

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
HUMANITĀRO ZINĀTŅU FAKULTĀTE
KULTŪRAS UN SOCIĀLĀS ANTROPOLOĢIJAS STUDIJU
PROGRAMMA

Attiecības ar nāvi paliatīvās aprūpes nodaļā: speciālistu perspektīva
MAĢISTRA DARBS

Autors: Līna Orste
Studenta apliecības Nr.: 1o19035
Darba vadītāja: Dr.phil. Zane Linde-Ozola

RĪGA 2021



1. attēls. Uzraksts uz viadukta balsta kaut kur Rīgā (no personiskā arhīva)

ANOTĀCIJA

Diplomdarba mērķis ir uzzināt PA nodaļā strādājošu speciālistu pieredzi un priekšstatus saistībā ar miršanu un nāvi un to, kādas speciālista attiecības ar nāvi šajās pieredzēs un priekšstatos atklājas. Mana konceptuālā perspektīva iekļauj 4 dimensijas speciālistu attiecībās ar nāvi: individuālā, sociālā, iemiesotā un telpiskā. Lauka darbā veicu 13 padziļinātas daļēji strukturētas intervijas vienā no Latvijas paliatīvās aprūpes nodaļu kolektīviem. Intervijās atklājās tas, ka speciālistu attiecības ar nāvi veido attiecības ar pacientiem, viņu tuviniekiem un kolēģiem. Speciālistu attiecības ar nāvi izpaužas arī paliatīvās nodaļas telpās un saistībā ar mirstošiem un mirušiem ķermeņiem.

Atslēgvārdi: paliatīvā aprūpe, attiecības, nāve, speciālisti

ABSTRACT

The aim of the thesis is to learn about experiences and views concerning dying and death from the perspective of specialists working in palliative care and to realize what kind of relations with death are revealed in these experiences and views. My conceptual perspective includes 4 dimensions of specialists' relations with death: individual, social, embodied, and spatial. During fieldwork I did 13 in-depth semi-structured interviews with specialists from one palliative care unit in Latvia. Interviews revealed that specialists' relations with death are produced by their relationships with patients, patients' relatives and their colleagues. Specialists' relations with death are also expressed in the space of palliative care unit as well as in relations to dying and dead bodies.

Keywords: palliative care, relations, death, specialists

SATURA RĀDĪTĀJS

Ievads	7
Teorētiskais konteksts: attiecības ar nāvi PA nodaļā	11
Slimnīca un PA	11
PA principi	12
Speciālistu attiecības ar nāvi: citi pētījumi	14
Teorētiskā pieeja: konceptuālā perspektīva	18
Kā antropoloģijā saprot attiecības ar nāvi kopumā?	18
Speciālista individuālās attiecības ar nāvi	19
Sociālās attiecības ar nāvi	20
Iemiesotās attiecības ar nāvi	22
Telpiskās attiecības ar nāvi	24
Metodoloģija	26
Piekļuve laukam un lauka raksturojums	27
Intervēšanas metode	27
Pētījuma dalībnieku apraksts	29
Pieredze laukā	31
Datu apstrāde	34
Ierakstīšana un transkribēšana	34
Kodēšanas un analīzes process	35
Pētījuma ētiskā pieeja	36
Pētnieces pozicionalitāte	39
Datu izklāsts un analīze	44
Speciālista individuālās attiecības ar nāvi	44
Pieradums	44
Laba darbadiena	46
Laba nāve	47
Eitanāzija un asistētā pašnāvība	48
Arī speciālisti pārdzīvo	50
Pašaprūpe	52
Sociālās attiecības ar nāvi	52

Sociālās attiecības ar nāvi saskarsmē ar pacientiem.....	53
Sociālas attiecības ar nāvi kolēģu lokā	64
Sociālās attiecības ar nāvi saskarsmē ar pacientu tuviniekiem.....	67
Sociālās attiecības ar nāvi starp tuviniekiem un pacientiem.....	69
Sociālās attiecības ar nāvi starp pacientiem un palātas biedriem	73
Iemiestotās attiecības ar nāvi	74
Staiģājošie/gulošie/grūtie.....	75
Bailes pieskarties	76
Ne/glītums.....	78
Tīrība un kārtība	79
Mirusais ķermenis.....	79
Telpiskās attiecības ar nāvi.....	81
Galējā pietura.....	82
Mirstošā nošķiršana	82
Slimnīcas gulta.....	84
Nepiemērota vieta	86
Secinājumi.....	88
Izmantotā literatūra un avoti	90

ĪEVADS

Kapitālismā un neoliberalismā valda jaunības un mūžīgas izaugsmes kults. Dažādiem dzīves posmiem un notikumiem ir atvēlēta atsevišķa vieta un laiks, kas nereti robežojas ar fordisku precizitāti procesu sadalīšanā. Ja vēsturiski piedzimšanai un nomiršanai bija vieta cilvēku mājvietās, tad modernismā tās galvenokārt pārcēlušas uz slimnīcu. Vairumam cilvēku vairs nav tieši jāsaskaras ar šiem procesiem, ķermeņiem, sajūtām un pārdomām. Lai arī mūsdienās parādās alternatīvas kustības, kas cenšas piedzimšanu un nomiršanu ievest mājās, tomēr vairumam sabiedrības tie joprojām šķiet relatīvi no ikdienas nošķirti procesi un notikumi.

Visi agrāk vai vēlāk pieredzēs nāvi, bet, šķiet, ka par šīm pieredzēm netiek runāts pietiekami daudz, pietiekami personīgi un pietiekami specifiski. Miršana un nāves pieredzes ir nostumtas neredzamā vietā un laikā. Par to nerunā, no tās izvairās, to atliek. Daži no tās aktīvi cenšas aizbēgt, sākot ar pretnovecošanas terapijām līdz mirstīgu atlieku sasaldēšanai, ar domu tās atdzīvināt, kad tas būs tehnoloģiski iespējams (*cryonics*)¹.

Pievēršoties Latvijas kontekstam, kurā ir attīstīta kapu kultūra, varētu domāt, ka cilvēki šeit ir labās attiecībās ar nāvi un ka nāve ir daļa no atklātām publiskām diskusijām, tomēr, kad runa ir par gatavošanos nāvei, šķiet, ka situācija nemaz nav tik vienkārša. Viens no nesenākajiem un publiskajiem pasākumiem, kura dēļ arī medijos parādījās vairāk rakstu ar personisku pieeju nāvei, bija 2019. gada decembrī rīkotais labdarības maratons “Dod Pieci!”, kura mērķis bija ziedot naudu paliatīvajā aprūpē (turpmāk PA) esošu cilvēku specializētajai šķidrajai pārtikai².

Lai piekļūtu nāves tēmai Latvijā pētījumam atvēlētajā laikā, kā arī šī brīža epidemioloģiskajā situācijā, nevajadzīgi neapgrūtinot un nenodarot pāri pētījuma dalībniekiem (un arī sev), nolēmu pievērsties attiecībām ar nāvi PA nodaļā, to apskatot no speciālistu perspektīvas. Apzinot tēmas sensitīvo dabu, par pētījuma dalībniekiem izvēlējos šos speciālistus, jo viņiem ik dienas ir jāsaskaras ar gatavošanos nāvei, runāšanu par nāvi un pašu nāvi. Pieņemu, ka viņiem ir arī daudz, ko par nāvi teikt, jo, lai arī nāve nav notverama un pieradināma (Flaherty & Throop, 2018), tomēr tai ir iespējams pietuvoties caur tiem, kuri mirst, un tiem, kuri jau ir (no)miruši (Lambek, 2018). Speciālistiem PA ar nāvi ir jāsaskaras regulāri. Vērts pieminēt to, ka atbilstoši Eiropas Padomes (EP) rekomendācijām Rec (2003) 24 par PA

¹ *The Guardian. Who wants to live forever? | Death Land #1*
<https://www.youtube.com/watch?v=SF9TqEqjrE>

² <https://dod.pieci.lv/>

organizēšanu (turpmāk EP rekomendācijas), speciālisti PA cenšas nodrošināt iespēju mirstošiem pacientiem veidot labas attiecības ar nāvi. Tas vēl jo vairāk norāda uz to, ka bieži vien attiecības ar nāvi ārpus PA var būt ar negatīvu konotāciju.

Lai arī ir veikts daudz dažādu bakalaura un maģistra līmeņa pētījumu par PA Latvijā³, tie vairāk pievērsušies PA kvalitātei, t.sk. gan sociālajai, gan medicīniskajai aprūpei, un mirstošo cilvēku, viņu tuvinieku un ārstējošā personāla psiholoģiskajiem stāvokļiem. Savukārt nāve vairāk apskatīta no vēsturiskās, juridiskās un literārās perspektīvas. Savā pētījumā vēlos sniegt antropoloģisku devumu izpratnei par speciālistu attiecībām ar nāvi PA kontekstā. Antropoloģija ir sociāla zinātne, kas balstās kvalitatīvu metožu pielietojumā, padziļināti pievērsoties cilvēku attiecībām savā starpā, kā arī attiecībām ar citām dzīvām būtnēm, vidi, lietām, sistēmām, notikumiem, procesiem un praksēm, kas veido cilvēku dzīvi pasaulē. Padziļināta šo dažādu fenomenu un faktoru attiecību izpēte ļauj veikt kritisku analīzi, kas pašsaprotamo padara citādu un citādo — saprotamu.

Tā kā mans pētījums notiek PA nodaļā Latvijā, tad ir vērtīgi iepazīties ar PA sistēmas kārtību Latvijas kontekstā. Nacionālajā enciklopēdijā (Sosārs & Keiša-Ķirse, 2020) norādīts, ka Latvijā PA nepieciešamība tika apzināta, sākot no 1993. gada. 1997. gadā dibināta pirmā PA nodaļa Latvijas Onkoloģijas centrā ar 25 gultas vietām un starpdisciplināru komandu (ārstiem, medicīnas māsām, sociālo darbinieku, psihoterapeitu, kapelānu). Latvijā pieaugušo PA ir nošķirta no bērnu PA. Enciklopēdijas šķirklī arī norādīts, ka Latvijas PA programma mērķtiecīgi tuvojusies Pasaules Veselības Organizācijas (PVO) ieteikumiem pretsāpju medikamentu lietošanā. Kopš 2000. gada tiek attīstīts ambulatorais un mājaprūpes modelis. Kopš 2004. gada PA pieejama arī reģionālās nodaļās. Šķirklī norādīts, ka 2016. gadā PA kļuva par papildspecialitāti, kurā ieviesta sertifikācija⁴. Dažādu nozaru speciālisti aizvien vairāk cenšas PA popularizēt sabiedriskajos medijos, tādā veidā informējot sabiedrību par PA sniegtajām iespējām⁵.

³ *Kā redzams Latvijas Universitātes e-resursu repositorijs: <https://dspace.lu.lv/>*

⁴ Skatīt šeit (latviešu val.): <https://europa.eu/europass/lv/courses/qualification/0fba2f0c-e1d2-4b95-a118-27e95affcb06>

⁵ *Paliatīvā aprūpe Latvijā - dārga un grūti pieejama*. Pieejams: <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/paliativa-aprupe-latvija-darga-un-gruti-pieejama.a316296/>

Sanita Kalna – Gada liepājniece medicīnā. Pieejams: <http://liepajasslimnica.lv/files/avize/2010.marts-aprilis.pdf>
Paliatīvā aprūpe Latgalē: nepietiekama pakalpojumu dažādība un paliatīvo nodaļu skaits. Pieejams: <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/paliativa-aprupe-latgale-nepietiekama-pakalpojumu-dazadiba-un-paliativo-nodalu-skaits.a341178/>

Dzīve bez sāpēm un ciešanām ir cilvēktiesību jautājums. Dramatisku ainu paliatīvajā aprūpē iezīmē Cipule. Pieejams: <https://www.la.lv/dzive-bez-sapem-un-ciesanam-ir-cilvektiesibu-jautajums-dramatisku-ainu-paliativaja-aprupe-iezime-cipule>

Tomēr PA Latvijā ir arī savi trūkumi. 2020. gada nogalē izdots Veselības ministrijas konceptuālais ziņojums norāda uz vairākām problēmām pašreizējā PA sistēmā, kā arī min šķēršļus PA attīstībai Latvijā. Lai arī dažādu iemeslu dēļ pieaug cilvēku skaits, kuriem nākotnē būs nepieciešama PA, kā arī jau šobrīd ir daudz cilvēku, kuriem ir vajadzīga PA, tomēr PA valsts politikā nav ieņēmusi pietiekami svarīgu lomu. Ziņojumā norādītie svarīgākie izaicinājumi ir (1) garas pacientu rindas, lai iestātos PA nodaļā, (2) pakalpojums nodrošināts ierobežotu laiku (7-10 dienas), (3) PA sistēmai nav pietiekama finansējuma, (4) pakalpojumu sniegšanas struktūra ir sadrumstalota, (5) trūkst darbinieku, kas, iespējams, ir zemo algu un izdegšanas riska dēļ, (6) trūkst atbalsta arī ģimenēm, kuras kopj pacientu mājās. Ziņojuma autori aicina uzlabot jau esošos pakalpojumus (veselības aprūpe mājās, dienas stacionārs, hronisko pacientu aprūpes gultas, PA reģionālo slimnīcu nodaļās), kā arī attīstīt jaunu pakalpojumus (PA koordinators, mobilā PA komanda, psihoemocionālais atbalsts pieaugušajiem, hospiss, “atelpas brīdis” aprūpētājiem, kurā aprūpi uz brīdi uzņemas profesionāļi). Mājasaprūpi iesaka uzlabot, jo norāda, ka “pētījumi liecina, ka lielākā daļa pacientu vēlas nomirt mājās”, tomēr atsauce ir tikai uz vietni “*Researchgate*”, nevis uz konkrētiem pētījumiem.

Šajā diplomdarbā es daļēji skaru (5) punktu – speciālistu izdegšanu, kas, manuprāt, saistīta arī ar speciālistu neskaidrajām attiecībām ar nāvi. Šiem jautājumiem pievērsušies arī citi pētnieki no dažādām sociālo zinātņu nozarēm, tomēr tik un tā nav pietiekami daudz pētījumu par to, kādas ir veselības aprūpes speciālistu attiecības ar nāvi un kāda ir to ietekme uz speciālistu privātajām un profesionālajām dzīvēm (Sinclair, 2010).

Pētījuma mērķis

Noskaidrot PA nodaļā strādājošu speciālistu pieredzi un priekšstatus saistībā ar miršanu un nāvi un to, kādas speciālista attiecības ar nāvi šajās pieredzēs un priekšstatos atklājas.

Pētnieciskie jautājumi

1. Kādām, pēc speciālistu domām, jābūt speciālistu, pacientu un tuvinieku attiecībām ar nāvi PA nodaļā?
2. Kā speciālisti veido savas attiecības ar nāvi PA nodaļā?

Latvijā nav pieejama Eiropas prasībām atbilstoša paliatīvā aprūpe un rehabilitācija vēža pacientiem.
Pieejams: <https://www.delfi.lv/vina/veseliba/vesela-un-laimiga/latvija-nav-peejama-eiropas-prasibam-atbilstosa-paliativa-aprupe-un-rehabilitacija-veza-pacientiem.d?id=46847247>

Uzlabos paliatīvās aprūpes pakalpojumus. Pieejams: <https://www.dzirkstele.lv/veseliba/uzlabos-paliativas-aprupes-pakalpojumas-178147>

Šajā diplomdarbā mērķtiecīgi lietoju tādu rakstības valodu, lai tajā sniegtā pieeja un analīze būtu pieejama ne tikai antropoloģijas un citu sociālo zinātņu ekspertiem, bet arī plašākai auditorijai. Īpaši pievēršu uzmanību tam, lai manu perspektīvu pēc iespējas labāk saprastu mana pētījuma dalībnieki, tādā veidā atdarot viņiem par dalību pētījumā. Ceru, ka, izlasot šo darbu, viņiem būs lielāka skaidrība par pētījumu, kurā viņi piedalījās, kā arī jauns skatījums uz savu profesionālo un, iespējams, arī privāto dzīvi saistībā ar viņu attiecībām ar nāvi.

Manam pētījumam ir vairāki ierobežojumi. Pirmkārt, tajā pievēršos speciālistu, respektīvi, to cilvēku attiecībām ar nāvi, kuri ar to saskaras profesionālajā sfērā, tāpēc nespēju piedāvāt mirstošo un viņu tuvinieku redzējumu šajos jautājumos. Otrkārt, pētījumā pievēršos tikai to speciālistu perspektīvai, kuri strādā PA nodaļā. Citās ar miršanu un nāvi saistītās profesionālās nozarēs, kā arī citās slimnīcu nodaļās redzējums varētu atšķirties. Treškārt, pievēršos stacionārajai PA, turklāt vienā konkrētā PA nodaļā Latvijā, tāpēc nespēju sniegt vispārīgu analīzi PA sistēmai. Ceturtkārt, datus par attiecībām ar nāvi konkrētajā PA nodaļā gūvu tikai no intervijām, tāpēc varu analizēt tikai to, ko speciālisti saka, nevis to, ko reāli dara. Ar to es nevēlos teikt, ka speciālisti maldina vai melo par savu rīcību, tomēr cilvēki savās ikdienas dzīvēs nepamana pretrunas, kas var būt starp viņu vārdiem un darbiem. Ir arī darbības, kuras ir sarežģīti ielikt vārdos vai arī kuras uzskata par tik pašsaprotamām, ka tās nav vērt pieminēt.

Diplomdarbs sastāv no 4 nodaļām, kurās aprakstu savu teorētisko un metodoloģisko pieeju, kā arī sniedzu lauka darbā iegūto datu analīzi. Sāku ar nodaļu, kurā izklāstu teorētisko kontekstu. Šajā nodaļā paskaidroju PA pieeju attiecībā pret tradicionālāku medicīnas pieeju. Turpat arī aprakstu PA principus, kā arī sniedzu citu pētījumu secinājumus par speciālistu attiecībām ar nāvi. Teorētiskās pieejas nodaļā iepazīstinu ar savu konceptuālo perspektīvu. Nodaļa sastāv no vairākām apakšnodaļām, kurās paskaidroju savu izpratni par galvenajiem konceptiem, kurus izmantoju analizē, kā arī to, kā šie koncepti attiecas uz 4 attiecību ar nāvi dimensijām, kuras esmu izvēlējusies. Šajās apakšnodaļās pievēršos individuālajiem, sociālajiem, iemiesotajiem un telpiskajiem faktoriem speciālistu attiecībās ar nāvi. Tad metodoloģijas nodaļā aprakstu izvēlēto metodi, pētījuma dalībnieku rekrutēšanas procesu, lauka darba gaitu, datu analīzi, kā arī savu ētisko pieeju un savu kā pētnieces pozicionalitāti laukā. Pēc tam seko datu analīze. Nodaļa ir sadalīta vairākās apakšnodaļās, kas atbilst arī teorijas nodaļā izklāstītajām dimensijām. Tajā, izmantojot citātus no intervijām, apskatu datus no savas konceptuālās perspektīvas. Diplomdarba nobeigumā ir secinājumi, kuros apkopāju atziņas no visām nodaļām, kā arī sniedzu ieteikumus turpmākajiem pētījumiem šajā izpētes laukā.

TEORĒTISKAIS KONTEKSTS: ATTIECĪBAS AR NĀVI PA NODAĻĀ

Šajā nodaļā es iepazīstinu ar PA pieeju un principiem, lai turpmāk diplomdarbā ir skaidrs, uz kādiem priekšstatiem par PA es atsaucos, analizējot speciālistu attiecības ar nāvi PA nodaļā. Sākumā pretnostatu PA pieeju nāvei medicīniskā racionālisma pieejai, kas raksturīgāka tradicionālajai medicīniskajai aprūpei. Tad es aprakstu PA principus, atsaucoties gan uz politikas rekomendācijām, gan arī uz dažādu valstu sociālajiem pētījumiem par PA. Tam seko dažādu pētījumu apkopojums, kurā aprakstītas un analizētas speciālistu attiecības ar nāvi. Nobeigumā ir īss nodaļas galveno ideju kopsavilkums.

Slimnīca un PA

PA tiek izcelta kā īpaša medicīniska pieeja mirstošu cilvēku aprūpei, kas ir pozicionēta kā alternatīva tam, kā mirstošus pacientus (ne)aprūpē slimnīcās. Lai arī PA ir medicīnas nozare, tā ir pretstatīta tradicionālajai biomedicīnai. Bieži vien to, kā medicīnā uztver nāvi, varētu uzskatīt par medicīnisko racionālismu, kā to sauc Niko Karpentjers (*Nico Carpentier*) un Lēna Van Brusela (*Leena Van Brussel*) (2012). Medicīniskais racionālisms iekļauj ticību medicīniskajam progresam un paildzinātai dzīvei, medicīnas darbinieku pieeja daudzējādā ziņā tiek vērtēta kā bezpersoniska, un ārsts ir noteicējs. Šajā pieejā uzsvars ir uz distancētu attieksmi un arī ārstēšanu – diagnoze netiek atklāta, ārstniecībā un aprūpē uzsvars ir uz tehnoloģijām. Arī nāve ir bezpersoniska. No tās izvairās, ja to nevar novērst. To papildina tas, ka darbinieki bieži vien nav apmācīti rūpēties par mirstošiem cilvēkiem. Tam pretstatā Karpentjers un Van Brusela liek medicīnisko atdzimšanas (*medical-revivalist*) diskursu, kur nāve joprojām notiek medicīnas profesionāļu uzraudzībā, tomēr šajā pieejā nāve kļūst par kaut ko pazīstamu, par ko ir jārūnā. Šajā pieejā pacientiem ir centrāla loma. Viņiem ir tiesības iesaistīties lēmumu pieņemšanā par ārstēšanas un aprūpes procesu.

Šis iedalījums ir teorētisks modelis, un, kā jebkurš teorētisks modelis, tas ir rīks, kas ietver vispārināšanu, lai palīdzētu saprast realitātes sarežģītumu. Realitātē nekad nebūs atrodams process, kas darbojas tieši tā, kā norādīts modelī. Realitātē tas, kā nāvi uztver medicīnas sektorā, mainās. Izpratnes var pārplūst no vienas otrā, tas var arī šķelties un pastāvēt paralēli. Vienā konkrētā slimnīcā var būt sastopami elementi, kas raksturīgi abiem šiem iepriekš minētajiem modeļiem. Tajos uzsvars likts uz specifiskiem aspektiem, piemēram, Karpentjera un Van Bruselas nosauktajā iedalījumā uzsvars ir uz medicīnas personāla attiecībām ar pacientiem saistībā ar miršanu un nāvi. Tas neiekļauj politiskos procesus, kas veido slimnīcas pārvaldību, neiekļauj valsts un iedzīvotāju socioekonomisko stāvokli, kas ietekmē to, kādi resursi ir pieejami medicīnas personālam un pacientiem, kā arī neņem vērā kulturālo kontekstu, kas

nosaka, ka nāve ir, piemēram, reliģijas, nevis medicīnas pārziņā. Es šo iedalījumu izmantoju, jo medicīniskā racionālisma modelis ir tas, ar kuru bieži saistās slimnīca, sevišķi jau postsociālisma valstīs⁶, starp kurām ir arī Latvija, savukārt medicīniskās atdzimšanas modelis sasaucas ar PA pamatprincipiem, un tas ir modelis, uz kuru tiecas arī PA sistēma Latvijā.

PA principi

EP rekomendācijas sniedz vispārīgu PA principu izklāstu, kā arī ieteikumus visaptverošas PA sistēmas izveidei Eiropas Padomes dalībvalstīs. PA ir veselības aprūpes modelis, kurā starpdisciplināra komanda pacientiem ar neārstējamām slimībām sniedz medicīnisku, garīgu, psiholoģisku un sociālu atbalstu līdz pat viņa nāvei. PA ietilpst biomedicīniskās aprūpes struktūrā, bet atšķiras ar to, ka uzsvāru liek nevis uz ārstēšanu, bet gan sāpju un ciešanu mazināšanu.

PA sevi pasniedz kā aprūpes modeli, kurā iespējams (sa)sniegt labas attiecības ar nāvi, kā arī labu nāvi. Speciālisti nāvi uzskata par “dabīgu [sic] procesu, nevadoties no bezcerības vai fatālisma” (EP rekomendācijas, 4.lpp)⁷, turklāt nāve netiek ne tuvināta, ne atlikta. Jāpiemetina, ka rekomendācijās pausta ļoti noraidoša attieksme pret asistētu pašnāvību un eitanāziju, kas sastopama arī citās līdzīgās PA deklarācijās (Inbadas, Carrasco & Clark, 2019). Hospisa aprūpē un PA uzsvārs ir uz kontroli pār simptomiem un ‘dabiskas’ nāves nodrošināšanu, turklāt miršana un nāve ir laiks refleksijai par sevi un savu vietu dzīvē (Carpentier & Van Brussel, 2012). Savukārt eitanāzijas un/vai asistētas pašnāvības diskursā svarīgāka ir spēja pieņemt lēmumu par nāves laiku, vietu un veidu (Ibid.). Šajā pieejā miršana ir mokošs dzīves posms, kurš nav jāpiedzīvo, ja pacients to nevēlas.

Lai arī salīdzinoši mazāk nekā eitanāzijas un/vai asistētas pašnāvības diskursā, tomēr arī PA miršanas process tiek saistīts ar mirstošā neatkarību, autonomiju, kas nereti ietver to, ka mirstošais ir pie samaņas, apzinās savu stāvokli un kontrolē situāciju (Carpentier & Van Brussel, 2012), kā arī ir saglabājis pašapziņu un miršanu un nāvi pieredz ar godu (Cipolletta & Oprandi, 2013). Starp pacientu, tuviniekiem un medicīnas speciālistiem jābūt atklātai un

⁶ Karpentjers un Brusela (2012) šo modeļus vispārina, tos attiecinot uz medicīniskām pieejām kopumā. Daudzās valstīs medicīnas nozaru tendence cilvēku sadalīt orgānu sistēmās un tā arī ārstēt, kā arī resursu trūkums apgrūtina vienlīdzīgāku speciālistu un pacientu attiecību veidošanu. Postsociālisma valstīs paliekošu iespaidu atstājis arī, piemēram, Padomju Savienības politikā raksturīgais medicīnas kā neražojošas nozares zemais novērtējums, hierarhiskā pacientu pārvaldes struktūra u.c. (Rivkin-Fish, 2005). Ar padziļinātu un kritisku postsociālisma valstu medicīnas sistēmas analīzi var iepazīties antropoloģes Mišelas Rivkinas-Fišas (*Michelle Rivkin-Fish*) “Sievietes veselība Postpadomju Krievijā: intervences politika” (angļu val. *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*).

⁷ Latviešu valodā izdotas 2 tulkojumi šīm rekomendācijām. Šeit citēju no versijas, kuru ieguvu www.palliative.lv, nevis to, kuru saņēmu no PD, jo PDF versiju ir ērtāk pārskatīt.

regulārai komunikācijai, un pacienti un tuvinieki jāiesaista lēmumu pieņemšanā saistībā ar savas ārstniecības un aprūpes gaitu (EP rekomendācijas).

Pacienta aprūpē svarīgi, ka arī viņa tuviniekiem ir labas attiecības ar nāvi, jo, pēc speciālistu domām, ir nepieciešams, ka tuvinieki aprūpē pacientu (Cipolletta & Oprandi, 2013). Tuvinieku iesaiste ir būtiska, jo tiek pieņemts, ka cilvēks nedrīkst būt viens nāves brīdī, ka viņam jājūtas piederīgam ģimenei (Buhl, 2018) un ka jābūt integrētam dzīvē līdz savai nāvei (Sinclair, 2010). Labas attiecības ar nāvi ietver arī ērtas un klusas vides sagatavošanu pacientam viņa miršanas procesā (Cipolletta & Oprandi, 2013). Atbalstu saņem arī pacienta tuvinieki. Šo aprūpi var saņemt gan dzīvojot mājās, gan atrodoties slimnīcā.

EP rekomendācijās tiek pieņemts, ka, zinot, ka pacientam tuvojas nāve, atlikušais laiks tiks izmantots jēgpilni un pilnvērtīgi un medicīnas personālam tas jāveicina savu spēju robežās. Aprūpe un nāve notiek patīkamā un piemērotā vidē, cik vien iespējams, pielāgojoties pacienta vēlmēm par vietu, kurā viņš vēlas nomirt. Tuviniekiem jābūt klāt arī pacienta nāves brīdī. Tuviniekiem pienākas atbalsts gan pacienta aprūpes laikā, gan arī sērojot pēc pacienta nāves. Speciālistiem jābūt labām komunikācijas sazināšanās un empātijas spējām, kā arī vēlmei dzirdēt un iedziļināties pacienta raizēs. Rekomendācijās gan nav pamatots, kāpēc šo principu ievērošana ir svarīga un nepieciešama. Piemēram, nav paskaidrots, kāpēc ir svarīgi, ka tuvinieki ir klāt pacienta nāves brīdī. Daudzi no principiem pasniegti kā pašsaprotami.

Pētījumos parādās arī problemātiskais PA. Nereti reālā situācija PA krasi atšķiras no tās teorētiskajiem principiem. PA darbinieku, finanšu un materiālu trūkums, atkarība no globālām veselības tendencēm, psiholoģiskas un garīgas aprūpes trūkums, kā arī nespēja skaidri komunicēt ar pacientu (Buhl, 2018; Cipolletta & Oprandi, 2013; Fearon, Kane, Aliou, & Sall, 2019) var apgrūtināt labu attiecību veidošanu ar nāvi pēc iespējas lielākam pacientu skaitam. Veselības aprūpes darbiniekiem ne vienmēr ir iespējams veidot ciešu kontaktu ar pacientiem un uzzināt viņu vēlmes vai nu laika trūkuma, specifiskās aprūpes vai arī pacienta apziņas stāvokļa dēļ (Bailey, Murphy, & Porock, 2010; Jacobs, 2008). Tas var radīt grūtības gūt informētu piekrišanu (Koksvik, 2015) vai uzzināt cilvēka pēdējās vēlēšanās (Cipolletta & Oprandi, 2013).

Kā norāda Deivids Klārks (*David Clark*) (2007), lai arī pirmā izveidotā hospisa⁸ un Eiropas Padomes rekomendācijas tiek ņemtas par pamatu PA programmu izveidei citviet pasaulē, tomēr PA dažādās valstīs atšķiras. To ietekmē ekonomiski, sociopolitiski, vēsturiski apstākļi, kā arī konkrēto veselības aprūpes sistēmu kārtība. Katrā valstī ir uzsvars uz atšķirīgiem

⁸ Sesīlijas Sondersas (*Cicely Saunders*) 1967. gadā dibinātais Svētā Kristofera hospiss Lielbritānijā

PA darbības principiem. Piemēram, ASV PA galvenokārt notiek mājasaprūpes formā, savukārt Lielbritānijā tā pieejama ģimenes ārstu praksēs, kā arī slimnīcās. Jāsaka gan, ka vairums pētījumu, uz kuriem šajā apakšnodaļā atsaucos, ir veikti Rietumvalstīs, tāpēc tie neparāda dažādību attiecībās, kuras veidojas medicīnas kontekstā. PA specifiskais redzējums nav pašsaprotams un universalizējams. Savukārt EP rekomendācijās bija vairākas atsauces uz pētījumiem par PA Austrumeiropas valstīs, no kurām daudzas ir arī postsociālisma valstis. Šajos pētījumos PA Austrumeiropas valstīs vērtēta kā ļoti zemā kvalitātē vai tikpat kā neeksistējoša.

Šeit sniedzu aprakstu speciālistu, tai skaitā politikas veidotāju, uzskatiem par to, kā pacientiem sniegt iespēju veidot labākas attiecības ar nāvi, tomēr trūkst uzmanības pašiem speciālistiem un viņu pieredzēm darbā ar miršanu un nāvi. Ir svarīgi pievērsties tam, kā speciālisti, kuri regulāri savās profesionālajās dzīves saskaras ar miršanu un nāvi, veido attiecības ar to, lai mēģinātu saprast, kādu iespaidu nāve atstāj uz speciālistu, viņa spēju un vēlmi veikt savu darbu, kā arī uz viņa personisko dzīvi.

Speciālistu attiecības ar nāvi: citi pētījumi

Šajā apakšnodaļā izklāstu dažādu sociālo zinātņu nozaru pētnieku novērojumus un secinājumus par to, kāds miršanai un nāvei ir iespaids uz speciālistu profesionālajām dzīvēm, kādas stratēģijas viņi izmanto, lai mazinātu nāves pieredžu negatīvo iespaidu, un kādi ir pētnieku ieteikumi speciālistiem labāku attiecību veidošanai. Iepazīstoties ar šiem pētījumiem, vēlos savu diplomdarbu un tā tēmu ievietot plašākā pētnieciskajā kontekstā. Šo pētījumu atziņas izmantošu arī datu analīzē.

Bieži vien tiek pieņemts, ka speciālistiem, kuriem regulāri jāsaskaras ar traumatiskiem notikumiem, tai skaitā pacientu miršanu un nāvi, ir izveidojies tāds kā emocionālais rūdījums, ka viņi pie saviem darba apstākļiem ir pieraduši un ka viņi spēj savas personiskās sajūtas un domas nošķirt no tā, kas no viņiem tiek prasīts profesionālajā dzīvē. Piemēram, Gite Koksvika (*Gitte H. Koksvik*) (2015) savā pētījumā piemin 2 stratēģijas, kuras speciālisti izmanto savā darbā: depersonalizāciju un dehumanizāciju. Depersonalizācija ietver to, ka speciālisti pacientu redz kā cilvēku, nevis konkrētu personu, jo tas palīdz mazināt aizspriedumus pret personām, kuru rīcība, attieksme pret pasauli vai citas ar personu saistītas iezīmes nesakrīt ar speciālistu personisko pasaules redzējumu. Ja pacientu redz tikai kā cilvēku, vārda visplašākajā nozīmē, tad tas veicina pilnvērtīgas aprūpes sniegšanu. Savukārt dehumanizācija nozīmē to, ka pacientu neredz kā cilvēku, tātad arī izturas neētiski un neņemot vērā pacienta vēlmes un vajadzības. Intervētie intensīvās aprūpes speciālisti, nekad nevar zināt, cik ļoti pie apziņas pacients ir, tāpēc

darbinieki vienmēr cenšas runāt ar pacientu, kad ar viņu strādā, tādā veidā atgādinot sev, ka strādā ar cilvēku (Ibid.).

Tomēr daudzviet pētījumos tiek secināts, ka speciālistiem trūkst zināšanu tajā, kā personiski un konceptuāli veidot attiecības ar nāvi (Bailey et al., 2010; Cipoletta, 2013; Puente-Fernández et al., 2020; Shorey, André, & Lopez, 2017). Būšana klāt miršanas un nāves laikā pašos aprūpētājos var raisīt eksistenciālas pārdomas (Buhl, 2018; Sinclair, 2010) un arī nedrošību par to, kādas attiecības veidot ar pacientiem, jo riskē ar neprofesionālu uzvedību, piemēram, noglāstot pacientu, kas var apdraudēt speciālista personisko un profesionālo stāvokli (Puente-Fernández et al., 2020). Saskaņoties ar pacienta nāvi speciālisti, kas piedalījās pētījumos, atklāja, ka izjūt pašpārmetumus, vilšanos un nespēju distancēties no pacientiem, dusmas pret citiem un veselības aprūpes sistēmu, kā arī skumjas un bezpalīdzību (Cipolletta & Oprandi, 2013; McNamara et al., 2017; Puente-Fernández et al., 2020). Viņiem ir grūti dalīties šajās izjūtās ar saviem tuviniekiem, tāpēc no tā izvairās (Shorey et al., 2017). Redzams arī tas, kā speciālistu vecums var ietekmēt to, kādas attiecības viņi veido ar nāvi, tomēr nav universālu secinājumu, jo vietām teikts, ka jaunākiem darbiniekiem ar mazāku pieredzi ir grūtāk pieņemt nāvi (Shorey et al., 2017), savukārt citviet — ka vecākiem darbiniekiem ir vairāk bail saskarties ar nāvi, tāpēc izvairās no mirstošiem pacientiem (Black, 2007). Speciālista nespēja atzīt un pieņemt to, ka pacients mirst, var traucēt arī pacienta nāves norisei (Puente-Fernández et al., 2020), piemēram, speciālisti vietām mēdz izvairīties no telpas, kurās atrodas mirstošs pacients (Cipolletta & Oprandi, 2013), atbildību uzliekot uz kolēģu pleciem (Puente-Fernández et al., 2020).

Manuprāt, šajos pētījumos kopīgs ir tas, ka medicīnas personālam ir grūtības saskaņot prasību būt iejūtīgiem pret pacientu, tajā pašā laikā saglabājot profesionālu distanci (Russ, 2005). Anna Džuliena Rusa (*Ann Julienne Russ*) (2005) savā rakstā to raksturo metaforās, kur rūpju darbs tiek apskatīts kā prece (algots darbs un profesionāla distance) un dāvana (altruisms), turklāt abi šie rūpju aspekti no speciālista tiek gaidīti, kas rada apjukumu un nogurumu pašos darbiniekos. Profesionāla distance parasti nozīmē to, ka speciālists savu darbu veic atbilstoši tehniskajām prasībām, nav emocionāli iesaistījies neviena specifiska pacienta ārstēšanas vai aprūpes procesā, tātad saglabā vienlīdzīgu attieksmi pret visiem pacientiem, kā arī ar šo distanci nodrošina, ka spēj savu darbu veikt ilgstoši, efektīvi (t.sk izmaksu ziņā). Altruisms savukārt ietver emocionālu iesaisti pacienta rūpēs un vajadzībās. Speciālisti bieži vien saskaras ar paradoksālu situāciju, kurā, no vienas puses, aprūpēšana ir “tikai” darbs, kas tiek padarīts un pēc darbadienas beigām — atstāts, tajā pašā laikā aprūpēšana tiek uztverta kā aicinājums un speciālists — kā izredzētais, kas sniedz pacientam vairāk uzmanības un rūpju, nekā paredzēts darba pienākumos. (Russ, 2005).

Pētījumos izskan aicinājumi veicināt speciālistu spēju dalīties savās sajūtās, jo nespēja veselīgi pieņemt un samierināties ar nāvi nereti noved pie darbinieku izdegšanas un darba pamešanas (Bailey et al., 2010; Shorey et al., 2017). Šķiet, ka nāves pieņemšana pētījumos par veselības aprūpes darbiniekiem bieži vien ir centrālā tēma tajā, lai nodrošinātu pēc iespējas labākus emocionālos apstākļus gan pašiem darbiniekiem, gan arī pacientiem, ar kuriem viņi strādā. Kā sociāli ilgtspējīgāka pieeja attiecību veidošanai ar nāvi darbinieku vidū nereti tiek norādīta runāšana par nāvi neformālās vai formālās pārrunās kolēģu lokā (Shorey et al., 2017), vai arī tuvinieku un draugu kompānijā (Puente-Fernández et al., 2020). Šķiet, ka nāves pieņemšana un spēja par to runāt norāda uz darbinieka pozitīvo priekšstatu par pēcnāves dzīvi (Black, 2007). Tomēr, lai šī runāšanās notiktu, ir svarīgi izvērtēt, kāda pieeja katrā kolektīvā ir piemērotākā, lai paši speciālisti attiecību veidošanu uztvertu par vērtīgu. Manuprāt, aicinājumi dalīties ar nāves pieredzēm ir aicinājumi mainīt speciālistu attiecības ar nāvi, kur no personiski un individuāli izjustiem pārdzīvojumiem par nesaprotamu un biedējošu norisi tā kļūst par norisi, kas ir apzināti kopīgi izjusta un veidota.

Speciālistu attiecībām ar nāvi ir liela (bet ne noteicoša) ietekme uz to, kādu aprūpi mirstoši cilvēki saņem (Puente-Fernández et al., 2020). Viņi ir ar savām personiskajām un profesionālajām pieredzēm, saviem pasaules redzējumiem, saviem aizspriedumiem un pārdzīvojumiem, tāpēc ir būtiski uzzināt, kādu iespaidu šie individuālie un kolektīvie apstākļi un procesi atstāj uz attiecībām kolēģu vidū, kā arī aprūpētāja un pacienta starpā (Black, 2007). Pacientu aprūpi PA un to, kādām attiecībām ar nāvi ir vieta PA, ietekmē arī plašāki sociāli, politiski, morāli un kulturāli procesi (Buhl, 2018; Cipolletta & Oprandi, 2013; Puente-Fernández et al., 2020; Shorey et al., 2017). Mirstošo aprūpe norāda, kas veselības aprūpes sistēmā, valstī un sabiedrībā tiek uzskatīts par cilvēcisku un vērtīgu dzīvi (Koksvik, 2015). Tā nosaka, kuru (cilvēku) ir nepieciešams ārstēt, kāpēc, kur, kādā veidā, par kādu naudu un cik ilgi.

Pašu darbinieku sociālos un kulturālos priekšstatus par savu profesiju un par to, kas ir nāve un kādai tai būtu jābūt, ietekmē tas, kas šķiet pieņemami un saprotami un kas — nē. Jāsaka gan, ka PA iekļauj specifisku rūpju darbu. Pārsvarā medicīnas speciālistu uzdevums ir iesaistīties ārstniecības procesā, kas vērsts uz pacienta spēju uzturēšanu vai pacienta atlabšanu. Savukārt PA un citās nozarēs, kas rūpējas par (galvenokārt) mirstošiem cilvēkiem, speciālistiem ir jāpieredz un jāveido tas, no kā viņiem ir mācīts izvairīties gandrīz vai par katru cenu. Tikai tas vien, ka speciālisti ar miršanu un nāvi saskaras relatīvi biežāk nekā cilvēks, kurš nestrādā mirstošu cilvēku aprūpē, nenozīmē, ka speciālists bez papildu mērķtiecīgas palīdzības no kolēģiem, draugiem, skolotājiem vai citiem uzticamiem cilvēkiem izveido tādas attiecības ar nāvi, kas ļauj dzīvot pilnvērtīgi un atraisīti ilgtermiņā. Es nedomāju, ka var paļauties uz to, ka

speciālisti paši “tiks galā” ar pieredzēm, sajūtām un pārdomām par fenomenu, kas plašākai sabiedrībai ir sensitīva un nepārrunājama tēma par cilvēkiem, kas ir padarīti neredzami.

Īsumā, PA ir starpdisciplināra nedziedināmi slimu pacientu aprūpe, kas iekļaujas medicīniskajā atdzimšanas modelī attiecībā uz speciālistu attieksmi pret pacientiem un nāvi. PA vēsturiski ir cieša saikne ar onkoloģiju. Onkoloģiskiem pacientiem nereti ir ilgstošas veselības problēmas, kā arī ilgs miršanas process, kuru viņi apzinās. Saistībā ar to PA pievēršas pacienta fizisko, psiholoģisko, garīgo un sociālo ciešanu mazināšanai. PA nereti tiek pasniegts kā viens no veidiem, kā nedziedināmi slimiem pacientiem nodrošināt labas attiecības ar nāvi. Tomēr salīdzinoši maz uzmanības tiek veltīts speciālistiem un to, kādu iespaidu uz viņiem atstāj darbā pieredzētā nāve. Nāve bieži vien tiek uztverta kā dziļi personiska lieta, kas skar tikai pašu mirstošo un viņa tuviniekus, tomēr tā skar un dziļi ietekmē speciālistus, kuri ar to saskaras profesionālajā dzīvē. Ja nāve atrodas cilvēka profesionālajā sfērā, tiek pieņemts, ka tam nav tik lielas emocionālas un sociālas ietekmes uz viņu pašu un ka profesionāļi ir spējīgi paši ar to tikt galā. Nākamajā nodaļā es sniedzu savu perspektīvu tam, kā lūkoties uz speciālistu attiecībām ar nāvi.

TEORĒTISKĀ PIEEJA: KONCEPTUĀLĀ PERSPEKTĪVA

Šajā nodaļā es paskaidroju, kā antropoloģijā lūkojas uz nāvi un attiecībām kopumā. Tad aprakstu liminalitātes jēdzienu, kurš ir būtisks, lai saprastu manu redzējumu par speciālistu attiecībām ar nāvi PA nodaļā. Tam seko apakšnodaļas, kurās aprakstu un paskaidroju 4 dimensijas, kuras aplūkoju attiecībās ar nāvi. Pie aprakstiem pamatoju savu izvēli ņemt vērā attiecīgās dimensijas.

Kā antropoloģijā saprot attiecības ar nāvi kopumā?

Akadēmiskajā vidē nāve ir apskatīta no dažādiem skatupunktiem, tomēr akadēmiķiem nav skaidras un universālas definīcijas tam, kas nāve ir, kad tā sākas un ar ko tā beidzas. Definīcija ir neskaidra ne tikai ontoloģiski, bet arī medicīniski, politiski un juridiski (Carpentier & Van Brussel, 2012). Piemēram, domas atšķiras par to, vai nāve ir notikums vai process (Van Brussel & Carpentier, 2014). Antropoloģiskajā pieejā nāve tiek redzēta kā (sociāls) process, kurā iesaistīts daudz cilvēku, lietu un noteikumu. Piemēram, daži no pētījumiem nāves aspektiem ir tas, kā cilvēki uztver un skaidro nāvi, kā gatavojas savai un citu nāvei, kā pavada dzīvi pēc nāves, kādi rituāli tiek veikti saistībā ar nāvi un kā notiek pretošanās tiem, kādi materiāli, ķermeņi un lietas to pavada, kā tiek saprasta laba un slikta nāve, kā politika ietekmē nāvi un kā sadzīvot ar mirušajiem (Engelke, 2019).

Pierasts domāt, ka cilvēkiem attiecības ir tikai ar (dzīviem) cilvēkiem, tomēr cilvēki veido attiecības arī ar lietām, ķermeņiem, telpu, laiku un citiem fenomeniem, ar ko saskaras pasaulē. Šīs attiecības veido to, kas tiek uzskatīts par labu/sliktu, pieņemamu/nepieņemamu, redzamu/neredzamu, pārrunājamu/noklusējamu. Merilina Straterna (*Marilyn Strathern*) (2020) norāda, ka attiecību izpēte ir antropoloģijas pamatā. Šajā izpratnē attiecības ietver gan cilvēku savstarpējās attiecības, gan arī cilvēku attiecības ar ne-cilvēkiem, tātad — visu pārējo, ar ko sastopas pasaulē. Attiecības ir gan izpētes objekts, gan arī pētnieciskais rīks, precīzāk, antropologi pievēršas cilvēku attiecībām ar pasauli un arī attiecībām starp izmantotajiem konceptiem. Viņa raksta, ka “attiecību atklāšana bieži vien tiek saprasta kā pieņemumu par lietu pašidentitātes iedzimto dabu apšaubīšana” (Ibid.; 11.lpp). Tas nozīmē, ka, pētot attiecības, ir iespējams apšaubīt pieņemumus, ka lietām pašām par sevi ir īpašības un nozīmē. Viņasprāt, fenomenu pastāvēšana ir atkarīga no to savstarpējām attiecībām, turklāt šo attiecību ietekme aptver plašāku fenomenu loku nekā sākotnēji varētu šķist, iekļaujot arī ar to tieši nesaistītus fenomenus.

Vēl viens būtisks koncepts šajā diplomdarbā ir liminalitāte. Viktors Tērnors (*Victor Turner*) (1969) izvērš Arnolda van Gennepa (*Arnold van Gennep*) liminalitātes konceptu.

Sākotnēji liminalitātes jēdzienu izmantoja reliģisku iniciācijas rituālu analīzē, kur rituāls sastāv no 3 etapiem: 1) iniciējamo cilvēku nošķiršana no sabiedrības, 2) liminalitātes etaps, kurā cilvēks dažādu rituālistisku darbību laikā pamazām pāriet no sava iepriekšējā statusa sabiedrībā uz citu, 3) atgriešanās sabiedrībā savā jaunajā statusā. Liminalitātes posmā cilvēki ir neskaidrā starpstāvoklī, kurā viņiem nav statusa un nav atšķirības zīmju no pārējiem iniciējamajiem. Cilvēks ir ārpus sabiedrības un nepilnvērtīgs, margināls sabiedrības loceklis bez jebkādam radniecības saiknēm vai īpašuma, bet, tajā pašā laikā, viņam tiek piedēvētas arī mistiskas īpašības un pat svētums. Liminālajā stāvoklī cilvēks ir kluss, pakļāvīgs, bez izteiktām dzimuma un dzimtes atšķirībām, bez seksualitātes un autonomijas. Tērners šo konceptu papildina ar *communitas*, kurā cilvēki, kas vienlaicīgi ir šajā liminālajā stāvoklī, spontāni veido egalitāru kopienu, kas ir pretstatā, bet tajā pašā laikā saistīta ar ierasto sabiedrības struktūru. *Communitas* starp iniciētajiem saglabājas arī, atgriežoties sabiedrībā savos jaunajos statusos neņemot vērā sociālas hierarhijas. Lai arī diplomdarbā nerunāšu par rituāliem, tomēr koncepta centrālā domā par neskaidriem statusiem un stāvokļiem manā izpratnē par speciālistu attiecībām ar nāvi PA nodaļā ir būtiska.

Diplomdarbā es pētīju attiecības ar nāvi, lai kritiski uzlūkotu nāvei piešķirtās nozīmes, kuras speciālistu redzējumā ir pašsaprotamas. Attiecību un liminalitātes konceptiem kopīgs tas, ka tie ļauj saskatīt saiknes starp dažādiem cilvēkiem, fenomeniem, lietām un procesiem, kas savā starpā mijiedarbojas un veido izpratnes par nāvi. Visus šos konceptus izmantoju, lai parādītu, kā miršanas un nāves procesā personas, ķermeņi un telpas ir viens no otra atkarīgi, viens uz otru atsaucas, viens otram pretojas, kā arī viens otru papildina. PA speciālistu attiecības ar [pacienta] nāvi es konceptualizēju vienlaikus kā individuālas, sociālas, ķermeniskas un telpiskas. Šādu perspektīvu izmantoju, lai parādītu sarežģītību tajā, kā speciālisti PA veido attiecības ar nāvi. Šīs dimensijas nav vienīgās, kuras var aplūkot, bet konkrēti šajā pētījumā tās izmantoju, vadoties pēc galvenajām tēmām, kuras saskatīju datos. Izmantojot šīs dimensijas, es arī sniedzu kritisku analīzi dažiem no PA principiem.

Speciālista individuālās attiecības ar nāvi

Individuālajā dimensijā pievērsos vispārīgiem priekšstatiem par nāvi, ar to saistītajām rutīnām, kā arī sajūtām par to. Tajā aplūkoju tēmas, kuras aprakstu arī iepriekšējā nodaļā, piemēram, depersonalizāciju, pieradumu, nedrošību un bailes darbā ar mirstošiem un mirušiem pacientiem. Šo dimensiju izmantoju, lai salīdzinātu un papildinātu atziņas, kuras esmu uzzinājusi no citiem pētījumiem, ar tām, kuras esmu guvusi savā diplomdarba pētījumā. Lai arī individuālas attiecības ar nāvi nav pilnīgi nošķiramas no sociālajām, šajā dimensijā pievērsos tam, ko speciālisti tieši atklāj par savu lomu PA, kā arī savām sajūtām par to.

Antropologi salīdzinoši nesen sāka pievērsties nāves individuālajiem un personiskajiem aspektiem (Desjarlais, 2018; Flaherty & Throop, 2018; Lambek, 2018). Iepriekš pētījumos dominēja interese par ar nāvi saistītiem rituāliem, kur vairāk uzmanības veltīja rituālu sociālajām un kulturālajām nozīmēm, tātad vairāk pievērsties cilvēku grupu kolektīvajām reakcijām un rīcībām grupas biedra nāves gadījumā. Nāve ir neparedzama, nenotverama, un to ir grūti izprast, jo nav neviena, kurš to ir izjūti uz savas ādas un ir spējīgs par to pastāstīt. Maikls Lambeks (*Michael Lambek*) (2018) norāda, ka tas, ko cilvēki zina par nāvi, rodas, pieredzot citu cilvēku nāvi. Cita cilvēka nāve ir nozīmīgs notikums individuālās dzīvēs, kas arī personīgi aktualizē katra mirstīgumu (Lambek, 2018). Tajā pašā laikā nav iespējams iejusties mirstošā vai viņa piederīgā ādā. Devina Flahertija (*Devin Flaherty*) un Džeisons Trūps (*C. Jason Throop*) (2018) apgalvo, ka (no)miršanas pieredze nav izstāstāma un izjūstama bez nomiršanas. Katra nāve ir arī individuāla un unikāla un saistīta ar individuālām un sarežģītām attiecībām starp cilvēkiem laika gaitā, tāpēc spēja empatizēt ir ierobežota – nekad līdz galam nesapratīsim otra sēras. Viņi turpina, ka sakot, lai arī nāve ir nenotverama, tuvinieka un paša nāve ir vienmēr klātesoša iespējamība, veidojot attiecības (Ibid). Cita nāve ir nozīmīgs notikums arī paša dzīvē (Lambek, 2018), jo mainās tas, kā cilvēks sevi redz attiecībā pret citiem cilvēkiem.

Runājot par individuālām attiecībām par nāvi pārsvarā var saskarties ar pētījumiem par to, kā tuvinieki un paši mirstošie pieredze nāvi un kādu iespaidu tas atstāj uz viņiem un viņu dzīvēm. Šajā diplomdarbā vēlos parādīt, ka nāves pieredzēm ir ietekme arī uz speciālistu attiecībām ar nāvi. Arī speciālisti nāves pieredz personiski.

Sociālās attiecības ar nāvi

Sociālajā dimensijā attiecībās ar nāvi skatos uz starppersonu attiecībām. Šajā dimensijā pievērsos saziņai starp cilvēkiem, kā arī uzskatiem par mirstošā un mirušā novietojumu attiecībā pret citiem cilvēkiem. Sadaļā ietilpst tādu personu attiecības, kuras ir tiešā kontaktā viena ar otru, kā arī personas, kas nav tieši pazīstamas, bet visiem šiem cilvēkiem ir lielāka vai mazāka ietekme uz to, kādas attiecības ar nāvi tiek veidotas.

Pievērsos sociālajām attiecībām ar nāvi, jo antropoloģijā kā sociālā zinātnē esmu apguvusi zināšanas, kas ļauj kritiski skatīties uz dažādām praksēm, procesiem, attiecībām, nozīmēm, ko cilvēki liek lietā savās dzīvēs un uzskata par pašsaprotamām. Norādot uz sociālām attiecībām ar nāvi, es vēlos parādīt, ka nāve neskar tikai mirstošo cilvēku — viena cilvēka nāve skar daudzus, un to veido daudzi.

Roberts Dežarlē (*Robert Desjarlais*) (2018) raksta, ka mirstošie un mirušie var iesaistīties savas nāves veidošanā un norādīt uz savām vēlmēm un vajadzībām saistībā ar savu nāvi, tomēr lai miršanu un nāvi padarītu pēc iespējas personiskāku un atbilstošāku paša mirstošā cilvēka

vēlmēm, ir jāiesaista arī citi cilvēki, kuri var palīdzēt šīs vēlēšanās un vajadzības realizēt. Šķiet, ka bieži vien ideāls miršanas process ir tāds, kurā mirstošais un/vai mirušais spēj būt klāt, apzināties un kontrolēt, kā noris viņa izdzēšana, atdarīšana, atšķetināšana no dzīves, tomēr rezultāts vienmēr ir atkarīgs no piederīgo zināšanām, iespējām un pašu vēlēšanās mirušā vēlmes piepildīt (Desjaralis, 2018).

Džūlija Elisa (*Julie Ellis*) (2013) raksta, ka Rietumos nāvi pierasts uzlūkot kā kaut ko ārkārtēju, ārpus ierastā un normālā, kā emocionālu krīzi un pārrāvumu attiecībās, turklāt saskare ar nedziedināmu slimību tiek uztverta kā cilvēka identitāti graužoša. Viņa apraksta divu ģimeņu pieredzi, dzīvojot ar ģimenes locekli, kuram ir nedziedināma slimība, un parāda, ka miršana un nāve var ieauties dzīvotajā dzīvē un kļūt par daļu no ikdienas. Elisa iesaka uzlūkot nāvi, nevis no pārrāvuma (*rupture*) modeļa, bet attiecību (*relationality*) modeļa perspektīvas. Līdzīgi uzskata arī Hanna Varjakoski (2018). Viņasprāt, ja vien dzīvi palikušie to nevēlas, attiecību pārrāvums nenotiek arī pēc nāves. Attiecības ar mirušajiem tuviniekiem var uzturēt atmiņās un ietekmēs, kas mirušajiem ir bijusi uz citiem, kā arī lūdzot padomu un atbalstu ikdienas grūtībās. Bieži vien Rietumu medicīnā un psihiatrijā šādu attiecību uzturēšana tiek pieņemta tikai sēru laikā, savukārt, ja attiecības uztur pēc tam, tā jau tiek uztverta kā nespēšana “palaist vaļā”, kas jau ir psiholoģiska kaite. Ir mirušie, kas turpina “dzīvot”, kamēr citi tiek aizmirsti. Tas ir atkarīgs no mirušā attiecībām ar tuvinieku pirms nāves, jo attiecības parasti uztur ar tiem, ar kuriem bijušas mīlošas un tuvas attiecības.

Glenisa Kasvela (*Glenys Caswell*) un Morna O’Konora (*Mórna O’Connor*) (2017) saka, ka PA un citās ar dzīves beigām saistītās iestādēs, ar tām saistītos dokumentos un pētījumos bieži vien pie labas nāves tiek minēts tas, ka pacients nomirst savu tuvinieku lokā, savukārt tam pretstatā ir nāve vienatnē. Miršana vienatnē tiek attēlota kā nevēlama un tiek attiecināta uz mirušā problēmām veidot attiecības vai arī uz kopienas nolaidību. Šajā pētījumā intervētie cilvēki, kuri dzīvo vieni paši, nomiršanu vienatnē neuzskatīja par problēmu, tā vietā viņi vairāk domāja par to, kā šādu nāvi uztvertu viņi tuvinieki un kā viņi rīkotos. No šī var secināt, ka EP rekomendācijās minētā pacientu vēlēšanās nomirt tuvinieku klātbūtnē nav pašsaprotama. Pirmkārt, nevar zināt, kādas ir pacienta un viņu tuvinieku attiecības. Otrkārt, nevar paredzēt arī to, ko pats mirstošais pacients uzskata par pieņemamu atklāt un rādīt saviem tuviniekiem. Varbūt vēlēšanās nomirt vienatnē ir vēlēšanās saudzēt savus tuviniekus.

Nozīme ir ne tikai tuvinieku klātesamībai, bet arī pacientu reālajam un metaforiskajam novietojumam un kustībai telpā. Bella Vivata (*Bella Vivat*) (2008) apraksta metaforas, kuras speciālisti izmanto, lai aprakstītu pacientu stāvokli, piemēram, kad pacienta veselības stāvoklis pasliktinās, tad tas “iet uz leju”. Viņa saka, ka šis un līdzīgi apzīmējumi tiek izmantoti nevis kā eifēmismi tā vietā, lai teiktu, ka pacients mirst, bet gan raksturojot pacienta stāvokli pirms

miršanas. “Iešana uz leju” nozīmē nevis tūlītēju nāvi, bet gan relatīvi tuvu nāvi, neveicot specifiskas prognozes. Vēl viena metafora ir saistīta ar pacienta emocionālā stāvokļa izprašanu, iedziļināšanos tajā. “Iešana dziļāk” ietver Rietumos plaši pieņemto izpratni, ka emocijas atrodas iekšā cilvēkā. Speciālisti pacientu pavada *dziļāk* viņa personības slāņos, tā notiek arī *satuvināšanās* starp pacientu un speciālistu. Pretstats iešanai dziļāk ir “iepriecināšana” (angļu valodā ‘*cheering up*’⁹). Tad speciālisti cenšas panākt, ka pacienti emocionāli ir *šeit uz vietas*. Iedziļināšanās ir došanās kaut kur dziļāk, kaut kur prom, iepriecināšana ir palikšana šeit, šī brīža un vietas izbaudīšana, neskatīšanās pagātnē vai nākotnē.

Miršana un nāve ir procesi, kuros iesaistīti daudzi cilvēki, kas šos procesus veido atbilstoši sociokulturālajiem kontekstiem, kuros tie notiek. Nāvi var iepazīt tikai caur citu cilvēku pieredzēm. Arī es cenšos iepazīt nāvi caur citu nāves pieredzēm un saprast, kā speciālistu attiecības ar nāvi ietekmē un reizēm pat veido attiecības ar pacientiem, kolēģiem un pacientu tuviniekiem. Šajā darbā iepazīstu arī to, kā attiecības ar PA pacientiem veido to, kā speciālisti saprot nāvi.

Iemiesotās attiecības ar nāvi

Iemiesotās attiecības ar nāvi ir attiecības, kas tiek veidotas ar mirstoša vai miruša pacienta ķermeni. Tikai tāpēc, ka antropoloģija ir sociāla zinātne, nenozīmē, ka bioloģiskajam, materiālajam ķermenim nav vietas sociālā analizē. Arī ķermenim tiek piedēvētas dažādas sociālas un kulturālas nozīmes, kas ietekmē to, kas ar to tiek darīts un kuram tas ir ļauts. Šī dimensija ietver pieskaršanos mirstošajam un mirušajam pacienta ķermenim, pacienta sāpes un to iemeslus, kā arī to, kā iemiesotas ciešanas tiek vērtētas. Iemiesotām attiecībām ar nāvi pievērsos arī tādēļ, ka par nāvi ir grūti runāt, nepieminot ķermeni, kurš ir miris.

Flahertija un Trūps (2018) savā pētījumā pievērsās tam, kā tuvinieki “ieskatījās nāvei sejā”, saskaroties ar savu piederīgo nāvi. Seja ir būtiska cilvēka ķermeņa daļa, kas mirušo padara par konkrētu cilvēku, kurš ir nomiris. Mirušā seja savā veidā norāda arī uz pazīstamās personas trūkumu, jo seja šķiet “tukša” un nepazīstama. Sagatavojot ķermeni bērū ceremonijām, seju cenšas padarīt dzīvīgāku un veselīgāku, nekā tā bija pirms nāves. Arī šī ilūzija par sejas “dzīvīgumu” norāda uz nāvi. Šajā piemērā atklājas, ka plaši izmantotā prakse mirušos ķermeņus sagatavot atrādīšanai un apglabāšanai iekļauj specifisku sociokulturālu darbu — šajā gadījumā sejas grimēšanu, lai mirušais izskatītos dzīv(āk)s —, kas norāda uz ķermeņiem piešķirtajām nozīmēm. Kristīgās sabiedrībās nav pieņemts publiski rādīt nāvi, kāda tā ir bijusi. Tā ir jāpadara uzlūkojama un vizuāli pievilcīgāka atbilstoši kultūras izpratnēm par estētiku,

⁹ Vēl viena metafora kustībai telpā.

tomēr mirušais savu piederīgo acīs var zaudēt savu personību un individualitāti. Centieni nāvi slēpt atgriežas pie tā, ka nāve ir notikusi.

Viens no EP rekomendācijās norādītajiem PA principiem, kuru var analizēt un apšaubīt, pētot ķermeņiskas attiecības ar nāvi, ir nāves pieņemšana. Kerola Komaromija (*Carol Komaromy*) (2000) raksta par nāves skatiem un skaņām aprūpes iestādē. Centrālā prakse, ko viņa pēta, ir tas, ka darbinieki uzskata, ka pacienti ir pieņēmuši nāvi. Tajā pašā laikā, speciālisti tik un tā slēpj nāvi un mirušus ķermeņus no pacientu redzesloka, sakot, ka nevēlas atgādināt par tuvojošos nāvi un tādā veidā sāpināt. Par mirušajiem pacientiem neinformē un viņu ķermeņus nerāda. Tieši pretēji — mirušo izvešana no iestādes tiek mērķtiecīgi plānota un vizuāli slēpta. Tomēr skaņas ir dzirdamas, tai skaitā metāla ratiņi, uz kuriem tiek vests ķermenis, kā arī personāla sarunas un troksnis, kad ir tehniskas problēmas mirušo izvest no palātas. Šajā praksē redze kā maņa tiek prioritizēta. Ja pacients nav redzējis ķermeņa izvešanu, tiek pieņemts, ka pacients nav saskāries ar nāvi. Mirušu ķermeņi parasti rāda mirušā tuviniekiem, bet arī tikai tad, kad ķermenis ir padarīts “atrādāms” — tāds, kurš pēc krāsas un sejas izteiksmes atgādina dzīvu cilvēku.

Speciālistu priekšstati par to, kā nāve tiek pieņemta pacientu vidū, var būtiski atšķirties no tā, kā to izjūt paši pacienti. No vienas puses, ja arī pacienti ir pieņēmuši nāvi, tad nav skaidrs, vai paši speciālisti to ir pieņēmuši, ja joprojām to uzskata par kaut ko slēpjamu un noklusējamu. No otras puses, varētu arī diskutēt par to, ko tad īsti nozīmē “pieņemt nāvi” un kā šis stāvoklis būtu jāizpauž. Skaidrs gan ir, ka mirušiem ķermeņiem tiek piedēvētas citas nozīmes nekā dzīviem. Komaromija (2000) uzskata, ka tas, kā šie ķermeņi tiek pārraudzīti un vadīti, piešķir tiem nozīmes. Mirušo ķermeņi reprezentē ne tikai nāvi, bet arī dzīvo cilvēku ar viņa vērtībām, tai skaitā arī darbinieku attieksmi pret dzīvajiem pacientiem. Dzīvais ķermenis tiek saistīts ar pievilcīgumu un labbūtību, savukārt liķis — ar nekārtību un sabrukumu. Ar pacienta ķermeņa tīrību un kārtību medicīnas personāls nošķir dzīvo no mirušā, kā arī novērš uzmanību no pašu speciālistu ķermeņiem. Specifiskā ķermeņu pārraudzīšana speciālistiem sniedz konkrētus norādījumus, ko iesākt ar konceptuāli neskaidro, neaizskaramo mirušo ķermeni. Darbu ar mirušo ķermeni veic darbinieku hierarhijā augstāk esošais, kas norāda uz mirušo ķermeņu vērtību iestādes darbībā.

Pievēršoties iemiesotības dimensijai attiecībās ar nāvi vēlos pievērsties arī nāves materiālajiem aspektiem, kas ieņem nozīmīgu vietu speciālistu darba ikdienā. Ja darbs ar mirstošu un mirušu cilvēku ķermeņiem ir nonācis medicīnas profesionāļu pārziņā, tad viņi ir arī tie, kas ar šo aspektu arī visbiežāk saskaras un kurus, iespējams, tas arī būtiski ietekmē. Tas arī veido viņu attiecības ar nāvi.

Telpiskās attiecības ar nāvi

Telpiskajā dimensijā attiecībās ar nāvi pievēršos mirstoša pacienta saiknei ar telpu, kurā viņi atrodas. Šajā dimensijā iekļauju to, kā telpa tiek saprasta un izmantota, nošķirot mirstošu pacientu. Telpiskās attiecības ar nāvi izvēlējos, jo PA nodaļa ir specifiska vieta ar specifiskām tai piešķirtām nozīmēm. Ir populārs uzskats, ka tā ir vieta, kur cilvēki "aiziet nomirt". Šeit gan es vēlējos parādīt, ka telpa nav tikai vieta, kur kaut kas notiek, tā nav kaut kas neitrāls, nekustīgs. Telpa ir nozīmīga tajā, kā cilvēki saprot savu novietojumu pret cilvēkiem un procesiem sabiedrībā. Diplomdarbā telpas jēdzienu nošķiru no vietas jēdziena. Telpa ir abstrakta un vispārīga, vieta ir konkrēta un specifiska.

Pievēršot uzmanību telpai, arī iespējams izmantot liminalitātes jēdzienu, kā to parāda Roza Makkečnija (*Roz McKechnie*), Krisa Džeja (*Chrys Jaye*) un Rods Makleods (*Rod MacLeod*) (2010). Viņi parāda, ka mirstoša pacienta dzīvē ir vairākas liminalitātes, kas pārplūst no vienas otrā atkarībā no situācijas. Liminalitāte ir 1) apmeklējot dažādu speciālistu kabinetus un gaidot diagnozi, 2) nonākot slimnīcā un pieredzot ārstēšanu, 3) veidojot attiecības ar veselības aprūpes speciālistiem kā konsultantiem un gidiem, dodoties nezināmajā un neskaidrajā, kā arī 4) mājās, kas kļūst par caurstaigājamu telpu speciālistiem.

Slimnīcas telpas izpētei specifiskāku konceptu piedāvā Alise Strīta (*Alice Street*) un Saimons Koulmans (*Simon Coleman*) (2012), kuri sniedz ieskatu slimnīcas telpas etnogrāfiskajā izpētē. Viņi norāda, ka slimnīca pētījumos bieži vien tiek parādīta vai nu kā no sabiedrības un ikdienas nošķirta vieta, vai arī kā vieta, kurā atspoguļojas ikdienišķais un sabiedrībā izplatītais. Viņi nepiekrīt šim nošķīrumam un tā vietā piedāvā slimnīcas telpu aplūkot, izmantojot Mišela Fuko (*Michel Foucault*) heterotopijas konceptu. Heterotopija apvieno konkrētas telpas specifiskumu un saikni ar citām telpām. Slimnīca ir telpa ar specifisku kārtību un sociokulturālām nozīmēm, bet tajā pašā laikā tā pielāgojas arī no "ārpusaules" ienestajām vērtībām. Slimnīca ir specifiska heterotopija, kurā paredzēts strādāt ar tādiem cilvēkiem, kuru ķermeņi atšķiras no sabiedrībā pieņemtajiem. Strīta un Koulmans ar šo konceptu vēlas parādīt, ka slimnīca nav viena monolīta telpa, bet ietver daudz dažādu telpu ar savstarpējām attiecībām. Te varētu minēt dažādās slimnīcas nodaļas un dažādās nozīmes, ko tām piešķir speciālisti un pacienti. Slimnīca ir vienlaikus vietēja un globāla, un globālais tiek pielāgots vietējam kontekstam, piemēram, PA kā starptautisks aprūpes modelis tiek pielāgots Latvijas kontekstam.

Šo labi papildina Diānas Gibsones (*Diana Gibson*) un Marijas Fernandas Olartes Sjerras (*Maria Fernanda Olarte Sierra*) (2006) pētījums par slimnīcas gultām kā politekonomiskām, administratīvām, disciplinējošām un medicīniskām telpām. Slimnīcas gulta ir veidota slimu

cilvēku ārstēšanai un pielāgojama ar to saistītajām praksēm, tomēr tā ir arī vieta, kur aizvien lielāka daļa sabiedrības nomirst. Tās tiek saistītas ar iespēju saņemt medicīnisku aprūpi un veselības aprūpes pieejamību konkrētā slimnīcā un valstī. Piemēram, Covid-19 pandēmijas laikā uztraukums par pieejamo gultasvietu ierobežoto skaitu tika izmantots, lai aicinātu iedzīvotājus ievērot epidemioloģiskās drošības noteikumus, tādā veidā palēninot inficēšanās ātrumu sabiedrībā kopumā. Pēc pacienta nāves gulta tiek sagatavota nākamajam pacientam, novācot visu, kas liecinātu par iepriekšējo. Slimnīcās gultas tiek pārvaldītas, tātad — arī pacienti tajās. Tā ir pacientiem atvēlētā telpa, kurā speciālisti drīkst “ielauzties”, vadoties pēc aprūpes režīma (t.sk. mazgāšana, ēdināšana, medikamentu došana), bet tā ir arī vieta, kur var izrādīt pretestību medicīniskai ārstniecībai. Gulta ir vieta, kur pacients var kļūt bezpersonisks vai tieši izpaust savu individualitāti atkarībā no aprūpes veida.

Anna Grinjēra (*Anne Grinyer*) un Kerola Tomasa (*Carol Thomas*) (2004) analizē tuvinieku refleksijas par jauniešu, kuri ir terminālā stāvoklī, nāves vietām. Jaunieši var mirt mājās, jo viņu vecāki fiziski spēj par viņiem parūpēties. Tomēr nereti tuvinieku nodoms īslaicīgi piederīgo ievietot PA nodaļā vai hospisā, lai atvieglotu simptomus, noved pie tā, ka, piederīgā veselības stāvoklim pasliktinoties, pacientam ir pārāk slikti, lai nomirtu mājās.

Attiecībās ar nāvi telpa un vieta ir svarīgas. Ir telpas, kuras cilvēki var uzskatīt par piemērotām un pat vēlām nāves vietām, un ir telpas, kurās nāve uzreiz kļūst par neveiksmi. Pievēršoties speciālistu attiecībām ar nāvi PA nodaļā tas ir būtiski, jo PA nodaļa ir specifiska telpa un arī vieta. Tai ir piešķirtas specifiskas nozīmes nāves veidošanā.

METODOLOĢIJA

Savā diplomdarba pētījumā pievērsšos speciālistu attiecībām ar nāvi kādā no Latvijas PA nodaļām. Šeit aprakstu un paskaidroju, kādi bija mani apsvērumi, plānojot un veicot lauka darbu jeb empīrisko datu vākšanu, kā arī to, ko iesāku ar iegūtajiem datiem. Šajā aprakstā iekļāju arī savas sajūtas lauka darba laikā. Vispirms sāku ar lauka raksturojumu un manu piekļuvi tam, tad aprakstu savu intervēšanas pieeju, tad pētījuma dalībniekus, tam seko pārskats par manu pieredzi laukā. Tad ir sadaļa par datu apstrādi (ierakstīšanu, transkribēšanu, kodēšanu un analīzi), un pēc tam pētnieciskās pieejas apraksts.

Lai radītu lielāku skaidrību par jēdzieniem, ko lietoju, nedaudz paskaidrošu to lietojumu. Šajā nodaļā cilvēkus, kuri piedalījās manā pētījumā, saucu par '**pētījuma dalībniekiem**', tā vietā, lai izmantotu apzīmējumus 'informants' vai 'respondents'. Ar šo apzināto izvēli gribu norādīt uz to, ka šie cilvēki nav tikai informācijas avoti, "trauki", no kuriem "smeļos" datus. Šādi es pati sev atgādinu, cik lielā mērā pētījuma dalībnieki ar sevis teikto ietekmē to, kāds un par ko būs pētījums. Tajā pašā laikā arī atgādinu sev, ka man ir jāuzņemas atbildība par to, kāds būs pētījuma ziņojums, jo pētījuma dalībniekiem tam ir piekļuve un tas var atstāt negatīvu iespaidu uz viņu profesionālajām un, iespējams, arī personiskajām dzīvēm.

*Pētījuma dalībniekus saucu arī par '**speciālistiem**'. Visus profesionāļus, kas strādā PA, uzskatu par speciālistiem, tāpēc ar šo vārdu apzīmēju gan medicīnas personālu (ārstus, medmāsas, medmāsu palīgus un sanitārus), gan atbalstošo personālu (sociālo darbinieku, kapelānu un psihoterapeitu). Izmantojot šo apzīmējumu, cenšos savā darbā mazināt profesionālo hierarhiju, kas pastāv mediķu un atbalstošā personāla starpā. Šis apzīmējums izmantots arī pētījuma dalībnieku anonimitātes un konfidencialitātes dēļ. Šajā gadījumā gan izmantoju tikai vārdu vīriešu dzimtē, lai neatklātu informāciju par pētījuma dalībniekiem, kas varētu atklāt viņu identitātes.*

Diplomdarbā izmantoju arī apzīmējumu "mirstoši pacienti". To izmantoju, kad speciālisti runā par pacientiem, kuriem strauji pasliktinās veselības stāvoklis vai arī tas pamazām ir pasliktinājies tik tālu, ka speciālisti pieņem, ka pacients nomirs tuvākas nedēļas vai tuvāko pāris mēnešu laikā.

Nodaļā arī izmantoju sieviešu dzimtes vārdu 'pētniece', nevis ierasto vīriešu dzimtes 'pētnieks', kurš parasti latviešu valodā tiek lietots, lai apzīmētu dažādu dzimšu pētniekus kopumā. Gribu arī savā prātā mēģināt pretoties priekšstatam, ka 'pētnieka' apzīmējums vīriešu dzimtē ir neitrāls, pašsaprotams un vispārināms, savukārt sieviešu dzimtē ir pamanāms, disonējošs un izņēmums normai. Šo vārdu lietošu, runājot par pētniecēm vispārīgi un retāk

attiecībā uz sevi. Kā noprotams no iepriekš šajā darbā rakstītā, par sevi kā šī darba autori, pētnieci es rakstīšu vienskaitļa pirmajā personā atbilstoši antropoloģijas tradīcijai.

Pieklūve laukam un lauka raksturojums

PA ir medicīnas apakšspecialitāte. PA iekļauj primārā, sekundārā un terciārā līmeņa aprūpi. Mani interesēja terciārā, tātad tieši stacionārā PA. Latvijā stacionārā PA ir 7 slimnīcās (2 vietās Rīgā un pa 1 Daugavpilī, Jēkabpilī, Rēzeknē, Valmierā un Ventspilī) (Veselības ministrija et al., 2020). Tas anonimitāti un konfidencialitāti šajā pētījumā padara īpaši nozīmīgu, jo ir maz medicīnas darbinieku, kas strādā tikai vai galvenokārt ar PA pacientiem.

Pieklūvei laukam svarīgi ir arī COVID-19 pandēmijas laikā noteiktie ierobežojumi. Ir ierobežota pieeja veselības aprūpes klātienēs pakalpojumu saņemšanai, priekšroku dodot cilvēkiem, kuru labbūtība ir apdraudēta, nesaņemot tūlītēju medicīnisku palīdzību¹⁰ (Ministru kabinets, 2021). Tādā veidā valsts institūcijas cenšas samazināt cilvēku skaitu, kas ierodas slimnīcā, lai papildus nenoslogotu medicīnas personālu, ņemot vērā to, ka slimnīcās uzturas cilvēki ar dažādu iemeslu dēļ novājinātu imūnsistēmu. Man kā cilvēkam, kurš nav ne slimnīcas darbinieks, ne arī pacients vai tuvinieks, pandēmijas laikā slimnīcā nevajadzētu atrasties ilgāk nekā nepieciešams.

Ar man vajadzīgo informāciju par PA nodaļas darbību varēju iepazīties slimnīcas mājaslapā. Tur arī bija norādīta kontaktinformācija dažiem no speciālistiem, ar kuriem vēlējos veikt intervijas. Pieeju laukam kontrolē nodaļas vadītājs un virsmāsa, tāpēc saziņu sāku tieši ar šiem cilvēkiem. Lai varētu veikt pētījumu, man bija jāsaņem ētikas komitejas apstiprinājums¹¹.

Intervēšanas metode

Galvenā metode, ko izmantoju lauka darbā, ir intervēšana. **Pastāv dažādi interviju veidi**, kas ietver gan formālāku struktūru, kas ietver iepriekšēju gatavošanos un nereti ir piemērota institucionālajā vai korporatīvajā sfērā, gan neformālāku struktūru, kas var līdzināties sarunai. Tomēr intervija nav saruna, jo pētniece veido sarunas rāmi — nosaka galveno sarunas tematu, savukārt intervējamais rāmi aizpilda ar savu pieredzi un uzskatiem (Bernard, 2011). Es lietoju Rasela Bernarda (*H. Russel Bernard*) (2011) iedalījumu pēc tā, cik daudz kontroles pētniecei ir pār pētījuma dalībnieku pārrunātajām tēmām. Savā pētījumā veicu daļēji strukturētas intervijas.

¹⁰ Ministru kabinets (2021. gada 12. aprīlī). *Epidemioloģiskās drošības pasākumi Covid-19 infekcijas izplatības ierobežošanai*. Pieejams <https://www.mk.gov.lv/lv/epidemiologiskas-drosibas-pasakumi-covid-19-infekcijas-izplatibas-ierobezosana> [skatīts 14.04.2021]

¹¹ Par to var lasīt vairāk šīs nodaļas ētikas sadaļā.

Daļēji strukturētas intervijas ir plānotas, ierobežotas laikā, nereti ar iepriekš sagatavotām interviju vadlīnijām, bet pētniece jautājumu izvēlē vadās pēc tā, ko stāsta pētījuma dalībnieks. Vadlīnijās var būt norādītas instrukcijas pašai pētniecei saistībā ar interviju jautājumu mērķi. Interviju vadlīnijas rada priekšstatu par pētnieces profesionalitāti, jo parāda, ka viņa ir intervijai gatavojusies un ka augstu vērtē pētījuma dalībnieka laiku un redzējumu. Tās ietver iepriekš sagatavotu struktūru, kuru var izmantot situācijās, kad pētījuma dalībnieks nav īpaši runīgs, kā arī dod brīvību pielāgoties runīga pētījuma dalībnieka stāstījumam, tajā pašā laikā pieturoties pie galvenajām tēmām, kas ir svarīgas pētījumā. Šādas intervijas bieži vien veic situācijās, kad dalībniekam un pētniecei nav iespējams vai nav paredzēts atkārtoti tikties.

Intervējot izmantoju vairākas Bernarda (2011) aprakstītās intervēšanas tehnikas, ar kurām veicināt to, ka pētījuma dalībnieks runā vairāk, pievēršas intervijas tēmai vai izvērš savu pieredzes stāstu detalizētākā stāstījumā. Viena no tām ir klusuma brīža izmantošana. Pētījuma dalībnieki mēdz gaidīt, ka pētniece pateiks, ko vēlas dzirdēt, savukārt klusuma brīdī dalībniekam pašam jāizlemj, vai vēlas ko piebilst un kas tas būtu. Iespējams, tas pētījuma dalībniekiem savā veidā rada sajūtu, ka pētniece gaida garāku atbildi. Tas arī sniedz laiku formulēt savu domu, var radīt arī neveiklas situācijas. Piemēram, intervēšanas laikā reizēm gadījās, ka man pašai vajadzēja nedaudz laika, lai apkopotu domas, pārskatītu izrunātos jautājumus un izlemtu, ko jautāt tālāk. Reizēm šie brīži radīja neveiklu klusumu, jo pētījuma dalībnieks vienkārši sēdēja un gaidīja mani. Vēl viena tehnika, ko regulāri izmantoju, ir pētījuma dalībnieka teiktā atkārtošana vai rezumēšana, lai pārlicinātu, ka esmu pareizi sapratusi pētījuma dalībnieka teikto. Šādi dalībnieks var arī precizēt nupat pārrunāto vai arī norādīt uz to, ka esmu kaut ko nepareizi sapratusi. Bieži uzdevu arī precizējošus jautājumus vai lūdzu detalizētāk paskaidrot iepriekš teikto. Tas ir īpaši svarīgi gadījumos, kad pētījuma dalībnieks atbild pāris īsos teikumos, kas var liecināt vienkārši par to, ka dažādu iemeslu dēļ nevēlas gari izteikties, piemēram, uzskatot savu atbildi par pašsaprotamu. Uzdevu arī garus jautājumus, kas ietvēra īsu kontekstu tam, kāpēc uzdodu attiecīgo jautājumu, piemēram, atsaucoties uz to, ko dalībnieks iepriekš ir teicis. Reizēm jautājumos ietvēru arī savas atziņas, kas jautājumus padarīja virzītus, no kā it kā intervējot būtu jāizvairās, lai neietekmētu pētījuma dalībnieku atbildes. Tomēr, kā norāda Bernards (2011), visi interviju jautājumi ir vairāk vai mazāk virzīti, tāpēc jāmācās tos izmantot sev par labu. Virzīti jautājumi var norādīt uz pētnieces zināšanām vai to trūkumu, kas veicina to, ka pētījuma dalībnieks labo pētnieces pieņēmumus vai tos papildina. Reizēm šādi jautājumi liek pašiem pētījuma dalībniekiem apstāties un apdomāt savu pieredzi, jo paši nebija iedomājušies par šādu jautājumu. Tas arī var norādīt uz to, kas līdz šim ir bijis pašsaprotami, bet tāds vairs nav. Reizēm noder jēdzienu, prakšu vai notikumu pieminēšana, kurus esmu dzirdējusi citās intervijās, bet kuru nozīmi īsti nesaprotu.

Bernards (2011) norāda, ka cilvēki jūtas drošāk runāt par kādu tēmu, ja zina, ka nejauši neatklās kādu noslēpumu.

Vēl viens intervēšanas aspekts, kam pievērst uzmanību, ir tas, cik runīgs ir konkrētais pētījuma dalībnieks (Bernard, 2011). Manā lauka pieredzē intervijās ar runīgiem cilvēkiem pietiek ar pāris jautājumiem no manis, lai aizpildītu veselu stundu ar garām atbildēm. Ne vienmēr gan ir skaidrs, pie kā atbilde nonāks, jo ne vienmēr ir tik viegli saskatīt teiktā saikni ar intervijas tēmu. Jā, man ir neērti pārtraukt cilvēkus, lai atgrieztos pie manis sagatavotajiem interviju jautājumiem, bet tas, ka nezinu, pie kā atbilde novedīs, var liecināt arī par interesantu pavērsienu tajā, kā var uzlūkot mani interesējošo tēmu. Iespējams arī tas, ka klātienē nespēju izsekot vai pamanīt, kā šis saistās ar to, kas jau pateikts vai ko es vēlos noskaidrot, bet transkribējot un kodējot ieraudzīšu jaunas saiknes. Tomēr sarežģītāk ir situācijās, kad intervija ir ar nerunīgu cilvēku. Tāpēc ir interviju vadlīnijas, kur ir sagatavoti jautājumi tieši reizēm, kad saruna apstājas vai tā arī īsti neiekustās. Šīs intervijas ir nogurdinošas, jo prasa daudz iesaistes no manis. Pēc tam ir arī grūti klausīties intervijas ierakstu, jo var atkārtoti dzirdēt, kā es cenšos atrast kādu tēmu, kas liktu pētījuma dalībniekam atvērties un atbildēt izvērstāk.

Starp intervijām jāievēro laika intervāls, jābūt laikam atkopties, jo nereti katrā intervijā jāatkārto vieni un tie paši jautājumi, kas var kļūt garlaicīgi un nogurdinoši (Bernard, 2011). Garlaicīgi tāpēc, ka arī atbildes lauka darba laikā sāk atkārtoties un rodas sajūta, ka neko jaunu ar šiem jautājumiem vairs nevar uzzināt. Šajā pētījumā intervijas arī mēdza būt emocionāli nogurdinošas, jo prasīja adekvātu reakciju brīžos, kad pētījuma dalībnieki atklāja personiskus pārdzīvojumus. Reakcijai bija jābūt iejūtīgai, bet tajā pašā laikā arī ne žēlojošai, kas pētījuma dalībniekiem varētu šķist nepiemērotas situācijai. Žēlojoša attieksme varētu šķist arī pārspīlēta, ja dalībnieks gadījumu nemaz neuztver kā tik smagu, salīdzinot ar mani personiski, vai arī nepatiesa, jo es tomēr esmu svešs cilvēks. Man nav viņu vietā jāizjūt skumjas.

Pētījuma dalībnieku apraksts

Plānojot pētījumu, vēlējos intervēt dažādu nozaru PA nodaļas darbiniekus, tāpēc ka PA pamatprincipos balstās uz holistisku aprūpi, kas iekļauj fizisku, psiholoģisku, garīgu un sociālo problēmu risināšanu. Biju iecerējusi veikt aptuveni 7 intervijas, kur būtu pa 1 intervijai ar visu PA iesaistīto nozaru vai organizatorisko līmeņu pārstāvjiem (nodaļas vadītāju, virsmāsu, medmāsu, medmāsas palīgu, kapelānu, psihoterapeitu/psihologu, sociālo darbinieku). Galu galā es veicu 13 intervijas, kas iekļauj visus speciālistus, kas veido pamata PA komandu. Es veicu intervijas ar nodaļas vadītāju, PA speciālistu (ārstu), 3 medmāsām, 2 medmāsu palīgiem, 1 sanitāru, 2 kapelāniem, 1 psihoterapeitu un 1 sociālo darbinieku. Šo pētījuma dalībnieku darba stāžs gan medicīnas aprūpē kopumā, gan specifiski PA atšķīrās. Pētījuma dalībnieku darba stāžs

medicīnas aprūpē ir no pusotra gada līdz pat vairāk kā 30 gadiem, savukārt PA no nepilna gada līdz aptuveni 20 gadiem. Darba stāžs medicīnas aprūpē un PA atšķiras, jo vairums speciālistu pirms darba PA nodaļā strādāja citās medicīnas nozarēs, piemēram, onkoloģijā, dzemdniecībā, pirms dažādu iemeslu dēļ viņi nonāca darbā PA. Dažiem darbs PA bija mērķtiecīga izvēle, citiem tā bija saistīta ar kolēģu ieteikumiem vai nosūtījumiem.

1. tabula. Interviju norises laiks, ilgums un vieta.

N.p.k.	Dalībnieka kods	Datums	Ieraksta ilgums	Tikšanās vieta/saziņas veids
1.	A	23.11.20.	01:04:56	Klātienē
2.	B	27.02.21.	01:10:41	Klātienē
3.	C	27.02.21.	01:00:24	Klātienē
4.	D	27.02.21.	01:20:21	Klātienē
5.	E	03.03.21.	01:32:06	Klātienē
6.	F	07.03.21.	01:09:41	Klātienē
7.	G	10.03.21.	01:39:51	Telefoniski
8.	H	16.03.21.	01:10:04	Telefoniski
9.	I	18.03.21.	01:11:38	Whatsapp
10.	J	22.03.21.	01:01:43	Whatsapp
11.	K	03.04.21.	01:27:03	Klātienē
12.	L	09.04.21.	Nav ieraksta (~1h gara)	Klātienē
13.	M	09.04.21.	01:21:02	Klātienē

Kā redzams tabulā (1. tabula), visas intervijas bija ilgākas par stundu. Lai arī pirmajās intervijās uzmanīgi sekoju līdz tam, lai intervija būtu aptuveni stundu gara, jo nevēlējos aizkavēt nodaļas darbiniekus, tomēr ar laiku vairs nepievērsu tik lielu uzmanību laikam. Telpā, kurā notika lielākā daļa klātienē interviju, bija pulkstenis. Sapratu, ka, kamēr pētījuma dalībnieki neiebilst, es turpināšu uzdot jautājumus, līdz man tie aptrūkstas. Daudziem pētījuma dalībniekiem līdzīgi bija mobilie telefoni, kuros viņi paši varēja sekot līdz tam, cik ir pulkstenis. Lai arī daži no dalībniekiem sākumā nešķita droši par to, vai var un vēlas intervijai veltīt stundu laiku, tomēr intervijas gaitā atklājās, ka viņi jūtas ērti atklāt savas pieredzes un uzskatus, kā arī reflektēt par tiem, kas aizņēma vairāk laika, nekā bija domāts. Tie, kuriem bija jānododas pie pacientiem, man jautāja, vai vēlos interviju turpināt arī vēlāk, kad viņi būs pabeiguši darāmo. Es teicu, ka jā, un viņi vēlāk arī atgriezās, lai atbildētu uz pārīšiem pēdējiem jautājumiem.

Lielākā daļa pētījuma dalībnieku bija ļoti atsaucīgi un ļoti atklāti stāstīja par pieredzēto, izjusto un pārdomāto. Intervijas beigās daļa teica, ka jūtas labi pārrunājot šīs tēmas un ka tas viņiem bijis nepieciešams.

Pieredze laukā

Ērika Borgstroma (*Erica Borgstrom*) un Džūlija Ellisa (*Julie Ellis*) (2017), balstoties savā pieredzē, raksta, ka nāves un miršanas antropoloģijai, kā arī citām radnieciskām disciplīnām raksturīgs, ka publicētais materiāls ir personisks un refleksivs. Viņas saka, ka daudz pētnieku vēlas redzēt vēl atklātāku un dziļāku reflektēšanu par pētnieku pašu emocijām laukā, jo mirstīguma tēmu pētīšana neizbēgami atstāj iespaidu arī uz pašas pētnieces personiskajām pārdomām un sajūtām saistībā ar šiem jautājumiem. Refleksijā atklāti parādīts emocionālais darbs, kas ir bijis jāiegulda mirstīguma jautājumu izpētē. Šajā apakšnodaļā cenšos pēc iespējas atklātāk attēlot savas pieredzes, lēmumus un sajūtas, veicot šo pētījumu.

Oktobrī uzrunāju pasniedzēju, kuru vēlējos par savu diplomdarba vadītāju. Viņa piekrita, un drīz vien arī sazinājāmies, lai pārrunātu manas pētījuma tēmas idejas. Teicu, ka mani interesē tēmas, kas saistītas ar nāvi un miršanu. Pēc vairāku stundu pārrunām un pārdomām, nonācām pie tā, ka šīs tēmas varētu pētīt PA kontekstā. Pamazām sāku iepazīties ar to, kāda informācija par PA Latvijā ir pieejama Latvijas medijos un valsts un medicīnas institūciju mājaslapās. Pieņēmu, ka pandēmijas laikā medicīnas darbinieki nevēlētos vai nedrīkstētu slimnīcās ielaist cilvēkus, kuriem tur nav nepieciešams būt, tāpēc vēlējos laicīgi sākt uzrunāt dažādu slimnīcu PA nodaļu vadību par dalību manā diplomdarba pētījumā. Baidījos, ka mani atraidīs, tāpēc bija arī grūti saņemties sākt uzrunāšanu. Pārsteidzošā kārtā pirmie PA nodaļas darbinieki, kurus uzrunāju, bija ieinteresēti un piekrita piedalīties pētījumā.

No studiju kursos apgūtā secināju, ka slimnīcās organizatoriskā sistēma varētu būt diezgan hierarhiska, tāpēc no sākuma būtu jāiepazīstas ar cilvēku, kurš, manuprāt, ir vadošajā amatā. Novembrī speciālistam e-pastā nosūtīju vēstuli, kurā iepazīstināju ar sevi un iemeslu, kāpēc rakstu, – vēlēšanos veikt pētījumu šajā konkrētajā PA nodaļā. Pastāstīju par pētījuma tēmu un intervēšanas procesu, kā arī pētījuma dalībnieku tiesībām. Vēstulei pievienoju arī informētās piekrišanas veidlapu, kurā sīkāk varēja iepazīties ar pētījuma mērķi un norisi. Speciālists bija ieinteresēts piedalīties šajā pētījumā. Piedāvāju sazināties telefoniski vai kādā saziņas platformā, bet norādīju, ka iespējams veikt interviju arī klātienē. Ar darba vadītāju bijām runājušas, ka intervija varētu notikt, piemēram, parkā pie slimnīcas. Darbinieks teica, ka ērtāk būtu, ja intervija notiktu klātienē PA nodaļā, lai vajadzības gadījumā varētu būt sasniedzams gan kolēģiem, gan pacientiem, ja tas būtu vajadzīgs. Biju pārsteigta, ka mani aicina ierasties nodaļā, kurā es domāju, ka mani nelaidīs, bet piekritu.

Pirmā intervija notika 23. novembrī. Teicu, ka tā būs aptuveni stundu gara, un tam arī pievērsu uzmanību, regulāri pārbaudot ieraksta garumu. Intervijas beigās es jautāju, kuru darbinieku es varētu uzrunāt tālāk. Intervētais speciālists iedeva sava kolēģa vārdu un telefona

numuru. Noskaidroju arī aptuvenu dienas laiku, kurā būtu labāk sazināties. Sazvanīju šo speciālistu. Speciālists norādīja, ka ir nepieciešama ētikas komitejas atzinums pētījuma veikšanai. Konsultējoties ar darba vadītāju par pieņemto kārtību un nepieciešamo informāciju, 12. decembrī elektroniski iesniedzu nepieciešamos dokumentus atzinuma sniegšanai par mācību pētījumu augstskolas studentiem Rīgas Austrumu Klīniskās Universitātes slimnīcas ētikas komitejai. Šo ētikas komiteju izvēlējos, jo, atšķirībā no citām komitejām, ētikas pieteikuma izskatīšanas process ir skaidrs un caurskatāms un ir pieejama īpaša veidlapa studentiem, kas atvieglo iesnieguma sagatavošanu. Komitejas sekretāre teica, ka iesnieguma izskatīšana aizkavējās COVID-19 pandēmijas sakarā. Atzinumu saņēmu klātienē 16. februārī. Drīz vien sazinājos ar PA nodaļas speciālistiem, lai informētu par ētikas komitejas atzinumu un sarunātu intervijas. E-pasta vēstulē nosūtīju informētās piekrišanas veidlapu, lai darbinieki var iepazīties ar pētījuma tēmu, mērķi, intervēšanas gaitu un pētījuma dalībnieku tiesībām, kā arī pievienoju ētikas komitejas atzinumu. Pāris dienas vēlāk pašā nodaļas speciālistu starpā bija sarunāti vairāki, kuri piekrita intervijai.

Iesniegumā ētikas komitejai, kuru iesniedzu decembrī, biju norādījusi, ka gadījumā, ja uzlabojas epidemioloģiskā situācija valstī un ja nodaļas vadībai un darbiniekiem pret to nav iebildumu, es vēlētos veikt novērojumus klātienē. Pienākot februārim un redzot, ka COVID-19 saslimstības rādītāji nav būtiski mainījušies, es uz tikšanos klātienē vairs īpaši necerēju, tāpēc pētījuma plānā nebiju atvēlējusi daudz laika interviju veikšanai. Biju pieņēmusi, ka visas intervijas notiks telefoniski vai kādā no digitālajām saziņas platformām (piemēram, *Skype*, *Whatsapp*, *Zoom*), kas krietni saīsinātu laiku, kas ir nepieciešams, lai tām sagatavotos. Es tās ierakstītu, izmantojot atbilstoši katrai platformai pieejamās iespējas vai arī kādu atsevišķu ierakstīšanas programmu, par to iepriekš informējot pētījuma dalībniekus. Biju iecerējusi veikt 7-10 intervijas, kuras būtu aptuveni stundu garas. Tāpat biju pieņēmusi, ka intervijas notiks ārpus pētījuma dalībnieku darba laika, lai netraucētu viņus pienākumu veikšanā.

Realitātē daudzas intervijas notika klātienē PA nodaļā pētījuma speciālistu darba laikā. PA nodaļā uzskatīja, ka nevajag apgrūtināt speciālistus viņu brīvajā laikā. Piedāvāju iespēju, ka intervijas var notikt ārā pie slimnīcas, lai pētījuma dalībniekiem mazinātu risku inficēties, ja nu gadījumā es būtu vīrusa pārnēsātāja, bet šis piedāvājums uzreiz tika noraidīts. Bija doma, ka veicot intervijas klātienē PA nodaļā, speciālisti varēs brīvāk pamest interviju un doties pie pacientiem, ja viņiem būs vajadzīga palīdzība. Man piedāvāja dienu un laiku, kurā es varu un drīkstu ierasties nodaļā, kā arī iedeva ieinteresēto speciālistu mobilo tālrunu numurus, lai personiski varam vienoties par precīzāku tikšanās laiku. Man atgādināja, ka, esot nodaļā, man obligāti jāvelk maska, jādezinficē rokas un jāietur distance.

Kad februārī devos uz PA nodaļu, lai veiktu intervijas, centos pēc iespējas izvairīties no vietām, kur ilgstoši atrodas daudz cilvēku, lai mazinātu risku, ka inficējos ar vīrusu un veicinu vīrusa izplatību slimnīcā.

Tā kā vienā dienā man bija sarunātas 3 intervijas, es nolēmu uz nodaļu aiznest ciemakukuli kā pateicību par piedalīšanos pētījumā. Ņemot vērā epidemioloģisko situāciju, aiznesu maltu kafiju, tēju, kurā katrs tējas maisiņš bija iepakots plastmasas iepakojumā, kā arī konfektes, kuras katra atsevišķi bija iesaiņota plastmasā, lai mazinātu iespēju pārnest vīrusu no viena darbinieka uz citu. Pētījuma dalībnieki man teica, ka varēju jau nenest, ka viņiem visa pietiekot.

Intervēšanas dienā nosūtīju ziņu pētījuma dalībniekiem par precīzāku manu ierašanās laiku, un viņi pastāstīja, kur atrodas nodaļa. 7 klātienēs intervijas notika atsevišķā telpā PA nodaļā, kurā neuzturējās neviens cits darbinieks. Gan man, gan visiem (izņemot 1) pētījuma dalībniekiem intervijas laikā bija sejas maska. Man izdevās ievērot slimnīcā noteiktās higiēnas prasības, tomēr jāatzīst gan, ka ne vienmēr izdevās ievērot 2 m distanci starp mani un cilvēku, kuru tajā brīdī intervēju.

Pirms katras klātienēs intervijas uzsākšanas pētījuma dalībnieki izlasīja informētās piekrišanas veidlapas un tās parakstīja. Lielākā daļa šīs veidlapas uzmanīgi izlasīja. Tiem, kuri, manuprāt, kārtīgi neizlasa, es īsi pastāstīju, par ko viņi grasās parakstīties. Parakstītās veidlapas nofotografēju ar savu mobilo telefonu, oriģinālu atstājot pētījuma dalībniekam. Tikai tad sāku ierakstīt sarunu, iepriekš par to brīdinot mutiski. Visās intervijās ierakstu veicu ar 2 ierīcēm, lai nodrošinātos gadījumā, ja kādai no ierīcēm rastos problēmas. To arī paskaidroju pētījuma dalībniekiem. Intervijas laikā izmantoju savus iepriekš sagatavotos jautājumus, kā arī vadījos pēc tā, ko stāsta pētījuma dalībnieki, uzdodot precizējošus jautājumus par viņu teikto. Visi, izņemot 1 pētījuma dalībnieku, runāja brīvi un atvērti, gandrīz sākot ar pirmo jautājumu, kuru uzdevu. Paralēli es veicu arī pierakstus uz A4 lapas, lai pati labāk orientētos tajā, kas jau ir pārrunāts, kā arī, lai plānotu turpmākos jautājumus. Paralēli tam centos regulāri pacelt galvu, lai paskatītos uz pētījuma dalībnieku, tādā veidā norādot, ka klausos viņa teiktajā. Īsti nevarēju saprast, kā pētījuma dalībnieki uztver to, ka veicu pierakstus. Neviens neiebilda.

Pirms vienas no intervijām, lai arī pētījuma dalībnieks bija jau parakstījis informētās piekrišanas veidlapu, kurā biju norādījusi, ka vēlos ierakstīt interviju, pēc viņa komentāra sapratu, ka dalībnieks jūtas ērtāk un drošāk, ja intervija netiek ierakstīta. Teicu, ka varam tā darīt. Šīs intervijas laikā vēl jo cītīgāk veicu pierakstus. Tas apgrūtināja acu kontakta veidošanu. Ar perifēro redzi pamanīju, ka pētījuma dalībnieks ir pieliecies un runājot uz mani uzmanīgi skatās, tāpēc centos pacelt galvu, lai arī pati paskatītos pretī.

1 intervija notika foajē, kurā ik pa laikam garām gāja pacienti vai slimnīcas darbinieki. Reizēm lielu fona troksni radīja metāla ratiņu stumšana vai arī aparātūra grīdas mazgāšanai. Intervijas vidū pārcēlāties uz gaiteni, kurā pārvietojās mazāk cilvēku.

1 intervija notika ļoti spontāni. Tā kā iepriekšējās nodaļās sapratu, ka daži PA nodaļas darbinieki strādā tikai sestdienās un/vai svētdienās, mani interesēja dzirdēt vēl kāda darbinieka pieredzi, kurš strādā darbadienās, kad nodaļā ir vairāk dažādu speciālistu, kā arī daudz biežāk pierakstās un izrakstās pacienti. Ar vienu no pētījuma dalībniekiem bijām vienojušies, ka nodaļā ieradīšos kādā no darbadienām un dalībnieks pirms tam saviem kolēģiem apjautāsies par dalību manā pētījumā. Es jau biju pie slimnīcas, kad sazinājāmies un sapratu, ka nav atradies neviens interesents. Nolēmām, ka tik un tā aiziešu uz nodaļu, lai saņemtu kontaktinformāciju citiem speciālistiem. Esot nodaļā uz vietas, pētījuma dalībnieks pierunāja vienu no kolēģiem atvēlēt laiku dalībai pētījumā. Tas bija negaidīti, bet es arī piekritu, jo negribēju palaist garām izdevību. Šo interviju veikt bija visgrūtāk, jo nebija pārliecības, ka cilvēks vēlas vai uzskata, ka viņam ir, ko stāstīt par savām pieredzēm, sajūtām un pārdomām par miršanu un nāvi PA nodaļā.

Datu apstrāde

Ierakstīšana un transkribēšana

Sarunu ierakstīju 1 vai 2 no šīm ierīcēm: mans mobilais telefons, mp3 atskaņotājs un diktofons. Visi ieraksti bija labā kvalitātē. Visas ierīces pārbaudīju vakarā pirms intervijas, lai pārliecinātos, ka tās ir uzlādētas. Ir svarīgi saglabāt audioierakstus uzreiz pēc intervijas. Man šie ieraksti šobrīd stāv 4 ierīcēs — manā mobilajā telefonā, mp3 atskaņotājā, personiskajā datorā un ārējā cietajā diskā, gadījumā, ja kāda no tām pēkšņi saplīst. Pēc diplomdarba aizstāvēšanas audioierakstus dzēsīšu.

Uzmanīgi jāizvēlas telpa, kurā notiks klātienē intervija, lai būtu pēc iespējas mazāk fona trokšņu, kas traucē saklausīt manu un pētījuma dalībnieka teikto gan intervijas laikā, gan arī ierakstā. Ierakstīšanas iekārta jānovieto tā, lai var pēc iespējas labāk uztvert pētījuma dalībnieka teikto. Veicot daļēji strukturētas intervijas ar sagatavotu jautājumu sarakstu, es diezgan ātri ierakstā spēju atpazīt jautājumu, kas tiek uzdots, ja arī tas nav tik skaidri saklausāms. Savukārt pētījuma dalībnieks var būt svešs cilvēks, kura izruna, intonācija, vārdu lietojums, runas temps, humora izjūta man var būt nepazīstama, kas arī apgrūtina transkribēšanu nekvalitatīva ieraksta gadījumā. Tā kā ierīces, kuras izmantoju, stāv uz galda starp mani un pētījuma dalībnieku, ir svarīgi pievērst uzmanību, vai arī uz galda neatrodas kaut kas, kas var radīt skaņu, kas traucē veikt ierakstu. Reizēm tā var būt pildspalva, kuru izmantoju veicot pierakstus, reizēm tas var būt pētījuma dalībnieks, kurš uzsit pa galdu, lai uzsvērtu sevis teikto. Katru reizi, kad redzu, ka dalībnieks uzsit pa galdu, es iekšēji nopūšos, jo zinu, ka no šīs skaņas nobīšos transkribējot.

Šajā pētījumā es reti varēju izvēlēties, kādā telpā notiek intervija, bet, par laimi, telpa, kurā notika visas, izņemot 1 klātienē interviju, bija klusa un maza, tāpēc ieraksti iznāca kvalitatīvi. Interviju ieraksti, kas notika telefoniski vai *Whatsapp* platformā, ir nedaudz sliktākas kvalitātes tehnisku problēmu dēļ, piemēram, vāja interneta savienojuma vai izmantoto skaļruņu dēļ.

Klātienē intervijās ierakstu apturēju tikai tad, kad pētījuma dalībnieks bija izgājis no telpas, jo reizēm pēc intervijas beigām tiek pārrunātas vēl kādas būtiskas lietas nedaudz atbrīvotākā gaisotnē. Ir gadījumi, kad esmu nožēlojusi, ka pārāgri izslēdzu diktofonu, jo ne vienmēr šķiet adekvāti atkal lūgt atļauju to ieslēgt. Tas var pārtraukt sarunas plūdumu un padarīt situāciju neveiklu. Kad interviju esam beiguši, pētījuma dalībnieki mēdz pajautāt, kāpēc man personiski interesē attiecīgā tēma. Mans skaidrojums parasti izraisa vēl papildus reflektēšanu no pētījuma dalībnieka puses.

Audioierakstus transkribēju, izmantojot bezmaksas transkribēšanas programmu *Listen'N'Write*. Veicu pilnus transkriptus jeb transkribēju gandrīz vārds vārdā, izlaižot brīžus, kad pētījuma dalībnieks pārsakās vai atkārtō vārdus. Stundu gara audioieraksta transkribēšana prasa aptuveni piecas stundas darba. Tas ir atkarīgs no ieraksta kvalitātes un pētījuma dalībnieka runas tempa. Pilni transkripti ir noderīgi, lai iepazītos ar pētījuma dalībnieka uzskatiem un pieredzēm vēl vienā veidā – rakstiski. Tekstu ir vieglāk pārskatīt, sadalīt fragmentos un kategorizēt jeb kodēt.

Kodēšanas un analīzes process

Iegūto datu kodēšana nozīmē to, ka tekstuālie, audiālie un vizuālie dati, kas ir iegūti laukā, tiek pārskatīti, sadalīti fragmentos un kategorizēti, lai atklātu būtiskas tēmas, kas atrodamas pētījuma dalībnieku teiktajā, kā arī citā iegūtajā informācijā. Kodēšanai izmantoju programmu *Atlas.ti*, kas ļauj vieglāk apkopot, kārtot un pārkārtot kodus un citātus.

Pirms kodēšanas uzsākšanas izveidoju kodu “grāmatu”, kurā iekļāvu kodus, kas attiecas uz pētnieciskajiem jautājumiem un interviju vadlīnijām. “Grāmatā” ir aprakstīts, kādus teksta fragmentus paredzēts apzīmēt ar šo kodu. To ir svarīgi izdarīt, lai kodēšana notiktu pēc iespējas konsekventi. Protams, atklājot tēmu, kas pētījuma dalībnieku stāstītajā atkārtojas vai parāda interesantas uzskatu niansas, par kurām nebiju iedomājusies, “grāmatai” pievienoju jaunu kodu. Kodu grāmata atgādināja katra izveidotā koda nozīmi, kas arī ļāva skaidrāk noteikt, ar kuru kodu teksta fragmentu apzīmēt. Tas novērsa problēmu, ar kuru esmu saskārusies iepriekš – vieni un tie paši interviju fragmenti atkārtojās vairākos kodos. Tas palielina pārskatāmo citātu skaitu. Šoreiz kategorizēto citātu pārskatīšana prasīja mazāk laika. Pārlasot citātus, tos uzreiz aprakstīju un sāku analizēt. Tos citātus, kas visspilgtāk parāda tēmu, kas atkārtojās ar citu pētījuma dalībnieku teiktajā, tos es iekļāvu analīzes tekstā. Vairākus citātus iekļāvu, jo tie bija

vienīgie, kas pievērsās interesantai tēmai. Ja arī attiecīgo tēmu ir pieminējis tikai viens cilvēks, tas nenozīmē, ka to nav vērts apskatīt tuvāk un izvērst. Reizēm tas ļauj veidot noderīgu kontrastu starp viedokļiem, lai parādītu to dažādās nianšes, kā arī ļauj pamanīt to, ko citi nav pateikuši.

Datu analīze notika iteratīvi, jo tā tika saskaņota ar teorijas nodaļas rakstīšanu un pārrakstīšanu. Šādu pieeju izvēlējos, jo, lasot, kārtojot un aprakstot intervijās iegūtos datus, raisās jaunas pārdomas par pētījumā apskatītajām tēmām. Pētījuma dalībniekiem svarīgās tēmas nevar paredzēt pirms datu vākšanas, tāpēc arī nav skaidrs, kāda teorētiskā pieeja, koncepti un nianšes būs vispiemērotākās.

Pētījuma ētiskā pieeja

Lai veiktu lauka darbu PA nodaļā, man bija jāsaņem ētikas komitejas atzinums, ka to drīkstu darīt. Izvēlējos savu pieteikumu iesniegt Rīgas Austrumu Klīniskās slimnīcas ētikas komitejai. Man bija jāiesniedz iesniegums mācību pētījuma izvērtēšanai, pieteikums akadēmiskā pētījuma veikšanai, konfidencialitātes apliecinājums, informētās piekrišanas veidlapa un pētījuma protokols. Šajos dokumentos man bija jānorāda mani pētnieciskie mērķi, metodes, ar kurām grasos šos mērķus sasniegt, veids, kādā nodrošināšu pētījuma dalībnieku informētu piekrišanu, kā arī jāsniedz potenciālu risku un ieguvumu analīze.

Amerikāņu Antropologu asociācijas (AAA) (2012) ētikas vadlīnijās norādīts, ka galvenais antropoloģijas pētnieciskās ētikas princips ir nenodarīt kaitējumu. Tas nozīmē izvērtēt potenciālos veidus, kā antropologs var nodarīt kaitējumu pētījuma dalībniekiem, piemēram, aizskarot cieņu, nodarot kaitējumu ķermenim vai materiālajai labklājībai. Pieteikumā norādīju, ka pētījums nerada tiešus fiziskus/psiholoģiskus riskus pētījuma dalībniekiem, taču ir trīs cita veida potenciālie riski, ko pētījums var radīt. Var tikt apdraudēta (1) pētījuma dalībnieku autonomija, (2) pētījuma datu aizsardzība, anonimitāte un konfidencialitāte. Anonimitātes un konfidencialitātes neievērošana var novest pie tā, ka pētījuma dalībnieku teikto atpazīst datu analīzes daļā un viņu teiktais tiek izmantots pret viņiem vai apdraud savstarpējas personiskās un profesionālās attiecības. Vēl viens potenciālais risks pētījuma dalībniekiem ir tas, ka (3) nāves izpratne var būt sensitīva tēma, kas rada nepatīkamus emocionālus pārdzīvojumus pētījuma dalībniekiem.

Lai nodrošinātu pētījuma dalībnieku autonomiju, dalība pētījumā bija brīvprātīga. Pētījuma dalībnieki tika informēti, ka viņiem ir tiesības pārtraukt dalību pētījumā līdz datu apstrādes beigām aprīļa beigās vai maija sākumā, nesniedzot nekādus izskaidrojumus.

Pētniecei ir jānodrošina pētījuma dalībnieku anonimitāte un konfidencialitāte, lai cilvēks ir brīvs atklāti paust savas domas un pieredzes un lai ir pēc iespējas mazāka iespējamība, ka

dalība pētījumā atstāj negatīvu iespaidu uz to, kā cilvēku uztver profesionālajā kopienā (AAA, 2012). Lai mazinātu risku nodarīt kaitējumu, antropoloģei ir jābūt atklātai un godīgai saistībā ar savām pētnieciskajām interesēm un mērķiem, pētījuma norisi, tā plānoto iznākumu, kā arī jāinformē par izmaiņām iecerētajā, ja tas notiek. Ņemot vērā PA darbinieku salīdzinoši nelielo skaitu Latvijā, visi pētījuma dalībnieki un attiecīgā darbavieta tika anonimizēta, izmantojot pseidonīmus, kurus tikai pētniece var atšifrēt. Lai vēl vairāk aizsargātu pētījuma dalībnieku identitāti, tika dzēsta jebkāda paskaidrojošā informācija (piemēram, specifisku situāciju apraksti) un identitātes dati (piemēram, izglītības vieta), šādi panākot, ka gadījumos, kad pētījumā izmantoti citāti, ir pēc iespējas mazāka varbūtība identificēt pētījuma dalībniekus. Rokrakstā veiktās piezīmes nesatur nekādu personas/institūcijas identifikācijas informāciju. Datu analīzē pētījuma dalībniekus sauca par speciālistiem vai pētījuma dalībniekiem, īpaši neuzsverot katra profesiju, amatu un darba uzdevumus. Visiem pētījuma dalībniekiem nav vienādas pieredzes un vienota attieksme par darbu PA nodaļā, bet katra individuāla pētījuma dalībnieka teikto saistu ar vispārīgāku aprakstu, lai pēc iespējas nodrošinātu anonimitāti un konfidencialitāti vienas nodaļas kolēģu starpā.

Manā pētījumā pētījuma dalībnieki ir kolēģi, kuri vairāk vai mazāk viens otru pazīst. Lai arī ievērot anonimitāti ir sarežģītāk, jo pētījuma dalībnieki, kuri pētījumā iesaistīja arī savus kolēģus, zina vai nojauš, kurš ir intervēts, tomēr, kā jebkurā pētījumā, ir jāievēro konfidencialitāte, tāpat mans pienākums ir datus izklāstīt tā, lai nav skaidrs diplomdarbā ievietotā citāta autors vai arī nav atpazīstami personiski atgadījumi, ja arī tie ir atstāstīti ar maniem vārdiem. Anonimitāte un konfidencialitāte ir svarīga, lai neatklātu informāciju, kas pētījuma dalībniekus varētu būtiski negatīvi ietekmēt attiecības nodaļas kolektīvā. Bija gadījums, kad pētījuma dalībnieks jokojot jautāja, vai viņa atbildes sakrīt ar konkrēta kolēģa atbildēm. Protams, to es nedrīkstēju atklāt.

Pastāv risks, ka audiofaili un manas piezīmes pazūd vai noplūst un ka tās nonāk tādu cilvēku rokās, kuri ļaunprātīgi vai nejauši tos izmanto veidos, kas apdraud pētījuma dalībnieku anonimitāti un konfidencialitāti. Tāpēc ir svarīgi uzglabāt savus lauka darbā iegūtos datus drošā un failiem piemērotā veidā (Bernard, 2011). Es izvairos failus glabāt internetā, tā vietā izvēloties tos glabāt personiskajā, stacionārajā datorā un ārējā cietajā diskā. Informētajā piekrišanā ir jānorāda, kas ar datiem tiks iesākts (AAA, 2012). Es datus grasos izmantot tikai šī diplomdarba rakstīšanā. Ja vēlēšos datus izmantot arī pēc diplomdarba aizstāvēšanas, es atkal sazināšos ar šī pētījuma dalībniekiem, lai pārrunātu turpmāko datu lietojumu. Ja pētījuma dalībnieki neļaus man šos datus lietot, es to arī nedarīšu.

Nāve un miršana tiek uzskatītas par sensitīvām tēmām, turklāt pētījuma dalībnieki atklāja personiski emocionālus pārdzīvojumus. Līdz ar to šajā jautājumā īpaši liela nozīme tika

pievērsta ētiskajai integritātei un pētījuma caurskatāmībai. Ar pētījuma dalībniekiem tika izmantota skaidra un atvērta saziņa, uzsverot, ka dalība ir brīvprātīga. Man bija svarīgi, ka intervijās pētījuma dalībnieki jūtas droši un ka intervijas beigās viņi ir pēc iespējas labākā emocionālajā stāvoklī. Lielbritānijas un Nāciju Sadraudzības (*Commonwealth*) ASA (2011) ētikas vadlīnijās pieminēts arī tas, ka pētniecei jāizvairās no nevajadzīgas iejaukšanās pētījuma dalībnieku privātajās dzīvēs un telpā, jo viņai nav tiesību pētīt visu, ko vēlas. Mans mērķis savā pētījumā bija uzzināt pētījuma dalībnieku pieredzes, sajūtas, pārdomas par nāvi viņu profesionālajās dzīvēs. Lai arī, protams, profesionālo ne vienmēr var tik kategoriski nošķirt no privātā, es nejautāju par viņu pieredzēm saistībā ar nāvi viņu privātajās dzīvēs tāpēc, ka par to es viņus iepriekš nebiju informējusi.

Pastāv risks, ka pētījuma dalībnieki ir piekrituši intervijai trešo pušu spiediena ietekmē, nezinot, par ko ir pētījums un kādi ir viņu pienākumi un tiesības. Ir risks, ka man un pētījuma dalībniekiem ir dažādi priekšstati par pētījuma norisi. Tāpēc pētījuma veikšana ietver pētījuma dalībnieku informētu piekrišanu un visas nepieciešamās atļaujas no iesaistītajām institūcijām (AAA, 2012). Lai arī esmu pieredzējusi dažādu attieksmi pret informētās piekrišanas veidlapām, ir svarīgi, ka nosacījumi un iespējas ir laicīgi pārrunāti un ir dalībniekiem pieejami arī pēc intervijas. Piekrišanai nav obligāti jābūt teksta vai parakstīta dokumenta formā. To var dot arī audio ieraksta veidā vai elektroniskā saziņā. Piemēram, manā pētījumā attālinātās intervijās informētās piekrišanas veidlapas pētījuma dalībnieki bija savlaicīgi saņēmuši e-pasta vēstulē, un es katra intervijas ieraksta sākumā atkārtāju veidlapā minēto.

Antropoloģei jāņem vērā varas attiecības un intereses pētījumā iesaistīto pušu starpā (AAA, 2012). Tas ietekmē to, kāda attiecību dinamika veidojas starp pētnieci un pētījuma dalībniekiem, kādi dati būs pieejami, kādas ir sekas dalībai pētījumā, kas tiks iesākts ar datiem. Pētījuma dalībnieku intereses ir prioritāras, tāpēc tās jebkurā gadījumā ir svarīgākas par zināšanām, kuras pētniece ir guvusi laukā. Datu analīzē es izlaižu, manuprāt, interesantas atziņas, ja neatrodu drošu veidu, kā to paust, neapdraudot pētījuma dalībnieka anonimitāti un konfidencialitāti.

Pastāv arī risks, ka pētījuma dalībnieki nesaņem atgriezenisko saiti no pētnieces par pētījuma rezultātiem. Pētījuma rezultātiem jābūt pieejamiem pētījuma dalībniekiem (AAA, 2012). Tas veicina pētnieces atbildību pret pētījumā iesaistītajiem cilvēkiem caur to, kādu informāciju viņa atklāj publiski un kādā veidā. Jāņem vērā, ka pētījuma rezultāti var tikt interpretēti dažādos veidos. Aplamas interpretācijas centīšos novērst ar skaidru valodu un atklātu pētījuma norises izklāstu. Pēc diplomdarba aizstāvēšanas to elektroniskā formā nosūtīšu pētījuma dalībniekiem, ar kuriem sazinājos elektroniski. Tiem, ar kuriem sazinājos telefoniski, nosūtīšu ziņu, ka varu nosūtīt diplomdarbu viņiem ērtākā veidā, ja viņus tas interesē.

Pētnieces pozīcionalitāte

Manuprāt, manā novietojumā laukā svarīgas bija 3 manas identitātes aspekti. Es esmu gados jauna, es esmu sieviete, un es esmu studente. Kad pētījuma dalībnieki pieminēja savas pirmās pieredzes, darbā saskaroties ar nāvi vai par to mācoties, viņi nereti salīdzināja ar to, ko pieņem par manu tagadējo stāvokli, sakot “kad es biju Jūsu vecumā”. Tomēr tas, ka mani uzrunāja uz Jūs, arī ir svarīgi. Tas norādīja uz pieklājību, formālas distances ievērošanu, attieksmi pret mani kā pret vērā ņemamu cilvēku, iespējams, pat ekspertu, neņemot vērā manu vecumu. Manu vecumu pieminēja arī tad, kad pētījuma dalībnieki runāja par to, ka par nāvi jau jaunie parasti nedomā, bet tā aktuāla kļūst vecumā. Viņi gan piemetināja, ka ir labi, ka tam pievēršas arī jaunie, šajā gadījumā es.

Es pieļauju, ka sava ietekme ir tam, ka esmu sieviete, bet nezinu, cik lielā mērā. Lielākā daļa no pētījuma dalībniekiem arī ir sievietes, bet dzimtei specifiskus jautājumus pārrunājām tikai vienreiz ar vienu no vīriešiem, kas piedalījās pētījumā. Pieļauju, ka tas, ka esmu sieviete, man un intervētajām sievietēm varēja neparādīt kādus būtiskus PA aspektus, kurus uzskatījām par pašsaprotamiem. PA ietilpst aprūpes kategorijā, kas Latvijā tomēr vairumā gadījumu gan profesionāli, gan personiski ir sieviešu pārziņā. Šajā pētījumā ar šiem pētījuma dalībniekiem es īpaši nevarēju apskatīt, kā dažādie rūpju darbi izpaužas vai tiek uzsvērti dažādu dzimšu cilvēku pieredzēs.

Kad, sazvānoties ar pētījuma dalībniekiem, gribēju atgādināt par to, kas es esmu un kāpēc zvanu, es sāku ar to, ka esmu “tā studente, kura ar Jums runāja iepriekš” vai “tā studente, kura pēta nāvi PA” pirms pateicu savu vārdu un uzvārdu. Es sāku ar to, ka esmu studente, jo pieņēmu, ka manu vārdu un uzvārdu arī var aizmirst starp visiem pacientu un viņu tuvinieku, svešu kolēģu vai žurnālistu vārdiem. Savukārt studentes statuss mani ieliek konkrētā kategorijā, kuru, iespējams, ir vieglāk atcerēties, ja iepriekš jau esmu uzrunājusi diplomdarba pētījuma sakarā. Nenoliegšu, ka uzsvēru šo statusu, jo jau iepriekš biju sapratusi, ka studentes statuss var radīt piekļuvi laukam, kur jau profesionāliem pētniekiem būtu grūtāk piekļūt. Protams, tāpat var būt arī pretējā gadījumā. Šķiet, ka studentes statuss par mani radīja arī mazāk draudīgu priekšstatu. Domāju, ka sava ietekme bija arī manam izskatam. Uz intervijām es ierados džinsu biksēs un vienkāršā, vienkāršainā džemperī, ar brillēm un mugursomu. Varbūt tas arī savā stereotipiskā veidā norādīja, ka esmu gados jauna studente. Manuprāt, manā izskatā nebija nekā neparasta vai aizdomīga.

Daži pētījuma dalībnieki teica, ka man *izpalīdzēšot* ar dalību pētījumā. Vienā gadījumā, kad jautāju, vai attiecīgā persona ir ieinteresēta dalībā šajā pētījumā, saņēmu atbildi, ka persona nav ieinteresēta, bet *izpalīdzēs*. Tas norāda gan uz to, ka tiek pieņemts, ka es kā studente ieņemu neaizsargātu, nedrošu pozīciju dzīvē, tāpēc man vajag palīdzību tikt galā ar studiju dzīves

apgrūtinājumiem. Šķiet, ka savā veidā te strādā stereotips par nepaēdušo un nabadzīgo studentu, kurš it kā ir pieaudzis, bet joprojām ir atkarīgs no citiem pieaugušajiem. Otra lieta, uz ko šī *izpalīdzēšana* rāda, ir tas, ka mūsu pētnieka un pētījuma dalībnieka attiecības netiek uztvertas kā recīprocējošas. Precīzāk, pētījuma dalībnieki pieņēma, ka šajās attiecībās es būšu vienīgā labuma guvēja un ka mans diplomdarbs nedos nekādu labu viņu pašu darbam vai sevis un pasaules izpratnei. Protams, nav tā, ka es šādu attieksmi saņēmu no visiem vai arī ka *izpalīdzētāji* citos savos izteikumos nenorādīja, ka ir ieinteresēti vēlāk izlasīt, ko tad es būšu atklājusi, tomēr šī vārda lietošana liek pārdomāt varas attiecības un arī to, ko es tālāk iesāksu ar pētījuma rezultātiem.

Svarīgi ir arī tas, ka esmu tieši antropoloģijas studente. Interesanti, ka sākotnēji daži no pētījuma dalībniekiem pieņēma, ka studēju māszinības. Es viņiem atbildēju, ka studēju antropoloģiju, kas ir sociālā zinātne. Viņiem par antropoloģiju vai par manu pētniecisko pieeju, vai plāniem saistībā ar datiem vairs nebija jautājumu. Arī veicot priekšizpēti Latvijas Universitātes e-resursu repozitorijā, nonācu pie secinājuma, ka liela daļa diplomdarbu, kas ir rakstīti par PA un/vai nāvi, ir māszinību studentu rakstīti. Nav nemaz tik daudz diplomdarbu, kas PA un/vai nāvi apskatītu, izmantojot sociālo zinātņu prizmu. Tajā pašā laikā man šķiet, ka domas un sarunas par nāvi un PA ir pārņēmušas manas domas, un šķiet jocīgi dzirdēt, ka pētījuma dalībnieki man saka paldies, ka es par šīm tēmām interesējos, it kā neviens cits neinteresētos. Ir viegli aizmirst, ka tas, kas interesē mani, var neinteresēt citus.

Savā ziņā ir svarīgi, ka esmu latviete. Gandrīz visi pētījuma dalībnieki, kurus manā vietā sarunāja, ir latviski runājoši. Bija gadījums, kad jautāju, vai ir vēl kāds kolēģi, kuri strādā attiecīgajā dienā, kad esmu nodaļā, bet man atbildēja, ka viņi pārsvarā runā krieviski. Arī pētījuma dalībnieki izdarīja pieņēmumus par mani, kas šajā gadījumā bija pareizi — es nerunāju krieviski. Mana valodu (ne)prasme Latvijā pagaidām ietekmē to, kuri cilvēki ir gatavi runāt ar mani un ar kuriem esmu gatava runāt es.

Iesniegumā ētikas komitejai norādīju, ka tas, kāds labums pētījuma dalībniekiem būs no mana pētījuma, ir tas, ka veidošu pienesumu diskusijai par PA Latvijā, kā arī rekomendācijas PA nodaļas darbībai. No vienas puses, tas rada patīkamu atbildības sajūtu un pārbaudījumu, ka man pirmo reizi būs jāmēģina pētījuma dalībniekiem sniegt kāda praktiskāka palīdzība, ka es sniegšu ne tikai iespēju nepazīstamam cilvēkam vienreiz izstāstīt savus pārdzīvojumus un tad par to aizmirst, bet kaut ko, iespējams, paliekošāku. No otras puses, atbildība rada šaubas arī par savām spējām sniegt kaut ko vērtīgu. Šķiet, ka rekomendācijas arī ir tipisks piedāvājums, kad no pētnieka prasa kādu praktisku rezultātu, kuru pētījuma dalībnieki varētu izmantot savā labā. Šķiet, ka rekomendāciju rakstīšanā vienmēr ir risks aizvainot tos, uz kuriem tās attiecas. Ir arī grūti sevi redzēt ekspertes lomā.

Sensitivitāte

Stāstot kursabiedriem un saviem pasniedzējiem par to, ka vēlos pētīt nāvi savā diplomdarbā, visi teica, ka tā būs laba/interesanta/svarīga tēma, bet ka būs ļoti emocionāli smagi. Es biju tik ļoti koncentrējusies uz savu spēju pierādīšanu, ka neiedomājos par to, ka man pretī varētu nebūt cilvēks, kurš vēlas runāt par nāvi. Saprātu, ka man ir vairāk jāpadomā par to, ka cilvēki varētu negribēt runāt par sensitīvām tēmām, kā arī par to, ka viņi varētu negribēt par to runāt ar mani — ar nepazīstamu cilvēku. Kā norādīja mana mamma, pastāv risks arī justies kā “laboratorijas zaķītim”, kas tiek izmantots tikai manas pētnieciskās ziņkāres apmierināšanai, mana labuma gūšanai. Kā norādīju iepriekš saistībā ar izpalīdzēšanu, ar šādu attieksmi līdz šim nesaskāros.

Miršanu, nāvi, mirstošus cilvēkus, kā arī tuvinieku un, iespējams, arī aprūpētāju pieredzes ir pieņemts uzskatīt par sensitīvām tēmām. Borgstroma un Ellisa (2020) savā refleksīvajā un dziļi personiskajā rakstā apcer to, cik lielā mērā sensitivitāte spēlē svarīgu lomu viņu darbā – nāves un miršanas pētniecībā PA. Viņām regulāri jāsaskaras ar plaši izplatītu pieņēmumu, ka nāves pētījumi ir “pēc būtības (*inherently*) sensitīvi”, un/jo “iekļauj viegli ievainojamus (*vulnerable*) pētījuma dalībniekus” (Ibid.; p.1). Tas tiek atkārtots pētījuma pieteikumos, iesniegumos ētikas komitejai un akadēmiskās publikācijās. Nāves pētījumos bieži vien piedalās mirstoši cilvēki, kuri paši par sevi tiek uzskatīti par viegli ievainojamiem un tādiem, kuri nespēj sevi aizstāvēt. Pētniece ir tā, kura var nodarīt kaitējumu, tāpēc jau tā “ievainotais” pētījuma dalībnieks ir jāsargā. Ievainojamība ētikas komiteju un citu ar pētniecību saistītu institūciju vidē parasti tiek uzskatīta par kaut ko sliktu, jo to saista ar pētījumu dalībnieku izmantošanu. Ievainojamību jācenšas novērst ar plānošanu, ar potenciālo risku paredzēšanu un menedžēšanu. Tomēr arī šo risku novēršana prasa specifiskus apsvērumus un rīkus. Kā norāda Borgstroma un Ellisa, svarīga ir informētība un līdz ar to informētā piekrišana, nevis potenciālo sajūtu apcerēšana.

Šī raksta centrālā tēma ir pētnieces ievainojamība, kurai tiek pievērsts maz uzmanības. No viņas gaida reflektēšanu par savu vietu laukā, par iespaidu, kuru pašas personība un pētījuma mērķis un metodoloģija atstāj uz pētījuma dalībniekiem individuāli un arī kolektīvi, tomēr mazāk tiek runāts par to, kādu iespaidu lauks, pētījums, pētījuma dalībnieki atstāj uz pētnieci.

Lai arī savā pētījumā intervēju cilvēkus, kuri strādā ar mirstošajiem, nevis mirstošus cilvēkus, tomēr šis raksts ir atbilstošs arī tam, ar ko es saskāros šī pētījuma laikā, turklāt pirmo reizi. Šī diplomdarba pētījuma ietvaros es esmu raudājusi gan lasot akadēmisko literatūru, gan arī interviju laikā, jo regulāri sastapos ar vispārīgām, abstraktām analīzēm, kā arī ar konkrētu atgadījumu pārstāstiem. Šo visu lasot un dzirdot, es centos iejusties, iztēloties, kā dažādas iesaistītās personas (paši mirēji, tuvinieki, aprūpes personāls, pētnieces) varēja justies,

saskaroties ar miršanu un nāvi. Man ir žēl cilvēku, kuriem ļoti sāp, kuriem nav naudas, lai situāciju uzlabotu, kuriem nav tuvinieku, kuri varētu viņiem palīdzēt. Man ir bail šo pētījumu padarīt par savu žēluma/žēlsirdības pornogrāfiju, kurā es pieņemu, ka izrādu cēlsirdību, pievērsoties šīm tēmām, vai arī kurā es varu izjust spēcīgas emocijas un tad šīs situācijas pamest, kad man paliek par grūtu vai kad apnīk. Arī Borgstroma un Ellisa (2020) stāsta par savu nedrošību tajā, ko citi varētu padomāt par viņu izvēli pētīt nāvi un ko tas pasaka par viņām kā morālām personām.

Ne tikai sabiedrībai, bet arī man ir problēmas runāt par nāvi. Pirmajā intervijā tikpat kā neuzdevu jautājumus, kuri konkrēti bija par nāvi. Pēc tam sapratu, ka arī pēc akadēmiskās literatūras iepazīšanas joprojām jutos tā, it kā interese par cilvēku pārdomām saistībā ar nāvi būtu fatālistiska mana personības izpausme. Vienmēr ir neērti un bail sarunāt interviju un to gaidīt, tomēr intervijas laikā parasti kļūst vieglāk. Reizēm gan pienāk brīdis, kad jūtu, ka tomēr nevaru pajautāt tieši to jautājumu, kas mani interesē. Negribu cilvēku apgrūtināt, aizkavēt. Varbūt arī pašai bail par to runāt.

Borgstroma un Ellisa (2020) raksta, ka antropoloģijā arī pierasts iekļaut pētnieču pašu personiskās pieredzes, kas, iespējams, sapludina profesionālās dzīves ar privātajām un traucē pārdomāt to, kā laukā pieredzētais ir mainījies pašas personiskās sajūtas un domas par sevi. Pētījumā pieredzētais lika man netieši pieredzēt nāvi no dažādiem skatupunktiem, tas lika man iztēloties manu tuvinieku nāvi un kādas sajūtas tas man radītu un, iespējams, radīs. Un man ir bail. Man ir bail no tā, ka to jutīšu *pa īstam*, personiski. Mani biedē visi praktiskie lēmumi, kas ir saistīti ar miršanu un nāvi. Tāpat attālinātā darba vai studiju laikā es mēdzu aiziet uz blakus istabu, lai tikai pārliecinātos, ka mans dzīvesbiedrs ir dzīvs. Nav tā, ka šīs domas man radušās tikai pētījuma laikā. Pētījums vienkārši šīs domas padara regulārākas un daudzveidīgākas. Nāve šobrīd nešķiet mana realitāte. Tā eksistē, bet kaut kur aiz stikla. Es to novēroju, bet tā tik ļoti neattiecas uz mani personiski. Turklāt tas, kas ir aiz stikla, ir citu vērojumi, uzskati, sajūtas par nāvi, nevis pati nāve.

Atgriežoties pie Borgstromas un Ellisas (2020) raksta, viņas norāda, ka, lai arī pētnieces refleksivitāte ir analītiski, sociāli un psiholoģiski vērtīga, tomēr tā var izpausties arī kā pašpieskatīšana, pašdisciplinēšana, kaitējuma menedžēšana, iespējams, ka arī novēršana. Pastāv tāda “netverama sava-potenciāla-nodarīt-kaitējumu apzināšanās” (Ibid.; 9.lpp). Ar šo autore norāda uz to, ka refleksivitātei ir ierobežota spēja pasargāt pašu pētnieku no kaitējuma. Piemēram, man ētikas komitejas pieteikumā nelika norādīt, kā es personiski emocionāli tikšu galā ar nāves un miršanas pētniecību. Tam uzmanību pievērsa mani kursabiedri, darba vadītāja un mani tuvinieki. Lai arī es nepaspēju šo apzināšanos izjust tik spēcīgi kā apraksta autore, tomēr pētījumā, kurš notiek COVID-19 pandēmijas laikā un PA nodaļā, rada bailes nodarīt

fizisku kaitējumu. Arī runājot ar pētījuma dalībniekiem un uz klausot arī viņu personiskās pieredzes ar nāvi, ar kurām viņi dalījās, raisīja bažas par to, kādā psiholoģiskā stāvoklī pētījuma dalībnieki būs pēc intervijas beigām. Vienu brīdi spriedzi radīja arī tas, ka īsti nesapratu, kā notiek ētikas komitejas atzinuma saņemšana un kas notiek tālāk.

Lauka ietekme turpinās ar tad, kad atgriežos mājās vai kad vispār beidzu lauka darbu. Nāk kārta audioierakstu transkribēšanai. Jāsaņemamas atkal pieķerties pie stāsta, ko pētījuma dalībnieks stāsta, atkal just aizkustinājumu, skumt tajā pašā stāsta daļā. Atšķirība tāda, ka, mājās transkribējot, var ļaut sev arī paraudāt, turpretī intervijas laikā aizkustinājuma dēļ ir jādara papildus emocionālais darbs, kontrolējot savu sejas izteiksmi un savas asarojošās acis.

DATU IZKLĀSTS UN ANALĪZE

Šajā nodaļā es analizēju PA nodaļas speciālistu teikto, izmantojot iepriekš aprakstīto konceptuālo perspektīvu. Vispirms analizēju speciālistu individuālās attiecības ar nāvi, tad turpinu ar viņu aprakstītajām sociālajām attiecībām ar nāvi, kur sīkāk apskatu, kā attiecības ar nāvi izpaužas speciālistu attiecībās ar pacientiem, ar kolēģiem, ar pacientu tuviniekiem, kā arī speciālistu novērojumos un vērtējumos par tuvinieku un pacientu, kā arī palātas biedru savstarpējām attiecībām. Tam seko apakšnodaļa par iemiesotajām attiecībām ar nāvi un tad telpiskajām attiecībām ar nāvi. No daļas beigās ir galveno ideju kopsavilkums.

Speciālista individuālās attiecības ar nāvi

Individuālajā dimensijā analizēju to, kā speciālisti skaidro savu attieksmi pret savu darbu PA nodaļā, viņu profesionālie priekšstati un prakses, attieksmi pret nāvi un to, kā speciālisti individuāli tiek galā ar darbā pieredzēto nāvi.

Pieradums

Darbā PA nodaļā daudzi no pētījuma dalībniekiem nonāca nejauši, sākot ar vispārīgas profesijas apgūšanu. Daži pat jautā — kurš gan šo darbu izvēlētos labprātīgi? Ir dzirdama nolemtības sajūta, ka neviens cits jau to nedarīs. Reizēm gan šajā nostājā parādās arī izredzētības sajūta. Gan nolemtība, gan izredzētība ir saistīta ar nāves pieredzēšanu. Tas, kuru aspektu speciālists izjūt vairāk, ir atkarīgs no saiknes, kas reizēm izveidojas ar pacientiem un viņu tuviniekiem, kā arī no nāves, kuru pieredz. Tā nāve, kuru uzskata par labu nāvi, liek speciālistam justies izredzētam, jo viņam bija ļauts uzzināt šī pacienta stāstu un pieredzēt viņa nāvi. Daži norāda, ka jebkurš to nevarētu.

PA var strādāt tas, kurš, uzkrājot pieredzi, ir pieradis saskarties ar mirstošiem un mirušiem cilvēkiem un ar to saistītajām norisēm. Reizēm pieredze tiek tieši saistīta ar speciālista vecumu. Veidojas tāda kā *izredzētā upura* mentalitāte, kuru raksturo redzējums, ka neviens (jauns) cilvēks negribētu un nespētu strādāt PA nodaļā, jo šeit ir daudz miršanas un nāves, bet kādam tas ir jādara, turklāt šim kādam jābūt profesionālai pieredzei un emocionālam rūdījumam.

Tomēr nav arī tā, ka visiem pētījuma dalībniekiem sakristu domas par pierašanu pie miršanas un nāves. B uzskata, ka jo biežāk pieredz nāvi, jo vieglāk to pieņemt:

B: “[C]ilvēks pierod pie visa [...] Ja dienā mirst 2-3 cilvēki, tad...tas pārvēršas par ikdienu, nevis kaut ko ekstrēmu, ka tev 1x gadā kāds nomirst nodaļā.

Nāve kļūst ikdienišķa, un ikdienišķais ir kaut kas, kas neizraisa uztraukumu un šoku. Pieradums esot vajadzīgs, lai spētu strādāt šajā jomā. Savukārt E ir neērti atzīt savu pieradumu pie miršanas un nāves:

E: “Nu nevar jau tā teikt, it kā pieradu, nu varbūt tā nevar teikt, bet es tā baigi domāju - tas ir mans darbs, to es esmu izvēlējusies nu jau gadu gadiem...nu kaut kā es to pieņemu, nu tas tā notiek, ka cilvēki mirst, nu tas tā ir. Vistrakāk ir jauni cilvēki. [...] Ir kādreiz, ka nobirst [iesmejas], es nesaku, ka nē. Ir arī smagi ar veciem cilvēkiem.”

Šis neērtais pieradums norāda uz nevēlēšanos, bet arī izjustu nepieciešamību nāvi uztvert kā kaut ko ikdienišķu. Šķiet, ka speciālists jūt, ka pierašana pie nāves nozīmē vienkāršotu reakciju, neiedziļināšanos, automātisku rīcību, kas nozīmē cieņas neizrādīšanu individuāla cilvēka pieredzēm un ciešanām. Tajā pašā laikā aprūpe ir speciālista darbs. Kā Rusas (2005) pētījumā, arī šeit redzams, ka speciālistiem savā darbā ir jāmeklē līdzsvars starp emocionālu iesaistīšanos pacienta raizēs un emocionālu distancēšanos, lai saudzētu sevi personiski, kā arī, lai atvieglotu darba pienākumu izpildi. Arī es pētījuma dalībnieku stāstos pamanu spriedzi starp uzskatu, ka darbs PA ir tikai darbs, un nosodījumu šādai pieejai. Speciālisti no kolēģiem prasa “atdevi”, kas izpaužas emocionālās rūpēs par pacientiem.

Kaut kādā mērā tas sasauca arī ar iepriekšējā citātā pausto *pieradumu*. Par to runāja Koksvika (2015), kura aprakstīja depersonalizāciju, speciālistu pieeju, kuru pacienta personas aspekti tiek ignorēti, tādā veidā emocionāli neiesaistoties pacienta dzīvē. Kā redzams B un E teiktajā, reizēm depersonalizācija tiek pieņemta brīvi, to neapšaubot, bet reizēm tā arī raisa vainas apziņu. Depersonalizācija ne vienmēr ir *ērts* process, jo ne vienmēr speciālisti atceras brīžus, kad būt empātiskiem. Speciālists reizēm jūtas vainīgs par to, ka nav iedomājies par konkrētu pacientu kā individuālu personu. Par to sev ir apzināti jāatgādina, un tas arī prasa piepūli, lai cik liela darba pieredze arī būtu. M norādīja, ka par savu attieksmi pret nāvi darbavietā aizdomājās tikai pēc mana uzaicinājuma uz interviju. Šķita, ka šī apzināšanās nāca ar tādu nelielu pašpārmētumu devu:

M: “ [pacienta] sievai es tur vēl varēju palīdzēt ar vēl kādu informāciju [...] nu, jo tu jau kaut ko ar to šoku jau esi izdarījis, nu, tādu jēdzīgu. Bet [iesmejas] otrs šoks man uznāca tad, kad es biju mājās, [...] Es tikai vakarā sapratu...nu par to pacientu, ka es tikai vakarā sapratu, ka viņš¹² ir miris! Īstenībā [iesmejas]. [...] ārprāts, tu vari būt kāds gribi profesionālis, un tu visu mūžu vienalga dabūsi ar to strādāt, un nekad nebūs tā, ka es pareizi noreagēju vai ka sevi saprotu [iesmejas].”

¹² Pasvītrots vārds, kuru pētījuma dalībnieks īpaši uzsvēra.

Studiju laikā nekas īsti nespēj sagatavot emocionālajai slodzei, ar kuru speciālisti saskaras darbā. Bieži vien vaina par šīm spēcīgajām emocijām tiek uzlikta uz speciālistiem pašiem, balstot to uz brīvu gribu profesijas izvēlē. Atbalstošais personāls noņem daļu slodzes darbā ar emocionālajiem pārdzīvojumiem, gan arī ļauj pašiem speciālistiem dalīties savās izjūtās, tomēr arī šī iespēja tiek izmantota neregulāri. Kā aizsargmehānisms laika gaitā izveidojas “profesionālā deformācija [sic]” (M), distancēšanās no individuālajām, sāpīgajām emocijām, ar kurām dalās pacienti un tuvinieki. Citi uzskata, ka pie nāves nekad nav iespējams pierast, jo tā ir katram pacientam individuāla. Nāve bieži vien tiek uzskatīta par īpašu notikumu, ja arī tā saistās ar nomāktību.

Laba darbadiena

Daļa speciālistu teica, ka darbs PA nodaļā bieži vien ir neparedzams. Šī neparedzamība ir nogurdinoša:

K: “Es teikšu ļoti godīgi, es...man tiešām ir liels gadu stāžs, bet pirms katras dežūras man ir tāds...nu, kā nemiers vai kas, jo tu nezini, uz ko tu ej un tu nezini, kas tevi sagaida. [...] jāiebrauc tajā visā uzreiz, ja, un tu nezini, tev nav šīs, jā, tev nododot maiņu, pasaka - tā, tā, tā, bet tā kā bija iepriekšējai maiņai, nākošajai var būt pilnīgi savādāk. Šeit nav vienādu situāciju!”

Kad jautāju par to, kāda ir laba darbadiena, vairums atbildēja, ka tā ir bez neparedzētiem pavērsieniem darba uzdevumos, kā arī bez pacientu nāves:

B: “Laba darbadiena ir, kad neviens nenomirst [smejas]. Tā ir ideāla dežūra. Kad tu vari aiziet mājās un teikt, ka manējie visi šodien palika dzīvi, un es viņus atstāju, cik vien labā stāvoklī iespējams.”

E: “Laba darbadiena ir, kad visus mēs nododam nākamajā rītā dzīvus. Tu izej cauri savam, posteni nodod, viss ir kārtībā, visi ir uz vietas.”

Arī PA nodaļā nāve ir kaut kas nevēlams, kas atstāj negatīvu iespaidu uz darba ritmu un arī uz speciālistu labsajūtu. Diena bez nāvēm ir apsveicama, jo tas nozīmē, ka speciālistu darbs ir rezultējies stabilā pacientu veselības stāvoklī. Lai arī PA nāve tiek pieņemta, šīs attiecības tik un tā var būt sarežģītas. Nāve ne vienmēr ir gaidīta.

Atbalstošajam personālam laba darbadiena ir neatkarīgi no tā, vai ir noticis kaut kas skumjš vai kāds ir nomiris. Laba darbadiena ir saistīta ar cerību pacientā, ka viss būs labi. Dzīve tiek dzīvota un novērtēta, par piedzīvoto ir prieks, nāve tiek pieņemta, un ir cerība, ka dzīve beigsies labi. Laba darbadiena ir par abpusējību, kad atvērtība un prieks nāk gan no pacienta, gan no speciālistiem. Labais ir dzīvīgumā un dzīvībā.

Labā nāve

Nāve var būt gaidīta un negaidīta, saprotama un nesaprotama. Ir pacienti, kuru nāves speciālistiem ir vieglāk pieņemt, un tādas, kuras grūtāk, kuras liek apšaubīt citus savus uzskatus, kas saistīti ar cilvēka dzīvi un jēgu. Nāvē vēlama ir pabeigtība, kārtība un atrisinājums. Par tiem, kuru dzīves nešķiet pabeigtas vai sakārtotas, ir lielākas skumjas. Dzīves nepabeigtību parasti saista ar jaunu cilvēku nāvēm. Piemēram, M laba nāve ir pēc labi nodzīvota mūža, kad ir padarīts viss, ko pacients vēlējies:

M: "ja cilvēks ir...nu kaut kā apzināti un jēdzīgi savu dzīvi [iesmejas] nodzīvojis [...] jā, man tā nāve, pirmkārt, laikam saistās ar...nodzīvotu mūžu [...]kaut kā liekas jēdzīgi, ja tu esi kaut ko, nez, samierinājies? ar to. [...] Laba miršana liekas ir, kad tu gan to dzīvi tiec [nodzīvot], gan arī tas, ka...tas, ka tu kaut kā mierīgi vari jau, ja ir viss padarīts...ko tu vēl [smejas]? Liekas tas trakākais ir, ka cilvēks nav kaut ko padarījis vai arī viņam liekas, ka nezina, kas ir jāpadara, un tad tāds izmisums sākas."

Ir arī vēl viens labs veids, kā nomirt, kuru piemin speciālisti. Tā ir pēkšņa nāve gados vecākiem cilvēkiem, kuru veselības stāvoklis ir relatīvi labs. Tā ir nāve, kura notiek, aizejot gulēt pēc garas darbdienas un nepamostoties. Ar labu nāvi veicas tikai dažiem:

A: "pēkšņa nāve, kas ir tikai 10%, katram desmitajam tikai būs. '!' [58:08] laikos mūki sauca par svētīgu nāvi, ka cilvēks '!' [58:12] nomirst vai tur aizmiegt gultiņā savā. Katram desmitajam tā laimējas, pārējie iet lielāku vai mazāku krusta ceļu.."

J: "Kā mēs zinām, ka tikai 10% cilvēku, ja, nomirst pēkšņā nāvē, tā saucamajā "karaliskajā nāvē". Kā saka, vai nu apguļas un nepamostas, vai iet, iet, nokrīt un ir pa galam. Nu tas ir brīnišķīgi. No viņu viedokļa, protams, tuviniekiem tas ir šoks. Bet 10% tomēr uz to iet ilgāku vai garāku ceļu, nu..."

Tie, kuri pieminēja šo "karalisko" jeb "10% nāvi", nepaskaidroja, kāpēc to tā sauc. A un J stāstītajā šī nāve parasti notiek, neatrodoties slimnīcā. Ir arī nāves slimnīcā, kuras šķiet kādu augstāku spēku nolemtas. Šķiet, ka speciālisti PA nodaļā pieredz tik daudz dažādu nāvju, tai skaitā tādas, kas ir ātras un vieglas, un tādas, kas prasa daudz ciešanu, ka to reizēm var izskaidrot vienīgi ar likteni, kas jau iepriekš noteikts. Lai cik arī speciālists censtos atvieglot ciešanas, tas ne vienmēr izdodas: "Tur daudz ko var teikt, kas kuram ierakstīts, kā kuram ierakstīts tai grāmatā." (K)

C un K norāda uz speciālistu lomu plašākos dzīvības un nāves procesos, redzot sevi kā starpnieku, kurš palīdz pacientam iziet neskaidro dzīvības un nāves starpposmu, kas ir PA nodaļā, lai arī pašiem pētījuma dalībniekiem tas nav nemaz tik patīkami: C: "Es uzskatu, ka tas ir liktenis. Ka mēs esam starpnieki starp zemi un debesīm, mēs esam tāds starpposms. Kādam tas ir jādara!"

Šķiet, ka liktenis tiek piesaukts neizskaidrojami ilgu pacienta ciešanu sakarā. Tad šķiet, ka mirstošais ir iesprūdis. Speciālists tad ir tas, kurš pacientu pavada ceļā un uz kuru var balstīties, tāpēc speciālistam darbā PA jābūt nosvērtam arī saspringtās situācijās, savas bailes nedrīkst izpaust. Jārīkojas pārliecināti un veikli, jo pacienti no speciālistiem to gaida. E: *“tai brīdī jāiet, jo, ja cilvēks ir pie samaņas, viņš jau uz tevi skatās, ko tu tagad darīsi.”*

No vienas puses, speciālistu pūliņi ir veltīgi, ja jau liktenis pacientam lēmis ilgu un mokošu nāvi. No otras puses, speciālisti tik un tā uzsver, ka veic savu darbu, cik vien labi to spēj, lai pacientiem radītu pēc iespējas labākus apstākļus miršanas procesā. Citi intervētie speciālisti neremdināmas ciešanas skaidro arī, uzveļot vainu pašam cietējam un viņa rīcībai dzīves laikā: *“Par cik te ir, kaut kā arvien vairāk ir tā sajūta, ka nekādu brīnumu jau nav - kā tu to visu dzīvi esi dzīvojis, tā arī tas atsaucas. [...] Brīnumi jau nav.”* (M)

Pacienta dzīves gājums speciālistu redzējumā ietekmē gan simptomu intensitāti un ilgumu, gan arī uz to, ka cilvēkam ir tuvinieki, kas ir klāt miršanas procesā un nāves brīdī. Speciālistu teiktajā redzams, ka labu nāvi veido gan laime un paveikšanās, gan arī apzinīgi nodzīvota dzīve. Dažiem laba nāve jānopelna, dažiem vienkārši paveicas būt vienam no “karaliskajiem” 10%:

B: “Bet nu laikam tas ir jānopelna. Laikam mēs esam kaut kur sagrēkojuši [iesmejas] iepriekšējā dzīvē, ka mums ir tik nesmuki...katrs taču grib, lai viņu notriec mašīna un viņam būtu skaista sarkana apakšveļa, lai viņš gulētu tā smuki, lai nebūtu izšķaidīts galvaskauss. Mēs jau visi tā, es jau arī ceru, ka es vecumdienās aiziešu gulēt un nepiecelšos, bet nu kādu es būšu to nopelnījusi, to mēs neviens nezinām.”

D: “tas iznāk kā veci cilvēki saka - laikam jaunībā kādu kļūdu [iesmejas] izdarījis, ka tā mokās.”

Nāve tiek izmantota kā indikators pacienta dzīves morālajai jēgai un pilnvērtīgumam. Piemēram, D pēc nāves vērtē arī pacienta raksturu: D: *“Citiem panika ir, bet citi ļoti mierīgi, klusi. Acīmredzot, kā kuram raksturs ir.”*

Eitanāzija un asistētā pašnāvība

Reizēm tomēr mirstošajam pacientam sāp tik ļoti, ka F sāk domāt, ka asistētā pašnāvība vai eitanāzija būtu piemērots risinājums, ja Latvijā tas būtu pieejams. Ar citiem par eitanāziju nerunājām. F norāda, ka ar šīm metodēm arī būtu jābūt ļoti piesardzīgiem, jo ir veidi, kā ar tiem var manipulēt, lai tuviniekiem no tā būtu lielāks labums, nekā tas būtu, pacientam nomirstot “dabiskā” nāvē. Lēmums gan būtu jāpieņem pašam pacientam. Ja pacients to nespēj, tad asistētā pašnāvība vai eitanāzija nebūtu jāveic:

F: "100%, viņam viss sāp, zāles viņam nepalīdz, un cik viņš nomocījās. Bija mums šāds pacients. Ne viens, bet...atcerējos šito labi. Viņš bija mierīgs, neko neprasīja. Stipri sāpēja, neko nepalīdzēja viņam gandrīz. Viņš mums nogulēja...laikam divas nedēļas. Viņš mocījās, mocījās, mocījās, un galu galā viss, nomocījās. Un šādā es domāju, ka tā eitanāzija, tas ir laba izeja."

Reizēm nāve var būt labāka par neremdināmām sāpēm un ciešanām. Literatūrā par PA principiem, kuru apkopojumu teorijas daļā, pārsvarā attieksme pret eitanāziju un asistētu pašnāvību ir noliedzoša (Inbadas et., 2019). Tāpat tas ir šajā PA nodaļā. Speciālisti ir nesaprašanā un pārdzīvo to, ka dažu pacientu miršanas process ieilgst, un viņi ilgstoši cieš, bet tikai viens ieminējās par papildu medicīnisku iejaukšanos. Pārsvarā valdīja uzskats, ka mediķi neko vairāk nevar iesākt, ka ciešanas ir likteņa varā. Tomēr nav jau īsti tā, ka nav nekā cita, ko mediķi nevarētu iesākt. Jā, Latvijā eitanāzija un asistēta pašnāvība nav legāla, tomēr tas neliedz par to domāt un runāt. H norāda, ka mediķi ir mācīti cilvēkus ārstēt, nevis nogalināt [sic]:

H: "Tas nav dabīgi. [...] Ārstam māca cilvēku ārstēt un glābt, bet viņu nemāca nogalināt. [...] Vajag sakārtot jautājumus par ne-reanimācijas pasākumiem smagi slimiem cilvēkiem, [...] Lai to pašu...aizgājēju vai mirstošo pacientu netraumētu, lai viņš mierīgi, nu, savā komforta zonā nomirtu."

Eitanāzija un asistēta pašnāvība tiek saistīta ar kaut ko, kas tiek darīts, lai cilvēkam (mērķtiecīgi) nodarītu pāri. Protams, nogalināšana var būt arī nejauša, tomēr šis vārds ir ar negatīvu konotāciju. Savukārt eitanāzijas un asistēta pašnāvība to aizstāvju vadībā veidotas kā cieņpilni veidi, kā beigt dzīvi.

Pēc pētījuma dalībnieku teiktā un neteiktā ir skaidrs, ka cilvēkam jāmirst "dabiskā" nāvē, lai kāda tā būtu. "Dabiskai" nāvei ļauj notikt, kad tā notiek, savukārt eitanāzijas veikšana ir mediķu iejaukšanās pacienta ķermeņa procesos. Tajā pašā laikā, "dabiska" nāve arī ir diskutējams apzīmējums, ja "dabiskā" nāvē iejaucas medikamenti. Ierastais dabas/kultūras vai dabas/tehnoloģiju iedalījums, kur dabiskais ir labs, tīrs, nesamaitāts, savukārt cilvēka radītais ir tas, kas morāli samaitā, ir problemātisks. Arī "dabiskai" nāvei vajag specifisku vietu, specifiskus apstākļus, specifiskus rīkus, lai atvieglotu cilvēka ciešanas. Arī "dabiskā" (labā) nāvē runā par tīrību, lai arī zināms, ka miršanas procesā cilvēks bieži vien vairs nespēj kontrolēt, piemēram, savu vēdera izeju vai arī ievērot higiēnas principus. Šķiet, ka ar "dabisku" nāvi cilvēku grib nošķirt no lietām, kas ietekmē un veido viņa dzīvi un viņu pašu.

I: "Nu, pēc iespējas varbūt tā, vienā teikumā, pēc iespējas tuvāk cilvēka dabīgajai tai dzīvei, cik nu viņu tas ir iespējams. Ir šī vide un medicīniski, cik vien ir iespējams, ir atviegloti visi tie simptomi, lai cilvēks pēc iespējas labāk var justies fiziski. Mhm. Un arī tāds, tiek apmierinātas visas pārējās vajadzības."

Labi, speciālisti uzskata, ka mediķi nedrīkst “paātrināt” pacientu nāvi, piemēram, izmantojot medikamentus, bet kā tiek vērtēta situācija, kad pacients pats sev vēlas padarīt galu? No 2 pētījuma dalībnieku teiktā skaidrs, ka pašnāvība nav pieļaujama arī tad, ja to veic mirstošs cilvēks.

C: “Teiksim, 2 reizes man bija tā, ka 1 paciente jau uz palodzes stāvēja. Es beidzamā minūtē ienācu. Un otrreiz arī bija, ka tuvojas palodzei, jau pārliekusies pāri bija. Mēs arī visu laiku kaut kur staigājam pa koridori. Domas tādas nelabas nāk galvā. Tas ir smagi. Raujot viņu saplīsa [apģērbs]. Toreiz es nedomāju. Lai plīst! Lai tikai es varu viņu dabūt. Tas ir tāds smags jautājums, jo tu jau nezini, kurā brīdī, kas cilvēkam notiek. Domas kādas tumšas. Ko viņš domā, kā tas ir.”

Savukārt A redzējumā pašnāvību veikšana norāda uz nepilnvērtīgās veselības aprūpes sistēmas darbību. Tomēr, ja jau daudzi PA nodaļā tik un tā mirst, tad kāda starpība, kāda veidā? Kāpēc “tumsās” domas netiek uztvertas par adekvātām lēmuma pieņemšanai? Kāpēc pašnāvība ir kaut kas slikts, nevēlams, vēl vairāk nevēlams nekā nāve slimības izraisītā noguruma dēļ? Šai diskusijai gan šeit nepietiks vietas diplomdarba ierobežotā apjoma dēļ.

Arī speciālisti pārdzīvo

Bieži vien pētījuma dalībnieki atstāstīja īpašas pieredzes PA nodaļā, kas ir palikušas atmiņā paša speciālista spēcīgo pārdzīvojumu dēļ. Kā norādīja Lambeks (2018), cita cilvēka nāve atstāj būtisku iespaidu arī uz paša dzīvi. Caur citu nāvēm cilvēks pietuvojas nāvei kā tādai. Lambeks gan runāja par to, kā viena cilvēka nāve atstāj dziļu iespaidu uz daudzu tuvinieku dzīvēm. Šajā diplomdarba pētījumā es runāju par pacienta nāves ietekmi uz individuāliem speciālistiem. Varētu domāt, ka Sinklēra (2010) atziņas vairāk atbilstu tam, ar ko es saskāros laukā. Viņš parāda, kā PA un hospisa personāls izjūt un mācās no pacientu miršanas procesa un nāvēm, veidojot garīgāku personisko dzīvi, kā arī optimistiskāku redzējumu par pasauli. Manā pētījumā daži speciālisti norādīja uz to, ka nāves pieredzes liek priecāties par pašu dzīvi un pasauli apkārt, tomēr, kā redzams G teiktajā, dažas nāves pieredzes liek apšaubīt to, kam savā dzīvē tic. G norāda, ka darbā pieredzētā dēļ ir bijusi neizpratne, izmisums un netaisnīguma sajūta par to, kas notiek pacientu dzīvēs un nāvēs. Tas ietekmē attiecības ar Dievu, ar dzīvi, ar nāvi, liek pārvērtēt savu vietu pasaulē, iespējams, ka arī savu lomu atbalsta sniegšanā:

G: “Protams, arī mani iesaista, manas sajūtas, pārdomas un ietekmē arī manu...personīgi, attiecības ar Dievu - kāpēc, kāpēc tā? Kāpēc tāda ir Dieva griba? ‘..’ [39:59] Kāpēc jāmirst, kāpēc jāatstāj? Kāpēc Dieva plānā, piemēram, ir, ka paliek bērni ar vīru tikai, nomirst. Jā, ka bērni ir bez mammas. Un tur ir tāda kā sadursme, jautājumi, kāpēc.”

Citi uzskata, ka nav vērts pārdzīvot, sērot pacienta nāvi, ja pats ir padarījis savu darbu labi. Šeit nelāgas emocijas pacienta nāves gadījumā tiek saistītas ar potenciālajiem pašpārmetumiem darba sakarā, neiedomājoties par to, ka sēras varētu būt tāpēc, ka speciālists personiski izjūt plašāku eksistenciālu netaisnību konkrēta pacienta dēļ.

K: “Un tad, ja tu visu esi izdarījis, par ko tev sevi...nu, par ko tev sev pārmet? Tu esi izdarījis visu, kā vajadzēja, tu esi visu darījis. Nu, tas notika, jā.”

Savukārt citi ir pieņēmuši vēl rezignētāku redzējumu par darbu un nāvi savā dzīvē:

B: “Jā. Es aizveru durvis un aizmirstu. Es tikko iziešu pa nodaļu, es vispār nedomāju par to, kas te notiek. Tad sākas mana privātā dzīve, [...] mana ikdiens. Es neatceros līdz pat nākamajai dežūrai, kad es atkal neatveru durvis un šeit neienāku.”

D: “Nest un pārrunāt par tik šausmīgām lietām, tas nav vajadzīgs. Es uzskatu visiem, tas, kas ir darbā, tas lai paliek darbā, visi slimie cilvēki, un galvenais...jo medicīnas darbinieki nav roboti, viņiem arī ir sirds krūtīs, mēs, kā saka, cik varam, tik izturam.”

Nāvei ir atvēlēta konkrēta vieta — PA nodaļa. Nodaļā nāve tiek pieredzēta, par to tiek domāts, ar to notiek rīcība.

Šķiet, ka speciālistu teiktajā vietām manāmas bailes nespēt tikt galā ar personiskajiem pārdzīvojumiem. Daļa norāda, ka nevajagot nest līdzi atmiņas par pacientu nāvēm, bet svarīgi saprast, par kādu nešanu ir runa. Mirušo pacientu “nešana līdzi” savā dzīvē ir smagnēja un nomācoša pretstatā tam, ka “nešana līdzi” var būt saikne ar mirušo pacientu, ar kuru kopā tika patīkami un jēgpilni pavadīts laiks, viņam dzīvam esot. “Nešana līdzi” ir pārāk liels jūtīgums pret citu pieredzēm, paralizējot un apgrūtinot darba veikšanu. Visi pētījuma dalībnieki stāstīja stāstus par konkrētiem pacientiem, ar kuriem ir pavadījuši laiku PA nodaļā. Vienmēr ir kāds, kuru atceras spilgtāk, kurš ir bijis mīļāks, ar kuru izveidojusies saikne. Pēc šī pacienta nāves arī reizēm pats speciālists ir saskāries ar sērošanu. Tas gan ir bijis pārsteidzoši, jo speciālists to nebija gaidījis, jo sēras parasti tiek saistītas ar tuviniekiem. Iespējams, ka parādās jautājumi par to, kas tad īsti ietilpst profesionālā attieksmē un rīcībā. Pacientu virzienā tiek raidītas lūgšanas un labas domas. Dažiem speciālistiem attiecības ar pacientiem turpinās arī pēc tam, kad tiešie darba pienākumi ir beigušies vai kad pacients ir nomiris:

I: “ [...] uzzināju, ka viņa [paciente] ir aizgājusi, un kaut kā man šī sieviete ļoti palika sirdī, un es sēroju. [...] Tagad ir ļoti populāri visādi zīmējumi ar zīmuli sazīmēti, grāmatiņas, un viņai [I radiniecei] bija tā grāmatiņa, viņa man bija atdevusi, un tur bija ziedi, zīmējumi ar ziediem un dārziem, un tur es atradu, atvēru, tieši atradu, ir viens zīmējums, bija ziedi un taurentiņi, un es vienkārši uzrakstīju tur šo stāstu par šo sievieti un šo ziedu, un šo ziedu es izkrāsoju tā, kā es atcerējos, kādu es viņu redzēju, viņas acis, acu krāsa, matu krāsa. Nu es

šo stāstu tā kā uzliku ar visām šīm krāsām, ziediem, taurenīņiem, un tādā veidā es tā kā centos izsērot šo aiziešanu. Un tad, kad man sanāk pašķirstīt to grāmatiņu, tad es ieraugu šo stāstu, un manī ir prieks iekšā sirdī.”

Varjakoski (2018) rakstīja par to, kā tuvinieki uztur attiecības ar mirušajiem, lūdzot padomu vai tieši pārtraucot attiecības, kuras nespēja pārraut, kad mirušais vēl bija dzīvs. I teiktajā redzams, ka savā veidā arī speciālisti uztur attiecības ar mirušajiem pacientiem. Šeit gan netiek gaidīta atbilde no mirušā.

Pašaprūpe

Lai labāk tiktu galā ar nāvi un ciešanām, ko pieredz nodaļā, jāstrādā ar garākiem atpūtas intervāliem starp dežūrām. Ilgāka darbadiena nereti nozīmē arī ilgāku atpūtu no darbadienas, *“no tā visa, no redzētā, no tām sāpēm šausmīgajām”* (E), ilgāku nedomāšanu par miršanu un nāvi. Tas arī ļauj izteiktāk pieredzēt izmaiņas darbā, tādā veidā pārraujot ikdienas vienveidību, kurā pārmaiņas notiek pamazām.

Tāpat, lai veidotu pilnvērtīgas attiecības ar pacientiem, ir jāveido arī pilnvērtīgas attiecības ar sevi: *“darbs ar sevi nemitīgi jāiegulda, tā pašaprūpe ir ārkārtīgi svarīga”* (G). Lai palīdzētu citiem, jāvēršas pēc palīdzības pie tiem, kas pašam var sniegt padomu un mierinājumu. Ticība Dievam arī dod atbalsta sajūtu, ka kāds ir līdzās arī aprūpes sniedzējiem: *“nu, tīri tā morāli dod tādu...tādu mierinājumu, ka es neesmu viena. Man nav vienai tas jānes”* (I).

Pašaprūpe I teiktajā ietver dalīšanos pārdzīvojumos ar citiem kolēģiem, vaļaspriekus, piemēram, rokdarbus vai sēņošanu, pastaigas, laika pavadīšanu ar ģimeni. Citiem pašaprūpe ietver pārdzīvojumu pārrunāšanu ar psihoterapeitu, norādot, ka supervīzijai būtu jāklūst par mediķa darba sastāvdaļu.

M: “Bet tas profesionāli būtu vajadzīgs, kaut kā pareflectēt ar to un kaut kādā lauciņā ielikt. Tas nozīmē, ka varbūt...ne gluži cietajā diskā, bet, nu, tādā disketē tas ir ieliekams un nēsājams līdz, un ja vajag, lieto! [iesmejas]”.

Tie paši pētījuma dalībnieki norāda, ka nereti speciālisti mēdz izvēlēties arī neveselīgus veidus, kā tikt galā ar darba emocionālo spriedzi, jo neuztver savas emocijas un veselību nopietni. Pilnīga atslēgšanās no darba uztraukumiem prasa sevis izglītošanu un iemīlēšanu, savu (patieso) vērtību un vajadzību apzināšanos. Pašaprūpe iekļauj arī savu spēju robežu novilkšanu, prioritāšu izvēli un darbu deleģēšanu.

Sociālās attiecības ar nāvi

Sociālajā dimensijā analizēju to, kā speciālisti redz savas attiecības ar pacientiem, kolēģiem un pacientu tuviniekiem, kā arī to, kā viņi vērtē pacientu un tuvinieku, kā arī palātas

biedru savstarpējās attiecības. Šajā apakšnodaļā analizēju to, kā speciālisti apraksta, skaidro un vērtē komunikāciju starp PA nodaļas darbā iesaistītajiem cilvēkiem. Apskatu arī to, kāda ir viņu nostāja lēmumu pieņemšanā par pacienta aprūpi, kā arī spriedumi par tuvinieku reakcijām pacienta nāves gadījumā.

Sociālās attiecības ar nāvi saskarsmē ar pacientiem

Parunāšanās

Visi pētījuma dalībnieki vērojumos un uzskatos par darbu un dzīvi PA nodaļā norāda, ka komunikācijai speciālistu un pacientu starpā ir ļoti liela nozīme. Pārrunas un sarunas veido komunikācijā iesaistīto attiecības savā starpā, kā arī to, kā tiek saprasts pacienta veselības stāvoklis, viņa vēlmes un vajadzības, kā arī attiecības ar nāvi. Daudzu pētījuma dalībnieku stāstītajā dzirdami uzslavas vārdi PA nodaļas personālam par to, ka ar pacientiem un tuviniekiem tiek daudz runāts par pacienta veselības stāvokli, ka speciālisti pieņem nāvi un ir gatavi par to runāt gan ar citiem speciālistiem, gan arī ar pacientiem un tuviniekiem. Tomēr citi pētījuma dalībnieki norāda, ka komunikācijas prasmes vēl būtu jāuzlabo. Uz to vairāk norāda atbalstošais personāls, kuru pienākumos ietilpst runāšana ar pacientiem. Speciālisti uzskata, ka regulāra komunikācija rada skaidrību un drošības sajūtu, savukārt tas noved pie miera pacientos un tuviniekos.

Runāšana izpaužas dažādos veidos, un to vada dažāda motivācija. Parunāšanās manā skatījumā ir saruna, kurai nav specifiska mērķa, vienīgi tas, ka cilvēks vēlas patīkami pavadīt laiku kopā ar kādu citu, cerot, ka šī saskarsme visām iesaistītajām pusēm būs patīkama, interesanta vai pat vērtīga un nozīmīga. Parunāšanās gan ir iespējama tikai tad, kad pacientam vairs nesāp vai vismaz nesāp tik ļoti, ka viss, par ko viņš būtu spējīgs domāt, ir sāpes. Ir speciālisti, kuriem ļoti patīk parunāties ar pacientiem, lai labāk ar viņiem iepazītos un uzzinātu kaut ko interesantu un uzzinātu pacientu dzīvesstāstus. Reizēm tas iespiežas speciālista atmiņā un paliek arī pēc pacienta nāves. G stāstītajā noprotams, ka reizēm parunāšanās var būt ar papildus motivāciju, piemēram, nonākt pie nopietnākām sarunu tēmām saistībā ar nāvi un mirstību:

G: “Šad tad var likties, ka varbūt šai sarunai nav kaut kādas tur astrālas vērtības. Par neko tādu nerunājam, par fiktīvu, par tādām nopietnām lietām, par dzīves jēgu, bet cilvēks ir izstāstījis, kas viņam patīk, kas viņam interesē dzīvē, kas ir viņa aizraušanās...tā saruna arī ir bijusi vērtīga, jā. Tad varbūt ir kaut kāds āķītis, kur var to...parunāt arī par kaut kādām, vai likt, nevis likt, bet rosināt padomāt arī par tādām garīgām lietām.”

Lai veidotu pilnvērtīgas attiecības ar nāvi, G uzskata, ka ir nepieciešams runāt par šīm “nopietnajām lietām”, kas šajā gadījumā pamazām noved pie attiecību veidošanas ar **Dievu**.

Individuāla pacienta nāve šādās sarunās tiek saistīta ar dažādiem ar dzīvi saistītiem notikumiem, to sekām, tiem piešķirtajām vērtībām. Pacienta nāve tiek ievietota plašākā kontekstā. G norāda, ka parunāšanās laikā var saprast, vai cilvēks ir mentāli un emocionāli gatavs runāt par personiskām un sarežģītām tēmām, gatavs runāt ar speciālistu specifiskā veidā, vietā un laikā. “Gatavība” sarunai par “nopietnām tēmām” ir arī J interešu lokā:

J: “[...] ir cilvēki, kas uzskata, ka, nu, cilvēka emocijas ir saistītas ar viņa fizisko daļu, bet ir cilvēki, kas joprojām uzskata, ka emocijas ir atsevišķi un viss pārējais cilvēks ir atsevišķi, ja, ka tās emocijas ir kaut kas, ko vispār nevajag aiztikt. Ir arī tādi cilvēki, protams. Bet būtībā jau sarunu var izveidot ar jebkuru cilvēku. Tā jau nav. [...] Bet, kad mēs sākam par viss kaut ko runāt un izrunāt visādus tematus, tad beigās izrādās, ka viss ir jauki un skaisti, cilvēks ir priecīgs.”

“Gatavība” sarunai var būt atkarīga no pacienta pasaules redzējuma, no viņa attiecībām ar savu ķermeni, emocijām, apkārtējiem cilvēkiem un augstākiem spēkiem. Gatavība runāt speciālistu redzējumā tiek parādīta kā emocionāls briedums un informētība par PA saņemamajiem pakalpojumiem, kā arī, iespējams, labvēlīgām attiecībām ar nāvi, tomēr šis redzējums neietver to, ka pacientam, iespējams, ir citi kulturāli, sociāli, reliģiski un arī personiski veidi, kā veidot attiecības ar savu dzīvi un nāvi.

Saziņa starp ārstu vai medmāsu un pacientu nav tikai tāda, ka speciālists piedāvā variantus, kā rīkoties, un pacients izvēlas sev patīkamāko. Reizēm speciālisti arī pierunā pacientu rīkoties tā, kā speciālisti uzskata par labu pašam pacientam, piemēram, atrunājot no finansiāliem darījumiem, lai panāktu ārstēšanas uzsākšanu:

E: “Es nezinu, kā to nosaukt, viņiem liekas, kas tomēr, tomēr, viņi gatavi pārdot to, ja ir kāds īpašums vai kaut ko, vai kā. Un tas arī baigi jāprot viņus kaut kā, tur jau mums dakteris, tad viņš tā parunā, pastāsta tā saprotami, ka var tā...”

Reizēm pacienti vēlas uzsākt ārstēšanu, lai arī speciālisti uzskata, ka tas nenāks par labu pacienta veselības stāvoklim. Tas šķiet paradoksāli, ņemot vērā to, ka ārsti ir ārstējošās personas un pārsvarā viņu uzdevums ir ārstēt un arī izārstēt. Tas gan ir vienkāršots redzējums par ārstu pienākumiem. Citas reizes ir jāpārliciecinā par profilaktisku medikamentu lietošanu, lai laicīgi novērstu simptomus. E teiktajā tomēr atklājas nostāja, ka speciālisti zina labāk, lai arī tas tomēr notiek sarunu, pārrunu ceļā, nevis vienkārši, rīkojoties bez pacienta informēšanas.

No tā, kas dzirdams speciālistu stāstos par viņu attiecībām ar pacientiem, noprotams, ka, vienkārši parunājoties par dzīvi, pacienti vēlas veidot arī “normālas” attiecības ar speciālistiem. Varbūt drīzāk pat jēgpilnas attiecības, padarot sevi par pilnvērtīgu personu ar pagātņi, ar padarīto un nepadarīto, šo jēgu veidojot sava stāsta uzticēšanā kādam citam, kādam, kurš par

viņu rūpējas. Ne visi pētījuma dalībnieki to uzskata par vēlamu un vajadzīgu savās darba dzīvēs. Tas var būt apgrūtinājoši un aizkavēt savu pienākumu izpildi saistībā ar citiem pacientiem:

F: “Nu...jā būtu laiku, tad jā [iesmejas]. Ja esam 1 palātā, parunās ar tevi, ‘..’ [39:23] daru ar viņiem, ko vajag. Īpaši laika nav, lai ar viņiem stundām sarunāties.”

Savukārt pacienti, kuri nevēlas parunāties, šķiet nesaprotami vai pat rada aizkaitinājumu, jo speciālisti to interpretē kā nepieklājīgu uzvedību, uzskatot, ka pacients ir īgns un spītīgs. Šķiet, ka mediķi pārsvarā atpazīst fiziskas ciešanas. Noslēgtie pacienti ir drīzāk spītīgi, nevis tādi, kas izjūt cita veida ciešanas, piemēram, psiholoģiskas vai eksistenciālas. Fizisku sāpju sakarā viņi zina, ko darīt, un redz to kā jomu, kurā var iesaistīties, iejaukties, lai ciešanas novērstu, savukārt, viņuprāt, sociāli neadekvātas uzvedības sakarā tiek vainots pats pacients un viņa raksturs. Daži speciālisti tieši pacientu nerunāšanos savā starpā vai ar speciālistiem uzskata par nesaprotamu un nogurdinošu. Viņi arī paši sevis dēļ nodaļā vēlas izjust “normālību” ikdienišķās, draudzīgās sarunās, lai paši aizmirstu par slimības un miršanas neskaidro dabu. Arī pašiem speciālistiem ir vajadzīga vienkārša parunāšanās.

Nāves izrunāšana

Ir pāris speciālisti, kuri ir teikuši, ka pacientam ir jārunā par savu nāvi un ka tas nāks par labu viņa attiecībām. G un J runāja par pacienta gatavību runāt ar speciālistiem par “nopietnām tēmām”, savukārt E piemin runāšanos, kas būtu starp pacientu un tuvinieku, turklāt par praktiskākiem jautājumiem saistībā ar pacienta gaidāmo nāvi. E uzskata, ka mirstošam pacientam būtu jāizrunā savas vēlmes ar tuviniekiem par to, kādu nāvi un kādu bērnu procesu vēlētos. Teiktajā gan noprotams, ka tiek uzskatīts, ka šīs sarunas ir sarežģītas un nomācošas, tātad arī nepatīkamas, neērtas un biedējošas:

E: “Jā, tādas lietas ir jāizrunā. Kā saka, kamēr tas cilvēks ir pie saprāta, viņš grib pateikt, arī par tām pašām drēbēm, ko man vilkt! Ir tā! Ko tu man arī ieliksi tai zārkā. Jā! Lai cik tas šausmīgi neskan, bet diemžēl tā ir.”

Tas “skan šausmīgi”, jo šķiet, ka, runājot par nāvi, mirstošā cilvēka gaidāmā nāve tiek atzīta. Runājot par mirstošā vēlmēm, var šķist, ka nāve ir vēlama, un parasti nav pierasts saistīt sev tuvu cilvēku ar nāvi. Varētu rasties sajūta, ka tuvinieks mirstošā nāvi ir pieņēmis un to gaida. Šķiet, ka nāves pieņemšana no tuvinieka puses varētu būt aizvainojoša, ka tuvinieks vairs nevēlas būt ar mirstošo cilvēku kopā, ka vēlas, lai tas ir beidzies un izdarīts. Varētu domāt, ka nāve tiek uzskatīta kā attiecību šķērēja, pārrāvēja. Varbūt tieši otrādi — nevis tuvinieks vēlas pārtraukt attiecības, bet drīzāk, ka tuviniekam ir bail, ka mirstošais vēlas pārtraukt attiecības ātrāk, un tad tuvinieks paliks viens. Elisa (2013) un Varjakovski (2018) to sauca par redzējumu,

kurā nāve ir pārrāvums attiecībās. Pierasts, ka par nāvi nevajag runāt un domāt, citādi to “piesauks” un tā notiks.

Tajā pašā laikā, arī G norāda, ka attiecību veidošanā ar nāvi būtiskas ir ikdienišķas un nozīmīgas sarunas par to:

G: “[Sabiedrībā] mēģina...maksimāli taču to dzīvi pagarināt un padarīt skaistu visu, ķermeni un arī medicīna cīnās par ilgāku mūžu, bet viņa [nāve] ir. Un tad, manuprāt, ir tik labi, ka par to runā, jo...arī tā vēstures daļa ir svarīga, mūsu senču vēsture, ka mājās agrāk aizvadīja cilvēkus.”

Nereti runāšana par nāvi tiek saistīta ar nāves pieņemšanu, turklāt nāve tiek pieņemta kā “dabiska” cilvēka mūža sastāvdaļa. Ja pētījuma dalībnieki runā par nāvi kā “dabisku”, tad bieži vien intervijās tiek piesaukta arī “latvju sentēvu” zārki klētsaugšā, pieņemot, ka tas liecina, ka cilvēks praktiski gatavojas savai nāvei, un to pieņem arī eksistenciāli. Daži atsaucas uz vecvecākiem, kurus uzskata par pragmatiskākiem, jo savā starpā jau bija izrunājuši savas vēlmes bērēm. Tas tiek pretstatīts tam, ko pieredz šobrīd gan personiski savā ģimenē, gan arī darbā ar pacientiem. Cik vien iespējams, ir svarīgi izpildīt tās mirušā vēlēšanās, kuras ir zināmas, “lai [mirušie] nenāk sapņos [iesmejas]” (E).

Neteikšana

No pacientiem gaida, ka viņiem jārunā par Tomēr, kad speciālisti nonāk situācijā, kad viņiem pašiem ar pacientiem ir jārunā par nāvi, daži no speciālistiem uzskata, ka mediķiem nevajadzētu pacientam atklāt, ka viņš mirst:

C: “[...] viena piederīgā un teica - tikai nesakiet, lūdzu, ka mammai, nē, omītei ir audzējs. Viņa to nezina. Mans novērojums, man būtu, es labāk negribētu zināt. Tagad jau ir tas modernais, ka ir jāzina. Bet labāk nezināt. Jo cilvēkam ir jābūt iespējai. Iespējai, ka varbūt tur kaut kas. Jo tas, ka tu to diagnozi pasaki, jo tu jau par viņu domā 24h. Tev kā kompjueters strādājot iet pa galvu - kā man būs, kā man būs, kā man būs...a ja tu nezini, tu vari vainot varbūt tos [mediķus], ka viņi tur nepasaka. Bet tad vēl, teiksim, ir tāda iespēja. A ja tu zini, ka - lūk, Jums ir atlicis dzīvot nedēļu līdz 3 mēneši varbūt, nu kā cilvēks var justies? A kāpēc man tas ir?”

Tas, ka pacientam pasaka to, ka viņš mirst, uzskata par jaunu praksi un saista ar mūsdienām. “Modernā atklātība” medicīnā ir saistīta ar pacienta autonomiju un, tāpat, tiesībām individuāli lemt par savu turpmāko dzīvi. Pēc speciālistu teiktā var spriest, ka cilvēki, arī zinot informāciju par savu veselības stāvokli, nebūs spējīgi racionāli un pilnvērtīgi izmantot atlikušo laiku, tā vietā raizējoties par to, ka drīz nomirs. Nepasacīšana C redzējumā tieši dod brīvību cilvēkam dzīvot tā, kā vēlas, un arī cerību, ka viss izvērtīsies labi. Nav gan skaidrs, kas būt tas labais iznākums. Šajā redzējumā atklājas tas, ka medicīniskās atdzimšanas diskurss, kurš konceptuāli ir saistīts ar PA principiem, šajā PA nodaļā pastāv kopā ar medicīniskā racionālisma

elementiem (Carpentier & Van Brussel, 2012). Precīzāk, pacientam ir centrālā loma aprūpē, bet ne vienmēr ar viņu jārūnā par nāvi. C un vēl cieta pētījuma dalībnieka redzējums ir interesants saistībā ar autonomiju. EP rekomendācijās atklāta komunikācija starp pacientu un speciālistiem ir saistīta ar pacienta spēju pieņemt lēmumus par savu turpmāko dzīvi, tomēr šajā PA nodaļā Latvijā speciālisti uzskata, ka atklāta informācija par pacienta nāvi var būt arī paralizējoša. Informācijas neteikšana tiek uztvertas kā rūpes par pacientu, kurš ir pārāk “trausls”, lai šo informāciju uztvertu mierīgi.

Kam īsti no diagnozes neatklāšanas ir “labāk” – pacientam vai speciālistiem? No vienas puses, C teiktajā redzams, ka onkoloģiska diagnoze ir bez neviena, uz kuru novelt vainu. Ir zināms, kas izraisa slimību, nevis tas, kāpēc tā notiek. Saslimšana šķiet dzīves pagrieziens, kas negodīgi skāris konkrētu cilvēku. Speciālistu redzējumā tas, ka pacients nezina informāciju par savu veselības stāvokli, tas savā veidā dod vainīgo - ārstu. Ir kaut kas konkrēts, kā virzienā raidīt savas dusmas, aizvainojumu un izmisumu par to, ka ir apjukums un sāpes. No otras puses, speciālistiem tāpat būtu jātiek galā ar pacientu spēcīgajām negatīvajām emocijām. Interesanti, ka C uzskata, ka domas par onkoloģisko saslimšanu ir nomācošas un neizbēgamas, savukārt nemaz neiedomājas, ka arī diagnozes neatklāšana varētu radīt uztraukumu un neziņu, kas varētu būt mokoša.

Intervijās dzirdams, ka daži speciālisti arī paši nejūtas droši atklāti pateikt pacientam, ka viņš drīz nomirs vai ka palātas biedrs ir miris. Reizēm šī neteikšana tiek papildināta ar “baltajiem meliem”, piemēram, palātas biedriem pacienta nāves gadījumā tiek teikts, ka pacients pārvests uz citu palātu, lai speciālisti spētu sniegt labāku aprūpi, uzskatot, ka patiesā informācija pacientam nodarīs vēl papildus ciešanas:

D: “Atkal mūs tā kā čerez kaut ko, jāsamelo viņam, jo savādāk - taisnību teikt, ka tu tūlītās [mirsi]? Mēs tā nedrīkstam teikt nemaz! Tad jau atkal sāpinās! Viņam arī ir grūti.”

K: “[...] ir tādas situācijas vai kas un nav īsti aptvēruši vai kas. Es vismaz nekad nesaku, ka tas ir noticis. Es saku - viņš aizbrauca, mēs aizvedām uz citu palātu, pie citiem aparātiem, kur vairāk viņu novēros. Varbūt...ne baltie, ne melnie meli, bet varbūt, nu ne vienmēr viss ir jāpasaka, ja tas tā notiek.”

Tas ir līdzīgi kā Komaromijas (2000) pētījumā, arī šie speciālisti uzskata, ka pacienti ir jāsaudzē, neizpaužot informāciju. Komaromijas gadījumā gan speciālisti vispār nepieminēja pacientu nāvi, radot iespaidu pārējiem pacientiem, ka par nāvi nedrīkst/nevar runāt. Ja nāve nav redzēta, tā nav notikusi. Ja par to nerunā speciālisti, tad par to nedrīkst runāt arī pacienti. Manā pētījumā daži no speciālistiem jūta, ka ir jāatbild uz palātas biedru jautājumiem, lai arī uzskatīja, ka uz tiem nedrīkst/nevar atbildēt atklāti. Savukārt citiem neteikšana vairāk izpaužas kā nerunāšana par notikušo vispār, pieņemot, ka palātas biedri ir sapratuši, kas, kā un kāpēc ir

noticis. Šis redzējums ir vairāk par to, ka palātas biedri paši ir pieredzējuši pietiekami daudz pacientu nāvju, ka ir jau sapratuši, kā miršana un nāve notiek. Arī šajā pieejā tiek uzskatīts, ka runāšana par notikušo tikai apgrūtinātu palātas biedru dienu:

B: “[...] protams, ka viņi nomirst tam istabas biedram blakus. Vai nu viņš ir aizsegts ar širmi, bet nu...nav jau tas palātas biedrs bērns, viņš saprot, kas notiek un kas ir noticis.”

E: “Es tā domāju, varbūt tad, kad viss notiek, un mēs izvedam no istabiņas ārā...kādas viņiem domas galvā. [...] tiem, kuri paliek vēl tai palātā. Ar mani ar tas var notikt. Tā es domāju, ka noteikti. Bet nu, mēs ieejam pēc tam...tā jau nesakām - viņš nomira, mēs izvedām ārā. Ieejam, ir tā, ka - mēs sapratām. Kādreiz arī viss, par to vairs nerunā.”

Šīs bailes sāpināt varētu būt saistītas ar ciešanu izpratni, kas ietver pacienta fiziskas, emocionālas un eksistenciālas ciešanas. Speciālisti apzinās, ka viņu skaļi izteiktie vārdi var radīt ciešanas. Iespējams, ka nevēlēšanās atklāti teikt, par kāda nāvi, var būt saistīta arī ar nevēlēšanos sevi padarīt par slikto ziņu vēstnesi un tādā veidā, iespējams, sabojāt savu tēlu pacientu acīs, kā arī pašas attiecības ar pacientu, padarot savu darbu grūtāku. No vienas puses, pacients, kurš nevēlas vienkārši parunāties vai runāt par savu nāvi ar speciālistiem vai palātas biedriem, tiek uzskatīts par nepieklājīgu un īgnu, no otras puses, speciālisti, kuri nevēlas runāt par nāvi ar pacientiem, savu rīcību skaidro kā rūpes par pacienta labsajūtu.

Iepriecināšana

Visiem pētījuma dalībniekiem uzdevu jautājumu par to, vai PA nodaļā ir arī smieklī un joki. To jautāju, jo pierasts par nāvi un miršanu domāt kā kaut ko skumju un nomācošu, un par to arī vairāk runāja pētījuma dalībnieki. Tāpat mani interesēja tas, ko speciālisti uzskata par patīkamajām sava darba dzīves pusēm.

Izpratne par to, kas ir smieklī, joki un jautrība un kurš ir iesaistīts šajos smieklos un jokos, bija dažāda. Vieni vairāk runāja par jokiem starp speciālistiem un pacientiem, citi vairāk par jokiem speciālistu starpā. B norāda, ka PA nodaļā joki ir, bet “*protams, nav tā, kā būtu parastā nodaļā*” (B). PA nodaļā ir prieks, smieklī, joki un dzīvesprieks, bet citādāks, varbūt ne tik brīvs un gaišs kā citās nodaļās, jo fonā vienmēr ir neārstējama slimība un nāve. PA nodaļā ir cita attieksme pret nāvi, bet tas ietekmē arī to, ko domā par jautrību. Nāve tiek pieņemta, bet tā tik un tā ir nomācoša. Klātesošās miršanas un nāves pieredzes rada arī klusumu, kuru daži speciālisti nevēlas pārtraukt ar smieklīem, kas šķistu aizvainojoši pacientiem. Jautrību ir grūti savienot ar mierīgo atmosfēru un nāves ciņpilnumu, kuru vēlas nodrošināt. K savukārt šaubījās, ka savā darbā saskaras ar ko smieklīgu, jo darba specifika paredz attiecības ar nāvi, kas netiek saistītas ar dzīvesprieku vismaz PA nodaļas ietvaros. K norāda, ka PA nodaļā

pieredzētās nāves dēļ cenšas novērtēt katru savu nodzīvoto dienu. Iespējams, ka pacienti nemaz nenovērtētu jokus un viņiem būtu vienalga. Joki un smieklī mirstošiem cilvēkiem var šķist aizskaroši, izsmējīgi, tāpēc ir uzmanīgi jāizjūt, kad varētu būt piemērots laiks un arī vieta jokošanai:

K: "Varbūt ar klauniem, ja bērnu slimnīcā strādā dakteris Klauns, tad šeit īsti nē. Bet varbūt, ja tu uzliktu varbūt zaķa austiņas, varbūt, bet varbūt arī nē, ja. Tas ir tā. Tas, kas der bērniem...pieaugušajiem varbūt nē. Varbūt, ja mēs teiktu tā, no 10 viens priecātos... 7 nepamanītu, 2 tas izsauktu neapmierinājumu."

Dzīvīgums

G savukārt uzskata, ka joki PA nodaļā ir vajadzīgi, un slavē kolēģi, kurš spēj just, kad ir īstais laiks un vieta jokiem:

G: "[kolēģis] tiešām prot tajā nopietnajā, klusajā, arī skumjajā atmosfērā ienest tādu dzīvesprieku, priecāties par dzīvi, priecāties par skaisto...[...] Tā anekdote nav tāda rupja vai, liekas, nezinu, izmet ārā vai nepieklājīgi kaut kā tagad te pārtrauc mūsu lēno aiziešanu no dzīves pacientiem. Bet tas ir attiecīgā laikā un vietā. Tas ir kaut kur tādās telpās, piemēram, neieļautosi tuviniekus vai [iesmejas] kādu citu, nezinu, cilvēku, kurš tajā brīdī ir saņēmis sliktu vēsti. [...] Un arī es esmu novērojusi, ka [kolēģis] brīnišķīgi māk pajokot arī ar pacientiem, uzmundrināt viņus. Tas arī viņos ienes prieku, viņi paši saka, ka viņiem tas palīdz."

Arī jokojošas attiecības ar nāvi ir jāveido mierīgas un cienot pacientu un tuvinieku pārdzīvojumus. Joki un smieklī ir kaut kas papildus atmosfērai, kas dominē nodaļā. "Nopietnajā, klusajā un skumjajā atmosfērā" dzīvīgums jāienes uzmanīgi. Ja pacienti tiek redzēti kā trausli, tad arī mierīgā atmosfēra arī tiek uztverta kā trausla.

Pacientiem domāti joki tiek saistīti ar dzīvesprieku, ar skaisto, kas ir dzīvē, tai skaitā PA nodaļā. Joki "uztur tādu dzīvību, un tas uztur tādu pamatu" (H). Joki uztur dzīvību vietā, kur dzīvība mēdz beigties. Joki svin dažādos cilvēkus, starp kuriem PA nodaļā un slimnīcā kopumā veidojas attiecības. Joki atspoguļo amizanto, kas notiek dzīvē starp šiem dažādajiem cilvēkiem:

A: "Kāpēc tik daudz anekdošu ir par mediķiem, par pacientiem un attiecībām, tāpēc ka tik tiešām viņu ir daudz. Nu būtībā...te jau ir tā pati dzīve! Tikai viņa ir savādāka. Cilvēki dzīvo tālāk savu dzīvi. Mēs redzam ļoti daudz cilvēkus visdažādākajās variācijās [iesmejas]."

Nāve ir neparedzamība, nopietnais, iestigšana, skumjas un beigas, savukārt joki ir dzīvīgums, skaistums, kustība, gaišums un mainīgums. PA nodaļas speciālisti attiecības ar nāvi uztver kā nebeidzamu pretošanos nomāktībai, kas nāk ar nāvi automātiski.

Ir joki, kas domāti pacientu ausīm, un ir joki, kas domāti tikai mediķiem. Pārsvārā gan pētījuma dalībnieki jokus nesaistīja ar nāvi, tomēr J norādīja, ka mediķiem mēdz būt *tumšāka* humora izjūta, jo viņiem esot ciniskāks skatījums uz dzīvi:

J: "Humors vispār ir viena no aizsargreakcijām patiesībā un arī viena no, teiksim tā...veselīgām aizsargreakcijām. Joki ir jā, bet mediķiem vispār ir joki, bet mediķu jokus bieži vien citi nesaprot, ja, tas tā kā bieži vien ir melnais humors."

Tas, kādi joki ir pieņemami specifisku cilvēku kompānijā, arī var norādīt uz speciālistu attiecībām ar nāvi. "Melnais" humors, kurā parādās arī vieglprātīga attieksme pret nāvi, nav piemērots pacientu klātbūtnē, jo pieņemts, ka pacientiem nāve ir personiska un sensitīva tēma, tāpēc to nedrīkst uztvert nenopietni un par to smieties. Speciālistu redzējumā nāves tuvošanās pacientu padara neaizsargātāku un vieglāk ievainojamu, t. sk. ar jokiem. Savukārt speciālistiem nāve ir vairāk "darba specifika".

Attiecības ar nāvi PA nodaļā atņem spēku un dzīvesprieku gan individuāliem pacientiem, gan arī speciālistiem. Arī personālam jāuztur savs dzīvesprieks, tādā veidā arī distancējoties no problēmām, izjūtām, pārdomām, ar kurām bieži vien saskaras pacienti un tuvinieki. Jokošanās un smiešanās notiek par spīti tam, ka apkārt ir miršana un nāve. Smieties un jokoties speciālistiem nozīmē atcerēties sevi un to, ka viņi ir dzīvi. Ar jokošanu un to, kādi joki ir pieļaujami specifiskās situācijās un konkrētu cilvēku kompānijās, nošķir dzīvos no mirstošajiem:

E: "Tā visādi. Ir jau arī kas nāk jau kā rūgumpodi iekšā. Ir arī mums teikts - vot, jūs te smejaties, bez maz vai...nu mēs neesam vainīgas ne pie kā, tā ir dzīve. Katram ir savs ceļš pa šo dzīvi ejams. Ir jau ir [joki PA nodaļā], tik traki nav. Jā, nav viss, ka tāds melnais"

Jāturpina dzīvot

Vairāki pētījuma dalībnieki stāstīja par pacientiem, kurus apbrīno un par kuriem priecājas saistībā ar viņu attieksmi pret sev atlikušo dzīves laiku. Tie ir tie, kuri turpina sevi kopt, par sevi rūpēties, piemēram, uzkrāsojot lūpas, sevi lutinot, piemēram, ar gardumiem, un tie, kuri aktīvi meklē atbalstu arī pie kapelāna, psihoterapeita un sociālā darbinieka. Tas sagādā prieku arī speciālistiem:

J: "[...] nu, tāds lielāks gandarījums ir tad, kad ir tādi, nu, varētu teikt tādi ilgstošie pacienti, kas stājas atkārtoti, teiksim, gadu vai kaut kā tā apmēram[...]. Kad arī tad, kad tas cilvēks aiziet, vienalga, ka tu saproti, ka tajā laikā ir tāds liels ieguldījums izdarīts. [...] no vienas puses, varētu teikt, viņi it kā ir ļoti prasīgi, jo viņi piesaista sev dažādus tādā šos te speciālistu darbošanos un...visi

ar viņiem noņemamas un darbojas, bet, tajā pašā laikā, nu, tad, kad tu redzi, ka tas viss notiek un kā tas viss notiek, tad ir liels gandarījums.”

J ir gandarījums pēc ilgstoša regulāra darba ar pacientu it īpaši, ja redzams pozitīvs uzlabojums attieksmē pret sevi, tuviniekiem un pieredzēto. Gandarījums ir par pacientu, kurš ir meklējis palīdzību un to arī saņem un pieņem, un šim darbam ir pozitīvi rezultāti. Pacients ir pieņēmis savu slimības stāvokli un to, ka tuvojas nāve, un ir izmantojis atlikušo laiku pilnvērtīgi un produktīvi, sakārtojot savu dzīvi. Pieņemšanas attiecības ar nāvi ir arī padarījušas attiecības, dzīvam esot, kvalitatīvākas. Rodas iespaids, ka speciālisti smaidīgajiem, mierīgajiem, dzīvespriecīgajiem pacientiem velta vairāk uzmanības, jo paši jūtas labāk šo pacientu klātbūtnē un viņus arī atceras pēc nāves, savukārt par klusajiem, nomāktajiem un īgnajiem pārmet viņu attieksmi un viņus aizmirst.

Kā stāsta C, kaut kādā mērā jau pacientiem dzīves prieki turpinās, vai nu tā būtu rīta kafija, vai cerība atrast dzīvesbiedru PA nodaļā:

C: “Citi vēlas katru rītu kafiju, lai viņiem atnes, no automāta, no lejas viņi vēlās. Vēlas būt mundri, un viņi vēlas, lai viņus apkalpo, lai viņiem atnes, jā, jā, jā. Arī tur kādu joku pasaka. Mums te pat pacients, no Talsiem laikam brauc, viņš te arī sievu meklē vēl. Arī interesantas sarunas. Ir tā! Ir dažādi. Kāds stāsta par savām draudzenēm, kā tur ir.”

Atrodoties netālu no nāves, starp mirstošiem cilvēkiem gribas uzturēt to, kas ir radījis prieku dzīvot. Ar miršanu dzīve nebeidzas vai drīzāk — arī mirstot jāturpina dzīvot. D arī ir svarīgi, ka pacienti “turpina dzīvot”, tomēr no viņiem jūtama attieksme, ka nekad nevar zināt, cik ilgi nāve jāgaida, tāpēc labāk negaidīt, citādi tā var pavadīt daudz laika baidoties. Vajag atbalstīt un meklēt atbalstu, lai dzīvotu:

D: “Bet vot tā cilvēkiem ieteikt tajā, ka viņiem nevajadzētu visu laiku tikai sūkstīties un gaidīt, aptuveni tā, sēdi rokas salicis un gaidi, kad miršu. Nu nemirsi. Ir jau kam ļoti ātri, bet ir cilvēks, kas pat 10 gadus nodzīvo!”

Speciālistiem nebija padomā konkrētākas lietas, ko pacienti varētu darīt, lai arī mirstot dzīvotu. Reizēm kāds ieminējās, ka daži pacienti PA nodaļā nodarbojas ar saviem vaļaspriekiem iespēju robežās, piemēram, gleznojot. Ja ir izklaide, tad nav skumji. Šobrīd izklaidi piedāvā vai nu sarunas ar palātas biedriem, ja izveidojas draudzīgas attiecības, vai arī personiskie datori un interneta pieslēgums. COVID-19 pandēmijas laikā gan ir novērots, ka pacienti ir kļuvuši nerunīgāki.

Vivata (2008) aprakstīja metaforas, kas izmantoja pārvietošanos telpā, lai skaidrotu, kā speciālisti aprakstīja savas attiecības ar pacientiem. Iedziļināšanās nozīmēja “iešanu dziļāk” pacienta personības slāņos, savukārt iepriecināšana (*cheering up*), kas saistījās ar pacilātības sajūtu, ar tiekšanos augšup, nozīmēja emocionālu un mentālu būšanu uz vietas tagadnē un

neraizēšanos par nāvi, kas notiks kaut kad nākotnē. PA nodaļas speciālistiem ir dažādas attiecības ar nāvi, un tas ietekmē arī to, kādas attiecības ar nāvi viņi piedēvē pacientiem. Kopīgs gan ir tas, ka speciālisti vēlas, lai pacienti iesaistās dzīvē un ir dzīvīguma pilni, līdz viņi nomirst.

Noteikumu (ne)ievērošana

Dzīvesprieka uzturēšana pacientu vidū reizēm ietver PA nodaļas noteikumu neievērošanu. Speciālisti uzskata, ka reizēm pacientiem ir vajadzīgs arī kāds atalgojums par ciešanām, kas izjūstas reizēm pat gadiem. PA nodaļā nāves tuvums ir jūtamāks, tāpēc arī noteikumi vairs nešķiet tik būtiski:

D: “jubileju atļāvām nosvinēt, te bija, bet, protams, ar visu dziedāšanu, mūzika un ģitāra, tas bija jauki, ļoti jauki. Mēs atļāvām, tik zolīdi uzvedās, tur kūku, nofilmēja, un 2. dienā viņas vairs nebija. Tas tā, ja mēs būtu teikuši nē, tad iedomājieties, kā justos piederīgi. Viņai tieši dzimšanas diena bija. Pēc dzimšanas dienas viņa aizgāja. Jauna sieviete. Tā, it kā kaut kas jāatļauj arī tai slimnīcā, pret likumu, it sevišķi šitiem slimniekiem. Viņi jau ir nomocījušies, citi gadu gadiem, cits varbūt uzzina pēdējā brīdī, ka tas viņam tāds bijis.”

Līdzīgi kā Grinjēra un Tomasa (2004) jautā par mirstošo vēlmju piepildīšanu — kas gan ir sliktākais, kas var notikt? “Parastās” situācijās, kurās iesaistīti cilvēki, kuriem netuvojas nāve kādas nedziedināmas slimības dēļ, uz šo jautājumu varētu atbildēt, ka cilvēks var gūt traumu vai sliktākajā gadījumā arī iet bojā. Paliatīva pacienta gadījumā cilvēks jau ir “traumēts” un, iespējams, pieredz fiziskas, emocionālas un eksistenciālas ciešanas. Pacientam jau tuvojas nāve. Noteikumi ir, lai izdzīvotu/dzīvotu. Šķiet, ka uz paliatīvu pacientu tas vairs neattiecas. Attiecības ar nāvi ietekmē attiecības ar dzīvi. Nāves tuvumā dzīve kļūst par kaut ko, kas ir vairāk jāizjūt un jāpieredz. Dzīve ir patīkamās emocijās un klātbūtnē par spīti noteikumiem.

Tajā pašā laikā, COVID-19 pandēmijas laikā PA nodaļā ieviesti vēl stingrāki noteikumi tam, kuri cilvēki un kādā veidā drīkst atrasties pacientu tuvumā. Arī A intervijā norādīja, ka visi speciālisti vakcinēsies bez ierunām un ka neviens tuvinieks vairs nedrīkst satikt savu piederīgo PA nodaļā, citādi strauji pieaugtu mirstība. No vienas puses, pacienti jau tik un tā cieš un mirst, tāpēc var viņiem atļaut to, ko citiem pacientiem neļautu, bet, no otras puses, šie pacienti ir vēl neaizsargātāki kā citur slimnīcā, tāpēc viņi jāpasargā un jāizolē. Arī mirstoši pacienti ir jāglābj no nāves. Tas sasauca ar EP rekomendācijas norādīto principu “nepaātrināt nāvi”. Šeit gan es atkal vēlos atsaukties uz Grinjēras un Tomasas (2004) rakstu, kurā, runājot par termināli slimu jauniešu vietu nomiršanai, rodas paradokss, kurā slimnīcā esošais jaunietis ir pārāk sliktā stāvoklī, lai viņam ļautu nomirt mājās. Centieni nepaātrināt mirstošu pacientu nāvi var iet tik tālu, ka ir svarīga katra diena, kurā patients vēl ir dzīvs, lai arī, iespējams, patients un viņa tuvinieki daudz labāk justos, esot kopā mājās, kaut arī patients nomirtu agrāk. PA nodaļā nāves tuvošanās tiek pieņemta, tai patients un tuvinieki tiek gatavoti, tomēr speciālistiem ir svarīgi,

kā pacienti nomirst. Nebūtu labi, ja pacienti nomirtu no COVID-19, tāpēc tuvinieki nedrīkst apmeklēt savus piederīgo nodaļā, jo tuvinieks tiek redzēts kā potenciālais COVID-19 pārnēsātājs. COVID-19 laikā speciālisti prioritizē to, ka pacienta nāve netiek paātrināta, pār to, ka pacients nomirst tuvinieku lokā.

Pacienta iesaiste ārstēšanas plānošanā

Nevienam jau nespiež

PA nodaļā paveras interesanti jautājumi par autonomiju, pacienta iesaisti lēmumu pieņemšanā saistībā ar aprūpi, kā arī lēmumu pieņemšanu gadījumos, kad pacients nav pie apziņas. Uz jautājumu par pacienta iesaisti aprūpes plānošanā, atbilde bija “nevienam jau nespiež, var jau atteikties”. Variantus piedāvā speciālisti, pacienti tikai piekrīt vai atsakās. Lai arī speciālisti cenšas PA nodaļā savu iespēju robežās nodrošināt to, ko pacienti vēlas, tomēr reizēm redzējums par vēlmēm un vajadzībām var būt arī šaurs. Mērķis ir garāka dzīve bez sāpēm, un atteikšanos no ārstēšanas vai medikamentiem pētījuma dalībnieki īsti nesaprot, jo pie “laba gala tas, protams, nenoved, bet viņiem ir pilnīgas tiesības” (B), tomēr parasti jau pacienti “apdomājas” (B). Šķiet, ka atteikšanos pavada vairāk pārrunu nekā piekrišana. Tā drīzāk ir informēta atteikšanās, nevis informēta piekrišana:

B: “Es pasaku - tā ir Jūsu izvēle, man pienākums ir Jums to piedāvāt. Es nevaru viņam iebāzt mutē ar varu, te nav trako nams [iesmejas]. Arī trako namā vairs nespiež ar varu. Ja agrāk, krievu laikos bija ar varu, mūsdienās nekas ar varu nenotiek. Pacients var atteikties no sistēmas. Pacientam ir pilnīgas tiesības. [...]Bet viņam pastāsti - labi, neliksim, bet vai Jūs saprotat, ka Jums pēc 4-5h Jums būs sāpes, kuras mēs vairs nevarēsīm noņemt? Ka, piemēram, Jums būs vemšana, kuru mēs vairs nevarēsīm apstādināt, jo Jūs atteicāties no zālēm? Pārsvārā jau viņi apdomājas.”

K: “Viņi [pacients] man šķiet jebko [medikamentus u.c. aprūpi] pieņem. Nu, ir gadījumi, kad pilnīgi nē un nē, bet tad jau noteikti tur ir kaut kāds tāds...nevis psiholoģiskās, bet tur ir kaut kādas intoksikācijas izraisītas tādi tie uzvedības modeļi. Vai arī tiešām ir indivīds, kurš, viņš ir iestājies šeit uz to nezina ko, ja, un tad viņam šķiet, ka šeit būs tas nezina kas, ja...bet, un tad viņam šķiet, ka nezina kas. Skaidrs, ar varu jau nevienu netur! Slimnīca jau nav cietums.”

Interesanti, ka pacienta iesaisti saista ar pacienta brīvību atteikties no specifiskas ārstēšanas vai aprūpes, to pretstatot iztēlotiem ierobežojumiem, kas saistīti ar iestādēm, kuras uzskata par cilvēku tiesības ierobežojošākām, piemēram, psihiatrisko slimnīcu vai cietumu.

Piemēram, M apšaubā informētas piekrišanas efektivitāti un eksistenci specifiskos gadījumos. Cilvēkiem ir priekšstati par savu turpmāko dzīvi, kas neatbilst tai realitātei, ko speciālisti novērojuši līdzīgos gadījumos iepriekš. Mājas līdz šim ir bijusi drošā vieta, kur cilvēks ir spējis būt patstāvīgs, un ne visi un ne uzreiz spēj izprast savas jaunās spējas, kuras

nereti ir ierobežotākas. Kā tā var būt informēta piekrišana, ja cilvēks nespēj iztēloties savu turpmāko dzīvi tā, kā to redz speciālisti?

M: “tas ir ļoti svarīgi īstenībā viņam [pacientam] atstāt to - gribi iesaisties, gribi neiesaisties. Savā ziņā. Vot šiten te [slimnīcā], kad tu esi ieslodzīts, kad tu īstenībā esi bezpalīdzīgs [...] ja cilvēks...saka - es negribu braukt uz x, kaut gan tu zini, ka viņš mājās nokļūs un viņam varbūt ir savas ilūzijas, ko un kā [mājās darīs], [...] ļoti bieži ir tā, ka viņi neiedziļinās tanī, un ko saka [mediķi], tam piekrīt, jo tā ir vieglāk. Tas nav sarunas rezultāts, bet tāpēc ka tā ir vieglāk. [...] Mēs jau tādos brīžos nekārtojam tās personīgās dzīves, jo tās ir privātas tomēr lietas,”

M redzējumā informētā piekrišana (vai atteikšanās – kā uz to skatās) reizēm nav komplimentāra pacienta iesaistei aprūpes plānošanā, jo informētā piekrišana iekļauj arī tiesības atteikties no aprūpes slimnīcā. M norāda, ka speciālistiem ir jādod iespēja pacientiem pieņemt šādus lēmumus, jo viņi paši ir atbildīgi par savām dzīvēm un kā tās nodzīvo.

Savukārt J uzskata, ka pacienti jāiesaista, jāveido interese par ārstniecības vai simptomātiskās terapijas darbību un nepieciešamību. Tas jādara arī pacientiem mājās esot, kur procedūras apzinīgi jāveic pašiem, lai tās sniegtu gaidīto efektu. Šķiet, ka šeit aktīvāka darbība tiek gaidīta no speciālistu puses, kuriem ir jāstāsta, jāpiedāvā, jāskaidro PA procesi, jo, šķiet, ka pacienti, it īpaši jaunie, bieži vien tiek redzēti kā neinformēti, nezinoši, neieinteresēti un aizmāršīgi:

J: “Jo nav jau jēga, piemēram, sevišķi, ka viņš...nu kā, kamēr viņš ir šeit, labi, viņš ir spiests kaut kādus tur zāles lietot un kaut ko darīt, bet tad, kad viņš aiziet mājās, nav jau jēga viņam izrakstīt medikamentus, piemēram, ja viņš viņus mājās nedzers! Tā kā ir vajadzīga tāda maksimāla līdzestība, lai tas cilvēks tomēr, nu, kaut kā būtu ieinteresēts arī pats tajā!”

Sociālas attiecības ar nāvi kolēģu lokā

Speciālistu attiecības ar nāvi ietekmē ne tikai saskarsmi ar mirstošu pacientu, bet atstāj iespaidu arī uz attiecībām kolēģu starpā. No amata ir atkarīgs, ar kuriem nāves aspektiem speciālists saskaras, ko uzskata par pieņemamu rīcību un normālu situāciju PA nodaļā, kā arī to, ko uzskata par miršanas un nāves aspektu, kuru iespējams kontrolēt un mainīt un ko — nē.

Kā jau pieminēju teorijas daļā par nāves ietekmi uz medicīnas darbiniekiem, pētījumos norādīts, ka attiecības ar nāvi medicīnas darbinieku vidū var padarīt pieņemošākas, pozitīvākas un brīvākas, ja notiek plānotas vai neplānotas sarunas kolēģu vai pašiem savu tuvinieku vidū (Shorey et al., 2017; Puente-Fernández et al., 2020). Lauka darbā intervētie speciālisti norāda, ka nodaļas medicīnas personāls ir atvērti runāt par nāvi un “tādām tēmām” un ka viņi saprotot, piemēram, psihoterapijas jēgu un nepieciešamību:

I : “[...] man ļoti patīk PA nodaļā strādāt, ka bija šāda iespēja, jo ārsti ir diezgan ļoti atvērti runāt par tēmām, arī par savu iekšējo dzīvi...tur ir šī, kā es

jau minēju, šī brīvība, atkārtosos. Jā. Jā, kad arī, līdz ar to, ja ir ārstam vai māšai kādas šīs iekšējās vajadzības, risināt kaut kādus jautājumus, tad arī notiek šīs sarunas.”

Savukārt no citiem speciālistiem sapratu, ka, ja speciālisti kolēģu vidū runā par nāvi, tad tas ir reizēs, kad kāds no viņiem ir pirmo reizi saskāries ar kādu specifisku aspektu darbā ar mirstošu pacientu. Pārrunas notiek saistībā ar izņēmuma gadījumiem. Tad pārsvarā tiek pārrunātas praktiskas lietas saistībā ar to, kas tika darīts un ko varēja darīt citādāk. Šādos izņēmuma gadījumos speciālisti arī reizēm dalās ar savu pārsteigumu par notikušo. Reizēm par speciālistu sajūtām apjautājas PA nodaļas kolēģi, kuru pārziņā ir emocionālā atbalsta sniegšana pacientiem un viņu tuviniekiem. Šīs sarunas parasti ir spontānas, neformālas, īslaicīgas un arī neregulāras. Parunāšana par nāvi nav mērķtiecīga.

Tomēr liela daļa pētījuma dalībnieku neredz vajadzību un jēgu ar kolēģiem pārrunāt savas pieredzes ar nāvi, jo nāve tiek uzskatīta par nomācošu un emocionāli iztukšojosu vai arī par nevajadzīgu un pat bezjēdzīgu sarunu tēmu, kas tikai apgrūtinātu turpmāko darba uzdevumu veikšanu. It kā šķiet, ka nāve ir pieņemta par dabisku dzīves daļu, tā ir atrisināta problēma ar fiksētu atbildi — nāve ir dabiska, no tās nevar izvairīties, un tas ir arī viss:

F: “Tā ir tāda... parasts darbs. [...] Domāt par šito...vakar ar viņu runājām '...' [42:40], stāstīja par savu ģimeni, šodien viņš miris. Nemt galvā šito visu, neviens cilvēks neiztur [iesmejas]. Viņš nomira, tas viņam labāk nekā mocīties tālāk šito visu tur, cieš.”

Daži min, ka šī nerunāšana liecina par to, ka speciālists ir pietiekami profesionāli nobriedis, lai pats individuāli spētu pieņemt un tikt galā ar miršanu un nāvi savā profesionālajā dzīvē. Daļa no pētījuma dalībniekiem uzskata, ka, ja citi kolēģi par nāvi nerunā, tad acīmredzot saskaršanās ar nāvi nav problēma. B teiktajā redzams, ka pārdzīvojumu pārrunāšana liecina, ka cilvēks nav nobriedis un pats nespēj tikt ar emocijām galā, savukārt nerunāšana liecina par to, ka nav problēmu, par ko runāt.

B: “Atklāti sakot, mēs vispār nerunājam ar kolēģiem. Mēs laikam esam visas tik nobriedušas, ka nav īsti nemaz tā, par ko parunāt. Nē, ir situācijas, kad mēs apspriežam, kā tas bija un kā tas varēja būt, un varbūt varēja būt savādāk.”

Daudziem speciālistiem ir ilga pieredze darbā ar smagi slimiem, neārstējamiem un mirstošiem pacientiem. Ir sajūta, ka viss jau ir redzēts, viss jau ir izdzīvots un atrisināts, tāpēc nav vajadzīgs vēl veltīt laiku sarunām. It kā, jā, PA nodaļā nāve var būt neparedzama, bet būtībā darbā ar nāvi speciālisti saskaras ar vienu un to pašu. Pats speciālists nemainās, tāpēc arī izjūtas jau ir iepazītas, un tās kļuvušas stabilas. B pieredzē iemesls runāt par nāvi ir tikai tad, kad pacienta nāve ar kaut ko ārēji atšķiras no iepriekš novērotā:

B: “[...]arī ar 25 gadu pieredzi ir šoks kādreiz. Tas ir reti, protams. Varbūt tad tu arī kādreiz mājās padomā - redz, kā bija, pirmo reizi man tā bija. Parunā ar citu [kolēģi], saka - nē, man arī tā ir bijis, un tādas situācijas ir. [...] Protams, ka apspriež to jautājumu, bet tā apspriešana ļoti, ļoti reti, jo [visiem kolēģiem] ir ļoti liela pieredze. Tas nav nekas neredzēts vai nedzirdēts, vai neparasts.”

Daudziem attiecības ar nāvi ir vienkāršotas un reducētas līdz tam, ka nāve ir “dabiska” un tā ir “neizbēgama”.

Daži pieminēja to, kā kolēģi var sniegt emocionālu atbalstu situācijās, kad pašam ir spēcīgi emocionāli pārdzīvojumi saistībā ar darbā pieredzēto:

I: “[...] ja ir bijis kaut kāds tiešām emocionāli tāds smags gadījums, tad es varu, es varu dalīties, es varu pastāstīt un tas man arī dod tādu iekšēju atbrīvošanu, brīvību, ka es varu padalīties, kā es jūtos emocionāli.”

Tomēr galvenokārt attiecības ar nāvi speciālistu vidū tiek uztvertas kā individuālas. Tajās reti ir vieta sarunām ar citiem. Attiecību ar nāvi kolektīvā pusē parādās praktiskās darbībās, kas ietver pacientu un viņu vides kārtošanu un tīrīšanu, kā arī darāmo uzdevumu apspriešanu. Protams, var diskutēt par to, kā pētījuma dalībnieki interpretē ‘runāšanu par nāvi’ ar kolēģiem. Vieni to drīzāk uztver kā nopietnu un nomācošu “sirds izkratīšanu”, kurai neredz vajadzību. Citi to uztver kā ikdienišķu apjautāšanos kolēģiem par viņu sajūtām.

Kā jau iepriekš teicu, pierašana pie nāves PA nodaļā arī ir diskutējams jautājums. Elisa (2013) savā rakstā parāda, kā miršana var kļūst par ikdienišķu lietu ģimenē, kurā kādam ir neārstējama un nāvējoša slimība. Miršanas ikdienišķums bieži vien izpaužas ikdienas praksēs, pielāgojoties vienam otra dzīves ritmam un spējām. Tuvinieki atvieglo mājas dzīvi mirstošajiem, savukārt mirstošie slepus palīdz padarīt mājas darbus kārtīgi, lai neaizvainotu tuviniekus. Arī šajā PA nodaļā nāves ikdienišķums daudziem no pētījuma dalībniekiem izpaudās praktiski veicamos uzdevumos. Nāves ikdienišķums ir dažādos pacientu veselības stāvokļa rādījumos, medikamentos un pacientu sāpēs. Tā, protams, nevar teikt par visiem PA nodaļā strādājošajiem. Atbalstošais personāls nāves ikdienišķums ir sarunās ar pacientiem un viņu tuviniekiem par līdz šim dzīvotajām dzīvēm, kas iekļauj arī slimību, bet ne tikai. Viņi norāda, ka būtu vērtīgi, ka arī mediķiem būtu iespēja mācīties par nāvi runāt brīvāk, līdzīgi tam, kā to spēj atbalstošais personāls. Var secināt, ka speciālistiem savā starpā ir citi standarti labām attiecībām ar nāvi, nekā viņi piedēvē pacientiem. Interesanti, ka speciālistu starpā emocionālais briedums ir tad, ja speciālisti savā starpā nerunā par nāvi, savukārt pacienta briedums ir tad, ja par nāvi runā gan “nopietni”, gan ikdienišķi.

Sociālās attiecības ar nāvi saskarsmē ar pacientu tuviniekiem

Speciālistiem ir dažādas pieredzes un interpretācijas saistībā ar tuvinieka lomu un pienākumiem PA. Mediķi runā par tuvinieku empātijas trūkumu pret speciālistiem un vienaldzību pret piederīgajiem, kas ir PA nodaļā. Mediķi pārmet tuvinieku nolaidību. Protams, pieredzē ir arī gadījumi par rūpīgiem, līdzjūtīgiem un pateicīgiem tuviniekiem, bet tie ir konkrēti gadījumi, kamēr par vairumu vairāk runā ar negatīvi. Tikmēr atbalsta personāls vairāk stāsta par tuvinieku izmisumu, vainasapziņu, apjukumu un sērām.

Telefonsarunas

COVID-19 pandēmijas laikā telefonsarunas ir kļuvušas par galveno saziņas veidu starp speciālistiem un pacientu tuviniekiem. Telefonsarunas aizstāj gan pacientu apciemošanu, gan arī viņu veselības stāvokļa uzzināšanu un saprašanu. Videozvanos tuvinieki pacientu var apskatīt un sadzirdēt, savukārt telefonzvanos caur speciālistu teikto tuvinieki “saredz” pacienta veselības stāvokli un reizēm arī nākotni. Tuvinieks tādā veidā uztur attiecības gan ar ārstu, gan ar pacientu. Interesanti, ka attiecības starp pacientiem un tuviniekiem uztur ar speciālista starpniecību, jo tuvinieki nedrīkst fiziski būt klāt, savukārt pacienti reizēm nav “klāt” kognitīvu traucējumu dēļ. Šeit gan šķiet, ka attiecības ir vienpusējas, jo nav skaidrības par to, cik lielā mērā pacients ir informēts un iesaistās šajās telefonsarunu attiecībās. Telefonsarunu daudzuma pieaugums speciālistiem ir apgrūtināošs. Attiecības tiek uzturētas caur ausīm un trūkst dimensiju runātāja personībai:

Tuvinieki ir tie, pie kuriem vēršas, informējot par pacienta veselības stāvokli, un lēmumu pieņemšanas gadījumā, ja pacients nav pie apziņas un/vai nespēj atbildēt. EP rekomendācijās pacientu un viņa ‘ģimeni’ sauc par vienotu kopumu, tātad informēšanas un lēmumu pieņemšanās sakarā visi šī kopuma locekļi būtu jāiesaista. Rekomendācijās gan ir pretrunas, jo tajā pašā laikā ir norādīts, ka, ja pacients nevēlas, ka tuvinieki zina kaut ko no tā, ko speciālists var pateikt par turpmāko aprūpes gaitu, tad speciālistam ir jāievēro pacienta vēlēšanās. No lauka darbā veiktajām intervijām noprotams, ka tuvinieki veic gan pacientu pārstāvniecības uzdevumus, gan arī aprūpi, vadoties pēc mediķu rekomendācijām, bet vienīgi gadījumos, ja pacients pats nevar patstāvīgi atbildēt un dzīvot. Vēl tuvinieki izpauž savas vēlmes un nostāju par aprūpi, miršanu un nāvi.

Reakciju pieņemšana

No speciālistu puses ir centieni nāvi padarīt sakārtotāku, to cenšoties plānot jau iepriekš. Kārtošanā iesaistīti telefonzvani ar tuviniekiem, brīdinot par nāves tuvošanos, dokumentu sagatavošana un aizpildīšana, telpas sakārtošana, mirstošā un mirušā cilvēka ķermeņa sakopšana un atbalsta pakalpojumu piedāvāšana. Sakārtotais vairs nav tik biedējošs, rodas

ilūzija par miršanas un nāves paredzamību un kontroli. Tajā pašā laikā speciālistiem ir arī jāspēj pielāgoties tuvinieku reakcijām. Tuvinieku reakcijas uz piederīgā nāvi ir dažādas, un speciālistiem tām ir jāpielāgojas, jābūt iejūtīgiem, jāuzklausā un jāmacās neuztvert personiski apvainojumus, kas izskan uzreiz pēc pacienta nāves:

E: “[...] nākošajā dienā, šī papīru sakārtošana, vienmēr izsakām līdzjūtību - cits neko, paldies, cits nerunā. Labāk neaiztikt. [...] Cits ļoti grib runāt. Viņš ir gatavs nosēdēt un vēlreiz pastāstīt par savu vecāku, par mammu vai tēti, liekas izrunāties, izrunāties, un tad arī paliek vieglāk. Tad atkal tās mantas, kad dodam, tad atkal sākas asaras, tad es vienmēr tā saku - varbūt, ka viņam tagad ir vieglāk.”

Speciālisti ir aizkustināti dzirdēt pateicības vārdus. Tuvinieki novērtē saņemto atbalstu arī tad, ja pacients ir nomiris, jo būtiski ir bijis, kā pacients ir nomiris un kā speciālists ir šo nāvi padarījis pēc iespējas patīkamāku pacientam un tuviniekiem

H: “Tad nākošajā dienā atnāca viņa man pēc tiem visiem pārējiem dokumentiem, kas jākārt, viņa saka - [klusuma brīdis, dzirdu, ka ir aizkustināta, cenšas savaldīties, raud], paldies par to, ka Jūs to visu vadījāt. Un, protams, nebija pārmetumu un nebija puņķu un asaras, bet gandarījums, ka tā meita no tās mammas atvadījās. [...] man pašai tas ļoti patika, un es to stāstu arī citiem. Tas tā, kā to uztver tie radnieki un ka viņi redz, ka mēs te nenozāļojam un nesazāļojam tos pacientus.”

Labas nāves pieredzes norāda arī uz attiecībām ar nāvi, kādas PA nodaļā cenšas kultivēt. Citā nāves brīdī H piemin to, ka speciālisti PA nodaļā arī tuviniekiem nāves pieredzi var padarīt mazāk biedējošu vienkārši esot klāt: “paldies, ka pastāvējāt klāt, mums nebija tik bailīgi. [aizkustināta].”

Tas ir tas, ko speciālisti iesaka darīt ar tuviniekiem attiecībā uz saviem piederīgajiem – būt klāt. H un arī citi speciālisti norāda, ka tieši šī pateicības izrādīšana ir iemesls, kāpēc dara savu darbu. Ar pateicības vārdiem tuvinieks atklāj to, ka ir pamanījis, ka speciālists ir bijis klāt pacienta miršanas procesā, ka ir darījis savu darbu profesionāli, kā arī iejūtīgi. Ar to norāda, ka speciālista darbs ir bijis nozīmīgs pacienta nāves veidošanā, kā arī pašu tuvinieku iedrošināšanā un atbalstīšanā.

Sērošana

Daži pētījuma dalībnieki pieminēja sērošanas posmus, atsaucoties uz Elizabetes Kibleres-Rosas (*Elisabeth Kübler-Ross*) modeli, kas iedala sērošanu 5 posmos¹³. Šis modelis pieņem vai vismaz pārsvarā tiek attēlots kā universāls sērošanas procesa skaidrojošais modelis. Tas

¹³ Ar to var iepazīties, piemēram, šeit: <https://www.psychom.net/depression.central.grief.html> (angliski) vai šeit: <https://lvportals.lv/viedokli/259422-grutas-sarunas-ka-but-kopa-ar-cilveku-zaudejuma-2013> (latviski)

nozīmē, ka visi pasaules iedzīvotāji sēro vienādi, ka sērošanas izpausmes ir fundamentālas visiem cilvēkiem. Nevienu teorētisku modeli nevajadzētu uzskatīt par patiesu realitātes atspoguļojumu. Tie vienmēr jālieto uzmanīgi, lai, cenšoties palīdzēt individuāliem cilvēkiem, viņu pieredzes netiktu ieliktas kategorijās, kas nemaz neatbilst viņu sajūtām:

H: “ja viņi [tuvinieki] nav izdzīvojuši tās visas[sērošanas] sajūtas, ja viens ar otru nerunā, un varbūt arī nestāsta, tad viņi visas tās emocijas izdzīvo tad, kad tas viss process, miršanas process iesākas vai turpinās, vai pat arī pēc nāves. Tad var būt pārmetumi un dusmas, un tādi apvainojumi, bet, nu, izskaidrojot un izstāstot, kāpēc tas tā notiek, un tāpēc es arī ar radiniekiem, piederīgajiem runāju jau savlaicīgi, lai viņiem nebūtu pārsteigumi!”

H redzējumā tuvinieku sajūtas un emocijas pacienta nāves gadījumā var būt aizkavētas, ja trūkst komunikācijas starp aprūpē iesaistītajām pusēm. Izjūtām ir atvēlēts savs laiks, kurā tās ir jāizdzīvo, lai tās būtu pabeigtas un neapgrūtinātu turpmāko dzīvi. Es nedomāju, ka pietiek ar to vien, ka laicīgi izstāsta slimības gaitu un nāves tuvošanos, lai tuvinieks nesaskartos ar ilgiem spēcīgiem emocionāliem pārdzīvojumiem. Arī J sēru izpausmes uztver kā skaidras un fiksētas, tomēr pieļauj, ka katram tās var izpausties dažādi

J: “Mēs zinām, kāda ir klasika un kādas ir sēras utt, tas viss ir skaidrs un zināms, bet nu kā nu katrs to pārdzīvo! Cits to ir spējīgs pieņemt un pārdzīvot, cits varbūt tā arī līdz galam nepieņem un tā arī paliek tajās sērās sērojot visu turpmāko dzīvi. Tas ir ļoti individuāli! Katrā ziņā, nu, mēs cenšamies...izskaidrot un izrunāt tās lietas, ja, lai tās notiktu pēc iespējas mierīgāk un ātrāk, [...] bet katrā ziņā, nu, ja cilvēks saņem palīdzību, tad tas...tur ir lielāka varbūtība, ka tas cilvēks ar to tiks galā salīdzinoši labi nekā tad, kad viņš, kā saka, ir tai karalaukā atstāts viens pats un viņam vienam pašam ir ar visu jātiek galā.”

Arī J uzskata, ka, laicīgi pārrunājot pacienta veselības stāvokli, kā arī nāves tuvošanos ar tuviniekiem, var uzlabot tuvinieka attiecības ar piederīgā nāvi. J redzējumā piederīgā nāve jebkurā gadījumā ir “karalauks”, tomēr, saņemot nepieciešamo atbalstu, šo “karalauku” ir iespējams šķērsot drošāk un ātrāk. Speciālisti nāvi pacientu tuvinieku dzīvēs nereti redz kā personību un dzīvi graužošu. Arī tuvinieks piederīgā nāves tuvumā kļūst viegli ievainojams un saudzējams:

Varētu teikt, ka speciālisti, sniedzot tuviniekam atbalstu, viņam dod bruņas, jo līdzīgi kā pacientam, apzinoties savu nāvi, tā arī tuviniekam jāveido mierīgas un pieņemošas attiecības ar nāvi.

Sociālās attiecības ar nāvi starp tuviniekiem un pacientiem

Intervijās arī pārrunājām speciālistu redzējumu par pacientu un viņu tuvinieku attiecībām. Speciālisti izteica savu vērtējumu, kā arī aprakstīja, viņuprāt, labas attiecības tuvinieku starpā,

kas saistītas ar miršanu un nāvi. Runājot par pacientiem un tuviniekiem, pētījuma dalībnieki arī stāstīja dažādus stāstus no konkrētām situācijām PA nodaļā, kurās bija bijuši klāt.

Morāli spriedumi

Tā kā, vadoties pēc PA principiem, pacients nedrīkst nomirt viens pats, tad speciālistu vērtējumā par pacienta un viņu tuvinieku attiecībām, kā arī morālo stāju, būtiska ir tuvinieku iesaiste tad, kad speciālistiem jau skaidri zināms, ka tuvojas pacienta nāve. Speciālisti novēro, viņuprāt, labos un sliktos iznākumus tuvinieku un pacientu attiecībās. Medmāsas un medmāsu palīgi runā par to, ka tuvinieki nav klātesoši vai nu fiziski, vai emocionāli. Vai nu mirstošie pacienti ir vientuļi dažādu iemeslu dēļ, vai arī tuvinieki, pacienta stāvoklim regresējot, vairs neapmeklē pacientus. Arī, esot nodaļā, tuvinieki īsti nezina, ko iesākt, tāpēc izmanto elektroniskas ierīces, lai novērstu savu uzmanību no neveiklās sajūtas, ko izjūt. Daudzi no speciālistiem arī nosodīja daudzu tuvinieku paradumu uz slimnīcu atnest ēdienu. Speciālistiem šķiet, ka, nopērkot gardumus, tuvinieki atpērkas no tā, ka nepavada laiku ar piederīgo

J: “Nu cilvēki mēģina risināt to, kas ir vienkāršāk risināms, jo...un saprotamāk risināms, jo, piemēram, atnest ēdienu ir ļoti saprotami un vienkārši - aiziet uz veikalu, nopirkt un atnest. Bet būšana blakus tas jau ir sarežģītāk. Pirmkārt, nu, tas var būt sāpīgi, protams, otrkārt, bieži vien cilvēki nezina, ko teikt, vai vispār kaut ko teikt, un ja nu viņš kaut ko pasaka un ja nu viņš kaut ko paprasa, tas slimais cilvēks,”

Speciālisti uzskata, ka tuvinieki rīkojas nepareizi un ka viņi to apzinās. E un K ēdiena nešanu gan vērtēja pozitīvāk, jo uzskatīja, ka mirstošajam pacientam ir aizvien mazāk lietu, ko dzīvē var izbaudīt. Ēdienu neuzskata par pacientam nepieciešamu rūpju izpausmi. Daudzi intervijās teica, ka tuviniekam ir vienkārši “jābūt blakus” pacientam. Tas arī sasaucas ar EP rekomendācijas norādīto, bet tas ir sarežģīti, jo attiecības ar piederīgo viņa miršanas laikā ir sarežģītas. Tomēr bija dažādi viedokļi par to, ko īsti nozīmē “būt blakus”. Reizēm pietiek ar to, ka tuvinieks ir palātā pie pacienta gultas. Reizēm vajadzīga runāšana ar piederīgo un pieskaršanās viņam:

B: “Pat nevajag runāt vai kaut ko teikt - nu kā, lai es tev palīdzu vai ko man tev izdarīt? Nu neko nevar izdarīt. Esi blakus! Kādreiz viņš nevar pat arī runāt. Vienkārši esi blakus. Kādreiz sēdi un sēdi, un tā ir kopā būšana, tas jau ir daudz. Bez telefona. Vēlams. Kādreiz pat nevajag neko darīt.”

Elektronisko ierīču izmantošana pacienta apciemojuma laikā tiek nosodīta, jo to redz kā izvairīšanos no svarīga, lai arī iespējams neērta brīža – saskarsmes ar mirstošu piederīgo. Būšana klāt nozīmē to, ka cilvēks nav atstāts pats par sevi. Tas attiecas arī uz miršanas brīdi.

Tuvinieku rīcība attiecībā pret piederīgo PA nodaļā tiek novērota un vērtēta. B tuvinieku attieksmē pret mirstošo piederīgo pārsvarā saskata vienaldzību un mantkārību:

B: "viņi [tuvinieki] grib tikt no viņiem vaļā īstenībā. Varbūt tā nav! Šajā nodaļā [...] man ir bijuši 2 gadījumi, kad es redzu, ka tuvinieks tiešām, viņš rūpējas, viņam interesē, viņam nav liekulība. Viņš tiešām nāk. Var redzēt, ka tiešām, bet diemžēl pārsvarā atvedam advokātus, pārrakstām mantu."

K: "Vēl citās darbavietās jau ar tāpatās. Sāk mantu dalīt un ko. Cilvēks vēl nav aizgājis jau piederīgie taisa. Dzīvē tā ir. Nav cieņas, citreiz viņiem nav cieņas, acīmredzot, kā viņiem tur ģimenē ir bijis, kā saka. Mhm."

B interpretācijā pacienta nāve ir tuviniekam izdevīga, un tā tiek gaidīta. Lai arī pētījuma dalībnieki saka, ka pirms pacienta nāves būtu jāpārrunā un jāsakārto praktiskās lietas, tai skaitā, mantojums, tomēr tas nav tas, ar ko ir jāsāk, piederīgajam nonākot PA nodaļā vai arī kļūstot par mirstošu pacientu. Ja praktisko lietu kārtošana ir bez speciālistiem redzamām rūpēm par pacientu, turklāt šīm rūpēm ir konkrētas izpausmes – regulāra apciemošana, runāšana, pieskaršanās un aprūpēšana -, tad šāda kārtība un kārtošana ir nepareiza. Šajā redzējumā nāve ir īpašs posms cilvēka dzīvē, kurš ir arī jāpavada ar īpašu uzmanību un rūpēm. Tiek izteikti spriedumi par atsevišķām ģimenēm, par tuvinieku attiecībām savā starpā, kuras vērtē kā morāli apšaubāmas. Problēma ir ģimenēs, nevis plašākā sistēmā un tās attiecībās ar nāvi. Problēma ir vienaldzībā un apzinātā cieņas neizrādīšanā, nevis bailēs un nezināšanā, kā rīkoties situācijā, ar kuru, iespējams, tuvinieks pirmo reizi saskaras, kurai nav iesakņoti rituāli. Kā gan tuvinieks var nākt, būt klāt, runāties, ja nav pieradis un ja ir bail būt klāt miršanai un nāvei un par to runāt?

Mirstošs pacients nedrīkst būt viens savas nāves brīdī. PA nodaļā pacientam klāt ir speciālisti un palātas biedri, tāpēc ir ļoti maza iespējamība, ka pacients nomirst viens pats telpā, bet tā īsti pacienta vientulību var novērst tikai tuvinieki. Ne EP rekomendācijās, ne arī intervijās īpaši netika pārrunāts, kāpēc tieši tuviniekiem jābūt klāt. Iespējams, ka būšana klāt pacienta nāvē tiek uztverta kā atvadas, pieņemot, ka tuvinieki ar pacientu vairs nekad nesatikties. Atkarībā no tuvinieku uzskatiem par nāvi un attiecībām ar to, daļa no tuviniekiem varētu domāt, ka viņi vēl satiks savus mirušos piederīgos vai nu pēc pašu nāves, vai arī sapņos, īpašās vietās vai situācijās. Piemēram, Varjakoski (2018) pētījumā cilvēki uzturēja attiecības ar saviem tuviniekiem arī pēc šo tuvinieku nāves. Tuviniekiem lūdz padomu un atbalstu dažādās dzīves situācijās. Reizēm tieši pēc nāves cilvēki varēja pārtraukt attiecības ar tuviniekiem, ar kuriem to nespēja izdarīt, viņiem dzīviem esot. Speciālisti vairākkārt saka, ka tiek domāts par pacientu labsajūtu, bet nezina, vai viņi jautā, vai pacients vēlas, ka tuvinieki ir klāt viņa nāves brīdī, kad pacients vēl var uz to atbildēt. Iespējams, ka pats mirstošais nevēlas uzturēt attiecības ar saviem tuviniekiem.

Tam pretstatā ir gadījumi, kurus speciālisti uzskata par īpašiem tieši tādēļ, ka tie ir atbilduši PA principiem, kā arī pašu vērtējumam par labu nāvi. Ja pacientam ir bijusi laba nāve

un tuvinieki saistībā ar šo nāvi ir uzvedušies tā, kā speciālisti uzskata par pareizu, piemēram, sūtot ziedus mirušajam, tad arī attiecības tuvinieku starpā tiek vērtētas pozitīvi:

C: "Arī I tāda māksliniece, bija atbraukuši bērni, visi bija sakāpuši pie viņas gultiņā, viņai bija viss apkārt! Radnieku apmīļota, piederīgo apmīļota, tāds gals cilvēkam, viņa, protams, arī aizgāja, bet, ja tāds gals pienāk, tad tu esi...tu esi, tu saņem savas dzīves, kā teiksim,...visu to tādu, balvu saņem par to, ka visi ir ar tevi. Citi gaida, bet pie viņiem neviena nav palātā."

Ja mirstošo pacientu apciemo tuvinieki, ja viņi pieskaras pacientam, tad ģimenes attiecības tiek vērtētas kā labas. Attiecības ar nāvi ir arī performatīvas. Speciālistu redzējumā attiecībām ģimenē ir tieša saikne ar attiecībām ar nāvi vai vismaz tam, kā miršana un nāve izvēršas. Pēc tuvinieku performances nosaka viņu morālo stāju, bet pēc tā nosaka arī mirušā pacienta raksturu. Netiek apšaubīts, ka mirstošs patients, kuram atsūtīti ziedi vai kuru apciemo, ir labi izturējies pret saviem tuviniekiem.

Ar vai bez tuviniekiem?

No vienas puses, speciālistu uzskati ir līdzīgi EP rekomendācijās minētajiem principiem, ka labākajā gadījumā pacienta nāves brīdī ir klāt tuvinieki, tomēr, no otras puses, ja nāve tomēr "aizkavējas", tad tuviniekiem nevajag uzkavēties, jo tas neļauj pacientam "aiziet":

E: "Veci cilvēki ir teikuši, ka neviens neaiziet, kad tev tur stāv un blenž virsū. Saka, ka nelaiž prom it kā [iesmejas]. Ir kādreiz radi - mēs paliksim līdz pēdējam. Nu nevajag to. Tā mēs tā, kad jau laida vēl klāt - nu nevajag, Jūs viņu nelaidiet prom, viņam arī grūti. Nezinu, vai tie mūsu pašu izdomāti vārdi vai [iesmejas] no kaut kurienes ir nākuši. Man vecāmāte kādreiz ir teikusi - nevajag....stāvēt klāt un gaidīt."

Ar šo vien E apšaubā vienu no centrālajiem PA principiem – laba nāve ir tuvinieku klātbūtnē. Tas gan ir vienīgais gadījums, kad pieminēja to, ka, ja arī tuvinieki ir norūpējušies un vēlas būt klāt piederīgajam arī nāves brīdī, tas nemaz nav tik vajadzīgs. Šis PA princips parasti tiek uztverts burtiski, respektīvi, ka tuviniekiem ir jābūt vienā telpā ar piederīgo, kurš nomirst. Rekomendācijās nepiemin variantu, kurā pacienta tuvinieki ir klātesoši domās. Speciālistu redzējumā tuviniekiem būtu jāpieņem piederīgo nāve un jāļauj tai notikt, bet to arī nevajag izteikti gaidīt un nodarbināt sevi un pacientu ar pēc iespējas labākas nāves veidošanu. Drīzāk PA principos būtu jārunā par to, ka patients nedrīkst nomirt vientulībā, nevis vienatnē. Vientulība ir stāvoklis, kurā cilvēkam nav ciešu attiecību ar citiem. Vienatne ir laiks, kuru cilvēks pavada viens, bet tas nenozīmē, ka cilvēkam nav cilvēku loks, uz kuru atbalstu un uzmanību var paļauties.

Saistībā ar to tiem pacientiem, kuriem nav tuvinieku, kuri viņu apmeklētu PA nodaļā, C uzskata, ka vajadzētu aktīvāk meklēt domubiedrus kaut vai nodaļas ietvaros. Mirstošajam

pacientam līdz pat savam nāves brīdim būtu jācenšas veidot kontakts ar cilvēku, kas tieši vai netieši nodrošinātu to, ka cilvēks nav vientuļš miršanas laikā:

C: "viņš saka - pie manis nav, kas nāk, man nav neviena. Tie cilvēki, viņi ir tādi bēdīgāki, viņi tādi savrupāki, tad viņiem, man liekas, tomēr cilvēkiem vajag nākt...tā vairāk tomēr, atrast domubiedrus, piederīgos, būt ar viņiem, komunicēt, tad viņi jūtas daudz, daudz labāk. Bet vienam ir grūti."

Speciālisti nepiemin gadījumus, kurš pacients būtu runājis par vēlēšanos nomirt bez tuvinieku klātbūtnes vai arī vienam, piemēram, mājās, tomēr arī tāda vēlēšanās ir jāapsver, kā redzams Kasvelas un O'Konoras (2017) rakstā. Daži no intervēto vienatnē dzīvojošu cilvēku apsvērumiem par miršanu vieniem pašiem savās mājās, bija tas, ka nevēlas, ka tuviniekiem par viņiem būtu jā rūpējas. Cilvēkam, kuru fiziskas, mentālas vai emocionālas nespējas gadījumā aprūpē tuvinieks, šīs jaunās lomas jau iepriekš izveidotās attiecībās varētu radīt apkaunojuma sajūtu. Līdzīgi to piemin arī mirstošu jauniešu vecāki Grinjēras un Tomasas (2004) pētījumā, kuri par spīti tam izplatītajam pieņēmumam, ka cilvēki vēlas nomirt mājās, izlēma par labu sava bērna nāvei slimnīcā, jo jūta, ka nespēs parūpēties psiholoģisku apsvērumu dēļ. Viņi jūta, ka viņu pieaugušais dēls justos apkaunots un aizvainots, ja viņa vecākiem viņš būtu jāredz kails, lai viņu varētu nomazgāt. Iespējams, ka arī daļai pacientu, par kuriem rūpējas speciālisti PA nodaļā, ir vieglāk pieņemt to, ka viņus vājuma brīžos redz relatīvi nepazīstami cilvēki. Tikai tāpēc, ka speciālisti zina, kā rūpēties par mirstoša un miruša cilvēka ķermeni, un ir pieraduši, ka pacienti ļaujas šai aprūpei, nenozīmē, ka līdzīgas attiecības caur mirstošā ķermeņa aprūpi veidojas arī mirstošajiem pašiem ar saviem tuviniekiem.

Sociālās attiecības ar nāvi starp pacientiem un palātas biedriem

Speciālisti stāsta, ka attiecības starp palātas biedriem ir dažādas. Reizēm palātas biedri ir draudzīgi, palīdz un piedalās viens otra aprūpē. Reizēm pacienti savā starpā nerunā. Speciālisti nosoda palātas biedru uzvedību, ja attiecības, attieksme pret otru ir, viņuprāt, vienaldzīga:

D: "Bet daudzi ir tā, kā teikt, tā kā savā čaulā ielīduši, ka viņi negrib kaut vai pasmaidīt, kaut vai to pēdējās dienas, lai justos...palātā arī 4 cilvēki, viņi varētu aprunāties, pastāstīt par sevi, ko darījuši jaunībā, lai tās domas aiziet, bet viņi to nevēlas. Ir tādi, kas pastāsta citiem un pasmejas, cits atkal vairāk pievēršas Dieva vārdam, viņš lasa to bībelīti, tēvreizīti noskaita. Tas arī tā patīkami ir no mūsu puses. Tajā brīdī, lai viņiem, kā saka, palīdzēt."

Rūpes par citiem palātas biedriem sagādā prieku arī medmāsām un medmāsu palīgiem, kas arī atvieglo viņu darbu, kā arī panāk to, ka darbs ir ar pacientiem, kuri ir labākā omā.

Pacientu vienaldzība izpaužas arī tajā, ka cilvēki viens otram uzgriež muguru un ignorē to, ja kādam ir kādas specifiskas grūtības un ciešanas. Speciālisti gaida, ka palātas biedri izrādīs interesi, rūpes par citu pacientu stāvokli un praktiskajām vajadzībām:

C: “Es skatos, teiksim, vienam ir problēmas, viņš visu laiku rīstās. Otrs ir pagriezis muguru! Es arī viņu atcerēšos! Viņš ir pagriezis muguru. Es neesmu ļaunatminīga, bet viņš jau šeit diezgan bieži ir. Viņš saka - ko tas tur rīstās, ko tam tur ir tik slikti. Viņš ir pagriezis muguru. Izskatās, ka tas uz viņu neattiecas! [...] atkarīgs no cilvēka. Otri tur palīdz, ūdens krūzīti '!' [23:30] ja tu pēkšņi tu esi kaut kur tālāk, otrs no palātiņas pienes.”

Arī palātas biedriem būtu jāiesaistās aprūpes un miršanas atvieglošanā. Pacienta miršana arī morāli attiecas uz palātas biedriem. Iespējamās bailes no paša nāves, pie kā varētu nonākt domas palātas biedriem, nevajadzētu viņus atturēt no palīdzības pacientam, kura veselības stāvoklis ir sliktāks. Šķiet, ka neziņa, ko iesākt ar mirstošu cilvēku, ir arī pašu mirstošo cilvēku problēma. Interesanti, ka C saka, ka nav “ļaunatminīga [sic]”, bet, tajā pašā laikā, saka, ka atcerēsies palātas biedra, viņasprāt, nepareizo, neiecietīgo, nekaunīgo uzvedību. Speciālisti ar palātas biedriem necenšas īpaši runāt par pacienta nāvi, baidoties viņus sāpināt, bet tā vietā, ka palātas biedram nebūs bail tuvoties un pieskarties mirstošajam, tāpēc gaida no viņiem iesaisti mirstošā aprūpēšanā.

PA nodaļā palātas biedri ir tie, kuri viens ar otru pavada visvairāk laika. No vienas puses, speciālisti vēlas, ka palātas biedri savā starpā runātos un sadraudzētos, no otras puses, tas sev līdzi nes sēras gadījumā, ja/kad palātas biedrs, kurš ir kļuvis par draugu, nomirst:

G: “bet viņi saskaras ar šo nāvi, viņi saprot, ka tas viņus sagaida, kas varētu notikt. Var just viņu tādu nomāktību, sava veida sēras. Tomēr viņš ir bijis kopā ar cilvēku kādu laiku, kopā dienas, ir bijuši sadraudzējušies, bijuši tā kā draugi jau, tad šis cilvēks aiziet...jā, tas ir arī emocionāli, nav viegli.”

Speciālistiem ir dažādi novērojumi par to, kā palātas biedri uztver pacienta nāvi. Vieni saka, ka viņu uzvedībā nav redzams nekāds pārdzīvojums par netālu notikušo nāvi, citi savukārt uzskata, ka palātas biedri pārdzīvo gan. Viena un tā pati uzvedība tiek interpretēta dažādi. Novērsšanās no mirstošā var nozīmēt vienaldzību vai arī bailes no paša nāves, vai arī nogurumu no spriedzes, ko izraisa skaņas un skati, kas saistīti ar miršanu.

Iemiesotās attiecības ar nāvi

Attiecības ar nāvi nozīmē arī attiecības ar ķermeņi. PA nodaļā tiek nemitīgi kopti dzīvi, mirstoši un miruši ķermeņi. Iemiesotajā dimensijā analizēju to, kā speciālisti skaidro savu darbu ar pacientu ķermeņiem, viņu izveidotās kategorijas pacientiem, kā arī to, kā viņi vērtē tuvinieku “darbu” ar pacientu ķermeņiem. Analizēju arī viņu priekšstatus un pārdomas saistībā ar mirušiem ķermeņiem.

Staigājošie/gulošie/grūtie

PA ir cilvēki ar dažādiem veselības stāvokļiem un pašaprūpes spējām. Pētījuma dalībnieki viņus iedala “staigājošajos” un “gulošajos”. “Staigājošie” ir tie, kuriem ir neārstējama slimība, bet kuri paši spēj staigāt, kuri spēj uzturēt savu higiēnu, kā arī ēst bez speciālistu palīdzības. “Gulošie” ir tie, kuri nespēj pastaigāt, un daudzi no viņiem arī nespēj veikt citas ķermeņa aprūpei nepieciešamās darbības. Reizēm pacients var strauji kļūt no “staigājoša” par “gulošu”, reizēm ķermeņa funkcijas pasliktinās un uzlabojas viļņveidīgi.

A: “tas pārmetums [no tuviniekiem], piemēram, ir tāds - mēs atnācām, mēs vēl varējām drusciņ staigāt, aiziet līdz tualetei un tagad mēs nevaram. Dabīgi! Tur ir izmainīta asins aina, iekaisums, zems hemoglobīns, būtībā skābekļa ir maz organismā. Cilvēkam slikta dūša, un, ja viņam slikta dūša, viņš neko neēdīs! No kurienes viņam tas spēks būs? Tur ar sistēmu arī ļoti grūti dabūt kaut ko atpakaļ, kaut ko reversēt, ja ir jau lieli sistēmbojājumi.”

A “gulošā” statusu apraksta, izmantojot medicīniskus fizioloģisku procesu terminoloģiju. “Gulošais” ir tas, kurš tuvojas miršanai, un viņa nāve nešķiet tik pārsteidzoša. Nereti ar “gulošo” ir arī apgrūtināta komunikācija traucēto kognitīvo funkciju dēļ. Šis statuss ir pārsvarā lineāras veselības pasliktināšanās rezultāts. Savukārt ar “staigājošajiem” ir brīvāka komunikācija, un viņiem vajadzīgs salīdzinoši maz palīdzības. Ja nomirst “staigājošais”, tas ir negaidīts pavērsiens, kas speciālistos var izraisīt arī šoku vai žēlumu par to, ka nomiris kustīgs un priecīgs cilvēks. Nāve šķiet saprotama, ja tā notiek ar cilvēkiem, kuru ķermeņi aizvien mazāk spēj funkcionēt patstāvīgi. Ja nomirst cilvēks ar salīdzinoši labu veselības stāvokli, speciālisti ir iemācījušies savu šoku mazināt ar to, ka atgādina sev pacienta diagnozi. Neārstējama slimība ir gandrīz vai kā nāves spriedums vai arī tieši kā attaisnojums negaidītai nāvei. Tas negaidīto padara par pašsaprotamu un pat likumsakarīgu. Bet tas gan notiek retrospektīvi, notikušo sakārtojot neizbēgamības ķēdītē. Tajā pašā laikā, tiek minēti arī gadījumi, kad pacienti ar līdzīgu diagnozi dzīvo vēl gadiem ilgi, un tikai ik pa laikam iegriežas PA nodaļā. Šie gadījumi tiek izmantoti, lai argumentētu, ka PA nodaļa nav tikai vieta, kur atnāk nomirt, ka neārstējama slimība nav automātisks nāves spriedums. Diagnozes tiek izmantotas dažādu spriedumu pamatošanai.

Iepriekšējās apakšnodaļās, runājot par labu nāvi, speciālisti pieminēja 10% nāvi, kurā cilvēks pēkšņi nomirst savās ikdienas gaitās bez iepriekšējām indikācijām par tuvojošos nāvi. No vienas puses, varētu domāt, ka nomirt kā “staigājošajam” ir veiksmē, jo pacientam nav bijis ilgstoši jācieš sāpēs, bet, no otras puses, tas izraisa nepatīkamu pārsteigumu. Speciālisti cenšas attiecības ar nāvi veidot paredzamākas, bet tas ne vienmēr izdodas.

Daži speciālisti teica, ka ir svarīgi, ka vienā palātā ir pacienti ar līdzīgu veselības stāvokli un spēju pakāpi, lai vienam otru neapgrūtinātu emocionāli. Speciālistu redzējumā “staigājošie”,

iespējams, justos slikti, ja vairākkārt saskartos ar palātas biedru nāvi, kā arī tiktu konfrontēti ar nāvi, kas arī viņiem tuvojas, savukārt “gulošie” justos slikti, jo viņiem blakus ikdienā būtu cilvēki, kuri spēj kustēties brīvāk un paši par sevi vairāk parūpēties. Ne vienmēr gan izdodas to nodrošināt PA nodaļā ierobežotās vietas dēļ. “Guļošu” pacientu nāve savos “staigājošajos” palātas biedros var radīt psiholoģiskas un eksistenciālas ciešanas, tāpēc notiek mirstošo ķermeņu pārvaldīšana un vadīšana. Līdzīgi kā Komaromijas (2000) rakstā ķermeņiem tiek piešķirtas nozīmes un pacienti tiek kategorizēti un pārvietoti balstoties šajās nozīmēs. Lai arī PA nodaļā miršana un nāve ir regulāra parādība, tomēr pacienti no tās ir jāsaudzē. Viņu ķermeņi tiek ielikti kategorijās un tad kārtoti telpā.

“Gulošie” pacienti nereti ir arī “grūti” pacienti. “Grūts” pacients parasti ir tāds, kura sāpes ir grūti vai neiespējami apturēt. Speciālistu uzdevums ir pēc iespējas atvieglot neārstējami slimajam cilvēkam atlikušo laiku, lai cik garš tas būtu. Galvenokārt runā par atsāpināšanu, jo, ja cilvēkam sāp, viņš nav spējīgs domāt ne par ko citu. Sāpes atņem interesi par vaļaspriekiem, par citiem aprūpes pakalpojumiem un savas atlikušās dzīves kārtošānu. “Grūts” pacients ir tāds, ar kura ķermeni ir sarežģīti strādāt. Tas prasa pārliecināšanu un vienošanos ar pacientu. Tomēr galvenokārt “grūti” pacienti ir grūti, tāpēc ka pašiem pacientiem ir grūti, nevis speciālistiem:

F: “Ja ir grūti pacienti...viņus vajag [pagriezt], bet viņiem viss sāp. Viņi kliez, kad viņu griež, mazgā, maina pampersu. Grūti ne man, bet pacientei. Sakām - man vajag darīt šito. Šajā veidā grūti. Pats darbs man nav grūts.”

Sāpes ne vienmēr ir iespējams izteikt vārdos vai nu to intensitātes dēļ, vai arī pacienta ierobežoto spēju dēļ. Attiecības notiek arī, speciālistam iejūtoties pacienta ādā bez verbālas komunikācijas. Jāsaprot, ka arī mirstošs pacients jūt sāpes, ja arī viņš nav pie pilnas apziņas. Labu nāvi palīdz veidot pieredze ar citiem cilvēkiem vai ar pacientu pašu, kurš sāpes izjutis arī, esot apzinātā stāvoklī. Arī paša pieredzētas sāpes palīdz izjust empātiju pret pacientiem, kuru sāpes nav remdējamas. Spēja iejusties cita ādā kā nepieciešamība attiecināma uz visiem aprūpes darbiem. Speciālisti norāda, ka sāpes ir arī viņiem personiski pazīstams fenomens.

PA principos un arī pētījuma dalībnieku teiktajā laba nāve ir bez sāpēm. Tā kā nāves brīdi nevar paredzēt, tad atsāpināšana, lai cilvēks nomirtu bez sāpēm, var ilgt kādu laiku, un tad jau notiek arī dzīvošana bez sāpēm.

Bailes pieskarties

Daži no intervētajiem speciālistiem ir sašutuši, ka tuvinieki, apciemojot savus piederīgos PA nodaļā, viņiem nepieskaras un nepiedalās viņu ķermeņu apkopšanā:

B: “viņi [tuvinieki] atnāk, tāpēc ka viņiem ir jāatnāk, lai viņš nejustos vainīgs, ka viņš to nav darījis [...] A, kad mamma saka, ka pamperi vajag nomainīt, viņš sauc māsu palīgu. Nē, tas ir mūsu darbs, viss kārtībā! Bet iet runa par citu lietu,

ka tas ir tavs radnieks. Ja reiz esi atnācis, padarbojies ar viņu. Pagrozi, pasēdi ar viņu, parunā, pamasē rokas, kājas.”

B to skaidro kā tuvinieku vienaldzību pret piederīgajiem, kā mūsdienu neprasmī sazināties un būt klāt bez “ekrāniem” (mobilām ierīcēm). K teiktajā noprotams, ka tuviniekiem varētu būt arī bailes un neērtums, saskaroties ar mirstošo. Tuvinieki aizvien retāk pacientam pieskaras, aizvien retāk runā ar viņu un aizvien retāk viņu apciemo:

K: “Un kā saka, ir novērots, ka tu pacients, vēl runā, nāk, kad varēja nākt piederīgie, nāk piederīgie, nes visādus gardumus un labumus. A, tad, kad cilvēks vairs nerunā un tā kā guļ, tad vispār nenāk. Paturi rociņu! Tad tā citreiz atnāk, sēž. Es saku - viņš dzird Jūs! Parunājiet ar viņu par jebko! [...] Nē, sēž un apstāv. Vai citreiz vispār neapstāv. Vot tas ir no piederīgu radu puses tā kaut kā...tāda necieņa tāda”

Pacienti ir jāmudina runāt un pieskarties par spīti tam un, iespējams, tieši tādēļ, ka pacienti to vairs nespēj izdarīt. Arī pieskaršanās ietilpst “būšanā blakus”, par ko runāju iepriekšējā apakšnodaļā. Es pieņemu, ka svarīga ir arī vecuma atšķirība un radnieciskās lomas. Vecāki arī iepriekš ir apkopuši savu bērnu ķermeņus, ja arī tas notika sen, tāpēc varbūt vecākiem ir pieņemamāk rūpēties par savu mirstošo bērnu jebkurā vecumā (Grinyer & Thomas, 2004). Savukārt bērni reti ir rūpējušies par savu vecāku vai vecvecāku ķermeņiem, to labsajūtu un higiēnu, tāpēc aprūpe var šķist nepieņemama. Nevēlēšanās pieskarties tiek uzskatīta par pretstatu tam, kā tuvinieki parasti rīkojas savā starpā. Speciālistu redzējumā tas, ka piederīgais ir kļuvis par mirstošu pacientu, nedrīkst mainīt to, kā pret viņu izturas tuvinieki. Viņuprāt, nepieskaršanās ir tuvinieku vienaldzības pazīme, nevis rezultāts mirstošā piederīgā neskaidrajam statusam.

Tuvinieku nesagatavotību aprūpēt mirstošo tuvinieku mājās arī saista ar tuvinieku bailēm pieskarties mirušam ķermenim. Šīs bailes arī šķiet kā cilvēku pamatstāvoklis, kuru pārvar, vienkārši darot. Arī speciālistiem ar lielu darba pieredzi var būt nepieciešami palīgriki, lai psiholoģiski vieglāk tiktu galā arī miruša ķermeņa apkopšanu, piemēram, mirušā sejas apsegšana mazgāšanas laikā. D norādīja, ka tas noder, ja mirušā acis šķiet “šausminošas [sic]”. Lai arī nepārrunājām, kāpēc mirušā acu skatiens izraisa šādas emocijas, tomēr ir skaidrs, ka seja un acis ir svarīga cilvēka ķermeņa daļa, jo seja ir ķermeņa daļa, pēc kuras parasti atpazīstam personu (Flaherty & Throop, 2018). Veidojot kontaktu ar otru cilvēku, parasti raugāmies sejā, kurā šo cilvēcību saskatām. Ja tas vairs nav iespējams, tad mirušā acu skatiens kļūst biedējošs. Mirušo pacientu identificē ar personu, kas viņš bija pirms nāves, piemēram, ar pacienta aprūpi saistītajos dokumentos, tai skaitā miršanas apliecībā. Ir skaidrs, kurš ir nomiris. Mirušais ķermenis saistāms gan ar personas eksistenci, gan zudumu. Šo zudušo un neskaidro ir jāaizklāj.

Arī speciālisti stāsta par savu nedrošību, uzsākot darbu veselības aprūpē, kad bija jāsaskaras ar mirušu ķermeņu aprūpi. Ir relatīvi maz cilvēku, kuriem ir piešķirtas tiesības vai uzlikts pienākums pieskarties mirušam ķermenim un to apkopt pirms apbedīšanas. Tas, ka cilvēkam ir pienākums kaut ko darīt, nenozīmē, ka cilvēks to ir gatavs konceptuāli pieņemt. Tam vajag laiku un praksi. Kad pacients nomirst, speciālistiem PA nodaļā ir arī jāparūpējas par to, ka ķermenis tiek sakopts tā, lai to var saņemt morga darbinieki. Tas nozīmē, ka nu jau jāapkopj līķis. Speciālisti apraksta bailes pieskarties mirušam ķermenim, kuras pārvarēja savas karjeras laikā:

B: "Es nevarēju pietuvoties tam mirušajam cilvēkam, un [kolēģe], kas bija vecāka, teica - nu sasien viņam kājas. Nu tur tās kājas es sasēju. Tad jau es varēju sasiet rokas, un jau kaut kādā 5. reizē es varēju sasiet arī žokli, un tad jau tas, kā saka....cilvēks pierod pie visa."

D: "Aizvedam, ka tik ātrāk viņu [mirušo] nolikt, bet, protams, tur tā [iesmejas] morga darbiniece, protams, aizrādīja - ko Jūs domājat, Jūs viņus atstāsiet uz vēdera? Viņu vajag nolikt skaisti! [...] Tas nāk ar pieredzi, ka tu vairs nebaudies no viņa. [...] Ir arī bijis dzīvē tā, ka sava tuvinieka arī, kad nomirst, nevarēja arī tad, kad nāca...kaut vai slimnīcā strādāju, es nevarēju, bet pēc tam ar tiem gadiem...i pat lūpas uzkrāsoju, jā."

Miris ķermenis vairumam cilvēku ir neaizskarams ķermenis. Miris ķermenis ir kaut kas konceptuāli neskaidrs un nekārtīgs. Ķermenis ir saistīts ar personu, bet tajā pašā laikā arī norāda uz personas neesamību (Komaromija, 2000), tomēr arī mirstoša pacienta ķermenis ir saistīts ar šo neskaidrību. Speciālisti no tuviniekiem gaida drošu rīcību saistībā ar mirstošā aprūpi, bet tajā pašā laikā norāda, ka viņiem pašiem bija nepieciešams laiks, lai pierastu pie sava darba specifikas. Interesanti, ka arī paši speciālisti, esot tuvinieku lomā, mirušam ķermenim vairs nespēj pieskarties tik brīvi kā darbā esot. Visi mirušie ķermeņi speciālistu skatījumā nav līdzvērtīgi, jo vieniem mirušiem ķermeņiem, kuri ir pacienta lomā, pieskarties vieglāk nekā citiem, kuri ir piederīgo lomā. Mirušie ķermeņi nes līdzīgu attiecību ar cilvēkiem, specifiskas lomas, nozīmes un pienākumus.

Ne/glītums

Mirstošo un mirušo aprūpe ir arī materiālajā pasaulē balstīta. Aprūpi pavada nepatīkamas skaņas, skati un smaržas. Tie ir mirstošu cilvēku gārdzieni elpas trūkuma dēļ, tās ir spēcīgas smakas nedzīstošu brūču dēļ, tā ir mirstoša cilvēka sejas izteiksme un arī pat sejas forma ar izteikti asiem vaibstiem. Tā ir pacientu vēlmju noprašana pēc acu skatieniem un sejas izteiksmēm situācijās, kad pacients vairs nevar parunāt. B stāsta, ka onkoloģisko slimību rezultātā pacientu ķermeņi ir nomocīti, kas ietver arī audu atrofēšanos. Tas mirstošo ķermeņi

padara estētiski nepievilcīgu: *“Ja organisms pats par sevi vairs nav skaists, viņš ir izkropļots, ar brūkošu audzēju, kas smird...Nekas smuks jau tur nav.”*

Pēc tā, kā tiek formulēts B redzējums, skaidrs, ka tieši ķermenis kļūst neglīts, nevis cilvēks kopumā. Nereti cilvēkiem trūkst kāda ķermeņa orgāna, kurš ir atdalīts no ķermeņa ķirurģiski vai arī ir sakrities apjomā laika gaitā, piemēram, plaušas. Neglīts ķermenis arī miršanas procesu padara neglītu. Arī Komaromijas (2000) pētījuma speciālisti mirstošo un mirušo saistīja ar nekārtību un sabrukumu, savukārt dzīvo ar pievilcīgo. “Brūkošs audzējs” mirstoša pacienta ķermeni padara neglītu un “nekārtīgu”.

Speciālisti norādīja, ka, lai arī tas neietilpst viņu darba pienākumos, viņi arī parūpējas par pacientu izskatu. Speciālistiem tas nav jādara, bet viņi izjūt nepieciešamību to darīt. Viņi saka, ka pacienti jūtas labāk, kad speciālisti par viņiem tādā veidā parūpējas, bet arī paši speciālisti novērtē pacienta izskatu un koptumu. “Guļošu” pacientu matus nevar izmazgāt praktisku ierobežojumu dēļ, bet tos var izķemmēt un sapīt bizēs. Speciālisti pat paši iegādājas pacientam savu ķemmi, lai izķemmētu matus. Arī nagu griešana nav speciālistu pārziņā, tomēr to izdara gan estētisku, gan higiēnisku apsvērumu dēļ. Kad patients nav estētiski sakopts, tad tuvinieki speciālistiem nereti pārmet, ka patients nav sakopts, bet speciālisti norāda, ka tuvinieki pacientu tādā izskatā ir atveduši un ka pacienta nekārtīgajā izskatā vainojami paši tuvinieki.

Tīrība un kārtība

Liela daļa speciālistu darba ir saistīta ar ķermeņu un telpu tīrību un kārtību. Speciālistu stāstītajā pārsvarā gan netīrību rada tieši ķermeņi ar nekontrolētu urinēšanu, defekāciju un vemšanu. Atbildot uz jautājumu par to, ko uzskata par labu nāvi, gandrīz visi speciālisti kā vienu no galvenajām lietām nosauca tīrību. Svarīgs bija gan tīrs ķermenis, gan tīra gulta. Speciālisti ar tīrību un kārtību šo neglīto un neparedzamo nāvi cenšas kontrolēt.

B: “Ka tu smuks gultiņā guli, tīrs, smaržīgs, tīrā sega, spilvenā, palagā, ka tu vari mierīgi aiziet, nevis ka tu esi novēmies, nomocījies. Ir tās nesmukās nāves, protams, ...viss kaut kas taču ir. Smuki ir tā, kad tu tāds sakopts, tīrs, smaržīgs, varbūt pat daļēji pie pilnas apziņas, saproti, ka tu nomirsi. Tu to pieņēmis esi, un tad mierīgi arī aizej.”

Mirušais ķermenis

Lai arī šķiet, ka pārsvarā PA nodaļā mirstošo un mirušo pacientu nāves ir neglītas onkoloģisko slimību komplikāciju dēļ, reizēm notiek arī nāves, kuras pētījuma dalībnieki uzskata par skaistām. Tas notiek reizēs, kad cilvēks no mājām ir atvests sakopts, kad cilvēks mierīgi guļ palātā un nomirst miegā tīrā gultā. Tīrs pacienta ķermenis un miers šim pacientam piešķir tādu kā dievišķu auru. Skaistais mirušais šķiet morāli cēlāks gan dzīvē, gan nāvē. Šo

varētu salīdzināt ar to, kā 19. gs beigās uzlūkoja cilvēkus, kuri miruši no tuberkulozes. Bālais, trauslais ķermenis ar sārtajiem vaigiem kļuva par Viktorijas laikmeta vērtību simbolu¹⁴. Skaists mironis atspoguļo vērtības, kas cilvēkiem šķiet svarīgas. Vadoties pēc speciālistu teiktā, varētu domāt, ka būt tīram nozīmē neļauties savai bioloģiskajai pusei, kas satuvina ar dzīvnieku, ar mežonīgo, nekārtīgo. Miers nozīmē savāktību, stāju un disciplinētību, kas arī tiek augstu vērtēta. Tīrs mirstošais šķiet kulturāls¹⁵. Tomēr, salīdzinot ar B iepriekš teikto, var secināt, ka, pēc speciālistu domām, nāve var būt skaista nenomocītā organismā. Tā kā PA bieži vien aprūpē onkoloģiskos pacientus, kuru ķermeņi slimības un ārstēšanas dēļ ir “izkropļoti [sic]”, iznāk, ka nāves skaistums un, pieņemu, ka arī labums, ir atkarīgs no slimības un no mēģinājumiem to ārstēt.

To gan papildina arī pašu speciālistu centieni. Šķiet, ka visi nodaļas darbinieki to īsti neapzinās, bet pēc nāves mirušā ķermeni rokas, kājas un žoklis PA nodaļā tiek sasiets. Kad jautāju, kāpēc tas tiek darīts, C atbildēja, ka tas ir, lai mirušo ir vieglāk ielikt zārkā un lai “*viss ir tā smuki*”. Tas atkal sasauca ar vēlmi mirušo padarīt par pēc iespējas estētiski pievilcīgāku. Mirušā ķermeņa izskatam ir nozīme. Rūpes par pacientu turpinās arī pēc viņa nāves. Attiecības ar nāvi ietekmē to, kā tiek sadalīti pienākumi saistībā ar mirstošu un mirušu pacientu apkopšanu. Piemēram, PA nodaļā tieši medmāsu palīgi un sanitāri ir tie, kuri regulārāk un tiešāk ir saistīti ar pacientu ķermeņiem. Šie speciālisti ir atbildīgi par pacientu ķermeņu mazgāšanu, barošanu, autiņbiksīšu mainīšanu, grozīšanu. Savukārt, Komaromijas (2000) pētījumā mirušo ķermeņu apkopšanu uzņēmās augstākos amatos esoši speciālisti. Viņa pētījumu veica sociālās aprūpes pansionātos (*nursing homes*), kas veic tikai mirstošu cilvēku aprūpi. Pansionātā ķermeniskajai nāvei piedēvēta augstāka vērtība. Lai arī PA nodaļā miršana un nāve ir regulāra parādība, tomēr daļa pētījuma dalībnieku, kas nav tik cieši saistīti ar PA nodaļā esošo ķermeņu aprūpi, uzsver, ka PA nav domāta tikai mirstošo aprūpei, norādot, ka PA ir galvenokārt simptomu mazināšanai, tāpēc darbu ar mirušo ķermeni galvenokārt dara speciālisti, kuri ir zemākos amatos.

Veicot mirušā ķermeņa sakopšanu, speciālisti reizēm turpina sarunāties ar mirušo pacientu, negaidot atbildi. Piemēram, situācijā, kad no mirušā ir jānoņem vērtslietas. Reizēm tas nesānāk tūskas dēļ, kas mirušajam izveidojusies. C stāsta, ka aicina cilvēku atdot gredzenus, kas ir uz pirkstiem. Ir reizes, kad cilvēku izdodas “pierunāt”:

C: “Tagad es tās rociņas ņemu, es skatos, gredzens tā kā paslīdēja drusciņ. Es - ahā! Varbūt mēs varēsīm novilkt. Es uzreiz paņemu, saziņepēju. Jā, viens nonāca! Es saku - ja jau tu tā esi izdomājusi atdot tomēr. Otrs bija laulību

¹⁴ Īsumā ar to var iepazīties šajā rakstā: <https://lithub.com/the-prettyest-way-to-die/> (teksts angļu val.)

¹⁵ Vārda plašāk izmantotajā nozīmē. Tēzaura definīcija: 1.Saistīts ar kultūru (1), tai raksturīgs. 2.Izglītots, garīgi bagāts.

gredzentiņš uz labās rokas. Tā esi izdomājusi, pamēģināšu arī otro. Arī otrs nonāca. Es saku - nu redzi! Laikam tas bauslis iedomājās, ka nāve mūs šķirs, un tad arī tika no rokas tas gredzentiņš novilkts.”

Tāpat pacientu “pierunāšana” nebeidzas ar nāvi. Arī pēc pacienta nāves speciālisti pret pacientu cenšas izturēties kā pret (individuālu) cilvēku, līdzīgi kā Koksvika (2015) rakstīja, ka intensīvās aprūpes speciālisti runā ar pacientu, lai arī nezina, cik ļoti pacients viņus vispār dzird. Lai arī miris, bet cilvēka ķermenis tomēr ir saistīts ar cilvēku, ar centieniem izturēties ar cieņu. Šķiet, ka citu nāvē pieredzētais apstiprina vērtības, kuras apgūtas dzīves laikā, piemēram, par to, ka laulības šķirs tikai nāve. Šajā citātā redzams, ka gredzena novilkšana no pirksta nozīmē to, ka mirušais cilvēks ir atbrīvots no saistībām, kas viņam bija, dzīvam esot. Interesanti gan, kad Varjakoski (2018) stāsta par attiecību uzturēšanu ar cilvēku arī pēc viņa nāves, bioloģiskais ķermenis ir apglabāts, tas ir neredzams, savukārt tuvinieks atceras ķermeni, kas cilvēkam bija, dzīvam esot, pirms veselības straujas pasliktināšanās. Ķermenis, ar kuru ir saikne, ir atmiņās balstīts. Intervijās dzirdams, ka arī speciālisti uztur attiecības ar mirušajiem pacientiem. Attiecību uzturēšana nav ekskluzīvi tuvinieku pārziņā. Vēl viena atšķirība ir tas, ar ko tiek runāts. Varjakoski (2018) pētījumā tuvinieki ar saviem piederīgajiem runāja domās, atceroties to, kā viņi izskatījās, dzīviem un veseliem esot. Savukārt C runā ar mirušo pacientu caur viņa ķermeni. Pacienta bioloģiskais ķermenis vēl ir daļa no speciālista un mirušā pacienta attiecībām. Mirušais ir viens veselums ar savu ķermeni. Runājot ar mirušo, arī ķermenis reaģē, lai arī, iespējams, citādāk nekā reaģētu dzīvs ķermenis.

Telpiskās attiecības ar nāvi

Telpiskajā dimensijā analizēju to, kā speciālisti izmanto telpu, lai kategorizētu un pārvaldītu pacientus. Šeit arī apskatu speciālistu redzējumus par, viņuprāt, piemērotām un nepiemērotām nāves vietām.

Nāves, par kurām es runāju, notiek vairākās specifiskās vietās. Nāve notiek slimnīcā, kas kļuvusi par vietu, kur daudzi nomirst. Slimnīcā atrodas PA nodaļa, kuras pamatprincipos iekļauta pieņemšana attieksme pret nāvi, turklāt nāve netiek ne pietuvināta, ne atlikta. PA nodaļā ir palātas, kuras katrā uzturas 1-4 pacienti, lai arī pandēmijas laikā palātā pārsvarā ir 2 pacienti. Nāve notiek slimnīcas gultā, kas arī ir specifiska vieta (Gibson & Olarte Sierra, 2006). Šis ir viens no heterotopijas piemēriem (Street & Coleman, 2012). Slimnīcā atrodas telpa telpā, kurai tiek piešķirtas dažādas nozīmes un kuras savā starpā ir savdabīgās attiecībās. Miršana un nāve slimnīcā tiek salīdzināta ar nāvi mājās, situācija citās slimnīcas nodaļās/slimnīcā kopumā ar to, kas ir PA nodaļā, aprūpe, ko var nodrošināt Latvijas veselības aprūpes sistēmā, ar to, ko piedāvā

Rietumeiropas valstīs. Nāve PA nodaļā notiek konkrētā gultā, palātā un nodaļā un slimnīcā, bet nāve katrā no šīm vietām ir ievietojama vai pretnostatāma nāvei kādā citā vietā.

Galējā pietura

Speciālistu starpā ir dažādi priekšstati par PA un PA nodaļu. Vieni iebilst pret sabiedrībā valdošo priekšstatu, ka uz PA nodaļu pacientus aizved nomirt, citi savukārt PA nodaļu sauca par “galējo pieturu” (B), kur pacienti agrāk vai vēlāk nomirst. Ar “pēdējo pieturu” var saprast vienkārši dzīves beigas, kurās pacienti atrodas neatkarīgi no konkrētas vietas. PA nodaļā vienkārši pulcējas pacienti, kuri ir “galējā pieturā”. Šo frāzi var saprast arī saistībā ar konkrētām ārstniecības telpām. PA nodaļa ir pēdējā daudzu ārstniecības iestāžu sarakstā, kurās onkoloģiskais pacients ir uzturējies kopš pirmās izmeklēšanas līdz pēdējai (McKechnie et al, 2010). Ja iepriekšējās telpās pacientu centās izārstēt, tad, sasniedzot “galējo pieturu”, ārstniecības ceļš vairs neturpinās. Tajā pašā laikā, ne vienmēr konkrētā PA nodaļa ir pēdējā slimnīcas vieta, kurā mirstošais pacients uzturas. Īslaicīgā stacionārajai PA atvēlētā laika dēļ (7-10 dienas) pacients, kurš nevar atļauties pats maksāt par stacionāras aprūpes turpināšanu, dodas uz citu aprūpes iestādi, lai atkal stātos rindā uz gultasvietu PA nodaļā. “Galējā pietura” reizēm ir “galējo pieturu tīkls”, pa kuru pacients piespiedu kārtā ceļo.

Mirstošā nošķiršana

PA nodaļā esošos pacientus bieži vien vieno onkoloģiskas slimības un ar tām saistītas sekas, tomēr PA nodaļā mazākas pacientu grupas var vienot arī telpa – kopīga palāta. Palātas biedri var nomirt viens otram blakus. Pacienta miršana var kļūt par ievērojamu palātas biedru ikdienas daļu, jo kopīgajā palātā tiek pavadīts viss laiks, kas paredzēts stacionārajai PA. Kā jau iepriekš minēju, speciālisti cenšas vienā palātā ievietot cilvēkus ar līdzīgiem veselības stāvokļiem, tātad aptuveni vienā attālumā attiecībā pret nāvi, lai “staigājošie” netiek apgrūtināti ar vairāku “guļošu” palātas biedru nāvēm un lai “guļošos” nenomāc tas, ka vairs nespēj kustēties tā, kā to spēj “staigājošie”. “Staigājošo” un “guļošu” līdzās pastāvēšanu vienā telpā speciālisti uzskata par pacientiem nomācošu un demoralizējošu situāciju. Centieni saskaņot to, ka mirstošie pacienti tiek ievietoti atsevišķā telpā no tiem, kuriem ir labāks veselības stāvoklis, ir mēģinājumi vēl vairāk ierobežot telpu, kura atvēlēta nāvei. Notiek nāves koncentrēšana vienuviet, tā vietā, lai tā būtu izkliedēta nodaļas mērogā. Tāda sajūta, ka nāves izkliedēšana pa vairākām palātām, kurās ir, piemēram, 1 mirstošs un vairāki nemirstoši pacienti, lai arī iekļautu vienu un to pašu mirstošo cilvēku skaitu kā gadījumā, kad visi mirstošie ir 1 palātā, palielinātu cilvēku skaitu, kas ar to saskaras un palielinātu nāves (kopējo) ietekmi uz apkārtējiem. Speciālistu mērķis ir samazināt šo ietekmēto cilvēku skaitu. Ne vienmēr šādu kārtību izdodas nodrošināt, ierobežotās telpas dēļ, kā arī pacientu neparedzamo stāvokļu dēļ, tomēr pacienta

ķermeņa funkcijas var ietekmēt pacienta vēlamo un faktisko atrašanos telpā un attiecībā pret citiem pacientiem.

Palāta, kurā atrodas gan “guļošie”, gan “staigājošie”, tuvojoties pacienta nāvei tiek sadalīta dzīvo daļā un mirstošo daļā. Mirstošais pacients ar aizslietni tiek norobežots no (vēl) nemirstošajiem, lai palātas biedriem radītu nedaudz mierīgāku atmosfēru. Mirstošais pacients ir neredzams, bet klātesošs, turklāt viņa izdvestās skaņas arī ir dzirdamas:

G: “Arī gārdz [mirstošais pacients] pirms nāves, visas šīs skaņas arī varbūt ‘..’ [34:49] nospiedošas [palātas biedriem]. Citiem tas tāds atvieglojums, ka, nu cilvēkam vairs nav jāmokās, gan man pašam! Jo tas ir ārkārtīgi grūti, ja tomēr arī palātā ir, ka vairākas nakts jau jūt, bez maz vai gaidi, kad tas cilvēks aiziet, un ka tik neaiziet, un kad tas varētu notikt. Ir iekšējs, tāda maza trauksmīte. Dažreiz, lai mazinātu varbūt to skatu, jo cilvēks taču arī vizuāli mainās, tad ir tādas sienīņas, ko aizliek priekšā[...] Tas cilvēks netiek izolēts, viņš ir kopā ar pārējiem. No vienas pusītes tas vienmēr ir atklāti tā, vienkārši no vienas tā viņi aizliek kaut ko priekšā, širmīti.”

No vienas puses, ar aizslietņa uzstādīšanu speciālisti cenšas saudzēt palātas biedrus, aizklājot to, ko uzskata par nepatīkamu un nevēlamu skatu – nāvi, bet, no otras puses, nāvi pilnīgi “neaizklāj”, jo tā ir dzirdama. Līdzīgi kā Komaromijas (Komaromy, 2000) pētījumā, redze un vizuālais tiek priviligiēts pār dzirdi un skaņām. Ja Komaromijas pētītajā iestādē dzirdamais bija metāla ratiņu grabēšana hospisa gaitenī, kad mirušais tika izvests no ēkas, tad šajā pētījumā dzirdamais ir mirstoša cilvēka gārdzieni, kas ir daudz tuvāka un ilgstošāka telpu veidojoša skaņa nekā Komaromijas pieminētie ratiņi. Šīs skaņa palātā var radīt spriedzi, tādas nepacietīgas gaidas par to, kad situācija atrisināsies un pacients nomirs.

Reizēm mirstošo, kurš skaļi izdveš savas ciešanas, aizved uz atsevišķu palātu, kur viņš ir viens un netraucē citiem pacientiem. Tas gan notiek izņēmuma gadījumos. No vienas puses, var uzskatīt, ka nošķirtais mirstošais pacients savā veidā saņem privātumu, kas var trūkst citiem “guļošajiem”, kā arī “staigājošajiem”. No otras puses, to var uztvert arī kā izolēšanu, ķermeņu sakārtošanu pa telpām atkarībā no pacientu veselības stāvokļiem.

Speciālisti, kuri medicīnā strādājuši jau vairākus gadu desmitus, praksi izmantot aizslietņus mirstošo nošķiršanai salīdzina ar to, kā Padomju laikā mirstošos pacientus atstāja slimnīcu gaiteņu tumšākajos stūros vai uz kušetēm noliktavu telpās, līdz viņi nomira. Šī neredzamība tiek pretstatīta neredzamībai, kas ir PA nodaļā mūsdienās un kas speciālistu redzējumā ir cieņpilna gan pret mirstošo pacientu, gan arī pret palātas biedriem. Atstāšana gaitenī tiek saistīta ar to, ka mirstošais kļūst neredzams ārstiem, bet ar aizslietni norobežots palātā viņš kļūst neredzams palātas biedriem. Jāsaka gan, ka M norādīja, ka paradums atstāt mirstošus pacientus slimnīcas gaitenī bija sastopams arī vēl pirms 20 gadiem un vēl nesenāk. Šī prakse gan novērota citu nodaļu ārstu attiecībās ar nāvi. Tātad arī slimnīcās ir telpas mirstošo

aprūpei un ir telpas, kurās var izvairīties no saskarsmes ar nāvi, lai arī tas kolēģiem nešķiet morāli pieņemami. Šis pētījuma dalībnieks ir saskāries arī ar to, ka mirstošs pacients tiek izrakstīts no slimnīcas, jo ārsts uzskata, ka, tā kā mirstošais nav izārstējams, viņš vairs nav ārsta pārziņā. Tādā gadījumā slimnīca kā telpa pacientam vairs nav juridiski pieejama. Ārstam ir vara noteikt, kura telpa mirstošajam ir pieejama. Turklāt slimnīcā mirušie tiek reģistrēti un veido statistiku, kas nenāk par labu ārstu un arī slimnīcas tēlam. Pacienta novietojums telpā ir saistīts ar ārsta attiecībām ar nāvi. Tas parāda to, vai nāve tiek saistīta vairāk ar statistiku un (it kā reputācijas) pasliktināšanos, vai arī ar to, ka ārsts mirstošo redz kā individuālu personu ar savām pieredzēm un ciešanām. PA nodaļā pacientu redz. Nāve arī šobrīd slēpjama un noklusējama, bet forma un mērogs ir mainījies.

Aizslietņa uzstādīšana tika pieminēta kā standarta rīcība gadījumos, kad palātā, kurā kāds pacients mirst, ir arī citi pacienti. Šķiet, ka pārsvarā tos bez jautāšanas uzstāda speciālisti, reizēm tos jau laicīgi pieprasa pacienti, kuri jau iepriekš saskārušies ar palātas biedra miršanu. Ir arī reizes, kad palātas biedri tieši atsakās no aizslietņa uzstādīšanas, jo viņi nāvi uzskata par dabisku dzīves sastāvdaļu:

K: “Kaut kā viņi lielākoties, viņi ļoti tomēr atrod savstarpēju to...tādu saskaņu, un ir pat tādas situācijas, kad es savā darbā piedāvāju uzreiz, es tomēr piedāvāju, informēju, nevis uzreiz atbraucu un uzlieku to aizslietni. Man ir ļoti bieži arī pateikts, ka - nē, nē, nē, tā ir dzīve, tā tas ir un tā tas notiek.”

K šādu rīcību vērtē atzinīgi. Ar telpas iekārtojuma (ne)mainīšanu iespējams noteikt iesaistīto attiecības ar nāvi. Ja palātas biedri nevēlas, ka mirstošais tiek aizklāts, norobežots, tad speciālistu redzējumā tas liecina par to, ka palātas biedri nāvi pieņem un līdz ar to pieņem arī mirstošo pacientu savā klātbūtnē. Telpas nesadalīšana ir tieša nāves konfrontēšana.

Slimnīcas gulta

Lai saprastu telpiskas attiecības ar nāvi, svarīgi pievērsties arī pacienta gultai. Slimnīcas gulta ir savdabīga vieta. Kā norāda Gibsons un Olarte Sjerra (2006), tā ir administratīva vienība. Pēc gultas vietu skaita nosaka, cik cilvēkiem slimnīcā drīkst sniegt aprūpi. Arī PA nodaļas darbība vadās pēc šī principa, vienīgi atšķiras ar to, ka pēc atbalsta var vērsties arī tuvinieki, kuri saņem sev specifisku aprūpi speciālistu kompetences un darba pienākumu robežās. Tuvinieki gan atbalstu drīkst saņemt tikai tad, ja kādu gultasvietu PA nodaļā aizpilda vai aizpildīja viņa piederīgais. Pacientam piešķirta gultasvieta sniedz viņam iespēju un tiesības saņemt medicīnisku aprūpi.

H: “Tad nākošās reizēs, atkārtoti viņa stājās aptuveni pusotra gada laikā, viņa jau bija apradusi ar domu, ka tā PA nav tikai miršana, [...] viņai mēs iedodam zāles, un viņa var turpināt kvalitatīvi dzīvot un staigāt, un darīt to, ko viņa grib

savā dzīvē vēl izdarīt, un tad nākošās reizes viņa teica - kāpēc jums te ir tukšas gultas? ko tie cilvēki nenāk? cik te labi ir!”

J: “Mums vienkārši šobrīd nu neviens [cits] nav uztaisījis PA, tikpat labi PA varētu būt neiroloģijai, kardioloģija, jebkam! Bet tā kā tādas nav, tad attiecīgi ir šobrīd tikai...vismaz gultas ir tikai onkoloģiskiem pacientiem.”

Speciālisti slimnīcas gultu saista ar gultu mājās, kura salīdzinoši nav tik ērta un piemērota mirstoša cilvēka aprūpei. Slimnīcas gultu saista ar pacienta labsajūtas un dzīvības uzturēšanu. Speciālists stāstīja par pacientu, kur slimnīcas gultas muguras balsts vienmēr jātur noteiktā leņķī, citādi viņam sāk trūkt elpas. Parastā gultā mājās to būtu grūti nodrošināt. Turot pacientu sēdus tādā leņķī, kas neapgrūtina elpošanu ir viņa ērtību un savā ziņā arī dzīvības uzturēšana.

G: “Mājas aprūpe mājās tam cilvēkam noteikti daudz patīkamāka, bet sarežģī tieši tehniskais aprīkojums. Gulta...primāri. Es domāju, ka tas ir sarežģīti cilvēkam, kurš viņu kopj. Vienkārši...tie paši pret-izgulējumu matračī vai ka to gultu var pozicionēt, pacelt, nolaist, tas ir svarīgi mainot situāciju gulošs, mainot veļu, mainot pamperus. Tas apgrūtina varbūt.”

D: “mēs nekad neatsakām, ja pacienti kādreiz pazvana uz mūsu nodaļu, psauc mūsu palīdzi, jo ne visiem mājās ir funkcionālās gultas, un mēs pamācām, kā var arī kopt un aprūpēt slimu cilvēku parastā dīvēnā, lai nerastos izgulējumi, ka mēs izsakām taisīt ripulīšus, arī griķu, linsēklu maisījumus likt. Parastā dīvēnā mainīt pozas. Nosēdināt, kad atvērts dīvēns ir, spilvenus saliek, lai viņš negāžas, un, ja tu gribi pamainīt uz labo pusi, nolikt spilventiņu, uz kreiso pusi. Un līdz ar to viņam tā poza mainās.”

Slimnīcas gulta ir pacienta (dzīves)vieta un speciālistu darbarīks. Pacients gultā guļ, ārstējas, izklaidējas un ēd. “Guļošie” pacienti gandrīz visu savu atlikušo laiku pavada gultā un bieži vien slimnīcas gultā arī nomirst. Tas gan nenozīmē, ka gulta ir tikai pacienta pārziņā, jo šajā vietā var ienākt arī speciālists. Speciālistiem tas vienmēr ir darbarīks, kas īpaši tiek izmantots “guļošu” un “grūtu” pacientu aprūpē. Tā ir arī noderīgs rīks pacientiem, kuri, nospiežot netālu esošo signālpogu, var pasaukt speciālistu, lai saņemtu palīdzību. Pacienti no slimnīcas gultas var tieši ietekmēt speciālistu kustību:

Pētniece: “Kuras ir grūtas [darbadienas] vai [kuras] nepatīk?”

F: Nezinu. Daudz darba. Nezinu. Ir pacienti, kuri visu laiku zvana. Viņiem trūkst uzmanības.

Pētniece: Ar to pogu.

F: Jā. Visu laiku zvana, zvana, zvana. Kā es guļu, kā man kājas guļ, kā man slikti. Visu laiku viņiem vajag ar viņiem būt. Šādi no rīta mums...”

Slimnīcas gulta ir arī vieta un lieta, ar ko tiek pārvietots mirušais pacients no vienas nodaļas telpas citā. Kustība notiek miršanas un nāves gadījumā. Mirstošais, kurš ar saviem

gārdzieniem pārāk apgrūtinā palātas biedrus, tiek slimnīcas gultā pārvests uz citu palātu, kā arī nāves gadījumā no palātas tiek pārvests uz telpu, kurā speciālisti apkopj mirušā ķermeni, lai to var vest uz Morgu, kur tas nonāk Morga darbinieku pārziņā.

Nāve slimnīcas gultā ir ērtība, ja salīdzina ar agrākiem laikiem.

E: "Tas tā bija, tas tā bija pieņemts....dakteri izejot vizīti, piemēram, konstatē, ka drīz tur viss tā var būt...tad nevienam neko nepaskaidrojot. Gultas izvilkt nevarēja, bet likām uz nestuvēm un nesām, tur lika uz kušetes. Nu praktiski tā viņš tur bija atstāts. Nu pieiet, paskatās, paslapina lūpas vai kaut ko, bet ne kā tagad, ja, viņš var palikt savā palātā līdz pēdējam, teiksim pie tā skābekļa un visa tā tūrā gultā. Tā salīdzinoši, tomēr ir savādāk."

Nepiemērota vieta

Speciālisti stāstīja arī par saviem uzskatiem par mirstošu pacientu nāvēm ārpus slimnīcas. Kad pacients neatrodas PA nodaļā, ir vietas, kuras ir cilvēka nāves cienīgas, piemēram, sava gulta, un ir vietas, kas ir nepieņemamas, piemēram, kāpņutelpas daudzīvokļu mājās. Izrakstot pacientu no slimnīcas, speciālisti cenšas ņemt vērā pacienta veselības stāvokli, lai prognozētu to, cik liela iespējamība, ka pacients varētu nomirt nepieņemamā vietā:

H: "lai viņš nenomirtu, piemēram, trepju telpā, pagalmā vai vēl kaut kur citur, jo arī šis stāvoklis jāvērtē un pamatot, lai viņu stieptu kaut kur uz citu kaut kādu iestādi. Jo miršanas procesā tam cilvēkam ir jābūt cieņai, lai viņš varētu nomirt."

Šķiet, ja cilvēks saņemst un nomirst kāpņutelpā vai uz ielas, tad apkārt ir tikai svešie, kuri nespēs parūpēties. Tajā pašā laikā, izskan arī piesardzība par vešanu uz slimnīcu. Interesanti, ka pat slimnīcā strādājošs speciālists slimnīcu neuzskata par labāko vietu, kur nomirt. Varbūt tā ir piemērota vieta, bet ne labākā. Arī slimnīcā ir daudz svešu cilvēku, bet vismaz slimnīcā ir zināmi personas dati, tāpēc ir vieglāk pateikt, kurš ir nomiris, lai arī, iespējams, bez īpaša priekšstata par to, kāds cilvēks ir nomiris. Tomēr citi pētījuma dalībnieki norāda, ka arī slimnīcā nāve var notikt neadekvātā vietā, piemēram, tualetē. Šķiet, ka "staigājošs" cilvēks nekad nav īsti pasargāts no nāves nepieklājīgā vietā.

Nāve mājās tuvinieku lokā bieži vien arī pētījuma dalībnieku teiktajā tiek attēlota kā labākā vieta, kur mirstošs pacients var nomirt. Pacients ir savā vidē un nav viens, jo tiek pieņemts, ka mājās dzīvo arī tuvinieki. Tomēr speciālisti saskata arī ierobežojumus mirstošu pacientu aprūpē mājās. Tie gan parasti tiek pretstatīti slimnīcas un PA nodaļas sniegtajām iespējām. Speciālisti aprūpi mājās redz kā haotisku un drūzmainu, jo iespējams, ka mājās dzīvo arī daudzi citi cilvēki ar savām vajadzībām. Tajā pašā laikā mājas var šķist arī tukšas, kamēr tuvinieki ir darbā. PA nodaļā ir zināms maksimālais aprūpējamo un minimālais speciālistu skaits, kas, iespējams, sniedz drošības sajūtu pašiem speciālistiem. Ja pacientiem mājās tiek

saistītas ar pazīstamu vietu, bet slimnīca ar nepazīstamu, tad savukārt speciālistiem ir pretēji – slimnīca kā darbavieta ir viena un saprotama, savukārt pacientu mājās ir dažādas. Aprūpe māju apstākļos tiek saistīta ar trūkumu – uzmanības, laika, zināšanu, finansiālu resursu. Speciālisti neparedzamos, strauji mainīgos pacientu stāvokļus vēlas iegrozīt pazīstamā un paredzamā telpā.

E: “Tur laikam arī baigi, tur tu arī ieej iekšā, tev ir jābūt pašai par sevi, jāzina viss, tu nevari šūpoties. Šeit es vismaz varu kolēģi pasaukt vai dakteri, ja viņš ir uz vietas, vai dežūrārsts mums taču arī galu galā ir. Tomēr kaut kā piepalīdz. Tur tiešām ieej dzīvoklī un tu jau nezini, ko tu redzēsi īsti.”

Tomēr nav arī tā, ka visi un vienmēr uzskata, ka mājaprūpe nav piemērotas mirstošiem pacientiem. Ar ieinteresētiem tuviniekiem, kuri lūdz padomu, rodas sajūta, ka arī mājas kļūst par sakārtotāku visi. Tās vairāk sāk funkcionēt pēc PA nodaļas standartiem. Speciālisti gan apraksta veidus, kā arī mājās apstākļos var veidot pacientam ērtāku vidi, piemēram, pacientu noguldot uz izvelkamā dīvāna un balstot ar linsēklu maisiņiem. Idejiski mājas ir labākā vieta nāvei, bet praktiski šobrīd tā ir PA nodaļa. Miršana un nāve ir jāmāk uzraudzīt.

Speciālistu redzējumā pacientu mājas ir neparedzama, nekontrolēta un nepiemērota vide aprūpei, tajā pašā laikā, tā ir vēlama vieta nāvei, lai arī tuvinieki nezina, kā rīkoties piederīgā nāves gadījumā. H skatījumā pacientiem, kuriem nepieciešama PA, mājas nav laba vieta arī nāvei:

H: “agrāk varbūt likās, ka visiem jāmirst mājās, un ko tu tur nevari nodrošināt, bet, ja tā paanalizē un paskatās, cik sagatavots tas pacienta radnieks, kādi ir simptomi tam cilvēkam, vai viņš tiešām var tanīs mājās nomirt.”

SECINĀJUMI

Man izdevās sasniegt pētniecisko mērķi un noskaidrot PA nodaļā strādājošu speciālistu pieredzes un priekšstatus saistībā ar miršanu un nāvi un to, kādas speciālista attiecības ar nāvi šajās pieredzēs un priekšstatus atklājas.

Pētījumā atklājās, ka speciālistu attiecības ar nāvi ir sarežģītas un iekļauj dažādas dimensijas un faktorus. Speciālistiem ir dažādas stratēģijas tam, kā strādāt darbavietā, kurā regulāri jāsaskaras ar miršanu un nāvi. Es novēroju, ka daļa ir izvēlējusies distancētu pieeju savam darbam, savukārt citi bija ieinteresēti veidot emocionālas saiknes ar pacientiem. Skaidrs ir, ka speciālisti uzskata, ka atšķiras no citiem aprūpes speciālistiem citās slimnīcas nodaļās, jo nav daudz cilvēku, kuri būtu gatavi strādāt darbavietā, kurā jāsaskaras ar nāvi. Vairums speciālistu uzskata, ka sarunām par nāvi jābūt pacientu pārziņā. Speciālisti savā starpā par nāvi runā pārsvarā saistībā ar praktiskiem jautājumiem. Lai arī viņi norāda, ka nāve speciālistus skar (kaut vai ar to, ka PA nodaļā nereti ir nomācoša gaisotne un tiek pieredzētas šausmas), tomēr tam jābūt individuāli un personiski risināmam jautājumam.

Dažādu profesiju un amatu pārstāvjiem ir atšķirīgs priekšstats par norisēm PA nodaļā. Šajā pētījumā to neizcēlu, jo viena kolektīva ietvaros būtu vēl grūtāk nodrošināt konfidencialitāti. Analizējot speciālistu vērojumus, sapratu, ka visi nodaļas speciālisti nav vienlīdz ciešās saiknēs. Ir nošķirami tie, kuri cieši turējās pie EP rekomendācijās minētajiem PA principiem, un tad ir tie, kuri tos nepieminēja. Tas arī daļēji ietekmēja to, kurus speciālistus katrs uztvēra par kolēģiem. Šajā iedalījumā speciālistiem savā starpā ir arī līdzīgākas attiecības ar nāvi.

Speciālistiem vietām ir pretrunīgi priekšstati par to, kādām jābūt viņu pašu, viņu kolēģu, pacientu un pacientu tuvinieku attiecībām ar nāvi. No vienas puses, tuviniekiem ir jābūt klāt pacienta nāves brīdī, bet, no otras puses, nē, jo tas mirstošo pacientu emocionāli un fiziski noslogo. No vienas puses, speciālistam jābūt iejūtīgam un jāuzklausā pacientu dzīvesstāsti, no otras puses, tas nav vajadzīgs, jo tas ir “tikai darbs” un nevajag “nest līdzī” citu pārdzīvojumus. Viņi gaida, ka gan pacientu tuvinieki, gan palātas biedri droši iesaistīsies mirstošo pacientu aprūpe, lai arī paši norāda, ka speciālistiem pašiem bija nepieciešams laiks un prakse, lai paši būtu gatavi aprūpēt mirstošos un mirušos.

Speciālisti arī atklāja dažādus veidus, kā, viņuprāt, pacienti varētu veidot labākas attiecības ar nāvi. Galvenais bija turpināt dzīvot, veidot pozitīvas attiecības ar apkārtējiem, meklēt atbalstu, priecāties un sevi lutināt. Manos novērojumos tas bija arī cieši saistīts ar pašu speciālistu labsajūtu PA nodaļā. Draudzīgi un priecīgi pacienti, lai arī, iespējams, mirstoši,

sniedza kaut nedaudz normālības un brīvību priecāties arī pašiem speciālistiem. Speciālisti balansē starp atrašanos starpstāvoklī līdz ar pacientiem un jušanos dzīviem.

Speciālistu pieredzēs pacientu ķermeņu un apkārtējā vides tīrība bija centrālā sarunu tēma. Caur tām arī atklājās vērtējums kolēģu, pacientu un tuvinieku attiecībām savā starpā, kā arī attiecībām ar nāvi. PA iesaistīto attiecībām ar mirstošiem ķermeņiem tikai piedēvētas morālas nozīmēs, kā arī šīs attiecības saistītas arī ar citām attiecībām, piemēram, mīlestību tuvinieku lokā vai arī pacienta redzēšanu kā cilvēku, nevis orgānu sistēmu. Līdzīgas nozīmes tika piedēvētas mirstošu un mirušu ķermeņu novietojumam telpā. Tīrs ķermenis tīrā un piemērotā telpā ir solis tuvāk labai nāvei. Laba nāve un labas attiecības ar nāvi ir savā ziņā performatīvas. Laba nāve ir tas, ko speciālisti var redzēt PA nodaļā.

Redzams, ka speciālisti ir domājuši par nāvi, kādai tai jābūt, kā var panākt labu nāvi un kāpēc tāda notiek salīdzinoši reti, tomēr šo jautājumus viņi nav atrisinājuši. Tas arī norāda uz šo attiecību mainīgumu, ko ietekmē dažādas saskarsmes ar cilvēkiem, ķermeņiem un telpu. Pētījumā tam nepievēršos, bet ietekmi atstāj ar politiskā un epidemioloģiskā situācija valstī, kas attiecības ar nāvi nes līdzī vēl daudz citu dimensiju un faktoru, kas izpaužas vienā PA nodaļā.

Šo tēmu var attīstīti iekļaujot arī pacientu un tuvinieku redzējumu par PA nodaļā esošajām attiecībām ar nāvi. Vērtīgi būtu arī dziļāk pētīt telpiskās un iemiesotās attiecības ar nāvi PA nodaļā. Tāpat PA sistēmas attīstībai Latvijā vajadzētu pievērsties arī pētījumiem par mājaprūpi, ģimenes ārsta zināšanām, praksēm un attieksmēm saistībā ar PA un nāvi, kā arī ambulatoro PA. To papildinātu arī politikas dokumentu analīze, kas ļautu labāk saprast PA novietojumu plašākā veselības aprūpes sistēmā.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal Of Clinical Nursing*, 20 (23-24), 3364-3372. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03860.x>
- Bernard, H. R. (2011). *Interviewing I: Unstructured and Semistructured. Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches (5th ed.)* (pp.156 – 186). Plymouth: AltaMira Press
- Black, K. (2007). Health Care Professionals' Death Attitudes, Experiences, and Advance Directive Communication Behavior. *Death Studies*, 31(6), 563-572. <https://doi.org/10.1080/07481180701356993>
- Borgstrom, E., & Ellis, J. (2017). Introduction: researching death, dying and bereavement. *Mortality*, 22(2), 93-104. <https://doi.org/10.1080/13576275.2017.1291600>
- Buhl, A. (2018). Transfiguration(s) of Palliative Care. *Zeitschrift für Ethnologie*, 143(1), Special Issue: Transfigurations of Health and the Moral Economy of Medicine: Subjectivities, Materialities, Values, 85-104.
- Carpentier, N., & Van Brussel, L. (2012). On the contingency of death: a discourse-theoretical perspective on the construction of death. *Critical Discourse Studies*, 9(2), 99-115. <https://doi.org/10.1080/17405904.2012.656372>
- Caswell, G., & O'Connor, M. (2017). 'I've no fear of dying alone': exploring perspectives on living and dying alone. *Mortality*, 24(1), 17–31. <https://doi.org/10.1080/13576275.2017.1413542>
- Cipolletta, S., & Oprandi, N. (2013). What is a Good Death? Health Care Professionals' Narrations on End-of-Life Care. *Death Studies*, 38(1), 20-27. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.707166>
- Clark, D. (2007). From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology*, 8(5), 430-438. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(07\)70138-9](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(07)70138-9)
- Desjarlais, R. (2018). *Learning How to Die. In A.C.G.M. Robben (Eds.) A Companion to the Anthropology of Death* (p.251-264). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ellis, J. (2013). Thinking beyond rupture: continuity and relationality in everyday illness and dying experience. *Mortality*, 18(3), 251–269. <https://doi.org/10.1080/13576275.2013.819490>
- Engelke, M. (2019). *The Anthropology of Death Revisited. Annual Review Of Anthropology*, 48(1), 29-44. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102218-011420>
- Fearon, D., Kane, H., Aliou, N., & Sall, A. (2018). *Perceptions of palliative care in a lower middle-income Muslim country: A qualitative study of health care*

professionals, bereaved families and communities. *Palliative Medicine*, 33(2), 241-249. <https://doi.org/10.1177/0269216318816275>

Flaherty, D., & Throop, C.J. (2018). *Facing Death: On Mourning, Empathy, and Finitude*. In A.C.G.M. Robben (Eds.) *A Companion to the Anthropology of Death* (p.161-173). Hoboken, NJ: Wiley.

Gibson, D., & Olarte Sierra, M.F. (2006). *The hospital bed as space: Observations from South Africa and The Netherlands*. *MEDISCHE ANTROPOLOGIE*, 18 (1), 161-176.

Grinyer, A., & Thomas, C. (2004). The importance of place of death in young adults with terminal cancer. *Mortality*, 9(2), 114–131. <https://doi.org/10.1080/13576270310001659436>

Inbadas, H., Carrasco, J. M., & Clark, D. (2019). Representations of palliative care, euthanasia and assisted dying within advocacy declarations. *Mortality*, 25(2), 138–150. <https://doi.org/10.1080/13576275.2019.1567484>

Jacobs, L. (2008). *Trauma Death: Views of the Public and Trauma Professionals on Death and Dying From Injuries*. *Archives Of Surgery*, 143(8), 730. <https://doi.org/10.1001/archsurg.143.8.730>

Koksvik, G. (2015). *Dignity in Practice: Day-to-Day Life in Intensive Care Units in Western Europe*. *Medical Anthropology*, 34(6), 517-532. <https://doi.org/10.1080/01459740.2015.1037391>

Komaromy, C. (2000). The sight and sound of death: The management of dead bodies in residential and nursing homes for older people. *Mortality*, 5(3), 299–315. <https://doi.org/10.1080/713686009>

Lambek, M. (2018). *After Death: Event, Narrative, Feeling*. In A.C.G.M. Robben (Eds.) *A Companion to the Anthropology of Death* (p.87-102). Hoboken, NJ: Wiley.

McKechnie, R., Jaye, C., & MacLeod, R. (2010). The liminality of palliative care. *Sites: a Journal of Social Anthropology and Cultural Studies*, 7(2), 9–29. <https://doi.org/10.11157/sites-vol7iss2id158>

McNamara, K., Meaney, S., O'Connell, O., McCarthy, M., Greene, R., & O'Donoghue, K. (2017). *Healthcare professionals' response to intrapartum death: a cross-sectional study*. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 295(4), 845-852. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4309-9>

Puente-Fernández, D., Lozano-Romero, M., Montoya-Juárez, R., Martí-García, C., Campos-Calderón, C., & Hueso-Montoro, C. (2020). *Nursing Professionals' Attitudes, Strategies, and Care Practices Towards Death: A Systematic Review of Qualitative Studies*. *Journal Of Nursing Scholarship*, 52(3), 301-310. <https://doi.org/10.1111/jnu.12550>

Russ, A. J. (2005). Love's Labor Paid for: Gift and Commodity at the Threshold of Death. *Cultural Anthropology*, 20(1), 128–155. <https://doi.org/10.1525/can.2005.20.1.128>

- Shorey, S., André, B., & Lopez, V. (2017). *The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. International Journal Of Nursing Studies*, 68, 25-39. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.007>
- Sinclair, S. (2010). *Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. Canadian Medical Association Journal*, 183(2), 180-187. <https://doi.org/10.1503/cmaj.100511>
- Strathern, M. (2020). Introduction: The Compulsion of Relations. *Relations: an anthropological account* (p.1-21). Duke University Press.
- Street, A., & Coleman, S. (2012). Introduction. *Space and Culture*, 15(1), 4–17. <https://doi.org/10.1177/1206331211421852>
- Turner, V. (1969). *Liminality and Communitas. In The Ritual Process: Structure and Anti-Structure* (p. 94-113, 125-30). Chicago: Aldine Publishing
- Van Brussel, L., & Carpentier, N. (2014). Introduction. In Leena Van Brussel and Nico Carpentier (Eds.) *The Social Construction of Death: Interdisciplinary Perspectives* (p.1-10). UK: Palgrave Macmillan.
- Varjakoski, H. (2019). Death, loved ones and relationality: continuities and discontinuities. *Mortality*, 24(4), 418–430. <https://doi.org/10.1080/13576275.2018.1563056>
- Vivat, B. (2008). “Going down” and “getting deeper”: Physical and metaphorical location and movement in relation to death and spiritual care in a Scottish hospice. *Mortality*, 13(1), 42–64. <https://doi.org/10.1080/13576270701783058>
- Ministru Padomes rekomendācijas *Rec (2003) 24 Eiropas Padomes dalībvalstīm par paliatīvās aprūpes organizēšanu*. Pieejams: <https://www.palliative.lv/wp-content/uploads/2013/01/ReccCE-Latvian.pdf> [skatīts 01.06.21]
- Nacionālais veselības dienests (2020. gada 20. novembrī). Paliatīvā aprūpe*. Pieejams [<https://www.vmnvd.gov.lv/lv/paliativa-aprupe>] [skatīts 14.04.2021]
- Sosārs, V., un Keiša-Ķirse, L. (2020. gada 4. jūnijā). *paliatīvā aprūpe Latvijā. Nacionālā enciklopēdija*. Pieejams: <https://enciklopedija.lv/skirklis/5492> [skatīts 14.04.21.]
- Veselības ministrija, Nacionālais veselības dienests un Labklājības ministrija (2020). Ceļvedis. Paliatīvās aprūpes pakalpojumi pieaugušajiem*. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/319516-par-konceptualo-zinojumu-par-situaciju-paliativaja-aprupe-latvija-un-nepieciešamajam-izmainam-paliativas-aprupes-pakalpojumu> [skatīts 08.06.21.]
- Veselības ministrija (2020). *Konceptuālais ziņojums “Par situāciju paliatīvajā aprūpē Latvijā un nepieciešamajām izmaiņām paliatīvās aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā”*

Maģistra darbs „ Attiecības ar nāvi paliatīvās aprūpes nodaļā: speciālistu perspektīva”
izstrādāts LU Humanitāro zinātņu fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie
informācijas avoti.

Autors: (*paraksts) Līna Orste

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītāja: docente Dr.phil. Zane Linde-Ozola (*paraksts)

Recenzents: Asoc. prof. Dr.phil. .Aivita Putniņa

Darbs iesniegts antropoloģijas studiju nodaļā 08.06.2021.

Dekāna pilnvarotā persona:

Darbs aizstāvēts maģistra gala pārbaudījuma komisijas sēdē
prot. Nr

Komisijas sekretāre:

*DOKUMENTS PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO PARAKSTU
UN TAM IR LAIKA ZĪMOGS