

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

VLIV UMÍRÁNÍ A SMRTI
NA PROFESI VŠEOBECNÉ SESTRY

Bakalářská práce

Autor práce: **Ladislava Petrtýlová**

Vedoucí práce: **PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D.**

2015

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

IMPACT OF DEATH AND DYING
ON THE PROFESSION OF A NURSE

Bachelor's Thesis

Author: **Ladislava Petrtýlová**

Supervisor: **PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D.**

2015

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Nymburce dne 1. 9. 2015

.....

(podpis)

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Marianě Štefančíkové, Ph.D za velmi příjemné, odborné a trpělivé vedení po celou dobu této práce, které bylo provázeno mnoha přínosnými konzultacemi a motivací k další práci. Také bych chtěla poděkovat všem zdravotním sestřám, které se podílely na rozhovorech pro sepsání této práce.

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Umírání a smrt	10
1.1 Thanatologie	11
1.2 Umírání	11
1.2.1 Potřeby umírajících	13
1.2.2 Symptomy umírání	15
1.2.3 Fáze umírání	18
1.2.4 Jednotlivá období umírání	20
1.3 Smrt	22
1.3.1 Druhy smrti	24
1.3.2 Postoj ke smrti	24
1.3.3 Představy o vlastní smrti	25
1.3.4 Péče o zemřelé tělo	25
1.4 Umírání a smrt od 19. století do současnosti	26
1.4.1 Umírání ritualizované	26
1.4.2 Umírání institucionální	27
2. Komunikace	29
2.1 Komunikace s umírajícím	29
2.2 Komunikace s rodinou umírajícího pacienta	32
2.3 Komunikace s pozůstalými	32
2.4 Sdělování pravdy	34
2.4.1 Komu má být pravda sdělena	36
2.4.2 Kdy má být pravda sdělena	36
3. Paliativní péče	39
3.1 Bolest	39
3.1.1 Druhy bolesti	41
4. Psychická zátěž sester	43
5. EMPIRICKÁ ČÁST	44
5.1 Jednotlivé kategorie otázek	44
5.1.1 Cíle práce (výzkumu)	44
5.1.2 Dílčí cíle	44
5.1.3 Výzkumné otázky	45
5.1.4 Pilotní interview	45

5.1.5 Otázky pro semistrukturované individuální interview	46
5.1.6 Interview	46
5.1.7 Obsahová analýza dat	47
5.1.8 Metoda analytického závorkování	47
5.1.9 Otevřené kódování	47
5.1.10 Axiální kódování	47
5.1.11 Témata vyplývající z obsahové analýzy dat	47
5.2 Otevřené kódování (kategorie)	52
5.2.1 Péče o umírající (ošetřování)	52
6. DISKUZE	77
6.1 Výzkumný cíl 1	77
6.2 Výzkumný cíl 2	79
6.3 Výzkumný cíl 3	81
6.4 Shrnutí	84
7. ZÁVĚR	87
ANOTACE	89
ANNOTATION	90
POUŽITÁ LITERATURA	91
SEZNAM TABULEK	93
PŘÍLOHY	94

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Vliv umírání a smrti na profesi všeobecné sestry“, protože jsem chtěla získat informace o tom, jak se sestry vyrovnávají s umíráním a se smrtí, se kterými se velmi často, zvláště při práci na určitých odděleních, setkávají. Práce všeobecné sestry je náročná nejen po stránce fyzické, ale především po stránce psychické. Při ošetřování umírajících pacientů nelze postupovat podle žádného předem připraveného scénáře, protože tak, jako každý člověk, tak i každá situace je zcela jedinečná, neopakovatelná a nepředvídatelná. Každá sestra musí při péči o umírající pacienty postupovat podle svých nejlepších vědomostí, dovedností a životem a praxí získaných zkušeností.

Také jsem v rámci této práce chtěla zjistit, zda jsou nějaké rozdíly v péči a ošetřování umírajících pacientů na oddělení JIP a na interním oddělení. Zda je pro některé z těchto oddělení něco specifické nebo příznačné, co by mohlo být dobré zavést i na jiná oddělení, kde se také s umírajícími pacienty sestry při výkonu své profese setkávají.

Já také pracuji již několik let na interním oddělení. Teprve v rámci práce, po nástupu na toto oddělení jsem se setkala s umíráním a se smrtí zblízka. Brzy jsem zjistila, že umírání a smrt jsou zde poměrně obvyklým a častým jevem. Práce je zde náročná jak po fyzické stránce, tak obzvláště po stránce psychické. Zpočátku jsem měla pocit, že tuhle práci nezvládnou vykonávat, ale díky své kamarádce a kolegyni v jedné osobě, která mi v té době hodně pomohla, jsem toto období překonala.

Při práci na interním oddělení se člověk setkává převážně s pacienty vyššího věku, takže setkání s umíráním a se smrtí zde není ničím neobvyklým. V poslední době se zde však stále častěji setkáváme také s lidmi mladšího věku, kteří mnohdy nemají žádné větší zdravotní problémy, jsou ve výborné fyzické kondici a přitom je u nich zjištěno již pokročilé onkologické onemocnění, s velmi špatnou prognózou. Člověk se v rámci práce na tomto oddělení setká s různými osudy těchto lidí, s tím, jak prožívají svá onemocnění, jak se v průběhu nemoci chovají, jak probíhá spolupráce s umírajícími a jejich rodinnými příslušníky a posléze i s umíráním a následnou smrtí.

Při práci s umírajícími je určitě zásadní, jaký postoj zaujímá sestra k vlastní smrti. Je důležité, aby každá sestra měla určité komunikační dovednosti a dobré empatické cítění, které jí pomůžou při péči o umírající a jejich blízké.

Ve své bakalářské práci se obracím se svými dotazy ohledně umírání a smrti na sestry pracující na oddělení JIP a na interním oddělení. Zjišťuji, jak ony samy se vyrovnávají s ošetřováním a péčí o umírající a jejich blízké. Zda existuje něco, co by v péči o umírající chtěly změnit. Jak jsou samy vyrovnány se svou smrtelností. Zda už přemýšlely o tom, jak a kde by chtěly jednou zemřít. Zda existují nějaké rozdíly v péči o umírající na oddělení JIP a na interním oddělení. Určitě existují v oblasti týkající se umírání a smrti stále mnohé dosud neobjasněné problémy, které by neměly zůstat bez povšimnutí.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak všeobecné sestry přistupují k umírání a smrti, jak jsou schopny ošetřovat umírající pacienty, co by v péči o umírající chtěly změnit, jak spolupracují a komunikují s blízkou rodinou umírajícího člověka, a jak probíhá následná péče o zemřelé a jejich blízké. Chtěla jsem také zjistit, zda se vyskytuje nějaký rozdíl v péči o umírající a zemřelé na oddělení JIP a na interním oddělení.

Motto

*Srdce máme k tomu, abychom soucítili s druhými,
ruce k tomu, abychom o druhé pečovali,
a nohy k tomu, abychom šli ke všem, kterým je zle.*

(Svatošová, 2012, s. 75)

TEORETICKÁ ČÁST

Cílem teoretické části je popsání problematiky umírání a smrti, komunikace s umírajícími a pozůstalými. Také se zde zaměřuji na názory sester týkající se sdělování pravdy o závažnosti zdravotního stavu pacienta, o přístupu sester k péči o umírající a jejich blízké a problematikou bolesti.

1. Umírání a smrt

Umírání a smrt jsou velká a značně obtížná témata. Z praktického hlediska patří umírání i smrt k neodvratitelnému údělu člověka, který nikoho nemine. Nikdo z nás však neví, kdy a kde se to stane. Lidský život je ohraničen narozením a smrtí. Tak, jako si žádný člověk nemůže naplánovat svoje narození, tak nemůže naplánovat ani svoji nesmrtelnost. Člověk dostane svůj život už s určitou podmínkou, a tou je právě smrt. (Haškovcová, 2002)

Umírání a smrt jsou dva fenomény, o kterých se často uvažuje, a to z psychologického, filozofického, medicínského, sociálního a etického hlediska. Výzkum se často zabývá otázkou záchrany a prodlužování lidského života. Na smrt, která je konečným stádiem života, se nikdo připravit nemůže. Nikdo z nás však neví, jak a kdy se tak stane. Umírající člověk má značně změněné svoje myšlení a jednání. Smrt je často považována za vyhrocenou mez v životě člověka.

Dříve byl každý umírající člověk středem pozornosti své milující rodiny. Dneska je v nemocnici člověk považován spíše za případ, kterému se sice věnuje dostatek pozornosti, ale profesionální. Lidé často věří, že v nemocnici dostanou jejich blízcí nejmodernější a nejúčinnější léčbu. Neexistuje žádný přesný návod, jak máme postupovat, když někdo umírá. Nemocný se dosti změní, na povrchu je už značně sešlý a zestárlý, ale uvnitř stále ještě koluje život. (Kutnohorská, 2007)

„Mohu-li být s nemocným, který umírá, jsem ráda, že tam není sám. Vnímám celý tento proces jako dar. Sedím tiše u lůžka, držím ho za ruku, vedle nás plápolá svíce. Je ticho a přesto jako bychom spolu mluvili - loučili se. A i já cítím tu úlevu, ten klid. Je to zvláštní pocit, který prostupuje pokojem...Otevřu okno, ať duše může odejít. Ještě jednou se

rozloučím, teď už nahlas. Udělám křížek na čele a naposledy ho pohladím. Umyji ho, oblíknu, do rukou dám květiny či růženec. Je mi dobře i za něj. Není to mechanický rituál, i když to děláte pokaždé skoro stejně. Je to rozloučení. Odcházející není sám a i pro nás to hodně znamená. Tak to cítím a vnímám. Chce to cit, důstojnost, klid, vhodné prostředí a lásku s pokorou.“ (Toto je popis jedné pečovatelky, která zde popisuje svůj vztah k umírání a smrti.) (Funk, 2014, s. 137)

1.1 Thanatologie

Procesem umírání a smrti se zabývá obor, který nazýváme thanatologie. Tento obor vznikl v USA a základy thanatologie formulovala na počátku šedesátých let Elizabeth-Kübler-Rossová. Zájem o tuto problematiku a přednášky na toto téma stále stoupá, a to nejen mezi zdravotnickými pracovníky, ale také mezi laickou veřejností. (Kelnarová, 2007)

Thanatologie je etikou umírání. Je výsledkem společenských a přírodních věd. Dotýká se mnoha vědních oborů, mezi které patří medicína, etika, biologie, právo, psychologie, ale také spiritualita. Zabývá se umíráním a dějem smrti po všech stránkách. Důstojné a dobré umírání staví do popředí umírajícího, který má umírat bez bolesti, úzkosti a nejlépe v domácím prostředí. (Funk, 2014)

1.2 Umírání

Umírání je proces, který má různou podobu, délku, je různě prožíván, je jedinečný a pro každého člověka zcela individuální. Každý umírající se postupně musí vyrovnat s neodvratnou skutečností, že už mu nezbývá moc sil, že jeho život pomalu a jistě končí. Umírající lidé jsou často závislí na péči, která jim je poskytována a většinou sami nemohou svým aktivním přičiněním ovlivnit podmínky umírání. Postupně nastávají problémy somatické, sociální, psychické, etické i duchovní. Dochází ke ztrátě perspektivy, k vědomí bezvýchodnosti z tohoto stavu. Díky tomuto všemu umírající postupně ztrácí motivaci a sílu k boji o život. Každý člověk si je vědom konečnosti svého života. (Kelnarová, 2007)

S postupně se blížícím koncem života se pro člověka stávají důležité jen ty cíle, které se týkají smyslu a podstaty života. Je důležité, aby člověk, který opouští tento svět, dospěl

k prožitku pokoje a klidu sám se sebou a s okolním světem. Člověk se musí zcela odloučit od všeho, k čemu si během života vytvořil emocionální vztah. Odcházejícímu musíme dát dostatečný prostor, aby se mohl rozloučit a získal tak vnitřní klid. (Funk, 2014)

Pojem umírání je podle lékařské terminologie synonymem terminálního stavu. V terminálním stavu dochází postupně a nevratně k selhávání důležitých životních funkcí různých tkání a orgánů, jejichž důsledkem je smrt člověka. Pojem umírání však nemůžeme omezit pouze na terminální stav.

Umírání je proces, který žádného člověka nemine. Podle teorie biologických hodin člověk umírá tehdy, když se zcela naplní jeho genetický program života nebo když dojde v určitém čase k realizaci programu smrti. Délkou života se zabývá medicína, biologie, filozofie a hlavně thanatologie. (Haškovcová, 2002)

Umírání znamená pro každého člověka loučení, a to se všemi, které měl rád a také se vším, co měl rád. Umírající člověk by neměl zůstat osamocen a doprovázení umírajícího je opravdu hodně důležité, a to jak pro samotného pacienta, tak i pro jeho rodinu. (Kutnohorská, 2007)

Při blížícím se konci života má mít člověk radost z maličkostí, které ještě může vykonat nebo se má radovat z toho, co mu život přinesl. Vždy je velice důležité, abychom s tímto člověkem komunikovali tak, abychom mu dodali potřebnou odvalu a naději. Komunikace by měla směřovat k vzájemné úctě, lidskosti a pochopení. Někdy pouhý náš úsměv může být důležitější než veškerá slova. (Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Mezi častá přání umírajících patří přání, aby mohli zemřít doma. Míváme často strach, jestli něco nezanedbáme nebo jestli mu dopřejeme dostatek klidu. Vždycky bychom se měli vcítit do přání umírajícího, a pokud to rodina jen trochu zvládne, mělo by být toto přání umírajícího splněno. (Funk, 2014)

Profesionálně a kvalitně prováděná ošetrovatelská péče může pomoci umírajícímu člověku zmírnit jeho utrpení na sklonku jeho života. Může umírajícímu pomoci při zvládnání strachu, bolesti a úzkosti. Člověk může zemřít důstojným a klidným způsobem. Ošetrovatelská péče nepostihuje pouze samotného umírajícího, ale pečuje také o jeho blízké. (Kelnarová, 2007)

Většina mladých lidí se při setkání s utrpením, bolestí a se smrtí necítí ve své kůži. Oni obdivují úspěch, mládí, prospěšnost a výkon. Proto mají často mylnou představu, že stáří, nemoc a umírání nemají žádný smysl. Přitom krása života je v tom, že člověk ve svém životě potká právě toho daného člověka a ne nějakého jiného, že pohladí právě tuhle ruku, která to pohlázení očekává a že pomůže právě tomu konkrétnímu člověku, který tu pomoc v daném okamžiku potřebuje. (Kopecká, Korcová a kol., 2008)

1.2.1 Potřeby umírajících

1.2.1.1 Potřeby biologické

Do těchto potřeb patří všechno, co postrádá nemocné tělo. Potřebuje přísun jídla, někdy zvlášť upraveného. Potřebuje se vyprazdňovat co možná nejpřirozeněji, bez zbytečných klystýrů a cévek. Potřebuje přísun kyslíku pro své buňky, což je někdy obtížné, když nemoc zasáhla srdce nebo dýchací systém. Patří sem také nerušený spánek nebo odstranění bolestí.

Někdy se musí člověk zbavit celého nemocí postiženého orgánu. Mnohdy musí ještě podstoupit chemoterapii, ozařování, hormonální léčbu apod. Je důležité, aby se člověk stále nutil k aktivitě, protože jinak by tělo brzy zchátralo a proleželo se.

1.2.1.2 Potřeby psychologické

Do těchto potřeb patří především respektování důstojnosti člověka, nezávisle na fyzické schránce člověka. Člověk je jedinečnou bytostí s vlastním posláním a jako takového ho musíme respektovat. Nemocný má potřebu komunikovat se svým okolím. Často se stává, že více než slovy mluvíme pohyby, gesty, mimikou, postoji nebo i pohledem. To nazýváme mimoslovní komunikací. Každý člověk také potřebuje mít pocit vlastního bezpečí. Proto nemocnému nesmíme lhát, jinak bychom mohli ztratit jeho důvěru. Nemocnému ale musíme říkat jen tolik, kolik toho on sám chce slyšet, a jen tehdy, kdy si to přeje slyšet.

1.2.1.3 Potřeby sociální

Každý člověk je tvor společenský, a proto také nechce stonat a zemřít osamocen. Nemocný člověk má většinou rád návštěvy, ale nestojí o každého, a proto by měl mít právo, aby si sám řekl, koho vidět chce a koho ne. Toto přání bychom měli zcela respektovat. Pacientovi se mohou honit hlavou různé myšlenky ohledně jeho rodiny, práce, finanční situace, atd.

1.2.1.4 Potřeby spirituální

Ještě nedávno se o těchto potřebách moc nemluvalo. Spousta lidí si myslí, že to jsou potřeby věřících lidí. Ale je tomu spíše naopak. Věřící člověk totiž ví, co má s těmito potřebami dělat. Naopak člověk, který není věřící a postihne ho vážná nemoc, tak se v této době začíná zabývat otázkami po smyslu svého života. V této situaci potřebuje každý člověk vědět, že je mu všechno odpuštěno a i on sám chce ostatním odpustit. Potřebuje ujištění, že všechno v jeho životě mělo nějaký smysl, že nežil zcela zbytečně, jinak by mohl propadnout zoufalství. (Svatošová, 1995, s. 19-21)

Každý nemocný potřebuje naději, víru a lásku. Jestliže chceme u nemocného posilovat naději, neznamená to, že mu budeme lhát. Na počátku nevyléčitelné nemoci to bude naděje dlouhodobá, spojená s ošetřováním, léčbou a prodloužením života. Když doufáme, tak stále ještě vidíme možnost nějakého dalšího kroku. Když již není žádná naděje na uzdravení, pak se musíme spokojit s malými krůčky a drobnými splnitelnými cíli, které pomáhají nemocnému, aby měl pro co žít. (Svatošová, 1995, s. 29-30)

Pokud nemocný dostává všestrannou a správnou léčbu, tak o urychlení smrti s největší pravděpodobností nepožádá. Když takovéto přání nemocný vysloví, pak nejspíš není něco v pořádku, protože nejsou zcela uspokojeny pacientovy bio-psycho-socio-spirituální potřeby. Někdy může být příčinou bolest nebo jiný nezvladatelný příznak nemoci, kdy musí zasáhnout lékař s odpovídající léčbou.

Někdy může jít také o strach, že bude své rodině jenom na obtíž, že ztratí svoji důstojnost nebo z nesnesitelné bolesti. Vždycky je důležité s takovým člověkem mluvit o jeho obavách a dopřát mu pocit bezpečí. (Svatošová, 1995, s. 31)

1.2.2 Symptomy umírání

1.2.2.1 Bolest

Bolest je častým symptomem u umírajících pacientů. Největším problémem při léčbě bolesti je jejich nedostačující zmírnění. Je zapotřebí důkladně léčit bolest, protože nedostatečně léčená bolest u umírajících pacientů přináší mnohá utrpení. To má negativní dopad na psychickou, fyzickou, duchovní a sociální stránku kvality života těchto pacientů.

Bolest je velmi častým symptomem, kterého se značně obávají jak umírající pacienti, tak i jejich rodiny. Sestry nesou velkou zodpovědnost za to, že budou pacientovu bolest neustále a pečlivě sledovat a následně zajistí její dostatečnou úlevu.

1.2.2.2 Dušnost

Dušnost je pro umírajícího pacienta jedním z nejhůře snášených a nejobtížnějších symptomů. U pacienta dochází ke značné emocionální a psychické tísní. Sestry mohou při pohledu na takového pacienta pociťovat úzkost a bezmocnost. Dušnost je pacientův subjektivní pocit.

Pacienti mívají často strach z toho, že nebudou schopni dostatečně dýchat nebo že zemrou během ataky. Dušnost nejde u pacientů se značně pokročilým onemocněním zcela vyléčit. Proto musíme tyto pacienty neustále povzbuzovat a podporovat, aby se s tímto problémem naučili žít. U těchto pacientů musíme odstranit úzkost, navodit pocit pohody a celkově zvýšit kvalitu jejich života.

1.2.2.3 Únava

Únava je pacientův subjektivní pocit, který působí na mentální, fyzickou, sociální a emocionální stránku každého člověka. Únavu nelze vyřešit jedním opatřením, často potřebuje všestranný přístup. U umírajících pacientů se únava většinou vyskytuje po celou dobu jejich onemocnění. Únava má značný vliv na celkovou pohodu každého člověka. Únava může negativně ovlivnit každodenní činnosti, pocit pohody, náladu, vztahy s rodinou a přáteli a dodržování léčebného režimu.

1.2.2.4 Zácpa

Zácpa je pacientův nepříjemný pocit, a může být způsobena různými faktory. Mezi časté příčiny patří špatná výživa, snížená hybnost, obstrukce střeva, léky a stárnutí. Rozlišuje se zácpa primární (spojená s faktory životního prostředí) a zácpa sekundární (spojená s nemocí).

U umírajících pacientů je zácpa obtížným a častým problémem. Sestra musí mít všestranné znalosti a cíleně u pacienta zajišťovat psychickou a fyzickou pohodu. Léčba zácpy vede ke zvýšení kvality života.

1.2.2.5 Nevolnost a zvracení

Nevolnost je pacientův subjektivní pocit, který pacient často popisuje jako „nutkání na zvracení“. Je často provázena různými projevy, mezi které patří studený pot, bledost, tachykardie, slinění a průjem. Často se vyskytuje při strachu nebo při pocitu úzkosti. Nevolnost je zapotřebí vždycky léčit, i když nedochází ke zvracení.

Při zvracení dochází k násilnému vypuzení obsahu pacientova žaludku ústy ven. Zvracení způsobuje u pacienta únavu a stres. Při vhodně nastavené léčbě nevolnosti a zvracení může dojít ke zvýšení kvality pacientova života v jeho závěru a ke klidné smrti. Pozůstalým zůstanou pozitivní vzpomínky na zemřelého.

1.2.2.6 Výživa a tekutiny

Umírající pacienti jsou často kachektičtí a křehcí. Mohou si stěžovat na celkovou ztrátu chuti k jídlu nebo mívají problémy s příjmem tekutin a stravy. V důsledku sucha v ústech může mít pacient problémy s mluvením. Péčí o výživu se nesnažíme u umírajících prodloužit jejich život, ale chceme zmírnit symptomy a přispět ke zlepšení kvality života. Tekutiny a výživa zlepšují pacientovu fyzickou pohodu.

1.2.2.7 Maligní rány

Pacienty s rakovinou často provází secernující, zápachající, nekrotická rána. Tyto rány se postupně zhoršují. Tyto maligní rány mohou negativně ovlivnit pacientův psychický, fyzický a sociální stav a mohou vést ke snížení kvality jeho života.

Sestra, která se důkladně seznámí s danou problematikou, bude schopna uspokojit pacientovy potřeby.

1.2.2.8 Zmatenost a neklid

Zmatenost je častým problémem umírajících pacientů. Neléčená a nerozpoznaná zmatenost je stresující jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu. Může dojít ke zhoršené komunikaci mezi umírajícím a jeho blízkými. Při zmatenosti je důležité zajistit bezpečnost, která má předejít pádu a úrazu.

Při léčbě a posouzení zmatenosti musíme myslet na všechny aspekty v péči o pacienta - na stránku fyzickou, emocionální, sociální, kulturní a spirituální.

1.2.2.9 Psychická a existenciální tíseň

Sestry se musí naučit zvládat pacientovu tíseň. Taková tíseň často znamená víc než samotná bolest. Sestry musejí zvládnout rozhovory o umírání a o smrti a uspokojit pacientovy potřeby.

Sestra často pozná, že pacient trpí a to zejména podle postavení těla, gest, tichého pláče nebo podle dalších projevů. Pacienti často přicházejí za sestrou se svými obavami. Sestra sice nemůže sama vyřešit pacientovu tíseň, ale může na tento pacientův problém upozornit ostatní členy týmu, kteří jsou podle svého vzdělání schopni zasáhnout a uspokojit pacientovi potřeby. (O'Connor, Aranda, 2005)

1.2.3 Fáze umírání

Fáze, kterými procházejí umírající pacienti při zjištění závažnosti svého zdravotního stavu podle Kübler-Rossových:

1.2.3.1 Fáze negace, šoku, popírání

Pacient popírá a nevěří sdělení závažnosti svého zdravotního stavu. Myslí si, že došlo k omylu, že jeho výsledky musely být zaměněny. S tímto pacientem musíme navázat kontakt a získat si jeho důvěru. (Svatošová, 1995)

Toto období je příznačné jak pro lidi, kteří byli zcela obeznámeni o závažnosti svého zdravotního stavu tak i pro ty, kteří sice informováni nebyli, ale nakonec sami stejně pochopili, jak vážně jsou nemocní. Pacientovou první reakcí je otřes, šok, neochota k jakékoliv další spolupráci, či k podstoupení nějaké léčby. Pacient považuje v této době veškerou snahu za zcela zbytečnou. Nemocní se uzavírají do sebe, pláčou a před ostatními se snaží chovat tak, aby si okolí myslelo, že jsou v pořádku. Vybírají si osobu, která může být jak z okruhu rodiny, tak z řad zdravotníků, se kterou budou schopni o svém onemocnění otevřeně hovořit. Pacient si vytváří určitou obranu, aby dokázal zvládnout veškerý stres. Tento obranný mechanismus je ovlivněn výchovou, nervovou soustavou, pacientovými charakterovými vlastnostmi a současným prostředím. Láska, naslouchání, přítomnost osoby, se kterou se pacient cítí v bezpečí, ale i sklenička lahodného vína nebo dobré jídlo, to vše může někdy znamenat pro pacienta víc, než léky proti bolesti nebo infúze. (Kelnarová, 2007)

1.2.3.2 Fáze agrese, vzpoury a hněvu

Pacient stále hledá nějakého viníka. Svou zlost obrací především na zdravotníky a na zdravé lidi. Nedokáže se s tím, že je vážně nemocný smířit. Musíme pacientovi dopřát odreagování a nesmíme se pohoršovat nad jeho reakcemi. (Svatošová, 1995)

Většina pacientů si klade otázku „Proč zrovna já“. V této době se projevují pocity vzteku, nenávisti, zlosti, závidivosti. Pacient si svůj hněv vybíjí na každém, kdo mu zrovna přijde do cesty. Nejčastěji to jsou rodinní příslušníci nebo zdravotnický personál. Příbuzní poté často pláčí a někdy dojde k tomu, že za nemocným přestanou do nemocnice docházet. Poté si pacient začne vybíjet svou zlost na zdravotnickém personálu, nejčastěji na sestřích.

K pacientově zlobě musíme přistupovat s nadhledem a obrovskou tolerancí. To vše lze zvládnout tehdy, jestliže máme pro pacientovo chování pochopení a jestliže už nemáme strach ze smrti. (Kelnarová, 2007)

1.2.3.3 Fáze smlouvání a vyjednávání

Pacient vyhledává různé léčitely, hledá zázračné léky a řídí se různými pověrami. Je ochoten za vyléčení zaplatit jakoukoliv částku. V této době také koná velké sliby. S tímto pacientem musíme mít velkou trpělivost a musíme ho ochránit před různými podvodníky. (Svatošová, 1995)

Většina pacientů se snaží uzavřít určitou smlouvu s Bohem, ale jinak o tom s nikým dalším většinou nemluví. Pacient pocítuje vinu, která narůstá každým dalším smlouváním. První příznaky smlouvání může zachytit duchovní nebo psycholog. (Kelnarová, 2007)

1.2.3.4 Fáze smutku a deprese

Pacient je smutný a depresivní z toho, co ztrácí, o co přichází. Má strach, jak se s tím vyrovná jeho rodina, když jí už nebude moci zajistit. Musíme tomuto pacientovi vždy trpělivě naslouchat a snažit se mu pomoci, aby si stihl urovnat své rodinné vztahy. (Svatošová, 1995)

V tomto období většina pacientů ztrácí postupně své síly vzhledem k dlouhodobé léčbě nebo vlivem ozařování. Velmi často se přidružují také problémy finanční či ztráta zaměstnání. Nemocný si pak začne více uvědomovat, že smrt už je poměrně blízko. Chce ještě stihnout urovnat rodinné spory a dát do pořádku veškeré majetkové záležitosti. Pacienti často propadají hluboké depresi. Mnohdy už nemají sílu dále bojovat o svůj život a jsou připraveni na neodvratnou smrt. (Kelnarová, 2007)

1.2.3.5 Fáze smíření, akceptace a souhlasu

Pacient je vyrovnaný a smířený se svým stavem. Už nechce bojovat, chce se rozloučit. Tohoto pacienta můžeme mlčky držet za ruku. Je rád, že jsme v jeho blízkosti. Musíme si dát pozor na to, zda jeho rodina nepotřebuje také pomoci. (Svatošová, 1995)

V tomto období je komunikace většinou pouze neverbální. Pacienti potřebují cítit naši blízkost, aby mohli v klidu a důstojně odejít z tohoto světa. Stisk ruky je tím nejlepším ubezpečením, že umírající není sám ve svých posledních okamžicích života. Někteří pacienti mohou až do úplného konce stále bojovat o život a smrt nikdy neakceptují. (Kelnarová, 2007)

1.2.4 Jednotlivá období umírání

1.2.4.1 Pre finem

Toto období začíná tehdy, když se pacient dozví, že jeho nemoc je vážná a zcela neslučitelná se životem. Smrt je pak pro pacienta vysoce pravděpodobná, i když neznáme čas, kdy pacienta zasáhne. Umírání je v tomto smyslu procesem, jehož začátek je stanoven obdobím, kdy je pacientovi sdělena diagnóza velmi vážné a medicínsky již neovlivnitelné nemoci. Po celé toto období se musíme snažit zmírnit obtíže nemocného a poskytnout mu pomoc psychickou a lidskou. Nemocného musíme ochránit před psychickou a sociální smrtí, protože nesmíme dopustit, aby pacient zemřel dříve psychicky, než zemře fyzicky. Pacientovi musíme dopřát maximální psychický a společenský komfort.

V tomto období se nemocný člověk často snaží popřít a vytěsnit blízkost umírání. Také často dochází k prožívání strachu a úzkosti z umírání nebo ze smrti. Člověk bývá v tomto období unavený, mívá zastřené nebo změněné vědomí a soustředí se na fungování svého těla. Někteří nemocní chtějí v této době otevřeně mluvit o své situaci s někým, kdo je ochoten jim naslouchat a zcela je respektovat.

Hlavní etický problém tohoto období je v míře informovanosti nemocného o jeho zdravotním stavu. Záleží jenom na lékaři kdy, kde, komu, co a jak sdělí. Značně jsme se posunuli ke sdělování pravdivých informací, což není tak úplně rychlé a snadné.

1.2.4.2 In finem

Tato situace je shodná s tzv. terminálním stavem. Existují zde dva problematické okruhy, kterými je ritualizace smrti při hospitalizaci a problematika eutanazie.

Tak jako se většina lidí v nemocnici narodí, tak v ní většina lidí také zemře. Ve vyspělých zemích zemře až 80% lidí v nemocnici. Nikdy dříve snad nebyl umírající člověk tak osamocen, jako je v dnešní moderní době. Běžná laická veřejnost se uklidňuje tím, že umírajícímu člověku je lépe v nemocnici, kde je o něj odborně postaráno. Smrt je tak zahalena bílou plentou, ať se tak děje obrazně, či doslova. Často se stává, že se umírající pacient předává z jednoho oddělení na druhé, až nakonec většinou skončí v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Musíme se naučit, že smrt k životu prostě patří a musíme se naučit, jak se k umírajícímu člověku chovat a jak s ním komunikovat.

Termín eutanazie může označovat krásnou, dobrou smrt nebo usmrcení z milosrdenství a soucitu. Většina lidí by si určitě přála zemřít ve spánku a bez bolesti. Realita bývá většinou zcela jiná. Často se o eutanazii mluví v souvislosti s ukončením života u těžce nemocného člověka, který trpí obrovskými bolestmi a to na jeho opakované a výslovné přání. Lékař by měl nemocnému pomoci v jeho umírání, ale nikdy k jeho smrti. Eutanazie je u nás trestným činem.

1.2.4.3 Post finem

Tato situace je péčí o mrtvé tělo a zahrnuje také péči o pozůstalé. V dnešních podmínkách je dosti obtížné, kam mrtvého umístit na dvě hodiny po smrti, než bude přeložen na oddělení patologie, aby to bylo důstojné vzhledem k zemřelému, tak i k ostatním spolupacientům. Většinou chybí k tomu určená místnost a zemřelý musí zůstat na lůžku mezi ostatními spolupacienty, u kterých často dochází k psychickému zhoršení. Další otázkou je, zda máme umírajícího před smrtí dát na izolovaný pokoj, nebo zda má zemřít mezi ostatními spolupacienty.

Značným problémem je také to, jak říci rodině o úmrtí jejich příbuzného. Posílání telegramů je běžné, ale přesto představuje celou řadu úskalí. Telegrafické sdělení představuje pro rodinu šokující událost. Neméně lehké je předávání věcí po pozůstalém. Rodina často chce vědět, jak dotyčný zemřel, zda netrpěl bolestmi.

Dříve měl každý pohřeb určitý průběh provázený určitou atmosférou. Bylo normální, že lidé na pohřbu plakali a zoufali si, a tak se postupně se smrtí svého blízkého smířili. Nosily se černé šaty, které vypovídaly o nějakém neštěstí v rodině, a ostatní věděli, že mají brát na takového člověka ohledy.

Dneska je úplně jiná doba, všechno se tak nějak ztechnizovalo a zrychlilo. Když člověk zemře, tak je rychle pohřben, protože dnes není čas ani na smrt. Pohřeb je dnes finančně nákladnou záležitostí. Samotný obřad je krátký a jsou zde většinou přítomni pouze nejbližší členové rodiny. Smrt se dnes vytěsňuje hlavně proto, že ji považujeme za předčasnou a zbytečnou prohru. (Haškovcová, 2002)

1.3 Smrt

Ke každému člověku smrt patří. Je to zatím jediná jistota, která nemine nikoho z nás. Smrt může u každého vyvolávat určitý strach. V sedmdesátých letech 20. století bylo téma ohledně smrti značně tabuizováno a zajímat se o tuto problematiku bylo považováno za něco zcela morbidního. Smrt je zkrátka fenomén, který v určitém okamžiku osloví každého člověka.

Jako klinickou smrt označujeme stav, kdy dojde k zástavě dechu a činnosti srdce. V některých případech lze tyto funkce obnovit dostatečně rychle zahájenou resuscitací. Za konečnou smrt je považována smrt mozku, kdy mozek nevykazuje známky své činnosti. Protože nemáme vždycky po ruce přístroj prokazující elektrickou činnost mozku, jsou známky smrti rozděleny na nejisté a jisté. Mezi nejisté známky zahrnujeme zástavu dýchání, srdeční činnosti a nepřítomnost zornicového reflexu. Oživovacími postupy lze člověka přivést opět k životu. Naproti tomu existují také jisté známky smrti, které se objevují po smrti až za určitou dobu a které mění tělo zemřelého posmrtnými změnami. Mezi tyto posmrtné změny patří:

- posmrtná bledost
- posmrtné chladnutí těla
- posmrtné skvrny
- chemické posmrtné změny mění vnitřní složení tkání, k nim patří:
- posmrtné tuhnutí těla
- posmrtný rozklad (autolýza) a posmrtná hniloba
- posmrtné srážení krve

(Kelnarová, 2007, s. 13)

Smrt k životu zkrátka patří a nedá se od života žádným způsobem oddělit. Smrt je vepsána každému člověku již během jeho zrození. Umožňuje nám najít smysl svého života a umožňuje každému, aby svůj život, i když časově omezený, prožil smysluplně. Smrt existovala již od dávných časů, od nejstarších dějin lidstva a bude zde stále. (Kelnarová, 2007)

Smrt je jedinou skutečností, kterou člověk získává již při narození. Umírání a smrt jsou údělem každého člověka a nikoho nemine. Nikdo však neví, jak a kdy se tak stane. Otázky ohledně etiky umírání a smrti jsou velmi náročné jak lidsky, tak i profesně. Život člověka může být jakkoliv dlouhý, vždycky na jeho konci čeká smrt a ta by neměla být nikdy tabuizována. (Kutnohorská, 2007)

V dnešní společnosti je smrt chápána jako něco pohoršujícího a neslušného a jakékoliv rozhovory o ní jsou stále více odmítány. Děti jsou odesílány ke svým příbuzným, aby byly chráněny před setkáním se smrtí. Tak jako se lidé rodí obklopeni svými nejbližšími, tak i při závěru života by člověk neměl zůstat osamocen. Umírání by mělo být bráno jako přirozený proces a běžná součást života. Nerodíme se jen do života, ale rodíme se také do smrti. (Funk, 2014)

Smrt je nutností přírody, proti které je člověk zcela bezmocný. Člověk ji nemůže nijak odvrátit. Smrt je buď pokračováním života, nebo vstupem do nicoty. Smrt je jakousi odlukou od světa a každý člověk nakonec zemře sám. (Munzarová, 2005)

Lékaři se při výkonu své profese často setkávají se smrtí a proto její existenci nemohou popřít. Problémem se může stát to, zda jsou oni sami vyrovnání s vlastní smrtelností. V opačném případě mohou se smrtí bojovat i tehdy, kdy už to nemá sebemenší cenu. Každý citlivý zdravotník by neměl umírajícího člověka přehlížet a měl by mu zajistit co nejdůstojnější odchod z tohoto světa. (Kořenek, 2004)

1.3.1 Druhy smrti

Teorie biologických hodin

Doopravdy člověk umírá tehdy, když se dovrší jeho geneticky daný tzv. program života nebo když se uskuteční tzv. program smrti.

Sociální smrt

Je to stav, kdy člověk sice stále žije, ale je zcela izolován od společnosti a nejde to vrátit zpátky. Tato sociální smrt může nastat i u zcela zdravého člověka. Musíme stále usilovat o to, aby se umírající člověk naučil žít i s vědomím blížící se smrti.

Psychická smrt

Člověk zcela psychicky rezignuje, propadá stavu beznaděje a zoufalství. Tím se usnadňuje vstup smrti fyzické.

Fyzická smrt

Trvalá, úplná ztráta vědomí. V důsledku odchodu mozkových funkcí odchází také vědomí. Smrt tedy znamená, že již nefunguje vůbec žádná část mozku. Po smrti mozku pak přichází smrt jednotlivých orgánů lidského těla. (Kutnohorská, 2007)

1.3.2 Postoj ke smrti

Vztah každého člověka ke smrti se vyvíjí postupně a záleží to na mnoha okolnostech, zda se nás smrt přímo dotýká, jestliže nám zemře někdo blízký nebo zda jsme ovlivněni smrtí pouze zprostředkovaně (např. z četby nebo médií). Je velmi důležité, jaký postoj zaujmají ke smrti rodiče. Pokud jsou oni schopni se svým dítětem o otázkách týkajících se umírání a smrti otevřeně hovořit, mohou dítěti pomoci ve vyrovnání se s touto reálnou skutečností. Toto dítě

bude mít i v dospělosti přirozenější přístup k nemocným a umírajícím lidem a bude snáze s nimi hovořit i o otázkách týkajících se umírání a smrti. (Marková, 2010)

U sester velmi záleží na tom, jak proběhlo jejich první setkání se smrtí. Většina zdravotních sester se poprvé se smrtí setkaly až v rámci praxe během studia na střední zdravotnické škole. Velice záleží na tom, jaká jim byla poskytnutá lidská podpora, a jak jim byly vysvětleny dotazy týkající se umírání a smrti, aby se mohly s touto skutečností lépe vyrovnat. Většina sester si tento zážitek pamatuje možná celý život, a proto je velmi důležité této problematice věnovat značnou pozornost. Je velice důležité si při profesním setkávání se s umíráním a smrtí nastavit správnou míru angažovanosti, ale také určitého odstupů. (Marková, 2010)

1.3.3 Představy o vlastní smrti

Většina lidí by si přála zemřít rychle a ve spánku. Chtěla bych tomuto názoru oponovat. Dlouhá nemoc může mít i pozitivní stránku. Během ní může člověk přehodnotit svůj žebříček hodnot. Když to člověk vezme za ten správný konec, tak může být dokonce nejcennějším a nejplodnějším úsekem jeho života, a to i v případě, že je zcela odkázaný na pomoc druhých. Může milovat a odpouštět křivdy a toto jednání dává smysl jeho životu. (Svatošová, 2012)

Když se zeptáte lidí, jak si představují umírání a smrt, většinou dostanete podobnou odpověď. Většinou o tom ještě nepřemýšleli. Zpravidla chtějí zemřít ve vysokém věku a pokud možno rychle, tiše, nejlépe ve stavu určitého bezvědomí. Jednoduše řečeno usnout a už se nikdy neprobudit. (Jakoby, 2005)

1.3.4 Péče o zemřelé tělo

Úmrtí každého člověka konstatuje vždycky lékař. Bezprostředně po smrti v nemocnici je zemřelý převezený do místnosti, která je k ošetření zemřelého určena nebo je péče o zemřelého zajištěna za bílou zástěnou. V každém případě musíme zajistit intimitu zemřelého.

Zdravotní sestra provede péči o zemřelého, která spočívá v několika krocích: podvázat bradu, zavřít oči, svléknout zemřelého, uložit ho do vodorovné polohy na zádech, zkrátit cévky, drény, sundat všechny šperky, vyndat snímatelnou zubní protézu a nezapomenout na zemřelé tělo napsat čitelně veškeré identifikační údaje. Ošetřené a zabalené tělo zůstává ležet 2 hodiny na oddělení. (Haškovcová, 2007, s. 96-97)

Po smrti pacienta zdravotní sestra sepíše všechny osobní věci, které po zemřelém na oddělení zůstaly. Pokud mezi těmito věcmi není peněžní částka přesahující 1000 Kč nebo jiná hodnotnější věc, lze pozůstalost předat nejbližšímu pozůstalému. Reakce příbuzných při předávání věcí po zemřelém může být různá. Někteří příbuzní se mohou domáhat věcí, které si už dávno odnesli, ale už na to díky svému rozrušení v souvislosti se smrtí svého blízkého zapoměli. Jiní příbuzní naopak věci po zemřelém nechtějí, protože se jich už nechtějí a nejsou schopni dotýkat. (Haškovcová, 2007, s. 101-102)

1.4 Umírání a smrt od 19. století do současnosti

Každý lidský život je ohraničen svým zrozením a smrtí. V minulosti lidé většinou žili krátký a těžký život zde na zemi a po smrti věřili ve věčný rajský život. Lidé se většinou dožívali jen nízkého věku díky častým neléčitelným infekcím, špatné výživě, mnohým zraněním a značně vysoké dětské úmrtnosti.

Lidé se velmi často setkávali se smrtí a doprovázeli Ty, jejichž smrt byla nablízku. Lidé často umírali nejen doma, ale běžně také venku na veřejných místech. Často se umíralo ve špíně, o hladu a bez pomoci. Pouze majetní lidé měli v době umírání u sebe své blízké, lékaře a kněze. Lidé v minulosti většinou jen krátce stonali a velmi rychle umírali. Lidé se smrti báli, ale věřili, že pak už nebudou mít žádné bolesti a nebudou sužováni různými útrapami. (Haškovcová, 2007)

1.4.1 Umírání ritualizované

V 19. století je umírání ritualizováno, o umírajícího člověka pečuje celá jeho rodina a smrt není ničím neobvyklým. Z generace na generaci se předávají zkušenosti

s doprovázením umírajících. Každé dítě se už odmala setkávalo s umíráním svých blízkých, a tak jim nečinilo problém se o umírajícího postarat. Domácí model umírání měl po dlouhá staletí svůj stále stejný scénář. Každý umírající pak většinou věděl, že v době umírání nebude opuštěn, a věděl, co se bude dít, až nastane jeho poslední hodina života. (Kelnarová, 2007)

Smrt znamenala především hodnocení celého života. Smrt se stala centrem lidského života. V minulosti měli lidé zkušenost, jak se starat a pečovat o umírajícího člověka. Smrt byla více důvěrná a součástí běžného života. Tak jako život, tak ani smrt nebyla událostí, která by se dotýkala pouze jednotlivce. Byla rituálem, kterým zcela končil život člověka a který se dotýkal celé rodiny zemřelého i jeho známých. Jejich společenskou povinností bylo přijít k lůžku umírajícího a s umírajícím se rozloučit.

Člověk v minulosti umíral v kruhu své rodiny a podle prověřeného rituálu. Mohl ještě dát rady do života svým blízkým, uspořádat si své osobní věci a rozdělit majetek, vyzpovídat se a poprosit o odpuštění. Všichni lidé si přáli tento důstojný a šťastný způsob umírání. (Kutnohorská, 2007)

1.4.2 Umírání institucionální

V dnešní společnosti se umírá především v nemocnicích, domovech důchodců, léčebnách dlouhodobě nemocných-takže v určitých institucích. V době umírání a smrti je člověk zcela opuštěn. Dnešní společnost odsouvá umírajícího člověka do instituce a zde je zase odsunut. Musíme si uvědomit, že umírání a smrt k životu patří, že je závěrem existence člověka v pozemském životě. Umírající člověk zde dostává potřebnou péči, ale hlavní důraz je kladen na profesionalitu a praktičnost. Umírající člověk stále touží po přítomnosti někoho druhého, nechce zůstat zcela osamocen.

Od 30. let 20. století se umírající lidé izolují od svého okolí. Zdůvodňovalo se to tím, že umírající člověk potřebuje klid. V 50. letech 20. století bílá plenta násobila pocity osamění. Je nutno přijmout smrt jako fakt, protože nejde léčit.

V současnosti se stále hledají různé varianty a alternativy umírání. Zda má umírající člověk zůstat doma a zajistit mu kvalitní péči, zda přijmout člena rodiny k umírajícímu do nemocnice, zda nabídnout hospicovou péči a další varianty. (Kutnohorská, 2007)

Ve druhé polovině 20. století se umírající lidé odsunuli do nemocnic, bez ohledu na jejich přání a intimitu. Tito lidé pak umírají osamoceni, bez porozumění a náklonnosti, pouze za přítomnosti profesionálů. Při tomto umírání postrádáme lidský kontakt svých blízkých. Tak jako se nikdo nerodí sám, tak ani umírat by nikdo neměl sám. V běžné praxi je však osamocené umírání velmi časté. Zdravotníci jsou sice schopni zajistit umírajícímu jídlo, čistotu, pořádek, potřebné léky, ale nedokážou pohladit a psychicky umírajícího podpořit. Mnohdy ani příbuzní nevědí, jak se mají vůči umírajícímu chovat, a o čem s ním mají mluvit. Je zapotřebí, aby se o umírajícího starali společně zdravotníci, rodina, sociální pracovníci, psychologové a teologové. Jen společnými silami můžeme umírajícímu člověku zajistit důstojné umírání a také to, že nebude umírat osamocen. (Kelnarová, 2007)

Jen velmi malému procentu našich seniorů je dnes umožněno, aby mohli zemřít doma mezi svými blízkými. Smrt je v dnešní době stále více odsouvána do nemocnic, často ukryta za bílou plentu. Zde se často setkáváme s chladným přístupem ošetřujícího personálu.

Stále více dnes umíráme osamoceni, smrt člověka je poněkud zanedbávána a potlačována do úplné mlčenlivosti. (Funk, 2014)

2. Komunikace

Komunikace je důležitá všude tam, kdy potřebujeme získat někoho ke spolupráci. Vždy má nějaký cíl a nějaký smysl. V interakci mezi pacientem a sestrou jde o to, za jakým účelem sestra pacientovi něco říká, čeho tím chce dosáhnout a kam tím míří. Komunikace je základem a bez ní se nedá žít a ani přežít. (Špatenková, Králová, 2009)

Komunikační dovednosti sestry jsou velmi důležité. Dobrá komunikace může kladně ovlivnit jak pacientův psychický, tak i jeho fyzický stav. Komunikací lze zjistit pacientovy starosti, co ho trápí, jaké má obavy. Po zjištění těchto problémů je důležité udělat vše pro zajištění různých intervencí vedoucích k jejich nápravě.

V dnešní době není komunikace mezi pacientem a sestrou na dobré úrovni vzhledem k nedostatku času ze strany sester a nedostatečnému vzdělání sester v komunikačních dovednostech. Většina sester tak získává potřebné komunikační dovednosti přibývajícimi životními zkušenostmi a léty praxe, které také postupně získávaly formou pokusů a omylů. (Kelnarová, 2007)

2.1 Komunikace s umírajícím

Mnohdy není ani tolik důležité to, co řekneme slovy, ale to, co vyjádříme svým postojem. Týká se to především pohledu očí, výrazu obličeje, celkovým postojem, doteky. Umírající člověk ve svých posledních chvílích důvěřuje lékaři, protože je přesvědčen, že právě lékař mu pomůže, že bude tlumit jeho bolesti, že ho nenechá samotného, až bude umírat. (Křivohlavý, 2002)

Komunikace s člověkem, který se dozvěděl o infaustní prognóze svého stavu, je velice obtížná. Najednou se mu celý život obrátil naruby, všechno je zcela jinak, než si do té doby představoval. Minulost je zcela za námi, současnost se zdá být krutá a budoucnost je poněkud nejistá. Všichni zdravotničtí pracovníci se snaží pacientovi pomáhat zvládat jeho situaci a umožnit pacientovi, aby mohl zemřít důstojně bez zbytečné bolesti, stresu a utrpení.

Doporučení týkající se komunikace s pacienty s nevléčitelnou chorobou:

- Nevyhýbat se otázkám, které se týkají pacientovi nemoci nebo možné léčby.
- Mluvit s pacientem o jeho obavách.
- Dopřát pacientovi dostatek času, aby se mohl zeptat na to, co ho trápí nebo mu není jasné.
- Nekomentovat pacientovu reakci po sdělení diagnózy.
- Brát ohled na to, když chce pacient mluvit nebo naopak mlčet.
- Oslovte všechny, kdo by mohli pacientovi jakkoliv pomoci.
- Pacienta informujte i o dalších možných zdrojích jakékoliv pomoci mu v této situaci.
- Podpořte pacienta, aby našel smysl svého života.
- Snažte se včas u pacienta (ale i jeho rodinných příslušníků) podchytit jakékoliv psychické problémy a včas je odstranit.
- Zbavte se různých zbytečných předsudků z farmakoterapie.
- Pacientovu pozornost zaměřte především na přítomnost.
- Neustále pacienta povzbuzujte.
- Dopřejte pacientům, aby měli pocit, že mají kontrolu nad svým životem a i jeho koncem.
- Nikdy nesmíme zapomenout na to, že také rodiny umírajícího pacienta potřebují podporu a pomoc.
- Vždy se snažte zapojit rodinné příslušníky do péče o umírajícího pacienta.

(Šatenková, Králová, 2009, s. 116)

Jestliže má umírající potřebu mluvit s někým o smrti, vzniká tak pro sestru velmi náročná situace. Právě sestra bývá většinou jediným člověkem, kterému se umírající může svěřit, protože nechce ublížit své rodině. Tento rozhovor může i sestře přinést pocit, že pro umírajícího vykonala všechno, co bylo v jejích silách a dospět tak k vlastní psychické úlevě. (Funk, 2014)

- Umírající člověk potřebuje, aby se akceptovala jeho přání, aby mu někdo naslouchal, aby byla zachována jeho důstojnost.
- Umírající člověk potřebuje komunikovat s ostatními, třeba jen gesty nebo očima a potřebuje cítit, že je mu někdo nablízku.
- Také umírající člověk má právo být informován o svém zdravotním stavu. Toto sdělení musí být provedeno s rozvahou a citlivě.
- Umírající člověk potřebuje empatickou psychickou podporu.
- Při vykonávání všech denních činností potřebuje mít umírající pocit podpory, pohody a sounáležitosti.
- Strach z osamocení pomůžou umírajícímu potlačit uklidňující slova, podání ruky nebo lehký dotek.
- Každý člověk potřebuje naději, kterou potřebuje neustále posilovat. Ani v posledních okamžicích života by člověk neměl umírat bez naděje, která mu dá sílu při umírání.

(Kutnohorská, 2007, s. 79)

Několik doporučení pro dobrou komunikaci sester s pacienty:

- a) Buďte zdvořilí, slušní a autentičtí.
- b) Vždycky poslouchejte to, co pacient říká, ale i neříká.
- c) Buďte pro pacienta přístupní a dosažitelní.
- d) Vyhněte se nic neříkajícím a prázdným frázím.
- e) Svá rozhodnutí jasně, stručně a srozumitelným způsobem argumentujte.
- f) Nikdy nezapomeňte na pacientův informovaný souhlas!
- g) Plňte své povinnosti vůči pacientovi svědomitě.
- h) Jednejte vždycky v té míře, kam sahají vaše kompetence.
- i) Nikdy neslibujte něco, co nemůžete potom dodržet.
- j) Vždycky buďte upřímní v tom, co víte, anebo nevíte.

(Šatenková, Králová, 2009, s. 125)

2.2 Komunikace s rodinou umírajícího pacienta

Sestra při výkonu své profese hovoří také s rodinou umírajícího pacienta. Rozhovoru s rodinou je potřeba věnovat dostatek času. Rodina se musí postupně smířit a vyrovnat s tím, že jejich milovaná osoba brzy zemře. Sestra by měla uklidnit a ujistit rodinu o tom, že je o pacienta maximálně postaráno a že pacient má pouze minimální potíže. Příbuzní, kteří pak slyší a vidí, že jejich blízký zemřel rychle a bez bolesti, jsou mnohem vyrovnanější s péčí a následnou smrtí. Sestra často poskytuje psychickou podporu členům rodiny, kteří jsou přítomni při umírání svého blízkého. (Kelnarová, 2007)

2.3 Komunikace s pozůstalými

Sdělit rodině, že jejich blízký zemřel, je pro zdravotnickou profesi velice náročné a obtížné. Jednání s pozůstalými si žádá značné komunikační schopnosti. Žádná technika nemůže nahradit rozhovor s pozůstalými. Musíme mít stále na paměti, že pozůstalí jsou velice zranitelní, a že potřebují psychickou pomoc. Okamžik, kdy se rodina dozví o úmrtí svého blízkého, je podle psychologů považován za nejvíce stresový okamžik v životě pozůstalých.

Několik významných kroků, jak jednat s pozůstalými:

- Máme-li dostatek času pro rozhovor s umírajícím, pak pro rozhovor s pozůstalými to musí platit dvojnásob.
- Pozůstalé zavedeme do klidného pokoje, kde jim nepříjemnou zprávu sdělíme. Nejdříve je dobré se představit, společně se posadit a pokusit se, aby nikdo jiný nerušil tuto chvíli.
- Vždycky pozůstalým projevit soustrast. Pomalu a klidně popsat průběh a okolnosti úmrtí a ponechat rodině čas na případné dotazy.
- Seznámit rodinu se všemi potřebnými formalitami.

(Kutnohorská, 2007, s. 79-80)

Informace pozůstalým byly hlavně v minulosti předávány poněkud nevhodně. Pro pozůstalé je dosti nepříjemné, když s nimi zdravotník jedná na chodbě a ve spěchu, který jim tím dává najevo, že ho tím obtěžují a vyrušují od jeho práce. Rodina by naopak měla být informována o celkovém zdravotním stavu svého blízkého již před úmrtím, tak i o jeho posledních chvílích života. Měla by vědět, že tento zemřelý neměl žádné bolesti a netrpěl žízň, když umíral. (Funk, 2014)

Smrt člověka by neměla být příbuzným sdělována telefonicky, ale vždycky osobně. Pozůstalí by při příchodu do nemocnice měli být odvedeni do místnosti, kde si budou moci sednout, nebudou nikým rušeni a budou moci v klidu vyslechnout od lékaře zprávu o úmrtí svého blízkého. Lékař by se měl rodině představit a vyjádřit pozůstalé rodině svou soustrast. Poté popíše rodině okolnosti spojené se smrtí jejich blízkého. Reakce od pozůstalých mohou být různé, vždy je musíme respektovat. Tak jako umírající pacient prochází v závěru svého života určitými fázemi, tak i pozůstalí tímto způsobem tuto velkou ztrátu prožívají, než jsou schopni tuto skutečnost opravdu přijmout. Na závěr seznámte příbuzné s tím, co bude potřeba dále zařídit. Zde je dobré, aby tyto instrukce obdržela rodina v písemné formě. Rodině může v této chvíli být nápomocen také psycholog, sociální pracovníce nebo duchovní. (Honzák, 1997)

Smrt člověka je pro rodinu velice zdrcující za každé situace. Nezáleží na tom, zda byla smrt do určité míry již očekávána nebo zda šlo o zcela náhlé a nečekané úmrtí. Pozůstalí potřebují podporu a pomoc a sestra by jim ji měla poskytnout. Sestra by měla v okamžiku, kdy lékař sdělí rodině zprávu o úmrtí jejich blízkého milovaného člověka, umět utěšit a naslouchat pozůstalým. Pozůstalí mohou po ztrátě svého blízkého člověka vzdychat, plakat a pociťovat různé problémy se soustředěním. Mohou se cítit bezradní, opuštěni a osamělí. Těmto pozůstalým můžeme pomoci empatickou a vstřícnou komunikací.

Několik doporučení pro komunikaci s pozůstalými:

- Buďte trpěliví a citliví.
- Vyhybejte se použití různých eufemismů.
- Používejte taková slova, která jsou pro pozůstalé úlevná a užitečná.
- Pozůstalé ujistěte o tom, že bylo pro zemřelého uděláno maximum.

- Naslouchejte jejich vzpomínkám a pocitům.
- Pomozte pozůstalým, aby mohli vyjádřit své pocity.
- Nikdy nebraňte pozůstalým v pláči.
- Nesnažte se pozůstalé v jejich hovoru přerušovat.
- Pozůstalým naslouchejte bez odsuzování.
- Pozůstalým vyjádřete svou soustrast.
- Identifikujte všechny dostupné zdroje podpory a pomoci.
- Zvláštní pozornost zaměřte na jejich sebevražedné úmysly a myšlenky.

(Šatenková, Králová, 2009, s. 119-120)

2.4 Sdělování pravdy

Každý člověk k tomu, aby se mohl zodpovědně a svobodně rozhodnout a aby mohl svůj život určitým způsobem uzavřít, potřebuje pravdivé a dostatečné množství informací. Stále se však setkáváme s pacienty, kteří umírají a oni o tom nevědí, nejsou o svém stavu informováni. Často se také stává, že jejich nejbližší informováni jsou a samotný pacient ne. Tito pacienti pak veškeré své síly vynaloží na to, aby se uzdravili, a nemohou se připravit na smrt. Proto je velmi důležité, aby nemocný byl pravdivě informovaný o svém zdravotním stavu. (Marková, 2010)

Bývalo častým zlovykem, že se nemocnému zatajoval jeho skutečný zdravotní stav. Zdůvodňovalo se to tím, že psychika člověka je podivuhodná, že díky ní nemocný může vidět naději tam, kde už ale žádná není. Lhát by se určitě nemělo, ale je poměrně těžké odhadnout, jak a kdy říci pravdu. Toto rozhodnutí záleží na stavu nemocného a na okolnostech, ale vždycky má být pravdivé. Tak umožníme umírajícímu využít čas, který mu zbývá, aby mohl vykonat to, co je pro něj důležité. Většina lidí chce být pravdivě informována o blížícím se konci svého života a špatně nesou, když jsou obelhávány. Samozřejmě, že jsou i pacienti a rodinní příslušníci, kteří nepřijímají skutečnost, že umírají a snaží se jí vytěsnit. Ani tento přístup není důvodem, abychom nemocnému lhali.

Diagnóza by se měla sdělovat pravdivě a s láskou, ale přitom se snažit nevzít člověku zcela jeho naději. Když už je jasné, že smrt je nablízku, pomoci jí člověku přijmout. Neopustit

člověka, když má bolesti nebo pláče. V poslední chvíli setrvat vedle něho a sdílet jeho útrapy. (Funk, 2014)

Sdělení závažné diagnózy představuje pro pacienta i pro jeho rodinu veliký šok. Když vážně nemocný člověk nebude chtít mluvit a bude chtít jen tiše mlčet, respektujte to. On je rád, že jste s ním, že jste mu nablízku. Posad'te se k němu a chytněte ho za ruku. Ale když se pacient chce bavit o své nemoci, dopřejte mu, ať se může vypovídat. Mluvte s ním i o jiných věcech, ne jen o nemoci, ať pacienta trochu rozptýlíte. (Andrýsek a kolektiv, 2011)

Sdělit nemocnému člověku pravdu a přitom mu nevzít jeho naději je velkým uměním. Je stále mnoho lékařů, kteří buďto neřeknou nemocnému nic nebo ho naopak zahlčí takovou spoustou informací ve velmi krátkém čase, kdy je nemocný člověk nezvládne pořádně vstřebat a vybere si z toho pouze něco. Je zapotřebí, aby se s nemocným mluvilo jak o nemoci, tak i o smrti. Každý člověk potřebuje k životu naději, víru a lásku. Naděje pomáhá člověku radovat se z malých cílů a díky tomu má člověk pro co žít. (Svatošová, 2012)

Zda říci pacientovi pravdu o závažnosti jeho zdravotního stavu je problémem, o kterém se mluví mnoho let. Sdělit nemocnému úplnou pravdu o jeho stavu může být považováno stejně tak za etické, protože pravda člověka osvobozuje, tak i za neetické, protože i pravda může člověku hodně ublížit.

V období po druhé světové válce téměř všude na světě přetrvávala strategie milosrdné lži neboli milosrdného oklamání, kdy se pacientovi nesdělovala pravda o závažnosti jeho onemocnění. V průběhu šedesátých let 20. století došlo ve světě k celé řadě změn, mezi nimi i ke sdělování pravdivých informací o zdravotním stavu pacienta a větší pozornost se zaměřila na psychické potřeby pacienta. V zásadě jde o to, že každý dospělý člověk, který je duševně zdravý, má právo vědět, jak na tom ve skutečnosti je. U dětí, adolescentů, psychicky nemocných a u lidí v pokročilém věku je tato situace horší a vyžaduje speciální přístup. Od počátku sedmdesátých let 20. století se u nás často používala strategie milosrdné lži. Přestože pacienti vědí, že došlo k posunu ve sdělování pravdivých informací, tak citově jsou stejně přesvědčeni o důležitosti milosrdné lži. Po roce 1989 se u nás stále více lékařů přiklání k názoru, aby pacient byl pravdivě informován o svém zdravotním stavu. Významnou roli zde sehrálo přijetí Listiny základních práv a svobod a etický kodex Práva pacientů. Postupem času se ukázalo, že většina pacientů požaduje pravdivé a dostatečné informace o svém zdravotním

stavu. Pak je na lékaři, aby rozhodl komu, kde, kdy, co a jak řekne, záleží to značně na jeho praktických zkušenostech. (Haškovcová, 2002)

2.4.1 Komu má být pravda sdělena

V podstatě každému dospělému člověku, který není psychicky nemocný. Lékař má sice právo určité skutečnosti zamlčet, ale musí mít pro toto jednání skutečný a opodstatněný důvod. Při negativním stanovisku pacienta, který nechce znát skutečný stav svého zdraví, měl by to lékař respektovat. Je také možné sdělovat pravdu s určitým omezením, neboli sdělovat pravdu po kapkách.

Další otázkou je, zda pacient pravdu snese nebo nikoliv. Nelze stanovit žádná kritéria, podle kterých by se dalo odhadnout, zda je dotyčný člověk na sdělení pravdy připraven nebo není. Naopak odborníci tvrdí, že nezáleží na tom, zda je člověk psychicky labilní nebo silný, že svou nemoc, svůj osud nakonec unést musí. My se však nesmíme zapomínat neustále ptát, jak jim můžeme pomoci, co pro ně můžeme udělat.

2.4.2 Kdy má být pravda sdělena

Pro žádného lékaře není lehké stanovit, kdy je ten nejlepší okamžik pro sdělení pravdy o závažnosti zdravotního stavu. Mimořádnou pozornost musíme věnovat těm nemocným, kterým musíme bez ohledu na jeho psychický stav sdělit pravdu hlavně proto, že terapie nesnese oddalování, jinak by mohlo dojít k prodlení.

2.4.2.1 Co říci

Lékař se zpravidla zabývá otázkou, zda má sdělit diagnózu nebo nemá. Diagnostické pravdě většinou laik nerozumí, a proto se dotazuje na další okolnosti ohledně nemoci - zda ho onemocnění bude nějak omezovat v jeho navyklém způsobu života; jaké změny může od nemoci očekávat a jaká bude jeho další budoucnost, co ho ještě čeká. Lékař a pacient musejí spolupracovat a společně bojovat proti nemoci.

2.4.2.2 Jak pravdu říci

Neexistuje žádný návod, jak má lékař pravdu pacientovi sdělit. Pouze empatický lékař dovede najít vhodná slova, která má použít, aby pacientovi neublížil. Vždycky je nutný individuální přístup k nemocnému a slovní zásoba volena podle toho, aby byla pro pacienta srozumitelná. Rozhovor má být stručný, protože mnoho informací si pacient stejně není schopen zapamatovat. Pacient by měl mít také možnost se na věci, kterým nerozuměl, zeptat a aby si o získaných informacích mohl promluvit ještě s někým dalším.

2.4.2.3 Kde pravdu sdělit

Takto závažný rozhovor většinou vykonáváme v pokoji, který se zdá co nejvíce útulný a bez přítomnosti dalších osob, abychom zajistili intimitu prostředí. Určitě takovéto sdělení neprovádíme při vizitě, na chodbě nebo v rychlosti. Lékař si vždycky musí najít čas, který bude mít pro pacienta a v této době nemá být nikým jiným a ničím rušen. Za nevhodný čas pro sdělení závažnosti stavu je pokládán večer, neboť blížící se noc může pacient prožívat v důsledku sdělení pravdy dosti úzkostně.

2.4.2.4 Kdo má pravdu sdělit

V našem zdravotnictví nese úplnou právní odpovědnost za každého nemocného člověka lékař. Proto sdělování závažných informací je věcí lékaře. V některých zemích toto pravdivé sdělení může pacientovi říci také psycholog nebo kněz. Je nezbytné, aby si lékaři při přeložení pacienta z jedné nemocnice do druhé vzájemně předávali dostatečné informace o informovanosti daného pacienta.

2.4.2.5 Kontraindikace sdělení pravdy

Důvodem pro částečné nebo úplné nesdělení pravdy je, jestliže pacient zaujme záporné stanovisko nebo při výskytu psychiatrické diagnózy či výskytu psychotické epizody kdykoliv v minulosti. Takovéto NE musí být odůvodněné a řádně podložené. Informace rodinným příslušníkům by měly být předány tehdy, jestliže s tím nemocný souhlasí. První, kdo by měl být informován o zdravotním stavu, je nemocný. U starých lidí se velmi často používá částečně nebo zcela milosrdná lež. Nikdy nejsme zcela schopni odhadnout, kdo

pravdu unese a kdo ne. Mnozí pacienti pravdu o svém zdravotním stavu znají, ale někteří o tom nechtějí mluvit. A toto přání musíme respektovat. (Haškovcová, 2002, s. 142-147)

3. Paliativní péče

Je moc dobře, že se v dnešní době rozvíjí tzv. paliativní terapie (paliu = plášť nebo rouška, paliativní = přikrytí projevů nemoci léčivou rouškou). Tato léčba přichází ke slovu v době, pokud již nemoc na kurativní léčbu nereaguje. Zde se zaměřujeme především na to, aby zbytek života člověk prožil co možná nejvíc kvalitně. (Funk, 2014)

Paliativní péče v žádném případě umírání a smrt neoddaluje a ani neurychluje. Jejím cílem je dosáhnout toho, aby se u umírajícího a jeho rodiny zajistila co nejlepší kvalita života. Nejčastějším stresujícím symptomem pro umírající je bolest. Proto se v rámci paliativní péče snažíme o maximální úlevu od bolesti a jiných nepříjemných symptomů. (Kelnarová, 2007)

Příbuzní pacientů, kteří procházejí paliativní péčí, musí často čelit poměrně velkým požadavkům, které na ně i na každého pacienta nemoc klade. Od příbuzných se často očekává, že se vyrovnají se změnami i s péčí o nemocného. Rodina upravuje domácí prostředí tak, aby co nejvíce vyhovovalo péči, a zároveň musí zvládat svoje psychické problémy a obavy z další budoucnosti.

Podle Světové zdravotnické organizace (1990) je rodina považována za základní jednotku paliativní péče. Stále však nedokážeme rodině poskytnout dostatečnou podporu. Již při stanovení diagnózy a léčby by měla začít péče o příbuzné, jinak dojde k tomu, že rodina ztratí důvěru ve zdravotní péči a hůře se s touto situací vyrovná.

Členové rodiny, jejichž potřeby nejsou dostatečně uspokojeny, nejsou schopny se zcela postarat o pacienta a poměrně často mají sami psychické a fyzické problémy. Aby rodina byla schopna se vyrovnat s touto situací, musí být ujištěna o tom, že jejich blízký člen rodiny netrpí bolestí. Potřebují mít dostatek informací o nemoci, aby věděli, jak mají o tohoto příbuzného pečovat, potřebují praktickou pomoc, aby nedošlo k jejich vyhoření a únavě a v neposlední řadě potřebují emocionální podporu, aby byli schopni se o svého nemocného člena postarat a zcela se nevyčerpali. (O'Connor, Aranda, 2005, s. 221-225)

3.1 Bolest

Bolest je tak stará, jako existence člověka. V mnohých případech dokáže zkazit radost ze života a při vysoké intenzitě může dokonce lidský život zcela zničit. Z medicínského

hlediska je důležitá akutní bolest, která má varovný signál a pro medicínu je zcela nepostradatelná. Prožívání bolesti je spojeno s prožitky emočními, tělesnými i sociálními. Jestliže intenzita bolesti přesáhne míru snesitelnosti, pak ztrácí svůj význam a stává se škodlivou. (Trachtová a kolektiv, 2001)

Léčba bolesti v posledních letech dosáhla značného pokroku. K jejímu zmírnění nebo odstranění používáme širokou škálu různých prostředků. O tom, který lék, kdy a v jaké dávce pacientovi podat, je výhradně věcí lékaře. Příčiny bolestí jsou různé a tomu musí odpovídat i příslušná léčba. Ke zmírnění bolestí používáme různá analgetika, ozařování, chemoterapii, operační zákrok, hormonální léčbu, ale také láskyplnou péči své rodiny. Tím vším se dnes zabývá nový lékařský obor, který se nazývá paliativní medicína.

Každý nemocný musí dostat takové množství léků, aby se podařilo zvládnout jeho bolest. Léky pacientovi podáváme dřív, než dojde k rozšíření bolesti. Při léčbě bolesti si musíme vždycky stanovit splnitelné, realistické cíle. Naši snahou je, aby se zlepšila celková kvalita života vážně nemocných a umírajících pacientů. Bolest vnímá a prožívá každý člověk jinak. Vždycky musíme pacientovi věřit, že bolest má a také musíme respektovat jeho rozhodnutí, když chce bolest snášet bez léčby. Zřejmě pro toto rozhodnutí má své důvody, které musíme respektovat. (Svatošová, 1995, s. 26-27)

V každé době bylo prioritní tlumení bolesti. Bolest je často zdrojem utrpení. Mnohé statistiky stále poukazují na to, že u značného počtu nemocných není tlumení bolesti dostatečné. Lékaři často dokážou tlumit pacientovi fyzické symptomy bolesti, ale už si neuvědomují, že pacient potřebuje ošetřit také duchovní oblast strádání. Každého člověka musíme respektovat jako originální, jedinečnou a nezaměnitelnou bytost a musíme ho ošetřovat po všech stránkách. (Munzarová, 2005)

Při ošetřování umírajících pacientů, kteří trpí bolestí se musíme zaměřit především na to, aby poslední dny svého života prožili bez úzkosti a strachu. Je zcela nezbytné, abychom pravidelně posuzovali úlevu od bolesti, která se může různě měnit. Především se musíme starat o to, aby tento člověk pocíťoval duševní a tělesné pohodlí. Tito pacienti kromě bolesti velmi často také trpí ztrátou chuti k jídlu, nespavostí, změnami osobnosti, ztrátou libida a zácpou. Takovému pacientovi musíme poskytnout přiměřenou medikaci, dostatek pozornosti a klidu. (Sofaer, 1997)

„Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí.“ (McCaffery, 1983)

„Bolest je složitý jev, signalizující hrozbu tkáňového poškození, je to integrovaná obranná reakce a soukromá zkušenost s utrpením.“ (Sternbach, 1968)

„Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost, která souvisí se skutečným nebo potencionálním tkáňovým poškozením nebo je popisována ve smyslu takového poškození.“ (Mezinárodní asociace pro studium bolesti, Podvýbor pro taxonomii, 1979)

(Beatrice Sofaer, 1997, s. 23)

3.1.1 Druhy bolesti

Celková bolest člověka se skládá z několika vzájemně propojených a neoddělitelných částí. Ty musíme vnímat vždy, hlavně v závěru života a při umírání. Jednotlivé části celkové bolesti jsou:

1. Bolest fyzická

Kterou lze poměrně dobře poznat a do určité míry definovat. Její kvantitativní hodnocení je značně obtížné. Pokaždé, snad pouze s výjimkou značně intenzivní akutní bolesti, je vnímání bolesti doplněno značným kognitivním úsilím, jedná-li se o smysl a zdroj bolesti. Hodnocení bolesti je v mnoha případech záležitostí čistě subjektivní.

2. Bolest sociální

Je utrpením, které je spojené s určitou předtuchou ze ztráty rodiny a přátel. Může dojít také ke skutečnému odloučení od vlastní rodiny a blízkých přátel. Někdy člověk ztratí svoji společenskou roli.

3. Bolest emoční neboli duševní

Je komplexem pocitů, mezi které patří hněv, smutek, otupělost, deprese, úzkost, smlouvání, duševní otřes.

4. Bolest spirituální neboli duchovní

Je velice důležitá, ale její definice je značně obtížná. Je to jakési utrpení, kdy dochází k odcizení od vlastního já. Pak to často prožíváme jako pocit ztráty veškerého smyslu nebo jako strach z neznáma.

Dnešní statistiky často ukazují na nedostatečné tlumení bolesti. Tuto skutečnost nesmíme podceňovat. Je lékařskou ctí, aby řádně tlumili fyzickou bolest. Dojde-li u pacienta ke zlepšení i v ostatních trýzních, pak zajisté dojde i k lepšímu zvládnání fyzické bolesti. (Marta Munzarová, 2005, s. 13-14)

4. Psychická zátěž sester

Pečovat o umírající pacienty i o jejich rodinné příslušníky může být dosti stresující, ale může přinášet také určité uspokojení. Péče o umírající pacienty, kteří mají spoustu obtíží a snaží se vyrovnat s blížící se smrtí, klade na sestry značné psychické nároky, ale také to pro ně může být zkušenost, která je určitým způsobem obohatí. Sestra, která dokáže pečovat o sebe, tak dokáže pečovat také o umírající a jejich rodiny, aniž by u ní došlo k „vyhoření“. (O'Connor, Aranda, 2005)

Zdravotničtí pracovníci uspokojují emocionální, tělesné, sociální, ale i spirituální potřeby jak umírajících pacientů, tak i jejich blízkých. Péče o umírající je dosti stresující a náročná. Právě týmová spolupráce nám může pomoci při vyrovnávání se s různými stresy, které péče o umírající pacienty a jejich rodinné příslušníky může přinést. (Špatenková, Králová, 2009)

Každý z nás, kdo se chce stát oporou vážně nemocnému a umírajícímu člověku, tak musí mít vyřešen svůj vztah k lidskému utrpení a smrti. Musíme se smířit s tím, že umírání a smrt jsou neoddelitelnou součástí života. Tuto skutečnost musíme přijmout. Obohatí nás to o zcela nové hodnoty jako je nadhled, moudrost, vyrovnanost a schopnost pochopit umírání a utrpení jiných lidí. Strach ze smrti nám sice zůstane, ale bude potlačen snahou o život hodnotnější, lepší a odpovědnější. (Munzarová, 2005)

Péče o umírající pacienty, ale i o jejich rodiny je značně stresující a psychicky náročná, ale někdy může přinést také uspokojení. Doprovázení umírajících pacientů v závěru jejich života může být pro zdravotníky velkou obohacující zkušeností. Jestliže tito pečovatelé nebudou dostatečně pečovat o sebe, může to mít negativní vliv na jejich psychiku. (O'Connor, Aranda, 2005)

Mezi nejčastější dilema, se kterým se při péči o umírající sestry setkávají, je žádost nemocného o ukončení života. Sestry potřebují vědět, jak se v takových situacích mají zachovat. Musí být schopné reagovat takovým způsobem, který zcela respektuje pacienta a jeho blízké a přitom musí zůstat věrná svému morálnímu přesvědčení a zákonům. Sestry mají obvykle poměrně blízký vztah k pacientům, o které se starají, a proto také dokážou odhadnout, kde mají tito pacienti své zranitelné místo, a poznat projevy, kterými se tito pacienti snaží naznačit, že si přejí zemřít. (O'Connor, Aranda, 2005)

5. EMPIRICKÁ ČÁST

5.1 Jednotlivé kategorie otázek

5.1.1 Cíle práce (výzkumu)

- 1) Na základě individuálních rozhovorů dospět k novým zjištěním, která se v dosavadních dotazníkových šetřeních nevyskytují.
- 2) Zjistit, jak setkání s umírajícím pacientem a se smrtí ovlivňuje profesní a osobní život zdravotních sester.
- 3) Na základě zjištění předložit návrh opatření a doporučení pro zdravotní sestry v rámci ošetrovatelské péče.

5.1.2 Dílčí cíle

- 1) Na základě individuálních rozhovorů dospět k novým zjištěním, která se v dosavadních dotazníkových šetřeních nevyskytují.
 - a) Zjistit informace o způsobech péče o umírající.
 - b) Zjistit, jakým způsobem probíhá péče o zemřelého.
- 2) Zjistit, jak setkání s umírajícím pacientem a se smrtí ovlivňuje profesní a osobní život zdravotních sester.
 - a) Zjistit názory na způsob péče.
 - b) Získat přehled o strategiích osobního vyrovnávání se zdravotních sester se smrtí.
 - c) Zjistit postoje k vlastnímu umírání a smrti.
- 3) Na základě zjištění předložit návrh opatření a doporučení pro zdravotní sestry v rámci ošetrovatelské péče.
 - a) Na základě názorů na způsob péče zjistit úvahy a návrhy zdravotních sester na změnu v péči o umírající a zemřelé.

5.1.3 Výzkumné otázky

- 1) Jaký je způsob péče o umírající pacienty na nemocničních odděleních?

Výzkumná otázka souvisí s výzkumným cílem č. 1) a dílčím cílem 1a)

(Podotázky: Jak to na odděleních chodí? Neprodukuje se utrpení pacientů? Co je zdravotním sestřím nepříjemné při ošetřování umírajícího pacienta? Jak se zdravotní sestry chovají k příbuzným umírajícího? Jak probíhá sdělení o úmrtí a následná péče o pozůstalé?)

- 2) Co si zdravotní sestry myslí, že by se dalo změnit v péči o umírající na nemocničních odděleních?

Výzkumná otázka souvisí s výzkumným cílem č. 2) a dílčím cílem 2a) a s výzkumným cílem 3) a dílčím cílem 3a)

- 3) Jaký je způsob péče o mrtvé tělo?

Výzkumná otázka souvisí s výzkumným cílem č. 1) a dílčím cílem 1b)

(Podotázky: Jak na odděleních probíhá péče o zemřelého? Co musí zdravotní sestry dodržovat? Jak to na ně působí?)

- 4) Jak se Vy osobně vyrovnáváte s umíráním?

Výzkumná otázka souvisí s výzkumným cílem č. 2) a dílčím cílem 2b)

(Podotázka: Kdo nebo co poskytuje další sílu a energii k výkonu práce zdravotní sestry, která se téměř každý den setkává se smrtí?)

- 5) Jakým způsobem a kde byste chtěla Vy sama jednou zemřít?

Výzkumná otázka souvisí s výzkumným cílem č. 2) a dílčím cílem 2c)

(Podotázky: Zda sestry přemýšlí o své vlastní smrti? Setkala se zdravotní sestra se smrtí někoho blízkého?)

5.1.4 Pilotní interview

Na základě výzkumných otázek jsem uskutečnila pilotní interview formou rozhovoru se svou dobrou kamarádkou, abych si ujasnila, jaké otázky bude vhodné použít pro

semistrukturované individuální interview pro výzkumné zpracování zvoleného tématu ve své bakalářské práci.

5.1.5 Otázky pro semistrukturované individuální interview

1. Jak to na Vašem oddělení chodí v rámci péče o umírající pacienty? *(1a)*
2. Co Ti je nepříjemný při komunikaci a ošetřování umírajících pacientů? *(2a)*
3. Prodlužuje se na Vašem oddělení trápení a umírání pacientů? *(1a)*
4. Požádal Tě někdy pacient o urychlení smrti? *(1a)*
5. Jak u Vás probíhá sdělení závažné diagnózy? *(1a)*
6. Jak se chováte k příbuzným umírajících pacientů? *(1a)*
7. Jak u Vás probíhá sdělení o úmrtí příbuzným zemřelého a následná péče o ně? *(1b)*
8. Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět? *(1b)*
9. Myslíš si, že každý člověk má vědět, jak vážně je nemocný? *(2a)*
10. Kde si myslíš, že se dnes více umírá-doma nebo v nemocnici? *(2a)*
11. Máš ještě nějakou zkušenost s umíráním, která Ti více utkvěla v paměti? *(2b)*
12. Co Ty sama bys změnila v péči o umírající pacienty? *(2a, 3a)*
13. Jak u Vás probíhá samotná péče o mrtvé tělo? *(1b)*
14. Je někdo nebo něco, co Ti pomáhá vyrovnávat se s umíráním? *(2b)*
15. Přemýšlela jsi někdy o tom, jak a kde bys Ty chtěla jednou zemřít? *(2c)*
16. Co Tě přimělo k téhle práci? *(2b)*

5.1.6 Interview

Celkem bylo provedeno osm rozhovorů se zdravotními sestrami, které odpovídaly na otázky týkající se umírání a smrti a o tom, jaký to má dopad na jejich profesi. Z toho byl jeden rozhovor pilotní a sedm výzkumných.

5.1.7 Obsahová analýza dat

Obsahová analýza dat nám předkládá popis výchozí situace a na základě tohoto popisu často dochází k vysvětlení, ke specifikaci situace. Na základě obsahové analýzy jsme dospěli k tématům pro jednotlivé kategorie v otevřeném kódování.

5.1.8 Metoda analytického závorkování

Tato metoda nám pomůže vysvětlit (co, jak, proč, kdy, jak často, jakým způsobem, jaký postoj, jaké vlastnosti, jaké důvody...)

5.1.9 Otevřené kódování

Jednotlivé pojmy z odpovědí respondentů si označujeme a postupně zařazujeme do různých kategorií. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly, a také jsou kladeny otázky o jevech údajů reprezentovaných. Během procesu kódování (řazení do kategorií a subkategorií) jsou zvažovány a zkoumány úvahy o jevu. (Strauss, Corbinová, 1999)

5.1.10 Axiální kódování

Na základě obsahové analýzy a otevřeného kódování lze zjistit různé axiální vztahy. Strauss a Corbinová (1999) doporučují dosazení kategorií vzniklých v první fázi do takzvaného paradigmatického modelu, který identifikuje jev, jeho příčinné podmínky, kontext a intervenující proměnné, strategie jednání, interakcí a následky.

5.1.11 Témata vyplývající z obsahové analýzy dat

Péče o umírající (ošetřování)

Otázky interview:

Jak to na Vašem oddělení chodí v rámci péče o umírající pacienty?

Co Ty sama bys změnila v péči o umírající pacienty?

Prodlužuje se na Vašem oddělení trápení a umírání pacientů?

Analytické závorkování

Popis situace (Jak?)

Specifikace situace, vysvětlení (Proč?)

Komunikace s pacientem (při ošetřování)

Otázky interview:

Co Ti je nepříjemné při komunikaci a ošetřování umírajících pacientů?

Analytické závorkování

Popis situace (Co?)

Specifikace situace, vysvětlení (Proč?)

Sdělování závažné diagnózy

Otázky interview:

Jak u Vás probíhá sdělení závažné diagnózy?

Myslíš si, že každý má vědět, jak vážně je nemocný?

Analytické závorkování

Popis situace (Jak?, Co?)

Specifikace situace, vysvětlení (Proč?)

Angažování pacienta

Otázky interview:

Myslíš si, že každý člověk má vědět, jak vážně je nemocný?

Požádal Tě někdy pacient o urychlení smrti?

Analytické závorkování

- má právo vědět diagnózu
- má právo rozhodnout o intervenci, léčbě, atd.

Popis situace (Co?, Proč?)

Specifikace situace, vysvětlení (Jaké důvody?, Jakým způsobem?)

Osobní názor, postoj respondenta

Otázky interview:

Co Ti je nepříjemný při komunikaci a ošetřování umírajících pacientů?

Myslíš si, že každý člověk má vědět, jak vážně je nemocný?

Kde si myslíš, že se dnes více umírá – doma nebo v nemocnici?

Máš ještě nějakou zkušenost s umíráním?

Analytické závorkování

- na sdělování diagnózy
- na péči - co změnit
- na společenský fenomén
- zkušenost s umíráním
- vyrovnávání se s umíráním, postoje k vlastní smrti
- proč dělá tuto práci (s umírajícími pacienty)

Popis situace (Proč?, Co?, Jak?)

Specifikace situace (Jakým způsobem?, Proč?, Jaký postoj?)

Co Ty sama bys změnila v péči o umírající pacienty?

Otázky interview:

Je někdo nebo něco, co Ti pomáhá vyrovnávat se s umíráním?

Přemýšlela jsi někdy o tom, jak a kde bys Ty chtěla jednou zemřít?

Analytické závorkování

Popis situace (Co?, Kdo?, Jak?, Kde?)

Specifikace situace, vysvětlení (Jakým způsobem?, Jaký postoj?, Kdy?)

Motivace k práci

Otázka interview:

Co Tě přimělo k téhle práci?

Analytické závorkování

Popis situace (Co?, Proč?)

Specifikace situace, vysvětlení (Jaké důvody?)

Příbuzní, rodina pacienta (komunikace, péče, sdělování diagnózy,...)

Otázky interview:

Jak se chováte k příbuzným umírajících pacientů?

Jak u Vás probíhá sdělení o úmrtí příbuzným zemřelého a následná péče o ně?

Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět?

Analytické závorkování

Popis situace (Jak?, Co?)

Specifikace situace, vysvětlení (Jakým způsobem?, Jaký postoj?, Jak často?)

Péče o zemřelého

Otázky interview:

Jak u Vás probíhá samotná péče o mrtvé tělo?

Analytické závorkování

Popis situace (Jak?)

Specifikace situace, vysvětlení (Jakým způsobem?)

5.2 Otevřené kódování (kategorie)

5.2.1 Péče o umírající (ošetřování)

Tabulka 1 Jak to na Vašem oddělení chodí v rámci péče o umírající pacienty?

<i>Výchozí situace</i>		<i>Specifikace situace</i>
Tlumení bolesti	7x	Priorita péče
Dopřát jim soukromí	6x	Aby nemuseli poslouchat hovory a smích druhých, měli klid na umírání, na soukromé a intimní rozhovory
Uspokojit všechny jejich potřeby	6x	Čistota, jídlo podle chuti, příjemná poloha, blízkost druhého, komunikace, víra
Dopřát jim kontakt s rodinou	5x	Neomezeně
Důstojně	3x	
Potlačit u nich strach	1x	Posílit pocit bezpečí

Komentář:

Všichni respondenti se shodli v tom, že prioritní u umírajících pacientů je tlumení bolesti. Axiálně uvedený fakt souvisí s otázkou, zda pacient požádal o urychlení smrti (předpoklad je, že je ve fyzické nepohodě, má bolesti). Šest respondentů vidí důležitost péče o umírající v tom, aby se jim dopřálo soukromí při umírání a byly uspokojeny všechny jejich potřeby. Pět respondentů odpovědělo, že je důležitý neomezený kontakt s rodinou. Tři respondenti vidí péči o umírající jako důstojnou.

Pouze jeden respondent upozornil na důležitost potlačení strachu ze smrti u umírajících. Axiálně toto zjištění souvisí s otázkou důstojnosti umírání a způsobech péče o umírající. Ukázalo se, že významný fenomén (strach ze smrti) se opomíjí. Uvedená informace také axiálně souvisí s cílem podání návrhu na zlepšení péče.

Tabulka 2 Co Ty sama bys změnila v péči o umírající pacienty?

<i>Výchozí situace</i>	<i>Specifikace situace</i>
Zavést malé pokoje pro umírající 7x	Důstojnost umírání, soukromí a klid na umírání, nemuseli by poslouchat cizí hovory, mohli by mít u sebe neomezeně návštěvy, rodina by tam mohla zůstat chvíli i po smrti pacienta, předešlo by se negativnímu psychickému dopadu na ostatní pacienty
Zavést pokoj pro zemřelé 4x	Aby zemřelý nemusel ležet s ostatními pacienty na pokoji po své smrti, než se přeloží na oddělení patologie
Vadí mi bílé zástěny oddělující umírající pacienty 3x	Schovávání umírajících, aby se na to umírání nemuseli ostatní koukat
Lůžko i pro člena rodiny 1x	Odpočinout si nebo přespat u umírajícího, péče je náročná i pro rodinu
Nenabízet duchovní podporu hned při příjmu pacienta 1x	Pacient má pocit, že asi brzy zemře, negativní dopad na jeho psychiku
Vadí mi lhostejnost a přehlížení umírajících 1x	Většinou tím ten člověk chrání sám sebe

Komentář:

Všichni respondenti se shodli v zavedení malých pokojíků pro umírající pacienty. Tam by měli soukromí a klid na umírání, neomezené návštěvy. Umírání by bylo více důstojné. Předešlo by se negativnímu psychickému dopadu ostatních pacientů, kteří by nebyli v těsné blízkosti umírajícího člověka. Čtyři respondenti by chtěli zavést také pokoje pro zemřelé pacienty. Po smrti by nemuseli ležet s ostatními pacienty na pokoji, než by byli přeloženi po dvou hodinách na oddělení patologie. Padl návrh na zavedení lůžka také pro člena rodiny, který chce být u umírajícího, kde by si mohl odpočinout.

Tři respondenti nejsou rádi, když se dávají bílé zástěny k umírajícím pacientům. Myslí si, že tím umírající „schováváme“, aby ho ostatní pacienti neviděli.

Padl názor na etiku nabízení duchovní podpory hned při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení. Pacient by mohl mít hned dojem, že je na tom hodně špatně, že brzy zemře, a přitom to tak ve skutečnosti být nemusí.

Pouze jeden respondent upozornil na lhostejnost a přehlížení umírajících. Axiálně toto zjištění souvisí s otázkou důstojnosti umírání a způsobech péče o umírající.

Tabulka 3 Prodlužuje se na Vašem oddělení trápení a umírání pacientů?

<i>Výchozí situace</i>		<i>Specifikace situace</i>
Občas	6x	Člověk už nemá sílu dál žít
		Nemá možnost sám o sobě rozhodnout
		Je udržován na dýchacích přístrojích
		Nechce podstupovat všechna možná vyšetření
		Je zcela odkázaný na pomoc druhých
		Umírání je zdlouhavé a bolestivé
		Lékaři smrt berou jako svoji prohru
Často	1x	Po medicínské stránce se už nedá nic dělat
		Záchrana pacienta ze strany lékaře za každou cenu

Komentář:

Na otázku týkající se prodlužování života a trápení umírajících pacientů všichni respondenti jednohlasně odpověděli, že se s tím při výkonu své profese setkali. Naprostá většina respondentů odpověděla, že se s tím setkává občas. Dokonce jeden respondent odpověděl, že se s prodlužováním života u umírajících setkává často. Axiálně toto zjištění souvisí s hledáním návrhů na změnu nebo zlepšení péče o umírající.

Tabulka 4 Proč by se nemělo prodlužovat umírání?

Umírající nestojí o to, aby byl udržován při životě na přístrojích	7x
Umírající má právo zemřít důstojně	6x
Umírající nechtějí podstupovat všechna možná vyšetření	4x
Vysoký věk	2x

Komentář:

Otázka „Proč by se nemělo prodlužovat umírání?“ vznikla obsahovou analýzou a analytickým závorkováním u otázky, zda se prodlužuje život umírajících.

Všichni respondenti se shodli v neprodužování života umírajících. Důvodem je především to, že umírající člověk nechce být udržován při životě pouze díky přístrojům. Naprostá většina respondentů zastává názor na právo zemřít důstojně. Čtyři dotazované se domnívají, že umírající už nechtějí podstupovat všechna možná vyšetření, která k ničemu nevedou. Dalším uvedeným důvodem k neprodužování života je vysoký věk, kdy člověk toho už spoustu zažil a chce v klidu zemřít.

Tabulka 5 Co Ti je nepříjemné při komunikaci s umírajícími pacienty?

<i>Výchozí situace</i>	<i>Specifikace situace</i>
Mluvit s pacientem o smrti 6x	Když vím, že to tak brzy skončí, to je pak chytnu za ruku a raději mlčím, nechci mu ublížit
	Nebo ho raději pohladím, protože na to se asi nic říct nedá
	Raději s ním soucítit a chvílku s ním zůstat třeba i mlčky
	Někdy se snažím odejít z pokoje, protože to nezvládnu
Otázky týkající se smrti 5x	Času smrti, jestli umírání bolí, co následuje po smrti
	Někdy se to snažím tak nějak zlehčit
	Někdy převedu hovor na jiné téma
	Někdy nevím, co na to říct

Komentář:

Pro většinu respondentů je nepříjemné mluvit s pacientem o smrti. Raději se snaží tuto situaci vyřešit jinak, než komunikací, většinou tělesným dotykem. Někdo zůstává v pokoji s umírajícím, někdo se snaží raději co nejdříve odejít. Většině dotazovaných jsou také nepříjemné otázky týkající se smrti, jejího času, jak to bude probíhat a podobně. Mají tendenci otázku zlehčovat, převést hovor na jiné téma, nebo jsou v rozpacích. Axiálně dané zjištění souvisí s hledáním návrhů, jak zlepšit péči o umírající. Zde vyvstává potřeba tréninku personálu v této oblasti. Péči lze zlepšit, jestliže bude personál lépe školený.

Tabulka 6 Co Ti je nepříjemné při ošetřování umírajících?

<i>Výchozí situace</i>	<i>Specifikace situace</i>
Ošetřovat mladého umírajícího člověka 5x	Náročná péče hlavně po psychické stránce
Úmrtí o noční službě 3x	Jsem na tu smrt sama, nemám si s kým o tom promluvit, trochu se bojím být s tím zemřelým na oddělení
Ošetřovat člověka, na kterého si zvykneme 2x	Protože u nás leží delší dobu
Sbalit věci po zemřelém 1x	Ten pacient si je balil do nemocnice s nadějí v uzdravení
Předávání pozůstalosti 1x	Nevím, jak se zachovat
Komunikace s rodinou pozůstalého 1x	Co jim má člověk ještě říct
Psychika umírajících pacientů 1x	Někteří jsou smíření se smrtí a někteří bojují o život za každou cenu, i když nemají dost sil
Pohledy ostatních pacientů na umírajícího 1x	Umírající je změněný nemocí a vypadá někdy dost zuboženě

Komentář:

Nejčastěji v souvislosti s péčí o umírající pacienty se objevila zmínka o ošetřování mladého umírajícího člověka. Tato péče je náročná především po psychické stránce. Třem dotázaným je nepříjemné úmrtí o noční službě, protože jsou na oddělení samy. Nepříjemné je také ošetřovat umírajícího člověka, který na oddělení leží delší dobu, zdravotní sestry si na něj zvyknou. Axiálně uvedený fakt souvisí také s nepříjemnými pocity, když mají balit věci po zemřelém pacientovi. Jedna respondentka uvedla, že si uvědomuje, že pacient si věci balil s nadějí na uzdravení.

Padla zmínka o problematice předávání pozůstalosti po zemřelém. Sestry neví, jak se mají v dané situaci zachovat. Axiálně zmiňovaná nejistota a rozpaky mohou souviset s komunikací s rodinou pozůstalého. Je tu nejistota, co říct, co dodat.

Jedna respondentka poznamenala, že vnímá problém s psychikou umírajícího pacienta. Každý člověk se nevyrovná s blížící se smrtí jinak. Jiná si zase všimla pohledů ostatních pacientů na umírajícího člověka. Umírání postupně změní každého člověka.

Tabulka 7 Můj pohled na smrt

<i>Výchozí situace</i>		<i>Specifikace situace</i>
Zpočátku vlastní strach ze smrti	1x	Náročnější péče o umírající pacienty
Postupné smíření s umíráním	1x	Pacientům nelhat, mluvit s nimi na rovinu
Nelze si zcela zvyknout na umírání	1x	Nejde to brát jako rutinu

Z této tabulky je patrné, že zpočátku sestry pocítují vlastní strach ze smrti. To se projevuje ve zhoršené péči o umírající pacienty. Důvodem je, že s tím není sama vyrovnaná. Postupem času dochází k pozvolnému smířování se s umíráním. Sestra v této době už zastává názor, že je třeba s umírajícími jednat na rovinu a pravdivě. Ale zcela si zvyknout na umírání prostě nejde. Zdravotnický pracovník by to jako rutinu brát neměl. Vystává otázka, jak se ubránit syndromu vyhoření? Kdo má sestry připravit na setkání se smrtí v rámci své profese? Uvedené téma se axiálně váže na doporučení na zlepšení péče o umírající.

Tabulka 8 Sdělování závažné diagnózy

	Informovanost rodiny		Informovanost pacienta	
Informuje lékař	Informována více než pacient 2x	Pak teprve zvážení, co říct pacientovi	Natvrdo 6x	Pacienti to špatně přijímají, chtějí, aby tu byl lékař pro ně.
	Nechce, aby pacient znal závažnost svého zdravotního stavu 1x		Lidsky 6x	Pacienti se s tím lépe vyrovnají, stejně už něco tuší.
			Tuší, že je něco v nepořádku 4x	Závažnost stavu neznají, lékař si myslí, že by to ten člověk neunesl.
			Nezná dg. a ani vědět nechce 3x	Stále doufají ve zlepšení.

Komentář:

Sdělování závažnosti diagnózy je věcí lékaře. Dvě respondentky si myslí, že rodina je informována více než pacient. Pak dojde ke zvážení, do jaké míry informovat pacienta. Jedna sestra dokonce uvádí, že rodina nechce, aby pacient znal svou diagnózu.

Většina respondentů vidí sdělování diagnózy pacientovi podle přístupu lékaře. Na jedné straně je hrubý přístup lékaře a na druhé straně lidský přístup a podle toho dojde i k odezvě u pacienta. Čtyři respondenti poukazují na pacientovo neblahé tušení, ale závažnost nemoci nezná. Lékař si myslí, že to ten člověk neunesl. Tři respondenti poznamenali, že pacient diagnózu nezná a ani znát nechce, může tak věřit ve zlepšení.

Téma sdělování závažnosti diagnózy je stěžejní etickou otázkou. Do jaké míry hledáme výmluvy pro nesdělení informace pacientovi, jsme ovlivněni vlastními nejistotami

a rozpaky? A nakolik skutečně bereme v potaz samotného pacienta? V následující odstavci (Tab. č. 9) se sestry k danému etickému problému vyjadřují zcela jednoznačně.

Tabulka 9 Můj názor na sdělování diagnózy

Pacient by to měl vědět jako první	2x	Postupně a pravdivě
		Měl by rozhodnout, kdo dál to má vědět
		Aby mohl o sobě tak nějak rozhodnout

Komentář:

Otázka „Můj názor na sdělování diagnózy“ vznikla obsahovou analýzou a analytickým závorkováním u otázky na sdělování závažnosti diagnózy.

Respondenti, kteří odpověděli, se shodli, že pacient má znát diagnózu jako první. Informace má dostat postupně a pravdivě, má dostat možnost o sobě rozhodovat. Pacient rozhodne, kdo další bude informovaný o jeho stavu.

Tabulka 10 Má pacient právo vědět diagnózu?

Zda má pacient právo znát svoji diagnózu		Proč to má vědět (ve vztahu k rodině)	Osobní postoj pacienta ke smrti
Ano	4x	Pravdivě	Urovnat rodinné vztahy nebo spory
			Připravit se na smrt
			Chce se rozloučit
			Vyrovnat se se svým životem
			Nenechat rozhodování o sobě na rodině
			Dát si věci do pořádku
Jak kdo	3x	Každý to neunes a raději žije v nevědomosti	
			Raději žít v nevědomosti
			Věřit a doufat ve zlepšení
			Nevzdat život bez boje
			Srovnat si to všechno v hlavě

Komentář:

Čtyři respondenti odpověděli, že pacient má znát svoji diagnózu. Axiálně uvedený fakt souvisí s otázkou, zda sdělovat závažnost diagnózy. Ve vztahu k rodině chce pacient urovnat spory nebo vztahy, chce se rozloučit. Nechce, aby rodina o něm rozhodovala. Pacient chce ještě určité věci dát do pořádku. Tři respondenti upozornili, že se domníváme, že každý neunes pravdu o svém stavu, proto informovat pouze někoho. Takový člověk žije v nevědomosti, ale může doufat ve zlepšení. Otázkou zůstává, kdo může rozhodnout o tom, jaká bude reakce pacienta na sdělení diagnózy a zda pacient chce, abychom mu něco zamlčeli?

Tabulka 11 Zda bych já chtěla znát diagnózu

Ano	5x	Chci si ještě zařídit nějaké věci
		Chci se na smrt tak nějak připravit
		Nechci, aby rodina rozhodovala o mně beze mě
		Nechci, aby ostatní o mně rozhodovali
Nevím	2x	Chci si nechat naději a žít raději v nevědomosti, doufat ve zlepšení

Komentář:

Naprostá většina respondentů se shodla v tom, že by chtěli znát svoji diagnózu z několika důvodů. Stihnout zařídit určité věci, tak nějak se na smrt připravit a nenechat rozhodování o sobě na rodině.

Pouze dva respondenti si nejsou jistí, jestli by diagnózu znát chtěli. Určitým způsobem se pravdy bojí a tak raději žijí v nevědomosti. Mohou tak doufat ve zlepšení.

Na místě by bylo axiální srovnání odpovědí stejných respondentů, kteří zde odpověděli „nevím“, (mohli by doufat ve zlepšení), s odpověďmi, zda má pacient právo na sdělení diagnózy, (mohl by doufat ve zlepšení). V odpovědích byla shoda, takže lze předpokládat, že zdravotní pracovník si může svoje nejistoty z vlastní smrti projíkovat do pacienta.

Tabulka 12 Proč pacient požádá o urychlení smrti?

<i>Výchozí situace</i>		<i>Specifikace situace</i>
Když se pacient trápí, křičí bolestí	5x	Deptá je péče nebo velké bolesti
Když už je to umírání dlouhé	4x	
Má být odkázán na pomoc druhých	1x	
Nemůže se postarat o svoji rodinu	1x	Zabezpečit ji
Už nechce žít sám	1x	
Má zůstat po zbytek života na vozíčku	1x	
Už chtějí mít od všeho klid	1x	Od vyšetření, péče, veškerých monitorů
Jeho mozek už nefunguje jako dřív	1x	

Komentář:

Většina respondentů se shodla v tom, že pacient požádá o urychlení smrti proto, že se trápí a křičí bolestí. Není to pouze z důvodu silné bolesti, ale také z důvodu nepříjemné dlouhodobé a neustálé péče všech okolo. Z toho je vidět, že se člověk nachází v určité psychické a fyzické nepohodě.

Čtyři respondenti vidí žádost o urychlení smrti v dlouhém umírání. Co však považovat za dlouhé časové období pro pacienta? Jak poznat, jaké jsou pacientovy pocity?

Pouze jeden respondent ve své odpovědi upozornil na to, že umírající chtějí mít od všeho klid a nechtějí žít osamoceni. Dalším důvodem je neschopnost se postarat o svoji rodinu a být odkázán na pomoc druhých. Nepříjemným faktem pro umírající je strávit zbytek života na vozíčku nebo ve stavu zhoršené mozkové funkce.

Nejde ani tak o skutečnou potřebu ukončení života, ale o zajištění kvality života umírajícího: uspokojení potřeb, lidský přístup ošetřujícího personálu, plnohodnotný život a jeho smysluplnost do poslední chvíle.

Tabulka 13 Kde se více umírá – doma nebo v nemocnici?

<i>V nemocnici</i>	
<i>Postoj rodiny zemřelého</i>	<i>Společenské jevy</i>
Při špatném zdravotním stavu přiveze rodina umírajícího do nemocnice 5x	Lidé se smrti bojí 5x
Rodina si myslí, že bolesti budou díky lékům a péči snesitelnější 4x	Nejsme na umírání připraveni 1x
Rodina si myslí, že dnešní zdravotní péče zachrání téměř všechno 3x	
Rodina nechce nést za smrt zodpovědnost 2x	
Rodina se nechce na umírání dívat 2x	
Rodina nechce mít se smrtí nic společného 1x	
Rodina nechce být u té smrti 1x	

Komentář:

Všichni respondenti se shodli v tom, že v dnešní době se umírá převážně v nemocnici. Většina respondentů uvádí, že při zhoršení stavu pacienta ho rodina přiveze do nemocnice. Rodina si často myslí, že bolesti budou díky lékům a péči v nemocnici snesitelnější a že dnešní pokročilá zdravotní péče zachrání téměř všechno.

Dva respondenti ve své odpovědi poznamenali, že rodina se nechce na umírání dívat a nechce nést za smrt odpovědnost. V odpovědi jednoho respondenta padla také zmínka o tom, že rodina nechce být přímo u smrti a nechce mít se smrtí nic společného.

Na základě společenského jevu o umírání se většina respondentů shodla, že lidé se smrti bojí. Pouze jeden respondent upozornil, že nejsme na umírání připraveni.

Tabulka 14 Další zkušenost s umíráním.

<i>Výchozí situace</i>	<i>Specifikace situace</i>
Nepříjemné je, když je člověk ve službě sám, když někdo zemře	Je na tu smrt sám, sám se s tím musí vyrovnat, nemá si s kým o tom popovídat
Umírání pacienta v terminálním stavu	Strašně dlouho trvalo, než léčba začala působit, dlouho se pacient trápil
Smrt mé babičky přímo o mé službě 2x	Bylo to těžký, ale od té doby více soucítím s těmi pozůstalými
	Byla to pro ni rychlá, krásná smrt, byla jsem ráda, že nezemřela sama
Líbil se mi případ, kdy pacient mohl sám o sobě rozhodnout, o svém životě	Nikdo na něj netlačil a nechali ho rozhodnout, když obě varianty byly život ohrožující
Rodina byla s pacientem až do poslední chvíle	Pacient zemřel po boku své rodiny, umírání bylo lidské
Rodina stihla přijet a s umírajícím se rozloučit	Snadnější umírání pro toho člověka
Umírání mladých lidí	Jsou dlouho chodící a soběstační, mozek funguje normálně a oni nechápou, proč mají různé příznaky

Komentář:

Zde jsou popsány jednotlivé osobní zkušenosti sester spojené s umíráním, tak jak utkvěly sestřím v paměti. Některé situace je také více ovlivnily. Dvě sestry mluví o umírání své babičky, kterou měly na svém oddělení a byly s tou babičkou až do úplného konce, když zemřela. Smrt je sice poznamenala, ale také posunula dál.

Většina situací se týká rodiny, která byla u umírajícího až do poslední chvíle nebo kdy se rodina stihla ještě před smrtí s umírajícím rozloučit. Jako nepříjemnou situaci sestra uvedla umírání mladého člověka. Další nepříjemná zkušenost se týkala umírání o noční službě, když je zdravotní sestra na oddělení sama. Jako nepříjemnou situaci uvedla také jedna dotazovaná umírání pacienta v terminálním stádiu, u kterého trvalo dlouho, než začala působit léčba

bolesti. Líbila se mi zkušenost jedné sestry, která si pamatuje na případ pacienta, který mohl sám rozhodnout o svém životě a do ničeho nebyl netlačen. Obě možnosti, které měl, byly život ohrožující. On rozhodl a jeho přání se respektovalo.

Tabulka 15 Jaké je Tvé vyrovnávání se s umíráním?

<i>Zpočátku</i>	<i>Nyní</i>
Umírání jsem brala dost osobně	Beru smrt více profesionálně
Pocit, že to umírání nezvládnou	Lépe se s tím dnes vyrovnávám
Strach, co bude po smrti	Věřím, že po smrti něco bude
	Zapaluji svíčky a otvírám okno
	S postupem času si připadám taková otupělá

Komentář:

Zpočátku měly dotazované sestry z umírání strach. Nedovedly si představit, co se bude dít po smrti. Umírání braly poměrně dost osobně a někdy se jim zdálo, že to nezvládnou. S odstupem času už berou sestry smrt více profesionálně a s umíráním se lépe vyrovnávají. Věří v něco, co přijde po smrti. Některá sestra si už připadá dokonce otupěle. Je to její obranný mechanismus, aby u ní nedošlo k syndromu vyhoření nebo vlastním zdravotním či psychickým potížím.

Tabulka 16 Oporou při vyrovnávání se s umíráním mi je.

<i>Výchozí situace</i>		<i>Specifikace situace</i>
Rodina	4x	Jsem ráda, že je mám
Dobrá kolegyně	3x	Můžu si s ní popovídat o umírání
		Půjčila mi knížky s tematikou o smrti
Dobrý kolektiv	1x	Pomoc ve vyrovnávání se s úskalími téhle práce a to i s umíráním

Komentář:

Čtyři dotazovaní respondenti vidí hlavní oporu ve své rodině. Pomoc rodiny je sice dobrá, ale je laická a ne profesionální. To však neznamená, že musí být špatná.

Ve třech případech je oporou dobrá kolegyně, se kterou mohou otevřeně hovořit o umírání. Dokonce jedna dotazovaná sestra pracuje v dobrém kolektivu, který jí pomáhá při vyrovnávání se s umíráním. Pomoc od kolegyně nebo dokonce celého kolektivu je dobrá, ale stejně, jako v případě opory rodiny, není to pomoc profesionální.

Vyvstává zde otázka, kdo má pomoci zdravotníkům při vyrovnávání se s umíráním? Na kterého odborníka se mohou obrátit, aby předešli syndromu vyhoření?

Tabulka 17 Jak bys Ty chtěla zemřít?

Rychle a bez bolesti	5x
Rychle a ne zdlouhavě	5x
Nechtěla bych, aby se rodina kvůli mně trápila	5x
Nechtěla bych být odkázána pouze na přístroje a pomoc druhých	4x
Ve spánku	3x
Bez trápení	3x
Důstojně	2x
V nemocnici	2x
Nechtěla bych mít spoustu hadiček kolem sebe	2x
V kruhu rodiny	1x
Nechtěla bych podstoupit spoustu zbytečných vyšetření	1x
Chtěla bych zemřít hezká	1x

Komentář:

Vlastní smrt by si většina dotazovaných respondentů představovala jako rychlou a bezbolestnou smrt. Většina dotazovaných sester si nepřeje, aby se rodina kvůli nim trápila.

Čtyři dotazovaní respondenti nechtějí být odkázáni pouze na přístroje a pomoc druhých. Ve třech případech si přejí zemřít ve spánku a bez trápení. Proč dnešní člověk chce zemřít nevědomě a nechce vědomě projít všemi stádii umírání a na smrt se připravit?

Dva respondenti se zmínili o důstojné smrti a o tom, že nechtějí být obklopeni samými hadičkami. Také zde padla zmínka o tom, že by dvě sestry chtěly zemřít v nemocnici. A to i přesto, že mají vlastní zkušenosti s umíráním v nemocnici, jak takové umírání vypadá. Pouze jedna sestra by chtěla zemřít v kruhu rodiny. Padla zde také zmínka o tom, že nechtějí podstupovat, podle jejich názoru, spoustu zbytečných vyšetření. Dokonce jedna sestra uvedla,

že by chtěla zemřít „hezká“. V tomto případě si chce sestra uchovat svůj hezký vzhled, hezkou tvář a nechce připustit, aby umírání její tvář jakkoliv změnilo a zubožilo.

Tabulka 18 Přemýšlela jsi někdy o své smrti?

<i>Výchozí situace</i>		<i>Specifikace situace</i>
Ano, přemýšlela	4x	Díky téhle práci, kterou už roky dělám a často se setkávám se smrtí
		Svým ubíhajícími roky
Ne, nepřemýšlela	3x	Ne tak dlouhá praxe v oboru
		Ještě svůj poměrně nízký věk
		Beru to jako realitu

Komentář:

Čtyři dotazovaní respondenti odpověděli, že už někdy přemýšlejí o své smrti. Důvodem je především jejich práce, kde se s umíráním a se smrtí setkávají. Dalším důvodem je také fakt, že nikdo z nás nemládne.

Tři dotazovaní respondenti o této problematice ještě nepřemýšlejí. Důvodem je krátká praxe v oboru a jejich poměrně nízký věk. Zatím umírání berou jako realitu, která k životu patří, ale jinak o tom nepřemýšlejí.

Tabulka 19 Co Tě přimělo k téhle práci?

<i>Výchozí situace</i>		<i>Specifikace situace</i>
Chtít se o někoho starat	3x	Být prospěšná
Pracovat s lidmi	3x	Pomáhat jim, být užitečná
Zpočátku to bylo přání rodičů	1x	Nyní jsem spokojená a mám tuhle práci ráda

Komentář:

Tři dotazovaní respondenti odpověděli, že motivací pro vykonávání této práce byla jejich touha se o někoho starat, o někoho pečovat. Další tři respondenti se shodli v tom, že chtěli pracovat s lidmi. Pouze jedna dotazovaná sestra přiznala, že to bylo původně přání rodičů. Dneska je ráda, že je poslechla. Práce jí moc baví.

Tabulka 20 Co je motivující pro tuto práci?

<i>Výchozí situace</i>	<i>Specifikace situace</i>
Pacienti poděkují a jsou vděční, že je jim lépe 4x	Mnohdy vidíme tu změnu k lepšímu
Dobrý kolektiv 2x	Lépe se pak pracuje a lépe se člověk vyrovná s umíráním
Doktoři dokážou také poděkovat 1x	Dobrá spolupráce je důležitá

Komentář:

Většina respondentů odpověděla, že hlavním motivem jsou pacienti. Oni jsou vděční, že jim pomůžeme, že jim je lépe.

Dva respondenti vidí motivaci v dobrém kolektivu. Ten je důležitý pro příjemnou pracovní atmosféru.

Padla také zmínka o tom, že motivem může být i lékař, který dokáže poděkovat, když s ním něco děláme, lépe se pak s nimi pracuje. A dobrá spolupráce je velice důležitá.

Tabulka 21 Jak se chováte k příbuzným umírajících pacientů?

<i>Výchozí situace</i>		<i>Specifikace situace</i>
Vyjít jim maximálně vstříc	7x	Neomezenost návštěv
		V případě zhoršení zdravotního stavu pacienta rodině hned zavolat
Dostatečná komunikace s rodinou	4x	Aby se nebáli přijít a zeptat se
Nejprve rodinu seznámit se situací	3x	Předejít zděšení, když je pacient ve špatném stavu a má kolem sebe spoustu hadiček a přístrojů
Chápat různé reakce rodiny	2x	Pochopit i hysterické reakce rodiny
Jednat s nimi laskavě a soucitně	1x	Tak nějak se vžít do jejich situace
Pokorně a vstřícně	1x	Pomoci jim, když si s něčím nevědí rady

Komentář:

Všichni respondenti se shodli v tom, že nejdůležitější je, vyjít rodině maximálně vstříc. Hlavním předpokladem je umožnit jim neomezené návštěvy u umírajícího. V případě zhoršení zdravotního stavu pacienta ihned informovat rodinu.

Čtyři respondenti se shodli, že je důležitá dostatečná komunikace s rodinou. Rodinné příslušníky musíme ujist'ovat, aby se v případě nejasností nebáli přijít a zeptat se.

Tři respondenti nejprve seznamují rodinu se situací pacienta, který je obklopen spoustou přístrojů a hadiček. Chtějí tak předejít zděšení rodiny.

Dva respondenti zmínili, že je důležité chápat různé reakce rodiny. Někdy se rodina chová i hystericky. Musíme to chápat. Ani pro ně to není snadné, když jim někdo blízký umírá.

Padla také zmínka, aby se s rodinou jednalo laskavě a soucitně, pokorně a vstřícně. Musíme se umět vžít do situace rodiny. Pomoci jim, když by si nevěděli s něčím rady.

Ačkoli dříve padla zmínka, že při jednání s pozůstalými cítí sestry rozpaky, v odpovědích na otázku ohledně jednání s příbuznými se ukazuje, že sestry intuitivně vědí, co mají dělat a jak se v dané situaci chovat. Empaticky cítí, co rodina zemřelého potřebuje.

Tabulka 22 Jak u Vás probíhá sdělení o úmrtí příbuzným zemřelého a následná péče o ně?

<i>Výchozí situace</i>	<i>Specifikace situace</i>
Lékař telefonicky 7x	Sdělí, jak pacient zemřel 6x
	Popřeje upřímnou soustrast 5x
	Zda neměl bolesti a netrápil se 5x
	Aby se příbuzní zastavili pro pozůstalost 4x

Komentář:

Rodinu o úmrtí pacienta informuje výhradně lékař. Když rodina není v době smrti na oddělení, tak lékař rodinu informuje telefonicky. Lékař rodině popřeje upřímnou soustrast a sdělí jim, jak pacient zemřel. Že se pacient netrápil a neměl bolesti. Rodina to potřebuje vědět. Vnese jim to klid, že jejich blízký netrpěl a netrápil se, že v klidu zemřel. Lékař ještě na závěr řekne pozůstalým, že se můžou kdykoliv zastavit pro pozůstalostní věci a pro informace, co dál zařídit.

Tabulka 23 Vyzvedávání pozůstalosti.

<i>Výchozí situace</i>	<i>Specifikace situace</i>
Je dobré, když nepříjde člověk pro pozůstalost sám 3x	Opora navzájem
Předávání pozůstalosti i v písemné formě 2x	Člověk se vždycky zcela nesoustředí na veškeré informace, takhle si to může opakovaně přečíst
Dát kontakt na odbornou pomoc v případě potřeby 2x	Pro lepší vyrovnání se ztrátou člena rodiny

Komentář:

Uvedený fakt souvisí axiálně s otázkou „Jak u Vás probíhá sdělení o úmrtí příbuzným a následná péče o ně?“ Tři respondenti se shodli, že je dobré, když si pro pozůstalost nepřijde člověk sám. Mohou si tak navzájem poskytnout oporu. Nedochozí pak k psychickému zhroucení. Dva respondenti uvedli, že je dobré předávat pozůstalost i v písemné formě. Člověk není vždycky zcela soustředěný a spoustu informací ani neposlouchá. Takhle si může informace dodatečně znovu přečíst. Padla také zmínka dvou respondentů na předávání kontaktu na odbornou pomoc v případě potřeby. Pozůstalá rodina by se tak mohla vyrovnat lépe se ztrátou svého blízkého.

Tabulka 24 Zda chce rodina vidět zemřelého.

<i>Výchozí situace „Zemřelý“</i>		<i>Specifikace situace</i>
Ano	6x	V méně případech, naříkají a pláčou
Ne	4x	Zachovat si toho umírajícího takového, jaký byl zaživa, který je nyní svlečený a zabalený jenom v prostěradle

Komentář:

Většina respondentů se shodla v tom, že pouze občas se stává, že rodina chce vidět toho zemřelého. Rodina pak nad tím zemřelým pláče a naříká. Čtyři respondenti se shodli, že rodina nechce po smrti vidět svého blízkého. Chtějí si ho zachovat ve svých vzpomínkách takového, jaký byl zaživa.

Tabulka 25 Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět?

<i>Výchozí situace „Umírání“</i>	<i>Specifikace situace</i>
Ano 7x	Stále je dost případů, kdy se rodina chce rozloučit s tím svým umírajícím člověkem
	Chtějí s ním být do okamžiku smrti, protože pak ta rodina cítí zadostiučinění
Ne 2x	Zachovat si toho umírajícího takového, jaký byl zaživa
	Někdy dokonce na tu smrt čekají kvůli svému prospěchu

Komentář:

Všichni dotazovaní respondenti se shodli, že příbuzní chtějí být s umírajícím v době smrti. Chtějí se s ním rozloučit. Mají pocit zadostiučinění, že umírající nebyl na smrt sám, že nezemřel osamocen. Z toho dva respondenti uvedli i opačnou zkušenost. Rodina si v tomto případě chce zachovat toho svého umírajícího takového, jaký byl zaživa. Občas se i stane, že ta rodina na smrt svého blízkého dokonce čeká.

Tabulka 26 Jak u Vás probíhá samotná péče o mrtvé tělo?

<i>Výchozí situace</i>	<i>Specifikace situace</i>
Ošetření zemřelého 7x	Odstranění všech hadiček, zkontrolovat dutinu ústní, podle potřeby omýt, popsat
	Svléknout
	Nechat dvě hodiny na oddělení
Ošetření přímo na pokoji 6x	Nepříjemný pro ostatní pacienty (psychické zhoršení)
	Nepříjemný pro návštěvy pacientů
	Nepříjemný pro nás

Komentář:

Naprostá většina respondentů se shodla, že ošetření zemřelého probíhá přímo na pokoji. Je to nepříjemný pro ostatní pacienty, pro návštěvy pacientů, ale také pro ošetřující personál. Důvody, proč je ošetření zemřelého pro sestry nepříjemné, respondenti nspecifikovali. Zjištění důvodů by mohlo být předmětem dalšího výzkumného šetření – zejména v oblasti kvalitativního přístupu. Po smrti musí sestry zemřelého svléknout, odstranit veškeré hadičky, podle potřeby i omýt, zkontrolovat dutinu ústní, dát do polohy na zádech a popsat na stehno. Pak se zemřelý zabalí do čistého prostěradla a nechá se dvě hodiny ležet na pokoji, než se přeloží na oddělení patologie.

Pokoj není určitě tím nejlepším řešením vzhledem k ostatním pacientům, ale není jiné místo, kde by na oddělení ten zemřelý mohl ležet. Otázkou zůstává, co s tím udělat? Tato otázka axiálně souvisí s otázkou „Co Ty sama bys změnila v péči o umírající pacienty?“.

Tabulka 27 Rozdíly v péči o zemřelé.

<i>JIP</i>	<i>Standardní interní oddělení</i>
Člověk není nikdy sám a má možnost si s někým promluvit, o někoho se opřít 2x	O noční službě je člověk na to umírání sám, může mít z toho špatný pocit 1x

Komentář:

Zásadní význam je v péči o umírající a zemřelé na interním oddělení a oddělení JIP. Na oddělení JIP není sestra na péči o umírající a zemřelé nikdy sama. Na interním oddělení většinou o noční službě sestra slouží sama a při umírání nebo smrti pacienta je tu sama. Nemá si s kým o smrti popovídat a může z toho mít špatný dojem. Je to pro ni velká psychická, ale i fyzická zátěž.

6. DISKUZE

Na začátku svého výzkumného projektu jsem si stanovila tři cíle:

- 1) Na základě individuálních rozhovorů dospět k novým zjištěním, která se v dosavadních dotazníkových šetřeních nevyskytují.
- 2) Zjistit, jak setkání s umírajícím pacientem a se smrtí ovlivňuje profesní a osobní život zdravotních sester.
- 3) Na základě zjištění předložit návrh opatření a doporučení pro zdravotní sestry v rámci ošetrovatelské péče.

Na základě výzkumných cílů a pilotního rozhovoru jsem vytvořila výzkumné otázky. Dané otázky tvořily základ struktury interview. Odpovědi na zadávané otázky zároveň sledují splnění jednotlivých zadaných cílů.

6.1 Výzkumný cíl 1

Na základě individuálních rozhovorů dospět k novým zjištěním, která se v dosavadních dotazníkových šetřeních nevyskytují

Výzkumné otázky:

Jaký je způsob péče o umírající pacienty na nemocničních odděleních? Jak to na odděleních chodí? Neprodlužuje se utrpení pacientů? Co je zdravotním sestram nepříjemné při ošetrování umírajícího pacienta? Jak se zdravotní sestry chovají k příbuzným umírajícího? Jak probíhá sdělení o úmrtí a následná péče o pozůstalé? Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět? Jaký je způsob péče o mrtvé tělo? Jak na odděleních probíhá péče o zemřelého? Co musí zdravotní sestry dodržovat? Jak to na ně působí? Zda chce rodina vidět zemřelého? Jaký je rozdíl v péči o zemřelé?

Na otázku „**Jak to na Vašem oddělení chodí v rámci péče o umírající pacienty?**“, respondenti odpovídali, že je důležité zemřít důstojně a dokonce jeden dotazovaný zmínil, že je důležité potlačit strach u umírajících. Z uvedeného zjištění vyplývá, jak málo pozornosti je věnováno emocionálnímu prožívání umírajících. Podle mého názoru je důležité, aby se u umírajících pacientů potlačil strach ze smrti. Jinak bude pro takového člověka umírání velice náročné, hlavně po psychické stránce. Nezapomínejme na to, že každý člověk je jedinečnou, neopakovatelnou bytostí. Každému bychom měli vždycky dopřát co nejdůstojnější umírání, a to nejen po stránce zajištění péče a sociálních podmínek, ale také z hlediska subjektivního prožívání umírajícího.

Na otázku „**Prodlužuje se na Vašem oddělení trápení a umírání pacientů?**“, naprostá většina respondentů se shodla, že se podle nich občas trápení a umírání pacientů prodlužuje. Nikdo z nás nemůže s jistotou říct, kde je ta hranice, aby člověk už nebyl poslán na různá vyšetření, nedostával všemožnou lékařskou péči s mnoha hadičkami a přístroji kolem sebe. Vždycky musíme doufat alespoň v nepatrnou naději, věřit v nějaký zázrak. Také lékař je povinen bojovat o každý lidský život až do konce. Když smrt nastane, většina lékařů to považuje za svoji prohru. Podle mého názoru záleží na rozhodnutí lékaře, jak se postaví k léčbě o umírající pacienty. Lékař by měl být natolik empatický, aby sám uznal, co je pro daného člověka důležité a nezbytné, a co už je spíše trápením.

Na otázku „**Zda chce rodina vidět zemřelého**“ většina respondentů odpověděla, že se to stává v málo případech. Ta rodina pak nad zemřelým často nařiká a pláče. To jsou často projevy, kterých se jako zdravotníci bojíme a nevíme, jak se zachovat. Je to ale normální reakce rodiny na ztrátu blízkého člena rodiny. Otázkou zůstává, kdo na to má připravit personál, zda zavést semináře typu „Jak se chovat v krizových situacích“ nebo nějaké celoživotní vzdělávání na různé situace spojené s umíráním a se smrtí.

Na otázku „**Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem, nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět?**“ padla zmínka, že rodina chce být s umírajícím až do okamžiku smrti, protože pak ta rodina cítí zadostiučinění. Otázkou zůstává, za jakých podmínek rodina chce být s umírajícím? Zda a proč chtějí být s umírajícím doma nebo v nemocnici? Mohlo by to být předmětem dalšího výzkumného (kvalitativního) šetření. Kdo by měl vést v daném směru rodinu? Kterých odborníků by se to mělo týkat?

Na otázku „Jak u Vás probíhá samotná péče o mrtvé tělo?“ Z etického hlediska je nepříjemné, že se zemřelý musí svléknout a nechat dvě hodiny na oddělení. Otázkou zůstává, kde by se mělo provést ošetření zemřelého a kde by pak měl zemřelý zůstat ležet, aby to bylo v naprosté důstojnosti, než se přeloží na oddělení patologie.

Na otázku „**Rozdíly v péči o zemřelé**“ se respondenti shodli, že pro sestry pracující na interním oddělení je nepříjemné, když noční službu musí vykonávat samy, (tj. pouze jedna sestra na oddělení). Když pak dojde k úmrtí pacienta, cítí se tváří v tvář smrti osamoceně. To by se dalo vyřešit personálními změnami, kdyby došlo k rozšíření počtu sester na noční směně.

6.2 Výzkumný cíl 2

Zjistit, jak setkání s umírajícím pacientem a se smrtí ovlivňuje profesní a osobní život zdravotních sester

Výzkumné otázky:

Co Ti je nepříjemné při komunikaci s umírajícími pacienty? Co Ti je nepříjemné při ošetřování umírajících? Jak se Vy osobně vyrovnáváte s umíráním? Zda bych já chtěla znát diagnózu? Jaké je Tvé vyrovnávání se s umíráním? Kdo nebo co sestřám poskytuje další sílu a energii k výkonu jejich práce, kde se téměř každý den setkávají se smrtí? Jakým způsobem a kde byste chtěla Vy sama jednou zemřít? Zda sestry přemýšlí o své vlastní smrti? Setkala se zdravotní sestra se smrtí někoho blízkého? Co Tě přimělo k téhle práci?

Na otázku „**Co Ti je nepříjemné při komunikaci s umírajícími pacienty?**“ většina respondentů odpověděla, že jsou to situace, kdy mají mluvit s pacientem o smrti, když už je smrt nablízku.

Myslím si, že mluvit o smrti je velice těžké jak pro laickou veřejnost, tak i pro zdravotníky. Je to téma, které je velice bolestivé a zraňující a většinou nevíme, jak se s umíráním vyrovnat, natož o tom mluvit. Zde vyvstává otázka, kdo by měl zdravotní sestry

proškolit? Školení by se mělo týkat otázek umírání, aby se v situaci hovoru o smrti necítily sestry tak nepříjemně, aby zdravotní personál dovedl o smrti s pacientem otevřeně hovořit.

V souvislosti s otázkou „**Co ti je nepříjemné při ošetřování umírajících?**“ většina respondentů referovala o ošetřování mladého umírajícího člověka. Myslím si, že úmrtí mladého člověka je pro každého nepříjemné, protože se to neslučuje s obecným vnímáním koloběhu života. Téma smrti mladého člověka se neslučuje s pojetím mládí. Takový člověk toho nemá ještě tolik prožitého, očekáváme jeho životní perspektivu a vývoj, nikoli konec. Nejsme na to připraveni. Prožíváme to jako něco nepřípustného. Děsíme se toho, vždycky nás to určitým způsobem poznamená, nedá se na to jen tak zapomenout.

Nepříjemné je také úmrtí o noční službě, když je sestra na oddělení sama. Na standardních interních odděleních je o noční službě většinou na oddělení jedna sestra. Nemá si s kým promluvit, když pacient zemře. Někdy se pak na tom oddělení i trochu bojí, než se ten zemřelý odveze na oddělení patologie.

Zaujalo mě mimo jiné, proč jedna respondentka odpověděla, že jí je nepříjemné sbalit věci po zemřelém. Specifikovala to tak, že si je ten dotyčný balil do nemocnice s nadějí, že mu pomůžeme, že mu bude zase lépe. Jako by bylo očekávání pacienta zraženo.

Na otázku „**Zda bych já chtěla znát diagnózu?**“ naprostá většina respondentů odpověděla, že ano. Já osobně bych to určitě také vědět chtěla. Chtěla bych mít čas na to, abych se mohla se svojí rodinou, s lidmi, které mám ráda, rozloučit. Také bych chtěla ještě určité věci zařídit a udělat, vědět, že bude o děti dobře postaráno. Stihnout zažít něco, o čem jsem dlouho snila. Pak bych mohla odejít smířená a klidná. Obdobné potřeby může mít každý člověk. V souvislosti s vlastním umíráním bude sdělení diagnózy samozřejmě provázeno různými a četnými emocionálními prožitky. Přesto je potřeba respektovat uvedené potřeby a pamatovat na to z hlediska etiky sdělování diagnózy a etiky umírání vůbec.

Na otázku „**Jaké je Tvé vyrovnávání se s umíráním?**“ se dotazovaní respondenti shodli v názoru, že jiné to bylo na začátku profesní dráhy a jiné dnes, s odstupem času. První setkání se smrtí je opravdu těžké, člověk na to není připravený. Neví, jak se má chovat a jak se s tím vyrovnat. S postupem času to člověk bere jako součást života a dokáže se s tím lépe vyrovnat. Jinak by tuhle práci ani dělat nemohl.

Když na otázku „**Přemýšlela jsi někdy o své smrti?**“ odpověděli respondenti ano, byly hlavními důvody delší praxe v oboru a přibývající vlastní roky. Respondenti, kteří odpověděli ne, o tom naopak ještě nepřemýšleli. Nepracují s umírajícími tak dlouho a sami se cítí poměrně mladí. Já si osobně myslím, že nezáleží na věku. Zkušenost vidět někoho umírat podle mě nejspíš u každého vyvolá úvahu: „Ano, tak takhle bych taky jednou chtěla zemřít“ nebo naopak.

Na otázku „**Co Tě přimělo k téhle práci?**“ většina respondentů odpověděla, že chtěli pracovat s lidmi, chtěli se o někoho starat. Jsem velice ráda, že se ani v jedné odpovědi nevyskytl názor, že to dělají pouze z nutnosti.

6.3 Výzkumný cíl 3

Na základě zjištění předložit návrh opatření a doporučení pro zdravotní sestry v rámci ošetrovatelské péče

Výzkumné otázky:

Co si zdravotní sestry myslí, že by se dalo změnit v péči o umírající na nemocničních odděleních? Zda sdělovat závažnost stavu? Proč pacient požádá o urychlení stavu? Kde se více umírá - doma nebo v nemocnici?

Na otázku „**Co Ty sama bys změnila v péči o umírající pacienty?**“ se všichni respondenti shodli v zavedení malých pokojíků pro umírající. Podle mého názoru je výborné, že myslíme v první řadě na umírajícího člověka, pro kterého bychom chtěli zřídit malé pokoje. Trochu se bojím toho, aby to nevyznělo tak, že je chceme někam schovat, izolovat od normálního života. Když je s rodinou, nebo potřebuje klid, tehdy by měl samostatný pokojík svůj smysl. Obdobou segregace je umístování bílých zástěn, na které poukázali tři respondenti. Vadí jim to. Bílé zástěny mají oddělit na pokoji umírající pacienty od ostatních nemocných. Podle mého názoru tyto zástěny fungují spíše ve smyslu schovat umírajícího, aby

se na něj ostatní nekoukali. Také nemůžeme s jistotou říct, jestli člověk vnímá své okolí nebo ne.

Čtyři respondenti se shodli v zavedení pokojů také pro zemřelé pacienty. Pokoje pro již zemřelé pacienty by byly určitě potřeba všude tam, kde se často setkáváme se smrtí. Vyřešil by se hlavně problém, že zemřelí by nemuseli zůstat ležet ještě dvě hodiny přímo na pokoji, než se přeloží na oddělení patologie. Vnímám to jako neetické vzhledem k samotnému zemřelému, ale i vůči ostatním pacientům, kteří jsou na jednom pokoji se zemřelým. U některých pacientů v této souvislosti dochází často k psychickému zhoršení stavu.

Pouze v odpovědi jednoho respondenta se vyskytla zmínka o tom, že mu vadí lhostejnost a přehlížení vůči umírajícím. Je pravda, že v dnešní době se snažíme umírání a smrt spíše přehlížet, abychom tím ochránili sami sebe. Na umírání nejsme připraveni a tak se to snažíme vytěsnit do té doby, než se nás to osobně dotýká.

Jeden respondent se vyjádřil, že není dobré nabízet duchovní podporu hned při příjmu pacienta. Měl na mysli, aby to ze strany pacienta nevyznělo tak, že už je smrt nablízku. Podle mého názoru by se hned při příjmu pacienta neměl pokládat dotaz na duchovní podporu jako něco zvláštního. Otázkou zůstává, jak duchovní podporu nabízet. Pacient by měl být o této službě informován. Není obvyklou na všech nemocničních odděleních. Nabídka duchovní pomoci by měla být zmíněna v rámci všech obecně zmiňovaných služeb poskytovaných na oddělení.

Padla také zmínka na zavedení lůžka i pro člena rodiny umírajícího pacienta. Mít na pokoji také lůžko pro člena rodiny, který u umírajícího tráví spoustu času, je určitě užitečný nápad. Pro rodinu umírajícího je toto období dosti obtížné. Zavedením lůžka by bylo možné jim trochu ulehčit. Nemuseli by pořád cestovat do nemocnice a domů. Mohli by zůstat v nemocnici, mohli by si odpočinout a načerpat nové síly.

Na otázku „**Sdělování závažné diagnózy**“ se někteří respondenti shodli v názoru, že rodina je mnohdy informována více než samotný pacient. Podle mého názoru by každý člověk měl jako první a pravdivě vědět, jak to s ním ve skutečnosti po zdravotní stránce vypadá. Pacient sám by pak rozhodl, jestli chce, aby to někdo další z rodiny také věděl. K danému tématu jsem se již částečně vyjádřila v souvislosti s otázkou „Zda bych já chtěla znát

diagnózu“. Nelíbí se mi to, že rodina toho mnohdy ví víc než samotný pacient. Pacient je pak ponechán v nevědomosti, ostatní jednají o něm bez něho. Nelze prý poznat, kdo pravdu unese a kdo ji neunese. Vždycky je reakce na sdělení závažnosti stavu nevyzpytatelná a asi nikdy ne zcela příjemná, ale s tím musíme počítat. Bylo by spíše v nepořádku, kdyby tomu tak nebylo, kdyby pacient neprojevil žádné emoce. Jiná je situace, když si pacient sám přeje, abychom mu o jeho zdravotním stavu raději všechno neříkali. To je jeho rozhodnutí a musíme ho respektovat.

Na otázku „**Proč pacient požádá o urychlení smrti?**“ většina respondentů odpověděla, že je to tehdy, když pacientovi připadá umírání dlouhé. Otázkou zůstává, co je podle pacienta považováno za dlouhé umírání. Dlouhý může být týden, měsíc, ale třeba i den, když pacient cítí bolesti, nebo se cítí přehlížený a ponížený. Způsob ošetřování ovlivní, zda se bude cítit více jako věc než jako lidská bytost.

Většina respondentů také poukázala na téma bolesti, jako na samostatné téma. Pacient požádá o urychlení smrti, když se trápí, křičí bolestí. Pacient se může trápit velkými bolestmi, protože většinou nemá dostatečně zajištěné podmínky pro tlumení bolesti. Je to otázka celkového zajištění, aby se cítil v psychické a fyzické pohodě. Argument bolestivého utrpení pacienta bývá často používán na obhajobu euthanasie. Ukazuje se však, že pacient pouze potřebuje zajistit dostatečné podmínky pro ulehčení stavu, zmírnění bolestí. Na druhé straně často dochází k situaci, kdy se pacient zachraňuje za každou cenu, resuscituje se, když už by mohl v klidu zemřít. Otázka pasivní euthanasie by však byla předmětem celé samostatné písemné práce.

Na otázku „**Vyzvedávání pozůstalosti**“ padla zmínka o předávání pozůstalosti také v písemné formě. Myslím si, že by se to mělo dělat všude. Člověk, který si přijde pro pozůstalost, není tak koncentrovaný, aby si všechny informace zapamatoval, a tak by si je mohl opakovaně přečíst.

Také padl návrh na předávání kontaktu na odbornou pomoc v případě potřeby. Podle mého názoru je důležité o této službě rodinu informovat. Určitě to mnohdy rodinným příslušníkům může hodně pomoci. Mají tak možnost obrátit se na někoho, s kým si mohou o svých pocitech promluvit.

Na otázku „**Kde se více umírá – doma nebo v nemocnici?**“ se všichni dotazovaní respondenti shodli, že v nemocnici. Podle mého názoru na umírání a smrt není dnešní společnost ani rodina nijak připravena. Proto nevíme, jak se máme v blízkosti umírajícího chovat, jak s ním mluvit a jak se o něj postarat. Umírání na (neonkologických) odděleních v nemocnicích se řeší laicky, svépomocně, intuitivně – nikoli profesionálně. Přitom rodina přenechává umírajícího pacienta v nemocnici s důvěrou, že bude o něj profesionálně postaráno. Otázkou zůstává, kdo by to nás (zdravotnický personál) měl naučit. Možná bychom měli začít jednat s pojišťovnami o zavedení „thanatoterapeutů“. Pak bychom se nemuseli bát toho, že nám někdo blízký bude umírat doma a že si s tím nebudeme vědět rady. Do rodin, kde si přejí ponechat umírajícího pacienta, ale netroufají si z důvodu profesionality, by mohli docházet společně zdravotní sestra s thanatoterapeutem.

V této souvislosti samozřejmě vyvstává potřeba tréninku personálu v oblasti péče o umírající. Péči lze zlepšit, jestliže bude personál lépe školený nebo metodicky vedený. Stálo by za to, zamyslet se nad tím, kdo by měl zdravotní sestry školit? Co by mělo školení tohoto druhu zahrnovat?

Personál si potřebuje také s někým promluvit o obtížích v souvislosti s péčí o umírající a o zkušenosti se smrtí pacientů. Poskytnutí takové podpory personálu by již nebylo předmětem školení, ale nejspíš supervizí, balintovských skupin či týmového sdílení.

6.4 Shrnutí

Na jednotlivé výzkumné otázky se v tomto výzkumu podařilo získat odpovědi od respondentů v dostatečném rozsahu. Je to patrné z odpovědí dosazených do příslušných tabulek podle četnosti výskytu u jednotlivých výzkumných otázek.

Výzkumný cíl 1: Na základě individuálních rozhovorů dospět k novým zjištěním, která se v dosavadních dotazníkových šetřeních nevyskytují.

Na otázky ohledně péče o umírající a zemřelé se v odpovědích dotazovaní respondenti většinou shodli, že je důležité, aby umírání bylo důstojné, došlo k potlačení bolesti a dopřát umírajícím neomezený kontakt s rodinou. Léčba bolesti je jistě prioritní, když se po kurativní stránce nedá už nic dělat.

Také se zde dotazovaní zabývají péčí o zemřelé v souvislosti s tím, že nejsou prostory, kde by mohli umírající v klidu zemřít a posléze být ošetřeni a setrvat do té doby, než se převezou na oddělení patologie. S nedostatečným prostorovým zajištěním pro umírající a zemřelé se určitě potýkáme v mnoha případech.

Všechny sestry se shodly v názoru, že se podle nich občas trápení a umírání opravdu prodlužuje. Toto je také často diskutované téma. Lékař však musí jednat podle pravidel lege artis.

Myslím si, že je dobře, že chce být rodina s umírajícím až do okamžiku smrti, aby neumíral osamocen. Také je pochopitelné sdělení, že pouze málo rodinných příslušníků chce vidět zemřelého po smrti. Důvody vnímám v tom, že si ho chtějí zapamatovat takového, jaký byl dříve, když ještě žil.

Také zde padly názory na rozdíl péče o umírající na interním oddělení a oddělení JIP. Na interním oddělení slouží sestry o noční službě samy, což je náročné na péči o umírající a zemřelé, hlavně po psychické, ale také fyzické stránce. Mělo by se myslet na posílení nočních služeb, aby se tomuto problému předešlo.

Výzkumný cíl č. 1 byl splněn.

Výzkumný cíl 2: Zjistit, jak setkání s umírajícím pacientem a se smrtí ovlivňuje profesní a osobní život zdravotních sester.

Sestrám je při komunikaci a ošetřování umírajících nepříjemné to, když se chtějí umírající bavit o smrti. Zvláště nepříjemné je ošetřování mladého umírajícího člověka. Je to psychicky zatěžující, neslučuje se to s obecným vnímáním života.

Vyrovňávání se se smrtí je lepší s odstupem času, když už sestry o umírání více vědí a umí se s tím lépe vyrovnat.

Většina sester chce být pravdivě informována o svém zdravotním stavu. Vnímám to jako pozitivní. Některé sestry o své smrti přemýšlejí, je to dáno spíše délkou práce v oboru a také jejich vlastním věkem. Nikdo z nás zkrátka nemládne a nemůže zastavit čas. Většina

sester vykonává tuto práci z důvodu, že chtěli vždycky pracovat s lidmi, o někoho se starat. Je důležité, aby tuto práci člověk dělal rád.

Výzkumný cíl číslo dvě byl splněn.

Výzkumný cíl 3: Na základě zjištění předložit návrh opatření a doporučení pro zdravotní sestry v rámci ošetrovatelské péče.

V odpovědích se často vyskytl názor na zavedení malých pokojků jak pro umírající, tak pro zemřelé a zavést také lůžko pro člena rodiny, který je touto situací také značně zasažen.

Každý pacient by měl být pravdivě informován o svém stavu, aby rozhodl, co bude dál, koho chce ještě vidět a jaké věci chce ještě zařídit, než zemře. K tomu je však potřeba připravit také personál, aby byl schopen profesionálně sdělovat tento druh informace.

Pacient většinou požádá o urychlení smrti, když se cítí v psychické a fyzické nepohodě. Je potřeba pamatovat na ulehčení stavu pacienta, mírnění bolesti a zajištění fyzické a psychické pohody.

V dnešní době se většinou umírá v nemocnici, protože nejsme dneska na smrt připraveni a nevíme, jak se v takové situaci máme chovat. Řešením je zavedení školení a průprava personálu na umírání pacientů. Zajištění odborného personálu – thanatoterapeutů. Zprostředkování supervizí nebo balintovských skupin pro vzájemné sdílení zkušenosti s umíráním a se smrtí u zdravotnického personálu.

Pozůstalost bychom měli předávat také v písemné formě a předávat zároveň také kontakt na profesionální podporu, což by rodině v mnohém ulehčilo vyrovnat se s úmrtím svého blízkého.

Výzkumný cíl číslo tři byl splněn.

7. ZÁVĚR

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila „Vliv umírání a smrti na profesi zdravotní sestry“. Chtěla jsem zjistit, jak tato psychicky a fyzicky náročná práce ovlivňuje osobní a profesní život sester. Jak se sestry vyrovnávají s umíráním a se smrtí, a co by chtěly v péči o umírající pacienty změnit.

Na základě kvalitativního výzkumu jsem provedla jeden pilotní rozhovor a sedm výzkumných rozhovorů se sestrami pracujícími na interním oddělení a na oddělení JIP.

Otázka ohledně umírání a smrti se stále potýká s mnoha problémy. Ošetrovatelský personál není v žádném případě dostatečně připraven na to, aby se téměř denně setkával s umíráním a se smrtí. Otázkou zůstává, kdo na to má připravit personál, zda zavést semináře „Jak se chovat v krizových situacích“ nebo nějaké celoživotní vzdělávání na různé situace spojené s umíráním a se smrtí. Vystává potřeba tréninku personálu v oblasti péče o umírající. Péči lze zlepšit, jestliže bude personál lépe školený nebo metodicky vedený. Personál by měl mít také možnost s někým si promluvit o obtížích v souvislosti s péčí o umírající a o zkušenosti se smrtí pacientů. Poskytnutí takové podpory personálu by již nebylo předmětem školení, ale nejspíš supervizí, balintovských skupin či týmového sdílení.

Rodina často neví, jak se k umírajícímu má chovat, o čem s ním mají mluvit. Mnohdy se cítí v této situaci dosti nejistě. Otázkou zůstává, kdo by měl vést v daném směru rodinu? Kterých odborníků by se to mělo týkat? Mělo by se začít jednat s pojišťovkami o zavedení „thanatoterapeutů“.

Ošetření zemřelého se většinou provádí přímo na pokoji, mezi ostatními pacienty. Zde také zemřelý zůstává ležet ještě následující dvě hodiny, než se přeloží na oddělení patologie. Otázkou zůstává, kde by se mělo provést ošetření zemřelého a kde by pak měl zemřelý zůstat ležet, než se odveze na patologii. Vyřešilo by to zavedení pokojů pro zemřelé.

Také se zde setkáváme s tím, že zatímco na oddělení JIP nejsou nikdy sestry zcela samy, tak na interním oddělení jsou sestry o noční službě většinou samy, jsou samy na umírání a i na smrt. To by se dalo vyřešit personálními změnami, kdyby došlo k rozšíření počtu sester na noční směně.

Zdravotní sestry se obávají otázek týkajících se umírání a smrti, protože nevědí, jak se v takové situaci mají zachovat, co na to mají říct. Kdo by měl zdravotní sestry proškolit? Školení by se mělo týkat otázek umírání, aby nebyly tak nepříjemné, aby zdravotní personál dovedl o smrti s pacientem otevřeně hovořit.

Často umírající musejí ležet na pokojích, kde je více pacientů a nemají klid na umírání, ani na návštěvy svých blízkých, se kterými se chtějí rozloučit. Většina sester by chtěla zavést malé pokojíky pro umírající, kde by měl umírající klid sám na sebe a na svoje časté návštěvy. Bylo by dobré na těchto pokojích zavést také lůžko i pro člena rodiny umírajícího pacienta, protože ani pro rodinu umírajícího není tato situace vůbec snadná.

Často se také stává, že umírající přehlízíme. Většinou tím člověk chrání sám sebe nebo neví, jak se v takové situaci chovat. Myslím si, že by se tomu dalo zabránit, kdyby dnešní společnost byla na umírání a smrt více připravena. Kdyby toto téma nebylo tolik tabuizováno. Otázkou zůstává, jak by měl zdravotní personál nabízet duchovní podporu. Nabídka duchovní pomoci by měla být zmíněna v rámci všech obecně zmiňovaných služeb poskytovaných na oddělení.

V otázce týkající se sdělování diagnózy by každý člověk měl jako první a pravdivě vědět, jak to s ním ve skutečnosti po zdravotní stránce vypadá. Jiná je situace, když si pacient sám přeje, abychom mu o jeho zdravotním stavu raději všechno neříkali. Způsob, jakým přistupujeme a chováme se k umírajícím, ovlivní, zda se umírající bude cítit více jako věc nebo jako lidská bytost.

Při předávání pozůstalosti rodině je důležité, aby rodina veškeré informace dostala také v písemné formě, protože se mnohdy na veškeré informace nedokáže dostatečně soustředit. Také by měl být rodině předán kontakt na odbornou pomoc v případě potřeby.

ANOTACE

Autor:	Ladislava Petrtýlová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Vliv umírání a smrti na profesi všeobecné sestry
Vedoucí práce:	PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D
Počet stran:	139
Počet příloh:	12
Rok obhajoby:	2015
Klíčová slova:	umírání, smrt, fáze umírání, ošetrovatelská péče o umírající, důstojnost umírání, bolest, péče o pozůstalé a zemřelé tělo

Bakalářská práce pojednává o tom, jak se všeobecné sestry vyrovnávají s umíráním a se smrtí.

Teoretická část se zabývá umíráním, smrtí, komunikačními dovednostmi sester, jejich názory na sdělování pravdy o závažnosti zdravotního stavu pacientům, bolestí a přístupu sester k umírajícím pacientům a jejich blízkým.

Praktická část se zabývá problematikou přístupu sester k péči o umírající pacienty a zjišťuje a srovnává, zda jsou nějaké rozdíly v přístupu k péči o umírající na oddělení JIP a interním oddělení. Všeobecné sestry zde popisují, jaké obtíže pocítují při ošetrování umírajících pacientů, jak se chovají k jejich nejbližším, co by ony samy v péči o umírající změnilo. Jak se samy vyrovnávají s umíráním a smrtí, zda mají obavy z vlastní smrti a zda už někdy přemýšlely o tom, jak by jednou chtěly zemřít.

ANNOTATION

Author:	Ladislava Petrtýlová
Institution:	Department of Social Medicine LF UK in Hradec Kralove Department of Nursing
Title of the work:	Impact of Death and Dying on Profession of a Nurse
Academic advisor:	PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D
Number of pages:	139
Number of attachments:	12
Defended in :	2015
Key words:	dying, death, passing away phase, care of terminally ill patients, dignity in dying, pain, care of the bereaved, care of dead body

Subject of this bachelor thesis is focused on how nurses deal with passing away and death.

The theoretical part covers passing away, death, communication skills of nurses, their opinions on telling patients the truth about their health state, pain and approach of nurses towards terminally ill patients and their relatives.

The practical part deals with the approach of nurses in taking a care for dying patients and identifies and compares whether there are any differences in the way of the care for dying at the intensive care unit and department of internal medicine. Nurses here describe the difficulties they feel in treating dying patients, how they behave towards their relatives, what they would like to change in the care for the dying. How do they cope with dying and death, whether they are concerned about their own death and whether they ever think about the way they would like to die.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Andryšek, O., a kolektiv. *Mluv se mnou*. Praha: Maxdorf, 2011, 152s. ISBN 978-80-7345-257-5
2. Funk, K. *Prolínání stářím a umíráním aneb o prolínání obou světů*. 1. vyd. Praha: Malvern, 2014, 319s. ISBN 978-80-87580-70-7
3. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002, 272s. ISBN 80-7262-132-7
4. Haškovcová, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, 244s. ISBN 978-80-7262-471-3
5. Honzák, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997, 159s. ISBN 80-85824-60-4
6. Jakoby, B. *Tajemství umírání*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2005, 127s. ISBN 80-86761-42-8
7. Kelnarová, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Litera, 2007, 112s. ISBN 978-80-85763-36-2
8. Kopecká, K., Korcová, M. a kol. *Zdravotnická etika*. 2. vyd. Martin: Osvěta, 2008, 120s. ISBN 978-80-8063-278-6
9. Kořenek, J. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Triton, 2004, 234s. ISBN 80-7254-538-8
10. Kübler-Ross, E., M. D. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: Tvorba, 1995, 288s.
11. Kutnohorská, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 164s. ISBN 978-80-247-2069-2
12. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 198s. ISBN 80-247-0179-0
13. Křivohlavý, J., Pečenková, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 80s. ISBN 80-247-0784-5
14. Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128s. ISBN 978-80-247-3171-1

15. Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108s. ISBN 80-247-1025-0
16. Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 156s. ISBN 80-247-1024-2
17. O'Connor, M., Aranda, S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 324s. ISBN 80-247-1295-4
18. Sofaer, B. *Bolest: příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997, 104s. ISBN 80-7169-309-X
19. Špatenková, N., Králová, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, 135s. ISBN 978-80-7262-599-4
20. Strauss, A., Corbinová, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*; Brno: Sdružení Podané ruce, 1999, 195s. ISBN 80-85834-60-X
21. Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 1. vyd. Praha: ECCE HOMO, 1995, 144s. ISBN 80-902049-0-2
22. Trachtová, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, 186s. ISBN 80-7013-324-8

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 JAK TO NA VAŠEM ODDĚLENÍ CHODÍ V RÁMCI PÉČE O UMÍRAJÍCÍ PACIENTY?.....	52
TABULKA 2 CO TY SAMA BYS ZMĚNILA V PÉČI O UMÍRAJÍCÍ PACIENTY?.....	53
TABULKA 3 PRODLUŽUJE SE NA VAŠEM ODDĚLENÍ TRÁPENÍ A UMÍRÁNÍ PACIENTŮ?	54
TABULKA 4 PROČ BY SE NEMĚLO PRODLUŽOVAT UMÍRÁNÍ?.....	55
TABULKA 5 CO TI JE NEPŘÍJEMNÉ PŘI KOMUNIKACI S UMÍRAJÍCÍMI PACIENTY?	56
TABULKA 6 CO TI JE NEPŘÍJEMNÉ PŘI OŠETŘOVÁNÍ UMÍRAJÍCÍCH?	57
TABULKA 7 MŮJ POHLED NA SMRT	58
TABULKA 8 SDĚLOVÁNÍ ZÁVAŽNÉ DIAGNÓZY	59
TABULKA 9 MŮJ NÁZOR NA SDĚLOVÁNÍ DIAGNÓZY	60
TABULKA 10 MÁ PACIENT PRÁVO VĚDĚT DIAGNÓZU?.....	61
TABULKA 11 ZDA BYCH JÁ CHTĚLA ZNÁT DIAGNÓZU.....	62
TABULKA 12 PROČ PACIENT POŽÁDÁ O URYCHLENÍ SMRTI?	63
TABULKA 13 KDE SE VÍCE UMÍRÁ – DOMA NEBO V NEMOCNICI?	64
TABULKA 14 DALŠÍ ZKUŠENOST S UMÍRÁNÍM.	65
TABULKA 15 JAKÉ JE TVÉ VYROVNÁVÁNÍ SE S UMÍRÁNÍM?.....	66
TABULKA 16 OPOROU PŘI VYROVNÁVÁNÍ SE S UMÍRÁNÍM MI JE.	67
TABULKA 17 JAK BYS TY CHTĚLA ZEMŘÍT?.....	68
TABULKA 18 PŘEMÝŠLELA JSI NĚKDY O SVÉ SMRTI?	69
TABULKA 19 CO TĚ PŘIMĚLO K TĚHLE PRÁCI?.....	69
TABULKA 20 CO JE MOTIVUJÍCÍ PRO TUTO PRÁCI?	70
TABULKA 21 JAK SE CHOVÁTE K PŘÍBUZNÝM UMÍRAJÍCÍCH PACIENTŮ?	71
TABULKA 22 JAK U VÁS PROBÍHÁ SDĚLENÍ O ÚMRTÍ PŘÍBUZNÝM ZEMŘELÉHO A NÁSLEDNÁ PÉČE O NĚ?	72
TABULKA 23 VYZVEDÁVÁNÍ POZŮSTALOSTI.	72
TABULKA 24 ZDA CHCE RODINA VIDĚT ZEMŘELÉHO.	73
TABULKA 25 STÁVÁ SE VÁM, ŽE PŘÍBUZNÍ CHTĚJÍ BÝT V DOBĚ SMRTI S PACIENTEM NEBO ŽE HO PO SMRTI CHTĚJÍ JEŠTĚ VIDĚT?.....	74
TABULKA 26 JAK U VÁS PROBÍHÁ SAMOTNÁ PÉČE O MRTVÉ TĚLO?.....	75
TABULKA 27 ROZDÍLY V PÉČI O ZEMŘELÉ.	76

PŘÍLOHY

Příloha A - Pilotní rozhovor

1: Jsem studentkou bakalářského studia v Hradci Králové na lékařské fakultě a ke své bakalářské práci bych potřebovala rozhovor na téma „Vliv umírání a smrti na profesi všeobecné sestry“. Takže bych se chtěla zeptat, jestli s tímto rozhovorem souhlasíš.

2: Ano, souhlasím.

1: A jestli Ti tedy můžu zadat pár otázek. Takže chtěla bych se zeptat na péči o umírající pacienty na Vašem oddělení, jak to vlastně chodí nebo jak to probíhá?

2: Tak já se jmenuji M, je mi 32 let, na mém oddělení (JIP) pracuji 6 let, předtím jsem dělala tři a půl roku na interním oddělení, takže se smrtí jsem se setkala už mnohokrát. No není to pro mě nic příjemného, obzvlášť když zemře někdo mladšího věku nebo ve věku mých rodičů, takže to na mě působí velice špatně, protože si představuji, co kdyby se stalo něco rodičům nebo komukoliv blízkému a většinou se v tom někdy hodně jakoby plácám, když to tak řeknu v uvozovkách. No a u nás na oddělení není to zas tak časté, že by tam někdo zemřel, ale většinou, když k tomu dojde, tak je to hodně nepříjemný pro nás pro všechny.

1: Tak jak to vlastně u Vás na oddělení chodí s umírajícími?

2: U nás na oddělení to chodí tak, že v podstatě umírají na jednom velkém oddělení, který je oddělený jenom hadrovými plachtami nebo závěsy, což se mi moc nelíbí. Je to takový nepříjemný, neosobní, obzvlášť když ta rodina chce být s tím umírajícím, když je to teda jasný, že ten člověk zemře. Jinak většinou teda resuscitujeme, ale ta rodina většinou u toho není. Je to takový... Málokdy se stane, že ta rodina tam chce být s tím umírajícím, že jsou už informovaný o tom stavu, že to lepší nebude. A není to nic příjemného, jako když v podstatě tam máme schopný lidi, kteří leží jenom za tím závěsem. Je to takový neosobní, jak už jsem řekla.

1: A jak to u Vás chodí s informovaností pacientů?

2: To jak komu, jak komu. Někdy si to kolikrát nepřeje ani rodina, aby to ten dotyčný věděl, což se mi moc nelíbí, protože si myslím, že by každý měl vědět o tom, kolik mu času zbývá nebo jestli umře, co má za nemoc. Je to takový to... U nás většinou rozhoduje lékař, jestli bude informovat nebo nebude a jak komu. Někomu to v podstatě řeknou. Taky jak který lékař. Některý to řekne natvrdo, některý to řekne podle uvážení, kolik toho ten pacient snese. Ale já bych, já teda osobně bych chtěla vědět, co se se mnou děje. No nelíbí se mi to, když třeba řekne rodina „Neříkejte to mamince“.

1: Ona by asi ta rodina, asi tak úplně rozhodovat neměla. Asi to natvrdo, asi taky není tak úplně dobrý.

2: Ale jsou takový lékaři, kteří jsou, jsou...

1: Což asi taky musí být psychicky...

2: To pro ty lidi pak většinou, protože mi tam působíme jako ten další, kdo s nimi mluví. Tak kolikrát nám tam třeba pak brečí, docela to nevstřebají. Taky se to stane.

1: Vyžadují se ještě dalších informací, jestli se dá ještě něco dělat?

2: Přesně tak. Většinou požádám ještě nějakého jiného lékaře, aby jim to povysvětlil, protože někdy je to takový jakoby hulváctví, jako je. Stane se to. Myslím si, že se to neděje jenom u nás.

1: A ono třeba z toho rozhovoru třeba ani ten pacient nemusí všechno podchytit, že jo. On třeba slyší jenom „ano, umřete“, ale třeba už se nesoustředí na to, že třeba tohle by ještě šlo nebo...

2: Přesně. Už nevnímá to ostatní. Už má v hlavě „Tak teď musím umřít, už prostě se nedá nic dělat“, ale většinou právě neslyší to „Budete muset jít na operaci, uvidíme“.

1: Nebo třeba ta chemoterapie

2: No přesně tak

1: Tak třeba i opakovaný rozhovor

2: přesně

1: že třeba pomůže

A jak si myslíš, prodlužuje se zbytečně třeba to trápení nebo utrpení pacientů u Vás nebo že se snaží spíš ty lidi nechat v klidu umřít?

2: Jak koho, jak u koho a jak který lékař. Většinou, já si myslím, že třeba, já nevím, u fakt, když přivezou babičku 90 letou, tak se kolikrát u ní dělá víc, než by se dělalo třeba u mladšího člověka, což mě třeba zaráží, nepůsobí to na mě dobře, jakože přesně tak. Fakt u člověka, u kterého si já osobně myslím, že už teda má dožito, že už chce sám zemřít, tak kolikrát se zachraňuje a

1: za každou cenu

2: za každou cenu, přesně tak. Lejou se do nich infúze, všemožný léky, ATB, což je takový zvláštní. No a naopak. Když přijde třeba někdo mladší a já si myslím, že by tu šanci ještě měl, tak v podstatě ten lékař jakoby rozhodne, že se nebude rozšiřovat terapie. Tak...

1: Takže se nechá jakoby v klidu umřít nebo jakoby že se nechá...

2: přesně tak. Ono tam taky hodně působí, jakou má anamnézu, že jo. Většinou třeba přivezli, já nevím, alkoholika, který je už teda žlutěj úplně, já nevím, prostě říkám si „tak ten má tak dva dny před sebou“ a snaží se prostě udělat pro něj cokoliv. A nemusí být úplně starej, nemusí být úplně mladý, ale za každou cenu jakoby zachraňují, když už já za ty léta to tak nějak poznám. Si říkám „tak tomu člověku už moc nezbývá“. Nebo když tam pak přivezou ručičky, nožičky, velký břicho, žlutěj

1: Tak on se asi každý doktor pak cítí, jako že to je prohra, když mu umře pacient.

2: Tak to je teda možný.

1: Takže asi i tak.

2: No ale zas na druhou stranu, kolikrát pak jako si myslím, že by zachraňovat měli. No ale tak to je můj osobní názor, to je prostě těžký. Tak asi ses s tím setkala i Ty, si myslím. Si říkáš kolikrát, že už to nemá cenu a oni dělají všechno možný, aby prostě toho člověka zachránili.

1: A co Ti je třeba nepříjemný při ošetřování těch umírajících, když už se jakoby ví, že to spěje k tomu konci?

2: Mně je asi nepříjemný věk toho pacienta. A jakoby, když to je fakt mladší člověk, tak to na mě působí strašně. Je mi to nepříjemný. Fakt si představuji, co kdyby to byly moji rodiče nebo někdo mi blízký, protože někdy se stane, že tam umírají hodně mladý lidi a tak tohle na mě působí špatně. Ty starší lidi si tak nějak říkám, už mají odžito. Kolikrát se nám tam stane, já nevím, je tam pán, který říká „To já jsem měl být už dávno mrtvej“, no jo, ale ty to berou ještě spíše humorně, přesně tak, tak nějak.

1: A potom bych se chtěla třeba zeptat, jak se chováte k příbuzným třeba v době toho umírání?

2: My se snažíme, aby tam mohli být, pokud chtějí být s tím člověkem, tak ať si tam jsou. Sice máme návštěvy od 2 do 4, ale v podstatě tam pouštíme i dopoledne anebo i kolikrát, teda málokdy se stane, že tam jsou přes noc, že tam chtějí být vysloveně, až ten člověk v uvozovkách naposledy vydechne. Ale necháme je tam. Sice je to takový o tom soukromí, je to tam špatný u nás na oddělení, jak už jsem mluvila o těch hadrových závěsech.

1: Že nikde nic nebo všichni spolu.

2: Všichni spolu, přesně tak. To je takový nepříjemný. Myslím si, že je to nepříjemný i těm spolupacientům. Že to je takový, že kolikrát tam ta rodina brečí a třeba povídají ještě a už není to nic příjemného. A vadí to i mně, je to takový, myslím si, že by Ti lidé měly mít soukromí, že by měly být zavřeny někde v nějaký místnosti, aby tam měly i oni soukromí. Myslím si, že to není nic příjemného, no jako dávat si před cizíma lidma své city najevo, je to takový neosobní.

1: A třeba komunikace s umírajícíma. Tak Vy tam vždycky nemáte jenom, že jsou schopný jen verbální komunikace. Máte tam asi i lidi v bezvědomí, že jo. Tak jak se tohle snažíte vyřešit?

2: Jako s tou rodinou?

1: Spíše s tím pacientem. Domluvíte si nějaký znaky nebo myslíte, že Vás třeba ještě nějak vnímají, nebo když je chytnete za ruku...

2: Když jdeme provést ranní hygienu a vím, že ten člověk je už v bezvědomí, tak na něj mluvíme normálně. Ale já si myslím, že Ti lidé o nás nějakým způsobem v podvědomí asi slyší. Pamatuji si jednu takovou věc, která mi hodně utkvěla v hlavě. Už u nás ležela jedna paní, která byla už někde v Praze zaintubovaná, byla na sedaci, že jo a paní si pamatovala, že vždycky, když začalo rachotit něco strašně, že ji šli prostě trápit, odsávat. A ona říkala, že si to pamatuje, že to je jediný, co si pamatuje, jinak si nepamatuje nic okolo, jenom to nepříjemný odsávání, žádný zvuky, něco že zarachotilo a prostě přišel ten proces odsávání, což jí strašně vadilo a věděla, že už teda, že to je to nejhorší, jinak říkala, že si nic z toho nepamatuje. Myslím si, že jo, že musejí vnímat ty lidi.

1: Že tam pořád něco asi je.

2: Asi jo, asi určitě.

1: Tak ono se většinou říká, že umírající jakoby sluch ztrácí až na konci, že většinou, že většinou okolo ty vjemy...

2: Tak se snažit říct „Pane Novák, teď Vás otočíme, namažeme záda.

1: A třeba i to ošetřování na Tebe působí jakoby hůř než třeba...

2: Určitě, to určitě, je to takový. Já mám radši, když si s člověkem můžu popovídat.

1: Třeba se Ti stalo, já nevím, že by Tě člověk požádal, že chce třeba zvýšit dávku nebo že by si přál, tak třeba se s tím setkáváte, eutanazii, jestli je to u Vás taky aktuální nebo jestli s tím pacienti občas přijdou.

2: A tak některý asi přijdou, ale tak s tím já nic nenadělám. Jako snažím se, když tam se někdo objeví, teda objeví, je a chce třeba něco přidat na bolest, tak si zavolám lékaře a ten rozhodne, jestli ten pacient má ještě nárok na další dávku nebo ne. Aby to zas bylo v mezích normy. No, a když to nejde, tak se snažíme o cokoliv. Když mají třeba teploty, tak je nějakým způsobem chladit.

1: Takže většinou je to vlastně spíše o těch opiátech, aby netrpěli?

2: Přesně tak, aby netrpěli. No většinou se jim dává ještě něco na zklidnění, protože jsou neklidný.

1: Jak se chováte k příbuzným toho umírajícího nebo jak vůbec sdělujete ten fakt, že ten dotyčný pacient zemřel?

2: Tak u nás sděluje lékař, telefonicky nebo kolikrát i osobně, ale spíš telefonicky v jakoukoliv hodinu. Protože většinou to rodina chce, aby se jim zavolalo kdykoliv, kdyby cokoliv...

1: se dělo

2: Přesně tak. A potom ta rodina si přijde pro pozůstalost, pro věci, které tam zbyly po zemřelém. Takže my jdeme většinou dvě, máme napsaný pokyny na papíře pro pozůstalé. Protože ta rodina to většinou, když jí to řekneme, nevstřebá, jsou v šoku, takže kolikrát nevědí, když zavřou dveře, co jsme jim říkali. Tak to mají ještě na tom papírku napsaný. Předáme jim pozůstalost, řekneme upřímnou soustrast a většinou ta komunikace s rodinou skončí pro nás.

1: Takže třeba neodkazujete na nějakého psychologa nebo kam by se mohli obrátit?

2: Takhle, pokud chtějí mluvit s lékařem, tak jim zavoláme ještě lékaře. Většinou, když tam máme toho lékaře a lékař řekne „Dejte paní něco na zklidnění“, dáme. Jinak na psychologa, zatím se mi to nestalo. Většinou jich přijde víc, nepřijde většinou nikdo sám.

1: Tak ona asi spíš ta rodina vyžaduje, že chce třeba zjistit, jestli umřel v klidu?

2: Přesně tak. Nebo většinou se zajímají o to, co se stalo. Protože u nás většinou se stane, že přivezou člověka, třeba přes noc zemře a ta rodina jakoby neví, co se děje a chce slyšet ještě od toho doktora, co se dělo nebo na co v podstatě zemřel, jo je to takový.

1: Spíš aby se vyrovnali oni sami s tím, že netrpěl.

2: Ale když tam ta rodina jakoby čeká delší dobu, že ten člověk umře, tak ty to většinou tak nějak snášejí jakoby lépe, jako že už jsou na to připravený.

1: Tak ono asi vždycky takový to pozvolný...

2: I když někdy taky kolikrát jako pořád...

1: ty emoce pracují.

2: Přesně tak. U té rodiny. Protože nevěří tomu, že se nedalo dělat ještě něco, aby ten člověk žil. Některý se s tím nedokážou vyrovnat. A tak to my asi taky ne.

1: Tak ono to je asi vždycky o tom smíření, že třeba ten pacient už je jakoby smířený, že jako ví, že bude ten konec. A ta rodina ne.

2: Ta rodina prostě za každou cenu by chtěla, aby žil. Ale to je taky, jak který případ.

1: A třeba, že Vy byste hledali kněze nebo sháněli. Nebo to si spíš zařizuje rodina?

2: Rodina si vyžádá a přivede kněze. Rodina, protože my se tak nějak nedozvíme, jestli ten pacient je věřící nebo není. Takže tohle si zařizuje rodina.

1: A často tam dochází kněz nebo je to spíš ojedinělý?

2: Za těch šest let, pokavad jsem v práci, tak jsem tam viděla asi třikrát kněze, jinak ne.

1: Co si myslíš, že by se dalo změnit na tom oddělení, aby ta péče o umírající byla lepší?

2: Já bych hlavně u nás chtěla tu místnost, nějakou místnost, kde by prostě, kdyby fakt u nás byl člověk jenom na umření, když to tak řeknu. Protože kolikrát se Ti stane, pacient je v terminálním stádiu, tak bych brala, kdyby tam byla ta místnost, kde by ta rodina mohla být s tím člověkem. Protože je to nepříjemný, není to příjemný ani mně osobně a myslím si, že to není příjemný ani těm spolupacientům, kteří v podstatě to berou tak“ teď jsem na řadě já“, no je to takový, není to nic příjemného. Tohle bych určitě udělala.

1: Jako že by tam bylo lůžko pro pacienta a třeba jedno lůžko pro rodinu, kdyby tam někdo chtěl i přespát, zůstat?

2: Třeba. Je to takový těžký. U nás většinou ty terminální stádia jako by nejsou. U nás buďto přijde člověk a zemře po resuscitaci, kdy se zachraňují, oživují. Takže spíše takovým způsobem u nás lidi umírají. Někdy taky, v rámci ty jipky, se tam objeví někdo, kdo tam fakt je v terminálním stádiu, ale to je takový málo častý.

1: Většinou se asi od Vás takový pacient přeloží na standardní oddělení.

2: Na oddělení, přesně tak. A Ti lidé tam dožijí.

1: Jak u Vás probíhá péče o toho zemřelého, o to mrtvé tělo?

2: Většinou toho pacienta omyjeme, aby byl čistý, protože kolikrát se stane, že se pozvracej ještě, potom se popíše tělo, nechají se ruce ležet podél těla. Pusa se už nepodvazuje, zavřou se oči. Dvě hodiny leží buďto na oddělení, když to jde nebo ho dáváme do místnosti pro zemřelé na ty dvě hodiny a potom je teda odváží sanitář na patologické oddělení.

1: Takže přijede s rachtajícím vozíkem.

2: Nó a rozruší nám celý oddělení.

1: Všichni chtějí něco na zklidnění.

2: A všichni chtějí něco na zklidnění, na spaní. Když je to v noci, tak tohle tam taky není příjemný. Jenže oni Ti lidi už vědí, když se začne s tou postelí hýbat, tak Ti spolupacienti už vědí, že se něco děje, že je něco špatně, že jo. Tak kolikrát si vymýšlíme historiky, že jedeme na vyšetření nebo prostě...

1: Musí se rychle přeložit.

2: Musí se rychle přeložit, ano, přesně tak. Hrajeme divadlo, protože některý lidi jsou tam, objeví se pár lidí, kteří tam jdou prostě umřít, ale vůbec to tak není, protože mají, já jsem tady a mně je špatně, tady umřu, já to vím a přitom to tak není a tohle na mně hodně špatně působí.

1: Tak to je jasný, že se psychicky rozhodí a že jsou zase jakoby úplně...

2: Myslím si, že bychom měli asi každého převážet s tou postelí na ty dvě hodiny prostě pryč z toho oddělení. Říct teda, nebo nemusíme to říkat, kolikrát se Ti lidé samy zeptají „Kam jedete, kam vezete tu paní“. Ale většinou to je u nás právě, že když už se tam resuscituje ten člověk, tak už je to ruch na tom oddělení a Ti lidé vědí, takže se tam jakoby nechávají ležet ty dvě hodiny na oddělení.

1: Ono třeba už i ta péče o ně by byla lepší nebo pak i sbalit ty věci, že by se to všechno kompletně odvezlo.

2: Ta resuscitace probíhá teďka hned a většinou tam všechno lítá. Kolikrát se ani nepodaří ten závěs jakoby zatáhnout, je to tak prostě, což na oddělení to taky tak probíhá, když se tam někdo zachraňuje. To všichni vidí tam okolo. No ale když jakoby ten člověk už zemře, tak se snažíme ty závěsy zatáhnout ze všech tří stran, protože z té zadní tam není vidět, protože kolikrát je vidět i z protější strany, protože ty posteje máme proti sobě, tak aby Ti lidi schopný neviděli, co se teda děje, co se stalo. Ta místnost by byla úplně úžasná, asi takhle. Potom, i ta rodina kolikrát chce toho pacienta ještě vidět, a když leží třeba naproti, když se to stane třeba naproti

sesterně, je to nepříjemný, když tam ta rodina přijde, chtějí toho zemřelého vidět a brečí tam v podstatě. Je to nepříjemný i pro nás, je to takový. Myslím si, že by pokaždé, když někdo umře, i po té resuscitaci, měly by se odvézt do té místnosti, kde by měla i ta rodina šanci se tam s ním rozloučit nebo ho vidět. Je plno lidí, kteří je chtějí ještě vidět. Což tady jakoby nejde. Naše místnost pro pozůstalé, to jsou dvoje dveře, černá kobka. Myslím si, že by to mohlo být něco lepšího, příjemnějšího.

1: Tak oni asi když přijdou ti pozůstalí, tak se třeba ptají, aby měli jako to svoje vnitřní zklidnění, že jo, jestli třeba dostal všechno na bolest?

2: To se ptají.

1: Nebo jak umřel?

2: Přesně tak, aby se s tím samy vyrovnali. Chtějí to vědět. Většinou jim toto vysvětluje lékař, to mi jakoby ne.

1: Potom bych se chtěla zeptat, jak se třeba sama vyrovnáváš jakoby s umíráním pacientů nebo proč vůbec tuto práci děláš?

2: Prostě tu práci dělám. Já nevím, proč jsem se rozhodla tuhle práci dělat. Já jsem chtěla dělat s lidmi, já jsem si vždycky ráda povídala s lidmi, nedělá mi to problém a tak nějak mě přitáhlo víc interní oddělení než chirurgický. Tam ty starý babičky a dědečkové, prostě to na mě nějak lépe působilo, nevím proč, věděla jsem, že se setkám i stou smrtí, že to teda nebude nic příjemného. Jakože první moje smrt u pacienta proběhla, do dneška si ji pamatuji. Byla to paní a pamatuji si ji a to mě tak ještě nějak nerozhodilo. Většinou mě to rozhodí, když zemře někdo známý, jako že třeba kamarád mého dědy. Tenkrát ještě, na interním oddělení, to mi nedělalo dobře, to vím, že jsem musela odejít, že jsem nebyla schopná se ani v podstatě postarat a toho zemřelého, musely to dělat moje kolegyně. A tak tohle na mě špatně působí. To mi nedělá vůbec dobře. A třeba na té jipce, když to jsou fakt mladší lidi, mladší ročníky. Protože si představuji, co kdyby se něco stalo mým rodičům nebo někomu známému a nedělá mi to dobře. Je to takový, protože rodiče dosáhli už takového věku těch lidí, kteří nám tam umírají. Tak nějak se bojím, co kdyby se jim něco stalo a pak mě třeba rozhodí mamka, která řekne "Musím tátovi koupit nějaký pyžamo, co kdyby šel do nemocnice".

1: Potom si to člověk už asi srovnává.

2: Přesně tak. Pak tam přivezli jednoho pána a rodina mu posílala nový pyžamo a já říkám „Jé to moje máma říkala tátovi“. Ten pacient tam teda zemřel. Tak to mě teda položilo, to jsem se i rozbrečela, to na mě působilo strašně. Protože jsem si představovala toho svého tátu. Já jsem totiž, co se týče rodiny, taková trochu hysterická. A to je možná proto, že ta práce zdravotní sestry, hned si představuješ ty hororové scénáře, přesně tak.

1: A tak třeba to první úmrtí bylo pro Tebe tak jako normální nebo jak jsi to brala?

2: Přišlo mi to tak nějak přirozený, prostě jsem byla smířená s tím, že mi někdo umře. Ono se to stalo ještě možná, když jsem studovala zdravotní školu, ale tohle už bylo v práci, jakoby ne moje poprvé, ale tak nějak jsem to vzala, tak nějak normálně, takový jako koloběh života. Ale to byla starší paní.

1: Takže neříkala jsi si, to už nikdy, já odsud' uteču.

2: Ne, tohle jsem si neříkala, tak nějak jsem to vzala. Nejsm takový ten člověk, který se bojí nebo se bál mrtvol, to mi nedělá problém. Akorát, co mám takový zažitý, že musím jít otevřít to okno a vypustit tu dušičku.

1: A tak to i teda na té celý jipce děláte, že pustíte zimu na všechny pacienty?

2: Takovou tu mezírku otevřeme, to jako jo, prostě to musejí vydržet chvilku. Ono se to většinou otevře tak na půl hodinky, jenom pro takový ten pocit, že ta dušička jde ven.

1: Takže si myslíš, že jakoby létama si člověk už zvykne nebo že Ti to už tak nepřijde, když někdo zemře?

2: Já jsem s tím šla sem dělat, že se tu setkám s těma zemřelýma, ale působí to na mě pořád.

1: Tak jak se s tím vyrovnáváš nebo jak se s tím pak smíruješ?

2: Špatně

1: Pak přijdeš domů a řekneš „Tak tohle se mi stalo, tak mě třeba obejmí“ nebo ne?

2: Někdy jo, někdy to potřebuji doma cítit, takový, že je všechno v pořádku.

1: Že se máš o koho opřít, že za Tebou někdo stojí?

2: Přesně tak. To ta rodina jako jo. Nebo když pak jedu k těm našim, tak je tam trochu srovnám do latě. Kolikrát se mi stane i v té práci, že když se pak předává ta pozůstalost u těch mladších ročníků, což mi nedělá moc dobře, tak kolikrát jakoby předám pozůstalost, snažím se ještě držet a pak odcházím a tečou mi slzy. To se mi stává. Když tam zemře někdo z těch mladších ročníků, to není příjemný.

1: Člověk se asi neudrží.

2: Nebo když teď třeba nedávno jsme tam měli holku, onkologicky nemocnou, která byla o tři roky starší než já, tak to taky na mě nepůsobilo moc dobře. Kolikrát právě si člověk blbě zakašle a už si představuji ty hororový scénáře.

1: A ta teda u Vás taky umřela?

2: Ne, nezemřela, naštěstí se teda přeložila, ale vím, že měla takovou diagnózu, která je neléčitelná a třeba za dva měsíce už nebude. Vím to a taky to na mě nepůsobilo dobře. Jako ta představa, že bych byla já takhle nemocná. A myslím si, že ona nevěděla, že má takovouhle nemoc, na kterou třeba za dva měsíce zemře. Sice na tom byla hodně špatně, ale myslím si, že to nevěděla. Ona už přesáhla, protože jí dávali tři měsíce a ona už tady byla deset měsíců. Ale vím, že lékaři říkali, že se to už blíží ke konci. Že je už ve stavu, kdy zemře. No a jelikož byla fakt jen o tři roky starší než já, tak jsem měla takový ty...Přestala jsem kouřit a tak no.

1: Dneska každý chce žít zdravě.

2: Hlavně mi ještě nebylo moc dobře, tak jsem přestala kouřit. Jinak jsem řešila hodně věcí tím, jdu si zapálit, jdu se z toho trochu dostat. To pomáhalo, teď nevím, co budu dělat, asi začnu pít.

1: Přimělo Tě něco k téhle práci? Zemřel Ti třeba někdo v rodině nebo jsi chtěla ostatní ochránit?

2: Já jsem asi nic takového neměla. Já jsem chtěla dělat s lidmi, možná proto jsem si vybrala zdravotní školu. Asi proto, protože jsem chtěla dělat s lidmi a ty babičky a dědečkové tak nějak na mě zapůsobili. Když mi bylo asi šest let, tak mi zemřel děda, který byl silný diabetik, byl bez jedné nohy a když mu šli řezat druhou nohu do nemocnice, tak zemřel. Takže to možná udělalo ve mně nějaký takový zářez a pak umřela babička, to mi bylo jedenáct. Ale ty starší lidi na mě dobře působí. Chtěla jsem jim pomáhat. Možná, že tohle to přičinilo, ta babička s dědou, protože ty jsem měla strašně ráda. Já jsem pořád říkala, že mi zůstaly Ty nepravý babička s dědou, jako který jsem moc nemusela, až takhle. Ale byli to oba dva, děda od táty a babička od mamky, byli to oba dva úplně, no každý z jedné strany. Takže možná i proto to ve mně udělalo nějaký...

1: Posunulo dál?

2: Přesně tak. Posunulo dál a rozhodla jsem se pro tu zdravotní školu v těch patnácti, čtrnácti letech. Pak to bylo, pak jsem šla vlastně na internu, tak nějak mi byla blíž. Interní oddělení i s tou smrtí, což se někdy stane i na chirurgii. Já jsem si prošla vším, ale ta interna mi byla prostě bližší i s tou smrtí. A to nechci říkat, že jsem jakoby tu smrt přijala, člověk nemůže být úplně bezcitný, prostě někdy to zapůsobí tak, že to je hodně, hodně se mně to dotkne a někdy ne. Beru to tak nějak automaticky, že je to koloběh života.

1: Tak on asi člověk se musí jakoby smířit s konečností, že to tak prostě je. Jako se člověk narodí, tak že i zemře.

2: Ale já osobně s tím nejsem úplně smířená.

1: Jako vůbec?

2: Asi ne. Třeba teď jsme začali stavět domeček a říkala jsem „No a třeba za padesát let, to už tady nebudeme, co mi to vůbec stavíme. A za sto let to už bude starej barák, to už nás nebude nikdo znát“. Po nás už budou nějaký pravnoučata. Ty budou říkat „Ta naše prababička to tady kdysi stavěla“. Takový pocit, jako že po mně nic moc nezbude, asi takhle. Nedokážu se smířit se smrtí. Já si myslím, že to svým způsobem nemůže nikdo. Protože, já spíš mám strach, co potom, jestli něco je nebo není. To je to, co mi vrtá hlavou a já díky i téhle práci o tom přemýšlím. Zabředneš do toho a jako asi je tady důležitý, jak ten člověk žije, když je asi smířený se svým životem, tak se potom třeba lépe vyrovnává s tou smrtí, to je asi logický. Když je člověk jakoby na všechno naštvaný, nic se mu v životě nelíbí, furt má problémy, tak si myslím, že i s tou smrtí. I když si to vezmete takhle na tom nemocničním lůžku, už je pak jedno, jestli to byl docent, doktor práv. Že v té nemocnici všichni lidi vypadají stejně, jsou si rovni a všichni jakoby umřeme, když to tak musím říct. Ale spíš to, že teď tady jsem, pak usnu a pak co bude, o tom já spíš přemýšlím. Ano, nejlepší smrt je usnout a neprobudit se. Ne v nějakých bolestech nebo v nějakém udržování na přístrojích, to bych nechtěla, to zas vím, že ne. Že tohle nechci, ale bojím se toho, jestli něco je potom, jestli třeba uvidím ty svoje praprapravnučky tady někde seshora. To už je pak možná zase o víře. No nevím, co nás čeká.

1: Víš, jak si představuješ sama, že bys chtěla zemřít?

2: Já nevím, já jsem si vždycky říkala v sedmdesáti, ale čím víc se to blíží, tak asi až v osmdesáti a rychle prostě. Prostě nějak usnout a neprobudit se.

1: Večer se dobře najíst vid'.

2: Přesně tak a usnout.

1: I když to tak většinou není?

2: Právě a nejhorší je, když to člověk vidí, jako kolikrát co se děje, jako kolikrát se Ti lidé fakt zachraňují za každou cenu, tak to ne, to bych nechtěla. Jako že to je vysloveně prodlužování, ale už si myslím, že je to spíš nelidský, přesně tak. To jako jo, někdy to tak je a to bych nechtěla nikdy zažít. Protože si myslím, ať je to jak je to, i když jsou lidi hodně pod tisíci lékama, tak stejně to musejí nějak vnímat.

1: A mozek pracuje.

2: Přesně, přesně tak. Tak to bych nechtěla zažít. Jako nějaký šťourání se ve mně a tak, to ne. To ale asi každý, to si přeje každý a většinou to bývá jinak.

1: Tak tady jsme vlastně ještě opomenuli to darování orgánů nebo neresuscitovat, to se taky u Vás občas objeví?

2: Občas taky. To darování orgánů jsme tam měli jednou. Pán měl u sebe kartičku neresuscitovat. Jinak to většinou rozhoduje rodina, tak nějak o těch starších lidech. Když tam přivezou někoho, kdo jakoby je v komatu, zjistí se, že má zakrvácený mozek, tak ta rodina, většinou ten lékař rozhodne, že se nebude zachraňovat. Kolikrát se stane, že přivezou jakoby někoho jiného, je taky v bezvědomí a ta rodina, když už je to třeba člověk nad 80 let, tak ta rodina řekne „Hlavně nám dědečka nezachraňujte, nechte ho v klidu zemřít“. Je to tak, rozhodne spíše rodina nebo lékař.

1: Já jsem si vždycky myslela, že když nejsou v tom rejstříku neresuscitovat, ten jakoby seznam, tak že se vždycky zachraňuje nebo použijí orgány.

2: Já si nepamatuji, že by ten seznam někdy někdo hledal. Já myslím, že ne. Nebo nepamatuji se, že by fakt za těch šest let se tam někdo objevil. Většinou ta rodina řekne „Ne, nechceme“.

1: Nebo by asi musel mít něco v té dokumentaci nebo u sebe, že jo?

2: Potom tam teda byla paní, ta chtěla pro vědecký účely své tělo použít. Že nezachraňovat a použít, ta už teda byla staršího věku. A s transplantací orgánů jsem se setkala jednou. Že od nás byl člověk jakoby převezený a to taky pak rozhodovala rodina. To nebyl zrovna ten pacient, co tam měl ten lístek, ale rozhodovala to pak rodina. Telefonovalo se jim, rozhodovala rodina o tom, jestli se můžou použít jeho orgány nebo ne. Což já osobně nevím, pak už by mi to bylo jedno, ať si ze mě použijí co chtějí.

1: Ono snad, když vysloveně nejsi jako, že nechceš darovat orgány, tak každý by mohl být

2: do určitého věku

1: Takhle je to snad i u dětí, že když, tak můžou. I když se vždycky snaží domluvit s tou rodinou.

2: U nás se to fakt stalo jednou za těch šest let, že tam prokázali smrt mozku a jinak. Ale to byl doktor, který se o to jakoby zajímal. Teď už tam nepracuje, tak už jsem se s tím nesetkala, že by za každou cenu se fakt snažili. Určitě by se o to měl někdo zajímat, protože se často objevují lidi, co mají smrt mozku, nebo by je mohli aspoň převézt někam, kde jsou k tomu uzpůsobeny. To mi tam taky chybí. Takhle je plno lidí v registru.

1: Kterým by se dalo pomoci.

2: Přesně, kterým by se dalo pomoc a u nás v podstatě se o to moc nezajímají.

1: Že je raději nechají klasicky umřít a převést na patologii?

2: Přesně tak a je to myslím si škoda, protože kolikrát tam jsou, lidí nebo lidí, kteří nĚby se daly použít pro transplantaci. Takže kolikrát se tam praští do hlavy, zakrvácený mozek, no je to těžký, to je asi na každém lékařovi, jak se rozhodne. Horší je, že to člověk vidí, že ví, že by se dalo pomoc jinému a oni se nesnaží. A já jako sestra s tím nic neudělám.

1: A jako sama bys třeba chtěla eutanázii nebo by ses toho bála?

2: Já nevím, jestli bych si já sama dokázala rozhodnout, že tenhle den chci umřít, to nevím. To fakt nevím. To možná bych podle toho asi, jak bych byla těžce nemocná. Ale jako já sama, nevím. Mně to přijde něco jako sebevražda, kterou u nás v práci odsuzujeme. Takhle nám tam vozí lidi, kteří se otrávil vším možným, odsuzujeme to a tak nějak.

1: A oni třeba pořád doufají, že je někdo zachrání, třeba se i bojí, že umřou.

2: Ale chápu třeba, zas tak úplně proti eutanázii nejsem. Chápu ty lidi, kteří mají tu sílu samy se rozhodnout „Chci umřít, už prostě to nejde dál pro bolesti“, ty onkologičtí pacienti. Já sama nevím, jestli bych tu sílu v sobě našla, prostě rozhodnout o tom, že chci tenhle den prostě umřít. To nevím. Hlavně si myslím, že to ještě nemusím řešit. A hlavně si myslím, že by to muselo být na tom pacientovi, že kdyby to bylo na těch příbuzných, tak by to bylo hrozně zneužitelný. A když nemůže, tak už prostě to nejde. Asi jo, vůbec proti nejsem, ale nevím, jestli bych to dokázala, já sama se rozhodnout o svém životě. Já jsem si nerozhodovala o tom, že se narodím, tak nevím, jestli bych se dokázala rozhodnout o tom, že umřu.

1: Ale tak v podvědomí lidí to tak jako je, spousta lidí by chtěla eutanázii, za to se tak nějak berou.

2: Taky máme v práci, kolikrát nám tam přivezou případ, že si říkáme „Ježíšmarja, kdyby se tohle stalo a bylo mi už tolik, už mě nedávejte na ten ventilátor, neresuscitujte mě, nechte mě v klidu umřít“. To tam taky proběhne. Protože kolikrát vidíme fakt jako, za každou cenu. Kolikrát si říká člověk „Ježíšmarja, jak to udělat,

aby toho člověka nechali být“. Ale to je asi na každém doktorovi. Je to takový těžký. Zase si musejí pomáhat. A právě eutanázie není dovolena. Tak to už je věc o soudech a tak.

1: Myslíš, že sama bys mi chtěla ještě něco říct, třeba nějakou příhodu, zvláštní případ, něco ohledně umírání?

2: Možná na té interně ten kamarád mého dědy, ten můj děda už teda taky není. Tak to bylo pro mě takový jiný, protože jsem ho znala odmalinka a fakt jsem musela odejít, nemohla jsem se ani postarat ani o to zemřelé tělo. Protože to bylo strašný, protože jsem si toho člověka pamatovala živého, normálně schopného a najednou prostě nebyl. Tak to pro mě bylo strašný. To si myslím nezapomenu nikdy.

1: A on přišel jako ještě chodící pacient?

2: On přišel jako chodící, schopný. Prostě dostal asi embólii nebo něco, ležel u nás na oddělení a pak prostě...

1: Asi je lepší, když to jsou terminální stavy...

2: A tohle bylo jako z ničeho nic a já jsem byla hlavně ten den v práci, tak to bylo šílený. Strašně mě to zasáhlo. Ale pak zase, když zemřel děda, tak jsem to zase brala tak nějak jinak. Dobrý, jde za ním, budou spolu zase kamarádi nebo s babičkou. Člověk si pak představuje tohle. Tak tohle na mě zapůsobilo hodně a pak teda, když nám tam zemřel pán, bylo to už na jipce, který se jmenoval stejně, jako můj táta. To bylo taky takový pro mě nepříjemný a shodou okolností to byly právě podobný ročníky, takže to na mě zapůsobilo taky špatně. Resuscitoval se, pak jsem si z toho teda dělala legraci, že jsem si resuscitovala tátu. Pán pak za několik dnů zemřel, bylo to takový... Tak tohle na mě udělalo takový zářez, který mi tam asi zůstane v té hlavě. No a jinak tak nějak nevím.

1: Ale tak na ty pacienty se zase asi nemůžete tak moc upnout.

2: Ne to nejde. Nejhorší je pak, když tam máme opakovanou hospitalizaci, když tam je prostě člověk, který tam fakt ležel třeba pětkrát za tu dobu a už si ho pamatujeme, bavíme se s ním, co je nového a pak ho přivezou ve fakt špatném stavu, když člověk ví, že odejde. Tak to na mě taky zapůsobí špatně, to není příjemný. Když jsou opakované hospitalizace a najednou ten člověk není, že umře, tak to je taky takový blbý. Jakoby tam bude něco chybět.

1: A co syndrom vyhoření- cítila jsi se někdy tak nebo ne?

2: To asi ne. Ohledně pacientů asi ne. Myslím si, že mám teď spíš takovou ponorkovou nemoc po těch šesti letech, kolegyně a tak. Ale ohledně pacientů asi ne. Někdy taky mám chvíle, že si chci s někým popovídat, ale to jde jak s kým. Nejde o tom mluvit s každým. Protože kolikrát, když člověk brečí, tak někdo řekne „No, ty brečíš?“ Nejsem přeci z oceli úplně, člověk ty city má.

1: To je asi o lidech.

2: Přesně, některá kolegyně jakoby udělá si třeba i legraci, je to blbý, je na tom asi lépe než já. Nebo lépe, já si myslím, že když je člověk úplně bezcitný, tak tuhle práci už nemůže ani dělat.

1: Když vyhoří, tak to už je lepší asi toho nechat.

2: Přesně tak.

1: Než tam být jako uzlíček nervů a bát se všeho.

2: Přesně tak. Zatím se držím. Na dětský oddělení bych asi nešla. A už vůbec ne na dětskou onkologii.. To bych asi neunesla. Tak nějak jsou pořád pro mě lepší Ti staří lidé. Já vím, že tuhle práci taky někdo dělat musí, ale já vím, že pro práci u nemocných dětí tu fakt nejsem.

Práce se staršími lidmi se mi líbí. Není to každý den, že bys přišla odpočatá, báječná, nádherná, ale líbí se mi to. Někdy to s člověkem hodně zacloumá. Ale s tím už člověk počítá., s tím do té práce jdeš, že to tam je normální, že lidé umírají. Ale když už mě to hodně vezme, tak si pobřečím, vyčistím si to těma slzami, to musí asi být. To by člověk asi musel být z kamene, jinak by to asi nešlo.

1: S umírajícíma se bavit o smrti Ti nevadí?

2: Ne, to ne. Kolikrát řeknou „Já umřu“. „Ale prosím vás“, snažím se, aby se ten člověk ještě zasmál, to je ale málokdy. Spíš by byl u nás potřeba nějaký hospic nebo psycholog. Bylo by dobrý, kdybychom měli někoho k dispozici, i ty rodině by se mohlo říct „Kdybyste měli nějaké potíže, můžete si dojít tady za panem doktorem...“, dát vizitku, to tam taky na jednu stranu chybí. Myslím si, že to lidi kolikrát potřebují.

1: Tak jestli už nechceš nic dodat, tak já děkuji za rozhovor.

Příloha B - Doplnění pilotního rozhovoru

1: Chtěla bych se tě zeptat, zda souhlasíš s tím, že Ti položím ještě pár otázek ohledně umírání a smrti?

2: Ano, souhlasím.

1: Kde se dnes více umírá- doma nebo v nemocnici?

2: Myslím si, že v nemocnici, určitě v nemocnici. Zemřít doma se dneska už asi moc nevidí, to by ten člověk musel zemřít náhle. Myslím si, že lidi dnes nechtějí vidět umírat své blízké doma, protože se toho svým způsobem bojí a taky za to nechtějí nést tu zodpovědnost. Někteří si myslí, že v nemocnici dostanou lepší péči, že tam nebudou trpět bolestí, a že o ně bude lépe postaráno.

1: Myslíš si, že každý člověk by měl vědět, jak vážně je nemocný?

2: Já si myslím, že jo, že je dobré mít možnost si své věci dát do pořádku a mít možnost ještě vidět některé lidi, které jsem třeba dlouho neviděl nebo s nimi nemluvil třeba kvůli nějakému sporu a nyní je ta poslední možnost, kdy to jde změnit a lze se s tím člověkem usmířit. Taky si myslím, že je to dobré proto, že je to můj život a já třeba ani nechci, aby to moje rodina věděla, protože nechci, aby se trápili.

1: Myslíš si, že každý člověk by měl mít možnost sám o sobě rozhodnout?

2: To je těžká otázka. Myslím si, že dokud člověk není sám opravdu vážně nemocný, tak si nedovede představit, co se honí v hlavě lidem, kteří trpí nesnesitelnými bolestmi a jejich prognóza po zdravotní stránce nemá žádnou naději na zlepšení, ba naopak, můžou očekávat, že bude ještě hůř. Ale možná, že kdybych byla v této situaci, tak bych možná taky chtěla, aby byl už konec, abych se nemusela trápit a moje rodina na mě nemusela koukat, nemusela vidět, jak chátrám, jak jsem zcela odkázána na pomoc druhých. Tak si myslím, že když je někdo opravdu vážně nemocný a zdlouhavě umírá a přitom je jeho mozek v pořádku, tak to asi musí být pro takového člověka hodně těžký.

1. Tak to je asi všechno, na co jsem se Tě chtěla zeptat. Tak moc děkuji za odpovědi.

Příloha C - 1. rozhovor

1: Jsem studentkou bakalářského studia na lékařské fakultě v Hradci Králové a v rámci své bakalářské práce na téma „Vliv umírání a smrti na profesi všeobecné sestry“, bych se Tě chtěla zeptat na pár otázek. Předem se musím zeptat, zda s tímto rozhovorem souhlasíš.

2: Ano, souhlasím.

1: Jak to na Vašem oddělení chodí v rámci péče o umírající pacienty?

2: Já pracuji 12 let na intenzivní péči ve Svitavách a o umírající pacienty se snažíme pečovat hlavně s důstojností. Snažíme se těm lidem dopřát, aby mohly mít návštěvy, jak oni potřebují, aby se necítili sami. Snažíme se jim být poblíž, když mají strach nebo potřebují mít pocit bezpečí. Snažíme se jim dát takovou péči, aby to umírání bylo takové důstojné, pečujeme o všechny jejich potřeby, snažíme se, aby byli v čistotě, aby měli prostě všechno, co potřebují. Hlavně se snažíme, aby neměli velké bolesti. Když mají na něco chuť, tak jim to dopřejeme nebo když si chtějí popovídat, tak si k nim sedneme a chytíme je za ruku. Máme i možnost si zavolat paní z farní charity, to je služba pro věřící pacienty, která si s nimi může popovídat a je jim nablízku, když to potřebují. Můžeme jim zavolat i kněze, když si to přejí. Prostě se o ně snažíme starat tak, aby závěr svého života měli co nejlepší. My na oddělení máme sedm lůžek, z toho jsou dvě boxová lůžka. Většinou se snažíme, aby umírající pacienti byli umístěni na těchto boxových lůžkách, aby měli právě to soukromí, protože leckdy mají i těch návštěv víc než ostatní v uvozovkách normální pacienti. Mají tam taky někdy ty duchovní návštěvy. Ale naopak, když tito pacienti mají potřebu být mezi lidmi a nechtějí být samy, tak pro nás není problém je převést do tohoto otevřeného prostoru, kde každý téměř všechno kolem slyší, jsou od sebe odděleny jenom plentami a kde my máme jen takový ošetřovací pult. Oni na nás neustále vidí a tak mají možnost kdykoliv během dne nebo noci se na nás s čímkoliv obrátit a nepřipadají si tak samy.

1: Co Ti je nepříjemný při komunikaci a ošetřování umírajících pacientů?

2: Nepříjemný mi je to, když se mě ptají na to, kdy zemřou, jestli to bude bolet a co následuje po smrti, protože nevím, co jim mám na tohle odpovědět. Strašně dlouho jsem měla ze smrti strašný strach já sama a proto pro mě bylo horší o takové pacienty pečovat. S postupem času jsem se ale s umíráním smířila. Proto se vždycky snažím mluvit na rovinu, protože Ti lidé si zaslouží, aby se jim nelhalo. Nepříjemný mi je, když je to mladý člověk nebo člověk, který u nás leží delší dobu a tak nějak si na něj zvykneme. Tak to pak třeba i obrečím, protože mě to víc zasáhne. No není to teda denní chleba. I když to člověk dělá už roky, tak si myslím, že na tohle se teda jako úplně zvyknout nedá a nemůže to brát jako rutinu.

1: Prodlužuje se na Vašem oddělení trápení a umírání pacientů?

2: Já si myslím, že někdy se prostě zbytečně prodlužuje život člověka, že člověk sám už cítí, že už to chce vzdát, že už nemá sílu dál bojovat a trápit se, ale my ho někdy zbytečně udržujeme na dýchacích přístrojích, že vlastně nemá možnost sám o sobě rozhodnout. Tak si myslím, že někdy prodlužujeme život uměle. Že už i jakoby z toho výrazu člověka je někdy vidět, že už dál tohle nechtějí, ale tohle Ti lékaři mnohdy nevidí, protože oni s ním netráví tolik času jako my, my sestry jsem s tím pacientem dá se říct pořád. Tak takhle bych nechtěla vidět umírat nikoho blízkého, nikoho ze své rodiny. Každé umírání je nepříjemné, ale umírání, které je zdlouhavé a bolestivé, tak takové umírání je hrozné a to jak pro toho dotyčného, tak i pro všechny okolo.

1: Požádal Tě někdy pacient o urychlení smrti?

2: Nesčetněkrát se mi to stalo. Pamatuji si na jednoho pacienta, který u nás na oddělení už ležel moc dlouho, nejdříve byl delší dobu resuscitován. Byl to vysokoškolák, sportovec a potom velmi těžce nesl, že mozek už nefungoval jako dřív. Byl to takový ambiciózní člověk, myslím, že měl karcinom mozku, byl to mladý chlap, měl mladou ženu a nemohl se smířit s tím, že je teď na vozíčku, že se nemůže o sebe postarat, že nebude moci

zajistit svoji rodinu a uspokojit svoji mladou ženu. Nechtěl se s tím smířit, tak si pořád vytrhával všechny hadičky a stále dokola opakoval, že už nechce žít. A skutečně, když jsme ho propustili do domácího ošetřování, tak se mu to podařilo, opravdu si vzal život, měl to moc dobře promyšlený. Ale co mě zasáhlo ještě víc, to je tak dva roky zpátky. Byla jsem s kolegyní na noční a u nás na oddělení ležel jeden dědeček, kterému zemřela manželka právě v době, když u nás ležel v nemocnici a on se s tím nedokázal vyrovnat a už prostě nechtěl sám žít. Prosil doktory, ať už mu nedávají žádné léky, nechtěl ani podporu dýchání, nechtěl to a nakonec si pomohl teda sám. Jednoho dne si vzal nůž a zabodl si ho rovnou do srdce a zemřel, protože už nechtěl sám žít bez manželky, to mě také dost zasáhlo. Také se mi několikrát stalo, že mě pacient požádal, abych mu dala vyšší dávku léku, aby už byl konec, že už nechce žít, tak to je taky takový nepříjemný. Asi nikdo si nedokážeme představit, co se takovému člověku honí hlavou a jak se ve skutečnosti takový člověk cítí, je to někdy opravdu těžký.

1: Jak u Vás probíhá sdělení závažné diagnózy ?

2: Je to vždycky případ od případu. Někdy je dokonce rodina informována víc než pacient a ta rodina si i přeje, aby ten pacient sám nevěděl, co s ním je. Nemyslím si, že je to zrovna dobře, protože si myslím, že každý má právo sám o sobě tak nějak rozhodnout a proto by měl vědět, jak to s ním ve skutečnosti vypadá. Určitě je ale důležité tyto informace sdělovat pacientovi tak nějak lidsky a postupně a ne to na něj bezcitně vychrlít, což si myslím, že se taky občas stane. Ale z vlastní zkušenosti si myslím, že je dost pacientů, kteří sice tuší, že je něco v nepořádku, ale skutečný stav, závažnost svého zdravotního stavu popravdě nevědí a někteří možná ani vědět nechtějí. Že i když jim je už hodně špatně, že raději stále doufají ve zlepšení, že to bude zase dobrý a proto nechtějí znát pravý stav svého zdravotního stavu, který by jim už žádné naděje na zlepšení nedával, že by to psychicky nezvládli. Je to opravdu případ od případu, protože je každý člověk jedinečný, proto tak k nim musíme i přistupovat a na tom lékaři pak je, aby co nejlépe rozhodl o tom, komu to říct a komu ne, je to prostě hodně těžký.

1: Jak se chováte k příbuzným umírajících pacientů?

2: Snažíme se jim vyjít maximálně vstříc, aby měli možnost s tím člověkem být co nejvíc, vlastně se s ním i rozloučit. Ani pro ně to není lehké. Taky se stane, že když už to vypadá, že ten člověk nedožije rána, tak zavoláme příbuzným, kteří mají možnost být s tím člověkem v té poslední chvíli jeho života. To se mi docela líbí, protože si myslím, že člověk by neměl být sám, když umírá. Z vlastní zkušenosti, když mi umírala moje babička v náručí, můžu říct, že mě to v životě strašně ovlivnilo a myslím si, že mě to posunulo i strašně dopředu. Moje babička ležela na LDN a vím, že se jí asi hrozně ulevilo, když mě viděla, že jsem tam a že nebyla na ty poslední chvílky sama. A mě to taky strašným způsobem posunulo. Takže se vlastně snažíme těm lidem dopřát, aby na ty poslední chvílky nebyli sami.

1: Jak u Vás probíhá sdělení o úmrtí příbuzným zemřelého a následná péče o ně?

2: U nás to probíhá tak, že se to ty rodině volá. U nás není žádný esemeskový systém nebo něco jiného. U nás se už při příjmu odebírá pečlivě anamnéza, hlavně kontakty na příbuzné. A pak, když dojde k úmrtí pacienta, tak lékař zavolá nejbližším příbuzným, kteří mají ještě možnost se přijít se zemřelým rozloučit. Ale to je případ od případu. Někdo chce ještě toho zemřelého vidět, ale ve větší míře jsou ty případy, kdy si chtějí zachovat toho svého umírajícího ještě živého a už ho nechtějí vidět změněného smrtí. Spíše chtějí ještě vědět, jak umíral, zda se netrápil a neměl velké bolesti. Potom, když si přijdou pro pozůstalost, tak jim popřejeme upřímnou soustrast, předáme věci po pozůstalém i se soupisem v tištěné formě a informujeme je o tom, jak zařídit pohřeb, kam co odnést, co a jak dál. Dáme jim to i v písemné formě, protože se většinou nedovedou na všechny informace dostatečně soustředit. Dáme jim i telefonní číslo na naše oddělení pro případ, kdyby se ještě potřebovali na něco zeptat. Mají i možnost dostat v případě zájmu číslo na psychologa.

1: Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět?

2: Můžou s ním být.. My jim voláme vlastně hnedka, jakmile se stav pacienta zhorší a vše nasvědčuje brzkému konci. A snaží se i naši doktoři, domlouvají se s rodinou, když vědí, že se ten stav rapidně horší, jestli můžou volat v noci nebo ne, prostě takový individuální přístup ke každému. A podle toho, jak to ta rodina chce, protože ne každý se chce s tím umírajícím rozloučit. Jsou i takové rodiny, že na to vlastně čekají, až dotyčný zemře, že pak dostanou barák, takže se chodili i dívat, jako jestli žije nebo nežije, což je teda příšerný, ale taky se to děje, takže ne každý chce toho člověka vidět ještě naposledy. Ale určitě je víc těch případů, kdy Ti příbuzní chtějí být u svých umírajících v době posledních chvil a jsou rádi, když jim zavoláme a stihnou ještě přijet.

To jestli vidět pak toho zemřelého, který je už svlečený a zabalený v prostěradle a už je tak trochu tou smrtí změněný, tak takového člověka už většinou příbuzní vidět nechtějí, protože si ho chtějí zachovat v paměti takového, jaký byl dříve. To si myslím, že chce jenom pár lidí. Ale někdy se to stane. To je pak nepříjemný i mně, když mám toho zemřelého zase rozbalit z toho prostěradla, který je svlečený a změněný svou nemocí. Myslím si, že když příbuzní chtějí ještě toho zemřelého vidět, tak že by to měli nechat až na dobu, kdy toho zemřelého připraví na pohřební službě, pak je to určitě lepší pohled než v té nemocnici.

1: Myslíš si, že každý člověk má vědět, jak vážně je nemocný?

2: Myslím si, že jo. Že každý by měl být pravdivě informovaný o svém zdravotním stavu už třeba proto, aby si stihl ještě spoustu věcí zařídit, urovnat rodinné vztahy nebo ještě vidět lidi, s kterými se chce rozloučit. Aby měl zkrátka možnost se tak nějak na smrt připravit, vyrovnat se se svým životem, dát si určité věci do pořádku. Já osobně bych to určitě vědět chtěla, protože bych nechtěla žít v nevědomosti a taky proto, abych si mohla ještě určité věci zařídit a tak nějak se na tu smrt v uvozovkách připravit. Nechci, aby moje rodina rozhodovala o mně beze mě. Takže bych to chtěla vědět, i kdyby to bylo hodně špatný.

1: Kde si myslíš, že se dnes více umírá-doma nebo v nemocnici?

2: Já si myslím, že v dřívějších dobách lidé umíraly více doma a v dnešní době je to tak, že když je to s člověkem jakoby špatný, tak ho rodina dá do nemocnice a nechtějí mít s tím, jakoby s tou smrtí nic společného. Že mnohdy nechtějí ani vidět, jak ten člověk umírá. Dneska je taková doba, že i zdravotnictví dosáhlo značného pokroku a někteří lidé mají pocit, že dnešní zdravotní péče zachrání opravdu všechno. Takže člověka dají zkrátka do nemocnice a ani se toho dotyčného nikdo nezeptá, jak by to chtěl on sám. A i když vědí, že se s tím opravdu po zdravotní stránce nic dělat nedá a třeba by měli možnost si toho člověka vzít domů, umožnit mu pár hezkých chvil, tak ne každý to udělá, že si člověka vezme domů ba spíše naopak. Dneska se smrt bere jako něco, čeho se lidé bojí, je jim to nepříjemný a nechtějí s tím mít nic společného. Jakoby se jich to vůbec netýkalo.

1: Máš ještě nějakou zkušenost s umíráním, která Ti více utkvěla v paměti?

2: Ještě než jsem pracovala na oddělení intenzivní péče, tak jsem pracovala chvíli na standardním interním oddělení. Pamatuji si na jednoho pacienta, který ležel na pětilůžkovém pokoji a pomalu umíral na rakovinu plic. Bylo to jednou o noční službě, to vždycky sloužila jedna sestra na celé oddělení a doktor dokonce sám na tři patra. Je to pak takové nepříjemné, když Vám někdo zemře, protože je na to člověk sám. Sám se s tím musí vyrovnat a nemá si s kým o tom popovídat. Tak o této noční službě se mi stalo, že když jsem přišla na tento pokoj a přišla blíž k tomuto pacientovi, že mě hnedka chytil pevně za ruku a držel mě a prosil, abych byla u něj, že umírá, že to cítí, že už má lehký tělo a opravdu po několika minutách, které mi v té době připadaly nekonečné, zemřel. Nakonec jsem byla ráda, že jsem byla s ním, že nebyl sám. Víím, že jsem se strašně bála a bylo mi to strašně, no nevím, jak to popsat, nemůžu říct nepříjemný, ale strašně mě to zasáhlo. A od té doby jsem se vlastně na tuhle stránku věci začala dívat jinak, začala jsem se o to víc zajímat a teď už jsem s umíráním celkem vyrovnaná.

1: Co Ty sama by jsi změnila v péči o umírající pacienty?

2: Nelíbí se mi vlastně to, když někdo nad člověkem, který právě umírá, tak dělá, jakoby to neviděl. Možná tím chrání sám sebe. Jakoby toho člověka prostě přehlídí. Ne každý tohle má v hlavě srovnaný a raději se baví o všedních věcech a prostě tady tuhle stránku, že tam prostě někdo umírá, jakoby nevidí nebo vidět nechce. To se

mi teda fakt nelíbí a myslím si, že by ten člověk, co umírá, měl mít vlastně klid a neposlouchat veškeré rozhovory ve svém okolí. A když chce mít někoho u sebe, tak aby s ním mohl být v klidném prostředí, třeba i posedět beze slov. Proto si myslím, že takový pacient by si zasloužil malý pokojík pro sebe a pro lidi, se kterými chce trávit svoje poslední chvíle a ne ležet na jednom velkém pokoji odděleném jenom plentami, kde každý slyší všechno. Prostě myslet více na tu důstojnost umírání a ne, aby ten člověk musel poslouchat, jak se vedle někdo směje, to se mi fakt nelíbí. Myslím si, že by to mělo být všude vyřešeno třeba boxovými lůžky nebo menšími pokojíky, aby ten pacient měl klid pro svůj důstojný odchod. Tam by s ním i Ti příbuzní mohly být nezávisle na čase a nijak by to ani nenarušovalo chod oddělení.

1: Jak u Vás probíhá samotná péče o mrtvé tělo?

2: My máme většinou pacienty na přístrojích a většinou se ještě resuscitují. Když se to ale čeká, že některý pacient umírá a je bez jakýchkoliv známek života, tak zavoláme lékaře, který ohledá tělo a stanoví čas smrti. My většinou to ošetření zemřelého provádíme přímo na tom velkém pokoji, což je pro ostatní pacienty taky takový nepříjemný, i když to přímo nevidí, protože zatáhneme plachty. Ale už ten pocit, že jsou na pokoji s mrtvým člověkem některé pacienty psychicky značně rozruší. Také ještě mnohdy do toho přicházejí návštěvy za pacienty. Zkrátka to není příjemné pro nikoho, ani pro nás. My to mrtvé tělo zbavíme všech hadiček, svlékneme, zkontrolujeme dutinu ústní, někdy ještě podle potřeby omyjeme, řádně popíšeme a necháme dvě hodiny na oddělení ležet zabalené v prostěradle. Takže ten zemřelý zůstává ještě dvě hodiny po smrti ležet na tom pokoji s ostatními pacienty. Po dvou hodinách se převáží na oddělení patologie.

1: Je někdo nebo něco, co ti pomáhá vyrovnávat se s umíráním?

2: Dříve jsem umírání nesla fakt hodně těžce, měla jsem strach z toho, co bude, měla jsem myšlenky, co bude po smrti a takhle. No docela hodně jsem o tom četla a vlastně potom se mi stalo před těma sedmi lety to se smrtí mé babičky a už se na to dívám jako jinak, už se s tím vyrovnávám lépe a už takový, jako samozřejmě strach ze smrti to bude asi vždycky v každém z nás, už jsem s tím ale taková vyrovnaná, že věřím na to, že po smrti něco bude, že nebude jenom prázdná tma. Když někdo zemře, tak zapalují svíčky, to jsem se snažila dělat i vždycky v nemocnici, zapalovat ty svíčky, ale teď máme klimatizaci a nejde to. Takže to mě docela mrzí. Otevřít okno a zapálit svíčku, aby mohla duše plout dál a zapálit svíčku na jeho úctu. A taky moje rodina mi je velkou oporou, jsem ráda, že je mám

1: Přemýšlela jsi někdy o tom, jak a kde by jsi Ty chtěla jednou zemřít?

2: No asi bych chtěla zemřít, aby u toho byl někdo z mých blízkých. Prostě určitě ne někde sama a určitě ne nějak nedůstojně. Třeba ve spánku, abych o tom nevěděla, aby mě nic nebolelo. A i kdybych byla nemocná, tak nějak rychle a bez bolestí a ne nějakým dlouhým a nekonečným trápením, protože někdy se medicína snaží zachránit člověka za každou cenu. Člověk před smrtí podstoupí strašně moc vyšetření, ne zrovna jako příjemných. Tak tohle bych rozhodně nechtěla, jako být třeba, já nevím, aby do mě rvaly hadice ze všech stran a já věděla, že už to prostě stejně nebude dobrý a oni se pořád snažili. Na jednu stranu je to dobře, že se snaží medicína jít stále dopředu a snaží se zachránit člověka za každou cenu, ale na druhou stranu, kdo by to takhle chtěl. Být odkázaný jenom na přístroje a spíše jenom přežívat než žít, tak to bych určitě nechtěla.

1: Co Tě přimělo k téhle práci?

2: Já jsem se vždycky chtěla o někoho starat. Vždycky mě zajímali lidi. Už jako malá jsem se snažila pomáhat babičkám a všem možně a potom, když jsem dospívala, tak jsem se snažila chodit na LDN, do ústavů sociální péče a do kojeňáků a tak jsem se rozhodla, že tohle chci dělat i dál a že ne už jenom dobrovolně, ale jako svoji práci a začala mě bavit intenzivní medicína a tak jsem se rozhodla pro tohle. A tahle práce mě opravdu baví. A i ta smrt k tomu prostě tak nějak patří.

1: Jestli už teda nemáš nic, co bys mi chtěla k tomuto tématu ještě říct, tak Ti moc děkuji za rozhovor.

Příloha D - 2. rozhovor

1: Jsem studentkou bakalářského studia na lékařské fakultě v Hradci Králové a v rámci své bakalářské práce na téma „Vliv umírání a smrti na profesi všeobecné sestry“, bych se Tě chtěla zeptat na pár otázek. Předem se musím zeptat, zda s tímto rozhovorem souhlasíš.

2: Ano, souhlasím.

1: Jak to na Vašem oddělení chodí v rámci péče o umírající pacienty?

2: Pracuji teprve několik let na interní jipce v nemocnici ve Svitavách. U nás na oddělení máme otevřený typ jipky, kde máme pouze dva boxy, ostatních pět lůžek je odděleno pouze plentami. Umírající pacienty se snažíme dávat na ty boxová lůžka, aby měli aspoň trochu soukromí, ale vždycky to nejde, hlavně z důvodů obsazenosti oddělení. Takže ta péče je pak taková, jakože Ti lidé vedle všechno slyší, i ty poměrně osobní a důvěrné rozhovory s lékařem. Je to potom takové neosobní. Snažíme se, aby s umírajícími pacienty mohly být členové rodiny co nejvíce, návštěvy nijak neomezujeme. Už se nám také stalo, že byly povoleny návštěvy, že tam byly i v noci, s těma lidmi tam seděli, což si myslím, že je docela hodně dobrý, že pak nejsou samy, že se jim to umožní. Trošku to sice narušuje naši práci, ale co jiného bychom mohli pro toho člověka ještě udělat. Naši lékaři se snaží dodržovat nějaké základy paliativní péče, takže hlavně tlumit bolesti.

1: Co Ti je nepříjemný při komunikaci a ošetřování umírajících pacientů?

2: Většinou jsem se nesetkala s tím, že by ten vážně nemocný pacient sám začal mluvit o umírání. Většinou říkají, že už chtějí umřít, tak na to máme většinou takové ty fráze jako, že na umírání je ještě času dost, spíš to člověk trochu bagatelizuje, i když ví, že se to prostě může stát. Já osobně s tím asi trochu problém mám, hlavně když vím, že už je to s tím člověkem hodně vážný, tak pak miň mluvím a spíš se snažím chytout toho člověka za ruku, protože většinou nevím, co na to mám říct.

Co mi je taky dost nepříjemný je to, když musím jít sbalit ty věci po tom zemřelém. Ten člověk si je balil do nemocnice v době, kdy byl živý, všeho se dotýkal a my se potom v těch věcech hrabeme a sepisujeme je. A ten člověk si to balil do nemocnice s vírou, že mu pomůžeme, což se ale nepodařilo a on zemřel. Tak to je pro mě dost těžké. Zrovna nedávno, když jsem měla poslední noční službu, tak jsme balili věci po pacientovi, který nám náhle zemřel a já jsem říkala, jak je to hrozný, když jsme počítali ty kapesníky a ponožky, opravdu mi to přijde takový hrozný.

A pak také předávání pozůstalosti, to je strašný. A to se už dneska nedávají ty trapné poplatky, protože dřív, když jsme předávali pozůstalost a museli těm příbuzným říct, že tady musejí ještě zaplatit třeba 1500Kč jako poplatek za pobyt toho zemřelého, tak to jsem vždycky říkala, že ten, kdo to vymyslel, ať si to jde předat sám, protože mi to přišlo trapný na nejvyšší míru. Vždyť vůbec ta komunikace s tou rodinou je těžká, co jim má člověk ještě říct. Hodně emočně špatný to je, když zemře mladý člověk. Kolikrát jsme tam měli třeba takovou babičku a ona nám vyprávěla podrobně svůj život, jak žila se svým manželem šedesát let, tak potom, když takový člověk zemře, tak potom udržet i ty emoce při předávání těch jejich věcí té rodině je hodně těžké.

1: Prodlužuje se na Vašem oddělení trápení a umírání pacientů?

2: Já si myslím, že to je fenomén všech jipek, téhle intenzivní medicíny. Prostě to je trochu i vlivem těch doktorů. Máme většinou skladbu starších pacientů, takže nám Ti lidé prostě umírají a Ti doktoři se prostě snaží je za každou cenu zachránit. Já mám takový názor, že v určitém věku člověk má nárok odejít z tohoto světa pokud možno s nějakou ještě důstojností. Myslím si, že v devadesáti letech už ten člověk ani nestojí o to, nebo jsme tam měli teď dokonce sto letou paní, že už ani nestojí o to, aby se drželi na přístrojích s podporou dýchání a

oběhu a tady o to všechno kolem, že nechtějí podstupovat všechna možná vyšetření a mít kolem sebe spoustu hadiček a přístrojů. U nás to je ale taková běžná realita, takhle to vidím já.

1: Požádal Tě někdy pacient o urychlení smrti?

2: Myslím si, že se to stává docela dost často, když se Ti lidé už hodně a dlouho trápí. Měli jsme třeba pacienty, kteří celou noc křičeli, už mě zabijte, už mi něco dejte, já už tady nechci být. Třeba netrpěli ani tak velkou bolestí, ale už je ty všechny monitory a ta péče tak deptala, to nekonečné množství vyšetření, že už chtěli mít klid, tak s tím se také setkáváme.

Někdy mají Ti pacienti i hrozné bolesti, protože na každého člověka působí léčba na zmírnění bolesti jinak a u některých lidí to trvá zkrátka dlouho, než jim ta léčba tu bolest zmírní. To si nikdo nedokážeme představit, protože nejde se vžít do pocitů druhých, to prostě nejde a proto si ani nedokážeme představit, co se takovým lidem honí v hlavě.

1: Jak u Vás probíhá sdělení závažné diagnózy ?

2: Vždycky záleží na doktorovi, znám doktora, který přijde a řekne jim to natvrdo, což asi spousta lidí moc dobře nepřijme. Ale většina doktorů se snaží si promluvit nejdříve s rodinou a pak teprve na základě toho, co řekne ta rodina, tak pak se to teprve nějak řekne tomu dotyčnému pacientovi, což si nemyslím, že není tak úplně dobře. Myslím si, že by ten člověk měl jako první vědět, jak na tom je, ale říkat mu to tak nějak postupně, ale určitě pravdivě. A on by si pak sám rozhodl, jestli chce, aby to někdo z rodiny také všechno věděl. Tohle je prostě můj názor. Těm mladším většinou řeknou, je to vážný stav, je to s Vámi tak a tak a může se to kdykoliv změnit. U těch starších pacientů to řeknou spíše tak, jako že je to špatný, ale že by přišli a řekli, jak moc to je vážný s tím člověkem, to ne, to ještě asi moc nefunguje.

1: Jak se chováte k příbuzným umírajících pacientů?

2: Když přijdou poprvé a umírající pacient je hodně ve špatném stavu a má kolem sebe spoustu hadiček a monitorů, tak aby ta rodina nebyla úplně zděšená, tak je nejdříve pošleme za lékařem, který jim vše podrobně vysvětlí. Sdělení diagnózy je věcí lékaře a on také rozhodne, do jaké míry bude rodinu o zdravotním stavu pacienta informovat. My už potom jenom dovysvětlíme nebo jim řekneme, že kdyby něčemu nerozuměli nebo chtěli ještě něco vědět, že se můžou klidně zeptat nás. A i kdybychom pro ně mohli něco udělat, tak ať se nebojí se na nás obrátit. Řekneme jim, že můžou přijít za pacientem kdykoliv, že se nemusejí řídit návštěvními hodinami. Že ať jsou s tím svým vážně nemocným člověkem tak dlouho, jak chtějí, že nám to v žádném případě nevadí.

1: Jak u Vás probíhá sdělení o úmrtí příbuzným zemřelého a následná péče o ně?

2: Příbuzné informuje lékař. V případě, že nejsou přímo v době úmrtí na oddělení, tak jim lékař telefonuje. A po tom telefonu jim popřeje upřímnou soustrast, řekne jim, jak dotyčný zemřel, jak to probíhalo, protože spousta příbuzných zajímá, jestli ten jejich tatínek nebo maminka netrpěli a zda umřeli v klidu. Řekne jim, že se můžou stavět na oddělení pro pozůstalost a že jim při tom sestřička řekne vše, co bude potřeba dále zařídit. Když pak títo příbuzní přijdou na oddělení, tak jim podáme ruku a popřejeme upřímnou soustrast a předáme jim věci po zemřelém a ještě jim nabídneme, zda chtějí mluvit s lékařem, protože často mají ještě nějaké otázky, že úplně nevědí, jak dotyčný zemřel nebo se ptají, jak umřel, jestli v klidu usnul. Tohle můžeme říct i my, když jsme zrovna byli s tím pacientem v době smrti. Řekneme jim, že se netrápil, že klidně usnul. Ale jestliže jde o pacienta, kde se to nečekalo, bylo to třeba po resuscitaci, která nevrátila toho člověka k životu, tak v takovém případě to příbuzným vysvětluje vždycky lékař.

1: Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět?

2: Někdy se stane, že Ti příbuzní opravdu chtějí, abychom jim zavolali v případě, že to s tím pacientem bude hodně špatné a nezáleží prý na tom, jestli to bude ve dne nebo v noci, prostě v kteroukoliv hodinu, že oni hned

přijedou. Tak to se snažíme dodržet, ale ne vždycky to jde. Dvakrát se mi stalo, že příbuzní chtěli toho svého zemřelého pacienta vidět i po smrti, když už byl ošetřen a zabalen v prostěradle. Pro mě samotnou je to hrozný pocit, že tam s tou rodinou musím jít a prostě ho rozbalit. Snažíme se tu rodinu už předem připravit na to, že už to nebude tak pěkný pohled, jaký oni znali. Je to strašný, jak tam pak ta rodina kolem něho stojí a nařikají a pláčou. To mě vždycky dostane a většinou neudržím slzy.

1: Myslíš si, že každý člověk má vědět, jak vážně je nemocný?

2: Asi jak kdo. Myslím si, že každý člověk není tak silný, aby tu pravdu unesl a raději si žije ve své nevědomosti. Takový člověk možná i tuší nebo i vidí, že není všechno v pořádku, ale díky tomu, že úplně nezná svůj zdravotní stav, tak sám pořád ještě může věřit v to, že se to třeba zlepší, má pořád tu svoji naději. Já bych to ale chtěla vědět, i kdyby to byla tvrdá pravda, nechtěla bych žít v nějaké nevědomosti nebo aby se rozhodovalo o mně beze mě.

1: Kde si myslíš, že se dnes více umírá-doma nebo v nemocnici?

2: V dnešní době se určitě více umírá v nemocnici. Myslím si, že Ti lidé, i když si vezmou toho svého vážně nemocného člověka domů, tak potom, když už vidí, že je to hodně špatný, tak je dají do té nemocnice, protože nechtějí být u toho, nechtějí se na to dívat a chtějí, aby neměli pocit, že umřeli jim, že jsou za to zodpovědní. Myslím si nebo aspoň to takhle pozoruji, že i Ti lidi na poslední chvíli ještě, i když jim lékaři řeknou, že jim to vysvětlí, že se s tím už nedá nic dělat, tak na tu poslední chvíli se snaží je stejně přivést do té nemocnice, kde pak zemřou. Myslím si, že umírání je dneska více neosobní, něco, co se snažíme skrýt, někam schovat.

1: Máš ještě nějakou zkušenost s umíráním, která Ti více utkvěla v paměti?

2: Je to asi dva roky, měli jsme na oddělení pána, který měl uzavřenou mezenteriu, byl v takovém stavu, že se to nedalo operovat. My jsme ho přijímali večer, asi kolem půl desáté, hned se sešlo konzilium lékařů (ARO, anesteziolog, náš doktor, chirurg), aby se společně poradili, co dál. Pak šli za tímto pacientem a řekli mu nebo se ho spíše zeptali, že sice může jít na sál, ale pravděpodobnost toho, že na tom sále zemře, že je velká. Nebo že mu dají léky na bolest, aby se netrápil velkými bolestmi, ale že stejně zemře. On se rozhodl, že nechce být operován, ale že by chtěl, aby mu bylo splněno ještě jedno přání, než zemře. Hrozně moc si přál, abychom k němu ještě zavolali jeho rodinu, aby se s nimi mohl rozloučit. Takže jsme někdy asi v deset hodin večer společně s naším doktorem, který té rodině zavolal a všechno jim vysvětlil, zajistili příjezd rodiny do nemocnice. Oni všichni přijeli a všichni se s ním rozloučili. Bylo to takový zkrátka lidský, že jsem si říkala, tak takhle by to mělo být, že se ten člověk sám rozhodne, co sám chce. Že se mu to řeklo na rovinu a že se mu ještě splnilo to, co si hodně moc přál. Že ten člověk sám o sobě rozhodl. Mohl říct, ano chci na sál, ať to dopadne, jak to dopadne. Že se do ničeho netlačil, nikdo ho nepřemlouval, řekli mu pravdu a on sám byl za to rád. Tak to se mi moc líbilo a myslím si, že tak by to mělo být.

Jednou jsme měli na oddělení mladší pacientku, onkologicky nemocnou, s neřešitelnou diagnózou. Měla rakovinu plic, to je pak hrozná smrt, protože takový člověk se nakonec udusí. Tuto pacientku jsme měli na boxovém pokoji, takže tam s ní mohla být rodina ve dne v noci. Příbuzní se u ní různě střídaly, protože ji nechtěli nechat samotnou a chtěli s ní být, až bude umírat. My jsme měli pocit, i když jsme věděli, že jí nemůžeme pomoci, že ji nemůžeme zachránit, tak že jsme pro ni něco udělali, když mohla zemřít po boku své rodiny. I toto umírání bylo takové lidské.

1: Co Ty sama by jsi změnila v péči o umírající pacienty?

2: Já bych měla takovou vizi, že by na tom oddělení byla prostě taková místnost, takový nějaký pietní pokoj, kam by se Ti umírající pacienti dali, kde by se s nimi i ta rodina mohla v klidu a soukromí rozloučit. Tam by s ním mohla ta rodina zůstat ještě nějakou chvíli i po té smrti, kdyby si to přáli. Mně zkrátka přijde takový nedůstojný, že když nám pacient zemře při příjmu, tak je dáváme do koupelny, protože vlastně není kam, tak to mi přijde takový neetický. A i na té otevřené jipce, což je vlastně velká místnost pouze s plentami mezi pacienty,

tak když tady někdo zemře, tak taky zůstane ten zemřelý pacient na tom oddělení, než se přeloží na patologii. Tak to bych určitě chtěla změnit, aby to umírání bylo důstojnější, Ti lidé i jejich příbuzní si to zaslouží.

Měli jsme také nařízení, že musíme při příjmu pacienta nabízet duchovní podporu, což mi přijde dost zvláštní a někdy možná i nebezpečný. Já osobně si myslím, že kdybych přišla do nemocnice a někdo na mě hned při příjmu vybalil to, že si můžu nechat zavolat faráře, tak nevím, asi by se mi to moc nelíbilo a hlavně bych si myslela, že to už je asi se mnou hodně špatný. Asi to na psychickém zdraví člověka moc nepřidá. Asi bych tomu dala trochu individuálnější přístup, spíš bych počkala, jestli o tom nezačne pacient nebo jeho rodina sama mluvit, jestli není možnost zavolat nějakého duchovního. Tuhle službu máme a občas ho i voláme, když si to pacient nebo jeho rodina přeje.

1: Jak u Vás probíhá samotná péče o mrtvé tělo?

2: Když nám někdo zemře, tak zavoláme lékaře, který konstatuje po ohledání úmrtí pacienta. My pak odstraníme všechny hadičky, umyjeme ho, popíšeme a zabalíme do čistých prostěradel. Ještě musíme zkontrolovat, zda nemá na sobě žádné šperky a zda nemá zubní protézy. Každý zemřelý musí mít náramek s identifikačními údaji, na to se u nás velice dbá. Pak musíme vypsát formulář o manipulaci s tělem a tam se musíme podepsat, že jsme vše řádně zkontrolovali a že je vše správně provedeno. Pak se tento formulář spolu s tělem zemřelého po dvou hodinách odesílá do márnice. Je dobré, že když se to stane a někdo zemře, že tu nejsme nikdy sami, že tu je vždycky několik sester a člověk má vždycky možnost s někým si o tom promluvit, o někoho se opřít.

1: Je někdo nebo něco, co ti pomáhá vyrovnávat se s umíráním?

2: Dneska je to určitě jiné, než v době, když jsem nastoupila. V té době jsem měla takové jedno období, které trvalo asi dva měsíce, kdy mi zkrátka každou službu někdo umřel a dokonce, když už pomalu dobíhal ten druhý měsíc, tak snad i dva lidé za směnu. To už jsem si pomalu začala říkat, že na to nemám, že tohle asi nezvládnou. Měla jsem ale na oddělení úžasnou kolegyni, se kterou jsem si o tom mohla dostatečně popovídat. Ona mi také půjčila i nějaké knížky, např. Rok po životě a i jiné, kde jsem se o tom také dost věci dozvěděla. Tahle kolegyně mi opravdu dost pomohla a tak nějak jsem se s tím postupně vyrovnala a smrt vzala jako fakt, který k životu patří. Já sice nejsem věřící, jako že bych věřila v Boha, ale člověk to tak nějak v sobě uzavře. Že už pak je po smrti těm lidem lépe, že už se nemusejí trápit, že jsou někde s těma svýma dávno zemřelými příbuznými, že prostě odešli. Takhle se s tím musí člověk nějak smířit. Ale ty začátky byly opravdu kruté.

1: Přemýšlela jsi někdy o tom, jak a kde by jsi Ty chtěla jednou zemřít?

2: Tak o tom jsem ještě, abych se přiznala, moc nepřemýšlela. Samozřejmě, že každý člověk ví, že musí jednou zemřít, ale jak a kde. Tak určitě bych se nechtěla trápit, aby ze mě všude koukali samé hadičky a abych tam ležela jako tělo bez duše a aby všichni kolem mě chodili po špičkách a brečeli, tak takhle bych určitě nechtěla skončit. Zatím to ale beru spíše jako realitu, že to někdy prostě musí přijít, ale jak a kdy, tak to ještě nevím.

1: Co Tě přimělo k téhle práci?

2: Asi vždycky jsem chtěla dělat s lidmi a tak nějak jim pomáhat. Být nějak užitečná. Je pravda, že i tahle práce má někdy i svá úskalí, ale nedovedu si dost dobře představit, že bych dělala něco jiného. Myslím si, že když je dobrý kolektiv, tak to pomůže vyrovnat se i s úskalími, která tato práce přináší a to i to umírání.

1: Jestli už teda nemáš nic, co bys mi chtěla k tomuto tématu ještě říct, tak Ti moc děkuji za rozhovor.

Příloha E - 3. rozhovor

1: Jsem studentkou bakalářského studia na lékařské fakultě v Hradci Králové a v rámci své bakalářské práce na téma „Vliv umírání a smrti na profesi všeobecné sestry“, bych se Tě chtěla zeptat na pár otázek. Předem se musím zeptat, zda s tímto rozhovorem souhlasíš.

2: Ano, souhlasím.

1: Jak to na Vašem oddělení chodí v rámci péče o umírající pacienty?

2: Tak u nás na jipce máme sedm lůžek, z toho dvě lůžka boxová. Myslím si, že vážně nemocný nebo spíše už umírající pacient by měl být umístěn na tato boxová lůžka, protože by měl mít tak nějak klid na to umírání, klid sám na sebe a svoje myšlenky a ne aby musel poslouchat rozhovory ze všech stran od ostatních spolupacientů. Toho bychom ho měli vyvarovat a dopřát mu klid. Taky tito umírající pacienti mívají více návštěv, se kterými si chtějí třeba sdělit ještě nějaké osobní nebo až intimní věci a na pokoji, kde jsou od sebe pacienti odděleny jenom hadrovými plentami a kde každý slyší všechno se to moc nehodí a i Ti lidé mají takové vnitřní zábrany se o tom před všemi bavit. Snažíme se, aby to umírání bylo co nejdůstojnější, aby netrpěli velkými bolestmi a cítili se pokud možno v uvozovkách řečeno spokojeně. Aby při jakékoliv sebemenší manipulaci nesténali bolestí a aby byly uspokojeny všechny jejich potřeby v rámci možností.

1: Co Ti je nepříjemný při komunikaci a ošetřování umírajících pacientů?

2: No určitě ta jejich psychika. Oni vlastně, jak to říct, jsou smířeni, ale může být vlastně i to, jako že bojují a je vidět, že se jim nechce umřít, ale že už nemají tu sílu dál bojovat, tak to je strašně zraňující. Nevím, jak bych to vyjádřila, prostě to člověka bolí za toho nemocného. Člověk pak nad tím doma přemýšlí a nedá mu to spát. Musím si asi zakázat na to takhle jakoby úplně myslet, ale je to strašně těžký, chovat se v takových situacích zcela profesionálně a držet se stranou, protože člověk vnitřně cítí, že je to hrozný a ta realita je taková, že Ti lidé odcházejí, prostě umírají. A ty nemoce jsou a budou. Jak já říkám, dobře ta moje babička měla 99 let, když zemřela, užila tady života spousta, měla na to už věk, ale když pak člověk vidí, že se to stane třeba v padesáti, že člověk zemře i dřív, mnohdy umírají hodně mladí lidé, tak je to prostě mnohem, mnohem strašnější, prostě horší. Nevím, jak bych to přesně vyjádřila, ale pečovat o ně, je někdy opravdu náročné, hlavně po psychické stránce.

A co se týče komunikace. Tak asi jak s kým, to je taky takový, někdo o tom mluví, tak mi na to řekneme, tak jděte, tak takhle ještě nemluvte, to zas ještě ne nebo řeknu něco ve smyslu jako, že víra tvá Tě uzdraví nebo že naděje umírá poslední, ale někdy je to hodně těžký. Prostě když člověk vidí, že už to je jakoby pravda a nic moc už se nedá dělat, tak já nevím, asi na to nic neříkám nebo se spíš snažím vzít toho člověka za ruku, pohladit ho, protože na to se ani nic říct nedá. Je to taková zvláštní situace, spíš s ním soucítit a chvilku zůstat, třeba i beze slov. Je to fakt těžký.

1: Prodlužuje se na Vašem oddělení trápení a umírání pacientů?

2: Myslím si, že občas se to stane. Myslím si, že u některých pacientů i přes to, že se po medicínské stránce vyčerpají veškeré možnosti léčby, tak Ti lidé se stále udržují tak nějak uměle při životě. Možná i Ti lékaři to berou jako svoji prohru, když jim někdo zemře a nedokážou ho vyléčit, tak možná i proto se snaží tu smrt co nejvíc oddálit. Někdy Tito pacienti musejí podstoupit celou řadu různých vyšetření, které jim podle mého názoru už stejně nepomůžou. Když člověk vidí, že se to opravdu prodlužuje tou léčbou, takové to trápení a stejně, když to řeknu blbě, že to stejně k ničemu není, že to možná prodlouží o týden život a stejně ten člověk zemře. Je to hrozný, ale je to tak. Ale určitě bych nikomu takhle, jako že nějakou eutanázií, to určitě ne. Ty pacienty přeče nikdo z nás nezná tak dobře a nedokáže se vžít do jejich pocitů a stanovit hranici, kdy už by měl být konec, to nedokáže nikdo z nás. Ano, tu manželovu babičku jsem znala nějakých dvacet let a znala jsem jí v době, kdy to byla pořád čubr babka plná života a najednou zůstala takhle vážně nemocná. Myslím si, že měla pěkný a dlouhý život a že nám byla i vděčná, že se nemusela dál trápit a mohla se s námi všemi rozloučit a v klidu umřít.

1: Požádal Tě někdy pacient o urychlení smrti?

2: A ne jenom pacient, ale i ta manželova babička, když jsme ji měli doma, tak ona mi vždycky říkala „holka pýchni mi něco“ a já na to „co chcete babi, máte bolesti“ a ona na to „ne, však ty víš, aby už to skončilo“, ona měla prostě takový výkyvy a navíc byla ve znamení berana, takže byla strašně paličatá, ale jinak byla strašně hodná a trpělivá, my jsme jí museli vymyslet vždycky nějakou práci a tak to ona pak vždycky přešla. Nesměla mít moc času na to, aby se zabývala sama sebou. No určitě bych jí nic nepýchla, to samozřejmě ne. Na té bolesti bych jí asi pýchla. I když je pravda, že pak, jak ji přivezli do nemocnice, když jsem jí já viděla, jak už měla cyanotický prsty na těch rukách, to měla asi nějaký ileus, tak vím, že jsem šla za primářem ARA a poprosila jsem ho nebo jsem se ho spíše ptala, že kdyby jí chtěli operovat, jestli by to šlo nějak udělat, aby to už nedělali, aby jí neprodlužovali to trápení, protože si myslím, že to už k ničemu nebylo. Už jsem viděla, že to už dál nejde, že tam byl už i ten značně pokročilý věk, necelých 99 let.

1: Jak u Vás probíhá sdělení závažné diagnózy?

2: No to je dost individuální. Každý pacient to snáší jinak. Některým se to postupně naznačuje, postupně se na to připravují a to jak Ti pacienti, tak i příbuzní. Někteří příbuzní jsou chápající a vědí, že to je dost špatný a berou to tak a jiným příbuzným se to řekne opakovaně, že je to už značně špatný zdravotní stav a oni dělají, jako že to neslyší nebo slyšet nechtějí a pořád vyžadují další vyšetření a péči, ptají se opakovaně na další možnosti léčby a stále něco hledají, co by se ještě dalo udělat. Oni se ve skutečnosti bojí toho odchodu toho svého blízkého člověka a řekla bych, že je to fakt zcela individuální. Stejný je to i s těmi pacienty. Záleží také na lékaři, jak to podá. Někomu se to může říct zcela otevřeně, protože už to z větší části stejně tuší a nechtějí, aby se jim cokoli v zatajovalo. Někomu to ale popravdě zcela neřeknou, samozřejmě, že mu řeknou, že něco není v pořádku, to i ten pacient vidí, ale nevezmou mu takovou tu jeho naději, že by se to třeba ještě mohlo zlepšit k lepšímu, protože si lékař myslí, že by to psychicky ten pacient neunesl. Některý pacient i řekne, že už prostě umírá, že už to tak cítí na sobě a někdo si to prostě nepřipouští a jakoby bojuje pořád a i Ti příbuzní. Zrovna nedávno k nám přivezli staršího pána, on teda neumíral, ale i tak se Ti příbuzní chovali zvláště. Nejdříve tvrdili, že nám důvěřují s tou péčí, ale přesto si hned první den hospitalizace chtěli ofotit veškerou dokumentaci. To už budilo takový ten pocit nedůvěry a tak to může být i u těch umírajících lidí, vlastně se ta rodina nemůže a nechce smířit s tím, že jim někdo blízký odejde.

1: Jak se chováte k příbuzným umírajících pacientů?

2: No určitě pokorně, vstřícně, snažíme se jim jakoby pomoci, když si s něčím nevědí rady nebo nejsou si tím jisti nebo jim i poradit, když nevědí, jak se mají ke svému těžce nemocnému příbuznému chovat. Snažíme se jim vyhovět v jejich požadavcích v rámci možností. Chováme se k nim vlastně tak nějak laskavě a soucitně. Samozřejmě, že víme nebo si uvědomujeme, že to je pro ně bolestivá záležitost. A i když třeba v té rodině byly nějaké rozpory, vždyť ve všech rodinách nějaké jsou a i když všechny chvíly nebyly úplně růžové, tak stejně nakonec ta ztráta člověka každého bolí. Proto se je snažíme chápat a i některé jejich reakce, jako nechci říct, že by nám nadávali, ale i takový nějaký jakoby hysterické reakce občas jsou. Tak je chápat a dál to nerozdmýhávat, ale spíše naopak je uklidnit a pomoci jim se s tím nějak vyrovnat. Když už se to jakoby v uvozovkách ví, že někdo umírá nebo že to s ním je hodně špatné, že z medicínského hlediska už není žádné jiné možnosti, že zkrátka můžou očekávat to nejhorsí, tak v těchto případech se jich vždycky ptáme, jestli než dojde k tomu konci, jestli chtějí být u toho, jestli se chtějí přijít ještě rozloučit a zda jim tedy máme zavolat v kteroukoliv hodinu. Snažíme se, aby s těmi svými umírajícími mohli trávit co nejvíce času. Já si třeba sama neumím představit, že bych neměla rodiče, tak tohle si vůbec nedovedu představit. A protože ta doba je dost uspěchaná a člověk pořád nemá čas, tak si myslím, že ty své rodiče také odbývám, že je vidím většinou jednou za čtrnáct dnů, jinak že si voláme, ale pocitově prostě vím, že jsou a když by měl jeden z nich odejít, tak nevím, prostě si to vůbec nedovedu představit, vůbec si to nechci připustit. Takhle se snažím vcítit do těch příbuzných těch zemřelých lidí, jako nějak, jak oni to cítí. Víím, že prostě přibývají nemoci, že přibývají roky, že nikdo nemládne, ale nevím, jak bych se s tím vyrovnala, to fakt nevím.

1: Jak u Vás probíhá sdělení o úmrtí příbuzným zemřelého a následná péče o ně?

2: No buďto je to domluvený, že se jim zavolá telefonicky kdykoliv v noci nebo se jim volá hned ráno. To vždycky vyřizuje lékař, který jim popřeje upřímnou soustrast a sdělí jim, v kolik hodin došlo k úmrtí a jak to probíhalo, protože spousta příbuzných potřebuje vědět, že se ten pacient netrápil, že neměl bolesti a že umřel v klidu ve spánku. Pak, když si přijdou pro pozůstalost, tak jim popřejeme upřímnou soustrast, předáme věci po zemřelém a řekneme jim, co ještě musejí udělat a kam musejí dojít, toto všechno jim dáváme i v písemné formě, protože oni jsou tou smrtí tak nějak plní a nedokáží se tak úplně soustředit na to, co jim říkáme. Myslím si, že je také dobré, že si většinou pro pozůstalost člověk nepřijde sám a tak mají oporu v sobě navzájem. Dáváme jim také kontakt na sociální pracovníci pro případ, že by si s něčím nevěděli rady. V případě, že se chtějí ještě lékaře na něco zeptat, tak jim ho zavoláme.

1: Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět?

2: Myslím si, že je stále dost případů, kdy Ti příbuzní chtějí být s tím svým umírajícím v domě smrti a myslím si, že jsou i rádi, když se to tak podaří, protože pak cítí zadostiučinění, že je nenechali v té poslední chvíli na to umírání sami. Myslím si, že by to tak mělo být.

Vidět toho svého mrtvého milovaného člověka už chce méně lidí, asi si jsou už tak nějak jisti, že už to nebude ten člověk jako dřív a na to asi každý sílu nemá a raději si chce zachovat ty hezké vzpomínky.

1: Myslíš si, že každý člověk má vědět, jak vážně je nemocný?

2: Myslím si, že je spousta lidí, kteří sice vědí, že jejich zdravotní stav je vážný, ale to, že už to bude spíše jenom horší a dosti rychle to bude spět k tomu konci, tak takhle úplně to spousta lidí neví a tak si myslím, že stále doufají v nějaké zlepšení, že zkrátka přijde nějaký zlom a že se to zlepší, že zkrátka nepočítají s tou variantou, že by tu už během několika měsíců nemuseli být a že i ty bolesti a zkrátka celkový zdravotní stav bude ze dne na den horší. Já sama taky nevím, jestli bych chtěla vědět úplně všechno, kdyby to měla být po zdravotní stránce moc špatná zpráva, možná bych taky chtěla vědět jen něco a nechat si ještě nějakou naději, zůstat trochu v takové nevědomosti. Ale někdo to chce vědět všechno a popravdě, vlastně jak se říká natvrdo, aby si to dokázal všechno v hlavě nějak srovnat, poprat se s tím a nakonec i vyrovnat a mohl si spoustu věcí zařadit a urovnat ještě zaživa. Ale to asi dost záleží na tom, jak je ten člověk silný, zkrátka je to případ od případu, ale sdělení závažné diagnózy není snadné, jak pro lékaře, tak pro žádného pacienta a reakce na to jsou také u každého jiné. Někdo to vzdá hned od začátku a někdo se s tím pere až do poslední chvíle.

1: Kde si myslíš, že se dnes více umírá-doma nebo v nemocnici?

2: Když je to, když řeknu z plného zdraví, tak většina těch lidí asi umírá v nemocnici. Občas se najde i to, že si je vezmou domů a chtějí, aby umřeli doma, ale to se stává hodně málo. I když si asi každý přejeme umřít tak nějak mezi svýma a doma, ale asi se to tak většinou nestává, asi se toho tak nějak dneska více obáváme. Dneska se také víc léčí, medicína šla hodně dopředu, tak si asi spousta lidí myslí, že v nemocnici se každý zachrání nebo že aspoň ty bolesti nebudou tak nesnesitelné. Myslím si, že když je člověk nemocný a léčí se, tak i když se jim řekne, že už ten stav je hodně vážný, že už to spěje k tomu konci, tak ta rodina si málokdy vezme na ty poslední dny toho člověka domů. Manželův strejda umřel vlastně loni, měl rakovinu plic, diagnostikovali mu to na vánoce a do roka, vlastně v listopadu následující rok zemřel. Jezdil na léčbu, vždycky jakoby proběhla léčba, pak šel domů a zase dokola. Pak se to náhle zhoršilo, byl v nemocnici, pak šel třeba na dva dny domů, ale v té poslední fázi ho dali také do nemocnice, protože měl velké bolesti a začal být dost dušný. Doma není možnost těch analgetik na bolesti jako v nemocnici, proto byl v nemocnici, protože měl silný bolesti, kde dostával silná analgetika a nějaké infuze. Teta volala našemu dědovi, jako aby tam přijel, že už to je hodně špatný. Takže byl taky v nemocnici, byl na menším pokoji, kde byl sám, takže tam mohl mít tu svoji rodinu ve dne v noci. Teta tam trávila spoustu času a byla s ním i v době smrti, za co byla moc vděčná. Myslím si, že asi více lidí zemře v nemocnici, když to asi není náhlé úmrtí.

1: Máš ještě nějakou zkušenost s umíráním, která Ti více utkvěla v paměti?

2: Letos nám zemřela manželova babička, kterou jsme měli i doma, když jsem byla na mateřský, tak jsme se o ni starali skoro deset měsíců, když umírala. Když to tak řeknu, umírala v krásném věku, měla skoro 99 let, byla už hodně nemocná, ale ještě pořád ji její mozek fungoval, ale to tělo už pomalu a jistě odcházelo. Jednoho dne mi volal děda, že mu volali z domova důchodců, že mu volali a říkali mu, že je to s babičkou hodně špatné. To bylo hned po vánocích, protože na štědrý den jsme ji měli ještě doma a po vánocích se hned takhle zhoršila. Volali, že ji převezli do nemocnice. Děda hned volal mně, že ať se tam jdu podívat, že leží na chirurgii s velkými bolestmi břicha. Tak jsem se tam šla podívat a hned při zpáteční cestě jsem volala dědovi, že jestli ji chce vidět ještě živou, že to je s ní dost špatný, tak ať tam zajede ještě dnes a na nic nečeká. Děda tam hned zajel, rozloučil se s ní a babička opravdu do rána zemřela.

1: Co Ty sama by jsi změnila v péči o umírající pacienty?

2: Tak úplně ideální by bylo, kdyby měl každý pacient svůj malý pokojík, protože by tam byla zaručena ta intimita, protože přes ty plenty je přece jenom všechno slyšet, to určitě. A Ti příbuzní, kdyby tam přišli, tak by nebyli už rušeni a mohli by tam být časově neomezeně, mohli by tam i přespat, kdyby si potřebovali odpočinout, protože člověk také nemůže vydržet všechno. Také by na tom pokojíku mohli zůstat ty dvě hodiny po smrti a nijak by to nenarušovalo chod oddělení a předešlo by se nepříjemným pohledům ostatních lidí, kteří to pak psychicky hůře nesou a bojí se pak více o své zdraví.

1: Jak u Vás probíhá samotná péče o mrtvé tělo?

2: Smrt pacienta vždycky konstatuje po ohledání lékař, současně stanoví i čas úmrtí. Vlastní ošetření se u nás většinou provádí zrovna na tom lůžku, pouze se zatáhnou plenty, aby bylo co nejméně vidět. Proto je lepší, když takový pacient zemře v boxu, i to ošetření je tam takové důstojnější. Pacient se svlékne, zbaví se všech hadiček, zkontroluje se dutina ústní, zkontroluje se, zda nemá nějaké šperky, které pak jdou do dědického řízení, Někdy se musí pacient i omýt, na stehno se napíšu patřičné údaje a zemřelý se zabalí do prostěradla a ponechá na oddělení ještě dvě hodiny, než se přeloží na oddělení patologie. Zde na jipce mi ošetřování zemřelého nedělá takové potíže, jako když jsem kdysi dávno pracovala na standardním oddělení, protože tady není člověk nikdy sám a to ani ve dne tak ani v noci. Když jsem bývala na standardním oddělení, kde jsem byla o noční službě sama, tak pak , když někdo zemřel, tak to bylo horší, že člověk měl takový špatný pocit. Jednou se mi dokonce stalo, ale to už je spousta let, že když jsem začínala, tak jsem to mrtvé tělo asi špatně zabalila a ta mrtvá ruka mi spadla, tak jsem se lekla, bylo to hodně nepříjemný. Ale tady jsme tři ve dne v noci, takže to tak nějak nevnímáme, ale když je tam člověk jakoby sám, tak to je horší.

1: Je někdo nebo něco, co ti pomáhá vyrovnávat se s umíráním?

2: Já už si někdy přijdu taková, jako že už jsem těmi roky jakoby otupělá, protože já už ani na těch pohřbech jakoby nebrečím nebo ne nebrečím, ukápně mi sice slza, ale není to takový to hrozný vzlykání a nařikání, jako když vidím ostatní, jak hrozně brečí . Proto si občas říkám, jestli nejsem úplně bezcitná, ale je to asi hlavně tím, že člověk dělá tuhle práci už spousta let, tak už jsem asi nějak obroušená nebo si to spíš asi nechci moc připouštět, aby mě to zcela nevysávalo a abych si udržela to svoje zdraví a tak nějak tím vnitřně nevyhořela. Protože jak to člověk prožívá, tak by se z toho musel úplně zbláznit. Nechci říct, že se distancuji, ale prostě řeknu, že je to hrozný a když to byl ke všemu ještě hodně mladý člověk, je to strašný, ale snažím se, abych na to jakoby víc nemyslela. Abych se trochu uchránila takového nějakého toho, já nevím, prostě abych si uchránila takový to svoje zdraví, jakoby v uvozovkách zdraví psychiky. Hlavní oporou mi je určitě moje rodina, jsem ráda, že ji mám.

1: Přemýšlela jsi někdy o tom, jak a kde by jsi Ty chtěla jednou zemřít?

2: Asi díky této práci o tom tak nějak přemýšlím a určitě vím, jak bych umírat nechtěla. Když vidím takový to umírání na čtrnáct dnů, takový to nekonečný prodlužování, což není úplně dobrý, jsou to třeba dlouhodobě nevléčitelně nemocní lidé nebo když Ti lidé se už pak ani nehýbou, ale když jim hlava stále myslí a oni vědí, že se nemůžou už ani hýbat, to je takový, to bych opravdu nechtěla, tak takhle bych umírat určitě nechtěla. Asi

nikdo si nemůže přesně naplánovat, kdy a jak umře. Asi bych chtěla, aby to bylo rychle a bez bolestí, abych se nemusela trápit já a ani moje rodina, která by mě musela litovat. Asi nejlepší smrt je taková, že člověk, který nemá bolesti večer usne a ráno se už prostě neprobudí, tak takovou smrt by si přál asi každý z nás.

1: Co Tě přimělo k téhle práci?

2: To abych studovala zdravotní sestru bylo původně přání mých rodičů, takže jsem to respektovala a řekla bych, že postupem času jsem se s tím smířila a říkám si, že když člověk svoji práci dělá alespoň trochu rád, tak je spokojený jako já. Tu práci mám ráda a nedovedu si dnes dost dobře představit, že bych dělala něco jiného. Není vždycky jenom to špatný, je i to hezký, že jsou lidi vděční a poděkují, prostě i doktoři dokážou poděkovat. Máme mezi sestrami dobrý kolektiv, takže se i společně scházíme, společně se i zasmějeme, tak to je taky moc hezký a myslím si, že i tu práci to dělá lehčí a příjemnější. Líbí se mi tu, jsem zde spokojená, i když každá práce má to svoje.

1: Jestli už teda nemáš nic, co bys mi chtěla k tomuto tématu ještě říct, tak Ti moc děkuji za rozhovor.

Příloha F - 4. rozhovor

1: Jsem studentkou bakalářského studia na lékařské fakultě v Hradci Králové a v rámci své bakalářské práce na téma „Vliv umírání a smrti na profesi všeobecné sestry“, bych se Tě chtěla zeptat na pár otázek. Předem se musím zeptat, zda s tímto rozhovorem souhlasíš.

2: Ano, souhlasím.

1: Jak to na Vašem oddělení chodí v rámci péče o umírající pacienty?

2: Já pracuji na standardním interním oddělení teprve několik málo let. Na našem oddělení je maximální stav pacientů osmnáct a se smrtí se u nás na oddělení setkáváme poměrně často. Vždyť také mnoho lidí si obecně myslí, že interní oddělení je poslední štací před patologií, s tímto názorem se setkávám celkem často. Pokud u nás na oddělení leží pacient se závažnou diagnózou, u kterého se očekává postupné zhoršení stavu vedoucí postupně ke smrti, kdy už se z medicínského hlediska nedá nic moc dělat, než se snažit u toho pacienta tlumit bolesti, tak takové pacienty se snažíme dávat spíše na jeden pokoj, protože zase když přijde pacient třeba jen s bolestmi zad, tak ho to spíše psychicky rozhodí, když vidí, jak tam někdo umírá. I když se snažíme k těmto pacientům stavět zástěny, ale úplně oddělit to nejde, je to zkrátka někdy těžký. U nás máme dva čtyřlůžkové a dva pětilůžkové pokoje, takže zajistit u těchto pacientů nějaké soukromí zkrátka moc nejde. Snažíme se, aby se Tito umírající pacienti cítili co nejlíp, aby netrpěli bolestmi. Snažíme se v rámci možností, aby u nich byly uspokojeny všechny jejich potřeby.

1: Co Ti je nepříjemný při komunikaci a ošetřování umírajících pacientů?

2: Mluvit s umírajícím o smrti, když on sám o tom začne mluvit, to je hrozně těžký, protože tomu člověku nechcete ublížit. Ten člověk to sám už ví a cítí to, že se ta smrt už tak nějak blíží, tak to je hodně těžký o tom jen tak mluvit. Spíše říkáme něco v tom smyslu, že to bude ještě dobrý, snažíme se jim tu psychiku trochu nadzvednout, ale samy mnohdy víme, že to tak nebude a o to je to těžší. Často také pacienti říkají, že sem už nepatří, že už přesluhují, tak na to se jim snažím říct, že to ještě určitě zvládnou. Někdy třeba převedu hovor úplně na jiné téma, protože v tu chvíli opravdu nevím, co říct.

Umírající pacienty ošetřujeme s úctou a se zachováním veškeré důstojnosti. Aby byli v čistotě a netrpěli bolestí. Snažíme se, aby Ti lidé, pokud umírají, tak aby to umírání bylo důstojné.

Je mi dost nepříjemný, když mi někdo zemře o noční službě, protože jsem na tom oddělení sama, myslím sama jako sestra, protože sloužíme po jedné sestře, to pak mám takové zvláštní pocity a nemám se o to s kým podělit, nemám si s kým promluvit.

1: Prodlužuje se na Vašem oddělení trápení a umírání pacientů?

2: Myslím si, že někdy jo. Je mnoho pacientů, kteří už jakoby sami nemají sílu žít, ale my je stále držíme při životě, že jim to jejich umírání pouze o několik dnů prodloužíme. Takový člověk už leží bezvládně v posteli, už ani nekomunikuje a je zcela odkázaný na naši péči a v jejich očích je něco takového, co mě mnohdy tak trochu děsí, jakoby nám říkali, že už to takhle dál nechtějí. To už s normálním životem nemá nic společného. Je to pak těžký, jak pro nás, tak i pro ty příbuzné toho pacienta. Někdy se ten pacient jakoby každým dnem mění k horšímu, jak postupně chátrá, stává se více pohublým, ztrácí úplně svou původní zdravou podobu, tak takhle bych nechtěla vidět umírat nikoho z rodiny, to je pak hrozné i pro ty příbuzné, když se jim ten člověk každým dnem ztrácí před očima a nemůžou mu nijak pomoci. To je psychicky hodně náročný.

1: Požádal Tě někdy pacient o urychlení smrti?

2: Občas se samozřejmě stane, že ten pacient má takové bolesti nebo že se mu zdá, že už ten jeho těžký a beznadějný stav trvá nějak dlouho a že on by už chtěl, aby tomu byl konec, že už by chtěl umřít. Proto se občas stane, že takovýto pacient nás třeba poprosí, jestli bysme mu nemohli pýchnout vyšší dávku léku nebo něco, co by to jeho trápení už ukončilo. To je pak dost zvláštní situace, co hned říct, většinou voláme lékaře, zda by nešla medikace ještě nějak upravit ku prospěchu pacienta, aby se tak netrápil.

1: Jak u Vás probíhá sdělení závažné diagnózy?

2: Sdělení diagnózy, závažnosti zdravotního stavu je vždycky věcí lékaře. On také rozhoduje o tom co, kdy a jak pacientovi nebo jeho rodině sdělí. Vždycky záleží na lékaři, některý to umí hezky a s citem tomu pacientovi a i té rodině vysvětlit, že to pak ten pacient i lépe vstřebá. A některý lékař to řekne tak nějak natvrdo a všechno a ne každý člověk se s tím dokáže tak rychle poprat. Myslím si, že spousta pacientů je ráda, že jsou popravdě o svém stavu informováni, že mají možnost ještě určité věci zařídít a některé lidi ještě vidět, než umřou. Že tak nějak se můžou s tou smrtí smířit, ne každý se však chce se smrtí smířit, s pocitem, že se už nedá nic dělat. Některý pacient ani nechce, aby závažnost diagnózy jeho rodina znala, aby o tom byli informováni, protože nechce, aby ho od teďka až do smrti ta rodina litovala a chodili kolem něho po špičkách. Sdělení závažnosti diagnózy je opravdu věcí individuální a ne pro lékaře lehkou.

1: Jak se chováte k příbuzným umírajících pacientů?

2: Snažíme se jim vyjít maximálně vstříc, protože ani pro ně to není nijak lehké. Snažíme se v rámci možností, aby s tím svým umírajícím člověkem mohli být co nejvíce, takže je neomezujeme nějakou návštěvní dobou. Samozřejmě, že na pokoji, kde leží několik dalších pacientů je to mnohdy horší, než by to bylo, kdyby takový pacient ležel na malém jednolůžkovém nebo dvojlůžkovém pokoji, kde by ta rodina mohla trávit více času a nijak by to nezatěžovalo chod oddělení. Těmto příbuzným řekneme, že kdyby něčemu nerozuměli, protože mnohdy mají Tito pacienti kolem sebe spoustu různých hadiček a přístrojů nebo se chtěli na cokoli zeptat, ať se nestydí za námi přijít, že buďto jim to řekneme my sami nebo jim to vysvětlí lékař, proč to tak je. Někdy se jim snaží i ten lékař tak nějak naznačit, aby si už nedělali plané naděje, že by se to nějak zlepšilo k lepšímu, ať se spíše připraví na to nejhorší. Myslím si, že je to lepší, než těm lidem dávat nějaké plané naděje, to si myslím, že není dobré. Takhle jsou na tu smrt už tak nějak připraveni, i když na to se asi nedá nějak připravit.

1: Jak u Vás probíhá sdělení o úmrtí příbuzným zemřelého a následná péče o ně?

2: Když někdo zemře, tak o tom rodinu informuje vždycky lékař. Když ta rodina není zrovna v okamžiku smrti na oddělení, tak se jim volá. Je stále mnoho příbuzných, kteří chtějí, aby se jim zavolalo kdykoliv, že vůbec nezáleží na čase. To mi máme v papírech poznamenaný a také se to snažíme dodržet. Lékař jim popřeje upřímnou soustrast a řekne jim, v kolik ten dotyčný zemřel a jak to probíhalo. Většinou se snaží tu rodinu

uklidnit a tak jim ještě řekne, že ten pacient při umírání netrpěl a že to bylo rychlý a aby si, až se jim to bude hodit, tak aby si přišli na oddělení pro pozůstalost. My jim taky vždycky podáváme ruku, ptáme se jich, jestli chtějí ještě něco vědět od lékaře a předáváme jim pozůstalost. Řekneme jim, že cennosti, jestliže ten pacient měl, že půjdou do dědického řízení. Pak jim řekneme, že musejí ještě zajít na pohřební službu, kde řeknou, kde pacient zemřel a ostatní už všechno zařizuje ta pohřební služba. Snažíme se s těmi pozůstalými vždycky soucítit. Někdy jim dokonce musíme podat i tabletu na zklidnění. Myslím si, že je lepší nebo i v praxi se nám osvědčilo, že je lepší, když si pro pozůstalost nepřijde člověk sám, ale v doprovodu někoho, že se s tím pak lépe vyrovnají, že se navzájem podpoří.

1: Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět?

2: Někteří příbuzní by snad i chtěli být s těmi svými umírajícími pacienty až do konce, ale v našich podmínkách to moc nejde, nejsme na to přizpůsobeni. Je to asi chyba, ale u nás to prostě tak nějak nejde a hlavně ne v noci. Nemáme prostě malé pokoje, kde by bylo zajištěno to soukromí a i neomezenost návštěv ve dne v noci. Musíme myslet i na ostatní pacienty. Je to z provozních důvodů u nás špatný a nedořešen. Občas se i stane, že když jim lékař v noci volá, že ten pacient zemřel, tak že se ještě na něj chtějí někteří příbuzní přijet podívat a rozloučit se. My je pak ale tak trochu připravujeme na to, že ten zemřelý už nevypadá tak, jak ho naposledy viděli, aby pak z toho nebyli nepříjemně překvapeni. A i to, že jsou už pak zabaleni jenom v prostěradle nepůsobí moc dobře.

1: Myslíš si, že každý člověk má vědět, jak vážně je nemocný?

2: Já si myslím, že jo, že na to má každý člověk právo. Ale myslím si, že mnohdy příbuzní toho vědí více, než ten samotný člověk. Já sama bych třeba nechtěla, aby za mě někdo rozhodoval nebo aby mě rodina litovala a museli mi lhát, abych se nedozvěděla pravdu, tak to bych opravdu nechtěla. Někdo třeba raději chce žít trochu v nevědomosti, vědět raději míň, aby mohl ještě pořád doufat v nějaký zvrat k lepšímu, ale to není můj případ. Také samozřejmě záleží na lékaři, jak to pacientovi řekne. Ne každý lékař má pro to ten , jak já říkám cit, aby se s tím ten pacient dokázal pomalu vyrovnat. Je to prostě těžký.

1: Kde si myslíš, že se dnes více umírá-doma nebo v nemocnici?

2: Myslím si, že více lidí zemře určitě v nemocnici. Moje rodina je hodně věřící, takže si myslím, že kdyby ten průběh onemocnění byl takový, že by to bylo vážný, ale ne akutní stav k hospitalizaci do nemocnice, tak si myslím, že by ta rodina chtěla, aby ten dotyčný zemřel u nás doma. Ale pokud by nastaly komplikace, tak bychom určitě toho člověka odvezli do nemocnice a tam by také zemřel. Ale podle mě je to u každého člověka individuální. Záleží to prostě na lidech. Ale pokavaď, já si myslím, pokavaď ta rodina vidí, že tomu pacientovi nemůžou pomoci a je to akutní stav s vážnou diagnózou, tak si myslím, že Ti příbuzní jsou radši, že jsou Ti pacienti v nemocnici, protože samy by nebyly schopni jim podat a poskytnout takovou péči, protože na to nemají dostatek prostředků.

1: Máš ještě nějakou zkušenost s umíráním, která Ti více utkvěla v paměti?

2: Měla jsem nemocnou babičku, o kterou jsme se doma starali, ona byla po mozkové mrtvici, dlouhodobě nechtěla vůbec chodit k lékaři na kontroly, tak jsem to musela trochu ohlídat já sama. A pak už ke konci, no bylo to strašně těžký, ale díky mé práci jsem aspoň věděla, jak se o ní postarat, jak o ní pečovat, takže to byl pro mě silný a těžký zážitek. Nakonec jsme také museli dát babičku do nemocnice, protože už pak měla velké bolesti. Nakonec babička zemřela o mé službě, takže to pro mě bylo fakt těžký. Ale díky tomuto zážitku od té doby i víc cítím s těmi pozůstalými, kteří si pak přijdou pro tu pozůstalost. Když tam pak někdy Ti lidé brečí, tak s nimi soucítím a vzpomenu si, jak to bylo u mě a někdy je dost těžký potlačit slzy. Snažím se jim dát najevo, že v tom nejsou samy, ale přesto to musím brát víc profesionálně, jinak by mě to úplně pohltilo. Když se to ale stane v rodině, tak se to nedá brát profesionálně, to je pak hodně o těch citech.

1: Co Ty sama by jsi změnila v péči o umírající pacienty?

2: Určitě bych chtěla, aby na oddělení byly malé pokoje, nejlépe jednolůžkové, kam by se Tito umírající pacienti mohli dát. Ta rodina by se s ním mohla zde v klidu a o samotě rozloučit. Mohli by zde také s tím nemocným trávit více času a nijak by to neobtěžovalo ostatní pacienty a ani ošetřující personál, zkrátka by to nijak nenarušovalo chod toho oddělení a hlavně by Ti pacienti nebyli sami, protože si myslím, že umírat osamocen, že to není nic příjemného. I ta rodina by zde mohla s tím zemřelým ještě nějaký čas po té smrti zůstat, aby se s ním mohli ještě rozloučit. Také si myslím, že by bylo dobré, kdyby na tom oddělení mohla být taková jedna místnost, kam by se ten zemřelý pacient po smrti dal, aby nemusel ležet mezi ostatními pacienty do té doby, než se přeloží na patologii. To také ostatním pacientům na jejich psychickém zdraví moc nepřidá. Tak to mi na tom oddělení také chybí.

1: Jak u Vás probíhá samotná péče o mrtvé tělo?

2: Když někdo na oddělení zemře, tak se zavolá lékař, kterému sdělíme, že máme exitus u toho dotyčného pacienta. Když se to stane na pokoji, kde je více pacientů, tak tam přivezeme zástěnu, aby na to ostatní pacienti nemuseli koukat. Když přijde doktor, zkontroluje pacienta a stanoví čas smrti. My sestry pak dáme zemřelého do polohy na zádech, ruce podél těla, zavřeme mu oči, vytaháme veškeré hadičky, prohlédneme dutinu ústní a pak zavřeme pusku, popíšeme ho na stehno černou fixou (jméno, rodné číslo, datum, hodinu a oddělení, na kterém zemřel) a zabalíme ho do prostěradla. Snažíme se otevřít aspoň na chvíli okno, protože když ten pacient zemře v zimě a venku mrzne, tak ostatním pacientům na pokoji není jak ten zemřelý pacient, tak ani ta zima příjemná. Myslím si, že tím otevřeným oknem ta duše může odejít pryč. Po dvou hodinách se zavolá sanitářům, aby zemřelého odvezli na patologii.

1: Je někdo nebo něco, co ti pomáhá vyrovnávat se s umíráním?

2: Když jsem se setkala poprvé se smrtí, tak mi to připadalo hrozný, obřečela jsem to, bylo to hrozně těžký. Dneska s odstupem několika let už to tak úplně neprožívám, i když zvyknout si na smrt prostě nejde a vždycky to může člověka nějak zasáhnout. Samozřejmě, že když se to stane a pak jdu domů, tak o tom ještě trochu přemýšlím, ale po citové stránce už to není tak silný, jako to bylo na začátku. Už jsem asi více smířená s tím, že to tak prostě v životě chodí, že to tak prostě je. A když se s tím jakoby už počítá, když je ten zdravotní stav toho pacienta už hodně špatný, už se ta smrt každým dnem očekává, tak i pro mě je to potom spíše už taková úleva. Mám i dobrou kamarádku, které se můžu svěřit, když se s tím někdy nemůžu tak nějak úplně vyrovnat, která mi je velkou oporou a můžu s ní mluvit o všem, tak to je moc fajn.

1: Přemýšlela jsi někdy o tom, jak a kde by jsi Ty chtěla jednou zemřít?

2: No tak o tom jsem ještě nepřemýšlela. Já jsem věřící, takže asi určitě bych chtěla umírat důstojně. A pokud možno, tak v nemocnici, protože bych nechtěla, aby na mě koukala rodina, jak se pomalu měním a stávám se zcela odkázaná na pomoci druhých. A hlavně bych chtěla umřít rychle a bez bolesti. Kdybych měla nějakou vážnou diagnózu, tak bych to určitě nedala na sobě znát, aby se ta moje rodina kvůli mně netrápila.

1: Co Tě přimělo k téhle práci?

2: Vždycky jsem si říkala, že budu pracovat s lidmi a budu se o ně starat. Už jako malá holka jsem si hrála na to, že jsem sestřička a moje panenky, že jsou nemocný a že jim musím nějak pomoci. Práce s lidmi se mi moc líbí a hlavně si nedovedu představit, že bych dělala něco jiného. Samozřejmě, že zde lidé umírají, ale to prostě k životu patří. Ale je i spousta případů, kdy Ti lidé umí ocenit naši práci a jsou zkrátka rádi, že jim pomůžeme. Takže vím, že tahle práce má nějaký smysl.

1: Jestli už teda nemáš nic, co bys mi chtěla k tomuto tématu ještě říct, tak Ti moc děkuji za rozhovor.

Příloha G - 5. rozhovor

1: Jsem studentkou bakalářského studia na lékařské fakultě v Hradci Králové a v rámci své bakalářské práce na téma „Vliv umírání a smrti na profesi všeobecné sestry“, bych se Tě chtěla zeptat na pár otázek. Předem se musím zeptat, zda s tímto rozhovorem souhlasíš.

2: Ano, souhlasím.

1: Jak to na Vašem oddělení chodí v rámci péče o umírající pacienty?

2: U nás na oddělení máme pouze větší pokoje a to čtyřlůžkové a pětilůžkové, takže pro umírající pacienty tu není zajištěn jejich klid a soukromí na to jejich odcházení z tohoto světa. Přitom s umíráním se u nás na interním oddělení setkáváme poměrně často a v poslední době snad ještě častěji. Proto doufáme, že někdy snad budeme mít i menší pokoje, spíše co se týče lůžek na pokoji, což by bylo pro ty lidi určitě lepší a vlastně i pro nás. Snažíme se o to, aby se Ti pacienti cítili v rámci možností co nejlépe, aby byly uspokojeny jejich potřeby, protože co víc se pro tyto lidi dá ještě udělat, když z lékařského hlediska jsou už veškeré možnosti na nějaké zlepšení vyčerpány. Hlavně se snažíme zmírňovat jejich bolesti. Proto, když vidíme, že jejich analgetická dosavadní léčba je nedostačující, že ten pacient nařká i při sebemenší manipulaci s ním, tak to hned sdělíme lékaři a ten většinou upraví a navýší analgetickou léčbu. Po celou dobu hospitalizace je jim umožněný přístup návštěv v kteroukoliv dobu, i když v noci je to trochu problém vzhledem k ostatním spolupacientům na pokoji. To moc dořešený není.

1: Co Ti je nepříjemný při komunikaci a ošetřování umírajících pacientů?

2: Nepříjemný mi je to, že ostatní spolupacienti se koukají na toho zuboženého člověka, který vypadá úplně jinak, než vypadal do té doby, než se dostal do tohoto stavu, to mi teda vadí. Vždycky si ještě i kolikrát říkám, že kdyby se aspoň ty lidi otočili, protože se nedá zabránit tomu, abych ho třeba neodkryla nebo aby mu nespadla ruka, že prostě má špinavé prádlo, které se musí převléci a oni ho stále sledují. A dávat tam plentu mi moc neseďí, protože si myslím, že jestli to ten člověk ještě vnímá, tak už ví, že to už asi bude ta jeho poslední chvíle, že už je to hodně špatný, když už se takhle izoluje od ostatních. Samostatný pokoj by byl určitě mnohem lepší, pořád by to byl pokoj a nikdo by toho člověka neschovával.

To, že takový člověk začne sám mluvit o smrti se mi už stalo víckrát. Nikdy na to není asi člověk připravený a ani neexistuje žádná odpověď, která by se dala vždycky použít. Vždycky je ta situace jedinečná. Někdy se snažím jim ještě říct, že není všechno ztracený, že ještě není kam spěchat, ale i pro mě je to hodně těžký. A někdy, když prostě nevím co říct, tak toho člověka raději jen chytnu za ruku nebo pohladím a nic na to neříkám. Jinak samozřejmě vím, že to umírání je součást života, to určitě. Vždycky mě hrozně zasáhne, když je to mladý člověk, to mi v té mysli vždycky chvilku zůstane, než to vytěsním. Tak to prostě je. U staršího člověka se to vnímá lépe, už má i ty roky většinou odžity a to umírání k tomu prostě patří.

1: Prodlužuje se na Vašem oddělení trápení a umírání pacientů?

2: Někdy si myslím že jo. Někdy si myslím, že ten pacient nedokáže říct, že mu je tak moc špatně, že už by si přál, aby to skončilo, že někdy to vyzoruje jenom ten ošetřovatelský personál a ten lékař na to prostě nedá, to mi pak přijde, že se to pak prodlužuje, že i při té manipulaci Ti lidé mají bolesti a to třeba ten lékař vůbec nevidí. Nedávno zrovna jedna pacientka vypadala velice špatně, trápila se a oni jí zavedly PEG (na podporu výživy) a tím ji to utrpění ještě o pár dnů prodloužili.

1: Požádal Tě někdy pacient o urychlení smrti?

2: To se mi určitě stalo. Dokonce jedna paní mě prosila, abychom jí už něco dali, aby už byl konec.

Pamatuji si na jednu pacientku, byla to lékařka, která ležela u nás na oddělení a to její umírání bylo prostě příšerný, co ona po nás neustále chtěla. Většinou si pacienti vyžadují, aby pořád spali, to mi přijde úplně jako nejlepší, když se Ti lidé uvedou do nějakého umělého spánku a jsou pak vysvobozeni od těch bolestí a toho všeho. Protože já už si ani přesně nevzpomínám, co nám říkala, ale bylo to prostě hrozný, než jakoby upadla do té fáze té somnolence, že jí to tak strašně dávalo zabrat. Strašně tomu propadla psychicky, byl to tumor plic a ke všemu byla lékařkou, tak už tak nějak věděla co jí čeká a jak to bude asi probíhat. Mně přijde takový strašný, když Vás ten pacient pak úplně mačká za tu ruku a prosí Tě, tak to mi přijde šílený, to už ani ty emoce nejdou potlačit.

1: Jak u Vás probíhá sdělení závažné diagnózy?

2: Asi záleží na tom, jak to ten lékař vycítí. Jestli to ten člověk unese nebo jestli to unese postupně a postupně to na něj může nabalovat. Sdělování diagnózy je vždycky výhradně na lékaři. Některý lékař to umí říct postupně, tak nějak lidsky a s citem a některý ne. Některý lékař to tomu člověku prostě všechno tak nějak naservíruje a vůbec se s tím nemaže, vůbec nebere ohledy na to, jak to ten člověk přijme, jak se ten člověk cítí. Nad tím by se asi Ti lékaři měli zamyslet, že tomu pacientovi je úplně jedno, že on je na někoho nebo na něco našťvaný, že ten pacient jenom chce, aby ten lékař věděl, že je tady on a chce, aby mu pomohl a byl tu pro něj. Některý pacient to ani nechce vědět, nechce znát úplně závažnost svého stavu, sice tuší, že není něco v pořádku, ale pořád doufají ve zlepšení a to, že by to nemuselo dobře dopadnout, že by mohli zemřít, tak to si vůbec nechtějí připustit. Je to prostě případ od případu. Myslím si ale, že je pořád víc těch lidí, kteří chtějí vědět, jak na tom doopravdy jsou, kteří chtějí být popravdě informováni o svém zdravotním stavu.

1: Jak se chováte k příbuzným umírajících pacientů?

2: Snažíme se, aby mohli být s tím svým nemocným člověkem co nejvíce, aby u něho mohli trávit tolik času, kolik chtějí. Horší je to v noci, na to nejsme nijak přizpůsobeni. Většinou jim i lékař vysvětlí, jak to s tím člověkem vypadá a zda se dá ještě něco dělat. Ale jsou příbuzní a příbuzní. Někteří to dokážou přijmout a tak nějak se s tím vyrovnat a jiní příbuzní se s tím do poslední chvíle nedokáží smířit a stále vyžadují nová a další vyšetření a do poslední chvíle doufají v nějaký zázrak. Víím, že to pro ně je taky moc těžký. I my se jich ptáme, jestli něco nepotřebují nebo zda se třeba nechtějí ještě na něco zeptat. Když po nás požadují zajistit příchod nějakého faráře, tak se jim to přes sociální pracovníci snažíme zařídit.

1: Jak u Vás probíhá sdělení o úmrtí příbuzným zemřelého a následná péče o ně?

2: Vždycky se těm příbuzným volá, volá jim lékař, který jim popřeje upřímnou soustrast a podá jim potřebné informace související s úmrtím toho člověka. Zeptá se jich, zda se chtějí ještě přijít podívat na zemřelého a informuje je o tom, že si můžou přijít kdykoliv vyzvednout pozůstalostní věci. Když pak přijdou na oddělení, všichni jim popřejeme upřímnou soustrast a předáme pozůstalost, což jsou věci, které po zemřelém zůstaly. Veškeré cennosti, to znamená, že i mobilní telefon a jakékoliv šperky, toto vše jde do dědického řízení. Řekneme jim, že musejí ještě dojet na pohřební službu, kde chtějí, aby se pohřeb konal a ta pohřební služba že už všechno ostatní zařídí, že jim jenom musejí říct, kde ten člověk zemřel. Také se jich zeptáme, zda ještě chtějí mluvit s lékařem nebo zda už jim to takhle stačí. Je jim umožněno, aby si mohli promluvit s lékařem nebo i s primářem, když jim není něco zcela jasné, to není problém. Těm příbuzným to vnese takový klid. Pak se s nimi rozloučíme a oni odcházejí.

1: Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět?

2: Myslím si, že je pořád hodně lidí, kteří by s tím svým nemocným člověkem chtěli být až do konce, aby neumíral sám, aby mu poskytli alespoň tuto poslední službu, když už se nedá nic jiného dělat. Už se nám také stalo, že rodina, která chtěla být s tím umírajícím i v noci, tak tehdy jsme volali i na jiná oddělení, zda nemají nějaký volný pokoj, kde by ta rodina mohla s ním být až do konce. Nakonec jsme byli rádi, že to šlo alespoň takhle udělat a té rodině vyjít vstříc.

Pokud se chtějí přijít rozloučit ještě po smrti, tak samozřejmě můžou. Zažila jsem to už několikrát, dokonce jsme nechávali Ty lidi na oddělení třeba i o hodinu déle, pokavaď to bylo možné. Dokonce je umožněno jít se ve všední dny podívat i na tu patologii, protože o to někteří příbuzní žádali a vím, že to s těmi příbuznými vždycky na patologii nějak pořešili.

1: Myslíš si, že každý člověk má vědět, jak vážně je nemocný?

2: To je asi dost individuální. Někdo to chce všechno vědět, nechce, aby se mu lhalo. Chce být popravdě seznámen s tím, co mu je a co bude dál. Ale na druhou stranu jsou i tací lidé, kteří nechtějí úplně všechno vědět, aby si mohli myslet, že to bude zase dobrý. Je pro ně jakási nevědomost lepší, nemusejí se tím trápit. Někdy je to i pro ty doktory těžký, do jaké míry to tomu člověku říci a i jak to říci.

1: Kde si myslíš, že se dnes více umírá-doma nebo v nemocnici?

2: Pořád se dnes více umírá v nemocnici než doma. Já si myslím, že Ti lidé pro to nemají odvalu. Že se toho bojí. Protože i kolikrát si vezmou vážně nemocného pacienta domů, vědí, jaká ta situace je, že to takhle tou smrtí skončí a prostě jakmile se ten stav zhorší, tak zavolají stejně tu sanitku a přivezou ho do nemocnice a ten pacient stejně třeba během hodiny zemře. Určitě se toho bojí. Tuhle mi jedna paní vyprávěla, že má strach, jak to vůbec jakoby probíhá, jestli Ti lidi nekřičí, že se toho bojí, jak to vůbec vypadá. I když jsem jí řekla, že postupně usnou a takhle že pak už usnou navěky. Že neví, jak pozná, že ta její maminka umřela. Nakonec jí stejně přivezla do nemocnice, prostě to nedokázala, aby jí nechala umřít doma v klidu.

1: Máš ještě nějakou zkušenost s umíráním, která Ti více utkvěla v paměti?

Pamatuji si na mladšího pána, který byl v terminálním stádiu, měl rakovinu plic. Ten dostával tak velké množství opiátů, už si ani přesně nepamatuji kolik, měl na to dva dávkovače. Ale hrozně dlouho u něj trvalo, než se dostal na určitou hladinu a než se pak trochu zklidnil. Trvalo to zkrátka strašně dlouho, jak to jeho srdíčko bylo zdravý a on byl do té doby celkem vitální člověk. Bylo to strašný, jak se do té doby trápil. Zkrátka na každého léky působí jinak, někomu zaberou brzy a ten člověk se zklidní a u někoho to trvá delší dobu a o to je to horší.

1: Co Ty sama by jsi změnila v péči o umírající pacienty?

2: Určitě bych chtěla malé pokoje, kde by Tito lidé mohli v klidu dožít, aby to jejich umírání bylo takové lidské a měli na to svůj klid. A i Ta jejich rodina by tam s nimi mohla trávit více času. Nebyli by prostě na to umírání sami. I pro nás by to jejich ošetřování bylo lepší a nemuseli by se Tito lidé v závěru života schovávat za zástěny, aby to nikdo neviděl, je to fakt hrozný. Tohle není nějak moc dořešený. A hlavně, když je ten člověk téměř až do poslední chvíle, než umře, pohybově schopný a rozumově v pořádku, tak to ani nejde, abychom kolem jeho postele dali zástěnu. Ale ostatním pacientům je nepříjemné, že Tito pacienti už mívají řadu zdravotních obtíží a oni, že to musejí vlastně sledovat ve dne v noci. Ty malé pokoje by byli zkrátka ideální a mít tam i vlastní sociální zázemí. To by se mi líbilo. A Ti lidé by si to hlavně zasloužili.

1: Jak u Vás probíhá samotná péče o mrtvé tělo?

2: Probíhá na pokoji. Většinou poprosíme, aby chodící pacienti opustili pokoj, samozřejmě, že oni to chápou, protože to není příjemný ani pro ně. Žádný vyčleněný prostor pro tyto situace nemáme. Samozřejmě je nepříjemný, když ten zemřelý člověk potom musí zůstat ležet dvě hodiny na tom pokoji a když je pak problém, že nejsou pro pacienty jídelny a je čas oběda, tak Ti spolupacienti se nemůžou skoro ani naobědvat v klidu. Tak to není určitě ideální. Já jsem vlastně ani nikdy neviděla, že by někde pro ty zemřelé měli vyčleněný určitý prostor, pro péči o to mrtvé tělo. Ideální by byl jeden menší pokoj, kde by se po té smrti ten pacient obstaral a zůstal tam ležet ty dvě hodiny, než by se převezl na patologii

Samotná péče probíhá tak, že se volá lékař, který ohledá pacienta a stanoví čas úmrtí. My pak zemřelého svlečeme, vytáhneme veškeré hadičky, někdy pacienta musíme i omýt, prohlédneme dutinu ústní, zkontrolujeme, zda nemá nějaké šperky a popíšeme ho na stehno. Pak ho zabalíme do prostěradla a necháme dvě hodiny na

oddělení, na stejné posteli, kde ležel .Po dvou hodinách se odváží na patologii. Mezi tím zatím sepíšeme pozůstalostní věci.

1: Je někdo nebo něco, co ti pomáhá vyrovnávat se s umíráním?

2: Něco jiného určitě je, když mi umře někdo z rodiny a něco jiného, když na oddělení, to je zcela odlišný. Já si tak úplně nepřipouštím to pracovní. Ale hodně nepříjemný mi jsou úmrtí mladých lidí, to mi někdy běhá až mráz po zádech, když si na to vzpomenu. Oporu mám hlavně v rodině, jsem moc ráda, že je mám,že mě dokážou rozveselit a přivést na jiné myšlenky. Člověk určitě potřebuje někoho, o koho se může opřít, když mu je nejhůř. A někdy ta smrt s člověkem pořádně zamává. U téhle práce prostě tak úplně nejde, že když člověk vyjde z oddělení a jde domů, aby na ty lidi úplně zapomněl, to prostě nejde.

1: Přemýšlela jsi někdy o tom, jak a kde by jsi Ty chtěla jednou zemřít?

2: Samozřejmě, že o tom člověk tak trochu přemýšlí a hlavně, když někdo zrovna zemře.Určitě bych chtěla zemřít hrozně rychle a určitě ne tak, jak někdy vidím, nechtěla bych umírat zdlouhavě. Chtěla bych být hezká, nechtěla bych být ošklivá, poznamenaná tím dlouhým umíráním. Abych to byla já a ne nějaká zubožená troska. Někteří lidé vypadají pak úplně jinak, že už to není ani ten člověk. Tak bych teda nechtěla umřít. Zkrátka rychle, prásk ho a hotovo. Nechci ani žádný velký pohřeb, jenom okruh mé rodiny a pak rozprášit na zahrádce, to jsem jim už doma taky takhle řekla.

1: Co Tě přimělo k téhle práci?

2: Vždycky jsem chtěla dělat s lidmi, být jim nějak prospěšná a pomáhat jim. A je pravda, že si nedovedu představit, že bych dělala něco jiného. Vždycky jsem dělala tuhle práci ráda a to umírání k tomu prostě taky patří. A hezké na té práci je to, že je mnoho lidí, kteří jsou rádi za to, když jim pomůžeme, že se pak cítí dobře a mají nás svým způsobem i rádi.

1: Jestli už teda nemáš nic, co bys mi chtěla k tomuto tématu ještě říct, tak Ti moc děkuji za rozhovor.

Příloha H - 6. rozhovor

1: Jsem studentkou bakalářského studia na lékařské fakultě v Hradci Králové a v rámci své bakalářské práce na téma „Vliv umírání a smrti na profesi všeobecné sestry“, bych se Tě chtěla zeptat na pár otázek. Předem se musím zeptat, zda s tímto rozhovorem souhlasíš.

2: Ano, souhlasím.

1: Jak to na Vašem oddělení chodí v rámci péče o umírající pacienty?

2. Pracuji na interním oddělení a s umíráním se zde setkáváme poměrně často. Smrt je něco, na co si člověk nikdy nezvykne. Nikdy to není pro nikoho příjemný. Na oddělení máme pokoje o více lůžkách, takže umírající pacienti tu nemají to soukromí na to, aby mohli v klidu odejít. Je to i nepříjemný vůči ostatním pacientům a je to nepříjemný i pro rodinu toho nemocného člověka, že nemají možnost si v klidu a o samotě říct to, co nechtějí, aby slyšeli ostatní, protože jsou to mnohdy důvěrné rozhovory. Proto se aspoň snažíme dávat k sobě na pokoje pacienty s podobným zdravotním stavem, ale ne vždycky se to podaří. Péče o umírající pacienty je náročná jak fyzicky, tak hlavně psychicky. Když už je ten stav hodně špatný a z medicínského hlediska už jsou vyčerpány veškeré možnosti, tak hlavně u toho člověka co nejvíce odstraňujeme bolest, aby při každé sebemenší změně

polohy nebo i v klidu netrpěl bolestí. Snažíme se těmto lidem co nejvíce věnovat, aby se necítili osamoceni, aby byli uspokojeni jejich potřeby a aby ten jejich odchod pak byl co možná nejdůstojnější.

1: Co Ti je nepříjemný při komunikaci a ošetřování umírajících pacientů?

2: Do dneška mi není vůbec příjemný, když vidím, že se nějaký člověk dlouho trápí, že umírá hodně pomalu. Některým lidem už jakoby přeji, aby už byli bez bolestí a bez trápení. Je spousta lidí, hlavně Ti, kteří u nás leží delší dobu, tak tito lidé nám mnohdy přirostou k srdci, zvykneme si na ně a pak to samozřejmě víc bolí, když zemřou. A hlavně mi je nepříjemný, když umírá mladý člověk. A v poslední době se s tím setkáváme nějak často, je hodně mladých lidí v terminálním stavu onkologického onemocnění, kteří už nemají žádnou šanci na zlepšení a během krátkého času prostě zemřou, tak to je hodně psychicky náročný.

Taky nemám ráda, když mi někdo zemře o noční službě, to se pak i trochu bojím, protože sloužíme po jedné sestře na oddělení a jsem pak ráda, když už se pak ten zemřelý odveze na patologii.

Čas od času nějaký pacient řekne, že už tady nemá být nebo že už stejně brzy zemře. Většinou se snažím to tak nějak zamluvit, že na takové řeči má ještě spoustu času nebo to zamluvit něčím jiným. Protože ne vždycky se na to dá něco říct. Záleží zkrátka na situaci a i na tom člověku. Je to někdy těžký. Mnohdy třeba jenom toho člověka pohladím po tváři nebo ho chytnu za ruku a zkrátka nic neříkám, jenom s ním mlčky chvíli zůstanu.

1: Prodlužuje se na Vašem oddělení trápení a umírání pacientů?

2: Zrovna v současné době máme na oddělení starší pacientku, u které se dle mého názoru zbytečně prodlužuje to její trápení. Pacientka má bolesti, které nejdu zcela utlumit, je už různě pokroucená, má po celém těle začínající dekubity i přes časté polohování a péči o pokožku, ale už je natolik oslabená a hubená, že se tomu nedá předejít a zabránit. Že ani tou prevencí se tomu nejde vyvarovat. Takže si myslím, že už je zbytečné, aby měla spoustu hadiček na to, aby se to trápení o pár dnů prodloužilo. Jsem toho názoru, že když už člověk nemá žádnou naději na zlepšení, jako jsou například onkologická onemocnění v terminálním stavu, tak si prostě myslím, že by měli dostat maximální dávky tlumící bolest a jinak, že by se neměli trápit různým vyšetřením a tak podobně.

1: Požádal Tě někdy pacient o urychlení smrti?

2: To se mi stalo už víckrát. Dokonce jednou o noční službě mě jedna paní úplně prosila, už jsme jí dávali Morfium po třech hodinách, tak tahle pacientka mě chytla za ruku a prosila mě, ať už to skončí, ať už jí něco píchnu, že už nemůže a bylo to prostě velmi psychicky náročné, protože co máte tomu pacientovi na to říct. Jak se má v takové chvíli člověk zachovat. Pak jsem ráno odešla po službě domů a ona opravdu za necelé tři hodiny zemřela. Takže nedovedu říct, jestli to už ta pacientka cítila nebo jestli si to přála, ale občas tuto prosbu některý pacient opravdu vysloví.

1: Jak u Vás probíhá sdělení závažné diagnózy?

2: Diagnózu vždycky sděluje lékař. Už jsem se setkala s lékaři, kteří to říkají natvrdo, tak nějak nedůstojně, že jim řeknou na rovinu, že jsou v terminálním stavu a že umírají. Ale na druhou stranu jsou i tací lékaři, kteří to té rodině a i tomu pacientovi řeknou hezky soucitně a srozumitelně. Už jsem se ale setkala i s tím, že o závažnosti onemocnění nebyl pacient a ani jeho rodina vůbec seznámeni a pak se ta rodina rozčílovala, jak je možný, že jejich maminka nebo tatínek byli v tak závažném stavu a oni o tom nebyli vůbec informováni. Je to prostě případ od případu. Vždycky záleží na tom lékaři, jak odhadne pacienta a danou situaci a podle toho pak jedná. Tohle těm lékařům určitě nezávidím.

1: Jak se chováte k příbuzným umírajících pacientů?

2: Když vidíme, že s tím svým pacientem ta rodina chce být, že s ním chtějí trávit více času, tak se jim snažíme vycházet co nejvíce vstříc a je mi jedno, když u toho svého nemocného člověka tráví hodiny. U nás je to mnohdy

trochu problematické, protože nemáme malé pokoje, s jedním nebo dvěma lůžky, kde by to bylo takové osobnější a klidnější. My máme pouze pokoje o čtyřech a pěti lůžkách a většinou zcela obsazené, takže to soukromí tu prostě chybí. Jestliže se ta rodina chce na něco zeptat, tak se na nás mohou kdykoliv obrátit a buď to jsme schopni jim to vysvětlit mi nebo zavoláme lékaře.

1: Jak u Vás probíhá sdělení o úmrtí příbuzným zemřelého a následná péče o ně?

2: Když Ti příbuzní nejsou v okamžiku smrti přímo na oddělení, tak jim lékař zavolá. Je to podle situace a člověka. Ta reakce je určitě jiná u lidí, kteří to neočekávají a jiná u lidí, kteří jsou na to už zčásti připraveni. Někteří příbuzní dokonce chtějí zavolat v kteroukoliv hodinu, kdyby se něco stalo. Když si pak přijdou na oddělení pro věci, podáme jim ruku a popřejeme upřímnou soustrast a předáme jim pozůstalost. Snažíme se pak být co nejcitlivější při předávání pozůstalosti. Snažíme se o to, dát jim všechny informace ohledně pohřbu, snažíme se jim poradit, co je třeba ještě udělat a kam zajít. Je dobré, když přijdou pro pozůstalost dva, protože se tak nějak psychicky podpoří. Když totiž přijde člověk sám, tak je z toho stále psychicky tak nějak rozhozen a hůře to zvládá. Někdy dokonce musíme takovému člověku podat něco na zklidnění.

1: Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět?

2: Je asi pořád dost lidí, kteří by chtěli být s tím svým nemocným a umírajícím člověkem až do konce, ale v našich podmínkách, na našem oddělení to prostě mnohdy nejde, když je pokoj plný pacientů. Je to asi škoda. Protože co jiného bychom mohli pro tyto umírající pacienty a jejich rodiny ještě udělat, než jim dopřát, aby ty poslední chvíle mohli trávit spolu a držet se třeba mlčky za ruku. Proto někdy voláme na jiná interní oddělení, zda třeba nemají volný pokoj, kam by se ten umírající mohl přeložit a ta rodina by tam s ním mohla být, mohli by se s ním v klidu rozloučit.

Vidět toho zemřelého ta rodina samozřejmě také může, ale myslím si, že by si ta rodina měla v paměti zachovat toho člověka ještě z doby, kdy byl naživu. Pak už to není tak pěkný pohled. Smrt prostě změní každého člověka. Ale když si to ta rodina přeje, tak jim samozřejmě vyjdeme vstříc. Mně samotné ale nedělá dobře, když se pak ten zemřelý má rozbalit z toho prostěradla, kde už je úplně svlečený, no prostě jiný.

1: Myslíš si, že každý člověk má vědět, jak vážně je nemocný?

2: Já si myslím, že jo. A i já bych to chtěla vědět. Myslím si, že je špatně, když člověk už má spoustu zdravotních problémů a stále netuší, proč se tak děje. Takový člověk asi sice tuší, že něco není v pořádku, ale stále neví proč. Tak takový přístup asi není moc dobrý. Myslím si, že člověk má právo vědět, jak to s ním ve skutečnosti je a jestli existuje ještě nějaké řešení, které však může urychlit v případě nezdaru smrt, tak by měl mít možnost rozhodnout, zda to ještě chce podstoupit nebo jestli chce, aby ho už nechali v klidu. Ale setkala jsem se i s pacienty, kteří to nevěděli a myslím si, že ani vědět nechtěli a raději tak nějak zemřeli v nevědomosti, že o tom nemuseli přemýšlet, nemuseli se tím zabývat a trápit se tím, proč právě oni jsou na tom tak jak jsou. Já bych to chtěla vědět, pak bych si chtěla ještě spoustu věcí zařídit a prožít, kdyby to ještě ovšem šlo. Nechci, aby někdo rozhodoval o mně a vlastně tak nějak beze mě, tak to bych nechtěla.

1: Kde si myslíš, že se dnes více umírá-doma nebo v nemocnici?

2: V dnešní době se určitě více umírá v nemocnici. Aby někdo zemřel doma, tak to musí být spíše náhlá a rychlá smrt. Myslím si, že je to dobou, že na to nejsme připraveni, že se toho hodně lidí bojí, že by to doma nezvládli. A také možná díky pokroku medicíny, že spousta lidí věří v to, že dnešní medicína zachrání téměř vše nebo že je v nemocnici více prostředků, jak tomu dotyčnému zmírnit bolesti a jiné nepříjemné příznaky.

1: Máš ještě nějakou zkušenost s umíráním, která Ti více utkvěla v paměti?

2: Je určitě pár lidí, kteří člověku vždycky tak nějak zůstanou v paměti, hlavně proto, že to jejich umírání bylo třeba těžší a zdoluhavější, než jiných lidí nebo že ten člověk byl mladý. Mladí lidé u nás taky bohužel občas umírají a o to je to těžší, protože jsou většinou až do konce života chodící a po psychické stránce pořád normální

a pak, když začnou přicházet různé nepříjemné příznaky a bolest, tak většinou nechápou, proč se tak děje. Pak najednou ze dne na den ulehnu, jsou zcela nesoběstační a odkázáni na naši pomoc a pak většinou přijde rychle konec, někdy opravdu během několika dnů. Tak to mě vždycky dostane, s tím se člověk asi nikdy nesmíří. Vždycky si pak vzpomenu na rodiče, nechtěla bych, aby je něco podobného potkalo. K tomu prostě není co dodat.

1: Co Ty sama by jsi změnila v péči o umírající pacienty?

2: Bylo by dobré nebo spíše potřeba, kdybychom měli na oddělení malé pokoje, nejlépe jednolůžkové nebo dvojlůžkové, kde by si mohl odpočinout i ten člen rodiny, protože i pro něho to je těžká situace. Zde by ten pacient mohl mít i více rodinných členů najednou a nijak by to nenarušovalo chod oddělení a to jejich umírání by bylo důstojnější, než když musíme na pokoj přivést zástěnu a ten umírající je za ní podle mého názoru spíše schovaný, aby se na to ostatní nemuseli koukat, tak to je teda hrozný. A také potom, když by ten pacient zemřel, tak ta rodina by tam s ním mohla ještě nějakou dobu zůstat a rozloučit se.

1: Jak u Vás probíhá samotná péče o mrtvé tělo?

2: Vždycky zavoláme lékaře, který po ohledání stanoví smrt a čas smrti. Vlastní péče pak probíhá na pokoji, kam se pouze přiveze zástěna, aby to pro ostatní pacienty nebylo psychicky tak traumatizující, i když stejně Ti spolupacienti už vědí, jak to ve skutečnosti je. My pak dáme zemřelého na záda, svlečeme ho, vyndáme všechny hadičky, někdy je potřeba zemřelého umýt, zkontrolujeme dutinu ústní a popíšeme ho na stehno. Pak zemřelého zabalíme do prostěradla a necháme dvě hodiny ležet na oddělení a stále na stejném pokoji, než je potom odvezen na patologii. My zatím sbalíme jeho veškeré věci a sepíšeme pozůstalost. Cennosti se předávají k dědickému řízení.

1: Je někdo nebo něco, co ti pomáhá vyrovnávat se s umíráním?

2: Já mám asi největší oporu ve své rodině. Mám dvě děti, které mě vždycky dokážou rychle se zbavit mých chmurných a smutných myšlenek, jsou to taková moje malá zlatíčka. Rodina je důležitá, protože člověk potřebuje mít někoho, s kým si může popovídat, když mu je tak nějak smutno. A k téhle práci zkrátka to umírání patří. A někdy i ta smutná nálada. Tak to prostě v životě je. Někdy si třeba ráda pustím na DVD nějakou komedii, prostě abych u toho nemusela přemýšlet a někdy se i u toho filmu zasměji, je to takové moje odreagování.

1: Přemýšlela jsi někdy o tom, jak a kde by jsi Ty chtěla jednou zemřít?

2: Tak o tom jsem ještě nějak moc nepřemýšlela. Ale určitě rychle a bez bolestí. Ale to je asi přání každého. Večer si jít lehnout a ráno se už neprobudit. Nejhorší umírání musí být to zdlouhavé a stále nekončící, když už ten člověk spíše přežívá než žije, tak takhle bych určitě umřít nechtěla. Někdy si říkám, co se asi musí takovému člověku honit hlavou, jak on to vnímá, to si nikdo z nás nedovede představit. Určitě bych taky nechtěla být své rodině na obtíž, abych byla nesoběstačná a oni se o mě museli starat. Tak takhle určitě ne.

1: Co Tě přimělo k téhle práci?

2: Jako malá holka jsem viděla nějaký film, kde byli zdravotní sestřičky a to jak oni se tam starali o ty nemocné lidi a to, jak jim pomáhali, aby se mohli zase brzy vrátit domů, tak to se mi moc líbilo. Pak jsem si vzala svého velkého plyšového medvěda a různě jsem ho jako obvazovala, krmila, dávala mu injekce. A tak nějak to ve mně zůstalo, chtít se o někoho starat a někomu pomoci. A jsem spokojená s tím, co dělám.

1: Jestli už teda nemáš nic, co bys mi chtěla k tomuto tématu ještě říct, tak Ti moc děkuji za rozhovor.

Příloha I - 7. rozhovor

1: Jsem studentkou bakalářského studia na lékařské fakultě v Hradci Králové a v rámci své bakalářské práce na téma „Vliv umírání a smrti na profesi všeobecné sestry“, bych se Tě chtěla zeptat na pár otázek. Předem se musím zeptat, zda s tímto rozhovorem souhlasíš.

2: Ano, souhlasím.

1: Jak to na Vašem oddělení chodí v rámci péče o umírající pacienty?

2: Já pracuji na interním oddělení. Na našem oddělení jsou dva čtyřlůžkové a dva pětilůžkové pokoje. Snažíme se sice dávat pacienty s podobnou diagnózou na jeden pokoj, u nás v praxi to znamená dávat k sobě chodící a nechodící, neboli pacienty s lehkým onemocněním a ty vážněji nemocné a umírající, když to tak musím říct. Když je totiž na pokoji chodící, lehce nemocný pacient s pacientem, u kterého se už mnohdy ta smrt očekává, tak jsou z toho nesví, psychicky se hrouť a vyžadují jiný pokoj nebo nadstandardní pokoj, který samozřejmě nemáme. Ale ne vždy se toto rozdělení pacientů na pokoje podaří, někdy to tak úplně nejde, protože je stále velký tlak na lůžka. O umírající pacienty pečujeme tak, aby v rámci možností byly u nich uspokojeny veškeré jejich potřeby, aby byli v suchu, napolohováni a aby co nejméně pociťovali jakoukoliv bolest. Léčba bolesti je u nás prioritní. Vždyť jak jinak bychom těmto umírajícím pacientům mohli ještě zpříjemnit ty poslední dny, než aby se co nejméně trápili bolestí. Také všem pacientům umožňujeme návštěvy neomezeně, v nočních hodinách je to horší zase vzhledem k ostatním spolupacientům na pokoji, musíme být ohleduplní i k nim.

1: Co Ti je nepříjemný při komunikaci a ošetřování umírajících pacientů?

2: Někdy mi je nepříjemný to, jak ten člověk už je tou smrtí tak změněný, jak už je natolik vyhublý, že už ani těm dekubitům se nejde ubránit, když už je v tak zuboženém stavu díky svému onemocnění, když už ani nemá sílu komunikovat a jen ty jeho oči na nás pořád tak nějak smutně koukají, jakoby nám chtěl něco říct. Tak to je mi vždycky tak nějak nepříjemný. Také mi není příjemný, když pacient začne sám mluvit o smrti, protože na to asi nikdy neexistuje jednoznačná odpověď, na to se snad ani nedá pořádně něco říct. Proto raději mlčím a raději ho lehce pohladím nebo chytну chvíli za ruku. Někdy dokonce, když pacient mluví o smrti, o tom, jak už tu brzy nebude, tak raději tak nějak rychle odejdu z pokoje, aby ten pacient neviděl, že jsem to nezvládla a vyhrkly mi slzy. Ale jsme přeci jenom lidi. A někdy to je dost emotivní. Vždyť to stejné může jednou potkat každého z nás.

Taky mi není příjemný, když mi někdo zemře o noční službě, protože sloužíme po jedné sestře a pak jsem tu s tím zemřelým sama a nemám si s kým o tom promluvit. Myslím si, že by se mělo sloužit o noční službě po dvou sestřích a to ne jenom kvůli umírání, ale také proto, že práce na interním oddělení je těžká jak psychicky, tak i fyzicky a někdy pociťuji takovou bezmoc.

1: Prodlužuje se na Vašem oddělení trápení a umírání pacientů?

2: Jak asi u koho. Někdy si já osobně myslím, že by to ještě mohlo mít nějaký smysl a šanci na život a přitom se nic nedělá. Ale u někoho, přestože má velké bolesti, trápí se a jeho zdravotní stav je už natolik závažný, tak u takového člověka se provádějí veškerá možná vyšetření a pacient má kolem sebe spoustu hadiček a přístrojů. Takový člověk by si zasloužil hlavně dostatečné léčení bolesti a jinak bych ho netrápila, takové trápení bych nijak zbytečně neprodlužovala.

1: Požádal Tě někdy pacient o urychlení smrti?

2: Samozřejmě, že někdy člověk sám od sebe přijde s tím, že už by chtěl, aby už bylo všemu konec, že už mu to onemocnění a trápení se bolestí připadá jako nekonečné, že už by chtěl dostat tak velkou dávku léku, aby se už druhý den neprobudil, že už to takhle dál nechce. To pak rychle změním řeč jiným směrem nebo řeknu, že na takové řeči má ještě spoustu času, že už takové řeči nechci nikdy slyšet. Že jestli má opravdu tak velké bolesti,

tak že zavolám lékaře, který mu může změnit medikaci léků. Že ať se nestydí nám říct, jestli ho ještě něco trápí, abychom mohli udělat něco, co by mu zlepšilo náladu.

1: Jak u Vás probíhá sdělení závažné diagnózy?

2: Vždycky záleží na každém lékaři, jak to umí říct a co všechno tomu pacientovi řekne. Některý lékař je lékařem na svém místě, který umí i s těmi pacienty hezky pohovořit a umí jim to říct tak nějak lidsky a srozumitelně. To však každý lékař neumí, některý to tomu pacientovi řekne bez servítek a zcela natvrdo. Také je důležité tak nějak zjistit, jak to dokáže kdo přijmout, protože kdyby to byl zcela labilní člověk, tak by ho to mohlo úplně porazit a on by to mohl všechno hned úplně vzdát, mohl by se stát zcela pasivním ke všemu. Je to zkrátka případ od případu. Je to vždycky na odhadu a úsudku toho lékaře.

1: Jak se chováte k příbuzným umírajících pacientů?

2: Necháváme je většinou kdykoliv přijít za tím pacientem, necháváme je, aby mohli být co nejvíce s tím pacientem, snažíme se jim maximálně vyhovět v rámci možností a chodu oddělení. Pro tu rodinu je to taky poměrně nová a těžká situace, když vidí, jak toho jejich blízkého ta nemoc úplně mění a jak se stávají zcela závislími na péči ostatních. Tak to pro tu rodinu musí být hodně těžký.

1: Jak u Vás probíhá sdělení o úmrtí příbuzným zemřelého a následná péče o ně?

2: Někdy se stane, že pacient zemře v době, kdy je příbuzný v době smrti s ním. Pak toho příbuzného necháme na pokoji v soukromí se s tím zemřelým ještě rozloučit, my zatím zavoláme lékaře, který stanoví příčinu a čas smrti a v případě, že se chtějí ještě na něco zeptat, tak jim to mi nebo lékař řekne. A v případě, že příbuzný není u pacienta v době smrti, tak jim lékař zavolá, většinou kdykoliv, a sdělí jim čas a důvod úmrtí. Nezapomene jim popřát upřímnou soustrast a říct jim o pozůstalosti, kterou si můžou přijít kdykoliv vyzvednout. Když pak přijdou příbuzní na oddělení, doktor jim ještě jednou řekne, jak pacient zemřel, že se netrápil. My jim pak také podáme ruku a předáme věci po zemřelém a nasměrujeme je na pohřební službu, která už všechno ostatní ohledně pohřbu zařídí.

1: Stává se Vám, že příbuzní chtějí být v době smrti s pacientem nebo že ho po smrti chtějí ještě vidět?

2: Příbuzní za námi s touto prosbou, aby mohli být s tím umírajícím až do konce, většinou nepřicházejí, protože asi sami vidí, že při takovém obsazení pokojů to prostě nejde. Pouze asi dvakrát se mi stalo, že se pacient převážel na jiné oddělení, kde to bylo možné, aby tento umírající mohl být na pokoji sám a aby i ta rodina tam s ním do toho konce mohla zůstat. Ale běžně se to nestává. A někteří tu vlastní smrt ani vidět nechtějí, nechtějí vidět, jak to bude probíhat a chtějí si raději pamatovat toho člověka ještě živého. U nás se moc často nestává, že by toho zemřelého pacienta chtěla ta rodina ještě po smrti vidět, spíše se ptají, jak zemřel, protože chtějí mít ujištění, že se netrápil, že nekřičel, že to bylo rychlé. Hlavně asi pro to svoje smíření se s tou smrtí, pro ten svůj vnitřní klid.

1: Myslíš si, že každý člověk má vědět, jak vážně je nemocný?

2: Já si myslím, že pokavaď je člověk ještě zcela soběstačný a nemá ještě žádné problémy, i přestože je jeho diagnóza velmi vážná, tak takového člověka bych o závažnosti stavu neinformovala, tím bych ho ještě nezatěžovala, vždyť i tak život tak rychle uteče. Ale když už člověk má jakékoliv zdravotní problémy, když už sám vidí, že něco není v pořádku, tak každého takového člověka bych popravdě informovala o závažnosti jeho stavu. Protože nejhorší je asi nevědomost, když ten člověk neví, proč mu je takhle špatně. A každý pacient by pak měl taky sám rozhodnout, jestli chce, aby to věděla i jeho rodina. A ne, jak se to mnohdy stává, že ta rodina ví víc o nemoci pacienta než pacient sám. Tak takhle bych to já určitě nechtěla. Nechtěla bych s tím zatěžovat nikoho jiného.

1: Kde si myslíš, že se dnes více umírá-doma nebo v nemocnici?

2: Dneska se většinou asi umírá v nemocnicích nebo v různých domovech důchodců. Když dneska někdo zemře doma, tak to je spíše výjimka a jedná se spíše o nějakou rychlou nečekanou smrt. Nevím, ale většinou Ti příbuzní přivezou ty své nemocné do nemocnice. Někteří mají strach z toho umírání, nechtějí za to být zodpovědní a někteří doufají, že v nemocnici dostanou Ti pacienti lepší péči, silnější léky proti bolesti a umírání pro ty pacienty pak bude snazší a snesitelnější.

1: Máš ještě nějakou zkušenost s umíráním, která Ti více utkvěla v paměti?

2: Stalo se to, když jsem si opečovávala svojí babičku, to vidím pořád, ona byla už stará, měla hodně různých zdravotních problémů, ale pořád to byla taková veselá babička. Byla už vážně nemocná a zemřela mi přímo na oddělení při mé službě. Sama jsem si jí obstarala až do poslední chvíle. Ta smrt u ní byla celkem náhlá, to se nečekalo, netrápila se, bolesti také neměla, zkrátka to přišlo ze dne na den. Ona sama to asi taky nečekala, přišlo to tak rychle, že ani neměla nějaký myšlenky o tom, že umírá. Stalo se to jednou ze soboty na neděli, ten den byla hrozně veselá, měla dobrou náladu, úplně jakoby ožila, tak jsme si zrovna říkali, jak se její zdravotní stav zlepšuje a ona do rána zemřela. Myslím si, že měla krásnou a rychlou smrt. Já jsem byla nakonec ráda, že jsem zrovna byla s ní, že nezemřela sama. Dost mě to ovlivnilo a posunulo někam dál. Takovou smrt, jakou měla moje babička, by si přál mnohý z nás.

Jiná byla smrt pacienta, který u nás ležel zrovna nedávno a který u nás umíral na rakovinu slinivky. Byl to mladší pacient, až do poslední chvíle zcela soběstačný a chodící. I po psychické stránce zcela orientovaný. O to je to asi horší, když pak přijdou různé nepříjemné symptomy, které s nemocí sice souvisejí, ale ten pacient stále nechápe nebo snad ani pochopit nechce, proč se mu to děje. On už měl i velké bolesti, proto dostával i velké dávky Morfia, ale to stále tak nějak nepůsobilo tak, aby ten pacient byl více zklidněn. On až do poslední chvíle stále řešil to, proč zvrací, proč už mu nechutná skoro jíst, proč ty zvratky mají černou barvu, proč se mu hůře dýchá... a mnoho dalších věcí. On se zkrátka strašně bál zemřít a strašně moc s tím do poslední chvíle bojoval. Tak to bylo taky hodně emotivní umírání.

1: Co Ty sama by jsi změnila v péči o umírající pacienty?

2: Určitě bych zavedla menší pokoje pro umírající pacienty, klidně jednolůžkové, kde by ten pacient ležel v klidu, nemusel by poslouchat rozhovory jiných pacientů, které ho vůbec nezajímají. Byla by ta s ním jeho rodina a bylo by to tam víc důstojnější a osobnější. I ostatní pacienti mnohdy spatně nesou, když jsou na pokoji s umírajícím člověkem. Také bych zřídila místnost, klidně menší, kde by se ten zemřelý po úmrtí pak obstaral a také by tam zůstal ty dvě hodiny, než by se přeložil na patologii a nemuselo by se to dělat přímo na pokoji, mezi ostatními spolupacienty. Snad se toho jednou dočkáme.

1: Jak u Vás probíhá samotná péče o mrtvé tělo?

2: Když pacient zemře, lékař konstatuje smrt. My ho pak srovnáme do polohy na zádech, sundáme veškeré obvazy, vyndáme všechny hadičky, svlečeme ho, zavěeme mu oči, zkontrolujeme zubní náhrady, zkontrolujeme, zda nemá žádné šperky a popíšeme ho na stehno. Nakonec ho zabalíme do prostěradla a necháváme ho na lůžku ještě dvě hodiny ležet, než ho sanitáři odvezou na patologii. My toto ošetření provádíme přímo na pokoji, dáme si tam pouze zástěnu, kde jsme vlastně schovaný, aby ostatní pacienti na to nemuseli koukat, ale oni stejně tuší nebo spíše vědí, co se tam děje. Někdy mi to přijde spíš jako nějaká komedie. Myslím si, že když se rozhoduje o stavebních úpravách v rámci nemocnice, tak na internu se vždycky myslí jako na poslední. A zrovna tak, jako malé pokoje pro nemocné, tak i místnost pro zemřelé by mnoho vyřešilo a víc zlidštilo ten závěr života. A i nám, zdravotním sestřám by to mnohdy ulehčilo spoustu nepříjemných situací a improvizací.

1: Je někdo nebo něco, co ti pomáhá vyrovnávat se s umíráním?

2: Já se to už po těch letech snažím nebrat moc osobně. Beru to dneska už tak nějak víc profesionálně, ale někdy mě to stejně tak nějak víc zasáhne. Někdy si představuji, co kdyby to byl někdo z mé rodiny. Hlavně mi vadí umírání mladých lidí, to není nikdy nic příjemného. Je dobré, že když si o tom potřebuji s někým popovídat, tak

můžu se svojí kamarádkou, která je současně i mojí kolegyní v práci. Je dobré, že se o ty pocity mám s kým podělit.

1: Přemýšlela jsi někdy o tom, jak a kde by jsi Ty chtěla jednou zemřít?

2: Vzhledem k tomu, že tuhle práci už nějaký rok dělám a že jsem se se smrtí setkala mnohokrát, tak už asi tak trochu i o otázce umírání přemýšlím. Tomu se nedá úplně vyhnout. Když to mnohdy na tom oddělení vidím, když vidím, jak Ti pacienti umírají poměrně dlouho. Tak bych určitě chtěla rychlou smrt a z plného zdraví a ne abych byla zcela odkázána na pomoc druhých, nechtěla bych být své rodině na obtíž. Chtěla bych zemřít v nemocnici, aby s tím moje rodina neměla žádné trápení, aby se nemuseli přede mnou tvářit statečně a hned za dveřmi brečet a litovat mě. Tak takhle určitě ne.

1: Co Tě přimělo k téhle práci?

2: Už jako malá holka jsem se strašně ráda koukala na televizní seriál „Nemocnice na kraji města“ a ta práce sestřiček se mi tam strašně líbila. A je pravda, že se mi ta práce líbí dodnes. Je mnoho pacientů, kteří nám i děkují, že jsme jim pomohli, že už jsou zase v pořádku. Takže je i to dobré, co tahle práce každodenně přináší. A i to umírání prostě k tomu životu patří. Tak to prostě je.

1: Jestli už teda nemáš nic, co bys mi chtěla k tomuto tématu ještě říct, tak Ti moc děkuji za rozhovor.

Příloha J - Pařížská charta

Plný název tohoto dokumentu zní „Charta proti rakovině v příštím miléniu“ a byl zveřejněn 4. února 2000 na Světovém summitu proti rakovině. Tohoto summitu se zúčastnil i francouzský prezident, pan Jacques Chiran. Přitom zdůraznil, že nádorová onemocnění mají vzrůstající tendenci. Ročně na světě přibude 9 milionů onkologicky nemocných lidí a 5 milionů lidí na toto onemocnění zemře. Proto s tímto onemocněním musíme bojovat a to především náležitou prevencí kvalifikovanou péčí o tyto nemocné. Tito nemocní nesmějí zůstat sami v boji s tak závažným onemocněním a nesmějí být za žádnou cenu diskriminováni.

Tohoto zasedání se za naši republiku zúčastnila pouze Jana Koželiská, která je nositelkou Ceny Olgy Havlové a předsedkyní onkologického centra Arcus v České Lípě. 4. únor je celosvětově uznávaný jako Den proti rakovině. Proto uvádím plné znění tohoto programu. (Helena Haškovcová, Lékařská etika, str. 147-148)

Pařížská charta-úplný text (s vypuštěním preambule)

ČLÁNEK I

Práva onkologických pacientů jsou součástí lidských práv. Současná snaha stanovit a schválit práva onkologických pacientů je rozhodující pro uznání a ochranu hodnoty a důstojnosti všech postižených jednotlivců po celém světě.

ČLÁNEK II

Stigma spojené s rakovinou je vážnou překážkou na cestě vpřed v rozvinutých a rozvojových zemích a často způsobuje:

- nevhodné emocionální trauma pacientů a jejich rodin,
- diskriminaci lidí s nádorovým onemocněním a zaujatost vůči jejich zaměstnávání anebo jejich smysluplnému zapojení a společenskému přínosu,
- finanční útrapy a ztrátu produktivity postižených,
- špatnou komunikaci a nedostatečné vzdělávání veřejnosti,
- nevhodný pocit osudovosti, který může nepříznivě ovlivnit závazky vlády, zdravotnických institucí a soukromých ústavů v boji proti rakovině.

Účastníci Charty se zavazují pochopit a vymýtit stigma spojené s rakovinou, definovat nemoc jako biologicky vyléčitelný patologický, nikoliv sociální stav.

Pozitivní změna veřejného mínění, chápání a odstranění strachu z rakoviny, který ovlivňuje miliony životů, umožní dosáhnout všech stanovených priorit.

ČLÁNEK III

Účastníci se zavazují vytvářet optimální prostředí pro výzkum rakoviny.

1. Znalost biologické podstaty rakoviny a základních mechanismů, které vedou k jejímu vzniku a progresi, je základem všech úspěchů, díky nimž se již zvýšil a bude se i nadále zvyšovat počet vyléčených a kvalita života milionů lidí po celém světě. Rozpoznání nových cílů pro odhalení, diagnostikování a léčbu nemoci se musí usklopit, pokud chceme tuto válku s rakovinou vyhrát.
Účastníci usilují o posílení úlohy vlád a průmyslu ve financování základního výzkumu, souhlasí s povzbuzováním, ochranou a podporou vědců a se zvyšováním prostředků, které jim umožní pracovat ve svobodných podmínkách, s cílem neustále rozšiřovat hranice dnešních vědomostí.
2. Klinický výzkum je jediným prostředkem, který smysluplně zhodnotí výsledky základního výzkumu a kladně ovlivní lidský život. Objevy v molekulární biologii nebo genetice nemají vliv na prevenci

rakoviny, screening, diagnózu a léčbu, pokud nejsou pečlivě prozkoumány a zhodnoceny v klinických studiích.

Klinický výzkum může bezprostředně potvrdit probíhající základní výzkum. Tento druh přenosu ve výzkumu se obvykle provádí v ústavech s kapacitou pro základní a klinický výzkum a rychle ověřuje laboratorní hypotézy. Okamžitá zpětná vazba může smysluplně přesměrovat základní výzkum a podnítit vznik nových důležitých hypotéz.

Klinický výzkum je významný a velmi náročný, nejen vzhledem k nedostatečnému financování, ale často pro nezáměr ze strany odborníků a ústavů, právě tak jako pro nedostatečnou informovanost pacientů o možnostech zapojení do klinických studií a o jejich cílech. Rozdíly v předpisech a zákonech jednotlivých států také způsobují, že provedení rozsáhlých klinických studií je velmi náročné a finančně nákladné, ačkoliv právě tento typ studií je účinný a může lékařskou praxi posunout dopředu.

Účastníci slibují, že budou zvyšovat informovanost o klinickém výzkumu těch, které reprezentují. Slibují využít každé příležitosti k posílení mezinárodní infrastruktury výzkumu. Slibují prosazovat všeobecné zavedení informovaného souhlasu pacienta, plně informovaného o cílech, rizicích a přínosu každé klinické studie.

ČLÁNEK IV

Navzdory značným pokrokům, které byly v boji proti rakovině dosaženy, se doba přežití jednotlivých pacientů dramaticky liší, a to nejen mezi různými státy a městy, ale dokonce i mezi ústavy jednoho města. Kolísání ve standardech poskytované péče a v dostupnosti kvalitní onkologické péče je hlavní příčinou těchto rozdílů, jejichž důsledkem je často zbytečná nemocnost a úmrtnost.

Účastníci znovu potvrzují článek 25 Všeobecné deklarace lidských práv, podle něhož: Každý člověk má právo na takovou životní úroveň, která zajistí zdraví a blahobyt jeho samého i jeho rodiny, zejména stravu, oděv, bydlení a lékařskou péči. Vzhledem k existenci rakoviny a jejímu vlivu na celou společnost účastníci dále prohlašují, že poskytovat kvalitní onkologickou péči je v rámci místního ekonomického kontextu základním lidským právem.

Účastníci usilují o prosazení:

- lékařské praxe založené na důkazech a jasné definici: kvalitní péče: v souladu se všemi dostupnými důkazy,
- systematického vypracování směrnic založených na dostupných poznatcích o prevenci, diagnostice, léčbě a paliativní léčbě,
- poskytování kvalitní onkologické péče,
- výraznější onkologické specializace a lepší integrace zdravotní péče do jednotlivých lékařských oborů,

- rozšíření přístupu ke kvalitním klinickým studiím.

ČLÁNEK V

Podle odhadů Světové zdravotnické organizace bude do roku 2020 přibývat 20 milionů nových případů onemocnění rakovinou ročně. Sedmdesát procent všech onkologických pacientů bude žít v zemích disponujících pouze pěti procenty světových prostředků na zvládnání této choroby. V novém miléniu budou nádorová onemocnění i nadále značně přispívat k celkové zátěži lidstva, a to i přesto, že některým druhům rakoviny lze předejít kontrolou výroby tabákových výrobků, stravování, infekcí a znečištění. Je doloženo, že infekce, z nichž mnohým lze potenciálně předejít, způsobují 15 procent (22 procent v rozvojových zemích) všech nádorových onemocnění. Obdobně kouření působí ročně miliony nových případů onemocnění rakovinou a úmrtí, a to jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích.

Je potřeba vyvíjet veřejné strategie podporující boj proti rakovině a efektivně využívat současné znalosti a technologie pro prevenci rakoviny a zastavení lavinovitého nárůstu nemoci.

Účastníci se zavazují:

- aktivně podporovat existující preventivní programy a dále zvyšovat informovanost a prevenci rakoviny,
- využívat každé příležitosti pro zvyšování veřejného vzdělávání v oblasti prevence nebo odvykání kouření, změn ve stravování, zvládnání infekcí a ochrany životního prostředí,
- organizovat podporu prevence rakoviny v průmyslu za kontroly vládou.

ČLÁNEK VI

Nelze popřít, že včasná detekce vede u všech více než 200 druhů rakoviny k lepším výsledkům. Léčba prekanceróz je také prevencí rakoviny. Strach a neznalost příznaků a symptomů prekanceróz je obvyklým jevem, rakovina však bývá zákeřná a její odhalení může být bez náležitého screeningu složité.

Je dobře známo, že je velmi důležité včasné odhalení rakoviny u určitých rizikových skupin lidí, vzhledem k jejich životnímu stylu, prostředí, povolání a rodinné dispozici nebo socioekonomickému statutu.

Právě z faktu, že počáteční symptomy rakoviny si lze splést s běžnou nemocí, vyplývá nutnost zavedení efektivního screeningu a pečlivé diagnostiky.

Metodologie screeningu rakoviny může začínat jednoduchým pozorováním, laboratorními testy a rentgenovými vyšetřeními a končit složitými vyšetřeními, která již potvrdila svou účinnost pro včasné zjištění určitých druhů rakoviny. Aby tyto screeningové programy byly efektivní, musí na ně navazovat kvalitní léčba.

Účastníci se zavazují zrychlovat vývoj a rozšiřovat využití ověřených a vznikajících screeningových technologií k prospěchu všech, kteří to potřebují, bez ohledu na jejich socioekonomické postavení.

ČLÁNEK VII

Aktivní účast jednotlivců a skupin, spočívající v dobré informovanosti a vycházející z pochopení vědeckých poznatků a léčby založené na důkazech, přímo a příznivě ovlivnila boj proti rakovině. Jako osoba přímo zainteresovaná v úsilí o vyléčení má pacient výjimečnou pozici v boji proti nemoci a v optimálním využívání všech prostředků.

Účastníci se zavazují posilovat postavení onkologických pacientů jako aktivních partnerů v boji proti rakovině a aktivně prosazovat následující principy:

1. Všichni postižení nebo potenciálně postižení rakovinou by měli mít svobodný a rovný přístup k informacím o původu, prevenci a nejnovějších standardech detekce, diagnostiky a léčby nemoci.
2. Spolupráce pacientů, zdravotníků a vědců je založena na otevřené komunikaci.
3. Celkový blahobyt pacienta zahrnuje nejen klinickou péči, ale i poskytování informací a psychosociální podporu. Zdravotníci i nemocní sdílejí zodpovědnost za to, aby potřebám pacienta jako takového bylo vyhověno.
4. Nemocní s rakovinou po celém světě mají přístup k informacím, mohou se sdružovat a prosazovat svůj vliv.
5. Odborná lékařská obec, která uznává vliv a přínos dobře informované a aktivní veřejnosti, napomůže k předávání informací založených na důkazech veřejnosti, pracovníkům ve vědě i lékařské praxi.
6. Výzkum, průmysl a vládní orgány budou považovat zástupce pacientů za klíčové strategické partnery ve všech aspektech boje proti rakovině, včetně zlepšování standardů péče a kvality přežívání.

ČLÁNEK VIII

Zlepšit kvalitu života pacientů je primárním cílem úsilí zaměřeného proti rakovině. Fyzická a emocionální zátěž, kterou nemoc působí, bývá značná, často násobená i vedlejšími účinky léčby. Klinické výsledky mohou být ovlivněny celkovým duševním a fyzickým stavem pacienta. Zachování kvality jeho života včetně jeho sociálních, fyzických a psychických funkcí by mělo být lékařskou a lidskou prioritou. Je třeba vzít na vědomí, že ačkoliv v posledních 20 letech bylo vynaloženo obrovské úsilí na zvýšení počtu vyléčených, nemá většina onkologických pacientů na vyléčení naději.

V případech, kdy rakovina není vyléčitelná, lze stále zajišťovat kvalitní život pacienta poskytováním optimální kvalitní protinádorové léčby (chemoterapie, radioterapie) a podpůrné léčby, zahrnující zvládání bolesti a únavy.

Účastníci budou usilovat o dosažení následujících cílů:

1. Zlepšit všeobecnou péči o onkologické pacienty specifickými léčebnými metodami včetně podpůrné péče.
2. Na politické a lékařské úrovni uznat význam kvality života pacientů, bez ohledu na stadium nemoci a prognózu. Uznat optimální podpůrnou péči onkologické pacienty, zvláště v těch případech, kdy nelze dosáhnout vyléčení.
3. Považovat kvalitu života za rozhodující faktor ve vývoji nových léků a v péči o pacienta.
4. Neustále aktivně vyvíjet nové vědecké nástroje pro zhodnocení kvality života v nemocničním prostředí.
5. Podporovat intenzivní vzdělávání zdravotníků a onkologických pacientů, týkající se potřeby a možnosti efektivního zvládnutí bolesti ve všech stádiích nemoci a léčby. Bolest hluboce ovlivňuje kvalitu života a často bývá podceňována a nedostatečně léčena i v případech, kdy může být náležitě zvládnuta.
6. Snažit se o lepší pochopení a změnu postojů k otázkám smrti a umírání. Usilovat o to, aby konec života byl chápán jako přirozená zkušenost, na kterou by se mělo pohlížet z lékařského, psychologického, emocionálního a duchovního hlediska. Optimální lékařská péče o umírajícího pacienta musí být efektivní, humánní a soucitná.

ČLÁNEK IX

Vzhledem k velkým rozdílům v dostupnosti prostředků a epidemiologii ve světě účastníci souhlasí s tím, že jednotlivé země musí vytvořit co nejefektivnější národní strategie boje proti rakovině podle vlastních potřeb. Některé země se mohou v první řadě zabývat druhy rakoviny, které jsou léčitelné nebo kterým lze předejít, vzdělávacími programy a určitými druhy léčby. Jiné země by se mohly zabývat otázkami imunity jako součástí všeobecné strategie zvládnutí nemoci nebo aktivněji podporovat použití adjuvantní chemoterapie, zvyšující dobu přežití. Tyto potřeby a možnosti definovala SZO, která usiluje o vytvoření globální strategie pro zvládnutí rakoviny.

Je jasné, že kritické zhodnocení potřeb, správné plánování a stanovení priorit může bez ohledu na ekonomické podmínky smysluplně snížit nepříznivý vývoj nádorových onemocnění v rozvinutých i rozvojových zemích.

Účastníci se zavazují aktivně podporovat koncepci národního protinádorového plánování v souladu s místními potřebami a prostředky.

ČLÁNEK X

Vzhledem k tomu, že rakovina nezná hranice a jednotlivé země ji nedokážou zvládat samostatně, musí být stanoven nový přístup k výzkumu, patientskému hnutí, prevenci a léčbě, založený na mezinárodní spolupráci.

Účastníci této charty se zavazují vytvářet globální síť a sdružení pro podporu jejich cílů. Slibují zajistit, aby po jejím podepsání nedošlo k odstoupení od stanovených cílů.

1. Zajistit uznání Charty příslušnými institucemi. Den 4. února bude označen za Světový den proti rakovině, aby tak každým rokem žila Pařížská charta v srdcích a myslích lidí celého světa.
2. Stanovit stálou komisi, která bude připravovat každoroční zprávu o realizaci cílů stanovených v Chartě.
3. Zajistit podporu Charty v patientských organizacích a vytvořit globální síť patientských organizací.
4. Vytvořit globální výzkumnou organizaci složenou z předních vědců z celého světa, která by zajišťovala, aby se nejnovější poznatky rychle rozšířily do všech států, aby byly zaregistrovány rozdíly ve výzkumu a slibné výsledky prozkoumány.
5. Shromáždit milion podpisů Pařížské charty do konce roku 2001, a tak poukázat na ochotu veřejnosti bojovat ve jménu těch, kteří jsou nádorovou nemocí postiženi.

(Helena Haškovcová, Lékařská etika, str. 149-154)

Příloha K - Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou kvalifikovanými pracovníky s porozuměním.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuální) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů, nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, léčba, jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, popřípadě tam převezen poté, co mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách. Zdravotní zařízení, které má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, v němž bude jeho lékař pokračovat, a dostane informace o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Vědomý písemný souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez udání důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnosti znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí tzv. nemocničním řádem. Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

(Kutnohorská, 2007, s. 139-140)

Příloha L - Práva kriticky nemocného

1. Kriticky nemocní pacienti mají právo na specializovanou péči, aby se minimalizovala rizika smrti nebo trvalé invalidity.

2. Kriticky nemocní pacienti mají právo na pravdivé a přiměřené informace o svém stavu a o léčbě od svého lékaře. Není-li však nemocný schopen chápání, a když se nevyjádří zamítavě, může lékař informovat bližší příbuzné nebo osoby pověřené péčí o zájmy nemocného. Vždy však musí respektovat jeho soukromí.

3. Kriticky nemocní mají právo, je-li to možné, být informováni lékařem předtím, než dají souhlas k navrhované léčbě. Není-li to z důvodů zdravotního stavu pacienta možné, svolení by měla dát jiná osoba v soulase s právními předpisy dané země. V naléhavých situacích však nemusí být možné získat tento souhlas vzhledem k mentální neschopnosti pacienta nebo vzhledem k nedostupnosti osob, které by mohly v souladu s právními předpisy dané země dát souhlas ve prospěch pacienta.

4. Kriticky nemocní mají právo léčbu odmítnout. V těchto případech by měl být nemocný poučen o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí, toto rozhodnutí by mělo být dokumentováno v plném rozsahu. Lékaři i zdravotní sestry oboru intenzivní medicíny mají povinnost jednat v souladu se zákony dané země.
5. Kriticky nemocní mají právo být léčeni v plně odpovídajících specializovaných zařízeních a být do nich přiměřeným způsobem transportováni.
6. Kriticky nemocní mají právo být navštěvováni svými milovanými v souladu s lékařem každé jednotky intenzivní péče a s ohledem na svůj zdravotní stav.
7. Kriticky nemocní mají právo na duševní nebo morální podporu, nebo mají právo ji odmítnout. Mají právo na pomoc v osobních i právních záležitostech.
8. Kriticky nemocní mají právo, aby se všemi informacemi týkajícími se jejich péče bylo zacházeno jako s důvěrnými.
9. Kriticky nemocní mají právo na důstojné zacházení ze strany personálu jednotky intenzivní péče.

(Kutnohorská, 2007, s. 140-141)