



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

Podpora příbuzných při rozloučení se zemřelým

Vypracovala: Bc. Daniela Bellová
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Název diplomové práce: Podpora příbuzných při rozloučení se zemřelým

Náš výzkum se zabýval podporou příbuzných při rozloučení se zemřelým. Hlavním důvodem k zvolení tohoto tématu byla ztráta tradičních rituálů, které lidem vždy pomáhaly s vyrovnáváním se se ztrátou blízké osoby, a přesun umírání a smrti z domovů za zdi nemocničních zařízení. Proto nás zajímalo, jak a jakým způsobem právě v nemocnicích poslední rozloučení probíhá. V teoretické části jsme se zabývali umíráním a smrtí a jejich vnímáním současnou společností. Zaměřili jsme se na možnosti ošetrovatelské péče o umírajícího a jeho rodinu i následně o zemřelého a pozůstalé. Dále jsme se zabývali paliativní péčí, důsledně jsme popsali možnosti podpory příbuzných, truchlení, fáze truchlení, pomoc pozůstalým a zásady komunikace s rodinou zemřelého.

Na základě nabytých informací jsme zvolili pro práci dva cíle. Prvním bylo zjistit, nakolik je příbuzným v nemocnici umožněno pobývat u lůžka umírajícího a zemřelého. Druhý cíl měl objasnit, jakým způsobem je zajišťováno rozloučení se zemřelým v nemocnici. Dále bylo zvoleno šest výzkumných otázek: Nakolik je příbuzným v nemocnici umožněno pobývat u lůžka umírajícího a zemřelého? V jakém prostředí je příbuzným oznamována informace o úmrtí? Jak probíhá předání pozůstalosti příbuzným? Jak probíhá rozloučení příbuzných se zemřelým? Jak ošetřující personál v nemocnici pečuje o pozůstalé? A nakolik je příbuzným zemřelého umožněn rozhovor s kaplanem či psychologem? Pro výzkum jsme zvolili kvalitativní metodu šetření s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Šetření probíhalo v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v Nemocnici Písek, a.s. na odděleních ONP a ARO. Rozhovorů se celkem zúčastnilo 16 sester.

Z provedených rozhovorů jsme zjistili, že příbuzným je sestrami umožněno pobývat u lůžka umírajícího. Ty zdůraznily důležitost domluvy a ohled na chod oddělení. Dále bylo zjištěno, že zpráva o úmrtí klienta je příbuzným nejčastěji sdělována po telefonu. Následný rozhovor s příbuznými o skonu klienta lékař provádí pouze při zájmu pozůstalých a probíhá převážně v soukromí vyšetřovny, ambulance či

emergence. Předání pozůstalosti sestrou se už tak často v soukromí nekoná. Při příchodu pozůstalých sestra nejprve rodině vyjádří upřímnou soustrast, následuje předání věcí proti občanskému průkazu, jejich zkontrolování a vyřízení formálních záležitostí. Podpora při předání pozůstalosti se objevila jen ve formě odkázání pozůstalých na kaplana či lékaře. Předání pozůstalosti tak vytváří dojem rutinního výkonu, citlivou komunikaci a empatii bere na vědomí jen minimum sester. V otázce posledního rozloučení se různily odpovědi sester z oddělení ONP a ARO. Na oddělení ARO mají pozůstalí možnost posledního rozloučení vždy. Poslední rozloučení je automaticky umožněno rodině i s dárce orgánů. Naproti tomu na ONP musí pozůstalí projevit aktivní zájem o poslední rozloučení, které je jim následně umožněno na pokoji nebo na koupelně oddělení. Přestože v písecké nemocnici je místnost posledního rozloučení v budově patologického oddělení, většina sester o této možnosti nevěděla vůbec, nebo si nebyla jistá. Jiná situace nastává při úmrtí klienta za přítomnosti rodiny, v tom případě mají pozůstalí možnost setrvat u lůžka zemřelého, jak dlouho potřebují. Co jsme však u sester postrádali, byla péče a podpora směřovaná přímo k rodině klienta. Ojedinelým názorem bylo, že některé sestry přímou formu podpory zmínily, některé si její absenci uvědomují a přály by si nápravu, ale zbylé sestry podporu rodiny nepovažují za potřebnou, nebo si její absenci neuvědomují. Podporu příbuzných tak sestry přenechávají jiným profesím. Nejčastěji zmiňovanou profesí byl kaplan, sestry jeho služby aktivně nabízejí klientům i rodinám. V Písku se spolupráce s nemocničním kaplanem a možnost návštěvy Prostoru ticha těší velké oblibě. V Českých Budějovicích do nemocnice docházejí smluvní kaplani, které většina sester taktéž chválila, ale otázka se neobešla bez dvou připomínek, že nemocnice by měla mít svého kaplana a s tím související i kapli. Spolupráce s nemocničním psychologem byla zmíněna pouze ve dvou případech. Výstupem z této práce bude zpětná vazba hlavním sestřím zmíněných nemocnic. Smyslem této práce je nabídnout podporu rodinám, posílit ji a dát jim možnost rozloučení.

Klíčová slova: příbuzní, rozloučení, podpora, umírání, smrt

Abstract

Title of the thesis: Support for the Relatives in Their Final Goodbyes to the Deceased

Our research dealt with the support for the relatives in their final goodbyes to the deceased. The decline of the traditional rites that always used to help people cope with a loss of a close person and the transfer of dying from homes to the walls of hospitals were the main reasons for choosing this topic. This is why we were interested how and in what manners final goodbyes are held in hospitals. In the theoretical part we dealt with death and dying and their perception by the present society. We focused on the possibilities of nursing care of a dying person and his/her family and consequently of the deceased and the bereaved. We also dealt with palliative care, we thoroughly described the support to the relatives, the grief, the stages of grief, the help to the bereaved and the principles of communication with the family of the deceased.

We set ourselves two goals for our work upon the information obtained. The first one was to find out to what extent relatives are enabled to stay at the bed of a dying and deceased person in a hospital. The other goal was to make clear in what manners the final goodbyes are arranged in a hospital. Six research questions were then set: To what extent are relatives enabled to stay at the bed of a dying and deceased person in a hospital? In what setting are relatives given the information on the death? How are patient's belongings handed over to the survivors? How are the final goodbyes to the deceased arranged? How does the hospital staff care about the bereaved? And to what extent are the relatives enabled to speak to a priest or a psychologist? We chose a qualitative research method based on a semi structured interview for the research. The research was held in the České Budějovice Hospital and in the Písek Hospital at the LTC and Anaesthetic departments. 16 nurses participated on the interviews altogether.

We found from the performed interviews that nurses allow relatives to stay at the bed of a dying person. They stressed the importance of an agreement and the respect to the run of the department. We also found out that the message of a client's death is usually communicated on the phone. A subsequent talk between a physician and the relatives is only held upon request of the relatives, mostly in the privacy of an office or

a surgery. The handover of the belongings by a nurse is not so often held in privacy. The nurse first expresses her sympathy to the relatives after their arrival, then the handover of the belongings against an ID follows, they are checked and formalities are arranged. The only support provided at the handover of the belongings was in the form of reference to a priest or a physician. The handover of the belongings thus resembles a routine where only a minimum of the nurses care of sensitive communication and empathy. The replies of the nurses from the LTC and the Anaesthetic departments differed in the issue of the final goodbyes. At the Anaesthetic department the relatives always have the possibility of the final goodbyes. The final goodbyes are automatically allowed to the family of an organ donor. At the LTC, on the other hand, the bereaved must show active interest in the last goodbyes, which are allowed to them at a room or in a department bathroom. Although there is a final goodbye room at the pathology department of the Písek Hospital, most of the nurses did not know about this possibility or just were not sure. Another situation is in the case of death at presence of the family. In such an instance the relatives may stay at the bed how long they need. Nevertheless, the care focused directly on the client's family was what we missed about the nurses. A rare opinion was that some nurses mentioned a direct form of support, some do realize its absence and would appreciate an improvement, however the rest of the nurses do not consider a direct support for the family necessary or they do not perceive its absence. A priest was the most frequently mentioned profession. Nurses actively offer his services to clients and their families. Cooperation with a hospital priest and the possibility to visit the Space of Silence are very popular in Písek. Contracted priests, who were also praised by most of the nurses, visit the hospital in České Budějovice. There were however two remarks in this relation, that the hospital should have its priest and also a chapel. Cooperation with a hospital psychologist was only mentioned in two cases.

A feedback for the head nurses of the named hospitals will be the output of the thesis. The purpose of the work is to offer and to the strengthen support to families and give them the opportunity to say their final goodbyes.

Key words: relatives, final goodbyes, support, dying, death

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....

Daniela Bellová

Poděkování

Chtěla bych moc poděkovat vedoucí mé diplomové práce PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za ochotu, trpělivost a cenné rady při vedení práce. Dále pak všem respondentům a především mým nejbližším, kteří mi byli oporou po celou dobu studia.

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Umírání a smrt	10
1.1.2 Postoje k umírání a smrti v současnosti	14
1.2 Možnosti ošetrovatelské péče o umírajícího a jeho rodinu	16
1.2.1 Možnosti ošetrovatelské péče o zemřelého a jeho rodinu	22
1.3 Paliativní péče.....	26
1.3.1 Hospicová péče.....	28
1.3.2 Nemocniční péče	30
1.4 Podpora příbuzných.....	33
1.4.1 Truchlení.....	36
1.4.2 Fáze truchlení	39
1.4.3 Neformální pomoc pozůstalým	40
1.4.4 Formalizovaná pomoc pozůstalým.....	41
1.5 Zásady komunikace s pozůstalými	43
2 Cíl práce a výzkumné otázky	46
2.1 Cíl práce	46
2.2 Výzkumné otázky	46
3 Metodika výzkumu	47
3.1 Použitá metoda	47
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	47
4 Výsledky.....	48

4.1 Kategorizace	48
5 Diskuze.....	69
6 Závěr	79
7 Seznam použitých zdrojů	82
8 Přílohy.....	90
8.1 Seznam příloh	90

Seznam použitých zkratk

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

CD – Datový nosič

CSNAT - Carer Support Needs Assessment Tool

ČB – České Budějovice

FIN - Family Inventory of Needs

FIN-H - Family Inventory of Needs – Husband

FNA - Family Needs Assessment

FNQ - Family Need Questionnaire

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

NSS - Need Satisfaction Scale

ONP – Oddělení následné péče

WHO – Světová zdravotnická organizace

„Zažít a přijmout bolest ze ztráty je právě tak součástí života jako zažívat radosti lásky.“

Alan Wolfelt

Úvod

Umírání je přirozenou součástí našich životů. Tato etapa lidského bytí však byla v průběhu času odsunuta do nemocnic, pryč z lidských očí. V minulosti byl člověk běžně ve styku se smrtí již od raného dětství, dnes již není výjimkou, když se člověk na prahu dospělosti se smrtí dosud neseťkal. Svůj podíl na tom má především prodloužená doba života. Naši předci, pro které byla smrt téměř každodenní realitou, se s ní dokázali zároveň také lépe vyrovnat. Měli své zaběhlé rituály, které jim pomáhaly truchlit a překonávat žal. Dnes je smrt hlavně zdravotnický problém, a ne součást běžného rodinného života. Na osvědčené rituály lidé zapomínají a přibývá klientů s psychiatrickými obtížemi, způsobenými žádným nebo nedostatečným truchlením.

Důvod, proč jsem si zvolila toto téma diplomové práce, je, abych upozornila na nedostatečné truchlení u příbuzných klientů zemřelých v nemocnici. Především jsem ale chtěla zjistit, jaké možnosti mají nemocnice, aby byly nápomocny příbuzným v rozloučení se zemřelým. Zajímalo mě, zda počítají s možností rozloučení na oddělení nebo ve vyhrazené místnosti posledního rozloučení. Chtěla jsem vědět, je-li pozůstalým k dispozici kaplan či psycholog a jakým způsobem probíhá samotné předání pozůstalosti. Vycházela jsem z vlastní zkušenosti, neboť mým přáním je, aby lidé měli možnost volby, pokud chtějí strávit poslední vzácné chvíle se svým příbuzným a rozloučit se s ním.

1 Současný stav

1.1 Umírání a smrt

Smrt je přirozenou součástí lidského života a také jedinou jistotou, které nikdo neunikne. Ve většině lidí však budí strach. Dříve zájem o problematiku závěru života byl považován za nevhodný. V sedmdesátých letech dvacátého století ale došlo k otevření tohoto tématu a smrt pomalu přestává být v naší společnosti tabu. Smrt je otázka, která se týká všech. Jenomže každý člověk k tomuto fenoménu nemusí zaujmout své stanovisko. Zdravotníci ano. Důvodem je především fakt, že ne vždy zdravotník přesně ví, jak se správně zachovat k těm, kteří tento život právě opouštějí, či k jejich rodinám a pozůstalým (1).

Dle Slámy et al. (2) umírání neboli terminální fáze určuje konečné dny a hodiny života, kdy nastává nevratné selhání lidského organismu. Umírání není pouze patofyziologický proces, ale zároveň se jedná o nevratnou etapu neobyčejného lidského života, která současně zahrnuje psychologickou, sociální a duchovní dimenzi. Závěr, že stav hospitalizovaného klienta je terminální, lékař ohleduplně prodiskutuje s pacientovou rodinou a po stanovení diagnózy umírání, péče o klienta dostává nový smysl. „*Cílem je pacientovi umožnit klidnou a důstojnou smrt, a nikoli tuto smrt za každou cenu oddálit*“ (2 s. 304).

Jak uvádí Haškovcová (3), smrt je jednotlivý zánik organismu, člověka nevyjímaje. Dá se říct, že člověk umírá a spěje ke své smrti již od svého zrození. Dříve byla příčinou úmrtí takzvaná smrt přirozená nebo sešlost věkem. V současné době je úmrtí často konečnou fází nemoci. Smrt tedy nastává v souvislosti s chorobou. Následkem nemoci pak k úmrtí dochází nejčastěji v nemocnici nebo v jiném zařízení. Důležitým faktorem je rychlost smrti. Dělíme ji na smrt náhlou, rychlou a pomalou. Náhlá smrt je nepředvídatelná, rychlé úmrtí pouze v malé míře. Tyto pojmy spolu navzájem splývají, proto náhlá smrt je spojována především s tragickou příčinou odchodu ze světa a výraz rychlá smrt se váže k nemoci, například při akutním infarktu myokardu. Rozlišujeme pojmy jako avizovaná a neavizovaná smrt. Pomalá smrt, v zcela individuálním čase, na sebe upozorňuje, neboli avizuje. Toto upozornění může být sdělováno prostřednictvím

nejrůznějších symptomů. Dále se smrt diferencuje podle věku, ve kterém člověk umírá. Může tak být smrt předčasná, jejím opakem je smrt přiměřená. Podstatné je si uvědomit, že náhlá a rychlá smrt zaskočí zcela nepřipravené příbuzné. U avizované smrti příbuzní mají možnost se připravit na bolestnou ztrátu, ale ani tento způsob skonu není předpokladem připravenosti rodiny.

Svůj osobitý pohled na smrt uvádí také Elizabeth Kübler-Ross (4), přirovnává smrt člověka ke zrození motýla z kukly. Lidské tělo je jen jakousi kuklou, pouze dočasnou schránkou, která se jednoho dne naruší a vypustí motýla, lidskou duši. Ta opustí lidské tělo a setká se s těmi, kteří zemřelého milovali, ale zemřeli již před ním. Zajímavé je, že proto také podle Kübler-Rossově není nikdo ve smrti sám.

Od počátku lidstva je umírání a smrt úzce spjata s vývojem rituálů, náboženství, filozofického poznání, etického vnímání a se sociokulturním vývojem společnosti. Názor na umírání a smrt se v průběhu historie měnil. Vždy však člověku byla v této otázce nápomocna víra a rozum. Konečnost lidského života lidé chápali odjakživa. Smrt byla součástí běžného života. Nebyla ale krutá a zlá, jak je většinou pojímána lidmi vychovanými v ateistické společnosti (1).

Jak tvrdí Haškovcová (3), lidé se v minulosti dožívali jen nízkého věku. Častá byla dětská a kojenecká úmrtnost, lidstvo sužovaly neléčitelné infekce, úrazy a nedobrá výživa. Smrt nebyla kdysi tak idealizovaná, jak je vnímána dnešní společností. Lidé umírali doma, ale i na veřejných místech, o hladu, ve špíně a bez pomoci. Jen bohatí měli společnost blízkých lidí, faráře a lékaře. Umírání v té době bylo v každém směru krátké a nebylo prodlužováno léčebnými prostředky. Útěchou lidu byla víra v život po smrti, kde již není žádné utrpení. Smíření se ztrátou příbuzného probíhalo v duchu: co Bůh dal, Bůh vzal. V této souvislosti se nedalo uvažovat o velkých citových investicích rodičů k dětem, když museli počítat se smrtí několika z nich. Promyšlené církevní rituály dokázaly v minulosti přinést zklidnění v emotivních situacích pomocí různých obřadů, ale i dnes nabízejí pomoc těm, kteří se k víře v normální situaci nehlásí.

Lenderová (5) vysvětluje, že obrazem dobré smrti byl skon v kruhu blízkých osob, doma, v posteli a někdy i zrovna v té, ve které se umírající narodil nebo kde přišly na svět jeho děti. Člověk se až do konce devatenáctého století narodil a zemřel doma,

jedinou výjimkou byla doba válek. Blízcí se různými praktikami snažili umírajícímu zkrátit trápení, například otáčeli čelo či naopak nohy lůžka směrem k hřbitovu, k oknu nebo ho kladli na rozestlanou slámu na zem, aby styk s mrtvou, ušlapanou podlahou usnadnil odchod ze života. Navrátilová (6) zdůrazňuje, že umírání bylo často veřejnou událostí a dodržované rituály měly člověku pomoci se vyrovnat se světem z pohledu náboženského i světského. V křesťanském modelu umírání se rituály zformovaly do tradičního procesu, který zahrnoval poslední pomazání, požehnání, loučení a poslední pořízení. Umírající se loučil se svými blízkými, žádal o odpuštění a teprve v této chvíli často vyřizoval svou pozůstalost. Tradičně k obřadu domácího umírání patřilo dávat pozůstalým členům rodiny požehnání, především dětem. Závazná byla také poslední slova a přání umírajícího na smrtelném loži, jejich porušení byla trestána jako hřích.

Dle Haškovcové (3) idealizovaný model domácího umírání se stal realitou až v posledních dvou stoletích. Předtím byla péče o většinu prostých lidí laická nebo žádná. Určitou vyrovnanost získával umírající ze zkušeností a rituálů, kdy se nacházel u lůžka umírajících ve svém okolí. Každý rituál dokáže uklidnit emotivní situaci a základní scénář umírání a smrti byl všem známý. Nejdůležitější složkou byla duchovní péče. Tuto péči u umírajícího zajišťoval kněz a zejména rodinní příslušníci. V okamžiku, kdy umírající rozhodl, že nastala jeho poslední hodinka, svolal rodinu a vyslovil svoje poslední přání. Následně se s každým důstojně rozloučil. Rodina přivedla kněze, který přicházel k domu se zvonečkem, aby každý věděl, že ve vsi někdo umírá. Poskytnutím svátosti nemocných kněz pomáhal umírajícímu se připravit na poslední cestu smíření. Umírání bylo společenským obřadem, kdy si rodina rozdělovala pečovatelské role. Psychickou oporou jim byl farář a jejich víra. Důležité je, že každý z rodiny se během života několikrát setkal s umírajícím i s mrtvým tělem. Všichni tedy znali, jak probíhá umírání a smrt. Znali tradiční laické ošetrovatelské výkony a také je používali. Když umírající skonal, zavřel mu obvykle nejstarší syn oči a otevřelo se okno, aby duše zemřelého mohla vylétnout. Rodina v klidu a úctě postála a pomodlila se Otče náš, což bylo samozřejmostí. Omyli tělo nebožtíka, podvázali mu bradu a oblékli ho, to vše patřilo k zavedeným dovednostem té doby. Pohřby byly zpravidla vypravovány z domova, kde bylo mrtvé tělo obvykle tři dny vystaveno

ve svátečním pokoji, obklopeno květinami a svícemi. Po tuto dobu rodina, ale i sousedé a známí mohli přijít, poklonit se a rozloučit se se zemřelým.

Jak zmiňuje Lenderová (5), na světě nenajdeme společnost, která by jen tak ledabyly odhodila zemřelé lidské tělo. Pohřeb je rituál všeobecně respektovaný. Jedině lidé popravení a osoby stojící na okraji společnosti, jako například zločinci, bývají zbaveni práva pohřbu. Pohřební obřad spojuje v sobě tři typy rituálů. Rituál odlučovací, kdy mrtvého je třeba oddělit od světa živých, zahrnuje poslední pomazání, umytí a oblečení zemřelého. Pomezní rituály v křesťanské víře obnáší uložení mrtvého do rakve, jeho vystavení, stráž a rozloučení všech blízkých, přátel i sousedů. Následuje uzavření rakve, pohřební průvod, obřad, uložení do hrobu a jeho uzavření. Rituály byly opředené řadou pověr, které pramenily především ze strachu z neznáma. Pro pozůstalé pomezním rituálem je především zachování smutku. Přijímací rituály spějí k ukončení smutku, pořádá se hostina po pohřbu, vzpomínkové slavnosti, či zádušní mše.

Jak uvádí Hříbalová (7), lidé dodržovali stereotypní pohřební rituály, díky kterým mohli otevřeně vyjadřovat svůj zármutek. Každý prožívá smutek individuálně, i přes to měli lidé určitý návod, jak se vyrovnat se smutkem, který ke ztrátě blízkého člověka patří. Dnes už není tak časté rozloučení se se zemřelým na pohřbu a stále stoupá trend pohřbů bez obřadu. Přitom úplná absence rozloučení může být zdrojem dalšího trápení a sebeobviňování pozůstalého, jenž je mnohdy nucen setrvat v pomezní fázi, kdy se dlouhou dobu nemůže smířit se smrtí svého blízkého. Vágnerová (8) vysvětluje pohřební rituál jako definitivní sociální potvrzení smrti konkrétního člověka. Dává příležitost k ritualizovanému truchlení, kde se viditelné projevy smutku pozůstalých dokonce očekávají a považují se za nutné.

Vzpomínkový rituál, který se dochoval do dnešních dní, je Památka zesnulých, Dušičky, které připadají na druhého listopadu. V České republice je to tichý svátek, kdy každý individuálně vzpomíná na zesulé. Lidé navštěvují hřbitovy, zapalují svíčky, pokládají věnce a květiny. Někteří lidé ale na hřbitovy nechodí a vzpomínají raději doma a udržují své soukromé rituály (7).

1.1.2 Postoje k umírání a smrti v současnosti

Na základě historického vývoje si klademe otázku, co a proč se změnilo v přístupu k umírání v současnosti. Přestože se téma umírání a smrti začíná pomalu otevírat, stále je ve společnosti velkým tabu. Haškovcová (3) vysvětluje tabuizaci smrti jako všeobecný jev v našem století a především v době po druhé světové válce, který souvisí s vnímáním jakési samozřejmosti života. V zemích ekonomicky na výši došlo taktéž k tabuizaci smrti a všeho, co hodnotíme jako prohru. Smrt je chápána jako nezbytný, ale nechtěný jev, který se v podstatě nehodí do světa ovládaného vědou, technikou a médií, do světa, který dychtí po mládí, sexu, úspěchu a hromadění hmotných statků. O smrti se zkrátka příliš nemluví. Hra na slepého ale selže, pokud smrt zasáhne někde poblíž. Když onemocní někdo z rodiny, pokud se zdravotník opakovaně setkává se smrtí. Pak už nelze smrt ignorovat. Je potřeba se s ní vypořádat a zvládnout roli laického i profesionálního doprovodu.

Špatenková et al. (9) uvádí, že charakteristickým postojem ke smrti ve dvacátém a dvacátém prvním století se stala institucionalizace smrti. Institucionalizace znamená odsunutí smrti do institucí, kterými je například nemocnice nebo hospic. Souvisejícím pojmem je medicinalizace smrti. Jak zmiňuje Bártlová (10), v institucích končí svůj život osmdesát až devadesát dva procent lidí, tudíž umírání a smrt se staly každodenní nemocniční praxí v podstatě na kterémkoliv oddělení. I pokud člověk zemře v hospici nebo v domácím prostředí, nevyhne se pozornosti lékaře a zdravotnického personálu, který medicínskou praxi vnese i do domácího prostředí umírajícího, popřípadě zemřelého. Lékařské péči se smrt nevyhne téměř nikde, pokud jí předchází pomoc přivolané záchranné služby. Konec života se tak odehrává pod kontrolou lékaře a často je spojen s podáním nemalého množství léků a dochází tak k cílenému, narkotizovanému a kontrolovanému umírání ve zdravotnických institucích. Umírání a smrt jsou medicinalizované, protože jsou čím dál více věcí lékařů a ošetrovatelského personálu než přirozenou součástí lidských životů.

V návaznosti na tyto přístupy dochází také k dekontextualizaci a depersonalizaci smrti. Umírání a smrt jako by ani neexistovaly a jsou odsunuty z lidských životů, to následně komplikuje nejen vyrovnávání se s vlastní smrtelností, ale i se smrtí

blízkých. Umírající dožívají skrytě a v osamění uvnitř instituce. Osamělí jsou ale i pozůstalí, kteří jsou rovněž odstrčeni do pozadí. Smrt již není součástí celé komunity, nýbrž jen úzké rodiny, proto projevy smutku jsou u truchlících často skrývány, sami si je zakazují a truchlí jen ve skrytu duše, nikoli navenek. Toto prožívání smutku je momentálně v západních zemích běžné. Žal nad odchodem někoho blízkého ale není slabost ani nemoc (9).

Umírající a jejich příbuzní procházejí různými sociálními fázemi, které, jak uvádí Bártlová (10), popsali Glaser a Strauss. Tyto fáze označili jako sedm kritických bodů. Prvním z nich je označení pacienta za umírajícího. Dalším bodem je emocionální a praktická příprava příbuzných a přátel pacienta na jeho smrt, přizpůsobením však prochází i klient, pokud si tuto skutečnost uvědomuje. Třetí fáze je “už se nedá nic dělat“, kdy je stanovena diagnóza a vše je připraveno na konečnou fázi klientova života, který ovšem v závěru svého života ještě není. Proto nastává jisté zvolnění u příbuzných v emocionálních i praktických přípravách, nevědí však, jak s blízkým mluvit. Zdravotníci zas někdy mají v této fázi sklony k vyhýbání se kontaktu s klientem a může dojít k viditelné depersonalizaci pacienta. “Poslední sestup“ je čtvrtou fází, kdy klient může například dostat samostatný pokoj a je prodloužena návštěvní doba pro blízké. Dostává další léky na bolest a je intenzivněji ošetřován. “Poslední hodiny“ bývají fází pro náboženské obřady, pokud si to klient a rodina přejí. Šestou fází je čekání na smrt, je vhodné povolit neustálou možnost přítomnosti blízkých u umírajícího nebo vyčlenit sestru, která bude provádět individuální péči a vytvářet společnost klientovi v závěru života. Poslední fází je příchod smrti, kdy se následně personál musí postarat o organizační záležitosti.

Při ohlédnutí do nedávné historie dvacátých let dvacátého století se začala ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních klientů v nemocnicích zavádět praxe takzvané bílé zástěny nebo plenty. Ta měla umírajícímu zajistit klid a spolupacienty uchránit pohledu na umírajícího člověka. Postupně se přistupovalo k vyčlenění zvláštního pokoje pro umírající. Převážení klientů do zvláštního pokoje je již minulostí, ale bílé plenty se někde používají dodnes. V tu dobu vládlo také přesvědčení, že nemocní potřebují klid, který byl zajištěn vyloučením veřejnosti, a tudíž i příbuzných z účasti na péči

o těžce nemocné a umírající. A tak se bohužel stalo to, co se děje dodnes. Moderní člověk umírá sám, kolem něj je bílá zástěna nebo je v pokoji mezi ostatními pacienty v péči zdravotníků, kteří jsou pro něj cizí stejně tak jako on pro ně. Laická veřejnost odsunula vážně nemocné do nemocnic v naději, že vítězná medicína zamezí smrti, nebo zajistí důstojný konec života. O to první se medicína snaží a někdy i za každou cenu, ale v tom druhém selhává. Je to právě sestra, která je v nejbližším kontaktu s umírajícím a jeho příbuznými. Žádá se od ní profesionální přístup a bezchybná komunikace. I když je někdy práce s umírajícím klientem komplikovaná, očekává se od sestry laskavost, obětavost a psychická a fyzická zdatnost. V tomto okamžiku se nabízí potřeba paliativní péče, aby bylo dobře postaráno jak o umírajícího pacienta, tak i o jeho rodinu. Paliativní péče je totiž zaměřena na kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům na konci života. Zaměřuje se především na předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, zhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních obtíží (1, 3).

1.2 Možnosti ošetrovatelské péče o umírajícího a jeho rodinu

S ohledem na téma práce se soustředím na péči poskytovanou v institucích. Při poskytování paliativní ošetrovatelské péče sestra zaměřuje své činnosti především na podporu fyzického a psychického pohodlí umírajícího klienta. Terminální stav klienta může trvat den nebo třeba rok. Klient slábne, přichází o svou soběstačnost a může zůstat zcela imobilní. Je to velice náročné období. Fáze pre finem začíná okamžikem, kdy se klient dozvídá svou diagnózu se smrtelnou prognózou. Sdělování těchto informací má v rukou lékař, ale i sestra zde může mít nezastupitelnou roli, jelikož s klientem tráví více času, sleduje jeho chování, nálady, tělesný stav i sociální vazby. Sestra může lékaři pomoci načasovat dobu sdělení diagnózy a dle přání klienta umožnit přítomnost blízké osoby v tento okamžik. Někdy je vhodné nabídnout podporu klinického psychologa či duchovního. Většina nemocnic je schopna dnes zajistit pomoc nemocničního kaplana nebo kněze. V tomto těžkém období je podstatné, aby sestra

respektovala klienta procházejícího fázemi reakce na nepříznivou diagnózu, popsanými Elizabeth Kübler-Ross, jež budou uvedeny v samostatné kapitole (11).

Jak podotýká Marie Svatošová ve své knize (12), tyto fáze je důležité správně chápat a uvědomit si, že se netýkají jen klienta samotného, ale i jeho příbuzných a blízkých. Doprovázející trpí s umírajícím a ocitají se v nelehké situaci. Je důležité, aby rodina měla možnost si také odpočinout a nabrat dech, proto je dobré, když se do doprovázení umírajícího zapojí i jeho širší okolí. Dále je důležité znát, že fáze, které Kübler-Ross seřadila za sebou, jak obvykle nastupují, ne pokaždé toto řazení respektují. Je nutné si uvědomit, že každý člověk je individuální a některé fáze se mohou vracet, střídat nebo dokonce prolínat. Každá fáze trvá jinou dobu, některá však může chybět.

Jak uvádí Vytejková (11), klientovi v období pre finem sestra poskytuje aktivní ošetrovatelskou péči až do úplného konce. Klade důraz na individuální potřeby umírajícího, jeho autonomii, důstojnost, a to tím více, pokud dochází k změně vzhledu klientova těla, trpí nepříjemnými příznaky a stává se nesoběstačným. Sestra nesmí dát klientovi najevo beznaděj. Po celou dobu plní pokyny lékařské ordinace a provádí ošetrovatelskou péči, která je u terminálně nemocného zaměřená především na tlumení bolesti, péči o vyprazdňování, výživu, soběstačnost, pohyb, dýchací cesty, sledování fyziologických funkcí, péči o psychosociální potřeby, volný čas, spánek a odpočinek.

Jak zmiňuje Špatenková et al. (9), klíčovou rolí sestry je naplňování potřeb umírajícího v pořadí jejich urgency. Panuje však názor, že prvotně je nutné uspokojení biologických potřeb, coby potřeb primárních, a až následně se má sestra zajímat o potřeby psychosociální a kulturní. Toto však neplatí vždy. Právě u umírajících sestra narazí na situace, kdy do popředí přicházejí potřeby vyšší. Většinou tyto potřeby jsou zdravotníky opomíjeny nejvíce. Jak uvádí Šamánková (13), z psychologických potřeb je v období umírání nejdůležitější potřeba bezpečí a jistoty, potřeba příslušnosti a lásky a potřeba sebeúcty. Zvláště tyto potřeby bývají přehlíženy. Špatenková et al. (9) doplňuje, že v nemocniční praxi sestry zvládají psychické problémy umírajících a i jejich příbuzných velmi obtížně. V této souvislosti sestra nesmí přehlížet přítomnost úzkosti u umírajícího klienta a strach ze smrti. Úzkost, strach a v tomto případě konkrétní úzkost ze smrti jsou standardizované názvy ošetrovatelských problémů

zařazených v publikaci Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace (14). Určující znaky diagnózy úzkost ze smrti jsou například negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním, hluboký smutek, diskuze na téma smrt, obavy z přepracování pečovatele, strach z bolesti spojené s umíráním, strach z rozvoje nevyléčitelného onemocnění, strach z utrpení spojeného s umíráním, pocit bezmoci ohledně umírání nebo obavy nad dopadem vlastní smrti na důležité osoby. Proto by sestra měla alespoň minimálně zastávat roli psychoterapeutickou, a to jak pro klienta, tak pro jeho nejbližší. Musí být však i poradcem a mediátorem, protože se může setkat s řadou komplikovaných situací.

Pro definování ošetřovatelských diagnóz je zásadní první krok ošetřovatelského procesu anamnéza individuálních potřeb klienta, ale i jeho nejbližších. Teprve následně může sestra naplánovat ošetřovatelskou péči pro konkrétního klienta a efektivně ji realizovat. Zjištění potřeb pacienta umožní sestře pochopit jeho problémy a poskytnout mu kvalitní ošetřovatelskou péči s uplatněním holistického přístupu. Vcítit se do umírajícího v nemocnici a zjistit, co potřebuje, však není jednoduché. Aby péče o klienta byla komplexní, musí se sestry zajímat i o jeho kulturní kontext a respektovat ho. Podle Leiningerové by sestry měly svým nemocným poskytovat takovou péči, která bude respektovat jejich právo na vlastní kulturní hodnoty, víru a potřeby. Kromě respektu se od sestry očekává, že umírajícímu vytvoří i potřebné podmínky pro uspokojování jeho specifických kulturních potřeb, protože právě v době umírání jsou potřeby kulturní a spirituální silně dominantní (9).

Dle Kriškové a Uhrinové (15) má sestra umožnit rodině setrvání u lůžka umírajícího bez omezení a koordinovat zapojení příbuzných a blízkých do ošetřování klienta a také se společně dohodnout na míře zapojení. Vidíme, že se v ošetřovatelském procesu díky uspokojování potřeb vracíme do historie, v níž umírání a smrt byly součástí života. Sestra znovu učí a vede příbuzné k tomuto přístupu. I sebemenší pomoc, například při úpravě lůžka, osobní hygieně, dopomoci v jídle a pití, při podpoře fyzického a psychického pohodlí klienta dělá z doprovázejících důležitého pomocníka v péči. Zároveň však sestra musí brát ohled na rodinu a podporovat ji v přijetí a adaptaci na umírání a blížící se smrt klienta. Musí pomoci rodině předcházet psychickému a fyzickému vyčerpání, aby byli schopni zvládat běžné situace denního života. Riziko

zátěže v roli pečovatele a zátěž v roli pečovatele jsou ošetřovatelskými problémy. Určujícím znakem pro sestru by měl být především somatický, emoční a socioekonomický stav příbuzných (14). Sestra proto aktivně navazuje kontakt s rodinou a klientem, zajímá se o jejich soužení a případně jim nabídne pomoc odborníka. Stará se o pohodlí klienta a snaží se dle svých možností plnit jeho přání. Povzbuzuje příbuzné, kteří bývají vylekaní, aby se nebáli přímého kontaktu s klientem. Ujistí je, že se nemusí obávat umírajícího chytit za ruku a mluvit s ním, jak byli zvyklí. Sestra zajišťuje sledování, bezpečnost a potřebnou ošetřovatelskou péči o klienta. V případě, že je umírající vystrašený, zůstane sestra při jeho lůžku, dokud se neuklidní, postará se o jeho pohodlí, dostatečné soukromí a přizpůsobí péči jeho přáním.

Kromě zvládnutí provázejících symptomů umírání a účinného tlumení bolesti by žádná sestra neměla zapomínat na péči o psychickou pohodu a duchovní potřeby klienta v terminálním stádiu a jeho nejbližších. Většina lidí má dojem, že se jedná pouze o potřeby věřících, ale opak bývá pravdou. Dle Svatošové (12) věřící lidé většinou vědí, jak se na konci svého života chovat, a tím se i řídí, ale lidé bez víry právě v závěru života začínají pátrat po jeho smyslu. Potřebují, aby jim bylo odpuštěno, nebo sami někomu odpustit, či vědět, že jejich život měl do posledního dechu smysl. Riziko duchovního strádání a duchovní strádání patří také k ošetřovatelským problémům a určujícími znaky pro sestru by měly být u rizikové diagnózy faktory typu životní změny, chronické onemocnění, úzkost, nízká sebeúcta či ztráta. Duchovní strádání určuje například vyjadřování klienta, ale i jeho rodiny o nedostatku naděje, lásky, významu a smyslu života, pocity viny, odmítání kontaktu s blízkými osobami, vyjadřování utrpení, hněvu vůči vyšším silám, požadování duchovního, pokud se klient již nezvládá modlit sám (14).

Jak uvádí Svatošová (16), u klientů s infaustní prognózou se duchovní potřeby stávají prioritními. Velmi často se jedná o snahu usmíření a napravení vztahů jak s lidmi, tak s Bohem. Potřebuje-li klient pomoci, aby si mohl vyřešit své niterní záležitosti, měla by mu být sestra nápomocna a zajistit klientovi přítomnost toho, koho si žádá. Tím může být vzdálený rodinný příslušník, kněz nebo třeba psycholog. Někdy ale může být už pozdě na jakékoli vyřizování a klient v duchovní tísní se utápí

ve svých výčitkách. V takové chvíli by měla sestra citlivě umět říci, že i lítost může vymazat vinu. Výčitky svědomí jsou u umírajících časté, proto je tak důležité včasné sdělení nepříznivé diagnózy klientovi, aby mohl projít procesem bilancování. Člověk ve svém životě udělá mnohokrát něco, o čem později zjistí, že to nebylo správné. Vedle toho zlého je ale i to dobré a vždy je nějaká možnost nápravy, a tou je i lítost. O usmíření a rozloučení stojí i blízcí umírajícího, proto jsou tak významné neomezené návštěvy a dostatek soukromí, aby si klient se svou rodinou mohl pokojně vyříkat, co bylo ještě nevyřčeno, rozloučit se a pak v klidu odejít, jak tomu bývalo v minulosti.

Základní a nejdůležitější dovedností sestry je naslouchání. Kromě samotného naslouchání a základních schopností komunikace je však důležité slyšet i to, co není řečeno slovy. Neslyšet jen slova, ale vnímat emoce a nonverbální projevy klienta. A k tomu všemu dokázat naslouchat i duši. Je důležité, aby se klient v přítomnosti sestry cítil bezpečně. Stejně tak, jak sestra pozoruje svého pacienta, i on pozoruje sestru a pozná, kdy opravdu naslouchá nebo naslouchání jen předstírá, myslí na něco jiného, či ho v duchu kritizuje. Klient vycítí, komu na něm opravdu záleží, a snaží se mu porozumět. Ne všechno, co umírající říká, si i myslí, proto je důležité sledovat projevy klienta. Povzdech, slzy v očích, to vše sestře může napovědět. Cítí-li sestra u klienta obavy z rozhovoru o duchovních potřebách, nenaléhá a vyčkává na jinou vhodnou chvíli, nebo odkáže umírajícího na odborníka, například kaplana či psychologa, protože ne každý si dokáže se všemi porozumět a sestra by to neměla brát osobně. To samé platí i v komunikaci s rodinou umírajícího. Pokud blízcí mají k sestře důvěru, aby se jí svěřili, měla by je v soukromí a klidu vyslechnout, navodit pocit bezpečí a projevit jim podporu v jejich těžké situaci. (16).

Období *in finem* je čas samotného umírání - agonie. V rámci klinického vyšetření může sestra pozorovat pomalé selhávání životních funkcí. Klient již není při plném vědomí a nachází se v takzvaném předsmrtném stavu. Základní životní funkce jsou zachovány, ale selhávají důležité orgány, jako například játra a ledviny. Klient v agonii má studenou, bledou a lepkavou kůži od potu. Sestra pozoruje u umírajícího projevy soporu či somnolence a reakce na bolest jsou již minimální nebo žádné. Klient je dezorientovaný, eventuálně bez reakce. Dech je povrchní, frekvence se snižuje s častým

výskytem apnoických pauz. Zpomaluje se i srdeční činnost, pulz jde jen ztěžka nahmatat a krevní tlak klesá. Může dojít k bezděčnému odchodu moče a stolice. Stav agonie trvá přibližně dvě hodiny a po této době přichází smrt. V tomto čase by žádný pacient neměl být sám bez lidského kontaktu. Ideální je, pokud s umírajícím tráví poslední chvíle jeho rodina, která by neměla mít omezenou návštěvní dobu. Pokud klient nemá žádnou blízkou osobu, může mu lidský kontakt nahradit zdravotník nebo dobrovolník. V tomto smrtelném zápase i přes selhávání orgánů je vnímání a především schopnost slyšet u umírajícího zachována, proto by zdravotnický personál měl vážit svá slova při péči o klienta a rodinu naopak podpořit v kontaktu. Pokud je to možné, sestra zajistí umírajícímu jednolůžkový pokoj pro nepřetržitou možnost přítomnosti rodiny (11, 15).

S rodinou souzní například v nemocnici v České Lípě s pomocí Hospicové péče Svaté Zdislavy, zde zřídili již čtvrtý rodinný pokoj pro umírající a jejich rodinné příslušníky. V pokoji nechybí vybavení pro kvalitní péči o klienta, ale navíc je tu i zázemí pro jeho nejbližší. Doprovázející mohou být nepřetržitě u svého příbuzného, ale mohou i v soukromí relaxovat. Mají ošetrovatelské zázemí a jsou doprovázeni personálem z řad nemocnice i hospice, aby nikdo nestrádal fyzicky, psychicky, sociálně ani spirituálně. Dle uvedených informací je dlouhodobě zájem o rodinné pokoje veliký (17).

Sestra v této konečné fázi života sleduje stav klienta a jeho fyziologické funkce. Rodina drží umírajícího za ruku, v tichosti či v poklidném rozhovoru. Jestliže není jednoznačně určeno jinak, sestra při srdeční zástavě zahajuje kardiopulmonální resuscitaci a volá lékaře. Pakliže ožívování není na místě, například u klientů s infaustní onkologickou diagnózou, sestra zaznamená pouze čas zástavy fyziologických funkcí klienta. Řídí se nejistými známkami smrti, jimiž jsou zástava dechu, srdeční činnosti a nereagující zornice na osvit. Sestra v takové situaci předpokládá úmrtí a volá lékaře. V případě kontinuální monitorace klienta nechává sestra monitor zapnutý do příchodu lékaře. Smrt konstatuje vždy lékař. Pokud je úmrtí přítomna rodina, sestra s ní může v poklidu chvíli setrvat u lůžka a vyjádřit soustrast (2, 11).

První okamžiky po úmrtí bývají naplněny bezradností. Zmatenost a zvláštnost tohoto momentu nemají být ihned zakrývány aktivitou, ale pozůstali by měli nechat na sebe v klidu působit sílu tohoto okamžiku. Nejprve je nutné se smířit se ztrátou blízkého a přijmout to, co se očekávalo. Dle tradic je vhodné otevřít okno. Věřící se mohou pomodlit, nevěřící vzpomínat na společný život se zemřelým. Reakce na ztrátu mohou být individuální (3).

Brereton et al. (18) ve svém článku z prostředí nemocnic vyzdvihuje soukromí a blízkost rodiny, která je pro umírající staré lidi velice důležitá. Naopak jako rušící faktory rodiny klientů uvádějí hluk televizoru, zvonků a personálu. Dále také negativně působí křik a sténání ostatních pacientů. Sestra by se měla vždy snažit umírajícímu a jeho nejbližším zajistit takové prostředí, aby se cítili pohodlně a v bezpečí.

Hadders, Paulsen a Fougner (19) zdůrazňují účast rodiny v době umírání klienta v nemocnici. Mělo by být samozřejmostí, aby blízcí klienta mohli v nemocnici pobývat u lůžka po neomezenou dobu, případně aby měli možnost ubytování. Důležitá je aktivní komunikace sestry, která by měla znát přání klienta a rodiny. Zapojení rodiny je možné i do péče o mrtvé tělo klienta, pokud má rodina zájem se sama postarat o zemřelého či s pomocí sestry, nebo si přeje být pouze přítomna tomuto úkonu, mělo by jí to být umožněno.

1.2.1 Možnosti ošetrovatelské péče o zemřelého a jeho rodinu

V období post finem je úkolem sestry péče o mrtvé tělo a starost o pozůstalé. Důležité je zajistit intimitu a důstojnost zemřelého klienta i po jeho smrti. Mobilní klienty požádá, zda by mohli opustit pokoj, a pakliže jsou na pokoji další imobilní pacienti, použije zástěny. Je nezbytné brát ohled na spolupacienty, kteří nemohou místnost opustit. V případě, že je na oddělení vyhrazená pietní místnost pro péči o zemřelého, sestra po konstatování smrti lékařem tělo převez. Nelehkou a eticky velmi choulostivou povinností lékaře je vyrozumění kontaktní osoby o úmrtí klienta. Nejčastěji je praktikován telefonický rozhovor. Kontaktována musí být pouze uvedená osoba a lékař by neměl zapomínat na lidský přístup, protože může mít značný vliv na

přijetí této nepříznivé zprávy blízkou osobou. Osobní předávání informací od lékaře příbuzným by mělo probíhat v soukromí, v klidné místnosti, nikoliv na chodbě oddělení, kde se pohybuje mnoho lidí. Rodina by měla mít možnost se posadit a lékař by měl mluvit pomalu a srozumitelně a dát pozůstalým dostatek času na přijetí informace o úmrtí. Blízcí by měli dostat možnost vidět zemřelého a rozloučit se s ním. Tento akt by měl proběhnout dříve, než příbuzní podstoupí nezbytnou administrativu (3, 11).

Jak uvádí Elizabeth Kübler-Ross (20), záleží na tom, zda pozůstalí měli dostatek času se na tuto zprávu připravit. Pokud je úmrtí náhlé a rodina měla málo času nebo dokonce žádný čas a zpráva přichází jako rána z čistého nebe, pozůstalí propadají zoufalství nebo výbuchu hněvu. Je dobré, aby rodina měla možnost své pocity ventilovat. Pozůstalí by neměli být ponecháni zdravotnickým personálem sami sobě bez povšimnutí.

Specifická situace nastává, pokud je u klienta diagnostikována smrt mozku a stává se potencionálním dárce orgánů. V takovém případě si komunikace s rodinou žádá daleko větší citlivost. Pozůstalí musí v jednu chvíli přijmout zprávu o smrti svého blízkého a zároveň je po nich žádán souhlas s odběrem jeho orgánů, které mohou zachránit život opět někoho jiného (21). Payneová, Seymourová a Ingletonová (22) doplňují, že na rozhodnutí o darování má vliv to, jak se s příbuznými jedná v době, kdy se o darování hovoří. Pokud jsou fakta podána ve správnou dobu a vhodným způsobem, jsou příbuzní schopni se rozhodnout, jak to nejlépe odpovídá jejich přesvědčení. K důvodům, které přispívají k nesouhlasu rodiny s dárcovstvím, patří nízký socio-ekonomický status, nedostatečné vzdělání, kulturní přesvědčení, strach ze zohavení a důležitost toho, aby tělo po smrti zůstalo neporušené. Podle autorkami zmiňované studie většina příbuzných věděla jen velmi málo o darování orgánů a o tom, jak bude zesnulý po zákroku vypadat. Rodinám, které s darováním souhlasily, bylo doporučeno, aby se se svým příbuzným rozloučili. Většina následně nemocnici opustila a nečekala, až bude příbuzný odvezen na operační sál. Možnost rozloučení a nerušeného setrvání se zemřelým byla pro příbuzné velmi důležitá. Následně po výkonu chtělo zemřelého vidět jen pár účastníků, pro některé byla zkušenost pohledu na mrtvé tělo pozitivní a pro

některé negativní. Většina chtěla zemřelého vidět v kapli pro zesnulé nebo v pohřebním ústavu. Jen minimum členů si chtělo zemřelého pamatovat takového, jaký byl. Ti, kteří mrtvého viděli, se obávali především toho, jak bude zemřelý vypadat. Především se ale utvrdili v jeho smrti. Následné pocity byly u pozůstalých různé. Důležitá je proto následná sociální opora, která tlumí následky stresu a má příznivý vliv na průběh prožívané ztráty.

Většina pozůstalých je schopna se zapojením všech sil se se ztrátou vyrovnat. Důležitá je ale důvěra mezi rodinou a zdravotníky, která by měla vznikat již od začátku péče. Neměla by se emoční podpora nahrazovat automaticky benzodiazepiny, ale někdy jsou anxiolytika nutná. Je dobré nabídnout kontakt s psychologem, sociálním pracovníkem či kaplanem. V případě, že zdravotník získá podezření na riziko nebo probíhající komplikované truchlení, je třeba aktivně nabídnout cílenou péči a nečekat, zda dotyčný sám vyhledá pomoc. Truchlení, komplikované truchlení nebo riziko komplikovaného truchlení také patří k ošetrovatelským problémům. Určující znaky komplikovaného truchlení jsou pro představu zejména zhoršené fungování v životních rolích, deprese, neakceptování smrti blízkého nebo traumatické strádání. Zdravotníci by měli s pozůstalými komunikovat citlivě, dopřát jim soukromí a respektovat jejich náboženské a jiné rituály (2, 14).

Péči o mrtvé tělo obstarávají minimálně dvě osoby, a to z důvodu praktického i právního. Nezbytné je použití ochranných pomůcek. Z lůžka se odstraní veškeré pomůcky, deka a polštář, prostěradlo se ponechá a svlékne se osobní prádlo zemřelého. Sestra, dle standardů ošetrovatelské péče daného oddělení, odstraní z těla veškeré katétry, obvazy a náplasti, drény pouze zkrátí, obvykle se nevytahují. Pokračuje hygienou celého těla. Odstraní zubní protézu a všechny šperky. Zubní protéza z drahých kovů se neodstraňuje, lékař to zaznamená do listu o prohlídce zemřelého. Podobně se postupuje, i pokud nelze například z těla sundat prstýnek. Následkem povolení svěračů může dojít k odchodu moči a stolice, tělo je nutné v tom případě očistit. Poloha těla je vodorovná s rukama podél trupu nebo spojenýma obinadlem na břicho. Sestra podváže prakovým obvazem dolní čelist, aby po ztuhnutí nebyla čelist otevřená. Zavře oční víčka lehkým tlakem, popřípadě je ještě přelepí náplastí. Na závěr označí tělo

zemřelého, napíše fixem obvykle na pravou dolní končetinu jméno a příjmení zemřelého, jeho rodné číslo, datum a oddělení, kde klient zemřel. Zemřelému se ponechá identifikační náramek, na některých pracovištích připevňují navíc na palec dolní končetiny cedulku s údaji zemřelého. Označené tělo se uzavře do igelitového vaku nebo se zabalí do prostěradla a na oddělení zůstává ještě dvě hodiny, než je transportováno na patologické oddělení (11).

V určitých zařízeních je možné se setkat s možností posledního rozloučení pozůstalých se zemřelým. Tělo je zavezeno do pietního pokoje, který je vkusně vyzdoben, a pokud jsou příbuzní zemřelého v době úmrtí přítomni v nemocnici, mají možnost se s ním důstojně rozloučit. Loučení může proběhnout jen tiše a krátce. Pokud se příbuzní dostaví až za určitý čas, měli by mít stejnou možnost rozloučení. Všechna zařízení ale nemají takovéto podmínky, proto je vhodné tento rituál přizpůsobit pro nemocniční pokoj. Podmínkou je ohled na spolupacienty. Pokud imobilní klienti nemohou opustit pokoj, požádá je sestra, aby se odvrátili. Po odvezení zemřelého pociťují ostatní spolupacienti nad uvolněným a znovu připraveným čistým lůžkem souživou prázdnotu. Sestra může na polštář položit květinu, a tím nepříjemnou situaci odlehčit. Postačí i květiny umělé, pokud jsou vhodné, nebo zcela jiný předmět, například s náboženskou tematikou (3).

Nezbytnou věcí je sepsání pozůstalosti. Z právního hlediska je nutné, aby byly přítomny dvě osoby. Dle standardu do knihy úmrtí nebo formuláře zapíšou jméno a příjmení zemřelého, datum a hodinu úmrtí a veškeré věci klienta, jedna sestra věci zapisuje a druhá je skládá do pytle. Při zapisování cenností sestra zmiňuje veškerou techniku s uvedením značky, šperky s popisem barvy kovu či kamene a finanční obnos. Pod seznam se obě sestry podepíší a doplní identifikační razítko. Pytel s věcmi bezpečně uloží na oddělení a cennosti uchovají v trezoru. Při příchodu rodiny na oddělení je vhodný krátký rozhovor, ujistit ji, že klient v závěru života netrpěl. Pozůstalost se blízkým následně vydává po předložení občanského průkazu, je nutné zaznamenat jméno a příjmení pozůstalého a číslo občanského průkazu a vztah k zemřelému. Při předávání je nejdůležitější zachovat lidský přístup, chovat se důstojně a ohleduplně. Sestra pozůstalým vyjádří upřímnou soustrast. Je však obtížné

v této situaci trvat na fyzickém převzetí a kontrole osobních věcí zemřelého. Sestra, svědek a člen rodiny se podepíše na předávací protokol, aby bylo jasné, kdo a od koho převzal věci po zemřelém klientovi. Pozůstalí by měli dostat informace o možnosti zařízení pohřbu a všech náležitostech, které je třeba zařídit. Vhodné jsou písemné materiály se všemi důležitými informacemi a kontakty (11).

Krásným příkladem brožury pro pozůstalé je Průvodce v čase zármutku (23), který vydal Hospic sv. Jana N. Neumanna. V publikaci autoři dávají laskavou formou pozůstalým návod, jak zvládnout jejich těžkou situaci. Odpovědi tu však najdou i ti, kteří chtějí pozůstalým porozumět a podpořit je. Záslužný úkol koná i publikace Hospicového občanského sdružení Cesta domů (24), zde najdou radu všichni ti, kteří doprovázejí své blízké na poslední cestě v domácím prostředí.

Veškeré principy a doporučení v oblasti péče o umírající jsou zahrnuty v Chartě práv umírajících (25). Mimo jiné je zde i vybídnutí k zřízení paliativních oddělení a thanatologických klinik alespoň při každé větší nemocnici, aby se paliativní péče stala nedílnou součástí každé lékařské činnosti.

1.3 Paliativní péče

Paliativní péče dle WHO je definována jako: *„Přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží“* (26 s. 15).

Marková (27) dodává, že paliativní péče a léčba se nevěnuje jen lidem v těsné blízkosti smrti, ale i v průběhu onemocnění, kdy je třeba řešit všechny problémy, které se onemocnění týkají. Přelom je však v tom, že dle WHO se paliativní medicína zabývá léčbou a péčí o pacienta, ale také o jeho blízké, kteří dohromady tvoří jednu nerozdělitelnou jednotku. Významný je také důraz na kvalitu života umírajících. Jak zmiňují Baldwin a Woodhouse (28), součástí paliativní péče je práce s filozofií

holistické teorie. Péče o člověka má mnohorozměrné aspekty. Klient nemá pouze biologické, psychosociální, spirituální a kulturní potřeby, ale všechny tyto dimenze jsou navzájem neoddelitelné a současně se prolínají.

Plevová et al. (29) uvádí, že paliativní péče začíná tam, kde negativní následky kurativní terapie jsou větší než předpokládaný přínos. Pokud již léčba pacientovi nemůže nic nabídnout, může být ukončena, nikdy však nesmí být ukončena péče o klienta. Ta se nevztahuje k žádnému konkrétnímu onemocnění, ale ani k věkové skupině klientů. Paliativní péče se uplatňuje u všech věkových skupin na základě předpokládaného vývoje zdravotního stavu a potřeb. Je to komplexní systém pomoci umírajícímu a jeho rodině. Je zde kladen důraz na multidisciplinární přístup ke klientovi, kterého se účastní lékaři, sestry, nutriční terapeut, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, psychiatr, duchovní, rodina, přátelé a dobrovolníci. Umírání je respektováno jako běžná součást a závěrečná etapa lidského života. Smrt zde není nepřitelem, ale přirozeností, se kterou je potřeba se vyrovnat.

Podle Markové (27) panuje ve společnosti názor, že paliativní péče rovná se hospicová péče. To je ale veliký omyl. Paliativní péče by měla být poskytována všem umírajícím, a tudíž by každý zdravotnický pracovník měl mít dostatečné znalosti o této problematice, aby mohl poskytovat paliativní péči. Jak uvádí Olivier, Monroe a Payne (30), nemělo by hrát roli, zda je klientem dítě, vězeň nebo příslušník odlišné etnické skupiny. Každý si zaslouží kvalitní péči. Z toho důvodu byla také rozdělena podle míry komplexnosti. Jak uvádí Watson et al. (31), obecnou paliativní péči, by měla zvládnout poskytovat všechna zařízení v rámci své klinické praxe. Součástí obecné paliativní péče je včasné vyhodnocení klientova stavu, zhodnocení významu další kurativní léčby, sledování, pochopení a poskytnutí jen takové léčby a péče, která zachová kvalitu klientova života. Nejdůležitější je respekt ke klientově autonomii, léčba bolesti a ostatních symptomů, pomoc rodině a doporučení k jiným specialistům. Nezbytná je též empatická, citlivá a otevřená komunikace s pacientem, který má být informovaný o svém zdravotním stavu.

Přes to by měla být zřizována zařízení specializované paliativní péče. Specializovaná paliativní péče je poskytována v zařízeních, která se věnují paliativní

péči jako své hlavní náplni. Pracuje zde vyškolený personál, ve vyšším počtu v poměru ke klientům, o které je kvalitně a komplexně postaráno. Tato zařízení by měla být oporou pro ostatní zdravotníky v nemocnicích i mimo ně. Mezi specializované poskytovatele se řadí oddělení paliativní péče, domácí hospice či mobilní paliativní péče, lůžkové hospice, konziliární týmy, ambulance paliativní péče, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče, kam spadají kupříkladu poradny, tísňové linky a půjčovny pomůcek (27, 31).

1.3.1 Hospicová péče

Jak uvádí Svatošová (12), rodištěm hospicového hnutí je Velká Británie. Cecilly Saundersová zde založila St. Christopher Hospice a její myšlenka se následně dostala do celého světa. Payneová, Seymourová a Ingletonová (22) doplňují, že účelem hospice bylo, aby lidé neumírali v institucionalizovaném prostředí. Oddělení se měla co nejvíce podobat domovu, personál nenosil uniformu a pracoval s umírajícími lidmi, nikoliv s pacienty. Vztah mezi personálem, umírajícími a jejich rodinami byl vždy spíše neformální. Jak zmiňuje Bužgová (32), v České republice se systém paliativní péče rozvíjí po roce 1989. Průkopnicí hospicového hnutí v České republice je doktorka Marie Svatošová, která založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem *Ecce homo*. Společnými silami následně v roce 1995 vybudovali první samostatný lůžkový hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Další významnou osobou je profesorka Helena Haškovcová, která se jako první autorka zabývala tématem umírání a smrti a poukazovala ve svých článcích a knihách na oblast thanatologie, důstojného umírání a péče o umírající.

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti“ (12 s. 115). Jak Svatošová (12) dále uvádí, hospic garantuje každému klientovi, že nebude vystaven nesnesitelné bolesti, vždy bude respektována jeho důstojnost a na konci života nezůstane sám. Cílem je naplnit dny umírajících životem, a ne život dny. Významná je především kvalita života klienta, a to až do úplného konce. Jak píše Haškovcová (3), hospic se obvykle skládá z malé lůžkové části,

jehož činnost může být rozšířena o stacionář a agenturu domácí péče. Součástí může být dále vzdělávací centrum a poradna s půjčovnou pomůcek. Pro představu nahlédneme do Hospice Anežky České. Zde je 14 jednolůžkových pokojů, 2 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové. Jednolůžkové pokoje mají vždy přistýlku pro jednoho člena rodiny, který může být nablízku umírajícímu po celou dobu hospitalizace nebo dle svých možností. Interiér hospice je příjemný s domácí atmosférou. Čím se však nejvíce liší od nemocnice, je denní režim. Hospicový režim se zcela přizpůsobuje potřebám klienta. Kdy bude pacient vstávat a zas uléhat, je na něm. Pokud to stav klienta dovoluje, oblékne se ráno do civilních šatů a zapojí se do dění v hospici. Denní hygiena je také dle přání umírajícího. Neprovádí se organizovaně ráno u všech klientů na povel, ale po domluvě. Klient může jít například večer před spaním do horké lázně, pokud mu to zajistí klidný spánek, nebo pokud je právě umírajícímu nevolno, hygiena se může přesunout na dobu, kdy se bude cítit lépe. Stravovací režim je také volný a klienti mohou jíst, kdy chtějí. Péče je plně individualizovaná a nemocný má svou sestru nebo ošetřovatelku. Umírající mají k dispozici terasu a zahradu, aby každý měl možnost pobývat na čerstvém vzduchu. Návštěvy jsou bez omezení a rodina se může, a nemusí podílet na péči o klienta. Jen jejich přítomnost je pro umírajícího velkou psychickou podporou. Pozornost je zde věnována kvalitní ošetřovatelské péči. Zdravotnický personál má k dispozici řadu pomůcek, které zajišťují komfort jak klientovi, tak ulehčují práci sestřám.

Aby však byly uspokojeny všechny potřeby nemocného ať už tělesné, duševní, sociální či duchovní a klient mohl být obklopen laskavou a klidnou atmosférou, je zapotřebí týmová spolupráce. Kromě zdravotníků, sociálních pracovníků, duchovního a psychoterapeuta patří do týmu pochopitelně i klient se svou rodinou a přáteli. Klient je cílem veškerého zájmu, proto musí všichni myslet jen na jeho dobro a táhnout za jeden provaz. Kromě doprovázení nemocného je posláním hospice starost i o jeho nejbližší. Ti mají v péči nezastupitelné místo, čeká se od nich plné nasazení, ale i oni potřebují být doprovázeni. Potřebují se dopracovat ke smíření a akceptaci, aby mohli co možná nejefektivněji strávit poslední čas se svým blízkým. I po úmrtí klienta se rodině hospic stále věnuje, a pokud je to potřeba, pečuje o ně i dlouhodobě. Tato služba přináší velký

klid mnoha klientům. Asi jedna třetina příbuzných potřebuje určitou formu další pomoci. Příbuzní mohou telefonovat, dopisovat si s personálem a navštěvovat hospic. Zvykem je pozvání pozůstalých po určité době na bohoslužbu a zavzpomínání na zemřelé. Pomáhat umírajícímu a jeho rodině vyžaduje lidský a současně profesionální přístup a spolupráci celého týmu (12).

Je však nutné upozornit, že větší podporu by si zasloužili lidé, kteří se rozhodnou o svého blízkého pečovat doma. Jak píše ve svém článku lékařka Marie Stieblerová (33), umírající člověk vyžaduje péči druhé osoby po většinu dne, proto pečující člověk musí opustit zaměstnání, odříct si zábavu, své koníčky a rychle se zaškolit v roli pečovatele. V domácím prostředí chybí potřebné pomůcky k péči o již nesoběstačného člověka a manipulace s ním v jedné osobě je obtížná. Z toho důvodu je nutné podporovat mobilní hospicovou péči a její další rozšiřování, aby se nejbližší mohli kvalitně postarat o své příbuzné, když už provedli takto chvályhodné rozhodnutí.

Jak tvrdí Reith a Payne (34), hospic je třeba chápat jako filozofii, a ne jen jako zařízení. Je zde ve speciálním zařízení poskytována hospicová péče, čili péče paliativní, kterou si zaslouží každý člověk na konci života, ať už se nachází v hospici, v nemocnici, domově pro seniory nebo v domácí péči.

1.3.2 Nemocniční péče

Hlavním cílem a náplní nemocniční péče je léčit a vyléčit nemocného člověka. Přes veškeré úsilí lékařů a zdravotnického personálu však jistá část klientů v nemocnicích umírá. Marková (27) uvádí, že většina lidí chce zemřít doma ve své posteli, stále nadpoloviční většina však umírá v nemocnicích, v léčebných ústavech a sociálních zařízeních. Nelze tuto péči označovat, jako nekvalitní, ale jsou tu určité rozdíly v poskytované ošetrovatelské péči v jednotlivých institucích. Pokud by měla být paliativní péče v nemocničním prostředí odpovídající, bylo by zapotřebí navýšení počtu zdravotnického personálu. Kvalita však závisí i na jiných faktorech. Je podstatné, aby nemocniční tým dokázal včas rozpoznat potřebu paliativního přístupu, když už kurativní léčba klientovi nepřináší žádná pozitiva. Důraz by se měl klást na vzdělání lékařů

a sester v paliativní medicíně a péči. Zapojit multidisciplinární tým, společně pracovat na zlepšení formální i neformální komunikace a mít otevřená oddělení pro spolupráci s rodinou a dobrovolníky. Posílena by měla být i složka sociální, protože umírání se dotýká celé rodiny. Samozřejmostí má být možnost neomezených návštěv rodiny u umírajícího, ale i podpora rodinných příslušníků. Příbuzní musí být citlivě informováni o úmrtí, dostat čas na akceptování této zprávy, mít možnost rozloučení a další podpory v době truchlení. Ralbovská (35) doplňuje, že příbuzní by měli vidět vlastní zájem a kvalitní péči personálu o umírajícího a mít možnost s někým pohovořit o problémech, které je trápí. Ošetřující personál by je měl podpořit, vyslechnout a dodat sílu. Sestra by se neměla obávat zapojit rodinu do ošetřování, ta naopak získá pocit, že pro umírajícího mohla něco udělat. Je důležité příbuzné citlivě dovést ke společnému vzpomínání s umírajícím, vyjasnění nevyřešených sporů, smíření se, což pomůže celkovému rozloučení. Jak píše Caswell et al. (36) v závěru svého výzkumu, zkušenosti rodiny z konce života jejich blízkého v nemocnici byly daleko lepší, pokud našli porozumění a podporu u zdravotníků. Někteří respondenti se setkali s neefektivní komunikací ze strany profesionálů a jejich situace byla také následně zoufalejší. Navázání dobrého vztahu založeného na pochopení vede k dobré komunikaci s rodinou a i k celkovému zlepšení péče o umírající pacienty v nemocnici.

Dle Špatenkové et al. (9) nejvíce klientů v nemocnici zemře v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo také nazývaných oddělení následné péče. Vysloužily si pověst “čekárny na smrt“ a pro zdravotníky mají cejch neprestížního pracoviště. Léčebny dlouhodobě nemocných nicméně slouží klientům, kteří jsou překládáni z akutních lůžek k doléčení po akutním stavu. Na oddělení jsou většinou po dobu maximálně tří měsíců, poté jsou následně propuštěni. Avšak kromě nich jsou přijímáni i klienti v terminálním stádiu. Umírajícím je poskytována ošetrovatelská péče, která je zaměřena na paliativní péči. Otázka kvality jejich poslední části života a péče o ně a jejich nejbližší je různá, tak jako jsou různá nemocniční zařízení.

Jak popisuje Bužgová (32), ze zkušeností z USA se ve větších nemocnicích, fakultních nebo církevních zařízeních zavádí speciální paliativní péče, hlavním důvodem je snaha o zmírnění utrpení, praktická podpora, otevřená komunikace

a posílení vztahu s rodinou. Zahraniční autoři zmiňují čtyři základní modely poskytování specializované paliativní péče v nemocnici. Prvním je nemocniční podpůrný tým paliativní péče, který poskytuje konzultace lékařům a sestřám pečujícím o umírajícího klienta na oddělení. Je ale k dispozici i samotným rodinám nemocných. V České republice není tento model příliš rozšířen. Další je ambulantní tým paliativní péče, který může být zřízen při nemocnici a stará se o klienty v domácí péči nebo v sociálním zařízení. Třetím modelem je specializované oddělení paliativní péče, které se nejvíce podobá tradičnímu hospicovému modelu. Lůžkové oddělení by mělo mít domácí charakter s dostatečným soukromím pro klienty a volným režimem návštěv. Posledním modelem je jednotka akutní paliativní péče. Ta je výhodná pro klienty v akutních případech, často v rámci akutní onkologické jednotky. Jednotka je ale určena pro všechny klienty v terminální fázi, kteří vyžadují akutní péči, intenzivní léčbu bolesti a symptomů. Přes rychlý rozvoj paliativní péče v České republice zavádění a aplikace programu paliativní péče do zdravotnických zařízení akutní i následná péče stále zaostává. Dle Bártlové (10), aby zmizela izolace lidí na konci života a umírání nabylo opět charakter sociálního aktu, existují dvě řešení. První možností je ponechat umírajícího doma a zajistit mu odpovídající domácí hospicovou péči nebo umožnit rodině, aby mohla v nemocnici zůstat co nejdéle u lůžka svého blízkého.

Například v Nemocnici České Budějovice, a.s. po rekonstrukci gynekologicko-porodnického oddělení vzniklo na stanici šestinedělí deset nadstandardních jednolůžkových rodinných pokojů, zde je kromě prodloužené návštěvní doby a příjemného prostředí možnost i přenocování doprovodu. Na blízko bylo myšleno i na porodních sálech. Je krásné, že nemocnice myslí na přítomnost nejbližších na počátku nového života. Ještě chvályhodnější by však bylo, kdyby v průběhu následující rekonstrukce bylo myšleno i na přítomnost nejbližších v závěru života (37).

Jak zjistily Hrozenská a Kasanová (38) ve svém výzkumu, všichni respondenti by chtěli umírat v přítomnosti svých blízkých, kteří by je drželi za ruku, pohládili a mluvili na ně. Skoro polovina zdravotníků by byla pro zřízení oddělení paliativní péče a téměř všichni by souhlasili s možností ubytování příbuzných nebo alespoň s možností pobývat

u lůžka v závěru života umírajícího, aby nebyl osamocen. Už nezbývá než přejít od slov k činům a situaci umírajících a jejich příbuzných v nemocnicích zlepšit.

1.4 Podpora příbuzných

Rodina je základní jednotkou paliativní péče a její podpora je jednou ze základních priorit. Smyslem pomoci blízkým osobám klientů je využití a zvyšování jejich schopností poskytnout pacientovi emoční i praktickou podporu, adaptovat se na průběh nemoci a dokázat se vyrovnat se smrtí a smutkem. Speciálně je třeba se věnovat předcházení a případnému řešení deprese z vyčerpání. Podpora poskytovaná v těžkých chvílích má pomoci klientovi a jeho blízkým vyrovnat se se ztrátami, ke kterým dochází v době umírání a smrti. Účinná pomoc může dle provedených studií snížit riziko psychických a psychosomatických obtíží následkem ztráty. Období zármutku začíná obvykle již před samotným úmrtím klienta. Paliativní fáze nemoci je pro nemocného a jeho rodinu obdobím blížící se ztráty, proto pomoc blízkým začíná již při určení diagnózy (29).

Jak zmiňuje O'Connor a Aranda (39), rodinní příslušníci, kteří nemají dostatečné informace a podporu již v počátku léčby klienta, mají daleko více neuspokojených potřeb a nižší důvěru ve zdravotnickou organizaci. Také vyrovnávání s celou situací probíhá podstatně hůře než u rodiny, které byla po celou dobu poskytována podpora. Proto je při péči o příbuzné nutné dle autorek zaměřit se na tři zásadní body. Prvním bodem je definice rodiny, která vyžaduje pomoc. Dále zaměřit se na nejčastější potřeby členů rodiny a na vhodnou a účinnou intervenci. Při definování rodiny, která potřebuje pomoc, je hlavní si uvědomit, že každá rodina je jedinečná a sestra by neměla dělat ukvapené závěry o tom, kdo jsou blízcí klienta. Mohlo by se snadno stát, že některé důležité osoby opomene, zvláště pokud rodina nefunguje podle klasického modelu. Sestry musí být flexibilní a zvažovat při určení členů rodiny, kteří vyžadují podporu a péči, aby neopomenuly například homosexuálního partnera, nemanželské děti, či blízké bez právních závazků. K tomu je důležitá komunikace a volba správných otázek směřujících ke klientovi a členům rodiny.

Potřeby členů rodiny a jejich uspokojování musí být pro sestru jednou z priorit. Pokud nejsou uspokojeny potřeby blízkých, ti nejsou následně schopni se plně starat o umírajícího a často se potýkají s fyzickými a psychickými problémy. Jak uvádí autorky, základní jsou pro rodinu čtyři potřeby, mezi které patří ujištění o tom, že pacient nemá velké potíže, dostatek informací, praktické dovednosti v péči a emocionální podpora rodiny. Rodina, která vidí, že jejich příbuzný zemřel v klidu a bez utrpení, je daleko spokojenější s péčí a na poslední okamžiky vzpomíná vyrovnaně a bez velkého stresu. Naopak když klient umírá v bolestech, příbuzní prožívají v jeho blízkosti pocity bezmocnosti a zoufalství a po smrti je mohou provázet pocity provinění a lítosti. Proto se sestra musí věnovat zajištění psychické i fyzické pohody klienta a podpořit rodinu, která vidí, že klient trpí.

Další potřebou je dostatek informací, neboť blízcí potřebují vědět, jak pečovat o klienta, znát vše o jeho nemoci, vědět jak blízkému zajistit pohodu, jaké změny ve stavu lze očekávat a jak komunikovat s klientem a s celou rodinou. Dostatek informací dodá rodině potřebnou sílu. Předávané informace by měly být srozumitelné, jednoduché a aktuální. Rady sestry ocení především rodina pečující o umírajícího v domácím prostředí, aby svou roli zvládla.

Praktické potřeby rodiny je důležité řešit, aby nedošlo k jejímu přetížení v péči o umírajícího. Snadno může dojít k přehlédnutí známek únavy a vyčerpání rodiny ze strany zdravotníků, kteří vidí blízké jako podporu pro klienta, a nikoli jako někoho, kdo potřebuje sám zdravotnickou péči. Pozornost si zaslouží rodiny především z odlehlých oblastí nebo pečující o umírajícího člověka. Zvláště když pečovatel je sám starý a má zdravotní problémy, je zátěž pro jeho osobu velká. Je třeba brát ohledy na fyzické možnosti členů rodiny, kteří mají pocit, že se musí o svého blízkého postarat a následně přepínají své síly. Za takových okolností může dojít k vyčerpání, izolaci a pocitu vyhoření. Pečující v domácím prostředí se často potýkají také s finančními problémy, neboť odešli ze zaměstnání a náklady na péči mohou být nemalé. To vše přispívá ke stresu. Zde je důležitou intervencí například nabídka respitní péče, odkaz na sociálního pracovníka, který pomůže rodině dosáhnout na sociální dávky, a na další členy multidisciplinárního týmu, jež mohou rodině pomoci třeba v péči o klienta v domácím

prostředí. Čtvrtou potřebou je potřeba emocionální podpory. Té je třeba se věnovat, aby rodina byla schopna se o klienta starat a nevyčerpala se. Důležitá je pomoc ve vyrovnání se se ztrátou, s nejistotou v prognóze choroby, nezvratností smrti, s komunikací mezi členy rodiny a zvládání psychického stresu. Sestry musí umět zachytit problémy a dokázat rodině pomoci spolu mluvit a sdílet společné obavy. Důležité je, aby sestry volily vhodné a účinné intervence, které zajistí pohodu klienta, informovanost rodiny, emociální podporu rodiny a praktickou pomoc rodině. Sestry by měly být aktivní a zajímat se o to, jak rodině pacienta pomoci, a intervence volit individuálně ve vztahu ke každé rodině zvlášť (39).

Jak uvádí Bužgová (32), hodnocení potřeb rodiny je důležitou součástí multidisciplinární péče a je vnímáno jako požadavky nebo přání pro podporu ze strany zdravotníků a sociálních pracovníků. Rozsahem potřeb, které byly naplněny, může být následně hodnocena kvalita péče. Z analýz vyplynulo, že hodnotící nástroje zkoumající potřeby rodiny musí být mnohohodimenzionální, aby hodnotily jak potřeby ve vztahu k péči o umírajícího, tak ve vztahu k rodinným příslušníkům samotným. Dotazníky hodnotící potřeby příbuzných zahrnují zpravidla dimenzi kvality života a kvalitu péče. Hodnocení kvality života zkoumá především osobní pohodu, finance, zaměstnání a podporu fyzického zdraví. V zahraničí vzniklo několik nástrojů pro hodnocení potřeb rodinných příslušníků, které se využívají pro účely výzkumu i v praxi. Mezi nejčastěji užívané a vhodné i pro nemocniční praxi patří dotazník FNA (Family Needs Assessment), NSS (Need Satisfaction Scale), FNQ (Family Need Questionnaire), FIN (Family Inventory of Needs), FIN-H (Family Inventory of Needs – Husband) a CSNAT (Carer Support Needs Assessment Tool). Pro příklad dotazník FIN byl vytvořen pro potřebu hodnocení potřeb rodiny klientů s onkologickou diagnózou a obsahuje dvacet položek. Je založen na dvou konceptech, prvním je důležitost potřeb pro péči a druhým je jejich naplněnost. Důležitost potřeb odráží vnímání požadavků rodinou pro péči. Naplněnost udává rozsah potřeb, které rodina hodnotí jako naplněné. Každá položka v dotazníku znamená jednu potřebu. U české verze dotazníku byla zjištěna dobrá reliabilita. Ve čtyřech doménách jsou zjišťovány základní informace, informace o léčbě a péči, podpora a komfort klienta.

Přes všechny uvedené informace je hlavní, aby péče o rodinu byla přiměřená. Jsou rodiny, které podporu a pomoc nechťejí a celou situaci dokážou zvládnout sami. Proto sestra v nemocničním zařízení by měla především dokázat zajistit rodině soukromí a navázat s členy rodiny vztah jako součást své role, bez zbytečného vnučování a se vši opatrností, jelikož důvěru si musí člověk nejprve získat. Důležitá je otevřenost, ochota a citlivost při poskytování podpory. Rodině by se měl projevit respekt a emoční podpora ze strany zdravotníků, protože rodina je jejich partnerem, pokud si klient nepřeje jinak (32).

Jak uvádí Plevová et al. (29), na péči o pozůstalé se mohou podílet zdravotníci, psychologové, odborní poradci či dobrovolníci. Jsou rozlišovány tři úrovně péče o pozůstalé. První je všeobecná podpora všech pozůstalých, kterou zajišťuje celý multidisciplinární tým. Druhá je selektivní podpora pro vysoce ohrožené osoby chorobným zármutkem. A třetí je specifická intervence u osob, které prožívají komplikovaný zármutek. Sestry poskytují převážně všeobecnou podporu. Mohou pomoci rodinám si jasněji uvědomovat a sdělovat své city a pocity. Pokud je emocím dán průchod, je truchlení jednodušší. Pozůstalí chtějí být obvykle ujisti, že smrt byla klidná a bezbolestná. Pomoc mohou zdravotníci nabídnout dále třeba při zařizování pohřbu a právních formalit ohledně závěti. Po smrti milovaného člověka se dostaví u pozůstalých pocit prázdnoty a osamělosti. Paliativní péče k vyplnění této mezery organizuje vzpomínkové akce, korespondenci, linky pomoci, individuální rozhovory a podpůrné skupiny, které jsou novinkou v péči v období zármutku.

1.4.1 Truchlení

Většina příbuzných miluje svého blízkého, ale často se stává, že zdravotníci pečují o umírajícího a zhroucené rodiny klienta si nikdo nevšímá. Právě nejbližší klienta potřebují obvykle větší podporu. Jsou duševně i fyzicky vyčerpaní a paradoxně někdy umírající dodává sílu svým příbuzným, protože on sám je již se svou smrtí smířený. Rodina často tuto skutečnost nechce přijmout, proto bývá na místě, aby je lékař upozornil na blížící se konec, aby ho mohli přijmout a akceptovat. Loučení a doprovázení umírajícího je náročné pro obě strany, ale i tak může být naplněné

láskou, pochopením a úctou. Po smrti dopadá na příbuzné smutek a pláč. Čím srdečnější byl vzájemný vztah, tím hlubší je zármutek a žal (1).

Jak vysvětluje Kubíčková (40), ztráta blízkého člověka je velmi náročnou životní situací a je normální, že rodina prožívá hluboký smutek. Truchlení je proces, který představuje určitý způsob zpracování závažné ztráty. Pozůstalí se soustředí na společné vzpomínky a nechávají se dojímat. Prožívají boj s pocitem viny, že mohli udělat víc, a zlost, že zůstali opuštěni. Truchlení znamená rozloučit se s člověkem, který už neexistuje. Jsou to prožitky a stavy, které se dostávají u pozůstalých. Moody a Arcangel (41) doplňují, že žal je instinktivní reakce na ztrátu, zatímco truchlení je osvojené. Truchlení je vnějším projevem žalu. Je ovlivněno především kulturou, ve které člověk vyrostl a ve které žije jako dospělý. Kromě kultury však na člověka působí i další faktory, které z truchlení dělají individuální proces, a jeho průběh je pokaždé jiný a jinak dlouhý. Podle Kubíčkové (40) dělíme determinanty, které ovlivňují truchlení na ty, které se vztahují k zesnulému a k truchlícímu. Faktory vztahující se k zesnulému vyjadřují, v jakém byl zesnulý příbuzenském poměru k truchlícímu, jeho věk při skonu, vzájemný vztah a okolnosti úmrtí. Důležité faktory vztahující se k truchlícímu jsou například pohlaví, věk, osobnostní faktory, předchozí zkušenosti se smrtí a truchlením, náboženské přesvědčení, sociokulturní, rodinné faktory, sociální podpora a další sekundární stresy. To vše truchlícího ovlivňuje.

Nekomplikované truchlení obsahuje velké množství psychických prožitků a jednání, které můžeme u pozůstalých pozorovat. Na úrovni emocionální se vyskytují projevy smutku, zármutku a žalu, sklíčenost, vymizení radosti či šok. Patří sem ale i touha, kdy truchlící touží hledat ztracenou osobu, prožívá strach, úzkost, bezmoc a beznaděj, hněv, žárlivost a závist, vinu a sebeobviňování, osamělost, opuštěnost, pocit omrzelosti životem a otupělost. Po smrti člověka, který své blízké fyzicky nebo psychicky týral, prožívají pozůstalí pocity vysvobození. Smrt po dlouhé a bolestné nemoci může přinést blízkým ulehčení. Paradoxně mohou prožívat blízcí i radost a smích. Na tělesné úrovni truchlící pociťují nejčastěji třes, pocit sevřeného hrdla, dušnost, slabost, únavu, svírání u srdce, nespavost, poruchu příjmu potravy a s tím související úbytek na váze, poruchu imunitního systému a mnoho dalších příznaků. Na

úrovni myšlení se vyskytují především depresivní myšlenky, odmítají skutečnost, jsou zmatení, dezorientovaní a mají pocity přítomnosti zesnulého, jež jsou pro truchlíci příjemné. V chování a jednání je možno u příbuzných pozorovat změnu ve stravovacích návycích, v sexuálním životě, často dochází k rezignaci na sociální kontakty, vyhýbají se vzpomínkám na zemřelého nebo naopak vyhledávají místa či předměty, které zemřelého připomínají. Často se truchlícím zdají sny o zesnulém. Ty bývají normální, ale i děsivé. Dále se objevuje vzdychání, hledání a volání, pláč a únikové reakce, nejčastěji se lidé uchylují k alkoholu či drogám (40).

Jak uvádí Kast (42), vždy při jakékoli ztrátě, když se člověk musí od něčeho odloučit, je třeba truchlit. Zármutek, který je potlačen, nebo mu bylo zabráněno, vede k tomu, že člověk následně vnímá svět jako něco bezvýznamného. Svou existenci bere jako bezcennou a budoucnost vidí beznadějně. Důsledkem neuskutečněného truchlení jsou poruchy ve smyslu depresivních reakcí.

Proč u některých lidí vzniká komplikované truchlení, jinak také abnormální zármutek či zármutek patologický? Svou roli mohou hrát různé faktory. Pokud truchlíci byl v silné závislosti na zemřelém, dochází k narušení jeho sebepojetí. V obraně pozůstalý odmítá přijmout realitu a brání tak normálnímu truchlení. Rizikové jsou také osobnostní faktory s nízkou mírou frustrační tolerance či s diagnostikovanou poruchou osobnosti a již prožité komplikované truchlení v minulosti. Důležité jsou i sociální faktory, například tabuizace smrti, v rodině vážne komunikace na toto téma a nevzpomíná se na zesnulého. Následně pak dochází k blokování průběhu žalu, který si může vyžádat i nutnost terapeutického zásahu. Dalším sociálním faktorem je negování ztráty, kdy se všichni chovají, jako by se nic nestalo. To vše může vést k patologickým reakcím na ztrátu. Specifickými projevy je následně například absence truchlení, chronické reakce, odložené reakce, excesivní reakce, larvované reakce a patologické reakce na ztrátu, jako je kupříkladu deprese (40).

1.4.2 Fáze truchlení

Podobně jako nemoc a smrt má svůj průběh, tak i žal a smutek je procesem, který se v průběhu času mění. Krivohlavý (43) uvádí dvě možnosti, jak lze na tento proces pohlížet. Znamé je pojetí fází zármutku a žalu podle Winklera. V první fázi šoku člověk nechce uvěřit, že to, co slyší, je pravda. Trvá několik hodin až dva dny. Druhá fáze se vyznačuje snahou ovládnout se a přetrvává do večera dne pohřbu. Pozůstalí mají dostatek společenských povinností a nemají tudíž čas, aby si uvědomili, co se stalo. Třetí fáze je fází regresivní, kdy ustupuje zármutek a žal. Je dlouhá jeden až tři měsíce a nejprve v ní propuká zármutek a žal v plné míře. Důležitá je přítomnost druhé osoby, které se mohou pozůstalí vypovídat, ale na druhou stranu potřebují i klid, aby v nich mohlo vše dozrát a dokázali se vnitřně odloučit od zesnulého a mohli jít v životě dál. Poslední čtvrtou fází je adaptace, tedy přizpůsobení a smíření se. Tato fáze je různě dlouhá, ale přibližně trvá jeden rok.

Druhý pohled na fáze zármutku a žalu je podle Oatese. Ten proces rozdělil na sedm fází. První fáze je charakterizována ustrnutím, neboť se člověk dozví o smrti někoho blízkého, zpráva působí jako zásah blesku a pozůstalý potřebuje péči. Druhá fáze je definována jako otupělost, pozůstalý je neschopen cokoli dělat, myslet a rozhodovat. Třetí fáze je dobou střídavého věření a nevěření tomu, že nás zesnulý opravdu navždy opustil. Čtvrtá fáze již podle názvu deprese naznačuje, že je to doba sklíčenosti a hlubokého žalu. Pláč je zde zcela přirozený. Pátá fáze je klidnějším obdobím, kdy už se pozůstalým daří se ovládat. Šestá fáze je úsekem klidu, který je často vystřídán neovladatelným nářkem či depresí, pokud cokoli upozorní na zemřelého. Sedmá a poslední fáze je charakteristická pevným rozhodnutím začít znovu žít! Všech sedm fází trvá nejméně tři až osmnáct měsíců, a někdy to může být až několik let.

Nejznámější pojetí fází zármutku a žalu je od Elisabeth Kübler-Ross, která popsala fáze psychické reakce na nemoc, ke kterým dospěla po rozhovorech se sty respondenty umírajícími na nádorové onemocnění. Těmito fázemi však neprochází jen pacient, ale i jeho příbuzní. Celkem definovala pět stádií: popírání a izolace, zlost, smlouvání, deprese a posledním stádiem je akceptace (20, 29).

Jak doplňuje Špatenková et al. (9), tyto fáze nemusí probíhat přesně v tomto pořadí, ale mohou se překrývat nebo úplně chybět. Všeobecně se předpokládá, že po určité době se každý se ztrátou vyrovná. Klinické šetření však ukazuje, že řada lidí se s nepříznivou životní událostí nevyrovná nikdy. Příznivý a nepříznivý průběh značně ovlivňuje sociální situace pozůstalých, konkrétně rodinná situace, jelikož veliký význam představuje pro pozůstalé neformální pomoc blízkých osob.

1.4.3 Neformální pomoc pozůstalým

Neformální pomocí rozumíme pomoc rodinných příslušníků, přátel, známých, kolegů, sousedů a komunity. Je to tradiční a nejobvyklejší způsob pomoci. Do této kategorie patří i svépomoc, kdy si jedinec chce pomoci sám se zapojením vlastních dovedností, schopností a sil. Svépomocná řešení jsou vůbec nejčastějším způsobem, jak lidé řeší náročné životní situace. Pozůstalí kromě využívání zkušeností z minulosti mohou uplatnit kupříkladu různá umělecká díla, v nichž se ztotožní s hrdinou filmu, knihy, básně nebo svůj žal ponoří do hudby a tance. Někteří lidé zas vyhledávají filozofickou či náboženskou literaturu. Eventuálně využívají speciálních knih, které mají pomoci truchlícím v jejich smutku. Jednou z nich je již zmíněný Průvodce v čase zármutku (23) nebo jako další příklad slouží výtisk V době zármutku (44), který je určen lidem, kteří ztratili někoho blízkého, ale i těm, kteří truchlíci doprovázejí. Další vhodnou literaturou je Život po ztrátě manžela (45), či Za branami smrti (46). Nápomocnou knihou může být pozůstalým také Bible. Hlavním zdrojem podpory a pomoci pozůstalým by měla být jejich rodina. Ale stejně tak jako rodina může být nápomocná v procesu truchlení, může mu i bránit. Úmrtí v rodině vždy mění její strukturu a významně narušuje její stabilitu a fungování. Důležitým zdrojem opory pro truchlíci jsou vztahy s přáteli, známými, kolegy, sousedy a širším sociálním okolím. Tato pomoc však prošla značnou redukcí a nemá již takovou váhu. Komunitní a sousedské vztahy se zmenšily většinou na minimum. Právě sociální pomoc zmenšuje u pozůstalých pocit samoty a izolace, dává dostatečný prostor pro vypovídání se, ventilaci emocí a je oporou, o kterou se truchlíci mohou opřít (9).

Avšak i u přátel a známých mohou nastat interpersonální problémy, jak uvádí Kubíčková (40). Mnoho lidí se raději pozůstalých straní, protože netuší, jak s nimi komunikovat, co říci a jak se chovat. Mají obavy, že by mohli truchlícího nějakým způsobem ranit, také efektivní ritualizované vzorce chování k truchlícím neexistují.

Pozůstalí, kteří se vyrovnávají se svým zármutkem a hledají nový směr svého života ale potřebují oporu, útěchu a pomoc. A pokud selhávají tradiční zdroje sociální opory, dochází k tomu, že truchlící vyhledávají pomoc u odborníků. A kdo je tím správným, u koho hledat pomoc v naší postmoderní společnosti: zdravotníci, poradce pro pozůstalé, terapeut, duchovní, rodina nebo přátelé (47)?

1.4.4 Formalizovaná pomoc pozůstalým

Jak uvádí Špatenková et al. (9), pro pozůstalé může být paradoxně snadnější hovořit o problémech, které ohrožují jejich integritu, sebepojetí a sebeúctu s lidmi stojícími mimo rodinný kruh. V některých rodinách také není například zvykem dávat volný průběh intenzivním emocím a pak je následně potlačují a hledají prostředí, kde je mohou vyjádřit. Takovým bezpečným rámcem by měla být profesionální interakce či intervence. Formalizovaná pomoc může být poskytnuta kvalitními odborníky, církevními organizacemi, dobrovolníky, svépomocnými skupinami nebo placeným poradenstvím v soukromých poradnách. Jak doplňuje Kubíčková (40), není nutné zřizovat nové povolání, jako je poradce pro pozůstalé. Za výhodnější vidí spíše rozšíření kompetencí stávajících pomáhajících profesí, především duchovních, zaměstnanců pohřebních služeb, zdravotnického personálu, psychoterapeutů, sociálních pracovníků, psychologů a lékařů. Proto je nutné, aby pracovníci v pomáhajících profesích byli v daném ohledu dobře připraveni.

Dle Špatenkové (48) jsou zásadními osobami v péči o pozůstalé lékaři, ať už je to ošetřující lékař zemřelého, či odborný lékař pozůstalých. Jsou to obvykle první osoby, se kterými se pozůstalí setkávají. Lékaři se ale často uchylují k tomu, co důvěrně znají a předepíší truchlícím lék a reprodukují tak proces medicinalizace a medikalizace truchlení. Zármutek však může zapříčinit onemocnění psychické i fyzické a pak je

intervence lékaře důležitá. Služby psychologů se pak v péči o pozůstalé rozumějí jaksí jen mimochodem. A ne každý expert je ochoten a schopen s tématy smrti a truchlení pracovat. Poradenství pro pozůstalé je specifická disciplína poradenství, která si žádá specifické znalosti a dovednosti, ale především přístup k pozůstalým, který vyžaduje osobnostní kompetence poradce. Jak zmiňuje Semová (49), poradcem pro pozůstalé se může stát osoba absolvující kurz, který probíhá formou samostudia a je ukončen zkouškou, jež má písemnou, ústní a praktickou část.

Jak uvádí Odrobiňák (50), od roku 2010 se můžeme setkat s novou profesí kaplan. Ačkoliv poskytují spirituální péči a nesnaží se o psychoterapii, tak kromě teologického vzdělání musí být dostatečně zralou osobností, proto je kladen důraz na to, aby prošli sebezkušenostním výcvikem a zároveň se po nich vyžaduje orientace v psychopatologii, aby dokázali ve spirituální péči vždy zvolit ten správný způsob pomoci. Jak doplňuje Havlová (51), kaplan by se měl stát členem multidisciplinárního týmu oddělení. Pacienti i zdravotníci jsou pak zvyklí na jeho přítomnost a není to jen někdo, kdo přichází, když je zavolán. Klienti následně nemají pocit, že k nim zástupce církve přichází až v okamžiku, kdy se blíží závěr jejich života. Kaplan je zároveň i prostředníkem v komunikaci mezi pacienty, jejich rodinami a zdravotníky, i když může o klientech mluvit jen v obecné rovině. Svou pomoc však nenabízí jen klientům a jejich příbuzným, ale i personálu, kterému může naslouchat a zároveň doprovázet v jeho nelehkém zaměstnání. Povolání kaplana je zavázáno dodržováním etického kodexu nemocničního kaplana. Pro příklad Nemocnice Písek, a.s., má jako jediné lůžkové zdravotnické zařízení v České republice samostatné Oddělení spirituální péče. Oddělení reprezentuje magistr Rostislav Homola, který má za úkol soustředit vztahy mezi církvemi, a zejména s pacienty, jejich příbuznými a zdravotníky. V rámci péče navštěvuje klienty přímo na pokojích, někteří chodí za ním do ordinace a zbytek zájemců navštěvuje Prostor ticha, který slouží všem, jež potřebují klid k přemýšlení, být chvíli sami, nabrat sílu, pomodlit se či meditovat (52).

1.5 Zásady komunikace s pozůstalými

Jak popisuje Špatenková a Králová (53), smrt blízkého člověka je pro jeho nejbližší zdrcující, ať už je to smrt do jisté míry očekávaná nebo náhlá. Pozůstalí v takové chvíli potřebují pomoc a podporu a sestra by jim ji měla poskytnout. Po oznámení smrti lékařem se otevírá prostor pro sestru, která může pozůstalé utěšovat a naslouchat jim v prvotní fázi šoku. Pozůstalé mohou také trápit různé zdravotní problémy po ztrátě ať už v počáteční fázi nebo s odstupem času, či prostě hledají pomoc a oporu a neví, na koho by se obrátili, tak vyhledají lékaře. Je to pochopitelné, pozůstalí se necítí dobře fyzicky ani psychicky. Většina reakcí je však normálními reakcemi na ztrátu a o tom by měli být pozůstalí ujištěni. Nejlepší pomocí je pak vstřícná a empatická komunikace.

Je důležité být citlivý a trpělivý, vyhýbat se eufemismům a používat slova, která dopřejí pozůstalým úlevu typu - netrpěl, zemřel ve spánku. Pomáhá také ujištění, že zdravotníci i rodina udělali pro zesnulého vše, co bylo v jejich silách. Nezbytné je naslouchat pocitům a vzpomínkám pozůstalých, a nikterak je neodsuzovat, pomoci jim vyjádřit jejich pocity, dát jim prostor a čas, aby se mohli zlobit, plakat i hroutit. Nikdy není dobré bránit pláči truchlících, je vhodné nabídnout papírové kapesníky a symbolicky či skutečně své rameno, aby se mohli vyplakat. Čemu je třeba se vyhnout, jsou plané fráze typu- to bude dobré. Nikdy by se truchlící neměli přerušovat v hovoru a nemělo by se jim skákat do řeči. Někdy stačí jen naslouchat bez jakéhokoli odsuzování a využívat prvky aktivního naslouchání, kterými jsou kupříkladu- aha, ano, a pak. A je vhodné vyjádřit svou soustrast. Pozůstalým můžeme také doporučit, kde případně mohou najít pomoc a podporu, ať už je to poradna pro pozůstalé nebo psycholog. Sestra jim může dát kontakt a různé brožurky a informační letáky, které v této práci již byly zmiňovány. Čemu ale sestra musí věnovat pozornost, jsou sebevražedné myšlenky a úmysly pozůstalých, které by neměla za žádných okolností podceňovat (53)!

Venglářová a Mahrová (54) k tomuto tématu doplňují, že je vhodné rodinu včas informovat o zhoršeném stavu klienta, aby mohli postupně přivykat vážnosti situace. Vážné informace by měla rodina vyslechnout vždy vsedě, v klidu a v soukromí. Je

vhodné, aby zdravotníci uváděli stejné informace, a neuváděli zbytečné detaily dramatizující situaci úmrtí klienta. Po zklidnění by sestra měla nabídnout pomoc při formalitách a seznámit rodinu s dalším postupem.

Kübler-Ross (20) na závěr upozorňuje, že by v otázce umírání a smrti nemělo být zapomínáno na děti. Většina lidí cítí rozpaky, pokud se má s dětmi na toto téma bavit. Malé děti chápou smrt jinak, proto je to třeba mít na paměti, pokud jim chceme rozumět. Až do tří let se dítě zabývá pouze odloučením. Pak přichází strach ze zohavení, kdy na svých výpravách vidí například mrtvého ptáčka, či přejeté zvířátko, a v době, kdy významně vnímá integritu svého těla, ho děsí vše, co ji může narušit. Pro tří až pěti leté dítě je smrt jen něco dočasného. Po pátém roce je pro dítě smrt jakousi bytostí, strašidlem, které člověka odvede pryč. Stále je smrt zásahem zvenčí. Realistické chápání smrti přichází kolem devíti, desíti let. Smrt je již nezvratitelným biologickým procesem. Reakce na smrt pak mohou být u dětí různé, od hlasitého nářku po uzavření se do sebe. Adolescenti vnímají smrt jako dospělí, ale v tomto náročném období může znamenat například ztráta rodiče obrovskou zátěž, proto je důležité jim naslouchat a umožnit jim projevit své pocity.

Parkes, Relfová a Couldricková (55) uvádějí, že je důležité do přípravy na smrt jednoho z rodičů zapojit i děti, které většinou stejně tuší, že se děje něco vážného. Především je třeba děti ujistit, že na smrti příbuzného nenesou žádnou vinu, protože malé děti mají sklony se domnívat, že cokoliv se jim stalo, způsobily ony samy. Následně je důležité si uvědomit, že malé děti nemají trpělivost sedět u lůžka a čekat a současně tak brání dospělým chovat se přirozeně a spontánně. Proto jejich přítomnost není nejvhodnější. Starší děti se s podobnými situacemi vyrovnávají naopak velmi dobře, a proto je vhodné umožnit jim, aby mohly pobýt u lůžka umírajícího. Rodičům může pomoci hovořit o smrti se svými dětmi i různá literatura, ať je to pro ty nejmenší například kniha od Ivy Procházkové (56) nebo pro ty větší kniha od Astrid Lindgrenové (57). Zalíbení v této četbě nacházejí posléze i dospělí.

Závěrem už jen pár vět Elisabeth Kübler-Ross: *„Nechme příbuzné mluvit, plakat nebo i křičet, je-li to nutné. Dovolme jim, aby se nám svěřovali, aby dávali průchod svým pocitům, budme jim prostě k dispozici. Zatímco mrtvý člověk má už všechny*

pozemské starosti za sebou, pozůstalé naopak čeká dlouhá a bolestná doba truchlení. Potřebují pomoc a podporu – a to od chvíle, kdy byla u někoho blízkého potvrzena “špatná diagnóza“, až do doby, která může trvat dlouhé měsíce po pacientově smrti“ (20 s. 198).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1 Zjistit, nakolik je příbuzným v nemocnici umožněno pobývat u lůžka umírajícího a zemřelého.

Cíl 2 Jakým způsobem je zajišťováno rozloučení se zemřelým v nemocnici.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Nakolik je příbuzným v nemocnici umožněno pobývat u lůžka umírajícího a zemřelého?

Výzkumná otázka 2

V jakém prostředí je příbuzným oznamována informace o úmrtí?

Výzkumná otázka 3

Jak probíhá předání pozůstalosti příbuzným?

Výzkumná otázka 4

Jak probíhá rozloučení příbuzných se zemřelým?

Výzkumná otázka 5

Jak ošetřující personál v nemocnici pečuje o pozůstalé?

Výzkumná otázka 6

Nakolik je příbuzným zemřelého umožněn rozhovor s kaplanem či psychologem?

3 Metodika výzkumu

3.1 Použitá metoda

Empirická část práce byla zpracovávána formou kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor byl prováděn se sestrami na lůžkovém oddělení ONP a ARO. Rozhovor se sestrami na ONP (Příloha 1) obsahoval 3 základní otázky a 18 doplňujících podotázek. Rozhovor se sestrami na oddělení ARO (Příloha 2) měl rovněž 3 otázky základní a 17 případných podotázek. Během rozhovoru byly upřesňovány nejasnosti, či podrobněji rozebírány zajímavé informace. Každý rozhovor probíhal v klidném a soukromém prostředí. Většina rozhovorů byla se souhlasem sester nahrávána. Při rozhovoru, kdy si sestra nepřála být nahrávána, byly odpovědi přepisovány na papír v průběhu šetření. Následně byly všechny rozhovory doslovně přepsány a postupně analyzovány podle zakotvené teorie Strausse (58). Data byla kódována, následně kategorizována a zobrazena ve schématech pomocí aplikace SmartArt.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na standardních lůžkových odděleních a sestry pracující na jednotkách intenzivní péče z Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s. Konkrétně na základě osobních zkušeností bylo zvoleno oddělení následné péče a anesteziologicko-resuscitační oddělení. Celkem bylo provedeno 16 rozhovorů (Příloha CD) s ohledem na nasycenost odpovědí a ochotu sester zúčastnit se výzkumného šetření. Sestry S1 – S5 pracují na ONP a sestry S9 – S11 na ARO Nemocnice Písek, a.s. a sestry S6 – S8 na ONP a S12 – S16 na ARO Nemocnice České Budějovice, a.s. S16 byl v rozhovorech zastoupen jako jediný muž. Výzkum probíhal po předešlém souhlasu hlavních sester (Příloha 3 a 4) v únoru a březnu 2016.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace

Schéma 1 Seznam kategorií a podkategorií

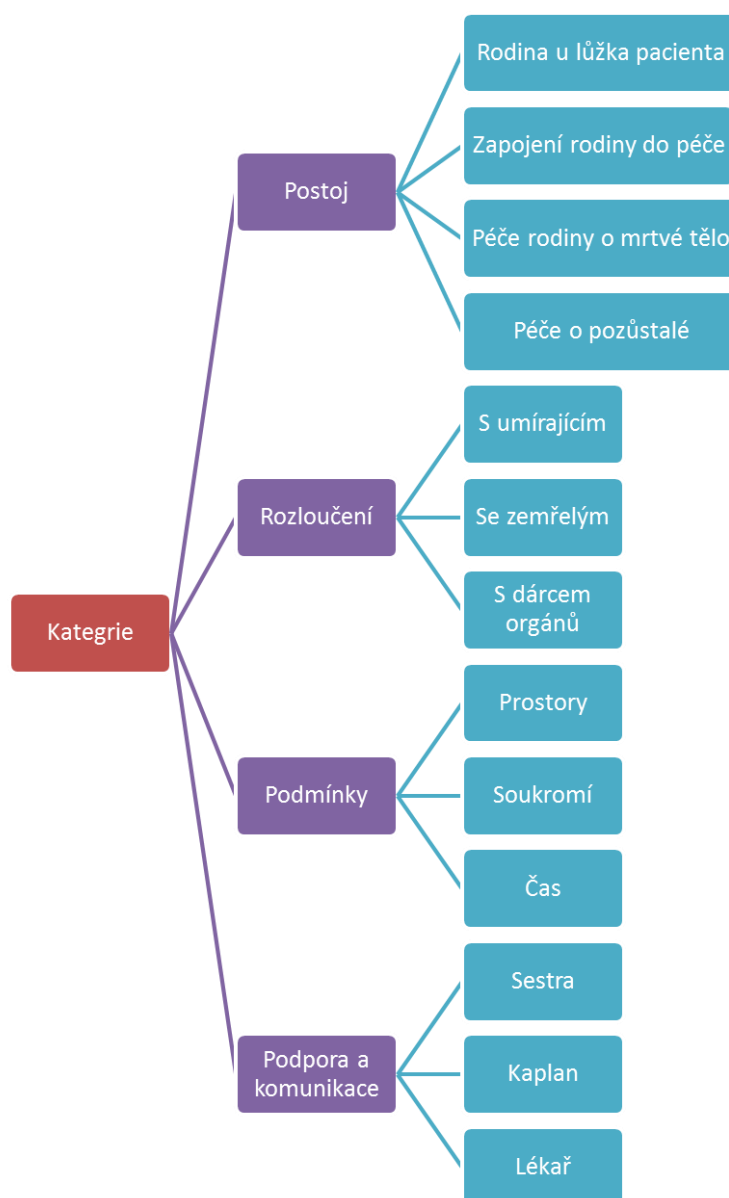


Schéma 1 znázorňuje získaná data, která byla analyzována a následně rozdělena do čtyř kategorií, ke kterým byly následně vytvořeny související podkategorie.

Schéma 2 Postoj sester k problematice podpory rodiny

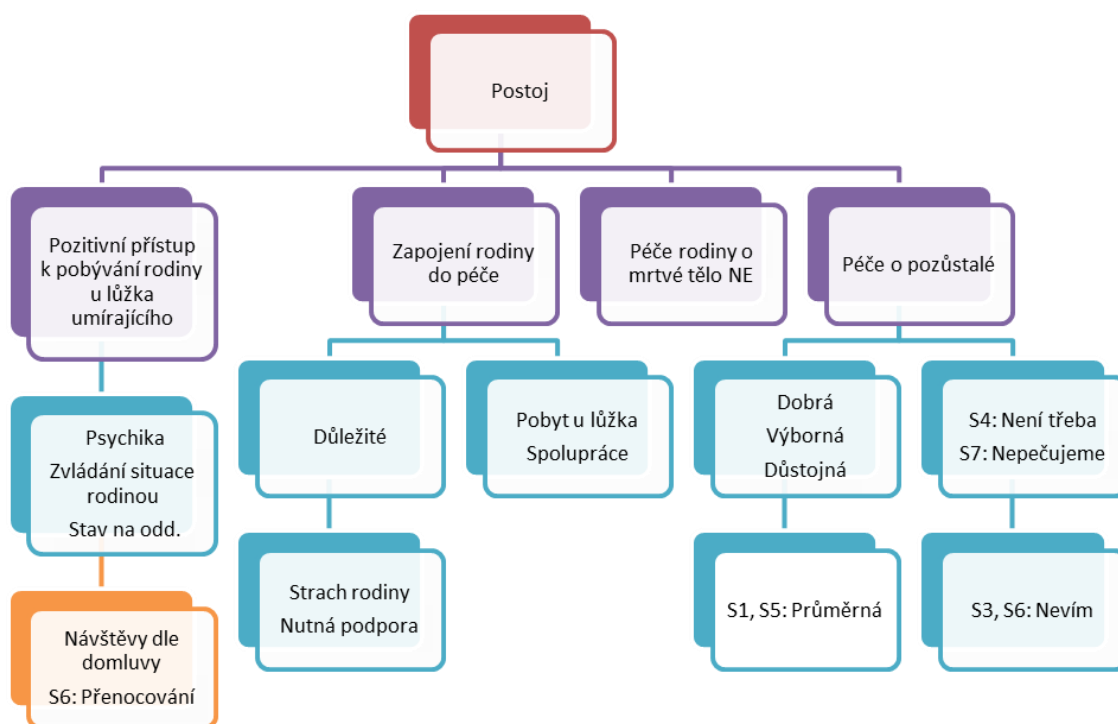


Schéma 2 znázorňuje kategorii zaměřenou na konkrétní postoj sester k problematice podpory příbuzných. K této kategorii se váží otázky: „Co si myslíte o podporování příbuzných ve snaze zůstat u lůžka umírajícího?“ „Pokud máte na oddělení umírajícího klienta, jaké má jeho rodina návštěvní hodiny?“ „Jaký máte názor na zapojování příbuzných a pozůstalých do péče o umírajícího a zemřelého?“ „Jaké jsou tu podle Vás podmínky pro péči o pozůstalé?“ a „Jaký máte názor na zapojení rodiny do péče o mrtvé tělo?“

K podkategorii **pobývání příbuzných u lůžka umírajícího** se všechny sestry, kromě S16, vyjádřily kladně. S16 tvrdí: „Nemyslím si, že zůstat do úplného konce je pro příbuzné dobrá volba, hlavně z důvodu jejich psychiky. Nemuseli by to snášet dobře.“ S2 naopak uvádí: „Myslím si, že je to důležité, aby byli do poslední chvíle s pacientem.“ Podobně odpovídají i S3, S5, S7, S8, S11, S14, S15. S3: „Nemám s tím problém, ať mají čas se s ním rozloučit.“ S5: „Já si myslím, že je to určitě správný. Vlastně oni pak i ti klienti se bojí, protože jsou sami a my s nimi nemůžeme být, i když

bychom i chtěli je držet za ruku anebo si s nima popovídat. Ale bohužel v tomhle provozu to není možné a můj názor je takový, že pro tyhle klienty je nejlepší hospicová péče, čemuž se většinou ty rodiny hodně brání. Takže my bysme chtěly rodiny podporovat, ale ta vždycky přijde na chvíli a zas odchází. Většinou teda.“ S7: „Jo, je to určitě super.“ S8: „Jo, je to dobře.“ S11: „Určitě můžou u lůžka zůstat, jak dlouho chtějí.“ S14: „Potom když už to stádium takový je, tak by měli dostat prostor pro sebe se rozloučit, aspoň nějak, aby spolu mohli být.“ S15: „Potom když už je to v tom stádiu, tak by měli dostat prostor pro sebe.“ S9 je pro umožnění rodině zůstat u lůžka ale s ohledem na chod oddělení. S1, S6 a S10 nechávají toto rozhodnutí na postoji rodiny a chápou ho jako individuální. S1: „Necháváme to na nich. Když vidíme, že klientovi zbývají minuty nebo hodiny, tak pokud tu má nějakého příbuzného, tak většinou paní primárka jim říká, jestli se chtějí rozloučit, tak svolujte klidně i ostatní rodinu, ten člověk tu dlouho nebude.“ S6: „Zas záleží na nich, ne každý to chce a má na to žaludek bejt tady s nima. Někdo chce a někdo si radši toho člověka bude pamatovat ve stavu, kdy byl v relativním pořádku, a někdo je tady s ním až do toho konce. To je opravdu individuální.“ S10: „Je to zcela na rodině.“ S4, S12, S13 se řídí psychickým stavem rodiny. S4 odpovídá: „To záleží, jak vypadá ten příbuzný. Jestli na něm vidíme, jestli by to zvládl nebo nezvládl. Když to zvládají, tak není problém, ale jsou vyloženě takoví, kteří se s tím nechtějí smířit, tak pro ně je lepší, když tam tolik nejsou, aby neřikali, že tomu mohli nějak zabránit, protože potom si to ty lidi i vyčítají.“ S12 doplňuje: „Záleží na rodině, pokud to k tomu není, tak je vyvedeme.“ S13 uzavírá odpovědi postojem: „Určitě tu můžou být, ale záleží, jak to berou.“

Na otázku týkající se návštěvních hodin odpovídaly sestry podobně. Návštěvy rodiny u umírajícího v nemocnici jsou volné nebo možné dle domluvy se sestrou či lékařem a s ohledem na provoz a stav na oddělení, především na oddělení ARO. S5: „V podstatě neomezeně s tím, že jim nedoporučujeme chodit v noci. Je to o domluvě, prostě když se ten čas pacienta blíží k odchodu, tak nemáme problém jim sem umožnit přístup třeba v deset hodin večer, pokud chtějí. Pokud to samozřejmě nebude rušit ostatní klienty, protože tu nemáme jednolůžkové pokoje, bohužel.“ S9: „Mohou přijít kdykoliv s ohledem na situaci na oddělení.“ Výjimkou byla odpověď S6, ta uvádí: „Tak

měli jsme tu případ, jednu paní a manžel tu u ní i spal. Byl s ní v podstatě od rána do večera.“ „Je to opravdu na domluvě. Někdy je opravdu možný, že jsou tu i přes tu noc.“ ... “pokud ta rodina chce, tak se jí to snažíme nějak umožnit“ ... „Samozřejmě když není volné místo, tak jsou tam s nimi i další lidé na pokojích, ale když to volné místo je, tak se snažíme, aby byli jen oni sami“ ... “je to kolikrát na židličce nebo tady v křesle (na jídelně) nebo na pokoj se vezme křeslo“.

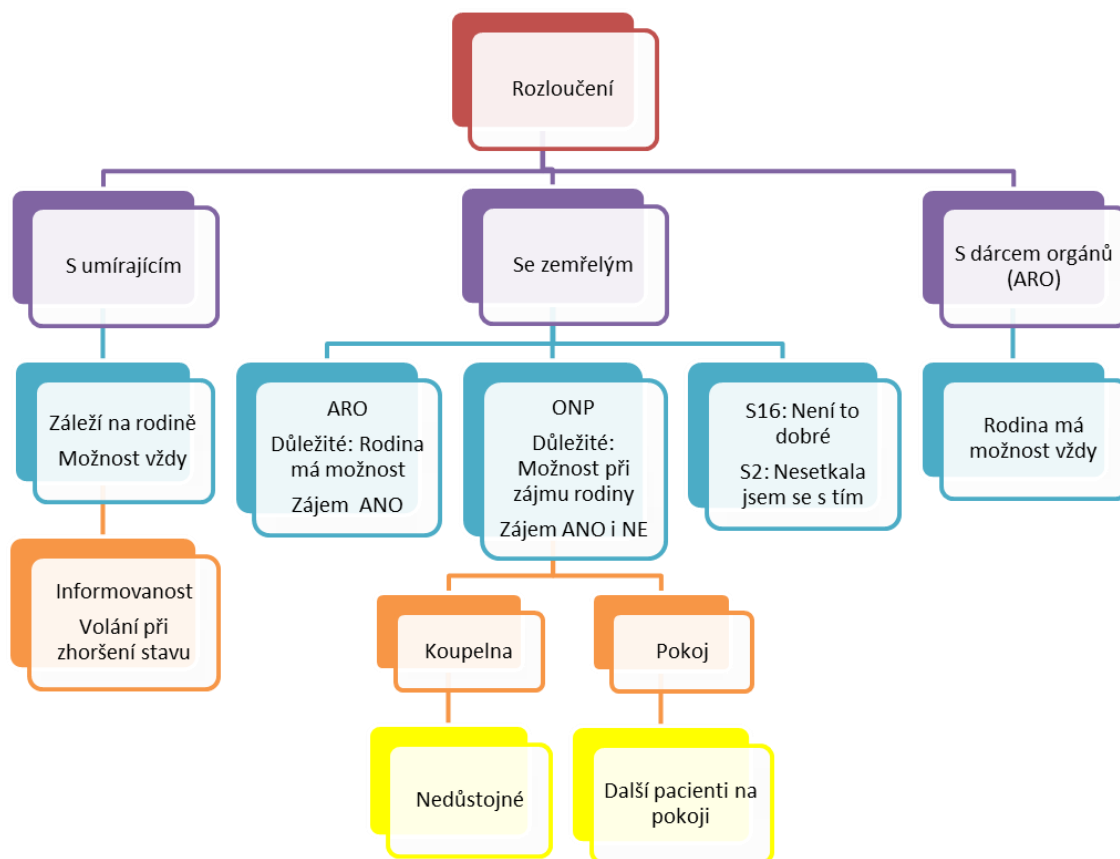
V podkategorii **zapojení rodiny do péče** byly analyzovány názory sester k této problematice. Konkrétní formy zapojení rodiny jsou připojeny ke kategorii podpora a komunikace. Pro sestry S1, S5, S7, S8, S14, S16 je zapojení důležité a zároveň zdůrazňují individualitu, a především strach rodiny z kontaktu s umírajícím příbuzným a nutnou podporu. S14 uvádí: *“Oni se dost často hlavně bojí, jak mají ty hadičky. My jim řeknem, ať je chytí za ruku, ať je pohladí a už i z toho mají prostě strach“.* S1 odpovídá: *“Zkušenost mám takovou, že ne všichni to snáší dobře, někteří se s tím snaží vyrovnat a někdy ty reakce nejsou adekvátní“.* S5: *„Já si myslím, že je to potřeba, aby se ta rodina zapojila, aby se jim řeklo, že se toho vůbec nemusí bát. Oni se prostě většinou bojí s tím člověkem o tom mluvit nebo i jenom za ním přijít, a to si myslím, že není dobře.“* S7 a S8 se vyjádřily v podobném smyslu, S8: *„Záleží hlavně na tom, jestli rodina to vůbec chce. Ne každý to dobře nese.“* S16: *„U nás spíš jen mužou být u lůžka a držet ho za ruku a povídat si s ním, i z toho má ta rodina většinou strach.“* Sestry S2, S4, S6, S10 a S15 vyjádřily důležitost zapojení rodiny do péče. S2 například odpověděla: *„Tak myslím si, že je to důležitý, aby se rodina zapojila, aby se dokázali i rozloučit s nejbližším příbuzným.“* S6: *„Tak samozřejmě, že je to pro ně lepší, pokud jsou v rodinném kruhu a ta rodina se může s ním rozloučit. Je to určitě lepší pro ně, než když umírá ten člověk sám.“* S4: *„Já si myslím, že je to dobrý. Už jsem se i setkala, že rodiny chtěly, když zjistili, že je to v té terminální fázi, tak si ho vzali domů a chtěli se o něj postarat doma, aby umřel v rodinném kruhu, což si myslím, že je dobrý.“* S15: *„Potom když už je to v tom stádiu, tak by měli dostat prostor pro sebe.“* Sestry S3, S9, S11, S12, S13 se vyjádřily ve smyslu, že s rodinou spolupracují a příbuzní mohou být u lůžka umírajícího. S3: *„Určitě je z toho nechci vyčleňovat, je to jejich člen rodiny, tak se to jich samozřejmě týká.“* S9 uvádí: *“Určitě spolupracujeme s rodinou.“* S13: *“Jo*

rodina tu může chvíli být, záleží na situaci na oddělení a na pacientovi“. Podobného významu byly i odpovědi S11 a S12.

V podkategorii **péče o pozůstalé** se většina sester (S2, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16) vyjádřila kladně a podmínky hodnotily nejčastěji slovy: „dobrý“, „podle mě v pořádku, je to o komunikaci“, „výborný“, „důstojný“, „dle možností na úrovni“. S15: „Výborný, na úrovni i ta psychická podpora.“ S8: „Já myslím, že dobré. Můžou tu být, jak dlouho chtějí.“ S1 a S5 hodnotily podmínky průměrně. S1 odpověděla: „Máme kaplana nemocničního. Tak pokud má rodina zájem, tak my ho můžeme přizvat nebo rodinu za ním poslat. To je tak asi všechno.“ S5: „Já si myslím, že takový průměrný“, „Hlavně v té psychologický pomoci si myslím, protože my jim poradíme se vším, co mají zařídit, řekneme jim, co ten jejich zemřelý, jak to probíhalo, ale tu následnou podporu, to si myslím, že tady moc nefunguje“. S3 a S6 nevěděly, jak odpovědět. S3: „Já jsem se s jinými nesetkala, tak nemůžu hodnotit. Pro mě jsou to standardní postupy, nevím.“ S6: „Já nevím, to je takový dost těžký. Oni si v podstatě potom přijdou jenom pro ty věci, daj se jim samozřejmě věci a osobní věci. Dají se jim nějaký papíry, aby mohli zařídit pohřeb. No když přijdou, tak je to v takovém spěchu stejně, oni se ani nechtějí nějak zdržovat, takže se to většinou rychle vyřídí a oni zas rychle odejdou. Ale tak každé to chápe.“ S4 a S7 se vyjádřily k péči o pozůstalé negativně. S4 uvádí: „Jak jsou tu hodně starý lidi, tak už s tím i počítají. Ani to nepotřebujou. Kolikrát je to pro ně i vysvobození, když o ně pečují třeba deset let.“ S7: „No když přijdou, tak tu můžou být, prostě většinou jak dlouho chtějí. Nebo jak o ně pečujeme? Nějak o ně nepečujeme.“

V návaznosti na teoretickou část byla několika sestrám položena i otázka na názor týkající se zapojení rodiny do **péče o mrtvé tělo**. V odpovědích zaznělo nejčastěji, že s tím nemá daná sestra zkušenost nebo že je to nedůstojné. Pozitivní odpověď zazněla jen od S5: „No to nevím, jestli by byla ta rodina schopná unést. Jako pokud bude mít zájem, tak bysme jim to umožnili, ale že bysme to nabízeli, tak to ne.“

Schéma 3 Přístup sester k rozloučení rodiny



V kategorii rozloučení je podrobně sledována možnost rozloučení rodiny v podkategoriích, ať už s umírajícím či zemřelým příbuzným nebo s dárce orgánů na oddělení ARO. Souvisejícími otázkami v rozhovoru byly tyto následující: „*Jakou má rodina možnost posledního rozloučení s umírajícím?*“ „*Je rodina volána při zhoršení stavu klienta?*“ „*Jak vnímáte potřebu rozloučení rodiny se zemřelým? Má rodina možnost rozloučení se zemřelým?*“ a „*Jak probíhá péče o rodinu potencionálního dárce orgánů?*“ pro oddělení ARO.

V otázce rozloučení rodiny s **umírajícím** se sestry vyjadřovaly kladně k této možnosti a zdůrazňovaly, že záleží především na rodině bez ohledu na typ oddělení. S1 například uvedla: „*Necháváme to na nich. Když vidíme, že klientovi zbývají poslední minuty nebo hodiny, tak pokud tu má nějakého příbuzného, tak většinou paní primárka*

jim říká, jestli se chtějí rozloučit, tak svolajte klidně i ostatní rodinu, ten člověk tu dlouho nebude.“ S4: *„To mají v kompetenci doktoři, ale většinou přijde ta rodina sama a řekne, ať kdykoliv zavoláme, že chtějí u toho bejt.“* S6: *„Záleží na nich. Všechno je to o tý domluvě.“* S7: *„No nic moc, jen u toho lůžka můžou být, žádnou tu místnost tu nemáme. Ještě farář se může zavolat, ale to na jejich přání, ale jinak nic.“* S9: *„Záleží zcela na rodině. Můžeme jim zajistit i služby kněze, spirituální péči.“* A S11: *„To záleží na rodině, jestli má o to zájem, je to individuální.“* Tento názor sdílely i zbylé sestry.

V souvislosti s rozloučením s umírajícím bylo zjišťováno, zda je rodina volána při zhoršení stavu klienta, aby se mohla rozloučit. Na oddělení ARO bylo nejčastější odpovědí, že rodina je informována průběžně o stavu klienta. S9: *„Rodina je průběžně informována o stavu klienta. Záleží na ní, jestli se přijde rozloučit.“* S16: *„Pokud má rodina zájem a pacienta navštěvuje, je informována lékařem o stavu pacienta.“* Pouze S14 a S15 odpovídaly rozdílně. S14: *„A i když už vidíme, že se to blíží, tak dáváme rodině dopředu vědět, aby sem stihla třeba ještě dojet. Dostanou esemesku přes náš internet a potom si sami volají, dostanou zprávu, že se mají ozvat.“* Odpověď S15 byla podobná. Sestry z ONP se vyjadřovaly shodně, že lékař volá rodině. Pro příklad: S3 odpověděla: *„Asi to záleží na stavu pacienta. Pokud už je to dlouhodobý stav, kdy už se čeká, tak se nevolá, ale když je to z relativně „lepšího zdraví“ a je tam ten náhlý posun, tak to myslím, že lékaři volají.“* S6: *„Je, to je po každý.“* S7: *„Jo, to lékař volá.“*

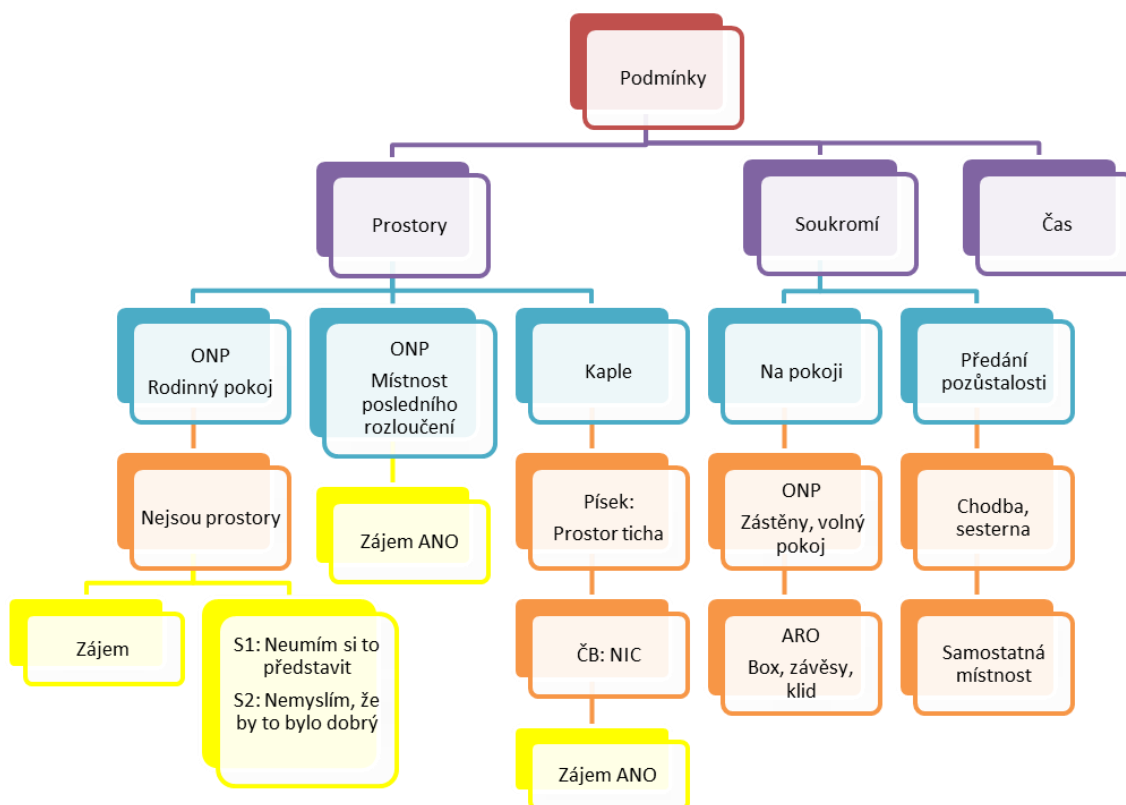
V podkategorii rozloučení **se zemřelým** byly odpovědi rozděleny dle oddělení. Na oddělení ARO, kromě S16, se názor sester na rozloučení shodoval. Nejčastěji sestry odpovídaly, že je to důležité a rodiny mají možnost a S11 a S14 dodávají, že také záleží na rodině, jak rozloučení vnímá. S16 odpovídal: *“Nemyslím si, že pro příbuzné je dobré zůstat až do konce z důvodu jejich psychiky, ale možnost samozřejmě mají a je to jejich rozhodnutí, jestli si to přejí nebo ne.“* S11: *„Je to důležité, ale záleží na nich.“* S14: *„Jak pro koho, někdo to snese a někdo ne. Někdo má pak celý život před sebou toho umírajícího a už si nepamatuje to hezký, tak je to i na zvážení toho člověka, jestli se chce rozloučit nebo ne.“* S14 a S15 po odpovědi dostaly doplňující otázku: *„A jaké vy máte zkušenosti? Mají lidé zájem o poslední rozloučení? Odpověď byla shodná u obou respondentek: “hodně“.*

Na oddělení ONP se sestry kromě S2 shodly na názoru, že rozloučení se zemřelým je důležité. S2 odpověděla: „*No, je to oznámeno, že pacient zemřel, ale že by měl někdo tu potřebu, aby je viděl, tak to určitě ne. Nesetkala jsem se s tím za tu dobu, že by chtěli toho pacienta vidět.*“ V otázce možnosti rozloučení se zemřelým je u sester nutný zájem rodiny. S1 uvádí: „*Ne, tohle my neděláme. To vyloženě když ta rodina má zájem a ona sama projeví ten zájem. My tuhle iniciativu nevyvíjíme.*“ Zbylé sestry uvádějí, že při zájmu je rozloučení možné a snaží se to rodině nějak umožnit. S3: „*Záleží, jak chtějí nebo nechtějí. Pokud se chtějí rozloučit, tak jim v tom určitě nebráníme. Samozřejmě, že pacient není na tom pokoji, aby se tam podílely i ostatní návštěvy, ale ta možnost, když je na tý koupelně, tak ta tam je.*“ Problémy s prostorem, kam umístit zemřelého, aby se rodina mohla rozloučit, uvádí i některé ostatní sestry z ONP. S5 odpovídá: „*My tady nemáme na to tady žádnou místnost, kam bychom vlastně toho zemřelého mohli dát, kde by bylo nějaké pěkné prostředí, ale pokud ta rodina tady je, tak tam dáváme většinou zástěny kolem toho lůžka, protože nemáme jednolůžkové pokoje a můžou tam být s tím zemřelým, jak dlouho si přejí, než se s ním rozloučí, a pokud vlastně ten pacient zemře a ta rodina tu není, tak mi jim to samozřejmě voláme, a pokud se tady s ním chtějí ještě rozloučit, tak jim to taky umožníme s tím, že toho zemřelého převezeme na místnost, kterou k tomu máme určenou a tam se oni s ním rozloučí.*“ Na otázku, kterou místnost mají k tomu určenou, zněla odpověď „*koupelnu*“. S1 odpovídá: „*Mně by se třeba líbilo, kdybychom tady měli na to tu místnost. Nějakou speciální, protože vesměs když potom ten člověk už zemře a ta rodina s ním chce být, tak my máme už jenom tu koupelnu. Prostě není to hezký, není to žádný důstojný prostředí, ale zas nic jiného nabídnout nemůžeme. Nic jiného nemáme.*“ S6 doplňuje: „*My je většinou necháváme samotný na tom pokoji, když teda se to povede. Zas to teda nebývá nějak často. Nám se to stalo jednou jedinkrát. Co já si pamatuju za těch tři a půl roku, že by takhle ještě přijeli po úmrtí.*“ O zájmu rodiny se zmínila i S4: „*No s tím jsme se moc nesetkali. Vyloženě po té smrti, že by se chtěli rozloučit, to je minimálně. Ale je to o domluvě, kdyby řekli, tak není problém. A myslím, že i na patologii je to když tak i možný, když se tam tělo už odveze, tak tam s tím taky není problém.*“ S1 má jinou zkušenost: „*Opravdu poslední*

dobou chtějí být s těmi lidmi i po tom co zemřou. Svolají se a ještě tak hodinku spolu pobudou, než se tělo odveze.“

Na oddělení ARO byla kromě předchozích možností zkoumána i varianta rozloučení rodiny, která svolila, aby se jejich příbuzný v klinické smrti stal **dárce** **orgánů**. Sestry se jednomyslně shodly, že rodina má možnost vždy se v této situaci rozloučit. Tato otázka byla vložena do rozhovoru po odpovědi S9: *„Například situace, kdy úmrtí je náhlé a rodina ho nečekala, tak pak je velmi náročné s nimi mluvit o možnosti dárcovství orgánů. Rodina má samozřejmě možnost se se zemřelým rozloučit a následně v kanceláři s nimi mluví lékař.“* S13: *„Tak to mají na starosti hlavně lékaři. Nejprve mluví s rodinou o samotě, všechno jim vysvětlí a oni se rozhodnou. A když souhlasí, tak se můžou ještě rozloučit. Po výkonu už je tam jen malá chvíle, kdy by se mohli rozloučit, než se odvezou na patologii.“* S14: *„Doktor si je vezme stranou na emergenci, ale tady na křesílkách, ale je tu klid, všechno jim vysvětlí. Od nás je to pak už jen doplňující, že se nás pak ptají třeba na to, co už slyšeli od toho doktora. Většinou se hledí na to, jestli souhlasí, a pak se volá IKEM a oni si řeknou, co budou chtít, jestli se tam pošle celý pacient nebo jen něco. A před výkonem se jdou rozloučit i se nám stalo, že přišli těsně, než šel na ten sál. Potom už jdou na patologii rovnou.“* S16: *„Rodina je důkladně informována o stavu pacienta a o této možnosti, ačkoliv není nutné informovat rodinu ohledně dárcovství. Na našem oddělení se přiklání lékaři k etické stránce věci a je tedy o všem důkladně informována i nabídnuta možnost odmítnutí dárcovství. Následně po rozhovoru s lékařem se rodina může s pacientem rozloučit.“* Zajištění soukromí při rozloučení na oddělení ARO, je zpracováno v kategorii podmínky.

Schéma 4 Podmínky v nemocnici na podporu rodiny při rozloučení



Ve třetí kategorii jsem se zaměřila na podmínky k rozloučení v nemocnici. Otázky k této kategorii zněly: „*Jaký máte názor na rodinné pokoje v nemocnici? Uvítali byste je?*“ „*Máte v nemocnici místnost posledního rozloučení se zemřelým?*“ „*Máte tu nějaké místo pro odpočinek příbuzných? Je v nemocnici kaple?*“ „*Jakým způsobem zajišťujete soukromí pro umírajícího a jeho rodinu?*“ „*Kde na vašem oddělení předáváte pozůstalost a informujete o průběhu skonu?*“

Jak již bylo zmíněno v minulé kategorii, na odděleních ONP nejsou jednolůžkové pokoje, proto byl zjišťován názor sester na rodinné pokoje v nemocnicích a případný zájem. Z osmi sester se negativně vyjádřily dvě. S1: „*To mají myslím v Prachaticích v hospici. Jako v těch hospicích myslím, že jo, ale prostě u nás v nemocnici to podle mě*

není možný, protože my máme na každém pokoji tři lůžka a neumím si to představit.“ S2: „No, slyšela jsem o nich, ale nemyslím, že by to bylo dobrý.“ S3 nemá úplnou představu: „Nevím, tady nemáme rodinné pokoje, slyšela jsem, že mají rodinné pokoje tady v seniorském domě, ale jak to úplně funguje, to si neumím představit. Představuju si, že ta rodina má možnost u toho pacienta být častěji a navštěvovat ho a mají možnost se s ním i líc rozloučit.“ Zbylé sestry projevily zájem a myslí, že by rodinné pokoje byly pro rodinu a umírajícího dobré řešení. Jediné, v čem vidí problém, jsou malé, nedostačující prostory. S4: „No, ještě jsem se s tím nikdy nesečkala, ale myslím si, že by to bylo fajn vyhradit jeden dva pokoje takhle pro tu rodinu. Kolikrát jsou ti příbuzní hodně z daleka, takže by to pro ně bylo i pohodlnější být tady ubytovaný.“ S5: „Tak pokud by bylo oddělení, kde jsou jednolůžkové pokoje, tak určitě ano, ale tady to nejde zařídit, ale proti nejsem určitě.“ S6: „No slyšela. Jako bylo by to úplně super na tohle, ale ty prostory na to nejsou zatím. Jako tady u nás na to není žádný prostor, proto tam teď ten rodinný pokoj není a dělá se to, jak to jde.“ S7: „No to by bylo taky fajn, ale tady to není možný.“ S8: „To je taky dobrá věc, ale to tady asi nepůjde.“

V otázce místnosti posledního rozloučení projevily sestry z ONP také zájem, i když některé sestry si nebyly jisty, zda v nemocnici takováto místnost již není. S2: „Tady nemáme, ale v nemocnici myslím, že je.“ S4: „Tady nevím, ale na patologii asi bude.“ S5: „Nejsem si jistá, ale pokud vím, tak pokud rodina má zájem, a když ten člověk už je na patologii, tak jim ho vyvezou, ale je to takový to předsálí. Nejsem si jistá, ale myslím, že místnost tu žádná není.“ S1 zas tvrdí: „Mně by se třeba líbilo, kdybychom tady měli na to tu místnost. Nějakou speciální, protože vesměs když potom ten člověk už zemře a ta rodina s ním chce být, tak my máme už jenom tu koupelnu. Prostě není to hezký, není to žádný důstojný prostředí, ale zas nic jiného nabídnout nemůžeme. Nic jiného nemáme.“ S3: „Nemáme, ale bylo by to dobré.“ S6, S7, S8 odpovídaly podobnými slovy. Otázka byla položena i třem sestrám na ARO. S9: „Tu nemáme a na ARO to ani není možné z hygienických důvodů.“ S15: „To momentálně určitě ne, to by vyžadovalo stavební úpravy, a aby to nebylo někde bokem, aby to nepůsobilo divně pro tu rodinu.“ S14 odpovídala podobně.

Další otázka byla směřována k místu odpočinku příbuzných a ke kapli v nemocnici. Sestry z Českých Budějovic konstatovaly, že v nemocnici kaple není nebo si nebyly jisty a zároveň S14 a S15 podotkly, že je chyba, že v nemocnici není. S15: „*Ale je to chyba, že tu není kaple nebo nějaký prostor. Jsou tu lidi věřící a starší lidi, který to potřebují.*“ S14: „*Měl by tu být kaplan v nemocnici i kaple. Jsou tu rodiny, které to potřebují.*“ S16: „*Před oddělením je připraveno odpočinkové foaie s křesílky. Kaple byla myslím v plánu, ale nakonec je tam Madetka.*“ „Křesílka“ pro odpočinek rodiny uvedly i zbylé sestry z oddělení ARO v ČB. Sestry z Písku, kromě S4, věděly, že jistá forma kaple v nemocnici je a většina i odpověděla, že se nazývá Prostor ticha. S1: „*Máme kaplana a ten tam má vlastně jakoby místnost ticha se to jmenuje. Já tam nikdy nebyla, ale šla jsem okolo, tak asi tam.*“ S2: „*Je tady.*“ S3: „*Přímo kaple jo někde je, ale nikdy jsem tam nebyla, abych vám řekla, kde je.*“ S5: „*Máme tady místnost ticha.*“ S9: „*Je tu místnost ticha se spirituální péčí.*“ Podobně odpověděly i S10, S11. V související otázce na místo odpočinku pro rodinu sestry z ARO Písek opět uváděly místnost ticha. Sestry z ONP často uváděly pokoj, jídelnu nebo posezení na chodbě. S1: „*Akorát tady na jídelně a potom na dvousedáče můžou*“ (na chodbě). S2: „*Je tady akorát jídelna, tam se můžou posadit.*“ S3: „*Úplně ne. Když chtějí, tak jsou tady*“ (na jídelně). S4: „*No, to maximálně tady na jídelně můžou posedět.*“ S5: „*No, můžou si sednout na jídelnu a tam je televize a my jim můžeme uvařit kafe nebo čaj, ale že by to byla nějaká místnost uzavřená, tak to ne.*“ S6: „*Tak oni se můžou pohybovat po celém oddělení, můžou jít ven si nakoupit. Můžou být tady na jídelně, koukat se na televizi nebo taky na pokoji, protože máme i všude na pokojích televize nebo se jdou projít ven.*“ S7: „*normálně na pokoji*“. S8: „*Ne, buď můžou být na pokoji, nebo na jídelně.*“

Následující podkategorií bylo zajištění **soukromí** v nemocnici. Nejprve se zaměříme na soukromí na pokoji. Sestry z ONP mají na odděleních třílůžkové pokoje, proto formy zajištění soukromí, které zmiňovaly, byly: zástěny, závěsy a případně volný pokoj, kam je možné umístit umírajícího s rodinou, aby měli soukromí. Sestry na ARO užívají zástěny, závěsy, možnost umístění klienta na box a snaží se na otevřeném oddělení udržovat klid a ticho. S1: „*My jediný jak můžeme, tak máme paraván, a to je jediný soukromí, co jim můžeme nabídnout.*“ S2: „*Poskytneme jim soukromí, že jim tam*

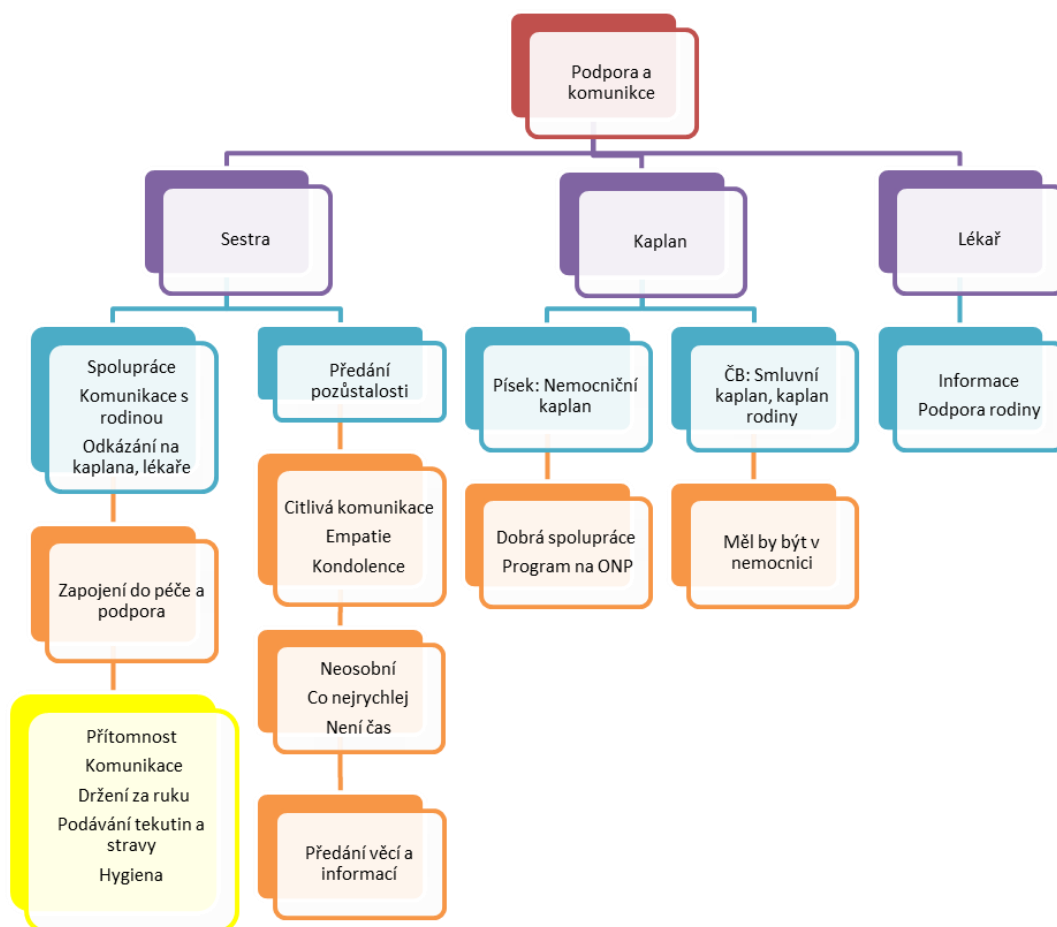
můžeme dát zástěnu“. S3: *„Můžeme dát na pokoj zástěnu.“* S4: *„Když to jde, tak je dáváme na pokoj, aby byli sami, a když to nejde, tak dáváme aspoň mezi lidi, kteří málo vnímají. Podle místa. Když to nejde, tak se dá aspoň zástěna.“* S5: *„Tak my tam dáváme zástěny.“* S6, S7, S8 se shodly, že nejlepší je, pokud může být umírající na volném pokoji, případně použijí zástěnu. S6: *„Když jsou místa volná, tak je necháme klidně samotný na tom pokoji, když ne, tak se tam dá paraván, aby se udělalo aspoň nějaký soukromí. Záleží na tom stavu, jaké je na oddělení.“* S9: *„Používáme závěsy, dáme jim chvilku o samotě nebo se udělá místo, kde budou mít klid.“* Stejně odpověděla i S10. S11: *„Máme zástěny a závěsy.“* S12: *„Máme závěsy anebo se zavřou na boxu.“* Závěsy a box uplatňuje v praxi i S13. S14: *„Máme zástěny. Snažíme se dodržet klid a ticho.“* S15: *„Máme závěsy. Snažíme se je nerušit.“* S16: *„Vzhledem k našemu otevřenému oddělení jen pomocí plent, popřípadě pokud je pacient na boxu, je soukromí zajištěno snáze pomocí žaluzií a uzavřením boxu.“*

Při zjišťování soukromí při předávání pozůstalosti, byla otázka směřována přímo na místo předávání a případné místo, kde lékař informuje rodinu o skonu. Na ARO v ČB je předání pozůstalosti prováděno na chodbě u vchodu na oddělení *“na křesílkách“*, zde hovoří s rodinou i lékař, případně je vezme stranou na emergenci. S13: *„Tady v křesílkách a doktoři občas s nimi mluví na emery, když je tam volno.“* S14: *„Tady (křesílka), je to všechno o těch prostorách.“* Odpovědi S12, S15 a S16 se nelišily. Na ARO v Písku probíhá předání i rozhovor s rodinou na ambulantní části oddělení, kde je soukromí. S9, S10 a S11 se shodly. S9: *„Na příjmové, ambulantní části oddělení, kde je větší klid.“* Na ONP v ČB S7 a S8 uváděly jako místo předání a rozhovoru vyšetřovnu, která je propojena s inspekcí, a S6 odpověděla inspekci a rozhovor s lékařem pak probíhá na vyšetřovně: *„Málokdy. Jako stane se, že chtějí a doktor si je vezme na vyšetřovnu.“* Sestry z ONP v Písku předávají pozůstalost na sesterně, případně v rámci chodby. Pokud rodina si přeje mluvit s lékařem, rozhovor probíhá na ambulanci. S1: *„Tak pozůstalost předáváme tady na sesterně a o tom skonu vlastně hovoří paní primárka tady z telefonu ze sesterny, ale většinou od sebe v ambulanci, tam má na to větší klid, a když ta rodina má zájem a chtějí ještě něco vědět nebo mají nějaký dotazy, tak si je bere paní primárka k sobě do ambulance.“* S2: *„Na sesterně.“* S3:

„My jako sestry předáváme věci na sesterně nebo v rámci chodby, a pokud by měli potřebu si ještě promluvit s lékařem, tak chodí na ambulanci k paní primářce.“ S4: „No myslím, že by to šlo vylepšit. Například tu není žádná místnost, kde by se dalo zavřít s těma pozůstalýma a tam jim to předat. Většinou je to na sesterně, a jak je tam ještě ten pult, tak je to takový bariérový.“ „Většinou tady na tý sesterně, tam nás ti pozůstali najdou.“ S5: „Na sesterně a lékaři jdou s těmi příbuznými, pokud teda chtějí na ambulanci, tam je soukromí, většinou paní primářka s nimi mluví, která je nejlépe znala.“

Podmínka, která v nemocnici sestřám brání v podpoře příbuzných i v péči o umírající, je **čas**, který se několikrát do rozhovorů promítl. S1: *„Ty rodiny chodí většinou dopoledne si pro ty věci a my jsme v tom největším provozu, takže je to takový odběhnutí od něčeho, vyřízení, nabídnutí, jestli chtějí ještě mluvit s lékařem, a to je asi tak všechno.“* S5: *„Vlastě oni pak i ti klienti se bojí, protože jsou sami a my s nimi nemůžeme být, i když bychom i chtěli je držet za ruku anebo si s nima popovídat. Ale bohužel v tomhle provozu to není možné a můj názor je takový, že pro tyhle klienty je nejlepší hospicová péče, čemuž se většinou ty rodiny hodně brání.“* S6: *„No když přijdou, tak je to v takovém spěchu stejně a oni se ani nechtějí nějak zdržovat, takže se to většinou rychle vyřídí a oni zas rychle odejdou. Ale tak každej to chápe.“*

Schéma 5 Podpora rodiny a komunikace



Čtvrtá kategorie je zaměřená na konkrétní podporu příbuzných. Jsou zde zastoupeny tyto otázky z rozhovoru: „*Jaký máte názor na zapojení příbuzných a pozůstalých do péče o umírajícího a zemřelého?*“ „*Koho byste pozůstalým doporučila, aby se na něj obrátili v případě potřeby?*“ „*Jaká je Vaše spolupráce s kaplanem, psychologem a sociálním pracovníkem?*“ „*Co si myslíte o oznámení rodině o úmrtí klienta? Jak probíhá?*“ „*Jaké jsou tu podle Vás podmínky pro předání pozůstalosti?*“ „*Jak probíhá předání pozůstalosti?*“ „*Máte standard na oddělení, který se věnuje péči o zemřelé a pozůstalé?*“ „*Máte nějaké informační materiály pro pozůstalé?*“

Konkrétní podpora rodiny se v rozhovorech objevila ve formě spolupráce s rodinou, citlivé komunikaci, v podpoře v zapojení rodiny do péče o umírajícího klienta a odkázání rodiny na kaplana, psychologa či lékaře.

Spolupráce **sester** s rodinou zazněla v rozhovorech S3 a S9. S3 například zmínila: „*Určitě je z toho nechci vyčleňovat, je to jejich člen rodiny, tak se to jich samozřejmě týká.*“ S9 vyzdvihuje spolupráci s rodinnými příslušníky. Komunikaci a podporu rodiny zdůraznily v rozhovoru S5, S9, S10 a S11. S10 uvádí: „*Určitě není problém v rozebrání té situace s rodinou.*“ S9 a S11 zdůrazňují citlivou komunikaci s rodinou. S9: „*Tak nejdůležitější je komunikovat s citem.*“ S5 komunikaci a podmínky pro péči o pozůstalé komentuje takto: „*Já si myslím, že tady takový průměrný, že vlastně naši lékaři jsou více než ochotní si s pozůstalými promluvit, cokoliv jim vysvětlit a my sestřičky potom když jim to ten lékař oznamuje po telefonu, tak s nimi mluvíme i my, protože chtějí mluvit s tím, kdo se o toho jejich zemřelého staral v posledních chvílích, a když vlastně sem přijdou si pro věci a nebo se rozloučit, tak taky s nimi mluvíme a nabízíme jim možnost, že tu máme kaplana a snažíme se jim poradit co dělat, co všechno zařídit, ale nevím, jestli ta psychologická pomoc je tady úplně nejlepší.*“ Na konci rozhovoru S5 ještě doplnila: „*Tak já bych hlavně chtěla apelovat na to, aby si ten personál dal čas, aby si s těmi příbuznými mohl promluvit a aby jim opravdu nabízeli možnost těch hospiců, protože tam je ta péče naprosto úžasná, je to úplně odlišný přístup, co se vlastně i může poskytnout v nemocnici, ale v nemocnici se řeší hlavně to akutní a ty umírající jsou takoví odstrčený, mi přijde.*“

Nyní se zaměříme na zapojení rodiny do péče a především na to, do jakých konkrétních činností nejčastěji sestry rodinu zapojují. Nejběžněji je to podpora v samotném pobytu u lůžka umírajícího, kterou zmínila většina dotazovaných sester (S3, S7, S9, S10, S11, S12, S13, 15), dále pak v komunikaci s klientem a držení ho za ruku (S2, 14, 16), podáváním tekutin a stravy (S1, S4, S6, S8) nebo i v hygieně, jak zmínila S5. Doslova její odpověď zněla: „*Konkrétně jim říkáme, že se s tím člověkem nemusí bát mluvit, protože většinou tam opravdu jenom stojí a koukají a my jim říkáme: nebojte se s tím člověkem mluvit třeba o tom, co se dělo doma, co se teď aktuálně děje, co máte v plánu, prostě s ním mluvte, potom pokud mají zájem, tak si toho svého*

příbuzného mužou vykoupat, omýt, prostě si ho opečovávat, nakrémovat a namasírovat. Pokud mají zájem samozřejmě.“ Sestry, které dále podporují rodinu v péči, odpovídaly takto: S1 například uvedla stejně jako S4 a S6: *„Tak mužou mu dávat napít nebo ho třeba krmit.“* S8 zas: *„Tak mužou si je nakrmit a dávat jim napít, ale nejdůležitější je, že jsou u nich a drží je třeba za ruku.“* Na to navazuje S16: *„U nás spíš jen mužou být u lůžka a držet ho za ruku a povídat si s ním, i z toho má ta rodina většinou strach.“* Podobně mluvila i S14: *„My jim řekneme, až je chytí za ruku, ať je pohladí a už i z toho mají prostě strach.“* Zbylé odpovědi zněly kupříkladu takto: S7 uvedla: *“ Je to spíše hlavně o tom, že u nich jsou“.* S11: *„Rodina může přijít kdykoliv a být s umírajícím.“*

Na otázku, koho by sestra pozůstalým doporučila, aby se na něj obrátili v případě potřeby, byl nejčastější odpovědí **kaplan**, zmíněn byl i psycholog, **lékař** a zbytek rodiny a známí. Pro představu odpověď S6: *„Tak samozřejmě nějaký psycholog, ale to jim v podstatě doporučí každého obvodní lékař, protože oni by měli jít za svým obvodním lékařem a nechat si napsat třeba něco na uklidnění a ten by jim měl poradit někoho, s kým by si mohli promluvit.“* S14: *„Důležitá je podpora hlavně té rodiny. Trošku naše, ale že bysme měli nějakýho přímo na to lékaře, to ne.“* Podobně odpovídala i S15. S16 řekl: *„Záleží, jakou potřebu pozůstalí potřebují uspokojit, ale důležité pro pozůstalé bývá možnost kdykoliv si promluvit s lékařem.“* S12: *„Tak faráře a technické věci, to jim vysvětlíme. Nebo dostanou 1,5 Lexaurinu tady nebo u svého obvodního lékaře.“* S7: *„Faráře můžeme zavolat nebo oni si mužou zavolat svého. Určitě když ty lidi jsou pobožný, tak to ocení.“* Ve stejném smyslu odpovídala i S8. Sestry z Písku se všechny shodly na nemocničním kaplanovi. S2: *„Tak máme tady místního kaplana, takže asi jeho.“* S3: *„Tak kaplana tady máme, o tom vím, ten nám tu dělá různé povídání a zpívání, tak na toho odkázat můžu.“* S4: *„No, je tu spirituální pracovník, který je vystudovaný teolog a ten sem chodí pravidelně. Tak když je třeba, tak mu zavoláme, on je velmi vstřícný a přijde.“* S5: *„Asi na někoho svého blízkého, kdo už něco takového zažil anebo tady na nemocničního kaplana.“* Na doplňující otázku, která se týkala spolupráce právě s kaplanem nebo s psychologem či sociálním pracovníkem, byly skoro všechny reakce na kaplana kladné. Jediné připomínky měly sestry z Českých Budějovic S14 a S15, které vidí jako chybu, že nemocnice nemá svého

kaplana. S6 má zkušenosti pouze s kaplany od rodin: „*Jo, ty sem chodí, ale spíš takový, co mají ty lidi stálý, že se znají z církve a přijedou za nima, ale že by vyloženě někdo chodil, to ne.*“ S14: „*Ale je to chyba, měl by tu být kaplan v nemocnici i kaple. Jsou tu rodiny, které to potřebují.*“ S15 navazuje na S14: „*Ale máme tu jednoho lékaře a ten je za kaplana i psychologa, ten je opravdu na to výborný, dovede to té rodině tak hezky podat na úrovni.*“ Spolupráci s psychologem jako jediné zmínily S9 a S10, jinak žádná sestra s psychologem na oddělení nemá zkušenosti a se sociálním pracovníkem ve spojení s umírajícími klienty také ne.

Na otázku, co si myslíte o oznámení rodině o úmrtí klienta a jak probíhá, sestry odpověděly, že probíhá telefonicky a rodinu informuje lékař. S5: „*Tak u nás probíhá telefonicky, s tím, že to oznamuje vždycky lékař a naši lékaři jsou v tomhle podle mě citliví, že to oznámí lidsky, že ten příbuzný odešel.*“ S6: „*Informují telefonicky, to úmrtí se volá rodině hned, záleží, když je to v noci, tak se volá ráno. Když se nedovolají, tak se posílá esemeska, aby se ozvali a zavolali nazpět, protože se stane, že se nedovolají.*“

Další otázka směřovala k podmínkám pro předání pozůstalosti. Odpovědi se různily. S5: „*No já bych řekla, že ne úplně tak dobrý. V podstatě my jim to tu předáváme u sesterny většinou a v tom denním firmolu se to tak nedá, aby na to byl čas a hlavně klid si s těmi pozůstalými promluvit. To pak třeba paní primářka nebo paní doktorka si je vezme k sobě na pokoj lékařský nebo na ambulanci a tam si s nimi promluví. My sestřičky, jak nemůžeme odejít, musíme jenom tady na sesterně, takže do toho zvoní telefony, zvonky, návštěvy něco potřebují. Není to ideální.*“ S6: „*Tak podmínky. Oni přijdou na oddělení, když je normální provoz, takže těžko na tohle se může určit nějaká místnost a zas to není tak častý.*“ S1: „*Takový docela bych řekla neosobní. Ty rodiny chodí většinou dopoledne si pro ty věci a my jsme v tom největším provozu, takže je to takový odběhnutí od něčeho, vyřízení, nabídnutí, jestli chtějí ještě mluvit s lékařem, a to je asi tak všechno.*“ S4: „*No myslím, že by to šlo vylepšit. Například tu není žádná místnost, kde by se dalo zavřít s těma pozůstalýma a tam jim to předat. Většinou je to na sesterně, a jak je tam ještě ten pult, tak je to takový bariérový.*“ S15: „*Je to všechno o těch prostorách.*“ S16: „*U nás na oddělení je bohužel malá možnost soukromí pro tyhle záležitosti.*“ Další sestry naopak

v podmínkách kladly důraz na citlivou komunikaci a lidský přístup k pozůstalým a nerušené prostředí. S7: „*Tak pozůstalost předáváme tady (vyšetřovna vedle inspekce) v nějaké relativní tichosti. Třeba dneska jsem předávala pozůstalost a pán mi vyprávěl vtipy. Že člověk se dostane k takovým věcem.*“ S9: „*Tak nejdůležitější je komunikovat s citem a i předání pozůstalosti by mělo proběhnout citlivě. Někdy ani pozůstalí nechtějí věci po zemřelém. Někdy jsou ty věci zničené, pokud se muselo třeba oblečení rozstříhat. Na to pak máme speciální formulář.*“ Podobně reaguje i S11. S14: „*Tak cennosti a tohle si odnáší sekretářka a my předáváme už jen drobnosti, osobní věci, oblečení a rodina třeba řekne, že to ani nechce. Hlavně důstojně a v klidu. Je to taky o lidech.*“ S8: „*Myslím, že dobré, máme tu dostatek soukromí, to je důležité.*“ Sestry S10, S12 a S13 považují podmínky pro předání pozůstalosti za dobré. Pro S2 a S3 jsou to normální podmínky. S2: „*Tak já si myslím, že ty podmínky jsou normální, běžný, prostě když rodina přijde, tak jim kondolujeme a předají se jim ty věci a myslím, že by ani rodina nevyžadovala, abychom je vzali třeba sem (denní místnost sester), je to tu malý. Na chodbě to probíhá.*“ S3: „*Klasicky se píšou věci, co ten pacient měl, předávají se cennosti, a když je to něco nadstandardního, tak to jde pak do dědických řízení. Nic co nemají někde jinde.*“

Na doplňující otázku, jak probíhá předání pozůstalosti, jsem dostala tři typy odpovědí. V první skupině sestry opět vyzdvihly citlivý přístup a kondolenci rodině (S1, S4, S5, S7, S8, S9, S11). S1: „*Přijde rodina, řeknou, od koho jsou, tak jdu nejdřív za nimi, nejdřív jim kondoluju, donesu věci, dám jim soupis věcí, nabídnu jim, jestli si to chtějí všechno zkontrolovat, přepočítáme peníze, a pokavaď jsou šperky, předáváme šperky a cennosti jako mobilní telefony, tak to všechno předáváme takhle a vlastě to všechno balíme do jedné tašky, a pokud mají zájem, tak to rozbalíme a přepočítáme, ale to se mi nestává moc často, že by to chtěli takhle zkoumat.*“ S4: „*No tak pokondolujeme jim a předáme jim věci, máme i připravený papír. Některý ty lidi jsou rozrušený, tak aby to měli, až budou uklidněný, aby věděli co přesně dělat, aby nedošlo k tomu, že řeknou, oni nám to nepověděli. Tak mi jim vždycky dáme ten papír a řekneme jim, ať si ho pak v klidu přečtou a podle toho pak postupují.*“ S5: „*Takže když přijdou, tak se pozdravíme, popřejeme upřímnou soustrast, předáme jim věci, pokud tam měli i nějaké cennější věci,*

tak jim je ukážeme, že jim je opravdu dáváme a dáváme jim i možnost, aby si to mohli i zkontrolovat, protože někteří příbuzní jsou takoví, že co je na tom listě, to chtějí vidět, že tam opravdu je, tak jim na to dáme čas, aby si to mohli prohlédnout, a potom se s nimi rozloučíme a nabídneme jim, pokud chtějí mluvit s lékařem nebo s kaplanem.“ S7 se shodla s S8: „Popřejeme jim upřímnou soustrast a pak následuje předání osobních věcí, dají nám občanku, podepíší se nám, my jim předáme věci a vysvětlíme jim, kam mají pak jít.“ S9: „Omlouváme se, ale musíme to vyřídit, je třeba jednat empaticky.“ S11: „Kondolujeme, předáme věci a sepíšeme, co je potřeba. Hlavně citlivě postupujeme.“ Do druhé skupiny odpovědí S12 a S13 se promítl již zmiňovaný čas. S12: „Co nejrychleji, když se na něco zeptají, tak jim odpovíme.“ S13: „Předáme věci a sepíšeme, co je potřeba, a odpovíme, když se rodina na něco chce zeptat. Aby to proběhlo rychle.“ Třetí skupina sester se ve svých odpovědích držela vysvětlení postupu předání věcí a informací pozůstalým. Pro příklad S6: „Tak v podstatě se jim předají věci, co měli osobní, plus je požádáme o občanský průkaz, protože musíme zapsat, komu jsme osobní věci předali. To se sepíše, oni nám to podepíší a potom jim předáváme papír pro pohřební službu.“ S16: „Předání pozůstalosti se dělá oproti podpisu a občanskému průkazu příbuzného. Cennosti pacienta jsou ukládány do deposita.“

Jedna z dalších doplňujících otázek se zaměřovala na informaci, zda je na oddělení standard, který se věnuje péči o zemřelé a pozůstalé, a jaký na něj má sestra názor. Většina sester (kromě ARO ČB) odpověděla, že standard mají, a názory na něj byly různé. Nejvíce sester odpovědělo, že je vypracovaný dobře. S9: „Je vypracovaný dobře a v příloze má i informace pro pozůstalé. Určitě ten, kdo si ho přečte, tak bude vědět, jak se chovat a co dělat.“ Jen S4 a S5 konstatovaly: S4: „Je to standard.“ S5: „Je to tam tak technicky popsáný, a ne z té lidský stránky, ale to je proto, že to tam musí tak být napsáný, aby se vyhovělo všem těm zákonům. Ale chybí tam ta lidskost.“ Sestry z ARO ČB odpověděly, že standard mají, ale o péči o zemřelé klienty a dárce orgánů.

Poslední doplňující otázka zjišťovala, zda mají sestry na oddělení nějaké informační materiály pro pozůstalé. Jak už bylo nastíněno v několika předešlých odpovědích, informační materiály předávají pozůstalým sestry v Písku, a jak samy uvedly, nacházejí se tam praktické informace pro rodinu. S1: „Máme. Máme tištěnou

formu a tam je vlastně, jak mají postupovat, a většinou já jim říkám, že když si dojdou na pohřební službu, tak tam jim všechno vysvětlí a řeknou.“ S2: „Jo jo, to je vypracovaný. Ohledně vydání úmrtního listu, co se týče občanského průkazu a takové informace. Mají tam o pohřební službě, kam se mají obrátit.“ Sestry v ČB předávají veškeré informace ústně. S6: „My jim to většinou vysvětlíme, protože oni dostanou papír pro pohřební službu a všechno už vyřizuje pohřební služba, takže oni nikde nic zařizovat vyloženě nemusí, takže v tom je ta výhoda, že nemusí ani na matriku třeba, všechno vyřídí ta pohřební služba.“

5 Diskuze

V první zkoumané kategorii (Schéma 2) jsme chtěli znát názor sester na pobývání rodiny u lůžka pacienta. **Sestry se až na jednu odpověď shodly, že je důležité, aby rodina měla možnost být s umírajícím, jak dlouho chce.** To potvrdily i u otázky na návštěvní hodiny, kdy ve většině odpovědí záleželo především na domluvě s rodinou a s ohledem na chod oddělení. Zajímavá byla odpověď S6, která má zkušenosti i s pobytem příbuzných přes noc. Přestože podmínky v nemocnici nejsou na pobyt příbuzných uzpůsobeny, některé sestry se snaží rodině nepřetržitý pobyt u pacienta i tak umožnit. Při volném pokoji na oddělení ONP mají příbuzní s umírajícím dostatečné soukromí i možnost volného lůžka na přenocování. V případě ale dalších klientů na pokoji je již pobyt příbuzných omezený. Čas u příbuzného tráví na židli či v křesle, u lůžka nebo na jídelně. Rodina musí brát ohled na další pacienty a režim oddělení. Na třílůžkových pokojích je totiž jediným zdrojem soukromí závěs či plenta. Některé sestry přímo uvedly, že během dopoledne, kdy probíhá hygiena, návštěvy nejsou vhodné. Evidentní zájem rodiny, který se v rozhovorech ale objevil, by měl být popudem nemocnicím k vybudování rodinných pokojů, aby podmínky pro rodinu při pobytu u lůžka umírajícího poskytovaly účastníkům dostatek klidu, soukromí a důstojnosti. Jak již bylo uvedeno v teoretické části v kapitole Možnosti ošetrovatelské péče o umírajícího a jeho rodinu, výsledkem spolupráce Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s. a Hospicové péče sv. Zdislavy, o. p. s., města Česká Lípa vznikl v nemocnici již čtvrtý rodinný pokoj (17). Služby pacientům jsou zde poskytovány v součinnosti s Hospicovou péčí sv. Zdislavy, což považuji za velice přínosné jak pro podporu umírajícího klienta, tak pro podporu rodiny. Tyto pokoje se však rozmáhají i v dalších nemocnicích, tak můžeme doufat, že tento trend dorazí i k nám.

Pobyt rodiny u lůžka umírajícího je ovlivněn chodem oddělení i na ARO, jak bylo několikrát zmíněno, například u S16. ARO je oddělení otevřeného typu s několika boxy. Pokud je klient v závěru života umístěn na box, je mu s rodinou dopřán dostatek soukromí, v opačném případě soukromí opět zajišťuje zástěna a závěsy. Přestože S14 a S15 uvedly, že se snaží zachovat klid při návštěvě rodiny, na laika můžou negativně

působit již samotné zvuky a alarmy přístrojů i celková atmosféra oddělení intenzivní péče. Resuscitace, akutní příjem a další dění na oddělení může popřípadě zabránit rodině v pobytu u lůžka umírajícího. To vše vysvětluje i často zmiňovaný strach, který sestry popisovaly u rodin. Jak uvádí Brereton et al. (18), soukromí a blízkost rodiny je pro umírající staré lidi velice důležitá. Naopak ale jako rušící faktory rodiny klientů uvádějí hluk televizoru, zvonků a personálu. Dále také negativně působí křik a sténání ostatních pacientů.

Strach a reakce rodinných příslušníků byly v rozhovorech zmiňovány několikrát a v různých podobách. Pro příklad S16: *„U nás spíš jen můžou být u lůžka a držet ho za ruku a povídat si s ním, i z toho má ta rodina většinou strach.“* S14: *„Málo, oni se dost často hlavně bojí, jak mají ty hadičky. My jim řekneme, až je chytí za ruku, ať je pohladí a už i z toho mají prostě strach.“* S5: *„Oni se prostě většinou bojí s tím člověkem o tom mluvit nebo i jenom za ním přijít, a to si myslím, že není dobře“* Není se ale čemu divit. Jak uvádí Haškovcová (59), umírání ztratilo charakter sociálního aktu. Profesionálové v nemocnici zajistí pořádek, čistotu, jídlo, léky, ale nepohladí. Příbuzní přijdou na návštěvu, a často neví, jak se mají chovat, co mají umírajícímu říct. Dnešní moderní člověk nemá zkušenost z rodiny, kde smrt a umírání byly součástí života. Je zaskočen, ale hlavně přesvědčen, že zdravotníci to musí umět, jsou v tomto směru přece vzdělaní. Moderní způsob péče o umírající klienty přinesl některé výhody jako odbornou péči a dobré materiální zabezpečení pro důstojné dožití. Často však chybí upřímná lidská účast a psychická podpora. Jak dále uvádí S5: *„Vlastě oni pak i ti klienti se bojí, protože jsou sami a my s nimi nemůžeme být, i když bychom i chtěli je držet za ruku anebo si s nima popovídat. Ale bohužel v tomhle provozu to není možné a můj názor je takový, že pro tyhle klienty je nejlepší hospicová péče, čemuž se většinou ty rodiny hodně brání. Takže my bysme chtěli rodiny podporovat, ale ta vždycky přijde na chvíli a zas odchází. Většinou teda.“* Dospělí lidé v dnešní době již nemají zažité rituály spojené s umíráním a se smrtí, a proto jsou také vystrašení, bojí se a neví, co mají dělat. Úkolem sestry je podpořit rodinu a být jí oporou v těchto nelehkých chvílích. Jak zmiňuje Kübler-Ross (20), většina lidí žádné odborné poradenství nepotřebuje. Potřebují však mít nablízku nějakou lidskou bytost a nesejde na tom, zda je to kamarád, lékař, sestra nebo kněz.

Nejvíce rodina ocení, pokud s nimi někdo bude sdílet jejich pocity ještě před tím, než jejich blízký umře, a když jim dovolí, aby tyto pocity vyjádřili a prožili bez ohledu na racionální či iracionální kořeny. Pokud toto sestra dokáže, pomůže příbuzným udělat velký krok k vnitřnímu smíření. Jak ve své bakalářské práci zjistila Zimová (60), pokud rodinným příslušníkům není pomoc a podpora aktivně nabídnuta, většinou o ni nepožádají. Podporu v rozhovorech jsme však našli pouze při podpoře v kontaktu s umírajícím, ve vybudnutí k dotyku a držení za ruku umírajícího, případně na oddělení ONP v možnosti umírajícímu podávat tekutiny, stravu a v jednom případě v provádění hygieny. Jak napsal Křivohlavý (43), jedním z faktorů, které pomáhají příbuzným vyrovnat se se ztrátou, je po dobu nemoci umírajícího navštěvovat a být s ním co nejvíce, pečovat o něho tělesně, duševně i duchovně. Protože je dokázáno, že pozůstalí, kteří své nemocné myli, krmili a starali se o ně, lépe zvládali zármutek a žal po jejich skonu, než ti, kteří byli jen v běžném kontaktu.

Péče směřovaná přímo k příbuzným jako takovým ale chybí! Pouze S10 uvedla: „*Určitě tu není problém v rozebrání té situace s rodinou.*“ Jinak byla sestrami zmiňována citlivá komunikace s rodinou, bez náznaku podpory. Časté také bylo přenechání podpory na kaplana či lékaře. S12 například odpověděla: „*Tak faráře a technické věci, to jim vysvětlíme. Nebo dostanou 1,5 Lexaurinu tady nebo u svého obvodního lékaře.*“ A S1: „*Máme kaplana nemocničního. Tak pokud má rodina zájem, tak my ho můžeme přizvat nebo rodinu za ním poslat. To je tak asi všechno.*“ V první kategorii se přesto v dotazu na názor k podmínkám péče o pozůstalé většina sester vyjádřila kladně. Pouze S1 a S5 hodnotí péči jako průměrnou, protože psychická podpora v péči chybí. S3 a S6 neví, ale podle S4 péče o pozůstalé není třeba a S7 přiznala, že o příbuzné nepečuje. Jak píše Bužgová (32), je hlavní, aby péče o rodinu byla přiměřená. Jsou rodiny, které podporu a pomoc opravdu nechtějí a celou situaci dokážou zvládnout sami. Proto by sestra v nemocničním zařízení měla především dokázat zajistit rodině soukromí a navázat s členy rodiny vztah jako součást své role, bez zbytečného vnučování a se vši opatrností. Důležitá je otevřenost, ochota a citlivost při poskytování podpory. Rodině by se měl projevit respekt a emoční podpora ze strany zdravotníků, protože rodina je jejich partnerem, pokud si klient nepřeje jinak. Podle

výzkumu Gutové (61), která zkoumala podporu pozůstalých při náhlém úmrtí ze strany všeobecné sestry ve výjezdovém týmu záchranné služby, bylo zjištěno, že většina sester má v kontaktu s pozůstalými při sdělování náhlého úmrtí blízké osoby problémy s komunikací, nejčastěji neví, jak pozůstalé podpořit. Přestože náš výzkum byl prováděn na lůžkových odděleních, můžeme odvodit, že komunikace s pozůstalými a jejich podpora je pro sestry náročná. Proto vidím jako přínosné praktické vzdělávání sester v těchto oblastech.

V druhé kategorii (Schéma 3) bylo hlavním tématem rozloučení. V otázce rozloučení s umírajícím klientem se odpovědi příliš nelišily od otázky na pobyt u lůžka umírajícího. V tomto případě záleží především na rodině, zda chce poslední chvíle s klientem strávit. Pozitivně vidíme především snahu lékařů informovat rodinu o možnosti posledního rozloučení s umírajícím. Zájem rodiny je pak pouze potvrzením, že tato informace je na místě. Již zmíněná podpora rodiny ze strany sestry a zajištění co nejlepších podmínek pro příbuzné v nemocnici by následně celkově pomohly k postupnému navracení se k zapomenutým rituálům.

Je zajímavé, že pokud se otázky týkaly umírajících klientů, odpovědi byly ve velké většině pozitivní. Pokud jsme se ale v rozhovoru dostaly k otázkám týkajících se zemřelých klientů, odpovědi byly již rozpačité. Samotný názor sester na rozloučení se zemřelým na ARO byl až na odpověď S16 kladný a zohledňoval především individuální vnímání každého jednotlivce. **Dle postoje rodiny je rozloučení se zemřelým na ARO vždy umožněno.** Jak uvedly S14 a S15 zájem o poslední rozloučení se zemřelým ze strany rodiny je veliký. Sestry následně potvrdily i možnost posledního rozloučení rodiny s dárcem orgánů, kdy je rodina vždy důkladně o celé situaci informována a možnost rozloučení je jí nabídnuta.

Na ONP byly odpovědi sester na rozdíl od ARO rozmanité. Samotné rozloučení až na S2 považují sestry za důležité. S2: *„No, je to oznámeno, že pacient zemřel, ale že by měl někdo tu potřebu, aby je viděl, tak to určitě ne. Nesetkala jsem se s tím za tu dobu, že by chtěli toho pacienta vidět.“* Zajímavé odpovědi zazněly od S1. Po velmi pozitivní reakci na poslední rozloučení s umírajícím odpověděla k rozloučení se zemřelým: *„Ne, tohle my neděláme. To vyloženě když ta rodina má zájem a ona sama projeví ten zájem.“*

My tuhle iniciativu nevyvíjíme.“ Na doplňující otázku, jak ona sama vnímá rozloučení se zemřelým, byla však odpověď opět kladná: „*Já si myslím, že to je důležité. Prostě měli by se rozloučit.*“ Je zvláštní, že přes vlastní vnímání rozloučení jako důležitého aktu není tato možnost pozůstalým nabízena. Jak již bylo zmíněno, dnešní člověk neví, jak se v takovýchto chvílích chovat, a tudíž můžeme předpokládat, že nemá informace, jaké možnosti v nemocnici jsou a málokdo vůbec přemýšlí, zda by měl zájem o poslední rozloučení, natož o tuto možnost zdravotnický personál žádat. V době, kdy tabu smrti je stále aktuální, podle mého názoru nemůžeme čekat, že rodina bude v této náročné situaci natolik aktivní a bude rozloučení vyžadovat. Zbylé sestry opět zdůrazňují zájem rodiny, který je rozhodující, a S5 uvedla: „*My tady nemáme na to tady žádnou místnost, kam bychom vlastně toho zemřelého mohli dát, kde by bylo nějaké pěkné prostředí, ale pokud ta rodina tady je, tak tam dáváme většinou zástěny kolem toho lůžka, protože nemáme jednolůžkové pokoje a můžou tam být s tím zemřelým, jak dlouho si přejí, než se s ním rozloučí a pokud vlastně ten pacient zemře a ta rodina tu není, tak mi jim to samozřejmě voláme a pokud se tady s ním chtějí ještě rozloučit, tak jim to taky umožníme s tím, že toho zemřelého převezeme na místnost, kterou k tomu máme určenou a tam se oni s ním rozloučí.*“ Jak uvádí Ptáček, Bartůněk et al. (62), pokud není rodina úmrtí přítomna, měl by jí lékař co nejdříve kontaktovat. Pokud je úmrtí očekávané, měl by být s rodinou domluven postup, pro případ úmrtí v jejich nepřítomnosti, zda chtějí okamžitě informovat, aby se mohli přijít ještě osobně rozloučit, či jim na rychlosti nezáleží, především pokud by bylo úmrtí v nočních hodinách. Jsou-li příbuzní úmrtí přítomni, mělo by být respektováno a umožněno, aby mohli o samotě setrvat se zemřelým. Pokud jsou na pokoji další pacienti, je vhodné zesnulého přepravit do samostatné místnosti, kde budou mít pozůstalí dostatek klidu a soukromí.

Můžeme tedy usuzovat, že pokud klient zemře v přítomnosti rodiny, ta má následně možnost u lůžka setrvat, jak dlouho chce a rozloučit se. Pokud rodina není přítomna, musí při telefonátu projevit aktivní zájem o rozloučení, které je rodině následně umožněno. Rozloučení na ONP následně probíhá buď na pokoji, kdy v případě dalších klientů jsou použity zástěny nebo na koupelně. Podobný výsledek uvádí i Zimová (60), kdy sestry v domovech důchodců poslední rozloučení také

nenabízejí automaticky. Celá práce je směřována k úmrtí dospělých a starých lidí, přes to když se podíváme na výzkum Černé (63), rozloučení není běžné ani při porodu mrtvého plodu a porodní asistentky ho taktéž aktivně nenabízejí.

Sestry dále odpovídaly, že v nemocnicích není místnost posledního rozloučení, i když několikrát zazněla poznámka od sester z Písku, že možná je možnost rozloučení na oddělení patologie. Proto jsem se na tuto skutečnost zkusila informovat u hlavní sestry, která mi ochotně informaci potvrdila, že na oddělení patologie místnost posledního rozloučení opravdu je. Následně po domluvě s vrchní laborantkou patologického oddělení jsem měla možnost tuto místnost navštívit. Místnost posledního rozloučení je situovaná z boku patologického oddělení se samostatným vchodem. Skládá se z místnosti určené k uvedení a posazení pozůstalých a místnosti, která je oddělena sklem a závěsem, do které sanitář připraví tělo zesnulého. Závěs je následně odhnut a pozůstalí se mohou rozloučit takovouto variantou, kdy je možnost rozloučení i se zemřelým, který je pro okolí infekční. Pokud nehrozí pro rodinu žádné riziko nákazy, mohou přistoupit i přímo k zemřelému a rozloučit se objetím či pohlazením. Považuji za škodu, že sestry nemají dostatečné informace o možnosti rozloučení, přestože jsem byla ujištěna, že patologické oddělení zpracovalo informační materiál, který mají sestry k dispozici. V Nemocnici v Českých Budějovicích jsem si pouze potvrdila informaci, že na patologickém oddělení místnost posledního rozloučení není a tuto možnost mají pozůstalí buď na oddělení, či následně až v krematoriu. Jak již bylo zmíněno, na oddělení rozloučení probíhá na koupelně nebo v lepším případě na volném pokoji. Souhlasím s názory sester, že rozloučení na koupelně není hezké ani důstojné a místnost posledního rozloučení je důstojnou formou, jak tento akt pozůstalým v nemocnici dopřát. Ptáček, Bartůněk et al. (62) doplňují, že osobní rozloučení se zemřelým je v zahraničí běžnou praxí a dle zkušeností vede k přirozenějšímu a méně komplikovanému procesu truchlení pozůstalých.

V třetí kategorii (Schéma 4) byly uvedeny podmínky v nemocnici na podporu rodiny. O rodinných pokojích a místnosti posledního rozloučení jsme se již zmínili v kapitole Možnosti ošetrovatelské péče o umírajícího a jeho rodinu, nutno jen dodat, že sestry v obou případech projeví zájem, ale v obou nemocnicích je údajně problém

s nedostatkem prostoru. Na otázku, zda je v nemocnici kaple, sestry z písecké nemocnice odpovídaly ve většině případů správně, že nemocnice má Prostor ticha. Nevěděla to pouze S4, ale odpověď S3 také nebyla přesvědčivá: „*Přímo kaple jo někde je, ale nikdy jsem tam nebyla, abych vám řekla, kde je.*“ Sestry v Českých Budějovicích ve většině pouze konstatovaly, že kaple v nemocnici není. Pouze S14 a S15 uvedly, že je to chyba, v nemocnici by měla být, v tom se sestrami naprosto souhlasím. Nemocnice je místem, kde spirituální potřeby nabývají na významu jako málokde. A v rámci holistické péče nelze spirituální stránku člověka ignorovat. Dále v této kategorii byly sestry dotazovány na místo odpočinku pro rodinu. Sestry různě jmenovaly jídelnu, Prostor ticha a jiná místa. Uváděly, že se rodina může jít projít, nakoupit si, dívat se na televizi, sestra jim může uvařit čaj nebo kávu, ale ani v jednom případě se do odpovědi nepromítla komunikace, či poskytnutí podpory rodiny. Jako by příbuzní byli v nemocnici mezi zdravotníky zcela osamoceni. Jak uvádějí Ludačková, Huneš a Špatenková (23), příbuzným nejvíce pomůže empatická a vstřícná komunikace. Často mají lidé názor, že mluvit o smrti je bolestivé. Proto je důležité si uvědomit, že otázky týkající se smrti způsobují rodině trápení, ale rozhovor o věcech s ní spojených může pomoci vytvořit prostor pro naslouchání jejich pocitům. Důležité je ujistění, že pocity, které příbuzní prožívají, jsou normální a přirozené.

Následující podmínkou, která byla zjišťována, bylo místo předávání pozůstalosti sestrou a informování rodiny o průběhu skonu lékařem. Podle Haškovcové (3) by samotný fakt úmrtí neměl být sdělován jinak než osobně. Bohužel se tato zásada neustále přehlíží. **V rozhovorech se ukázalo, že o úmrtí informuje lékař rodinu po telefonu.** Následně rodina přichází do nemocnice pro převzetí pozůstalosti od sestry a s lékařem mluví pouze, když si to výslovně přeje. Sestra může být tudíž jediným zdravotníkem, se kterým se pozůstalí setkají. **Proto je až zarážející, že v této citlivé situaci probíhá předání pozůstalosti na chodbě či na sesterně, v lepších případech na vyšetřovně a ambulantní části oddělení. Pokud má rodina zájem mluvit s lékařem, tento rozhovor probíhá dle oddělení na ambulanci, vyšetřovně, či na emergenci.** Dle Kupky (64) je nepřijatelné, aby informace o úmrtí blízkého člověka byla předávána vstoje na chodbě mezi dveřmi. Pro takovýto rozhovor by mělo být

zvoleno klidné a bezpečné místo. Nedodržení může mít za následek psychický diskomfort pozůstalých. Na tuto problematiku plynule navazuje podkategorie předání pozůstalosti z kategorie čtyři. Sestrami zmíněné podmínky pro předání pozůstalosti by se daly shrnout slovy: neosobní, není čas a nedostatek soukromí. Další sestry viděly podmínky jako dobré a zdůrazňovaly komunikaci, empatii, lidský přístup a klidné prostředí. **Zbylé sestry však podmínky předání pozůstalosti viděly spíše jen jako rutinu, bez větších emocí a ohledu na rodinu. Podobně tomu bylo i při dotazu na průběh předání pozůstalosti.** Výjimkou byla S9 a S11, které opět zdůraznily citlivou komunikaci. **Jedinou zmínkou o komunikaci s rodinou v průběhu předání pozůstalosti, kromě informování, byla ve většině odpovědí pouze kondolence.** Kondolenci sestry v několika případech označily spojením: *“popřejeme jim upřímnou soustrast“*, což nepovažujeme za nejvhodnější spojení. Běžně užívané je spojení, kdy se vyjadřuje upřímná soustrast. Podpora při předání pozůstalosti pak od sester zazněla pouze při odkázání na rozhovor s lékařem či kaplanem. Pro příklad S7: *„Popřejeme jim upřímnou soustrast a pak následuje předání osobních věcí, dají nám občanku, podepíší se nám, my jim předáme věci a vysvětlíme jim, kam mají pak jít.“* S7: *„Tak pozůstalost předáváme tady (vyšetřovna vedle inspekce) v nějaké relativní tichosti. Třeba dneska jsem předávala pozůstalost a pán mi vyprávěl vtipy. Že člověk se dostane k takovým věcem.“* Je škoda, že tato sestra se více nezamyslela nad tím, co odpověděla. Vyprávění vtipů v takovéto situaci může svědčit o popírání celé situace a právě tento pán by si zasloužil s někým v klidu pohovořit. S12 zdůraznila především rychlý průběh: *„Co nejrychleji, když se na něco zeptají, tak jim odpovíme.“* Podle mého názoru tato odpověď zcela postrádá lidský i profesionální přístup. S13 odpověděla téměř podobně. Kam se poděl osobní přístup, podpora a komunikace sester s rodinami?

Rodina někdy naléhavě potřebuje rozhovor s dalším člověkem, s nímž může mluvit o svých starostech a obavách. Může to být někdo, kdo je v podobné situaci, kdo v takové situaci byl a zvládl ji nebo zkrátka někdo, kdo je ochoten se chvíli zastavit a naslouchat (24).

Zastavit se je pro sestru podle odpovědí totiž zcela nemožné. Čas se promítl téměř do každé kategorie a ovlivnil jistě i kategorii podpory a komunikace. Na otázku, koho

by sestra pozůstalým doporučila, aby se na něj obrátili v případě potřeby, odpověď sestry zazněla jen jednou. S14: „*Důležitá je podpora hlavně tý rodiny. Trošku naše, ale že bysme měli nějakýho přímo na to lékaře, to ne.*“ Dalším zmíněným byl lékař. S16 řekla: „*Záleží, jakou potřebu pozůstalí potřebují uspokojit, ale důležité pro pozůstalé bývá možnost kdykoliv si promluvit s lékařem.*“ Zmíněn byl i psycholog a léky na uklidnění. S6: „*Tak samozřejmě nějaký psycholog, ale to jim v podstatě doporučí každého obvodní lékař, protože oni by měli jít za svým obvodním lékařem a nechat si napsat třeba něco na uklidnění a ten by jim měl poradit někoho, s kým by si mohli promluvit.*“ S12: „*Tak farmáře a technické věci, to jim vysvětlíme. Nebo dostanou 1,5 Lexaurinu tady nebo u svého obvodního lékaře.*“ Z těchto odpovědí je jasné, že sestry podporu příbuzných přenechávají na jiné profesi. Nejčastěji zmíněný byl kaplan a právě zkušenosti se spoluprací s ním a s psychologem v péči o pozůstalé nás zajímaly. **Spolupráci s nemocničním psychologem zmínily pouze S9 a S10. V Nemocnici Písek všechny sestry spolupráci s nemocničním kaplanem hodnotily velmi kladně. V Nemocnici v Českých Budějovicích se sestry setkávají se smluvními kaplany, kteří do nemocnice docházejí na zavolání nebo za klienty přicházejí jejich osobní kaplani.** Se smluvními kaplany je dle rozhovorů spolupráce dobrá. Souhlasím však s S14 a S15, že nemocnice by měla mít svého kaplana a kapli. V písecké nemocnici je kaplan k dispozici nejen klientům, ale i jejich rodinám a zaměstnancům. Navíc, jak uvedlo i několik sester v rozhovorech, pořádá na oddělení ONP i zpívání pro klienty a další programy v celé nemocnici (52).

Jak uvádí Kisvetrová (65) ve svém výzkumu, intervence Péče o umírající z mezinárodní klasifikace ošetrovatelských intervencí zahrnuje šest aktivit na podporu rodinných příslušníků. Výsledky ukázaly, že sestry nejčastěji využívaly aktivity podporovat snahu rodiny zůstat u lůžka pacienta a usnadnit zajištění duchovní podpory pro pacienta a rodinu. Tyto aktivity také nejvíce sester považovalo za reálně implementovatelné do současné ošetrovatelské praxe. Po shrnutí našeho výzkumu, můžeme konstatovat, že jsme došli k podobnému výsledku (Schéma 2 a 5). Podpora příbuzných ve snaze zůstat u lůžka umírajícího a odkázání rodiny na podporu kaplana byly odpovědi, na kterých se shodla většina sester v celém výzkumu. Kisvetrová (65)

dále doplňuje, že pětina sester uvedla, že vždy realizuje aktivity zahrnout rodinu dle jejího přání do rozhodování o péči a činnostech a podporovat pacienta a rodinu, aby sdíleli pocity ohledně smrti. Veškeré uvedené aktivity využívaly častěji sestry pracující v hospicích. Výsledky naznačují, že významnost těchto aktivit vnímají sestry napříč spektrem pracovišť. Reálnou možnost jejich implementace ale vidí rozdílně. Potvrzuje to nutnost více zahrnout podporu rodiny do péče o umírající i na pracovištích, která primárně neposkytují specializovanou paliativní péči. I na základě našich výsledků nelze než souhlasit a vyzvat sestry, aby komunikovaly s rodinami klientů, braly je jako partnery v péči o umírajícího pacienta a podpořily je v jejich nelehké úloze doprovázení umírajícího člena rodiny i v těžké fázi truchlení.

Závěrem slova Atula Gawande (66 s. 222): *„Je-li lidská existence omezená, pak by úkolem všech pečujících profesí a institucí – od lékařů po domovy důchodců – mělo být pomáhat lidem s tímto omezením bojovat. Někdy můžeme nabídnout léčbu, jindy jen útěchu, někdy ani to ne. Ale ať už můžeme nabídnout cokoli, naše intervence, a rizika a oběti z ní plynoucí, je přípustná, pouze slouží-li vyšším zájmům života dotyčného. Jestliže na to zapomeneme, můžeme napáchat neomluvitelné škody. Když však na to budeme pamatovat, můžeme dokázat veliké věci.“*

6 Závěr

Náš výzkum se zabýval podporou příbuzných při rozloučení se zemřelým. Hlavním důvodem k zvolení tohoto tématu byla ztráta tradičních rituálů, které lidem vždy pomáhaly s vyrovnáváním se se ztrátou blízké osoby, a přesun umírání a smrti z domovů za zdi nemocničních zařízení.

Na základě nabytých informací jsme zvolili pro práci dva cíle. Prvním bylo zjistit, nakolik je příbuzným v nemocnici umožněno pobývat u lůžka umírajícího a zemřelého. Druhý cíl zněl: jakým způsobem je zajišťováno rozloučení se zemřelým v nemocnici.

Dále bylo zvoleno šest výzkumných otázek: Nakolik je příbuzným v nemocnici umožněno pobývat u lůžka umírajícího a zemřelého? V jakém prostředí je příbuzným oznamována informace o úmrtí? Jak probíhá předání pozůstalosti příbuzným? Jak probíhá rozloučení příbuzných se zemřelým? Jak ošetřující personál v nemocnici pečuje o pozůstalé? A nakolik je příbuzným zemřelého umožněn rozhovor s kaplanem či psychologem?

Pro výzkum jsme zvolili kvalitativní metodu šetření s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Šetření probíhalo v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v Nemocnici Písek, a.s. na odděleních ONP a ARO jako zástupců standardního oddělení a oddělení intenzivní péče. Rozhovorů se celkem zúčastnilo 16 sester. Data byla kódována, následně kategorizována a zobrazena ve schématech.

V provedených rozhovorech jsme zjistili, že příbuzným je umožněno pobývat u lůžka umírajícího. Sestry vyjádřily pozitivní přístup k setrvání rodiny u umírajícího. Důležitá je domluva a ohled na chod oddělení. Dále bylo zjištěno, že zpráva o úmrtí klienta je příbuzným nejčastěji sdělována po telefonu. Následný rozhovor o skonu klienta s příbuznými lékař provádí pouze při zájmu pozůstalých a probíhá převážně v soukromí vyšetřovny, ambulance, či emergenci. Předání pozůstalosti sestrou se už tak často v soukromí nekoná. Sestry předávají věci pozůstalým na sesterně a na chodbě, v lepším případě na vyšetřovně a ambulantní části oddělení. Při příchodu pozůstalých sestra nejprve rodině vyjádří upřímnou soustrast, následuje předání věcí proti občanskému průkazu, jejich zkontrolování a vyřízení formálních záležitostí. Sestry

v Českých Budějovicích následně informují rodinu o dalším postupu ústně, kdy jsou pozůstalí odkázáni na pohřební službu, kde se dozví vše nezbytné. V Písku sestry kromě ústní formy předání informací využívají i tištěnou formu základních praktických pokynů pro pozůstalé, které si mohou následně v klidu doma prostudovat. Podpora při předání pozůstalosti se objevila jen ve formě odkázání pozůstalých na kaplana či lékaře. Předání pozůstalosti tak budí dojem rutinního výkonu, citlivou komunikaci a empatii bere na vědomí jen minimum sester. V otázce posledního rozloučení se různily odpovědi sester za oddělení ONP a ARO. Na oddělení ARO mají pozůstalí možnost poledního rozloučení vždy. Poslední rozloučení je automaticky umožněno i rodině. Naproti tomu na ONP musí pozůstalí projevit aktivní zájem o poslední rozloučení, které je jim následně umožněno na pokoji nebo na koupelně oddělení. Přestože v písecké nemocnici je místnost posledního rozloučení v budově patologického oddělení, většina sester o této možnosti nevěděla vůbec nebo si nebyla jistá a pozůstalí tudíž této možnosti nemohou plně využívat. V Českých Budějovicích tato možnost není, ale od sester jsem se setkala s kladnými reakcemi. Jiná situace nastává při úmrtí klienta za přítomnosti rodiny, v tom případě mají pozůstalí možnost setrvat u lůžka zemřelého, jak dlouho potřebují. Co jsme však u sester postrádali, byla péče a podpora směřovaná přímo k rodině klienta. Zmíněna byla podpora v kontaktu rodiny s umírajícím a snaha sester o zapojení rodiny do péče. Ojedinelým názorem bylo, že některé sestry přímou formu podpory zmínily, některé si její absenci uvědomují a přály by si nápravu, ale zbylé sestry podporu rodiny nepovažují za potřebnou nebo si její absenci neuvědomují. Převládaly odpovědi odkazující na nedostatek času nebo podpora příbuzných byla přenechávána jiným profesím. Nejčastěji zmiňovanou profesí byl kaplan, který se především v písecké nemocnici těší velké popularitě a spolupráce s ním byla velmi kladně hodnocena. Sestry jeho služby aktivně nabízejí klientům i rodinám. V Českých Budějovicích patřil kaplan též k nejčastějším odpovědím, zde ale do nemocnice docházejí smluvní kaplani, které většina sester taktéž chválila, ale otázka se neobešla bez dvou připomínek, že nemocnice by měla mít svého kaplana a s tím související kapli. Nemusí to být ale vždy jen kaple. Řešení písecké nemocnice, která v rámci spirituálního oddělení zřídila Prostor ticha, může být inspirativním a nadnáboženským řešením.

Z odpovědí vyplynulo, že sestry se také často setkávají v nemocnici s vlastními kaplany rodin, kteří za nimi na oddělení docházejí. Nemocniční psycholog byl zmíněn pouze ve dvou případech. Z dalších pomáhajících profesí sestry odkazují na lékaře daného oddělení a na praktického lékaře, který může pozůstalému předepsat léky na uklidnění nebo mu doporučit návštěvu psychologa. Cíle jedna a dvě byly pomocí kvalitativního šetření splněny.

V rámci výzkumu jsme se dotkli i jiných otázek, jako jsou například rodinné pokoje a jejich budování, hospicová péče, péče o rodinu dárce orgánů, zapojení rodiny do péče o umírajícího klienta a péče rodiny o mrtvé tělo, které se nesetkalo s velkou přízní sester, nebo s často zmiňovaným nedostatkem času při provozu na oddělení.

Výstupem z této práce bude zpětná vazba hlavním sestrám. Jako přínosné bychom viděli vzdělávání sester v rámci celoživotního vzdělávání v oblastech paliativní péče a především v praktických seminářích zabývajících se problematikou komunikace a podpory umírajících klientů a jejich rodin. Evidentní zájem příbuzných v oblasti rozloučení by měl být impulzem pro celé ošetrovatelství. Právě sestra může být totiž pro pozůstalé partnerem, který rodinám pomůže vrátit se k zapomenutým rituálům, jenž jim mohou pomoci v přijetí smrti blízké osoby a i v následném procesu truchlení, nemluvě o snaze odtabuizování smrti v naší společnosti. I samotná propagace spirituální péče, místnosti posledního rozloučení či příklonění se nemocnice k vybudování rodinných pokojů může velmi zvýšit image celé nemocnice a její celkové vnímání obyvateli.

Smyslem této práce je nabídnout a posílit podporu rodin a dát jim možnost rozloučení.

7 Seznam použitých zdrojů

1. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
2. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Druhé, nezměněné vydání. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-807-2624-713.
4. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Život a umírání*. 2. vydání. Hradec Králové: SIGNUM UNITATIS, 1992.
5. LENDEROVÁ, Milena. Stáří a smrt. In: LENDEROVÁ, Milena, Tomáš JIRÁNEK a Marie MACKOVÁ. *Z dějin české každodennosti: život v 19. století*. Praha: Karolinum, 2011. S. 248-268. ISBN 978-80-246-1683-4.
6. NAVRÁTILOVÁ, Alexandra. *Narození a smrt v české lidové kultuře*. Praha: Vyšehrad, 2004. ISBN 80-7021-397-3.
7. HRÍBALOVÁ, Marta. Tabu sexu vystřídalo tabu smrti. *Psychologie dnes*. 2011, roč. 17, č. 11, s. 24-27. ISSN 1212-9607.
8. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
9. ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

10. BÁRTLOVÁ, Sylva. Umírání a smrt. In: BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny: Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. S. 100 – 104. ISBN 978-80-8063-306-6.
11. VYTEJČKOVÁ, Renata. Péče o umírajícího člověka a péče o tělo zemřelého. In: VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada, 2013. S. 238-247. ISBN 978-80-247-3420-0.
12. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
13. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
14. HERDMAN, T. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
15. KRIŠKOVÁ, Anna a Ľubica UHRINOVÁ. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a starostlivosť o mŕtve telo. In: KRIŠKOVÁ, Anna et al. *Ošetrovateľské techniky: metodika sesterských činností: učebnica pre fakulty ošetrovateľstva*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006. S. 651- 667. ISBN 80-8063-202-2.
16. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
17. Liberecký kraj. Čtvrtý Rodinný pokoj v nemocnici v České Lípě. *Hospicová péče sv. Zdislavy*. [online]. 23. 2. 2015. [cit. 2016-1-2]. Dostupné z: <http://www.hospiczdislavy.cz/ctvrty-rodinny-pokoj-v-nemocnici-v-ceske-lipe/>
18. BRERETON, Louise et al. The hospital environment for end of life care of older adults and their families: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2012, vol. 68, iss. 5, s. 981–993. ISSN 1365-2648.

19. HADDERS, H., B. Paulsen a V. Fougner. Relatives' participation at the time of death: Standardisation in pre and post-mortem care in a palliative medical unit. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014, vol. 18, iss. 2, s. 159-166. ISSN 1462-3889.
20. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
21. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7
22. PAYNEOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN: 978-80-87029-25-1
23. LUDAČKOVÁ, Eva, Robert HUNEŠ a Naděžda ŠPATENKOVÁ. *Průvodce v čase zármutku*. 2. vyd. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., 2014. ISBN 978-80-904587-4-1.
24. Hospicové občanské sdružení Cesta domů. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 3. vyd. Praha: Cesta domů, 2013. ISBN: 978-80-904516-5-0.
25. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999. *Charta práv umírajících*. [online]. [cit. 2016-1-2] Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Charta_prav_umirajicich_1999.pdf
26. WHO. *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. [online]. 2. vyd., Geneva: World Health Organisation, 2002. [cit. 2016-1-2]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

27. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-711.
28. BALDWIN, Moyra A. a Jan WOODHOUSE. *Key concepts in palliative care*. London: SAGE, 2011. ISBN 978-1-84860-871-9.
29. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4735-580.
30. OLIVIERE, David, Barbara Monroe and Sheila Payne. *Death, Dying, and Social Differences*. Second edition. New York: Oxford University Press, 2011. ISBN: 978-0-19-959929-5.
31. WATSON, Max et al. *Oxford Handbook of Palliative Care*. Second edition. New York: Oxford University Press, 2009. ISBN: 978-0-19-923435-6.
32. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
33. STIEBLEROVÁ, Marie. Praktický lékař versus paliativní péče. *Ošetrovatelská péče*. 2015, č. 5, s. 4-7. ISSN: 2336-1603.
34. REITH, Margaret a Malcolm PAYNE. *Social work in end-of-life and palliative care*. Bristol: Policy Press, 2009. ISBN 978-1-84742-414-3.
35. RALBOVSKÁ, Dana. Obraz smrti a umírání ve zdravotnictví. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. 2007, roč. 2, č. 2, s. 22-24. ISSN 1336-9326.
36. CASWELL, Glenys. et al. Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. [online]. 2015, vol. 14, iss. 1, s. 1-14. [cit.

45. DAIKEROVÁ, Angelika. *Život po ztrátě manžela*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2015. ISBN 978-80-7195-802-4.
46. WHEELER, Gerald. *Za branami smrti: naděje na nové setkání*. Praha: Advent-Orion, 2012. ISBN 978-80-7172-893-1.
47. LUFF, Gill, Pam FIRTH a David OLIVIERE et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-21-3.
48. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4737-362.
49. SEMOVÁ, Gabriela. *Poradce pro pozůstalé. Ošetrovatelská péče*. 2014, č. 1, roč. 9, s. 32-33. ISSN 2336-1603.
50. ODROBIŇÁK, Jaromír. *Co dělá nemocniční kaplan? Psychologie dnes*. 2011, roč. 17, č. 2, s. 60-61. ISSN 1212-9607.
51. HAVLOVÁ, Květa. *Klinická pastorační péče v České republice. Zdravotnické noviny*. 2009, roč. 58, č. 25, s. 19-21. ISSN 0044-1996.
52. Nemocnice Písek, a.s. *V písecké nemocnici léčí také duši. Nemocnice Písek, a.s.* [online]. 24. 9. 2013 [cit. 2016-1-29]. Dostupné z: <http://www.nemopisek.cz/440-v-pisecke-nemocnici-leci-take-dusi>
53. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
54. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4712-628.

55. PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.
56. PROCHÁZKOVÁ, Iva. *Myši patří do nebe: ale jenom na skok*. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01558-7.
57. LINDGREN, Astrid. *Bratři Lví srdce*. Praha: Albatros, 1992. ISBN 80-00-00347-3.
58. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Třetí vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-2620219-6.
59. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-03-5.
60. ZIMOVÁ, Eva. *Péče o rodinné příslušníky umírajícího klienta v domově pro seniory*. Č. Budějovice, 2015. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
61. GUTOVÁ, Alena. *Holistický přístup k pozůstalým při náhlém úmrtí z pohledu všeobecné sestry, členky výjezdového týmu záchranné služby*. Č. Bud., 2013. Diplomová práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
62. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
63. ČERNÁ, Lenka. *Zkušenosti porodní asistentky v péči o ženu při porodu mrtvého plodu*. Č. Bud., 2013. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
64. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4746-500.

65. KISVETROVÁ, Helena. Podpora rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské intervence Péče o umírající. *Kontakt*. 2014, roč. 16, č. 1, s. 28-34. ISSN 1212-4117.
66. GAWANDE, Atul. *Nežijeme věčně*. Praha: Dokořán, 2016. ISBN 978-80-7363-702-6.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1: Rozhovor se sestrami na ONP

Příloha 2: Rozhovor se sestrami na ARO

Příloha 3: Souhlas s výzkumem od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči z Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 4: Souhlas s výzkumem od hlavní sestry z Nemocnice Písek, a.s.

Příloha 5: Přepis rozhovorů (volně vloženo na CD)

Příloha 1

Rozhovor se sestrami na ONP

1. Jaký máte názor na zapojení příbuzných a pozůstalých do péče o umírajícího a zemřelého?
 - a) Pokud máte na oddělení umírajícího klienta, jaké má jeho rodina návštěvní hodiny?
 - b) Co si myslíte o podporování příbuzných ve snaze zůstat u lůžka umírajícího?
 - c) Jakou má rodina možnost posledního rozloučení s umírajícím?
 - d) Je rodina volána při zhoršení stavu klienta?
 - e) Jak vnímáte potřebu rozloučení rodiny se zemřelým? Má rodina tuto možnost?
 - f) Máte v nemocnici místnost posledního rozloučení se zemřelým?
 - g) Jaký máte názor na zapojení rodiny do péče o mrtvé tělo? Zájem rodiny?

2. Jaké jsou tu podle Vás podmínky pro péči o pozůstalé?
 - h) Jakým způsobem zajišťujete soukromí pro umírajícího a jeho rodinu?
 - i) Jaký máte názor na rodinné pokoje v nemocnici? Uvítali byste je?
 - j) Máte tu nějaké místo pro odpočinek příbuzných? Je v nemocnici kaple?
 - k) Koho byste pozůstalým doporučila, aby se na něj obrátili v případě potřeby?
 - l) Jaká je vaše spolupráce s kaplanem, psychologem a sociálním pracovníkem?
 - m) Máte standard na oddělení, který se věnuje péči o zemřelé a pozůstalé?
 - n) Ano – jaký na něj máte názor?

3. Jaké jsou tu podle Vás podmínky pro předání pozůstalosti?
 - o) Co si myslíte o oznámení rodině o úmrtí klienta? Jak probíhá?
 - p) Kde na vašem oddělení předáváte pozůstalost a informujete o průběhu skonu?
 - q) Jak probíhá předání pozůstalosti?
 - r) Máte nějaké informační materiály pro pozůstalé?

Zdroj: Vlastní

Příloha 2

Rozhovor se sestrami na ARO

1. Jaký máte názor na zapojení příbuzných a pozůstalých do péče o umírajícího a zemřelého?
 - a) Pokud máte na oddělení umírajícího klienta, jaké má jeho rodina návštěvní hodiny?
 - b) Co si myslíte o podporování příbuzných ve snaze zůstat u lůžka umírajícího?
 - c) Jakou má rodina možnost posledního rozloučení s umírajícím?
 - d) Je rodina volána při zhoršení stavu klienta?
 - e) Jak vnímáte potřebu rozloučení rodiny se zemřelým? Má rodina tuto možnost?
 - f) Jaký máte názor na místnost posledního rozloučení?
 - g) Jak probíhá péče o rodinu potencionálního dárce orgánů?

2. Jaké jsou tu podle Vás podmínky pro péči o pozůstalé?
 - h) Jakým způsobem zajišťujete soukromí pro umírajícího a jeho rodinu?
 - i) Máte tu nějaké místo pro odpočinek příbuzných? Je v nemocnici kaple?
 - j) Koho byste pozůstalým doporučil/a, aby se na něj obrátili v případě potřeby?
 - k) Jaká je vaše spolupráce s kaplanem, psychologem a sociálním pracovníkem?
 - l) Máte standard na oddělení, který se věnuje péči o zemřelé a pozůstalé?
 - m) Ano – jaký na něj máte názor?

3. Jaké jsou tu podle Vás podmínky pro předání pozůstalosti?
 - n) Co si myslíte o oznámení rodině o úmrtí klienta? Jak probíhá?
 - o) Kde na vašem oddělení předáváte pozůstalost a informujete o průběhu skonu?
 - p) Jak probíhá předání pozůstalosti?
 - q) Máte nějaké informační materiály pro pozůstalé?

Zdroj: Vlastní

Příloha 3

Souhlas s výzkumem od Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči z Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mgr. Monika Kyselová, MBA
Nemocnice České Budějovice, a.s.
B. Němcové 585/54
370 01 České Budějovice

V Českých Budějovicích 27. 1. 2016

ŽÁDOST

Vážená paní magistro,

Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji na Zdravotně sociální fakultě obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Chtěla bych Vás požádat o možnost provést v Nemocnici České Budějovice, a.s. výzkum k mé diplomové práci s názvem Podpora příbuzných při rozloučení se zemřelým. Metodikou mého výzkumu bude polostrukturovaný rozhovor se sestrami vybraného standardního oddělení a vybraného oddělení intenzivní péče.

Otázky rozhovoru se budou týkat oblastí: jak je příbuzným umožněno pobývat u lůžka umírajícího a zemřelého, v jakém prostředí je příbuzným oznamována informace o úmrtí, jak probíhá předání pozůstalosti příbuzným, jak probíhá rozloučení příbuzných se zemřelým, jak ošetřující personál v nemocnici pečuje o pozůstalé a jak je příbuzným zemřelého umožněn rozhovor s kaplanem či psychologem.

Předem děkuji za kladné vyřízení

S pozdravem

Bc. Daniela Bellová
Jablonského 388
397 01 Písek

Teř. číslo: 723047750
e-mail: daniela.bellova@seznam.cz

-9. II. 2016

POUHLAROVÁ

Mgr. Monika Kyselová MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice

Zdroj: Vlastní

Příloha 4

Souhlas s výzkumem od hlavní sestry z Nemocnice Písek, a.s.

Mgr. Jana Somrová
Nemocnice Písek, a.s.
Karla Čapka 589
397 01 Písek

V Písku 25. 1. 2016

ŽÁDOST

Vážená paní magistro,

Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji na Zdravotně sociální fakultě obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Chtěla bych Vás požádat o možnost provést v Nemocnici Písek, a.s. výzkum k mé diplomové práci s názvem Podpora příbuzných při rozloučení se zemřelým. Metodikou mého výzkumu bude polostrukturovaný rozhovor se sestrami vybraného standardního oddělení a vybraného oddělení intenzivní péče.

Otázky rozhovoru se budou týkat oblastí: jak je příbuzným umožněno pobývat u lůžka umírajícího a zemřelého, v jakém prostředí je příbuzným oznamována informace o úmrtí, jak probíhá předání pozůstalosti příbuzným, jak probíhá rozloučení příbuzných se zemřelým, jak ošetroující personál v nemocnici pečuje o pozůstalé a jak je příbuzným zemřelého umožněn rozhovor s kaplanem či psychologem.

Předem děkuji za kladné vyřízení
S pozdravem

Bc. Daniela Bellová
Jablonského 388
397 01 Písek

Tel. číslo: 723047750
e-mail: daniela.bellova@seznam.cz



NEMOCNICE PÍSEK, a.s.
hlavní sestra
Mgr. Jana Somrová

NEMOCNICE PÍSEK, a.s.
Karla Čapka 589
397 01 Písek
IČO 25005190

Zdroj: Vlastní