



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační
péče**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autorka: Bc. Eva Zimová

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12.8.2020

.....

Bc. Eva Zimová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Andree Hudáčkové, Ph.D., za odborné vedení práce, její cenné rady a vstřícný přístup. Dále bych ráda poděkovala všem osloveným respondentům a zařízením, díky kterým jsem mohla uskutečnit výzkumné šetření. Děkuji též Mgr. Magdě Kümmeleové za cenné rady.

Velký dík patří také mé rodině a blízkým, kteří mi byli po celou dobu studia velkou podporou a vždy pro mě našli slova povzbuzení a pochopení.

Paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá tématem paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Intenzivní péče má za cíl záchranu životů, naopak paliativní péče doprovází nemocné a zkvalitňuje jejich poslední chvíle. I když by se mohlo zdát, že tyto dva obory jsou vzdálené, není tomu tak. Oba se dotýkají smrti a pracují s lidmi, kteří balancují mezi životem a smrtí. V teoretické části jsou popsány jednotlivé obory, včetně jejich historie. Dále je kapitola věnována propojení těchto dvou oborů. Následující kapitoly se zabývají etickými aspekty paliativní péče poskytované na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Další kapitoly se zabývají umíráním a smrtí. Poslední z kapitol v teoretické části práce, jsou věnovány blízkým umírajících a zemřelých pacientů.

Cílem práce bylo: Zmapovat povědomí zdravotnického personálu pracujícího v intenzivní a resuscitační péči, zjistit přístup zdravotnického personálu pracujícího v resuscitační a intenzivní péči k poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče, zjistit problémy a nedostatky ze strany zdravotnického personálu, v poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče a zjistit faktory, které působí a ovlivňují zdravotnický personál při poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Výzkumné šetření probíhalo na oddělení ARO jedné z jihočeských nemocnic.

Na základě výsledků lze říci, že zdravotnický personál, pracující na ARO má výborné teoretické znalosti v oblasti paliativní péče. Pacientům se snaží poskytovat co nejlepší péči a dělají pro ně maximum. Vzhledem k velké specifčnosti oddělení, je mnohdy velmi náročné zajistit co nejlepší podmínky pro umírajícího pacienta a jeho blízké. I přes toto všechno byly shledány problémy, které se týkají nedostatečné a nevhodné komunikace, kterou podtrhuje i prostředí, kde je uskutečňována. Dalším nedostatkem byla absence psychologické podpory a péče pro zdravotníky, kteří jsou téměř neustále vystavováni stresu. Zaznamenána byla také naprostá absence nabídnutí podpory a péče o pozůstalé. Což je součástí a předpokladem poskytování kvalitní paliativní péče. Na základě rozhovorů můžeme říci, že na ARO pracují velmi vzdělaní pracovníci, kteří svou práci dělají s láskou a chtějí jí poskytovat co nejkvalitněji

Bylo by však v tomto případě na místě, nabídnout zdravotnickým pracovníkům možnosti vzdělávání v oblasti paliativní péče a komunikace, kterých je dostatek.

Výsledky této práce by mohly pomoci minimalizovat zjištěné problémy a mohly by sloužit jako podklad pro přednášky a semináře pro pracovníky na ARO.

Klíčová slova: paliativní péče, intenzivní péče, resuscitační péče, komunikace, umírání, smrt, kriticky nemocný

Palliative care in intensive and resuscitation care

Abstract

The diploma thesis deals with the topic of palliative care in Intensive and Resuscitation Care units. Intensive care aims to save lives, while palliative care accompanies the patients and improves their last moments. Although it would appear that these two fields has not much in common, this is not the case. Both touch the death and work with people who balance between life and death.

The theoretical part describes the various fields, including their history. The chapter is further dedicated to the connection of these two areas. The following chapters cover the ethical aspects of palliative care provided in Intensive and Resuscitation Care units. Following chapters deal with dying and death. The last chapters of the theoretical part are focused on the relatives of dying and deceased patients.

The aim of the thesis was to map the awareness of medical staff working in Intensive and Resuscitation Care, discover the approach of medical staff working in Intensive and Resuscitation Care to the provision of palliative care in Intensive Care units, to identify problems and shortcomings on the part of medical staff in providing palliative care to Intensive and Resuscitation Careunits and to identify the factors which influence the medical staff in the provision of palliative care in Intensive and Resuscitation Care units. The research was carried out at the Department of Anaesthesiology and Intensive Care of one of the South Bohemian hospitals.

Results are showing that the medical staff working at the Department of Anaesthesiology and Intensive Care staff have excellent theoretical knowledge in the field of palliative care. They try to provide the best possible care to patients and do their best for them. Despite all this, problems related to insufficient and inappropriate communication were found, which is underlined by the environment in which it takes place. Due to the great specificity of the ward, it is often very difficult to ensure the best possible conditions for the dying patient and his beloved ones. Another shortcoming was the absence of psychological support and care for medical professionals, who are constantly exposed to stress. There was also a complete absence of support and care for the bereaved which is part of and a prerequisite for providing quality palliative care. Based on the interviews, we can say that at Department of Anaesthesiology and Intensive Care is highly educated stuff and they do their work with passion and want to provide it with the best possible quality.

However, in this case, it would be appropriate to offer healthcare professionals sufficient training opportunities in palliative care and communication.

The results of this work could help to minimize the problems identified and could serve as a basis for lectures and seminars for Department of Anaesthesiology and Intensive Care staff.

Keywords: palliative care, intensive care, resuscitation care, communication, dying, death, critically ill

Obsah

1	Současný stav	9
1.1.	Paliativní péče	9
1.1.1.	Definice a cíle paliativní péče	9
1.1.2.	Historie a vývoj paliativní péče	10
1.1.3.	Formy a dělení paliativní péče	12
1.1.3.1.	Obecná paliativní péče	12
1.1.3.2.	Specializovaná paliativní péče.....	12
1.1.4.	Role zdravotníků při poskytování paliativní péče.....	14
1.2.	Intenzivní a resuscitační péče.....	16
1.2.1.	Definice intenzivní a resuscitační péče a její cíle.....	16
1.2.2.	Historie a vývoj intenzivní a resuscitační péče.....	16
1.2.3.	Rozdělení intenzivní a resuscitační péče	18
1.2.3.1.	Dělení oddělení intenzivní péče dle oborů	19
1.2.3.2.	Dělení dle stupňů intenzivní péče	19
1.2.3.3.	Dělení dle TISS.....	20
1.3.	Paliativní péče v oblasti intenzivní a resuscitační péče	21
1.3.1.	Role zdravotníka při poskytování paliativní péče na odděleních intenzivní péče	22
1.4.	Etické aspekty paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče	23
1.4.1.	DNR	23
1.4.2.	Dříve vyslovené přání	25
1.4.3.	Limitace léčby.....	27
1.5.	Umírání a smrt.....	28
1.5.1.	Proces umírání.....	29
1.5.1.1.	Fáze prefinem.....	29
1.5.1.2.	Fáze in finem	30
1.5.1.3.	Fáze post finem	31
1.6.	Prožívání ztráty blízkého ze strany pozůstalých.....	32
1.7.	Pomoc pozůstalým.....	34

2	Cíle práce a výzkumné otázky	36
2.1	<i>Cíle práce</i>	36
2.2	<i>Výzkumné otázky.....</i>	36
3	Operacionalizace pojmů	37
4	Metodika.....	38
4.1	<i>Technika sběru dat</i>	38
4.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	38
5	Výsledky	41
5.1	<i>Kategorizace rozhovorů.....</i>	41
6	Diskuse.....	58
7	Závěr	72
8	Seznam použitých zdrojů.....	74
9	Seznam příloh	79
10	Seznam zkratk.....	80

Úvod

Intenzivní a resuscitační péče se každým rokem rozvíjí a zdokonaluje. Velké možnosti v této oblasti nabízí také vzdělávání. Tyto kvality dnes umožňují řešit situace, které by se daly dříve označit jako situace neřešitelné. Hlavním cílem intenzivní a resuscitační péče je záchrana života a snaha o navrácení jeho kvality. Velmi často ovšem nastanou situace, kdy je nemožné tyto cíle naplnit, veškeré možnosti kurativní léčby jsou vyčerpány a dochází k poskytování péče, která již není přiměřená a pacientovi nepřináší žádný benefit. V takovém případě, kdy není další intenzivní péče indikována, by měla přijít na řadu limitace či nerozšiřování péče a následně tedy zahájení péče paliativní. Paliativní péče je aktivní, komplexní péče poskytovaná pacientům na konci života. Jejím cílem je zmírnit bolest, zamezit diskomfortu a klást důraz na zachování pacientovy důstojnosti. Cílem paliativní péče je také poskytovat pomoc a podporu pacientovým blízkým. Paliativní péče rovněž pomáhá naplňovat potřeby klienta a jeho blízkých. V této diplomové práci jsme se zaměřili na všeobecné sestry a zdravotnické záchranáře pracující v intenzivní a resuscitační péči.

Ačkoli se na první pohled zdá, že intenzivní a resuscitační medicína jsou od paliativní péče velmi vzdáleny, po bližším pohledu se může ukázat, že hranice mezi těmito obory je tenčí, než bychom si mysleli. Důležité proto je, aby se paliativní péče dostala co nejvíce do povědomí zdravotnického personálu v nemocnicích a ten si tuto skutečnost uvědomoval a viděl smysl v poskytování paliativní péče. Vhodné také je, aby zdravotníci uměli efektivně komunikovat s pacientem a jeho blízkými a následně se dokázali vypořádat s umíráním, smrtí a nebrali to jako osobní prohru. Nezbytností pro toto všechno je ale vhodné zázemí a podpora od kolektivu a nadřízených. Téměř vždy je to v danou chvíli ta poslední péče, kterou od nás pacient a jeho blízcí dostávají. Umírání někoho blízkého je pro nás jedno z nejtěžších období v životě. Smrt a umírání bylo dlouho tabuizovaným tématem, i když je součástí života každého z nás a je jedinou naší jistotou a zároveň tou největší nejistotou.

1 Současný stav

1.1. Paliativní péče

1.1.1. Definice a cíle paliativní péče

Tato kapitola pomůže pochopit význam a cíle paliativní péče, o níž tato diplomová práce z velké části pojednává. V dalších podkapitolách se zaměříme na historii a rozdělení paliativní péče. Paliativní péče se postupně vyvíjí a v poslední době zaznamenává výraznější rozvoj. Proto se i vymezení pojmu *paliativní péče* mění. Ani nyní neexistuje jednotná definice tohoto pojmu. Pokud se budeme věnovat významu přídatného jména *paliativní*, zjistíme, že je tvořeno z latinského slova *pallium*, jehož význam je deka, rouška či plášť. Pokud si přeložíme anglické slovo *palliate* do českého jazyka, dostaneme význam tišit nebo také mírnit. Spojení významu latinského a anglického překladu nám ukazuje hlavní smysl paliativní péče, kterým je poskytnutí „ochranné roušky či pláště“ nevléčitelně nemocným a jejich blízkým (Bužgová et al., 2019). Kupka (2014) dokonce ve své publikaci hovoří o paliativní péči jako o péči útěšné.

Mlýnková (2010) uvádí ve své publikaci definici, která nám říká, že paliativní péči se rozumí péče, jež je komplexní a aktivní, je poskytována nevléčitelně nemocným, u nichž již nelze využít žádné kurativní léčby. Špatenková et al. (2014) hovoří o paliativní péči jako o kvalifikované, cílevědomé a ucelené podpoře lidí a jejich rodin, kteří trpí život ohrožujícím, zkracujícím a nevléčitelným onemocněním. Uvádí také, že pokud hovoříme o ucelenosti péče, rozumí se tím psychická, tělesná, spirituální i sociální podpora (Špatenková et al., 2014).

Plevová et al. (2011, s. 106) zmiňují definici WHO z roku 2002, která říká, že „Paliativní péče je 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.“

Adam et al. (2004) zmiňují definici z *National Hospice Organisation*, z USA, která říká, že *Hospicový program* je koordinovaný a obsahuje paliativní služby, které jsou poskytovány jak ve zdravotnických zařízeních, tak v domácím prostředí. Tyto služby jsou poskytovány interdisciplinárním týmem dobrovolníků i specialistů, nabízejí

sociální, spirituální a psychologickou pomoc umírajícím a jejich blízkým. Po smrti nemocného je k dispozici pomoc pozůstalým neboli *bereavement*.

Dále Gřiva (2018) uvádí určité body, které popisují cíle a smysl paliativní péče, a to: poskytnutí úlevy od bolesti a dalších tělesných potíží, zařazení spirituální a psychosociální péče, neoddalování, ale ani neurychlování smrti, snaha umožnit pacientovi co největší aktivitu až do smrti a pozitivně ovlivnit průběh onemocnění a kvalitu života, dále podpora rodiny a blízkých pacienta v době nemoci, ale i v době truchlení a zármutku, využití týmového, multidisciplinárního přístupu při naplňování pacientových potřeb a v neposlední řadě Gřiva poukazuje na to, že paliativní péče se zakládá na úctě k životu a vnímá umírání a smrt jako přirozený proces (Gřiva, 2018).

„Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky.“ Tato slova, jež vyslovil prof. Huntchinson v 19. století, platí, a předpokládá se, že navždy platit budou (Adam et al., 2004).

1.1.2. Historie a vývoj paliativní péče

Ačkoli je paliativní péče dle Bužgové (2019) mladým oborem, který se začal vyvíjet ve 2. polovině 20. století, Adam et al. (2004) uvádějí, že její kořeny sahají až do dob antiky a jedná se o jeden z nejstarších oborů, jelikož dříve byla medicína především o tlumení příznaků a obtíží nemocných a umírajících. Péče byla umírajícím poskytována zdravotníky, jeptiškami, rodinnými příslušníky, ale také laiky. Roku 1842 se Jeanne Garnierová stala zakladatelkou spolku žen, nejčastěji vdov, který věnoval plnou péči pacientům s nevléčitelným onemocněním. První dům, který nesl název hospic, stál v Paříži a byl otevřen v roce 1847. Další zakladatelkou komunity, která vznikla roku 1878 v Dublinu a poskytovala hospicovou péči, byla Marie Aikenheadová. Jejím hlavním cílem bylo doprovázet pacienty na jejich cestě při umírání. Založila kongregaci *Sester lásky*, při které pak bylo založeno hned několik domů ve Velké Británii. V jednom z těchto domů, konkrétně v domě sv. Josefa v Londýně, figurovala Cicely Saundersová, nejprve jako zdravotní sestra a po dokončení studia již jako lékařka. Cicely Saundersová hrála v 50. letech velkou roli během formování paliativní péče (Rastislavová, 2016).

Adam et al. (2004) zmiňují, že medicína se tehdy rozvíjela rychlostí jako nikdy dříve v historii. Cicely Saundersová ovšem ani během tohoto pokroku nezapomínala na ty, kterým již medicína není schopna nabídnout vyléčení. Její práci značně ovlivnil spisovatel Carl Rogers, který ji inspiroval hlavně komunikací a nasloucháním

nemocným. Saundersová své myšlenky promítla do svého konceptu „celkové bolesti“ neboli „total pain“, který vznikl v 50. letech v souvislosti se silnou kritikou tehdejší péče o umírající. Největším problémem byla absence lidského přístupu. Kritizoval se přístup, který se zabýval pouze chorobou a utlačoval vše ostatní. Saundersová kladla důraz na multidisciplinární přístup. V jejím konceptu celkové bolesti se hovoří o tom, že tělesná bolest je nerozlučně spojena s bolestí duchovní, sociální a duševní. Velkým mezníkem ve Velké Británii bylo stanovení pěti zásad rozvíjení oboru paliativní medicíny: 1) založení hospicové/paliativní medicíny, poskytování vysoce odborné péče, kterou poskytuje multidisciplinární tým; 2) rozvoj domácí paliativní péče, proškolení lékařů a sester jako členů multidisciplinárního týmu; 3) založení oddělení paliativní péče v nemocnicích; 4) rozvoj konzultací paliativních oddělení v nemocničních zařízeních; 5) vzdělávání sester a lékařů v oblasti multidisciplinární paliativní péče.

Tomeš et al. (2015) zmiňují, že významným pokrokem bylo založení Hospicu sv. Kryštofa (St. Christopher's hospice), který vznikl na předměstí Londýna v roce 1967. V tomto hospicu byla péče poprvé poskytována multidisciplinárním týmem. Tento tým zajišťuje péči o celkovou bolest nevyčísitelně nemocných (Adam et al., 2004).

Ve 2. polovině 20. století hýřilo lidstvo optimismem a nabylo dojmu, že díky pokroku a vývoji je jen otázkou času, kdy zvítězí v boji s veškerými chorobami. Umírající a nevyčísitelně nemocní pacienti se tak ocitají na pokraji společnosti a objevuje se také tvrzení, že u člověka, u něhož selhala vítězná, nejmodernější technologie, již nelze nic dělat. Naproti tomuto se staví tvrzení, že vždy je možné něco udělat pro zlepšení kvality zbývajících života umírajících. Právě to „něco“ je konceptem a obsahem paliativní péče (Adam et al., 2004).

Adam et al. (2004) dále zmiňují, že bylo zavedeno také vzdělávání studentek v oblasti paliativní péče, bylo založeno postgraduální vzdělávání a v Anglii vznikla, před několika lety, také specializace v paliativní medicíně. Mezi první, kteří byli jmenováni specialisty v paliativní medicíně, patří Dr. G. Hanks, jenž je autorem knihy o paliativní medicíně a šéfredaktorem časopisu *European Journal of Palliative Medicine*.

V České republice dle Tomeše et al. (2005) hospicové péči předcházela domácí péče poskytovaná Československým Červeným křížem po roce 1918. Marie Opatrná si koncem roku 1989 položila zásadní otázky, které se týkají důstojnosti člověka, a to: zda umíme rozeznat duševní potíže, kdo je má hodnotit, kdo má pomáhat pacientům a jejich blízkým a jestli vůbec pacienti dokážou pojmenovat své potřeby. Začala také budovat

moderní hospic v Rooseveltově ulici v Praze. Adam et al. (2004) ve své publikaci uvádí, že první oddělení paliativní péče bylo otevřeno roku 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Začala také výstavba několika kamenných hospiců. První hospic, Hospic sv. Anežky České v Červeném Kostelci, byl otevřen v roce 1996. Zásluhy na jeho otevření má především Marie Svatošová, která stojí za velkou propagací hospicové péče. Nyní se paliativní medicína stala součástí výuky zdravotních sester i lékařů, probíhá postgraduální vzdělávání pro lékaře i sestry v Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně. Každým rokem je pořádán Brněnský den paliativní medicíny.

1.1.3. Formy a dělení paliativní péče

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou. Role zdravotníků je neodmyslitelně spojena se smrtí a umíráním a v současnosti postupně roste počet zařízení, která paliativní péči nabízí. Důvodem může být stárnutí populace a transformace zdravotnických zařízení s koncepcí dlouhodobé péče v České republice z akutní péče na následnou (Špatenková et al., 2014).

1.1.3.1. Obecná paliativní péče

Tuto péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci ve veškerých zdravotnických zařízeních. Důležitou roli hraje rozhovor s pacientem, rozpoznání prvních příznaků, vyhodnocení a zvolení další možné léčby, dále také porozumění, pomoc blízkým a doporučení dalších odborných vyšetření (Marková, 2010). Velmi významné postavení zde má praktický lékař nemocného. Právě on je mnohdy prvním, kdo zpozoruje první signály onemocnění a kdo je s pacienty v přímém primárním kontaktu. Praktický lékař by měl umět poskytnout potřebnou oporu, a hlavně informace týkající se dalších možností. Právě praktický lékař může dát po domluvě s lékařem v hospici či s paliativním týmem doporučení k péči, předepsat léky, pomůcky a podílet se na paliativní či hospicové péči. Avšak dle dostupných dat Centra paliativní péče se mezi praktickými lékaři v Praze pouze 22 % praktických lékařů cítí dostatečně kompetentních a vzdělaných, co se týče poskytování paliativní péče (Gríva, 2018).

1.1.3.2. Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní odborná péče, která je poskytována multidisciplinárním týmem – odborníky, kteří jsou v tomto směru odborně vzděláni. Dle

odhadů lze říci, že v České republice potřebuje paliativní péči v posledním roce života okolo 700 000 nemocných. U velké většiny lze tuto potřebu dobře zajistit kvalitní obecnou paliativní péčí, avšak zahraniční studie ukazují, že nejméně 10–20 % umírajících potřebuje soustavnou specializovanou paliativní péči. V České republice to je nejméně 7 000–14 000 nemocných za rok. (Sláma, Špinka, 2004)

Specializovanou paliativní péči Marková (2010) dělí na oddělení paliativní péče, lůžkové hospice, mobilní či domácí hospice, ambulance paliativní péče, konziliární týmy poskytující paliativní péči, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče (půjčovny pomůcek, poradny apod.). Dále uvádí rozdělení na paliativní péči poskytovanou doma a v nemocnici.

Plevová et al. (2007) dělí specializovanou paliativní péči následovně:

- a) *zařízení poskytující domácí hospicovou péči*, což jsou mobilní či domácí hospice. Tato forma péče je poskytována v domácím prostředí klienta prostřednictvím návštěv. Gřiva (2018) zmiňuje, že tato forma je klíčová pro klienty, kteří vyslovili přání zemřít v domácím prostředí. Tato zařízení mohou také nabídnout pomoc, co se týče vybavení a pomůcek, jako jsou antidekubitní pomůcky nebo polohovací lůžko. Umírající má tak možnost odejít důstojně, bez bolesti, a hlavně v kruhu svých blízkých ve svém domácím prostředí. Velkou výhodou je také péče věnovaná rodině a blízkým klienta, pro které je toto období velmi náročné;

- b) *kamenný hospic*, tedy samostatně stojící lůžkové zařízení, kde jsou lidé obvykle v preterminální a terminální fázi života a doba pobytu bývá přibližně 3–4 týdny. Multidisciplinární tým zde tvoří dle Gřivy (2018) lékaři, zdravotní sestry, psychologové, fyzioterapeuti, duchovní, dobrovolníci a sociální pracovníci. Kamenné hospice poskytují jednolůžkové pokoje, neomezené návštěvy či lůžko pro blízké. I když je čas života krátký, klienti často neupadají do chmurných nálad a vítají možnost sdílet své trápení a problémy. Denní program je co nejvíce přizpůsoben klientovi. Bohužel je hospic i přes pozitivní ohlasy klientových blízkých stále vryt do mysli společnosti jako místo utrpení, bolesti a smutku. Přes všechny výhody umírají v kamenných hospicích ročně pouhých 2 % pacientů. Problém je také v nedostatečné informovanosti společnosti a ve

špatné spolupráci s praktickými lékaři, a hlavně nemocničními lékaři, kteří často zapomínají nabízet hospicovou péči;

- c) *specializovaná paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, která je poskytována na lůžkovém oddělení nemocničního zařízení. Tato péče je často poskytována na oddělení paliativní péče (OPP). Je to komplexní péče pro pacienty, kteří potřebují diagnostické vyšetření, ostatní služby a komplement. Gřiva (2018) uvádí, že v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, jde (na základě přístupu, filozofie péče a také úhradového mechanismu) o tzv. hospic v nemocnici;
- d) *ambulance paliativní péče*, tyto ambulance často nejlépe spolupracují s praktickými lékaři a hospicovými zařízeními. Často slouží klientům, kteří sem dojíždějí z domácího prostředí či ze sociálních zařízení. Specializovanou paliativní péči poskytují také paliativní – konziliární týmy fungující při nemocničních zařízeních;
- e) *denní stacionář*, poskytuje péči pacientům na jeden či více dní. Důležité je zmínit, že je značnou úlevou i pro pečující blízké a příbuzné, což je velmi důležité, jelikož péče o umírajícího je náročná ve všech směrech. Tato forma péče nabízí také relaxační, rekreační a edukační programy.

Sláma a Špinka (2004) také dodávají, že specializovaná paliativní péče může být poskytována formou poraden či tísňových linek.

1.1.4. Role zdravotníků při poskytování paliativní péče

Práce zdravotní sestry je pomáhající profesí. Pomáhající profese je dle Vávrové (2012) lidská činnost zaměřená primárně na práci s lidmi. Kelnarová (2009) zmiňuje, že profese zdravotníků je velmi náročná.

Předpokladem pro výkon tohoto povolání je schopnost empatie, trpělivost, dodržování žádaných norem jednání, pochopení, dále zručnost, správné jednání s nemocným, rodinou nemocného a dalšími členy týmu. Vyžaduje se kritičnost, sebekritičnost, schopnost samostatného rozhodování, duševní vyrovnanost, sebeovládání, odpovědnost, smysl pro pořádek, čistotu a čestné jednání. Dále je pro

zvládnutí role sestry poskytující paliativní péči důležitá znalost základních principů paliativní péče, etických norem, biologické stránky umírání a smrti. (Adam, 2006)

Payenová et al. (2007) překládá výsledky kanadské studie z roku 1991, které hovoří o základních úkolech během péče o umírající. *Vyrovnaná reakce na prostředí smrti* představuje zachování klidného dojmu. Důležité je zde také zapojení rodiny, která právě prožívá zátěžovou situaci a její reakce nemusí být vždy adekvátní. *Zajištění pohodlí* zmírňuje nepříjemné pocity, a to obzvláště při tišení bolesti. *Práce na osobním růstu* vede k jasně vymezené osobní roli. Díky vědomí toho, co děláme, nacházíme také smysl naší práce. *Pozitivní reakce na kolegy a dobré pracovní klima* jsou důležité pro co nejlepší vykonávání pracovní činnosti. Vzájemné interpersonální vztahy na pracovišti jsou poměrně snadno čitelné jak pro nemocné, tak pro ostatní, kteří na pracoviště přicházejí a tyto vztahy vnímají. Znamenají kritickou zpětnou vazbu a podporu mezi spolupracovníky. *Zlepšování kvality života nemocných* je důsledkem poskytování pomoci pacientům tak, aby mohli dělat věci, které jsou v jejich životě důležité. *Respektování rodiny* zahrnuje kladnou reakci na potřebu informací a podle možností a zájmu rodiny bude rodina do péče zapojena či naopak od ní osvobozena.

Sestra pečující o umírajícího pacienta musí mít kladný vztah k nemocným, musí být empatická, schopna nedirektivního přístupu, měla by umět ovládat své emoce, vhodně komunikovat s umírajícím a jeho blízkými, měla by mít přiměřený smysl pro humor a také být vyrovnaná se svou smrtelností (Čermák, 2007).

Adam (2006) popisuje úlohu sestry v paliativní péči: ošetřovat nemocného s co největší citlivostí a podporou soběstačnosti, sledovat a také posuzovat příznaky provázející umírání, sledovat účinek léčby (zvláště pak při léčbě bolesti), řídit péči o nemocného v rámci multidisciplinárního týmu, poskytovat odbornou ošetrovatelskou péči nemocným i jejich rodinám a blízkým, plánovat péči s rodinou a nemocným, ve spolupráci s nemocným definovat přijatelnou míru komfortu, realizovat stanovený plán péče podle přání klienta, přizpůsobit prostředí, vést dokumentaci, která je jedním z faktorů kvality péče.

„První setkání se smrtí pacienta je velmi důležitou událostí v našem profesionálním rozvoji. Všechny dotazované zdravotní sestry, až na jednu, si detailně vybavovaly svoje

první profesní úmrtí. Problematice by měla být věnována dostatečná pozornost již při přípravě sester na výkon povolání.“(Marková, 2010, s. 32).

1.2. Intenzivní a resuscitační péče

1.2.1. Definice intenzivní a resuscitační péče a její cíle

V této kapitole budete seznámeni s oborem intenzivní péče a jejími cíli. Další řádky budou věnovány historii a také rozdělení intenzivní péče. Intenzivní medicína je v nynější době takřka nepostradatelnou součástí nemocnic. Zaměřuje se na poskytování péče pacientům, u kterých hrozí riziko selhání životně důležitých orgánů či selhání základních životních funkcí, anebo pacientům, u nichž již k selhání došlo. Dále je péče poskytována pacientům, kteří trpí onemocněním, jež je ve fázi, kdy ohrožuje pacienta na životě (Zadák, Havel a kol., 2017).

U pacientů, kteří jsou přijímáni na jednotky intenzivní a resuscitační péče, je důležité provést potřebná diagnostická a léčebná opatření – zahájit kontinuální monitoring fyziologických funkcí, eventuálně podporu oběhu, ventilační podporu či podporu ledvin a v neposlední řadě sem patří také poskytnutí adekvátní ošetrovatelské péče (MZČR).

1.2.2. Historie a vývoj intenzivní a resuscitační péče

Bartůněk a Jirásková (2016) píší ve své publikaci o počátcích intenzivní péče, které sahají až do roku 1854, kdy probíhala krymská válka. Velké zásluhy na rozvoji intenzivní péče má britská zdravotní sestra a zakladatelka ošetrovatelství Florence Nightingale, nazývána také „dáma s lampou“. Florence Nightingale oddělovala vážně zraněné vojáky od méně zraněných, čímž vytvořila zárodek soustředěné intenzivní péče. Její opatření zajistilo ohromný pokles mortality, a to ze 40% na 2%.

Farman a Lynaugh (1998) řadí mezi přední zakladatele intenzivní péče Luisu May Aclott, která popisuje svou ošetrovatelskou práci po bitvě ve Virginii. Bartůněk a Jirásková (2016) uvádějí, že další zmínky o historii intenzivní péče hovoří o 30. letech 20. století, kdy němečtí lékaři F. Sauerbruch a M. Kirschner začínají v Berlíně a v Heidelbergu poskytovat časnou pooperační péči v boxech k tomu určených. Jedná se o snahu poskytnout specializovanou péči pacientům se závažným onemocněním.

Za průkopníka moderní intenzivní péče je v roce 1950 považován profesor Peter Safar, který je někdy nazýván otcem kardiopulmonální resuscitace. Profesor Safar vytvořil koncepci pokročilé podpory života, když zavedl udržování pacientů v sedaci

a poskytování ventilační podpory v prostředí intenzivní péče. Profesor Safar byl, jako první intenzivista, svými kolegy nazýván Michelangelem intenzivní medicíny. Toto pojmenování si vysloužil za své zásluhy v oblasti organizace a funkčnosti zdravotnických záchranných služeb, které nesly charakter pojízdné jednotky intenzivní péče. Také se zasloužil o dobrou spolupráci a návaznost rychlé záchranné služby na hospitalizační péči, která byla roku 1970 v USA také uzákoněna (Bartůněk, Jirásková, 2016).

Po 50. letech 20. století zaznamenala velký pokrok hlavně technika. K rozvoji intenzivní péče přispěl také Bjorn Ibsen, když v reakci na epidemii dětské obrny založil první dětské JIP – jednotky intenzivní péče. Začal používat „železné plíce“, které střídaly podtlak a přetlak, čímž výrazně snížily mortalitu u pacientů, u nichž došlo k ochrnutí bránice. Mezi další osobnosti, které se zasloužily o pokrok intenzivní péče, patří A. Senning ze Stockholmu, který poprvé implantoval kardiostimulátor. Dva roky nato lékaři Scribner, Dollare a Quinton uvedli novou metodu hemodialýzy. V roce 1964 byla v USA založena koronární jednotka, kde Bernard Lown zavedl první elektronickou monitoraci srdeční akce a dýchání. Tyto monitory byly nazývány elektronickými sestrami. Roku 1986 byl na neonatologickém oddělení poprvé uveden do provozu baby protektor – přístroj sloužící jako ochrana proti náhlému dětskému úmrtí.

Bartůněk a Jirásková (2016) hovoří také o vzniku prvního anesteziologického oddělení v roce 1948 v tehdejší Československu. Založil je genmjr. MUDr. J. Škvařík v nynější Ústřední vojenské nemocnici na popud plk. MUDr. L. Spiadela. Roku 1959 získal MUDr. Dvořáček na své stáži v Kodani spoustu cenných zkušeností. V roce 1965 vzniklo první nelůžkové oddělení intenzivní péče na základě iniciativy doc. MUDr. Hodera, CSc. Roku 1969 vznikla první koronární jednotka v IKEMu zásluhou prim. Koláře. První oddělení, které neslo název ARO, vzniklo díky prim. V. Lemonovi v Kladně roku 1967. Roku 1972 bylo také zahájeno negraduální vzdělávání v oblasti intenzivní medicíny. V letech 1988–1990 vznikla kromě 21 lůžek intenzivní péče také angiologická péče s vlastním katetrizačním sálkem (Bartůněk, Jirásková, 2016).

V dalších letech šlo o významné pokroky především v oblasti techniky a přístrojového vybavení, což umožnilo co nejefektivnější diagnostické a terapeutické kroky při péči o pacienta. Zdokonalila se také monitorace, kardiostimulace, UPV či možnosti použití defibrilátoru. V tuto chvíli ovšem nastává situace, kdy je pacient schován za všemi přístroji a je postaven takřka na „druhou kolej“. Mezi nejcitlivější

témata se řadí právě limitace léčby, paliativní péče a mnohdy diskutovaná eutanazie. Pro to, aby byl pacient stále na prvním místě a byl na něj brán co největší ohled a zároveň mu byla poskytnuta péče na co nejvyšší úrovni, je potřeba vysoce erudovaný personál.

Intenzivní medicína se neustále vyvíjela a vyvíjí. Lékaři zjistili, že čtyřleté vzdělání na středních zdravotnických školách zdravotním sestřím nestačí. V roce 1960 vzniklo v Bratislavě a v Brně středisko zaměřující se na vzdělávání zdravotních sester v mnoha oborech, přičemž jedním z nich byla intenzivní medicína. Zdravotní sestry pracující v oblasti intenzivní péče dříve také docházely na školení v operačních střediscích ZZS. Od roku 2004 je umožněno zdravotním sestřím doplnění specializačního vzdělávání v intenzivní péči. Roku 2006 byl tento obor akreditován. V současné době se české anesteziologické sestry a sestry pracující v intenzivní péči řadí mezi světovou špičku (Bartůněk, Jurásková, 2016).

1.2.3. Rozdělení intenzivní a resuscitační péče

Ševčík et al. (2014) říká, že oddělení intenzivní péče či resuscitační péče je určeno pacientům, jejichž život je ohrožen, důsledku selhávání základních životních funkcí nebo lze selhání kvůli povaze onemocnění v nejbližší době předpokládat. Vytejková (2011) dodává, že tato oddělení jsou specializovaná pracoviště sloužící k hospitalizaci a péči o pacienty v kritickém stavu. Ševčík et al. (2014) doplňuje také poznatky o době hospitalizace pacientů na těchto odděleních. Tyto hospitalizace jsou krátkodobé či dlouhodobé. Hospitalizace může trvat v řádech hodin, dnů, týdnů, ale také měsíců. S tímto se ovšem můžeme setkat velmi zřídka, jelikož Gladkije et al. (2003) zmínil, že hospitalizace u kriticky nemocných zpravidla nepřesahuje 30 dní. Nelze nezmínit také požadavky na vybavení těchto oddělení. Zadák, Havel et al. (2017) zmiňují, že pracoviště, na němž je poskytována intenzivní a resuscitační péče, by mělo odpovídat stavebním požadavkům, mezi které patří například možnost umístění pacientů do boxu o velikosti minimálně 12m², přístupnost lůžka se všech stran a minimální plocha na jedno lůžko (ta by měla tvořit 9m²). Mezi další požadavky patří vybavení vakuem a tlakovým vzduchem pro ventilační podporu pacienta.

Aby poskytovaná péče byla účinná, musí splňovat, jak jsme výše již uvedli, mnoho požadavků. Kromě výše zmíněného vybavení jde také o požadavky na personální zajištění chodu pracoviště intenzivní či resuscitační péče. Dle vyhlášky 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, jsou požadavky

různé – dle patřičných kategorií a stupňů intenzivní péče. Landrum (2012) uvádí, že poměr sestry a pacient by měl být na resuscitačních odděleních 1 : 1 či 1 : 2. Ševčík (2016) ve své publikaci ještě uvádí rozdělení personálu: pro první stupeň jedna sestra – tři pacienti, pro druhý stupeň jedna sestra – dva pacienti a pro stupeň třetí je to jedna sestra na jednoho pacienta. V případě, že je překročeno únosné pracovní tempo, není dostatek personálu, přístrojového a technického vybavení potřebného k efektivnímu poskytnutí péče pacientovi, čímž by bylo ohroženo jeho bezpečí, lze tohoto pacienta odmítnout a předat do péče jinému zařízení (Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování).

1.2.3.1. Dělení oddělení intenzivní péče dle oborů

Toto rozdělení dle oborů poukazuje především na skladbu pacientů na oddělení. Následuje rozdělení dle Ševčíka (2016) a Zadáka a Havla (2017):

Oborové chirurgické JIP– na tomto oddělení se nejvíce vyskytují pacienti s potřebami chirurgických intervencí. Na této JIP je pacientům poskytována specializační péče v určitém oboru. Pod chirurgické JIP se řadí například traumatologická, neurochirurgická, spinální, kardiochirurgická, ortopedická, urologické a jiné.

Oborové interní JIP– na toto oddělení jsou přijímáni pacienti, kteří trpí interními onemocněními. Pod interní JIP se mohou řadit onkologické, gastroenterologické, renální, dialyzační, koronární, kardiologické, neurologické či dialyzační JIP.

Multioborová JIP – tyto jednotky mají široké pole působnosti. Jsou zde často hospitalizováni pacienti s šokovými stavy, respiračním selháváním apod. Je zde potřeba spolupráce s konziliáři z jiných oborů.

Pediatrická JIP–zde je intenzivní péče poskytována dětským pacientům.

1.2.3.2. Dělení dle stupňů intenzivní péče

Toto dělení vzniklo na základě doporučení Evropské společnosti pro intenzivní medicínu. Všechny tři stupně poskytování intenzivní péče vznikly dle doporučení, jež se týká požadavků na vybavení a personální obsazení (Zadák, Havel, 2017).

- I. stupeň – pacienti hospitalizovaní na oddělení intenzivní péče prvního stupně vyžadují větší ošetrovatelskou péči a většinou trpí nějakou poruchou funkce, např. mají respirační či jiné potíže, vyžadují kontinuální monitoraci a menší farmakologickou či přístrojovou podporu. Monitoraci pacienta lze předejít

komplikacím a hrozícímu selhání základních životních funkcí. Tyto jednotky jsou často nazývány také intermediální či jednotky zvýšeného dohledu (Bartůněk, Jurásková, 2016).

- II. stupeň – na tomto oddělení se nachází pacienti, u kterých došlo k selhání jedné základní životní funkce či orgánové soustavy. Potřebují specializovanou odbornou péči na vyšší úrovni. Je zde přítomen kompletní ošetrovatelský tým, existuje tu možnost přítomnosti konziliářů, provedení diagnostických vyšetření, dlouhodobé umělé plicní ventilace nebo například hemodialýzy. (Bartůněk, Jurásková, 2016)
- III. stupeň – toto oddělení se nejčastěji nachází ve velkých nemocnicích. Jsou zde pacienti v kritickém stavu, se selháním dvou a více orgánových funkcí. Tito pacienti vyžadují nepřetržitou farmakologickou a přístrojovou podporu. Oddělení intenzivní péče třetího stupně disponuje užitím invazivní monitorace, poskytuje eliminační metody, a především nabízí přítomnost multidisciplinárního specializovaného týmu (Bartůněk, Jurásková, 2016).

1.2.3.3. Dělení dle TISS

Wilson et al. (2007) uvádějí, že TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*) byl zaveden roku 1974 v Americe. Jde o ošetrovatelskou náročnost pacienta. Jsou zde kategorie, které jsou bodovány 1 bodem (periferní žilní katétr, permanentní močový katétr, monitorace EKG, SpO₂, dekomprese GIT apod.), 2 body (dva periferní katetry i.v., měření CVP jednou za 6 hodin apod.), 3 body (hodinová diuréza, intubace za posledních 24 hod. apod.), 4 body (monitorace ICP, řízená ventilace, srdeční zástava za posledních 24 hod. apod.). Díky TISS lze pak určit, zda bude pacient umístěn na jednotku typu A či B.

Typ A – jednotky, které slouží především k monitoraci. Poskytuje se zde nižší stupeň intenzivní péče. Tyto jednotky jsou stanoveny především pro pacienty s TISS nižším než 19 bodů (standard pro jednotku intenzivní péče).

Typ B – jednotky resuscitační, převažuje zde složení pacientů, kteří jsou závažně ohroženi na životě či trpí multiorgánovým selháním. TISS je zde 20 a více bodů (standard pro jednotku intenzivní péče).

1.3. Paliativní péče v oblasti intenzivní a resuscitační péče

Protože oddělení intenzivní a paliativní péče je nyní již nedílnou součástí téměř každé nemocnice, v úvodu této kapitoly přiblížím problematiku paliativní péče v nemocničním zařízení obecně a následně, dle dostupných zdrojů, uvedu propojení a vztah intenzivní a resuscitační péče s paliativní péčí.

Nemocnice jsou nejčastějším místem, kde je pacientům zjištěna a oznámena diagnóza, která má mnohdy negativní prognózu. Je to také místo, kde bývají plánovaně i neplánovaně hospitalizováni pacienti ohrožení na životě, v kritickém stavu. Robinson et al. (2013) a Bužgová (2015) zdůrazňují, že právě z těchto důvodů by měla být zdravotnická zařízení místem, kde je poskytována paliativní péče. Ovšem často tomu tak není. Největší nedostatky lze nalézt v komunikaci (Parish et al., 2006), tišení bolesti (Wen, Gustavson, 2004), v nedostatečné pozornosti vůči náboženským aspektům (Desmedt et al., 2011) či nedostatečné informovanosti pacientů samotných a jejich blízkých (Robinson et al., 2013). K rozvoji paliativní péče v USA vedly výsledky, jež ukazovaly nespokojenost s péčí, nedostatečnost v komunikaci s pacientem a blízkým. V tomto případě jde o absenci rozhovoru o dalších možnostech paliativní péče a neprobíhá také ani rozhovor lékaře a pacienta o prognóze a vážnosti pacientova onemocnění (Meier, 2006). Data také poukázala na vysokou prevalenci bolesti (Bužgová, 2015). Breretonová et al. (2012) také uvádí, že nedostatky se vyskytují především v případě, jde-li o péči o seniory.

Sláma et al. (2013) hovoří o výsledcích průzkumu agentury STEM/MARK z roku 2011, podle kterých má většina dotazovaných občanů ČR obavy z nedostatečné pozornosti k jejich potřebám a z neadekvátního tišení bolesti v nemocničních zařízeních v závěru jejich života. V porovnání s USA, kde 84 % nemocnic s více než 50 lůžky má paliativní tým, je v ČR výskyt těchto týmů zatím chabý. Paliativním týmem se rozumí multidisciplinární tým, který tvoří lékaři, sestry, kaplan, psycholog, psychiatr, sociální pracovník a v případě potřeb i další osoby (Meier, 2006). Hlavní náplní práce těchto týmů je pomoc pacientům a jejich blízkým, včetně zdravotníků, při rozhodování na konci života, identifikace potřeb pacientů, konzultace při léčbě bolesti a ostatních příznaků, zjištění pacientových hodnot a priorit, minimalizace nepřiměřených vyšetření a zákroků, rozvíjení výzkumu v oblasti paliativní péče, edukace zdravotnického personálu a zvyšování kvality péče (Bužgová, 2015; Rice a Betcher, 2010). Kvalitativní výzkum ukázal, že pacienti viděli význam paliativních týmů především v komunikaci,

dále pak v péči o symptomy a potřeby pacientů. Mnozí z nich uvedli, že našli znovu svou hodnotu a nabyli vědomí, že je o ně dobře postaráno (Yang et al., 2012). Výsledky dalšího výzkumu říkají, že výhody zavedení paliativního týmu souvisejí i s finanční stránkou. Náklady na tento tým jsou většinou nižší než u neefektivní, zatěžující léčby (McGrath et al., 2012).

Nyní bych se ráda zaměřila konkrétně na paliativní péči, která je poskytována pacientům na oddělení intenzivní či resuscitační péče. Mnozí mohou nabývat dojmu, že paliativní péče a intenzivní péče stojí na naprosto opačných pólech medicíny. Avšak oba tyto obory jsou při bližším pohledu vzájemně propojeny (Seymour, 2001). Často se setkáváme s tvrzením, že umírající pacient na oddělení intenzivní péče je v pozadí za přístroji, léky, hadičkami, okolním ruchem a světlem, které také narušují osobnost pacienta, za emocemi a prožíváním blízkých. Tato atmosféra, kdy je pacient obklopen předměty jemu cizími, kterých opravdu není málo a s dalšími pokroky medicíny stále přibývají, může tvořit prostředí, kde je složité poskytnout péči zajišťující klidné umírání a „dobrou smrt“ (Miles, 2001). Seymourová (2001) také poukazuje na skutečnost, že v intenzivní a resuscitační péči chybí jeden z nejdůležitějších principů v paliativní péči, a to fakt, že lidé vědí, že umírají – že vědí o svém kritickém stavu, vážné prognóze a jsou si vědomi blízkého konce.

1.3.1. Role zdravotníka při poskytování paliativní péče na odděleních intenzivní péče

Oba obory jak intenzivní, tak paliativní péče, vznikly ve stejné době a také mají společné poslání – pečovat o zranitelné pacienty s mnoha potřebami. Personál pracující na těchto odděleních nebo v tomto zaměření je často součástí situace nelehké jak pro pacienta, tak pro jeho blízké – umírání a smrti. Těmto situacím není jednoduché čelit, avšak je důležité, aby toto personál uměl a zároveň byl oporou a pomocí pro blízké umírajícího či zemřelého (Seymour, 2001). Důležitá a společná pro oba dva obory je komplexní péče o pacienta a také spojení ošetřovatelství a medicíny a zajištění integrity týmu, který pečuje o pacienta (Radhall-Curtis et al., 2001).

Seymour (2001) uvádí ve své knize nejčastější problémy, které se týkají péče o umírající pacienty v intenzivní péči. Patří sem opakovaná hospitalizace pacientů s opakovaným vzplanutím či zhoršením průběhu chronického onemocnění. Dále také zmiňuje, že 15–35 % pacientů umírá během hospitalizace na oddělení intenzivní péče či v následujících dnech po propuštění. Asi 90 % pacientů, kteří zemřou na oddělení intenzivní péče, umírá na základě rozhodnutí nerozšiřovat a ukončit léčbu.

Seymour (2001) ve své publikaci hovoří také o problémech sester, které se snaží o vytvoření integrity povolání. Chtějí rozlišit osobní a pracovní identitu, chtějí být při poskytování informací empatické, citlivé a snaží se vhodným způsobem komunikovat, vyzdvihnout komfort umírajícího a pochopit jeho tělesnou stránku jako nositelku osobnosti, dále si přejí ochránit tým a rozlišit ošetrovatelskou a medicínskou péči. Sestry, které považují komunikaci a blízký vztah s umírajícím pacientem za důležitou součást své profese, mají často tendenci vědomě potlačovat prožívání a své emoční rozpoležení. Mnoho sester se může ocitnout v situaci, kdy překračují pomyslné hranice a již neoddělují své vlastní já s tím profesním. V povědomí ostatních jsou sestry v intenzivní péči totiž především „technicky zručné“. Avšak dle Seymour (2011) většina sester uvádí, že pro tuto profesi je důvěrný vztah s rodinou a pacientem velmi důležitý a vyžadovaný.

Zdravotníci se díky těmto zkušenostem snaží mít své city pod kontrolou a vědomě je oddělit od osobní identity. Profesně starší sestry hovoří o technice „depersonalizace“, jedna ze sester o ní hovoří jako o neosobním poskytování péče, kdy si neustále připomíná, že péči neposkytuje ona sama, ale zdravotní sestra v ní. Sestra se nesmí nechat pohltit a musí se trochu přetvařovat. Tato metoda vyžaduje ovšem spoustu námahy, odvahy a energie, nesmí jí být pak negativně narušena péče o pacienta. Jiná sestra hovoří o nefunkčnosti této metody. Říká, že po každé službě je velmi fyzicky a psychicky vyčerpaná, že někdy je toho na ni opravdu příliš a cítí se jako robot. Nesmí na to tolik myslet. Pacienti umírají, bohužel i ti mladí. Již ve škole bylo od studentů požadováno, aby o pacienty pečovali jako o své rodinné příslušníky a porovnávali, zda by byli s odvedenou prací spokojeni, pokud by byla péče poskytnuta právě jejich blízkému. Pokud budeme hledat zdroj problémů, přijdeme na to, že je to ošetrovatelství jako pomáhající profese. Odosobnění není vždy jednoduché a často se v něm můžeme rychle ztratit. Součástí profese zdravotníka je totiž vcítění se a vyjádření emocí (Seymour, 2001).

1.4. Etické aspekty paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče

1.4.1. DNR

Zkratkou DNR (*Do not resuscitate*) rozumíme zdržení se veškerých kroků vedoucích k obnově základních životních funkcí, jako je dechová činnost a srdeční akce (Post, 2004). Königová (2001) DNR popisuje jako pokyn nezahajovat neodkladnou

kardiopulmonální resuscitaci. S pokrokem medicíny jsou nyní k dispozici možnosti, které dříve nebyly reálné. Ovšem o každém kroku je nutné přemýšlet, za jakých podmínek a za jakou cenu jej provedeme. Mnohdy je to za cenu neefektivního prodlužování života, kdy pacientovi nepřinášíme žádný benefit, ba naopak. Dle medicínské praxe je také zřejmé, že zahájení kardiopulmonální resuscitace je u některých pacientů, kromě velké finanční náročnosti těchto výkonů, také velkou zátěží pro pacienta samotného, a navíc jde spíše o prodlužování jeho utrpení. Na tomto se shodují Munzarová (2005) a Sláma (2009). Co se týče kódu DNR ve zdravotnických zařízeních, ani v dnešní době neexistuje žádný vnitřně upravený postup (Marx, 2009).

Šoltéz a Pullman (2008) zmiňují tři konkrétní důvody, na základě kterých není vhodné zahájit kardiopulmonální resuscitaci. Těmi důvody jsou:

- 1) přání pacienta (přání zemřít v klidu, nenapojen na přístroje);
- 2) marnost léčby, bez vize zlepšení zdravotního stavu a bez benefitů pro pacienta;
- 3) průkaz mozkové smrti a příznaky vegetativního perzistujícího stavu.

Často diskutovaným tématem je otázka, kdy přistoupit na DNR, a naopak – kdy zahájit úkony zachraňující život pacienta. Tato otázka zaměstnává mnohý zdravotnický personál, který pečuje o nemocné v kritickém stavu. Není v ničích silách rozdělit pacienty na ty, kterým pomoc bude poskytnuta, a na ty, kteří zemřou. Ovšem existují pomocná kritéria, která mohou usnadnit toto rozhodování, jelikož ani při vší snaze, námaze, využití veškerých technik, kvalifikovaného personálu a poskytnutí co nejlepší péče není v silách zdravotnického personálu zachránit život všem pacientům. Jedním z kritérií je předpoklad, že i přes kritický stav a povahu onemocnění je šance na záchranu. Dalším je například sociální kritérium – rodinné postavení (rodiče malých dětí, malé děti samotné). Posledním kritériem je šance na navrácení adekvátní kvality života, například to, že dojde k navrácení vědomí pacienta (Dolista a Sapík, 2008).

Častou otázkou je taktéž to, kdo rozhoduje o DNR. V první řadě je to pacient, který toto přání vyslovil již dříve, mimo zdravotnické zařízení nebo právě ve zdravotnickém zařízení (tomuto tématu bych se ráda blíže věnovala v následující kapitole). Pokud tak neučinil pacient, je rozhodování na lékaři. Toto rozhodnutí není nikdy jednoduché a nese s sebou spoustu odpovědnosti (Post et al., 2007). Etické problémy, které se v této oblasti objevují, vznikají nejčastěji ve spojitosti s postoji a chováním lékařů. Haškovcová (2005) uvádí, že tato etická dilemata související s poskytováním péče nemocným jsou zakotvena v etických kodexech. Prvním a asi nejznámějším z nich je

Hippokratova přísaha a dále *Etický kodex České lékařské komory*. V těchto uznávaných dokumentech můžeme vidět jakousi „alma mater“ chování všech lékařů.

Je důležité uvažovat nad tím, kdy je léčba účelná, s pozitivním konečným výsledkem, a kdy je to jen prodlužování utrpení. Nikde není psáno, že je potřeba využít veškerých dostupných technik k záchraně života pacienta. DNR v prostředí nemocniční péče je kódem, který vyjadřuje, jakým směrem se bude ubírat léčba daného pacienta. Dříve byl tento kód zapsán do dokumentace pacienta, s jeho podpisem, a personálem byl akceptován. Po čase došlo k rozšíření DNR, a to v případech, kdy pacient již není schopen rozhodovat o dalších postupech a jeho zdravotní stav je kritický. V intenzivní péči se s kódem DNR setkáváme nejčastěji právě při přechodu z intenzivní péče na péči paliativní. (Bartůněk et al., 2011)

Kategorizace nemocných dle Kapounové (2007):

- 1) maximální terapie s využitím všech dostupných terapeutických a diagnostických prostředků včetně resuscitace základních životních funkcí při jejich selhání;
- 2) maximální terapie až do okamžiku selhání ZŽF. Součástí této péče je také ordinace DNR. Resuscitace může být zahájena, pokud je příčinou orgánového selhání pacienta iatrogenní poškození;
- 3) využívání diagnostických postupů a farmakologické léčby, které představují minimální potřebný standard v péči o pacienta. Součástí je opět ordinace DNR;
- 4) a) nerozšiřování dosavadní terapie. Maximální ošetrovatelská péče a ordinace DNR;
b) vysazení terapie. Ponechání analgosedace, podpora ventilace, infuzní terapie, sedace. Znovu samozřejmě ordinace DNR a maximální možná péče o pacienta.

Aby bylo možné správně posoudit situaci a zvolit vhodné postupy, existuje kategorizace pacientů. Tato kategorizace by měla být posuzována jak lékaři, tak sestrami, a měla by být součástí denního záznamu o pacientovi. Změna kategorie může být učiněna pouze tehdy, pokud se na tom shodne celý zúčastněný tým. (Kapounová, 2007)

1.4.2. Dříve vyslovené přání

V roce 1914 americký soudce Benjamin Cardoza řekl: „*Každá dospělá lidská bytost jasně myslí má právo určit, co se bude dít s jejím vlastním tělem.*“. Tato věta stojí v základech právního institutu, který se nazývá *Dříve vyslovená přání* (www.umirani.cz, 2016). Dříve vysloveným přáním se rozumí prohlášení, které pacient učiní písemně či ústně a které se týká jeho další zdravotní péče. Toto prohlášení

usnadňuje rozhodování, a především předchází neshodám a komplikacím v případě, kdy je pacient v takovém zdravotním stavu, že o sobě nemůže sám rozhodnout. Součástí dříve vyslovených přání někdy také bývá plán péče, různé možnosti dle pacientových představ. To vše na základě vhodné a dostatečné komunikace se zdravotnickým personálem (Post, 2004).

Jak uvádí § 36 odst. 2 Zákona o zdravotních službách, musí být dříve vyslovené přání provedeno písemně a musí být úředně ověřeno. Součástí listiny by mělo být také poučení lékaře, který je ošetřujícím lékařem pacienta, popřípadě jeho podpis – pro utvrzení jistoty. Při sepisování tohoto přání je vhodná přítomnost pacienta, který sdělí možné komplikace, objasní situaci a vysvětlí nesrozumitelné. Důležité je pacientovo uvědomění si následků jeho rozhodnutí (Tomešová, 2016). Dříve vyslovené přání je velmi individualizovaným dokumentem. Obsahuje obvykle informace o tom, s čím pacient souhlasí a s čím nesouhlasí (Krejčíčková, 2015). Tomešová (2016) dále uvádí, že dříve vyslovené přání většinou obsahuje postoj pacienta k různým medicínským úkonům a dále pacientovy priority. Vyjádření pacienta se nejčastěji vztahuje k zahájení KPR, podávání umělé výživy, farmakologické podpoře, napojení na UPV apod. Dřívější znění tohoto zákona hovořilo o platnosti dříve vysloveného přání – platnost trvala 5 let. Nyní toto není časově nijak omezeno, mohlo by se totiž stát, že by došlo k porušení práv pacientů. Pacient také v době, kdy by chtěl přání obnovit, nemusí být ve stavu, který mu dovoluje tak učinit.

Tomešová (2016) popisuje další možnost dříve vysloveného přání, kterou zmiňuje také §36, odst. 4, Zákona o zdravotních službách. Jde o dříve vyslovené přání, které je vysloveno v nemocničním zařízení, při příjmu, v průběhu hospitalizace nebo při zhoršení zdravotního stavu. Toto přání vyžaduje záznam do zdravotnické dokumentace pacienta, jeho podpis, podpis svědka a dále podpis zdravotnického pracovníka. V této situaci není nutné úřední ověření podpisů. Takové přání platí po celou dobu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. S propuštěním či přesunutím pacienta do jiného zdravotnického zařízení toto přání zaniká (Tomešová, 2016).

Existují také okolnosti, za kterých nelze dříve vyslovené přání akceptovat, např. pokud by se jednalo o nabádání k usmrcení pacienta nebo pokud by mohlo dojít k ohrožení ostatních osob. Dříve vyslovené přání nelze uplatnit v případě nezletilých osob a osob zbavených svéprávnosti (vyjma situace, kdy ke ztrátě svéprávnosti dojde následně, až po sepsání dříve vysloveného přání). S dříve vysloveným přáním se

nesetkáváme příliš často, a tak lze v této oblasti očekávat další rozvoj, změny a pokroky (Tomešová, 2016). Pro lékaře i pacienty existuje na internetových stránkách ke stažení vzor dříve vysloveného přání (viz příloha č.1 a 2).

1.4.3. Limitace léčby

Dalším z etických aspektů paliativní péče v intenzivní péči je limitace léčby. V mnoha publikacích se můžeme setkat s pojmem *dystanázie* (v cizím jazyce *over treatment*) neboli *zadržaná smrt*. Tímto pojmem se rozumí udržování pacienta při životě pomocí přístrojů a farmak, přičemž ale není v možnostech medicíny poskytnout takovou péči, která by zajistila zlepšení stavu pacienta (Bartůněk et al., 2016).

V případě, že je na oddělení intenzivní péče přijímán pacient s nepříznivou prognózou, lze rozhodnout také o nezahajování léčby, jelikož výhledem do budoucnosti pacienta je pouze prodloužení utrpení, nikoli navrácení kvality života, a minimální šance na přežití. Součástí tohoto rozhodnutí by měl být přechod na poskytování paliativní péče (Veverková et al., 2019). O marnosti léčby se zmiňuje také Bartůněk et al. (2016). Doplňuje, že pokud dojde k usnesení, že poskytovaná léčba je neúčinná a lékaři dospějí k rozhodnutí ji neposkytovat, a to i za situace, kdy ji pacient či jeho zástupci vyžadují, je důležité rozhodnout o dalším postupu. Jde buď o zadržení léčby (*withholding*) čili nerozšiřování již zavedené léčby, nebo o vysazení léčby (*withdrawing*), když zjistíme, že stávající léčba je neadekvátní a nedostačující. Mezi tyto kroky patří také rozhodnutí o DNR, viz samostatná kapitola o DNR 1.4.1. výše.

Nesmíme ovšem zapomenout, že i v případě limitace léčby je nezbytné nadále pokračovat v komplexní péči o pacienta a zajistit mu dostatečný komfort. Mezi hlavní body patří dostatečná analgezie, dechová podpora, sedace, hydratace apod. – jedná se o tzv. bazální terapii. S těmito tvrzeními souhlasí také Veverková et al. (2019).

Bartůněk et al. (2016) zmiňuje, že rozhodování o vhodné léčbě kriticky nemocných a o jejím dalším ubírání patří mezi každodenní činnosti zdravotnického týmu na oddělení intenzivní péče. Proto by měl být každý člen účasten tohoto rozhodování a jeho názor by měl nést stejnou váhu jako názor ostatních. Veverková et al. (2019) také hovoří o podmínkách, které se vztahují k rozhodnutí o limitaci či nerozšiřování péče. Říká, že pacient ani na konci svého života neztrácí nárok na komfort, při rozhodnutí o kroku k omezení či vysazení léčby musí být vše dostatečně a vhodně probráno s blízkými pacienta. Dále také zmiňuje, že tato rozhodnutí musejí být odůvodněná a je nezbytné o nich provést záznam do dokumentace pacienta. Rozhodnutí je odpovědností

sloužícího lékaře. Toto rozhodnutí je týmové a pokud jeden z členů zdravotnického týmu podílejícího se na péči o pacienta vysloví nesouhlas, je na místě oddálení tohoto rozhodnutí. Toto rozhodnutí musí být také opakovaně přehodnocováno.

1.5. Umírání a smrt

V dřívějších dobách byla smrt a umírání ve společnosti častější. Mortalita byla výrazně vyšší než dnes a umírali lidé v mladém věku, kteří měli významné postavení v rodině, jejím chodu a zabezpečení. Také prožívání ztráty člověka bylo dříve intenzivnější, než je tomu dnes. Rituály spojené se smrtí a rozloučením se zemřelým se pomalu vytratily (Bártlová, 2005). Pokud se ohlédneme přibližně 100–200 let nazpět, zjistíme, že dříve byla smrt brána jako běžná součást života. Lidé o ní věděli, nebáli se o ní mluvit a byli součástí procesu umírání. Lidé umírali doma, často v širokém rodinném kruhu, přičemž zapojeny byly také děti. Pomoc v tomto nelehkém období vyhledávali lidé nejčastěji u kněží (Bártlová, 2009). V dnešní době se bohužel umírání jaksi odsunulo do ústraní a vytěsnilo se z povědomí lidí. Lidé umírají v nemocničních zařízeních, v péči pro ně cizích lidí (Kelnarová, 2007).

Hovořit o smrti bylo dříve považováno za absurdní. Přitom v životě člověka je jedinou jistotou právě smrt. V profesi zdravotníka je důležité zaujmout vhodný postoj k umírajícímu a smrti samotné (Kelnarová, 2007). V České republice došlo k detabuizaci umírání a smrti po roce 1990, kdy zdravotníci začínají pracovat s ošetrovatelským procesem, výsledkem ošetrovatelského procesu je plnění cílů, kam patří například tlumení bolesti, zajištění komfortu, mírnění utrpení či doprovázení umírajícího (Haškovcová, 2007). Vykonávání práce zdravotníka je obecně náročné. O to náročnější se stává ve chvíli, kdy je sestra zapojena do procesu umírání, doprovázení a s tím související péče o pacienta a do smrti samotné. Nejde zde pouze o profesní postavení, které musí být vždy na odborné úrovni, ale jde zde také o zvládnutí psychické zátěže a schopnost být nadále nápomocna a udržet si empatický a profesionální přístup. Umírání je proces předcházející samotné smrti. Má různě dlouhé trvání a je vždy individuální (Kelnarová, 2007).

Smrt jako taková má velké množství definic. Definovat smrt je složité. Definice smrti mohou být biologické, medicínské, psychologické, fyziologické apod. S pokrokem resuscitace i intenzivní péče se změnila i definice biologická, která hovořila o smrti jako o nevratném konci života (Veverková et al., 2019). Špatenková et al. (2014) zmiňuje, že smrt je chápána jako ireverzibilní zástava fungování organismu. Jde

o zánik života, ke kterému dojde přirozeně či násilně. Dodává také, že smrt je završením života.

Co cítí člověk, který je nemocný a umírá, co se děje v jeho mysli, se dá dle Deara (2016) jen odhadovat.

1.5.1. Proces umírání

Proces umírání má různou délku, průběh a je individuální a jedinečný. Vztahuje se k němu mnoho práv, je obsažen v etických kodexech a především v Chartě práv umírajících (Vytejšková, 2013). Proces umírání je mnohými také rozdělován do třech částí, které jsou časově rozdílné. Fáze *pre finem*, *in finem* a *post finem*. Dále je umírání a prožívání umírajícího a jeho blízkých popisováno v šesti fázích dle E.K. Rossové (Arnoldová, 2016).

1.5.1.1. Fáze prefinem

Toto období je označováno také jako období před umíráním (Špatenková et al., 2014). Fáze *pre finem* může mít různé trvání, v řádu týdnů, měsíců i několika let. V tomto období hraje významnou roli především sdělení diagnózy. V tuto nelehkou dobu je důležitý citlivý přístup a také nabídnutí jak psychologické, tak lidské pomoci, která by měla být cílena na aktivní účast nemocného v boji s nemocí (Sláma et al., 2011). V pacientově životě dochází k zásadním změnám, které velmi ovlivňují jeho zdravotní stav i psychické rozpoložení. V mnoha případech dochází ke změně či dokonce ztrátě zaměstnání, s čímž souvisí také ekonomické problémy, především v případě, jde-li o člena rodiny, která na něm byla finančně závislá. Finance jsou nyní také potřebné, například k nákupu vitamínů apod. Další oblastí, která prochází změnou, je naplňování cílů. Je třeba nemocného směřovat spíše ke stanovení krátkodobých cílů nebo takových cílů, které jsou reálné. Odborníci rovněž zmiňují změnu sociálního postavení a změnu rodinných vztahů. Dochází k jejich zhodnocení nebo k jejich devalvaci. Často se lze setkat se situací, kdy od nemocného partner odchází a příbuzní se od něj odvracejí. Nelze nepřipomenout fakt, že zdravotníci by měli nemocného celým tímto obdobím provázet. Na místě je ale otázka, kdo by tuto pomoc a péči měl poskytovat a za jakých finančních podmínek. Prvním a nejvýraznějším článkem je ošetřující lékař, který je autorem celého scénáře, který následuje. Právě on by měl být tím, kdo nabídne služby odborníků, a popřípadě je přizve (Adam et al., 2004).

1.5.1.2. Fáze in finem

Fáze *in finem* je v mnohých publikacích spojována s lékařským pojmem „terminální fáze“ (Kupka, 2014). Burda a Šolcová (2016) charakterizují tuto fázi jako fázi, kdy dochází k postupnému vyhasínání života. Fáze *in finem* je časově omezena nejčastěji do řádů hodin. V této době je důležité poskytování takové péče, aby pacient netrpěl a nebyl zatěžován zbytečnými výkony. Role zdravotnického pracovníka je významná především z hlediska pokračování v komplexní péči o pacienta, a především zachování jeho důstojnosti a vnímání jeho osobnosti a prožívání. Do péče se také mohou zapojit méně obvyklé prvky, jako je přítomnost kaplana, navození atmosféry, která pomáhá blízkým prožívat tuto situaci, či oblíbené rituály, na něž byl umírající zvyklý.

V této fázi se často setkáváme s různými modely umírání. Problémem se stává ritualizace smrti. V dnešní době převážná většina nemocných umírá ve zdravotnických zařízeních, a tak se pomalu vytrácí domácí model smrti (Adam et al., 2004). Kutnohorská (2007) ve své publikaci rozlišuje *umírání institucionální* a *umírání ritualizované*. *Institucionální umírání* je v dnešní době velmi obvyklé. V nemocnicích dnešního typu se hůře marodí a ještě hůře umírá. Bohužel i nyní lze vyzorovat, že zdravotníkům pracujícím na oddělení poskytujícím intenzivní péči umírající překáží v realizaci postupu intenzivní medicíny. Člověk často umírá ve zdravotnických či sociálních zařízeních, v péči profesionálů, ale de facto sám, mezi cizími lidmi, v cizím prostředí. Ovšem ve velké většině případů by si umírající přál být doma, mezi svými blízkými. V těchto případech je důležité zajistit alespoň minimální domácí prostředí. Adam et al. (2004) udávají také fakt, že nyní, kdy se pomalu vytrácí tradiční model umírání, blízcí pacienta nevědí, jak se k umírajícímu ve zdravotnickém či sociálním zařízení chovat, a ani se nemají těmto vzorcům kde učit. Je zjevné, že i když má institucionální péče velká pozitiva, péče o umírající stále pokulhává několik kroků pozadu a bude velmi žádoucí a potřebné provést změny v poskytování péče o umírající.

Přání umírajících zemřít doma je mnohdy nereálné, neboť blízcí nejsou schopni poskytnout umírajícímu potřebnou péči. V tomto případě je vhodné buď zajistit k participaci péče rodinu umírajícího, nebo, je-li to možné, přesunout umírajícího domů a zajistit pomoc profesionálů formou docházení pracovníků domácí hospicové péče apod. a také edukovat rodinu v péči o umírajícího. *Ritualizované umírání*– tento model umírání byl vždy označován jako tradiční. Běžný byl především v dřívějších dobách.

Naši předci umírali převážně doma, v blízkosti svých rodin (Kutnohorská, 2007). Adam et al. (2004) ale upozorňuje, že tento model je nyní značně zidealizovaný, jelikož lidé, kteří dříve umírali doma, sice umírali v kruhu rodiny, ale také bez pomoci. I přesto se dá model ritualizovaného umírání označit jako ideální. Dříve, přibližně před 200 lety, než vstoupil do ritualizovaného umírání lékař, byla péče především laická. Každý z rodiny měl svou roli. Dalším důležitým článkem byl také duchovní, který poskytoval podporu a pomoc jak umírajícímu, tak rodině. Kutnohorská (2007) ještě doplňuje, že toto byla možnost poznat smrt tváří v tvář, osvojit si modely chování a zároveň se vyrovnat se ztrátou blízkého. Smrt byla rodinnou událostí a byla brána jako nevyhnutelná součást života.

1.5.1.3. Fáze post finem

Dle Haškovcové (2015) je tato fáze jinak nazývána stav po smrti. Pokud se zaměříme na roli zdravotníků v této fázi, dojdeme k tomu, že jejich úkolem je především péče o tělo zemřelého. Nesmíme opomenout také péči o pozůstalé, zvláště v případě, kdy některý z nich patří do rizikové skupiny. Mohou se objevit ale také etické problémy, a to v případě, kdy je nařízeno dvouhodinové setrvání těla zemřelého na lůžku. V tuto chvíli můžeme, pokud oddělení disponuje místností pro tento případ, umístit tělo zemřelého právě sem. Ovšem otázkou je, zda je to etické. V případě, kdy taková možnost není, přechází se k variantě postavení zástěn okolo lůžka zemřelého. Avšak pokud je na pokoji či v místnosti se zemřelým další pacient, může dojít k jeho psychické nerovnováze. S tímto souhlasí také Sláma et al. (2011).

Rovněž předávání pozůstalosti je nelehkou situací jak pro zdravotníky, tak pro blízké. Mělo by probíhat v soukromí, důstojně a citlivě. Je důležité předání pozůstalosti ritualizovat, neboť to může pomoci nést těžkou ztrátu zemřelého. Další problém může nastat při oznamování úmrtí rodině a blízkým, které je v dnešní době prováděno telefonicky. Blízcí se nejčastěji zajímají o poslední chvíle zemřelého, zda nestrádal a za jakých podmínek zemřel (Haškovcová, 2015). Adam et al. (2004) podotýkají, že by měla být věnována dostatečná pozornost péči o pozůstalé. V mnohých případech sice dojde k prožití žalu a zármutku ještě dříve, než přijde oznámení samotného úmrtí, avšak může se objevit také patologická forma. V tomto případě nejsou pozůstalí schopni tuto náročnou situaci zvládnout a často končí v péči psychiatrů a psychologů. Tomuto by se

dalo předejít cílenou časnou prevencí. Této oblasti – péči o pozůstalé – bude věnována následující kapitola.

1.6. Prožívání ztráty blízkého ze strany pozůstalých

V této kapitole bude popsána role rodiny umírajícího a zemřelého a dále determinanty ovlivňující prožívání ztráty blízké osoby. Větší pozornost bude věnována prožívání blízkých v případě náhlé smrti, jelikož s tou se setkáváme na odděleních intenzivní a resuscitační péče velmi často, část této kapitoly bude věnována prožívání v případě násilné smrti a smrti anticipované, která je také častější.

Bužgová (2015) zmiňuje postavení rodiny v paliativní péči. Říká, že rodina je součástí mikrostruktury společenstva. Pečuje o ty, kteří jsou ve stavu, kdy se o sebe nedokážou sami postarat. V kontextu paliativní péče jsou za rodinu označováni ti, které sám umírající za rodinu považuje, bez ohledu na příbuzenské vztahy. Každá rodina toto období prožívá různě. Značnou roli zde hraje náboženské zaměření a rodinné vztahy a zvyklosti. Umírání blízkého ovlivňuje členy rodiny po psychické, fyzické, ekonomické i sociální stránce. V některých rodinách dojde k utužování vztahů, v jiných naopak k odvrácení od nemocného, někdy zase dojde k odvrácení od rodiny ze strany nemocného nebo se můžeme setkat se vztahy konfliktními a s otevíráním starých sporů a nevyřešených problémů či tajemství.

Kubíčková (2001) uvádí determinanty, které významně ovlivňují reakce a prožívání pozůstalých. Záleží na životě, který prožil zemřelý, na jeho délce a naplnění. Dále záleží také na okolnostech, za kterých smrt nastala, zda byla náhlá, tragická, přirozená, bolestivá, klidná, a také záleží na tom, kde samotná smrt nastala, zda doma, v různých zařízeních apod.

Náhlá smrt – Špatenková et al. (2014) uvádí, že smrt přichází náhle, bez varování, avšak upozorňuje na to, že se do této kategorie často chybně zařazuje také neočekávaná smrt. Neočekávaná smrt nastane v případě náhlého zhoršení již zlepšeného stavu a následné smrti. V případě náhlé smrti se ovšem jedná především o dopravní nehody, úrazy, srdeční selhání, vraždy. Prožívání ztráty blízkými je také ovlivněno tím, kdo byl zemřelý člověk. Pokud se jednalo o osobu starší, je prožívání mírnější, naopak je tomu u mladých zemřelých. Několik uskutečněných výzkumů říká, že v případě náhlého úmrtí je truchlení komplikovanější. Výzkum, ve kterém Lundin sledoval 130 pozůstalých po dobu 8 let, zjistil, že i po této době truchlení pokračovalo a nebyl navrácen model normálního života. V Parkesově Harvardské studii se zjistilo, že

truchlení těch, kteří náhle přišli o člověka v mladém věku, je výrazně intenzivnější. Nastává zde pocit bezmoci, utíkání od reality, navozování pocitu, že zemřelý je stále naživu, neúnosné pocity viny a také hledání viníka. Kubíčková (2001) uvádí konkrétně dopravní nehodu, při které dojde k úmrtí dítěte. Tato situace kombinuje náhlé, předčasné, tragické a nečekané úmrtí. Právě u takového úmrtí dětí a mladistvých dochází k tomu nejhlubšímu zármutku, propadání depresím a k výčitkám, a to v mnohem větší míře, než je tomu v případě úmrtí na dlouhodobé onemocnění. Kromě těchto patologických reakcí se také u svědků či přímo účastníků takových nehod může rozvinout PTSP, což je posttraumatická stresová porucha. Tato porucha se nejčastěji projevuje znovuprožíváním (*flashback*) situace úmrtí, promítáním živých vzpomínek, nočními můrami. Nastat může také izolace od okolí, emocionální oploštění a neschopnost vést normální život. Dalším fenoménem, který se objevuje, je pocit viny za žití. Vyznačuje jej často kladená otázka : „*Proč je mrtvý a já žiju?*“ V tomto případě je nezbytná pomoc psychoterapeutů (Špatenková et al., 2014).

Násilná smrt – do této oblasti zařazujeme vraždu, kdy pozůstalý prožívá stav nepochopení, pocit hněvu, touhu po pomstě. Parkes provedl v roce 1996 studii, která ukázala, že ti pacienti z jeho souboru, kteří byli odesláni do péče psychiatra pro pokus o vraždu či zabití, měli za motiv právě touhu po pomstě a odplatu. Další oblastí je sebevražda. V tomto případě přetrvává především pocit viny, pochybení, hledání příčin sebevraždy. Tato situace může vyústit v sebepoškození či suicidální chování. Také se zde objevuje hněv, který je směřován na osobu zemřelého, výčitky a nepochopení. Například: „*Jak nás tu mohl nechat?*“ A také hněv vůči sobě, často vyjadřující to, že jsme včas nezasáhli, ničeho si nevšimli. Projevem ztráty blízkého sebevraždou je také pocit samoty a opuštění. Tento stav trvá déle než u přirozené smrti a je vhodné vyhledat pomoc odborníka (Kubíčková, 2001).

Anticipovaná smrt – smrt očekávaná. Často se jedná o smrt těch, u kterých byla stanovena infaustní prognóza, nebo osob vysokého věku. Tato smrt je očekávaná, přiměřená a přirozená. V těchto případech se pozůstalí se ztrátou vyrovnávají lépe. Důležité je uvědomění si smrti a připuštění si tohoto faktu. Na mnoha odděleních, kde jsou tito pacienti hospitalizováni a smrt je avizována, se přesto objevují reakce : „*Jak je možné, že zemřel?*“ Této otázce lze přecházet dostatečnou komunikací mezi lékařem a blízkými, ovšem nejde ji vytěsnit. Většina blízkých si totiž fakt, že je opuštěná milovaná osoba, nepřipustí. V případě avizované smrti mají blízcí možnost se na tuto ztrátu

v rámci možností připravit – vyřešit vše potřebné, zapojit další blízké do péče, vyjasnit si problémy.

Úmrtí blízké osoby je náročnou životní situací. Můžeme ji označovat jako životní krizi. Do průběhu životní krize spojené s úmrtím blízké osoby patří truchlení. Truchlení je proces, který má svůj vlastní průběh. Je velmi důležité nechat truchlení proběhnout. Dle analýzy Silverové a Wortmanové, kterou ve své publikaci zmiňuje Špatenková et al. (2014), se reakce lidí na krizi dělí na 5 fází: šok, popírání, hněv, deprese a vyrovnání se se situací (dělení dle E. K. Rossové – viz příloha č. 3). Ovšem ne u každého dojde k prožití všech těchto bodů. Fáze se mohou překrývat a některé nemusí proběhnout vůbec. Předpokladem je vyrovnání se se situací, ovšem v některých případech k vyrovnání nedojde nikdy.

1.7. Pomoc pozůstalým

Blízcí by měli mít dostatek informací a prostoru pro otázky. Ocítají se v situaci, která je náročná, a mnohdy si nevědí rady, prožívají období, kdy řeší řadu problémů, ať už ekonomických, rodinných či psychických. A především – přišli o svého blízkého člověka. Efektivní paliativní péče nekončí úmrtím člověka, ale zahrnuje také péči o pozůstalé a nabídnutí pomoci. Vyžaduje zapojení členů rodiny formou adekvátní komunikace (O'Connor a Aranda, 2005).

Neformální pomoc – do této formy pomoci se řadí svépomoc a vzájemná pomoc. Nejčastějším zdrojem pomoci je rodina samotná. Každý člověk má různé zdroje pro zvládání těžkých životních situací a různé obranné mechanismy. V tomto kontextu je dobré zmínit *coping*. Jde o potenciál jedince, který ovlivňuje prožívání, chování jedince a je převzat z minulosti. V této situaci lze také provádět různé aktivity – cestování, čtení či sledování filmů – ve kterých mohou pozůstalí najít ztotožnění. Tato pomoc je založena na důvěře, zájmu, ochotě a pochopení. Pokud tomu tak není, může dojít k vážnému narušení vztahu a problematickému truchlení pozůstalých. Je vhodné se tedy vyhnout bagatelizaci dané situace a často nevhodně užívaným frázím typu: *chápu, co prožíváte; to bude zase dobré* apod. V těchto větách mohou pozůstalí vidět nepochopení a může dojít k neočekávané reakci. Těmito reakcemi mohou být laičtí pomáhající zaskočení, může totiž dojít až k agresi pozůstalých. Dobré je, také vyhnout se rozkazům typu *musíš, nesmíš* apod. Toto direktivní jednání může vehnat člověka do situace, ze které se neumí dostat ven. Velkou pomocí pro pozůstalé jsou lidé z jejich blízkého okolí – rodina, přátelé či sousedé. Pozůstalí tak vědí, že v této náročné životní situaci

nezůstávají sami a jsou obklopeni lidmi, kteří se jim snaží pomoci a jsou zde pro ně. (Špatenková et al., 2014)

Formální pomoc – jelikož stále častěji dochází k selhávání opory ze strany rodiny, přicházejí pozůstalí pro pomoc k odborníkům. Mnohdy uvádějí, že se jim o jejich problémech mluví lépe před cizími lidmi. Často totiž může nastat situace, kdy se rodinní příslušníci předhánějí, kdo bude silnější, nebo dochází k zadržování smutku. Místo, kde je pozůstalým umožněno plné prožívání ztráty blízkého a truchlení, by mělo disponovat kompetentními odborníky v pomáhající profesi. Je důležité nabídnout pozůstalým porozumění, bezpečí, akceptaci a jistotu (Špatenková, 2013). Kubíčková (2001) ještě uvádí, že kromě zřizování profese poradce pro pozůstalé by měla existovat možnost rozšíření kompetencí těch, kdo pracují v pomáhajících profesích, tzn. lékařů, zdravotníků, psychologů, duchovních, sociálních pracovníků atd. Předpokladem pro odbornou pomoc pozůstalým je odborně připravený personál, který zná danou problematiku a vhodně se v ní orientuje. Formální pomoc je pozůstalým poskytována dobrovolníky, církvemi či formou placených poradenství v soukromých poradnách. Existuje také tzv. *desatero pro pozůstalé*, které obsahuje stručná doporučení pro zvládnutí období ztráty (viz příloha č. 4).

Každý člověk je individuální a má také individuální potřeby. To platí i v případě poradenství pozůstalým. Cílem těchto služeb je dosažení požadované kvality života pozůstalého. Tato pomoc může být poskytována formou rozhovorů krizové intervence či psychologické a psychiatrické péče (Špatenková, 2013). Poradenství je doporučeno osobám, které prožívají nekomplikované truchlení. V ČR je poradenství pro pozůstalé poskytováno často v návaznosti na služby hospiců. První poradnou pro pozůstalé byla poradna *Alej*, která je založena na pěti principech (bezplatnost, jeden pozůstalý – jeden poradce, dobrovolnost, mlčenlivost a laická i profesionální pomoc).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl č. 1: zmapovat povědomí zdravotnického personálu pracujícího v resuscitační a intenzivní péči o paliativní péči.

Cíl č. 2: zjistit přístup zdravotnického personálu pracujícího v resuscitační a intenzivní péči k poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče.

Cíl č. 3: zjistit problémy a nedostatky na straně zdravotnického personálu v poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče.

Cíl č. 4: zjistit faktory, které ovlivňují zdravotnický personál při poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče.

2.2. Výzkumné otázky

- 1) Jaké je povědomí zdravotnického personálu v oblasti paliativní péče?
- 2) Jaký je přístup zdravotnického personálu k poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče?
- 3) Jaké jsou největší problémy a nedostatky v poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče?
- 4) Jaké faktory a jak nejvíce ovlivňují Vaši péči?

3 Operacionalizace pojmů

Intenzivní péče – tato péče je věnována především pacientům, kteří trpí selháním jedné nebo více životních funkcí či u nich toto riziko hrozí. Stav pacientů v intenzivní péči vyžaduje často podporu nebo dokonce náhradu životních funkcí. V tomto oboru je složení pacientů široké, a proto je potřeba spolupráce odborníků z více oborů.

Paliativní péče – paliativní péče je zaměřována jak na kvalitu života pacienta, který je na konci svého života, tak na kvalitu života jeho blízkých. Cílem této péče je komplexní tišení příznaků a bolestí, včetně duševních, fyzických, sociálních a duchovních potíží, které mohou tížit pacienta i jeho blízké.

Umírání – je momentem před smrtí. Ne vždy je tento proces přítomen. Je velmi individuální a každý z nás jej bude prožívat jinak. Nejčastěji je umírání děleno do několika fází: *pre finem*, *in finem* a *post finem*. Někteří jej dělí také na fyzické, psychické a sociální.

Smrt – smrt je nenávratná zástava fungování organismu. Jde o zánik života, ke kterému dojde přirozeně či násilně. Smrt je nevyhnutelným završením života

4 Metodika

Pro zpracování empirické části diplomové práce bylo zvoleno kvalitativní šetření, ke kterému byly použity polostrukturované rozhovory. Toto šetření probíhalo v červenci 2020 a bylo předem schváleno hlavní sestrou nemocnice, formou e-mailové zprávy. Povolení není součástí diplomové práce, aby byla zachována maximální anonymita. Je ale k nahlédnutí u autorky práce. Seznámeny s účely rozhovorů a tématem diplomové práce byly také vrchní či staniční sestry jednotlivých oddělení, na kterých šetření probíhalo, a vyslovily s ním ústní souhlas.

4.1 Technika sběru dat

Sběr dat byl uskutečněn formou rozhovorů. Rozhovory byly vedeny na základě 24 předem připravených otázek (příloha č. 5). Pokud rozhovor probíhal na místě, součástí těchto otázek byly také podotázky, které jsou uvedeny v rozhovorech a které sloužily k doplnění odpovědí respondentů. Respondentům byl předem představen účel rozhovoru, byli seznámeni s tématem práce, obsahem rozhovoru, konkrétními otázkami, které si mohli předem přečíst, a také byli ubezpečeni, že bude maximálně zachována jejich anonymita a veškerá data budou použita pouze pro účely této diplomové práce.

Pět respondentů bylo osloveno v prostředí svého pracoviště, což bylo vždy předem domluveno. Pět respondentů zvolilo rozhovor uskutečněný telefonicky či skrze video hovor a zbylí tři respondenti poskytli rozhovor na předem domluvené neformální schůzce. Na veškeré rozhovory byl vyhrazen dostatečný čas a vhodné, klidné prostředí.

Všechny získané rozhovory byly zaznamenávány do předem připraveného archu, který byl vždy označen číslem, například: R1 – Respondent číslo 1. Tyto rozhovory byly následně přepsány a analyzovány. Analýza sebraných dat byla provedena na základě metody otevřeného kódování, přičemž byla zvolena metoda papír a tužka, kterou popisuje Švaříček a Šed'ová et al. (2014) – viz příloha č. 6. K přehlednosti a uspořádání tematických celků rozhovorů bylo použito barevné odlišení. Na závěr byly vytvořeny kategorie a podkategorie, které nejlépe vystihovaly povahu dat ve vztahu ke stanoveným výzkumným otázkám a cílům diplomové práce.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvalitativní šetření probíhalo v jednom nemocničním zařízení, na odděleních, kde je poskytována intenzivní či resuscitační péče. Výzkumný soubor tvořilo celkem 13 respondentů se zdravotnickým vzděláním. Tři respondenti uvedli jako nejvyšší

dosazené vzdělání magisterské vysokoškolské vzdělání v oboru zdravotnictví, jeden z respondentů má magisterské vzdělání v oboru pedagogika a jeden respondent uvedl vzdělání inženýrské. Dalších pět respondentů má vysokoškolské vzdělání s bakalářským titulem, dva respondenti mají vyšší odborné vzdělání a jeden má středoškolské vzdělání. Také tři ze všech dotázaných respondentů uvedli, že mají specializaci v intenzivní péči. Vzdělání bylo různé, jelikož 4 z respondentů měli ve zdravotnictví vystudované dva až tři obory. Jeden respondent uvedl magisterské vzdělání v oboru pedagogika plus bakalářské vzdělání v oboru zdravotnický záchranář a vyšší odborné vzdělání v oboru všeobecná sestra. Jeden z respondentů má vzdělání s inženýrským titulem a vyšší odborné vzdělání v oboru všeobecná sestra. Další z respondentů má magisterské vzdělání v oboru civilní a nouzová připravenost a vyšší odborné vzdělání v oboru všeobecná sestra. Poslední z uvedených respondentů vystudoval vysokou školu v oboru zdravotnický záchranář a na vyšší odborné škole zase obor všeobecná sestra. Délka praxe ve zdravotnictví se pohybovala od půl roku do patnácti let a délka praxe na oddělení intenzivní či resuscitační péče byla pak od půl roku do dvanácti let. Nejčastější doba působení na oddělení ARO byla šest let – tuto dobu uvedli tři respondenti – a dále dva roky, což uvedli dva respondenti. Pro přehlednost těchto údajů slouží následující tabulka:

Tabulka č. 1 Přehled charakteristiky výzkumného souboru

Respondent – číselné označení	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe ve zdravotnictví	Délka praxe na oddělení intenzivní či resuscitační péče
R1	VŠ – Mgr.	5 let	3 roky
R2	VŠ – Bc.	6 let	6 let
R3	VŠ – Bc.	2 roky	0,5 roku
R4	VOŠ – Dis.	2 roky	1 rok
R5	VŠ – Ing.	6 let	6 let
R6	VOŠ – Dis.	2 roky	2 roky
R7	SŠ	15 let	10 let
R8	VŠ – Mgr.	12 let	12 let
R9	VŠ – Bc.	0,5 roku	0,5 roku
R10	VŠ – Mgr.	5 let	3 roky
R11	VŠ – Mgr.	6 let	6 let
R12	VŠ – Bc.	3 roky	2 roky
R13	VŠ – Bc.	5 let	2 roky

5 Výsledky

5.1 Kategorizace rozhovorů

Seznam kategorizačních skupin

Kategorie 1 – Obecné znalosti v oboru intenzivní a resuscitační péče a paliativní péče

Kategorie 2 – Propojení oboru paliativní péče a intenzivní a resuscitační péče

Kategorie 3 – Paliativní péče v nemocničním prostředí

podkategorie 3.1 – poskytování paliativní péče na ARO

podkategorie 3.2 – kdo poskytuje paliativní péči na ARO

Kategorie 4 – Umírání v nemocničním zařízení

Kategorie 5 – Pohled na umírání a smrt

podkategorie 5.1 – představa o „dobré smrti“

Kategorie 6 – Dříve vyslovené přání

podkategorie 6.1 – DNR

Kategorie 7 – Péče o umírajícího pacienta

Kategorie 8 – Limitace léčby

Kategorie 9 – Psychická zátěž při péči o umírajícího pacienta

podkategorie 9.1 – psychická pomoc zdravotnickým pracovníkům na ARO

Kategorie 10 – Možnosti a role rodinných příslušníků a blízkých umírajícího pacienta

Kategorie 11 – Komunikace s rodinnými příslušníky a blízkými umírajícího/zemřelého pacienta

Kategorie 12 – Péče o rodinné příslušníky a blízké umírajícího/zemřelého pacienta

Kategorie 13 – Vzdělávání v oblasti paliativní péče pro zdravotnické pracovníky pracující v intenzivní péči

Kategorie 1 – Obecné znalosti v oboru intenzivní a resuscitační péče a paliativní péče

Při dotazování respondentů na obecné znalosti, konkrétně na smysl a cíle paliativní a intenzivní péče, nebyl s odpovědí žádný problém. Všichni respondenti dokázali svými slovy jasně a srozumitelně popsat smysl a cíle těchto oborů. Pokud se zaměříme konkrétně na jednotlivé obory, mezi nejčastější odpověď v oblasti intenzivní péče patřila stabilizace stavu nemocného, navrácení kvality života a léčba příčin zhoršení stavu. Tento fakt uvedl R2, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12 a R13. Dalším často zmiňovaným bodem byla záchrana života pacienta, zmínili ji R1, R3, R4, R5, R6 a R12.

Dále nás zajímala znalost cílů a smyslu paliativní péče. Zde nebyly odpovědi tak jednotvárné a respondenti se více rozpovídali. Nejvíce respondenti hovořili o paliativní péči jako o péči o pacienty v terminálním stadiu a o nevléčitelně nemocné. Toto uvedli R1, R2, R5, R6, R7, R8, R11, R12 a R13. R4, R6, R7, R8, R11, R12 a R13 také zmínili zajištění příjemného, klidného a důstojného umírání. R1, R4, R7, R8, R9 a R12 hovořili ještě konkrétně o tlumení bolesti a nepříznivých symptomů, které přináší onemocnění pacienta. R3, R5, R8, R10 a R12 ve své odpovědi zmínili také rodinné příslušníky. R12 ve své odpovědi zmínil rovněž poradenství pro pozůstalé, konkrétně: „*Paliativní péče by měla dle mého zahrnovat také poradenství pro pozůstalé*“. „*Spousta lidí si myslí, že člověk zemře a je konec, ale tak to není, zůstávají tu jeho blízcí, kteří jsou mnohdy ve velmi náročných situacích a neví si rady a potřebují podat pomocnou ruku*“. R5 zdůraznil, že jde především o poskytnutí pomoci psychické.

Kategorie 2 – Propojení oboru paliativní péče a intenzivní a resuscitační péče

V této kategorii jsme se zaměřili především na pohled zdravotníků na propojení intenzivní a resuscitační péče s péčí paliativní. Všichni respondenti, kromě R7, jednoznačně prohlásili, že paliativní péče s intenzivní a resuscitační péčí určitě souvisí. R2 a R9 uvedli, že paliativní péče v intenzivní péči přichází tehdy, kdy jsou veškeré možnosti vyčerpány a stav pacienta se nevyvíjí dobře. R2 doslovně říká: „*Paliativní péče nastupuje ve chvíli, kdy se v rámci IP nedaří zvládnout onemocnění a stav se zhoršuje*“. „*V tu chvíli by měl být svolán paliativní tým a mělo by dojít k rozhodnutí*“. R8 říká, že tyto dva obory jdou ruku v ruce. R11 zase uvádí, že tyto dva obory spolu jistě souvisejí, ovšem v IP na ně není čas. K tomuto názoru se částečně přiklání také R10, který uvádí: „*Na paliativní péči není kladen v IP takový důraz, v IP se umírá*

rychle“. Dodává také své vysvětlení, že si nemyslí, že je to vina sester, lékařů či nemocnice, ale spíše nároků a uspěchaného systému. V závěru své odpovědi pokládá otázku, zda je péče dostatečná, zda by zdravotníci nemohli přece jenom udělat více, a sděluje: „*Být více individuální by se mi líbilo*“. R4 vidí propojení paliativní a intenzivní péče v tom, že „*Oboje se dotýkají smrti, ale každý trochu jinak*“. „*Zatímco v intenzivní péči se snažíme pacienta udržet při životě, tak v paliativní péči víme, že smrt přijde, neurčujeme ji, neoddalujeme ji, snažíme se, aby dožití bylo kvalitní*“. Obsahově podobná odpověď byla také u R12: „*Oba obory se starají o pacienty v těžkém stavu, kteří balancují mezi životem a smrtí*“.

Kategorie 3 – Paliativní péče v nemocničním prostředí

Tato kategorie je zaměřena na paliativní péči v nemocničním zařízení, názor zdravotníků, zda do nemocničních zařízení patří či nepatří a z jakého důvodu ano či ne. Obsahuje také dvě podkategorie, jedna je věnována poskytování paliativní péče na ARO, kde pracují všichni oslovení respondenti, a druhá se věnuje tomu, kdo tuto péči poskytuje a kdo by ji měl podle respondentů poskytovat. Všichni respondenti se jednoznačně shodli, že poskytování paliativní péče do nemocničních zařízení patří. R3, R4, R11 a R12 tuto odpověď odůvodňují tím, že procento pacientů umírajících v nemocničních zařízeních je stále vysoké. R9, R8 a R6 dodávají, že každý člověk má právo na důstojný odchod. R5 zase doslovně uvedl: „*Paliativní péče patří na každé oddělení nemocnice*“. „*Samozřejmě jsou oddělení, kde se s paliativní péčí o terminálně nemocné setkávají častěji, ale každý zdravotník by měl znát principy paliativní medicíny a vědět, jak ji poskytnout*“. „*Je nutné ji poskytovat na všech odděleních*“. R10 se přiklání k tomu, že poskytování paliativní péče je ošetrovatelskou součástí. R3 ve své odpovědi také zmínil, že i když ví, že paliativní medicína do nemocnic patří, tak mu připadá, že „*Někteří lékaři nevidí za daným problémem člověka, ale pouze ten daný problém, nemoc*“. „*Občas mi přijde, že například člověk s velkým tumorem jazyka s metastázami všude by mohl poslední měsíce prožít s tisíci a podpůrnou léčbou doma, avšak kvůli operaci přijde částečně i o svoji podobu*“. R8 ví, že „*ne vždy je paliativní medicína poskytována tak, jak by měla*“. „*Velice často se stává, že nejsou dodržována pravidla paliativní péče a naše medicína zachraňuje nebo podle mého prodlužuje utrpení člověka, nikoli aby mu pomohla od utrpení a k důstojnému odchodu*“.

podkategorie 3.1 – poskytování paliativní péče na ARO

V této podkategorii jsme se setkali s rozdílnými odpověďmi respondentů. Šest respondentů, konkrétně R1, R3, R5, R6, R9 a R13, shodně uvedlo, že paliativní péče na ARO poskytována je a je poskytována vhodně. R5 přidává, že tuto péči se snaží poskytovat co nejlépe, avšak kvůli povaze oddělení, na kterém pracuje (akutní oddělení), je poskytována péče často ovlivněna danou situací: *„Například pokud je personál velmi pracovně vytížen, např. akutním příjmem, je těžké vše časově zvládnout“*. Avšak vidí velký přínos právě v nárůstu specializovaných lůžek a paliativních týmů. R7 neví o poskytování paliativní péče na oddělení, hovoří o paliativním týmu a sděluje, že ví, že tato péče je poskytována v rámci ARO, ale pouze ambulantně. Jeden z respondentů – R3 – může poskytování paliativní péče porovnat s jiným oddělením, na kterém ještě před krátkou dobou pracoval. Říká, že paliativní péče je na ARO poskytována, ale nedostatečně: *„Na oddělení, kde jsem pracovala dříve, jsme nabízeli služby kaplana, hospice apod“*. *„Tady jsem se s tím za krátkou dobu praxe nesešla“*. R6 také zmínila rozdílnost možností a znalostí v oblasti paliativní péče mezi odděleními v nemocnici. Říká: *„Sestry z jiných oddělení jsou s paliativní péčí a problematikou seznámeny mnohem lépe, a mohou tak tuto péči poskytovat kvalitněji“*.

Ostatní oslovení respondenti, R2, R4, R8, R10, R11 a R12 říkají, že paliativní péče na ARO není poskytována nebo je velmi nedostatečná. R4 uvádí, že není dostatečná nebo úplně chybí, a myslí si, že výhodou je zřízený pasivní tým, který by zaměstnanci mohl nasměrovat k tomu, jak s člověkem zacházet a jak paliativní péči vhodně poskytovat. R2 ve své odpovědi také hovoří o pasivním týmu a pozastavuje se nad tím, že *„v rámci ARO je sekce paliativní medicíny, ale na lůžkách ARO jsem se s ní nikdy nesešel“*. *„Otázkou je, zda ji lze poskytovat pacientům na ARO tak, jak je zamýšlena“*. *„V rámci konceptu paliativní medicíny bychom pak měli pracovat i s rodinou, a to se neděje vůbec“*! R8 a R10 zmiňují, že se paliativní péče neposkytuje tak, jak by měla, a vlastně se málo dotýká paliace. R10 říká, že hlubší péči opravdu nezaznamenává. R12 uvádí, že je opravdu nespokojená, že paliativní péče není poskytována, ale někteří se tváří, jako že ji poskytují. Vypadá to prý tak, že jde pouze o limitaci léčby, a tím to končí. Vlastně jen dva lékaři jsou ohleduplnější a vidí někdy člověka jako takového, nejen tělo.

podkategorie 3.2 – kdo poskytuje paliativní péči na ARO

V této podkategorii se objevily různé odpovědi. R11 již dále neodpovídal, jelikož před tím uvedl, že nezaznamenal, že by tato péče byla poskytována. Nejčastější odpovědí bylo, že tuto péči poskytuje ošetřující lékař a sestra, toto uvedl R1, R9, R5, R13 a R6. R8 uvedl, že lékař upraví medikaci a řeší farmakologickou stránku, sestra pak ošetrovatelskou, ale jak bylo výše uvedeno, není to dostatečné. R4 odpovídá, že by tuto péči měl poskytovat lékař, sestra, vlastně celý tým, který o pacienta jakkoliv pečuje. Zmiňuje také, že *„Vyšší paliativní péči, nebo jak ji nazvat, by mohl poskytovat paliativní tým, který má nemocnice zřízený, když na to nestačí na oddělení“*. R2, R4 a R12 říkají, že vědí, že tuto péči by měl umět poskytnout každý člen ošetrovatelského týmu a že je součástí ošetrovatelské péče. R9 a R12 uvádějí, že když se s touto péčí setkali, poskytovala ji pouze ošetřující sestra. R7 uvedl, že tuto péči poskytuje pouze paliativní tým v nemocnici.

Kategorie 4 – umírání v nemocničním zařízení

V této kategorii nás zajímaly pohledy respondentů na umírání v nemocničních zařízeních a jeho výhody a nevýhody. Nevýhody spatřují respondenti převážně v tom, že pacient je v cizím prostředí, toto zmínil R1, R4, R5, R7, R8, R10 a R12. R5 říká, že toto prostředí by nazval až sterilním. R5, R10, a R3 říkají, že pacient je v cizím prostředí, napojen na přístroje, hadičky a všude křičí alarmany. R1, R4, R5, R8, R10 a R12 uvedli jako nevýhodu samotou pacienta, protože je bez svých blízkých. R6 a R9 shledávají nevýhodu v nemožnosti splnění všech přání pacienta. R2 na základě svých znalostí říká, že v nemocničních zařízeních umírá okolo 80% obyvatel ČR, a myslí si, že je to kvůli dřívějšímu politickému režimu, kdy byla smrt vytěsňována z životů lidí. Říká, že snad nikdo nechce umírat v nemocničním zařízení. Také ve své odpovědi zmínil, že *„dnes se právě setkáváme se situacemi, kdy není potřeba léčit pacienta, ale rodinu, protože ta se neumí se smrtí vypořádat“*. R4 ve své odpovědi uvedl, že umírání v nemocničním zařízení je nepřirozené. S tímto názorem se ztotožňuje i R5. R12 svou odpověď detailně rozvinul a konkrétně odpověděl: *„Rozhodně bych nechtěl umírat v nemocnici a ani nechci, aby tak umírali moji blízcí“*. *„Po některých nemilých zkušenostech vidím, že lidé jsou sami a přehlíženi“*. *„A je mi na nic z toho, když vidím, jak se někteří pracovníci v nemocnici dokážou chovat“*. *„Umírající má stejnou hodnotu*

jako oni sami“: „Má blízké, svůj domov, své city, svůj příběh“. „Těmto lidem, kteří se nehezky chovají, chybí empatie, tolerance, pochopení, respekt k umírajícím“.

Výhodu shledala spousta respondentů v možnostech tišení bolesti a nepříznivých symptomů. O tišení bolesti hovořil R1, R4, R6, R9, R11, R12 a R13. Zároveň ale R11, R12 a R4 říkají, že tišení bolesti lze nyní již zvládnout v domácím prostředí pacienta. R4 uvádí možnosti využití pomoci mobilních hospiců a agentur domácí péče. R1 a R4 se také dotkli možnosti rychle řešit komplikace nebo zajištění oxygenace. R13 spatřuje výhodu v možnosti podání výživy a léků. R3, R9 a R10 hovořili také o jakési úlevě rodině, jelikož tato péče o umírajícího je velmi náročná, a ne každý je stavěný na to ji zvládnout. R5 jako jediný uvedl, že spatřuje výhodu umírání v nemocničním zařízení v situaci, kdy je umírající pacient sám, nemá blízké ani rodinu, která by o něj mohla pečovat a zajistit mu pohodlí.

Kategorie 5 – Pohled na umírání a smrt

Kategorie zabývající se pohledem oslovených respondentů na umírání a smrt obsahuje podkategorii, kterou je podkategorie 5.1 – představa o „dobré smrti“.

V této kategorii hovořili respondenti o svém pohledu na umírání a smrt samotnou, popsali své obavy, představy a přání. Nejčastější odpovědí respondentů bylo to, že umírání a smrt berou jako nevyhnutelnou součást života. Takto odpověděl R1, R6, R8, R9, R10, R11 a R12. R12 odpověděl, že smrt je jedinou naší jistotou a zároveň nejistotou v životě. R5 a R12 se ztotožňují ve svých obavách a strachu o své blízké. R5 říká: *„Přeji si, aby o mé blízké bylo dobře postaráno, až budou umírat“*. Dodává také, že obavy a strach pramení z povolání, které vykonává. S touto odpovědí jsme se setkali také u R12, který má strach o své blízké nejspíše kvůli tomu, co vidí v práci. Uvedl: *„Mám obrovskou hrůzu z umírání a smrti, která je nečekaná, například při autonehodě či úraze“*. *„Bojím se o své blízké“*. *„Bohužel, toto umírání a smrt je v téhle uspěchané době velmi časté“*. R6 a R10 uvedli, že při úmrtí cítí vždy smutek a je jim zemřelého líto. R10 představila také rituál, který vždy provádí. *„Je mi každé vyhaslé duše líto, u každého otevírám okno, aby mohla duše odejít tam, kam patří, ať už tomu lidé věří, nebo ne“*. R6 zase popisuje své pocity následovně. *„Když umře pacient, vždy mě to zasáhne, nebrečím, ale vnitřně mě sevře smutek z představy, že někomu ze života odešel důležitý člověk“*.

podkategorie 5.1 – představa o „dobré smrti“

V této podkategorii jsme opět hovořili o smrti a umírání, ovšem v jiném kontextu. Respondenti uváděli, jak si oni osobně představují tzv. „dobrou smrt“. Nejčastější odpovědí byla jednoznačně představa o dožití v obklopení blízkých osob, rodiny a v domácím prostředí. Toto uvedli R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R11 a R12. O bližší představu se podělil R4, který sdělil, že když byl mladšího věku, přál si zemřít v požehnaném věku během provozování svého oblíbeného koníčku, teď ale chápe, že to bylo sobecké a že se asi se tyto dvě možnosti – jízda na motorce a požehnaný věk – vylučují. Říká ale: „*Nikdy neříkej nikdy*“. „*Jsem ale nyní názoru, že bych chtěl zemřít v kruhu rodiny*“. „*Zažil jsem to doma, když umírala prababička, byli jsme tam u ní, celá rodina, ona naposledy vydechla a umřela v klidu*“. „*Tak by to mělo asi vypadat*“. R12 říká: „*Moc bych si přála dohovat své blízké doma s láskou a co nejlepší péčí, bez bolesti, v čistotě, s oblíbenými předměty, ve známém prostředí, kdy umírají v požehnaném věku na stáří*“. O této představě hovoří vlastně jako o svém přání, jak by si sám přál zemřít a jak dle něj vypadá dobrá smrt. R9 si myslí, že dobrá smrt nastává za předpokladu, že jsou naplněna přání pacienta. R3, R5, R6 uvedli, že by si přáli zemřít ve spánku. R1, R8, R10 a R13 ve své odpovědi zmiňují také to, že umírání by mělo být rychlé a bezbolestné. R6 doplňuje to, jak by si zemřít nepřál, a to napojen na přístroje, odhalený vedle dalších pacientů, jak je tomu na ARO. R2 by si přál zemřít v rodinném kruhu, ovšem myslí si, že je to luxus, který není dopřán každému.

Kategorie 6 – Dříve vyslovené přání

V šesté kategorii jsme se zabývali otázkou dříve vysloveného přání. V podkategorii 6.1 – DNR, kterou tato kategorie obsahuje, nás zajímalo, kdy a u jakých pacientů se s tímto kódem respondenti na ARO setkávají.

V případě dotazování, zda se respondenti setkali na ARO s dříve vysloveným přáním, téměř všichni (kromě R8, R4 a R5) odpověděli, že se s ním nesetkali. R8 uvedl, že se s ním setkal, ale bylo tomu pouze jednou za celou jeho praxi na ARO. Dodává, že „*tím přáním bylo poslední pomazání od kněze*“. R4 a R5 si u své odpovědi nebyli jistí, zda se vlastně může řadit do dříve vyslovených přání. R4 uvedl, že se setkal pouze s přáním pacienta, nebýt dárce orgánů. Dodal: „*Byl zapsán v registru*“. R4 zase řekl,

že se setkal s odmítnutím transfuze z náboženského přesvědčení. Z rozhovorů vyplynulo, že dříve vyslovené přání na ARO není dle respondentů časté, a to z důvodu, že smrt je obvykle nečekaná. R3, R5 a R13 řekli, že pacienti dříve vyslovené přání nemají sepsané, protože to nestihnou anebo jsou mladí – R13 uvedl :*„Jsou mladí, nikdy o tom vlastně asi nepřemýšleli a odkládají to s argumentem, že je času dost“*. R8 dodává, že nikdy ale nevíme, kdy smrt přijde. R4, R5, R2 a R12 řekli, že si myslí, že častost dříve vysloveného přání je mizivá právě kvůli neinformovanosti společnosti o této možnosti. R2 to přisuzuje minulé době – říká: *„Zas se vrátím k minulému politickému režimu, kdy se smrt vytěsnila ze života tak, že je to něco fuj a tabu“*. R12 uvádí svůj názor: *„Myslím, že převážné procento lidí o něm vůbec neví, ti, co mají tušení, neví, jak na něj, někteří žádné tušení nemají a někteří jej nestihnou sepsat“*. *„Myslím, že informovanost o dříve vysloveném přání je nulová“*. Pokud jsme se doptávali v oblasti dříve vysloveného přání na otázku, čeho se dle názoru některých respondentů toto přání nejvíce týká, objevily se odpovědi: ve dvou případech dárcovství orgánů, dále přijímání transfuzí a také limitace léčby a DNR. R12 konkrétně říká: *„Nejčastěji se asi týká pohřbu, následné péče (NGS, PEG, UPV,KPR?), nevím“*. R7 ještě dodává, že si myslí, že *„dříve vyslovené přání by se možná mohlo často týkat přítomnosti kněze, hlavně u věřících“*.

podkategorie 6.1 – DNR

Tato podkategorie je zaměřena přímo na kód DNR a jeho nejčastější výskyt, co se týče zdravotního stavu pacientů. Během rozhovoru byli respondenti dotazováni na to, v jakém případě se s tímto kódem nejčastěji setkávají. Můžeme říci, že tomu tak je především v případě nevyléčitelného onemocnění. Toto totiž uvedl R1, R4, R5, R7, R8, R10, R11 a R12. Dalším názorem bylo stanovení DNR v případě, kdy by možná resuscitace nepřinesla pacientovi potřebnou kvalitu života. Toto uvedl R10, R11, R12, R13 a R6, který sdělil, že krom nemožnosti navrácení kvality života by *„Resuscitace znamenala akorát prodloužení utrpení jak pro pacienta, tak pro jeho blízké“*. R3, R4, R5, R7, R9, R12 a R13 také uvedli, že DNR se velmi často objevuje u pacientů, kteří mají závažné onkologické onemocnění. R4 také dodal, že *„ti onkologičtí pacienti jsou s tím možná i více obeznámeni“*. R4, R9 a R10 zmínili také, že DNR je součástí limitace léčby, kterou stanovuje lékař.

Kategorie 7 – Péče o umírajícího pacienta

Z části rozhovoru, kde respondenti hovořili o péči o umírajícího a především o nejdůležitějších úkonech při poskytování péče umírajícímu pacientovi, vyplynulo, že v první řadě a nejčastěji se u takových pacientů respondenti zaměřují na tišení bolesti. To uvedli všichni respondenti kromě R4, R7 a R12. Také se (dle odpovědí R1, R5, R8, R10 a R11) starají o to, aby pacient neměl trápení. Dalším často uváděným bodem byla komplexní péče o pacienta, odpověděli tak R1, R2, R4, R7, R8, R9, R10, R11, R12 a R13. Část respondentů také zmínila to, že pacient by neměl být sám. R4 říká: *„Je nejdůležitější, aby pacient nikdy nebyl sám, nečekat, nekoukat na monitor, až tam bude nula, až dobjí srdce“*. *„Měla by se kontaktovat rodina, a pokud to není možné, je jedna sestra na jednoho pacienta a měla by být s ním, neměla by ho nechat úplně samotného“*. Sdělil ale, že to takhle bohužel nefunguje. To, že by u pacienta měla být v této těžké chvíli sestra, uvádí také R3 a R10, který říká, že každá sestra by měla být v této chvíli přítelem, a pokud vykonává tuto práci, měla by vlastnosti přítele mít. R8 bohužel předchozímu sdělení R4 částečně přitakává: *„Na mém oddělení je to těžké, umírá tam spousta lidí a nemají soukromí“*. *„Nemají tak nikoho, je okolo nich spousta přístrojů, do těla jim vede spousta katétrů a oni tam leží a čekají, až to přijde.“* *„Někdy je to hodně smutný pohled“*.

R9 a R10 zmiňují naplnění potřeb pacienta. O zachování maximální důstojnosti hovořil ve své odpovědi R5, R8 a R12. R12 konkrétně řekl: *„Důležité je, aby pacient nebyl jen tělem na lůžku“*. *„Péče vypadá tak, že k pacientovi přistupuju, že jsem možná posledním člověkem, který pro něj může něco udělat, a pokud to není proti nařízení lékaře, snažím se udělat maximum“*. R10 dodává, že i když jsou pacienti sledováni, tak jim vše vysvětluje a mluví na ně. Velmi důležitým krokem je dle respondentů informování rodiny a nabídnutí možnosti návštěvy a rozloučení. Toto zmínil R2, R3, R4, R5, R10 a R11. R2, R9 a R11 zmínili také, že by měla být poskytnuta psychická podpora rodinám nebo by měla proběhnout alespoň komunikace s nimi. Ovšem R2 řekl: *„Na rovinu si myslím, že v tomto směru jsme na našem oddělení 100 let za opicemi“*. *„Protože jsme se omezili na strohý kontakt s rodinou i pacientem samotným a leckdy je vidět, že pro některé kolegy je problém umýt umírajícího pacienta a vyměnit lůžkoviny“*.

Dalším tématem, na které jsme se v rozhovoru zaměřili, bylo to, jak na respondenty péče o umírající působí a co jejich péči ovlivňuje. R1, R6, R7 a R12 se snaží poskytovat umírajícímu pacientovi stejnou péči jako ostatním. R4 ovšem uvedl, že tato péče je pomalejší, klidnější a rozvážnější. Téměř všichni respondenti (R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10, R12 a R13) se shodli na tom, že tato péče je velmi psychicky náročná. Ještě větší část (R1, R2, R3, R4, R5, R8, R9, R11 a R12) sdělila, že nejvýznamnějším faktorem, který ovlivňuje jejich péči a prožívání, je rodina pacienta a komunikace s ní. Takto odpověděl R4: „*Když si to všechno dám do souvislostí, oni vyprávějí, jaký ten člověk byl, u nás je to 'jen' tělo, ale rodina tomu dává ten příběh.*“ R12 se k tomuto přidává a říká: „*Vidím příběhy těch lidí, když vypráví rodina, kolikrát si do nich promítnu své blízké, a to je potom něco.*“ „*To jedou city jako blázen.*“ R5 a R12 také říkají, že faktorem je důvod hospitalizace, například autonehoda, okolnosti úrazu apod. R5 hovoří takto: „*Neubráním se jinému prožívání u člověka, který svou smrt nezpůsobil, a těch, kteří umírají pro svou vlastní hloupost.*“ R12 souhlasí s různým prožíváním dle charakteru úrazu apod. Říká: „*Když třeba vidím, že pacient vyššího věku byt vyfešákováný s manželkou na plese a zakopl na schodu, je to náročné, byla to prostě jen hloupá nehoda, a ještě před chvílí se přece bavil.*“ „*Nebo člověk, kterého srazil jiný, pod vlivem omamných látek, to je šílená bezmoc.*“ „*Nechápu, jak mohou být lidé tak nezodpovědní, ale nic s tím neudělám.*“ „*Je mi ovšem líto i těch, u kterých je to nerozvážnost, často mladická nerozvážnost, chyba... Ano, mám v sobě hrozný vztek, ale zase vidím ten mladý život, nemožnost se poučit z chyb.*“ R8 také dodal, že faktorem, který na něj působí, je délka hospitalizace pacienta na oddělení. R2 hovoří o tom, že dříve pracoval jako stroj, vytěsnil lidskost a ignoroval fakt, že pacient umírá. Říkal si: „*Mně přeci pacienti nemohou umírat, od toho tu přeci nejsem.*“ Nyní si vše uvědomil a snaží se přistupovat ke všem individuálně.

Kategorie 8 – Limitace léčby

V kategorii, která se týkala limitace léčby, jsme hovořili s respondenty o tom, zda se na ARO vyskytuje, jak vypadá, a také nás zajímalo, jestli se někdy setkali s vyslovením nesouhlasu s limitací léčby z řad členů ošetrovatelského týmu.

Na základě odpovědí, které jsme od respondentů získali, můžeme říci, že většina se s limitací léčby běžně setkává. R10 sdělila, že ses tímto nesečkala. R3 a R9 také ne, ovšem přikládají tento fakt tomu, že jejich praxe na oddělení ARO je krátká. Když jsme

se respondentů dotazovali na důvod limitace léčby, bylo to nejčastěji z důvodu infaustního stavu pacienta anebo v případě vyčerpání všech možností léčby. R2 v tomto případě hovoří takto: *„Přijde mi, že o této léčbě rozhodují spíše chirurgické obory, které vyčerpají veškeré terapeutické (operační) řešení“*. Říká také, že v tomto případě se léčba převádí na paliativní a ukončuje se léčba intenzivní. S tímto souhlasí také R5, který říká, že péče, kterou poskytují při limitaci, je blízká té paliativní: *„Tato léčba je blízká paliativnímu přístupu, pokračuje léčba bolesti a nežádoucích symptomů a je eliminován veškerý diskomfort pacienta“*. *„Ostatní léčba není rozšiřována“*. R4 a R12 mluvili o omezení léků a vyšetření, která pacienta zatěžují. R1 a R8 se k tomuto názoru přiklánějí a říkají, že jde o poskytování pouze nutné léčby. R8 uvádí, že *„Jde hlavně o bolest, teplo, jídlo a klid.“* R4 si nemyslí, že *„v této poslední chvíli by měli podávat třeba léky na onkologickou léčbu“*.

Zajímalo nás také, zda byli respondenti někdy v situaci, kdy jeden člen ošetřujícího týmu vyslovil nesouhlas. Nikdo kromě R2, R12 a R13 se s tímto nikdy nesešel. Hodně respondentů říká, že je to z toho důvodu, že s lékaři souhlasí a důvěřují správnosti jejich rozhodnutí. R1 dokonce zmiňuje důležitost vzdělání. *„Tuto situaci jsem nikdy nezažil, bude to i tím, že čím více se zvyšují nároky na vzdělání VS/ZZ, tím více rozumíme a sami vidíme infaustní prognózu pacienta“*. R2 se s vyjádřením nesouhlasu setkal a popisuje tuto situaci následovně: *„Setkal, ovšem pro následnou terapii to žádný význam nemělo“*. *„Jednalo se o následné zobrazovací vyšetření, podávání krevních derivátů, transfúzních přípravků, nicméně se tím oddálilo úmrtí pacienta a dle mého názoru to nemělo pozitivní vliv, jak na rodinu, tak na pacienta samotného“*. R12 říká, že tento nesouhlas zažil mezi lékaři, ale že ti ho vyřešili a sestry do něj nebyly zapojeny. R12, R13 a R8 také uvedli, že nevyjádření nesouhlasu může být dáno strachem a nedostatkem odvahy odporovat lékaři.

Kategorie 9 – Psychická zátěž při péči o umírajícího pacienta

V této kategorii jsme se zaměřili na náročnost péče o umírajícího pacienta, a to především na prožívání této situace ze strany oslovených respondentů. Ptali jsme se, zda někdy pociťovali smrt pacienta jako svou prohru či selhání. Obsahem této kapitoly je podkapitola 9.1, která je zaměřena na psychickou pomoc zdravotnickým pracovníkům na ARO.

Když jsme se dotazovali na selhání, setkal se s ním R4. Uvedl ale, že to bylo mimo pracoviště – jednou poskytoval první pomoc chlapci ve stejném věku, jako byl on sám, ale bohužel to nedopadlo dobře a chlapec zemřel. R3 pocit selhání pociťoval při jedné z prvních resuscitací pacienta, kdy dlouho potom přemýšlel, zda udělal vše správně. Tento pocit nazval spíše bezmocí. K bezmoci se přikláněli i ostatní respondenti. R7 zase uvedl, že toto pociťoval v situaci, kdy mu zemřel první pacient. R4, R5, R6, R8, R10, R11, R12 i R13 řekli, že se vždy snaží udělat pro pacienta maximum, ale někdy je bohužel jeho stav tak vážný, že jej nelze zachránit. R1, R8, R9, R10 a R11 řekli, že nikdy nebyli v situaci, kdy by smrt pacienta pociťovali jako prohru či selhání. R10 ale uvádí, že smrt jedné pacientky mu pomohla změnit přístup k dalším pacientům. Říká: *„Předala jsem z noční směny pacientku při vědomí a pacientka náhle zemřela. Tohle je případ, kdy jsem cítila, že jsem si s ní mohla více povídat, i když ona kvůli TSK nemohla, ale mohla jsem u ní celou noc stát, povídat jí a třeba ji držet za ruku nebo udělat prostě něco navíc. Tohle mě mrzí. Udělala jsem vše správně, dle péče, ale možná jsem mohla udělat ještě víc. Od té doby mám trochu jiný přístup.“*

Další oblastí, která nás zajímala, bylo to, zda je pro respondenty náročné se s tíživou situací vypořádat a zda lze oddělit profesní a osobní život. R1 odpověděl, že s tímto problémem nemá a neměl. Ostatní respondenti uvedli, že s tímto problémem někdy měli nebo stále mají. R2 uvedl, že tomu tak bylo v případě úmrtí malého dítěte během jeho směny. R12 odpověděl velmi podrobně a popisuje přesně problémy, se kterými se musel vypořádat. Říká, že první půl rok na ARO se mu o práci i zdálo, nedokázal to vytěsnit z hlavy. Chodil do práce s nejistotou, bál se chyb a kvůli nim pak zažíval pocity selhání, viny a méněcennosti. Následně, i na popud kolegů, se učil s touto emocí pracovat a nyní to jde mnohem lépe. R9 také uvádí, že se s tímto stále učí pracovat, a někdy osud pacienta ovlivní i soukromý život. Nejčastěji na respondenty působí to, když si do pacientů promítají své blízké. R5, R12 a R13 říkají, že je to třeba tím, že mají podobný věk, jméno, koníčky atd. R13 uvádí, že pokud se mu nedaří tuto situaci zvládnout, tak požádá kolegy o výměnu pacienta. R8 a R6 mají často problém s tím, že si promítají osudy mladých lidí do svého osobního života.

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že s těmito náročnými situacemi, kterým jsou často vystavováni, se snaží vypořádat různě. Nejčastěji se věnují svým koníčkům, to uvedli R3, R4, R5, R6, R8, R9 a R10. Dalším, konkrétně R5, R8 a R12, pomáhají

blízcí. A R8 uvedl, že někdy se s těmito situacemi musí vypořádat sám. Na tomto základě vznikla také následující podkapitola, věnovaná právě psychické pomoci.

podkategorie 9.1 – psychická pomoc zdravotnickým pracovníkům na ARO

Dle výsledků kódování otázek týkajících se možnosti psychické pomoci lze jednoznačně říci, že psychická pomoc chybí. R3 a R11 uvedli, že o ničem takovém neví. R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R12 uvedli, že psychická pomoc v případě potřeby na jejich oddělení není nabízena a nikdy o ní neslyšeli. R1 a R10 sdělili, že si myslí, že něco takového existuje, R8 uvedla, že možná za pomoci nemocničního kaplana. R8 a R10 také odpověděli, že pokud tedy existuje, nevědí o nikom, kdo by tuto službu do této doby využil. R2 zase zmiňuje: *„Nezapomeňme, smrt je sprosté slovo a když tu není, tak proč bychom potřebovali psychickou podporu? Takový je dle mého názoru postoj našeho managementu, bohužel“*. Zmiňuje také, že když se účastnil kongresů, téměř vždy na toto téma přišla řeč. Říká: *„Z posledních kurzů si pamatuji, že za jistou formu psychohygieny lze považovat rozhovor v daném týmu s leaderem“*. Udává konkrétní příklad, kdy toto ovšem opravdu nefunguje: *„Budeme-li uvažovat lékaře jako leadera, tak při poslední službě, kdy nám zemřelo dítě na oddělení, tak se sebral a odešel, asi 0 minut s námi komunikoval, tak to je psychohygieny jako hrom, ne? Každý jsme to v sobě vařil a šířil se tím“*. K tomuto názoru se přiklání i R12: *„Jednou jsme se na to s kolegou ptali a tato možnost není. Bylo to po úmrtí dítěte a všechny nás to semlelo, do jednoho a na dost dlouhou dobu. Prý kdo by intervanta platil. Přijde mi to směšné a dost smutné.“* Říká také, že zná zařízení jako hospice, domovy pro seniory apod., kde tuto možnost mají a funguje to skvěle: *„Třeba dvakrát do roka, není to přeci povinné.“* *„Mně by občas bodlo, popovídat si s někým cizím, kdo je nestranný a je to odborník a je tu jen pro mě a nikomu nic dál vyprávět nebude. Ano, mohu si popovídat s kolegy, poradí a vyslechnou mě, ale jsou to lidi, co mě znají, už si dělají názor, škatulkují mě a někdy třeba i informaci pošlou dál.“* Respondentů, kteří hovořili o rozhovoru mezi kolegy jako o jisté formě psychohygieny, byla většina (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10, R11, R12.) R8 ale uvádí, že na tento rozhovor musí být vhodná situace a nálada. R6 a R5 zase hledají tuto pomoc hlavně u kolegů, kteří jsou služebně starší a mají v tomto ohledu více zkušeností a rad.

Kategorie 10 – Možnosti a role rodinných příslušníků a blízkých umírajícího pacienta

V kategorii týkající se možností rodinných příslušníků jsme se zaměřili na možnost zapojení blízkých do péče o pacienta či možnosti se na ní nějak podílet a na možnost být se svým blízkým o samotě. Odpovědi respondentů byly odlišné. R2, R4, R6, R7, R8, R11 a R12 odpověděli jasně, že možnost být s pacientem o samotě na ARO není. R4, R5, R9, R10 a R13 řekli, že toto je v rámci možností jejich oddělení, a například záleží na obsazenosti lůžek a dané situaci na oddělení, zmínili například možnost zatáhnout závěs mezi lůžky či přistavení paravánu. R1 a R3 odpověděli, že tato možnost rodinám a pacientovým blízkým nabízena je. Vysvětlením pro nás bylo několik konkrétnějších odpovědí. R2 uvedl, že rodině je sice umožněno se rozloučit, ale *„Být sami? To je otázka, už jsem párkrát stěhoval pacienta na box a zavírali jsme box, aby měli soukromí. Nicméně to nelze vždy. Vzhledem ke stavebnímu standardu oddělení, kdy je sesterna u lůžek, jsme přítomni u všech návštěv“*. R12 také říká, že pokud to jde, existuje možnost, aby byl pacient s blízkými o samotě na boxu. R1, R4 a R5 říkají, že toto oddělení je velmi specifické, a to právě i tím, že nedovoluje tolik soukromí. Při otázce na zapojení do péče uvedl R4, že nabízí, pokud to stav pacienta dovolí, jej například oholit. R10 zmínil, že blízké poučí o tom, co mohou dělat. Aby se nebáli na pacienta sáhnout a říct mu vše, co potřebují. R12 zase říká: *„Mohou pacientovi číst, oholit ho, přinést oblíbené věci, talismany.“* To, že rodina má možnost přinést oblíbené předměty, pacientovi blízké, zmiňuje i R10. R13 zmínil zapojení rodiny během podávání stravy či tekutin pacientovi, v případě, že to jeho stav dovoluje. R6 ve své odpovědi zmínil také možnosti bazální stimulace a přinesení oblíbených předmětů.

Kategorie 11 – Komunikace s rodinnými příslušníky a blízkými umírajícího/ zemřelého pacienta

Tato kategorie je věnována komunikaci mezi zdravotnickým personálem a rodinou či blízkými umírajícího či zemřelého pacienta na ARO. V první řadě jsme se respondentů ptali, kdo nejčastěji a nejvíce komunikuje s blízkými a s rodinami pacientů. Odpovědi byly velmi vyrovnané, jelikož lékař, jako první a nejčastější účastník komunikace, byl zmíněn téměř ve všech případech, neuvedli to pouze R3, R8 a R10. Sestra pak byla zmíněna v odpovědích všech respondentů kromě R2, R6, R9 a R11. Ovšem pokud jsme se ptali dále, zjistili jsme, že lékař podává informace týkající se

zdravotního stavu, a tím rozhovor převážně končí. Zato komunikace sestry s rodinou je pak tou obsáhlejší a delší. Sestra odpovídá na nelehké dotazy, poskytuje podporu a také mnohdy čelí nepříjemným útokům ze strany blízkých. R8 říká: „*Ptají se vás proč, proč, proč“?! Sestry musí zodpovídat další spoustu otázek :„Nebo žijí v naději a tvrdí vám, ono se to změní, on se probere, nemůže umřít“*. Říká, že je to náročné, jelikož nesmí nic vymlouvat, musí se chovat empaticky a blízcí se s tím musí vyrovnat sami. Průběh rozhovoru popisuje R5: „*Tuto komunikaci zahajuje sestra, která ověří totožnost, získá nezbytné údaje, domluví se s blízkými na tzv. komunikačním heslu, instruuje je ohledně nejlepšího času pro podávání informací a předává telefon lékaři, který rodině sdělí informace o zdravotním stavu pacienta. Lékař dále tyto informace podává nejčastěji dvakrát denně telefonicky nebo osobně, v případě návštěvy rodiny. Nejčastější a podle mě také nejdelší komunikací je ta mezi sestrou a rodinou. Ta má na komunikaci větší prostor, více času a poradí rodině o tzv. běžných věcech, jak k pacientům přistupovat, jak ho stimulovat, jak s ním hovořit, čeho si všímat, o možnostech bazální stimulace atd. Příbuzní pak často ztrácí stud a informují se o dalších možnostech ohledně masáží, výživy, co mohou přinést apod.*“ R2 ve své odpovědi vyjádřil nespokojenost s úrovní komunikace na ARO: „*Komunikace u nás není optimální, spíš tristní. Na sdělování informací je dostatek času, ale nevyužíváme ho. Omezujeme se na minimum*“.

Když došlo na otázku, kde komunikace mezi ošetřujícím personálem a blízkými pacienta probíhá, shodli se naprosto všichni respondenti. Komunikace na ARO probíhá přímo u lůžka pacienta, na „place“, a stejně tak často i na chodbě před oddělením. Dále jsme se také setkali s odpovědí, že komunikace často probíhá po telefonu, to uvedl R5, R6, R9, R10 a R12. R6 uvedl, že někdy jiná možnost není, když jsou blízcí z daleka. Na otázku, zda je na komunikaci čas, R1, R4, R5 a R8 odpověděli, že velmi záleží na situaci oddělení, R8 upřesňuje, že i když čas máte, najednou zazvoní telefon, vrátí se pacient ze sálu nebo je příjem. R2, R11 a R12 jsou toho názoru, že často chybí ochota obětovat čas.

Jelikož se jedná o citlivou situaci v životě blízkých, zajímalo nás také, zda je komunikace s blízkými umírajícího či zemřelého pacienta náročná pro respondenty samotné. Všichni až na R1 uvedli, že ano. R4 říká: „*Je rozdíl, pokud jde o mladého či staršího člověka. Je rozdíl hovořit s vnukem, dcerou nebo matkou od dítěte. To není přirozené*“. Říká také, že existuje rozdíl v komunikaci podle toho, jakého charakteru byla smrt, zda byla náhlá, traumatizující nebo očekávaná. R1 ale uvedl, že náročnou či

nepříjemnou se tato komunikace stává, když jsou lidé arogantní a agresivní. To může být totiž značnou bariérou pro efektivní komunikaci. Právě bariéry byly poslední oblastí, o kterou jsme se zajímali. Odpovědi byly různé. R1, R3, a R10 mluvili o nedostatku času, R1, R3, R4, R8, R10 a R12 zase o nevhodném prostředí na komunikaci a na předání pozůstalosti. R2 a R6 uvedli jako bariéru komunikaci po telefonu. R4, R5, R8 a R12 zase to, že personál často neví, jak reagovat a komunikovat, bojí se. R2, R10, R11 a R12 uvedli neadekvátní chování a přístup ze strany personálu a R5 neshody mezi příbuznými, kdy lékař mnohdy čelí přemlouvání, ať nepodává informace těm a těm členům rodiny. R2 uvedl problém týkající se komunikace po telefonu: ačkoliv je určeno komunikační heslo, není vždy možné si ověřit, s kým opravdu mluví.

Kategorie 12 – Péče o rodinné příslušníky a blízké pacienta umírajícího/zemřelého

Respondenti se shodli, že tato další pomoc pozůstalým na jejich oddělní neexistuje, nefunguje a nevědí o ní. Pouze R1 uvedl, že ví o možnosti kontaktovat interventa ZZS, který je k tomuto proškolen. Zmínil také nemocničního kaplana, který by pomoc mohl poskytnout. S tím souhlasili R2 a R5, kteří uvedli, že ví o tom, že v nemocnici tato možnost existuje, ale nikde se nenabízí. R11 a R13 uvedli pomoc pouze prostřednictvím předepsání psychofarmak anebo doporučení návštěvy psychologa. R12 zmínil, že by zde mohl mít své místo i paliativní tým, který má nemocnice teď nově zřízený. Ovšem ani to nefunguje. Žádnou jinou péči či pomoc pozůstalým respondenti neuvedli, nevědí o ní a oddělení ji nenabízí a neposkytuje.

Kategorie 13 – Vzdělávání v oblasti paliativní péče pro zdravotnické pracovníky pracující v intenzivní péči

Převážná většina respondentů informace a zkušenosti s paliativní péčí získávala při svém studiu nebo při praxi během studia. R7 uvedl, že o paliativní péči ví akorát od kolegyně, která se o ni zajímá. R1, R3 a R11 tyto informace nikde nezískávali, pouze okrajově při studiu a praxi, ale konkrétně již neví. R4, R5 a R12 se účastnili kurzů, kongresů a přednášek s tímto tématem. R4 hovořil o Hoderově dni, kterého se účastnil, a také o kapitole ve své bakalářské práci, která byla věnována tomuto tématu, a tak si o něm také něco nastudoval. R5 zmínil, že se tématu paliativní péče z menší části věnovali i na kurzech bazální stimulace. R12 kurzy bazální stimulace zmiňuje také a přidává Hoderův den a asi tři kurzy pořádané přímo v nemocnici, kde je zaměstnán.

Říká, že o toto téma se blíže zajímá od své praxe v mobilním hospicu a vidí v paliativní péči velký smysl. R8, R10 a R11 uvedli, že informace o této oblasti v případě potřeby vyhledávají na internetu nebo v odborné literatuře. R3, R4, R6 a R7 informace a možnosti vzdělávání se v tomto směru nevyhledávají. R3, R6, R9 a R13 uvedli, že neví o tom, že by nemocnice, kde pracují, nabízela vzdělání v této oblasti formou přednášek či kurzů.

6 Diskuse

Jak bylo již řečeno, intenzivní a resuscitační péče jsou si s paliativní péčí velmi blízké. Jejich cílem je pečovat o těžce nemocného pacienta v ohrožení života. Právě díky úzkému propojení těchto oborů vznikla tato diplomová práce. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat povědomí zdravotnických pracovníků pracujících na oddělení intenzivní a resuscitační péče o paliativní péči. Dále nás zajímalo, jaký přístup zaujmají k poskytování paliativní péče na oddělení intenzivní a resuscitační péče. Zaměřili jsme se také na zjištění problémů a nedostatků, které se objevují na straně zdravotnického personálu při poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Na závěr jsme se věnovali faktorům, které ovlivňují zdravotníky při poskytování paliativní péče na oddělení intenzivní a resuscitační péče.

Ke zjištění informací bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření realizované prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Šetření probíhalo na ARO jedné z jihočeských nemocnic. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 13 zdravotnických pracovníků pracujících na tomto oddělení. Jejich praxe na ARO se pohybovala od 0,5 roku do 12 let. Vzdělání bylo nejčastěji vysokoškolské, dále vyšší odborné a jeden z respondentů uvedl vzdělání středoškolské. Tři z respondentů mají také specializaci v intenzivní a resuscitační péči.

V první části výzkumného šetření jsme se zaměřili na to, zda respondenti dokážou popsat smysl a cíle paliativní péče. V této části, jsme neshledali nejmenší problém, všichni dotazovaní respondenti široce a odborně hovořili o definici, smyslech a cílech paliativní péče. Nejčastěji respondenti uváděli, že jde o péči poskytovanou nevléčitelně nemocným. Zařadili sem zajištění důstojnosti, klidu a příjemného prostředí a také velmi často zmiňovali také tišení bolesti a nepříznivých symptomů, které přináší vážný stav pacienta. Ve větší míře také zmiňovali komplexní péči o pacienta, o které ve své publikaci hovoří také Mlýnková (2010). Velmi příjemným zjištěním bylo, že pět respondentů zmínilo také péči o rodinné příslušníky a blízké. O důležitosti zapojení rodiny hovoří Špatenková et al. (2014) a souhlasí s ní také Plevová et al. (2011). Velmi hezky o zapojení rodiny hovořil R12: „*Paliativní péče by měla dle mého zahrnovat také poradenství pro pozůstalé. Spousta lidí si myslí, že člověk zemře a je konec, ale tak to není, zůstávají tu jeho blízcí, kteří jsou mnohdy ve velmi náročné situaci a neví si rady a potřebují podat pomocnou ruku*“. Jelikož toto téma je velmi

obsáhlé a během výzkumu jsme se ho několikrát dotkli, budeme se mu věnovat v pozdějších částech diskuse.

Když jsme s respondenty hovořili o tématu umírání a smrti v souvislosti s jejich pacienty, ještě nás kromě toho zajímal také jejich postoj k umírání a smrti a představa o tzv. „dobré smrti“. Velká část respondentů uvedla, že smrt berou jako součást života, možná také právě kvůli povolání, které vykonávají, a vědí, že se jí nelze vyhnout. Otázkou je, zda to tak vnímají i ostatní – rodiny umírajících či zbytek populace. Z kurzu psychosociální péče o nevyлéčitelně nemocné a jejich blízké vím, že zdravotník zaujímá k smrti často jiný postoj. Zaměřuje se více na somatickou stránku, ne na prožívání pacienta, přitom reálný přínos léčby je mnohdy zanedbatelný. Ovšem jak v rozhovorech uvedli někteří naši respondenti, smrt je stále poměrně tabuizována. Potvrzuje to také Bártlová (2005) a Beran (2010), který říká, že je to tím, že smrt není připomínána. Jako by neexistovala přirozená smrt, pouze ta tragická. Smrt je ovšem častým tématem, ale například v televizi či v počítačových hrách. S tímto názorem jsem se setkala opět během kurzu – společnost je fascinována virtuální smrtí. Reálná smrt je vyhoštěná a oddalovaná. Smrt je tzv. ochočená – upravujeme si ji k obrazu svému. Na kurzu jsem se setkala s častými frázemi společnosti: ono se nás to netýká, ono se zemřít musí. Avšak smrt se týká nás všech a dává hodnotu našemu životu. Smrt je jedinou jistotou a zároveň největší nejistotou v našem životě, jelikož se s ní často setkáváme, ale vůbec ji neznáme.

Představa respondentů o tzv. „dobré smrti“ byla jasná. Nejčastější odpovědí byla jednoznačně představa o dožití v obklopení blízkých osob, rodiny a v domácím prostředí. Jak ale zmínil R2, tento luxus v dnešní době není dopřán každému. Dle mého názoru je to velmi smutné. Jelikož vidíme, že toto je přáním většiny respondentů, a myslím si, že i většiny populace, tak jaký je důvod toho, že většina umírajících dožije právě v nemocnici? Ptali jsme se také na výhody a nevýhody nemocničního umírání. Výhod nebylo mnoho. Zmíněno bylo tišení bolesti, které lze ale dle mého názoru za předpokladu dobré spolupráce s odborníky zvládnout i doma – toto zmiňuje i R8. Další výhody se týkaly rychlého řešení komplikací apod. Nevýhody se často odrážely v předchozích odpovědích na otázku týkající se „dobré smrti“. Respondenti zmiňovali cizí, neznámé prostředí, samotu, nepřirozenost. R12 uvedl, že jeho přání se slučuje s tím, jak by rád dochoval své blízké: *„Moc bych si přála dochovat své blízké doma s láskou a co nejlepší péčí, bez bolesti, v čistotě, s oblíbenými předměty, ve známém*

prostředí, kdy umírají v požehnaném věku na stáří.“ „A to je vlastně má představa o dobré smrti.“ S tím souhlasí i tvrzení na webu www.umirani.cz, že zdravotníci považují domov za ideální místo pro dožití. R9 uvedl, že dobrá smrt nastává ve chvíli, kdy jsou splněna přání umírajícího.

Jelikož ne vždy lze v intenzivní péči vyslechnout přání pacientů, je velkou výhodou, pokud má pacient sepsána svá dříve vyslovená přání. Tomuto tématu jsme se věnovali v další otázce na respondenty. Chtěli jsme vědět, zda se s dříve vysloveným přáním setkávají, a pokud ne, tak proč si myslí, že tomu tak je. Bohužel, výsledky byly takové, jaké jsme předpokládali. Na základě odpovědí respondentů můžeme potvrdit, že dříve vyslovené přání není časté a v intenzivní a resuscitační péči se s ním téměř nesetkáváme. I já na základě svých zkušeností z praxe na ARO mohu říci, že jsem nikdy neošetřovala pacienta, který by měl dříve vyslovené přání. Pouze R8 uvedl, že se s dříve vysloveným přáním pacienta setkal, a to v případě přání posledního pomazání od kněze. To, že je tomu tak právě u tohoto respondenta, lze přisuzovat délce jeho praxe na ARO, která trvá již 12 let. R4 a R5 uvedli, že se toto přání týkalo buď odmítnutí transfuze z náboženského přesvědčení, nebo nesouhlasu s darováním orgánů. Na otázku, čeho se přání nejčastěji týká, pokud je sepsané, byla nejčastější odpověď DNR, limitace léčby či právě transfuze a darování orgánů. R12 ještě přidal výživu, UPV a KPR. Toto tvrzení se shoduje s tvrzením Tomešové (2016), která uvádí, že dříve vyslovené přání zasahuje nejčastěji do KPR, UPV a farmakologické léčby.

Když jsme se pozastavili nad otázkou, proč se dříve vyslovené přání objevuje tak málo, R2 uvedl: „Zas se vrátím k minulému politickému režimu, kdy se smrt vytěsnila ze života tak, že je to něco fuj a tabu.“ R8 zase dodal: „*Je velice ojedinelé. I když na oddělení, na kterém pracuji, smrt přichází bez předešlé přípravy. Jsou to lidé v akutních stavech a po úrazech, a tam není nikdy nic jisté. Málokdo si během života napíše předem vyslovené přání u notáře. Nikdo z nás neví, kdy smrt přijde*“. Další z respondentů řekli, že povědomí společnosti o dříve vysloveném přání je velmi mizivé. S tímto lze pouze souhlasit. Dle mého názoru je tento fakt neznámý. Lidé nevědí, že tato možnost existuje, a pokud ano, nevědí, jak na to. Na základě informací čerpaných z výzkumu vyšlo najevo, že 70% pacientů přemýšlí nad závěrem života, ale 64 % z nich o svém přání nikdy s nikým nemluvalo. Přitom prý až 69 % je připraveno odkázat se na opatrovníka. Zná ovšem přání umírajícího, aby o tom mohl dobře rozhodnout? Spousta lidí odkládá sepsání dříve vysloveného přání se slovy: Je to pro mě důležité, ale nechci

to řešit teď. Až dostanu infarkt, sepíšu závěť. S nikým jsem o tom nemluvila, je to ještě daleko. 75% populace nikdy neslyšelo o možnosti sepsat dříve vyslovené přání (PhDr. Loučka, PhD., ředitel Centra paliativní péče).

Špatná informovanost o dříve vyslovených přáních by měla být alarmující zejména pro tvůrce zdravotní politiky. Institut dříve vyslovených přání má dnes v právním řádu ČR konkrétní místo, pravděpodobně se však vedle legislativních kroků pozapomenulo na adekvátní dostupnost vzdělávání pro lékaře i pacienty. Pokud mají DVP opravdu sloužit jako užitečný nástroj, lékaři nemohou být překvapení a nejistí, když je o sepsání tohoto dokumentu pacient požádá. Absolutně v tom ale zdravotníky nevidím jako viníky, je to pro ně nová věc, na kterou nebyli připravováni, a vzdělávání na toto téma probíhá velmi zřídka.

Bohužel i spousta lékařů a středního zdravotnického personálu je v této oblasti málo informována. Během praxe jsem se nesetkala s tím, že by pacientovi byla tato možnost nabídnuta anebo s ním byla alespoň probrána. Na webu www.umirani.cz lze nalézt výsledky šetření, na základě kterých vyšlo najevo, že 43 % zdravotníků chápe dříve vyslovené přání, 62 % o něm někdy slyšelo, ale každý třetí jej chápe špatně. Ovšem 88 % se s ním nikdy nesetkalo. MUDr. Irena Zavadová, primářka Domácího hospice Cesta domů říká, že za dobu své téměř desetileté praxe nemocničního internisty se s dříve vysloveným přáním v jakékoli podobě nikdy nesetkala, a myslí, že i dnes jde o zcela výjimečnou situaci. V domácím hospici bývají naopak nemocní, kteří velmi často vědí, co by chtěli anebo naopak nechtěli. Velmi typicky by třeba už nechtěli do nemocnice, chtěli by mít dobře léčenou bolest, dušnost, únavu anebo by si přáli zemřít doma, obklopeni svými blízkými. S tímto souhlasí i Tomešová (2016) a uvádí, že s dříve vysloveným přáním se nesetkáváme příliš často, a tak lze v této oblasti očekávat další rozvoj, změny a pokroky (Tomešová, 2016). Otázkou je, jakou formou a efektivně dostat dříve vyslovené přání mezi společnost i zdravotnické pracovníky. Dle mého názoru je škoda, že tato možnost není ve společnosti známá a nevyužívá se. Mnohdy by totiž možná mohla pomoci předejít konfliktům mezi blízkými, usnadnit rozhodování lékařů, ukázat zdravotníkům směr cesty a také by umožnila dožít pacientovi tak, jak si přál.

Součástí dříve vysloveného přání je také limitace léčby a DNR. Většina respondentů se s limitací péče během své praxe setkává, jedná se především o limitaci léčby u pacientů s infaustní prognózou či nevyлéčitelným onemocněním. Spousta

respondentů uvedla DNR jako součást limitace péče, což uvádí i Bartůněk et al. (2016). Velmi překvapivým zjištěním bylo, že R5 hovoří o těsné blízkosti limitace léčby a poskytování paliativní péče, a R2 uvádí, že v případě limitace léčby by měl následovat přechod na léčbu paliativní, což ve své publikaci píše také Veverková et al. (2019). DNR je většinou dle respondentů psáno v případě, že resuscitace by pacientovi nepřinesla žádný benefit, a naopak prodloužila jeho trápení. Vyskytuje se také nejčastěji v případech, kdy pacienti trpí nevléčitelným onemocněním. Toto uvádí také Munzarová (2005) a Sláma (2008).

V rozhovorech s respondenty nás také zajímalo, jaký mají názor na poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Zaměřili jsme se nejdříve na určité propojení těchto dvou oborů očima respondentů. Propojení by dle mých poznatků z kurzu ELNEC mělo existovat, jelikož až 60 % pacientů umírá na akutních lůžkách a 20% potom v jiných zařízeních, jako je LDN, domov pro seniory apod. Co se týče odpovědí respondentů, všichni uvedli, že paliativní péče patří do každého nemocničního zařízení. Toto tvrzení najdeme také u Robinsona et al. (2013) a Bužgové (2015), kteří říkají, že nemocnice jsou často místem, kde je pacientům oznámena nepříznivá zpráva anebo kde bojují o život, a proto by paliativní péče měla být nedílnou součástí všech nemocnic. Na základě informací načerpaných z kurzů psychosociální péče o nevléčitelně nemocné a jejich blízké (kurz ELNEC a kurzy komunikace, ke kterým se během diskuse budu často vracet) mohu říci, že (dle slov lektorů) nemocniční umírání zajistilo fyzický komfort, ale upozadilo sociální, psychickou a duchovní stránku.

Pokud se soustředíme konkrétně na intenzivní a resuscitační péči, respondenti (kromě R7) se jednoznačně shodli na tom, že paliativní péče s intenzivní péčí úzce souvisí. R2 i R9 sdělili, že paliativní péče by měla přijít ve chvíli, kdy pacient již z péče intenzivní nijak neprofituje, ba naopak. Ovšem závažnější bylo, když jsme zjistili, že polovina respondentů nabyla dojmu, že paliativní péče na ARO poskytována je a poskytuje ji lékař, sestra, přitom druhá polovina respondentů si myslí, že tato péče není poskytována nebo je opravdu nedostačující a nepřiměřená. Otázkou je, proč jsou tyto názory tak rozdílné, když všichni oslovení respondenti pracují na stejném oddělení. Je to tím, že každý vnímá dostatečnost péče naprosto jinak? Má toto nějakou souvislost s faktem, že pouze 22% lékařů se cítí kompetentní k poskytnutí paliativní péče, který popsal Gřiva (2018).?

Pokud se budeme věnovat tomu, kdo tuto péči poskytuje, zjistíme, že jde nebo by dle respondentů mělo jít o sestry, lékaře, celý ošetrovatelský tým. R4, R5 a R12 hovoří o tom, že poskytování paliativní péče je v kompetenci všech zdravotníků. R5 říká: *„Každý zdravotnický pracovník by měl znát principy paliativní medicíny a vědět, jak tuto péči poskytovat.“* Toto tvrzení najdeme také v publikaci Markové (2010), která říká, že obecnou paliativní péči by měl poskytovat každý zdravotnický pracovník na každém oddělení. R6 ovšem uvedl, že *„na některých odděleních jsou sestry s touto problematikou seznámeny mnohem lépe, a tak mohou paliativní péči poskytnout kvalitněji.“* Můžeme se ptát, proč tomu tak je? Proč nabyla tohoto přesvědčení? Marková (2010) rovněž rozděluje paliativní péči krom zmíněné obecné také na specializovanou paliativní péči. O té hovoří R4, kdy říká: *„Tu vyšší paliativní péči, nebo jak to říct, by mohl poskytovat paliativní tým, který nemocnice má zřízený a ten by také mohl ty zaměstnance směřovat, jak s umírajícím člověkem zacházet“.* O vzniklém paliativním týmu hovoří také R2, R5, R7 a R12. R7 uvádí, že ví, že tato péče je poskytována pouze ambulantně paliativním týmem, R5 vidí velký přínos v jeho vzniku, jelikož někdy je personál ARO provozně a časově velmi vytížen a není schopen poskytnout potřebnou a vhodnou péči. R2 se ovšem už dostává k problému, který byl během našeho výzkumu zjištěn. Říká: *„V rámci ARO je sekce paliativní medicíny, ale nenetkal jsem se s tím, že by byla pacientům na našem oddělení poskytována.“* *V rámci konceptu paliativní medicíny bychom pak měli pracovat s rodinou, a to se neděje vůbec“.* Jak jsem zmínila již na začátku diskuse, tématu blízkým se budeme věnovat později. Po rozhovoru s lékařkou působící v paliativním týmu se bohužel potvrdila naprostá absence spolupráce ze strany lůžkového oddělení ARO. Nebyla ani jednou přivolána k umírajícímu, ani k pozůstalým. Říká, že je to sice nové, ale po celé nemocnici paliativní tým funguje. Ptá se, jestli třeba nebude pak někomu divné, proč všichni ostatní vykazují paliativní péči, a pouze ARO ne. Lékařka se také bohužel nenetkala s téměř s žádnou podporou v tomto směru. Otázkou je proč, zda jde o to, že zdravotníci nevidí v této péči smysl, přijde jim podřadná nebo ji neznají a mají z ní strach či mají obavy z „více práce“. Dle mého názoru a mých zkušeností jde v tomto případě bohužel o pocit nadřazenosti intenzivní péče nad tou paliativní. Setkala jsem se s nehezkým názorem na tuto péči, který vyjadřoval, že intenzivisty pouze obtěžuje. Pouze u jednoho ze zkušenějších lékařů a u většiny mladých jsem viděla ochotu a především snahu tuto péči poskytovat. Zaznamenala jsem na jejich straně pochopení a

lidský přístup. Také usuzuji, že se člověku nepracuje dobře, pokud za sebou má služebně starší kolegy, kteří s tímto nesouhlasí. Jde těžko prosadit svůj názor a snažit se o zlepšení nebo minimální změnu péče.

Dále jsme se zdravotníků ptali na péči o umírajícího pacienta. Zjistili jsme, že jde o náročnou práci. Zdravotník je často součástí nelehké situace jak pro pacienta, tak pro jeho blízké – umírání a smrti. Těmto situacím není jednoduché čelit, avšak je důležité, aby to personál uměl a zároveň byl oporou a pomocí pro blízké umírajícího či zemřelého (Seymour, 2001). V odpovědích respondentů se nejčastěji objevila komplexní péče o pacienta, kterou zmiňuje i Mlýnková (2010). Radhall-Curtis et al. (2001) s tímto také souhlasí a říkají, že důležitá je komplexní péče o pacienta a také spojení ošetřovatelství a medicíny a zajištění integrity týmu, který pečuje o pacienta. Respondenti hovořili také o tom, že by člověk neměl být sám. R4 uvádí: „*Je nejdůležitější, aby pacient nikdy nebyl sám, nečekat, nekoukat na monitor, až tam bude nula, až dobjí srdce. Měla by se kontaktovat rodina, a pokud to není možné, je jedna sestra na jednoho pacienta a měla by být s ním, neměla by ho nechat úplně samotného.*“ Sdělil ale, že to takhle bohužel nefunguje. S tím můžeme dle názoru Kutnohorské (2007) jen souhlasit. Říká totiž, že člověk často umírá ve zdravotnických či sociálních zařízeních, v péči profesionálů, ale de facto sám, mezi cizími lidmi, v cizím prostředí. Svůj pohled sděluje také R8: „*Na mém oddělení je to těžké, umírá tam spousta lidí a nemají soukromí. Nemají tak nikoho, je okolo nich spousta přístrojů, do těla jim vede spousta katétrů a oni tam leží a čekají, až to přijde. Někdy je to hodně smutný pohled*“. Když se nad tím zamyslíme a vrátíme se k části, kde jsme hovořili o vidině „dobré smrti“, zjistíme, že toto se jí bohužel téměř vůbec nepodobá.

Další otázka na respondenty týkající se péče o umírající byla o tom, co jejich péči ovlivňuje. Nejvíce jsou prý ovlivňováni pacientovou rodinou a blízkými, a to ve chvílích, kdy je blíže poznají a rodiny se jim otevrou. Ze své vlastní zkušenosti mohou jen potvrdit, že tomu tak opravdu je. Rodina často o člověku vypráví nebo mluví o běžných dnech, které členové rodiny prožívají, a chtě nechtě vás to zatáhne do děje a přemýšlíte nad tím. Ovlivnění jsou také důvodem hospitalizace pacienta. Kvůli tomu pak pro ně může být smrt pacienta mnohem horší. Ptali jsme se, zda cítili někdy smrt pacienta jako svou prohru či selhání. R7 se s tímto setkal, když mu poprvé zemřel pacient. R4 také uvedl, že ano, a to v situaci, kdy resuscitoval mladého chlapce, který zemřel. Měl v hlavě pak plno otázek, zda vše udělal správně, a dlouho nad tím

přemýšlel. R3 tento pocit také měl, a sice když byl u své první neúspěšné resuscitace. Nevěděl, zda udělal všechno dobře a jestli nemohl udělat víc. Je důležité si zapamatovat, že smrt pacienta nikdy není naší prohrou. Na toto upozorňovala lektorka na jednom z kurzů, kterých jsem se účastnila. R10 také hovořil o situaci, kdy zemřela pacientka, a on nevěděl, zda jí přece jen nemohl poslední chvíle ještě zpříjemnit. Ovšem nemluví o prohře či selhání, ale o bezmoci, kterou uvedli i další respondenti. Respondenti jsou také často ovlivňováni tím, že si promítají své blízké do rolí pacienta. Je tomu nejčastěji v případech podobného věku nebo koníčků, při kterých se nehoda stala. Někdy je těžké se s touto situací vypořádat. O této problematice píše také Seymour (2001) – dle něj se většina zdravotníků snaží o vytvoření integrity povolání. Chtějí rozlišit osobní a pracovní identitu, být při poskytování informací empatičtí, citliví a vhodným způsobem komunikovat, vyzdvihnout komfort umírajícího a pochopit jeho tělesnou stránku jako nositele osobnosti, a jako poslední, ochránit tím a rozlišit ošetrovatelskou a medicínskou péči. Sestry, které považují komunikaci a blízký vztah s umírajícím pacientem za důležitou část své profese, mají často tendenci vědomě potlačovat prožívání a své emoční rozpoložení. Mnoho sester se může ocitnout v situaci, kdy překračují pomyslné hranice a již neoddělují své vlastní já s tím profesním. V povědomí ostatních jsou sestry v intenzivní péči totiž především „technicky zručné“. Avšak dle Seymour (2011) většina sester uvádí, že pro tuto profesi je důvěrný vztah s rodinou a pacientem velmi důležitý a vyžadovaný.

S respondenty jsme mluvili o náročnosti oddělení profesního a osobního života, o čemž hovoří Seymour (2001) výše. Všichni až na R1 uvedli, že se s tímto problémem setkali anebo se s ním někdy stále setkávají. R8, R3 a R12 uvedli, že to bylo hlavně při nástupu na ARO, a bylo to opravdu náročné. R8 říká: „*Byla jsem mladá a plná ideálů a najednou přišla tvrdá realita.*“ Několik respondentů uvedlo, že se s tím museli naučit pracovat. Někteří nemají problém si tzv. „vyčistit hlavu“ od pracovních záležitostí, hned jak zavřou dveře nemocnice. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že s těmito náročnými situacemi, kterým jsou často vystavováni, se snaží vypořádat různě. Nejčastěji se věnují svým koníčkům, hovoří se svými blízkými anebo prostě jsou sami. Na základě výzkumu Seymour (2001) zjistíme, že každá sestra se s tím vypořádává jinak. Jedna sestra sděluje, že po každé službě je fyzicky a psychicky tak vyčerpaná, že je toho na ni někdy opravdu příliš a cítí se jako robot. Nesmí na to tolik myslet. Pacienti umírají,

bohužel i ti mladí. Věk pacienta hraje dle odpovědí našich respondentů při prožívání smrti nebo při péči o pacienta vlastně tu nejvýznamnější roli.

Již ve škole bylo od studentů požadováno, aby o pacienty pečovali jako o své rodinné příslušníky a porovnávali, zda by byli s odvedenou prací spokojeni, pokud by byla poskytnuta právě jejich blízkému. I já si dodnes pamatuji, jak jsem si na každém lůžku představovala svou babičku, tatínka nebo sestru, a v tu chvíli ve mně bylo mnoho emocí. Pokud budeme hledat zdroj problémů, přijdeme na to, že je to (dle Seymour, 2001) ošetrovatelství jako pomáhající profese.

Při této profesi na tomto oddělení jsme se zajímali také o možnosti využití jakési psychohygieny či psychické pomoci. Na základě zpracovaných odpovědí lze usoudit, že tato péče o pracovníky na ARO chybí. Někteří z nich sdělili, že si myslí, že něco takového existuje, ale odpovědi nebyly jednoznačné, navíc nikdo z nich neuvedl příklad této pomoci. R8 se zamyslel nad tím, že tuto pomoc by možná mohl poskytovat kaplan. Někdo z respondentů působil dojmem, že tuto péči nepotřebuje, a jiný zase řekl, že by ji uvítal, ovšem nemá tu možnost. Velmi znepokojivé pak bylo, kdy dva z respondentů tuto pomoc vyhledávali u nadřízených, ale neúspěšně. Jelikož jsem věděla, že například v hospicích a domovech pro seniory individuální psychická pomoc pro zaměstnance je poskytována, a na základě rozhovoru s jednotlivci také vím, že jsou s ní velmi spokojeni, tak mě tato situace zarazila. Proto jsem se ptala členů paliativního týmu na to, zda něco takového funguje, jelikož právě zde bych předpokládala více informací. Ještě více překvapivé bylo to, když mi bylo řečeno, že tato možnost existuje. V nemocnici je lékař s kompetencí pro poskytování psychohygieny. Otázkou je, kde je tedy problém. Vždyť přece předpokladem kvalitně poskytnuté péče je odborník, který má vhodné pracovní klima a podmínky. A dle mého názoru musí být také v dostatečné psychické pohodě. Dle Woleské (2018) pracovníci na ARO vykonávají vysoce odbornou práci, přičemž ve většině případů jde o život pacienta, pracují v časovém stresu, musí být precizní a rychlí a často jsou konfrontováni se smrtí. R2 zmínil, že první roky na ARO pracoval jako stroj, naprosto si nepřipouštěl smrt pacientů a byl neosobní. R8 také uvedl, že byl plný ideálů (viz výše). I o tomto Woleská (2018) hovoří – počáteční nadšení, absence relaxace a psychohygieny může vést k syndromu vyhoření. Woleská (2018) hovoří o důležitosti dodržování režimu, naplnění základních potřeb, návaznosti směn, složení kolektivu, o pracovním prostředí, motivaci k výkonu, ale také o specifčnosti jednotlivých zaměstnanců. Hovoří také o saturacích potřeb

zdravotnického pracovníka a uvádí například využití Bálintovské skupiny. Bohužel, individuální pomoc zdravotnickým pracovníkům na ARO poskytována není.

Když jsme zjistili absenci této individuální pomoci, ptali jsme se, jak tedy tyto situace zdravotníci řeší, u koho hledají radu a pomoc, když ji potřebují. Nejčastější odpovědí byla ta, že pomoc hledají u kolegů v týmu. Nejčastěji o problému mezi sebou hovoří. R5 dodal, že má v týmu velmi silné členy, a zatím nezaznamenal větší problém se s něčím vypořádat. Ovšem dle něj je velká škoda, že na oddělení nedochází specialista. R8 zase uvedl, že pokud chce zahájit takový rozhovor, musí na něj být vhodná chvíle a nálada. R12 sdělil, že je rád, když si s někým může o problému popovídat, ale uvítal by nějakého cizího a nestranného odborníka. Říká, že přece jen může dojít ke škatulkování, utváření si různých názorů a postojů. U odborníka by věděl, že se jeho problém dál nedostane a že ho daný odborník nebude za jeho názor soudit. Dle odpovědí respondentů můžeme tedy říci, že pomoc hledají u sebe v týmu. Na první pohled mi tento fakt přišel milý a vidím za ním jakési utužování vztahů. Ovšem když jsem se nad tím zamyslela déle, napadlo mě, zda nemůže dojít k přehlčení ostatních členů týmu. Není to pak tzv. předávání tikající bomby? Není toho na „odolnější“ členy týmu někdy už moc? Dokážou oni sami filtrovat tyto problémy? Jelikož tato práce byla věnována především poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče, nemohla jsem se tímto tématem dále podrobněji zabírat.

Další rozsáhlou oblastí, které jsme se věnovali, byla role rodiny. Zaměřili jsme se na komunikaci s ní a také možnosti jejího zapojení do péče o umírajícího blízkého. Na otázku, zda je možnost být s pacientem o samotě, odpovědělo 7 respondentů, že tato možnost není, 2 respondenti, že ano a 4 respondenti, že toto je nabízeno pouze v rámci možností oddělení. Tato odpověď nás nepřekvapila, jelikož ARO je stavebně specifické a pacienti jsou umístěni v jedné místnosti vedle sebe, vyjma několika uzavíratelných boxů, a ne vždy je oddělení prázdné, aby byla možnost na tyto boxy umírající převézt. Respondenti uváděli, že se snaží alespoň vytvořit soukromí pomocí paravánu či závěsu u lůžka. Další oblast byla věnována zapojení rodiny do péče o pacienta. Respondenti nabízejí rodině (v případě zájmu, a pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta) nejčastěji účast při podávání stravy nebo holení. R5, R10 a R12 také uvedli, že nabízí možnost, aby blízcí přinesli z domova oblíbené předměty, fotografie, knihy, hudbu apod. R6 a R1 také informují o možnostech bazální stimulace. R6 říká, že blízcí zčásti ztrácejí stud a jsou v lepší náladě. Dle vlastních zkušeností je tato možnost často potěší a lůžko

pacienta je pak více osobní a méně cizí. O vytvoření domácího prostředí hovoří také Burda a Šolcová (2016). Adam et al. (2004) zase zmiňuje vhodnost zapojení neobvyklých prvků, jako je přítomnost kaplana apod.

Ptali jsme se také, kdo nejčastěji komunikuje s rodinou. Polovina respondentů odpověděla, že lékař, a druhá polovina zase, že sestra. Po delším rozhovoru jsme ovšem zjistili, proč odpovídali tak rozdílně. Lékař je tím, kdo komunikuje s rodinou osobně jako první a sděluje nejdůležitější informace o zdravotním stavu pacienta. Sestra pak například zahajuje telefonický hovor, odebírá potřebné informace a pak předává hovor lékaři. Při návštěvě pak sestra edukuje blízké a také jim sděluje, jak mohou k blízkému přistupovat. R10 zmínil, že například nabádá rodinu, ať se nebojí na něj mluvit, držet ho za ruku a v posledních chvílích mu říci, co potřebují. I na jednom z kurzů jsem se seznámila s nejdůležitějšími větami v životě, které se často vyslovují u lůžka umírajícího. Jsou to tato slova: *děkuji ti, odpusť mi, odpouštím ti, mám tě rád a můžeš jít*. R8 řekl, že lékař sdělí to nejdůležitější, ale sestra je u lůžka s rodinou, často čelí velkým emočním projevům a je vystavena nelehkým otázkám. Také se často setkává s příbuznými, kteří si smrt blízkého nepřipustili a jsou plní naděje a oddalují ji. Opět se vrátím k poznámkám z kurzů – je důležité nebrat naději. Naději člověk sám často ztrácí až těsně před smrtí. Naději je vhodné posilovat, ale zároveň se vyvarovat lhaní a určitě nediskutovat o reálnosti naděje. Příbuzní totiž mají určité obranné mechanismy, které se často snaží skrývat, ale i toto může být součástí.

Ptali jsme se také na bariéry při komunikaci. Nejčastější bariérou bylo místo, kde komunikace mezi zdravotníky a blízkými pacienta probíhá. Všechny odpovědi byly shodné – buď u lůžka pacienta, nebo na chodbě před oddělením. Bohužel jsme zaznamenali, že při této nelehké situaci chybí během komunikace soukromí. U lůžka pacienta je komunikace někdy nevyhnutelná. Ovšem pokud lékař na oddělení musí tyto informace sdělovat na chodbě, za přítomnosti kolemjdoucích, je to dle mého názoru nevhodné. Dva respondenti uvedli, že asi tři nebo dva lékaři si občas blízké vezmou na lékařský pokoj. R5 dodal, že je to například velmi často u potencionálních dárců orgánů. Několik respondentů vyjádřilo svou nespokojenost s tím, že pro takové chvíle a rozhovory není vhodnější místo, kde by mohli blízkým nabídnout příjemnější prostředí, vodu a chvíle klidu. Spousta respondentů také uvedla, že na komunikaci není dostatek času, anebo ho spíše nevyužívají. Jelikož všichni respondenti uvedli, že tato komunikace je nepříjemná, nevyhledávají ji. Další bariérou bylo to, že spousta lékařů i

členů středního zdravotnického personálu neví, jak reagovat, co rodině říci, jak s nimi komunikovat. Díky kurzu komunikace, kterého jsem se zúčastnila, mohu nyní uvést vhodné fráze a nevhodné fráze, kterých je potřeba se vyvarovat. Nevhodné: *Vzchopte se; Máte pro koho žít; Musíte být silný; Máte celý život před sebou; Jsi ještě mladý/á.* Vhodné fráze: *Je mi to líto; Cítím s Vámi; Zvládáte to všechno?; Co je pro vás nejtěžší?; Musíte mít těžké období.* Na základě nedostatků při komunikaci na ARO vyplývajících z odpovědí respondentů by bylo na místě, doporučit tento kurz. Bohužel ne každý v něm vidí smysl.

Pokud se nepodaří vyřešit problém s nedostatečnou komunikací, mohl by být velmi nápomocen právě paliativní tým, který v nemocnici funguje. Po rozhovoru s lékařkou, která v něm působí, bylo bohužel zjištěno, že tato lékařka nikdy nebyla přivolána ani na ni žádná rodina nebyla odkázána, přitom by v této situaci byla ráda nápomocna. Měla jsem možnost být u vedení rozhovoru s pacientem s nevléčitelným onemocněním, u kterého byl zvolen přechod na paliativní péči jako vhodný. Tento rozhovor byl velmi citlivý, individuální a byl na něj dostatek času. V prvním kroku došlo k ujasnění informací a vyjasnění nepřesností. Pacientce byla velmi citlivě znovu sdělena diagnóza a to, že kurativní léčba byla vyčerpána. Lékařka se velmi podrobně věnovala tomu, z čeho má pacientka potěšení, co má ráda, co je pro ni důležité a jak by se chtěla dozvědět další informace o svém onemocnění. Také poradila v sociálním směru, co se týče příspěvku na péči apod. Vše nakonec zrekapitulovala, nabídla možnosti pomoci a zajistila dostatek léků, které ulevují od nepříjemných symptomů. Tento rozhovor by mohl být veden taktéž s rodinou umírajícího a zemřelého.

Předposlední oblastí, o kterou jsme se zajímali, byla pomoc pozůstalým. Na základě získaných odpovědí lze říci, že péče poskytovaná blízkým zemřelého téměř chybí. Jeden z respondentů sdělil, že kdyby o ni někdo žádal, mohl by se obrátit na interventa ZZS, který je v tomto proškolen. Tři respondenti uvedli možnost přivolání kaplana. Ovšem tuto možnost pozůstalým nenabízí. Dva z respondentů uvedli jako formu pomoci předpis psychofarmak či doporučení návštěvy psychologa. Žádná jiná pomoc pozůstalým nabízena není. O'Connor a Aranda (2005) ovšem říkají, že efektivní paliativní péče nekončí úmrtím, ale týká se i péče o pozůstalé a zahrnuje adekvátní komunikaci s nimi. V dnešní době se můžeme dle Špatenkové (2013) setkávat často se selháním neformální pomoci v rodinách. Přichází proto na řadu formální pomoc odborníků. Pozůstalí také říkají, že tyto tíživé situace probírají raději s cizími lidmi,

mimo rodinu, kde mohou volně projevit své emoce. Dle mého názoru by bylo například vhodné, vytvořit jakousi brožurku či leták, kde by se pozůstalí dozvěděli více o prožívání truchlení, možné pomoci, zajištění pohřbu, poradenství, nabídce služeb kaplana apod.

V kurzu psychosociální péče jsem se dozvěděla něco o principech pomoci. Jde o čas na rozhovor, použití otevřených otázek, nedávat zbytečné rady, nepřerušovat pozůstalé, používat prvky aktivního naslouchání (aha, hmmm...), ujištění, že se udělalo vše, co bylo v našich silách, dát pozůstalým prostor. Dovolím si uvést také pár slov, které jsem našla v materiálech od Mgr. Magdy Kümmelové: *Pokud chcete pomoci pozůstalým, musíte být emocionální houbou. Většina lidí si myslí, že musí radit, řešit problémy, být užiteční. Nemusíte. Nemusíte říkat nic, vlastně ani nemůžete říct nic, co by opravdu potěšilo, nemusíte dávat rady (i tak by to bylo k ničemu) a nemusíte dělat nic. Prostě tam jen buďte, vciťte se do jejich bolesti, strachu a trápení. Plňte roli houby. Tato role znamená, že se budete cítit bezradní a neužiteční, protože nic neděláte – ale ve skutečnosti děláte hrozně moc, jste tam, s ním, pro něho* (Wilber, 1995). V Jihočeském kraji poskytuje pomoc pozůstalým Mgr. Magda Kümmelová – Modrá pomněnka (viz příloha č. 8). Centrum Modrá pomněnka také velmi úzce spolupracuje s paliativním týmem, patřícím pod ARO. Dle jejích informací již přibližně dvakrát přivolána k blízkým umírajících byla. Bohužel ale spolupráce není ideální, přitom na ARO dochází často k náhlému úmrtí, a tudíž truchlení pozůstalých se může stát komplikovaným (Kümmelová, 2019). Říká také, že má již ověřeno, že v jiné jihočeské nemocnici tato spolupráce velmi dobře funguje. Překvapivě, velmi dobře prý, spolupracuje Modrá pomněnka také s paliativním týmem, což mohu na základě své praxe jen potvrdit. Paní Kümmelová mi také představila vidinu jisté spolupráce. Nejdůležitější je, aby zdravotníci pracující na ARO o této formě pomoci věděli a nebáli se ji blízkým nabídnout. Řekla, že by bylo ideální, aby klidně i před úmrtím pacienta byla rodině nabídnuta pomoc Modré pomněnky - pokud jsou přítomni úmrtí, může tam být s nimi, kdyby chtěli - tak, jako u ostatních úmrtí bývá. Nebo má možnost přijet hned po úmrtí, po sdělení rodině, že jejich blízký zemřel, atd. Kromě psychické pomoci (je i kvalifikovaným krizovým intervent) může pomoci při zařizování pohřbu a dalších nezbytných záležitostí. Mgr. Magda Kümmelová má možnost být k dispozici kdykoliv, v noci, o víkendu, ve svátek. Myslím, že by bylo velmi přínosné, kdyby se podařilo nějakým způsobem propojit práci paliativního týmu v nemocnici s možnostmi Mgr.

Magdy Kümmelové a myslím, že by byla šance zajistit velmi kvalitní a odbornou péči o pozůstalé na ARO. Paliativní tým by mohl být k dispozici přes den a po skončení služby by mohla být nápomocna právě Modrá pomněnka.

Poslední oblast, které jsme se věnovali, byly možnosti vzdělávání a čerpání informací v oblasti paliativní péče. Velká většina respondentů tyto znalosti získala během studia, přičemž zmiňovali převážně studium na všeobecnou sestru. Další dva uvedli také kurzy a další dva čerpali v literatuře. Aktivně bohužel toto vzdělávání nevyhledávají a nezajímají se o něj. Zjistila jsem, že nemocnice, v níž byl výzkum uskutečňován, nabízí 4 kurzy na téma paliativní péče, komunikace či péče o nevyлéčitelně nemocné. V nemocnici je také možnost účastnit se kurzu ELNEC. Nabízeno je také celoživotní vzdělávání na Lékařské fakultě Ostravské univerzity. Na základě svého pátrání mohu říci, že kurzů a specializačního vzdělávání existuje mnoho. Otázkou je, zda mají respondenti málo času se vzdělávat, nebo jim chybí dostatečná motivace.

7 Závěr

Diplomová práce je věnována paliativní péči v intenzivní a resuscitační péči. Tyto dva obory jsou si bližší, než by se mnohým na první pohled mohlo zdát. Proto je důležité, aby zdravotničtí pracovníci měli dostatek informací, uměli tuto péči poskytovat a znali její smysl. V teoretické části práce jsou v kapitolách zpracovány informace týkající se této problematiky, které se snaží o přiblížení paliativní péče, intenzivní péče a dalších blízkých oblastí. Empirická část práce byla věnována rozhovorům s respondenty, s jejichž pomocí jsme se snažili dosáhnout čtyř vytyčených cílů. Prvním cílem bylo zmapovat povědomí zdravotnického personálu, který pracuje v resuscitační a intenzivní péči, o paliativní péči. Druhým cílem bylo zjistit přístup zdravotnického personálu pracujícího v resuscitační a intenzivní péči k poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Třetím cílem bylo zjistit problémy a nedostatky na straně zdravotnického personálu při poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. A posledním cílem bylo zjistit faktory, které ovlivňují zdravotnický personál při poskytování paliativní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Výzkum byl uskutečněn na ARO jedné nemocnice v Jihočeském kraji.

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že zdravotničtí pracovníci se s pojmem paliativní péče nesetkávají poprvé. Teoreticky ji dokážou skvěle definovat a umí velmi dobře a odborně popsat smysl a cíle této péče. Bohužel paliativní péče není již tak zřejmá a osvojená, co se týče praktického hlediska. Na základě výsledků lze ovšem říci, že zdravotničtí pracovníci se vždy snaží během péče udělat pro pacienta maximum a podat co nejkvalitnější výkon. Všichni oslovení respondenti jsou bez pochyb velkými odborníky, kteří skvěle ovládají ošetrovatelskou péči, běžně poskytovanou na ARO a patří jim velký obdiv za vykonávání této mnohdy nelehké práce. I přes tento potěšující fakt, byly shledány značné nedostatky. Největší nedostatky jsme našli v komunikaci s blízkými pacienta, která je některými respondenty nazývána jako nedostatečná, nebo dokonce tristní. I když se někteří z oslovených respondentů snaží komunikovat správně, stále je spousta těch, kteří to neumějí nebo umět nechtějí. Ke komunikaci ovšem nepřispívá ani nevhodné prostředí, ve kterém je často vedena. Jako problém jsme shledali také nepříliš velkou psychickou podporu zdravotnickým pracovníkům na ARO. Tato práce s sebou nese velkou zátěž a je velmi náročná. Proto by této oblasti možná mělo být věnováno více pozornosti. Z výzkumu také vyplynulo, že snad největším

problémem je absence péče o pozůstalé. ARO je samo o sobě velmi specifické, avšak pomoc pozůstalým by neměla chybět na žádném oddělení, a už vůbec ne zde, kde většina pacientů dnes a denně balancuje mezi životem a smrtí a smrt přichází často nečekaně, dříve než bychom čekali. Smutné je, že i když je v nemocnici fungující paliativní tým, nebyl přizván k možnosti zapojit se do této péče.

Na základě tohoto zjištění jsem navázala kontakt s Mgr. Magdou Kümmelovou z Modré pomněnky, a položila jsem jí pár otázek, které jak jsem v předchozí kapitole uvedla, poukázaly na možnou cestu řešení nedostatečné péče o pozůstalé na ARO.

Výsledky této práce by mohly být prezentovány na přednáškách pro pracovníky ARO a mohly by napomoci zmírnit či naprosto odstranit tyto zjištěné nedostatky. Další práce by mohla být věnována konkrétně psychické podpoře zdravotnickým pracovníkům na ARO anebo pomoci pozůstalým na ARO, jelikož se jedná o široké téma.

8 Seznam použitých zdrojů

1. ADAM, Z. et al., 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 544 s. ISBN 8024702797.
2. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl.*, Praha: Grada, 320 s. ISBN: 978-80-247-5148-1.
3. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 752 s. ISBN: 978-80-247-4343-1.
4. BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, Edice celoživotního vzdělávání ČLK, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
5. BERAN, J., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
6. BETCHER, D. K., RICE, E. M., 2012. Palliative care in an Acute Care Hospital: From Pilot to Consultation Service. *Medsurg Nursing*, 19(2), s. 107–112. ISSN 1092-0811.
7. BRERETON, L. et al., 2012. The hospital environment for end of life care of older adults and their families: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), s. 981–993. ISSN 1365-2648.
8. BURDA, P., a ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl*, Praha: Grada, 234 s. 978-80-247-5334-8.
9. BUŽGOVÁ, R. et al., 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.
10. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
11. ČERMÁK, M., 2007. *Hospicová paliativní péče*. Zdravotnické noviny [online]. (1) [cit. 2020-02-01]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/Hospice%20ZDN%207-07.doc>.
12. DEAR, J., 2016. What It Feels Like to Die: Science is just beginning to understand the experience of life's end. *The Atlantic Monthly Group*. [online] Washington, DC [cit. 2020-10-6] dostupné z: www.theatlantic.com/health/archive/2016/09/what-it-feels-like-todie/499319/.

13. DESMEDT, M. et al., 2011. Palliative in patients in general hospitals: a one day observational study in Belgium. *BMC Palliative care*, 10(1), s. 1–8, ISSN 1472-684X.
14. DOLISTA, J., SAPÍK, M., 2008. *Studie z bioetiky: etika v biomedicině a biotechnice*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 222 s. ISBN 80-7040-876-6.
15. GLADKIJ, I. et al., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
16. GŘIVA, M., 2018. *Paliativní péče v kardiologii: racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 271 s. ISBN 978-80-7553-481-1.
17. GUSTAFSON, D., WEN, K., 2004. Needs assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), s. 1–12, ISSN 1477-7525.
18. HAŠKOVCOVÁ, H., 2015., *Lékařská etika*, Praha: Galén, 229 s. ISBN: 978-80-7492-204-6.
19. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
20. KELNAROVÁ, J., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 236 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
21. KÖNIGOVÁ, R., 2001. Příkaz neresuscitovat a paliativní léčba u těžkých úrazů, *Postgraduální medicína*, Praha, 5(3), s. 518–521. ISSN 1212-4184.
22. KUBÍČKOVÁ, N., 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*, Praha: ISV nakladatelství, 267 s. ISBN: 80-85866-82-X.
23. KÜMMELOVÁ, M., 2018., Učební materiál z kurzu „*Psychosociální péče o nevyлéčitelně nemocné, jejich blízké a o pozůstalé*“ 4 s. , bez ISBN
24. KÜMMELOVÁ, M., 2019., *Psychologicko-etické aspekty posledních věcí člověka*. České Budějovice. Diplomová práce. TF JU.
25. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
26. LANDRUM, M. A., 2012. *Fast facts for the critical care nurse: critical care nursing in a nutshell*. New York: Springer Pub. Co., 269 s. ISBN 978-0826107282.

27. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
28. McGRATH, L. et al., 2013. Cost Effectiveness of a Palliative Care Program in a Rural Community Hospital, *Nursing Economic*, 31(4), s. 176–183. ISSN 0746-1739.
29. MEIER, D. E. et. al, 2010. *Palliative care: transforming the care of serious illness*. San Francisco: Jossey-Bass, 452 s. ISBN 04-705-2717-X.
30. MILES, S. H., 2001. 'The role of the physician in sacred end of life rituals in the ICU' in RANDALL-CURTIS, J. et al. 2001.
31. MLÝNKOVÁ, J., 2017 *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální činnost. 2., doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 300 s. ISBN 978-80-271-0131-3.
32. O'CONNOR, M. a ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vydání Praha: Grada, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
33. PARISH, K. et al. 2006. Dying for attention: Palliative care in the acute setting. *Australian Journal of Advance Nursing*, 10(3), s. 21–25. ISSN 0813-0531.
34. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelsví II*. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
35. POST, F. L. et al., 2007. *Handbook for Health Care Ethic Committees*. USA, John Hopkins University, 327 s. ISBN 0-8018-8448-9.
36. POST, S. G., 2004. *Encyclopedia of bioethics*. 3th ed. New York: Macmillan Reference USA, 537 s. ISBN 0-02-865775-6.
37. RADBRUCH, L. et al., 2010. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 17(1) s. 278–289, EJPC in Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. Praha: Cesta domů.
38. RANDALL-CURTIS, J. et al., 2001. *Managing Death in the Intensive Care Unit. The Transition from Cure to Comfort*, Oxford University Press, 408 s. ISBN 978-0891349983.
39. RATISLAVOVÁ, K., 2016 *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.
40. ROBINSON, J. et al., 2013. Patient and family experiences of palliative care in hospital: What we know? *Palliative medicine*, 28(1), s. 18–33, ISSN 1477-030X.

41. SEYMOUR, J. E., 2001. *Critical Moments: Death and Dying in Intensive Care*, Open University Press, Buckingham, 208 s. ISBN 978-0335204236.
42. SLÁMA, O. et al., 2011. *Paliativní medicína pro praxi 2*. Praha: Galén, 363 s. ISBN: 978-80-7262-849-0.
43. SLÁMA, O. et al., 2013. *Paliativní péče v ČR v roce 2013*. Praha a Brno: Perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP.
44. SLÁMA, O., 2009. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci terminálně onkologicky nemocných pacientů*. Brno, Disertační práce. Masarykova univerzita.
45. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š., 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 48 s. ISBN 80-239-4330-8.
46. *Standard pro jednotku intenzivní péče* [online]. Praha [cit. 2020-06-11]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/odbornik/soubor.ashx?souborid=5188&typ>.
47. ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. Přepřacované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
48. ŠOLTÉS, L. et al., 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. 2. dopl. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 258 s. ISBN 978-80-8063-287-8.
49. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
50. ŠPATENKOVÁ, N., 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody, 2. Přepřacované vydání*. Praha: Grada, 224 s. ISBN: 978-80-247-3736-2
51. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 168 s. ISBN 9788024629414.
52. TOMEŠOVÁ, J., 2016. *Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby*. [online] Písek, [cit. 2020-6-10]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>.
53. VÁVROVÁ, S., 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 160 s. ISBN 978-80-262-0087-1.
54. VEVERKOVÁ, E., 2019. *Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing, 165 s. ISBN 978-80-271-2099-4.

55. Vyhláška č. 99/2012 Sb. *o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*. 2012. Část 36, s. 1580–1581. ISSN 1211-1244.
56. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
57. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*, Praha: Grada, 288 s. ISBN: 978-80-247-3420-0.
58. Výzkumy veřejného mínění Umírání a péče o nevléčitelné nemocné. Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. *Umirani.cz* [online]. 2015 [cit. 2020-08-08]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/data#komunikace>
59. WILSON, W. C., 2007. *Trauma: Critical Care*. Boca Raton: Taylor and Francis group. 1287 s. ISBN 978-0824729202.
60. Wolesská, J., 2018. *Emoční zátěž, rizika a obraz syndromu Burn-out v podmínkách ARO a JIP*, [online] Praha, FN Motol [cit. 2020-7-20]. Dostupné z: <https://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/emocni-zatez-rizika-a-obraz-syndromu-burn-out-v-podminkach-aro-a-jip.pdf>
61. YANG, G.M. et al., 2012. What is the role specialist paliative care in an acute hospitál petting A qualitative study exploring views of patinets and carers. *Pallitive Medicine*, 26(8), s. 1011–1017. ISSN – 1477- 030X.
62. ZADÁK, Z., HAVEL, E. et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, 448 s. ISBN 978-80-271-0922-7.
63. Zákon č. 372/2011 Sb., *O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* (zákon o zdravotních službách), 2011. In: Sbíрка zákonů České republiky, část 131, s. 4759. ISSN: 1211-1244

9 Seznam příloh

Příloha č. 1 a 2 – Dříve vyslovené přání - odkaz

Příloha č. 3 – Fáze vyrovnání se s těžkou životní situací

Příloha č. 4 – Desatero pro pozůstalé

Příloha č. 5 – Otázky k rozhovoru

Příloha č. 6 – Kódování rozhovoru

Příloha č. 7 – Doporučení pro rozhovor s pozůstalými

Příloha č. 8 – Kontakt na centrum pomoci rodinám nevyléčitelně nemocných
a pozůstalých

10 Seznam zkratek

ZŽF – základní životní funkce
KPR– kardiopulmonální resuscitace
ARO– anesteziologicko-resuscitační oddělení
DNR– do not resuscitate
IP – intenzivní péče
TSK – tracheostomická kanyla
ZZS – zdravotnická záchranná služba
DVP – dříve vyslovené přání
ČR – Česká republika
SŠ – střední škola
VŠ – vysoká škola
VOŠ – vyšší odborná škola
PTSP – posttraumatická stresová porucha
apod. – a podobně

Příloha č. 1 a 2

Vzory dříve vyslovených přání jak pro pacienty, tak pro lékaře lze dohledat na webu

<https://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani>

DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ
Manuál pro lékaře

CESTA
DOMU

DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ
Manuál nejen pro pacienty

CESTA
DOMU

Dříve vyslovené přání
Já, níže podepsaný/podepsaná r. č.
pro případ, že bych se dostal/a do takového zdravotního stavu, ve kterém
nebudu schopen/schopna vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím
zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, vyslovuji následující
dříve vyslovené přání dle § 38 zákona č. 372/2011 Sb., resp. předběžné
prohlášení dle § 38 zákona 89/2012 Sb., občanský zákoník.

Článek I.
Pro případ, že
1. má schopnost vnímat a chápat okolí bude podstatným způsobem
narušena tak, že budu i v běžných každodenních úkonech závislý/á na
dopomoci jiné osoby,
2. můj stav bude vyžadovat přístrojovou podporu životních funkcí
včetně umělé výživy a hydratace,
3. se budu nacházet v terminální fázi nevyčísitelného onemocnění nebo
v jiném medicínsky nadále neovlivnitelném nepříznivém stavu bez
naděje na jeho zlepšení apod.,
souhlasím s tím, aby mi byla poskytována péče ...*(např. tlášení obtíží,
tedy bolesti, neklidu, strachu, dušnosti nebo nevolnosti, podávání anti-
biotik, umělé výživy, dialýzy atd.)*, a tuto péči požaduji, a
nesouhlasím s péčí...*(např. nasogastrická sonda, PEG sonda, umělá
plicní ventilace, antibiotika atd.)*, a tuto péči odmítám.

Článek II.
Součástí tohoto *dříve vysloveného přání* je i písemné poučení mým lé-
kařem v oboru MUDr. o důsledcích
mého rozhodnutí.

Článek III.
S tímto mým *dříve vysloveným přáním* byl/a seznámen/a který/á
je plně informován/a o mých životních postojích podstatných pro vý-
klad mého *dříve vysloveného přání*.
Pro případ, že by nastala situace nepředvídaná v tomto mém *dříve
vysloveném přání* či by nastaly pochybnosti o aplikovatelnosti tohoto
dříve vysloveného přání, činím dle § 38 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb.,
občanský zákoník, předběžné prohlášení v tom smyslu, že si přeji, aby
v případě mé nezpůsobilosti rozhodovat o mé další zdravotní péči roz-
hodoval/a o této péči v intencích tohoto mého *dříve vysloveného přání*
..... r. č.

Článek IV.
Toto *dříve vyslovené přání* platí od a bylo sepsáno ve vyho-
toveních, kdy jedno vyhotovení je součástí mé zdravotnické dokumen-
tace a zbylá jsou uložena

V dne
(ověřený podpis)

svědek (vč. identifikačních údajů) svědek (vč. identifikačních údajů)
V dne
podpis lékaře, který provedl poučení

Dříve vyslovené přání
Já, níže podepsaný/podepsaná r. č.
pro případ, že bych se dostal/a do takového zdravotního stavu, ve kte-
rém nebudu schopen/schopna vyslovit souhlas nebo nesouhlas s po-
slyknutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, vyslovuji
následující *dříve vyslovené přání* dle § 38 zákona č. 372/2011 Sb., o zdra-
votních službách resp. předběžné prohlášení dle § 38 zákona č. 89/2012
Sb., občanský zákoník.

Článek I.
Pro případ, že
1. má schopnost vnímat a chápat okolí bude podstatným způsobem na-
rušena tak, že budu i v běžných každodenních úkonech závislý/á na
dopomoci jiné osoby,
2. můj stav bude vyžadovat přístrojovou podporu životních funkcí
včetně umělé výživy a hydratace,
3. se budu nacházet v terminální fázi nevyčísitelného onemocnění nebo
v jiném medicínsky nadále neovlivnitelném nepříznivém stavu bez
naděje na jeho zlepšení apod.,
souhlasím s tím, aby mi byla poskytována péče ...*(např. tlášení obtíží,
tedy bolesti, neklidu, strachu, dušnosti nebo nevolnosti, podávání anti-
biotik, umělé výživy, dialýzy atd.)*, a tuto péči požaduji, a
nesouhlasím s péčí...*(např. nasogastrická sonda, PEG sonda, umělá
plicní ventilace, antibiotika atd.)*, a tuto péči odmítám.

Článek II.
Součástí tohoto *dříve vysloveného přání* je i písemné poučení mým lé-
kařem v oboru MUDr. o důsledcích
mého rozhodnutí.

Článek III.
S tímto mým *dříve vysloveným přáním* byl/a seznámen/a který/á
je plně informován/a o mých životních postojích podstatných pro vý-
klad mého *dříve vysloveného přání*.
Pro případ, že by nastala situace nepředvídaná v tomto mém *dříve
vysloveném přání* či by nastaly pochybnosti o aplikovatelnosti tohoto
dříve vysloveného přání, činím dle § 38 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb.,
občanský zákoník, předběžné prohlášení v tom smyslu, že si přeji, aby
v případě mé nezpůsobilosti rozhodovat o mé další zdravotní péči roz-
hodoval/a o této péči v intencích tohoto mého *dříve vysloveného přání*
..... r. č.

Článek IV.
Toto *dříve vyslovené přání* platí od a bylo sepsáno ve vyho-
toveních, kdy jedno vyhotovení je součástí mé zdravotnické dokumen-
tace a zbylá jsou uložena

V dne
(ověřený podpis)

svědek (vč. identifikačních údajů) svědek (vč. identifikačních údajů)
V dne
podpis lékaře,
který provedl poučení

Zdroj : <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani>

1. fáze – NEGACE

Bezprostřední reakcí na zjištění život ohrožující choroby je šok. Šok se může projevovat tak, že je člověk zmatený, nechápe, co se s ním děje, není schopen ani přijímat ani třídit informace. Je to prudká reakce, která rychle odeznívá a přechází do fáze popření.

V tomto období přijímá nemocný informace výběrově. Tedy to, co nezapadá do jeho představ a co se neslučuje s jeho nadějemi, to „neslyší“ (nepřijímá). Často sám sebe přesvědčuje, že jde o omyl, který se nějak vysvětlí. Nepamatuje si nic z toho, co mu vysvětloval lékař. Tvrdí, že s ním o jeho nemoci nikdo nemluvil. Postupně se člověk stahuje do ústraní. Přeje si být sám, aby se mohl sám se svým osudem vyrovnat.

Nemocného je třeba vyslechnout, vše klidně a nejspíše opakovaně vysvětlovat, trpělivě odpovídat na jeho otázky. Podporu v této době potřebují umírající i doprovázející osoby.

2. fáze – AGRESE

Nemocný je plný negativních emocí, které velmi těžko ovládá. Je plný zmatku a protestu, nechápe, proč zrovna on musel takhle onemocnět, vynořují se pocity viny, snaží se přijít na to, co ve svém životě udělal špatně, za co nyní musí pykat. Zmítá se v pocitech křivdy, zlobí se na celé své okolí. Nic mu není vhod. Přitom si v koutku duše uvědomuje, že ti lidé, na kterých si vylévá zlost, za jeho onemocnění nemohou. Cítí se zahanbeně, ale nemůže si pomoci.

Není řešením odpovídat na agresivní výpady nemocného všechápajícím úsměvem ani výčitkami. To by měli vědět zejména příbuzní. Ti jsou často zatíženi pocitem viny, že se chtěli k umírajícímu pěkně chovat, ale reagují na jeho agresi svými negativními emocemi. Rodina by měla vědět, že se jedná o fázi umírání, která je přechodná, zákonitá, není to žádný naschvál nemocného, a že je přirozené, když na nespokojenost a rozmrzelost nemocného reaguje svými emocemi.

Pokud má nemocný zájem, umožníme mu mluvit o jeho emocích – o vzteku, strachu, úzkostech a pocitech nespravedlnosti, o bezmoci, zoufalství, rezignaci, o smutku nad zmrzačeným tělem. Hněvivé výroky na adresu zdravých chápeme v kontextu jeho touhy žít a jeho zklamání, že nastala situace, která tolik změnila jeho život. Nesmíme to brát osobně.

3. fáze – SMLOUVÁNÍ

V této fázi nemocný již ví, že situace je jasně dána chorobou. Uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak naplnit čas, který ještě zbývá, zamýšlí se nad tím, co by ještě rád zažil. Smlouvá o čas. Častým přáním je dožít se promoce dítěte, svatby vnuka apod.

Ten, kdo provází ve fázi smlouvání, má významný úkol – pomáhat nemocnému vytvářet krátkodobé cíle a každý sebemenší splněný cíl ocenit. Cíl by měl být obsahový, nikoli časový. Ptá-li se nemocný, jestli se může dožít nějaké události za tři, čtyři roky, nikdy neříkáme „to sotva“. Mluvíme o tom, proč je to pro něj důležité, a také o tom, že je to možné, ale že nikdo nemáme „záruční list“ na další den.

V této době je nemocný nejvíce otevřený nabídkám zázračných léků a léčitelů. Je třeba pečlivě zvažovat, za co je dobré platit penězi i časem.

4. fáze – DEPRESE

Zdravotní stav nemocného se zhoršuje, nemocný je stále zřetelněji konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti a že není vyhnutí. Je unavený zmařenou nadějí, vyčerpaný nepohodou těla a často psychicky zesláblý. Přichází hluboký smutek nad ztrátou zdraví, nových možností a další budoucnosti.

Ve fázi deprese mají své místo antidepresiva, ale nejvíce pomáhá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu a provází jej těžkým obdobím na konci života. Pro umírajícího je důležité, aby měl s kým hovořit o strachu ze smrti a o všem, co mu jde hlavou. Dostane-li se mu podpory a pochopení, fáze deprese nemusí být dlouhá.

Trpělivě naslouchajte, co nemocného trápí. Pravděpodobně bude chtít urovnat si vztahy se svými blízkými. Pomozte mu s tím jako i s hledáním dalších řešení jeho problémů a úzkostí.

5. fáze – SMÍŘENÍ

Poslední fází je smíření, přijetí pravdy. Nemocný akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se nalézá. Snaží se o co nejlepší způsob života v rámci daných podmínek. Do stavu vnitřního míru, klidu a vyrovnanosti se zdaleka nemusí dostat každý. U nemocného může dojít k rezignaci, beznaději.

Místo slov může často pomoci mlčenlivá lidská přítomnost, držení za ruku, utírání slz.

Zdroj: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/faze-vyrovnani-se-s-tezkou-nemoci-a-ztratou>

Příloha č. 4 – Desatero pro pozůstalé

- 1) Zapojte se do přípravy pohřbu.
- 2) Hovořte o zemřelé osobě.
- 3) Dejte vědět ostatním blízkým a dovolte, aby vám pomáhali.
- 4) Zachovejte, pokud možno, normální režim.
- 5) Snažte se o to, aby vaše strava byla hodnotná.
- 6) Posuďte, zda váš zdravotní stav nevyžaduje péči lékaře.
- 7) Dovolte si truchlit.
- 8) Udělejte si čas na truchlení.
- 9) Dovolte si zlostné pocity.
- 10) Nebojte se vyhledat pomoc.

Zdroj: (Špatenková, 2013)

Příloha č. 5 – Otázky k rozhovoru

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jaká je Vaše délka praxe ve zdravotnictví?
3. Na jakém oddělení nyní pracujete a jak dlouho?
4. Dokážete vlastními slovy popsat cíle a smysl paliativní péče a intenzivní péče? Myslíte si, že tyto obory spolu nějak souvisí? Pokud ano, prosím, popíšete jak.
5. Proč si myslíte, že poskytování paliativní péče, do nemocničních zařízení patří, či nepatří?
6. Je na oddělení, kde pracujete, paliativní péče poskytována vhodně? Kdo ji poskytuje?
7. Jaké pozorujete výhody či nevýhody, týkající se umírání v nemocničních zařízeních?
8. Popište jaký je váš postoj k umírání a smrti a jaká je Vaše představa o tzv. „dobrém umírání“?
9. Setkal/a jste se na oddělení, kde pracujete s dříve vysloveným přáním pacienta? Čeho se nejvíce týká? Myslíte si, že je časté? Pokud ne, proč?
10. V jakých případech se nejobvykleji objevuje kód DNR?
11. Co je dle Vašeho názoru nejdůležitější, při poskytování péče umírajícímu pacientovi? Jak tato péče na oddělení, kde pracujete, vypadá?
12. Setkáváte se s limitací léčby? Kdo a v jakých případech o ni rozhodne? Jak tato péče dále vypadá?
13. Nastala někdy za Vaši dobu praxe na oddělení situace, kdy člen týmu, jenž pečuje o pacienta, vyslovil nesouhlas s limitací léčby? Pokud ano, jaký byl další postup? Pokud ne, jaký si myslíte, že má toto důvod?
14. Jak na Vás působí péče o umírajícího? Jaké jsou nejvýznamnější faktory, které Vaši péči ovlivňují?
15. Je možné, na oddělení kde pracujete, požádat v náročných situacích o pomoc? U kolegů, vedení, odborníků? Existuje v těchto situacích možnost jakési psychohygieny? Jak se s náročnými situacemi vypořádáte?
16. Cítil/a jste někdy smrt pacienta, jako svou prohru či selhání? Z jakého důvodu?

17. Stalo se Vám, že jste obtížně v některých situacích oddělovala osobní a profesní život? (Myšlenky na pacienta v osobním volnu, vcítění se do role blízkých, promítání si svých blízkých do role pacienta apod.) Jak se této situaci snažíte vyhnout?
18. Je možnost zapojení rodiny do péče o umírajícího? Jak? Mají možnost být s blízkým sami?
19. Jak na oddělení probíhá komunikace s blízkými pacienta? Kdo s nimi nejčastěji komunikuje? Je na tuto komunikaci dostatek času? V jakém prostředí/kde tato komunikace probíhá?
20. Je pro Vás komunikace s blízkými náročná či nepříjemná? Proč?
21. Jaké jsou nejčastěji se vyskytující bariéry, nedostatky či problémy v oblasti komunikace s rodinou? (Podávání informací, předání pozůstalosti, odebrání anamnézy apod.)
22. Je na oddělení, kde pracujete, nabízena pomoc blízkým zemřelého? Jakou formou?
23. Získával/a jste někde, někdy informace o paliativní péči? Kde to bylo?
24. Máte nějaké možnosti se, v případě zájmu, této oblasti vzdělávat? Kde?

Zdroj: vlastní

Příloha č. 6 – Kódování rozhovoru

Otázky k rozhovoru s respondenty:

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

vyšší odborné

2. Jaká je Vaše délka praxe ve zdravotnictví?

2 roky

3. Na jakém oddělení nyní pracujete a jak dlouho?

na 1 rok

4. Dokážete vlastními slovy popsat cíle a smysl paliativní péče a intenzivní péče? Myslíte si, že tyto obory spolu nějak souvisí? Pokud ano, prosím, popíšete jak.

Paliativní péče je péče o pacienta, u kterého neprobíhá akutní léčba a pacient umírá a cílem je to umírání „příjemně“ a připravit na to jak pacienta tak jeho rodinu. Zatím co intenzivní péče je vlastně akutní péče, kde se provádí život zachraňující úkony. A ano, myslím si, že spolu souvisí v tom, že oboje se dotýkají smrti ale každý obor trošičku jinak. V intenzivní péči se snažíme zachránit život, udržet pacienta při životě, zatím co v paliativní víme, že smrt přijde, nijak ji nenapomáháme, neurychlujeme, to ne, ale snažíme se to co nejvíce zkvalitnit: to umírání.

5. Proč si myslíte, že poskytování paliativní péče, do nemocničních zařízení patří, či nepatří?

Myslím si, že patří, protože v nemocnicích umírají lidé a je jich spousta a je to dá se říct, že snad i nepřirozený, umírat v nemocnici. Ti lidé by měli umírat doma, v kruhu rodiny a ne na cizím lůžku v cizím pokoji a ještě když tam vedle nich někdo leží a ten člověk vlastně umírá sám. Takže si myslím, že paliativní péče by v nemocnicích měla být. (Myslíte si, že víc lidí umírá v nemocnicích a nebo doma?) Myslím si, že doma ale i to množství co umírá v nemocnicích je velké.

6. Je na oddělení, kde pracujete, paliativní péče poskytována vhodně? Kdo ji poskytuje?

Poskytována je, ale nevím jestli vhodně nebo dostatečně. Myslím si, že paliativní péči by měl poskytovat jak lékař, tak sestra, nebo ošetřující personál, který se o pacienta stará, si tím že ta vyšší paliativní péče, nebo jak to říct, by mohl poskytovat paliativní tým, který teď nemocnice má zřízený a ten by mohl také ty zaměstnance směřovat, jak s tím člověkem zacházet. Protože to také njede, pořád neustále s tím člověkem být. Ale myslím si, že kdokoli se o toho člověka stará, sanitář, sestra, lékař, vždycky je potřeba k tomu pacientovi tak přistupovat, aby věděli jak s ním zacházet a tak. (Chápu správně vaši odpověď tak, že paliativní péči by měl umět poskytnout každý, kdo se o pacienta stará?) Ano.

7. Jaké pozorujete výhody či nevýhody, týkající se umírání v nemocničních zařízeních?

Výhod není mnoho, ale jedna z nich je, to že ten člověk by nikdy neměl umírat v bolestech nebo se dusit a tak, že vždycky jsou možnosti, jak buď tlumit bolest, zajistit dýchání, oxygenoterapii všechno, aby ten člověk umřel v klidu, důstojně. Protože v domácí péči, když ten člověk leží doma, sám, tak ta rodina to třeba nezvládne tu péči o toho člověka, tlumit

bolesti, pokud ovšem nejsou domluveny s nějakou sestřičkou-hospicovou nebo s hospicem mobilním. Ten člověk může umřít doma, ale může se dusit, umřít na udušení a to by se v té nemocnici stát nemělo. Tam by se komplikace vždy měly nějak vyřešit. Mluvím o udušení, protože to mi přijde hrozné. Nevýhody v nemocnici. Člověk je vytržen z svého vlastního přirozeného prostředí, málokdy je obklopen rodinou, umírá sám v cizím prostředí ale to jsem zmiňoval výše.

8. Popište jaký je váš postoj k umírání a smrti a jaká je Vaše představa o tzv. „dobrém umírání“?

Začnu od konce, dobré umírání. (Pro Vás) Jo aha konkrétně pro mě, jaká by byla dobrá smrt. Já vím že všichni říkají, že je to v kruhu rodiny, ale já jsem dříve říkal, že bych chtěl zemřít starý při mém oblíbeném koníčku, motorce. Jako ne se vybourat ale abych zastavil, třeba v klidu zemřu. (Takže chcete zemřít sám, na motorce? Bez rodiny a blízkých? Chápu to správně?) Jo, tuhle myšlenku jsem měl dřív, když jsem byl sám, bez rodiny, ale teď se to všechno postupem času změnilo, jsem názoru, že zemřít se má v kruhu rodiny. Zažil jsem to i u nám doma, když umírala prababička, byli jsme tam celá rodina a babička naposled vydechla a umřela v klidu. Tak by to si myslím, mělo vypadat.

9. Setkal/a jste se na oddělení, kde pracujete s dříve vysloveným přáním pacienta? Čeho se nejvíce týká? Myslíte si, že je časté? Pokud ne, proč?

Setkal jsem se s DNR, ale zažil jsem to i v případě toho, že toto napsal lékař, že resuscitační péči neindikuje. (A to přání měl pacient když přijel?) Já si právě nevzpomínám, ale myslím, že to říkala rodina a nejspíš to někde měli ověřené a napsané. Myslím, že se to nejvíce týká té resuscitace a hlavně, pokud je lucidní lékař, tak sám vidí, jaký by přinesla KPR benefit 90ti letému nemocnému pacientovi. Má to smysl, když ta vidina, ta kvalita budoucího života je takřka nulová. A jestli je dříve vyslovené přání časté, to nevím, já jsem se s ním vlastně nesešel, vím že je třeba registr. v případě, že nechtějí darovat orgány. Myslím si není časté, protože lidí o tom nemají moc ponětí, že to existuje.

10. V jakých případech se nejobvykleji objevuje kód DNR?

Většinou onkologičtí pacienti, v terminálním stádiu. To je nejčastější, jelikož si myslím, že ti jsou s tím seznámeni. Starší lidé o tom třeba vůbec neví, že něco takého je. Ale u těch onkologických, ty si myslím, že jsou s tím seznámeni.

11. Co je dle Vašeho názoru nejdůležitější, při poskytování péče umírajícímu pacientovi? Jak tato péče na oddělení, kde pracujete, vypadá?

Podle mě, je nejdůležitější aby pacient nikdy nebyl sám, nečekat, nekoukat na monitor až bude nula, až dohře srdce. (Co vlastně znamená, nebýt sám?) Měla by se kontaktovat rodina, pokud to je možné. Pokud tam ta rodina nemůže být nebo není, tak je většinou jedna sestra na jednoho pacienta a myslím si, že by měla být s ním, neměla by ho nechat úplně samotného. A ta péče by měla vypadat tak, že lékař zhodnotí stav a ví, že nastane konec a měl by s tím seznámit blízké, říct jim aby přijeli, pokud chtějí, se rozloučit. (Vypadá to tak? Funguje to takhle?) Ne.

12. Setkáváte se s limitací léčby? Kdo a v jakých případech o ni rozhodne? Jak tato péče dále vypadá?

Prosím jen mi maličko upřesněte otázku, asi ji moc nechápu, pardon. (Je myšleno například vysazení některých léků, absence vyšetření apod. u pacientů umírajících, kteří jsou třeba převáděni z intenzivní na paliativní péči) Můj osobní názor je, že by se neměly dávat nějaké velké dávky léků, které už víme, že určitě nepomohou, spíše naopak, zatíží. Pacienti by měli mít léky na bolest, sedací a hlavně by neměli mít tu bolest. Měli by být v klidu. Nemyslím si, že by se v této poslední chvíli měly podávat třeba léky na onkologickou léčbu a tak. A o limitaci rozhoduje lékař.

13. Nastala někdy za Vaši dobu praxe na oddělení situace, kdy člen týmu, jenž pečuje o pacienta, vyslovil nesouhlas s limitací léčby? Pokud ano, jaký byl další postup? Pokud ne, jaký si myslíte, že má toto důvod?

Nevím, nenapadá mě žádá taková situace. Asi ne. A důvod proč ne? 90% lékařů je rozumných, oni jsou pod tím podepsaní a ví, proč takhle rozhodli a myslím, že je to vždy, nebo v 99% správně rozhodnutí. Samozřejmě je to asi jiné rozhodování u mladší a u 100 letých.

14. Jak na Vás působí péče o umírajícího? Jaké jsou nejvýznamnější faktory, které Vaši péči ovlivňují?

Pacient na ARO je bohužel, vždy velmi blízko smrti. U umírajících pacientů není potřeba hrozně moc spěchat, všechno dělat v pressu, honem, honem rychle. Ba naopak, všechno si ujasnit, co se bude dít, vše říkat, u kriticky nemocných je to něco jiného, spěchá se, musí se rychle, nesmí se zahálet. A faktory, asi rodina. Když si to všechno dám do souvislosti, oni vyprávějí jaký ten člověk byl, u nás je to „jen tělo“ ale rodina tomu dává ten příběh.

15. Je možné, na oddělení kde pracujete, požádat v náročných situacích o pomoc? U kolegů, vedení, odborníků? Existuje v těchto situacích možnost jakési psychohygieny? Jak se s náročnými situacemi vypořádáte?

Nevím o tom, že by tam byl někdo takový, žádná určená osoba, na kterou se v případě potřeby můžeme obrátit, to ne. Ale třeba v kolektivu si povídáme. Vypořádávám se tak, že to беру tak, že toho člověka moc neznám, tak nad tím nechci tolik přemýšlet. Nemám problém se s tím vypořádat. Chci abych udělal vše dobře, tak jak má být a člověk v klidu mohl odejít.

16. Cítil/a jste někdy smrt pacienta, jako svou prohru či selhání? Z jakého důvodu?

Možná jednou ale nebylo to v práci, bylo to v osobním volnu, u resuscitace při dopravní nehodě u mladého kluka, který pak zemřel.

17. Stalo se Vám, že jste obtížně v některých situacích oddělovala osobní a profesní život? (Myšlenky na pacienta v osobním volnu, vcítění se do role blízkých, promítání si svých blízkých do role pacienta apod.) Jak se této situaci snažíte vyhnout?

To má asi tak každý, potřebuje s někým probrat co bylo v práci, co zažil a tak. Ale ne že bych se hodně trápil, vcíťoval. Vzpomenu si, zamyslím se jak co dopadlo. Nemám s tímhle problém.

18. Je možnost zapojení rodiny do péče o umírajícího? Jak? Mají možnost být s blízkým sami?

Ano, když to jde a chtějí, tak mohou. Je to komplikovanější, protože jsou okolo další pacienti u kterých je hodně práce. A vypadá to tak, že tam ta rodina je, mohou ho třeba oholit. Sami

s ním moc být nemohou, lze tak dát pouze paravan a zatahnou závěs pouze pokud je paceint na lůžku na boxe.

19. Jak na oddělení probíhá komunikace s blízkými pacienta? Kdo s nimi nejčastěji komunikuje? Je na tuto komunikaci dostatek času? V jakém prostředí/kde tato komunikace probíhá?

Po medicínské stránce, by se toho měl nejvíce chopit lékař. Je k tomu oprávněný. My jakožto středníci, my bychom asi měli probírat spíše to lidské, ne tu medicínskou část. Popovídat si s rodinou, pokud budou chtít a vyslechnout ho. Není dobré to zas z nich tahat a nutit je k rozhovoru. (Je na žádanou komunikaci tedy čas?) To je různě, jsou dny kdy ano, ne třeba 4 hodiny ale nějaký čas je. A pak jsou dny, kdy není čas. (V jakém prostředí tato komunikace probíhá nejčastěji?) Na chodbě před oddělení, nebo u lůžka.

20. Je pro Vás komunikace s blízkými náročná či nepříjemná? Proč?

Jak kdy. Zas je rozdíl, jestli jde o mladého či staršího člověka. Je rozdíl hovořit s dcerou, vnukem a je rozdíl hovořit s mámou od dítěte. To není přirozené. To že umírá starý člověk je přirozené, to že umírá dítě ne. Tak je rozdíl jak to je smrt, jestli je to trauma rychlá, neočekávaná smrt nebo jestli je ten stav dlouhodobě kritický. Tam se dá na to připravit, i když to nejde ale třeba rozloučení zařízení věci. U náhlého úmrtí to tak není.

21. Jaké jsou nejčastěji se vyskytující bariéry, nedostatky či problémy v oblasti komunikace s rodinou? (Podávání informací, předání pozůstalosti, odebrání anamnézy apod.)

Někdy třeba vůbec nekomunikuje rodina, nepřevzou si pozůstalost apod. Někdy to nezvládají a třeba přijdou s odstupem času a někdy už jsou právě v tomhle připraveni a vědí co a jak. (A co nedostatky nebo problémy ze strany personálu) No, nechtějí s lidmi mluvit, přijde jim to divné, neví co mají říkat, neví jak reagovat. Každý člověk to prožívá jinak, někdo lépe, někdo hůře. Ne každý je empatický a dokáže se vcítit a neví jak se chovat.

22. Je na oddělení, kde pracujete, nabízena pomoc blízkým zemřelého? Jakou formou?

Ne, není

23. Získával/a jste někde, někdy informace o paliativní péči? Kde to bylo?

Ano, jednou jsem byla na Hoderově dni, pak také okrajově v absolutorské práci a jinak asi moc ne. Víím, že my záchranáři té paliativky nemáme tolik jako sestry.

24. Máte nějaké možnosti se, v případě zájmu, této oblasti vzdělávat? Kde?

Asi ano, je to jako se vším. Když někdo chce, tak si něco najde. A když nechce, tak se nevzdělává

Příloha č. 7 – Doporučení pro rozhovor s pozůstalými

Doporučení pro rozhovor s pozůstalými

- Udělejte si na rozhovor čas.
- Představte si sám sebe v roli pozůstalého.
- Používejte otevřené otázky.
- Nedávejte zbytečné rady.
- Nepřerušujte truchlícího v hovoru.
- Používejte prvky aktivního naslouchání (aha, ano, hmm...)
- Nemluvte příliš, nechte prostor hlavně pozůstalému.
- Využívejte ticho jako silný nástroj konverzace.
- Spíš, než abyste mluvil, naslouchajte.
- Neodsuzujte.
- Poskytujte ujištění, že jste udělali Vy i pozůstalí vše, co bylo ve vašich silách.
- Dovolte pozůstalému truchlení se všemi jeho projevy.
- Nevyhýbejte se používání „silných“ slov (místo „smrt“ neříkat „to“, „...“)
- Nemějte obavy zmínit se o zemřelém – pozůstalým více pomůže pěkná vzpomínka na zemřelého, než vyhýbání se vzpomínkám vůbec.
- Nesnažte se zabránit pláči pozůstalého – poskytnout bezpečný prostor pro ventilaci emocí je na místě.

Zdroj: Učební materiál z kurzu „*Psychosociální péče o nevléčitelně nemocné, jejich blízké a o pozůstalé*“ – Mgr. Magda Kümmelová

Příloha č. 8 – Kontakt na centrum pomoci rodinám nevléčitelně nemocných
a pozůstalých



tel: +420 720 666 663

poradna@modrapomnenka.cz

Modrá pomněnka, z.s.

M. Horákové 1750

České Budějovice

370 05

Zdroj: <https://modrapomnenka.cz/pro-pozustale/>