

Umírání a smrt jako součást lidského života

Monika Brunová

Zvolte typ práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Monika Brunová**
Osobní číslo: **H19477**
Studijní program: **B0111A190011 Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Umírání a smrt jako součást lidského života**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti seniorského věku, umírání a hospicové péče.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou hloubkových rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.


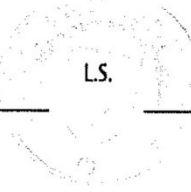
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BYOCK, Ira, 2013. Dobré umírání: možnosti pokojného konce života. Praha: Vyšehrad. Cesty. ISBN 9788074281340.
HOGENOVÁ, Anna, 2013. K fenoménu stáří. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 97880729059.
KABELKA, Ladislav, 2017. Geriatrická paliativní péče. Praha: Mladá Fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 9788020442253.
ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2008. Poradenství pro pozůstalé. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 9788024717401.
ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 9788073673130.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2022**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan
doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 26. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo - bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 4. 4. 2022

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před

konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, o pisy nebo rozmnoženiny.
(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije -li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje umírání a smrti jako součásti lidského života. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se dotýkáme pojmů stárnutí a stáří, mýtů o stáří, umírání, smrti a paliativní a hospicové péče. Praktická část se formou kvalitativního výzkumu zabývá tím, čím je péče o umírajícího klienta v pobytových sociálních službách nejvíce ovlivněna a v čem vnímá pečující personál největší úskalí v rámci poskytování péče umírajícím klientům. Hlavním cílem praktické části práce je zjistit pohled pracovníků v sociálních službách, v čem vnímají překážky poskytování paliativní péče v pobytových zařízeních.

Klíčová slova: paliativní péče, umírání, smrt

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with dying and death as part of human life. The work is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part we touch on the concepts of aging and old age, myths about old age, dying, palliative and hospice care. The practical part deals with the form of qualitative research on what is the most affected care of dying client in residential social services and how the care staff perceives the greatest difficulties in providing care to dying clients. The main goal of the practical part of this work is to find out the view of persons working in social services, what they perceive as obstacles to provide a palliative care in residential facilities.

Key words: palliative care, dying, death

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce PhDr. Zuzaně Hrnčířkové, PhD.

Za odborné vedení bakalářské práce, zejména bych chtěla ocenit její trpělivý a podporující přístup.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	11
1.1 PERIODIZACE STÁŘÍ.....	13
1.2 MÝTY SPOJENÉ SE STÁŘÍM.....	14
2 UMÍRÁNÍ A SMRT	17
3 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE	24
3.1 VYMEZENÍ POJMU PALIATIVNÍ PÉČE	25
3.2 VYMEZENÍ POJMU HOSPICOVÁ PÉČE	27
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	33
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	33
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE	33
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
4.4 VÝZKUMNÝ PŘÍSTUP	34
4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR	35
4.6 TECHNIKA SBĚRU DAT	35
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT.....	37
5.1 SMÍŘENÍ	39
5.2 SMRT SPOJUJE.....	39
5.3 DŮSTOJNÉ ZACHÁZENÍ	40
5.4 MÁ TO SMYSL.....	41
5.5 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ	42
6 INTERPRETACE DAT.....	44
7 DISKUZE	47
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	49
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	51
SEZNAM OBRÁZKŮ	52
SEZNAM TABULEK.....	53
SEZNAM PŘÍLOH.....	54

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá umíráním jako součástí lidského života, mýty spojenými se stářím, samotným umíráním a smrtí kde se seznámíme s potřeby umírajících, které jsou důležité pro uchopení kvalitní péče a dále popisem terminální fáze při odcházení umírajícího. V poslední kapitole teoretické části je vymezena paliativní a hospicová péče.

Pro důstojné odcházení je zapotřebí zajistit kvalitní, odbornou péči od sloužícího personálu pobytových sociálních služeb. Tato bakalářská práce se kvalitativním výzkumem zaměřuje na vnímání smrti jako součástí lidského života pečujícími personálem. Data výzkumu jsme zjišťovali za pomoci polostrukturovaných rozhovorů se záměrným výběrem respondentů. Rozhovory byly vedeny s pracovníky přímé péče v domovech pro seniory.

V praktické části dále prezentujeme téma a cíle výzkumu, byla definována hlavní výzkumná otázka a vymezili jsme zvolený výzkumný přístup. Seznamujeme se s metodou sběru dat. Hlavním cílem práce bylo zjistit pohled pečujícího personálu na překážky v poskytování paliativní péče v pobytových zařízeních. Získané informace byly zpracovány metodou otevřeného kódování. V poslední kapitole praktické části prezentujeme interpretaci dat.

Téma práce je pro mě zajímavé s ohledem na to, že sama pracuji již několik let v sociálních službách s cílovou skupinou seniorů a součástí mého profesního zaměření je odborné vedení personálu a současně zajištění kvalitní důstojné péče pro klienty dle jejich individuálních potřeb. Péče o umírající je jedním z důležitých ukazatelů kvality poskytované sociální služby, proto si myslím, že je důležité zjistit postoje personálu k této problematice a jejich vnímání problematiky. To byl také důvod výběru respondentů s dlouhodobou praxí s poskytováním péče umírajícím, aby byl výzkum objektivní.

Témata smrti a umírání nejsou společností příliš oblíbená, přesto, že každý kdo se narodí, jednou zemře. Přejeme si, aby smrt přišla za dlouho, s neurčitou vidinou času. Umírání chceme rychlé, bezbolestné, nejlépe ve spánku za doprovázení svými blízkými. Doufáme, že opustíme život a nebudeme prožívat útrapy umírání. Mylně předpokládáme, že budeme dostatečně připravení.

Výsledkem bakalářské práce může být náhled do procesu umírání v pobytových sociálních službách a náhled do oblastí, na kterých je důležité stále pracovat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

V této kapitole bude pozornost zaměřena na stárnutí a stáří, které jsou součástí přirozeného vývoje každého člověka a úzce souvisí s pojmy umírání a smrti. Stárnutí je pojato okrajově, dále bude pozornost věnována samotnému stáří, a předsudkům společnosti dotýkajících se této vývojové etapy.

Hogenová (2013, s. 241) říká že: „*Stárnutí je z fenomenologického hlediska především jiné prožívání času, a tím i jiné rozvrhování samozřejmosti žitého světa. Ve stáří už člověk není tolik pronásledován budoucností, nepatří mu již, tak intenzivně jako tomu bylo v jeho mladém věku. Starý člověk se neděsí změn, je vědomý, že je nutné žít pro malé radosti.*“

Ondrušová, Krahulcová a kol.(2007) hovoří o stárnutí jako o nezvratném celoživotním procesu, který končí stářím. Příčinami stárnutí se zabývá teoretická gerontologie, která se zabývá, projevy a mechanismy a příčinami stárnutí a stáří se záměrem zvýšení kvality života seniorů s cílem předcházet předčasnému stárnutí a nesoběstačnosti. Gerontologie usiluje a podporuje zdravé stárnutí a podporuje u osob vyššího věku aktivní život (Ondrušová, Krahulcová a kol. 2007).

Příbyl (2015) označuje stárnutí a stáří jako poslední etapu života, která končí smrtí.

Lidské tělo stárne v průběhu celého života, ale jedinec si z počátku neuvědomuje v zásadě žádné omezení. Člověk se snaží udržet přijatelnou míru tělesných i duševních schopností. Z počátku si senioři žijí bez nutné pomoci od společnosti nezávisle a spokojeně. Na stáří se nelze připravit, pro každého je to zcela nová osobní a jedinečná zkušenost.

Společným rysem stárnutí je podle Ondrušové, Krahulcové a kol.(2007) snižování adaptability, zpomalování psychomotorického tempa a proměna jedince ve všech jeho rovinách. V rovině biologické, fyzické, sociální, psychické a spirituální.

Fyzická rovina představuje biologické stárnutí organismu, jedinci se mění viditelným způsobem zevnějšek. Dochází k obvyklým tělesným změnám, jako je změna metabolismu, stavu kostí, vysychání pokožky (Ondrušová, Krahulcová a kol. 2007).

Psychická rovina je charakterizována proměnou kognitivních funkcí, osobnostních rysů a mírou schopnosti přijmout novou roli v rámci reakce na vlastní stáří. Zahrnuje také mentální funkce a emoční složku (Ondrušová, Krahulcová a kol. 2007).

Sociální rovina zahrnuje začlenění stárnoucího jedince do sociálních sítí, jeho postoje k okolí, ochotu participovat na aktivitách – tedy jeho vztahy k blízkým a společnosti (Ondrušová, Krahulcová a kol. 2007).

Spirituální rovinu si můžeme vysvětlit větší či menším příklonem ke spiritualitě. Ve stáří mnoho jedinců prožívá krizi víry (Ondrušová, Krahulcová a kol. 2007).

Všeobecně podle údajů Českého statistického úřadu česká populace stárne. Na rostoucím počtu seniorů se podílel ve druhém desetiletí 21. století přesun osob narozených po 2. světové válce do věku nad 65 let a také trend prodlužující se délky života, neboli naděje dožití. Mezi roky 2010 a 2019 vzrostla naděje na dožití u mužů ze 74,4 na 76,3 let a u žen z 80,6 na 82,1 let. S rostoucím věkem se v české populaci snižuje také školní vzdělanost, a to zejména u žen v seniorském věku najdeme nižší stupně vzdělání, vysokoškolské vzdělání je spíše výjimečné. Dále statistický úřad uvádí, že domácností ohrožených příjmovou chudobou mezi jednotlivci nad 65 let bylo v roce 2019 41,2 % v roce 2014 to bylo 14,5 %. Domácnosti jednotlivců nad 65 let tvoří největší přírůstek ohrožených příjmovou chudobou za poslední dva roky. Dominující jsou domácnosti osamělých nepracujících důchodců většinou žen (ČSÚ, 2019).

Podle Haškovcové (2007) je stárnutí nesouvislý jev, kdy člověk stárne v některých etapách života rychleji než v jiných, a o stárnutí dále hovoří jako o přirozeném fyziologickém procesu, kterému se nelze vyhnout.

Vágnerová (2007) vidí stáří jako poslední etapu lidského života, o které říká, že je označována jako post vývojová, protože lidský jedinec již realizoval všechny latentní schopnosti svého rozvoje.

„Starý člověk ztrácí půdu pod nohama, ztrácí jistotu o schopnostech vlastního rozhodování. Velmi brzy pocítí zvláštní méněcennost, která jej pak provází téměř všude (Hogenová, 2013, s. 266).

1.1 Periodizace stáří

Podobně jako u jiných vývojových etap lidského života existují názory na etapu stáří a lidského života. Je mnoho odborných zpracování periodizace lidského věku, ale v kapitole se stěžejně opíráme o autorku Vývojové psychologie Marii Vágnerovou.

Vágnerová (2007) stáří dělí na období raného stáří a období pravého stáří.

Období raného stáří se podle Vágnerové (2007) časově řadí do věku přibližně 60 – 75 let, kdy si na počátku 60 roku života člověk začíná uvědomovat nekompromisní přibližování stáří.

„Rané stáří ještě z pravidla nepřináší zásadnější omezení. Většina 60letých lidí si udržuje přijatelnou úroveň tělesných i duševních schopností a může žít uspokojivě a nezávisle. Může žít dokonce mnohem svobodněji než dřív, nezatěžován povinnostmi, které už splnil (zaměstnání, péče o děti a staré rodiče). Vědomí větší svobody v rozhodování o sobě i o svém životním programu může být akceptováno s uspokojením, ale i jako zátěž, pokud by si starší člověk nedokázal vytvořit přijatelnou náplň svého aktuálního života (Vágnerová, 2007, s 302).

Starší člověk cítí potřebu bilancovat, postoj k sobě i ke světu je většinou bilancující a nemá tendence ke změnám. Jedinec má potřebu vyrovnat se se svým životem, a netouží, aby se měnil okolní svět. Dochází k adaptaci na stáří, během které se člověk vyrovnává s vlastním zdravím, tělesnými změnami, psychickými změnami, sociální situací a mezigeneračními vztahy (Vágnerová, 2007).

Období pravého stáří

Vágnerová (2007) řadí do období 75 a více let.

„Období po 75. roce života je označováno jako životní fáze pravého stáří, dovršením 80 let dosáhne senior tzv. čtvrtého věku, kdy je naživu pouze polovina jeho původní generace. Toto období je spojené s nárůstem problémů daných tělesným a mentálním úpadkem i se zvýšeným rizikem vzniku akumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci“ (Vágnerová, 2007, s. 398).

Obecně se odborná literatura rozchází v periodizaci stáří. Nachází ale shodu v rozdělení na stáří kalendářní, biologické a sociální.

Za obecně uznávanou je považována patnáctiletá periodizace lidského věku dle WHO:

- 60 – 74 let: stárnutí, rané stáří, senescence.
- 75 – 89 let: vlastní stáří, kmetství, senium.
- 90 a více let: dlouhověkost, patriarchium.

Pro seniory je počátek stáří relativní a prožívají jej rozmanitě. Případají i nepřípadají si stáří, nebo jenom někdy, nebo jenom na něco. V prezentované definici stáří je pro seniory dominantní zdravotní stav, nikoli kalendářní věk. Věk vnímají skrze své zdraví. Teprve když změny zdravotního stavu mají charakter výrazného zhoršení, tak senioři vlastní stáří uznávají. Rozhodující je také vitalita a míra pohyblivosti (Sýkorová, 2007).

1.2 Mýty spojené se stářím

V praxi, ale i v životě se setkáváme s různými mýty o stáří. Jsou to předsudky společnosti, které se nezakládají na pravdě, ale na základě různých polopravd se šíří společností. Tyto mylné polopravdy nejsou cizí všeobecné veřejnosti ani pracovníkům v sociálních službách či je mohou akceptovat i sami staří lidé. Těmto předsudkům se říká ageismus. Ageismus bývá chápán také jako věková diskriminace založená na ideologii o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fázích lidského věku. Nemusí se jednat pouze o stáří, ale také např. o ageismus k dětskému věku (Haškovcová, 2004).

- Mýtus falešných představ může být založen i na přesvědčení, že dobré materiální zajištění starého člověka vytváří a je předpokladem spokojeného stáří. Haškovcová (2004) uvádí několik typů mýtů o stáří.
- Mýtus zjednodušené demografie – vychází z přesvědčení, že v den odchodu do penze se člověk stává starým.
- Mýtus neužitečného času – kdo nechodí do práce je neužitečný a stává se přítěží společnosti.
- Mýtus homogenity – všichni staří lidé vypadají stejně, mají stejné vlastnosti a potřeby.

- Mýtus ignorace – přesvědčení o tom, že ten kdo nepracuje, není užitečný, starý člověk je, ekonomickou přítěží nemůže být ani partnerem či spolupracovníkem. Dokonce ani sokem. Nestojí mladým za pozornost a je možné ho přehlížet.
- Mýtus o arterioskleróze je založený na přesvědčení, že každý starý člověk je sklerotický a samozřejmě také celkově nemocný. Skleróza starých osob je chápána jako typický projev stáří (Haškovcová 2004).

Haškovcová (2004, s. 28) uvádí že: *Mýtus o sklerotických starých lidech je nebezpečný i v obecné rovině, protože zesiluje přesvědčení lidí, že stáří je nemoc.*

Malíková (2020, s. 35) upozorňuje, že: *„Přístup k seniorům na základě jakéhokoli předsudku vede k nepochopení jedince, opomíjení jeho potřeb, pocitů, nároků, a práv, nerespektování lidské důstojnosti, ponižení a degradaci osobnosti.*

Příbyl (2015, s. 27) popisuje vnímání seniorů společností, tak že: *„Seniori jsou dnes často vnímáni jako přítěž, a to jak pro rodinu, tak pro stát. Odmítání stáří, stárnutí a starých lidí se v průběhu času změnilo ve skrytý či otevřený boj proti seniorům. Do popředí vystupuje fenomén ageismus.“*

Matoušek (2008, s. 20.) definuje ageismus, jako: *„Diskriminaci starých lidí. Termín byl poprvé použitý poprvé v šedesátých letech 20. století R. Butlerem pro systematické znevýhodňování starých lidí ve společnostech západního typu. Staří lidé mohou být znevýhodněni v přístupu k zaměstnání, v přístupu ke zdravotním, speciálním a jiným službám, v míře respektu, který mají v rodině či na veřejnosti. Staří lidé se stávají oběťmi obecně rozšířených předsudků, jež spojují vyšší věk s negativními charakteristikami. Tyto předsudky předpokládají, že všichni staří lidé jsou stejní (nemocní, smyslově a pohybově postižení, trpící ztrátou výkonnosti, poruchami paměti a podobně.“*

Ageismus stereotypizuje lidi na základě věku. Dochází k omezení sociálních rolí a poškození statusu seniorů.. Odpírá mnohé příležitosti a snižuje životní šance seniorů na základě nepravd a předsudků společnosti (Sýkorová, 2007).

- Zdroje ageismu, které podporují negativní stereotypy podle Malíkové (2020) vychází ze strachu ze smrti, kdy je stáří spojováno se smrtí, na kterou nechce nikdo myslet a připouštět si ji. Smrt je chápána silně negativně.

- Z důrazu na mládí a fyzickou krásu, kde je vnímám rozšiřující se preferování mládí a krásy, kdy se zdá, že je dostačující dobrý fyzický vzhled a nic víc není zapotřebí (Malíková, 2020).
- Z důrazu na produktivitu a ekonomický potenciál, kdy je pro společnost nejprínosnější skupina lidí ve středním věku. Období stáří je chápáno jako neproduktivní (Malíková, 2020).

Každý člen společnosti by si měl položit otázku jaký má postoj a vztah k věkové kategorii seniorů. Jak přihlíží na přibývající léta a jak se sám připravuje na vlastní stáří. Odpovědi na tyto otázky vypovídají, jak je na tom jedinec s ageismem (Malíková, 2020).

2 UMÍRÁNÍ A SMRT

Umírání je v životě člověka poslední fází jeho existence a představuje různě dlouhý proces, kdy konečným stavem je smrt. V kapitole se budeme zabývat umíráním a smrtí, seznámíme se s obecným postojem společnosti k tomuto tématu a zaměříme se na potřeby umírajících.

Odborníci nejrůznějších oborů se snaží nalézt odpovědi na otázky týkající se umírání a smrti. Každá disciplína na problematiku smrti nahlíží z vlastní perspektivy. Spojením různých vědeckých přístupů vznikla thanatologie. K průkopníkům thanatologie u nás patří Helena Haškovcová (Špatenková, 2014).

Špatenková (2012, s. 164) definuje thanatologii, jako: „*Vědu o umírání a smrti nazvanou podle řeckého boha Thanata. Obvykle bývá charakterizována jako věda multidisciplinární, což znamená, že k znalostem o procesu umírání a smrti mohou významným způsobem přispět lékaři, psychologové, biologové, sociologové.*

Funk (2020) hovoří o thanatologii jako o etice umírání. Thahanatologie je výsledkem společenských věd a sociální péče. Dotýká se širokého spektra oborů medicíny, psychologie, práva, etiky, biologie.

Obecně (Funk, 2020, s. 130) hovoří o tom, že: „*Thanatologie je mezivědní obor, který se zabývá dějem smrti jako takovým a umíráním ze všech možných hledisek.*

Většinou se lidé zajímají o biologický proces smrti člověka a jeho dopad na psychiku umírajícího. V této souvislosti Haškovcová (2012) jmenuje neuroložku Elisabeth Küblerovou-Rossovou, která prolomila tabu začátkem 60. let 20. století a zasloužila se o nárůst zájmu společnosti o problematiku thanatologie ve vyspělé společnosti (Haškovcová, 2012).

Fenomén smrti je ve stáří vytěsňován tím více, čím se smrt skutečně přibližuje. Každý člověk se musí s konečností svého života vyrovnat sám. Celý život je výrazně utvářen právě tou konečností, o jejíž existenci od mladistvých let dobře ví. Faktum konečnosti je hnacím motorem všeho tvořivého konání. Každý člověk mám svůj čas, který může promarnit, nebo využít (Haškovcová, 2010).

Téma smrti a umírání je stále tabuizováno. Lidé mají největší obavy při umírání z bolesti (46 %), ze ztráty důstojnosti a soběstačnosti (51 %), a odloučení od blízkých (35 %). Tyto obavy nepřímou odkazují, kde většina životů končí. Populace je ze 77 % přesvědčena o

tom, že se o smrti ve společnosti nedostatečně mluví a chybí potřebné informace, proto i přetrvávají falešné mýty (Funk, 2014).

Před samotnou smrtí se jedinec dostává do terminální fáze, která se může u jednotlivců lišit svou délkou i potřebami umírajícího, ale i jeho blízkých. V terminálním deliriu je vhodné vyloučit rušivé momenty úkonů péče, které mohou být nahrazeny např. prvky bazální stimulace a snažit minimalizovat diskomfort (Kabelka, 2018).

Jako příklad minimálních úkonů pro lepší komfort umírajícího Kabelka (2018) uvádí že na bolest je vhodné reagovat šetrnou manipulací s klientem, nebo při dušnosti otevřeme okno, při hlasitém chrčení a dýchání můžeme klienta vhodně nepolohovat, zvlhčovat šetrně ústa.

Dochází také k vysazení léků, které klient užívá. V terminální fázi je vhodné, aby klient i jeho rodina měli možnost důstojného rozloučení a vzájemného odpuštění (Kabelka, 2018).

V pozdním stáří se stává problémem sociální izolovanost a osamělost. Umístěním do sociálního zařízení vzniká velká zátěž. Očekávání smrti a umírání se stává tématem pozdního stáří, často jde o strach z dlouhého utrpení (Vágnerová, 2007).

V současné době je na vzestupu paliativní péče, která se stává běžným standardem i v zařízeních sociálních služeb a v domovech pro seniory. Vznikají hospicová zařízení a systémy domácí hospicové péče, je také věnována pozornost potřebám umírajících také po duchovní a duševní stránce. Zde má nezastupitelnou úlohu sociální pracovník, který by měl být součástí multidisciplinárního týmu, který o umírajícího pečuje. Napomáhá k utváření podmínek pro důstojný odchod ze života. Napomáhá odžítí silných emocí vyplývajících ze smrti, je nápomocen k odstranění komunikačních bariér v rodině a zvládnání reakcí pozůstalých. Pozůstalí někdy potřebují pomoc při uspořádání majetkových věcí. V těchto situacích sociální pracovník používá postupy z krizové intervence v kombinaci s postupy poradenskými (Matoušek, 2008).

Matoušek (2008, s. 91) definuje krizovou intervenci jako: „*Rychlou psychologickou a sociální pomoc člověku, který se ocitl v krizové situaci a nedokáže ji zvládnout vlastními silami. Kvalifikovaná pomoc by měla vycházet z hodnocení toho, co krizi vyvolalo, a z posouzení klientových vztahů.*“

Poradenství můžeme chápat, jako poskytování informací, které klient nemá a potřebuje je k vyřešení svého problému. Poradenství může být dlouhodobé, krátkodobé i jednorázové (Matoušek, 2008).

Postoj ke smrti je tvořen třemi složkami:

- Citovým vztahem, který se projevuje strachem a úzkostí, případně nějakou emoci jako je apatie či rezignace. S tím se můžeme setkávat zejména u starých a těžce nemocných lidí (Vágnerová 2007).
- Kognitivní složkou, která zahrnuje postoje ke smrti z vědomostí o umírání a vlastních zkušeností se smrtí. Ty bývají ve většině minimální, lidé o tyto zkušenosti nestojí. Lidé o smrti mluvit nechtějí, dokud nezestárnou. Poté se obvykle jejich postoje mění (Vágnerová. 2007).
- Emotivním chováním, kdy se člověk ve vztahu k umírajícím lidem a smrti chová tak, aby se konfrontaci s tímto typem reality vyhnul. Může se projevit rozpor rozumového postoje a emočního odmítání konce, který bere smysl životu (Vágnerová, 2007).

Haškovcová (2012, s. 36) uvádí: *„I když každý člověk ví, že jeho život je konečný, v průběhu aktivního života se takovou skutečností moc nezabývá. Senioři však o závěru života sem tam uvažují. Téměř všichni vyjadřují obavy z krutého a bolestmi provázeného umírání. A téměř všichni by rádi zemřeli doma. Pokud dnes někdo začíná, nebo končí svůj život ve vlastním domě, je to buď“ znak chudoby, nebo naopak zvláštní privilegium. Umírání a smrt se dostaly pod institucionální management lékařů a pohřebních služeb. V této souvislosti je třeba zdůraznit, že neuspokojivý stav se postupně, i když pomalu v návaznosti na rozvoj paliativní medicíny a paliativní péče mění.“*

Strach ze smrti

Strach ze smrti je zcela přirozený a závisí na mnoha faktorech. Obecně se dá říci, že s přibývajícím věkem strachu ubývá, i když žádoucí délka života je u každého jiná a bývá ovlivněna potřebou dožít se nějaké události jako je například svatba vnučky, nebo vnuka. Ženy se obecně smrti bojí méně než muži, s představou smrti se snáze vyrovnávají. Dokáží o tématu lépe hovořit, obavu lépe projevit než muži. Naopak muži tuto zátěž jinak prožívají a jinak na ni reagují. Muži aktuálnost tématu vlastní smrti většinou popírají, nebo ji racionálně přijímají, ale nehovoří o ní. O svých pocitech nedokáží tak snadno mluvit a emoce navenek neprojevují (Vágnerová, 2007).

Strach ze smrti ovlivňují také osobnostní vlastnosti, kdy některé mohou posilovat strach ze smrti (Vágnerová, 2007). Vágnerová dále hovoří o následujících aspektech.

- Míra obtížnosti současného života, čím se nám zdá život těžší a nevnímáme naději na zlepšení, tím je strach ze smrti menší. Starý člověk, který je ve svých možnostech značně limitován smrt přijímá snadněji jako vykoupení. Často potřebu zemřít vyjadřují lidé v domovech seniorů, než ti žijící ve vlastních domácnostech, což ale může ovlivňovat míra závislosti na druhých, míra zachované soběstačnosti, fyzických a psychických sil.
- Vyrovnanost s vlastním životem a naplněnosti vlastního života, kdy strach ze smrti zvyšuje představa nesplněné povinnosti vůči někomu blízkému.
- Naše životní hodnoty a identifikace s určitým životním názorem mohou snižovat strach ze smrti. Významnou roli zde hraje náboženská orientace. Věřící lidé se se smrtí snáze vyrovnávají. Smrt pro ně znamená přechod na jinou duchovní formu existence (Vágnerová, 2007).

Hledání smyslu života ve smrti, je stejně náročné jako hledání smyslu života. Proces umírání bývá spojován s postupnými ztrátami na různé úrovni. Strach ze smrti je obava z vlastní zranitelnosti, kdy nejde pouze o bolest, ale o existenciální utrpení a to představuje úzkost ze ztráty vlastní existence, která zánikem znamená konec všeho (Vágnerová, 2007).

Umírání nemusí být bolestivé, tělesnou bolest umíme zmírnit. Je potřebné, aby lidé neumírali sami. Starostlivá přítomnost druhého člověka, dokáže utišit úzkost umírajícího (Byock, 2013).

Potřeby umírajících

V bezprostřední blízkosti smrti se potřeby umírajících mění. Vágnerová (2007) je popisuje následovně.

- Potřeba citové jistoty a bezpečí – starý člověk, jemuž ubývá energie a schopnosti má větší potřebu hledat oporu a pomoc. Potřebuje potvrdit svůj vztah s blízkými, aby mu by někdo naslouchal, potřebuje vyjádřit svoje pocity, nebo má potřebu někomu něco říct nebo dát. Někdy člověk má jen potřebu pohlázení a tělesné blízkosti jiné osoby (Vágnerová, 2007).
- Potřeba zachování sebeúcty – většina starých lidí se neobává smrti, někteří si ji dokonce přejí, ale přesto mohou některé z aspektů smrti prožívat úzkostně. Zde je důležitá potřeba zachování sebeúcty, kterou může nasytit přijatelný způsob

jednání s umírajícím člověkem, respekt k jeho osobnosti a respekt k jeho vysloveným přáním (Vágnerová, 2007).

- Potřeba otevřené budoucnosti – o přesahu vlastní existence. Někdy se umírající potřebuje vyjádřit k budoucnosti, která se ho již osobně netýká, ale dotýká lidí jemu blízkých (Vágnerová, 2007).

Potřeby umírajících lze začlenit také do několika základních oblastí a to:

- Oblast biologická.
- Oblast psychologická, emocionální.
- Oblast sociální.
- Oblast spirituální.

Zaměření pracovníků na uspokojení potřeb podle projevů klienta je pro umírajícího velmi důležité, mnohdy má zásadní charakter. Dá se říct, že je záslužné aktivní zjišťování a uspokojování potřeb umírajícího (Malíková, 2020).

Vágnerová (2007, s. 434) si myslí že: *„Poslední přání nebo pokyny umírajícího pro pozůstalé, jsou projevem uvědomění této skutečnosti. Realizace vlastních přání, je v této životní fázi svěřena někomu jinému, starý člověk na koncového života předává své materiální i psychické vlastnictví a akceptuje proměnu své existence. Smrt ukončí pouze jeho fyzické bytí, ale na symbolické úrovni bude přítomen i nadále. Ve vzpomínkách blízkých lidí i toho co v životě vytvořil.*

Terminální fáze

Počínající projevy terminálního stadia u umírajícího klienta počínají postupující celkovou slabostí a únavou, klient ztrácí zájem o dění ve svém okolí, nezájem o okolí doprovází ztráta chuti k jídlu a pocitu žízně.

Terminální fáze trvá někdy hodiny, někdy dny. Zkušení pracovníci dokáží rozpoznat prvotní příznaky nastávající terminální fáze.

Projevy, které nejsou ovlivnitelné a umírajícího zásadně nezatěžují se ponechávají neřešené. Ponechává se pouze medikace k mírnění projevů utrpení a k tišení bolesti (Malíková, 2020).

Na pracovníky přímé péče přístup k umírajícímu klade velké nároky. Hovory o smrti jsou pro mnoho pečujících v přímé obslužné péči problémem a tématu se raději vyhýbají. Mnohdy sami umírající neumí toto téma otevřít. Aby pracovník mohl dobře pečovat o umírající, musí mít sám v sobě tuto problematiku zpracovanou, včetně postoje k vlastní smrtelnosti. V opačném případě hrozí riziko, že bude své nevyjasněné problémy a postoje promítat do umírajících, a tím jejich těžkou situaci ještě více znesnadní. (Malíková, 2020).

Náročnou situaci umírajících osob, můžeme zmírnit možnostmi, které mají doplňující charakter a mohou přispět ke snížení obtíží umírajícího. Spektrum možností je široké. U následujících terminálních projevů můžeme využít optimální postupy.

Terminální projevy a jejich možnosti řešení Malíková (2020) popisuje následovně:

- Halucinace, neklid – je vhodné eliminovat světlo, hluk, s umírajícím šetrně manipulovat. Neklid je vhodné nepodceňovat, může se jednat o projevy vnímání zážitků z podvědomí a přípravy organismu na smrt.
- Chrčivé dýchání – je důsledkem hromadění se sekretu v horních cestách dýchacích, který umírající nevykašle. Upravíme polohu umírajícího, horní část těla dáme do zvýšené polohy a podložíme končetiny pod kolena. Tím usnadníme dýchání.
- Studená, bledá kůže, fialové nehty – lehce klienta přikryjeme, není žádoucí klienta přehřívat.
- Neklid v noci, ve tmě – ponecháme svítit tlumené světlo, zvyšuje pocit bezpečí
- Projevy úzkosti, bolestivé grimasy, neklid – často se jedná o projevy strachu z blízkosti smrti. Můžeme na klienta působit svojí přítomností, tiše sedíme, držíme umírajícího za ruku, můžeme říct jsem tady s vámi nejste sám. Důležitý moment pro lidskou podporu umírajícího.
- Povlaky v ústech, na jazyku, popraskané rty – systematicky provádět hygienu dutiny ústní, vytíráme navlhčenýma štětičkami.
- Přání každého člověka je nebýt sám v okamžiku smrti – umírající i v agónii vnímá, zda je, nebo není sám, vnímá přítomnost druhé osoby. Ideální je trvalá přítomnost druhé osoby, pokud to není možné alespoň pravidelně ke klientovi docházet a kontrolovat ho. Dát mu pocit, že není sám (Malíková, 2020).

„Většina pacientů ztratí vědomí, nebo ho má zastřené ještě předtím, než skutečně zemřou. Jejich posledním životním prožitkem pro ně může být poklidný odchod do bezvědomí. Mnoho pacientů má hrůzu z toho, že zemřou o samotě. Měli bychom, proto udělat vše, co je v našich silách, aby k tomu nedošlo. Pacient, který je ponechán o samotě za zataženou plentou, je pro všechny ostatní pacienty na oddělení vzkazem, že se o něj nestaráme (Kupka, 2014, s. 53.).

Snažíme se dodržovat zásady a etické principy v přístupu k umírajícímu. Je velmi důležité umírajícímu poskytnout duševní podporu tím, že jej umíme vyslechnout, nezlehčujeme jeho bolest či trápení, projevíme maximální pochopení, nehodnotíme a nesmyslně neutěšujeme, vyhýbáme se nevhodných hovorů u klienta s poruchou vědomí, neodvádíme pozornost jiným směrem, snažíme se jej podporovat v dořešení svých negativních postojů k lidem, aby si v sobě vše dořešil a mohl odlehčeně odejít. Snažíme se zamezit ztrátě důstojnosti umírajícího klienta (Malíková, 2020).

Malíková (2020, s. 294) téma uzavírá tím že: *„Dodržování morálních zásad, etického kodexu pracovníka a práv umírajících a jiných osob je nezbytné pro práci všech pečujících o umírající osoby a zemřelé tělo.“*

Úmrtí uzavírá terminální fázi člověka. Klíčové je ovšem medicínské vymezení smrti. Jedině lékař je oprávněný konstatovat smrt. V naší společnosti k tomu má jako jediný sociální legitimitu. Dříve byla smrt výrazem, který označoval zástavu srdeční činnosti. Některé srdeční zástavy je ovšem možné resuscitovat a smrti předejít. Na takovou zástavu se pohlíží jako na klinickou smrt. Tento pojem byl zachován pro veřejnost, v lékařské terminologii se užívá pojem zástava srdeční. Srdeční zástavou je dán okamžik smrti. Na zástavu oběhu navazuje biologická smrt mozku, což je považováno za smrt jako takovou (Špatenková, 2014).

Špatenková (2014, s. 35) dále uvádí, že: *„Smrt mozku (cerebrální smrt) je smrtí individua, protože mozek jako jediný reprezentuje osobnost a identitu člověka.“*

V sociální práci se setkáváme s termínem sociální smrt, jedná se o stav, kdy se jedinec cítí osamocený, protože je mimo důležité interpersonální vztahy. Týká se to zejména osamělých seniorů, kdy smrt sociální umocňuje smrt biologickou (Ondrušová, Krahulcová a kol. 2019).

3 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

V této kapitole se budeme zabývat pojmem paliativní a hospicové péče. Budou vymezeny formy a cíle paliativní péče.

Ke smrti a umírání dochází i v zařízeních sociálních služeb. Jde o náročnou situaci pro umírajícího klienta, jeho rodinu a zejména pracovníky v přímé obslužné péči. To zcela logicky zadává předpoklad zvyšování úrovně v péči o umírající. Úroveň péče a doprovázení umírajících, podpora příbuzných a jim poskytnutá následná pomoc a podpora je důležitým ukazatelem etiky a profesionality zařízení. Ve sklonku života je to nejcennější služba, kterou může zařízení klientovi poskytnout. Z toho vyplývá, že je nezbytné naplnění všech prvků paliativní péče (Malíková, 2020).

„Hospicová a paliativní péče uznávají umírání jako přirozený proces, což znamená v přístupu ke smrti velký posun. Snaží se o dobrou smrt, která respektuje život (Funk, 2014, se 131).

Malíková (2020, s. 285) definuje paliativní péči jako: *„Soubor všech ošetrovatelských činností zaměřených na udržení kvality života pacientů s nevléčitelnou nemocí v pokročilém, nebo terminálním stadiu.“*

O paliativní péči hovoří (Špatenková, 2014, s. 70) jako o procesu kdy cílem: *„Paliativní medicíny je zmenšit utrpení, ctít život a naději, posílit smysl života a jistotu kontaktu s nejbližšími lidmi, pokud si to umírající přeje. Nejen mezi laickou veřejností, ale i odbornou veřejností totiž panuje názor, že umírající by v okamžiku smrti rozhodně neměl být sám, že je nezbytné ho doprovázet a hlavně neopustit. Interpretace tohoto přání by měla být velmi opatrná, nikoliv doslovná. Smrt je nanejvýš intimní situace a obdobně jako u jiných citlivých okolností může člověk i v této situaci požadovat nerušené soukromí.*

Ve společnosti se rozvolnily sociální vazby, rodina již neplní funkci úzce semknuté sociální skupiny, což je patrné nejen při umírání, ale i v životě. Způsob života se odráží na umírání. Člověk, který byl zvyklý autonomní způsob žití, může tuto formu upřednostňovat i při umírání (Špatenková, 2014).

Geriatrická paliativní péče musí vycházet z obecně platných předpisů, ale zároveň jsou zohledněny specifika platná pro geriatrickou paliativní péči. Ty vyplývají z odlišností této věkové kategorie, jako je polymorbidita, chronická onemocnění, užívání velkého množství léků. Progrese do terminálního stadia je u seniorů více pozvolný. Paliativní péče bývá

orientována především na léčbu symptomů s krátkodobým výhledem do budoucnosti. V pobytových zařízeních nebývají aplikovány speciální postupy paliativní péče, které vyžadují vysokou odbornost sester a lékařů, pouze pokud jsou zavedeny z předchozího období např. ambulance léčby bolesti, pak je třeba je dodržovat. Geriatrická paliativní péče má zájem o zachování kvality a důstojnosti zbývajících života. Dosažením tohoto cíle dosáhne je naplněním nejvyššího morálního kreditu (Malíková, 2020).

Obecně můžeme geriatrickou paliativní péči definovat jako (Kabelka, 2018, s. 90) kdy je pojem vysvětlován jako: *„Péče specifická rolí pacienta ve vyšším věku, s již žitým a většinou přijatým stářím, handicapem a rolí nemoci. Nemocní vyžadují podporu, stejně tak jako jejich blízcí, pro každodenní život a také období jeho závěru.*

Zdravotní a zdravotně sociální podpora umírajících se označuje jako paliativní a hospicová péče (pallium je latinské označení roušky, paliativní péče má zastřít bolestivé příznaky). Cílem péče není u umírajících lidí odvracení ani zdržování neodvratné smrti, ale tlumení obtíží, zkvalitňování (Animace) života a intervenování léčitelných komplikací včetně přidružených chorob. Paliativní péče nesmí být zúžena na pouhou technologii bezbolestnosti, na tlumení dalších obtíží a odstupování od marné léčby základního onemocnění. Nesmí ani smrt navozovat či urychlovat (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 57).

3.1 Vymezení pojmu paliativní péče

Paliativní péče - světová zdravotnická organizace WHO vymezuje paliativní péči jako proces ke zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, kteří jsou vystaveni potížím spojených s nemocí ohrožující na životě, skrze předcházení a zmírňování utrpení včasným zajištěním řešení bolesti a jiných fyzických, psychosociálních a duchovních problémů. Jednotná definice prozatím není přijata, ale cíle a klíčová slova se shodují (Ondrušová, Krahulcová a kol. 2019).

- Kvalita života.
- Neléčitelná onemocnění.
- Ucelená péče pokrývající biologické, psychosociální a spirituální potřeby.
- Léčba symptomů.
- Mírnění utrpení klienta i jeho rodiny.

Pod pojmem paliativní neboli útěšné medicíny si můžeme představit komplexní balíček pomoci umírajícím a jejich rodinám. Paliativní péče nastupuje v momentu, kdy je evidentní, že život již spěje ke konci (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019).

Paliativní medicína je základem péče o smrtelně nemocného člověka. Tento obor vyrostl na základě potřeb smrtelně nemocných lidí, kteří se obrazně řečeno začali bát odlidštěné medicíny. Současná paliativní medicína má nesrovnatelně větší možnosti než před lety. Lze významně ovlivnit kvalitu života umírajících, většinu symptomů lze zmírnit do snesitelné podoby. K hlavním cílům paliativní medicíny patří vyloučení a omezení vyšetřovacích i léčebných metod. Vlídny přístup, který respektuje svobodnou vůli pacienta, který mu ponechává pocit, že má, vše pod kontrolou významně ovlivňuje kvalitu jeho života. Umírající člověk nesimuluje. Vědomí, že si léčbu bolesti do určité míry řídí sám dodává nemocnému pocit bezpečí (Matoušek, Koláčková, Kodymová 2005).

Definici paliativní péče uvádí Špatenková (2014, s. 69 – 70) následovně: *„Paliativní péče je cílevědomá, ucelená, kvalifikovaná podpora lidí se závažným život ohrožujícím onemocněním, především příčinně neléčitelným, život zkracujícím.*

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že paliativní péče:

- *Poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení.*
- *Přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces.*
- *Neusiluje ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti.*
- *Integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty.*
- *Nabízí systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti.*
- *Nabízí rovněž systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i vlastním zármutkem.*
- *Pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí.*
- *Podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění.*
- *Je použitelná i v časně fázi onemocnění současně s jinými postupy léčení, které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje*

všechna vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobujících utrpení (Kupka, 2014, s. 27.).

Původní model rodinného umírání, kdy umírajícího doprovázel člen rodiny je v současné době často nahrazován takzvaným institucionálním umíráním, kdy se o smrt starají profesionálové. S tím neodmyslitelně souvisí umístění starého nemocného člověka do domova pro seniory (Špatenková, 2014).

Paliativní péče v domově pro seniory – domovy pro seniory jsou pobytová sociální služba pro klienty s potřebou sociální péče. Většinou se jedná o klienty s rozvinutým syndromem geriatrické křehkosti, ve 3 – 4 fázi demence, imobilních, a četnými chronickými onemocněními. Mnozí klienti přichází do domova seniorů na poslední měsíce svého života. Je nutné podpořit profesionální pečovatelskou práci pomocí zdravotních služeb, které zastoupí to, co personál zařízení není schopen zvládat. V těchto situacích nastupuje tým mobilní paliativní péče. Obzvláště v geriatрии je prokázáno, že s největším efektem se setkáváme při časně indikované paliativní péči. Důležité je propojení segmentů zdravotní a sociální péče. Spojení paliativní péče se zdravotními a sociálními službami je nutností pro účinné nastavení péče o smrtelně nemocné. Jak z hlediska kvality života klientů, jejich rodinných příslušníků tak z pohledu kvality péče (Kabelka, 2018).

3.2 Vymezení pojmu hospicová péče

Hospicová péče je forma paliativní péče, která doprovází člověka v terminální fázi jeho života. *„Forma komplexní ústavní péče založená na paliativní medicíně, navíc zohledňující psychické, fyzické, duchovní i vztahové potřeby pacienta. Klade důraz na kvalitu života pacienta a zahrnuje péči i o jeho blízké. Během životního finále tělesné potřeby ustupují do pozadí, resp. Zbývá z nich hlavně potřeba tišení bolesti. Do popředí se dostávají potřeby psychické a duchovní. Umírající se chce rozloučit se světem, s blízkými lidmi, smírně uzavřít konflikty, které s nimi případně měl, rozhodnout o svých záležitostech (Matoušek, 2008, s. 70-71).*

Termín hospice byl původně používán pro domy odpočinku, z angličtiny lze přeložit jako útulek (Kupka, 2014).

V České republice byl definován termín hospic v roce 2018 novelou zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, (Ondrušová, Krahulcová a kol. 2019, s. 194) definuje a uvádí, že se: *„Jedná se o historicky první zákonnou úpravu v České republice. Hospicem se rozumí „poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.“*

První hospic v Čechách založila lékařka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila pro podporu hospicového hnutí a domácí péče občanské sdružení s názvem Ecce homo, a jejich mimořádným počinem bylo vybudování Hospice Anežky České v Červeném Kostelci za pomoci Diecézní charity v Hradci Králové. Během 13 měsíců byl hospic vybudován a 8. prosince v roce 1995 byl slavnostně otevřen. Po měsíčním návštěvním období byli v lednu roku 1996 přijati první pacienti (Haškovcová, 2007).

Hospicová péče je členěna na několik forem poskytování služeb.

- **Ambulantní hospice a hospicová služba (mobilní hospic)**, základním cílem hospiců je pomoci lidem dožít svůj život v domácím prostředí, za předpokladu aktivní zapojení blízkých osob. Pokud to není možné, uvažuje se o lůžkovém hospici. Domácí hospicová péče musí splňovat několik kritérií – k dispozici musí být 24 hodinová pohotovostní služba, kvalifikovaný tým odborníků, rodina klienta musí mít dostatečné možnosti k odreagování. Z toho vyplývá, že koncept péče je poskytován pouze umírajícím v posledních týdnech života (Student, Mühlum, Student 2006).
- **Lůžkové hospice** – forma péče, která pomáhá lidem, kterým z různých důvodů nemůže být poskytována domácí hospicová péče. Snaží se ji co nejvíce připodobnit domácímu prostředí klienta. K přijímání nemocného do hospice (Matoušek, 2005) uvádí že: *„Nemocný je přijímán do hospice na základě vlastní žádosti, zásadně do něj není překládán proti své vůli. Součástí žádosti musí být informovaný souhlas pacienta. Ten je poučen, že lékař v hospici upouští ode všech léčebných postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života, ale pokračuje v takové léčbě, jež může kvalitu života zlepšit. Kontaktovat hospic může kdokoli-pacient, rodina, lékař, sociální pracovníce, přátelé – ale žádost vyplňuje vždy lékař, který nemocného zná (Matoušek, 2005, s. 202).“*

Kritéria pro přijetí nemocného na lůžko v hospici vyplývají z poslání tohoto zařízení. Indikován je nemocný kterého:

- *Postupující choroba ohrožuje na životě.*
- *Potřebuje paliativní léčbu a péči.*
- *Současně není nutná hospitalizace v nemocnici.*
- *Nestačí nebo není možná péče domácí (Matoušek, 2005, s. 202).*

Stacionární hospicové péče – Kupka (2014, s. 32) popisuje následovně: *„Fungování hospicového stacionáře vypadá tak, že pacient je přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Tato forma je vhodná pouze pro pacienty v místě, nebo poblíž hospice.*

Haškovcová (2007) uvádí, že v Českých hospicích je pro slabý zájem tato služba značně redukována, ale v budoucnu očekává její rozšíření.

Obecně lze režimová opatření hospicové péče popsat tak, že pokud to klientova situace umožňuje, může si systém dovytvářet. To znamená, že spí, jak se mu chce, nikdo ho ráno neprobouzí s teploměrem, může jíst, co chce, na co má chuť, podobně je to i s hygienou. Důraz je kladený na kvalitu života.

Haškovcová (2007, s. 42 -43) vyjadřuje potřeby umírajících seznamem Charty umírajících a uvádí následovně:

- *Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti bylo zacházeno jako s lidskou bytostí.*
- *Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se moje životní perspektiva mění.*
- *Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.*
- *Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.*
- *Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování“ pohodlí a kvality života.*
- *Mám právo zemřít neopuštěn.*
- *Mám právo být ušetřen bolesti.*
- *Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.*
- *Mám právo nebýt klamán.*

- *Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.*
- *Mám právo zemřít v klidu a důstojně.*
- *Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.*
- *Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi. Kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.*

Práva umírajících jsou ošetřena dokumentem „*O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících byl schválen 25. 6. 1999 parlamentem rady Evropy* (Haškovcová, 2007, s. 43).

Neodmyslitelnou součástí péče o smrtelně nemocné je péče o pozůstalé. Má zásadní význam v systému rituálů, které pomáhají zvládat tuto náročnou fázi života, kdy pozůstalý musí: přijmout ztrátu jako realitu, prožít zármutek, přizpůsobit se ve světě bez zemřelého, citově se od něj odpoutat (Kabelka, 2018).

Péče o pozůstalé může mít podobu soucitné komunikace, poradenství, krizové intervence až po psychiatrickou pomoc. Pomoc pro pozůstalé může vycházet od laické pomoci až po profesionální pomoc (Špatenková, 2008).

Pomoc pozůstalým může mít následující podobu:

Doprovázení – poradce pomáhá klientovi zvládnout situaci, která se zdá nezměnitelná, ale lze ovlivnit její prožívání (Špatenková, 2008).

Vzdělávání – pozůstalý vyhledá pomoc, protože potřebuje získat informace, vysvětlení, potřebuje si něco ověřit, nebo potvrdit. V této situaci již musí mít poradce vzdělání a schopnosti s vědomostmi přiměřeně nakládat a následně ověřovat zda jsou pro klienta prospěšné (Špatenková, 2008).

Konzultační činnost - obsahuje odbornou radu jinému odborníkovi v rámci péče o klienta (Špatenková, 2008).

Poradenství – poradce pomáhá klientovi najít cestu k řešení problému a vede ho k hlubšímu náhledu na jeho situaci a možnosti řešení. Klient má možnost si vybrat z více možností řešení, poradce mu pomáhá možnosti najít (Špatenková, 2008).

Terapie – o terapii se jedná, když si klient přeje zbavit se svého problému. Společně s terapeutem hledají možnosti řešení. Na zvládnání komplikovaných forem truchlení se zaměřuje terapie pozůstalých. Jedná se o případy, kdy u pozůstalých trvá forma závislosti na zemřelém (Špatenková, 2008).

Pozůstalí vyhledávají služby poradenství pro pozůstalé nejčastěji po smrti blízkého člověka v období akutního smutku, kdy mohou být zaskočeni intenzitou zármutku. Truchlení není nemoc, ani deprese, ale přirozená reakce na ztrátu člověka. Poradenství mohou lidé vyhledat ještě před ztrátou člověka, po ztrátě – do třinácti měsíců po ztrátě, nebo kdykoliv když pociťuje potřebu takového kontaktu. Nekomplikované truchlení obsahuje velké množství pocitů a prožitků, které mohou pozůstalé znepokojovat. Hlavním cílem poradenství pro pozůstalé je tyto reakce a prožitky normalizovat (Špatenková, 2008).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Obsah praktické části je zaměřen na výzkum toho, čím je péče o umírajícího klienta v pobytových sociálních službách nejvíce ovlivněna a v čem vnímá pečující personál přímé obslužné péče největší úskalí v rámci poskytování péče umírajícím klientům.

Představíme téma a cíle výzkumu, seznámíme se s použitým výzkumným přístupem a výběrem respondentů. Dále bude prezentována metoda sběru a zpracování dat včetně závěrečné analýzy a interpretaci dat.

Pro uvedené téma výzkumu byla zvolena kvalitativní metodologie. Nástrojem výzkumníka je hloubkový polostrukturovaný rozhovor s cílem získat detailní a komplexní informace o zkoumaném jevu s menším vzorkem respondentů. Kdy můžeme hovořit o tom, že jde o proces zkoumání jevů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz založený na hlubokých datech. Záměrem výzkumníka, který provádí kvalitativní výzkum je za pomoci metod a postupů rozkrýt jak lidé chápou a rozkrývají sociální realitu (Švaříček a kol., 2007).

4.1 Výzkumný problém

Výzkumný problém byl stanoven na základě souvislosti sociální pedagogiky s životní pomocí a také v souvislosti se stárnutím lidské populace a narůstajícího institucionálního umírání v pobytových zařízeních na základě teoretické části Bc. práce na téma Umírání a smrt jako součást lidského života.

Výzkumný problém byl definován definovat tak, že jím je Umírání a smrt jako součást lidského života pohledem pracovníků přímé obslužné péče v pobytových sociálních zařízeních a co vnímají jako největší úskalí při poskytování péče umírajícímu klientovi.

4.2 Výzkumné cíle

Vzhledem k definici výzkumného problému byly stanoveny tyto výzkumné cíle.

Hlavní výzkumný cíl:

Zjistit, v čem vidí personál přímé obslužné péče největší překážku v rámci poskytování péče umírajícím v pokrývání jejich potřeb.

Dílčí výzkumné cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, jak vnímá pečující personál pobytových sociálních služeb téma smrt jako součást lidského života“

Dílčí cíl 2 : Zjistit, co ovlivňuje pečující personál v pohledu na smrt.

4.3 Výzkumné otázky

S ohledem na výše stanovené výzkumné cíle byla následovně stanovena hlavní výzkumná otázka:

V čem vidí personál největší překážku v rámci poskytování péče umírajícím?

Dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jak vnímá pečující personál téma smrt jako součást lidského života?

DVO2: Co ovlivňuje vnímání smrti u pečujícího personálu?

4.4 Výzkumný přístup

Pro stanovené téma výzkumu byl zvolen kvalitativní výzkum, který probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí, plán výzkumu má pružný charakter, což znamená, že plán výzkumu se z daného základu rozvíjí a přizpůsobuje dle okolností a doposud získaných výsledků. (Bendl, 2005) Cílem výzkumníka je porozumět situaci tak, jak ji vnímají samotní respondenti. Nástrojem výzkumníka je hloubkový polo strukturovaný rozhovor s cílem získat detailní a komplexní informace o zkoumaném jevu s menším vzorkem respondentů.

Výzkumným designem je zvolena zakotvená teorie, kdy výzkum směřuje k návrhu teorie pomocí dat, jež výzkumník nashromažďuje. Vznikající teorie je ukotvena v datech získaných během výzkumu. (Bendl, 2005) Nejde o popis fenoménu, ale jak je daný jev vnímán respondenty přímo účastnými procesu (Švaříček a kol., 2007).

4.5 Výzkumný soubor

U výběru respondentů výzkumu byl kladen důraz na to, že v kvalitativním výzkumu je dána vážnost na reprezentaci určitého problému. Výběr respondentů je odvozen od tématu výzkumu a stanovených výzkumných otázek (Švaříček a kol, 2007). Byla zvolena metoda záměrného výběru, s cíleným zaměřením na jejich určité předpoklady. Jedná se o respondenty, kteří mají víceletou zkušenost a praxi v péči o umírající klienty v pobytových sociálních službách poskytujících paliativní péči. Vzhledem k anonymitě výzkumu jsou respondenti uvedeni pouze zkratkou R1, R2 atd.

R1, žena, 48 let praxe 3 roky v pobytových sociálních službách

R2, žena 53 let, praxe 5 let v pobytových sociálních službách

R3, žena, 42 let, praxe 5 let v pobytových sociálních službách

R4, žena, 48 let, praxe 3 roky v pobytových sociálních službách

R5, žena 52 let, praxe 7 let v pobytových sociálních službách

4.6 Technika sběru dat

Metodou sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který vychází z předem stanoveného seznamu témat a otázek a je možné otázky flexibilně doplňovat v závislosti na průběhu rozhovoru. Používá se nejčastěji u zakotvené teorie (Švaříček a kol, 2007). Polostrukturovaný rozhovor probíhal mezi jedním respondentem a jedním tazatelem. Podmínkou pro účast ve výzkumu byla víceletá zkušenost s poskytováním přímé péče umírajícímu klientovi. U této části se vyskytl problém pracovníky s letitou zkušeností vůbec nalézt a setkat se se zájmem o účast na výzkumu. Pracovníci projevíli obavy, aby získaná data byly anonymní, také nechtěli nijakým způsobem poškodit organizaci. Byli ujištěni, že se jedná o výzkum skutečně anonymní a jejich údaje nebudou nikde zveřejněny.

Pro rozhovor byly připraveny tyto základní otázky:

Jak vnímáte smrt?

Setkala jste se s něčím, co vaše vnímání smrti ovlivnilo?

Popište mi vaše pocity, když pečujete o klienta v paliativní péči.

V čem vidíte překážky v poskytování péče umírajícímu klientovi?

Vnímáte nějaké změny v paliativní péči?

Rozhovory probíhaly v soukromí respondentů, kde se mohli cítit příjemně. Na počátku rozhovoru se představil výzkumník s jeho projektem a respondent byl ujistěn o anonymitě. Zároveň byl požádán o souhlas s nahráváním rozhovoru. Záznam rozhovorů byl nahráván na záznamník mobilního telefonu. Respondenti s nahráváním rozhovoru souhlasili. Ty byly následně přepsány s vynecháním osobních údajů respondentů, které by mohly narušit anonymitu výzkumu. Všichni respondenti byly ženy, kdy bylo podmínkou pro účast ve výzkumu minimální délka praxe 3 roky a více. Výzkum probíhal s respondenty pracujícími v sociálních službách ve Zlínském kraji.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Po přepisu rozhovorů následovala analýza dat. U zakotvené teorie je analytickou technikou kódování. Byla použita metoda otevřeného kódování, při němž jsme text rozčlenili na jednotky. Jednotkám byla přidělena jména a s takto nově pojmenovanými fragmenty textu jsme dále pracovali (Švaříček a kol, 2007). Švaříček (2007) dále doporučuje volit jednotky podle významu, což znamená, že jednotkou může být celek různé velikosti. Vzniklé kategorie jsme doplnili citacemi odpovědí respondentů.

Dále bylo při analýze získaných dat použito axiální kódování, kdy jsme vzniklé kategorie z otevřeného kódování řadili k položkám paradigmatického modelu, který je publikován odbornou literaturou (Švaříček a kol, 2007).

Následovalo selektivní kódování u, kterého jsme vyčlenili jev, příčinné podmínky a následky. Provedení těchto kódovacích kroků vede k tomu, že do výsledku teoretického modelu je vnesen pohyb a je ukázáno, jak se model vyvíjí.

Kategorie

Na základě propojení témat v kódech byly vytvořeny tyto kategorie.

Smíření

Smrt spojuje

Důstojné zacházení

Nebýt sám

Má to smysl

Tabulka č. 1 Kódy a kategorie; Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie	Název kódu	Příklady kódu
Smíření	<ul style="list-style-type: none"> - Součást života - Vysvobození - rovnost před smrtí 	<ul style="list-style-type: none"> - Smrt je součást života, zakončení a odchod - Vysvobození a odchod, ve starším věku čas na smíření - Je to přirozené, jsme si tím všichni rovni, souznění s životem
Smrt spojuje	<ul style="list-style-type: none"> - Víra - Kolegové - životní zkušenosti - zažitá stereotypy 	<ul style="list-style-type: none"> - Věřím v posmrtný život, něco neovlivním, pomocí víry je to jednodušší, přání ukončit trápení - Přístup starších kolegů - Mění se to následkem životních zkušeností úvahy o smrti - Víím, že to přijde, fyzické změny umírajícího
Důstojné zacházení	<ul style="list-style-type: none"> - Beznaděj - Neovlivnitelné faktory - Zachování důstojnosti 	<ul style="list-style-type: none"> - abych udělala co je potřeba, chtěla bych více pomoci - vnímám jejich bolest, úleva z rychlého odchodu, někdy se nedá pomoci - aby cítil blízkost druhého, cítil se dobře, byl smířený, neměl bolest,
Nebýt sám	<ul style="list-style-type: none"> - Nedostatek času - Neznalost problematiky - Nedostatek soukromí - Osamělost 	<ul style="list-style-type: none"> - Nedostatek času, ale lepší se to, málo personálu, nejde být u umírajícího pořád - Nestabilní personál, nezkušený personál, žádná zkušenost s umíráním - Dvoulůžkové pokoje, spolubydlící - Chybí rodina, nezájem rodiny, chybí pracovník doprovázení

Má to smysl	<ul style="list-style-type: none"> - Tišící prostředky - Proškolený personál - Spolupráce s hospicem - Zázemí umírajícího - Rodina 	<ul style="list-style-type: none"> - dostatek tišících prostředků stále k dispozici - Pravidelné proškolení personálu, předávání zkušeností, - zájem hospice předávání zkušeností, personál ví, co má dělat - možnost soukromí pro umírajícího, lepší se to, jsme schopni zajistit, - podpora pro rodiny
--------------------	---	---

Každá kategorie je následně rozebrána, kdy si uvedeme příklady kódování, které jsou popsány v následujících subkategoriích.

5.1 Smíření

V této kategorii máme kódy: *součást života, vysvobození, rovnost před smrtí, rovnost před smrtí*. Zde pojednáváme o osobním vnímání smrti z pohledu respondentů a jejich postojů. Zde nám respondenti jednoznačně uvedli, že smrt vnímají jako součást života.

Já беру smrt jako součást života, jak na svět přicházíme, tak z něj odcházíme. (R5), Smrt беру jako součást života, zakončení a odchod. (R1). Pokud se budeme bavit o člověku, který má devadesát let, tak to vnímám jako něco osvobozujícího, tam je čas i na nějaké smíření a vnímám to jako pozitivní věc (R3). Každý musí jednou odejít, takže to беру tak že jednou jsme na svět přišli a jednou umřeme (R4)

5.2 Smrt spojuje

Zde budou vymezeny faktory, které vnímání a postoj ke smrti a umírání respondenty ovlivňují. Kategorie byla vytvořena z kódů *víra, kolegové, životní zkušenosti, zažité stereotypy*.

(R1) přála jsem si, aby ten člověk zemřel, ale pak jsem si uvědomila, že jsou věci, které neovlivním, že i umírání má smysl. (R2) Věřím v posmrtný život, ale vše se mění v průběhu

života následkem životních zkušeností, (R3) Co jsem tady, v domově vnímání smrti se mění, díky tomu jak starší pečovatelky dokážou ke smrti přistupovat s takovým klidem, naučila jsem se s tím pracovat. Nahlížet na smrt jiným způsobem, jako tak, že už je to pro mě víceméně rutinní záležitost, což neznamena, že bych to zlehčovala, ale už se k tomu stavím více pragmaticky tím, že řeším co je potřeba a co není potřeba. (R4) Vždycky to bylo věkem, připravovali jsme se na to, že zemře, když prostě vím, že ten člověk odchází a je možnost se sním rozloučit. (R5) Tím, že mám zkušenost z brzkého věku, kdy mi odešli moji blízcí, díky tomu jsem zkušenost získala a můj postoj ovlivnila hodně víra, měli bychom smrt přijímat jako něco přirozeného.

5.3 Důstojné zacházení

Zde se seznámíme s tím, čím si pečující personál vnitřně prochází při péči o umírajícího klienta a to s pocitovými faktory při náročnosti jejich profese, se kterými musí pracovat pro zvládnutí činnosti. Kategorie je tvořena z kódů beznadějí, neovlivnitelné faktory a zachování důstojnosti.

(R1) abych udělala pro člověka to, co jsem schopná mu dát, aby měl veškerou péči, vnímám jejich bolest, přeji si, aby neměli bolesti. (R2) někdo se v bolestech trápí dýl, tam často cítím beznadějí, že by člověk chtěl pomoci, ale nemůže. Často lidi brečeli a prosili ve smyslu eutanazie a to my nesmíme. (R3) snažíte se ten odchod udělat, aby neměl bolesti, plnit mu poslední věci, věnovat se mu co nejvíc. (R4) Dbám na to, aby byl odchod důstojný, aby člověk cítil přítomnost druhého, i když s ním není rodina. (R5) Není to jednoduché pečovat o klienta v paliativní péči. Pečovat i o duševní stránku i o pocit aby získal pocit bezpečí a důvěry, že je v dobrých rukou a odcházení přijal.

5.4 Nebýt sám

Zde se budeme zabývat praktickými překážkami, se kterými se potýká personál poskytující péči umírajícímu klientovi v pobytových sociálních zařízeních.

Tato kategorie je tvořena z kódů *nedostatek času, neznalost problematiky, nedostatek soukromí, osamělost.*

(R1) překážky vnímám možná někdy v tom, aby ten příbuzný přespál, ale myslím, že i to jsme schopni zařídit.

(R2) *nedostatek času, ale lepší se to, za roky praxe se to vyvíjí, ideál by byl, kdyby byl vyčleněný pracovník na doprovázení, aby nebyl sám. Často lidi říkají, že se bojí být sami, bojí se té smrti, v tomto je nedostatek, že není ani možnost, aby ten personál mohl být u umírajícího a doprovázet ho.* (R3) *člověk neumírá doma, umírá v instituci, kde není jeho blízký, to by si každý přál. Za nejhorší považují to, že ten člověk není v prostředí, ve kterém žil a v prostředí svých nejbližších. Samota klienta.* (R4) *Je to o tom, že je málo personálu, někdy o tom, že máte spoustu nových pečovatelek a nemají vůbec praxi, ani se nesetkaly s úmrtím. Já mám potřebu sedět s člověkem a třeba ho půl dne držet za ruku, ale to není možné.* (R5) *Překážek je hodně, je to nedostatek personálu, i prostředí, v jakém je prostředí, že nemůže být sám, nemá soukromí. Je rozdíl v odcházení klienta, když rodina není, ale to záleží na vztazích v rodině, které nikdo neovlivní.*

5.4 Má to smysl

Pro všechny respondenty bylo důležité, aby viděly smysl jejich vykonávané práce a snahy, že existuje způsob jak zmírnit nesnáze provázené smrti a umíráním jak fyzické, tak duševní.

Tato kategorie je tvořená z kódů *tisíci prostředky, proškolený personál, spolupráce s hospicem, zázemí umírajícího, rodina.*

(R1) *vnímám změny, nevím sice, jak to bylo úplně dřív, ale teď mají lidé dostatek tisících prostředků, aby člověk mohl důstojně odejít, aby umíral v jakési úctě a aby i ten konec po duchovní stránce byl. U nás je možnost kněze i rodiny. Pokrok vnímám v tom, že člověk neumírá sám.* (R2) *dávají se opiátové náplasti, aby lidé nevnímali tolik bolesti. Personál je proškolený v paliativní péči, ví, co má dělat.* (R3) *Vnímám změny, dřív byla péče jen taková na základě zkušeností, nebo co jsme si načítli. V posledních letech spolupracujeme se Stromem života, ti nám předávají svoje zkušenosti, jako pečovatelka vidím, jak jsou ty změny velké, hlavně jsme opakovaně proškolení.* (R4) *možnost, že jim můžeme vytvořit místnost, kde můžou být v klidu s rodinným příslušníkem, pak jezdí mobilní hospice, pomáhají, že lidé neumírají v bolestech, aby byl odchod důstojnější, bezbolestný, v kruhu rodiny, je hodně možností, aby člověk odešel bezbolestně.* (R5) *dřív jsem tuto problematiku znala jen z pohledu kolegyně, které měly zkušenosti, mě tato problematika velice zajímala, prošla jsem různé semináře a přišly i praktické zkušenosti. Navzájem si předáváme zkušenosti a máme i odborné školení.*

5.5 Axiální kódování

Axiální kódování je technikou, která navazuje na otevřené kódování. Cílem je navázání spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi. Je využíván paradigmatický model, který zjednodušeně vypadá následovně (Švaříček a kol, 2007).

Postupujeme tak, že vzešlé kategorie z otevřeného kódování, řadíme k položkám paradigmatického modelu. Musíme rozhodnout, která z kategorií odpovídá například základnímu jevu, která tvoří příčinnou podmínku atd.

Postupovali jsme následovně:

Příčinné podmínky – spravedlnost, přirozená součást života, víra, zkušenosti

Jev – neznalost problematiky, nedostatek času, osamělost, obavy z bolesti

Kontext – ovlivnitelné faktory, snaha o důstojnost

Intervenující podmínky – zkušenost, tišící prostředky, opora v kolegovi, zachování důstojnosti

Strategie – vzdělání personálu, soukromí, spolupráce s hospicem

Následky – ovlivnitelné faktory, zachovaná důstojnost, proškolenost personálu

Hlavní výzkumnou otázku jsme měli postavenou na zjištění toho, v čem vidí pečující personál největší překážku v poskytování péče umírajícímu klientovi.

Respondenti účastníci se výzkumu odpovídali různě v návaznosti na délku své praxe a zkušeností. Všichni respondenti o své praxi hovořili zaujatě ve snaze popsat nejtěživější situace, které vnímají jako překážky. Přistupují ke svému poslání zodpovědně, ale potýkají se s různými překážkami ve výkonu profese, které jsou ovšem řešitelné. Mezi nejčastější problémy respondenti označili nedostatek času, neznalost problematiky, nedostatek soukromí, osamělost. Přesto lze z rozhovorů soudit, že pracovníci přímé péče pracují se zájmem o klienta, se zájmem o problematiku umírání v pobytových zařízeních a klienti pečujícím nejsou lhostejní. Často s některýma dokáží navázat blízký vztah a dá se říct, že je

klienti vnímají i jako zastupující členy rodiny v situacích kdy se rodina umírajícího není schopná do situace zapojit.

První dílčí výzkumnou otázkou jsme zjišťovali, jak vnímá pečující personál téma smrt jako součást lidského života.

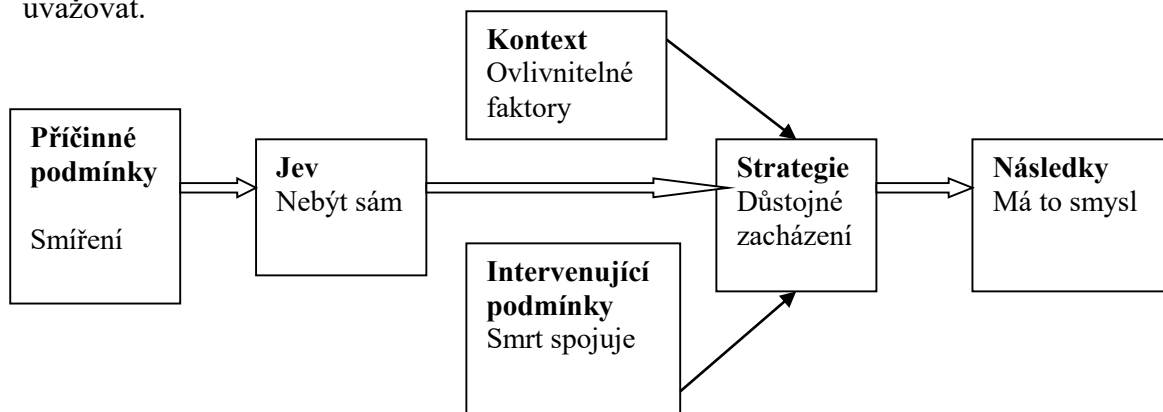
Zde byly odpovědi zcela jednoznačné, kdy všichni respondenti vnímají smrt jako přirozenou součást lidského života, jako spravedlnost směrem k životu pro všechny bez rozdílu. Někteří ovšem zmiňovali, že vnímají rozdílně postoj při úmrtí mladého člověka, či ve vyšším věku a hodnotili i okolnosti úmrtí. Shodují se v případech, kdy jde o úmrtí staršího člověka, při nemoci a kdy už člověk nemůže plnohodnotně žít svůj život. Z profesního pohledu, kdy hodnotí umírání v sociálním zařízení, přistupují k tématu zcela profesionálně, jako k neodvratitelné skutečnosti.

Druhou dílčí výzkumnou otázkou jsme zjišťovali, co ovlivňuje pečující personál v pohledu na smrt.

Respondenti zmiňovali náročnost profese po emocionální stránce, někteří mají potřebu vydat ze sebe a svých zkušeností maximální podporu klientovi, ale ve většině se shodovali na tom, že jejich pohled na smrt ovlivňuje vnímání bolesti a možnosti jejího řešení pro důstojné odcházení klienta. Vznikalo zde pojení významu bolesti a strachu ze smrti. Část respondentů ovlivňuje také jejich víra v posmrtný život, v mnohém to pohled na smrt a umírání respondentům usnadňuje. Dále se dá obecně říci, že je pro respondenty důležitá opora v pracovním týmu pečujícího personálu podpora a nadhled starších zkušených a školených kolegů.

6 INTERPRETACE DAT

Výzkum probíhal formou polostrukturovaného hloubkového rozvoru, se záměrným výběrem respondentů. Výzkumu se zúčastnili pracovníci pobytových sociálních služeb poskytujících paliativní péči. Ve všech případech se jednalo o mobilní hospicovou péči, se kterou jsou všechny zkoumané zařízení schopny spolupracovat. Respondenti byli vybráni na základě dvou kritérií a to délka praxe minimálně tři roky a více. Dva respondenti měli praxi 3 roky v jednom sociálním zařízení, další dva respondenti 5 let praxe v jednom sociálním zařízení, a jeden respondent 7 let praxe v jednom sociálním zařízení. Všichni respondenti byli ženy. V předchozí kapitole byly vyhodnoceny odpovědi týkající se hlavní výzkumné otázky a dvou dílčích výzkumných otázek. V této části vyhodnotíme výsledek šetření pomocí již zmíněného paradigmatického modelu, který umožňuje systematicky uvažovat.



Obrázek 1 Paradigmatický model výzkumu; Zdroj: vlastní zpracování

Příčinná podmínka – je situace, která vede ke vzniku jevu, v našem případě je to smrt jako součást života

Jev – posuzujeme jako hlavní situaci, v našem případě, jsou to překážky při poskytování péče z pohledu pracovníka přímé péče.

Kontext – skupina vlastností, které se vztahují k jevu, v našem případě ovlivnitelné faktory a snaha o důstojnost.

Intervenující podmínky – jsou takové situace, které pozitivně, nebo negativně ovlivňují strategii jednání. V našem případě se jedná o zkušenost, tišící prostředky, opora v kolegovi, zachování důstojnosti.

Strategie – ovlivňuje jev, ale nemusí přímo souviset. V našem případě bylo zvoleno vzdělání personálu a spolupráce s hospicem.

Následky – tady hovoříme o určitém výsledku jevu a procesu kolem. Následky nejsou předvídatelné a byly zvoleny ovlivnitelné faktory, proškolení personálu, důstojnost, přítomnost rodiny (Bendl, 2005).

Výzkum byl zaměřený na to, abychom zjistili, v čem vnímá pečující personál největší překážky při poskytování péče umírajícímu klientovi. Na základě výzkumného šetření můžeme konstatovat, že jedná zejména o nedostatek personálu ve službách a s tím související i nedostatek času na umírající klienty. Respondenti také zmiňovali častou obměnu pečujícího personálu, která zase souvisí s nedostatkem zkušeností a absencí odborných školení k tématu. Jak zmiňuje Pechová (2020) je vhodné se zaměřit na:

- Postoj k paliativní péči.
- Znalosti v paliativní péči – jaké mají pracovníci vzdělání, školení, kurzy, dovednosti?
- Jaké jsou jejich zkušenosti s umírajícími?

Pechová (2020) dále uvádí, že pracovníci v sociálních službách musí vědět, jak se o klienta starat bezpečně co se týká stravy, hygieny, polohování, jak probíhá péče o dutinu ústní, proces bazální stimulace v terminální fázi, péče o tělo zemřelého, co prožívá umírající, jak klienta doprovázet.

Závěrem můžeme konstatovat, že oslovení respondenti vnímají smrt, jako přirozenou součást života. Ve všech případech se shodují, že smrt ve vyšším věku, kdy je již člověk nemocný a nemůže plnohodnotně žít svůj život a žije v bolestech je vysvobozením. Vnímání smrti je ovlivněno různými faktory kdy se jedná o víru v Boha, o pracovní prostředí, životní zkušenosti i zažitá stereotypy. Tyto vlivy postupně vedly respondenty k zamyšlení nad svou prací a způsobem poskytování paliativní péče klientovi tak, aby dokázali umírajícímu co nejvíce umožnit důstojné odcházení. Pečující personál si je vědom své zodpovědnosti za důstojný odchod člověka z tohoto světa. Pak přichází úleva z toho, že je ukončeno klientovo trápení. Každý respondent má své představy o tom jak by měla kvalitní paliativní péče vypadat, získané na základě školení a seminářů. Tyto představy srovnávali s možnostmi zařízení. Zmiňovali nedostatek obslužného personálu spojený s nedostatkem času na umírajícího, neznalost problematiky paliativní péče a někdy i byl překážkou samotné vztahy v rodinách.

Respondentky, se i přes tyto nedostatky shodují ve skutečnosti, že paliativní péče se v jejich zařízeních vyvíjí a posunuje směrem k lepšímu. Zlepšení spatřují zejména v možnosti navázat spolupráci s hospicovou a paliativní péčí o konkrétního klienta, jeví se jim dostupnější možnost aplikování tisíců léků, oceňují odborné školení v této oblasti zajišťované organizací, rovněž zmiňují možnosti vytvořit důstojné zázemí umírajícímu.

7 DISKUZE

Skrze rozhovory s respondenty jsem se snažila získat náhled do problematiky poskytování paliativní péče v pobytových sociálních službách z pohledu pečujícího personálu. Jak tuto problematiku vnímají, jaké jsou jejich postoje k umírajícímu klientovi a v čem vnímají překážky v poskytování péče umírajícím klientům.

Jak uvádí Pechová, Stejskal a kol. (2020) dostupnost paliativní péče je úzce vázána s dostupností profesního obsazení a je nutné spolupracovat s dalšími organizacemi, což se nám ve výzkumu projevilo spoluprací s mobilním hospicem Strom života.

Dále Pechová, Stejskal a kol. poukazují na to, že je důležité se zaměřit u pracovníků na jejich:

- Postoje k paliativní péči
- Znalosti a dovednosti v oblasti paliativní péče, a to zejména, jaké absolvovali kurzy v této problematice, zda mají specifické znalosti a dovednosti
- Zda mají dostatek pracovních zkušeností s prací s umírajícími

Zde se nám výzkumem projevily možné odpovědi, kdy pečující pracovníci projevují zájem o tuto problematiku, někteří i vlastním sebevzděláváním a chtějí klientovi nabídnout možnost důstojného odcházení. Ze strany organizace jsou zajišťovány potřebné kurzy a školení, ale obě strany se potýkají s velkou fluktuací zaměstnanců, což přináší stále se opakující problém kdy je velká část personálu neznalá problematiky s nedostatkem zkušeností. Ti také v krátkodobém horizontu s pobytových sociálních služeb odcházejí, kdy zjistí, že jim nevyhovuje cílová skupina klientů. Dále Pechová a kol.(2020) poukazuje, že v Česku zatím nejsou podrobně a do závazné podoby zpracované nároky na znalosti a dovednosti v oblasti obecné paliativní péče. Uvádí, že jakýkoliv model péče je dlouhodobou záležitostí a pracovníci organizace musí být vystavováni podnětům, které jim umožní, že péče se může dít i jiným způsobem, aby mohli změnit svůj pohled nad rámec toho, jak uvažují. Zároveň jim umožnit prostor pro sdílení zkušeností.

Ve výzkumu se také odrazil fakt, že bylo složité nalézt vhodnou skupinu respondentů, která by sdílela dlouhodobé zkušenosti na pozici pracovníka přímé obslužné péče. Pouze jeden respondent měl zkušenost z průběhu sedmi let praxe a dva respondenti v délce pěti let. Zbylí respondenti měli praxi tři roky a bylo mi sděleno, že to je, zhruba průměr doby kdy pracovníci ze sociálních služeb odcházejí.

ZÁVĚR

Závěrečná práce byla zaměřena na vnímání smrti a umírání z pohledu pečujících pracovníků v pobytových sociálních službách. Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se nejprve zabývala samotným stářím a následně smrtí a umíráním, jejich fázemi a dále byly definovány pojmy paliativní a hospicové péče.

Následovala praktická část, kde hlavním cílem bylo zjistit, v čem vnímají pracovníci přímé obslužné péče největší překážky při poskytování péče klientům v paliativní péči. Co pokládají za nejobtížnější.

Práce pečovatelek v pobytových sociálních službách je velmi náročná jak fyzicky tak psychicky. Na pečující personál jsou kladeny různé nároky a převážně se nejde spolehnout na práci ve stereotypu s ohledem na různé individuální potřeby klientů zařízení. Pečovatelé jsou s klienty nejčastěji a často zastávají roli toho, kdo je u člověka v posledních okamžicích jeho života, doprovází ho během terminální fáze, ale také pečují o jeho tělo po smrti. Klienti v domovech převážně pobývají až do své smrti a ve většině případů jsou zcela odkázáni na celodenní pomoc od sloužícího personálu. V současné době narůstá trend, větší potřeby sociálních zařízení kdy rodinní příslušníci z různých důvodů nemají možnosti, nebo zájem o svého člena rodiny pečovat v domácím prostředí. Také jsou situace, kdy klient žádnou rodinu nemá. V této fázi přebírají zodpovědnost domovy seniorů, které se snaží nabízet kvalitní péči s důrazem na zachování důstojnosti klienta.

Z provedeného výzkumu můžeme následovně interpretovat ze stanovených cílů, že pobytová sociální zařízení i přes překážky způsobené nedostatkem personálu a následně jeho neznalostí problematiky s tímto faktem umí pracovat, zajišťují pracovníkům dostatek vzdělávacích kurzů a seminářů, klienti mají zajištěné potřebné soukromí v terminální fázi umírání, v zařízeních je navázána spolupráce s mobilním hospicem a rodinní příslušníci mají možnost se důstojně rozloučit s odchodem svého blízkého člena rodiny. Sloužící personál má ke smrti a umírání jednoznačný postoj, ve kterém uvádějí, že vnímají smrt jako přirozenou součást lidského života, jejich vnímání ovlivňují různé faktory jak už jejich zažité stereotypy, tak víra, nebo úvahy o vlastní smrti. Dále také vyplynula nutnost stabilizace pečujícího personálu v jednotlivých zařízeních.

Je velmi důležité poskytovat paliativní péči na takové úrovni, aby klient věděl, že jeho odchod a následné zacházení s tělem bude probíhat za důstojných podmínek a mohl si projít fázemi umírání bez obav s pocitem smíření se, se světem a samotnou smrtí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 2013, 325s. Cesty. ISBN: 9788074291340
2. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016, 152 s. ISBN 9788024634043.
3. FUNK, Karel. *Provázení stárím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern, 2014, 319 s. Adam a Eva. ISBN 9788087580707.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2004, 72 s. České ošetrovatelství. ISBN 8070133635.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 9788087109199.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. České ošetrovatelství. ISBN 8070133635.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 9788072629008.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 9788072624713.
9. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 8073670402.
10. HOGENOVÁ, Anna. *K fenoménu stáří*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2013, 278 s. ISBN 9788072905935.
11. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018, 341 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 9788020450494.
12. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014, 216 s. Psyché. ISBN 9788024746500.

13. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, 304 s. ISBN 9788027120307.
14. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 272 s. ISBN 9788073673680.
15. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 807367002X.
16. ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019, 368 s. ISBN 9788024643830
17. PECHOVÁ, Karolína a Matěj LEJSAL. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020, 201 s. ISBN 978-80-88361-01-5.
18. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015], 96 s. Jessenius. ISBN 9788073454371.
19. SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 284 s. Studie. ISBN 9788086429625.
20. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, 2006, 161 s. ISBN 8073190591.
21. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014, 315 s. ISBN 9788074921384.
22. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing, 2008, 143 s. Psyché. ISBN 9788024717401.
23. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 377s. ISBN 9788073673130
24. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 9788024613185.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd. - a tak dále

č. - číslo

ČSÚ – Český statistický úřad

DVO – dílčí výzkumná otázka

Např. – například

R1- Respondent č. 1

R2- Respondent č. 2

R3- Respondent č 3

R4- Respondent č. 4

R5- Respondent č. 5

Sb. - sbírka

tzv. – takzvaně

WHO – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Paradigmatický model výzkumu; Zdroj: vlastní zpracování.....	44
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Kódy a kategorie; Zdroj: vlastní zpracování	38
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Ukázka kódování

PŘÍLOHA P I: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ

Respondent 3

Jak vnímáte smrt?

Smrt, je to složitější otázka, protože já vnímám smrt individuálně, to záleží jako u koho to je, nebo za jakých přišla okolností a co tomu předcházelo. To znamená že pokud se budu bavit o smrti u malého dítěte tak to vnímám jako hodně bolestivou ztrátu, něco co asi nikdy nepřebojí, pokud se budu bavit o mladém člověku, který dejme tomu zemřel při nějaké autohavárii, tak to vnímám také jako negativní věc, pokud se budu bavit o člověku, který má třeba 90 let, už je hodně dlouho na lůžku, trápí se, tak to vnímám jako něco osvobozujícího a něco co je pro něj v podstatě takové nějaké úleva, úleva od bolesti, úleva že odchází tady z tohoto světa a myslím si, že tam je i čas na nějaké smíření, nebo něco takového, tak to vnímám v některých případech jako hodně pozitivní věc.

Setkala jste se s něčím, co vaše vnímání smrti ovlivnilo?

No určitě ano, já bych řekla, že vlastně tak nějak v průběhu let co jsem tady v domově tak se vyvíjí to moje vnímání smrti. Když jsem přišla na začátku, tak to vnímání smrti, byla jsem celkem rozpačitá z toho jak ty starší pečovatelky dokážou přistupovat ke smrti s takovým klidem, protože já jsem do té doby smrt vnímala jako nějakou tragédii, něco co je spojené s bolestnými zážitky, protože jsem smrt znala jenom v rodině, anebo v blízkém okolí což pro mě bylo velmi bolestivé a tady jsem se naučila s tím pracovat tak, že to je jakoby rutina, běžná součást toho života a naučila jsem se v průběhu těch let co tady jsem na smrt nahlížet jiným způsobem jako tak že i pro mě už je to víceméně někdy i rutinní záležitost, což ale neznamená, že bych to zlehčovala, nebo necítila nějakou bolest, ale už se k tomu stavím více pragmaticky a prakticky, tím že řeším co je potřeba a co není potřeba a podobně. Což jsem si vůbec ze začátku nedokázala představit

Myslíte si, že vás takhle ovlivnily kolegyně?

Určitě, tady tímto mě ovlivnily kolegyně, vůbec, když jsme se v průběhu let i bavily o smrti, jak ony to vidí, nebo jak k tomu přistupují, bylo pro mě hrozně zajímavé, že ony už dopředu tady ty starší pracovníce dokážou odhadnout, jestli ten člověk zemře, za jak dlouho zemře, jestli už je to opravdu to poslední stádium, no a podle toho už se taky snaží třeba jít s tím člověkem rozloučit, pracovat s ním a podobně, takže hodně mě tady tohle ovlivnilo a ty jejich zkušenosti. No a samozřejmě mě taky ovlivnilo, jestli jsou nábožensky založené, nebo jestli jsou spíše takové racionální a profesionální, kdy je rozdíl v těchto přístupech

Popište mi vaše pocity, když pečujete o klienta v paliativní péči.

Pocity? Jeto samozřejmě jakási lítost, kdy je mi toho člověka líto, pocit že bych mu hrozně chtěla pomoci, chtěla bych, aby se cítil dobře, chtěla bych aby odcházel smířený a míchájí se ve mně pocity lítosti, někdy i beznaděje, ale někdy i úlevy za něho protože odchází ze světa, kde má už víceméně jen bolest a takové ty nepříjemné prožitky.

Můžete mi říct, v čem vidíte překážky v poskytování péče umírajícímu klientovi?

Překážka, jako vůbec taková největší pro mě, nebo kdybych to vzala z pohledu jako člověka, tak bych jako největší překážku viděla to, že ten člověk neumírá doma. Že umírá v nějaké instituci, kde ve většině případů není jeho blízký, což by si asi každý přál, ale dneska už je to dopřáno málo komu, i když třeba nabízíme tady tu možnost, že ti blízcí můžou přijít, přesto ten člověk umírá tak nějak v prostředí cizích lidí, to je jedna věc. Jinak překážka z té strany, že bychom nedokázali tišit bolesti, že bychom nedokázali zavolat strom života tak takové medicínské překážky nevidím. Opravdu za nejhorší považuji to, že ten člověk není v prostředí, ve kterém žil a v prostředí svých nejbližších lidí. Ta samota klienta.

Vnímáte nějaké změny v paliativní péči?

V našem domově ano, dřív ta péče byla hodně taková, poskytovaná jen na základě zkušeností, nebo toho co jsme si načetli, v posledních letech spolupracujeme se Stromem života, kdy přijedou opravdu odborníci a dokážou s paliativní péčí pracovat opravdu na vysoké úrovni. Jsou to profesionálové, kteří nám samozřejmě i předávají svoje zkušenosti, a já sama jako pečovatelka opravdu vidím, že ty změny velké jsou. Jsme hlavně všichni opakovaně proškolení a vůbec už jen to, sledovat ty doktory a sestřičky ze Stromu života, tak už jen to vás průběžně proškoluje a získáváte nějaké informace.