenzivní péče, dětské hematologie, onkologie a hospice), pouze jedna respondentka (standardní oddělení) projevovala silné negativní emoce. Je tedy jedinou respondentkou účastnicí se výzkumu, která péči o umírající zjevně prožívá velmi negativně. Ostatní respondentky výrazné problémy nemají.

Tato bakalářská práce by mohla být začátkem v širším zkoumání prožitků a postojů sester při péči o umírající. Tato situace totiž není jednoduchá nejen pro umírajícího a jeho blízké, ale také pro sestru, která umírajícího ošetřuje. V diskuzi byly srovnávány odpovědi, které se objevily v jiných výzkumných šetření. Některé kategorie z tohoto šetření se však v jiných pracích nevyskytovaly. V této práci jsme se snažili o komparaci postojů sester ve všech možných základních oborech, kde se s umírajícími pacienty sestry setkávají. Ostatní práce, které byly využity pro srovnání výsledků, ale srovnávaly pouze jeden nebo dva typy oborů. Dokonce byla v komparaci v diskuzi použita i literatura z roku 2010. Nebyla však sepsána žádná aktuální literatura, která by se konkrétně zabývala psychickými aspekty a postoji sester při péči o umírající, zatímco literatura na téma prožívání smrti ze strany umírajícího a veřejnosti nebo zabývající se rolí pečovatele o umírajícího (tedy v obecné rovině) je literatury více. Výstupem práce je prezentování těchto výsledků na konferenci pořádané Fakultou zdravotnických studií při Západočeské univerzitě v Plzni a zpracování rozhovorů formou otevřeného kódování v programu Atlas.ti.

Cíle této práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AMERY, Justin. *Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoli na světě*. Praha : Cesta domů, 2017, 528 s. ISBN 978-80-88126-34-8.
2. BAĐUROVÁ, Monika. *Rituály smrti = Death rituals*. Praha: Národní muzeum, 2014, 61 s. ISBN 978-80-7036-425-3.
3. BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. New York : Oxford University Press, 2009, 417 s. ISBN 978-0-19-533570-5.
4. BORG, James. *Řeč těla: jak poznat, co kdo doopravdy říká*. Praha: Grada, 2012, 239 s. ISBN 978-80-247-4474-2.
5. BRUNO, Tiziana a Gregor ADAMCZYK. *Řeč těla: jak rozumět signálům řeči těla a cíleně je používat*. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4592-3.
6. BUGEL, Walerian. *Pohřební obřady v různých liturgických tradicích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 233 s. Colloquium liturgicum, 2014-2015. ISBN 978-80-244-4855-8.
7. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
8. BUŽGOVÁ, Radka. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada, 2019. 237 s. ISBN 978-80-271-0584-7.
9. CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie*. Praha : Portál, 2007, 175 s. ISBN 978-80-7367-316-1.
10. ČESKO. *Trestní právo: (soubor zákonů)*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., [2019]. 596 s. ISBN 978-80-7380-786-3.
11. DRHOVSKÁ, Jana. *Jak všeobecné sestry zvládají péči o umírající nemocné*. Plzeň, 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Simona Šípová.

12. GRUBHOFFER, Václav. *Zdánivá smrt*. Praha : Argo, 2018, 318 s. ISBN 978-80-257-2409-5.
13. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
14. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2015, 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
15. HEŘMANOVÁ, Jana, a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada, 2012 200s. ISBN 978-80-247-3469-9.
16. HRUBÁ, Jana. *Smrt a umírání očima sestry*. Jihlava, 2018. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Radka Křepinská.
17. JANÁČKOVÁ, Laura. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
18. JANÁČKOVÁ, Laura. *Praktická komunikace pro každý den*. Praha: Grada, 2009. 111 s. ISBN 978-80-247-2479-9.
19. JONSEN, Albert R. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Triton, 2019. 225 s. ISBN 978-80-7553-653-2.
20. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2014, 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
21. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2004, 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
23. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
24. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha : Grada, 2014, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

25. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
26. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
27. LÁRYŠOVÁ, Barbora. *Paliativní péče pohledem ošetrovatelství*. Plzeň, 2019. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Lenka Kroupová.
28. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
29. MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*. 2. přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2002. 75 s. ISBN 80-210-3017-8.
30. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
31. ONDRAČKA, Lubomír, a kol. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Cesta domů, 2017, 116 s. ISBN 978-80-88126-22-5.
32. OPATRNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Mladá fronta, 2017, 120 s. ISBN 978-80-204-4522-3.
33. PAYNE, Sheila, a kol. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
34. PFEFFEROVÁ Eva a Alena PISTULKOVÁ. *Smrt a umírání na ARO*. Florence (Praha), roč. 7, č. 5, s. 9-11. ISSN 1801-464X.
35. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
36. PLEVOVÁ, Ilona, a kol. *Ošetrovatelství I. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2018. 286 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

37. PLIČŤKOVÁ, Iva. *Problematika smrti a umírání očima pracovníků v hospicových zařízeních*. České Budějovice, 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální práce. Vedoucí bakalářské práce Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.
38. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
39. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, 2012, 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3.
40. RADOVÁ, Lucie. *Problematika umírání v intenzivní péči*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.
41. SLÁMA, Ondřej. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
42. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
43. STILLON, Judith M. a Thomas ATTIG. *Death, Dying, and Bereavement: Contemporary Perspectives, Institutions, and practices*. New York: Springer, 2015. 414 s. ISBN 978-0-8261-7141-2.
44. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
45. TOMŠEJ, Jakub. *Pracovnílékařské služby*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, 164 s. ISBN 978-80-7552-381-5.
46. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
47. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

48. ZAHRADNÍKOVÁ, Blanka. *Význam supervize v práci všeobecné sestry*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Dana Šedivá.

49. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2016, 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Tabulky	85
Příloha B – Příloha k teoretické části	87
Příloha C – Rozhovory	91
Příloha D – Povolení, informovaný souhlas a rešerše	124

PŘÍLOHY

Příloha A – Tabulky

Tabulka 1 Fáze procesu umírání podle E. Kübler – Ross

<i>Fáze</i>	<i>Projev</i>
1. Šok	Popírání skutečnosti
2. Vzpoura	Agrese, vzepření se tomu, co se děje
3. Vyjednávání	Smlouvání se životem a smrtí, sliby, ochota dát vše za uzdravení
4. Smutek a deprese	Projevy zármutku, pláč
5. Akceptace	Smíření se se stavem

Zdroj: vlastní (Převzato: Křivohlavý, 2002, str. 155)

Tabulka 2 Sociokulturní faktory ovlivňující umírání

<i>Dříve</i>	<i>Nyní</i>
Úmrtí častější a časnější	Prodlužuje se střední délka života i průměrný věk
Naděje dožití u žen 1830: 34 let 1930: 58 let	Naděje na dožití žen 1976: 74 let 2006: 79,5 roku
Smrt - přirozená součást života	Smrt - zdravotnický problém, diagnóza
Podpora komunity – sused, obec, farnost	Často se neznají ani lidé v jedné ulici, jednom panelovém domě
Náboženství součástí života rodiny	Sekularizace
Smysl má život jako celek	Smysl má užívání si
Setkávání se smrtí reálné	Setkávání se smrtí virtuální
Rodiny větší, pospolité	Rodiny menší, atomizované
Ženy většinou v domácnostech	Ženy většinou zaměstnané
Umírání doprovázeno větší bolestí	Pokrok paliativní medicíny
Umírající většinou nebyl osamocen	Osamocenost umírajících
Soustředění na člověka	Soustředění na nemoc

Zdroj: vlastní, (Převzato: Marková, 2010, str. 18)

Příloha B – Příloha k teoretické části

Desatero podnětů pro zdravotní sestry v péči o jejich vlastní přežití

1. Buď k sobě mírná, vlídná a laskavá
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem, a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe ale nikdy ne druhého člověka – ať je jím kdokoli a ať je tvá snaha sebevětší.
3. Najdi si své útočiště, místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Druhým lidem na oddělení – svým spolupracovníkům a spolupracovnicím i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, i když si to třeba zaslouhují jen trochu.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsi denně svědkem, cítit se zcela bezmocně a bezbranně. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé – pokud možno – jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi různými způsoby naříkání:
8. Mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci
9. Tím, které bolest a utrpení tiší
10. Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat – a raduj se z toho.
11. Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat. Třeba tak, že své úkoly nebudeš vždy dělat stereotypně stejně. Snaž se je z vlastní iniciativy kreativně pozměnit.
12. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.

13. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegy, se vyhýbej jakémukoliv rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce nebo úředního styku.
14. Plánuj si předem chvíle útěku během týdne. Nedovol, aby ti někdo či něco tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.
15. Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“, než „musím“. Podobně se nauč říkat „nechci“, než „nemohu“. Takto vedená řeč k sama sobě pomáhá.
16. Nauč se říkat ne. Pokud nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak má tvé „ano“?
17. Netečnost a zdrženlivost ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější nežli připuštění si skutečnosti, že více, nežli děláš, se opravdu udělat nedá. Připusť si to – nejsi všemohoucí.
18. Raduj se, hrej si a směj se – ráda a dost často.

(Křivohlavý, 2010)

Fáze truchlení

První fáze:

- Apatie, skleslost, automatické chování, plnění povinností, depersonalizace.
- Trvá několik hodin, maximálně dva dny.

Druhá fáze:

- Zoufalství, pláč, naříkání, hněv, sebeobviňování/hledání viníka.
- Trvá dny, často je vyčerpávající kvůli síle emocí.

Třetí fáze:

- Čas truchlení a oplakávání. Zpočátku stále plno emocí. Supdepresivní ladění, podrážděnost, poruchy spánku, pocity viny.
- Trvá týdny, měsíce, polevuje do roka podle stavu truchlícího.

Smiřeni:

- Nastává ve chvíli, kdy ve vnitřním ladění rozumová stránka převáží emoční.

(Janáčková, 2008)

Techniky aktivního naslouchání

Povzbuzení

- Vyjádření zájmu o osobu a předmět hovoru. Podnícení druhého k hovoru. Nejčastěji povzbuzení otevřenými otázkami.

Příklady otázek – Co mi o tom ještě můžete říci? Řekněte mi o tom více.

Objasnění

- Pomoc objasnit, o čem je řeč. Získávání informací. Kladení otevřených otázek.

Příklady otázek – Kdy se to stalo? Koho se to týká?

Zrcadlení

- Vyjádření pochopení pocitů druhé osoby. Prokázání porozumění. Uznání, že pocity druhého jsou oprávněné. Pojmenování, o druhý asi cítí a tím možnost poopravení našeho názoru. Pojmenování pocitu přináší obvykle úlevu

Příklady otázek – Vidím, že vás to velmi trápí. Je vám to líto. Vidím, že vás to rozčílilo.

Parafrázování

- Ukázání druhému, že mu nasloucháme a rozumíme. Ověření si, zda jeho slova správně chápeme. Sdělení druhému, co si myslíme, že právě řekl.

Příklady otázek – Jestli tomu dobře rozumím, tak vy říkáte... Snažil jste se říci toto... Tak v si myslíte, že...

Shrnutí

- Zopakování důležité myšlenky, faktů a pocitů klidným hlasem. Popis dosaženého pokroku. Zakončení jedné části jednání a přechod k další /opuštění nepodstatných témat.

Příklady otázek – Pojdme shrnout, co jsme do teď probrali... Dohodli jsme se, že budeme řešit...

Ocenění

-Ocenění všeho, co ocenit lze. Ocenění osobitého pohledu na situaci a informací z jiné strany. Ocenění by mělo být věrohodné a týkat se všech.

Příklady otázek – Jsem rád/a, že jste mi to řekl/a... Těší mě, že...

(Pokorná, 2011)

Příloha C – Rozhovory

Rozhovor: Respondentka 2

Vzdělání: Bc., SIP

Věk: 40 let

Pracovní zařazení: Všeobecná sestra

Praxe v oboru: 20 let

Pracoviště: KARIM – anestezie

Věřící: Ne

Polostrukturovaný rozhovor probíhal v kombinaci s pozorováním v městské knihovně v Plzni. K rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas vzhledem k ochraně identity respondentky a souhlasem s nahráním rozhovoru na diktafon. V průběhu rozhovoru bylo prostředí klidné a bez rušivých elementů – rozhovor nebyl nijak přerušen. Vzhledem k pragmatickým a věcným odpovědím respondentky trval rozhovor 15 minut. Atmosféra byla klidná a přátelská, nebyly jsme omezeny časem.

1. Otázka: Co pociťujete, když vám na oddělení někdo umírá?

Já jsem předtím pracovala na lůžkách na ARO tak záleží, v jaké věkové kategorii to bylo, pokud je to dítě, tak strašný, pokud mladistvý, tak nepříjemný a pokud už to byl starý člověk, který si tu smrt jako trošku zaslouží, nebo je opravdu hodně nemocný, tak si myslím, že to bylo pro něj opravdu jakoby takový zadostiučinění, že už může odejít v klidu.

Je pro vás obtížné o takové lidi pečovat?

Nemyslím si, myslím si, že je to součástí života.

Jak vypadala vaše první zkušenost s péčí o umírající?

Můj první exitus byla stará devadesátiletá babička na interně v Privamedu v třetím ročníku zdravotní školy. Byla se mnou sestřička, která to brala jako opravdu důstojně a uvedla mi do té problematiky, paní hezky umyla, uložila ji podle standardu, byla ta péče jako s důstojností, otevřela okno, vyvětrala, nedělala vtípy, takže od té doby já to mám začleněný jako tímto způsobem. Takže nevím, jestli se to změnilo, jo, změnilo se to samozřejmě, jak jsem matka a jsou tam děti. Je to pro mě daleko horší, protože si to vždycky asi budu vztahovat jako k sobě a těm svejm.

A emočně to pro vás bylo stejné jako dnes?

No, jelikož to bylo asi před pětadvaceti lety ten výkon, tak je to hodně v mlze. Asi to pro mě bylo jednodušší tenkrát než teď. Rozdíl byl asi v těch zkušenostech a tom mladickém věku, tom mladistvým mozku. (s úsměvem) Že v tom věku si to ten člověk tu smrt ještě moc asi nepřipouští, že by mohla přijít.

Co pociťujete při péči o zemřelého?

Když už zemře tak vlastně už nic.

Změnil se váš postoj k této problematice během praxe?

Myslím si, že ani ne. Asi od mé první praxe, první ošetrovatelské zkušenosti, že to je pořád stejné.

2. Otázka: Jak probíhá komunikace mezi vámi a umírajícím pacientem?

Protože jsem pracovala na ARO tak tam ta komunikace byla dost jako chabá, spíš byla větší náročnost, co se týče té komunikace s rodinou než se samotným klientem. Většina byla intubovanejších, nebo s tracheostomií, takže nemluvili, většinou byli i v bezvědomí.

V čem je komunikace s rodinou umírajícího tak těžká?

Myslím si, že je to obtížný, protože ta rodina je špatně informovaná z nemocnice, myslím si, že by u toho měl být často lékař, často psycholog, aby vůbec věděli, co se s tím člověkem jako děje, že opravdu jako umírá, že už jsou třeba například vybraný všechny možnosti léčby a že pro ně ta léčba a vlastně to čekání na smrt že klidně může být... Že se s ním ještě stihnou rozloučit, nebo tuto. Málokterý člověk to jakoby pobere z té rodiny.

Jak často s rodinou o tom mluvíte?

Většinou při každé návštěvě. Při každé návštěvě ta rodina dostane informace a pak jdou k lůžku. Někteří jsou komunikativní, jiní jen sedí a pláčou, někteří na něj pořád volají, aby se jako probudil... Někdo to akceptuje, někdo ne a někdo tam i přestane jako chodit. Ale zase jsem se nikdy nesešla s agresivní rodinou, která by reagovala se vztekem.

Je pro vás těžké tam v tu chvíli být?

No je to těžký, no. Vždycky se do toho tak jako vžijete, jestli je ten člověk ve věku vašeho tatínka maminky, nedej bože vašeho dítěte...

3. Otázka: Je úmrtí, které vás během praxe ovlivnilo nebo emočně zasáhlo?

Myslím si, že každé dětské úmrtí na té klinice.

4. Otázka: Jakým způsobem v osobním životě pracujete se svými pocity v souvislosti s péčí o umírající a zemřelé?

To asi nevím, těžko říct, prostě to muselo odeznít. Většinou po práci dám sprchu, je to pro mě, že to všechno jakoby odejde. Určitě využívám nějaké relax, jógu, vypnutí prostě hlavy. Někakej koníček, sport, turistika.

Máte možnost o tom na pracovišti mluvit?

Máme tam i klinického psychologa, který je tomu hodně nakloněn.

5. Otázka: Jsou na vašem oddělení praktikovány rituály související s péčí o zemřelého?

Určitě, vždycky se otevírá okno, aby ta duše mohla vyletět pryč, aby tam nezůstávala.

A nějaké vaše osobní?

Většinou ticho, když ten zemřelý odejde. Nehraje žádné rádio, žádná televize, ta péče o zemřelého probíhá v nějaké úctě k tomu zemřelému a s respektem.

Jsou nějaké specifické rituály, se kterými jste se setkala ať už ze strany kolegů, nebo rodiny?

Pracovala jsem kdysi s jedním doktorem, byl ruské národnosti a ten se teda vždycky pokřižoval, sklopil hlavu a postál. Bylo vidět, že je věřící. Mně se to líbilo. Bylo to takový jako, takové složení úcty k tomu tělu. Jinak asi ze strany rodiny moc ne. Někteří dávají těm lidem nějaké předměty, kameny do ruky, nebo chtějí, aby tam visel nějaký křížek u postele a tak, ale někdo by chtěl být u toho, ale samozřejmě v našich podmínkách to nejde. Ty návštěvy jsou omezený a samozřejmě jednolůžkové pokoje, je jich tam pár, většinou jsou dvoulůžkové, a přitom když se tam nějaký výkon dělá u toho druhého klienta tak ta rodina

musí jít pryč, takže aby jako byli v ten daný okamžik, když ten klient zemře tak to jim nelze úplně umožnit.

Mluví se o tom, že by se to umožnilo?

Myslím si, že je to nepravděpodobný. To jde udělat v hospici, kde není vyžadovaná ta intenzivní péče.

6. Otázka: Jaký máte názor na eutanazii?

Myslím si, že je to velmi diskutabilní. Z jedné části jsem pro, aby se ti lidi jako netrápili, protože vím, že se někdy musí opravdu až jako zasloužit tu smrt, že v dnešní době ty nové technologie, dostupnosti léků, a myslím si, že naše zdravotnictví je na tom velice dobře, takže přežívají lidi, kteří by před třeba deseti dvaceti lety byli mrtví, tak pořád přežívají. A i ty starší ročníky si tu smrt i v některých případech musí opravdu zasloužit, oni už by to třeba chtěli vzdát, ale ty naše techniky jim to jako furt je držíme při životě. Já nevím, jestli sama osobně bych takovou smrt úplně jako chtěla. Takže z jedné části pro ni jsem, ale na druhou stranu do té problematiky až tolik nevidím, abych mohla říct jo striktně, ať se zavede eutanazie, protože dokážu pochopit, že je to zneužitelný a sama bych nedokázala tu legislativu vymyslet tak, aby to proběhlo tak jak má. Myslím si taky, že je to velmi diskutabilní a že je to asi věcí názoru. Ale nechtěla bych být u toho, podat tu injekci. To bych asi nezvládla.

7. Otázka: Jak vnímáte poskytování paliativní péče?

Úplně to asi neumím posoudit, protože jsem to sama ještě nepotřebovala, ale vím, že kamarádka měla tatínka teďko v hospici a byla úplně nadšená z komunikace, z informovanosti, z přístupu sester k tomu tatínkovi, který tam samozřejmě jako zemřel, ale smutný, ale na druhou stranu byla šťastná, že zemřel tam, a ne třeba v nemocnici, nebo kdekoliv jinde. Protože doma by to nezvládli. Že třeba plzeňský hospic si myslím, že je na tom dobře. Ostatní, nevím.

Rozhovor: Respondentka 2

Vzdělání: Bc., Dis.

Věk: 38 let

Pracovní zařazení: Dětská sestra

Praxe v oboru: 13 let

Pracoviště: Dětské hematooonko. oddělení **Věřící:** Ne

Polostrukturovaný rozhovor probíhal v kombinaci s pozorováním na pracovišti sestry v klidné, prázdné místnosti (denní stacionář) během její služby. K rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas vzhledem k ochraně identity respondentky a souhlasem s nahráním rozhovoru na diktafon. V průběhu rozhovoru bylo prostředí klidné, byl jen 2x přerušen na dobu v řádu vteřin jinou sestrou z oddělení. Rozhovor trval 25 minut v klidné a pohodové atmosféře. Rozhovor nebyl postižen možnou časovou tísňí respondentky z provozních důvodů.

1. Otázka: Co pociťujete, když vám na oddělení někdo umírá?

Záleží na situaci, ve kterých se nachází, protože my tady pracujeme většinou s celými rodinami a hrozně záleží na celé momentální situaci. Hrozně záleží, jestli je rodina věřící, jestli je to rodina rozvedená, jestli rodina spolupracující/nespolepracující, připravená/nepřipravená a podle toho se i cítíte. Je to prostě, jakmile ta rodina je s nějakým pocitem jako smířená, tak je to mnohem víc ulehčující pocit. Pracuje se tam líp, v tom prostředí i, je to pocitově snazší se s tím vším jako vyrovnávat, promlouvat s těma blízkýma a řešit ty základní situace, které tam nastávají.

S jakou tou skupinou se setkáváte nejčastěji, s tou, co to přijímá, nebo s tou u které je problém?

No, tady v Plzni bych řekla, že je to více s tou rodinou, která to přijímá, která je už jako informovaná, neumím říct přímo, jestli smířená, ale informovaná, ale já jsem předtím pracovala v Praze na transplantační jednotce a na dětské onkologii a tam byli mnohdy nesmíření.

Bylo pro vás ze začátku když jste začala pracovat na tomhle oddělení těžké s takovými lidmi jednat?

Ne, já už jsem měla praxi, takže ne.

Změnil se nějak váš postoj k problematice umírání a smrti od začátku vaší praxe doted'?

Změnil se, naučila jsem se s nima asi víc, vlastně spíše jinak o tom mluvit, tak to je taky praxí, ale změnil se tím, když jsem začala mít svoje děti. Tím se změnil ten postoj. No a spousta situací a spousta takových jako určitých věcí jsem se dívala jinak, když jsem neměla děti. Nevím, jestli úplně k problematice jako samotného umírání a paliativní péče, to ne, to asi úplně ne, ale jako k problematice celkově toho... Já si třeba pamatuju, když jsem nastoupila do Prahy, tak to mi bylo 22 a záhy po tom co jsem nastoupila, vlastně 2 měsíce potom už jsem měla hned jako první úmrtí a byl to teenager, mě to tenkrát jako hrozně jako vykojilo, samozřejmě to bylo takový to jako poprvý, a to a pamatuju si, že jsem tam měla samozřejmě služebně starší kolegyni která měla děti a já jsem jí tenkrát říkala, říkám: „To je tak hrozný, vid', když umře takhle jako teenager, prostě že oni ho mají 17 let a teď on prostě najednou umře, to je hrozný, vid'?“ a ona mi říká: „Jak to myslíš?“ říkám: „No třeba jak jsou takový ty maličké děti, tak je to, víš jako, nemáš je tak dlouho,“ jsem jí říkala, „a je to takový jako že prostě...“ a ona mi říká: „No a to změníš názor, až budeš mít jednu děti.“ A já říkám: „no já myslím, že ne.“ A myslím si, že vlastně ve chvíli, když se mi narodily děti, bylo jedno, jestli mu je den, nebo deset. Ten názor jsem jako změnila. Úmrtí dítěte je v každém věku hrozný. Rodič by asi neměl přežít svý dítě, takže prostě je to hrozný v každém věku a od prvního dne narození. Takže tam jsem to jako hodně přehodnotila, ale nemyslím si, že by se mi změnil názor na úmrtí jako celkově, ale věkově že jsem myslela něco jinýho, ale samozřejmě jako v průběhu let jsem se naučila líp komunikovat, taky létama praxe jsou lepší podmínky pro to, jsou víc vytvořený, přístupnější, bych řekla, doktoři. Nebo z dětskýho hlediska bych řekla, že je víc dostupný péče, no. U dospělých nevím, ale u dětí bych řekla, že se tomu víc věnujou a víc jako tvoří různý i domácí ošetřování jako a že to se změnilo a tím se změní i ten, když máte podmínky lepší, tak je vždycky snadnější potom všechno, no.

Bylo pro vás po narození dětí těžší o ty jiné děti pečovat?

Ne. Vůbec, já jako nemám to, že, samozřejmě moje děti jsou pro mě všechno, ale v práci jsem pro ty nemocné děti a snažím se teda, že samozřejmě může mi to narušit telefonát z dovolený že mýmu dítěti je špatně, ale já to mám v sobě tak, že jemu je špatně a tady jsou vážně nemocný děti, které mě fakt jako potřebujou v tu danou chvíli, ne že by mě moje děti nepotřebovaly, ale není to jako že bych měla jiný postoj, že... Furt jsou pro mě

ty moje děti tady důležitý a to co dělám tak se já snažím dělat pro to, aby to bylo pro jejich dobro a abych já mohla jít večer třeba s klidným svědomím spát, že jsem pro ně udělala všechno, co jsem mohla.

2. Otázka: Je pro vás těžká komunikace s těmi dětmi?

Ne. Vůbec.

A jak to ty děti přijímají?

To je hrozně zvláštní, ony nemocný děti v terminálním stádiu to mají nějak jako, já nevím, většinou v tý hlavě, většina jich... Není to úplně jako by bylo přes kopírák stejný, ale většina jich je smířených s tím, co nastane a baví se tak jako normálně, většina se jich baví přirozeně o tom, co bude dál, ne o tom, co bude dál, až umřou, ale co bude se dít ještě i když tu vlastně už nebudou, ale oni mluví tak, jako kdyby tu byli. A přesto bych řekla, že ví, co nastane. Prostě, bavíte se normálně přirozeně. S teenagerama se bavíte o teenagerovských věcech, s malýma dětma se bavíte o věcech pro malý děti, vymalováváte, kreslíte, když jsou unavení, oni vám to řeknou, tak je necháte, domluvíte se, jestli chtějí spát, nechtějí, jestli je něco bolí... Tady, tady zrovna na oddělení u nás bych řekla, že je velmi dobře nastavená ta paliativní péče. Když to samozřejmě jde, tak se dobře nastavuje a oni vlastně už jsou tak nějak všichni, ono totiž s tou rakovinou je to takový složitý, že oni tam vlastně většinou mají bolesti, takže jsou většinou všichni utlumený ty děti. Mají jako takový jako nastavenou tu péči tak aby neměly tu bolest, což si myslím v tomhle tom ohledu jako primární, aby měli ten komfortní, ten konec toho života a samozřejmě když tam je bolest, tak to není žádný komfort, že jo. Že když je x měsíců bolesti nebo něčeho tak to není komfortní, že jo, takže když mají dobře nastavenou tu paliativní péči, tak to prostě v těchhle terminálních stavech, tak to jsou většinou klidní, taková unavenější, takže spí, povídáte si s nima, když chtějí povídat, když nechtějí, tak nepovídáte...

Stává se často, že si ty děti rodiče vezmou domů? Na ten konec?

No, někdo jo, někdo ne, není to vůbec, nemůžu říct, že bych pocítovala nějakou nevyváženost, nebo i vyváženost, neumím to říct, jako jo? Je spousta rodičů, kteří vydrží dost, hrozně dlouhý doby jsou doma a pak rodiče, kdy jakoby v tom posledním impulsu už asi nechtějí být asi úplně sami a chtějí to sdílet jako s námi, protože nás tady vídají takovou dobu vlastně x měsíců, takže třeba na ten úplně poslední přijedou. Ale jsou i rodiče, kteří to zvládnou doma.

A jaký na to máte názor vy?

Tak osobně si myslím, že domácí prostředí je domácí prostředí. Ale chápu, že vždycky to nemůže každý zvládnout. Kdo na to není připravenější, spousta lidí na to nejsou připravení i přes to že se na to připravují, mají ty pohovory s doktorem, tak na to připravení nejsou, neví, je to strašně jako, je to náročný a chápu, že je těžký se dívat na to jak se vám dítě, jak vám dítě vydechne naposled a nemít žádnou oporu. A to je právě to, co jsem říkala na začátku, že hrozně hraje roli ta rodinná situace celá. Velmi dobře tohle snáší věřící lidi. Což je pravda. Věřící lidi, co jsem tak jako kdy viděla, ti bych řekla, že to snáší dobře, a pak stabilní rodiny. Kde funguje manžel, manželka, nebo i kdyby, už jsem viděla i jako rozvedené lidi, a přesto fungovali výborně, a včetně jako prababiček, pradědečků, nebo dědečků a babiček, a když je to kompletní, fungující rodina, nejsou tam žádný hádky, není to narušená rodina, i když ti to taky většinou bych řekla, jsou schopní se tak jako podržet navzájem a zvládnout to, no.

Vy jste říkala tedy, že komunikujete s celou rodinou, nejenom s tím dítětem, je těžší komunikovat s tou rodinou, než s tím dítětem?

No, mnohdy jo, protože vám pokládají ty otázky, že proč se to stalo jim a proč to mají oni a proč je tohle a proč to tak je, někdy je to složitý, no...

A je pro vás těžké s nimi o tom mluvit?

Nevyhýbám se tomu, když se o tom chtějí bavit, tak se s nimi o tom bavím. Popravdě i říkám, že třeba nevím. Že nevím, co jim na to mám odpovědět. Ale je to jako, samozřejmě složitější, musí to být náročné, když víte, že ztratíte dítě v jakémkoliv věku. To je náročný, že jo. To je takový jako že víte prostě, že dospělý člověk nebo starší člověk si tady něco odžil, má něco za sebou, přijde vám to, protože smrt patří k životu ale samozřejmě v nějakém věku. A ne u dětí, že jo, takže je to nepřírozený, není to úplně... Je to složitý, no.

3. Otázka: Je úmrtí, které vás během praxe ovlivnilo nebo emočně zasáhlo?

Jo, ale to nebylo tady, ale bylo to ještě v Praze, ale bylo to úmrtí u dítěte, kdy nebyli rodiče smíření ani se základní diagnózou, ani s diagnózou, na kterou umíralo, bylo to... A úplně si přesně nevybavuju, jaký druh nádoru, nicméně to bylo s metastázemi v plicích a oni odmítali jakoukoliv analgosedaci a vlastně i analgézii pro to dítě, takže v podstatě

téměř při plném vědomí se dusilo. Takže to bylo takový jako jedno z nejhorších a řekla bych... Nejvíce se mi zapsalo v tom mozku, no.

4. Otázka: Jakým způsobem v osobním životě pracujete se svými pocity v souvislosti s péčí o umírající a zemřelé?

No... To já úplně jako, já to mám jako samozřejmě že smrt patří k životu a ve chvíli, kdy nám tady ty, většina těch dětí umírá na to, že prostě nezvládli tu základní chorobu, a to je... A to je prostě, už jsem jako smířená a už je to pro ně vysvobození, protože oni v té poslední chvíli dost, než se dostanou do toho stavu, kdy opravdu už jsou v nějakém útlumu nebo už jsme jim pomohli od bolesti a jsou klidní a usínají, tak do té chvíle bych řekla že už je to... Že to беру už pro ně jako vysvobození, ale vždycky ta situace k tomu je hrozně náročná, je hrozně náročný potom pracovat s těma pozůstalýma, a navíc jsou to rodiče a co mi tak jako s tím pomáhá... Nevím, no, já to mám v sobě asi srovnaný, no jak to asi jako, proč se to děje, jak to nastává... Je mi to vždycky strašně jako líto, je mi líto těch pozůstalých, protože si i jako rodič dovedu představit, co musí řešit v tu chvíli, je to, je to neuvěřitelně hrozný... Je to takový blbý že to řeknu, ale mám doma dvě zdravý děti, takže to mi asi pomáhá, že když přijdu domů a jsou tam ty dvě zdravý děti.

5. Otázka: Jsou na vašem oddělení praktikovány rituály související s péčí o zemřelého?

To je těžký říct, jestli to je rituál, rituály to asi nejsou, je to podle standardu. Ve standardech Fakultní nemocnice je i standard o péči o umírajícího a pak i o zemřelého. Takže to je vlastně to, co děláte podle standardu. Pak se přizpůsobujete třeba tradici té rodiny, třeba. A to nejsou rituály, které se dělají standardně, ale je to domluva s tou rodinou. Třeba ve standardu máte, já nevím, že 2 hodiny po úmrtí, že jo odvoz a takovýdle a někdy se s vámi ta rodina domluví, jestli by bylo možný ještě chvíli počkat, že si sem pozvou ještě někoho z příbuzenstva, tak se s nima domluvíte prostě, jo. Můžete se domluvit, já nevím, kdo umře v nemocnici, nemůžou být oblečení, že jo, protože jdou... Primárně všechno, oni naše děti jsou jako většina jich zbavená jako pitvy, takže se nepitvají, ale nemůžete je třeba nechat oblečený, kdyby je chtěli obléct, tak to třeba nemůžete. Ale můžete třeba, oni vás poprosí, jestli je můžete přikrýt jejich dekou, nebo jestli mu můžete nechat tu hračku, tak třeba takovýhle věci jo. To se může. Můžete je nechat se tam rozloučit ale jako rituály asi jako... Musíte se držet standardů, no, v každém případě.

Já myslela třeba, například na jiných odděleních otevřou okno, nebo...

Jo to dělám já. Já třeba otevírám okno, aby ta duše mohla odejít, byť nejsem věřící, ale to nevím, jestli dělají všichni, já nemluvím za ostatní, ale já to dělám a dělala jsem to už v Praze a dělám to do dneška. Udělám křížek na čelo, rozloučím se s tím dítětem a otevřu okno, když dokončím tu péči.

Setkala jste se s nějakým zvláštním způsobem provádění rituálu? Konkrétním?

Jo, v Praze na klinice, ale to byl muslimský pacient, takže ten se pak modlil, pak nějakým způsobem měl ten kobereček a modlil se k Mekce, takže tam jsem se s tím setkala, ale jinak jako asi vlastně ne. Jinak většinou tak jako normálně tam všichni chvíli tiše sedí a pak jako odejdou. Takže jsem se nesetkala s nějakým specifickým úmrtím, co se týče rituálu, ne.

6. Otázka: Jaký máte názor na eutanazii?

Já sama vlastně nevím. Já jako si moc nedovedu představit, že jsem zavřená v těle, který má třeba MLS nebo různý tyhle svalový dystrofie a takovýdle a žít s tím, že se nemůžu ani pohnout ani nic a nemám šanci ten život jako ukončit, protože tam se to nezmění, že jo, ale... Vůbec nevím, jestli má člověk právo... Když rozhoduje sám za sebe, tak asi jo. Jako, to možná asi právo má, ale jestli má právo rozhodnout třeba za dítě? A nemyslím sebe, myslím rodiče. To jako vůbec, vůbec nevím, prostě... Já si právě jak jsem říkala o tom úmrtí, které se mi zarylo v hlavě, tak je fakt, že tenkrát si pamatuju jak říkala ta holka, ono jí bylo 15 nebo 16 let, a ona pořád prosila ty rodiče, ať už ji nechají spát... A oni, jak nám nedovolili jí podávat žádnou tu... A to je právě ono. Oni vlastně rozhodli za ni, že jí nepomůžou ani s tou bolestí. Já dneska jako rodič to chápu, protože oni věděli, že ji ztratí ve chvíli, kdy, samozřejmě ji utlumíme, aby neměla bolesti, tak bude pospávat. A už je těžký s ní jakýkoliv kontakt, jo? Na druhou stranu ji nechali obrovsky trápit, protože udusit se při plném vědomí je hrozný, že jo. Ale tam je to taky o tom, jestli rodič rozhodne za to dítě, jestli je už ta doba na to, abyste ho uvedli aspoň do nějakýho stavu lehkýho nevědomí, že jo, protože ty bolesti jsou obrovský, třeba u tý rakoviny a kord, když jsou potom ty metastáze třeba v páteři, kde to dráždí nervy, nebo když potom nemůže to dítě potom dechat, že jo. Je to hrozný a vy víte, že mu pomůžete tím, že ho trošku utlumíte, nebo že se mu nastaví ta paliativní léčba proti bolesti... Ale to je tak vždycky, že oni začnou pospávat. A jako musí to být těžký jako už jenom tady o tom rozhodnout, jako rodič. Protože vy musíte, jako rodič, souhlasit

s tímhle tím navyšováním léčby a tímhle tím. Už to je jako částečný rozhodování, není to přímo jako eutanazie, ale je to rozhodování o tom, co jako vlastně, jestli je to dobře, nebo není pro to dítě. To vůbec si to nedovedu představit, že bych tohle rozhodovala, za své dítě. A nevím, jestli je to prostě správně. Nevím. Vůbec to neumím posoudit, jestli je to při, myslím si, že jako v dětským asi ne, prostě. Ale neměl by o tom ani rozhodovat nikdo jinej, jo? Ani asi ani ne rodiče ale asi ne nikdo jinej, jestli jako mu už povolíme eutanazii, nebo nepovolíme.

Přerušeni – pár vteřin, otázka od jiné sestřičky

Takže to jako neumím to posoudit, a samozřejmě taky nevím, jestli v případě že bych se já dostala do té situace jako, já nevím, jak jsou prostě tyhle ty roztroušený sklerózy a dystrofie a tohle, jestli bych jako nechtěla samostatně život ukončit a když nemám tu možnost... Jestli by mi to nevadilo. Nevím. Já vůbec neumím říct, co by... Jaká by tomu musela předcházet legislativa a co by muselo jako bejt to, jestli nějaký rozdíl mezi tou asistovanou eutanazií a eutanazií samovolně, jestli ten člověk si ji může dát sám, žejo. To je taky asi něco jinýho, protože je to jeho rozhodnutí a pak potom když se nemůžete hejbat, tak to potřebujete asistovanou, žejo. Ale je tolik depresivních lidí, kteří by vám z fleku řekli, že si přejou zemřít, žejo. Ale teoreticky by nemuseli. A kdyby, ono to samozřejmě není tak pravděpodobný, že by eutanazie byla povolena depresivním lidem, žejo, ale je to takový já, fakt se k tomu neumím vyjádřit, nevím.

7. Otázka: Jak vnímáte poskytování paliativní péče?

Myslím si, že v ní jsou velký nedostatky. Oni se toho lidí bojí. Protože on nikdo nechce slyšet, to já to беру furt z toho dětskýho hlediska, ono to tak možná z toho dospělýho není, jo ale myslím si, že jsou velký nedostatky, lidi se bojí o tom mluvit. A bojí se mluvit i tady ty rodiče co jsou tady v léčbě, samozřejmě nikdo nechce slyšet, že to může takhle skončit, ale oni položí otázku: „No a co se stane, když to nezabere?“ „No tak se léčíte dál.“ „No a když nezabere ani to?“ Tak oni... Leukémie končí na transplantaci třeba. „No a když nezabere tak transplantace?“ Tak potom vlastně... Je velmi těžký jim v tu chvíli říct: „Pak už nic není.“ Já to třeba umím říct, jo ale vím, že ten rodič na to není připravený to slyšet. Takže já třeba to zakončím tím, že třeba: „To je asi to, co slyšet nechcete.“ Ono jim to v tu chvíli pak dojde a já většinou lidem říkám, že není vhodný se o tom teď bavit, protože je to většinou před tím dítětem. Ale ony ty děti jsou vnímavý v každém věku. Ale oni si to jako, na jednu stranu oni to všichni v podvědomí ví, že to může nastat a nikdo z nich to nechce

slyšet, ale ani široká veřejnost jako bych řekla, že co se týče paliativní péče, vůbec nemá představu, co znamená paliativní péče v dětském věku. To si myslím, že o tom není představa, protože tady má každá představa takovou, že když ty děti umírají, tak tady umírají v nějakých šilenejch bolestech a já nevím co, tak to tak není. A myslím si, že není vůbec informovanost a pak si myslím, že se hodně lidí bojí smrti tak všeobecně dneska celkově, takže se nechtějí o tom vůbec bavit. Takže si myslím, že je v tomhle ta neinformovanost.

Myslíte si, že je v Plzni dobře zajištěná ta dětská paliativní péče, ty možnosti?

Co se týče hematologie tak jo. Nebo jako hematooonkologie co spadají pod nás ty děti, tak jo. Ty, co se léčí s jinýma diagnózama, neonkologickýma nevím. To nevím.

Rozhovor: Respondentka 3

Vzdělání: Bc., Dis.

Věk:35 let

Pracovní zařazení: Všeobecná sestra

Praxe v oboru: 9 let

Pracoviště: FN Plzeň – ORAK – poradna

Věřící: Ano, křesťanka

Polostrukturovaný rozhovor probíhal v kombinaci s pozorováním v onkologické poradně ve FN v Plzni. K rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas vzhledem k ochraně identity respondentky a souhlasem s nahráním rozhovoru na diktafon. V průběhu rozhovoru bylo prostředí velmi příjemné, i když byl rozhovor přerušen telefonátem. Rozhovor trval kolem 30 minut. Atmosféra byla přátelská, klidná a nebyly jsme omezeny žádným časovým rozvrhem.

1. Otázka: Co pociťujete, když vám na oddělení někdo umírá

Tak záleží i na tom, do jaké míry je ten člověk pro mě blízký. Jestli spolu jsme nějakým způsobem se, třeba, viděli, jestli ho už nějakou dobu doprovázím, taky to jakým způsobem se mu umírá, jestli to umírání prožívá dobře nebo ne. Tak když ho prožívá nedobře, to znamená, že je třeba neklidný hodně, tak to samozřejmě člověk prožívá hůř, že má větší starost o toho člověka. Takže ty pocity jsou ambivalentní bych řekla, jako různý. Záleží od té situace.

Je to horší, když jde o někoho, koho jste dobře znala?

Je to asi víc dramatictější, protože ten člověk mi je blíží. Víc to prožívám, než kdybych ho vůbec neznala. To, jak to prožívám, a to do jaké míry je to těžký, je to v tom, že ten umírající to prožívá špatně. Takže když to prožívá špatně, takže ten člověk to nějak prožívá hůř. Je taky trochu náš úkol, aby on to prožíval dobře. Pak se ještě hledá, co udělat, co neudělat, no... Takže asi v tom, no.

Když už třeba při tom umírání u těch lidí jste říkala, že v některých případech je to těžší než v jiných. V čem přesně to je pro vás tak těžké?

Asi když vidím, když ten člověk se nějak viditelně trápí. Asi v tom. A že třeba my už se nedopátráme důvodu, co se mu zrovna teď děje, jo? Protože ta zkušenost toho, že ti lidi vlastně můžou umírat klidně, nějak jako smířeně a připraveně, tak jako je a zažila jsem jí. Tak potom to, že to je naopak, tak je těžký. Protože v tu chvíli se člověk už nedoptá, co se děje, nebo neděje. Už je prostě pozdě na to. Takže člověka napadá, jestli nepřišel pozdě, že jo, myslím si, že někdy je i možný bojovat s tím, že to je takový jako selhání, jo? Naše, nebo moje, nebo prostě, tak i s tímhle.

Změnil se váš postoj ke vnímání smrti během praxe?

Asi se proměňuje se zkušenostma. S každým pacientem mám pocit, že se jako kdyby proměňuje, že v něčem mě to obohacuje, nebo jako... Vyučuje. Ale postoj, jako kladnej nebo zápornej? Takhle?

Obecně.

Jo. Tak asi čím dál víc mám jako kdyby pocit, že je potřeba mít ten postoj kladnej k tomu, aby se proměňovalo to, že smrt se vytěšňuje, a protože se lidi třeba bojí nebo že se to nehodí tady do nějaký filozofie prosperity a úspěšnosti a krásy a tak, tak jako v tomhle asi. Čím dál víc mám pocit, že smrt je součástí života a že setkání s tou smrtí že mi obohacuje život, protože ho mám pořád na paměti. Člověk, když se setkává s tou smrtelností kolem sebe, tak mnohem víc má touhu žít na plno, jo? Že v tomhle. Jakoby že ten postoj k tomu životu je lepší.

Změnil se v něčem někdy váš názor?

- hledání slov, chvíle zakoktání – Asi ne, asi to mám pořád stejně. - Se smíchem -

2. Otázka: Jak probíhá komunikace mezi vámi a umírajícím pacientem?

Tak to taky záleží, jak to umírání trvá dlouho, nebo jestli je to bezprostředně před smrtí, kdy ten člověk už je v nějaký agonii a tak. Takže to se vždycky odvíjí od toho, v jakém stavu on je. Tak podle toho, určitě jako kontakt, co se týče nějakého doteku třeba, pokud já vím, že ten člověk to nějak byl za to rád. Určitě komunikace, slovní komunikace, tak v tomhle směru a potom i třeba s tou rodinou, žejo, která často neví, jestli ten člověk vnímá, jak vnímá, jestli si může dovolit komunikovat, ale určitě ta komunikace je důležitá. Že ti lidi vnímají a my musíme s nima komunikovat. I v tuhle chvíli. Záleží zase jak ten člověk. To je opravdu vždycky ta situace jiná. Určitě je to trochu jako těžší, než když komunikoval za bdělého stavu nebo v těch mezopauzách, kdy se probouzí ten člověk trošičku k větší aktivitě. Hodně to prostě záleží na tom, jakou cestu máme za sebou spolu, že jak já moc toho člověka znám. Pokud ho znám víc a vím vlastně to, co mu dělá dobře, to co měl rád, jak rád komunikoval, tak je to pro mě snazší, než když to nevím. Tam člověk pak jakoby pak se i třeba bojí, aby právě neudělal něco, co by se tomu člověku nelíbilo v té komunikaci. Takže hodně se to odvíjí od toho druhýho, no. V každém případě, když k nim jdu, tak já k nim vlastně nechodím s myšlenkou na tu smrt, ale s myšlenkou na život a už jenom to změní tu atmosféru toho hovoru té konverzace z té mojí strany.

Kdyby se ten člověk chtěl bavit přímo o té smrti, je to pro vás těžké o tom mluvit?

Kdyby se chtěl bavit o smrti, tak bych měla radost, protože mi vždycky přijde, že je to něco, kdy ti pacienti potřebujou o té smrti mluvit, že si myslím, že každý o ní potřebuje mluvit. Že když se

setká s nějakým jako životním údělem, kdy se tahle otázka stává živá, prostě já zemřu, tak se s tím konfrontuje a má s tím hodně pocitů, hodně strachu a potřebuje se na hodně věcí ptát. Potřebuje třeba i to dokonce jako plánovat, to jak, jak vlastně chce zemřít, to že to je pro mě pacient, který otvírá tuhle otázku, tak je radost, protože jako vím, že je to něco, co on potřebuje, jo? A že o těch věcech přemýšlí a že má nad tím moc. Že může pro něj potom být i snazší pro něj jít na tu cestu a připravovat se vlastně na ten okamžik ve svém životě.

Když za vámi přijdou pozůstalí, když jsou v hodně těžkém stavu, jaké to je s nimi o tom mluvit?

No tak je to jako těžké, ale já si vždycky říkám, že je důležitý je jakoby přijmout, no. Přijmout je a v podstatě být tam pro ně, ať je to jakkoliv. Oni potřebují prostě tu chvíli nějak sdílet tu svoji obrovskou bolest a tu tragičnost té situace, že se něco takového vlastně stalo, jo? A může tam být vlastně snůška emocí, že třeba můžou mít pocity viny, proč se to stalo, že oni tam třeba nebyli, nebo že tam byli, nebo... Jo? A to je spousta emocí, který se tam melou dokola, ten hněv tam může být taky, jo? Je jako důležitý vědět, že to k tomu může patřit a že člověk je tam proto, aby tam pro ně byl v tuhle chvíli a pomohl jim to nějak snést, zpracovat. Takže to si myslím, že jako člověk by pro ně měl bejt, že oni to potřebují. Že to je důležitý, no, aby tam ta péče byla.

Je pro vás těžší o tomhle mluvit s člověkem, který umírá, nebo s jeho rodinou?

No, takhle, když mi přijde, že ten člověk o tom už mluví, tak nějakým způsobem to potřebuje, jo? Ale často ta rodina jako se s tím opravdu nedokáže smířit. Někdy mám pocit, že do poslední chvíle oni pořád hrozně moc věří, že to se nestane a bojí se o tom mluvit třeba často, jo? To mi přijde. Nevím, přijde mi, že v tu chvíli je to možná těžší s tou rodinou. Zase bych byla ráda, kdyby ta rodina o tom chtěla mluvit, ale někdy mi přijde spíš, že ten pacient chce o tom mluvit, protože má pocit, že doma o tom nemůže mluvit. Protože mu doma prostě nastaví tu tvář: „prosimtě, nemluv o tom, to... to... Takhle nemluv...“ Že on se neseťká s tím, že by ta rodina dokázala být někde vepředu předním. Že oni vlastně prožívají to samý, jako prožívají všechny ty fáze, jako smiřování se s tím a je to podle mě hrozně těžký pro ně, aby došli do smíření, a to ještě ve chvíli, kdy ten člověk ještě žije. Jo? To... To jako... Nevím, no, ještě jsem to nějak asi ještě nezažila.

Proč myslíte, že to tak je? Že to je těžší po tu rodinu?

Tak to nevím, no... (přemýšlení) Nevím. (s úsměvem)

3. Otázka: Je úmrtí, které vás během praxe ovlivnilo nebo emočně zasáhlo?

Asi první úmrtí v životě, to mi umřela prababička, bylo mi deset. My jsme měli tak blízký vztah, že ona v podstatě byla jako moje máma. To v těch deseti letech bylo těžký, protože vlastně

o tom se mnou nikdo nemluvil. A já jsem to tenkrát potřebovala. Takže to vnímám jako těžký a na druhou stranu vlastně o to možná víc vnímám, jak je důležité o tom mluvit s těma, kteří o tom potřebují mluvit.

A v praxi?

Jako v praxi? Jo asi právě pacientka, která byla velice neklidná, nedala se jí nijak utišit bolest. Tak možná taková trošku bezmoc. Že ta medicína tady se mi zdála, že jako neumí pomoci, no. A ještě teda jedno úmrtí mě ovlivnilo teda zásadně, k tomu se hodně vracím. To byla moje teta, kmotra, a ona, když umírala tak my jsme za ní přišli na JIPku. Všichni se nám omlouvali, protože ona naříkala na celou tu jednotku intenzivní péče a oni se nám omlouvali, že s tím neumí nic udělat. Že má všechny léky na bolest a přes to se takhle projevuje. Ona opravdu vypadala strašně. My jsme z toho byli úplně zděšení. Ale ona byla moje kmotra a byla věřící, takže já jsem vůbec neváhala a zavolala jsem tam kněze. V té době, já jsem nikdy nezažila takhle napřímo být u toho, když ten kněz toho člověka jakoby zaopatří. A tenkrát to bylo pro mě úplně něco nevidaného, protože on tam přišel, vlastně tu tetu mojí zaopatřil, pomodlili jsme se společně u toho lůžka a teta najednou prostě přestala naříkat. Jo? A vlastně to bylo někdy odpoledne a v noci zemřela. Ale na té JIPce nám volali a říkali, že prostě ona byla takhle v klidu až do té smrti. A pro mě to bylo v tu chvíli něco, jako že ta její vlastně de fakto ta bolest nebyla fyzická, žejo, ale byla třeba v tom, že ona prostě potřebovala slyšet slova odpuštění, který vlastně skrze toho kněze jako zazněly. A ona neměla čas nějak na to se nějak usmiřovat, protože to onemocnění byla rakovina a bylo velice agresivní, ona byla pryč během 3 týdnů. Takže tohle mě třeba hodně ovlivnilo, mnohem víc třeba i jako zpětně vidím, že ta bolest samozřejmě není jenom fyzická, ale i duševní a psychická, duchovní, že to potřebuje se taky o to starat no, u těch lidí. Takže tahle zkušenost mě tak hodně ovlivnila.

– přerušeni telefonát pár minut –

4. Otázka: Jakým způsobem v osobním životě pracujete se svými pocity v souvislosti s péčí o umírající a zemřelé?

Jedna z nejdůležitějších věcí, kterou vnímám, jako přínosnou je každoměsíční supervize (s úsměvem). Jsem za ni moc ráda, i když v počátku jsme se na to jako v týmu dívaly skrz prsty, tak teď si neumím představit, že bych jednou za měsíc nepřišla na supervizi a nemohla probrat ty situace, které pro mě náročné byly během toho měsíce, nebo i v komunikaci, tak to nějak probereme. Je tam člověk, který nad tím má nadhled a není do toho vtaženej, takže to je důležitý pro mě a samozřejmě tam můžu prostě říct i ty věci, které se týkají toho osobního života, protože ono se to proplétá, žejo, že ono ten osobní život se trošku na to, aby se... Aby se dobře pracovalo tak ten osobní život musí být v pořádku a naopak. Potom taky je pro mě důležitý mít přátele a nějaké aktivity a ty vztahy, myslím si, že žít v těch vztazích je taky hodně důležitý. Nesmí člověk jenom pracovat a nesmí

sklouznout k tomu, že jenom tu práci řeší. Že musí od toho mít odstup, tzn., musí nějak ventilovat, fyzická aktivita taky pomáhá. Miluju jízdu na kole a občas s i jdu zaplavat, nějaký kino a kamarádi. (s úsměvem)

Znáte nějaké postupy k udržení psychické pohody?

Postupy jo? Smích Tak asi že bych měla manuál, to asi nemám, ale snažím se mít přes ten den nějaký rituál, kdy se od té práce oddělím, tak třeba přijdu domů, převléknu se jako oddělit se od toho oblečení, které člověk v práci měl, dát si kafe třeba a nějak se v tomhle, mít ten rituál, kterej jakoby od toho oddělí. I ta supervize si myslím, že je velká prevence od toho vyhoření, že to je o tom, že se to právě jakoby řeší. Že to jakoby řešíme to zvládání toho stresu, který při té práci snášíme.

V čem vám v tomhle ohledu pomáhá vaše víra?

Asi hlavně v tom, že v podstatě věřím tomu, že ta smrt v životě toho člověka nemá poslední slovo, ale poslední slovo má Bůh. A to poslední slovo je dobrý, protože on je dobrý, takže to jakoby nekončí, věřím tomu, že ta smrt je nějaká poslední zkouška v životě člověka ale vlastně se otevírá ta další existence v Bohu, který je láska. To znamená, že to asi v tomhle tom dobrý, že vidím, že to má pokračování. Že to není jako definitivní zmar, definitivní konec a pak nic, prostě nic. Ale že jsme jako nějak ta ten náš život je otevřený tomu dalšímu. Tak to a potom taky v tom, že když zažívá člověk nějakou bezmocnost vůči těm lidem, nebo té práci, protože ta medicína prostě chtě nechtě tak vítězná není, prostě ti lidi umíraj, jo, a tak jako že to není jenom na mě. Pořád se můžu obracet k někomu, kdo je větší, než já a kdo tu situaci vidí a nějak má ji ve svejch rukách. Tohle nějak tam je. To si myslím, že člověku pomůže. Proto je to pro mě asi lehčí. Zároveň se nedá jakoby říct, že by to člověk neprožíval někdy těžce... Určitě se to ale promítá do toho, že to má nějakou naději. Že tady naděje je.

5. Otázka: Jsou na vašem oddělení praktikovány rituály související s péčí o zemřelého?

Tak takhle, no, když oni jsou věřící, tak si tam zavolají kněze a pomodlí se tam, ten kněz toho člověka zaopatří. Tak jakoby to. Někdy... (přemýšlení) Vím, že k nějaký paní přišel nějaký, nevím, jestli to byl léčitel, nebo esoterik, tak to mi říkala, že přijde a malovala si tam, nebo dostala nějakou knížku, tak to, ale že nějaký rituál, tam asi nebyl.

Jsou nějaké, které vy provádíte u zemřelého?

Když vím, že ten člověk byl věřící, to už nějak vyplyne z toho našeho tak jako vztahu, tak se tam třeba u něj můžu modlit. Jo? Pokud vím, že on si to přál, nebo že by mu to nevadilo, tak tam jsem, sedím tam a modlím se modlitbou, kterou měl taky rád, že jo. A v tichu, nebo ho držím za ruku a modlím se, nebo trochu polohlasně. No a potom to, že třeba mu zařídím a zprostředkuju toho kněze,

který může udělat tyhle věci jako zaopatřit, pomazat toho člověka. Když ale jedu za těma lidma domů, protože ti lidé mi věří a často i pozůstali mi volají a chodí za mnou si popovídat, nebo pro radu, tak se snažím jim ulehčit to jejich trápení a truchlení a provést je tím. V souvislosti s tou péčí o tělo si myslím, že je pro pozůstalé důležité, aby se o to tělo osobně postarali, protože jim to hodně pomůže se přes to dostat a vyrovnat se s tím, co se stalo. Například mi zavolał pán, on měl nemocnou manželku a spolu měli malou asi šestiletou holčičku, a on mi volal, že jeho manželka zemřela, on si nevěděl rady s tím, co dál. Přijela jsem tam a samozřejmě ta atmosféra byla velmi smutná a truchlivá, ta holčička jenom stála v koutě se sklopenou hlavičkou a plakala a mumlala si toho plyšáka. A já jsem s ní začala komunikovat. Ptala jsem se jí třeba, jaké měla maminka ráda šaty, jaké ráda nosila, jestli měla oblíbené náušnice a tak, a ta malá holčička ze začátku byla fakt smutná, taková netečná a po tom, co se mnou začala vybírat tyhle věci a kdy mi s tatínkem pomohli omýt to tělo a společně jsme ji oblékli a učesali, tak ona i ten tatínek pak viditelně se uvolnili, a to truchlení pro ně už nebylo tak těžké. Nebylo to tak bolestivé, protože věděli, že se o tu maminku postarali, že ji vypravili a podvědomě se s ní i rozloučili. Takže to je taky takový ne vyloženě můj rituál, ale vlastně něco, co mi připadá pro ty pozůstalé důležité a o co se v souvislosti s tou péčí o zemřelého snažím. Takže takhle se s těmi pozůstalými, když mě k tomu přizvou, postaráme o to tělo, a když chtějí, tak se spolu i pomodlíme.

6. Otázka: Jaký máte názor na eutanazii?

Já teda dost zápornej teda, že nesouhlasím s tím, vůbec. Myslím si, že zaprvé to odporuje tomu, že čemu se přísahal, že nebudeme zabíjet, že to odporuje nějaké té přirozenosti, ten člověk by měl přirozeně umřít a my bysme mu v tom neměli pomáhat. My jediné, k čemu bysme měli pomáhat je k tomu životu a podporovat život, jo? A důstojně umírat. Ale mě eutanazie prostě přijde nedůstojná pro člověka. To... Teď teda pomíjím takový ty šílený případy, kdy... Ale prostě s tím nesouhlasím, no... Myslím si, že máme tu dost prostředků na to, aby ti lidé umírali důstojně a v klidu a tohle je nedůstojný pro mě. Pro mě je to jako kdyby utracení toho člověka.

Když bychom se podívaly na ty šílené případy, jak jste uvedla, udělila byste výjimku?

Ne, nesouhlasím s tím, protože si myslím, že tam je jako... Takovej kluzkej svah no, že se to povolí v šílenejch případech, ale pak to vede k tomu, že se to naopak pořád změkčuje a je tam ten svah a sestup a jde to dolů a zkušenosti z ciziny jsou takový, že to tak funguje. Že se posouvají hranice toho, co je šílený. Je to pak čím dál tím míň no. Myslím si, že smyslem toho je proti tý eutanazii jít, zabývat se tím člověkem a jeho utrpením no... Ne to řešit takhle.

7. Otázka: Jak vnímáte poskytování paliativní péče?

Asi chybí lidi. Spíše mi přijde, že paliativní péče se integruje do systému a nějakou dobu to potrvá. Než si zvykneme, že je to tady a že je to součást normální a lidi se toho i bojí. To si myslím že... Ale že je to proces, no... To bylo víc normální, no, tehdy ten přístup. A to je potřeba.

Rozhovor: Respondentka 4

Vzdělání: SZŠ

Věk: 59 let

Pracovní zařazení: Všeobecná sestra

Praxe v oboru: 41 let

Pracoviště: Hospic sv. Lazara v Plzni

Věřící: Ne

Polostrukturovaný rozhovor v kombinaci s pozorováním proběhl v kanceláři vrchní sestry v Hospici sv. Lazara. S ohledem na zachování anonymity a souhlasem s nahráváním rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas. Prostředí bylo klidné, světlé, respondentce dobře známé. Při rozhovoru došlo k vyrušení na pár minut loučící se nejspíš kolegyní. O problematice jsme se s respondentkou bavily 40 minut. Nebyly jsme omezeny časem, ani jiným nedostatkem.

1. Otázka: Co pociťujete, když vám na oddělení někdo umírá

Tak pociťujete. Pocity. Ty jsou podle věku pacienta, podle věku pacienta, nemůžu říct, že by člověk cítil pořád to samý. Cítíte vždycky něco jiného. Když pečujete o umírajícího pacienta, kterému je 30 let, tak jsou pocity podstatně horší a koukáte na něj úplně jinýma očima než o pacienta, kterému je 80 nebo 90, jo? Takže tady, protože hospice je zařízení pro umírající lidi nebo pro lidi v terminálním stádiu nemocní lidi, tak sem chodí pacienti prostě od 18 let až do nejvyššího stáří a na každého toho pacienta máte jiný pohled a jiné pocity, protože víte o něm víc než v nemocnici, znáte jeho rodinu nebo poznáváte, znáte jeho životní příběh a podle toho i se ty pocity odvíjejí.

Které pociťujete nejčastěji?

Tak samozřejmě, lítost je pocit? Tak samozřejmě lítost, ale když víte, že ten člověk za to nemůže, že onemocněl, je to takový jeho osud, protože ta rakovina je onemocnění, které si člověk většinou nezaviní sám, tak protože je tady, protože je tady jeho rodina, protože jsou tady ty léky proti bolesti, jsme tady my, tak proto převažuje, když na tom je takhle, tak je dobře, že je tady a že se o něj starám.

Jaké tu máte nejčastěji pacienty, co se tohoto týče?

Nejčastěji onkologičtí pacienti ve stádiu, kdy jim v nemocnici bylo řečeno, že jim nemůžou nic nabídnout, nic pro ně nemohou udělat, že léčba je ukončená. A na to se taky i doktoři ptají: „Je léčba toho člověka ukončená? Nebo má kontroly, nabízejí mu jiné další vychytávky?“ Pokud doktor v nemocnici řekne: „Nemůžeme vám už nic nabídnout, nemůžeme mu už nic nabídnout,“ tak patří sem a je to člověk, který odchází ze života.

Změnil se během vaší praxe od začátku do teď nějakým způsobem váš postoj k této problematice?

O umírání a paliativní medicíně se teď dost mluví, nebo začalo se více, sleduju to za ta léta, co jsem tady, takže je to velký rozdíl, že je větší povědomí o hospicích. Když jsem nastoupila sem tak nebylo, i jsme dělaly různé, se dělaly různé výzkumy, že vůbec lidi nevěděli, teď už je to lepší a... Já jako určitě člověk, který takhle pracuje tady má určité žebříček hodnot a trochu jsme s tím různě s mužem doma, kterej je takovej puntičkář a všechno je špatně a jaktože má můj syn svatbu venku, že to je špatně, že zmokne a jaktože jedeme támhle, když to je daleko, a to je špatně a já jak tady dělám a jak jsem taková vyklidněná, protože si říkám: „Když nemáme rakovinu, tak je všechno dobře“ (se smíchem). Takže jak jsem taková vyklidněná tak vždycky na něj koukám a no a pak z něho vyleze vždycky: „Vy jste tam jiní!“ Takže určitě se to projevuje, ti lidi tady zaměstnanci převážně nemají televizi. Převážně to jsou lidi, kteří čtou, milují muziku, hodně se tady hraje, protože kluci jsou kytaristi, dokonce se tady vyeliminovála i hospicová kapela z nich, jo? Takže jsou to muzikanti, takže to jsou lidi, kteří mají úplně jiný zájmy, než má taková ta běžná úplně populace, nebo běžní lidi, nebo já nevím, možná že budou i normální lidi, že my jsme nenormální, nebo ne úplně normální lidi, ale určitě to ovlivňuje, člověk se usmívá na svět víc, je, je, posiluje to, když se něco stane, například včera jsem neměla lístek na vlak. Dobíhala jsem, tak jsem tam přiběhla, a říkám paní: „Nezlobte se, já nemám lístek. Já jsem to nestačila si koupit, já dobíhám.“ A ona: „Je vy jste taková milá, mně to nevádí, tak to nějak uděláme.“ A já říkám: „Ne, tak mi to nějak osolte, normálně si zaplatím i s příplatkem.“ A ona: „Nenene, to já vždycky koukám na ty obličejky a když vidím takovýho člověka, tak to ne, to se nějak domluvíme.“ Tak to byl takovej hezkej zážitek včerejší, tak to jsem si říkala: „Teda docela dobrý, tak jo,“ chci jenom říct, že jsme asi veselejší, vyklidněnější, není to vůbec tak, že by to na vás působilo stresově, člověk si z toho vezme to, že když nejsem onkologicky, nebo nemocná tak, nebo když nejsem nevyléčitelně nemocná, tak jsem vlastně happy úplně. Nebo jsme rádi. Protože jsou samozřejmě i horší věci, v rodině můžou být problémy, a tak, ale jako... Ráno se probudím, jsem zdravá, tak co, žádný zle. Tak asi to, donutí vás asi tady to prostředí, jako odráží se to všude jako. I studentky, co nás navštíví, třeba na praxi, tak všem se tady hrozně líbí a přitom pro ně vůbec nic neuděláme extra, ony tady jenom mezi námi jsou a vždycky odchází a říkají: „Tyjo v té fakultce a to tam oni na nás koukaj, ty sestry jsou na nás našťvaný a nemají na nás čas a vy tady jste pořád v klidu a to my sem zase chceme a můžeme přijít zase?“ Takže mám tady hodně takových a vždycky říkám: „Nojo, všem se tady líbí“ (Smích). Protože je tady přijmeme jako naše kolegyně hned a ony jsou tady rády. To je taky takový, že ty kladný ohlasy od studentek, že jsou tady hrozně rády. Ani nemám, jak se říká pořád, jak chybí sestry, tak mně nechybí sestry. Mám prostě pořád dost personálu, dneska tady byla zase další sestřička, že by strašně chtěla u nás pracovat. V tom jsem jí nemohla vyhovět, ale... Nechybí mi sestry. Já když jsem ale přešla sem, já dřív pracovala na JIPce, tak jsem sem přišla a byla jsem vyřízená. Že je to tu hrozný, že tady... Tady

se nic nedělá! Kdy bude resuscitace? Kdy bude...?? (Smích) Ale získala mě tu ta parta, proto jsem tu zůstala. Ten kolektiv, už tehdy mě získal kolektiv teda. To mě překvapilo, když kolega jedl takhle ten, nějakou nugetu, takhle to měl v kelímku a jedl to a povídá: „Já to jdu dát paní Novákové, ona to má ráda.“ A šel s tou svojí nugetou, nabral jí lžíci (ne, že by ji potom použil, to ne), ale nabral jí tu svou nugetu: „Já vám jdu dát trošku nugety, vy to máte ráda.“ A dal to tý pacientce do pusy, pak to teda hodil samozřejmě do lavoru, ale já jsem koukala jako blázen. To jsem v životě předtím neviděla, že by ošetřovatel šel dát kus své svačiny do pusy támhle, protože si na ni vzpomněl, že jí to chutná. Tak jsem potom začala, tak nějak i kvůli tý psychologii jsem tady zůstala.

2. Otázka: Jak probíhá komunikace mezi vámi a umírajícím pacientem?

Tak určitě ta komunikace je těžká, protože kolikrát, jsem ráda, že mám informaci nebo vím, že kolikrát je lepší mlčet než něco říkat. A to je informace, kterou když jsem se dozvěděla, tak se mi hrozně ulevilo. Protože když se bavíte se starým člověkem, tak si tam jako zavtipkujete a: „Tak co dneska? A co to jídlo, stálo za prd?“ A tam se dá zavtipkovat. Když se bavíte s umírající mladou maminkou, která víte že má doma dvě děti, tak tam jako ten vtip, nebo se snažit o nějakou vtipnou glosu jako není na místě, protože tam se nedočkáte nějaký takový reakce, takže tam už je lepší prostě kolikrát nic neříkat, jenom tak jako účastněně pečovat o toho člověka, nabízet mu, co by mu udělalo dobře, nebo co bych mu jako mohla udělat aby mu bylo dobře, nebo aby se cítil líp, spolupracovat s ním na té péči, protože ti mladí lidé většinou když nemají nádor hlavy tak většinou jsou komunikačně lepší než ti starý, kteří jsou hluchý a zmatení atp. A tam potom spolupracuju na té péči, aby se dobře cítil. Takže v tom je ta komunikace. Zase, musí se zase rozlišovat od každého jednotlivce.

Je to pro vás pořád stejně těžké, nebo horší?

Je to ta komunikace nejtěžší práce, protože pečovat tady o lidi jako ve zdravotnictví běžném, to znamená ošetřovatelská péče o kůži, oči, toaletu, krmit, otáčet, polohovat, ošetřovat rány, tak to dělají všude. Ale my to tady máme navíc. Hospic je vlastně pracoviště, kde si zakládáte na tom, jak si těch lidí všímáte. Ale ne jenom o to co je bolí, ale taky o to, co je trápí. A to je právě to nejtěžší. To je ta nejtěžší pracovní náplň hospicového pracovníka je komunikace. Ale není to jen s pacientem, je to kolikrát těžší komunikace s tou rodinou.

A v čem je těžší?

Protože oni se trápí, oni nejsou smíření s tím, že jim někdo odchází, s tím se asi smířit výrazně nedá, i když, myslím si, že lidi, co jsou věřící, že to mají snazší v tomhle, to je taková zkušenost. Ale oni tady samozřejmě pláčou, procházejí nejtěžším obdobím svého života, umírá jim blízký člověk. Maminka, tatínek, i dítě, i bratr, sestra a tak dále, takže oni jsou smutní a oni se chytají

každého slovíčka: „Proč dneska maminka nejí, když včera jedla? Jaktože ona dneska spí a včera nespala? A není dneska nějaká zmatená? A nemá náhodou teplotu? A proč dneska jedla míň a včera víc?“ A chytají se každého tohleto, a to je při té práci, který je ještě takhle, tak je to docela takový jako vyčerpávající, no.

Máte problém mluvit s těmi lidmi o smrti?

Asi určitě. Myslím si, že tady s tím má problém každé, ale zase je to o tom, jak ten člověk je informovaný a jak chce o tom mluvit. Když ten člověk chce o tom mluvit, tak to nějak zvládnete, ale když nechce, jakože většinou lidi nechtějí, málokdo chce, tak sama na to téma nezačínáte mluvit. Lékaři to dělají tak, že se zeptají: „Chcete mluvit o vaší nemoci? Chcete vědět, co vám je, jak vám je a co by mohlo přicházet?“ A zrovna včera jsem byla svědkem, kdy pán řekl: „Ne, nechte to bejt, já vím že mám rakovinu a už o tom nebudeme mluvit.“ A některý lidi to chtějí slyšet a pan doktor vlastně ve spolupráci s psychoterapeutem, ani to není jako výrazně úkol té sestry nebo toho ošetřujícího personálu, spíš tohleto obstarává lékař společně s psychoterapeutem, eventuelně s rodinou, která toho pacienta vlastně denně vidí. Jsou to takový hezký kazuistiky, nevím, abych vám nevybouchla přístroj (se smíchem), ale přišla sem zdravotní sestra, bývalá vrchní sestra z **** kliniky **** (respondentka uvedla konkrétní nemocnici) si lehnout na vlastní žádost, protože sem chtěla, protože věděla, co jí je, protože věděla, jak to bude probíhat, byla plně informovaná. A s touhle paní jsme vybíraly i šaty. Řekla: „Heleďte holky, oni mi zítra přivezou troje šaty a vy přijďte a pomozte mi vybrat, který mi oblíknete.“ A to je potom úplně jiná záležitost, než když prostě: „Já a, a zejtra, už přijde ta fyzioterapeutka? Já bych chtěla už jako udělat čtyři kroky, abych mohla jít aspoň ještě domů, já až odtud půjdu...“ A to je zase úplně jinej příklad, kdy paní nechce nic slyšet, nechce nic vědět a upíná se pouze na to, že se vrátí domů. A tam potom jako paní doktorka, nebo pan doktor když jsou takový tak oni přijdou a řeknou: „Nezlobte se, ale ještě nepůjdete. Váš stav se bude teď chvíli zhoršovat, budeme ho ve spolupráci s vámi korigovat, abyste se netrápila a uvidíme za týden, nebo za čtrnáct dní.“ To jsou takový ty krátkodobý motivace, který vlastně s pacientem děláte, protože nebudete... Nedávno pán povídá v listopadu: „Já bych se chtěl aspoň dožít Vánoc.“ A paní doktorka mu povídá: „Na Vánoce zatím nemyslete, já vám třeba slíbím, že příští sobotu ještě tady si budete moct jít s rodinou třeba domů.“ Jo? Takže, nebo pokud víte o tý rodině hodně, kdykoliv, já to vždycky říkám, že pacient v hospici by se měl hlavně poslouchat. Co říká, co vypráví, jo? A když ona mi vypráví paní, že vnučka bude mít maturitu, že je na to hrozně zvědavá a: „Já se toho snad ještě dožiju,“ tak samozřejmě já to vím a použiju tohleto třeba za týden, kdy ona řekne: „Já už tady být nechci. Mě už všechno bolí, já, já, mě už to ani nebaví to ležení, já, píchněte mi něco, ať už umřu.“ Tak já už okamžitě tady to a řeknu: „Ale ne, vždyť jste říkala, že počkáme ještě na tu maturitu té vnučky.“ Takže to použijete, a proto je nutný vědět o těch lidech maximum, vědět o tom jejich životě, situaci, a tak dále.

3. Otázka: Je úmrtí, které vás během praxe ovlivnilo nebo emočně zasáhlo?

Určitě, tady zemřel pan profesor, chirurg, který tady dokonce i předtím pracoval jako lékař, v důchodu, měli jsme ho rádi, tak ten tady vlastně zemřel a teď to zrovna předevcírem zemřel třicetiletý kluk, který cestoval. To je zajímavý, on si řekl, že prostě nebude nikdy pracovat. Protože ho to štve, on si vydělá na cestách a až bude mít určitéj obnos, tak že už nebude dělat nic (se srdečným smíchem), to byl takovej free, no a on bohužel onemocněl rakovinou slinivky a zemřel předevcírem tady ve společnosti přítelkyně a maminky a táty, no, takže každý tohle úmrtí je svým způsobem takový jedinečný. Ono je to vždycky brzo i kolem tý čtyřicítky, padesátky, ještě i kolem vlastně moje věková kategorie, tak to zasáhne i víc, než když je to člověk, který opravdu si takzvaně odžil, jo? Že je ve věku kdy se teda a odchází ze života i fyziologicky, normálně, no.

Je nějaké, které vás psychicky hodně zasáhlo?

Tak určitě tady zemřela moje kolegyně z práce, z bývalý práce z nemocnice v **** (respondentka uvedla konkrétní nemocnici), kde jsem pracovala, a potom tady zemřela ještě jedna moje kamarádka, čtyřiceti dvouletá, kterou jsem znala hodně dobře. Takže určitě známí, příbuzní. (respondentka hodně ztlumila hlas, více zvažněla, zesmutněla) Taky naše kolegyně tady zemřela, z recepce, přímo od nás, takže to jsou takový ty věci, který... Toho člověka dobře znáte, byli jste tady spolu léta a oni... Odejdou... Takhle. Jako zbyteč... – brzo, vlastně kolem 40 let jim byl, no. To jsou takový nejhorší. Že si najednou uvědomíte, že to jde tak nějak do vašeho nějakýho toho okruhu. Že si tady myslíme, že jsme fit, že jsme odolný a najednou z našeho blízkýho okruhu tady někdo ulehne. Jinak teda tady taky zemřel jedné naší sestřičky manžel, kterému bylo 52, a já jsem jim byla za svědka. Takže taky další takovýhle příběh. Ta sestřička tu pořád dělá, je to moje kamarádka, jezdíme spolu na dovolený, takže to taky bylo... To už je taky dva roky asi.

4. Otázka: Jakým způsobem v osobním životě pracujete se svými pocity v souvislosti s péčí o umírající a zemřelé?

Tak určitě mi pomáhá parta – kolektiv. Myslím si, že tady lidi jsou jako rádi v práci, protože jsme prostě „top parta“, jak se řekne, no, jsme rodina. Tohle je jedna věc, no a to je vlastně ta nejdůležitější věc. Tak samozřejmě každý má svoje koníčky, já třeba chodím na jógu, angličtinu, nebo... Rekreaci ale já jsem ráda s tutěma lidma tady, takže my jezdíme, my hodně společně takzvaně držíme, jezdíme teda do Krkonoš každý rok se zotavit na pár dní do Špindlerova mlýna, kde máme možnost jezdit na setkání zdravotníků, je to vysloveně setkání jako proti syndromu vyhoření zaměřený ale nikdo tam se vás na nic neptá, prostě tam jedete a jdete si na túry a užijete si to jak chcete a my tam jezdíme po osmi až deseti lidech, takže celá velká parta a ta setkání bývají tři a zúčastňujeme se skoro všichni z celého domu a potom chodíme samozřejmě na bowling, slavíme všechny možný narozeniny, do hospody a večírky pořádáme narozeninový a Vánoční, takže jsme

spolu dost i mimo práci a dost se spolu dobře bavíme. Takže myslím si, že nejdůležitější je vytvořit si takovou nějakou partu na pracovišti a pak si myslím, že vyhoření tam vůbec nevstoupí.

Znáte třeba nějaké psychologické postupy?

Psychologické postupy... Nevím... Tak máme tady supervize, což zatím si nemyslíme, že je k něčemu, protože to nedávno začlo, nikdy jsme to tady neměly, máme tady novou paní ředitelku, skvělou, a ta nám to nějakým způsobem jako zařídila a my teda jenom čumíme, že zatím nás to nebaví a možná to nejsou ti správní lidi, co to dělají, nevím a jinak můj psychologický postup je, že mám tady všechny ráda, že je tady hejčkam, že jim tady, vidím na nich nepohodu, vidím na nich že jsou nastydlí a nabídnu jim odpočinek i za cenu toho, což není dobře, že bych třeba za ně tu službu vzala, když já se cítím dobře. Není to úplně asi ze strany vedoucího pracovníka normální, ale není toho zneužíváno a myslím si, že když ví, že mají takovou jako mámu nad sebou, tak že no, taková náruč. To je moje psychologie. Každému věřit, důvěřovat postavit se za ně a znát je, jakože je znám všechny, vím, s kým bydlí, kolik mají zvířat, jaký mají koníčky, a tak to je taková psychologie celá, no. To se v nemocnicích pěstovat nedá, protože tam je úplně jiný frmol a jiná situace, no. Není na to čas, samozřejmě, není čas si ani vypít kafe, natož pak si popovídat, včera jsme si s kolegyní povídaly o tom, jak jezdí s vnučkou lyžovat a strávily jsme nad tím třicet minut a jinde na to čas asi není, no.

5. Otázka: Jsou na vašem oddělení praktikovány rituály související s péčí o zemřelého?

No tak to je jenom běžná péče, když ten člověk se nějakým způsobem umeje, obleče, když s tou rodinou komunikujete dopředu. Pokud, nemusí se to vždycky stihnout, někdo umře ve spánku tak jako i nečekaně, nebo se ještě naobědvá a za hodinu zemře, takže se to nečeká a to jsou teda ty menší situace, ale je tady situace, kdy to vidíte, že ten člověk odchází, že to bude otázka hodin, dnů, tak s těmi rodinami komunikujete, děvčata na ně mají telefon, nebo jim osobně když přijdou na návštěvu, tak jim to i řekneme, ať přinesou šaty, protože my je tady i oblečeme, upravujeme ty zemřelý, takže rituál je prostě jen tenhle, podle nějakého standardu, nějakého citu toho člověka ve službě, kdy ho upraví, obleče ho, otevře okno a eventuelně na stoleček, pokud ten člověk zůstává na tom pokoji, tak dáváme obvykle svíčku, pokud je dáváme do místnosti posledního rozloučení, tak v suterénu dole, tak tam ne, protože přeci jenom kdyby fouklo a začalo tam hořet, tak aby, tak tam to nesmíme dát. Ale jinak kolegové, kteří jsou duchovně založení, nebo teda věřící, tak se s nimi třeba i pomodlí, pár jich tady je, tak tipnu z té party 5, 6, oproti jiným hospicům. Tam jich je třeba víc bych řekla. Někde jsou i sestřičky jeptišky ještě v Prachaticích myslím, že to je, že tam jsou...

A vy osobně máte nějaké rituály, které byste prováděla?

Já ne. Když mám k tomu člověku blíž, tak ho pohladím po tváři. Ale když ho méně znám, nebo... Tak to třeba neudělám. Ale já si myslím, že to jsou věci, které třeba udělá ten člověk spontánně. Jo? Zrovna tak spontánně přijdete k někomu a dáte mu ruku kolem ramen: „Ahoj“ A přitisknete se nějakým způsobem, máte takovou kamarádku, a takovou, u které byste to třeba neudělala. Tak takhle spontánně třeba člověk reaguje i na tyhle ty situace, i na ty zemřelý. Když s tou babkou několikrát tejdne prohodím pár slov a ona na mě mává, tak to udělám, ale když toho pána jsem ani neviděla za celý tejdne, nebo tak, protože na tom oddělení jsem méně než sestřičky, taky ty pacienty znám jen od vidění v rámci vizity, a někdo je mi tak milej, že tam zajdu i mimo, tak se tam zajdu i podívat, když zemře. Jinak k těm ostatním třeba ani nejdu. Myslím si, že ta práce v hospici, hodně lidi se ptají: „Jak to můžete dělat?“ Tak jednak to můžete dělat proto, protože chcete být s lidma. Sestřička by na jiných pracovištích pro nával dokumentace a jiných povinností na to si popovídat s člověkem nemá čas. A my máme čas a měli bysme mít, protože to je naše hlavní náplň práce. A taky sem lidi, kteří to nechtějí dělat, nejdu. Sem jdou i mladý holky po škole, mají zájem tedy sem jít, protože když šly do té fakultky, zjistily, že to takhle nechtějí dělat, že chtěly být jinak sestry než takhle, chtěly některá sestra spíše zaměřená spíše na tu práci odbornou, tak jde na sál, žejo, nebo je sestřička která zase chce všechno dohromady, tak jde na internu. Ale sestřička, která chce bejt, která chce, jenom si představuje, že bude mít náruč pro všechny ty lidi, takový taky pořád jsou, tak ta se spíše dívá po takovýchhle pracovištích, jo. Takže, vůbec nevím, proč to říkám teďka, nevím. No, takže takže, nevím, jaká byla otázka. – Po zopakování otázky – Jo, no, takže spíše ty spontánní věci, no.

Setkala jste se s nějakým zvláštním provedením rituálu, třeba ze strany rodiny?

Určitě. Určitě tady byly. Tam se to odvíjí od těch různých druhů náboženství. Byl tady pán, který byl nějaký takový, měl tady tu dečku před postelí, musel mít otočenou na nějakou stranu, to už je ale hrozně dávno, to už si moc nepamatuju, ale ano. Ty pokoje jsou takové flexibilní, postel se dá nějakým způsobem otočit, i když teda je tam televize a ta je teda na jedný zdi, takže když někdo chce koukat na televizi, tak se moc otáčet nemůže. Ale když se nechce dívat na televizi, chce si pustit rádio, chce si číst nebo cokoliv, tak se může otočit kamkoliv chce, takže je to jakoby celkem jednoduchý. Takže byli nějak otočený, měli tady koberečky a klečeli na nich, takže něco tady bylo, ale vesměs to byl jeden, dva případy. Ale určitě bysme se snažily, já tady mám vytištěný, byla jsem na semináři na těch odlišnostech v rituálech a myslím si, že to tady mám i vytištěný někde, takže bysme se určitě o tom dozvěděly, co dělat s takovým člověkem. Ale vždycky přijde početný příbuzenstvo, protože většinou lidi, co mají něco extra, tak mají nějakou takovou početnou rodinu, takže... No a jinak tady teda zemřela, to byla vietnamka, to je tak půl roku, a to teda si ta rodina zajišťovala, bylo jich teda plno na pokoji, něco tam hučeli, měli na sobě různý takový jako nějaký

oblečení speciální a ti si to zajišťovali. A ti tam teda hučeli i několik hodin. Každý den. Takže určitě rituály zajišťujeme, ať si lidé dělají, co chtějí, priorita je nerušit ostatní pacienty s tím a jinak teda nezatěžovat toho umírajícího. Tam potom zasáhnete, když vidíte, že celý chudák uvalenej a oni ho tam chtějí nějakým způsobem aktivizovat, nebo něco, takže tam to citlivě musíte samozřejmě trochu ošéfovat. Ale není to často.

6. Otázka: Jaký máte názor na eutanazii?

No na eutanazii nemám žádný názor. Protože takový to, hospicovní pracovníci a takováto hospicová hnutí zbrojí proti eutanazii. Já si myslím, že se to nemůže nikdy rozhodnout, protože opravdu někteří lidé, co jsem tu zažila jsou tak strašně nemocní, a tak strašně trpí, i přes to že třeba tu bolest nemá, ale když žena třeba má rakovinu jazyka, má vyoperovanou část tváře a má se na sebe jenom podívat, i když nemá bolest, teď zapáchá, protože rány zapáchají, teď tam chodí má malý vnoučata, oni mají přijít za ní, nebo mají tam chodit, nemají tam chodit... Já zrovna jsem typ člověka, co se snaží být elegantní dáma, takzvaně, takže podpatky, kabátek, účes nějaký, dneska jsem si zapomněla náušnice tak jsem z toho úplně na nervy, nemám vůbec hezkej den, člověk má být upravený, voňavej a tak. Ale kdyby mě mělo postihnout něco navenek, já bych to neunesla. Já bych chtěla umřít. Já bych nechtěla žít. Takže určitě se nedivím, že si někdo sáhne na život sám, protože mu k tomu nikdo nepomůže. Na eutanazii, ani se o tom nechci bavit, protože nemám na to nějaký názor. Myslím si, že to je těžce individuální záležitost, a já sama jsem si říkala, já jsem viděla film. Je to anglický film, byla tam paní, protože my jsme o to měli přednášku, bylo to někde v muzeu, bylo to na téma eutanazie, pan doktor přišel úplně pohoršený, to je věřící chlap, jak ta ženská se mohla nechat zabít, ona si to potom zařídila ve Švýcarsku ta paní, jak se mohla nechat zabít, ale já když jsem ji tam viděla, jak ona žije, že ona spadla z křesla, že se nemohla zvednout, že žila sama v domečku, kde byla zpusťšená ta její zahrádka o kterou ona se starala celý život, že ona když chce poslat dopis tak ona de s francouzskými holemi a dopis nese v zubech do té schránky, jak prostě a taky to byla hrozně elegantní paní, hezky oblečená, pořád ten účes, dbala na sebe a tak. A ona oznámila rodině, jak se rozhodla, ono to bylo v angličtině a já jako opravdu jsem tomu nerozuměla, a měla dvě děti, byla nemocná nějak neurologicky, neměla rakovinu. A tím jí to prostě, takže ona chátřala fyzicky. A ona to oznámila dětem, syn měl po ní dědičnost, takže taky špatně chodil, ale žil sám, neměl myslím si, že rodinu a navštěvoval tu mámu. A ona si to takhle domluvila a oni tam s ní byli. Ona letěla, tedy oni letěli do toho Švýcarska. A ono to končilo, jak ona tam ležela na té posteli a oni tam s ní ten syn i dcera byli a ona sama si samozřejmě musí podepsat x papírů a souhlasů a ona sama si tam tu infuzi, tu tlačku té infuze pustila a bylo vidět, jak ona si vlastně zavírá ty oči a zemřela. Chci jenom říct, že tímhle způsobem, než bych žila se znetvořením, než abych zapáchala, aby to to, co je vidět, to, co vidět není, to se dá ještě zvládnout, ale když je to vidět, tak to je potom... Já bych to nechtěla... Nechtěla bych takhle žít a nechci o tom mluvit, jako že to odsuzuju, neodsuzuju to. Vůbec.

7. Otázka: Jak vnímáte poskytování paliativní péče?

Tak určitě si myslím, že hodně lidí je drženo, nebo leží v nemocnicích aniž by jim to bylo nabídnuto, nebo byli informovaní a co se týče paliativní péče, každý ten hospic je trošku jinej, každá ta péče je trošku jiná a já třeba bych viděla nedostatky v tom – **vyrušení na pár vteřin nejspíše kolegyní, která se přišla rozloučit** – no a každý ten hospic je trochu jinej, některej je víc paliativní, v našem hospicu se snaží pan doktor pořád mít co nabídnout těm lidem, odvíjí se to od toho odkud ten doktor přišel, z kterýho pracoviště, takže náš pan doktor ještě na příklad nabídne transfuzi krve pacientovi aniž by my jako personál jsme s tím byli úplně ztotožněný, ale je to lékař, my ho musíme poslouchat, ale je fakt, že on se těch lidí na to zeptá, nabídne jim to, jako co jim to může ještě přinést a nebo co jim to přinést nemůže. A ti lidi se rozhodnou většinou sami, jestli to chtějí podstoupit, nebo ne. Ale já nevím, já jsem neviděla lepší paliativní péči. To že jedete někam na stáž tak si to tam prohlídnete, jaký to tam mají, zeptáte se, co dávají na tohle, na tohle, na tohle a byla tady skupina sestřiček z Německa z hospice a ty řekly, že tu máme strašně málo personálu. A to si já myslím taky. Myslím si, že sestra a dva ošetřovatelé na čtrnáct hospicových pacientů je málo. A protože hospice v ČR jsou postavený na tom všechny stejně personálně, tak do třiceti lůžek, víc jich žádný hospic nemá, tak si myslím, že ještě by měly být finance na to, nebo možnost, aby bylo víc personálu. Tak to je jediný, co mě tady trápí. Já říkala, že mám dost sester ale ve smyslu, že mám plnou tu povolenou kapacitu. Jenže vím, že tady kolikrát padají na hubu a já bych je kolikrát ráda posílila, ale nemám k dispozici ty lidi.

Rozhovor: Respondentka 5

Vzdělání: SZŠ + specializace (instrumentář, oše péče v interně) **Věk:** 67 let

Pracovní zařazení: Všeobecná sestra

Praxe v oboru: 49 let

Pracoviště: Oddělení klinické farmakologie

Věřící: Ne

Polostrukturovaný rozhovor probíhal v kombinaci s pozorováním na pracovišti respondentky na vyšetřovně. K rozhovoru byl podepsán informovaný souhlas vzhledem k ochraně identity respondentky a souhlasem s nahráním rozhovoru na diktafon. V průběhu rozhovoru bylo prostředí rušivé, probíhala tam práce kolegyně respondentky a hovory mezi lidmi z personálu. V průběhu došlo k vyrušení emočním stavem respondentky, kdy se rozplakala a odmítla dál odpovídat na otázku. Rozhovor trval kolem 30 minut, nebyl omezen časovou nedostatečností. Atmosféra byla jinak klidná a přátelská.

1. Otázka: Co pociťujete, když vám na oddělení někdo umírá

No, to asi je to skoro čím dál tím horší asi s věkem. I když to není, jako když vám zemře někdo blízký, ale přece jenom se o toho pacienta staráte, je to člověk, žejo. Není to příjemný. Je to smutný, je to o životě, je to nepříjemný. Ale patří to k životu.

Bylo pro vás ze začátku těžké s takovými lidmi pracovat?

No je to hodně dávno, když to bylo ze začátku, bylo to asi takový krutý. I když (s důrazem), asi ne možná až tak, protože když jsem byla malinká, tak mi umřel pradědeček a toho jsem strašně milovala a ukázali mi ho v rakvi. A mně to tak ani nepřišlo, takže to nebylo úplně takový náhlý, asi jak jsem toho pradědečka, pamatuju si to do teďka, tak mi ho ukázali tak mi to nepřišlo až tak jako děsivý, ale bylo to takový divný, ač to patří k životu, tak je to vždycky takový divný, no.

2. Otázka: Jak probíhá komunikace mezi vámi a umírajícím pacientem?

Když tedy víme, že umírá, a když to tedy ví i ten pacient, protože s tím jsem se taky setkávala, že personál to věděl, ale pacient, byť by to třeba i vědět chtěl, tak to nevěděl, tak když to takhle všichni ví, tak se i tak s tím člověkem snažím mluvit normálně. Ono teda hodně záleží na té situaci, na tom, jaký ten člověk vlastně sám je, jeho charakter a osobnost a zájmy, a i schopnost tu informaci, ten svůj stav unést. Tak se snažím mluvit normálně, o normálních věcech, když už teda ten člověk je sdílný a povídat si chce. Co většinou je, když už jsou s tím tak jako smíření. A když sám začne o běžných tématech, je to jednodušší, protože to téma smrti je někde daleko od nás. Problém nastává,

když by ten člověk byl smutný, depresivní, byl by vlastně v tom, v těch prvních fázích toho přijetí té zprávy, tak to je těžký. Toho člověka nepřivedete na jiné myšlenky, musí si to srovnat, často ani nechťejí mluvit a já je nenutím a sama to upřímně i vítám. Protože i pro mě je těžké s nimi o tom mluvit ne jako z pozice sestry, ale jako z pozice někoho, kdo sám bude žít, kdo neumírá a nepřipadá mi fěr, že já, která budu žít, mám nějak uklidnit člověka, který zemře. Nemyslím to ve smyslu, že to neudělám, že se s nima o tom nebudu bavit, protože nejsem v jejich situaci a nikdy ji dokonale nepochopím, dokud se v ní sama neocitnu. Ale cítím tam ten paradox toho, že já, když se o tom začnou bavit, je dovedu k tomu smíření (možná tedy), když vlastně... Rozumíte mi? Že prostě žiju, žít budu a mám dávat rady v něčem, co jsem sama samozřejmě na vlastní kůži nezažila někomu, kdo umírá a hledá podporu a radu u někoho, kdo prostě bude žít. A vůbec nastává otázka, jak já, až v té situaci budu, budu reagovat a snášet to, jak to sama přijmu. Proto se do toho moc nehrnu, ale když začnou, nikdy je neodmítnu, neodmávnu.

Je těžké pro vás komunikovat s rodinou?

No, to jako je, no. Naštěstí to má jako v péči při těch ranních směnách, když přijdou pozůstalí, tak když je to v ranních hodinách, když tu je, tak to obstarává staniční a lékař, který měl na starost toho pacienta. Takže abych pravdu řekla, po pravdě, tak já jsem ráda, že se tomu můžu vyhnout. Můžeme samozřejmě vyjádřit tu upřímnou soustrast, to vždycky když bych měla k tomu jakoby prostor, tak tomu se nebráním, ale jsem ráda, že nemusím být u nějakýho toho rozhovoru třeba tak většinou tohleto zabezpečuje lékař, protože rodina chce vědět, co a jak a jak to s ním bylo ke konci a jaké byly poslední chvíle, tak jsem ráda, že nemusím. Ale samozřejmě bych se tomu nevyhýbala úplně. Protože třeba ty informace a vyjádřit tu soustrast, protože to patří k životu i navzdory tomu že je to ve zdravotnictví, je jedno jestli máte u souseda nebo u kámošky, nebo v té profesi, to je jedno. To všechno patří spíš k životu než k dobrému vychování, že je to takový jako lidský, že to snad nemusí nikdo nikoho, akorát tedy poučujeme i malý děti, protože ty už se dneska třeba taky ptají, když dospěje dítě do nějakého věku, kdy se může mluvit o smrti, vysvětlovat, tak třeba to jsem vnoučatům taky vysvětlila, když se ptaly, takže že se vyjadřuje ta soustrast a že se ptaly co to znamená, tak jakože... Člověk je takovej empatickej a to je takový jako asi normální... Tak je normální vyjádřit tu soustrast a být trošku s těma lidma, protože to i zažije ten člověk na sobě, na své rodině. To jako si myslím, že i když jsou ty mladý sestry, tak jim taky někdo v té rodině zemřel, to ani nemusí být sestra vyškolená, aby věděla, co a jak, je to prostě o té empatii k jinejm. Protože to zažíváte a víte, že to bolí. Zase říkám, je to normální, normální, když zemře člověk starej, aby se tak dalo říct I když se mi to tak ani nechce říkat, protože už mám taky léta, pro mě jsou i ty sedmdesátiletí, osmdesátiletí, pokud jsou takový nějaký k tomu životu, tak jsou to prostě pro mě jako ve svém věku, ani ne tak starý lidi (se smíchem), prostě normální já prostě... Tak asi tak.

3. Otázka: Je úmrtí, které vás během praxe ovlivnilo nebo emočně zasáhlo?

No, a to mám husí kůži, hned mi naskočila, protože já jsem dělala strašně let na záchrance, a to jsou úmrtí dětí, a to mám fakt husí kůži a nechce se mi o tom mluvit. (začínají se objevovat slzy v očích)

4. Otázka: Jakým způsobem v osobním životě pracujete se svými pocity v souvislosti s péčí o umírající a zemřelé?

No abych pravdu řekla, já jsem to právě poprvé zažila na té záchrance a s tím se hned asi takhle nesrovnáte, musela jsem to snažit jakoby vytěsnit, ale kolikrát si pamatuju, protože jsem chodila pěšky ze záchranky, že na mě zvonila i tramvaj. A to jsem si jednoho dne i řekla, že když je po tej akci, nebo po tom výjezdu, tak na to musím zapomenout. Tak je to asi je jakoby život, ale to je hodně krutý život. Takže o tom se mi nechce mluvit, protože některé ty výjezdy si pamatuju, a to bylo i hrozný, pamatuju si i násilnou smrt a... To je prostě něco strašného... (Opět slzy, pláč)

Znáte nějaké postupy, které pomáhají zklidnit tu emoci?

Ono to asi bych neřekla třeba tableta na uklidnění, ale musí si to nějak ten člověk v tom mozku to přehodit, musíte prostě myslet že, holt, když už se to tak stalo, tak to prostě je a nedá se to vzít zpátky, myslet na něco hezkého, udělat si ten život, když se vrátíte domů, tak si ten život, ten den udělat nějaký prostě hezký. Musí se to prostě vytěsnit a vždycky na tom dni je něco hezkého, tak se na to prostě soustředit, nakonec když byl člověk mladej, tak měl děti, teď mám vnoučata třeba, tak přijdu domů, je to prostě i radost i starost, i bolest, ale musí člověk vždycky najít něco hezkýho, aby se na to mohl soustředit. Ale když vám to někdo nepřipomene, tak dobrý, ale když to připomene, tak to jako i ty děti děsí a já mám fakt i slzy v očích. Je to hrozný teda. A když má pak i člověk vlastní dítě, nebo vnouče a člověk si na to tak jako vzpomene, tak mám starost ani ne o sebe, že jednou tady ten můj život skončí, ale prostě aby se to nestalo teda mojí dceři, která už je teda dospělá, ale pořád je to vaše dítě a prostě těm vnoučatům, to je prostě hrozný a jak jsou ti lidi nemocní, tak je to... - **respondentka se rozplakala, vyrušení, šla jsem pro kapesníčky** – Jo, dík... tak to prostě na mě fakt docela působí. Ty děti asi na každýho... Tak jestli to takhle stačí... Já už bych to nerozebírala, protože to dostane každýho normálního člověka... (Již mumláno do kapesníku)

5. Otázka: Jsou na vašem oddělení praktikovány rituály související s péčí o zemřelého?

Já třeba zachovávám ten klid, když to zjistíme, lékař konstatuje úmrtí, tak se musíte o toho člověka postarat, vypravit ho na tu další část po smrti, tak já se tam spíš chovám potichu, protože tu péči jako znám, nebo známe, tak není potřeba si o tom třeba jako povídat, já si udělám sesterskou

práci a když to je ukončený, sepsaný věci, všechno, tak já třeba osobně otevírám okno, aby duše mohla ven, protože k tomu člověku patří duševno a ta duše je nesmrtelná, já tomu věřím. A potom se loučím, abych uvedla příklad, nechci nikoho jmenovat, je to jako příklad: „Tak se tam mějte hezky, pane Nováku,” a toho člověka tak jako hezky pošolíchám, pohladím a odejdu. Jinak asi tak ne, myslím si, že to máme všichni nastejno, a když já se třeba rozloučím, tak kolegyně už se neloučí, nebo obráceně, ale já prostě a priori k tomu oknu, abych to byla já, kdo vypustí tu dušičku ven, aby měla klid a měl se ten člověk dobře na onom světě a loučím se teda. A jinak jako ne, většinou že by tu byli lidi jiných kultur, já jsem to teda nezažila, takže jenom tak prostě.

6. Otázka: Jaký máte názor na eutanazii?

No, ono je to takový jako sporný. Kdyby se to jako týkalo mně, a měla jsem nějaký takový, jak ti lidi strádají a mají ty strašný bolesti už se jim prostě ta medicína jim už nedokáže pomoci, tak bych to asi chtěla, ale víte co, to je prostě možná. Jako, možná že asi ani ne, dneska jsou samozřejmě léky na bolest, které toho člověka na tu smrt jako připravují. Jsou léky silný na bolest, po těch pacient spí, spí a spí a vy ho nějak ošetříte, provedete hygienu, nebo jestli přijme tu lžičku pití... Ale zase že bych s tím vyloženě souhlasila, je to sporný. Ale kdo se pro to rozhodne, kdo se opravdu rozhodne a jsou ty státy, které to umožňují, tak já proti tomu vůbec nic nemám. Musí ten člověk fakt ale být při tom vědomí. A ti lidi takhle ale fakt jsou, že mají ty kruté bolesti, jsou na konci toho života a ví to, mají tu jasnou hlavu, což je taky docela kruté ale prostě to je. Někdo tu hlavu jasnou nemá, tak pak to má jednodušší i v tom umírání, že si to tak jako neuvědomuje, nebo má ty léky, které ho tak zklidní, že si to neuvědomuje, nebo někteří si to uvědomují, jiní to cítí, ale abych to řekla jednoznačně, tak ne. A právě co se týče mně, že asi bych byla ráda to tady skončit, ale nevíte, to se dozvíte až by to třeba jako nastalo. A to člověk nemůže nikdy říct. Ale jak říkám, kde je to povolený a ten pacient má jasnou hlavu a rozhodne se ve spolupráci s tou rodinou, a i rodina by jako souhlasila, nechce se prostě dívat na toho svého milýho, prostě příbuznýho, který tak strašně trpí a ta medicína mu nedokáže prostě pomoci, tak proč ne. Ale jednoznačný to prostě jako není, aby to bylo, protože všechno je samozřejmě zneužitelný a aby se tak jako řeklo úplně... Já bych to nechala na té dobrovolnosti, aby tam ta možnost byla, ale je to fakt jako strašně právně složitý. Podle mého by o tom asi neměl rozhodnou asi jenom a pouze ten pacient, asi by se měla sejít ta rodina. Aby to nebylo jenom na tom člověku. Aby se rozhodl on ale i ta širší rodina, ne jen třeba manželka ale třeba i syn, dcera, prostě aby to byla větší rodina, pokud ji má, aby se domluvili jako rodina. A to jako i jo, protože někdy ten odchod z toho světa bývá fakt docela pro ty lidi krutej.

7. Otázka: Jak vnímáte poskytování paliativní péče?

No, ono, když nemáte zkušenosti, ale myslím si, že asi jak kde, ale... Ty možnosti určitě jsou, ale myslím si, že na druhé straně, nechci to tak jako úplně zevšeobecnit, ale myslím si, že ti

doktoři k tomu... Že oni ty lidi chtějí fakt zachraňovat za každou cenu. Já to taky chápu. Ale někdy, když to člověk vidí jako sestra, já ty zkušenosti mám, protože se na ty nemocný lidi dívám fakt ta léta, takže někdy bych to zabrzdila, ale samozřejmě o tom rozhoduje lékař. Ale kde jsou na to ty specializovaný oddělení tak tam asi jo. Já s tím nemám zkušenosti. Ale někdy na těch běžnejch odděleních, kde to není třeba, už bysme to, jako i sestry to cítíme. On ten lékař pořád i jako chce a ty náběry a my už říkáme kolikrát prostě ať už mu dají pokoj... No tak je to někdy těžký toho pacienta přeřadit. Ale kde ta možnost je a kde to tak mají nastavený, ale samozřejmě taky o tom někdo rozhodne a ono se těm lékařům i nechce, ale možná po domluvě s rodinou. Že ta rodina to ví a cítí to, že ten pacient, nebo ten jejich příbuznej je na konci života, tak možná, ty lidi ale i možná taky informovaní nemusí být, anebo se ty rodiny taky pořád ještě brání, doufají, že to bude lepší a lepší, to taky jsou prostě. Některá rodina to přijme a jsou víc racionální v tom, že už se nedá nic dělat. A možná to i pak berou víc těžce, protože už není šance na uzdravení a přesouvají se právě na tu paliativní péči. Ale myslím si, že v jednadvacátém století by to mělo být už běžný. Ale myslím si, že se to tak nestává. Někdy to tady člověk i vidí. Málokdy ale vidí to, že už... Ale pořád ještě budeme léčit a ten doktor si taky netroufá té rodině říct: „Heleďte... To už nemá cenu...“ Nechce být ten, kdo rozhodne, řekne, že z člověka, co se léčí se stává umírající. Ale tu možnost, tu pravomoc samozřejmě má.

Takže máte pocit, že jsou mezery v poskytování paliativní péče?

Myslím si, že ano. Že ono zase ta péče abych tak řekla, není úplně tak v plenkách, ale zase není tak úplně... Tak máme hospice, žejo, tam se taky ale myslím si kolikrát těm rodinám nechce toho příbuzného, my jim to kolikrát jako nabízíme, musí se samozřejmě čekat, ale nikdy to není tak, že by to bylo jako tragický... Některá ta rodina ale prostě... Nechtějí tu smrt přijmout, ať už je to v jakém věku... Je to těžký se rozhodnout něco takovýho... Já to chápu, je to takovej ten vnitřní boj, no... Nikdo z nás se nechce moc rozloučit s tím svým příbuzným člověkem... Potom ale když to přijde, tak jak říkám, je to prostě divný. Protože ten člověk tu s váma je a najednou přijdete domů a on tam není a je tam ten zubní kartáček, jsou tam ty bačkory, je tam to oblečení... Mně zemřela maminka, je to přes rok, nezemřela doma teda tak je to všechno... Zlikvidovaný... Mám tam teda obrázky, no ale já ji chodila navštěvovat, byla v domě pro seniory, a dneska tam chodím za její kámoškou, co tam byly spolu a vždycky to na mě lehne, cítím takovou tíhu a nechce se mi na ten pokoj, protože ji tam vidím na té posteli pořád. Jak vždycky mávala a: „Ahoj“ a já jí vždycky říkala: „Já přijdu“ a ona „Já vím, že přijdeš“ a je to prostě divný... Je to divný, já vždycky když jsem byla malá, my jsme všichni jako měli, ty děti měli brzy, já jsem měla mladou maminku, mladou babičku a vždycky jsem si říkala jo, umřou, ale je to tak daleko, že to není ani možný... No a dneska už to prostě tak je no a je to, jak říkám, je to o životě, ale je to prostě takový divný, že ten člověk už prostě nepříjde. Ale když je ta smrt fakt jako přirozená a na to stárí, tak to tak jako je, ale je smrt a smrt, to jsou rozdíly. Jednak v tom konci a jednak v tej příčině, tak asi tak, no.

Příloha D – Povolení, informovaný souhlas a řešerše INFORMOVANÝ SOUHLAS

Téma: Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti

Student

Klára Raschiková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

klara.raschikova@volny.cz

Vedoucí BP:

Mgr. Jana Křivková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

krivkova@fzs.zcu.cz

Cíl studie:

Zmapovat/zjistit názory a postoje sester v přístupu k péči o umírající.

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použito označení (Respondentka A, B...).

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

Souhlas s výzkumem:

Já souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:Datum:

Podpis studenta:Datum:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Téma: Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti

Student

Klára Raschiková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
klara.raschikova@volny.cz

Vedoucí BP:

Mgr. Jana Křivková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
krivkova@fzs.zcu.cz

Cíl studie:

Zmapovat/zjistit názory a postoje sester v přístupu k péči o umírající.

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použito označení (Respondentka A, B...). Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

Souhlas s výzkumem:

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu: Datum: 5. 11. 2019

Podpis studenta: Datum: 5. 11. 2019

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Téma: Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti

Student

Klára Raschiková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
klara.raschikova@volny.cz

Vedoucí BP:

Mgr. Jana Křivková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
krivkova@fzs.zcu.cz

Cíl studie:

Zmapovat/zjistit názory a postoje sester v přístupu k péči o umírající.

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použito označení (Respondentka A, B...). Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

Souhlas s výzkumem:

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:

Datum: 12. 11. 2019

Podpis studenta:

Datum: 12. 11. 2019

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Téma: Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti

Student

Klára Raschiková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
klara.raschikova@volny.cz

Vedoucí BP:

Mgr. Jana Křivková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
krivkova@fzs.zcu.cz

Cíl studie:

Zmapovat/zjistit názory a postoje sester v přístupu k péči o umírající.

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použito označení (Respondentka A, B...). Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

Souhlas s výzkumem:

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu: Datum: 27.11.2019

Podpis studenta: Datum: 27.11.2019

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Téma: Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti

Student

Klára Raschiková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
klara.raschikova@volny.cz

Vedoucí BP:

Mgr. Jana Křivková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
krivkova@fzs.zcu.cz

Cíl studie:

Zmapovat/zjistit názory a postoje sester v přístupu k péči o umírající.

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použito označení (Respondentka A, B...).

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

Souhlas s výzkumem:

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu: Datum: 30/1 2020

Podpis studenta: Datum: 30/1 2020

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Téma: Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti

Student

Klára Raschiková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
klara.raschikova@volny.cz

Vedoucí BP:

Mgr. Jana Křivková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
krivkova@fzs.zcu.cz

Cíl studie:

Zmapovat/zjistit názory a postoje sester v přístupu k péči o umírající.

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použito označení (Respondentka A, B...). Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

Souhlas s výzkumem:

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:

Datum: 6.2.2020

Podpis studenta:

Datum: 6.2.2020

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

Jméno a příjmení studentky: Klára Raschiková

Úplný název vysoké školy: Západočeská univerzita

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií, katedra ošetrovatelství

Studijní obor / ročník: obor Všeobecná zdravotní sestra, ročník 3.

Název bakalářské práce: Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti

Vedoucí práce: Mgr. Jana Krivková, ZČU - FZS - katedra ošetrovatelství

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon): krivkova@kos.zcu.cz

Cíl mé bakalářské práce: Zmapovat/zjistit názory a postoje všeobecných sester v přístupu k péči o umírající.

Termín výzkumu: 30.1.2020

Místo výzkumu: Hospic sv. Lazara, Plzeň

Metoda empirické části práce

Provedu rozhovor s respondentkou vyhovující mnou stanoveným podmínkám. Respondentka bude poučena o svých možnostech v souvislosti s rozhovorem a podepíše informovaný souhlas s nahráváním rozhovoru a zachováním anonymity. Výsledný rozhovor pak bude zpracován do výsledků mé bakalářské práce.

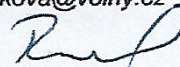
Pro sběr informací pomocí rozhovoru oslovím: Zdravotnické pracovníky hospicu - všeobecné sestry

Plánovaný počet respondentů: 1

Žádost podává studentka: Klára Raschiková, 734 718 111, klara.raschikova@volny.cz

V Plzni dne: 30.1.2020


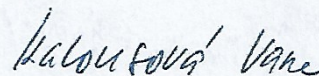
Podpis:



Žádosti vyhovuji / ~~nevyhovuji~~:

V Plzni dne: 30.1.2020

Jméno a podpis:





FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Klára Raschiková

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí monitorovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami, pracujícími na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, dětská, onkologická a radioterapeutická.*
- *Oddělení – chirurgické, klinické farmakologie.*

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za **dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, v platném znění.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pocítovali jako újmu či pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

14. 10. 2019

31. 1. 2020 – rozšíření šetření



Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 1111/2019
Počet záznamů: 35

Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti

Vypracoval/a:

Linda Hajžmanová
listopad 2019

Analytický list

Druhy dokumentů v rešerši:

KNIHY – 30
ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY – 5

Časové vymezení: 2010-2019

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, francouzština

Použité informační zdroje:

katalogy SVK PK a jiných knihoven, katalogy souborné
databáze MEDVIK
portál knihovny.cz
Internet

Způsob uspořádání dokumentů:

Rešerše je rozdělena na části: knihy a elektronické dokumenty. V těchto oddílech jsou záznamy řazeny abecedně a opatřeny signaturami, pod kterými je lze v naší knihovně zapůjčit.

Poznámka:

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ISO 690 (Bibliografická citace).

Záznamy knih, které nejsou uloženy ve volném výběru SVK PK si objednejte z elektronického katalogu.

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy. Pokud je hledaný titul vypůjčen, lze na něj prostřednictvím objednávkového katalogu pořídit rezervaci.

Zkratky, použité v rešerši:

MDT	= Mezinárodní desetinné třídění
SVK PK	= Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

KNIHY

(řazeno abecedně sestupně)

1. BRŮHA, Dominik a PROŠKOVÁ, Eva. *Zdravotnická povolání*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. 559 s. ISBN 978-80-7357-661-5.
Sig. SVK PK: 31B48578; MDT 614.2 – volný výběr
2. BUGEL, Walerian a kol. *Pohřební obřady v různých liturgických tradicích*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 233 s. Colloquium liturgicum; 2014-2015. Monografie. ISBN 978-80-244-4855-8.
Sig. SVK PK: 31B71997; MDT 392 – volný výběr
3. DÉMUTHOVÁ, Slávka. *Vybrané problémy tanatologie*. Vydání první. Brno: Masarykova univerzita, 2015. 83 s. ISBN 978-80-210-7907-6.
Sig. SVK PK: 31B21673; MDT 616-083 – volný výběr
4. GURKOVÁ, Elena a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0583-0.
Sig. SVK PK: 31B82683; MDT 616-083 – volný výběr
5. HERDMAN, T. Heather, ed. a KAMITSURU, Shigemi, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017*. 10. vydání. 1. české vydání. Praha: Grada, 2015. 439 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
Sig. SVK PK: 31B70883/2015-2017; MDT 616-07 – volný výběr
6. HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychothriller)*. První vydání. Praha: Galén, [2015], ©2015. 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.
Sig. SVK PK: 31B65984; MDT 616-083 – volný výběr
7. HRADIL, Jan. *Uznávání odborných kvalifikací v rámci volného poskytování služeb v právu Evropské unie*. Praha: Naše vojsko, 2011. 502 s. ISBN 978-80-206-1245-8.
Sig. SVK PK: 31B47012; MDT 331.5 – volný výběr
8. HUBNER-THOMESOVÁ, Magda. *Co je to NCLEX?, (aneb, Cesta k tomu jak se stát v Americe sestrou)*. Vyd. 1. [Česko]: M. Hubner-Thomesová, 2010. 48 s. ISBN 978-80-254-8476-0.
Sig. SVK PK: 391A60416
9. JIRKOVSKÝ, Daniel et al. *Nursing procedures and interventions: textbook for bachelor's and master's degree programmes [DVD-ROM]*. 1st English ed. Prague: Motol University Hospital, 2014. ISBN 978-80-87347-16-4.
Sig. SVK PK: 51A2500

10. JONSEN, Albert R., SIEGLER, Mark a WINSLADE, William J. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Překlad Jaromír Matějek. Vydání první. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. 225 s. ISBN 978-80-7553-653-2.
Sig. SVK PK: 31B89596; MDT 614.2 – volný výběr
11. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2171-2.
Sig. SVK PK: 391A59619; MDT 616-083 – volný výběr
12. KALVACH, Zdeněk a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.
Sig. SVK PK: 31B47028
13. KOTRLÝ, Tomáš. *Pohřebnictví: právní zajištění piety a důstojnosti lidských pozůstatků a ostatků*. Praha: Linde Praha, 2013. 308 s. Praktická příručka. ISBN 978-80-86131-95-5.
Sig. SVK PK: 31B54054; MDT 393 – volný výběr
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.
Sig. SVK PK: 31B35420; MDT 616-083 – volný výběr
15. KÜBLER-ROSS, Elisabeth a KESSLER, David. *Lekce života: o tajemstvích lidského bytí*. 1. vyd. Brno: Jota, 2013. 262 s. Populárně naučná. ISBN 978-80-7462-327-1.
Sig. SVK PK: 31B56634; MDT 159.92 – volný výběr
16. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Překlad Jiří Královec. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Praha: Portál, 2015. 316 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
Sig. SVK PK: 31B70193; MDT 364-7 – volný výběr
17. KÜBLER-ROSS, Elisabeth a HARDO, Trutz, ed. *Přežít svou smrt*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2013. 107 s. Tajemství. ISBN 978-80-7424-058-4.
Sig. SVK PK: 31B59184
18. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. 1. vyd. Brno: Jota, 2012. 248, [13] s. ISBN 978-80-7462-145-1.
Sig. SVK PK: 31B54755; MDT 616 – volný výběr
19. KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 112 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5707-0.
Sig. SVK PK: 391A67328; MDT 616-083 – volný výběr

20. MANNIX, Kathryn. *With the end in mind: dying, death and wisdom in a age of denial*. First published. London: William Collins, 2017. 341 s. ISBN 978-0-00-824559-7.
Sig. SVK PK: 31B83010
21. MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 112 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5589-2.
Sig. SVK PK:391A69547; MDT 616-083 – volný výběr
22. MILFAIT, René. *Etické aspekty rozhodování v péči o nevyléčitelně nemocné a umírající: souvislosti lidských práv a náboženských tradic*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2019. 232 s. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky; 2/2019. ISBN 978-80-88018-24-7.
Sig. SVK PK: 31B90726; MDT 614.2 – volný výběr
23. NEŠPOROVÁ, Olga. *O smrti a pohřbívání*. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2013. 351 s. ISBN 978-80-7325-320-2.
Sig. SVK PK: 31B59690; MDT 718 – volný výběr
24. ONDRAČKA, Lubomír et al. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 2. vydání. V Praze: Cesta domů, 2017. 116 s. ISBN 978-80-88126-22-5.
Sig. SVK PK: 31B80189
25. OPATRná, Marie. *Etické problémy v onkologii*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. 118 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4522-3.
Sig. SVK PK: 31B79647; MDT 616-06 – volný výběr
26. SANTIAGO, Jorge P., ed. a ROUGEON, Marina, ed. *Pratiques religieuses afro-américaines: terrains et expériences sensibles*. Louvain-la-Neuve: Academia-L'Harmattan, [2013]. 291 s. Investigations d'anthropologie prospective; No 4. ISBN 978-2-8061-0090-0.
Sig. SVK PK: 31B86467; MDT 25 – fond Francouzské knihovny, nám. Republiky 12
27. STEJSKAL, David a kol. *Pohřbívání a hřbitovy*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. 461 s. ISBN 978-80-7357-680-6.
Sig. SVK PK: 31B76224; MDT 393 – volný výběr
28. VÖRÖSOVÁ, Gabriela, SOLGAJOVÁ, Andrea a ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 208 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5538-0.
Sig. SVK PK: 31B73311; MDT 616-083 – volný výběr

29. VOSEČKOVÁ, Alena a HRSTKA, Zdeněk. *Kapitoly z psychologie zdraví: učební text pro vysokoškolskou výuku. 4. díl, Syndrom vyhoření*. Vyd. 1. [Brno]: Univerzita obrany, 2010. 54 s. Učební texty Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové; sv. 365. ISBN 978-80-7231-344-0.

Sig. SVK PK: 391A56371-4

30. ZÍTKOVÁ, Marie, POKORNÁ, Andrea a MIČUDOVÁ, Erna. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 165 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5094-1.

Sig. SVK PK: 31B67101; MDT 005.95/.96 – volný výběr

ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY

(řazeno abecedně sestupně)

31. Akreditace podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. In: www.mzcr.cz [online]. MZČR, ©2010 [cit. 2019-11-05].

Dostupné na: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/akreditace_3091_3.html

32. Di CARA, V., PETR, T. a CHARVÁTOVÁ, P. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. Upraveno 6/2012 [cit. 2019-11-04].

Dostupné na: https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf

33. HOŠEK, Oldřich a ČERMÁKOVÁ, Kateřina. Smrt a eutanazie očima všeobecné sestry. Fakulta zdravotnických studií, [cit. 2019-11-05]. [prezentace .ppt]

Dostupné na: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5U-i3Wk8JBkJ:https://projekty.upce.cz/zspi/dokumenty/prezentace-hosek.pptx+&cd=8&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>

34. Uznání kvalifikací v členských státech EU. In: www.mzcr.cz [online]. MZČR, ©2010 [cit. 2019-11-05].

Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/uznavani-kvalifikaci-na-dobu-urcitou-_5067_960_3.html

35. Valeurs de la profession de la infirmière. In: www.oiiq.org [online]. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, © 2019 [cit. 2019-11-05].

Dostupné na: <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>

Příl. č. 1 – další doporučená literatura

KNIHY

BAĐUROVÁ, Monika et al. *Rituály smrti = Death rituals*. Praha: Národní muzeum, ©2014. 61 s. ISBN 978-80-7036-425-3.

Sig. SVK PK: 391A66019; MDT 393 – volný výběr

GOLDMAN, Linda. *Jak s dětmi mluvit o smrti*. Překlad Alice Zavadilová. Vydání první. Praha: Portál, 2015. 87 s. ISBN 978-80-262-0819-8.

Sig. SVK PK: 391A66288; MDT 159.922 – volný výběr

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, ©2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

Sig. SVK PK: 31B21673°; MDT 616-083 – volný výběr

KERRIGAN, Michael. *Historie smrti: pohřební zvyky a smuteční obřady od starověku do současnosti*. Vyd. 1. Praha: Deus, 2008. 187 s. ISBN 978-80-87087-55-8.

Sig. SVK PK: 31B30771; MDT 393 – volný výběr

KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.

Sig. SVK PK: 31A95275

KÜNG, Hans. *Dobrá smrt?*. Překlad Helena Medková. Vydání první. Praha: Vyšehrad, 2015. 118 s. Teologie. ISBN 978-80-7429-549-2.

Sig. SVK PK: 31B66972; MDT 393 – volný výběr

LÉVY, Isabelle. *Les soignants face au décès: pour une meilleure prise en charge du défunt*. Paris: Estem, [2009], ©2009. x, 143 s. ISBN 978-2-84371-473-3.

Sig. SVK PK: 31B82738; MDT 612 – fond Francouzské knihovny, nám. Republiky 12

MAREK, Jiří, ed. a kol. *Bipartitní dialog ve zdravotnictví a sociálních službách: sborník konferencí 2011- 2013*. Vyd. 1. Praha: Konfederace zaměstnavatelských a podnikatelských svazů ČR, 2013. 208 s. ISBN 978-80-260-7901-9.

Sig. SVK PK: 392A45123/2011-2013

MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky. I, Smrt a umírání*. 2., opr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 75 s. ISBN 80-210-3017-8.

Sig. SVK PK: 391A48898-1

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

Sig. SVK PK: 31A85725

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, ©2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

Sig. SVK PK: 31B82738; MDT 612 – fond Francouzské knihovny, nám. Republiky 12

KRÁLÍKOVÁ, Michaela a MALINA, Jaroslav, ed. *Panoráma antropologie biologické - sociální - kulturní: modulové učební texty pro studenty antropologie a "příbuzných oborů". 35, Pohřební ritus 16.-18. století na území střední Evropy: (antropologicko-archeologická studie)*. Brno: Nadace Universitas, 2007. 209 s. Scientia. ISBN 978-80-7204-566-2.

Sig. SVK PK: 392A37255-35

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

Sig. SVK PK: 391A50725

OBUCHOVÁ, Lubica, ed. *Svět živých a svět mrtvých: [soubor studií interdisciplinární pracovní skupiny Náboženské směry v Asii]*. Praha: Česká orientalistická společnost, 2001. 243 s. ISBN 80-902510-2-1.

Sig. SVK PK: 31A94010

OPATRŇNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. 118 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4522-3.

Sig. SVK PK: 31B79647; MDT 616-06 – volný výběr

ČLÁNKY

CURCIO, Danna L. The Lived Experiences of Nurse Caring For Dying Pediatric Patients. *Pediatric Nursing*. Jan/Feb 2017, vo. 43, no. 1, s. 8-14. ISSN

Dostupné v SVK v SVK PK plnotextově z db EBSCO nebo prostřednictvím vzdáleného přístupu z: <https://svkpk.cz/eiz>

REDA, Anita a Jaroslava VACHOVÁ. O důstojném umírání: [rozhovor]. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 2, s. 8-10. ISSN 1210-0404.

Sig. SVK PK: 36A1361/2009

KISVETROVÁ, Helena. Umírání a smrt v prostředí intenzivní medicíny. In: ČÁP, Juraj, ed. et al. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. Martin: Univerzita Komenského, 2011, s. 177-182. ISBN 80-89544-00-4. Dostupné také z: <https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jjf/Pracoviska/ustav-osetrovatelstva/Konferencia-zbornik-program/2011-konferencia-fulltext-web.pdf>

PFEFFEROVÁ, Eva a PISTULKOVÁ, Alena. Smrt a umírání na ARO. *Florence*. 2011, roč. 7, č. 5, s. 9-11. ISSN 1801-464X.

Sig. SVK PK: 36A3153/2011

DUBCOVÁ, Iva a Dana Rebeka RALBOVSKÁ. Strach ze smrti, umírání a umění doprovázet z pohledu všeobecné sestry a laické veřejnosti. *Florence*. 2011, roč. 7, č. 4, s. 24-30. ISSN 1801-464X.

Sig. SVK PK: 36A3153/2011

DUČAIOVÁ, Jarmila a Blažena LITVÍNOVÁ. Úloha sestry v péči o smrtelně nemocného. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 10, s. 49-50. ISSN 1210-0404.

Sig. SVK PK: 36A1361/2011

KISVETROVÁ, Helena. Ošetrovatelská diagnóza „Úzkost ze smrti“ v české ošetrovatelské praxi.

Kontakt. 2012, roč. 14, č. 1, s. 21-29. ISSN 1212-4117. Dostupné také z:

<https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2012/01/04.pdf>