

Komunikační dovednosti lékaře o smrti a umírání v péči o pacienty, kterým hrozí smrt

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.¹, PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.²

¹Oddělení klinické psychologie FNM a 2. LF UK Praha

²Oddělení klinické psychologie FN KV Praha

Na lékaře pracujícího s umírajícími jsou kladeny vysoké nároky nejen na medicínské znalosti, ale i komunikační dovednosti, poskytování podpory a na jeho osobnost. Lékař by měl být flexibilní, s vysokou tolerancí k zátěži a zároveň s rozumně zdravou sebedůvěrou, schopný komunikovat s týmem a umět rychle vytvořit s pacientem vztah založený na důvěře. Měl by být také dostatečně empatický, speciálně vyškolen pro práci s utrpením, bolestí, umíráním a smrtí, schopný se sám vyrovnat se záhadou, nejednoznačností, nejasnostmi a lidsky ve svém povolání růst. Všeobecně platí tyto poznatky pro celý paliativní tým. V článku bychom proto rádi zdůraznili jak je důležité, aby lékař rozuměl psychologickým problémům spojeným se smrtí a umíráním, v rámci podpory uměl pracovat s duchovnem, uměl s pacientem komunikovat, zažil sám techniky konfrontace se smrtí a předcházel syndromu vyhoření. Článek je doplněn kazuistikami z pohledu pacientů, rodinných příslušníků a spolupracovníků týmu.

Klíčová slova: umírání, bolest, duchovnost, komunikace, respitní péče.

Clinician's communication skills about death and dying in care with patients those impend the death

Requirements physician, who works with dying people are high: these are not only medical knowledge, but also communication skills, providing support and his/her personality. The physician should be flexible, with high toleration to stress at the same time with sensibly healthy self-confidence, be able to communicate with team and be able quickly to form with the patient relationship based on the confidence. He/she should be also emphatic enough, specially educated in work with suffering, pain, dying and the death, be able to cope with mystery, ambiguity, unclarity and humanly in his/her profession growth. Generally are this findings valid for all members of palliative team. That is why we would like in that article to emphasize how much is important that the physician can understand psychological problems linked to the death and dying, in terms of support can work with spirituality, is able to communicate with patient, alone already experienced death confrontation techniques and can prevent burn-out syndrom. The article supports case-reports from the perspectives of patients, families and health care co-workers.

Key words: dying, pain, spirituality, communication, respite care.

Paliat. med. liec. boles., 2011, 4(3): 103–106

Úvod

Problematikou smrti a umírání se lidstvo zabývá po celé své dějiny: téma se objevuje ve výtvarném umění, literatuře, v náboženství, kde tvoří opakující se a přitom proměnlivě zpracovaný motiv. Kromě uměleckého pojetí smrti a umírání se v jednotlivých historických obdobích mění i způsob porozumění významu smrti, obeznamenost s procesem smrti a umírání a jak často se umírání před očima druhých odehrává.

Zvýšený medicínsko-psychologicko-sociologický zájem o téma smrti a umírání lze v západní kultuře zaznamenat od 60. do 90. let 20. století s diskusí tématicky označovanou jako „popírání smrti“ a „tabu smrti“. Současně se vytvořil samostatný obor thanatologie a rozvíjelo se hospicové hnutí. Základní odborné debaty obsahující téma vytěšňování smrti můžeme shrnout do následujících oblastí: 1. tabu při konverzaci o smrti, 2. medializace smrti, 3. oddělení umírání od společnosti, 4. klesající význam rituálů truchlení a 5. smrt popírající pohřební praktiky.

Diskuse volaly po konci cenzury tématu smrti z veřejného prostranství za zdi medicínských institucí a po návratu smrti do prostoru veřejné komunikace. Logicky v této době dochází k extrémnímu dělení podob smrti na dobrou a zlou (22). K „dobré smrti“ dochází v přirozeném prostředí, člověk odchází proto, že je starý, nemocný a protože již dokončil všechny důležité věci. Má sice přiměřený strach ze ztráty kontroly, ale zachovaný pocit identity, důležité vztahy i dosažení smysluplných cílů. „Zlá smrt“ znamená pocity utrpení, bolesti, psychologické nouze, stresu, sociální izolace a nezájmu o potřeby pacienta. V současné době již nelze zcela diskutovat smrti pokládat za aktuální: vyrovnávání se se smrtí v západních společnostech schematizuje a nereflexuje proměny, k nimž v posledním desetiletí došlo. Aktuálně již tedy nehovoříme o absolutní tabuizaci smrti: téma se objevuje v odborných, laických i populárních diskuzích napříč společnostmi, v člancích, publikacích, konferencích i vzdělávání lékařů a pomáhajících profesí (21). Tématu smrti je věnován prostor

společně s diskusí o etických dilematech, eutanázií, hospicové péči, léčbě bolesti atd. (18).

Lékař se se smrtí setkává ve svém povolání odjakživa, v paliativní medicíně častěji, než v ostatních oblastech medicíny. Lékař je ale také zároveň jedincem žijícím v určitém kulturním zázemí. Téma smrti je v ČR spojené s historickým tabu a má svá specifika (5). Smrt je pro společnost, včetně lékaře, závažnou prohrou, je to důkaz neschopnosti, výsměch, nemožnost, zejména v kontrastu s technickým pokrokem v medicíně. Druhým historickým problémem je skutečnost, že po roce 1948 se ze života lidí selektovali postihnutí, staří a nemocní a vytvářela se iluze „zdravé společnosti“. Třetím činitelem, který ovlivňuje postoje k smrti u nás (ale i v celé západní kultuře), je orientace společnosti a jednotlivců na výkon, t. j. na zdravého, produktivního jedince plného sil: taková je potom i společnost. Svou roli hraje i stále se stupňující tempo změn společnosti. Tyto činitele ovlivňují i představy lékařů, kteří pracují s umírajícími pacienty. Význam smrti tak nevyčerpává osobní dimenzi pouze ze strany lékaře,

ale také ze strany pacienta a celé společnosti (11). Dělení smrti na dobrou a zlou vždy podléhá procesu sociálního konstruování. Mění se význam smrti poskytuje příklad způsobu, jímž je událost umírání konstruována prostřednictvím kulturních zvyklostí: smrt je kulturně, historicky a politicky vyjednávána. Je důležité uvědomit si společenský a kulturní kontext: pro toto vyjednávání existují široké hranice.

Existenciální dilemata a komunikaci

V období terminálním (paliativním) jde o konečné stadium nemoci, kurativní léčba již byla ukončena. Pacienti se v této fázi nachází ve fázi smutku a musí čelit masivnímu strachu a akutní reaktivní depresi. Maladaptivní reakcí je těžká reaktivní deprese a akutní deliria (15). V současnosti lze téměř vždy nalézt při vzniku deprese souhru vnitřních dispozic a vnějších faktorů. Lékaři jsou ve své pregraduální i postgraduální přípravě školeni v rozpoznání alterovaného psychického stavu u umírajících a jejich řešení. Dále je důležité, aby lékař mírnil utrpení a bolest (9), zvládl vlastní etická dilemata (18) a poskytl pacientovi, pokud si ji žádá, psychosociální a spirituální pomoc (8). K tomu musí být vyškolený nejen medicínsky, ale také i v oblasti komunikace a týmové spolupráce (17). Pacient často v komunikaci s lékařem řeší v souvislosti se smrtí a umíráním existenciální dilemata a přehodnocování víry nebo duchovního přesvědčení (19). Lékař se tak dostává do pozice, kdy by měl být sám připraven o smrti a duchovnu s nemocným a jeho rodinou hovořit, což je důležitý předpoklad k zachování již zmiňované „dobré“ smrti (2). Duchovnost (spiritualita) je všeobecný pojem zahrnující dva pojmy: 1. víra a 2. význam (16). Víra je spojena s náboženstvím a náboženskými představami, zatímco význam je více univerzální koncept, který existuje u náboženských i nenábožensky založených jedinců.

K smrti a umírání v souvislosti se spiritualitou se ale může lékař i pacient postavit z perspektivy individuální roviny zasazené do společensko-historického kontextu. Například většina amerických lékařů je věřících: 67 % je křesťanů, 14 % židovského vyznání, 11 % muslimského, hindu nebo budhistického vyznání a 8 % bez vyznání (12). Více jak dvě třetiny amerických lékařů se domnívá, že duchovnost je důležitou součástí práce lékaře, ale přesto se jí v rozhovorech s pacientem nevěnují z následujících důvodů: nemají dostatek času (většina lékařů), necítí se dostatečně vzdělání (dvě třetiny lékařů), nebo z rozhovorů mají strach (pětina lékařů) (6). Odhad, jak je to s vyznáním u českých lékařů, je nedostupný.

Tabulka 1. Okruhy dovedností lékaře v paliativní léčbě

1. Komunikace s pacientem – naslouchá a povzbuzuje pacienta ke komunikaci otázkami; čestně a přímo pacientovi na otázky odpovídá, citlivě podává špatné zprávy; je ochotný mluvit s pacientem o umírání, pokud je pacient připraven o smrti mluvit.
2. Emoční podpora – projevuje přiměřený soucit a lítost, podporuje naději a pozitivní postoje; poskytuje podporu a útěchu, citlivě reaguje na pacientovy emoční potřeby.
3. Dostupnost a návaznost péče – dává pacientovi na setkání takový časový prostor, který potřebuje; během vizit se zaměřuje na pacienta a jeho potřeby; umožňuje pacientovi setkat se s rodinou; ujišťuje pacienta, že nebude při umírání sám a opuštěný; je po smrti pacienta s rodinou v kontaktu.
4. Kompetence – disponuje dobrými medicínskými dovednostmi a multidisciplinární péčí, kterou pacient během procesu umírání potřebuje; je připraven se s pacientem pravidelně setkávat; odesílá pacienta na konzultaci k jinému specialistovi, který je součástí týmu; zná etická dilemata týkající se léčby bolesti a ukončení neefektivní léčby.
5. Úcta a pokora – chová se k pacientovi (i jeho rodině) jako k sobě rovným; připouští, že nemusí vědět „vše“; cítí se v kontaktu s umírajícími dobře a poskytuje jim přiměřenou útěchu; nechápe smrt jako medicínské nebo osobní selhání.
6. Komunikace v týmu a týmová koordinace – poskytuje pacientovi i jeho rodině informace o celém zdravotním týmu; pacient je obeznámen, kdo z týmu je odpovědný za řešení konkrétních problémů; pokud není lékař dostupný, pacient je informován, na koho se má obrátit, aby mu pomohl; tým pracuje při diagnostice i léčbě multidisciplinárně.
7. Edukace pacienta – podává dostatek detailních informací tak, aby pacient rozuměl nemoci, její léčbě a mírnění příznaků a bolesti; informuje pacienta, jak nemoc ovlivňuje život v oblasti somatické, emoční i sociální; vede pacienta i jeho rodinu k těm způsobům zvládnutí, které jsou pro ně prospěšné; pokud si to pacient přeje, mluví s ním o smrti, jak může vypadat a co pro něho může znamenat.
8. Personalizace – umožňuje pacientovi, aby se cítil příjemně; léčí s dopomocí multidisciplinárního týmu všechny potřeby pacienta (nejen choroby); při plánování léčby zvažuje i sociální situaci pacienta.
9. Zvládnutí bolesti – neobává se léčby bolesti a efektivně ji mírní a individuálně reaguje na pacientovo přání; edukuje pacienta i rodinu, jakými způsoby je možné bolest mírnit; diagnostikuje depresi a úzkost a léčí je ve spolupráci s psychiatrem a klinickým psychologem.
10. Začlenění rodiny – s rodinou komunikuje otevřeně a ochotně, začleňuje ji do rozhodování o léčbě; pomáhá rodině pochopit, co znamená smrt a umírání a jaké formy může proces umírání mít.
11. Zaměření na pacientovy hodnoty – respektuje osobní názory pacienta (i alternativní přístupy léčby); respektuje pacientovy kulturní, duchovní a náboženské názory a neodsuzuje jeho životní styl.
12. Podpora rozhodnutí pacienta – ukazuje možnosti léčby a poskytuje pacientovi rady týkající se léčby; nechá pacienta svobodně o léčbě rozhodnout a akceptuje přání péče na sklonku života.

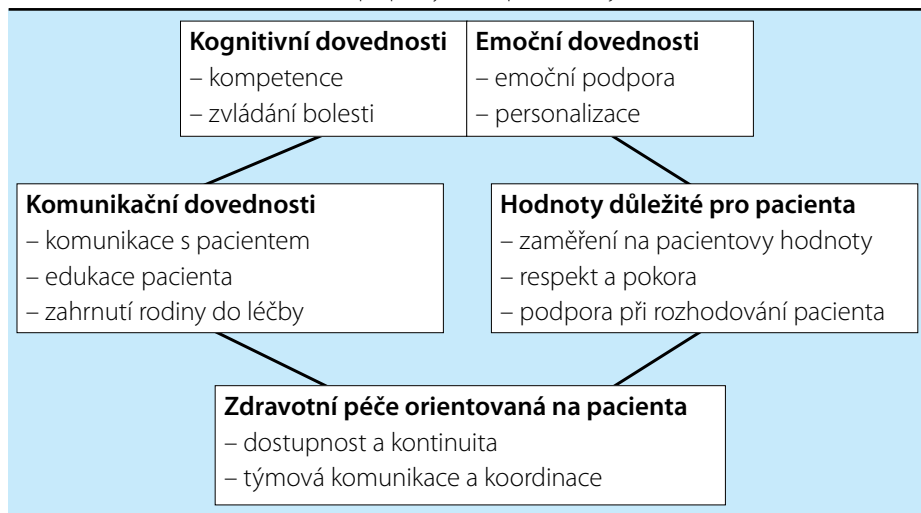
Česká republika má ke smrti, umírání a spiritualitě v evropském kontextu specifické postavení. Česká společnost výrazným způsobem omezila vliv náboženských představ a zvyků zacházení s umíráním a smrtí a na rozdíl od západní Evropy, kde si církve obvykle podržely funkci spojenou se smrtí, umíráním a pohřbíváním, je funkce v české společnosti značně oslabená. To jistě nebylo ovlivněno pouze komunistickou érou, protože například v jiných státech Evropy jsou okolnosti okolo smrti a umírání církevní normou (například Polsko, Slovensko, Rumunsko). Například až polovina pražských nebožtíků nemá pohřeb vůbec (lidem je to jedno, přejí si obřad sekulární, nebo žádný, pouze asi pětina dotázaných chce mít obřad církevní) a tento trend se nevztahuje jen na Prahu (13, 26). S tím souvisí i fakt, že v České republice je podle Statistického úřadu z roku 2001 asi více jak dvě třetiny populace bez vyznání, což může být proměnlivé v jednotlivých krajích a také jistě vzhledem k věku.

Vhodné by tedy mohlo být, aby lékař již při snímání anamnézy monitoroval, zda jsou pro pa-

cienta otázky duchovna důležité (10). Duchovno je univerzální koncept užitečný ke komunikaci s pacienty pobožnými, bez vyznání, nebo nevěřícími. Lékař ale potřebuje především rozumět nejdříve svému duchovnímu pohledu na svět a potom subjektivnímu pohledu pacienta na život, smrt a umírání. U nevěřících může lékař opatrně nabízet možnosti nových pohledů na vlastní existenci následovně: poskytuje pacientovi prostor, kde může svobodně ventilovat negativní pocity zmaru, zklamání a strachu. Dále citlivě podporuje rozvíjení tématu smyslu a významu života a smrti v naší existenci. Lékař nabízí nedogmaticky a laskavě uchopení konečnosti života a zároveň poskytuje svou osobu jako člověka, který problematice umírání rozumí, neobává se hovořit o jakýchkoliv aspektech blízké smrti, je v tomto smyslu vybaven profesionální odvahou a osobní emoční stabilitou.

Komponenty komunikace

V interakci s umírajícím můžeme obecně vyčlenit čtyři typy komunikace: běžná komunikace,

Obrázek 1. Model dovedností lékaře při poskytování péče umírajícím (4)

hierarchické výměny, psychoterapie a thanatologické výměny. V běžné komunikaci lidé hovoří o aktuálních tématech (počasí, sport, noviny) na úrovni, kde si jsou rovni; hierarchické výměny zahrnují konverzaci mezi osobami, které si rovny nejsou: jedna z nich je vnímána jako nadřazená (vztah šéf a podřízený, důstojník a voják v armádě, lékař a pacient). Role nemohou být změněny: například pacient obvykle nemůže vyšetřovat lékaře. To může negativně ovlivnit empatickou komunikaci lékaře s umírajícím. Pouze v thanatologických výměnách, kde jsou oba účastníci (lékař nebo terapeut i pacient) chápáni jako sobě rovni může být komunikace opravdová (3). Zahrnuje citlivé vyzvání ke komunikaci o smrti a umírání, naslouchání a oční kontakt. Klinické dovednosti lékaře jsou vždy v součinnosti s jednotlivými komponentami komunikace (tabulka 1). Následující krátká kazuistika ukazuje, jak bylo pro pacientku důležité s lékařem **o smrti a umírání komunikovat**. Komunikace obsahuje nejen možnost vyjadřování strachů a obav ze strany pacienta, ale především naslouchání ze strany lékaře. Když byl paní Janě diagnostikován nádor plic, bylo to jako blesk z čistého nebe, to opravdu nečekala. Od té chvíle konzultovala následující léčbu s internistkou, radioterapeutem a onkoložkou a byla často hospitalizována. Všichni lékaři jí udíleli dobré míněné rady, vše bylo perfektně zorganizované, ale v průběhu léčby měla pocit, že jí vlastně nikdo neposlouchá, nemohla vyjádřit svoje pocity ohledně smrti a umírání. Pouze jedna onkoložka, která sloužila jako důchodkyně noční služby v léčebně dlouhodobě nemocných, jí byla ochotná naslouchat.

Komunikace s umírajícím vyžaduje specifický přístup k nemocnému, ale i k jeho rodině a souvisí s **dostupností lékaře** (1). Moje zkušenost je taková, že lékaři s členy rodiny o smrti neradi mluví. Když mi na interním oddělení umíral

otec na nádor, bylo to pro mě těžké – byla to moje vůbec první zkušenost se smrtí a umíráním. Lékař se nedal sehnat, i když jsem mu telefonovala. Byl pořád na sálku, nebo při operaci, nakonec mi po telefonu moc informací nesdělil. Nějaké informace jsem získala od sestry. Přála jsem si, aby byl lékař dostupnější, i když jsem chápala, že měl hodně práce a pro otce dělal co bylo možné. (Zápisky z deníku dcery, které umíral otec.)

Důležitá je ale také **komunikace lékaře s rodinou**. Pro některé rodiny je nepřijatelné, aby pacient v instituci umřel sám, proto se poslední dny prakticky nevzdalují od jeho lůžka v nemocnici, LDN nebo hospicu. Často se stane, že se odejdou napít, nebo na chvíli něco vyřídit do města, a právě v té chvíli umírající vydechne naposled. Jiní umírající naopak chtějí vydechnout až se svými milovanými, což ale nemusí být vždy splnitelné. Příklad ilustruje následující kazuistika. 70-letá paní Jana umírala v hospicu. Obě její dvě děti emigrovaly, dcera do USA a syn do Austrálie. Protože se zdravotní stav paní Jany zhoršil, ošetřující lékař volal oběma dětem, které ale mohly přiletět až za čtyři dny. Stav paní Jany nebyl sluchitelný se životem, ale ona „počkala“ týden s posledním vydechnutím, než obě děti přiletěly a usedly vedle její postele. Potom mohla v jejich náručí spokojeně odejít.

Okruhy dovedností lékaře v práci s umírajícími obsahují i **týmovou komunikaci a koordinaci** na dvou následujících kazuistikách. Můj ošetřující onkolog se mnou velice příjemně rozmlouvá o tématech smrti, pocitech a duchovnu. Přesto jsem si přál mluvit ještě s psychoterapeutem a s duchovním. Bál jsem se lékaře o to požádat, ale on se vůbec necítil uražený a vše mi zařídil. Nebyl to „všemocný bůh, který všechno ví a všechno zná“. Spíčí celého týmu v hospicu jsem spokojený. (Zápisky z deníku pacienta Alana, 30 let, umírajícího na AIDS.)

Za celých osm let práce zdravotní sestry na onkologickém oddělení je pro mě nyní největší frustrací pocit, že náš tým nefunguje dobře. Tři noví lékaři se domnívají, že jsou schopni zvládnout stav pacienta sami. Nestojí o moje názory, v podstatě mě neposlouchají co jim o pacientovi říkám. Nevím, zda to je z pocitu důležitosti, pýchy, nebo jiného důvodu. Nemluvili jsme spolu o tom. Práce mě nebaví. (Výpověď zdravotní sestry Petry, 28 let.)

Edukace pacienta je důležitou součástí komunikace. Je založená na poskytnutí srozumitelných informací nejen pacientovi, ale také jeho rodině. 60-letý pan František oceňuje, pokud mu lékař srozumitelně vysvětluje další možnosti mírnění bolesti a v odborných lékařských termínech to říká i jeho dceři lékařce. S edukací souvisí **depersonalizace a personalizace**, kterou ilustrují další dvě kazuistiky. 80-letá paní Eva trpěla nádorem žaludku. Z interního oddělení byla odeslána do léčebny dlouhodobě nemocných. V novém prostředí se cítila nejistá. Péče na interním oddělení byla velmi osobní, zde pro ni znamenala první dny šok. Všichni lékaři i sestry byly jejím příjmem tak zaměstnaní, pořád se jen zavíraly a otvíraly dveře a nazývali jí číslem na posteli. Necítila se jako člověk a bylo to pro ni demoralizující.

Pan Pavel je již dva měsíce po chemoterapii a radioterapii hospitalizován na oddělení následné péče ve fakultní nemocnici. Domnívá se, že pokud člověk může mluvit se svým ošetřujícím lékařem nejen v rámci ranní vizity, může si s ním vytvořit opravdový lidský vztah. Jeho ošetřující lékař za ním dochází na pravidelné schůzky, sedí u jeho postele a povídají si. Pan Pavel chápe lékaře nejen jako toho, kdo se stará o pacienty, ale i toho, kdo je také sám člověkem.

Komunikace s pacientem je základním prostředkem, jak získat informace k efektivnímu **mírnění bolesti a emočních potíží**. Otec nebyl schopen s blížící se smrtí vůbec verbálně komunikovat, otvíral ústa, nebo kýval hlavou, zavíral oči, vypadalo to, že trpí bolestí velké intenzity. Cítil jsem jako kdyby říkal: „Zblázním se, moc mě to bolí, udělejte s tím prosím něco, můžu dostat více léků?“ Bylo to velmi frustrující vidět otce, jak trpí. Na základě mých zjištění a proseb se lékař začal mírněním bolesti zabývat. (Výpověď syna 65-letého pacienta v terminálním stádiu rakoviny prostaty.)

Model lékařských dovedností včetně komunikace

Jednotlivé dovednosti, které lékař uplatňuje v péči o umírající společně souvisí (tabulka 1). Lékař by se měl pacienta ptát, zda s ním chce otevřeně mluvit o obavách ze smrti a umírání

– zároveň respektuje přání pacienta nehovořit o čemkoliv. Vztah mezi kognitivními a emočními dovednostmi lékaře je založen na jejich interakci, což ilustruje kazuistika. *Ošetřující lékař mé matky byl velmi kompetentní, jeho věhlas mezi pacienty i odborníky byl vysoký. Já i matka jsme byly spokojené s jeho medicínskými dovednostmi, matka se cítila dobře, neměla bolesti. Ale kdybych ho měla hodnotit v oblasti zvládnání emocí a poskytování emoční podpory, tak byl prostě nelidský: vyhýbal se jakémukoliv lidskému vyjádření emocí, ani nebyl nijak empatický. Matka se ho ke konci svého života za mé přítomnosti zeptala, zda již umírá. On na to odpověděl: „Ale my přece děláme z hlediska medicíny to nejlepší, co jen můžeme“. Podpory, ani odpovědi na otázku, jsme se do smrti matky nedočkaly.*

Další tři kategorie v kruhovém modelu (obrázek 1) jsou komunikační dovednosti, hodnoty důležité pro pacienta a systém zdravotní péče. Kazuistika ilustruje vztahy mezi zdravotním systémem a lékařem, které jsou základem lékařových dovedností poskytovaných na konci pacientova života. Absence vede ke zhoršení kvality péče o umírající. *Sestra Eva funguje na velké klinice paliativní medicíny jako zprostředkovatel péče: sedí v recepci a objednává pacienty, odpovídá dotazy ohledně organizace, uvádí pacienty na pokoje, odebírá krev, měří teplotu. Sice je něco mezi sestrou a recepční, ale je prostě nepředstavitelně lidská, milá, chápající, soucitná a vždy ochotná pomoci řešit problémy. V pět hodin odpoledne chodí po pokojích a ptá se na požadavky pacientů – to je pro nás to nejlepší co se za celý den stane. Ona s námi mluví a chápe nás. Běžné sestry vyhoví všem potřebám, ale nemají moc času na povídání. Lékaře vidíme o vizitách a na odpoledních kratších rozhovorech. Přesto se se sestrou Evou cítím úplně jinak. Přemluvil jsem svou dceru, abych mohl dožít tady, člověk má pocit, že se tu o něho zajímají. (Výpověď pana Jana, 69 let.)*

Psychickou i fyzickou zátěž v péči o umírajícího pocítují všichni, kteří na ní participují: rodina, ošetřovatelský personál i lékař (25). Časté setkávání se smrtí a umíráním vyžaduje od lékaře schopnost nahlížet na smrt jako skutečnost neohrožující vnímaný řád světa a kontinuitu vztahů v něm. Zvládnání umírání a smrti je možné pomocí lékařských standardů (etapy a kroky léčby, definice rolí týmu atd.), technických

postupů, t. j. jak postupovat v případě smrti (obstarat tělo, pracovat s rodinou a informovat ji) a spirituálních nebo náboženských (24). O subjektivní zkušenosti lékařů se smrtí a umíráním se příliš nehovoří a v odborné literatuře nepíše. Přitom schopnost zvládnání smrti významně ovlivňuje schopnost dále s paliativními pacienty pracovat. Značná pozornost se proto v posledních letech věnuje tzv. **respitní péči** (angl. respite care), což znamená, jak lékaře uvolnit, jak mu ulehčit a ulevit od stresu (20). Předpokládá se, že psychicky vyrovnaný lékař bude umět vést k duševní hygieně nejen sebe, ale i ošetřující personál a rodinu umírajícího a bude s nimi schopen efektivněji komunikovat (14). Ulehčit snížení stresu mohou podpůrné skupiny, výcvik v komunikaci, supervize týmu a cvičení konfrontace se smrtí. Sebezkušenost konfrontace ze smrtí umožní lékařovi si uvědomit vlastní konečnost. Cvičení jsou určena pro práci ve skupině deseti až patnácti účastníků. Vedoucí skupiny by měl mít psychologickou zkušenost. Cvičení jsou například následující: nárys životní linie, konfrontace se smrtí, nekrolog a další (7). Konfrontace s vlastní smrtí tak může vyvolat u lékaře pozitivní osobní změny: vytrvalost, vnímavost, empatii, moudrost (23).

Závěr

Dnes se umírání a smrt jeví jako mnohem známější než v historii. Často je ale tato obecná známá pouze virtuální (noviny, časopisy, knihy, TV, internet), mimo každodenní zkušenost. O osobním kontaktu se smrtí a umíráním může mluvit málokdo, pro lékaře v paliativní péči je ale tato skutečnost běžná. Proto je základní schopností v rámci povolání lékaře v paliativní péči porozumět smrti, umírání a jejich významu. Klinické dovednosti lékaře zahrnují i komunikaci s pacientem, rodinou a týmem. Vzdělání lékaře v komunikaci souvisí i se vzděláním celé společnosti. To může pomoci téma smrti a umírání otevřít celospolečenské a odborné diskusi.

Literatura

- Berger JT, Rosner F, Potash J, Kark P, Bennett AJ. Communication in caring for terminally ill patients. *Journal of Palliative Medicine* 2000; 3(1): 69–73.
- Breitbart W. Spirituality and meaning in cancer. *Revue Française de Psycho-Oncologie* 2005; 4(4): 237–240.
- Corr Ch, Nabe C, Corr D. Death and dying: life and living. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole 2000.

- Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozio DM, Ramsey PG. Understanding physicians' skills at providing end-of-life care. *Journal of General Internal Medicine* 2001; 16(1): 41–49.
- Démuthová S. Vývin chápania smrti v ontogenéze. *Sociální studia* 2011; 8(2): 87–106.
- Ellis MR, Campbell JD, Detwiler-Breidenbach A, Hubbard DK. What do family physicians think about spirituality in clinical practice? *J Fam Pract* 2002; 51: 249–254.
- Haškovcová H. Thanatologie. *Nauka o umírání a o smrti*. Praha: Galén 2000.
- Knight SJ. Oncology and hematology. In: Camic P, Knight SJ. (Eds) *Clinical handbook of health psychology*. Cambridge: Hogrefe & Huber 2004: 233–261.
- Kozák J. Nové názory na dlouhodobou léčbu opioidy. *Neurologie pro praxi* 2008; 9(1): 42–46.
- Kristeller JL, Zumbun CS, Schilling RF. „I would if I could“: how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psychooncology* 1999; 8: 451–458.
- Lupton D. *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*. London: Sage 2003.
- McCauley J, Jenkes MW, Tarpley MJ, Koenig HG, Yanek LR, Becker DM. Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. *Journal of Religion and Health* 2005; 44(2): 137–146.
- Nešporová O. Obřady loučení se zesnulými: sekulární, náboženské nebo raději žádné pohřby? *Sociální studia* 2011; 8(2): 57–85.
- Pines AM. Adult attachment styles and burnout. *Work and Stress* 2004; 1(18): 66–80.
- Praško J, Vyzula R. Diagnostika a léčba psychických poruch v onkologii. In: Herman E, Praško J, Seifertová D. (Eds) *Konziliární psychiatrie*. Praha: Galén 2007: 221–233.
- Puchalski CM, Lunsford B, Hartus MH, Miller RT. Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: a collaborative model. *Cancer J* 2006; 12(5): 398–416.
- Raudenská J, Javůrková A. Multidisciplinární léčba chronické nenádorové bolesti. *Bolest* 2010a; 13(3): 80–86.
- Raudenská J, Javůrková A. Některé etické úvahy, dilemata a podněty algeziologické péče o pacienta s chronickou nenádorovou bolestí. *Bolest* 2010b; 13(4): 172–180.
- Raudenská J. Osobní etická dilemata pacienta s chronickou bolestí. *Bolest* 2011; 14(1): 14–20.
- Theis SL, Moss JH, Pearson MA. Respite for caregivers: an evaluation study. *Journal of Community Health Nursing* 1994; 11(1): 31–44.
- Vido R. Smrt blízka, či vzdálená? *Sociální studia* 2011; 8(2): 7–12.
- Weisman AD. *On dying and denying*. New York: Behavioral Publications 1972.
- Yalom I. *Máma a smysl života*. Praha: Portál 2010.
- Závorková P. Smrt očima personálu hospice. *Sociální studia* 2011; 8(2): 137–150.
- Zvoníčková M, Jirkovský D. Mění se role sester. *Ošetřovatelský časopis* 2006; 8(1–2): 15–20.
- Szczygiel M. *Udělej si ráj*. Praha: Dokořán 2011.

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

*Oddělení klinické psychologie FN v Motole a 2. LF UK
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
jaroslava.raudenska@fnmotol.cz*

