

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Bc. Anna Pešková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Úloha sestry při komunikaci s rodinou zemřelého dárce orgánů

Bc. Anna Pešková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Anna Pešková**
Osobní číslo: **Z19310**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Úloha sestry při komunikaci s rodinou zemřelého dárce orgánů**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS. *Vybrané kapitoly z intenzionní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2016, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. KIESLICHOVÁ, E. *Dárci orgánů*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-451-7.
3. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
4. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4754-71.
5. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzionní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.
6. KENTISH-BARNES, Nancy, Sylvie CHEVRET a Elie AZOULAY. *Impact of the condolence letter on the experience of bereaved families after a death in intensive care: study protocol for a randomized controlled trial*. Trials. 2016, 17(1). ISSN 1745-6215. Dostupné z: doi:10.1186/s13063-016-1212-9

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Úloha sestry při komunikaci s rodinou zemřelého dárce

jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 29.4. 2021

Bc. Anna Pešková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří PhDr. Zdeňku Hrstkovi, PhD. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnoval. Děkuji všem sestřičkám, které i přes těžkosti a velké pracovní nasazení pomohly s průzkumnou částí mé práce. Děkuji i své rodině za ohromnou trpělivost.

ANOTACE

Hlavním cílem diplomové práce je popsat zkušenosti a úlohu sester v komunikaci s rodinou potenciálních dárců orgánů a zjistit, v jakém rozsahu se na ní podílejí. Způsob sdělení a přístup zdravotníků může ovlivnit nejen budoucí život rodiny. Vytvoření důvěrného vztahu mezi sestrou a rodinnými příslušníky může napomoci k získání orgánů mnoha nemocným pacientům. Záměrem práce je shrnout a přiblížit zásady správné komunikace s rodinou a následně vytvořit ucelený souhrn, který může pomoci sestřám v podpoře truchlící rodiny.

KLÍČOVÁ SLOVA

dárci orgánů, dárcovský proces, komunikace, rodina, péče o pozůstalé, sestra, truchlení

ABSTRACT

The main aim of this thesis is to describe the experience and role of nurses in communication with the family of potential organ donors and find out to what extent they are involved in it. The approach of the medical staff can influence not only the future life of the family. The formation of trustful relationship between the nurse and the relatives can help to obtain organs to many patients in need. The purpose of the thesis is to summarize and describe the principles of correct communication with the organ donor family and subsequently create a comprehensive overview which can help the nurses to support the grieving family.

KEY WORDS

organ donors, donor proces, communication, family, care of the bereaved, nurse, grieving

Obsah

Úvod.....	14
1 CÍL PRÁCE	15
2 TEORETICKÁ ČÁST	16
2.1 Charakteristika oboru intenzivní péče v souvislosti s dárcovstvím orgánů	16
2.1.1 Sestra pro intenzivní péči	16
2.1.2 Pacient v intenzivní péči.....	18
2.1.3 Rodina pacientů v intenzivní péči	20
2.2 Organizace transplantačního programu v České republice a zahraničí	21
2.2.1 Souhlas s odběrem orgánů v ČR	22
2.2.2 Souhlas s odběrem orgánů v zahraničí	23
2.3 Etické principy v dárcovském procesu	24
2.3.1 Princip transplantační etiky – pravidlo mrtvého dárce.....	25
2.4 Komunikace s rodinou	25
2.4.1 Úloha koordinátora v komunikaci s rodinou potenciálního dárce.....	26
2.4.2 Úloha lékaře v komunikaci s rodinou potenciálního dárce	27
2.4.3 Úloha sestry v komunikaci s rodinou potenciálního dárce.....	33
2.5 Rodina potenciálního dárce orgánů.....	39
2.5.1 Proces truchlení	41
2.5.2 Komplikované truchlení	43
2.6 Péče o pozůstalé	44
2.6.1 Formy pomoci pozůstalým	45
2.6.2 Péče o pozůstalé dárce orgánů (refundace nákladů)	46
3 METODOLOGIE	48

3.1 Cíle práce a průzkumné otázky	48
3.2 Metodika průzkumného šetření	48
3.3 Charakteristika průzkumného vzorku	49
3.4 Sběr dat.....	49
3.5 Organizace průzkumu	50
3.6 Etika průzkumu	50
3.7 Limity průzkumu.....	50
4 ANALÝZA A VÝSLEDKY PRŮZKUMU	52
4.1 Charakteristika průzkumného vzorku	52
4.2 Úloha sestry v kontaktu s rodinou.....	53
4.3 Organizace návštěv na oddělení.....	57
4.4 Způsob sdělení a reakce na sdělení	59
4.5 Komunikační dovednosti sester	63
4.6 Podpora rodině	66
5 DISKUSE.....	70
6 SHRUTÍ	79
6.1 Úloha sestry.....	79
6.2 Překážky v komunikaci	80
6.3 Zásady správné komunikace	80
6.4 Nejčastější otázky blízkých osob	81
7 ZÁVĚR	82
8 POUŽITÁ LITERATURA	85
9 PŘÍLOHY	92

SEZNAM OBRÁZKŮ A SCHÉMAT

Obrázek 1 - Kontakt s rodinou	57
Obrázek 2 - Organizace návštěv na oddělení	59
Obrázek 3 - Postoj sestry k reakci na sdělení	63
Obrázek 4 - Komunikační dovednosti	66
Obrázek 5 - Podpora rodině.....	69
Schéma 1 - Kontakt s rodinou	53
Schéma 2 – Organizace návštěv	57
Schéma 3 - Postoj sestry k reakcím.....	60
Schéma 4 - Komunikační dovednosti sester	64
Schéma 5 - Podpora rodině	67

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Nejčastější příčiny nesouhlasu rodiny v zahraničí (Moraes et al., 2008, s. 464).	23
Tabulka 2 - Faktory ovlivňující komunikaci (Tomová, Krivková, 2016, s. 116)	39
Tabulka 3 - Vnímání dárcovského procesu rodinami (Moraes, 2008, s. 458–64)	42
Tabulka 4 - Pocity pozůstalých (Špatenková, 2008, s. 9)	43
Tabulka 5 - Varovné příznaky patologického žalu (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 223)	44
Tabulka 6 - Charakteristika průzkumného vzorku	52
Tabulka 7 - Přehled pracovních pozic	99
Tabulka 8 - Nejvyšší dosažené vzdělání	100
Tabulka 9 - Délka praxe	100
Tabulka 10 - Péče o zemřelé dárce orgánů	101
Tabulka 11 - Výuka komunikace s rodinou	102
Tabulka 12 - Schopnost komunikovat	102
Tabulka 13 - Zájem o komunikaci s rodinou	103
Tabulka 14 - Školící akce	104
Tabulka 15 - Předávání informací	104
Tabulka 16 - Místnost k předání informací	105
Tabulka 17 - Organizace návštěv	106
Tabulka 18 - Soukromí pro rodinu	106
Tabulka 19 - Podpora pro rodinu	107
Tabulka 20 - Přístup sestry	108

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Pracovní pozice	99
Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	100
Graf 3 - Délka praxe	101
Graf 4 - Péče o zemřelé dárce orgánů	101
Graf 5 - Výuka komunikace s rodinou.....	102
Graf 6 - Schopnost komunikovat	103
Graf 7 - Zájem o komunikaci s rodinou.....	103
Graf 8 - Školící akce	104
Graf 9 - Předávání informací	105
Graf 10 - Místnost k předání informací	105
Graf 11 - Organizace návštěv	106
Graf 12 - Soukromí pro rodinu	107
Graf 13 - Podpora pro rodinu.....	107
Graf 14 - Přístup sestry	108

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARIP	Anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
KST	Koordinační středisko transplantací
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
SZŠ	Střední zdravotnická škola
TPM	Transplant Procurement Managers

Úvod

Intenzivní medicína se věnuje nejen lidem ohroženým na životě a snaze zachránit život. Zahrnuje také péči o pacienty, u kterých došlo k nezvratnému poškození mozku a selhávání životně důležitých orgánů. Zákon č. 285/2002 Sb. umožňuje zařadit pacienty s tímto postižením do transplantačního programu a zachránit život lidem, kteří neprodleně potřebují transplantaci svých nemocných orgánů. Bez této možnosti by jejich život nemohl pokračovat. Tento zákon již prošel řadou změn. Poslední verze byla uzákoněna v březnu 2019 pod číslem 97/2019 Sb. A týká se odběrů orgánů u cizinců (Zákon 97/2019 Sb., §10).

Teoretická část práce je zaměřena na prostředí intenzivní péče, úlohu sestry, pacienta a jeho rodinu. Další kapitoly pojednávají o organizaci a etice transplantačního procesu. Svou důležitost má kapitola, která se zabývá komunikací s rodinou a péčí o pozůstalé potenciálních dárců orgánů. Jsou zde popsány podmínky, které by měly být splněny pro klidný průběh rozhovoru a jeho strategie. Stručně je zmíněna úloha koordinátora k rodině. Stěžejní kapitolou je kapitola věnovaná úloze sestry při komunikaci s rodinnými příslušníky.

Empirická část je zaměřena na kvalitativní přístup doplněný dotazníkovým šetřením. Cílem tohoto průzkumu je objasnění úlohy sestry a doporučení v oblasti komunikace s rodinami potenciálních dárců orgánů. Výroky respondentů jsou v této části citovány a tyto citace vedly k vytvoření doporučení uvedených na konci práce.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce je popsat zkušenosti sester s komunikací s rodinami potenciálních dárců orgánů.

Dílčí cíle

1. Zjistit a popsat úlohu sestry ve vztahu k rodině zemřelých dárců orgánů.
2. Zjistit, jaké podmínky jsou vytvořeny k předávání informací příbuzným dle etických zásad a doporučení.
3. Zjistit a popsat osobní postoj sester ke komunikaci s rodinou zemřelých dárců orgánů.
4. Zjistit, jak sestry vnímají své zkušenosti s komunikací s rodinou a potřebu vzdělávat se v této oblasti.
5. Zjistit, jaké možnosti profesionální podpory mají příbuzní k dispozici a jakou formou jim je nabízena v rámci zdravotnického zařízení.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Charakteristika oboru intenzivní péče v souvislosti s dárcovstvím orgánů

Pracoviště intenzivní péče disponuje technikou, přístroji pro monitoraci a náhradu životně důležitých orgánů. Kvalifikovaný lékařský a nelékařský zdravotnický personál zajišťuje prevenci, diagnostiku a terapii multiorgánového selhání. Technické a personální vybavení najdeme ve vyhlášce ministerstva zdravotnictví č. 493/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů (Kapounová, 2020, str. 19).

Toto technické zázemí je do značné míry velmi stresující i pro rodinu, která za svými blízkými dochází. Hluk, alarmující přístroje, prudké světlo a nedostatek soukromí, to vše může mít vliv nejen na pocity pacientů, ale i na jejich nejbližší (Ó Connor, Aranda, 2005, str. 265; Tomová, Krivková, 2016, str. 115). Z mé zkušenosti často i nepřehledné množství invazivních vstupů, které jsou pacientům zavedeny z důvodu podpory životně důležitých funkcí, mohou na rodinu působit stísněně a o to větší strach mají o svého blízkého. Rodina bývá svědky různých nepříjemných ošetřovatelských zásahů, jako je odsávání sekretů z dolních cest dýchacích nebo dutiny ústní. Pohled na takové úkony může zanechat dojem, že je pacientovi ubližováno a musí nesnesitelně trpět. Je na personálu, jakým způsobem se v těchto situacích zachová. Svým postojem a jednáním musí působit na členy rodiny tak, aby jejich znepokojení nepřerostlo hranice jejich utrpení.

Proces umírání se zde zužuje do několika málo dní nebo hodin a z toho vyplývá málo příležitostí k reflexi zkušeností z péče o umírající (O' Connor, Aranda, 2005, str. 272).

Poskytování intenzivní péče musí být v souladu s platnými právními předpisy a zdravotní stav pacientů by měl být posuzován kvalifikovanými odborníky s respektem k základním etickým principům medicíny (Kapounová, 2020, str. 212). Sestra, která pracuje na takovém specializovaném oddělení je mnohdy první, kdo zjistí vymizelé kmenové reflexy u pacienta s mozkovou smrtí a informuje lékaře (Bartůněk et al., 2016, str. 329).

2.1.1 Sestra pro intenzivní péči

Intenzivní ošetřovatelskou péči o dospělé pacienty vykonává sestra se specializovanou způsobilostí v oboru Intenzivní péče. Tuto způsobilost lze získat studiem tohoto oboru nebo

studiem navazujícího magisterského oboru. Za vysoce specializovanou péči se považuje ta, která je poskytována pacientům se selháním životně důležitých funkcí (Bartůněk, 2016, str. 25).

Na odděleních intenzivní péče se řeší otázka života a smrti a všechny zmíněné faktory mohou účinnou komunikaci úplně zablokovat. Role sestry v komunikaci je velice obtížná. Příbuzní často závažné zprávy o stavu svého blízkého nedokážou zpracovat ani pochopit. Sestra zaujímá roli koordinátorky a zprostředkovává výměnu informací, myšlenek, emocí, postojů a jednání (Tomová, Křivková, 2016, str. 52).

Role sestry je nezastupitelná. Je prostředníkem mezi lékařem a pacientem. Také mezi pacientem a rodinou. Spolupráce obnáší profesionalitu, komunikační dovednosti, opakované předávání srozumitelných informací a umožňuje rodině podílet se na ošetrovatelské péči (Tomová, Křivková, 2016, str. 114).

Součástí profesní identity sester je citové zaujetí a vyjádření emocí. Nepříjemné pocity, které mohou nastat, mohou vést k tzv. odosobnění. Snaze, oddělit svou osobnost od té profesní. Aby sestry byly schopné zvládat takové situace, volí techniku „*depersonalizace*“. Techniku, která pomáhá chránit jejich vlastní já. Vyžaduje to však mnoho energie a jsou situace, kdy se tato technika stává neúčinná. Své emoce těžko zvládají (O' Connor, Aranda, 2005, str. 266-267).

Důsledkem může být tzv. syndrom vyhoření, který mívá projevy chladné profesionality a cynismu. Pacienti jsou předmětem odborného zájmu. Zdravotníci užívají nevhodný humor. Autorka Špatenková zdůrazňuje, že tím nejhorším a zraňujícím je to, když se zdravotník začne vyhýbat přímému kontaktu s pacientem a jeho rodinou (Špatenková, 2014, str. 69).

Jednou z hlavních příčin vyhoření je konfrontace s utrpením, umíráním, smrtí a pocitem vlastní bezmoci. Následkem může být snížení pracovního výkonu a zhoršení kvality poskytovaných služeb. Devalvace, depersonalismus, cynismus a pokles empatie, to vše může negativně ovlivnit i postoje k sobě samému, vztahy s kolegy, přáteli i rodinou. Nejen přetížení, nedostatek času, emocionální zátěž, ale i nedostatečná komunikace mezi spolupracovníky může být jeden z vnějších faktorů vzniku vyhoření. Mezi vnitřní faktory řadíme osobnostní charakteristiky, nadměrnou cílevědomost a osobní spokojenost v zaměstnání (Bednařík, Andrášiová, 2020, str. 209).

Sestry musí čelit dotazům příbuzných a tato komunikace vytváří bariéry. Lékaři totiž mají jasně vymezené kompetence při sdělování nepříznivých zpráv. Sestra by měla umět ve shodě s lékařem odpovídat na dotazy příbuzných a měla by zbavit nedůvěry. Významná je také

komunikační dovednost. Ta značně ovlivňuje vztah mezi sestrou a rodinou (Tomová, Křivková, 2016, str. 116). Rodině by sestra měla být oporou a nechat jí čas k adaptaci na nově vzniklou situaci (Kapounová, 2020, str. 133).

Dle mého úsudku vědecké studie pomáhají zdravotníkům v interakci s příbuznými zemřelých potenciálních dárců. Je velice důležité nabídnout programy na sebezdokonalení v komunikaci a podpořit rozvoj jejich komunikačních dovedností, které by napomohly dobrému vztahu mezi členy rodiny v procesu dárcovství orgánů a tkání.

Sestra pro intenzivní péči vykonává činnosti, které jsou rozděleny na základní, specializované a vysoce specializované. Vysoce specializovanou péči poskytuje pacientům, kterým hrozí bezprostřední selhání životně důležitých funkcí (Bartůněk et al., 2016, str. 25).

Kdo je pacient v intenzivní péči popisuje následující kapitola.

2.1.2 Pacient v intenzivní péči

Pacienti v intenzivní péči jsou ohroženi na životě. Selhává jim jeden či více životně důležitých orgánů. Vyžadují multidisciplinární přístup. Poskytovanou intenzivní péči rozdělujeme na tři stupně. Do prvního stupně zařazujeme pacienty, kterým poskytujeme kontinuální monitoraci, přístrojovou a farmakologickou podporu menšího rozsahu. Většinou vykazují známky orgánové dysfunkce. Pacientům s druhým stupněm selhává jedna základní životní funkce a vyžadují kontinuální monitoraci a také farmakologickou a přístrojovou podporu. Jakmile selhávají dvě a více orgánových funkcí, je nutnost pacienty farmakologicky a přístrojově podpořit a spadají do třetího stupně (Kapounová, 2020, str. 19).

Pacienti nejsou schopni vyjádřit svá přání, jsou často v bezvědomí, hluboké analgosedaci, napojeni na plicní ventilaci. Jedinou možnou reakcí může být reakce na bolest grimasou, změnou ve fyziologických funkcích nebo mohou být bez reakce na vnější podněty (Tomová, Křivková, 2016, str 58).

Na jednotkách intenzivní péče se setkáváme s „*dárci*“ orgánů. Munzarová popisuje tento pojem ve spojitosti se slovem „*dar*“. Darem jsou orgány, které mohou pomoci zachránit životy jiným, kteří trpí a čekají na transplantaci. Každý z nás může ve svém životě někoho obdarovat. Pak se jedná o tzv. dárce s velkým D. Autorka se rozepisuje i o studii, kde v rámci anonymního dotazníku bylo zjištěno, že pouze 25 studentů z 205 vědělo, jakým způsobem se při odběru orgánů získává souhlas. Nemůžeme se tedy divit, že ani rodinní příslušníci mnohdy nemají

tušení, jaký postup je uzákoněn v naší zemi, když tyto znalosti nemají ani samotní zdravotníci (Munzarová, 2005, str. 135–136).

Orgány od zemřelých dárců se odebírají pacientům se „*smrtí mozku*“, ale lze provést i odběry od pacientů s tzv. „*nezvratnou zástavou krevního oběhu*“ (Kieslichová et al, 2015, str. 121-123).

Transplantace orgánů je běžnou součástí medicíny. Je také upravena právní normou, zákonem č. 285/2002 Sb. a jinými právními předpisy. Pacienti musí splnit veškerá klinická kritéria smrti mozku. Často se jedná o nemocné po kardiopulmonální resuscitaci s těžkým hypoxickým postižením, po ischemických a krvácivých příhodách, s terapeuticky neovlivnitelným stavem multiorganového selhání se zachovanou funkcí nejméně jednoho orgánu. Další skupinou mohou být pacienti s kraniocerebrálním poraněním (Kieslichová et al., 2015, str. 155).

Často se setkávám s tím, že pokud rodině zdravotnický personál umožní rozloučit se s milovaným člověkem a jeho návštěvu u lůžka, může se jim zdát, že člověk pouze spí poklidným spánkem. Pacient je napojen na ventilátor, který ho okysličuje, netrápí ho žádné bolesti, má uvolněný výraz tváře. Rodině se pak těžko vysvětluje, že pacient je mrtvý.

Šimek (2015) si klade a zároveň odpovídá na otázku, zda je člověk se smrtí mozku skutečně mrtvý. Pacient je napojen na plicní ventilátor, srdce mu bije, ale nejedná se o pouhé bezvědomí. Není žádná souvislost s vegetativním stavem, kde mozkové funkce přetrvávají. Mozková smrt znamená skutečnou smrt mozku. Mozek není vyživován, nereaguje a za těchto okolností už není návratu k vědomí. Ostatní orgány odumírají postupně. Oběti autonehod se stali prvními dárci orgánů. Jednalo se o mladé a poměrně zdravé lidi. Bylo však nutné vyřešit dilema, spojené se souhlasem pacienta, abychom neučinili nic proti vůli pacienta. Koncepce smrti mozku byla v naší společnosti přijata konsenzuálně. Před tím, než byla přijata, muselo dojít k diskusi vědců, lékařů, filozofů, právníků a pacientů. Žádné námitky se neobjevily. Celý tento proces je mravně v pořádku (Šimek, 2015, str. 187).

Zásadní je provést sdělení informace o smrti pacienta takovým způsobem, aby rodina porozuměla. Zároveň povzbudit rodinu a nabídnout prostor pro kladení otázek. Při rozhovoru by mělo být použito slovo „*smrt*“ a je nutné zdůraznit, že osoba není v kómatu. Je třeba vyhnout se slovu „*pacient*“ a nahradit jej „*zemřelý*“, aby se zabránilo eufemismům a jiným výrazům, které by mohly zkreslovat pochopení celé situace (Moraes et al., 2018, str. 705-710). Rodina hraje velkou úlohu v transplantačním procesu a je důležité nepodcenit její význam v této souvislosti.

2.1.3 Rodina pacientů v intenzivní péči

Rodina poskytuje cenné informace zdravotnickému týmu a její úloha je stále nenahraditelná (Kapounová, 2020, str. 132).

Rovněž jsou poskytovány informace rodině, respektive „*osobě blízké*“. Osoba blízká je příjemce informací o zdravotním stavu pacienta, kterého považujeme i nepovažujeme za rodinného příslušníka (Haškovcová, 2007, str. 57).

Tomová s Křivkovou se vyjadřují k významnosti rodiny pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále jen ARO) nebo jednotce intenzivní péče. Onemocnění není problémem pouze pacienta, ale příbuzné zasahuje velkým dílem. Strach o svého blízkého může vyvolat pocity nejistoty, utrpení a obavy z vlastního selhání (Tomová, Křivková, 2016, str. 115).

Dárcovství orgánů se od chirurgických výkonů liší tím, že zahrnuje vděčnost, smutek, ale na druhou stranu i štěstí a spravedlnost. Na tom, jak rodina reaguje, má velký podíl přístup a péče o ni. Rodina reaguje příznivě, pokud k ní personál přistupuje citlivě, s klidem a laskavostí (Chan, 2019, str. 295-308).

Zákon č. 285/2002 Sb. určuje „*princip předpokládaného souhlasu s odběrem orgánů, pokud zemřelý za svého života nevyslovil prokazatelně nesouhlas, ale ukládá povinnost o předpokládaném odběru informovat osobu blízkou*“ (Kieslichová et al., 2015, str. 80).

Toto sdělení příbuzné pouze informuje a nejedná se o získání souhlasu. Komunikace s rodinou je velice obtížná. Jde o informaci, která se skládá z několika kroků. Prvním krokem je sdělení o ukončení orgánové podpory. Druhý krok informuje o možnosti dárcovství orgánů. Ve třetím kroku by měly být zodpovězeny otázky, které klade blízký pacienta. Je důležité se ptát na stanoviska a postoje, které mohl pacient vyjádřit během života (Kieslichová et al., 2015, str. 202).

Bolest ze ztráty, strach ze smrti, psychická, fyzická a ekonomická závislost členů rodiny jsou omezujícími faktory a mohou ovlivnit proces darování orgánů. Je nutné, aby blízcí pacienta měli dostatek informací k pochopení tohoto závažného stavu. Rodině je nutné poskytnout podpůrné prostředí pro diskusi a rozhovor. V tuto chvíli se vlastně z nich stávají „*pacienti*“, kteří potřebují pozornost, porozumění, respekt, trpělivost a podporu od těch, kteří s nimi jednají. Lékaři a sestry s těmito rodinami navazují empatický vztah. Ale tato podpora často chybí pro nedostatek času personálu, neadekvátním zkušenostem a schopnosti zajistit efektivní

komunikaci. Existují důkazy o tom, že pokud rozhovory provádí vyškolený odborník, proces dárcovství orgánů ve správný čas a správným způsobem není komplikován odmítavou reakcí rodinného příslušníka. Je i velká pravděpodobnost, že se blízcí nesetkají s komplikovaným zármutkem. Pokud by z rozhovoru byla cítit neúcta, dojde k podkopání důvěry rodiny v celý transplantační proces (Moraes et al., 2018, str. 705-710).

2.2 Organizace transplantačního programu v České republice a zahraničí

Koordináční středisko transplantací (dále jen KST) je podřízeno Ministerstvu zdravotnictví České republiky (dále jen MZČR) a jeho činnost je dána zákonem. Zdravotnická zařízení mají povinnost informovat o existenci potenciálního dárce na svém oddělení. Evidence osob v tomto registru ukládá povinnost nepokračovat v organizaci, která směřuje k odběru orgánů v případě, že dotyčná osoba je evidována v „Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánů a tkání“. Do registru mají oprávnění vstoupit koordinátoři transplantačních center a zaměstnanci KST. Přístupný je 24 hodin (Kieslichová et al., 2015, str. 88).

V odborné brožuře Dárcovství orgánů v ČR a zásadní role intenzivní medicíny se lze dočíst, že díky změnám v organizaci transplantačního (dárcovského) programu, došlo v první polovině devadesátých let minulého století ke dvojnásobnému zvýšení počtu dárců (Pokorná et al., 2018, str 6).

Transplantační koordinátoři zefektivnili tuto organizaci svým aktivním přístupem ve vyhledávání dárců orgánů. Též byla rozšířena kritéria zemřelých dárců. Dnes již věk neznamena žádnou kontraindikaci. Počty dárců mohou ovlivnit lékaři intenzivisté a celý personál oddělení svou vstřícností k tomuto procesu. Dokonce zákon ukládá povinnost informovat transplantační centrum o výskytu potenciálního dárce na oddělení. Tato práce je velice emočně, medicínsky i časově náročná (Pokorná et. al, 2018, str. 10).

Často se však setkáváme se situací, kdy důvodem, proč potenciální dárce nebyl indikován k odběru, je velká vytíženost lékaře. Celý tento dárcovský proces je časově náročný. Pozice dárcovského konzultanta by tento problém dle španělského modelu (kap. 2.4.1) vyřešila. Dle docentky Pokorné hraje komunikace velkou roli, která v celém medicínském vzdělání chybí (Srbová, 2015).

V České republice (dále jen ČR) je sedm transplantačních center (Příloha H), která zodpovídají za transplantace orgánů, dárcovský program regionu, zařazení nemocných na čekací listiny,

dispenzarizaci žijících dárců orgánů a příjemců orgánů a spolupráci s KST. Informace o pacientovi lze podávat pouze s jeho souhlasem (Kieslichová et al., 2015, str. 84).

2.2.1 Souhlas s odběrem orgánů v ČR

Jsou situace, kdy souhlas nelze získat. Například je-li pacient v bezvědomí. Dle zákona mají právo na informace osoby blízké. Tedy osoby, které jsou v přímé linii. Jsou to rodiče, sourozenci, manžel, manželka, partner, partnerka v registrovaném partnerství. Pokud však spolu pouze žijí a nejsou sezdání, měla by mít každá nemocnice vypracované směrnice nebo se obrátit na právní oddělení (Heřmanová et al., 2012, str. 148).

Odběry orgánů jsou v různých zemích vázány na jistý způsob souhlasu s jejich odběrem.

V ČR může každý občan nesouhlasit s odběrem orgánů v případě, že se nechá zaevidovat do výše zmíněného „Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným darováním tkání a orgánů“. V ostatních případech platí souhlas s tímto odběrem. Jde o tzv. systém „*opting-out*“ (Kieslichová et al, 2015, str. 63).

Dokumenty týkající se nesouhlasu s odběrem orgánů, může podepsat každý, kdo se dárcem orgánů stát nechce. Občané by ale měli vědět, že takový registr existuje a jaká legislativa platí v naší zemi. Mohutný rozvoj sdělovacích prostředků by se o to měl postarat (Šimek, 2015, str. 189).

Další možností, kdy nepřistoupíme k odběru, může být situace, kdy pacient ve zdravotnickém zařízení před svědky prohlásil, že v případě smrti nesouhlasí s odběrem jeho orgánů. Vše musí být zdokumentováno (Baláž et al., 2011 str. 35; Kieslichová et al., 2015, str. 76).

V naší republice se můžeme setkat se situacemi, kdy je rodina ze zákona informována, ale s odběrem nesouhlasí. Legální překážka v tomto případě neexistuje. Přání rodiny je však respektováno, protože zemřelého zastupuje (Kuře et al., 2012, kap.6).

V ČR došlo v první polovině devadesátých let k velkému vzestupu počtu transplantací. Rozvoj týmové spolupráce vyžaduje identifikaci dárců, informovat koordinátory a pečovat o zemřelé tak, aby byla zachována, co nejvyšší kvalita orgánů a ve finále zajištěn odběr a transplantace. Tehdy byl odběr orgánů pouze záležitostí lékařů a rodina pacienta v tuto chvíli nehrála žádnou roli (Šimek, 2015, str. 189).

Jsou ale země, kde k získání souhlasu k odběru orgánů přistupují zcela odlišným a opačným způsobem.

2.2.2 Souhlas s odběrem orgánů v zahraničí

V systému „*opting-in*“ se lidé mohou rozhodnout o tom, zda své orgány po smrti chtějí darovat. Státy, který se tímto systémem řídí, platí velkou daň v nedostatku orgánů. Trpí nedostatkem mnohem více než ostatní státy. Někteří lidé tento dokument nepodepíší. Ne z důvodu, že by své orgány darovat nechtěli, ale z nezájmu. V případě úmrtí takového člověka hraje velkou roli rodina, která ví nejlépe, jaký postoj jejich blízký zaujímal. Pokud dosvědčí, že by souhlasil, orgány se odeberou. V dnešní době má v obou systémech rodina své slovo. Člověk umírá a odchází svým blízkým, přátelům, rodině. Sám již netrpí (Šimek, 2015, str. 190).

Princip předpokládaného souhlasu je v naší zemi, Rakousku, Belgii, Slovensku, Finsku a některých státech USA. Princip předpokládaného nesouhlasu tzv. *opting-in* je ve většině států USA, v Německu, Nizozemí a ve Švédsku. Španělsko využívá systém *opting-out*, ale využívá princip opačný. Vždy žádají souhlas rodiny s darováním. Je zemí s největší transplantační aktivitou. Mají ohromnou podporu vlády a médií. Za výbornou se jeví i spolupráce mezi odděleními dané nemocnice (Baláž et al., 2011, str. 19).

Některé státy umožňují lidem svůj postoj vyjádřit formou tzv. „dárcovských karet“. Těmito zeměmi jsou například Francie nebo Německo (Kieslichová et al., 2015, str. 63). Někde je posmrtnému darování orgánů vyhrazena kolonka v řidičském průkazu (Baláž et al., 2011, str. 19).

Kuře s kolektivem autorů vypracovali kapitoly, které nás stručně uvádí do problematiky etiky současné medicíny. Zvoníček v šesté kapitole Transplantační medicína se zmiňuje o tom, že jsou země, které vyžadují písemný souhlas rodiny (Kuře et al., 2012, kap. 6).

O problematice etiky pojednává následující kapitola.

Tabulka 1 - Nejčastější příčiny nesouhlasu rodiny v zahraničí (Moraes et al., 2008, s. 464)

Náboženská víra
Naděje na zázrak
Neporozumění situaci diagnostiky smrti mozku
Nesouhlas a nepřijetí zacházení s tělem a orgány
Strach a reakce rodiny ze ztráty milovaného člověka
Nedůvěra ve zdravotnické zařízení
Obchod s orgány
Přání zemřelého

2.3 Etické principy v dárcovském procesu

V lékařství existují čtyři etické principy. Je to princip autonomie, beneficence, non-maleficence a princip spravedlnosti. Respekt k autonomii zachovává pacientovi lidskou podstatu, bytostné určení – důstojnost. Je nutné respektovat přání pacienta (rodiny), rozhodnutí druhých, upřímnost v informování lidí (Bartůněk et al., 2019, str. 28).

Porušení principu non-maleficence je často poškození pacienta v zanedbání předání informací lékařem (Bartůněk et al., 2019, str. 29).

Pokud po vyčerpání všech terapeutických možností pacient není zapsán v „Národním registru osob nesouhlasících s odběrem orgánů“, je přípustnost odběru orgánů na základě principu non-maleficence a respektu k autonomii. Tyto principy mohou mít svá pro a proti a na tomto základě mohou vznikat etické diskuse. V knize *Dárci orgánů* (2015, str. 67) doktorka Rusínová dokumentuje tabulku, kde je popsáno srovnání těchto dvou argumentů.

- V současné době je darování orgánů ve shodě s přáním pacienta, ale přihlíží se i k přání osoby blízké. Na druhou stranu může dojít ke ztrátě důvěry veřejnosti v lékaře vůči povinnosti k pacientovi.
- Potenciální dárci orgánů je ve fázi bezprostředního umírání a při odběru je přesto poskytnuta anestezie. Tudíž pacient není poškozován. Proti tomu může být stavěn názor, že rozhodnutí o omezení léčby je ovlivněno snahou uskutečnit odběr.
- Smrt je ireverzibilní fenomén a v souvislosti s odběrem orgánů může být vnímána jako opovrhování cenou lidského života.
- Orgány jsou získávány etickým a legitimním způsobem. Opakem je myšlenka, že stanovení infaustní prognózy může být zatíženo chybou.

Rozvoj transplantační medicíny je medicínsky podložen a společensky žádoucí. Definice smrti byla upravena. Tvoří soubor postupů, podle kterých můžeme smrt stanovit. Tato definice zní: „*Smrt je trvalá (permanentní) ztráta schopnosti vědomí a všech kmenových funkcí mozku*“. Slovo permanentní znamená neschopnost obnovy této činnosti spontánně ani léčebným zákrokem (Kieslichová et al., 2015, str. 66).

Výše zmíněným principem non-maleficence v souvislosti s dárcovským procesem se bude zabývat následující kapitola.

2.3.1 Princip transplantační etiky – pravidlo mrtvého dárce

Tzv. „*pravidlo mrtvého dárce*“ vychází z principu non–maleficence a z respektu k autonomii. Jde o situaci a stav, kdy dárce je sice mrtvý, ale jeho orgány jsou schopné funkce, tzv. viabilní. Toto pravidlo vyjadřuje zásadu, že lékař nesmí způsobit smrt pacienta ve prospěch odběru orgánů. Dárce nesmí být pouhým prostředkem pro získání orgánů, musí s ním být zacházeno s úctou. Už sama Hippokratova přísaha vyjadřuje toto pravidlo. Cílem je ochránit zemřelého před usmrcením kvůli získání orgánů. Pravidlo mrtvého dárce vyjadřuje důvěru v transplantační proces (Kieslichová et al., 2015, str. 62–63).

Význam pravidla mrtvého dárce udávají některé právní a patofyziologické pojmy. Dnešní technologie nahrazují funkci tělesných orgánů, čímž se mění hledisko biologické smrti. Do náhlé přirozené události jako je smrt, můžeme zasáhnout a přeměnit na chronickou, připravovanou událost. Z tohoto důvodu byla zpřísněna kritéria smrti, aby k odběru orgánů bylo přistoupeno až po prohlášení člověka za mrtvého, to znamená až po potvrzení „*smrti jako okamžiku, který odděluje proces umírání od procesu tělesné dezintegrace zemřelého těla*“ (Kieslichová et al, 2015, str. 64).

Respekt k autonomii dárce vyjadřujeme také tím, že pečujeme o jeho rodinu. Rodina prožívá posttraumatickou poruchu po smrti potenciálního dárce a mnohdy je potřeba psychologické pomoci a podpory těmto lidem (Chan, 2019, str. 295-308).

Proces truchlení začíná vyslovením diagnózy smrti mozku. V tuto chvíli se již objevují reakce na zprávy o smrti a výsledkem mohou být emoční poruchy, které pro příbuzné mohou mít do budoucna následky v podobě úzkosti, deprese, pocitů prázdnoty, zmatenosti, popření, strachu a viny. Předtím než lékař rodině oznámí možnost darování orgánů, je velice důležité, aby pochopila, co definice smrti obnáší, že jejich milovaná osoba se již neuzdraví a co znamená mozková smrt (Moraes et al., 2018, str. 705-710).

2.4 Komunikace s rodinou

Kromě zvládnutí organizace transplantačního procesu, která zahrnuje udržet orgány v plně funkčním stavu, zvládnout administrativu, spolupracovat s transplantačním centrem a KST je jedním z úkolů také komunikace s rodinou pacienta. Dle slov docentky Pokorné „*musí sdělit nepříznivou zprávu o smrti a zároveň vzbudit naději, že život někde jinde může pokračovat*“ (Pokorná, 2018, str 18).

Článek ve Zdravotnických novinách (2011) pojednává o tom, že právě komunikace lékařům moc nejde. Příčinou může být časová vytíženost a nedostatek lékařů. Celý proces může trvat i cca 12 hodin. Kromě toho mají lékaři z komunikace obavy, přestože je to jejich povinnost. Tu ukládá Transplantační zákon:

„Ošetřující lékař pacienta, u něhož lze předpokládat odběr tkání nebo orgánů podle tohoto zákona, sdělí vhodným způsobem osobám blízkým, neurčil-li pacient podle § 19 jinak (dále jen "určená osoba"), předpokládanou možnost odběru, a to za podmínky, že určená osoba projevuje zájem o pacienta a pacient za svého života prokazatelným způsobem nevyslovil zákaz sdělování informací o svém zdravotním stavu. Pokud je pacientem uvedeným ve větě první osoba, která není plně svéprávná, možnost odběru sdělí ošetřující lékař jejímu zákonnému zástupci a zároveň ho poučí o možnosti vyslovit prokazatelný nesouhlas s odběrem podle § 16 odst. 1 písm. c). V tomto případě neplatí podmínka projevu zájmu o pacienta. Ošetřující lékař zároveň určeným osobám, popřípadě zákonnému zástupci vysvětlí rozsah a účel předpokládaného odběru, a to při respektování anonymity příjemce. Určené osoby, popřípadě zákonný zástupce mají právo klást otázky, s výjimkou dotazu na příjemce. Pokud určená osoba, popřípadě zákonný zástupce odmítne vysvětlení podle věty čtvrté, ošetřující lékař její odmítnutí respektuje a o této skutečnosti provede záznam do zdravotnické dokumentace pacienta“.

(Zákon 285/2002 § 15).

Připravit rodinu na to, že jejich příbuzný zemře je velký problém. V knize Paliativní péče (2005) vzpomíná zdravotní sestra na to, jak je důležité hlídat každé své slovo, neboť rodina se zoufale drží každého náznaku naděje. Je potřeba jí vysvětlit každou maličkost. Snažit se udržet rovnováhu mezi poskytováním ošetrovatelské péče a sdělováním informací (O'Connor et al., 2005, str. 269). I z mé zkušenosti mohu potvrdit, že mnohdy informace, která nám sestřám se zdá být banální, může pro rodinu znamenat opravdu mnoho.

2.4.1 Úloha koordinátora v komunikaci s rodinou potenciálního dárce

V knize Ošetrovatelství v intenzivní péči (2020) se lze dočíst, že koordinátor vykoná až 400 telefonických hovorů a do organizace odběru orgánů je zapojeno až 80 lidí (Kapounová, 2020, str. 211).

Hlavní činností koordinátora je komunikace mezi lékařem indikujícím dárcovství, transplantačním centrem a rodinou. Přijímá první informaci o možném dárci, předává informace o zajištění důležitých vyšetření. Kontaktuje KST o výsledcích z Národního registru

o případném nesouhlasu s dárcovstvím orgánů. Jedním z hlavních úkolů je i kontakt odborníků transplantačních center, kteří posuzují vhodnost dárce k odběru jednotlivých orgánů. Zajišťuje doplňující vyšetření a časový plán odběrů, transport potenciálního dárce k potvrzení klinické diagnózy, pokud toto vyšetření nelze provést v nemocnici. Dále organizuje transport týmů do dárcovské nemocnice a v neposlední řadě převoz těla na místo provedení pitvy. Komunikuje s rodinou v případě, že se odběr neprovádí v nemocnici, ale v transplantačním centru. Informovat rodinu o datu provedení pitvy a zajistit transport těla do místa pohřbu, je také jedním z úkolů, který musí zajistit. Dárcovský konzultant ovládá velice dobře komunikační dovednosti a ošetřujícímu lékaři tímto může ulehčit spoustu práce (Srbová, 2015).

Země s největší úspěšností ve výborné organizaci je Španělsko. Mají systém tzv. „*aktivního vyhledávání dárců*“. Na tomto systému se podílí odběroví koordinátoři TPM (Transplant Procurement Managers). Na odděleních intenzivní péče vyhledávají potenciální dárce, sledují klinický vývoj jejich zdravotního stavu a organizují proces odběru orgánů. Komunikují též s pozůstalými. Na stejném principu se tento model podařilo zrealizovat i v Chorvatsku. V ČR byla snaha zavést tyto konzultanty do nemocnic, ale bohužel pro nedostatečnou finanční podporu nebyla tato aktivita uskutečněna (Kieslichová et al., 2015, str. 86).

Ve většině západních zemích, ale i v zemích s předpokládaným souhlasem, jsou rodiny, které si odběr orgánů svých blízkých nepřejí. Transplantační koordinátoři by měli být vyškoleni lékaři. Nicméně mohou jim pomáhat i sestry. Klíčovým bodem je přístup k rodině a španělský model považuje tento přístup za povinný. Rozhovor by měl být pečlivě připraven. Koordinátoři by neměli spěchat na rodinu a přesvědčit ji, že její rozhodnutí je pozitivní výsledek smrti jejich blízkého, což může velice pomoci v procesu truchlení (Matesanz, 2002, str. 22-28).

2.4.2 Úloha lékaře v komunikaci s rodinou potenciálního dárce

Komunikace s příbuznými patří mezi náročné situace. Nikdo jiný, než lékař nemá kompetence sdělovat závažné zprávy příbuzným pacienta a je to jeho povinnost (Špatenková et.al, 2014, str. 48).

Autorky Tomová a Křivková se vyjadřují k tomu, že by sestry měly umět ve shodě s lékaři odpovídat na otázky příbuzných a mít komunikační dovednosti (Tomová, Křivková, 2016, str. 121).

Lékař má povinnost srozumitelným způsobem rodině sdělit, že existuje možnost odběru. O této informaci je potřeba provést zápis do dokumentace pacienta. Sdělování nepříznivých zpráv je

i v tomto případě považováno za jednu z nejobtížnějších částí procesu indikace a péče o zemřelého dárce orgánů. Dle docentky Pokorné je velice důležité tuto informaci podávat jako sdělení, nikoliv jako otázku (Pokorná, 2018, str. 10).

Od roku 2008 probíhají kurzy „Sdělování nepříznivých zpráv“. Cílem těchto kurzů je výuka základních dovedností, jak vhodným způsobem komunikovat s rodinou v závažných situacích, jako je úmrtí pacienta a následné zařazení do dárcovského procesu. Těchto kurzů se účastní lektorský tým složený ze tří lidí: lékařky Transplantcentra Institutu klinické a experimentální medicíny (dále jen IKEM), klinické psycholožky a psychiatra (Pokorná et al., 2018).

V knize Lékařská etika (2015) je zmíněn příběh mladé ženy, které odebrali orgány a teprve po jejich odběru informovali rodinu. Rodina si to vysvětlila tím způsobem, že kdyby lékaři nepotřebovali orgány, mohla by žít. Se zdravotníky byl veden soudní spor, který skončil ve prospěch zdravotníků vzhledem k existenci zákonů, ale bylo porušeno pravidlo „*primum noli nocere*“ – v první řadě neublížit. Celé rodině tímto způsobem bylo ublíženo. Včasné informování rodiny bylo zavedeno do praxe. V roce 2002 stanovil zákon povinnost informovat rodinu včas. Rodina má poslední slovo v obou případech „opting out i opting in“ (Šimek, 2015, str. 190).

Nepříznivá zpráva je definována jako újma různé závažnosti. Jedinec ji prožívá velice silně a úporně. Při sdělení extrémně závažné zprávy, jedinec prožívá šok. Takovou zprávou je například informace o náhlém úmrtí z důvodu úrazu, zákroku nebo nevléčitelného onemocnění. Pokud tato zpráva přišla takto nečekaně, může způsobit to, že proces truchlení je silný (Vymětal, 2003, str. 160).

Cílem rozhovoru s rodinou je zjistit případné vyslovené či nevyslovené postoje umírajícího k posmrtnému darování orgánů. Veškeré postupy jsou prováděny v nejlepším zájmu blízkého.

V publikaci odborníků zabývajících se problematikou dárcovství se lze dočíst, že lékaři se uchylují k vyhýbáním se takovým situacím jako je sdělování špatných a závažných zpráv. Následkem této stresové reakce lékaři spěchají, mluví rychle a používají odborné výrazy. Nenechávají prostor rodině na kladení dotazů (Pokorná et al., 2018, str. 9).

I Vymětal (2003) se vyjadřuje k tomu, že pro lékaře je sdělení závažné zprávy velký problém. Odrazí se to na ty, jímž jsou zprávy určeny, a to s daleko větším dopadem. Proč tomu tak je? Je to z různých důvodů. Mohou to být obavy z emočních reakcí těch, kterým se informace předávají. Nebo je psychické utrpení lékaře natolik silné, že se komunikaci chce raději vyhnout.

Lékaři se obávají psychické traumatizace, která by mohla znamenat zkratovitě jednání dotyčné osoby (Vymětal, 2003, str. 159).

Rozhovor a sdělení zprávy rodině můžeme rozdělit dle docenta Duška v knize *Dárci orgánů* (2015) do několika kroků.

První krok znamená vysvětlit rodině nutnost ukončení orgánové podpory. Tato sdělení by měla probíhat ve vhodném a klidném prostředí. Po tomto sdělení by rodina měla chápat závažnost stavu, akceptovat, že pacient umírá, a že bude kladen důraz na to, aby umírání probíhalo s důrazem na důstojnost a eliminaci utrpení. Druhým krokem je informace, že je zde možnost darování orgánů. Někdy rodina může zaujmout negativní stanovisko. V tomto případě by bylo vhodné nechat čas na rozmyšlenou. V případě pozitivního přístupu dostanou informace o tom, co se bude s umírajícím dít v nejbližší době. Znamená to, že jí je vysvětlen způsob diagnostiky, a co se stane s tělem po odběru. Na rozhovoru se může aktivně podílet i transplantační koordinátor. Jako třetí krok je nutné zodpovědět případné otázky rodině. Je nutné si uvědomit, že cílem takového rozhovoru je zájem pacienta a zdůraznit, že pomoci druhým by si přála většina pacientů (Kieslichová et al., 2015, str. 199-202).

Bednařík se spoluautorkou Andrášiovou doporučují lékařům rozhovor řídit, mít ho ve svých rukou, hlídat si hranice, projevovat emoce a zároveň empatii. To znamená projevit své emoce upřímně a dávat slovy a činy najevo vnímání prožitků toho druhého (Bednařík, Andrášiová, 2020, str 213–214).

Lékař je ten, kdo sděluje informaci o úmrtí. Nikdo jiný k tomu není kompetentní a je to obzvlášť náročná situace. Dříve se toto sdělení provádělo telegramem, což bylo pro lékaře přijatelnější, neboť byl zbaven přímé konfrontace s příbuznými. Pro příbuzné však tato varianta přinášela komplikace. Nejčastějším způsobem je telefonická komunikace. To může pro příbuzné znamenat jistou nepřípravenost na danou situaci doprovázenou šokem a zaskočením (Špatenková, 2014, str. 49)

V knize *Psychologie v medicíně* (Ayers, 2015, str. 456) je popsáno, že výzkumy odhalily faktory, které ovlivňují to, jakým způsobem bude zpráva přijata. Mezi tyto faktory patří:

- Laskavost, citlivost a starostlivost, kterou projevuje lékař.
- Zájem a znepokojení vnímají lidé lépe než povznesenost a nezaujatost.
- Jasně a jednoduché sdělení s možností klást otázky.
- Prostředí, klid a soukromí.

Rozhovor by měl být pečlivě připraven a koordinátoři by neměli přistupovat k příbuzným ve spěchu. V případě negativního přístupu rodiny, by se neměli zlobit. Většina rodin se domnívá, že darovat orgány je pozitivním výsledkem smrti jejich blízkého a tato domněnka jim pomáhá s truchlícím procesem. Existuje studie z jižního Španělska, která poukazuje na to, že sto procent rodin, které souhlasily s darováním, by souhlasily znovu a rodiny, které si odběr orgánů nepřály, by učinily rozhodnutí opačné. Právě ve Španělsku je velká pozornost věnována medializaci, pravidelně se konají setkání s novináři, odborníky pro komunikaci a probíhají školení v oblasti komunikace (Matesanz, 2002).

Po stanovení smrti mozku následuje čas a prostor hovořit s příbuznými o přáních potenciálního dárce. V knize Odběry orgánů k transplantaci (2011) je informace o tom, že právě rozhovory s blízkými jsou klíčové momenty dárcovského procesu. Je vhodné položit otázky typu kdy začít rozhovor a kdo ho má začít. Velká důležitost je kladena i na to, kde vést rozhovor (Baláž et al., 2011, str. 28)

Má rodina právo odmítnout odběry orgánů? Důležité je vyzdvihnout ušlechtilou pomoc, která bude poskytnuta jiným lidem. Obě strany na konci rozhovoru musí mít dobrý pocit. Prvním krokem, který musí lékař provést je seznámit rodinu s diagnostikou mozkové smrti. Měl by pamatovat na to, že čelí rodině, která přišla o svou milovanou osobu v důsledku neočekávané a tragické události. Samozřejmě, že rodina se nebude chtít vzdát přání zvrátit tento stav a myšlenku smrti bude odmítat. Je proto velice důležité, aby rozhovor vedl zkušený odborník vyškolený a trénovaný na vedení rozhovoru v kritických situacích (Moraes et al., 2018, str. 705-710).

Pro přehlednost budou v jednotlivých částech kapitoly popsány klíčové body vedení rozhovoru dle jejich důležitosti. Tyto body, jsou vylíčeny v knize Odběry orgánů k transplantaci (Odběry orgánov na transplantácie) v kapitole Interview s příbuznými dárců (Baláž et al., 2011, str. 28).

Kdo vede rozhovor

Na jedné straně stojí nemocniční koordinátor společně se zodpovědným lékařem oddělení, kde je potenciální dárce hospitalizován. Na druhé straně by měli být nejbližší příbuzní. Je velice důležité, aby tento člověk měl pozitivní přístup k dárcovství, protože jakékoliv předsudky a skepticismus mohou mít negativní vliv na celý transplantační proces. Negativní dopad může mít i přílišná zainteresovanost do transplantačního procesu, ignorace smutku rodiny nebo nesprávné načasování rozhovoru lékařem nebo koordinátorem. Při prvním kontaktu by se měl lékař představit, a kromě sebe také celý zdravotnický tým. Tito lidé by neměli být představováni

jako specialisté na dárcovství. Další informací je sdělení smrti. Doporučuje se začít frázemi typu: „*Jak již víte situace vašeho příbuzného byla velice vážná; bohužel máme špatné zprávy*“ Použít také výroky jako „*Pacient zemřel*“ (Moraes et al., 2018, str. 708).

Kde vést rozhovor

Vhodné místo pro vedení rozhovoru je takové, které zajistí soukromí, ticho a pohodlí pro příbuzné. Místo pro sdělování nepříznivých informací, by mělo být na oddělení, kde se dárci nachází nebo v jeho blízkosti. Rodina často žádá o to, aby mohla svého milovaného ještě navštívit. Důležité jsou i faktory jako je nábytek, dekorace interiéru, malba, teplota, hluk. Ty mohou ovlivnit kvalitu rozhovoru (Moraes et al., 2018, str. 708).

Kolik lidí a kdo by se měl rozhovoru účastnit

Počet lidí pro rozhovor není nutné omezovat. Je třeba si uvědomit, že rodinám v procesu truchlení mohou pomoci i ostatní jako podpora a mít zásadní význam na rozhodovací proces (Moraes et al., 2018, str. 708).

Kdy vést rozhovor

Někdy se můžeme setkat s nesprávným názorem, že ptát se příbuzných na otázku související s darováním orgánů v situaci, která je vypjatá vzhledem k jejich smutku nad ztrátou blízkého, je necitlivé. Tento názor však není správný. Většina lidí je nakloněna odběru orgánů a tato vypjatá situace je důležitá a aktuální právě v této chvíli (Baláž et al., 2011, str. 29).

Struktura rozhovoru

V první řadě je zapotřebí vysvětlit koncept mozkové smrti, proces dárcovství orgánů a transplantace. Vysvětlit veškeré argumenty, které pozitivně souvisí s potřebou darovat orgány. Na začátku je zapotřebí, aby příbuzní cítili, že máme zájem o jejich blízkého. To znamená zajímat se o to jakým člověkem byl. Velice důležité je naslouchání a kladení důrazu na non-verbální komunikaci. Odpovídat na otázky, které příbuzní vnímají jako podstatné a směřovat je k objasnění podstaty dárcovského procesu. Informace získané z rozhovoru lze využít k dosažení cíle a určit další časový postup (Baláž et al., 2011, str 29–30).

Pro pozůstalé je velice obtížné pochopit souvislosti a příčiny smrti mozku. Je důležité, aby se nebáli zeptat na nejasnosti. A to i opakovaně. Rovněž je zapotřebí zdůraznit, že zařazení do dárcovského procesu přichází až ve chvíli, kdy již není možné pacientovi zachránit život (Pokorná et al., 2018).

Jako argumenty pro pochopení prospěchu dárcovství můžeme uvést:

Solidaritě a reciprocitu

Každý z nás může někdy potřebovat pomoc. Můžeme uvést příklady pacientů, kteří potřebují nebo potřebovali někdy pomoc transplantovat orgán.

Užitečnost

Smrt je ukončením života, ale v tomto případě je užitečná, jelikož pomáháme jiným lidem.

Uspokojení

Vyzdvihnout památku a šlechtnost dárce. Argumenty typu „*určitě by souhlasil s odběrem...*“ atd. (Baláž et al., 2011, str. 29-30).

Existují faktory, které ovlivňují rozhodování a reakce rodiny.

Reakce příbuzných týkající se smrti a otázky darování orgánů bývá různá, ale zároveň identická ve všech kulturách nezávisle na společenské úrovni a vzdělání. Lidé mohou reagovat únikem, uzavřením se do sebe nebo tichem. Rozhodování je také závislé na tom, jestli například otázka dárcovství vznikla během hospitalizace nebo v rámci přednemocniční neodkladné péče. Dále záleží na tom, jak bylo dostatečně a starostlivě pečováno o blízkého, schopnosti akceptovat pomoc a asimilaci nových informací. Negativně mohou působit společenské a kulturní předsudky (Baláž, 2011, str. 30).

Psychické rozpoložení, strach, bolest a mentální schopnosti mohou stávající situaci ovlivnit. Významná sdělení mohou být špatně pochopena, jelikož velkou roli hrají emoce. Člověk, kterému je sdělena špatná zpráva má tendence vidět věci beznadějně, kriticky (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 20).

V knize Komunikace pro zdravotní sestry (2006) lze najít kritéria úspěšného vedení verbální komunikace. Mezi tato kritéria řadíme jednoduchost. Je nutné ověřovat, jestli naši informaci bylo porozuměno. Sdělovat věci stručně působí profesionálně. Zřetelností vyjadřujeme podstatu věci. Vhodné načasování v klidném prostředí, soukromí, nerušený prostor a dostatek času patří také mezi důležitá kritéria. Je nezbytné nezapomínat na to, abychom přizpůsobili styl hovoru reakcím osoby, které sdělujeme závažnou zprávu (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 23).

Strategie rozhovoru

Prostředí rozhovoru by mělo probíhat v klidné místnosti nebo pracovně, která je vyhrazena pro blízké pacienta při předávání závažných zpráv. Předávání informací na chodbě nebo dokonce u lůžka pacienta není vhodné. Nemocniční koordinátor by měl být představen lékařem oddělení, kde se nachází potenciální dárce. Rozhovor by se měl odehrávat v čase nezávislém na rozhovoru, v kterém byla konstatována smrt mozku (Baláž et al., 2011, str. 31).

V odborném bulletinu Dárcovství orgánů v ČR a zásadní role intenzivní medicíny (2018) autoři popisují, že se v minulosti při výstavbě nemocnic nemyslelo na to, že rodina má právo na klidnou místnost, soukromí, a tak běžné věci, jako je židle, sklenice vody a kapesník. Rozhovory probíhají na chodbách, u lůžka pacienta, mezi dveřmi. Teprve s novým Metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních se začali vytvářet prostory k tomuto účelu (Pokorná et al., 2018, str. 19).

Příčiny ukončení rozhovoru jsou například situace, kdy již nedochází k žádnému posunu vpřed, únava, ztráta empatie, rodina neuznává a nedůvěřuje ve prospěch dárcovství a nejsou o tom již žádné pochybnosti, že by se rozhodla jinak (Moraes et al., 2018, str. 705-710).

Je nutné příbuzným nabídnout pomoc ohledně vybavení formalit po odběru orgánů a je velice důležité si uvědomit, že jsme tu pro příbuzné, abychom jim pomohli a byli jim užiteční (Baláž et al., 2011, str. 30-31).

2.4.3 Úloha sestry v komunikaci s rodinou potenciálního dárce

Úloha sestry v komunikaci s rodinou zahrnuje rozdílné kompetence v porovnání s lékaři. Následující kapitola přiblíží, které to jsou a jakým způsobem může být komunikace vedena. Prvky jako mlčení, haptika, naslouchání, zrcadlení a empatie jsou neoddelitelnou součástí komunikace. Jsou považovány za velmi významné. Dle mého úsudku mnohdy významnější než slova, která jsou ne vždy vhodně zvolena. Konec kapitoly popisuje faktory, které mohou ovlivnit správnou komunikaci.

Kompetence sestry v komunikaci s rodinou

Při komunikaci s rodinou se sestry většinou obávají neoprávněného zásahu do kompetencí lékaře při sdělování nepříznivých zpráv. Neví, do jaké míry a kam až mohou zajít, což může mít dopad na poskytovanou ošetrovatelskou péči a připravenost rodiny na smrt blízkého. Brání

se dotazům rodiny a tyto situace jsou pro sestry velice nepříjemné. Vytvářejí bariéru v době, kdy rodina potřebuje velkou podporu ze strany zdravotnického personálu (O'Connor et al., 2005, str. 269-270).

Přestože sestry nesmí zahájit rozhovor s rodinou o dárcovství orgánů, měly by umět pomoci rodině, která se nachází v obtížné situaci. V zahraničním článku časopisu *American Nurse* je výstižně popsána úloha sestry v tomto procesu. Na otázky týkající se dárcovství orgánů pečlivě odpovídá transplantační koordinátor. Ne všechny odpovědi rodina pochopí, a ne všechny jsou pečlivě zodpovězeny. Výsledkem může být nejistota a nedůvěra ve zdravotnický tým. S koordinátorem často nebývá vztah tak důvěryhodný jako se sestrou. Jakmile vidí sestru pečovat o jejich milovaného člověka, může se ztracená důvěra obnovit. Studie ukazují, že míra souhlasu s dárcovstvím je větší, pokud se do diskuse zapojuje i zdravotnický tým. Mohou pomoci vyjádřením podpory a důvěry v koordinátora tím, že zůstanou zapojeny do konverzace. Další výzkumy naznačují, že truchlící rodiny pravděpodobně s dárcovstvím souhlasí, pokud si se sestrou vybudují důvěryhodný vztah. Postoj rodiny k dárcovství je pozitivní, pokud sestra účinně hovoří o tom, že z této tragédie vyplyne něco šlechetného. Zdravotníci by se vždy měli věnovat rodinám, dát pozor na tón svého hlasu, chování a přizpůsobit se náboženským postojům a kulturním očekáváním (Lee Barr, et al., 2017, str. 6-7).

Dle Linhartové (2007) se komunikace řadí jako třetí velké sesterské téma. Na některých odděleních jsou rozpracovány kompetence v komunikaci lékaře a sester, slouží jako modelový rámec pro další zdravotnická zařízení (Linhartová, 2007, str. 129).

Pro zdravotnictví existuje řada standardů, ale postupy v těchto souvislostech v oblasti psychologické, sociokulturní a spirituální neexistují. Na sestry jsou kladeny velké nároky, jelikož tráví s umírajícím spoustu času v posledních chvílích a jsou jim blíže než rodinní příslušníci (Špatenková et al., 2014, str. 52–54).

V kompetenci a úkolem sestry před návštěvou nemocného je seznámit rodinu s informacemi, které se týkají organizačního zajištění péče o nemocného, režimovými a hygienickými opatřeními, vybavením prostředí nemocného. Dále vysvětlit důvody světelných a zvukových signálů u přístrojového vybavení, invazivních vstupů. Poučit, čeho a kde se mohou dotýkat (Tomová, Křivková, 2016, str. 117).

Do kompetencí sestry patří uvádět návštěvu rodiny k lůžku pacienta a odpovídat na otázky týkající se ošetrovatelské péče. Může vyzvat rodinné příslušníky k fyzickému kontaktu a ponechat jim čas, aby se zadaptovali na vzniklou situaci. Je vhodné, aby byla vždy nablízku,

ale přesto by měla zajistit dostatek soukromí, oporu a komunikaci s lékařem (Kapounová, 2020, str. 133). Ze zkušeností vím, že příbuzní se svého nejbližšího bojí dotknout, aby mu neublížili. Nevědí, proč si musí při příchodu obléknout plášť, vydezinfikovat ruce, pokud jim to není vysvětleno. Jsou vystrašení. Je vhodné umožnit jim návštěvu kdykoliv je to možné, a ne pouze v návštěvní hodiny. Zvláště pokud se jedná o čas, kdy s jistotou víme, že došlo k smrti mozku a odběr orgánů bude proveden.

Je velice důležité přihlížet k přáním pozůstalých a umožnit jim rozloučení se svým blízkým (Kieslichová et al., 2015, str. 90-95).

Způsoby komunikace sestry s rodinou

Komunikace mezi zdravotnickým týmem a rodinou si z mého pohledu zaslouží více pozornosti a vědecké studie. Často jsem svědkem toho, že i když je v Etickém kodexu zmínka o tom, že příbuzní mají právo na informace o zdravotním stavu svého blízkého, někdy se tomu tak neděje. Kapounová dokumentuje výzkum, zabývající se zájmem sester o problematiku komunikace. Až padesát procent sester hodnotí, že zájem je v této oblasti velký (Kapounová, 2020, str. 134).

Existuje multicentrická studie v Nizozemí, kde byly vyškoleny sestry v oboru „Komunikace o dárcovství“. Předpokladem měla být vyšší míra souhlasu rodiny s odběrem orgánů a výsledek byl skutečně vyšší než v ostatních kontrolních nemocnicích (Jansen et al., 2011, str. 1189-1197).

Zdravotníci se často setkávají se smrtí a představují jednu z nejzatíženějších skupin v tomto ohledu. Špatenková ve své knize (2014) dokumentuje výzkumné šetření, které situace jsou pro sestry vnímány jako zátěžové. Mezi tyto situace patří přítomnost sestry při sdělování diagnózy, prognózy nebo situace, kdy je rodina bez informací a vyžaduje je právě od ní samé (Špatenková, 2014, str. 52).

Sestry mnohdy nedokážou reagovat v emocionálně vypjatých situacích. Nevědí, jak odpovídat na otázky. V knize *Etika v ošetrovatelské praxi* (2012) se lze dočíst, že spolupráce všech členů týmu je nezbytná jak pro plánování léčby a provádění ošetrovatelských a lékařských výkonů, tak v komunikaci s pacientem a rodinou. Na některých odděleních se mohou sestry zapojit do diskusí při rozhodování o léčbě nebo jsou dobře informované od lékařů. Na jiných odděleních se můžeme setkat s opakem. Sestra, která má potom pacienta obhajovat, neví, o čem byl pacient informován, co říct rodině (Heřmanová et al., 2012, str. 145).

Je dobré vědět, že příbuzní mají často myšlenky, které se bojí vyjádřit a myslí si, že ptát se na takové otázky není vhodné. Tyto otázky jsou typu: „*jak dlouho to může ještě trvat*“. Je vhodné je ujistit, že jejich otázky jsou pochopitelné (Haškovcová, 2007, str. 80).

Následně budou popsány způsoby komunikace, které sestra může využít v případě poskytování podpory rodině, aniž by musela přemýšlet o tom, co v této chvíli sdělit:

Mlčení

Motiv ke komunikaci je důležitý pro to, aby vznikla potřeba komunikovat. Autorky Lidická a Šliková v kapitole Základy komunikace ale popisují, že i mlčení je také součástí komunikačního procesu (Dingová et al., 2018, str. 97–98).

Ticho může posloužit i jako prostor pro hledání slov, jak v komunikaci pokračovat. V knize Psychologie pro zdravotnické obory (2011) se lze dočíst, že mezi důvody, proč osoba, se kterou komunikujeme ztichne, patří i nepochopení smyslu vyřčených slov z úst sestry, strach a rozpaky. Mají potřebu prostoru k přemýšlení nad otázkou, na kterou se chtějí zeptat. Nebo se snaží sebrat odvalu něco říct. Toto ticho by sestra měla tolerovat a je účinné i když osoba se kterou probíhá rozhovor pláče (Zacharová, Čížková, 2011, str. 214).

Empatie

Empatie je nejen schopnost vcítit se do situace druhých lidí, ale i schopnost číst v neverbálních projevech druhého, úsilí něčemu se vyhnout a umění zacházet s emocemi (Špatenková, 2014, str. 63).

Sestra, která je schopná empatie, se dokáže vcítit do nálad, myšlenek, emocí, vztahů a pochopení změn, které člověk prožívá. Empatie má několik úrovní:

- Logická substituce – sledujeme věci z pohledu druhého člověka,
- pochopení citových vztahů – city a emoce, které druhý člověk prožívá vůči nám nebo jiným lidem,
- podstata komunikace druhého člověka – objasnění skrytých vzkazů pro druhého,
- význam a hloubka vcítění se do druhého,
- vysvětlení prožitků a chování jiných na základě jeho projevů,
- vnitřní souvislosti prožitků v návaznosti na minulost.

(Zacharová, Čížková, 2011, str. 236).

Empatie vložená do diskuse s rodinami dárců orgánů může zmírnit část této zátěže. Pro některé rodiny je velice obtížné smířit se s možností odběru orgánů (Kentisch – Barnes, 2018).

Naslouchání

Naslouchání je aktivní složkou komunikace. Nasloucháme nejen smysly, ale také srdcem. Vyjadřujeme tím, že nejen slyšíme, to, co je nám sdělováno, ale chápeme obsah, vyjadřujeme porozumění sdělovanému. S nasloucháním pojíme i empatii. Dáváme najevo, že s člověkem soucítíme. Ve vhodném okamžiku může pomoci i pohlazení a chycení za ruku. Nikdy situaci nezlehčujeme (Venglářová, Mahrová 2006, str. 25).

Naslouchání můžeme rozdělit na aktivní a pasivní. Aktivní naslouchání může být podporováno prostředky neverbálními i mlčením. Pasivní naslouchání je zpracování zvukových podnětů bez jejich porozumění. Nepochází ke zpětné vazbě, ale někdy umožňuje uspořádání vlastních myšlenek, proto může mít také svůj význam (Zacharová, Čížková, 2011, str. 213).

Hlavním cílem aktivního naslouchání je porozumění a vzájemné pochopení. Mezi techniky aktivního naslouchání patří: empatie, parafrázování, které objasňuje otázky a sumarizace. Je to o pravé aktivitě porozumět druhému a dávat to aktivně najevo (Bednařík, Andrášiová, 2020, str. 118–119).

Naslouchání může také zmírnit napětí, umožňuje rodině vyjádřit své emoce v případě agrese (Moraes et al., 2018).

Haptika

Autorky Venglářová a Mahrová shrnuly do tabulky (2006) informace, že haptický projev můžeme vnímat pozitivně (s posilujícím účinkem) a negativně (nevhodně). Pohlazit můžeme například po ruce, ramenou nebo podržet pod paží. Totéž platí i o očním kontaktu. Zcela nevhodné je protáčení očí vzhůru. Pozitivně působí letmé povytažení obočí. Dále se autorky zmiňují, že komunikace je dovednost, kterou můžeme kdykoliv rozvíjet, pokud to opravdu chceme. Dělí komunikaci na dvě oblasti. První oblastí jsou pacienti a okolí, do kterého zařazujeme i rodinu, blízké a přátele pacienta. Druhou oblastí je komunikace s kolegy. Pro zdravotníky je komunikace s příbuznými velice stresujícím momentem. Své myšlenky obrací k vlastnímu selhání a beznaději. Ocítají se v blízkosti smrti a uvědomují si také svou vlastní smrt (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 120).

Zrcadlení

Zrcadlení je hlavním nástrojem a technikou pro přetváření aktivního poslechu. Spočívá ve verbálním vyjádření emocí, které osoba cítí. K tomu dochází způsobem objasnění a parafrázování již řečeného. Je užitečné pro pochopení názorů a pocitů, umožňuje svobodnou a povzbuzující odpověď (Moraes et al., 2018, str. 705-710).

Pravidla správné komunikace

Autorky použily Vymětalova pravidla rogersovského rozhovoru. Mezi tato pravidla patří:

- Hovořit přirozeným a srozumitelným jazykem,
- používat kratší věty,
- neodvádět pozornost od tématu,
- vyhýbat se cizím slovům a odborným výrazům,
- mluvit jednoznačně a konkrétně,
- ponechat prostor pro vyjádření i druhé osobě.

(Venglářová, Mahrová, 2006, str. 11–15)

Dle autorek Zacharové a Čížkové se ve zdravotnictví setkáváme s těmito nedostatky:

- Tvoří se dlouhé věty,
- používají se odborné výrazy,
- pokládají se uzavřené otázky,
- hovoří se rychle,
- klade se důraz na sebeprosazení,
- komunikace je bezobsažná („*To bude určitě dobré*“, „*Vy si toho ještě v životě užijete*“).

(Zacharová, Čížková, 2011, str. 208)

Časopis American Nurse popisuje několik rad k navázání vztahu s rodinou, které mohou významně ovlivnit jejich smíření, rozhodování s darováním orgánů a vyrovnání se se smrtí (Lee Barr, et al., 2017, str. 6-7).

- Představit sebe a transplantačního koordinátora.
- Rozhovor by měl probíhat v tiché místnosti a v soukromí.
- Posoudit, jak mohou kulturní, náboženské, duchovní názory a přesvědčení ovlivnit postoj k dárcovství.
- Odpovídat na otázky s klidem a pokud není odpověď na otázku známá, tak ji zjistit a opět se vrátit k rozhovoru.
- Ponechat rodině čas a prostor na diskusi o svých pocitech.
- Pokud bude potřeba, kontaktovat nemocničního kaplana.

Literatura naznačuje, že navázání vztahu s rodinou může významně ovlivnit jejich smíření, rozhodování s darováním orgánů a vyrovnání se se smrtí.

Tabulka 2 - Faktory ovlivňující komunikaci (Tomová, Křivková, 2016, s. 116)

SPRÁVNÁ KOMUNIKACE

Faktory ovlivňující vývoj komunikace	Faktory ovlivňující vnímání
povaha onemocnění	akutní změny zdravotního stavu
závažnost zdravotního stavu	změny vědomí
vývoj nemoci	stavy obluzení způsobené analgosedací
délka hospitalizace	amentní stavy
předchozí hospitalizace	neschopnost verbální komunikace
diagnóza a prognóza pacienta	

2.5 Rodina potenciálního dárce orgánů

Základním poselstvím kapitoly v knize Komunikace s nemocným – sdělování nepříznivých informací (2020) je to, že lidé si jsou po psychické i fyzické stránce podobní. Člověk je ovlivněn mechanismy, které ovlivňují naše emoce, a to může mít vliv na rozhodování a myšlení. V komunikaci je potřeba těmto mechanismům rozumět a využít ve prospěch spolupráce a chápání druhého (Bednařík, Andrášiová, 2020, str. 36)

Reakce bývá identická ve všech kulturách bez ohledu na vzdělání a společenskou úroveň.

Existují argumenty, které ovlivní rozhodnutí příbuzných o dárcovství:

- Úroveň vystupování (strach, tréma),
- nedostatek vědomostí o dárcovském procesu,
- nedostatečné zkušenosti s komunikací,
- nátlak z časového hlediska.

(Baláž et al., 2011, str. 30)

Kübler – Rossová ve své knize o Smrti a umírání (2015) dává rady, abychom nechali příbuzné mluvit, plakat, křičet a byli jim k dispozici. Čeká je dlouhá cesta truchlení. Pomoc a podpora je v této situaci na místě. Nemyslí však odbornou pomoc, ale blízkost lidské osoby, kterou může být i zdravotní sestra, lékař nebo kněz. Nejvíce jim pomůžeme, pokud s nimi budeme sdílet jejich pocity (Kübler – Ross, 2015, str. 196).

Také Haškovcová se ve své knize (2007) vyjadřuje k individualitě reakcí. Není chybou bránit spontánním projevům prvního smutku. Paradoxně se mohou objevit i reakce opačné. Například hlasitý smích nebo motorický neklid (Haškovcová, 2007, str. 95).

V knize Lékařská psychologie (2011) Raudenská s Javůrkovou uvádí, že bezprostřední reakce na sdělení závažné zprávy nebývá častá v podobě pláče či zoufalství. Lidé jsou natolik v šoku, že mají zábrany k takovým projevům nebo se mohou i stydět. Vymětal rovněž nabádá k tomu, abychom je v případě bouřlivých projevů, neuklidňovali, nechlácholili. Nabádá k tomu, abychom tyto reakce nechali volně plynout. Může to mít vliv na snadnější vyrovnání s touto událostí. Lidé na tyto reakce mají právo a velmi se jim uleví (Raudenská, Javůrková, 2011, str. 162).

Je zcela nemožné pochopit prožitky a emoce blízkých. Zkušenosti s těmito situacemi a emocemi jsou tak vyčerpávající, že se jim sestry snaží vyhýbat. Dle Špatenkové by se sestry měly naučit více naslouchat než mentorovat (Špatenková et al., 2014, str. 63).

Vyjádření soustrasti v době bezprostředně po úmrtí je nevhodné, jelikož tato doba je charakteristická tzv. „*ohlušením*“ a nepříznivá pro přijetí soustrasti. Ohlušení je stav, kdy příbuzní ještě nestačili akceptovat tuto zprávu. Zdravotníci se mohou setkat i s nepřátelským postojem rodiny (Haškovcová, 2007, str. 99).

Také Kübler – Rossová (2015) zdůrazňuje, že pokud ztratíme blízkého člověka, aniž bychom se na to připravili, jsme naprosto vyvedeni z míry a může nás popadnout vztek nebo zoufalství.

Pozůstali by měli mít možnost tyto pocity vyjádřit. Po sdělení a vyřízení formalit jsou členové rodiny ponecháni sami sobě a nikdo si jich nevšímá. Jejich reakce mohou být různé. Zpočátku mohou být naplněny přílišnou aktivitou, která bývá spojena se zařizováním pohřbu. Po něm však zůstanou opuštěni a nemohou si s někým promluvit (Kübler-Ross, 2015, str. 196).

Další fází, kterou si prochází lidé po ztrátě svého blízkého je proces truchlení.

2.5.1 Proces truchlení

Truchlení je prožitek, smutek, stav, kdy u jedince došlo ke ztrátě někoho, kdo měl pro něj velkou hodnotu. Je to přirozená reakce na to se s touto situací smířit a vyrovnat. Součástí truchlení je i „akutní žal“, který se následně může projevit depresivním laděním, nespavostí, celkovou nervozitou a neustále se vtírajícími myšlenkami na to, oč nebo o koho jsme přišli (Vymětal, 2003, str. 245-246).

Jsem přesvědčena o tom, že už jen samotná hospitalizace na oddělení typu intenzivní péče je spouštěčem stresu a úzkosti pro rodinu.

Rodinní příslušníci mohou pociťovat podobné pocity jako nemocní při sdělení závažné diagnózy. Znamená to, že zármutek a bol popírají. Hlubší smutek zažívá rodina, kde období přípravy na smrt bylo kratší nebo chybělo (Raudenská, Javůrková, 2011, str. 222).

Je poučné, jakým způsobem Vymětal v knize Lékařská psychologie (2003) popisuje čtyři roviny bezprostřední reakce po sdělení nepříznivé zprávy. Tyto roviny jsou emoční nebo rozumové. Znamená to, že osoba buď přijme informaci na těchto dvou rovinách nebo ji odmítne, a to v těchto kombinacích:

1. Informace je rozumově i emočně přijata. Takový člověk, ač je smutnou zprávou zasažen, ptá se na okolnosti, co má dělat dál.
2. Zpráva je rozumově přijata, ale emoce tomu neodpovídají. Může dělat a chovat se tak, jako by se ho to netýkalo.
3. Odmítavá reakce na obou rovinách. Nechce si tuto okolnost připustit, nevěří tomu a směje se nebo se chová nezúčastněně.
4. Negativní zpráva je rozumově odmítnuta. Namlouvá si, že to není pravda, ale následně reaguje pláčem nebo hněvem.

O tom svědčí i kvalitativní studie v Latinské Americe, jejíž cílem bylo zjistit, jak potenciální rodiny dárců vnímají rozhodovací proces dárcovství orgánů. Byly osloveny rodiny s cílem porozumět jejich vnímání a výsledkem studie byla zjištěna jejich nedůvěra ohledně dárcovství, popření mozkové smrti, smutek ze ztráty milované osoby (Vymětal, 2003, str. 161).

Tabulka 3 - Vnímání dárcovského procesu rodinami (Moraes, 2008, s. 458–64)

<i>„...lékaři řekli, že nemohou nic udělat, že udělali vše, co mohli. Myslel jsem, že spí a z kómatu se dostane. Myslel jsem, že se spletli. Je to těžké, protože člověk vypadá jako živý díky přístrojům a lékům...“</i>
<i>„...v okamžiku, kdy po vás chtějí, abyste souhlasili s darováním orgánů, je to jako byste potvrdili jeho smrt, osoba je stále na přístrojích, je teplá a krev proudí, pouze mozek je mrtvý, zbytek těla žije...“</i>
<i>„...během sedmi dnů, co byl hospitalizován, jsem tam byl denně, bylo to utrpení, nejedli jsme, nespali... Pro rodinu to bylo velmi bolestivé, šokující...“</i>
<i>„...je smutné vidět, jak syn leží v posteli a lékaři říkají, že již nemohou nic dělat...neměli jsme odvahu souhlasit, s pomocí přístrojů jeho srdce bije...“</i>

Kabelka v knize Nemocné rozhovory (2020) popisuje fáze probíhajícího truchlení a komplikovaného truchlení.

Fáze truchlení

1. šok (minuty až týdny)
2. období akutního diskomfortu až sociální izolace (týdny až měsíce)
3. restituce až reorganizace (měsíce až roky), jedná se o nalezení nové role

Komplikované (patologické) truchlení

1. chronické reakce
2. opožděné reakce
3. excesivní (přehnané) reakce
4. larvované reakce – deprese
5. absence truchlení

Většina truchlících dokáže nalézt nové síly a s nastalou změnou se dokážou vyrovnat. Profesionální podpora může tento proces usnadnit (Kabelka, 2020, str. 202).

V knize Poradenství pro pozůstalé (2008, str. 9) jsou vyjádřeny pocity a vztahy, které jsou vyvolány u pozůstalých ztrátou blízkého člověka:

Tabulka 4 - Pocity pozůstalých (Špatenková, 2008, s. 9)

pocit vlastní identity	„...jsem ještě manželka...“
pocit vlastní integrity	„...jako bych ztratil kus svého já...“
vztahy s jinými lidmi	„...není mi dobře ani mezi lidmi“
přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa	„...jak to jen bůh mohl dopustit...“

Je nutná podpora a pomoc pozůstalým, ti svého blízkého nejen oplakávají, ale snaží se najít svou novou identitu a jiný způsob života. Truchlení je namáhavé a někteří lidé ho nemohou zvládnout bez pomoci. Pokud ho lidé nedokážou nezvládnout, může se překlenout v tzv. komplikované truchlení (Haškovcová, 2007, str. 106).

2.5.2 Komplikované truchlení

To, jestli truchlení bude probíhat příznivě či nepříznivě závisí i na sociální situaci. Rodinná dynamika hraje svou roli a pro pozůstalé má význam neformální pomoci blízkým osobám. Špatenková uvádí, že rodina pro pozůstalé představuje přirozené prostředí, kde jsou její členové připraveni vyslechnout a poskytnout podporu na úrovni emocionální, věcné či finanční pomoci (Špatenková, 2014, str. 135)

Projevy komplikovaného truchlení se mohou také lišit. „*Komplikované truchlení je patologická reakce na ztrátu, která se projevuje intenzivní a neobvykle dlouhou dobou smutku, depresivními a úzkostnými stavy a zhoršením zdravotního stavu*“ (O'Connor, Aranda, 2005, str. 232).

Velmi záleží na obranných mechanismech člověka, zkušenostech se zdravotnictvím, na vztazích a vazbách, které k zemřelému byly (Alexandrová et al., 2009).

V knize Lékařská psychologie ve zdravotnictví (Raudenská, Javůrková, 2011, str. 223) nalezneme tabulku, ve které lze nalézt varovné příznaky patologického žalu:

Tabulka 5 - Varovné příznaky patologického žalu (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 223)

<i>Byl někdo na zemřelém zvlášť silně citově nebo existenčně závislý?</i>
<i>Ztratil někdo úmrtím pacienta domov?</i>
<i>Je někdo z rodiny nápadně bezradný a nerozhodný?</i>
<i>Cítí se někdo provinile ve vztahu k zemřelému?</i>
<i>Byl někdo z blízkých nepřipravený na smrt?</i>
<i>Byl v rodině vážný nesoulad?</i>
<i>Očekává někdo v blízké době další stres?</i>
<i>Není někdo z rodiny se schopen o sebe postarat (invalida)?</i>
<i>Byla pro někoho péče mimořádně stresující?</i>
<i>Mluvil někdo z pozůstalých o sebevraždě nebo ztrátě smyslu života?</i>
<i>Je někdo z pozůstalých duševně nemocen?</i>

Další z kompetencí a úlohou sestry je nejen péče o zemřelého, ale také o pozůstalé. Důležitý je takt, ohleduplnost a etika (Kapounová, 2020, str. 207).

Mohou nastat situace, kdy pozůstalí přebírají věci pacienta věcně, bez problémů. Někteří se domáhají věcí, které ani zemřelý neměl. Často to souvisí s procesem zármutku a žalu. Může se jednat i o malý předmět, který měl zemřelý v ruce. Někteří zase z psychologických důvodů nejsou schopni se věcí zemřelého ani dotknout a chtějí, aby likvidaci provedli zdravotníci. Personál by měl mít pochopení a vyhovět, pokud se jedná například o ošacení (Haškovcová, 2007, str. 102).

Potřeby rodiny jsou zmíněny i v knize Paliativní péče (2005). Jednou z potřeb je ujištění o tom, že pacient zemřel v klidu a bez utrpení. Dostatek informací a emocionální podpora. Pozůstalí potřebují pomoci vyrovnat se se ztrátou a poskytnout informace, které se týkají dalších možností podpory (O'Connor, 2005, str. 223-229).

2.6 Péče o pozůstalé

Příjetí pacienta na jednotku intenzivní péče je velká změna, která se netýká pouze jeho, ale samozřejmě ovlivňuje dynamiku celé rodiny. V Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících.“ („Charta práv umírajících“) lze nalézt větu, která si zaslouží pozornost v souvislosti s péčí o pozůstalé:

„...aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče“.

V Chartě práv umírajících je konstatováno, že umírající má právo na pomoc rodiny a pro rodinu v souvislosti s přijetím jeho smrti. Má právo zemřít neopuštěn a podílet se na rozhodnutích a právo na pomoc pro rodinu (Haškovcová, 2007, str. 42).

Psychologická první pomoc

Psychologická první pomoc přichází v úvahu, pokud chceme dosáhnout vnitřní stabilizace a zklidnit emoční napětí. Člověku poskytneme klid, dostatek tekutin, teplo a v žádném případě ho nenecháváme o samotě. Význam takové pomoci je etický, protože mírníme duševní utrpení. Léčebný význam je v tom, že zamezíme vystupňování stavu. Aby nedošlo k podlehnutí „*medicinizovat*“ problémy je význam preventivní. V této fázi je člověk velmi ovlivnitelný slovem, lékař však musí vydržet jeho emoční projev (Vymětal, 2003, str. 289-290).

Následkem smrti blízkého mohou příbuzní prožívat klinickou depresi a vyžadují farmakologickou a psychoterapeutickou terapii. Dvěma třetinám pozůstalých stačí po ztrátě svého blízkého upřímná podpora formou rozhovoru, praktických rad a naslouchání (Raudenská, Javůrková, 2011, str. 224).

2.6.1 Formy pomoci pozůstalým

Špatenková ve své knize Poradenství pro pozůstalé (2008, str. 16) uvádí, že dle Schneiderové lze poradenství rozdělit na:

- laické
- prestižní
- odborné
- pomáhající
- jiné

Další možností je formalizovaná pomoc, která zahrnuje poradenské služby, praktické lékaře, krizová centra, psychoterapeuty i psychiatrická zařízení. Také církevní organizace, svépomocné skupiny i dobrovolníci mohou poskytnout pomoc. Je však důležité, aby byli dobře odborně připraveni (Špatenková, 2014, str. 132-137).

Principem poradenství je akceptovat ztrátu blízkého, identifikovat a vyjádřit pocity pozůstalých, umožnit jim žít dál a odpoutat se od zesnulého. Poskytnout čas a prostor pro truchlení, respektovat rozdíly způsobu truchlení, poskytnout nepřetržitou podporu, identifikovat potíže, doporučit adekvátní pomoc, copingové strategie a interpretovat normální reakce na ztrátu (Špatenková, 2008, str. 27).

V Domě léčby bolesti sv. Josefa v Rajhradě u Brna nabízí podporu formální a informativní formou (letáky, osobní setkání, internetové poradny...). Nejdůležitější je však vytvoření důvěry a tolerance.

Další formou pomoci je sociální poradenství, které se soustředí na informace v sociálních zákonech a o následném postupu po úmrtí. Jiná forma pomoci je psychologické poradenství a psychoterapie, somatická pomoc a farmakoterapie. V hledání smyslu života může pomoci duchovní péče. A svou důležitost má i anonymní dotazování formou internetového poradenství. Pravidelné setkávání pozůstalých může mít do budoucna také pozitivní vliv na jejich fyzický i duševní stav (Alexandrová et al., 2009).

Lidé se se ztrátou vyrovnávají odlišně a je nutné jim poskytnout podporu. Proto by nemocnice měly nabízet spolupráci s podpůrnými skupinami pro rodiny, které mají zkušenosti se souhlasem nebo odmítnutím orgánů a měly by je sdílet. Tato síť by sloužila jako zdroj informací pro rodiny potenciálních dárců, aby se dozvěděly o procesu dárcovství a vyslechly si z první ruky informace, jaké je to být v takové situaci. Podpořila by se tím jejich připravenost a mohl by se vytvořit důvěrný vztah pro ty, kteří chtějí zůstat v kontaktu. Tato síť by byla dobrovolná (Chan, 2019).

2.6.2 Péče o pozůstalé dárců orgánů (refundace nákladů)

Transplantační zákon (§ 28) sice zakazuje prospěch nebo příjem jakýchkoliv výhod v souvislosti s odběrem orgánů, ale umožňuje pozůstalým dostat náhradu v podobě refundace části nákladů na pohřeb ve výši 5000,- Kč. Samozřejmě v těchto těžkých chvílích ne každý přemýšlí o této možnosti, proto je možnost o tento příspěvek zažádat do 12 měsíců ode dne vypravení pohřbu. Tato částka je poděkováním za pomoc těžce nemocným lidem (Zákon 97/2019 Sb., § 28).

Poděkování

Úcta ke všem dárčům je vyjádřena na „Zdi života“ (Příloha F). Na tomto pietním místě jsou iniciály všech dárců orgánů z regionu IKEM. Pozůstali mají možnost zapálit svíčku a příjemci orgánů vyjádřit svou vděčnost za tento nejcennější dar (Dar života, 2018, str. 12).

Truchlící mají potřebu vrátit se do kontaktu s týmem zdravotníků, kteří o blízkého pečovali. Mají potřebu znát odpovědi na otázky, které jim ještě zůstaly nezodpovězeny. Způsob, jak je možné snížit dopady úzkosti, deprese, posttraumatického stresu a komplikovaného zármutku (syndrom post – JIP) je soustrastný dopis. Tento kondolenční dopis je zaslán lékařem a měl by přinést útěchu a projevy soustrasti. Na toto téma byl proveden výzkum, který zkoumá vlivy kondolenčního dopisu na stav osob blízkých (Kentisch – Barnes et al., 2016, str. 102).

Poděkování a informace dárcovské nemocnici o provedeném odběru (Příloha B) je také významná úloha koordinátora transplantací. Informace jsou vzhledem k zachované anonymitě pouze o věku, pohlaví, diagnóze a zdravotním stavu příjemců po transplantaci (Kieslichová et al., 2015, str. 97).

3 METODOLOGIE

3.1 Cíle práce a průzkumné otázky

Hlavním cílem práce je popsat zkušenosti sester s komunikací s rodinami potenciálních dárců orgánů.

Dílčí cíle

1. Zjistit a popsat úlohu sestry ve vztahu k rodině zemřelých dárců orgánů.
2. Zjistit, jaké podmínky jsou vytvořeny k předávání informací příbuzným dle etických zásad a doporučení.
3. Zjistit a popsat osobní postoj sester ke komunikaci s rodinou zemřelých dárců orgánů.
4. Zjistit, jak sestry vnímají své zkušenosti s komunikací s rodinou a potřebu vzdělávat se v této oblasti.
5. Zjistit, jaké možnosti profesionální podpory mají příbuzní k dispozici a jakou formou jim je nabízena v rámci zdravotnického zařízení.

Průzkumné otázky

1. Jakým způsobem je zajištěna péče o příbuzné zemřelých dárců orgánů v době jejich přítomnosti na oddělení?
2. Jsou podmínky pro komunikaci v souladu s etickými zásadami?
3. Jaký postoj zaujímají sestry ke komunikaci s rodinou zemřelého dárce orgánů?
4. Jak vnímají sestry své zkušenosti v komunikaci s rodinou zemřelých dárců orgánů?
5. Jaká profesionální pomoc je nabízena rodinám, která by jim mohla pomoci vyrovnat se se ztrátou svého blízkého?

3.2 Metodika průzkumného šetření

Empirická část je postavena na kvalitativní analýze získaných dat z rozhovorů. Tento kvalitativní průzkum je doplněn o kvantitativní prvky, protože do diplomové práce vnáší pohledy, které by byly při použití pouze jedné z metod opomíjeny. Kvalitativní výzkum je založen na fenomenologické analýze, která pomáhá porozumět žité zkušenosti, procesu –

fenoménu. Existuje jen málo studií s touto tematikou. Většina z nich se zaměřuje na téma transplantace a péče o zemřelého dárce orgánů. Komunikace s rodinami je v literatuře zmiňována zřídka a bývá často opomíjena.

Postup analýzy

Jako nultou fází práce jsem zařadila svou reflexi na danou tematiku. Je uvedena motivace a důvod, proč jsem si téma „Úloha sestry při komunikaci s rodinou zemřelého dárce orgánů“ vybrala. Další postupy byly rozčleněny do několika fází. Na začátku jsem doslovně přepsané texty opakovaně četla, psala si poznámky a komentáře k jednotlivým částem rozhovoru po stranách textu formou tužka – papír. Podtrhávala jsem to, co jsem považovala za důležité, významné a vše opakovaně četla. Řádky i strany textu jsem si očíslovala. Zpracování bylo provedeno v MS WORD. Rozhovory byly zbaveny tzv. „slovní vaty“ a přepracovány do spisovné podoby.

V dalších fázích jsem si stanovila témata, která jsou důležitá pro mé odpovědi na průzkumné otázky.

3.3 Charakteristika průzkumného vzorku

V průzkumném vzorku se jedná o fenomenologickou analýzu, ve které se doporučuje malý, homogenní vzorek o počtu 3-6 respondentů (Řiháček, 2013, str. 14). Můj průzkumný soubor tvoří 10 všeobecných sester pracujících na ARO. Některé z nich mají vysokoškolské vzdělání nebo specializaci v oboru ARIP. Na splnění cílů této práce má určitě velký vliv zkušenost v péči o potenciálního dárce orgánů. Výběr zkoumaného vzorku byl proto záměrný, protože bylo potřeba získat k rozhovoru sestry se zkušenostmi v oblasti tohoto fenoménu.

3.4 Sběr dat

Jako doplňkovou metodu pro tento průzkum jsem použila nestandardizovaný polostrukturovaný dotazník vlastní tvorby. Obsahuje otázky zaměřené na komunikaci sester v dárcovském procesu a prostředí, ve kterém k této komunikaci dochází. Dotazník je určen pouze pro nelékařský personál, z části obsahuje i nabídku otevřených otázek a dává respondentům možnost vyjádřit své myšlenky, které v odpovědích nenajdou. V úvodu je stručný popis účelu zkoumaného jevu a potvrzení, že je anonymní. Jeho distribuci předcházelo vyřízení souhlasů s průzkumem s hlavními a vrchními sestrami nemocnic, ve kterých probíhal sběr dat. Byl proveden předvýzkum, při kterém bylo zjištěno, že počet otázek je nadměrný a vede k únavě sester při jeho vyplňování. Následně došlo k úpravě dotazníku. Počet

a formulace otázek byl redukován pro uspokojení obou stran účastníků průzkumu. Dotazníku byl elektronicky rozeslán a tím byla zachována anonymita respondentů.

Pro hlavní část empirické části byly použity polostrukturované rozhovory se sestrami intenzivní péče, které pečují a komunikují s rodinami dárců orgánů. Sestry byly vybírány záměrně a dobrovolně. Podmínkou byla zkušenost sestry na odděleních intenzivní péče (kap. 3. 4). Byly vytvořeny kategorie, subkategorie témat a možnost volby tazatele, v jakém pořadí a jakým způsobem získá informace, které podrobněji vysvětlí zkoumaný jev. Poskytnuté rozhovory byly nahrávány na diktafon, zpracovány formou doslovného přepisu a otevřeného kódování. V úvodu interview sestry vyjádřily souhlas s nahráváním a provedením rozhovoru (kap. 3. 7).

Respondenti mohli mluvit o tématu volně (Příloha E). Osnova rozhovoru jim byla předem poskytnuta, aby se mohli na interview lépe připravit. Po ukončení prvního rozhovoru jsem provedla revizi otázek s lehkou úpravou. K ukončení rozhovorů vedlo teoretické nasycení informací, které by se pouze opakovaly a nebyly by novým přínosem pro tuto práci.

3.5 Organizace průzkumu

Průzkum byl zahájen v listopadu 2020 a ukončen v dubnu 2021. Dle statistiky IKEM (Příloha G) byly vybrány nemocnice, které pracují se zemřelými dárci orgánů. Oslovena byla i klinika, kde přímo provádí transplantace orgánů, ale bylo mi sděleno, že s rodinami moc často nepracují.

3.6 Etika průzkumu

Při přepisu rozhovorů byl záměrně použit ženský rod pro zachování anonymity respondentů. Souhlas s průzkumem pro kvantitativní metodu mi udělilo celkem 6 nemocnic z původně 9 oslovených. Jedna nemocnice si nepřála zveřejňovat svůj název. Pro kvalitativní část průzkumu mi udělilo souhlas 5 nemocnic. Sestry podepsaly informovaný souhlas s rozhovorem (Příloha A), který byl proveden dobrovolně a bez nátlaku. Hlavní a vrchní sestry byly formou dopisu požádány o svolení k průzkumu předem. Teprve potom byly dotazníky odeslány a realizovaly se rozhovory.

3.7 Limity průzkumu

Nevýhodou mého průzkumu bylo omezení, které souvisí s pandemickou situací onemocnění Covid-19. Zdravotnický personál byl zatížen častými směnami, což se mohlo odrazit na únavě personálu a motivaci vyplnit dotazník. I nedostatek nelékařského zdravotnického personálu,

který často setrval v pracovní neschopnosti z důvodů výše zmíněné nemoci, měl vliv na vyplnění dotazníku. Odpovědi a návratnost dotazníku mohly být současnou situací ovlivněny. S distribucí dotazníku jsem čekala, až se současná epidemiologická situace trochu zklidní. V únoru 2021 byly opět osloveny vrchní sestry ke spolupráci. Odezva byla bohužel stejná. Sestry byly přesto ochotné dotazníky rozeslat s tím, že nikoho nebudou nutit ani přemlouvat.

V tomto období byl vládou nařízen zákaz návštěv v nemocnicích. Jelikož je práce zaměřena na rodiny dárců, vycházel personál ze zkušeností s návštěvami rodin z doby před Covidem-19.

Další problém se vyskytl v březnu 2021. V době nouzového stavu bylo velice těžké realizovat rozhovory, jelikož byl zákaz navštěvovat se i v domácím prostředí. Rozhovory byly provedeny na pracovištích v klidné místnosti, většinou po vykonané službě dané sestry. Tři byly realizovány telefonicky.

4 ANALÝZA A VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Bylo provedeno 10 polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které pracují na oddělení ARO. Jak již popisují v metodice, výběr sester byl záměrný. Velký význam na komunikaci má délka praxe na ARO a zkušenosti s péčí o potenciální dárce orgánů. Otázky, které jsem pokládala respondentům, byly v průběhu hovoru přizpůsobeny a upraveny dle vyplývající situace tak, aby napomohly splnění cílů a smyslu této práce.

Rozhovor byl rozdělen do několika kategorií (Příloha E), které jsou v jednotlivých kapitolách postupně rozebírány. Výsledky z dotazníkového šetření jsou diskutovány s výsledky rozhovorů a poukazují na statistický přehled dané problematiky. Dotazník byl graficky zpracován a pro lepší přehlednost jsou grafy umístěny do příloh práce (Příloha D) Výsledky zobrazují současný stav v nemocnicích, které byly pro tento průzkum vybrány.

Dílní cíle a průzkumné otázky jsou zobrazeny v úvodu kapitol empirické části a nyní budou interpretovány. Otázky pro průzkumnou část jsou zobrazeny v příloze E.

4.1 Charakteristika průzkumného vzorku

Tabulka 6 - Charakteristika průzkumného vzorku

Číslo rozhovoru	Kód sestry	Délka praxe na ARO	Vzdělání	Charakteristika respondenta	Délka rozhovoru
1	A	15	Vysokoškolské (Bc)	empatická, milá	45 min
2	B	21	Středoškolské (ARIP)	uzavřená, ostýchavá	30 min
3	C	29	Vysokoškolské (Bc, ARIP)	sympatická, usměvavá	45 min
4	D	24	Vysokoškolské (Mgr)	humánní	40 min
5	E	11	Vysokoškolské (Bc)	cílevědomá	35 min
6	F	21	Vyšší odborné (Dis.)	kritická	45 min
7	G	25	Vysokoškolské (Bc.)	usměvavá, obětavá	45 min
8	H	20	Středoškolské	citlivá	40 min
9	I	15	Středoškolské (ARIP)	empatická	35 min
10	J	11	Středoškolské	rozvážná	30 min

Reflexe vlastní zkušenosti

„Přemýšlela jsem o tom, že informovat rodinu je v kompetenci lékaře, ale sestra je ta, která po proběhlém rozhovoru s ní zůstává v kontaktu, ať už při vyřízení formalit, uvedení rodiny k lůžku pacienta nebo při předávání pozůstalosti. Sestra musí čelit různým emocím a často se dostává do situace kdy neví, jak se zachovat. Problém může být v nedostatku zkušeností, ale i komunikačních dovedností a znalostí v této oblasti. Z vlastní zkušenosti vím, jak je smutné, když si vás nikdo nevšimne a nepromluví. Může jít o zážitek, který ovlivní vaši budoucnost a celý váš život.“

4.2 Úloha sestry v kontaktu s rodinou

V teoretické části bylo zmíněno, jak významnou úlohu zaujímá sestra v dárcovském procesu. Často je první, kdo si všimne vymizelých kmenových reakcí, pečuje o pacienty s mozkovou smrtí. Předávat informace rodině o stavu pacienta nebo zařazení do dárcovského procesu, není v její kompetenci. Ta spadá lékaři. Jakou úlohu tedy má sestra v interakci s rodinou, která se dozvídá tuto šokující zprávu? Co vše může poskytnout a kam zasahují její pravomoci, jakmile lékař sdělí rodině, že stav jejich blízkého je nevratný?

Pro sestru je klíčový první kontakt s rodinou, jaké má možnosti postarat se o ně, připravit je na rozhovor a opět je zde péče, která následuje po proběhlém rozhovoru. Většina příbuzných chce své nejbližší navštívit u lůžka.

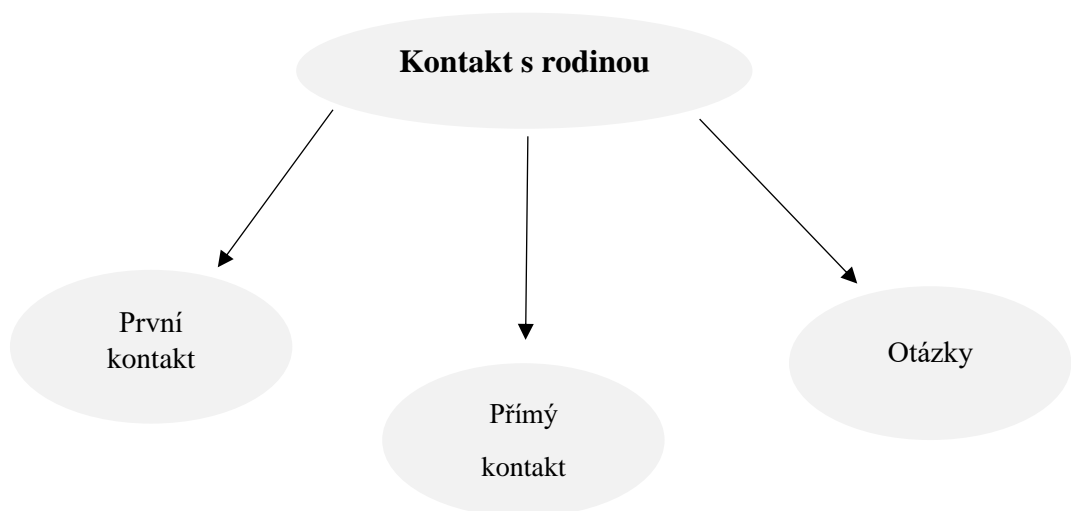


Schéma 1 - Kontakt s rodinou

1. Jakým způsobem se sestra věnuje rodině při příchodu na oddělení a jaké činnosti si vyžaduje přímý kontakt s příbuznými.

Sestry s kódem I a J shodně odpovídají s ostatními. Nechají rodinu čekat nejdříve na lékaře a k lůžku pacienta je vedou po předání informace o jeho stavu.

A: *„Při prvním kontaktu se rodině představím a uvedu je do zasedací místnosti, kterou máme pro naše oddělení k dispozici. Sdělím jim, že předám informace o jejich přítomnosti lékaři.“*

B: *„Zrovna tak jako jiným pacientům, se snažím vyhýbat i rodině dárců. Poskytuji pouze tu nejdůležitější komunikaci, a to pozdrav, představím se a řeknu jim, ať počkají na příchod doktora. Nabídnu jim třeba hrnek s vodou nebo buničinu, ale často jen tak stojím a snažím se je neposlouchat, nemluví.“*

C: *„Naše ARO je uzavřené oddělení, takže na každý zvonek musíme přijít ke dveřím a zeptáme se příchozích, co potřebují. Pokud jde o příbuzné dárců a ještě jim nikdo neřekl žádné informace, řeknu jim, ať se posadí a vyčkají na příchod lékaře. Takže sedí na té chodbě, kde jsou sedačky.“*

D: *„Někdy je to taková rychlost, kdy máme plno práce se zajištěním pacienta při příjmu a rodina už je za dveřmi. V tuto chvíli na ně nikdo nemá čas, tak jim nic jiného nezbyvá, než čekat.“*

E: *„Při příchodu na oddělení se představím. Vysvětlím rodině, jak se má obléknout a poprosím, ať mě následují na oddělení. Pokud má nějaké otázky, zodpovím, co mohu.“*

F: *„Rodina je vpuštěna na oddělení. Představíme se, posadíme ji na určené místo, kde se podávají informace o zdravotním stavu pacientů rodině či pozůstalým. Potom přijde lékař, který podává informace o stavu pacienta a odpovídá na doplňující otázky.“*

G: *„Při vstupu na oddělení se ujímá příbuzných sestra, která zprostředkuje rychlý kontakt s lékařem, který pak podá veškeré informace.“*

H: *„Po příbuzných vyžadují heslo ke komunikaci. Bez něj bychom jim po telefonu informace nemohli předat. Také chceme číslo telefonu a jméno praktického lékaře.“*

2. Postup v případě, kdy lékař nemůže předat informace ihned.

A: „No já osobně rodině vysvětlím, že lékař má neodkladnou práci. Poprosím ji o pochopení a nabídnu něco k pití (...) vodu, kávu, čaj.“

B: „Jenom lékař oznamuje takové informace, sestra není oprávněná, rodina musí počkat.“

C: „Kolikrát tam sedí, dokud lékař nepřijde a nevezme je dovnitř na oddělení, kde máme takový koutek s křesílky. Většinou potom nás doktor zavolá, ať s nimi jdeme vyřešit nějaké formality nebo je oblékneme a vezmeme k lůžku pacienta.“

D: „Musí čekat, dokud doktor nemá čas. Řeknu jim, ať se posadí a vyčkají na příchod doktora. Doktor pak přijde a mluví s nimi. Pamatuji si na kluka, co vypadl z pouťové atrakce (...), rozsáhlé kraniotrauma. Pořád mám před očima, jak mamince z kabelky koukal kelímek s křiklavě růžovou cukrovou vatou a jak tam stála v boxu, když jsme ho vezli na cétěčko, celá vyděšená.“

E: „Někdy už všechno vědí od doktora, který jim to oznámí telefonicky a já je požádám, aby šli za pacientem, kde jim nabídnu místo k sezení. Většinou přikývnou a tam čekají na lékaře.“

F: „Sestra se pokusí domluvit s rodinou na vyhovující alternativě, třeba počkat, podat informace telefonicky, event. zavolat si později a dostavit se osobně, když už není lékař pracovní vytížený.“

G: „Sestra usadí příbuzné na místo, které je zřízené pro podávání informací rodině. Vysvětlí, proč lékař nemůže ihned poskytnout informace a nechá rodinu čekat nebo jí umožní návštěvu u lůžka pacienta a informace lékař podá poté.“

H: „Záleží na tom, jestli už něco ví. Pokud ano, uvedu je k lůžku a vysvětlím čeho se nesmí dotýkat, také vysvětlím, co všechno ty hadičky znamenají.“

I: „Je hrozné, když jim musím říkat ať počkají na doktora a doktor dlouho nejde. Nevím v tuto chvíli, co jim říct nebo co dělat.“

J: „Je mi jich líto. Ani je ještě nesmím vpustit dovnitř, takže čekají na té chodbě.“

3. Otázky, na které se příbuzní dotazují.

A: „Většinou se ptají na další postup, co bude s tělem, ohledně pohřbu. Je to různé.“

B: „Jestli se ještě vzbudí, jaké jsou šance na zlepšení jeho stavu.“

C: „Asi se spíš ptají doktora, u toho my sestry nejsme. Většinou když už vědí, co se děje, tak jenom stojí a mlčí. Akorát se zeptají, jestli ještě mohou přijít a abychom jim zavolali, kdyby se cokoli dělo.“

D: „Když jsme se vrátily z angio, tak tam stála pořád stejně, celá vyděšená. Rozhovor s lékařkou jsem neslyšela, ale když opouštěla box, na nic se neptala a řekla, že už se rozloučila, že si ho můžeme vzít.“

E: „V přímém kontaktu jsem s příbuznými, když lékař předává informace. Stalo se mi to asi dvakrát, že jsem byla jako svědek. Rodina byla romská a lékař se obával jejich reakce. Tenhle lékař si většinou sestru bere jako svědka (...) a také při předávání pozůstalosti. Často se ptají jakto, že jsou prohlášeni za mrtvého, když vidí, že dýchají. Ale na víc otázek si nevzpomenu. Většinou jsou v takovém stavu, že nedokážou ani žalem mluvit.“

F: „Netuším, napadá mě jen souhlas s dárcovstvím, který se zohledňuje. Podání informací o zdravotním stavu, prognóze, jaký smysl má dárcovství a doplnění anamnézy. Předání pozůstalosti a informací pro pozůstalé, ale to jen tipuji.“

F: „No takové to, kam mají jít zařídit pohřeb. Dáváme jim možnost výběru jedné z pohřebních služeb. Většinou je tělo po odběru zpátky převezeno službou, kterou si vyberou. Na to si musíme dávat pozor, abychom jim nenabízeli konkrétní pohřební službu, to se nesmí.“

F: „A taky se ptají, jestli je opravdu zdravotní stav natolik závažný a zda není nějaká naděje na přežití.“

G: „Většinou je rodina zrcena situací a potřebuje nejvíce ubezpečit, že se správně rozhodnou (...) stačí klidné a chápavé vystupování, eventuálně doplnění informací lékaře (...) podat kapesník, pohládit. Vzpomínám si, že jednou se mě ptali, jestli to není znesvěcení těla, když mu vyberou orgány.“

H: „Třeba se zeptají, jestli ho nic nebolí.“

I: „Někdy se leknou, protože pohnou končetinami, ale míšní reflexy zůstávají zachovány, tak jim to musím vysvětlit.“

J: „Ptají se třeba, jak můžeme přesně poznat, že ten mozek nežije.“

Kontakt s rodinou		
První kontakt	Přímý kontakt	Otázky
<ul style="list-style-type: none"> •...se rodině představím... •...vedu je do zasedací místnosti... •...předám informace o jejich přítomnosti... •...pozdrav... •...nabídnou hrnek s vodou, buničinu... •...sdělím ať vyčkají... •...za dveřma...řeknu jim ať počkají... •...ať mě následují na oddělení... •...domluvit rodinou na vyhovující alternativě... 	<ul style="list-style-type: none"> •...předáváme rodině osobní věci... •...na boxu mého pacienta, já tam musím jít... •...dávám ochranné oblečení... •...vedu je k lůžku... •...bereme od nich kontaktní údaje... •...udělá se jim špatně a je nutné poskytnout pomoc... •...řeknu ať se posadí... •...nabídnou místo k sezení... •...jsem ... jako svědek... •...předávání pozůstalosti... •...informaci pro pozůstalé... •...pohládit... •...podat kapesník... •...heslo ke komunikaci... •...jméno praktického lékaře... 	<ul style="list-style-type: none"> •...další postup... •...co bude s tělem... •...ohledně pohřbu... •...ještě se vzbudí... •...šance na zlepšení stavu... •...jestli ještě mohou přijít... •...abychom jim zavolali... •...na nic se neptala... •...jako, že jsou prohlášeni za mrtvého...vidí, že dýchají... •...souhlas s dárcovstvím... •...informace o zdravotním stavu...prognóze... •...doplnění anamnézy... •...informace pro pozůstalé... •...ubezpečit, že se správně rozhodnou... •...není to znesvěcení těla... •...jestli nic nebolí... •...leknou se...pohnou končetinami... •...poznat...že mozek nežije...

Obrázek 1 - Kontakt s rodinou

4.3 Organizace návštěv na oddělení

Na odděleních jako je ARO se zpravidla návštěvy organizují v odpoledních hodinách. Samozřejmě existují výjimky, kdy je možné po předchozí dohodě příbuzného navštívit i v jiné neobvyklé době, zvláště u těžkých stavů. Výjimku tvoří i pacienti se smrtí mozku, kdy nikdy dopředu nevíme, jak dlouho bude příprava na dárcovský proces trvat.

Odpověď sestry s kódem H a J se shodovala v tom, že si rodinu vede lékař do svého pokoje.

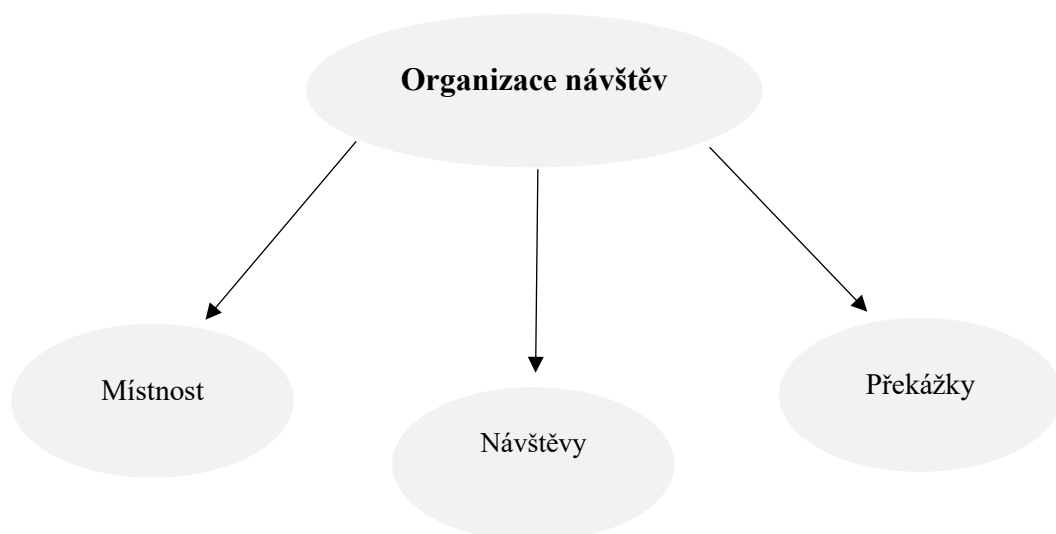


Schéma 2 – Organizace návštěv

4. Místnost pro rodinné příslušníky.

A: „*Jak jsem zmiňovala, máme k dispozici pro naše oddělení menší zasedací místnost.*“

B: „*Kancelář vrchní sestry.*“

C: „*My máme taková křesílka se stolečkem na chodbě, ale stojí tam podle mě nešikovně. Hned vedle je záchod, naproti sesterna a pokoj primáře. Stane se, že neustále někdo kolem nich chodí. Pamatuji si, že v době, když jsme tato křesílka neměli, jedna doktorka si rodinu brala do lékařského pokoje.*“

D: „*Třeba na lékařáku. Je hrozný, když doktor mluví na rodinu a ani se na ně nepodívá. Vzpomínám si na jednoho pacienta, kdy z rozhovoru rodina nepochopila, že jde o smrt mozku a myslela si, když slyšela slovo transplantace, že mu snad budou transplantovat mozek. Ti lidé to nepochopí, bylo hrozně těžký jim vysvětlit, že je mrtvý.*“

E: „*Uváděli jsme je za sklo, na stanoviště, kde se posadili k lékaři, který jim vše vysvětlil. Nyní máme na chodbě stůl a židle, ale nedá se říct, že toto místo je dost intimní.*“

F: „*Chodba u hlavních dveří po vstupu na ARO, kde se nachází lékařský pokoj, denní místnost sester a toalety pro personál. Toto místo mi přijde trochu nešťastně zvolené a nedůstojné pro podávání, tak závažných informací, ale bohužel vyčleněný samostatný prostor pro podání informací nemáme.*“

G: „*Na oddělení existuje při vstupu místo s křesílky a stolečkem, kde lékaři podávají informace příbuzným před samotným vstupem na oddělení.*“

I: „*Na oddělení máme takovou denní místnost, kde je klid. Tak tam je vodíme.*“

5. Organizace návštěv příbuzných zemřelých dárců orgánů.

A: „*Tyto informace předává rodině lékař. Většinou je s ní domluvený, že zavolá, aby se mohla přijet rozloučit, než přijde čas převozu.*“

B: „*Mohou přijít kdykoliv do 22 hodin, tak jako jiné návštěvy (kromě Covidu).*“

C: „*My dovolíme přijít kdykoliv. Pamatuji si na jednoho mladého muže, kterému ještě nepotvrdili smrt mozku, ale ten stav k tomu směřoval. Jeho manželka u něj seděla několikrát denně, střídali se tam s ostatními členy rodiny. Měli však tu výhodu, že ležel v oddělené místnosti, kterou máme pro záchranky, takže tam měli klid. Děti na naše oddělení nesmí, ale vzpomínám si, že v jednom případě jsme povolily i návštěvu dítěte. Tuším, že šlo o babičku.*“

D: „Pamatuji na jednu sestřičku (...), ležel u nás její syn po havárii na motorce, seděla u něj ve dne v noci v takovém tom kardiackém křesle.“

E: „Mohou přijít kdykoliv chtějí.“

F: „Upřímně, záleží na ochotě sloužícího lékaře a zdravotnického personálu. Většinou se snažíme po telefonické domluvě pouštět rodinu v jakýkoliv možný čas.“

G: „Rodina se může s dárcem rozloučit kdykoliv, v kteroukoliv hodinu i mimo návštěvní dobu.“

H: „Řekneme jim, že mohou přijít kdykoliv, jenom se může stát, že budeme mít příjem, a to by potom museli čekat, než se situace uklidní. Myslím tím, že se najednou na oddělení objeví mnoho lidí, a to bychom se tam potom všichni nevešli.“

I: „Pouštíme je kdykoliv, ale jen po dvou, kvůli nedostatku místa.“

J: „V takovýchto případech jdou všechna pravidla oddělení stranou. Ten člověk může každou chvíli zemřít.“

Organizace návštěv na oddělení

Místnost	Návštěvy	Překážky
<ul style="list-style-type: none">...zasedací místnost......kancelář vrchní sestry......křesílka se stolečkem na chodbě......lékařský pokoj......za sklo, na stanoviště......chodba u hlavních dveří po vstupu na ARO......denní místnost...	<ul style="list-style-type: none">...zavolá rodině, aby se mohla přijet rozloučit......kdykoliv do 22 hodin......seděla několikrát denně, střídali se tam s ostatními členy rodiny......seděla u něj ve dne v noci......mohou přijít kdykoliv chtějí......v jakýkoliv možný čas......příjem...museli by čekat...	<ul style="list-style-type: none">...stane se, že neustále někdo kolem chodí......kromě Covidu......děti na naše oddělení nesmí......ani se na ně nepodíval......ti lidé to nepochopí...že je mrtvý......nedá se říct, že toto místo je dost intimní......musíte pečovat o ostatní pacienty......nedůstojné pro podávání...informací......nedostatek času...velká vzdálenost......člověk může každou chvíli zemřít...

Obrázek 2 - Organizace návštěv na oddělení

4.4 Způsob sdělení a reakce na sdělení

Nejen příbuzní, ale i sestry mají své emoce. Mohou tedy různým způsobem reagovat na chování a pocity rodinných příslušníků. Rovněž způsob sdělení má velký význam pro nejbližší.

V teoretické části práce se lze dočíst, že i to může ovlivnit budoucí život rodiny. Jaký postoj k tomuto názoru zaujímá sestra? Jak reaguje a umí si poradit s vlastními pocity a prožitky příbuzných?

Sestra s kódem B nedokázala odpovědět na otázku, jak a jestli způsob sdělení může ovlivnit budoucí život rodiny. Odpověď sestry J se shodovala s ostatními, že určitě vnímají chování personálu.

Odpovědi sester s kódem B a J se shodují v tom, že nejčastější reakcí je pláč.

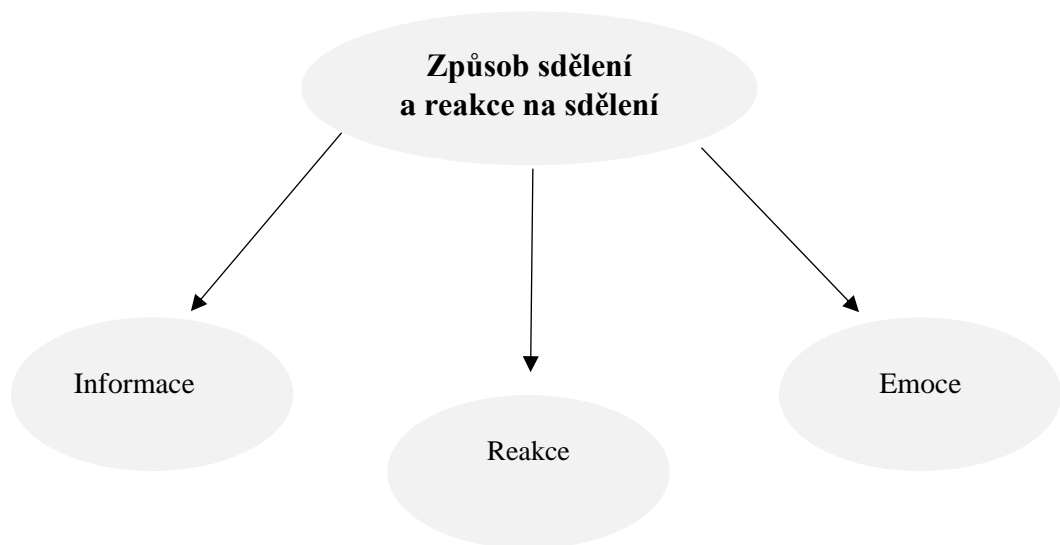


Schéma 3 - Postoj sestry k reakcím

6. Vliv způsobu sdělení na budoucí život rodiny.

A: „Myslím si, že je to různé. Záleží to na osobnostech členů rodiny a vztazích v rodině. Mnohdy se třeba upnou k tomu, že alespoň někomu jinému zachrání život nebo že část jejich blízkého bude stále naživu.“

C: „No já myslím, že jo. Hovořím z vlastní zkušenosti, kdy mi zemřela maminka a nikdo nám nedal vědět. My jsme tam šli na návštěvu a její pokoj byl zamčený (...) myslím, že mě to nějakým způsobem poznamenalo.“

D: „Jestli si vůbec v takovém šoku na něco pamatují, ale určitě vnímají to, jestli k nim je člověk vlídný (...), to, jak se k nim chováme, to určitě vnímají.“

E: „Určitě si myslím, že je důležité, jakým stylem se podá rodině tato informace. Jak ji přijmou a jak se s ní srovnají. Záleží na mentalitě dané rodiny.“

F: „Samozřejmě že ano. Pokud lékař tuto informaci podá jako hulvát či samozřejmost, jako když žádá prodavačku o rohlíky, tak rodina za prvé nemusí souhlasit s dárcovstvím a za druhé si může dodatečně vyčítat, že s něčím takovým vůbec souhlasila. Pro takové podání informací je nutno mít dostatek času, trpělivosti a empatie, což některým lékařům na našem oddělení popravdě chybí.“

G: „Myslím, že proces truchlení to ovlivní poměrně zásadně (...) ve chvíli sdělení informace je především šok a pak postupné uvědomění si situace. I tak si myslím, že rodina má většinou málo času na rozhodnutí (bez souhlasu rodiny bychom totiž k dárcovství nepřistoupili) (...) a to může do budoucna ovlivnit pocit unáhleného rozhodnutí, než převáží fakt, že tím jejich rodinný příslušník pomohl několika lidem v návratu do života. Způsob sdělení se ale odvíjí od osobnosti lékaře. Někdo je empatický a skvěle vysvětlí situaci, někdo ne.“

H: „Záleží na tom, jaký lékař předává tyto zprávy. Máme lékařku, která mluví a používá hodně odborných termínů. Tomu rodina nemůže rozumět ani pochopit.“

I: „Když si těch lidí nikdo nevšimne, určitě je to poznamenaná a nedůvěřují nám. Pak se nemůžeme divit, že o odběru orgánů nechtějí ani slyšet.“

7. Forma a způsob sdělení.

A: „Na našem oddělení se tyto informace předávají rodině při přímém kontaktu. Většinou když přijdou na návštěvu nebo je lékař telefonicky požádá, zda by mohli přijít, aby si s nimi mohl promluvit.“

B: „Ústní.“

C: „Pokud víme číslo, anebo se sami příbuzní ozvou, tak jim to lékař sdělí po telefonu. Často se sami zeptají, jestli mohou přijít a informace dostanou znovu přímo.“

D: „Už se mi i stalo, že si rodina nepřála, aby pacientovi odebrali orgány, v tomhle případě se někdy slova ujímá transplantační koordinátor a zavolá jim. Oni určitě mají s komunikací více zkušeností, jsou vyškolení. Ta rodina nám potom nadávala, že si nepřeje, aby jim někdo volal a přemlouval je.“

E: „Lékař sděluje informace přímo na pracovišti.“

F: „Osobní, výjimečně telefonická (ze strany rodiny – nedostatek času, velká vzdálenost).“

G: „Myslím, že většinou ta klidná, empatická forma (...) i když ne vždy, jak jsem řekla záleží na osobnosti a přístupu lékaře.“

H: „No jsem ráda, že už neexistují telegramy, asi to muselo být kruté, když u vás zazvonil pošťák a sdělil vám takovou tragickou zprávu.“

I: „Tváří v tvář.“

J: „Myslím, že by to mělo být srozumitelné. Kolikrát nepochopí, proč mluvíme o smrti, když mu bije srdce.“

8. Emoce a reakce rodinných příslušníků a sestry.

A: „Většinou jsou rodinní příslušníci dobře obeznámeni s kritickým stavem pacienta. Lékaři jim netají žádné informace. Nejhorší je to u mladých lidí, tam je to vždy velice nepříjemné a mnohdy vyhrocené. Reakcí je rozhodně pláč a otázky typu „sestřičko proč zrovna on“ nebo „proč se to muselo stát zrovna nám.“

C: „Tak někdy pláčou, někdy stojí a mlčí. Taky jsem zažila romskou rodinu, která strašně vyváděla, jakmile se doktor zmínil o dárcovství. Myslím tím, že měli vztek a hrozně na nás křičeli, že tohle nikdy nedovolí. No a moje reakce je taková, že je mi z toho smutno. Vždy když si uvědomím, kdyby se to stalo mě (...) snažím se rychle zahnat takové myšlenky a soustředím se na jinou práci.“

D: „Ještě se vrátím k tomu, jak jsem říkala o té mamince, že si toho syna můžeme vzít, že už se rozloučili. Já jsem tenkrát asi měla pocit z dobře vykonané práce, ale tahle věta, mě natolik utkvěla a věřte měla jsem najednou pocit, že jsme jak supi.“

E: „Stoprocentně převládá žal, smutek, pláč, bezmoc, ale i vztek jsem zažila (...) obviňování a křik. Záleží, jak to ta rodina vezme a hlavně pochopí.“

F: „Smutek, popírání, vztek, přesvědčování o síle jedince, že to zajisté zvládne. Lidé si často neumí vysvětlit a nejsou schopni pochopit pojem, smrt mozku (...) taky je to většinou beznaděj, ale na druhou stranu vím, že tento člověk pomůže mnoha dalším lidem k plnohodnotnému životu a celkově k životu.“

G: „Šok, bezmoc projevující se pláčem, zhroucením, nedůvěrou, až po klidný, věcný přístup některých příbuzných (...) reaguji podle situace, snažím se povzbudit a uklidnit, záleží na tom, jak se situace vyvine.“

H: „,,Moje reakce (...) je to těžké, musím se moc ovládat, abych neplakala s nimi především pokud se jedná právě o mladého člověka. Mnohdy jsou slova zbytečná (...) chytím za ruku řeknu, ať se vypláčou.“

I: „,Oni by ho chtěli pohladit, ale bojí se. Je potřeba jim říct, že ho mohou chytit za ruku.“

Postoj sestry k reakci na sdělení		
Informace	Reakce	Emoce
<ul style="list-style-type: none"> •...při přímém kontaktu... •...když přijdou na návštěvu... •...nebo je lékař telefonicky požádá, zda by mohli přijít, aby s nimi mohl promluvit... •...ústní... •...po telefonu... oni se často sami zeptají, jestli mohou přijít a informace dostanou znovu přímo... •...slova ujímá transplantační koordinátor... •...přímo na pracovišti... 	<ul style="list-style-type: none"> •...záleží to na osobnostech členů rodiny, na vztazích v rodině... •...upnou k tomu, že alespoň někomu jinému zachrání život... •...část jejich blízkého bude stále naživu... •...že mě to nějakým způsobem poznamenalo... •...proč zrovna on... •...proč se to stalo zrovna nám... •...někdy stojí a mlčí... •...chytím za ruku...ať se vypláčou... •...vnímají...jestli k nim je člověk vlivný... •...nepřejou si, aby jim někdo volal a přemlouval... •...záleží na mentalitě té rodiny... •...informaci podá jako hulvát... •...když žádá prodavačku o rohlíky...nemusí souhlasit... •...nevím zda bych zvládla vlnu emocí a otázek... 	<ul style="list-style-type: none"> •...rozhodně pláč... •...musím se moc ovládat, abych neplakala taky... •...měli vztek a hrozně na nás křičeli... •...maminka...celá vyděšená... •...rodina...nám potom nadávala... •...měla jsem pocit, že jsme jak supi... •...nedokážou ani žalem mluvit... •...žal, smutek, pláč, bezmoc...vztek...obviňování, křik... •...popírání...přesvědčení o síle jedince...že to zvládne... •...beznaděj...

Obrázek 3 - Postoj sestry k reakci na sdělení

4.5 Komunikační dovednosti sester

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina sester s výukou komunikace zkušenosti nemá nebo pouze minimální. Mnohdy se pro nedostatek znalostí v této oblasti necítí jistě. Některé sestry však tato problematika zajímá. I výsledky dotazníkového šetření to dokazují. Myslím, že celoživotní vzdělávání v oblasti komunikace je na místě. Správná komunikace určitě může ovlivnit pozitivním způsobem postoj rodiny k dárcovství i sebevědomí sestry, která s rodinným příslušníkem vede rozhovor.

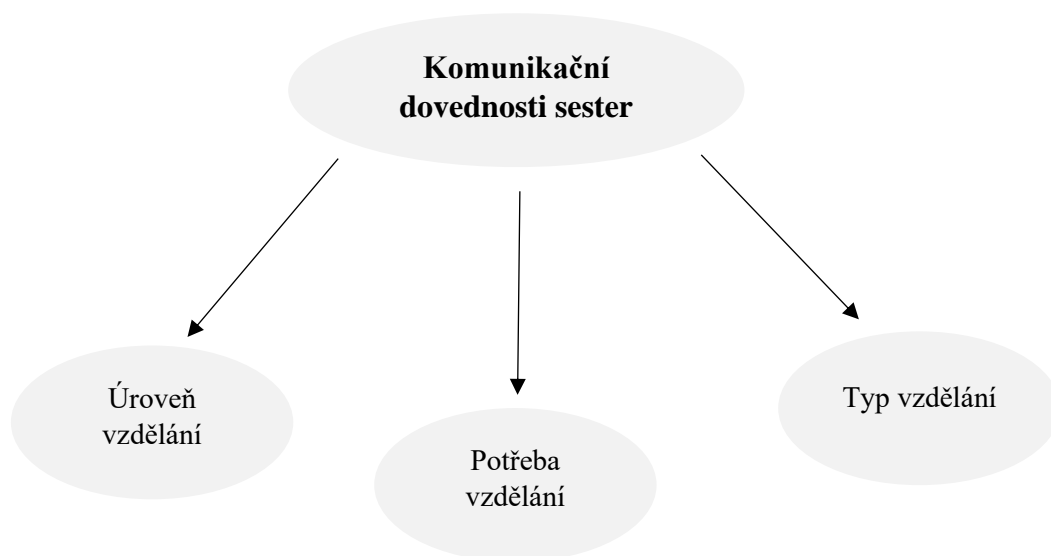


Schéma 4 - Komunikační dovednosti sester

9. Úroveň komunikačních dovedností

A: „S komunikací problémy nemám. Myslím si, že jsem komunikativní člověk, ale v těchto případech mi někdy dochází slova.“

B: „Ubohý, já zrovna se do komunikace moc nehrnu.“

C: „Já jsem na tom i po těch letech v těchto případech asi špatně. Vždycky se bojím, aby se mě na nic neptali. Bojím se, že nebudu umět reagovat nebo odpovědět.“

D: „No já nevím, ráda mluvím s lidma, ale tyhle situace, nic moc.“

E: „Rozhodně si myslím, že komunikaci jako takovou zvládám dobře. Ale co se týče komunikace s pozůstalými po dárcích, pociťuji v sobě stále nejistotu. Asi je to tím, že se tak často v této situaci nenacházím. Je těžké mluvit s rodinou dárce jako s pozůstalými, když dárce leží ještě na oddělení a čeká na transport. Nebránila bych se kurzu komunikace zaměřeném na toto téma. A věřím, že by o něj stálo mnoho mých kolegyně.“

F: „Bohužel na současném oddělení komunikuje s rodinou jen lékař, my k tomu nemáme kompetence. Na předchozím oddělení se sestřičky snažily být rodině oporou a většinou se nám dařilo. Nyní to nedokážu odhadnout, zda bych zvládla tu vlnu emocí a otázek ze strany rodiny.“

G: „Snažím se být empatická a klidná, ale mnohdy je mi rodiny velmi líto a je mi do pláče s nimi (...) úroveň mých komunikačních dovedností si netroufám hodnotit.“

H: „Tak teď je to těžký (...) žádný kurzy díky koronaviru nejsou a taky těch služeb co máme, to by ani nebyl čas.“

I“ „Asi nic moc, jsem ráda, když to převezme někdo jiný, je mi to nepříjemný.“

J: „Myslím, že by každý měl na takové kurzy jezdit nebo se jich účastnit.“

10. Vzdělání v oblasti komunikace.

A: „Jsem věčný student. Komunikační dovednosti jsem se učila v průběhu vysokoškolského vzdělání.“

B: „Nijak, nemám ani žádné touhy.“

C: „My jsme občas měli školení, které vedla docentka Pokorná z IKEMu. Bylo to moc zajímavý. Slyšela jsem, že jsou i nějaké kurzy, ale nevím, jestli jen pro doktory nebo i sestry. Ale když se zamyslím, kde jsme se o komunikaci učili, tak spíš o té obecné, ale s rodinou? To nevím.“

D: „Shodou okolností jsem si chtěla zaplatit kurzy komunikace. Organizuje to IKEM, ale bohužel nám do toho vstoupil ten zatracený Coronavirus (...) nic se teď nikde neděje. Občas k nám přijedou z IKEMu a dávají nám školení (...) o komunikaci taky hovoří. Když se ale tomu člověk postaví tváří v tvář, je to úplně jiný.“

E: „Vzdělávám se asi jedinež zkušenostmi z pracoviště a беру inspiraci od mých starších kolegyň. Na semináře v oblasti komunikace nejezdíme. Je to dost zapomínané téma.“

F: „Ne, vím, že je to špatně, ale současné oddělení mi nějak vzalo veškerou energii a smysl se dále vyvíjet.“

G: „Téma dárcovství orgánů mi vždy přišlo zajímavé a zajímám se o něj, ale asi nejvíce mi pomohlo opakované setkání s kolegy z transplantačního centra v IKEMu, kteří pro nás vždy mají konkrétní rady, jak k rodině přistupovat.“

H: „Není nějak čas...“

I: „Já nevím, jestli je to už únava, sloužíme přesčasy. Člověk přijde domů a má toho dost.“

J: „Další demotivací k tomuto kroku je, že si lékaři nepřejí, aby sestry komunikovaly s rodinnými příslušníky (...) no, možná se doktoři bojí soudních sporů, nesmíme nic říct, lidé se chytají všeho, každého slova, tak asi abychom neřekly něco špatně.“

Komunikační dovednosti sester

Úroveň vzdělání	Potřeba vzdělání	Typ vzdělání
<ul style="list-style-type: none"> •...s komunikací problémy nemám... •...myslím si, že jsem komunikativní člověk... •...ubohý... •...v těchto případech asi špatně... •... komunikační dovednosti jsem se učila v průběhu vysokoškolského vzdělání... •...my jsme občas měli školení... •...dávají nám školení... •...tyhle situace nic moc... •...komunikaci... zvládám dobře... •...zkušenostmi z oddělení... •...inspirace...od kolegyň... •...netroufám soudit... 	<ul style="list-style-type: none"> •...nijak, nemám ani žádné touhy... •...já zrovna se do komunikace moc nehrnu... •...chtěla...kurzy komunikace... •...nebránila bych se nějakému kurzu komunikace... •...o něj stálo mnoho kolegyň... •...téma dárcovství...zajímám se o něj... •...není čas... 	<ul style="list-style-type: none"> •... já se vždycky bojím, aby se mě na nic neptali.. •...bojím se, že nebudu umět reagovat nebo odpovědět... •... ale v těchto případech mi někdy dochází slova... •...člověk postaví tváří v tvář je to úplně jiný... •...nemorální...aby jsme se zasmály nebo mluvily nahlas... •s pozůstalými po dárcích...pocituji nejistotu... •...lékaři si nepřejí, aby sestry komunikovaly s rodinnými příslušníky... •...únava...sloužíme přesčasy... •...abychom neřekly něco špatně... •...bojí soudních sporů...

Obrázek 4 - Komunikační dovednosti

4.6 Podpora rodině

Teoretická část práce vypovídá o tom, že neposkytnutá podpora příbuzným, postoj a chování personálu může rodině ovlivnit celý život. Cílem rozhovoru v této kategorii je zjistit, jak se personál chová k příbuzným. Jak je možné zajistit komfort a soukromí i v těchto vypjatých situacích na odděleních, která jsou plně rušivých elementů, kde často vládne chaos a spěch?

Odpovědi posledních dvou sester s kódem I a J se opakují. Shodují se, že ARO je otevřené oddělení s rušivými elementy, kde je velmi těžké zajistit soukromí pro rodinné příslušníky.

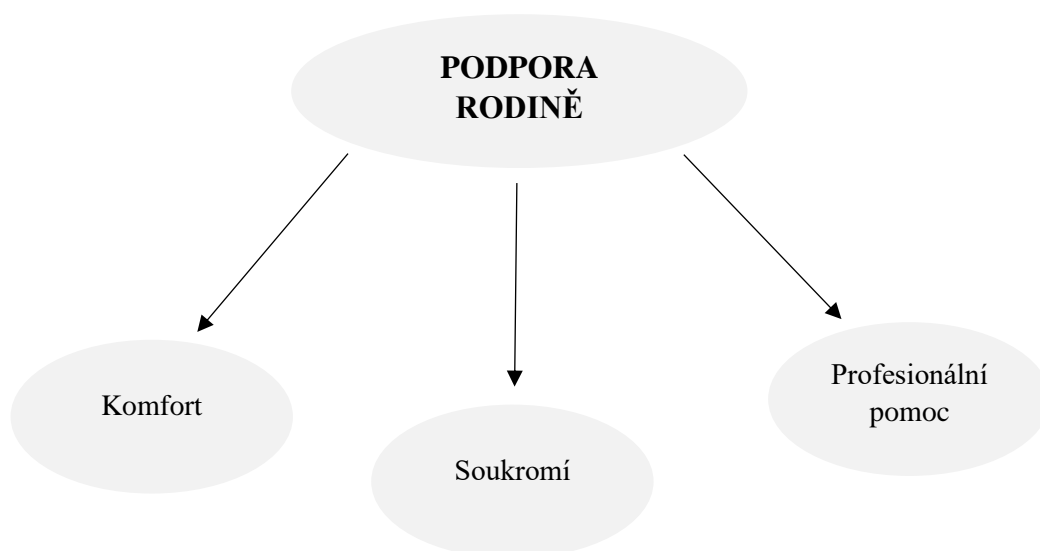


Schéma 5 - Podpora rodině

11. Soukromí a komfort pro rodinné příslušníky

A: „No, převážně se snažím zajistit soukromí, aby byl na oddělení klid a nebyla rodina během návštěvy rušena. Ujistím je, že jsem jim kdykoliv k dispozici, pokud budou něco potřebovat.“

B: „Snažím se tam nebýt, vyhýbám se kontaktu s rodinou. Nerada komunikuji, proto jsem na ARO, tam nemusím ani s pacienty hovořit.“

C: „Tak podám jim židli, otevřu okno nebo dám napít.“

D: „Stalo se nám, že ti lidé se úplně zhroutili. Museli jsme jim píchnout injekci na zklidnění a položit je na prázdné lůžko. Já, když je tam rodina, tak ani nemluví, přijde mi to hrozně nemorální, abychom se třeba zasmály nebo mluvily nahlas.“

E: „Ono moc místa bohužel na komfort není. Jediné, co se dá udělat je zatáhnout závěsy, dát k lůžku židli a omezit veškeré činnosti u pacienta na ty nejnnutnější. Samozřejmě nikdo neomezuje návštěvu nějakým časem. Necháme je tam dokud oni sami chtějí. Na intenzivním lůžku se úplný klid nedá zajistit. Musíte stále pečovat o samotného dárce a spolu s ním i o ostatní pacienty. Ale určitě to lze v klidu a potichu. Vyhýbáme se nemístným rozhovorům s kolegyněmi a snažíme se nerušit rodinu dárce.“

F: Pokud se dárce nenachází na samostatném boxu, tak moc soukromí nelze zajistit. Jednotlivá lůžka jsou oddělena jen plentou. Jediné, o co se snažíme, je minimalizovat hluk např. alarmy a procházení personálu okolo daného lůžka, což je občas nemožné (...) snažíme se, ale někdy to prostě nejde.“

G: „Vždy se snažíme o nerušený kontakt rodiny s dárce odfiltrovaný od chodu oddělení (...) k pacientovi chodíme pouze je-li to nutné a rodině necháváme takový čas jaký potřebuje k rozloučení (...) je to jednodušší, když pacient leží na samostatném boxu, ale pokud to není možné, je to většinou o empatii jednotlivých zdravotníků, aby na sebe nepokřikovali, nebavili se o svých soukromých věcech, nesmáli se (...) nejdůležitější je opravdu maximálně ztlumit provoz včetně komunikace mezi personálem a dát najevo soustrast a podporu rodině.“

H: „Máme jeden samotný box, kde se dají zavřít dveře, takže pokud je ten pacient tam, je to pro rodinu dobré. Myslím si, že oni se stydí před námi plakat a projevovat city.“

12. Profesionální pomoc pro rodinné příslušníky

A: „Ano v naší nemocnici je k dispozici psycholožka, která je telefonicky požádána, pokud je potřeba její pomoc. V případě nutnosti ji využíváme převážně pokud je dárce mladý člověk.“

B: „Jé to já vůbec nevím.“

C: „V naší nemocnici máme kaplana i psychologa. Kaplan už u nás na oddělení několikrát byl, ale šlo o úplně jiné situace, než se tady bavíme. Já osobně nikdy nenabízela tuto pomoc, ani si nikdy nevzpomenu nebo mi to nedojde, že ji lze využít i pro rodinu. Nevím.“

D: „Nikdy jsem nezažila, že by přišel psycholog, ani jsme ho nikdy nevolali, ale máme ho v nemocnici.“

E: „Bohužel v naší malé nemocnici není žádný krizový intervent.“

F: „V našem nemocničním zařízení se nenachází žádná psychologická poradna, což je smutné, protože dárce orgánů na tak malou nemocnici je zde víc než dost. Domnívám se, že tuto pomoc by zajisté ocenili nejen pozůstalí, ale i ostatní lidé, včetně personálu.“

G: „Nevím pomoc je pouze okolo pohřbu pacienta, která vychází ze zákona.“

H: „Nevím o žádné konkrétní psychologické pomoci v rámci nemocnice.“

I: „Předáme kontakty na psychologické poradny.“

J: „Myslím si, že by bylo dobré, kdyby se ti lidé se stejnými zkušenostmi nějak sešli a mohli se sobě vypovídat, nějaké podpůrné skupiny.“

Podpora rodině

Komfort	Soukromí	Pomoc rodině
<ul style="list-style-type: none">•... ujistím je, že jsem jim kdykoliv k dispozici, pokud budou něco potřebovat...•...podám jim židli, otevřu okno nebo dám napít...•...položít je na prázdné lůžko...•...zatahnout závěsy...•...omezit veškeré činnosti na ty nejnütnější...•...neomezuje návštěvu nějakým časem...•...minimalizovat hluk...alarmy...	<ul style="list-style-type: none">•... aby byl na oddělení klid, aby nebyla rodina během návštěvy rušena...•...snažím se tam nebýt...•...ani nemluví...•...vyhýbáme se nemístným rozhovorům s kolegyněmi a snažíme se nerušit...•... procházení personálu okolo daného lůžka, což je občas nemožné...	<ul style="list-style-type: none">•...psycholožka...•...kaplana i psychologa...•...injekci na zklidnění...•...nikdy jsem nezažila, že by přišel psycholog...ale máme ho...•...není žádný krizový intervent...•...tuto pomoc by zajisté ocenili nejen pozůstalí, ale i ostatní lidi, včetně personálu•...pomoc je pouze okolo pohřbu...•...dát najevo soustrast...•...kontakty na psychologické poradny...•...podpůrné skupiny...

Obrázek 5 - Podpora rodině

5 DISKUSE

Sestry nejsou přítomny při rozhovoru, kdy je rodině sdělován fakt o nevratném poškození mozku a následném zařazení do dárcovského procesu. Tyto informace předávat rodině nesmí, není to v jejich kompetenci. Přesto si musí být vědomy toho, jak nejlépe pomoci rodině, která čelí této skutečnosti. K tomu je zapotřebí dostatek komunikačních dovedností, velká míra empatie a dle mého soudu i odvaha, kterou řada sester postrádá. Článek z amerického časopisu Nurse „Exploring organ donation with families of pediatric patients“ (2017) pojednává o tom, jak důležitý je vztah mezi sestrou a rodinou. Je nutné ho založit na důvěře. Poté, co rodina vidí sestru, která poskytuje jejich milovanému vynikající péči, určitě se takový vztah navázat podaří. Rovněž pokud poskytovatel zdravotní péče nabídne rodině psychickou podporu, může se lépe vyrovnat se smrtí jejich blízkého.

Na odděleních, kde probíhal průzkum jsou zaměstnány většinou všeobecné sestry se specializací v oboru anesteziologie a resuscitace (ARIP). Není neobvyklé, že v současné době na těchto odděleních pracují praktické sestry a zdravotničtí záchranáři. Jejich kompetence jsou však omezené. Pracují pod odborným dohledem všeobecných sester. Pracovní zkušenost dotazovaných všeobecných sester na oddělení je více jak 10 let. Myslím, že v péči o dárce mají praxi a mohou svými názory velice obohatit tuto diplomovou práci.

V dotazníku byla položena otázka, zda si sestry myslí, jestli svým přístupem mohou ovlivnit pozitivní postoj rodiny k odběru orgánů. Většina z nich se domnívá, že svým přístupem mohou ovlivnit pozitivní postoj rodiny k odběru orgánů (Graf č. 14). Některé využily otevřené odpovědi:

„Z mých zkušeností ne. Pokud je rodina proti tomu, tak nepomůže nic“.

Neztotožňuji se s tímto názorem. Dle mého soudu by mohl pomoci právě vhodný přístup k rodině, o kterém práce pojednává. Ale jak vyplývá z dotazníku (Graf č. 4), sestry se s péčí o dárce setkávají zřídka. Asi tak 1 – 4x do roka. Nelékařský zdravotnický personál tak přichází do styku s rodinami dárců orgánů velice ojediněle a jejich zkušenosti s komunikací jsou zanedbatelné.

Ne vždy je rodina smířena a s odběrem orgánů nesouhlasí. V teoretické části se zmiňuji (kap. 2.2.1), že pokud to tak je, transplantační centrum od odběru ustupuje z etických důvodů. Zkušenosti sestry s kódem G dokazují a potvrzují tuto teorii, že bez souhlasu rodiny bychom

k dárcovství nepřistoupili, a to může do budoucna ovlivnit pocit unáhleného rozhodnutí nad faktem, že zemřelý pomohl jiným lidem.

Existuje řada studií, které se v zahraničí zabývají výzkumem toho, jestli má komunikace mezi sestrou a rodinou vliv na přístup k dárcovství. V zahraniční studii Moraese (2014) bylo zjištěno, jaký význam má působení zdravotních sester v procesu dárcovství. Výsledkem studie je potřeba mít dostatek znalostí a zkušeností této problematiky.

Další část diskuse bude zaměřena na odpovědi průzkumných otázek, které byly stanoveny.

1. Jakým způsobem je zajištěna péče o příbuzné zemřelých dárců orgánů v době jejich přítomnosti na oddělení?

Péče je zajištěna při prvním kontaktu, přímém styku v různých situacích a také snahou odpovědět rodině na otázky, které ji zajímají.

V této části jsem se zaměřila na úlohu sestry od doby příchodu rodiny na oddělení, situace, které si vyžadují její přímý kontakt s rodinou a také na otázky, které rodinné příslušníky zajímají nejvíce. V knize Komunikace s pacientem v intenzivní péči (2016) je zdokumentován souhrn činností, které by sestra neměla opomenout při kontaktu s rodinou. Autorky se také zmiňují, že by sestra ve shodě s lékařem měla umět odpovídat na dotazy, které příbuzní kladou (Tomová, Křivková, 2016).

Při prvním kontaktu respondenti odpověděli, že se rodině představí, pozdraví se s nimi a uvedou je do místnosti nebo na místo, určené pro návštěvy. Poté jdou informovat lékaře o jejich přítomnosti na oddělení. Mohou nastat i situace, kdy lékař je časově vytížený a jak se zachová sestra v této chvíli? Nechá vystrašenou rodinu o samotě? Sestra s kódem A nabídne rodině hrnek s vodou a kapesníky nebo buničinu. Myslím, že tak by to mělo být. Tímto gestem si získává důvěru, jak je doporučováno v americkém časopise Nurse (2014). Pozitivní přístup rodiny je založen na důvěrném vztahu. Sestra s kódem E má zkušenost s tím, že pokud lékař nemůže a rodina je již srozuměna o zdravotním stavu pacienta, odvádí je rovnou k lůžku, kde mohou pobývat, dokud lékař nepřijde. Od sestry s kódem C se dozvídám, že příbuzné nechávají čekat na chodbě a až potom je berou dovnitř na oddělení, současně s příchodem lékaře.

Tomová s Křivkovou (2016) zdůrazňují, že před prvním příchodem k lůžku, by měla sestra členy rodiny informovat o tom, co uvidí na první pohled. Velké množství invazivních vstupů a okruh, kterými je pacient napojen na plicní ventilátor a monitor.

Další oblast tohoto tématu se zabývá situacemi, které si vyžadují přímý kontakt sestry s rodinou dárce. Výpovědi mých respondentů uvádí, že tyto situace nastávají při předávání osobních věcí rodině a pozůstalosti. Dále při příchodu na oddělení, kdy je musí obléknout do ochranných oděvů v rámci zachování hygienicko-epidemiologického režimu. Od rodiny sestra přebírá kontaktní údaje a odvádí je k lůžku. Pohled na milovaného člověka může v příbuzných vyvolat natolik úzkostný stav, že se jim může udělat nevolno, proto je vhodné podat jim židli, aby si sedli. Sestra s kódem E uvádí, že zažila situaci, kdy si jí dokonce vzal lékař k rozhovoru jako svědka. Myslím, že toto je správně. Sestra pak umí lépe reagovat na otázky, které jí rodina klade.

Ve výzkumném článku Metznerové, Zítkové (2018) se píše, že sestry pracující u lůžka se nemohou účastnit důležitých rozhodování spolu s lékaři. Nejsou přítomny u rozhovoru s příbuznými a zároveň poukazuje na práci Pavlicové, jak důležitá je pro ně komunikace s rodinou umírajícího.

Výše se zmiňuji o tom, že by sestry měly umět odpovídat na dotazy rodiny. Zde uvádím výčet některých dotazů. Je zřejmé, že pokud sestry znají otázky, na které se příbuzní nejčastěji ptají, budou na ně lépe připravené a vědět, jak mají odpovídat. Těmi nejčastějšími dotazy jsou takové, kdy se jich rodiny ptají na další postupy a co bude s tělem zesnulého po odběru orgánů. Zajímá je, jak zařídit pohřeb. Nebo jestli se stav pacienta ještě nemůže zvrátit a nevzbudí se. Jaká je šance? Chtějí, aby jim bylo voláno v případě jakýchkoliv komplikací a kdy mohou přijít na návštěvu. Dle názoru sestry s kódem G potřebují ubezpečit, že se správně rozhodnou. Poprvé zde zazněla myšlenka o duchovní víře rodinných příslušníků. Rodinu zajímalo, jestli odebráním orgánů nedojde k znesvěcení těla.

Příbuzní se také mohou divit, že vidí na zesnulém drobné pohyby končetin. To v nich může vyvolat určité pochybnosti o smrti. Jde však o to, že může přetrvávat integrita spinálních reflexů (Kieslichová, 2015, str. 227).

Haškovcová v knize Thanatologie (2007) uvádí, že příbuzní mnoho myšlenek skrývají, bojí se zeptat a je důležité je ujistit, že takové otázky jsou namístě, normální a přirozené.

Moraes předkládá (2008) kvalitativní studii, kde jsou citovány rozhovory s rodinami dárců. (Tabulka č. 3) Jak vnímají dárcovský proces? Je těžké uvěřit tomu, že je jejich milovaný mrtvý, když vypadá jako by spal a srdce mu bije.

2. Jsou podmínky pro komunikaci v souladu s etickými zásadami?

Ne vždy jsou podmínky v souladu s etickým doporučením.

Baláž a kolektiv autorů v knize Odběry orgánů k transplantaci (2011) se zmiňují o klíčových bodech a důležitosti rozhovoru. To znamená, kdo by měl rozhovor vést, vhodné načasování rozhovoru a struktura rozhovoru.

Rozhovor o zdravotním stavu a možnosti odběru orgánů nespadá do kompetence sestry, ale dle mého mínění je sestra právě ta, která může připravit takové místo a zajistit tak správnou atmosféru, která by pro vedení rozhovoru měla být. Rovněž může příbuzným zajistit přítomnost u lůžka dle jejich potřeb, aby měli možnost se se svým milovaným rozloučit a pobýt s ním v posledních chvílích života.

V dotazníkovém šetření bylo zjišťováno, jak si stojí vybrané nemocnice. Kde se nejčastěji vedou rozhovory, jak jsou organizovány návštěvy. Je chvályhodné, že v současné době se většinou informace předávají při osobním kontaktu (Graf č. 9), na místech jako je chodba nebo v místnosti určené pro příbuzné (Graf č. 10). Z rozhovorů vyplynulo, jaké překážky stojí proti klidnému průběhu. Překážkou je dle slov většiny sester to, že místo, kde probíhá rozhovor není klidné. Rušit může procházející personál. Sestra s kódem D dokonce vypovídá o tom, že překážkou může být i chování lékaře, který při rozhovoru neudrží oční kontakt. Dále dochází k nepochopení celé situace příbuznými, nedostatek času na rodinu, kdy personál musí zajišťovat péči i o ostatní pacienty. Také příliš odborných výrazů při předávání informací mohou být důvodem nepochopení smrti jejich blízkého. Některá místa, kde se předávají informace dle sestry s kódem F jsou i nedůstojné („...*toalety pro personál*...“).

Docentka Pokorná, vedoucí lékařka Oddělení odběrů orgánů Transplantcentra IKEM, se zmiňuje v časopise Dárcovství orgánů v ČR a zásadní role intenzivní medicíny (2018) o tom, že před lety se při výstavbě nemocnic nemyslelo na to, že je třeba mluvit s rodinou v klidu, stranou od provozu oddělení. Ale přesto se na současných odděleních snaží v rámci možností zajistit vhodné prostředí pro příbuzné, i když místnost není určena pouze jim. Takovým místem je například zasedací místnost, kancelář vrchní sestry, křesílka se stolečkem na chodbě nebo lékařský pokoj. Záleží i na zvyku a přístupu lékaře, který zrovna slouží. Sestra s kódem G zastává názor, že záleží na osobnosti lékaře.

Reflexní kvalitativní studie (Moraes, 2018) předkládá přehled výzkumných článků, které jsou zaměřeny na rozhovory s rodinami dárců. Kdo by tyto rozhovory měl vést, kdy, kde a kolik lidí

by se jich mělo účastnit. Je zde uveden teoretický a praktický základ pro osvědčené postupy pro rozhovory s příbuznými zemřelých dárců. Vše je shrnuto v kapitole (2.4.2).

Téměř polovina zdravotníků dotazníkového šetření vyhoví potřebě rodiny a nechají je u lůžka, jak dlouho chtějí (Graf č. 11). Většinou se snaží neomezovat rodinu a umožnit jim v klidu pobýt se zemřelým, dokud to jde. Sestra s kódem D vypovídá, že dokonce nechali ženu sedět u svého syna i v noci. Sestra s kódem C zase uvádí, že se u lůžka střídali rodinný příslušníci několikrát denně.

3. Jaký postoj zaujímají sestry ke komunikaci s rodinou zemřelého dárce orgánů?

Sestra přistupuje ke komunikaci s rodinou negativním nebo pozitivním způsobem. Na emoce příbuzných má odlišné reakce. Je důležité, jakou formou blízcí zemřelého dostávají informace, podle toho také reagují. Je fascinující, s jakou otevřeností vyjádřila sestra s kódem F svůj názor o tom, že někteří lékaři předávají informace bez kousku empatie, a to se samozřejmě odrazí i na pozitivním přístupu sestry („...*když žádá prodavačku o rohlíky...*“).

Haškovcová v knize Thanatologie (2007) uvádí, že první reakcí nad extrémní ztrátou je tzv. ohlušení (oněmění). Z výpovědi sestry s kódem C rovněž vyplývá, že osoby blízké někdy jen tak stojí a mlčí. Dominantními pocity bezprostředně po ztrátě jsou lítost, hněv, bezmoc a strach. Sestra s kódem F hovoří o beznaději, popírání a síle jedince, že to ještě zvládne. Sestra s kódem G vyslovuje slovo „*nedůvěra*“. Respondenti v mém interview mají různé zkušenosti, nejčastější odpovědí je: pláč, vztek, zděšení, žal, bezmoc, obviňování a křik. Sestry na odděleních tohoto typu často řeší otázky života a smrti (Tomová, Křivková, 2016), často si i s pacienty vytváří užší vztah než lékaři, jak ještě uvádí tyto autorky. Nemůžeme se tedy divit, že pocity sester jsou mnohdy neadekvátní k situaci. Je zarážející, že sestra s kódem D zdravotníky přirovnává k supům, kteří chtějí orgány za každou cenu. Tyto pocity si uvědomuje až ve chvíli, kdy vidí zděšenou rodinu plnou emocí a vžívá se do jejich role. Některé sestry mnohdy potlačují pláč.

Z rozhovorů vyplynulo, že rodinní příslušníci reagují na základě své osobnosti a mentality. Výborné je, když si rodina uvědomí, že jejich nejbližší zachrání život někomu jinému. (Baláz et al., 2011). Část jejich blízkého bude stále naživu. Rovněž řeší otázky typu: „*Proč zrovna on.*“, „*Proč se to stalo zrovna nám.*“ Nepochopení smrti mozku může znamenat, že někteří příbuzní si již nepřejí o tom mluvit, abychom jim volali a nějakým způsobem jim něco vysvětlovali.

Jedna multicentrická studie kolektivu autorů ve Francii zkoumala vliv kondolenčního dopisu na snížení rizika patologického truchlení. Posuzovali míru úzkosti a deprese u pozůstalých. Příbuzní jsou v těchto chvílích zranitelní a mají potřebu navázat kontakt s lidmi, kteří se starali o jejich blízkého. Mají potřebu klást otázky a odstranit své pochybnosti (Kentisch Barnes et al., 2016).

Autorky Venglářová a Mahrová (2006) vyzdvihují význam haptického kontaktu. Pouze sestra s kódem A se zachová tak, že se nebojí vzít rodinného příslušníka za ruku. Rovněž sestra s kódem G si uvědomuje že by fyzický kontakt mohl mít pozitivní vliv na blízké zemřelého. Soucítí s rodinou a pociťuje lítost.

Sestry odpovídaly, že informace a sdělení nepříznivé zprávy se děje v současné době v přímém kontaktu v době, kdy rodina přijde osobně na návštěvu nebo se zeptat na zdravotní stav svého blízkého. Někdy zavolají a lékař je vyzve, aby se dostavili na oddělení. Jsou situace, kdy zasáhne i transplantační koordinátor. Je to v případech, kdy si rodina nepřeje odběr. Transplantační koordinátoři jsou vyškoleni na takové situace a mnohdy mohou pomoci. O tom nás může přesvědčit kvantitativní výzkum ve Španělsku o vlivu vyškolených transplantačních koordinátorů v komunikaci s rodinou. Znalosti a zkušenosti těchto pracovníků mají vliv na zvýšení počtu dárců (Matesanz, 2002).

Někdy příbuzné blokuje velká vzdálenost, informace jim jsou podány telefonicky a ani nestihnou přijet, aby se se svým milovaným rozloučili.

4. Jak vnímají sestry své zkušenosti v komunikaci s rodinou zemřelých dárců orgánů?

Z jednoho zahraničního článku je zřejmé, že etická péče o rodinu má vliv na jejich rozhodování o darování orgánů (Chan, 2019). Další studie dokazuje, že se zvedl počet souhlasů rodin, které byly informovány vyškolenými pracovníky oproti počtu s pracovníky, kteří vyškoleni nebyli (Jansen et al., 2009).

Z mého průzkumu vyplynulo, že většina dotazovaných se o komunikaci nezajímá (Graf č. 7). Ale uvítali by kurzy a školení na toto téma (Graf č. 9). Nabídka takových kurzů je velice omezená a zdravotníci si ani neuvědomují důležitost postavení rodinného příslušníka v dárcovském procesu.

V současné době oblast komunikace s rodinnými příslušníky je zmíněna na školách se zdravotnickým zaměřením, ale polovina respondentů mého dotazníkového šetření odpověděla, že se s touto tematikou nikdy nesešla. Z rozhovorů s respondenty také vyplynulo, že někteří

s komunikací problémy nemají, ale samozřejmě tyto situace jim nejsou příjemné a cítí se nejistě. Odpovědí na otázku v dotazníku, jak hodnotí sestry svou schopnost komunikovat (Graf č. 6) byly tyto názory:

„S komunikací s příbuznými problém nemám, ale v takovéto situaci to samozřejmě není příjemné.“

„Většinou s rodinou komunikuje lékař (...) při oznamování takové situace.“

„Záleží na věku dárce (...) velmi obtížná je komunikace s rodiči.“

„Snažím se být vstřícná, empatická.“

Sestry se komunikaci učí i v průběhu výkonu svého povolání například tím, že se inspirují od kolegyň s většími zkušenostmi a zároveň tyto dovednosti získávají v průběhu praxe. V některých nemocnicích se pořádají školení. Sestra s kódem B v mém průzkumu přiznává, že s komunikací má velké problémy a vyhýbá se jí. Nemá ani žádnou potřebu po zaškolení. Zastává názor, že o těchto věcech s rodinou hovoří lékař a není to věc sestry. Jak uvádím v kapitole 2.1.1 dle Špatenkové (2014) je úplně nejhorší to, když se začne sestra vyhýbat přímému kontaktu s pacientem nebo rodinou. Dle mého názoru by získávání zkušeností s komunikací mohlo sestrám dodat více sebedůvěry a určitě by se v takových situacích cítily jistější. Respondenti také vypovídali, že by o nějaké kurzy a školení měli zájem (Graf č. 8). Nejčastějšími důvody jejich strachu je to, že nebudou umět odpovědět a reagovat na otázky. Bojí se, aby něco neřekly špatně. Svůj nezájem sestry s kódem F přisuzuje únavě. Z dlouhodobě trvajících přesčasů už nemají energii na aktivity dalšího vzdělávání. Některým zase v těchto vypjatých situacích dochází slova. Přestože si myslí, že s komunikací problémy nemají, zjišťují, že jakmile se postaví tvář v tvář takové situaci, je to úplně jiné, než si představovaly. Sestra s kódem G se o téma dárčovství zajímá, tato problematika jí přijde zajímavá.

5. Jaká profesionální pomoc je nabízena rodinám, která by jim mohla pomoci vyrovnat se se ztrátou svého blízkého?

Pozůstalí pacientů, kteří leželi na intenzivní péči trpí posttraumatickou poruchou. Ve Francii proběhla studie, která je zaměřena na příbuzné těchto pacientů. Byly zavedeny strategie, skládající se z opakovaného setkání s rodinou zemřelého. Do každého kroku je zapojena i sestra. Studie prokázala snížení zátěže pro osoby, které se zúčastnily těchto strategií (Kentisch – Barnes, 2018).

Další výzkumy ukazují, že rodiny, kterým byla poskytnuta psychologická podpora od poskytovatele zdravotnické péče, jsou schopny lépe se vyrovnat s realitou, což zvyšuje pravděpodobnost souhlasu s dárcovstvím orgánů (Lee Barr et al., 2017).

Autoři zabývající se touto tematikou považují za důležité poskytnutí psychologické či duchovní podpory pozůstalým. Myslím, že rodinám může pomoci pietní místo „Zed' života“ (Příloha F). Na ní jsou iniciály dárců orgánů z regionu IKEM. K tomuto místu denně přicházejí příjemci orgánů, rodiny dárců, kteří mohou být právem hrdi na své blízké za to, že zachránili život mnoha lidem. I to může být pro ně stimul, jak se snáze vyrovnat s, tak tragickým koncem jejich blízkého. V kapitole 2.1.3 je popsáno, že v tuto chvíli se stávají z rodinných příslušníků „pacienti“, kteří si vyžadují porozumění a respekt (Moraes et al., 2018).

Myslím a se sestrou s kódem F souhlasím, že psychologickou pomoc by zasloužil mnohdy i personál. Ten se také vyrovnává se smrtí. Mezi zemřelými jsou mnohdy mladí lidé a pohled na truchlící rodinu v nich vyvolává silné emoce.

Většina respondentů se v dotazníku vyjádřila, že mají možnost využít ve svém zdravotnickém zařízení psychologa nebo kaplana, ale tuto možnost nevyužijí (Graf č.13). V otevřených odpovědích vyzněla tato slova:

„Psycholog na oddělení je, ale nevím, zda jeho služby, přítomní naši lékaři nabízejí.“

„Nevím. Snad možná je v nemocnici k dispozici nějaký psycholog.“

„Nemocniční kaplan.“

Také jsem zjišťovala, jaké podmínky jsou nabízeny rodině, pokud přijdou na oddělení v době, kdy je zemřelý připravován na dárcovský proces. Úloha sestry má zajistit komfort a soukromí příbuzným. Jak toho dosáhnout v, tak rušivém a chaotickém prostředí, jako je ARO? Seymour v knize Paliativní péče (2005) dokonce popisuje názory jiných autorů, které vypovídají o tom, že prostředí ARO je „přesyceno podněty“ (O'Connor et al., 2005) Z rozhovorů vyplynulo, že sestry jsou k dispozici. Pokud něco blízcí potřebují, podají židli, otevrou okno nebo zatáhnou závěsy. Své činnosti v blízkosti dárce omezí na ty nejnütnější. Návštěvě umožní pobývat u lůžka co nejdéle, umožní jim prostrídat se s ostatními členy rodiny. Snaží se o to, aby byl na oddělení klid. V těchto chvílích skoro ani nemluví. I z dotazníkového šetření vzešel fakt, že většina dotazovaných se snaží zachovat soukromí (Graf. č. 12).

I Váňová ve své disertační práci cituje výroky sester: *„Je výhodou, když jste na intenzivní péči, kde jsou alespoň zástěny, že se to zatáhne, ale samozřejmě těm zvukům se člověk neubrání. Na*

těch standardních odděleních to bývá těžší, že ta intimita tam zachovaná určitě není.“ (Agáta). Rovněž se zmiňuje o tom, že si sestry stěžují na nedostatek soukromí a vhodných prostor při předávání pozůstalosti, které probíhá často na chodbě (Váňová, 2017).

Rovněž Pšenícová ve své diplomové práci popisuje prostředí, ve kterém vedou rozhovory s rodinami pacientů. Na odděleních intenzivní péče se nenajdou prostory pro soukromí a rozhovory probíhají na chodbě. Toto je personálem hodnoceno negativně (Pšenícová, 2015).

A jakou pomoc mohou sestry rodině poskytnout? Může se jednat o přivolání psychologa nebo kaplana. Mnohdy je blízký pacienta natolik šokován, že je potřeba podat zklidňující léky. Je však smutné, že některé sestry ani neví, jaké možnosti jejich zdravotnické zařízení nabízí. Sestra s kódem G hovoří o vyjádření soustrasti. Dle Haškovcové v knize Thanatologie (2007) trpí pozůstalí tzv. „*ohlušením*“ a tato doba je nevhodná pro přijetí kondolence.

6 SHRNU TÍ

Úlohou sestry jsou činnosti, které vyplývají z teoretické a průzkumné části práce. V této kapitole je předložen ucelený přehled veškerých činností, které jsou nezbytné pro komunikaci s příbuznými zemřelých dárců orgánů.

6.1 Úloha sestry

Velice důležité je **přivítat se a představit se rodině**. Představit nejen sebe, ale i lékaře a případně koordinátora, který spolupracuje s danou nemocnicí na dárcovském procesu. Tento koordinátor je mnohdy pouze na telefonu, ale je vhodné upozornit rodinu, že je může kontaktovat, aby byla na tuto možnost připravena. Dalším úkolem je zajistit **kontaktní údaje, heslo pro komunikaci a jméno praktického lékaře pacienta**.

Rodinu by měla sestra uvést do místnosti, která je určena pro příbuzné, kde je dostatek klidu, je izolovaná od rušivých elementů prostředí intenzivní péče. Další úlohou sestry je **připravit prostředí a příbuzné na rozhovor**. To znamená, aby byl k dispozici šálek vody, kapesníky a dostatek čerstvého vzduchu. Také, aby zde byl vhodný nábytek, stolek se židlemi nebo křesílka a dostatečné osvětlení.

V případě, že se rozhodnou se svým blízkým rozloučit a navštívit ho u lůžka, je povinností sestry **obléknout je do ochranných oděvů a vysvětlit jim zásady hygienicko-epidemiologického režimu**. Také je velice důležité předem je **informovat o množství invazivních vstupů**, které mohou spatřit a mohou je velmi vylekat. **Příbuzné uvést k lůžku a snažit se zodpovídat na dotazy**, které kladou. Je důležité **zajistit soukromí a komfort**. To znamená nabídnout židli, zatáhnout závěs nebo dát zástěnu. **Omezit svou přítomnost** pouze na nezbytně nutné úkony, které je potřeba provést u pacienta. Je důležité sdělit, čeho a kde **se mohou dotknout, že mohou i zemřelého pohlídat**.

Z lidského hlediska je důležité ujistit rodinu, že v případě komplikací jim **zavoláme, umožníme návštěvy u lůžka** dle jejich potřeb a času, který chtějí trávit naposledy se svým milovaným. Některé sestry se bojí komunikace s rodinami, ale i takové sestry mohou podpořit blízké a to tak, že **využijí metody naslouchání, haptiky, empatie a mlčení**. Není třeba užití slov k utišení. Je zde riziko, že utěšené rady nebudou vhodné. Zajímat se o to, jestli je rodina **věřící**.

Další úloha sestry spočívá v tom, že je potřeba **předat pozůstalost, dokumenty v souvislosti s pohřbem nebo refundaci nákladů spojené s pohřbením**. Tato část je pro sestry velmi nepříjemná a mnohdy může vyvolat u příbuzných silné emoce. Proto je vhodné **spolupracovat s psychologem nebo nemocničním kaplanem**. Pro blízké zesnulého to může mít velký význam do budoucna jako prevence patologického truchlení a jiných negativních dopadů na jejich psychiku.

6.2 Překážky v komunikaci

Hlavními překážkami v komunikaci mohou být **nedostatky ve vzdělání zdravotníků i lékařů a málo zkušeností s komunikací s rodinami**. **Nepřipravenost zdravotníků na reakce příbuzných** může mít vliv na to, že sami zdravotníci budou mít **strach** pouštět se do komunikace a začnou se **vyhýbat takovým situacím**. Mnohdy i oni sami **reagují nepřiměřeně**, a to se samozřejmě podepíše na pozůstalých, kteří se vyrovnávají se ztrátou svého blízkého. Snaží se **zabránit pláči**, používají **plané útechy rodiny a bojí se zmínit o zemřelém, když předávají pozůstalost**. Některé reakce zdravotníků se vyznačují **nedostatkem empatie** a přistupují ke vztahu k rodině s velice **chladným přístupem**.

Některé překážky, které brání sestřám komunikovat jsou **strach a obavy**, aby neřekly něco špatně a s tím spojené **riziko soudních sporů**. Také **neprojevení zájmu o duchovní potřeby** rodinných příslušníků.

6.3 Zásady správné komunikace

V práci se zmiňuji o tom, že je velice důležité, aby příbuzní **pochopili**, že smrt mozku znamená nevratnou změnu. Jejich blízký je skutečně mrtvý. Není vhodné v takovém případě používat **eufemismy** jako „*spí*“ „*odešel*“. Mnohdy méně znamená více a je důležité **nemluvit příliš, nechat hovořit osobu blízkou**. Někomu pomůže, když se ho **dotkneme nebo pohladíme**. Také není vhodné používat **neúčelné rady** typu „*Vzchopte se.*“ „*Chce to čas.*“. Aktivně naslouchat mnohdy znamená to nejlepší, co pro člověka v těchto chvílích můžeme udělat.

6.4 Nejčastější otázky blízkých osob

- Jaký bude další postup po potvrzení smrti pacienta?
- Co se bude dít s tělem po odběru orgánů?
- Jak a kde zajistit pohřeb pro zemřelého?
- Není možnost a šance na zlepšení zdravotního stavu?
- Mohu opakovaně navštívit svého blízkého, dokud bude na oddělení?
- Zavoláte nám v případě komplikací?
- Jakto, že je mrtvý, když ještě dýchá a bije mu srdce?
- Budete nás informovat o zdravotním stavu a prognóze?
- Není ještě nějaká naděje?
- Rozhodli jsme správně?
- Nezensvěťí odběr orgánů tělo?
- Nebolí ho něco?
- Jak se pozná, že mozek není živý?
- Jak to, že se některé části těla hýbou?

7 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti sester v komunikaci s rodinami zemřelých dárců orgánů. Informace byly získávány kvalitativní metodou polostrukturovaných rozhovorů, které se mnohdy shodují s tvrzením některých autorů, které cituji v teoretické části.

Sestry nesmí předávat informace o smrti a následném zařazení zesnulého do dárcovského procesu, ale mohou připravit prostředí pro komunikaci a navázat s rodinou vztah založený na důvěře. Velice záleží na přístupu, který zaujme k rodině, komunikačních dovednostech a schopnostech. Vlídným chováním je možné vyjádřit úctu a respekt k zemřelému dárci. Důležité je snažit se vyzdvihnout šlechetnost takového činu, čímž lze předejít komplikovanému truchlení.

Proces dárcovství je velice náročný nejen organizačně, ale působí i na psychiku zdravotnického personálu. Pro nedostatek zkušeností a z důvodu velkého emočního vypětí často dochází k tomu, že sestry mají strach z kontaktu s rodinou, která je v těchto chvílích potřebuje. Neví, o čem s blízkými hovořit. Mnohdy neznají ani obsah sdělení, které lékař oznamuje rodině.

Z průzkumu vyplynulo, že velkým přínosem by byla školení různou formou v oblasti komunikace s rodinami. Sestry se obávají nepředvídatelných reakcí pozůstalých. Zrovna tak jako příbuzní i ony mají své emoce a potřebují se mnohdy vyrovnat s takto obtížnými situacemi. Znalosti a zkušenosti by jim mohly dodat sebevědomí. Diplomová práce by se mohla stát nástrojem pro získání vědomostí a lepšímu pochopení této žité zkušenosti mých respondentů. Přínosem by rovněž mohla být další kvalitativní studie, která by zahrnovala postoj rodiny k dárcovskému procesu a pohled do života rodiny po prožité zkušenosti s odchodem blízkého.

Práce svůj cíl splnila a průzkumné otázky byly v diskusi zodpovězeny. Zkušenosti sester s komunikací s rodinami potenciálních dárců orgánů výrazně obohatily práci.

Výsledkem je shrnutí činností týkajících se úlohy sestry a seznam doporučení, které by mohly pomoci sestrám pracovně i psychicky zvládat tuto těžkou úlohu jako je příprava pacienta na dárcovský proces a komunikace s jeho blízkými.

Diplomová práce poukazuje i na to, že nezáleží na systému souhlasu či nesouhlasu s dárcovstvím, který je v dané zemi využíván. Rodina bude stát vždy na prvním místě. Vhodným přístupem zaujíme respekt k dárci orgánů. Je to jediné, co v téhle tragické situaci pro dárci můžeme udělat a vzdát tak velké díky za tento šlechetný čin. Úlohou sestry je připravit prostředí

pro komunikaci, zodpovědět dotazy, na které se příbuzní ptají. Poradit a pomoci jim v organizaci dalších činností jako je například pohřeb. Nabídnout rodině nějakou formu podpory, která by jim pomohla vyrovnat se s touto tragédií do budoucna. Na druhé straně může rovněž přispět i fakt, že byl možná zachráněn jiný lidský život.

Doporučení pro praxi

Výsledkem této práce jsou rady a doporučení v oblasti komunikace a možnosti nabídnout příbuzným podporu. Zde uvádím několik bodů, které by mohly pomoci v přípravě v tak důležité oblasti, kterou je komunikace.

1. Poskytnout sestřám možnosti vzdělávání i podpory formou:

S výukou komunikace a zmínkou o její důležitosti při rozhovorech s rodinami je vhodné začít již na **SZŠ**.

V současné době se potýkáme neustále s epidemií Coronaviru, což znamená nemožnost účastnit se kurzů a školení. Nápadem jedné mé respondentky při vyplňování dotazníku byly **webináře** s tematikou komunikace, které by mohl organizovat IKEM jako poděkování za dárce. Významnou metodou a možností by mohly být tzv. **Bálintovské skupiny**. Každý by měl možnost přednést svůj problém, který by se společně pokusil řešit s ostatními členy týmu.

Další možností je organizace **školení komunikace v rámci nemocnice**, které by mohl vést vyškolený pracovník v oboru transplantologie.

Také je velice důležité zorganizovat si **sezení s kolegy** po dokončeném procesu a jejich **společná analýza**.

Dárcovský proces má vliv nejen na rodinné příslušníky, ale i na psychiku zdravotníků, kteří se určitě mnohdy ztotožňují s údělem rodiny a mohou zažívat těžké traumatické pocity. Je důležité, aby věděli, že je tu pro ni možnost se svěřit. **Například Linka kolegiální podpory**. Která je 24 hodin k dispozici.

2. Poskytnout rodině podporu formou:

Jak již bylo zmíněno je důležité nezapomínat na možnosti využití **nemocničního kaplana** a **psychologa**. Klidně si ho přivolat k takovému rozhovoru.

Někdy i **kondolenční dopis** může mít pozitivní vliv na vyrovnávání se se smrtí svého blízkého. Rodina nabude dojmu, že o jejich příbuzného bylo v posledních chvílích jeho života dobře postaráno. Zdravotníci po každém dokončeném dárcovském procesu obdrží **dopis o osudu**

odebraných orgánů (Příloha B), kde je anonymní formou sděleno, komu pomohly darované orgány zachránit život. Možná by bylo vhodné, aby i pozůstalí podobný dopis obdrželi a uvědomili si významnost toho, že jejich blízký zachránil někomu život. I to může mít vliv na vyrovnání se s jejich ztrátou.

Je také možné evidovat různé **podpůrné skupiny** a dávat příbuzným kontakty na lidi s podobným osudem. Nebo **předat kontakty na psychologické poradny**.

IKEM se podílel na výstavbě „**Zdi života**“ (Příloha F). Sem mohou přijít všichni, kteří přišli touto formou o svého milovaného, zavzpomínat a uvědomit si, jaký hrdinský čin tímto prokázal.

8 POUŽITÁ LITERATURA

TIŠTĚNÉ ZDROJE:

AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.

BALÁŽ, Peter, Július JANEK a Miloš ADAMEC. *Odběry orgánů k transplantaci: Odbery orgánov na transplantácie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. 259 s. ISBN 978-80-246-1964-4.

BARTŮNĚK, Petr a Radek PTÁČEK, *Technologické pokroky v medicíně: v etických a psychologických souvislostech*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2019. 152 s. ISBN 97880-271-1322-4.

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2016. 752 s. ISBN 978-80247-4343-1.

BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. *Komunikace s nemocným: Sdělování nepříznivých informací*. ISBN 978-80-271-1967-7.

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2018. 312 s. ISBN 978-80-271-0717-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80271-1688-1.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, a. s., 2020. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

- KIESLICHOVÁ, Eva et. al. *Dárci orgánů*. Praha: Maxdorf, 2015. 334 s. ISBN 978-80-7345451-7.
- KUŘE, Josef. *Kapitoly z lékařské etiky*. Vyd. 2. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5951-1.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
- O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- POKORNÁ, Eva et al. *Dárcovství orgánů v ČR a zásadní role intenzivní medicíny: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2018.
- POKORNÁ, Eva a Markéta ŠENKÝŘOVÁ. *Dar života: informace pro pozůstalé zemřelých dárců orgánů*. Plzeň: Dragon Print, 2018. ISBN 978-80-270-4688-1.
- ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. s., 2016. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z Thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-1740-1.
- ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. 224 stran. ISBN 97880-247-5306-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178740-X.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, a. s., 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

ALEXANDROVÁ, Radka, Ladislav KABELKA, Helena HÁJKOVÁ a Jiří PROKOP. Péče o pozůstalé – možnosti a meze profesionální podpory: *Paliativna medicína a liečba bolesti*[online]. Bratislava: Solen, 2009, s. 32-36, roč. 2, č. 1 [cit. 2020-08-10] ISSN 1337-

6896. Dostupné z:

<https://www.solen.sk/storage/file/article/a790fc73c766b4b3239d94f1aa81a150.pdf>

DOPORUČENÍ RADY EVROPY č. 1418/1999 *O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících* [online]. 1999. Portál: [www. ochrance cz](http://www.ochrance.cz) [cit.21-03-20]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/uploads->

[import/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Charta_prav_umirajicich_1999.pdf](https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Charta_prav_umirajicich_1999.pdf)

CHAN, Hui Yun. Remapping the organ donation ethical climate: a care ethics consideration. *Medicine, Health Care and Philosophy* [online]. [cit. 2020-11-21]. ISSN 1386-

7423. Dostupné z: doi:10.1007/s11019-019-09934-2

JANSEN, Nichon E. et al. Appointing ‘trained donation practitioners’ results in a higher family consent rate in the Netherlands: a multicenter study. *Transplant International* [online].

2011, vol.24, issue 12, s.1189-1197 [cit.2020-11-10]. ISSN 09340874. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1432-2277.2011.01326.x>

KENTISH-BARNES, Nancy, Sylvie CHEVRET a Elie AZOULAY. Impact of the condolence letter on the experience of bereaved families after a death in intensive care: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [online]. 2016, vol. 17, issue1, s. 102 [cit.21-01-05]. Doi:

10.1186/s13063-016-1212-9. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26897630/>

KENTISH-BARNES, Nancy, Sylvie CHEVRET a Elie AZOULAY. Guiding intensive care physicians’ communication and behavior towards bereaved relatives: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* [online]. 2018, vol. 19, issue1[cit.20-19-18]. Doi:

10.1186 / s.13063-018-3084-7. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6303988/>

KLUSÁKOVÁ, Petra. Kolik orgánů ohlásíš, tolikrát jsi dárcovským konzultantem.

Zdravotnické noviny[online]. 2011, roč.23, s. 16-17 [cit. 2020-10.03]. ISSN 0044-1996.

Dostupné z:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organ/docs/art_czech_republic.pdf

LEE BARR, Jessica, Ariel CONNERS, a Caitlyn COWART. Exploring organ donation with families of pediatric patients. *American Nurse Today* [online]. 2017, vol. 12, issue 10, s. 6-7 [cit. 2020-10-14]. Dostupné z: <https://www.myamericannurse.com/organ-donation-pediatricpatients/>

MATESANZ, Rafael, Miranda BLANCA. A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. *J Nephrol* [online]. Jan-Feb. 2002, vol.15, issue 1, s.22-28 [cit. 2020 11-01]. PMID: 11936422. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11936422/>

METZNEROVÁ, M, ZÍTKOVÁ, M. Uplatnění paliativní péče v oblasti intenzivní medicíny. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. 2018, roč. 29, (5), s. 269-274 [cit. 2021-01-15]. ISSN: 1214-2158. Dostupné z: <https://www.aimjournal.cz/pdfs/aim/2018/05/05.pdf>

MORAES, E. L. et al. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation Rey. *Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008, vol.16, issue 3, s.458-464 [citováno 2021-03-20]. ISSN 1518-8345. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300020> .

MORAES, E. L. et al. Experience of nurses in the process of donation of organs and tissues for transplant. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*[online]. 2014, vol. 22, issue 2, s. 226-233 [cit.21-02-05]. ISSN 0104-1169. Dostupné z: <https://dx.doi.org/10.1590%2F01041169.3276.2406>.

MORAES, E. L. et al. Family Interview to Enable Donation of Organs for Transplantation: Evidence-based Practice. *Transplantation Proceedings* [online]. 2018, vol. 50, issue 3, s. 705-710 [cit. 2021-02-12]. ISSN 00411345. Dostupné z: doi: 10.1016/j.transproceed.2018.02.056. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0041134518301441>

SRBOVÁ, Eva. O počtu dárců orgánů rozhoduje i schopnost komunikace. *Florence* [online]. 2015, roč. 7, č. 8 [cit. 2020-10-30]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archivflorence/2015/7/o-poctu-darcu-organu-rozhoduje-i-schopnost-komunikace/>

ZÁKON č. 285/2002 Sb., *o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)*. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2019, částka 103/2002, [cit. 2020-11-28]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-285>

ZÁKON č. 97/2019 Sb., *o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)*. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2019, částka 44/2019, [cit. 2020-11-28]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-97>

ZÁVĚREČNÉ PRÁCE:

PŠENICOVÁ, Radka. *Rodinný příslušník pacienta v prostředí intenzivní péče*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková.

VÁŇOVÁ, Věra. *Etické problémy péče o umírající ve velké nemocnici*. Praha, 2017. Disertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce: prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

9 PŘÍLOHY

Příloha A – Informovaný souhlas pro účastníky průzkumu	93
Příloha B - Poděkování nemocnici za dárce orgánů	94
Příloha C - Dotazník	95
Příloha D - Výsledky průzkumu a jejich analýza	99
Příloha E - Polostrukturovaný rozhovor pro sestry pečující o zemřelé dárce orgánů	109
Příloha F - Zeď života	112
Příloha G - Statistika dárců za rok 2020	113
Příloha H - Mapa transplantačních center	114

Příloha A – Informovaný souhlas pro účastníky průzkumu

Já, souhlasím s účastí na průzkumném šetření, které je součástí diplomové práce Anny Peškové.

Průzkumné šetření se zabývá problematikou úlohy sestry v komunikaci s rodinami dárců orgánů.

Podepsáním tohoto dokumentu uděluji souhlas s anonymním zpracováním získaných údajů, jejich použitím pouze pro účely průzkumu a též následné anonymní publikace.

Rozumím cíli, charakteru průzkumného šetření i v čem spočívá má úloha.

Tyto informace mi byly srozumitelně předem poskytnuty.

Měl/a jsem možnost položit průzkumníkovi dotazy, na které i bylo dostatečně odpovězeno.

Tímto potvrzuji, že má účast ve průzkumném šetření je čistě dobrovolná.

Od průzkumu mohu kdykoliv odstoupit, a to bez udání důvodu.

K tomuto kroku postačí dle předchozí domluvy pouze ústní sdělení průzkumníkovi.

Dne: Podpis:

Kontaktní osoba: Anna Pešková

Tel.: 737 421 929

Email: apeskova@email.cz

Příloha B - Poděkování nemocnici za dárce orgánů



INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY

Transplantcentrum - Oddělení odběru orgánů a transplantačních databází
Vedoucí Oddělení OOTD: doc. MUD. Eva Pokorná, CSc.

Vyřizuje :
e-mail:

V Praze dne 4. 6. 2019
Č.j.:

Vážený pane řediteli,

dne 19. 5. 2019 provedl chirurgický tým IKEM odběr orgánů k transplantacím od zemřelého dárce, 68letého muže J. P. indikovaného Vaším neurologickým oddělením JIP. Chtěli bychom poděkovat především a indikaci dárce, ale také ostatnímu personálu za spolupráci při přípravě transportu do IKEM.

Rádi bychom Vás seznámili s osudem odebraných orgánů.

Játra byla transplantována 24letému nemocnému s akutním selháním jater na podkladě Budd-Chiariho syndromu. Pooperační průběh je příznivý, dochází k pozvolnému rozvoji funkce štěpu, jaterní funkce jsou v normě. Pacient je stále v nemocniční péči a cítí se lépe.

Obě ledviny byly kontraindikovány k transplantaci na podkladě nepříznivého makroskopického nálezu.

Ještě jednou Vám za nemocné po transplantacích děkujeme a jsme připraveni kdykoliv se podílet na organizaci odběru orgánů od zemřelých dárců. Telefonní spojení na nás 24 hodin denně je:

S poděkováním a pozdravem

Koordinátorka TC IKEM

Doc.MUDr. Eva Pokorná, CSc.
Vedoucí lékařka TC OOTD

Videňská 1958/9
140 21 Praha – Krč
IČ: 00023001

F187 IKEM Hlavičkový dopisní papír

E-mail:
Tel.:
Fax:

Příloha C - Dotazník

Vážená kolegyně/ vážený kolego,

jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia oboru Ošetrovatelství v interních oborech na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích. Ve své diplomové práci se zabývám tématem předávání závažných zpráv rodinám dárců orgánů. Součástí této práce je dotazníkové šetření, jehož cílem je zjistit, jak probíhá předávání informací na Vašem oddělení a jestli se cítíte dostatečně erudovaní v oblasti komunikace s

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Výsledkem bude shrnutí základních poznatků a doporučení, které mohou pomoci v komunikaci s příbuznými. Komunikaci, která je velmi náročná vzhledem k emocionálnímu vypětí celého dárcovského procesu.

Dotazník je anonymní a dobrovolný. Informace budou použity jen pro potřeby diplomové práce. Odpovědi volte tak, aby co nejvíce odpovídaly skutečným Vašeho oddělení.

Ke každé otázce budete mít prostor vyjádřit svůj názor, pokud v nabídce odpovědí nebude vystižena Vaše myšlenka.

Děkuji Vám za čas, který jste věnujete vyplnění dotazníku. V případě zájmu Vám poskytnu dokončenou práci k nahlédnutí.

Bc. Anna Pešková

Email: apeskova@email.cz

1. Na jaké pracovní pozici pracujete:

- Všeobecná sestra u lůžka
- Praktická sestra
- Zdravotnický záchranář
- Jiné (např. všeobecná sestra se specializací v oboru ARIP):

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské bakalářské
- Vysokoškolské magisterské
- Jiné (např. atestační, specializační):

3. Uveďte délku Vaší praxe na oddělení, kde nyní pracujete:

- Do 1 roku
- 2–5 let
- 6–10 let
- Více jak 10 let

4. Pečujete na Vašem oddělení o potenciální dárce orgánů? Pokud ano, napište přibližně kolikrát za rok.

- Ještě jsem se nesetkal(a) s potencionálním dárce
- Zřídka 1–4 x do roka
- Často 5 x a více
- Jiné (tuto odpověď prosím specifikujte přesněji):

5. Otázka „komunikace s rodinnými příslušníky“ byla zmíněna:

- Na zdravotní škole
- Na vyšší odborné škole
- Na vysoké škole
- S výukou tématu „komunikace s rodinnými příslušníky“ jsem se nikdy nesetkala

6. Jak hodnotíte svou schopnost komunikovat s příbuznými?

- Velmi dobře, nedělá mi to problémy

- S komunikací mám problémy, nikdy nevím, co v těchto situacích mám říkat
- Snažím se, co nejrychleji vyřídit potřebné formality a věnovat se své práci
- Nevím, ještě jsem se osobně nesetkala s rodinou dárce

7. Zajímáte se o problematiku komunikace s rodinou potenciálního dárce? Pokud ano, jakou formou?

- Ne
- Přednášky, kongresy, školení
- Internet
- Odborná literatura
- Média
- Jiné (tuto odpověď prosím specifikujte přesněji):

8. Uvítali byste kurzy pro komunikaci s příbuznými dárce?

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Myslíte si, že způsob sdělení může ovlivnit vyrovnání se se ztrátou blízkého?

- Určitě ano
- Nemyslím, tato situace je velmi náročná a rodina se bude se ztrátou vyrovnávat velmi obtížně
- Nevím

10. Jakým způsobem nejčastěji předáváte informace rodině na Vašem oddělení?

- Telefonicky
- Osobní kontakt
- Jiné (tuto odpověď prosím specifikujte přesněji):

11. Máte na Vašem oddělení vyčleněnou místnost, kde dochází k osobnímu setkání rodiny a zdravotnického personálu?

- Lékařský pokoj
- Sesterna
- Vyšetřovna
- Samostatná místnost určená pro příbuzné

- Rozhovory probíhají i na chodbě
- Pokoj či box pacienta
- Jiné (tuto odpověď prosím specifikujte přesněji):

12. Mají příbuzní možnost rozloučit se svým blízkým kdykoliv bez ohledu na návštěvní hodiny?

- Ano, snažíme se bez ohledu na návštěvní hodiny a v případě potvrzení smrti mozku aktivně rodinu telefonicky informujeme
- Ano, ale dle domluvy pouze ve vymezeném čase, neboť dárcovský proces je velice časově náročný
- Návštěvu povolíme pouze na krátký čas
- Jiné (tuto odpověď prosím specifikujte přesněji):

13. Jakým způsobem zajistíte soukromí rodině potenciálního dárce?

- Plenta, závěs
- Uzavřený box
- Snažíme se omezit svou přítomnost u lůžka
- Nelze zajistit soukromí, oddělení není technicky uzpůsobené
- Jiné (tuto odpověď prosím specifikujte přesněji):

14. Mají příbuzní na Vašem oddělení možnost využít klinického psychologa nebo jinou pomoc? Pokud ano vypište jakou.

- Ne
- Ano

15. Domníváte se, že svým přístupem můžete ovlivnit pozitivní postoj rodiny k odběru orgánů? Pokud odpovíte negativně, napište důvod, proč si to myslíte.

- Určitě ano
- Ne
- Nevím

16. Zde můžete dobrovolně vyjádřit svůj názor k tomu, co vše si představíte pod pojmem „péče o dárce“

Příloha D - Výsledky průzkumu a jejich analýza

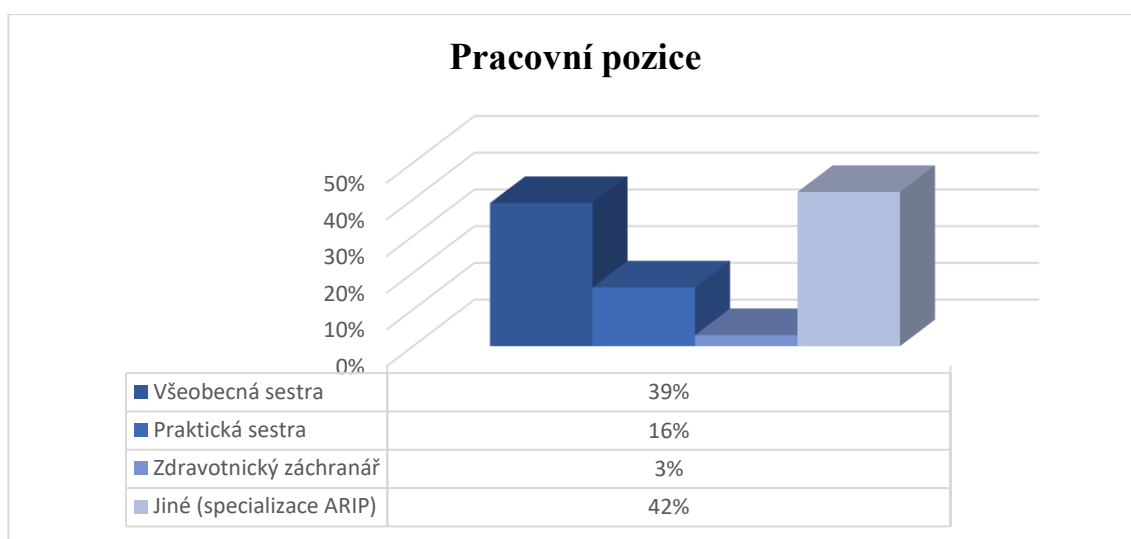
V rámci vybraných zdravotnických zařízení bylo rozesláno 70 dotazníků. Průzkum probíhal v okresních nemocnicích, které se podílejí na spolupráci s IKEM. Dotazníky byly určeny všeobecným sestřám, praktickým sestřám a zdravotnickým záchranářům, kteří pracují na ARO.

Výsledkem mého průzkumu bylo 62 vyplněných dotazníků. Celková úspěšnost vyplnění byla 89 %.

1. Na jaké pozici pracujete:

Tabulka 7 - Přehled pracovních pozic

Pracovní pozice	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Všeobecná sestra	24	39 %
Praktická sestra	10	16 %
Zdravotnický záchranář	2	3 %
Jiné (specializace ARIP)	26	42 %
Celkem	62	100 %

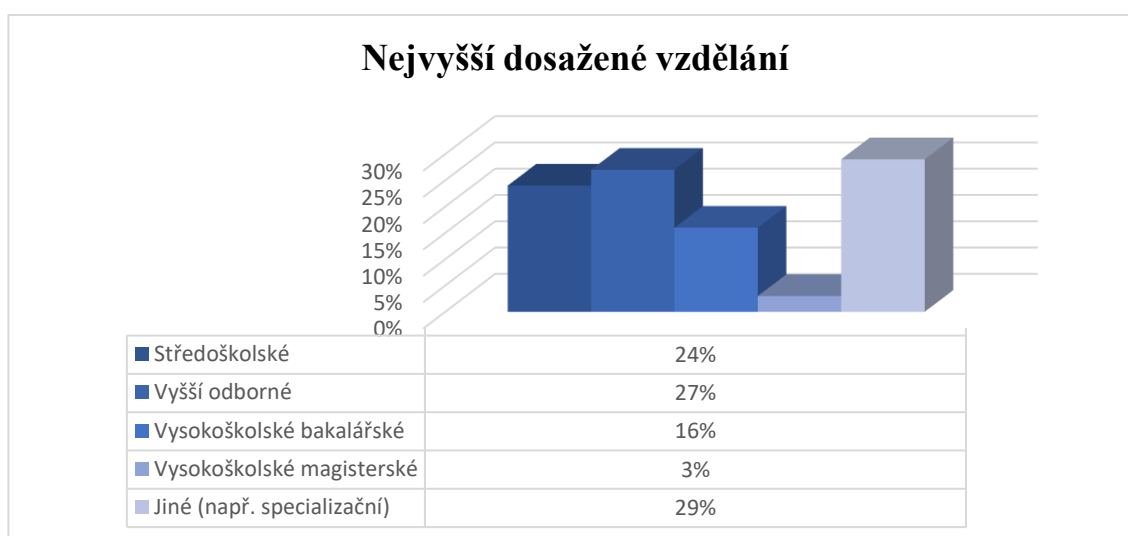


Graf 1 - Pracovní pozice

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 8 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Středoškolské	15	24 %
Vyšší odborné	17	27 %
Vysokoškolské bakalářské	10	16 %
Vysokoškolské magisterské	2	3 %
Jiné (např. specializační)	18	29 %
Celkem	62	100 %

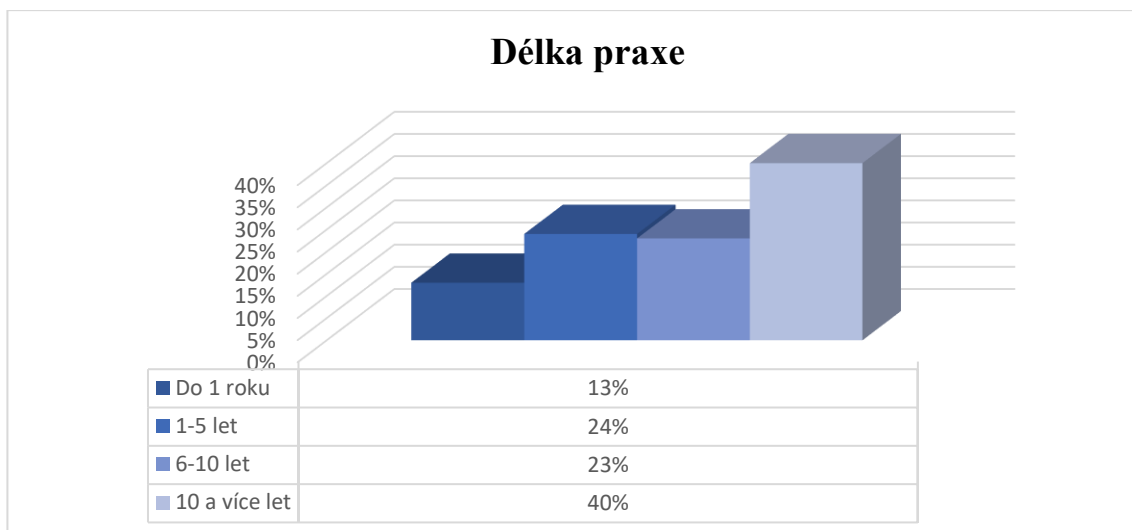


Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání

3. Uveďte délku Vaší praxe na oddělení, kde nyní pracujete:

Tabulka 9 - Délka praxe

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Do 1 roku	8	13 %
1-5 let	15	24 %
6-10 let	14	23 %
10 a více let	25	40 %
Celkem	62	100 %

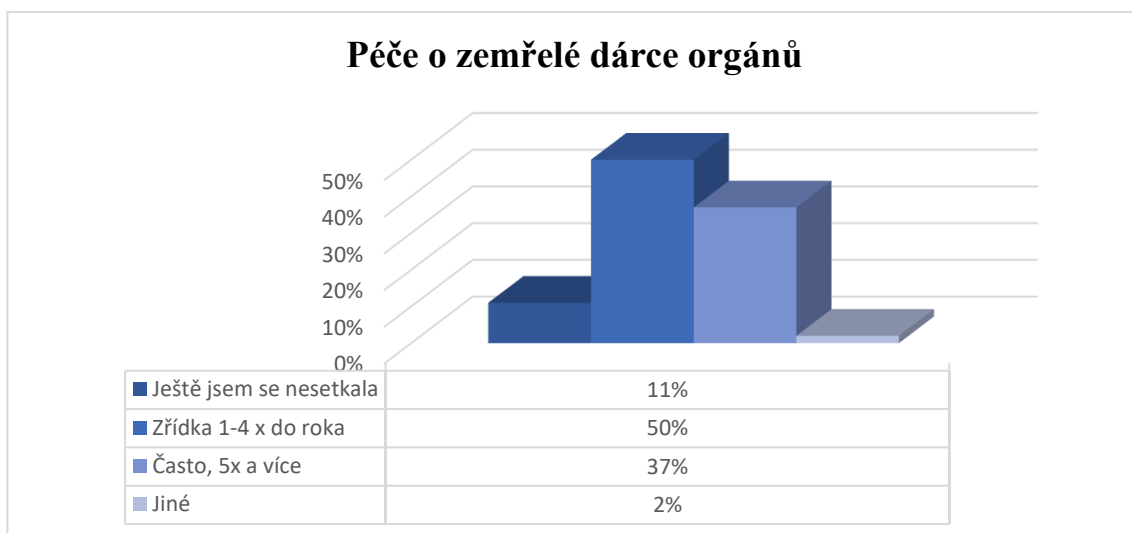


Graf 3 - Délka praxe

4. Pečujete na Vašem oddělení o potenciální zemřelé dárce orgánů? Pokud ano, napište přibližně kolikrát za rok:

Tabulka 10 - Péče o zemřelé dárce orgánů

Péče o zemřelé dárce orgánů	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ještě jsem se nesetkala	7	11 %
Zřídka 1–4 x do roka	31	50 %
Často, 5x a více	23	37 %
Jiné	1	2 %
Celkem	62	100 %

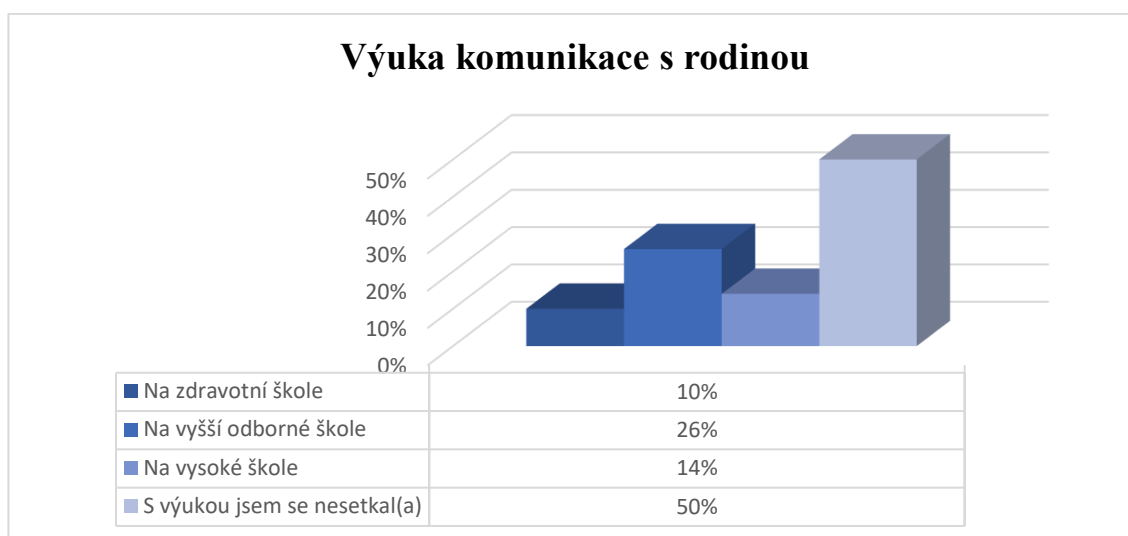


Graf 4 - Péče o zemřelé dárce orgánů

5. Oblast komunikace s rodinnými příslušníky byla zmíněna:

Tabulka 11 - Výuka komunikace s rodinou

Výuka komunikace s rodinou	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Na zdravotní škole	6	10 %
Na vyšší odborné škole	16	26 %
Na vysoké škole	9	14 %
S výukou jsem se nesetkal(a)	31	50 %
Celkem	62	100 %

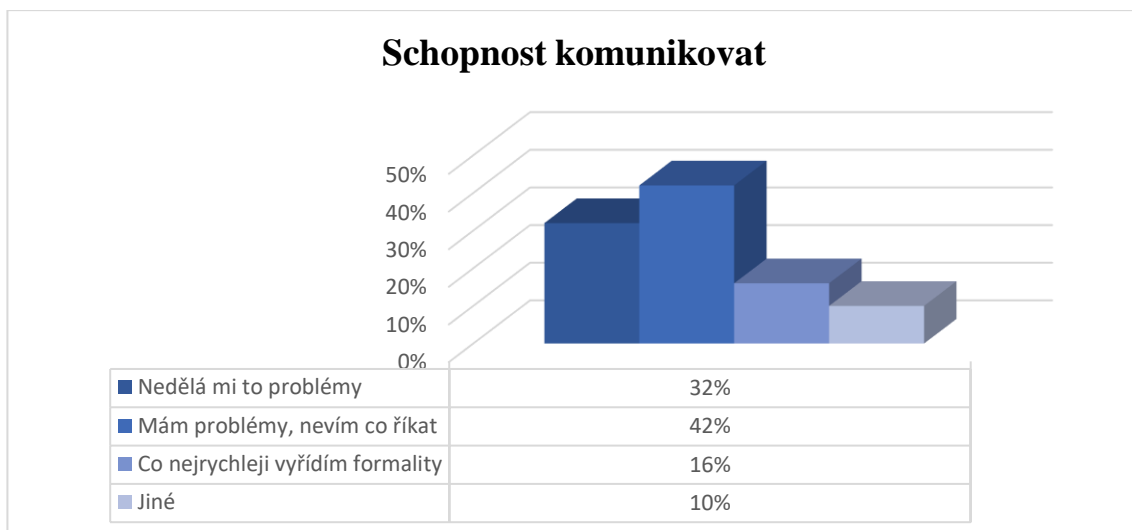


Graf 5 - Výuka komunikace s rodinou

6. Jak hodnotíte svou schopnost komunikovat s příbuznými potenciálních dárců orgán

Tabulka 12 - Schopnost komunikovat

Schopnost komunikovat	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Nedělá mi to problémy	20	32 %
Mám problémy, nevím, co říkat	26	42 %
Co nejrychleji vyřídím formality	10	16 %
Jiné	6	10 %
Celkem	62	100 %

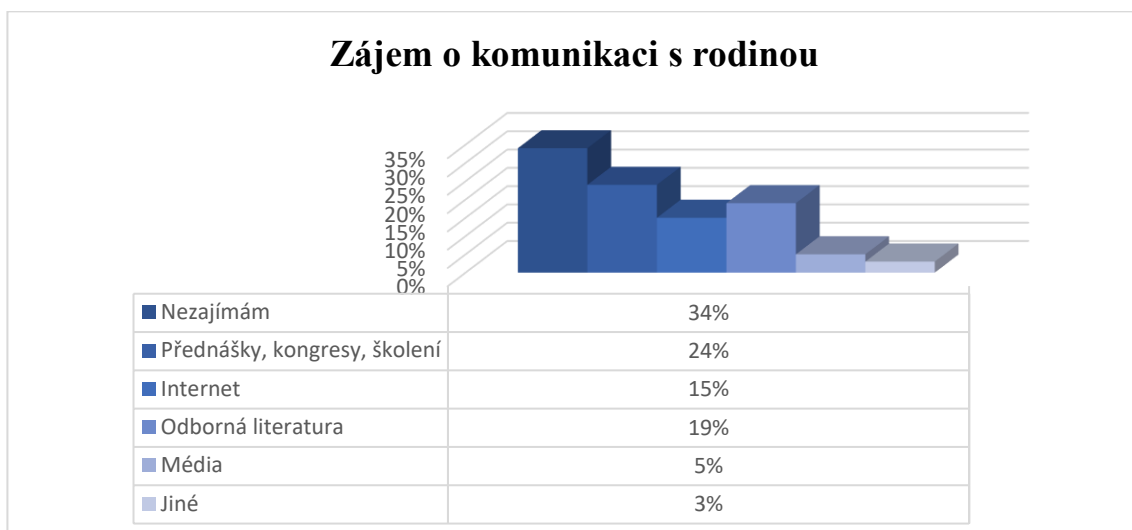


Graf 6 - Schopnost komunikovat

7. Zajímáte se o problematiku komunikace s rodinou? Pokud ano, jakou formou?

Tabulka 13 - Zájem o komunikaci s rodinou

Zájem o komunikaci s rodinou	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Nezajímám	21	34 %
Přednášky, kongresy, školení	15	24 %
Internet	9	15 %
Odborná literatura	12	19 %
Média	3	5 %
Jiné	2	3 %
Celkem	62	100 %

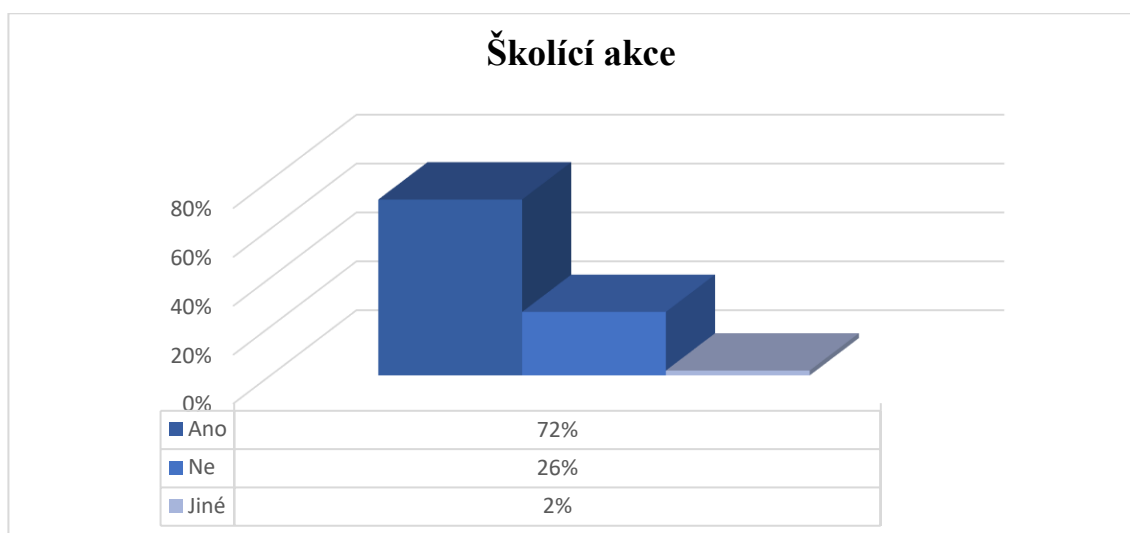


Graf 7 - Zájem o komunikaci s rodinou

8. Uvítali byste kurzy, školení pro komunikaci s příbuznými zemřelých dárců orgánů?

Tabulka 14 - Školící akce

Školící akce	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	45	72 %
Ne	16	26 %
Jiné	1	2 %
Celkem	62	100 %

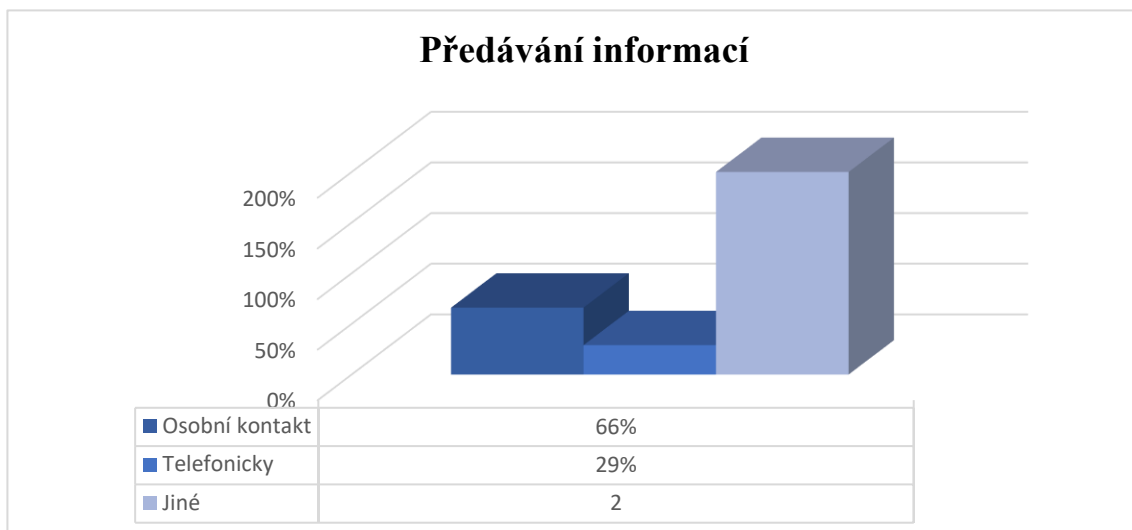


Graf 8 - Školící akce

9. Jakým způsobem nejčastěji předáváte informace rodinám na Vašem oddělení?

Tabulka 15 - Předávání informací

Předávání informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Osobní kontakt	41	66 %
Telefonicky	18	29 %
Jiné	3	5 %
Celkem	62	100 %

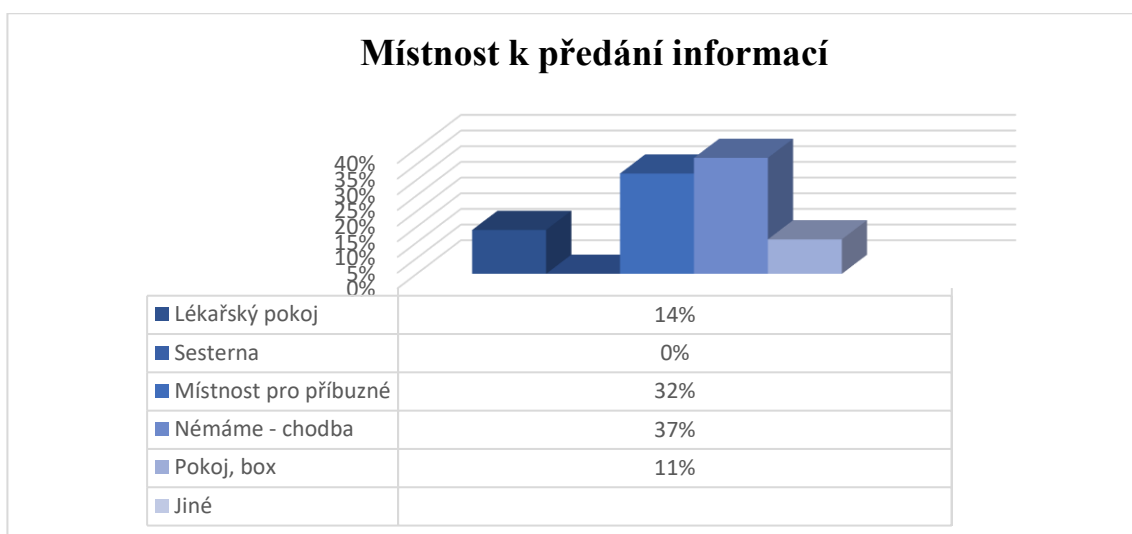


Graf 9 - Předávání informací

10. Máte na Vašem oddělení vyčleněnou místnost, kde dochází k osobnímu kontaktu rodiny a zdravotnického personálu?

Tabulka 16 - Místnost k předání informací

Místnost k předání informací	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Lékařský pokoj	9	14 %
Sesterna	0	0 %
Místnost pro příbuzné	20	32 %
Nemáme – chodba	23	37 %
Pokoj, box	7	11 %
Jiné	3	6 %
Celkem	62	100 %

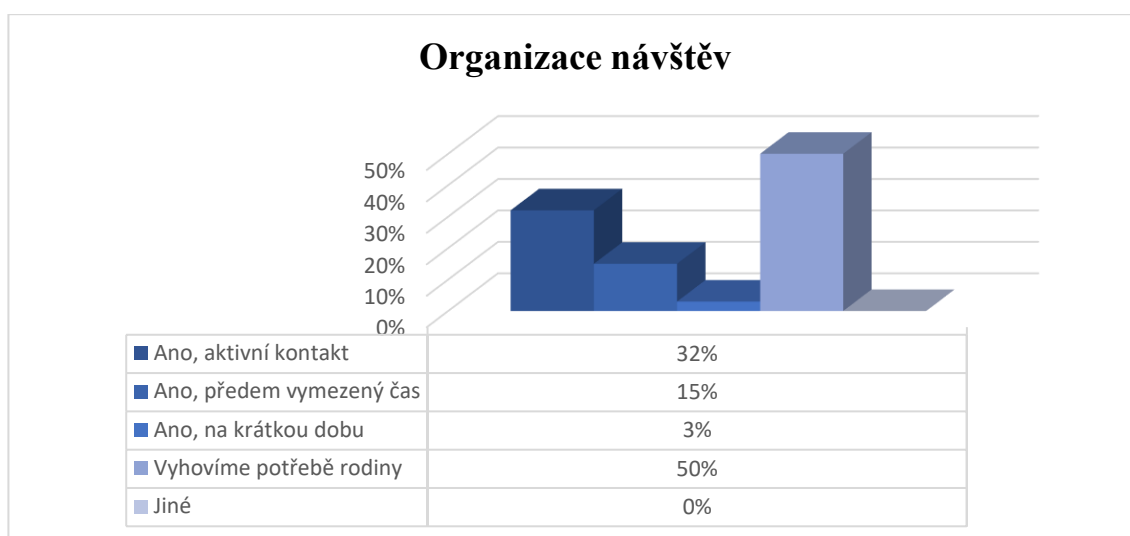


Graf 10 - Místnost k předání informací

11. Mají příbuzní možnost rozloučit se se svým blízkým kdykoliv, bez ohledu na návštěvní hodiny?

Tabulka 17 - Organizace návštěv

Organizace návštěv	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, aktivní kontakt	20	32 %
Ano, předem vymezený čas	9	15 %
Ano, na krátkou dobu	2	3 %
Vyhovíme potřebě rodiny	31	50 %
Jiné	0	0 %
Celkem	62	100 %

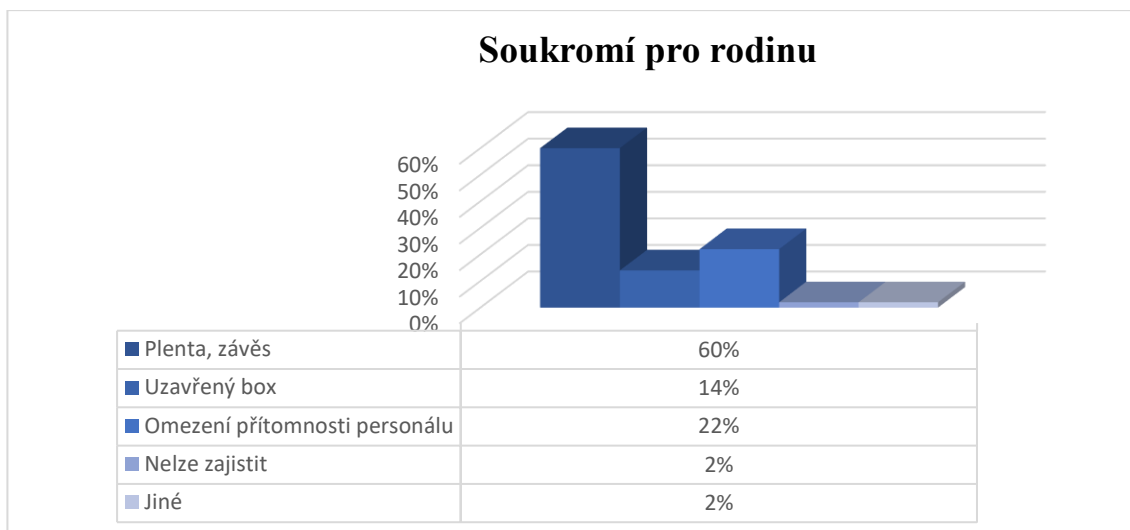


Graf 11 - Organizace návštěv

12. Jakým způsobem zajistíte soukromí rodině potenciálního dárce orgánů?

Tabulka 18 - Soukromí pro rodinu

Soukromí pro rodinu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Plenta, závěs	37	60 %
Uzavřený box	9	14 %
Omezení přítomnosti personálu	14	22 %
Nelze zajistit	1	2 %
Jiné	1	2 %
Celkem	62	100 %

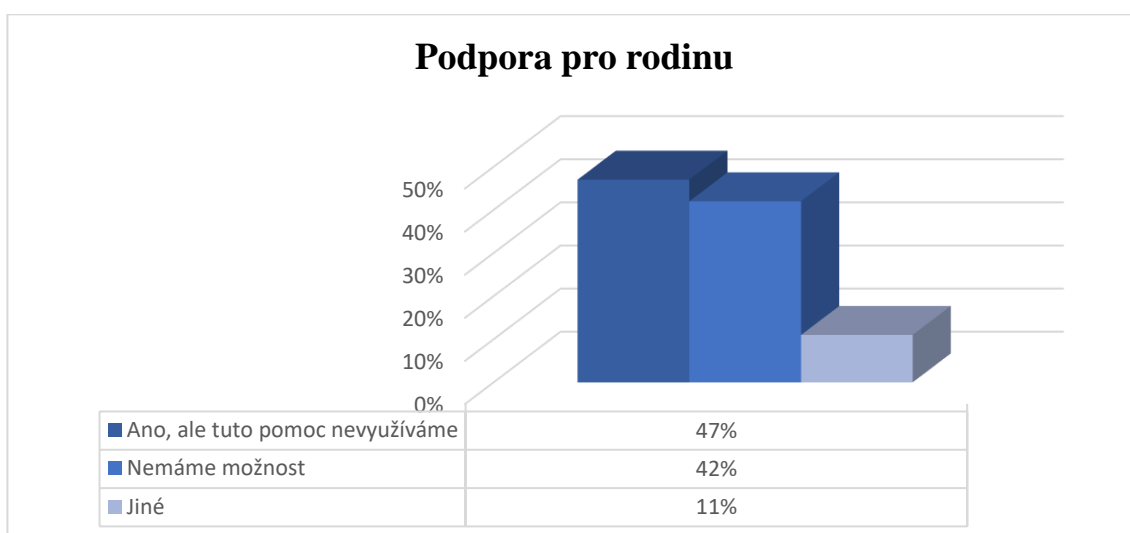


Graf 12 - Soukromí pro rodinu

13. Mají příbuzní ve Vašem zdravotnickém zařízení možnost využít klinického psychologa nebo jinou formu podpory a pokud ano, využíváte této formy pomoci?

Tabulka 19 - Podpora pro rodinu

Podpora pro rodinu	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, ale tuto pomoc nevyužíváme	29	47 %
Nemáme možnost	26	42 %
Jiné	7	11 %
Celkem	62	100 %

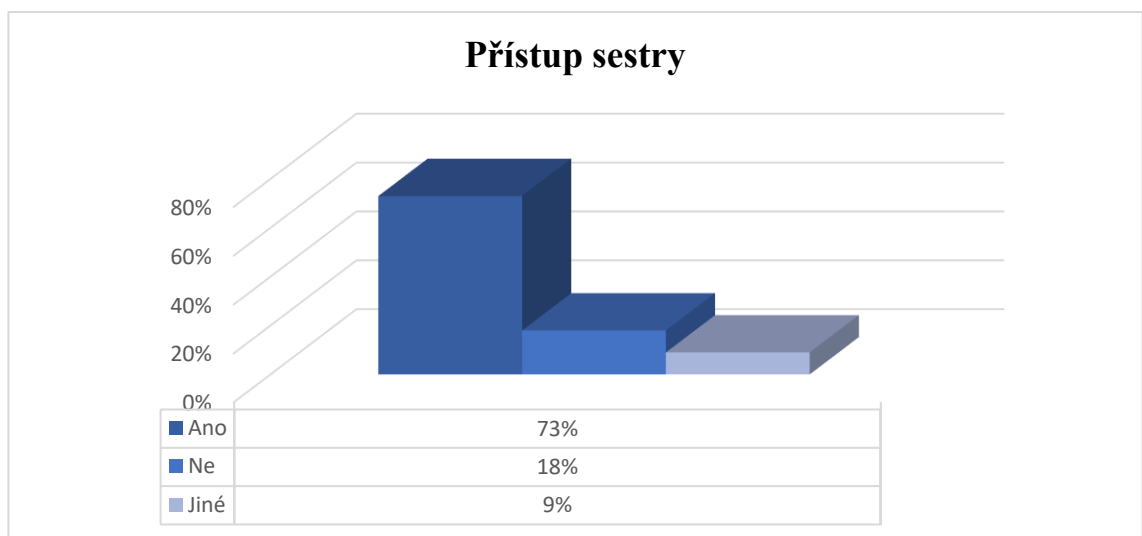


Graf 13 - Podpora pro rodinu

14. Domníváte se, že svým přístupem můžete ovlivnit pozitivní postoj rodiny k odběru orgánů?

Tabulka 20 - Přístup sestry

Přístup sestry	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	45	73 %
Ne	11	18 %
Jiné	6	9 %
Celkem	62	100 %



Graf 14 - Přístup sestry

Příloha E - Polostrukturovaný rozhovor pro sestry pečující o zemřelé dárce orgánů

Kategorie I.

Kontakt s rodinou.

DVO: Jakým způsobem je zajištěna péče o příbuzné zemřelých dárců orgánů po příchodu na oddělení?

Subkategorie I

1 a) První kontakt s personálem

Moje první otázka se bude týká toho, jakým způsobem se rodině věnujete při příchodu na Vaše oddělení, to znamená při Vašem prvním kontaktu?

A pokud lékař nemůže předat informace ihned pro nedostatek času, jak postupujete v tomto případě?

1 b) Přímý kontakt s personálem

Během procesu péče o dárce a organizaci transplantačního procesu jsou situace, které vyžadují Váš přímý kontakt s příbuznými, dokázala byste některé popsat?

1 c) Otázky, které kladou rodinní příslušníci

Určitě jsou i situace, kdy se Vás příbuzní ptají na různé otázky, dokázala byste si na některé vzpomenout?

Subkategorie II

1 a) Mítnost, kam se uvádí návštěvy

Kam uvádíte návštěvy, které je nutné informovat o stavu jejich blízkého?

1 b) Organizace návštěv

Péče o dárce orgánů je výjimečná v tom, že nikdy nevíme, jak dlouho zemřelý zůstane na oddělení, jak organizujete návštěvy takové rodiny?

1 c) Jsou situace, které Vám vadí při kontaktu s rodinou?

Kategorie II.

Postoj sestry k rodině

DVO: Jaký postoj zaujímají sestry ke komunikaci s rodinou zemřelého dárce orgánů.

Subkategorie

2 a) Předávání informací

Pro rodinu jsou tyto informace, které jim sdělí lékař velice šokující a myslíte, že způsob sdělení o smrti mozku a následném zařazení do dárcovského procesu může ovlivnit proces truchlení a budoucí život rodiny?

Která forma sdělení informací je praktikována na vašem oddělení?

2 b) Reakce a emoce příbuzných (personálu)

Lidé reagují různě na takové smutné zprávy, dokázala byste si vybavit některé emoce rodinných příslušníků a jaká je Vaše reakce.

Kategorie III.

Komunikační dovednosti.

DVO: Jaké jsou zkušenosti sester v komunikaci s rodinou zemřelých dárců orgánů?

Subkategorie

3 a) Potřeba vzdělání v oblasti komunikace

Další mé otázky bych směřovala na Vaše komunikační dovednosti, Na jaké úrovni myslíte, že jsou ty Vaše?

3 b) Jaká je úroveň Vašeho vzdělání

A vzděláváte se nějak v této oblasti? No, myslím tím, oblast komunikace?

3 c) Obavy z komunikace

Pokud máte nějaké obavy z komunikace, čeho se týkají

Kategorie IV.

Podpora rodině

DVO: Jaká profesionální pomoc je nabízena rodinám, která by jim mohla pomoci vyrovnat se se ztrátou svého blízkého?

Subkategorie

4 a) Zajištění komfortu pro rodinné příslušníky

Zpočátku jste hovořila o tom, že umožníte rodině rozloučit se a pokud se rodinný příslušník nachází u lůžka svého blízkého, snažíte se nějakým způsobem zajistit komfort pro tuto návštěvu a jakým způsobem.

4 b) Zajištění soukromí

Asi je těžké na takovém oddělení zajistit klid co? Máte zde plno nejrůznějších rušivých činitelů a zajímalo by mě, jestli lze nějakým způsobem takové soukromí zajistit

4 c) Profesionální pomoc

Myslím, že je pro rodinu příjemnější, aby mohla projevit svůj smutek a bez zábran se s blízkým rozloučit a existuje nějaká možnost profesionální odborné pomoci rodině ve Vašem zdravotnickém zařízení? A pokud ano, jak tuto možnost využíváte?

Příloha F - Zeď života



Zdroj: IKEM, dostupné z www.facebook.com/ikemcz/posts/1841087519255677/

Příloha G - Statistika dárců za rok 2020

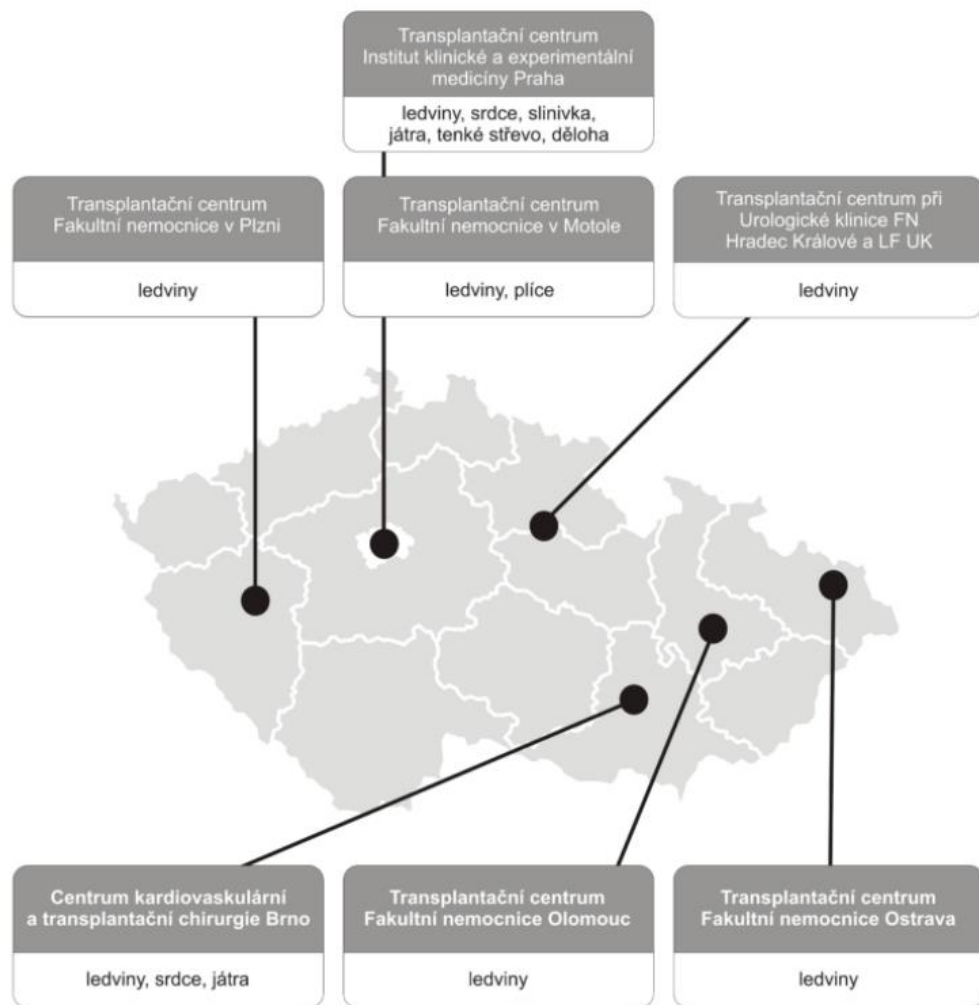
Počet dárců orgánů v roce 2020 = 131

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Celkem
BENEŠOV ARO													0
ČESKÝ BROD OCHRIP				1									1
ČESKÝ KRUMLOV								1					1
ČESKÉ BUDĚJOVICE ARO	3	1		1			3		1	1	1	3	14
DĚČÍN ARO													0
DĚČÍN INT JIP													0
HAVLÍČKŮV BROD ARO				1		2							3
HOŘOVICE ARO													0
CHOMUTOV ARO		1		3						1	1	1	7
JABLONEC ARO													0
JIHLAVA ARO				1		1							2
JINDŘICHŮV HRADEC ARO													0
KARLOVY VARY ARO													0
KLADNO													0
KOLÍN ARO		1				1							2
KUTNÁ HORA ARO													0
LIBEREC int. JIP													0
LIBEREC chirurg. JIP				1								1	2
LIBEREC NC						1			2	3	1		7
LIBEREC KJ													0
LIBEREC ARO	1	3	1			1	1	3					10
LITOMĚŘICE					1								1
MLADÁ BOLESLAV ARO			1			1	1		1				4
MOST CHIR JIP										1			1
MOST ARO							1						1
NYMBURK ARO													0
PRAHA BULOVKA CHIR JIP													0
PRAHA BULOVKA INF JIP													0
PRAHA BULOVKA ARO						1							1
PRAHA FTN dětský JIP	1												1
PRAHA FTN ARO									1				1
PRAHA FTN NEU JIP													0
PRAHA FNKV, NCH JIP													0
PRAHA FNKV, ARO, URG	1	2	2		2	3			2		1	2	15
PRAHA FNKV, KJ													0
PRAHA FNKV, NEU JIP													0
PRAHA IKEM KARIP							1						1
PRAHA IKEM KJ, KAR	1								1				2
PRAHA NA HOMOLCE KARDIO JIP ODD AK. KARDIOLOGIE									1	1		1	3
PRAHA NA HOMOLCE KCH RES													0
PRAHA NA HOMOLCE ARO													0
PRAHA NA HOMOLCE NEU JIP	1										1		2
PRAHA NA HOMOLCE NCH JIP				1			1						2
PRAHA VFN KARDIO RES													0
PRAHA VFN NEU JIP - Kateřinská							1						1
PRAHA VFN KARIM					1								1
PRAHA VFN KARDIOCHIRURGIE JIP										1			1
PRAHA VFN KDDL JIRP													0
PRAHA VFN KORONÁRNÍ JEDNOTKA	1						1					1	3
PRAHA POD PETŘÍNEM ARO													0
PRAHA STŘEŠOVICE INT JIP					1								1
PRAHA STŘEŠOVICE KARIM, ICU		1		2		3	2	2	2	1		1	14
PRAHA STŘEŠOVICE NCH JIP													0
PRAHA STŘEŠOVICE NEU JIP	1												1
PERHA NEMOCNICE NA FRANTIŠKU													0
PELHŘÍMOV ARO													0
PÍSEK ARO								1					1
PRÁCHATICE ARO													0
PŘÍBRAM ARO													0
RAKOVNÍK ARO					1								1
ROUDNICE NAD LABEM, INT JIP													0
SLANÝ ARO													0
STRAKONICE ARO													0
TÁBOR ARO									1				1
TEPLICE ARO											1		1
ÚSTÍ NAD LABEM INFEKCE JIP													0
ÚSTÍ NAD LABEM ARO, JIP	4	1	2	1			5	1	2	1	1	1	19
ÚSTÍ NAD LABEM DĚTSKÁ NEM				1				1					2
VRCHLABÍ													0
ŽATEC INT JIP													0
CELKEM	14	10	6	13	6	14	17	9	12	9	9	12	131

Zdroj: IKEM, dostupné z www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/statistika-ikem/a-3129/

Příloha H - Mapa transplantačních center

Transplantační centra v ČR



Transplantační centra v ČR

Zdroj: IKEM, dostupné z www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/transplantacni-centra-v-cr/a-3124/