

Postoj pracovníků přímé péče k umírání a smrti

Bc. Barbora Urbanová, DiS.

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora Urbanová, DiS.**
Osobní číslo: **H130046**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Postoj pracovníků v přímé péči k umírání a smrti**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti umírání a smrti, fáze umírání a uspokojování potřeb umírajícího.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

KUPKA, Martin. Psychosociální aspekty paliativní péče. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. O smrti a umírání. Vyd. 1. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. Paliativní medicína pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, 223 s. ISBN 978-80-247-3736-2.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání diplomové práce:

7. ledna 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

17. dubna 2015

Ve Zlíně dne 7. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 16.4.2015

..... Barbora Ulemová

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 nahlížení 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, opisy 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 vzdělávacího 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). *Odpírá-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 užít 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 jím 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 přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce, která se skládá z části teoretické a praktické, se zabývá problematikou postoje pracovníků přímé péče k umírání a smrti. Teoretická část se zaměřuje na úmrtí a smrt, fáze reakcí na blížící se smrt, také na péči o umírající v zařízeních a uspokojování potřeb umírajícího. Praktická část zjišťuje pomocí dotazníkového šetření postoj pracovníků v přímé péči k umírání a smrti. Cílem výzkumu je zda pracovníci znají fáze umírání dle E. Kübler – Rossové, jak pracovníci zvládají doprovázení umírajících, zda využívají supervizi, a kdo, nebo co pracovníkům pomáhá ke zvládnutí vyrovnávání se s umíráním a smrtí.

Klíčová slova: umírání, fáze umírání, potřeby umírajících, paliativní péče, smrt

ABSTRACT

The thesis, which consists of theoretical and practical, deals with the direct care staff attitudes to death and dying . The theoretical part focuses on death and death phase responses to impending death, caring for the dying in facilities and meeting the needs of the dying. The practical part investigates through a questionnaire survey stance direct care workers to death and dying. The aim of the research is to know whether workers dying stages according to E. Kübler - Ross, as workers manage to accompany the dying, whether they are using supervision and who or what helps workers to cope coping with dying and death.

Keywords: dying, dying phase, the needs of the dying, palliative care, death

Poděkování

Na tomto místě by chtěla poděkovat vedoucí diplomové práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D., za vstřícný přístup, cenné rady a trpělivost, kterou měla při vedení této práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině a kamarádům za podporu a také všem respondentům, kteří se účastnili výzkumného šetření.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	12
1.1 UMÍRÁNÍ	12
1.2 SMRT.....	15
1.3 STRACH ZE SMRTI.....	17
2 FÁZE REAKCÍ NA BLÍŽÍCÍ SE SMRT.....	20
2.1 POPÍRÁNÍ A IZOLACE.....	21
2.2 ZLOST.....	23
2.3 SMLOUVÁNÍ.....	24
2.4 DEPRESE.....	25
2.5 AKCEPTACE.....	26
3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ V DOMOVECH PRO SENIORY A DOMOVECH SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	28
3.1 JAK PŘÍSTUPOVAT K UMÍRAJÍCÍM LIDEM	29
3.2 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM	31
3.3 PALIATIVNÍ PÉČE	33
4 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB UMÍRAJÍCÍCH	37
4.1 POTŘEBY BIOLOGICKÉ	38
4.2 PSYCHICKÉ POTŘEBY	40
4.3 POTŘEBY SOCIÁLNÍ.....	41
4.4 POTŘEBY SPIRITUÁLNÍ.....	41
4.5 POTŘEBA DŮSTOJNÉHO ZÁVĚRU ŽIVOTA.....	42
II PRAKTICKÁ ČÁST	45
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	46
5.1 PŘÍPRAVNÁ FÁZE VÝZKUMU	46
5.2 ORGANIZACE VÝZKUMU	46
5.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	46
5.4 CÍLE VÝZKUMU	47
5.5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	47
5.6 METODA SBĚRU DAT	48
6 ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	49
7 DISKUZE	71

7.1	ZHODNOCENÍ CÍLŮ VÝZKUMU.....	71
7.2	ZHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	72
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	74
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	77
	SEZNAM GRAFŮ	80
	SEZNAM TABULEK.....	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Umírání a smrt jsou citlivá témata a jen málokdo o nich dokáže otevřeně hovořit. Dříve bývalo zcela běžné, že u postele umírajícího se sešla celá rodina, která s ním byla do jeho posledního výdechu. Ve chvíli jeho smrti u něj v úctě a klidu postáli, pomodlili se, tělo omyli a oblékli. Pro dnešního člověka je tato zkušenost zcela nepředstavitelná.

Cílem diplomové práce je hlubší prozkoumání problematiky umírání a smrti a to nejen na teoretické úrovni, ale hlavně na úrovni praktické.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se ve čtyřech hlavních kapitolách zabýváme jednak definicemi umírání a samotné smrti, kde uvádíme definice od různých autorů. V další kapitole se zabýváme reakcemi na blížící se smrt podle E. Kübler – Rossové, kde rozepisujeme jednotlivé fáze a upozorňujeme čtenáře na možné stavy, kterými nemocný prochází, jak se může chovat a jednotlivé doporučené přístupy při péči o umírajícího. Třetí kapitola je pak věnována péči o umírající v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem. Popisujeme zde, jak přistupovat k umírajícím lidem, jak s nimi komunikovat a jaké jsou prvky paliativní péče. Ve čtvrté, závěrečné kapitole teoretické části se zabýváme uspokojováním potřeb umírajících a rozepisujeme zde, jak uspokojit biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby umírajícího.

V praktické části se pomocí kvantitativního výzkumu zabýváme tím, jaký postoj zaujímají pracovníci přímé péče k umírání a smrti. Hlavním cílem výzkumu je zjištění znalostí pracovníků v přímé péči, jejich vědomosti o jednotlivých reakcích na blížící se smrt klienta, zda jim pomáhá supervize s vyrovnáváním se s umíráním a smrtí a také jak se pracovníci vyrovnávají s umíráním a smrtí a co nebo kdo jim pomáhá vyrovnat se s těmito těžkými chvílemi.

Věříme, že tato diplomová práce seznámí pracovníky přímé péče, ale i laickou veřejnost se základní orientací v oblasti doprovázení umírajících, oblastí paliativní péče. Zároveň doufáme, že jim umožní vhled do této problematiky a pomůže tak překonat strach, který z umírání a smrti obecně panuje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

„Umírání a smrt jsou velká lidská témata, jejichž „řešení“ nás všechny v budoucnosti čeká a nemine. Tato zneklidňující jistota je zahalena do nejistoty: nikdo z nás neví, kdy se tak stane, ani jakým způsobem se tak stane. Přejeme si, aby smrt přišla „zadlouho“ a aby umírání bylo rychlé a bezbolestné. Většina lidí touží po „něžné“ smrti ve spánku. Šťastně a spokojeně usnout, nic zlého netužit a docela obyčejně a prostě se ráno „pouze“ neprobudit. Opustit život a neprožívat svízelné útrapy žádné nemoci.“ (Haškovcová, 2010, s. 316)

„Smrt na nás při cestě životem vrhá dlouhý stín, ale lidé v naší kultuře to ve své většině odmítají vzít na vědomí. Kráčíme vpřed, hledíme vstříc světlé budoucnosti, soustředíme se na zdravý a plnohodnotný život. Cvičíme, jíme vlákniny, víme přesně kolik a jakého tuku sníme. Kontrolujeme se, jestli někde na svém těle nenahmatáme podezřelé boule. O smrti žertujeme, abychom ji oslabili, používáme smích, abychom se vymanili ze strachu. Když se ale potom smrt přiblíží, jsme zaskočení a máme pocit, že nejsme připraveni se vyrovnat se se situací, jíž stojíme tváří v tvář. Nevíme co máme dělat a říkat a tak se možná spíš stáhneme do pozadí a přenecháme vše profesionálům. V reflexivním uhýbání před připomínkou smrti se bezděčně odvracíme od svých blízkých, kteří nás potřebují, a sami sebe okrádáme o vzácné příležitosti. Na společenské úrovni za to draze platíme a kulturně se ochuzujeme, neboť opomíjíme nezastupitelnou lidskou zkušenost s umíráním.“ (Byok, 2013, s. 13)

„Umírání a smrt jsou pro každého bezesporu zásadní události. Je to základní jistota, kterou máme, je to univerzální zkušenost, kterou každý z nás podstoupí. V průběhu života odcházejí naši blízcí, až nakonec i my sami staneme před limitní hranicí vlastního biologického zániku.“ (Grof, 2009 in Kupka, 2014, s. 17)

„Ti, kteří očekávají svou smrt v dohledném čase, stejně jako jejich rodinní příslušníci, proto zcela pochopitelně hledají informace a poznatky, jak tu stejnou situaci prožívali a jak se s ní vyrovnávali jiní lidé.“ (Haškovcová, 1975 in Kupka, 2014, s. 17)

1.1 Umírání

Špatenková (2014, s. 31) udává, že umírání je poslední fází v životě člověka a toto období může být relativně dlouhé.

Haškovcová (1975, s. 76) připomíná, že umíráním můžeme označit situaci, kdy vejde v odbornou i laickou veřejnost, že zdravotní stav dotyčného není slučitelný se životem, což může u některých nemocí znamenat i několik let.

„Můžeme tak rozlišovat:

- **Období před umíráním** – *pre finem*, kdy vystupuje do popředí zejména otázka sdělení diagnózy, pravdy na nemocničním lůžku apod.
- **Období vlastního umírání** - *in finem*, které bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí, jedná se teda o umírání v užším slova smyslu. V této fázi dominuje problematika ritualizace smrti, hospicové a paliativní péče, případně otázka euthanasie.
- **Období po smrti** – *post finem* začíná smrtí dotyčného člověka a zahrnuje péči o tělesnou schránku zemřelého a psychické strádání pozůstalých.“ (Špatenková, 2014, s. 31)

K fázi *pre finem* pak Kupka (2014, s. 102) dodává, že „toto období začíná ve chvíli, kdy dojde ke zjištění, že nemoc konkrétního člověka je závažná a s vysokou pravděpodobností končí smrtí. Umírání jakožto proces v tomto smyslu začíná sdělením diagnózy. Jedinec se od lékaře dozví, že je vážně nemocný a že jeho nemoc může skončit smrtí. Takový stav trvá někdy dny, měsíce, ale také léta. Pacient může být trvale nebo pouze přechodně hospitalizován. Po celé toto období je přítomna snaha o dosažení remise, či alespoň zmírnění obtíží. S ohledem na pravděpodobnost neblahého konce je potřeba vést pacienta úskalími nemoci.“

Ve fázi *in finem* se Haškovcová (2002, s. 105) ztotožňuje s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Žádný člověk by neměl umírat sám. Narození člověka v naší kultuře alespoň většinou sociálně sdíleno, závěru života současná společnost tuto dimenzi téměř upřela. Rodíme se převážně v nemocnicích a v nemocnicích také převážně umíráme. Smrti byl upřen sociální rozměr a člověk nebyl nikdy v umírání tak osamělý jako v současnosti.“

Fáze *post finem* nebývá v popředí zájmu zdravotníků, s výjimkou péče o mrtvé tělo. Podle Haškovcové (2002, s. 106) je nutné podotknout, že „v této fázi nabývá na významu potřeba věnovat pozornost problematice zármutku a žalu, který začíná ovšem většinou mnohem dříve než dojde k očekávanému úmrtí. První okamžiky po smrti jsou pro pozůstalé velmi

významné. Rozhoduje se o tom, jakou podobu bude jejich zármutek mít. Žal nad ztrátou může probíhat normálním způsobem. Výjimkou však nejsou ani patologické formy zármutku, které mohou vyústit sekundárně do úzkostných či depresivních reakcí. Výjimkou nejsou ani posttraumatické stavy, které mohou nastat zvláště tehdy, pokud umírání probíhá velmi drasticky. Pozůstalí někdy nejsou schopni zvládnout náročnou krizovou situaci, nemusí umět požádat o pomoc, nemají nikoho, s kým by mohli o svých pocitech hovořit, neosobní přístup zdravotníků je může ještě více dezorientovat.

Podle Slámy, Kabelky a Vorlíčka (2011, s. 301) označujeme poslední dny a hodiny života, kdy dochází k nezvratnému selhávání lidského organismu, jako terminální fázi – umírání. Nejde pouze o patofyziologický proces, ale jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má psychologickou, sociální a spirituální dimenzi. Smrti předchází zhoršení klinického stavu, které může trvat několik sekund, minut, několik hodin nebo několik dní.

Pojem umírání je podle Vorlíčka et al. (2004, s. 435) v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Ten je definován jako postupné a nezvratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Terminální stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popřípadě týdnů. Jinými slovy řečeno, jedná se o „vlastní umírání“, o stav, který bývá té označován jako pojem „in finem“.

„Umírání je proces, během kterého má člověk stále méně fyzických i psychických sil. V důsledku této zákonitosti umírající:

- introvertuje, což se projevuje jako vzdalování se od vnějšího světa,
- klesá zájem o jiné lidi, noviny, televizi apod.,
- nestojí o návštěvy vzdálených příbuzných a známých,
- chce mít u sebe jen nejbližší příbuzné,
- často spí nebo bdí,
- někdy chce být sám.“ (Vorlíček et al., 2004, s. 440 - 441)

Podle Langmeiera a Krejčířové (1998, s. 196) patří k životu neodlučitelně kratší či delší konečné terminální stádium. Většinou je chápáno zcela negativně – spíše jako část smrti než jako funkční část životní dráhy. Téma umírání je většinou tabuizováno. Převážná část lidí se hovoru o umírání vyhýbá a v rozhovoru s umírajícími uniká do lživého ujišťování,

že „mají před sebou ještě mnoho let“, i když tomu nevěří ani oni sami, ani utěšovaní. Tím, že lidé popírají fakt umírání druhého člověka, popírají vlastně také jistotu, že oni sami se jednou ocitnou ve stejné situaci. Je ovšem pravda, že někteří umírající se chytají každé falešné naděje, kterou jim druzí poskytují, nebo si sami podobné naděje ve své fantazii vytvářejí. Avšak většina starých lidí si je vědoma svého stavu a jsou smířeni s výhledem na smrt a touží po otevřeném a pravém dialogu, kterého se jim však nedostane.

Naše neschopnost mluvit s umírajícím o jeho perspektivě posiluje názor, že terminální stádium nemá žádnou hodnotu, ba že žádnou hodnotu nemá ani umírající člověk sám. Takové tabuizování umírání nebylo vždy a všude obecné, ale je spíše následkem nadměrného zaměření rozvinuté průmyslové společnosti na výkon. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 196)

Rození i umírání bylo v minulosti spíše chápáno jako přirozená součást lidského životního běhu – stálo uprostřed lidského společného života, jako stál kostel s hřbitovem uprostřed obce. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 196)

1.2 Smrt

„Pojem „smrt“ se v přeneseném a širším významu užívá pro zánik kultury, politického systému, živočišného druhu apod. Smrt v užším smyslu je možné definovat z mnoha pohledů jednotlivých vědeckých disciplín: biologie, medicíny, psychologie, práva, filozofie a dalších. Věda zabývající se umíráním a smrtí se nazývá thanatologie. Slovo „smrt“ je ale možné nahradit různými synonymy, například „osud“, „bilancování“, „krok do neznáma“, „odevzdanost“, „odcházení“, „proměna“ atd.“ (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 122)

„Dějiny smrti nám přinášejí výklad chápání smrti v různých kulturách, náboženských a společenských systémech. Základ slova souvisí s latinským „mors, mortuus“ – mrtvý, „mortalis“ – smrtelný, německy „mord“ – smrt.“ (Dorková, 2011, s. 22)

Podle Dorkové (2011, s. 23) dnes můžeme často slyšet, že je naše kultura kulturou smrti, přesněji řečeno masmediální kulturou smrti. Člověk se totiž každý den setkává se smrtí v kině, v televizi, při hraní počítačových her, v knihách apod. Je nasnadě otázka, proč se tedy člověk bojí smrti, když o ní každý den slyší? Odpověď je jednoduchá – téměř vždy se totiž smrt týká jiných lidí. Lidé ve filmech umírají pro to, že byli zabiti a to pro to, že byli na nesprávném místě v nesprávnou dobu, anebo proto, že byli ve filmu těmi „zlými“, nebo podlehlí nemoci, které málo vzdorovali. Tímto se snižuje práh citlivosti k faktu, že

smrt se týká všech a i v dnešní moderní společnosti s moderním lékařstvím může smrt přijít zcela nečekaně.

„Smrt jedince se může dělit podle různých příčin: je to podlehnutí nějaké nemoci, nebo smrt stářím (přirozená smrt), smrt způsobená vlastní vinou (sebevražda, sebezabití), smrt v důsledku podmínek neslučitelných se životem (hladem nebo žízní, smrtelný úraz), smrt způsobená jiným člověkem (zabití, vražda, poprava) či smrt způsobená zvířetem či rostlinou (otrava). Stává se, že organismus umírá na kombinaci více příčin. Pokud člověk zemře bez předchozích příznaků a příčin, označuje se jeho smrt jako „náhlá.“ (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 122)

Jak uvádí Haškovcová (2000, s. 21), můžeme z hlediska medicíny smrt (latinsky exitus) definovat jako psychickou, sociální, fyzickou, klinickou, definitivní nebo mozkovou. Psychická smrt je naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou beznadějí a zoufalstvím, usnadňuje smrt fyzickou. Sociální smrt je stav, kdy člověk sice žije, ale je neodvratně vyvázan z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů. Smrt psychická a sociální často předchází fyzické smrti. Definitivní klinickou smrtí se v praxi chápe neobnovení spontánní činnosti srdce a zástava dechu. S moderními technologiemi v medicíně je ale nyní možné oživit i lidi, jejichž srdce i dech se zastavily.

Baštěcká a kol. (2003, s. 56) uvádějí, že smrt fyzická je úplná, trvalá a nezvratná ztráta vědomí, tedy mozková smrt. U člověka dochází k nevratným změnám mozku, nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání.

Dle Světové zdravotnické organizace lze na základě časového aspektu rozlišovat náhlou smrt, která přichází do šesti hodin od poškození, smrt rychlou a smrt pomalou. V oblasti akutní medicíny je smrt definována zejména z pohledu biologického, jako ireverzibilní vymizení veškerých funkcí mozku, včetně mozkového kmene a to bez přihlídnutí k přetrvávající činnosti jiných orgánů, zejména kardiovaskulárního systému. (Vytejková, 2013, s. 239)

„V současnosti se smrt interpretuje několika způsoby. Smrt má místo určené v nevědomí, děláme, jakože jí není, tj. z psychologického hlediska ji vytěsňujeme. Opačným způsobem je memento mori: neustálé a neustávající uvědomování si smrti, smrt je neustále přítomná v nepřítomnosti, takže pro samé myšlení na smrt člověk zapomene žít. Život se mění v očekávání smrti, mluví se o tzv. obsesi smrti. Mezi těmito dvěma postoji je vyvážený

střed, který vede k realistickému vědomí, skutečnosti smrti jako antropologické konstanty. Následující postoj smrt ani nepřeceňuje ani nepodceňuje, ale dává jí reálné místo v životě. Smrt je součástí lidské existence, je negativním aspektem života. Smrt tedy dává životu smysl tím, že ho ukončuje a vymezuje.“ (Dorková, 2011, s. 23)

Vido (2011, s. 7) pokládá smrt za „fakt neodmyslitelně spojený s existencí jakéhokoliv živého organismu. Přes tuto nevyhnutelnost (či naopak právě pro ni) patří smrt mezi stěžejní a věčná témata lidské kultury, s nimiž se jednotlivé přicházející generace potýkají a vyrovnávají.“

Vytejšková (2013, s. 239) definují smrt jako „konec biologického života. Doprovázejí ji nezvratné změny, jež znemožňují obnovení životních funkcí. Úmrtí může nastat v kterémkoliv okamžiku života. Smrt je chápána různě, zejména dle odlišných pohledů různých oborů.“

1.3 Strach ze smrti

Strach ze smrti je všudypřítomný, většinou podvědomý a tak velký, že člověk v průběhu života vynakládá značnou část své životní energie na popírání či vytěsňování smrti a myšlenek na ni. Transcendence smrti je důležitým motivem lidské zkušenosti. Setkáváme se s ní v osobní i společenské rovině. (Kupka, 2014, s. 67)

Kupka (2014, s. 69) tvrdí, že strach ze smrti se dá prožívat na různých úrovních. Člověk se může obávat okamžiku umírání, bolesti při umírání, ztráty vlastní autonomie, hodnoty, opuštěnosti, může litovat nedokončených záležitostí, truchlit nad koncem vlastního prožívání atd. Nelze ovšem zapomínat na to, že tyto reakce jsou vědomými úvahami dospělých lidí. V žádném případě nejsou totožné s nestrukturovaným primárním děsem ze smrti, který je součástí bytí.

Dále pak tvrdí, že strach ze smrti je spojen s primární úzkostí. Smrt je prvotním zdrojem úzkosti. Tuto prožitkovou komponentu lze stěží odstranit, je součástí bytí člověka ve světě a vyplývá ze samotné přirozenosti člověka a jeho pobytu ve světě.

Primární zdroj úzkosti je přítomen již v raném dětství, napomáhá při tvorbě charakterové struktury a po celý život nepřestává vyvolávat úzkost, jež se projevuje manifestními obavami a stavbou psychologických obran (Yalom, 2006, s. 86).

Becker (2011, s. 69) se domnívá, že člověk je ochromen vědomím vlastní smrti. Investuje proto energii do snahy zvládnout tento děs pomocí různých strategií – lidské chování je tedy ve většině případů motivováno nevědomým strachem ze smrti. Experimentální psychologie pak sleduje, jakým způsobem připomínka vlastní smrti hýbe lidským chováním. Podle teorie zvládání strachu či děsu, je funkčním obranným mechanismem vytvořený světonázor, který je sdílen širokým okruhem lidí. Člověk se díky němu cítí hodnotným tvorem, má pocit, že žije ve světě, který je smysluplný, věří, že jeho smrtí vše nekončí. Tato přesvědčení pomáhají člověku udržet si psychickou rovnováhu navzdory nevyhnutelnosti smrti.

Kupka (2014, s. 70) tvrdí, že člověk si je totiž vědom toho, že jeho existence nutně pomine a děs z této skutečnosti je ještě umocněn tím, že vlastní zánik může přijít kdykoliv a bez možné kontroly. Nevyhnutelnost smrti mu pak neustále připomíná především jeho tělesnost. Díky vědomí smrti je člověk zranitelným tvorem, který čelí neustálému ohrožení, že bude zahlcen úzkostí a ochromujícím děsem.

„Aby lidé mohli unést a zvládnout vědomí nutnosti vlastního zániku, vytvořili si na pomoc různá obecně sdílená přesvědčení – kulturní konstrukty. Funkcí těchto konstruktů je poskytovat člověku představu, že svět a životy v něm mají smysl. Každý konstrukt nějak vysvětluje původ a cíl světa, vtiskuje mu řád, nabízí pravidla vhodného chování a bezpečí těm, kteří tato pravidla následují. Vedle toho nabízí také možnost nesmrtelnosti, a to jak v symbolické podobě, tak i ve skutečné. Symbolickou nesmrtelnost získává člověk tím, že se cítí součástí své kultury a ví, že tato kultura bude přetrvávat i po jeho smrti. Shromažďuje proto materiální vlastnictví, pořizuje si děti či vytváří umělecká nebo vědecká díla, která jsou lidmi jeho kultury považována za hodnotná a přetrvávají tak i po jeho smrti.“ (Kupka, 2014, s. 70)

Skutečná nesmrtelnost je pak nabídnuta prostřednictvím nějakého náboženství v podobě představ o posmrtném životě člověka. Tímto vším redukuje kulturní světonázor lidskou úzkost pramenící z vědomí nevyhnutelné smrti, poskytuje člověku pocit smyslu a vlastní hodnoty. Díky kulturnímu kontextu si tak člověk může udržet psychickou rovnováhu. (Kupka, 2014, s. 70)

Podle teorie zvládání strachu či děsu je člověk bytostí ohroženou ochromující úzkostí z vědomí vlastní smrtelnosti. Tento děs se naučil zvládat pomocí konstrukce kulturních

světonázorů sdílených širokým okruhem lidí. To mu zpětně poskytuje pocit, že je hodnotnou bytostí uvnitř smysluplného světa a psychická vyrovnanost člověka tak závisí na udržování víry v tento utvořený vlastní světonázor. (Kupka, 2014, s. 70)

Becker (2011, s. 75) tvrdí, že aby člověk dokázal zvládnout ochromující strach ze smrti, obrací se k představě symbolické nebo skutečné nesmrtelnosti. Nesmrtelnost jakožto možnost překročit vlastní smrt nabízí ve specifických formách všechna náboženství a podle teorie zvládání strachu či děsu je právě toto jejich ústřední funkcí a především k tomu si je člověk vybudoval.

Jako nejsilnější faktor ovlivňující postoje ke smrti se ukázalo náboženské přesvědčení. Byly prokázány rozdíly nejen mezi lidmi věřícími a nevěřícími, ale také mezi křesťany a osobami hlásícími se k jiným náboženstvím. Náboženské přesvědčení negativně koreluje se strachem ze smrti. Rozdíl je především patrný u příslušníků jiných než křesťanských vyznání (Kupka, 2014, s. 73).

2 FÁZE REAKCÍ NA BLÍŽÍCÍ SE SMRT

Umírání a smrt nejsou jevem, který by přicházel do oblasti naší psychiky shůry jako blesk, ale na cestu k této životní pravdě konečnosti našeho života se připravujeme v průběhu celého života – ve stáří je tato příprava intenzivnější.

Pracovník přímé péče nebo všeobecná sestra se nesmí nemocnému vyhýbat během žádné fáze procesu umírání. Fáze jsou sice seřazeny, ale nemusí se vždy zachovat tento sled. Často se z nich některé opakovaně vracejí, střídají, mohou se v jednom dni dvě i tři prolínat. Nemělo by to v žádném případě ošetřující personál překvapit. (Kelnarová, Matějková, 2009, s. 55)

Křivohlavý (2002, s. 155) uvádí šest různých reakcí, jak lidé reagují na smrt.

- a) smíření a vyrovnání se (přijetí nevyhnutelného)
- b) pasivní rezignace (netečnost a nezájem)
- c) únik do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo
- d) únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti
- e) pozitivní kompenzace – snaha o dokončení rozdělaného díla
- f) negativní forma kompenzace – propadnutí alkoholu, drogám, přejídání, sexuálním výstřelkům atp.

Lékařka Elisabeth Kübler-Rossová popsala 5 fází (popírání a izolace, zlost, smlouvání, deprese, akceptace), kterými může umírající procházet, jakmile se dozví, že je smrtelně nemocný. Člověk, který přijal fakt, že se blíží jeho konec, je často ještě schopen dokončit naplánovanou práci a kvalitně prožít časově omezený zbytek života.

Haškovcová popisuje před fází negace fází nulovou. Tato fáze může být různě dlouhá. Jde o fázi příznaků choroby, kdy nemocný ze strachu odmítá vyhledat lékaře. Nulová fáze začíná stavem nevědomosti, klient neví nic o svém reálném stavu, přechází do stavu nejistoty. Stav nejistoty přechází do stavu odmítání pravdy po nepříznivé prognóze onemocnění a končí objektivním zjištěním diagnózy. Nulová fáze snižuje šanci na vyléčení nebo odsunutí neodvratného konce. „Bezprostřední reakcí na zjištění život ohrožující choroby je šok. Šok se může projevat tak, že je člověk zmatený, nechápe, co se s ním děje, není schopen

ani přijímat ani třídit informace. Je to prudká reakce, která rychle odeznívá a přechází do fáze popření.“ (Cesta domů, © 2015)

V dalších podkapitolách budeme uvádět fáze umírání podle E. Kübler - Rossové.

2.1 Popírání a izolace

„Ne, to se určitě netýká mě, to není možné.“ Tak podle Kübler – Rossové (1993, s. 35) reaguje většina nemocných na zprávu o terminálnosti svého onemocnění. Prvotní odmítání je charakteristické pro klienty, kteří byli lékařem otevřeně informováni i jejich zdravotním stavu, tak i pro ty, kteří nebyli informováni a sami došli k tomu, že jsou smrtelně nemocní. Odmítání, negace, obvykle bývá jen dočasnou obrannou strategií a je záhy vystřídána částečným přijetím skutečnosti.

První klientovou reakcí na zprávu o terminální povaze jeho onemocnění může být dočasný šok, otřes, z nějž se postupně zotavuje. Když počáteční ochromení začne ustupovat a člověk najde sílu znovu se vzchopit, jeho obvyklým postojem je: „Ne, to se určitě netýká mně.“ Protože ve svém podvědomí jsme všichni nesmrtelní, je pro nás zcela nepředstavitelné, že bychom i my měli stanout tváří tvář konci. Na tom, jakým způsobem byl klient o svém stavu zpraven, kolik času má na to, aby si ten přirozený a nevyhnutelný běh věcí uvědomil a také na tom, jak byl svým dosavadním životem připraven obtížným situacím čelit, závisí, zda a za jak dlouho klient od svého odmítání, od negování reality upustí a uchýlí se k méně radikálním obranným mechanismům. (Kübler - Rossová, 1993, s. 38-39)

K úplnému či alespoň částečnému popírání se uchylují téměř všichni nemocní, a to nejen v prvních fázích nemoci nebo bezprostředně poté, co byli seznámeni s diagnózou, ale čas od času také ve fázích pozdějších. Takový přístup lze považovat za zdravý způsob, jak se vyrovnávat s nelehkou, obtížnou a bolestnou situací, v níž někteří klienti musí žít poměrně dlouhou dobu. Odmítání, popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, jenž tlumí účinky nenadálé a šokující zprávy, dovoluje klientovi trochu se sebrat a s postupem času, také zmobilizovat v sobě jiné, méně radikální obranné strategie. To ovšem neznamená, že takový klient za čas nepřijme možnost s někým posedět a o hrozící smrti si popovídat. Takový rozhovor se ovšem může, ba musí konat až tehdy, kdy je klient schopen toto téma unést.

Rozmluvu je také třeba okamžitě ukončit, jestliže už klient dál nedokáže snášet fakta a začne znovu hledat útočiště v předcházejícím odmítání. (Kübler - Rossová, 1993, s. 36)

Potřeba negovat nějakým způsobem realitu se čas od času objevuje u každého klienta – v počátcích vážné nemoci častěji, později méně často, s postupem času přichází a zase odchází. Citlivý a vnímavý posluchač na to myslí a nebere klientovi jeho způsob obrany třeba tím, že ho bude upozorňovat na všechny rozpory a protimluvy v jeho řeči. (Kübler - Rossová, 1993, s. 38)

„V tomto období přijímá nemocný informace výběrově. Tedy to, co nezapadá do jeho představ a co se neslučuje s jeho nadějemi, to „neslyší“ (nepřijímá). Často sám sebe přesvědčuje, že jde o omyl, který se nějak vysvětlí. Nepamatuje si nic z toho, co mu vysvětloval lékař. Tvrdí, že s ním o jeho nemoci nikdo nemluvil. Nemocného je třeba vyslechnout, vše klidně a nejspíše opakovaně vysvětlovat, trpělivě odpovídat na jeho otázky. Postupně se člověk stahuje do ústraní. Přeje si být sám, aby se mohl sám se svým osudem vyrovnat.“ (Cesta domů, © 2015)

Klient může odmítat ordinace lékaře, může odmítat komunikaci s ošetřujícím personálem, spolupráci, péči. Brání se slovy: „Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné. Zaměnili jste výsledky. To je určitě omyl. To není možné.“ (Kelnarová, Matějková, 2008, s. 55)

Doporučený přístup při péči o umírajícího:

- Je třeba si uvědomit, že touto fází bude nemocný procházet, jakmile zjistí, že zemře.
- Je lépe nezasahovat do tohoto mechanismu, zasáhnout je třeba pouze v situaci, pokud se klient chová destruktivně – odmítá péči, léčbu.
- Je třeba ujišťovat klienta, že nebude v této náročné situaci sám.
- Není vhodné popírat skutečnost, hovořit by se mělo o realitě.
- Je třeba pokračovat v nácviku sebezpečí, soběstačnosti. (Kelnarová, Matějková, 2008, s. 55)

2.2 Zlost

Kübler – Rossová (1993, s. 45) říká, že když už se nedá pokračovat v prvotním popírání a odmítání, nastoupí pocity zlosti, vzteku, závisti a rozmrzelosti. Logicky vyvstane otázka: „Proč zrovna já?

Kelnarová s Matějkovou (2008, s. 55) tvrdí, že nemocný má zlost na všechny zdravé lidi, na pečující osoby. Může se hrubě vyjadřovat, odmítat ošetrovatelskou péči. Může odmítat stravu, injekce, házet předměty, volat zdravotníky a pak se divit proč přišli.

„Nemocný je plný negativních emocí, které velmi těžko ovládá. Je plný zmatku a protestu, nechápe, proč zrovna on musel takhle onemocnět, vynořují se pocity viny, snaží se přijít na to, co ve svém životě udělal špatně, za co nyní musí pykat. Zmítá se v pocitech křivdy, zlobí se na celé své okolí. Nic mu není vhod. Přitom si v koutku duše uvědomuje, že ti lidé, na kterých si vylévá zlost, za jeho onemocnění nemohou. Cítí se zahanbeně, ale nemůže si pomoci.“ (Kelnarová, Matějková, 2008, s. 55)

„Není řešením odpovídat na agresivní výpady nemocného všechápajícím úsměvem ani výčitkami. To by měli vědět zejména příbuzní. Ti jsou často zatíženi pocitem viny, že se chtěli k umírajícímu pěkně chovat, ale reagují na jeho agresi svými negativními emocemi. Rodina by měla vědět, že se jedná o fázi umírání, která je přechodná, zákonitá, není to žádný naschvál nemocného a že je přirozené, když na nespokojenost a rozmrzelost nemocného reaguje svými emocemi.“ (Kelnarová, Matějková, 2008, s. 55)

„Pokud nemocný má zájem, umožníme mu mluvit o jeho emocích. O vzteku, strachu, úzkostech a pocitech nespravedlnosti, o bezmoci, zoufalství, rezignaci, o smutku nad zmrzačeným tělem. Hněvivé výroky na adresu zdravých chápeme v kontextu jeho touhy žít a jeho zklamání, že nastala situace, která tolik změnila jeho život. Nesmíme to brát osobně.“ (Cesta domů, © 2015)

Kübler – Rossová (1993, s. 45) tvrdí, že zatímco první stádium, stádium popírání, jsou lidé v okolí nemocného schopni přijímat a tolerovat v podstatě bez problémů, proti stádiu zlosti nachází pacientova rodina a zdravotnický personál porozumění jen obtížně. Pacientův hněv se totiž obrací na všechny strany, vybílí se takřka na komkoli, kdo se právě namane.

„Doporučený přístup při péči o umírajícího:

- Je třeba si uvědomit, že se nemocný nezlobí na zdravotnický personál.
- Nelze dovolit, aby destruktivní chování klienta pokračovalo.
- Je nutno klienta vybízet, aby slovy vyjádřil svoji zlost, strach, hněv, ošetřující personál musí být empatický.
- Je vhodné diskutovat o zlosti, hněvu nemocného.“ (Kelnarová, Matějková, 2009, s. 55)

2.3 Smlouvání

Podle Kübler – Rossové (1993, s. 74) třetí stádium, tedy stádium smlouvání, je sice méně známé, ale pro nemocného stejně důležité jako stádia předchozí, přes to, že trvá pouze krátký čas. „Jestliže jsme zprvu nedokázali čelit skličujícím faktům, a později, ve druhé fázi, jsme byli rozezleni na lidi i na Boha, třeba se nám podaří docílit jakési dohody, jež by onu nevyhnutelnou událost pomohla alespoň oddálit“.

„V této fázi nemocný již ví, že situace je jasně dána chorobou. Uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak naplnit čas, který ještě zbývá, zamýšlí se nad tím, co by ještě rád zažil. Smlouvá o čas. Nemocný a jeho nejbližší jsou ochotni zaplatit cokoli za zázračný lék, za zázračné léčitele. Častým přáním je dožít se promoce dítěte, svatby vnuka... Ten, kdo doprovází ve fázi smlouvání, má významný úkol pomáhat nemocnému vytvářet krátkodobé cíle a každý sebemenší splněný cíl ocenit. Cíl by měl být obsahový, nikoli časový. Ptá-li se nemocný, jestli se může dožít nějaké události za tři, čtyři roky, nikdy neříkáme „to sotva“. Mluvíme o tom, proč je to pro něj důležité a také o tom, že je to možné, ale že nikdo nemáme „záruční list“ na další den.“ (Cesta domů, © 2015)

Doporučený přístup při péči o umírajícího:

- Je třeba si uvědomit, že umírající potřebuje čas, aby přijal skutečnost, že umírá.
- Je třeba být v blízkosti umírajícího dlouhou dobu, pokud si to bude přát.
- Je vhodné stanovit malé, ale realistické cíle.
- Je vhodné chválit umírajícího nebo pokus o dosažení cíle. (Kelnarová, Matějková, 2008, s. 56)

2.4 Deprese

„Když smrtelně nemocný pacient nemůže už dál svoji nemoc popírat, když je přinucen podstoupit řadu operací nebo léčebných zákroků, když přibývá zjevných příznaků nemoci a ubývá sil, nemůže se tomu všemu už dál vysmívat. Jeho zaraženost nebo stoicismus, jeho zlost a hněv brzy vystřídá pocit velké ztráty.“ (Kübler – Rossová, 1993, s. 77)

„Zdravotní stav nemocného se zhoršuje, stále zřetelněji je konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti a že jí není vyhnoutí. Je unavený zmařenou nadějí, vyčerpaný nepohodou těla a často psychicky zesláblý. Přichází hluboký smutek nad ztrátou zdraví, nových možností a další budoucnosti.“ (Kübler – Rossová, 1993, s. 77)

Podle Kübler – Rossové (1993, s. 78) často zapomínáme na jakýsi hluboký „přípravný“ smutek, který musí nevyhlášeně nemocný prožít, aby se připravil na konečné rozloučení s tímto světem. U nemocného se objevuje stálá únava, nespavost nebo naopak neschopnost se probudit, pláč, apatie, nezájem o lidi a nechutenství.

Ve fázi deprese mají své místo antidepresiva, ale nejlépe pomáhá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu a provází jej těžkým obdobím na konci života. Pro umírajícího je důležité, aby měl s kým hovořit o strachu ze smrti a o všem, co mu jde hlavou. Dostane-li se mu podpory a pochopení, fáze deprese nemusí být dlouhá.“ (Cesta domů, © 2015)

„Doporučený přístup při péči o umírajícího:

- Je třeba si uvědomit, že se umírající začíná separovat od života.
- Neutěšovat klienta, nesnažit se ho rozveselit.
- Sedět tiše na blízku.
- Pokud si to bude přát, držet ho za ruku.
- Akceptovat pláč, nesnažit se ho utišit.
- Zachovat důstojnost.
- Zajistit přítomnost milující osoby.“ (Kelnarová, Matějková, 2008, s. 56)

2.5 Akceptace

Kübler – Rossová (1993, s. 99) říká, že jestliže měl pacient dostatek času a pomohl-li mu někdo prožít a zvládnout ona dříve popsaná stádia, dosáhne stavu, kdy není ani deprimován, ani necítí zlost na svůj osud. Bude schopen vyjádřit své předchozí pocity, svou někdejší nenávisť vůči žijícím a zdravým a svoji již dávno rozpuštěnou zlost na ty, kteří nemusejí čelit svému konci tak brzy.

Poslední fází je smíření, přijetí pravdy. Nemocný akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se nalézá. Snaží se o co nejlepší způsob života v rámci daných podmínek. Do stavu vnitřního míru, klidu a vyrovnanosti se zdaleka nemusí dostat každý. U nemocného může dojít k rezignaci, beznaději. Zde je důležité podporovat naději u doprovázeného, projevovat mu účast a být mu na blízku. (Cesta domů, © 2015)

Umírající může být v tomto stádiu unavený, ve většině případů zcela zesláblý a může upadat do krátkého spánku. Je to dáno tím, že roste potřeba prodlužovat tu část dne, jež je vyhrazena spánku. (Kübler – Rossová, 1993, s. 99)

Podle Kübler – Rossové (1993, s. 100) by nemělo být stádium akceptace považováno za šťastné stádium. Je to téměř ztráta vědomí. Je to, jako když bolest odejde, boj je dobojován a přijde čas na poslední odpočinek před dlouhou cestou. Je to také období, kdy rodina obvykle potřebuje více pomoci, porozumění a podpory, než sám umírající.

Doporučený postup při péči o umírajícího:

- Je třeba si uvědomit, že umírající nechce být sám.
- Dále je třeba si uvědomit, že umírající chce u sebe spíše méně lidí na kratší dobu.
- Komunikace se stává spíše neverbální, ubývá slov. Jde spíše o gesta, pohlazení, přisednutí k posteli.
- Umírající je unavený a ve většině případů zcela zesláblý a často upadá do krátkého spánku.
- Zajistit přítomnost nejbližších. (Kelnarová, Matějková, 2008, s. 57, Kübler - Rossová, 1992, s. 100)

„Podobnými fázemi jako umírající procházejí též jejich blízcí, jejich rytmus vyrovnávání se s nemocí ale nebývá obvykle stejný. Nemocný i pečující se mohou nacházet v různých fázích, i proto může být někdy vzájemná komunikace obtížná.“ (Cesta domů, © 2015)

„Rodina nebo přátelé nemocného mohou trpět pocity viny, že nedokáží poskytnout všechno, co by měli. Někdo více pečuje a stará se o praktické záležitosti, někdo si přichází s nemocným popovídat, zazpívat, předčítat mu z knihy. Při hovoru s nemocným je důležité, aby měl prostor mluvit o strachu, o fantaziích „co bude potom“, o poslední chvíli. Je dobré, když si každý z blízkých nemocného najde tu formu pomoci, která mu vyhovuje.“ (Cesta domů, © 2015)

3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ V DOMOVECH PRO SENIORY A DOMOVECH SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života nebo je v maximální možné míře do společnosti začlenit. Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stavování, ubytování, pomoc při zajištění ošetřování, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování.“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 61)

Zákon o sociálních službách č. 108/2006, § 49 říká, domov pro seniory poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V odstavci 2) ustanovuje, jaké základní činnosti služba obsahuje:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

§ 50 téhož zákona ustanovuje, že: „se v domovech se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

V odstavci 2) uvádí, které základní činnosti služba obsahuje. Jsou to tyto činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (AION, © CS 2010-2015)

3.1 Jak přistupovat k umírajícím lidem

Protože je každý člověk individualitou ve všech oblastech své osobnosti, nemůžeme potřeby a problémy umírajících kategoricky zobecňovat. Toto bývá často jedním z největších problémů standardizace ošetrovatelských postupů. I když tvrdíme, že ošetrovatelská péče musí být zaměřená individuálně, o což se v praxi víceméně snažíme, současně máme v praxi tendenci vytvářet obecně platná schémata pro poskytování ošetrovatelské péče a to ve všech etapách tohoto procesu. (Cichá, 2014, s. 56)

Podle Ciché (2014, s. 61 – 62) je nepochybně zřejmé, že poskytovat kvalifikovanou péči umírajícím, zemřelým i pozůstalým vyžaduje od sester nejen osvojené vědomosti o umírání a smrti v patřičné šíři i hloubce, ale především použitelné dovednosti a schopnosti. Nemys-

lí se tím jen oblast přímé ošetrovatelské péče, ale také rovinu komunikace, naslouchání, porozumění a empatie. Principiálně je to úcta k člověku jako takovému, bez jakýchkoli požadavků ze strany zdravotníka, které by ji podmiňovaly. Ta je považována za základ etického přístupu k nemocnému, za základ všech sesterských cností. Dále k nim řadíme lásku k nemocnému, odpovědnost, ohleduplnost, diskrétnost, spolehlivost, ochotu, optimismus, sebeovládání, tvořivost, soustředěnost, otužilost, cílevědomost, předvídavost, radost a kolegiální.

Otázka zní: „Jak přistupovat k umírajícím lidem, jak se k nim chovat a jak s nimi jednat?“ Je to dennodenní otázka zdravotníků, pracovníků v přímé péči, ale stejně jsou na tom i rodinní příslušníci a přátelé umírajícího.

Podle Křivohlavého (2002, s. 159) existuje spíše jednotný souhlas v tom, jak se nechovat: „nevnucovat umírajícímu potřebu přijmout fakt konce“. „Uvědomit si nutnost přijmout fakt konce je možné jen z vlastního ujasnění situace a z vlastní svobodné vůle. Vnutit tento krok druhému prostě nejde. Nikdy se mu nesmí říci: „musíš přijmout, že umíráš“. Proto právem píše Svatošová (2003, s. 18): „Neotevírejte před umírajícím problém umírání a smrti sami od sebe. Vyčkejte, až sám nastolí téma umírání a smrti... Jestliže vyjádří strach ze smrti, usedněte, vyslechněte ho a zeptejte se ho, z čeho konkrétně má obavy... Pomozte mu uspořádat jeho záležitosti.“

Dále existuje určitý souhlas v tom, že tam, kde někdo umírá je zapotřebí zachovávat nejen klid a šířit tam pokojnou atmosféru, ale i uvědomit si, že člověk v agónii vnímá své okolí. Dalším souhlasem může být to, že umírajícímu je třeba spíše naslouchat, než se mu snažit něco říct. (Křivohlavý, 2002, s. 159)

Mezi další souhlasy bychom mohli zařadit poznání potřeby lidí blížících se ke konci života a tím je to že všichni si přejí nebýt zcela opuštěni. Neznamená to však, že by s nimi někdo musel neustále hovořit. Jde spíše o klientovu potřebu jistoty, že v místnosti, kde se nachází, není sám a že v případě potřeby je mu nablízku někdo, na koho by se mohl obrátit. (Křivohlavý, 2002, s. 159)

Je známo, že umírající postupně ztrácí smysl pro čas. Paradoxně se však nezřídka zabývá otázkou „kolik času mi ještě zbývá“. U umírajícího člověka může docházet i k náhlým a časově omezeným projevům neklidu. V takovém případě umírající bezcílně pohybuje rukama a nohama, krotí prsty a dostává je tím do nezvyklých poloh. Někdy se svléká, jin-

dy ničí osobní, či ložní prádlo. Uvedené projevy neklidu jsou ve vztahu „ke ztrátě vazby k pozemskému životu“. Osvědčuje se, když se k umírajícímu posadíme, a vysvětlíme nebo dáme jinak najevo, že není sám. Výsledkem je zklidnění. (Vorlíček et al., 2004, s. 441)

„Péče o umírajícího člověka má být zaměřena na potlačování obtížného, nesnadného a bolestivého umírání. Obecně se při péči o umírajícího člověka zaměřujeme na udržení psychické a fyzické pohody a zajištění důstojné a klidné smrti. Péče má být také zaměřena na odstraňování nebo zmírňování nepříjemných a vyčerpávajících symptomů, jako je např. zvracení, průjem, kašel, bolest apod.“ (Nováková, 2011, s. 82)

Péče o umírajícího člověka podle Novákové (2011, s. 82) zahrnuje:

- symptomatickou léčbu potíží, které umírající má,
- zmírňování somatické a psychické bolesti,
- emotivní podporu nemocnému a rodině,
- spirituální pomoc nemocnému a rodině,
- sociální zázemí pro nemocného a rodinu,
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírajícího,
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího.

3.2 Komunikace s umírajícím

Podle Hrozenkové a Dvořáčkové (2013, s. 118) „jsou pro všechny pracovníky v pomáhajících profesích nezbytné určité komunikační dovednosti. I když tyto dovednosti neposkytují klientovi pomoc, jsou základním prostředkem pro to, aby pracovník navázal s klientem vztah a začal řešit jeho problém. K těmto základním dovednostem patří:

- Fyzická přítomnost.
- Naslouchání – schopnost vnímat verbální i neverbální signály vysílané klientem, a to ať jsou vyjadřovány otevřeně či skrytě; znamená to, že pracovník by měl vnímat, jak klient sedí, jaký má výraz obličeje, barvu hlasu, pohyby těla, oční kontakt apod. Pracovník sleduje veškeré projevy klienta – při rozhovoru i v jeho běžném životě.

- Empatie – projevuje se vhléd do světa klienta, vcítění se do jeho pocitů, problémů, do jeho uvažování, schopnost reagovat na jeho chování s porozuměním; je to forma lidské komunikace, která zahrnuje jak naslouchání a porozumění, tak sdělování porozumění klientovi. Empatie, která zůstává neprojevona, klientovi neprospívá.
- Analýza klientových prožitků - schopnost nalézt, vyjádřit a popsat klientovy pocity, zážitky a chování.“

Podle Kelnarové a Matějkové (2008, s. 54) je dobrá a efektivní komunikace základem komplexní ošetrovatelské péče o smrtelně nemocného. V minulé době nebylo respektováno právo pacienta na pravdivé informace. Důvodem byla často obava převzít psychologickou péči o nemocného, který je na konci života. „Milosrdné lži“, které byly používány, byly vysvětleny tím, že nemocný by neunesl pravdu. Psychologové však hovoří o tom, že pravdu by často neunesl zdravotník.

V současné době se již neřeší otázka, zda nemocnému sdělit pravdu, ale řeší se kdo, kdy, kde a jak. Podle Kelnarové a Matějkové (2008, s. 54) je třeba „velmi uvážlivě zvažovat *kdy*, ve které fázi onemocnění je nejvhodnější nemocnému říci pravdu a informovat ho o nevléčitelnosti choroby. *Kdo* je tou nejvhodnější osobou pro sdělení závažné a nepříznivé informace, zdali ošetřující lékař, kněz, sestra, rodinný příslušník či psycholog. *Kde* je nejvhodnější prostředí pro sdělení této nepříznivé zprávy? *Jakým způsobem* sdělovat nemocnému informaci o skutečnosti, že je smrtelně nemocen? Osvědčuje se technika nedi- rektivního rozhovoru, kterou však neovládá každý zdravotník.“

Podle Křivohlavého (2002, s. 160) ukazuje zkušenost mnohých na to, že často důležitější než to, co se řekne, je to, co se vyjádří beze slov, a to autentickým přátelským či partnerským postojem. Jde o komplex nonverbálních projevů, od výrazu obličeje a pohledu očí po doteky a celkový postoj a trpělivost výdrže.

Předpokladem účinné komunikace ze strany ošetřujícího personálu je:

- nedirektivnost, úcta k nemocnému a jeho blízkým,
- umění mlčet a aktivně naslouchat,
- překonání vlastní úzkosti a nejistoty,
- autenticita: schopnost být sám sebou, zdravé sebevědomí, otevřenost,
- empatie: schopnost vyjádřit svoji účast, vcítit se,

- schopnost týmové spolupráce, znalost a dodržování péče,
- profesionalita: znalost problematiky. (Sláma et al., 2011, s. 33)

Při rozhovoru s umírajícím však nejde o diskuzi, intelektuální debatu nebo argumentaci. Jde o to, že rozhovor s umírajícím by měl být spíše nasloucháním, než mluvením. Lidé se obvykle otevírají, pokud jim neklademe otázky, a když jim nasloucháme. Nesmí jít o apatické, nezúčastněné a pasivní naslouchání, ale o emocionální a afektivní ladění a psychickou atmosféru. V podstatě bychom měli naslouchat srdcem. (Křivohlavý, 2002, s. 159)

V neposlední řadě je také důležité, aby pracovník přímé péče, zdravotnický pracovník nebo kdokoliv hovořil o vlastních problémech, nejistotách, obavách, prožívaných úzkostech a strachu. Hovořit o tom ve chvíli, kdy nám umírající může být učitelem. Řada těch, kteří to zkusili, vyjadřuje dík za tuto možnost. Ukazují, jak jim takový rozhovor pomohl, když v něm oni sami byli velmi upřímní a nezastírali své pochyby, nejasnosti, svou nedůvěru atp. Ti, jež poznali, co to je stát na konci svého života a chystat se učinit krok přes práh nám tak mohou být dobrými učiteli. (Křivohlavý, 2002, s. 159 - 160)

Pracovník přímé péče si podle Kelnarové a Matějkové (2008, s. 54 – 55) musí uvědomit, že smrtelně nemocný potřebuje ohleduplnou, ale realistickou péči. Bude se vyhýbat diskuzím o své smrti. Umírajícímu je třeba dát naději, ale realistickou. Nemocný potřebuje více léčbu a tlumení bolesti než uzdravení. Pracovník přímé péče se nesmí nemocnému vyhýbat v žádné fázi procesu umírání. Fáze jsou sice seřazeny, nicméně nemusí vždy zachovat tento sled. Často se z nich některé opakovaně vracejí, střídají se a mohou se v jednom dni dvě i tři prolínat. Nemělo by to v žádném případě ošetřující personál překvapit.

3.3 Paliativní péče

Máme-li se podle Markové (2010, s. 18) zamýšlet nad změnami postojů k umírání, musíme připsat velké plus paliativní péči, která se v poslední době rozvíjí. Ta dokazuje, že lidé mohou umírat bez bolesti nebo se snesitelnými bolestmi. Většina z nás si pamatuje někoho z rodiny, kdo umíral v obrovských bolestech, což již není v dnešní době nutné.

Slovo paliativní je odvozeno z latinského pallium, což znamená „rouška“ nebo „plášť“. Tato etymologie naznačuje (byť pouze částečně), co je úkolem paliativní péče: „zakrýt“

hojivou rouškou účinky nevléčitelné nemoci či poskytnout plášť těm, kteří byli ponecháni na mrazu, protože jim kurativní léčba nemůže pomoci. (Cesta domů, © 2004)

Definice paliativní péče je hned několik, všechny ale mají společný důraz na kvalitu života, řešení obtížných symptomů a specifikují skupiny nemocných, jež jsou příjemci této péče.

„Definice paliativní péče se v průběhu let vyvíjela současně s vývojem oboru v jednotlivých zemích. Paliativní péče není definována odkazem na určitý orgán, věk, druh nemoci nebo patologii, nýbrž na základě zhodnocení pravděpodobného vývoje a s náležitým ohledem na specifické potřeby každého jednotlivého pacienta a jeho rodiny. Dříve byla rozšířena představa, že paliativní péči lze použít výlučně ve stádiu bezprostředně hrozící smrti. Nyní je přijímaným faktem, že paliativní péče může mnoho nabídnout již v daleko dřívějším stádiu progredující nemoci.“ (Cesta domů, © 2004)

Světová zdravotnická organizace definovala paliativní péči jako: „přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojených s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“ (Cesta domů, © 2004)

Podle Plevové (2011, s. 106) je paliativní péče uceleným systémem pomoci, který má pomoci umírajícímu a jeho rodině. Respektuje umírání jako přirozenou a konečnou fázi lidského života a smrt jako danost, kterou je třeba přijmout a nikoliv pokládat za nepřítele.

Sláma et al. (2011, s. 25) definují paliativní péči jako „aktivní péči poskytovanou pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života. Tato péče usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný, respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných, vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority, snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí. V neposlední řadě chápe umírání jako součást života.“

„Jako doplněk své definice stanovila Světová zdravotnická organizace tyto hlavní zásady, podle nichž paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů,

- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces,
- neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti,
- obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta,
- nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co neaktivněji až do smrti,
- nabízí systém podpory, který pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku,
- využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku,
- usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci,
- je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života, jako chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých klinických komplikací.“ (Cesta domů, © 2004)

„Organizace paliativní péče by měla být založena na hodnotách prosazovaných Radou Evropy, jako jsou: lidská práva a práva pacientů, lidská důstojnost, sociální soudržnost, demokracie, spravedlnost, solidarita, rovnost pohlaví, účast na rozhodování a svobodná volba.

Paliativní péče má tyto hlavní dimenze:

- mírnění symptomů,
- psychologická, duchovní a citová podpora,
- podpora rodině,
- doprovázení pozůstalých v době zármutku.“ (Cesta domů, © 2004)

„Paliativní péče je interdisciplinární a multiprofesní činnost, jež obvykle zahrnuje práci lékařů, všeobecné sestry a dalších zdravotnických pracovníků, kteří mají nezbytnou kvalifikaci k řešení fyzických, psychologických a duchovních potřeb pacienta a rodiny.“ (Cesta domů, © 2004)

Podle Kroutilové Novákové (2011, s. 184 – 185) jsou cíle paliativní péče následující:

-
- včasná identifikace a účinné mírnění utrpení u pacientů s progresivním a život ohrožujícím onemocněním,
 - zajištění nemocnému v době jeho nemoci co nejlepší kvalitu života, mírnění bolesti, omezení tělesného a duševního strádání, zachování jeho důstojnosti a poskytnutí podpory jeho blízkým,
 - zajištění pomoci nemocnému, aby mohl až do konce života vést podle svých možností aktivní život,
 - poskytnutí útěchy rodině v průběhu onemocnění nemocného a v období smutku.

4 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB UMÍRAJÍCÍCH

Nakonečný (1995, s. 125) vysvětluje pojem „potřeba“ jako základní formu motivu, a to ve smyslu nějakého deficitu (nedostatku) v biologické či sociální dimenzi bytí.

Haškovcová (2010, s. 252) říká, že každý člověk má potřeby různého druhu, které je třeba seřadit podle naléhavosti, protože všechny nelze vždy uspokojit a už vůbec ne najednou. Již v 60. letech 19. století vytvořil americký psycholog A. Maslow model potřeb, který nazval *Dům životních potřeb*. Mezi základní biologické potřeby patří výživa, přiměřené sociální zázemí, tedy obydlí, funkční oblečení atd. Avšak i ve zdraví musíme dbát o své základní fyziologické potřeby, abychom přežili. Nemocným seniorům je třeba zajistit náležitou výživu, pitný režim, pravidelný spánek a odpočinek a dbát o osobní hygienu a celkovou čistotu prostředí. Hlavní psychosociální potřebou je pocit jistoty a bezpečí, které musí být zajištěn, ať je člověk v nemocnici nebo jiné instituci. Teprve pak jsou vyšší potřeby vztahové.

Kalvach (2011, s. 85) říká, že potřeby jsou proměnlivé, protože se liší osobnostně, podle rodinné i sociální situace umírajícího, podle kultury a tradice, podle povahy onemocnění, zdravotního a funkčního stavu, proměňují se i v průběhu adaptace na nepříznivou diagnózu a prognózu, na nástup a zvládání obtíží a komplikací.

Umírající potřebují v životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoliv jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí.

Snaha léčebné i ošetrovatelské péče musí být zaměřena na naplnění všech primárních i sekundárních potřeb v plném rozsahu tak, jak je nemocný člověk prezentuje a je schopen je akceptovat. „Hlavním cílem kvalitní léčebné i ošetrovatelské péče je uspokojení potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného. Dalším, neméně důležitým cílem je snaha o podporu terapeutických procesů, při nich by měl nemocný aktivně spolupracovat. Pro dosažení těchto cílů je dobré požádat o spolupráci a podporu také rodinu.“ (Šamánková, 2011, s. 39)

„Nedílnou součástí uspokojování a naplňování potřeb nemocných je správná informovanost nemocných a pravidelná komunikace s nimi. Je-li nemocný informován o své léčbě, o prognóze, o účincích léků, o plánovaných vyšetřeních, určitě snáší svoji nemoc klidněji. Nejistota a neinformovanost ztěžuje naplnění jak primárních, tak i sekundárních potřeb.“ (Šamánková, 2011, s. 39)

„Je také nezbytné respektovat autonomii nemocného člověka. Autonomie je potřeba zachování schopnosti vést život podle vlastních pravidel. Být autonomní znamená zůstat pá-nem svého možného způsobu života. Zachování identity znamená ponechat nemocného tím, kým je a kým chce být, tzn. nebýt pohlcen patientskou rolí. Autonomii jedince zajis-tíme tím, že budeme respektovat jeho vyslovená přání a názory. Autonomie ve smyslu být svobodný znamená, že i člověk, který je částečně nebo plně fyzicky závislý na druhých, může být zároveň psychicky zcela autonomní. Potřeba autonomie je nedílnou součástí ži-vota a je významná při léčbě a péči o nemocného.“ (Šamánková, 2011, s. 39 - 40)

Byock (2013, s. 79) ve své knize uvádí, že ruku v ruce s nevléčitelnou nemocí, kdy lidé bojují s nepříjemnými pocity a nemohoucností, jde utrpení. Mohou trpět fyzickou bolestí, jejichž příčinou je jejich nemoc, ale mohou také trpět emocionální a psychickou bolestí, která přichází se ztrátou všeho, čím byli, i všeho toho, čeho si ještě v životě přáli dosáh-nout. Tyto dva druhy utrpení jsou mezi umírajícími téměř univerzální a nejsou neuchopi-telné. Utrpení přetrvává, pokud je tělesná bolest člověka ignorována nebo označena za ne-zvládnutelnou, nebo když není pochopena emocionální bolest pacienta, případně když se pomíjí jako nevyhnutelná. Podle zkušeností autora bývá osobní, vnitřní utrpení daleko in-tenzivnější a vyžaduje velice citlivé zasahování.

Podle Vorlíčka, Adama a Pospíšilové (2004, s. 492) je ideální situace, kdy má umírající možnost předem vyjádřit své potřeby – pečovatelé jim pak rozumí a snaží se je uspokojit, což umožňuje přizvat ke smrtelné posteli lidi, kteří tam mají být a provést potřebné úkony.

4.1 Potřeby biologické

Svatošová (2012, s. 21-22) uvádí, že mezi potřeby biologické patří vše, co potřebuje ne-mocné tělo. Uspokojováním biologických potřeb se snažíme o udržování relativní stálosti vnitřního prostředí, výměnu látek a energie.

Tyto potřeby mají u člověka konkrétní podobu:

- příjmu potravy a tekutin – někdy i zvláště upravenou,
- dostatek spánku,
- dotyku,

- vylučování co nejpřirozenějším způsobem,
- hygieny,
- pohybu,
- zajištění čerstvého vzduchu,
- zajištění přiměřeného životního prostoru,
- polohování včetně léčby dekubitů,
- mírnění nevolnosti, zvracení, bolesti, utrpení a dalších příznaků nemoci.

(Dorková, 2011, s. 21-22)

Špatenková et al. (2014, s. 82) tvrdí, že člověk, který se ocitá na konci života, je velmi citlivou a zranitelnou bytostí. Skutečnost umírání a určené konečnosti je závažnou situací v životě člověka, že vyvolává celou řadu nečekaných změn v osobnosti člověka a i v jeho nejbližším okolí. Člověk se tak stává závislým na pomoci druhých a jeho potřeby se mění pod vlivem nových skutečností.

„Při uspokojování biologických potřeb umírajících je třeba dbát v první řadě na potlačení dystanázie. To znamená, že odstraňujeme nebo zmírňujeme nepříjemné a vyčerpávající symptomy, mezi které patří nejčastěji bolest, obtížné dýchání, kašel, zvracení, neschopnost udržet stolici a moč apod. I zdánlivé maličkosti, jako jsou utření potu, zvlhčování rtů, hlazení, jsou velmi důležité, neboť umírající tak získává pocit sounáležitosti a nebude se cítit ve svém umírání osamocen.“ (Špatenková et al. 2014, s. 82)

Špatenková et al (2014, s. 83) upozorňuje na skutečnost, že může umírající dostat chuť na něco dobrého, jako například pivo, víno, procházku apod. Umírající očekává, že mu toto jeho přání splníme. Pokud je to možné snažíme se jeho přání v co nejpříjemnější formě splnit. Samozřejmě nejsme schopni splnit všechna přání, ale pro umírajícího je důležitý i pocit, že jsme se snažili hledat způsob, jak jeho potřebu uspokojit.

Nejčastějším symptomem pokročilých stádií onemocnění je bolest, která má zásadní vliv na momentální komfort a náladu, ale také na radost ze života, naději, motivaci pacienta k životu i spolupráci při léčbě. Všechny tyto faktory také ovlivňují to, jak klient bolest snáší a jak ji vyjadřuje. (Sláma et al., 2011, s. 39)

Podle Payneové (2007, s. 276) se bolest, která vyžaduje specializovanou péči, uznává až v posledních padesáti letech. Dokud nebyly k dispozici speciální léky na tlumení bolesti, pokládala se bolest za přirozenou a očekávanou součást života a vysvětlovala se hlavně z hlediska systému náboženské víry, v němž medicína nehrála významnější roli.

4.2 Psychické potřeby

Další kategorii potřeb představují psychické potřeby. Proces umírání a smrti vyvolává v celé psychické sféře člověka výraznou odezvu. Umírající má obavy z vlastního bytí a strach z vlastního umírání nebo smrti. Strach a obavy mají nejen umírající, ale také doprovázející. „Snad nejdůležitější psychickou potřebou v období, kdy člověk svou specifickou úlohu završuje, je potřeba respektování důstojnosti. Pro většinu lidí neexistuje horší bolest, žádné větší utrpení, než to, když cítí, že přišli o svou důstojnost.“ (Špatenková et al., 2014, s. 84).

„Dokud jsme aktivní a zdraví, odvozujeme svou důstojnost z věcí, jež děláme dobře a ze svých kvalit, kterých si nejvíc ceníme. Bez ohledu na to z čeho důstojnost čerpáme, provází ji úcta k sobě samému i úcta v očích druhých lidí.“ (Byock, 2013, s. 109)

Svatošová (2012, s. 22) také uvádí, že do této kapitoly patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním a jako takového je nutné ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický životní úkol završuje. Umírající potřebuje se svým okolím komunikovat a je často zapomínáno na to, že více než naše slova mluví naše mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči i naše oblečení. I proto je důležité umírajícímu nikdy nelhat, tj. neříkat něco, co bychom museli později odvolávat. Umírající by tak mohl k tomuto člověku ztratit důvěru právě ve chvíli, kdy ji nejvíce potřebuje.

Podle Špatenkové et al. (2014, s. 84) je důstojnost doprovázena úctou k sobě samému a úctou v očích druhých lidí. Mezi další psychické potřeby patří například potřeba autonomie, jistoty a bezpečí, spolupatřičnosti, informovanosti, nalezení klidu, seberealizace a estetična. V rámci uspokojování psychických potřeb u umírajících a doprovázejících je důležité aktivní naslouchání a empatický postoj. Doprovázejícím a pozůstalým je potřeba

vytvořit prostor pro vyjádření jejich emocí. Nedostatečné truchlení může vést k neschopnosti akceptovat smrt blízkého a k depresivním náladám.

U některých nemocných se můžeme podle Slámy et al. (2011, s. 248) setkat s nespavostí. Kvalitní spánek je předpokladem psychické a fyzické stability organismu a stává se velmi často, že v pokročilých stádiích onemocnění dochází k poruchám spánku. Nedostatečný spánek vede k chronické únavě, ospalosti, poruchám soustředění, zvýšené dráždivost a depresi. Může docházet k nedostatečnému trvání spánku, přerušovanému spánku, příliš povrchnímu spánku, pocitu, že spánek nepřináší odpočinek a regeneraci, nesprávnou dobu spánku během dne.

4.3 Potřeby sociální

K těmto potřebám Svatošová (2012, s. 22-23) uvádí, že je člověk tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, tak ani nestůně, ani neumírá. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Nikoliv však vždy a ne všechny. Měl by mít právo si sám návštěvy usměrňovat a měli bychom ho v tom plně respektovat. Nejsilnější vazby jsou obvykle s rodinou, ale nejen s ní.

Špatenková et al. (2014, s. 84) ve své publikaci udávají, že sociální dimenze potřeb člověka vyplývá ze skutečnosti, že se se každý jedinec vyvíjí v kontextu se svým užším i širším okolím. Od společenství lidí potřebuje kladné postoje, ocenění, přijetí a lásku.

Dále uvádí, že uspokojení sociálních potřeb ovlivňuje také to, jestli má člověk ekonomické zázemí, jestli si vyřídil své majetkové záležitosti jako například závěť, a jestli si také vyřešil jiné problémy, které souvisí se sociální situací člověka. Uspořádání a vyjasnění si vazeb k sociální síti je pro odchod ze života velmi důležité. Mezi sociální potřeby patří potřeba citová, potřeba sebeúcty, a potřeba nezůstat sám. Přirozenou součástí společenského života by měl být akt rozloučení, při kterém člověk vyjadřuje svou schopnost loučit se a smutnět. Doprovázení je službou nejen pro umírajícího, ale také pro doprovázejícího.

4.4 Potřeby spirituální

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby umírajícího víceméně tabu. Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Svato-

šová (2012, s. 23) ale tvrdí, že je to spíše naopak. Ne že by věřící neměl své duchovní potřeby. Má je, ale ví, co má dělat a obvykle se podle toho dovede zařídit. Horší to bývá, ale ne vždy, u umírajících, kteří z víry nežijí. Právě v průběhu vážné nemoci nebo umírání se začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu života – vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Pokud tato potřeba smysluplnosti není naplněna, dostává se člověk do stavu duchovní nouze, trpí tím a někdy si i zoufá. Je potřeba tomuto člověku ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně.

Lidská blízkost rodiny a pečujících pracovníků je a vždy zůstane nejdůležitějším léčebným opatřením. Farmakoterapie je důležitou, ale ne jedinou možností. Spirituální podporu, která se v hospicové terminologii označuje jako doprovázení, mohou v této fázi poskytovat členové rodiny nebo pečující pracovníci. Užitečná může být pomoc psychologa, někdy je ale důležité i zprostředkovat umírajícímu pomoc spirituální a to například návštěvou duchovního a to buď na svátostech, nebo přímo u lůžka. (Sláma et al., 2011, s. 309) Špatenková et al. (2014, s. 86) pak dodává, že pro věřícího doprovázejícího a pozůstalého je důležité, aby poslední rozloučení se s člověkem proběhlo v duchu jeho víry.

Je především třeba, aby si všichni, jež o umírajícího pečují, byli plně vědomi toho, že spirituální témata jsou pro umírajícího stejně důležitá jako otázka tělesných symptomů. Způsob komunikace a celková atmosféra péče by měly vycházet z toho, co klient považuje v dané chvíli za důležité a co chce řešit. Dosažení určitého smíření a akceptace v oblasti psychospirituální může dát umírání a smrti charakter události, která je smutná, někdy tragická, ale přesto důstojná a hluboce lidská. (Sláma et al., 2011, s. 310)

4.5 Potřeba důstojného závěru života

„Lidská důstojnost je nedotknutelná. Stáří a nesoběstačnost nemohou být důvodem pro omezování jakýchkoliv nezcizitelných lidských práv a občanských svobod uznávaných mezinárodními normami a zakotvených v demokratických ústavách. Každý bez ohledu na pohlaví, věk či závislost na péči druhých osob, je oprávněn uplatňovat tato práva a svobody, a každý má právo je hájit.“ (Vizus, © 2015)

Podle Charty práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc mají starší osoby právo na:

- důstojnost, fyzické a duševní zdraví, svobodu a bezpečnost
- sebeurčení
- soukromí
- vysoce kvalitní péči a péči „na míru“
- personalizovanou informaci, radu a informovaný souhlas
- komunikovat a podílet se na kulturním životě společnosti
- svobodu projevu a svobodu myšlení/uvědomění: přesvědčení, kultura a víra
- paliativní péči a podporu, na úctu a důstojné umírání a smrt
- na nápravu (Vizus, © 2015)

K právům starších osob dodává Plevová (2011, s. 124), že ze současných eticky a právních norem vyplývá právo pacientů odmítnout léčbu. „Jestliže pacient trpí vážnou nemocí, která podle současného stavu lékařských poznatků povede v krátké době ke smrti, může odmítnout zákroky, které jej udržují při životě nebo které mu zachraňují život a povolit nemoci přirozený postup. V zahraničí jsou také uplatňovány postupy „dříve vyslovených přání), kdy osoba schopná jednat může s ohledem na svou budoucí neschopnost vyslovit přání prostřednictvím právního aktu. Může například odmítnout některé léčebné postupy udržování při životě nebo zachraňování života v budoucí situaci, kdy takové rozhodnutí nebude schopna učinit. Pacienti také mohou prohlášení kdykoliv odvolat.

Podle Plevové (2011, s. 124) v této souvislosti také hovoříme o „právu na smrt“, což bývá interpretováno tak, že člověk má právo rozhodnout o čase, místě i způsobu svého skonu a že výkon tohoto práva přenáší na jiného člověka. Zdravotník může ovlivnit způsob umírání, umírající se může rozhodovat o tom, kde se tak stane. Neměl by však mít právo rozhodovat o čase. Odborníci se shodují v tom, že právo na smrt by mělo být chápáno jako právo na přirozenou smrt.

„O důstojnosti všech pacientů, starých a nemocných demencí zvláště, se v poslední době hodně hovoří. Problém je v tom, že pojem důstojnost vyvolává představu různých obsahů. V obecné rovně se jedná o vážnost až velebnost.“ (Haškovcová, 2010, s. 271)

Haškovcová (2010, s. 271) dále tvrdí, že „každý člověk zasluhuje respekt i tehdy, když je právě nemocný a dokonce i nemohoucí. V oblasti zdravotní i sociální péče však musíme rozlišovat základní slušnost od vědomého pěstování respektu k důstojnosti pacientů. V praxi se často setkáváme s mnohými prohřešky proti základním pravidlům slušnosti, a neobstojí „omluva“, že se jedná o zrcadlení běžného společenského chování. Jsme k sobě prostě nezdvořilí. Když jsme zdraví, nebo jen „trochu“ nemocní, můžeme se bránit, stojí-li nám to všechno za to. V nemoci jsme takovým prohřeškům citlivější a většinou se nejsme schopni bránit. O nápravu se musí postarat ti „silnější“, tedy ošetřující a pečující.“

Dále Haškovcová (2010, s. 271) říká, že „nemocní senioři jsou křehcí pacienti a nezbyvá než je vzít v ochranu. K elementární slušnosti patří náležitě oslovování nemocného. Pokud má titul, použijeme ho! Vyslechněme jeho názory, snažme se respektovat jeho vůli, ať již se týká léčby, či běžných ošetrovatelských úkonů. Pamatujme na pacientův stud a respektujme jeho soukromí. Pomáhejme mu v činnostech, které je schopen s naší pomocí zvládnout a netlačme ho zbytečně a předčasně do plně závislé role. Nepodceňujme také intelektové schopnosti seniorů. Nevypadají na to, ale velmi dobře „vědí své“.“

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

5.1 Přípravná fáze výzkumu

Přípravná fáze byla zahájena v květnu 2014, kdy jsme si vybrali téma diplomové práce. Základním principem bylo především získání dostatečného množství teoretických poznatků zkoumané problematiky. Základem přípravné fáze výzkumu bylo získávání informací z odborné literatury českých i zahraničních autorů, dále pak podrobné zkoumání zdrojů z internetu, přesněji z odborných webových stránek. Dalšími zdroji inspirace byly práce jiných absolventů.

Na základě těchto informací jsme stanovili cíle výzkumu, výzkumné otázky, charakteristiku zkoumaného vzorku a metodu sběru dat.

5.2 Organizace výzkumu

Pro výzkum byla vypracována jedna varianta dotazníku, která byla ověřena v rámci předvýzkumu u 10 pracovníků přímé péče. Bylo zjištěno, že dotazník v této formě je nevyhovující. Některé zvolené výrazy v otázkách nebyly respondentům srozumitelné, proto byla vypracována další varianta dotazníku.

Dotazník byl rozdán v únoru 2015 v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem v písemné podobě v počtu 110 kusů.

Výzkum byl anonymní a určen pro pracovníky přímé péče v sociálních zařízeních, kteří přicházejí do styku s umíráním a smrtí.

Návratnost dotazníků byla 95%. Pracujeme tedy s počtem **104** dotazníků.

5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pracovníci přímé péče byli zvoleni pro výzkum do této diplomové práce. Tito pracovníci přicházejí do styku s umíráním a smrtí. Jde o pracovníky přímé péče, kteří pracují v domovech pro seniory nebo v domovech se zvláštním režimem.

Výzkum byl realizován v těchto zařízeních:

- Domov pro seniory Strážnice, příspěvková organizace
- S – Centrum Hodonín, příspěvková organizace
- Domov pro seniory Karolinka
- Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem Podlesí

5.4 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit:

- zda pracovníci přímé péče znají fáze umírání dle E. Kübler-Rossové,
- jak zvládají doprovázení umírajících,
- jestli využívají supervizi
- kdo, nebo co jim pomáhá ke zvládnutí vyrovnávání se s umíráním a smrtí.

5.5 Výzkumné otázky**Výzkumná otázka č. 1**

Pracovníci přímé péče znají fáze vyrovnávání se se smrtí dle E. Kübler – Rossové.

Výzkumná otázka č. 2

Pracovníci přímé péče používají intervence v rámci jednotlivých fází vyrovnávání se smrtí.

Výzkumná otázka č. 3

Pracovníci přímé péče využívají supervizi k vyrovnávání se s umíráním klientů.

5.6 Metoda sběru dat

V této práci je využíváno kvantitativního výzkumu, který je prováděn pomocí dotazníku. Dotazník je sestaven z krátkého úvodního textu, ve kterém je představena autorka dotazníku, obor a univerzita, kterou studuje, zkoumané téma a ujištění, že je dotazník anonymní a slouží pouze pro potřeby této práce, následuje poděkování respondentům. Dále jsou zde uvedeny samotné otázky. Dotazník obsahuje 21 otázek.

Formy otázek

- Uzavřené otázky – je zde výběr možných variant odpovědí, z nichž respondent vybere vhodnou odpověď. Jsou to otázky č.: 2, 4, 5, 6, 8, 10, 13, 14, 15.
- Otevřené otázky – zde respondent sám zvolí svoji odpověď. Jsou to otázky č.: 3, 7, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21.
- Polootevřené otázky – tyto otázky jsou kombinací předchozích dvou typů otázek. Jsou to otázky č.: 1, 9, 12.
- Filtrační otázky – tyto otázky eliminují respondenty, kteří z nejrůznějších důvodů nemohou odpovědět na další otázku. Jsou to otázky č.: 2, 3, 17, 18, 19, 20, 21.

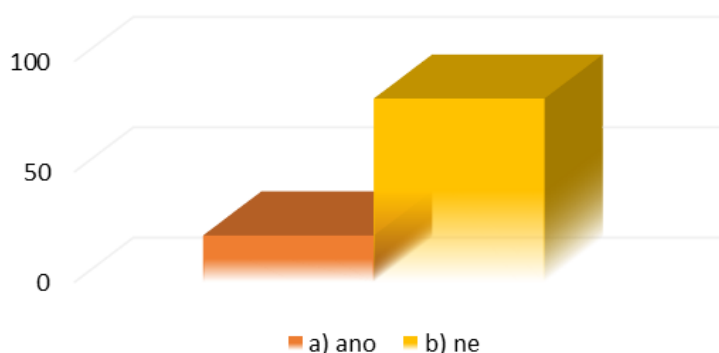
6 ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Znáte fáze umírání podle E. Kübler-Rossovové?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	21	20%
b) ne	83	80%
celkem	104	100%

Tabulka č. 1: Znáte fáze umírání podle E. Kübler-Rossovové?

ZNÁTE FÁZE UMÍRÁNÍ PODLE E. KÜBLER-ROSSOVÉ?



Graf č. 1: Znáte fáze umírání podle E. Kübler-Rossovové?

Interpretace dat:

Tento graf jasně naznačuje, že fáze umírání dle E. Kübler – Rossovové nezná 81 respondentů a zná pouze 21 respondentů z celkového počtu 104 respondentů. Výsledek je velmi překvapivý. Umírání a především fáze umírání dle Kübler-Rossovové jsou nedílnou součástí re-kvalifikačního kurzu Pracovník v sociálních službách, kterým musí projít každý, kdo chce v této oblasti pracovat.

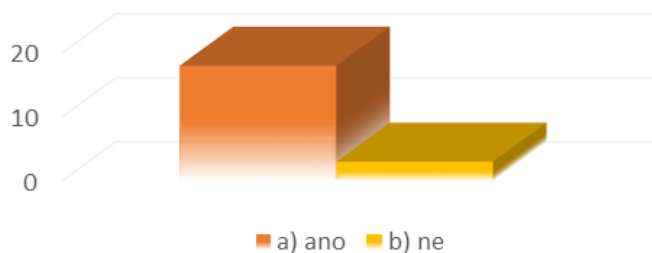
Na následující otázku měli odpovědět pouze respondenti, kteří v otázce č. 1 odpověděli „a) ano“.

Otázka č. 2: Používáte znalosti jednotlivých fází v praxi?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	18	86%
b) ne	3	14%
celkem	21	100%

Tabulka č. 2: Používáte znalosti jednotlivých fází v praxi?

POUŽÍVÁTE ZNALOSTI JEDNOTLIVÝCH FÁZÍ V PRAXI?



Graf č. 2: Používáte znalosti jednotlivých fází v praxi?

Interpretace dat:

Z 21 respondentů odpovědělo 18 respondentů, že používá znalosti jednotlivých fází v praxi. Je tedy vidět, že ti, jenž znají jednotlivé fáze umírání dle E. Kübler – Rossové, je ve většině případů používají, což jistě pracovníkům velmi pomáhá při komunikaci a práci s umírajícími.

Na následující otázku měli odpovědět pouze respondenti, kteří v otázce č. 1 odpověděli „a) ano“.

Otázka č. 3: Která fáze je pro Vás jako doprovázejícího nejtěžší? Prosím uveďte.

Interpretace dat:

V 9 případech uvedli respondenti, že je pro ně nejtěžší fáze deprese. Věřím, že je to pro to, protože pracovníci „nemají“ umírajícímu jak pomoci.

Druhá nejvíce uváděná fáze agrese. Tuto fázi uvedlo 6 respondentů. Fáze smlouvání, byla třetí v pořadí. Tuto možnost uvedli 3 respondenti. Následující fáze byly uvedeny pouze jednou.

Otázka č. 4: Máte možnost ve svém zaměstnání využívat supervizi?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	99	96%
b) ne	4	4%
celkem	103	100%

Tabulka č. 3: Máte možnost ve svém zaměstnání využívat supervizi?



Graf č. 3: Máte možnost ve svém zaměstnání využívat supervizi?

Interpretace dat:

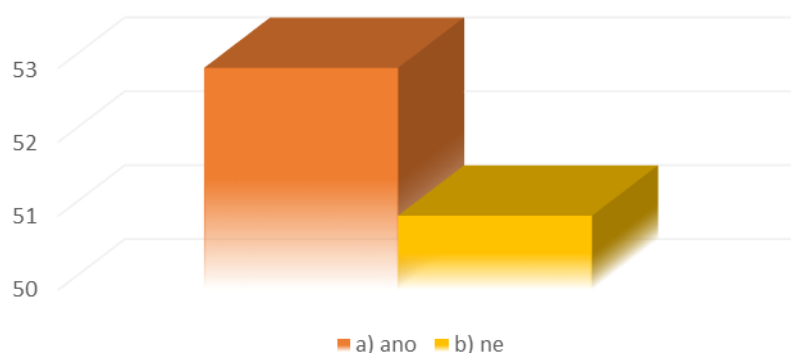
Z odpovědí je vidět, že se organizace snaží ve svých zařízeních supervizi provádět a že ji 96 % respondentů má možnost využívat. Svědčí to o tom, jak zařízení o své zaměstnance pečují, protože supervize mohou být výborným nástrojem vyrovnávání se pracovníků s umíráním a smrtí. Téma smrti a umírání se pak může stát předmětem i supervize individuální. Tu mohou pracovníci využívat po domluvě se zaměstnavatelem.

Otázka č. 5: Pokud supervizi v zařízení využíváte, řešili jste v rámci ní situaci týkající se umírání klienta?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	53	51%
b) ne	51	49%
celkem	104	100%

Tabulka č. 4: Pokud supervizi v zařízení využíváte, řešili jste v rámci ní situaci týkající se umírání klienta?

POKUD SUPERVIZI V ZAŘÍZENÍ VYUŽÍVÁTE, ŘEŠILI JSTE V RÁMCI NÍ SITUACI TÝKAJÍCÍ SE UMÍRÁNÍ KLIENTA?



Graf č. 4: Pokud supervizi v zařízení využíváte, řešili jste v rámci ní situaci týkající se umírání klienta?

Interpretace dat:

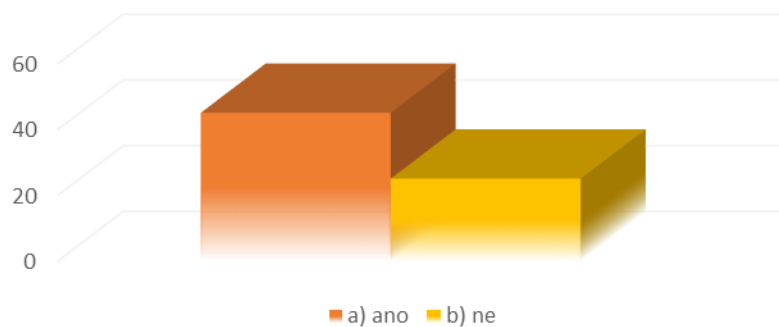
Na otázku č. 5 odpovědělo kladně 51% respondentů. 49 % pak odpovědělo, že v rámci supervize toto téma neřešili. Dle následujících odpovědí lze zjistit důvod toho, že až 49% odpovědělo na tuto otázku ne. Důvodem je ale také to, že supervize nejsou během roku tak časté. Supervize se tak odehrává až po delší době po úmrtí klienta a pracovník si může najít jiné mechanismy, jak se s tímto problémem vyrovná. Když přijede supervizor do zařízení, najdou se jiná, v tomto okamžiku akutnější témata k řešení. Témata, která potřebuje vyřešit celý kolektiv.

Otázka č. 6: Pokud ano, pomáhá Vám nějaká forma supervize ke zvládnání umírání klientů?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	45	64%
b) ne	25	36%
celkem	70	100%

Tabulka č. 5: Pokud ano, pomáhá Vám nějaká forma supervize ke zvládnání umírání klientů?

POKUD ANO, POMÁHÁ VÁM NĚJAKÁ FORMA SUPERVIZE KE ZVLÁDÁNÍ UMÍRÁNÍ KLIENTŮ?



Graf č. 5: Pokud ano, pomáhá Vám nějaká forma supervize ke zvládnání umírání klientů?

Interpretace dat:

Z odpovědí respondentů vyplývá, že 64 % z nich pomáhá nějaká forma supervize ke zvládnání umírání klientů. Předpokládali jsme, že pracovníci s tématem umírání a smrti na supervizi vystupují.

Otázka č. 7: Uveďte, jaké činnosti, techniky, nebo prostředky využíváte při doprovázení umírajících.

Interpretace dat:

Výsledky byly rozděleny do okruhu komunikace, fyzického kontaktu, emocí a prostředí.

V okruhu komunikace uvedlo:

- 19 respondentů, že používají otevřenou komunikaci
- 12 respondentů, že používají klidný hlas a milé slovo
- 8 respondentů, že je také důležitá přítomnost personálu.

V okruhu fyzického kontaktu uvedlo:

- 24 respondentů, že je důležitá bazální stimulace
- 18 respondentů, že je důležitý uklidňující dotek a držení za ruce
- dále pak 5 respondentů uvedlo, že je důležitá péče o celé tělo, 3 respondenti, že je důležité zvlhčování rtů a 2 uvedli polohování
- také je možné využívat reminiscence, osobní anamnézy, poslech oblíbené hudby nebo předčítání z oblíbené knihy umírajícího
- důležité je zde i tlumení bolesti

V okruhu emocí uvedlo:

- 13 respondentů přítomnost kněze, modlitbu a poslední pomazání
- 12 respondentů naslouchání
- 9 respondentů, že využívají přítomnosti rodiny, pocitu blízkosti
- 3 respondenti lidský přístup
- dále pak respondenti uváděli: hezký odchod, plnění posledních přání, útěchu

V okruhu prostředí uvedlo:

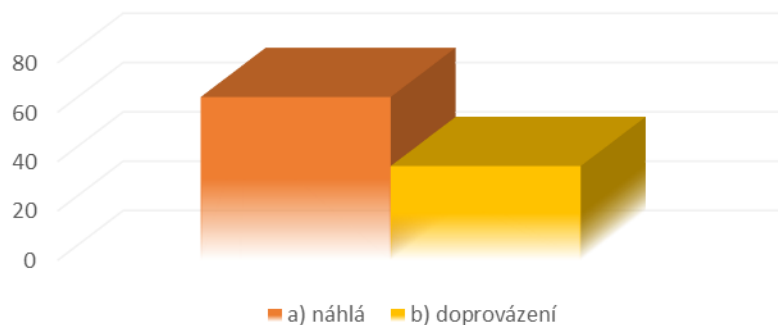
- 14 respondentů, že je důležitá paliativní péče
- 3 respondenti, že je důležité klidné prostředí a soukromí umírajícího

Otázka č. 8: Zvládáte lépe náhlá úmrtí klientů nebo doprovázení umírajících?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) náhlá	66	63%
b) doprovázení	38	37%
celkem	104	100%

Tabulka č. 6: Zvládáte lépe náhlá úmrtí klientů nebo doprovázení umírajících?

ZVLÁDÁTE LÉPE NÁHLÁ ÚMRTÍ KLIENTŮ NEBO DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH?



Graf č. 6: Zvládáte lépe náhlá úmrtí klientů nebo doprovázení umírajících?

Interpretace dat:

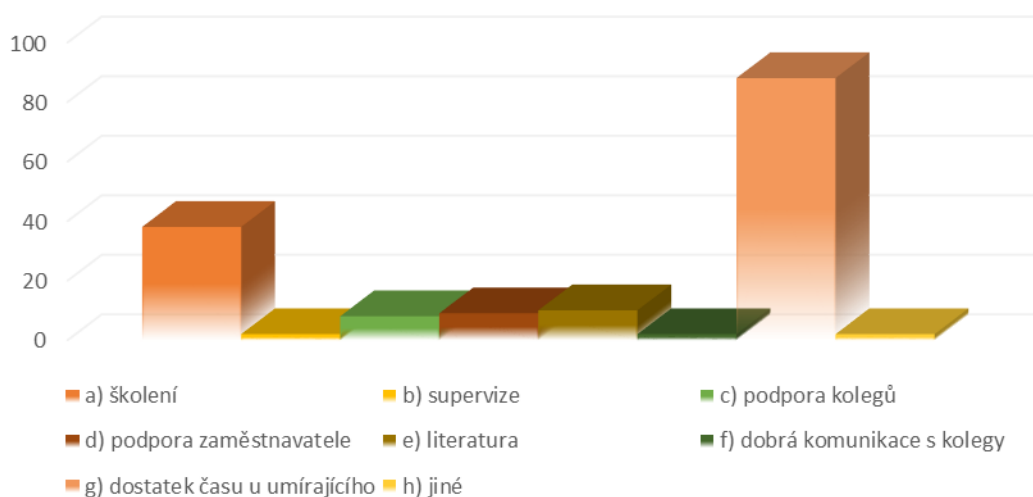
63 % respondentů na tuto otázku odpovědělo, že zvládají lépe náhlá úmrtí než doprovázení. Vzhledem k výsledkům v otázce č. 1, je tento výsledek předpokladatelný. Jestliže pracovníci neznají fáze umírání, je pro ně jednodušší zvládnout náhlé úmrtí než doprovázet klienta při umírání.

Otázka č. 9: Co Vám chybí, abyste mohl(a) kvalitně doprovázet umírající?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) školení	38	24%
b) supervize	2	1%
c) podpora kolegů	8	5%
d) podpora zaměstnavatele	9	6%
e) literatura	10	6%
f) dobrá komunikace s kolegy	2	1%
g) dostatek času u umírajícího	88	55%
h) jiné	3	1%
celkem	160	100%

Tabulka č. 7: Co Vám chybí, abyste mohl(a) kvalitně doprovázet umírající?
Můžete uvést i více možností.

CO VÁM CHYBÍ, ABYSTE MOHL(A) KVALITNĚ DOPROVÁZET UMÍRAJÍCÍ?



Graf č. 7: Co Vám chybí, abyste mohl(a) kvalitně doprovázet umírající?

Interpretace dat:

55% výsledku dosáhla možnost, že pracovníkům přímé péče chybí dostatek času u umírajícího. Dalšího velkého výsledku, a to 24 % respondentů dosáhla možnost školení. Dalším 6 % respondentů chybí literatura a podpora zaměstnavatele, 5 % respondentům chybí pod-

pora kolegů. 1 % respondentů uvedlo jinou možnost a vypsali, že jim vadí střídání směn pracovníků přímé péče a spolupráce kolegů v péči o umírající.

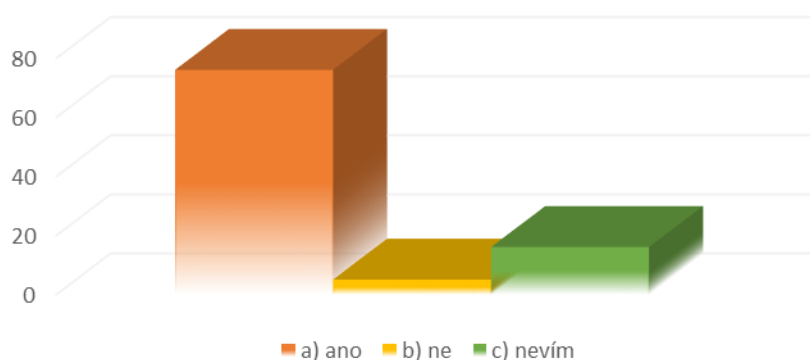
Vzhledem k vysokému počtu respondentů, kteří odpověděli, že jim chybí profesionální informace, bylo by potřeba zajistit v těchto zařízeních více seminářů a školení pro pracovníky s touto tematikou. Profesionální rady jsou právě to, co jim pak pomůže v komunikaci s umírajícím a ukáže jim jak se k umírajícímu chovat. Nabídka seminářů, které se zabývají problematikou smrti a umírání je široká a mnoho vzdělávacích agentur je schopných uspořádat seminář přímo v zařízení, kde se tak může zúčastnit daleko větší počet pracovníků, než kdyby je muselo zařízení vysílat jinam. Agentury mají také nabídku seminářů na míru. Zařízení díky tomu může nechat připravit seminář přesně na ty problémy a požadavky, které vzejdou přímo od pracovníků.

Otázka č. 10: Přizpůsobujete komunikaci s umírajícím podle fází, kterými právě prochází?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	76	78%
b) ne	5	5%
c) nevím	16	16%
celkem	97	100%

Tabulka č. 8: Přizpůsobujete komunikaci s umírajícím podle fází, kterými právě prochází?

PŘIZPŮBUJETE KOMUNIKACI S UMÍRAJÍCÍM PODLE FÁZÍ, KTERÝMI PRÁVĚ PROCHÁZÍ?



Graf č. 8: Přizpůsobujete komunikaci s umírajícím podle fází, kterými právě prochází?

Interpretace dat:

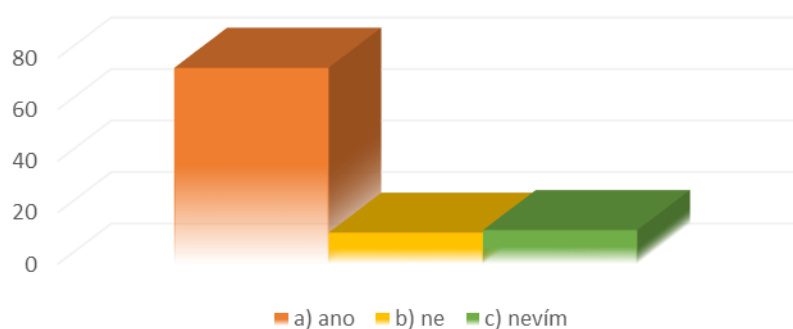
Přes to, že pouze 21 respondentů v 1. otázce uvedlo, že zná jednotlivé fáze umírání dle E. Kübler – Rossové, v této otázce odpovědělo 76 respondentů, tedy 75 %, že přizpůsobují komunikaci fázím, kterými umírající prochází. Přes údajnou „neznalost“ jednotlivých fází, která vzešla z odpovědí v první otázce, pracovníci intuitivně vycítí, jak se umírající momentálně cítí a tudíž podle toho mohou reagovat a přizpůsobovat komunikaci.

Otázka č. 11: Považujete komunikaci s umírajícím mezi priority Vaší péče?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	76	75%
b) ne	12	12%
c) nevím	13	13%
celkem	101	100%

Tabulka č. 9: Považujete komunikaci s umírajícím mezi priority Vaší péče?

POVAŽUJETE KOMUNIKACI S UMÍRAJÍCÍM MEZI PRIORITY VAŠÍ PÉČE?



Graf č. 9: Považujete komunikaci s umírajícím mezi priority Vaší péče?

Interpretace dat:

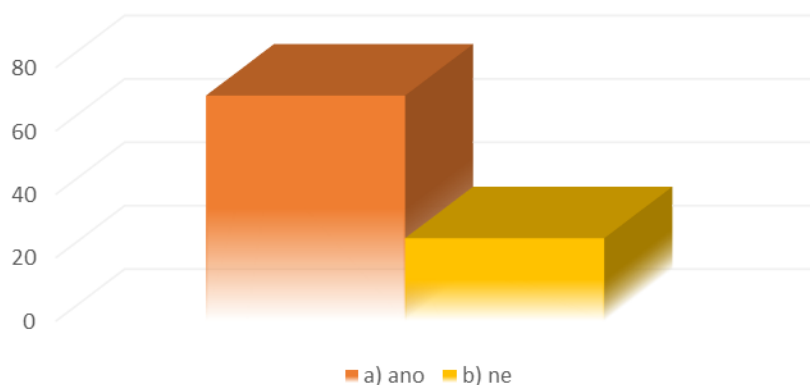
Za prioritu péče považuje komunikaci s umírajícím 75 % respondentů. 12 % respondentů odpovědělo, že ne a 13 % respondentů neví.

Otázka č. 12: Je pro Vás komunikace s umírajícím stresová? Pokud ano, jak se to na Vás projevuje?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	71	73%
b) ne	26	27%
celkem	97	100%

Tabulka č. 10: Je pro Vás komunikace s umírajícím stresová?

JE PRO VÁS KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM STRESOVÁ?



Graf č. 10: Je pro Vás komunikace s umírajícím stresová?

Interpretace dat:

Z celkového počtu 97 odpovědí, odpovědělo 71 respondentů, že je pro ně komunikace s umírajícím stresová. 26 respondentů pak uvedlo, že pro ně tato komunikace stresová není.

Respondenti, kteří odpověděli na tuto otázku ano, měli možnost napsat, jakým způsobem je pro ně komunikace stresová.

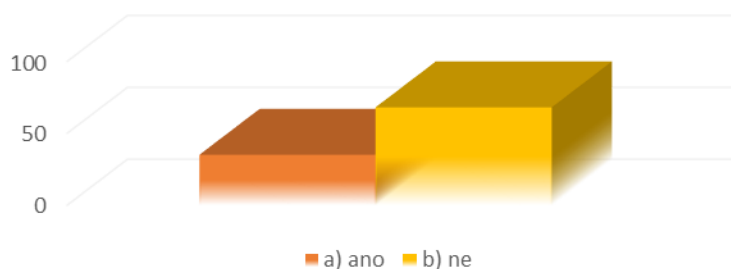
V 8 případech je to bezmoc, u 6 respondentů lítost, 4 respondenti uvedli nervozitu, 3 respondenti nevědí jak pomoci, 2 respondenti jak se zachovat. Pracovníci také uvedli, že na ně působí tyto situace tak, že jsou psychicky vyčerpaní, unavení, nejistí a neustále se v myšlenkách touto věcí zaobírají.

Otázka č. 13: Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál, abyste ho doprovázel(a) až do jeho konce?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	35	34%
b) ne	68	66%
celkem	103	100%

Tabulka č. 11: Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál, abyste ho doprovázel(a) až do jeho konce?

MÁTE ZKUŠENOST SE SITUACÍ, KDY SI UMÍRAJÍCÍ PŘÁL, ABYSTE HO DOPROVÁZEL(A) AŽ DO JEHO KONCE?



Graf č. 11: Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál, abyste ho doprovázel(a) až do jeho konce?

Interpretace dat:

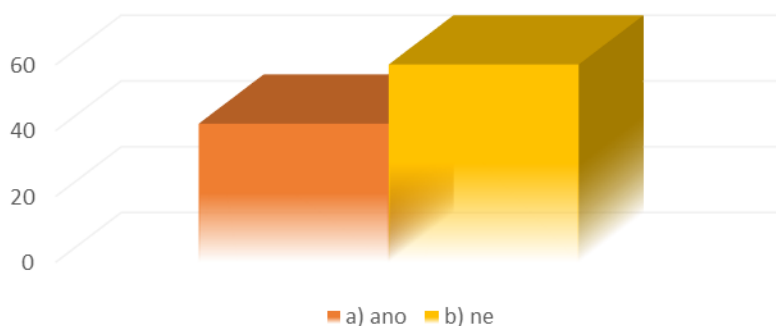
Více jak polovina, respektive 66% respondentů, odpovědělo, že nemají zkušenost s přáním klienta, aby ho doprovázel až do jeho konce. Ale 34% respondentů tuto zkušenost má, což není zanedbatelné množství.

Otázka č. 14: Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál hovořit před smrtí o svém životě?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	42	41%
b) ne	60	59%
celkem	102	100%

Tabulka č. 12: Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál hovořit před smrtí o svém životě?

MÁTE ZKUŠENOST SE SITUACÍ, KDY SI UMÍRAJÍCÍ PŘÁL HOVOŘIT PŘED SMRTÍ O SVÉM ŽIVOTĚ?



Graf č. 12: Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál hovořit před smrtí o svém životě?

Interpretace dat:

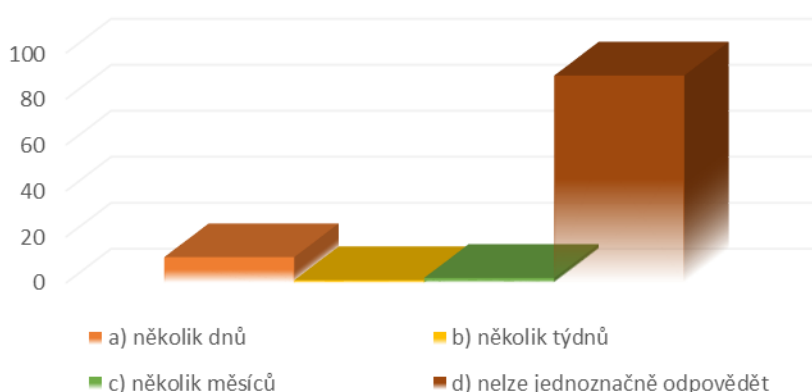
41 % z dotázaných uvedlo, že má zkušenost s tím, že si umírající přál hovořit před smrtí o svém životě. 59 % respondentů pak tuto zkušenost nemá. Otázkou pak je, zda si to vůbec umírající přejí, nebo jestli o tom mluví s jinými pracovníky, rodinnými příslušníky nebo jinými klienty.

Otázka č. 15: Jak dlouho se vyrovnáváte s úmrtím klienta?

	absolutní četnost	relativní četnost
a) několik dnů	11	11%
b) několik týdnů	1	1%
c) několik měsíců	2	2%
d) nelze jednoznačně odpovědět	90	87%
celkem	104	100%

Tabulka č. 13: Jak dlouho se vyrovnáváte s úmrtím klienta?

JAK DLOUHO SE VYROVNÁVÁTE S ÚMRTÍM KLIENTA?



Graf č. 13: Jak dlouho se vyrovnáváte s úmrtím klienta?

Interpretace dat:

Pro 87% není jednoznačně časově dáno jak rychle či pomalu se vyrovnávají s úmrtím klienta. Odpověděli, že tato věc je pro ně individuální. Až 11 % respondentů se naopak s úmrtím klienta vyrovnává v řádu několika dnů, protože péče o další klienty a brzké nástupy nových klientů jim nedává tolik prostoru pro delší dobu.

Z vlastní zkušenosti vím, že je opravdu individuální doba, která slouží pro vyrovnávání se s úmrtím klienta, o kterého pečujete nějakou dobu. I když by měl být přístup pracovníků ke všem klientům stejný, vždycky někdo více „přiroste k srdci“. Při úmrtí těchto klientů je pak těžší se s tím vyrovnat.

Otázka č. 16: Jaké strategie zvládání zátěže využíváte?

Interpretace dat:

- 22 respondentů uvedlo, že využívají podporu kolegů a komunikaci s nimi
- 18 respondentů uvedlo relaxaci
- 15 respondentů uvedlo, že je pro ně důležitá rodina, 8 přátelé
- 14 respondentů uvedlo přírodu jako nástroj proti zátěži
- 6 respondentů uvedlo týmovou práci a kvalitní kolektiv
- 6 respondentů uvedlo strategii zvládání zátěže v podobě nenošení si práce domů
- 6 respondentů uvedlo četbu
- 6 respondentů uvedlo víru jako strategii proti zátěži
- dalšími odpověďmi pak bylo: 3x manuální činnost, 3x pohoda v životě, 3x spánek, 3x sport, 3x čas pro sebe, 2x humor, 1x pláč

Na následující otázky měli odpovědět pouze respondenti, kteří v otázce č. 1 odpověděli „a) ano“.

Otázka č. 17: Jaký přístup se Vám osvědčil u umírajícího v 1. fázi dle E. Kübler - Rossové?

Interpretace dat:

1. fázi umírání dle E. Kübler - Rossové je popírání a izolace a pracovníkům přímé péče se osvědčily tyto přístupy:

- 8 respondentů uvedlo naslouchání
- 5 respondentů uvedlo říkání pravdy
- 4 respondenti uvedli, že je důležité komunikovat
- 4 respondenti uvedli, že je důležitá blízkost pracovníka u nemocného a 4 také, že je důležitá podpora nemocného
- 3 respondenti uvedli empatii
- další přístupy jsou pak: pozitivní přístup, získání důvěry, nechat nemocného mluvit, nevymlouvat mu jeho pravdu, uklidňující dotek, dostatek času u nemocného a opatrné uvedení do reality

Otázka č. 18: Jaký přístup se Vám osvědčil u umírajícího ve 2. fázi dle E. Kübler - Rossové?

Interpretace dat:

2. fázi umírání dle E. Kübler - Rossové je zlost a pracovníkům přímé péče se osvědčily tyto přístupy:

- 5 respondentů uvedlo, že je důležité nechat emocím volný průběh
- 4 respondenti uvedli, že je třeba nechat nemocného mluvit o svých pocitech
- pro 4 respondenty je důležitý empatický přístup
- 3 respondenti uvedli přístup trpělivosti, 3 respondenti naslouchání a další 3 respondenti uvedli, že je nejlepší zůstat v klidu
- další přístupy jsou pak: nepohoršovat se nad chováním nemocného, zvládnutí agrese, nevymlouvat nemocnému jeho slova, nelhat, jednat upřímně, dotyk, pouhá přítomnost pracovníka, zklidňování, neprojevení nezájmu nebo ignorace, podpora, neopláčení agrese, uklidňování nemocného

Otázka č. 19: Jaký přístup se Vám osvědčil u umírajícího ve 3. fázi dle E. Kübler - Rossové?

Interpretace dat:

3. fázi umírání dle E. Kübler - Rossové je smlouvání a pracovníkům přímé péče se osvědčily tyto přístupy:

- 4 respondenti uvedli trpělivost
- 3 respondenti vysvětlování reality, nelhat, nepodporovat v nereálných představách
- 3 respondenti uvedli naslouchání, 2 respondenti empatii, 2 respondenti vyslechnutí
- 2 respondenti uvedli podporu, 4 respondenti hledání možností využití času, který umírajícímu ještě zbývá
- další přístupy jsou pak: hledání pozitiv, přítomnost pracovníka, možnost splnit přání, že ho ostatní nadále potřebují, dát naději, že ještě může prožít hezký život, utiňování, být na blízku a individuální přístup k umírajícímu

Otázka č. 20: Jaký přístup se Vám osvědčil u umírajícího ve 4. fázi dle E. Kübler - Rossové?

Interpretace dat:

4. fázi umírání dle E. Kübler - Rossové je deprese a pracovníkům přímé péče se osvědčily tyto přístupy:

- 9 respondentů uvedlo, že je nejdůležitější naslouchání
- 3 respondenti uvedli podporu a 3 respondenti empatii
- další přístupy jsou pak: komunikace, klid, držení za ruku, přítomnost u umírajícího, trpělivost, zajištění potřeb a pohody, blízkost příbuzných nebo známých

Otázka č. 21: Jaký přístup se Vám osvědčil u umírajícího v 5. fázi dle E. Kübler - Rossové?

Interpretace dat:

5. fázi umírání dle E. Kübler - Rossové je akceptace a pracovníkům přímé péče se osvědčily tyto přístupy:

- 12 respondentů uvedlo blízkost a přítomnost u nemocného, zapojení rodiny a přátel
- 5 respondentů uvedlo naslouchání
- 4 respondenti uvedli držení za ruku
- 4 respondenti uvedli plnění posledních přání
- další přístupy jsou pak: ujištění nemocného, že nebude umírat sám, tiché sezení u lůžka, projevení účasti, paliativní péče, přítomnost kněze a poslední pomazání

7 DISKUZE

V této kapitole se budeme věnovat zhodnocení cílů a výzkumných otázek a také návrhu na zlepšení péče o umírající.

7.1 Zhodnocení cílů výzkumu

Znalost fází umírání dle E. Kübler - Rossové

Velkým překvapením bylo, že pouhých 20 % respondentů odpovědělo, že zná fáze umírání dle E. Kübler- Rossové. Je otázkou, zda je to opravdovou neznalostí jednotlivých fází nebo si pouze pracovníci nespojili jméno autorky těchto fází s jednotlivými fázemi. Přitom všichni pracovníci přímé péče by měli buď vystudovat sociální obor, nebo minimálně projít kurzem pro pracovníky v sociálních službách, kde by měly být tyto fáze předmětem studia. Každopádně nepotvrzení tohoto cíle může být výborným doporučením pro praxi.

Zvládání doprovázení umírajících

Z dotazníku vyplynulo, že 63 % respondentů zvládá lépe náhlá úmrtí než doprovázení umírajícího. Náhlé úmrtí je sice „šokující“ nicméně člověk se „otřepe“ rychleji. Doprovázení je pro člověka těžší. Je to dlouhodobý tlak na pracovníka a podle výsledků dotazníků je velmi stresující. Pracovníci nevědí, co mají dělat, jsou ve stresu, neví, jak mají pomoci. Každý člověk je navíc individuální a tudíž nelze „praktikovat“ jednotný přístup k umírajícím, ale ke každému umírajícímu si pracovník přímé péče musí najít tu správnou cestu. A o to je to pro pracovníky těžší.

Podle výsledků dotazníku si pracovníci velmi dobře uvědomují, že v této oblasti mají ještě příležitost k dalšímu vzdělávání a také tato oblast je tedy možným doporučením pro praxi.

Využívání supervize

96 % respondentů uvedlo, že mají možnost využívat supervizi v zařízení. 51 % uvedlo, že v rámci supervize řešilo situaci týkající se umírání klienta. 45 respondentů uvedlo, že vyu-

žívají nějakou formu supervize ke zvládnání umírání klientů. Supervize je tedy využívána ve všech zařízeních, ve kterých byl výzkum prováděn.

Kdo nebo co pomáhá pracovníkům přímé péče ke zvládnutí vyrovnání se s umíráním a smrtí

Otevřená otázka dala respondentům široké pole možnosti odpovědí, jak se vyrovnávají s umíráním a smrtí. 22 respondentů uvedlo, že jim pomáhá podpora kolegů a komunikace s nimi. 18 respondentů uvedlo relaxaci, 15 respondentů rodina a 14 respondenti vycházky do přírody. Důležitým přívalem energie a síly ke zvládnání jsou přátelé. Dále je pak uváděna víra, manuální činnost, pohoda v životě, spánek, sport, čas pro sebe, humor, ale objevil se i pláč.

Vše co člověk dělá pro sebe je nástrojem vyrovnávání se se stresovými situacemi, kterou bezesporu vyrovnávání se s umíráním a smrtí je.

7.2 Zhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1

Pracovníci přímé péče znají fáze vyrovnávání se se smrtí dle E. Kübler – Rossové.

Pouhých 21 respondentů (20 % respondentů) ze 104 respondentů uvedlo, že zná fáze umírání podle E. Kübler – Rossové. Výzkumná otázka č. 1, že pracovníci přímé péče znají fáze vyrovnávání se se smrtí podle E. Kübler – Rossové se **nepotvrdila**.

Výzkumná otázka č. 2

Pracovníci přímé péče používají intervence v rámci jednotlivých fází vyrovnávání se se smrtí.

Z výzkumu vyplynulo, že pracovníků znajících jednotlivé fáze vyrovnávání se se mrtí bylo 21 respondentů z celkového počtu 104 respondentů. Z 21 respondentů uvedlo 18, že používá znalosti jednotlivých fází v praxi. Na další otázku, která zněla: „Přizpůsobujete komunikaci s umírajícím podle fází, kterými právě prochází?“ odpovědělo 97 respondentů

a 76 respondentů uvedlo, že komunikaci přizpůsobuje jednotlivým fázím, kterými nemocný prochází. Výzkumná otázka č. 2, že pracovníci přímé péče používají intervence v rámci jednotlivých fází vyrovnávání se smrtí, se tedy **potvrdila**.

Výzkumná otázka č. 3

Pracovníci přímé péče využívají supervizi k vyrovnávání se s umíráním klientů.

99 respondentů z celkového počtu 104 respondentů má možnost ve svém zaměstnání využívat supervizi. 64 % respondentů uvedlo, že některá z forem supervize (skupinová, individuální) pomáhá ke zvládnutí umírání klientů. Výzkumná otázka č. 3, že pracovníci přímé péče využívají supervizi k vyrovnávání se s umíráním klientů, se tedy **potvrdila**.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na předchozích stránkách jsme se věnovali analýze dat z provedeného výzkumu. Z těchto dat nám vyplynulo několik doporučení pro praxi.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pracovníci přímé péče neznají jednotlivé fáze umírání dle E. Kübler – Rossové. Dále vyšlo najevo, že je pro pracovníky stresující komunikace s umírajícím. Z odpovědí vyplynulo, že pracovníci nevědí, jak s umírajícím komunikovat, jsou nervózní, vystresovaní a neví, co umírajícímu říct a jak mu pomoci.

Doporučením pro praxi v oblasti neznalosti jednotlivých fází umírání může být školení v této oblasti. Navrhujeme externí vzdělávací společnosti, které se tímto tématem zabývají. Dále je zde možnost interního školení, tedy školení v rámci organizace. Toto školení může provést pracovník vedení, zkušený lektor nebo všeobecná sestra, která má zkušenosti s těmito fázemi. Doporučujeme také poskytnutí pracovníkům přímé péče dostatek odborné literatury, která se týká této tematiky nebo také webové stránky, uvádíme například: www.umirani.cz, kde jsou jednotlivé fáze velmi jednoduše, ale odborně rozpracovány. Tato a další stránky věnující se tématu smrti a umírání mohou pracovníkům přímé péče pomoci s jejich obavami, otázkami a problémy, které se tohoto tématu týkají.

Cennou radou pak může být rada staršího a zkušenějšího kolegy, nebo člověka, který již byl u umírajícího a s tímto má zkušenosti. Posledním návrhem je pak sepsání jednotlivých fází, u kterých by bylo napsáno, jak je možné, že bude umírající reagovat a jak pak v této fázi umírajícím pomoci nebo jak s nimi jednat. Tento poslední návrh může mít podobu šanonu s informacemi, letáku nebo metodického manuálu, který může být vyvěšen nebo umístěn na sesternách nebo v místnostech pro pracovníky.

Pomocí v oblasti stresové komunikace s umírajícím uživatelem může být využití vzdělávacích agentur, které se touto problematikou zabývají, nabízejí semináře nebo interní školení, které může vést zkušený lektor ze zařízení nebo pracovník s dlouhodobými zkušenostmi. Dále opět doporučujeme webové stránky www.umirani.cz, kde je tato tematika opět srozumitelně popsána a mohou se zde pracovníci inspirovat a dovědět se, jak přistupovat k umírajícím.

Neméně důležité pro praxi je předávání informací v rámci jednotlivých zařízení. Jeden pracovník může zjistit, co druhý pracovník nezjistil a předáním informace tak může dojít k obohacení nejen pracovníka, ale samozřejmě také ke zkvalitnění přístupu k umírajícímu.

ZÁVĚR

V této diplomové práci jsme se zabývali výzkumem postoje pracovníků přímé péče k umírání a smrti dle E. Kübler – Rossové, jak zvládají doprovázení umírajících, jestli využívají supervizi a kdo, nebo co jim pomáhá ke zvládnutí vyrovnávání se s umíráním a smrtí.

Z výzkumu zaměřeného na postoj pracovníků přímé péče k umírání a smrti bylo zjištěno, že pracovníci neznají jednotlivé fáze umírání dle E. Kübler – Rossové, proto bylo organizacím, ve kterých bylo dotazníkové šetření prováděno, doporučeno zaměřit školení pro pracovníky přímé péče v jejich organizaci na jednotlivé fáze umírání dle výše zmíněné autorky a věnovat se umírání a smrti.

Výzkum také potvrdil, že mají pracovníci přímé péče více problém s doprovázením, než náhlým úmrtím. Pracovníci nevědí, jak s umírajícím komunikovat, je jim líto jeho situace a nevědí, jak by mu mohli pomoci, jsou nervózní a bezmocní. Usuzujeme z toho, že by bylo vhodné pracovníkům poskytnout školení na toto téma.

Dotazníkové šetření ukázalo, že 99 z celkového počtu 104 respondentů má možnost v zaměstnání využívat supervizi. Což je pozitivním výsledkem a věříme, že možnost supervize je velkou podporou pro pracovníky v přímé péči jak v této oblasti, tak oblasti řešení jiných situací, které pracovníky tíží. Polovina respondentů navíc supervizi k řešení umírání a smrti klientů využila.

Dále z výzkumu vyplynulo, že pracovníkům v přímé péči pomáhá s vyrovnáváním se s umíráním a smrtí nejvíce podpora a komunikace s kolegy. Tuto odpověď uvedlo 22 respondentů. Jako další za touto odpovědí byla relaxace, rodina a přátelé a také vycházky do přírody. Všechno co člověk dělá pro sebe, je nástrojem vyrovnávání se se stresovými situacemi.

Vše co vznikne, jednou zanikne. Vědomí této informace člověka děsí a je zdrojem obav a úzkosti. Myslíme, že na téma smrt nelze pohlížet pouze jako na tragický moment života. Smrt je, či může být, rovněž iniciační zkušeností. Vědomí vlastní smrti nás nutí žít autenticky, vědomí vlastní smrti může náš život obohatit v tom smyslu, že prožijeme v přítomném okamžiku neskonalý úžas, vděčnost a radost, že existujeme, že vůbec něco okolo nás může být. Vědomí vlastní smrti nás nutí dokončit úkoly, které před nás život

postaví. Vede nás také k tomu, abychom se dokázali postavit a vystoupit ze světa nutnosti a vstoupit do prožitků a dech beroucích okamžiků.

Smrt je jednou z mála skutečných jistot. Vědomí smrtelnosti dává životu smysl. Myslet na smrt prostě svědčí životu a jeho kvalitě. Myslíme, že každý člověk si přeje prožít dobrý, úplný život. Pokud se tak stane, může přijmout vlastní i cizí smrt.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila a kol., 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-735-3.
- [2] BECKER, Ernest, 2011. *The Denial of Death*. United Kingdom: Souvenir press. ISBN 028-56-3897-1.
- [3] BYOCK, Ira, 2013. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-134-0.
- [4] CICHÁ, Martina, 2014. *Umírání a smrti v nemocnici z pohledu sestry*. s. 56 In: ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al., 2014. *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.
- [5] DORKOVÁ, Zlatica, 2011. *Umírání a smrt v historických souvislostech na základě interpretace významných děl*. s. 161-171. In: KRÁTKÁ, Anna, Jana KUTNOHORSKÁ a Martina CICHÁ, et al. *Ošetřovatelství – morální umění*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4201-4.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1975. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Manuálek o etice: České ošetřovatelství*. Brno: IDV PZ. ISBN 80-7013-310-4.
- [8] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [9] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [10] KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [11] KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2008. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2831-5.
- [12] KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, Radana, 2011. *Pečovatelsví: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 9788073875312.

- [13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- [14] KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [15] KÜBLER – ROSSOVÁ, Elisabeth, 1993. *O smrti a umírání*. 1. Vyd. Trutnov: Arica. ISBN 80-900134-6-5.
- [16] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. *Vývojová psychologie*. Vyd. 3. Praha: Grada. ISBN 80-716-9195-X.
- [17] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [18] NAKONEČNÝ, Milan, 1995. *Lexikon psychologie*. 1. vyd. Praha: Vodnář. ISBN 80-85255-74-X.
- [19] NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3709-6.
- [20] PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON, 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [21] PLEVOVÁ, Ilona. 2011. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4735-580.
- [22] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.
- [23] SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. *Hospice a umění doprovázet*. 5., dopl. vyd. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902-0494-5.
- [24] SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- [25] ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- [26] ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al., 2014. *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4

- [27] VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.
- [28] VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.
- [29] YALOM, Irvin, 2006. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-147-6.

Elektronické příspěvky a články

- [30] CESTA DOMŮ, © 2004. *Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. O organizaci paliativní péče*. [online]. [cit. 2014-12-23]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001125.pdf>
- [31] CESTA DOMŮ, © 2015. *Fáze vyrovnávání se s nemocí*. In: *Umírání*. [online]. [cit. 2015-1-28]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html>
- [32] RAUDENSKÁ, Alena, Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Strach ze smrti u dospělých umírajících pacientů*. In: *Sociální studia* [online]. [cit. 2015-1-5]. Dostupné z: http://socstudia.fss.muni.cz/sites/default/files/Raudensk%C3%A1_7.pdf
- [33] VIDO, Roman, 2011. *Smrt – blízká, či vzdálená?* In: *Sociální studia* [online]. [cit. 2015-1-5]. Dostupné z: http://socstudia.fss.muni.cz/sites/default/files/Editorial_1.pdf
- [34] VIZUS, © 2015. *Evropská charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc*. In: *Důstojné stárnutí*. [online]. [cit. 2015-4-13]. Dostupné z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/res/data/000125.pdf?seek=1389133397>

Zákony

- [35] AION, © CS 2010-2015. Zákon o sociálních službách č. 108/2006. *Zakonyprolidi.cz* [online]. [cit. 2015-01-17]. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Znáte fáze umírání podle E. Kübler-Rossové?

Graf č. 2: Používáte znalosti jednotlivých fází v praxi?

Graf č. 3: Máte možnost ve svém zaměstnání využívat supervizi?

Graf č. 4: Pokud supervizi v zařízení využíváte, řešili jste v rámci ní situaci týkající se umírání klienta?

Graf č. 5: Pokud ano, pomáhá Vám nějaká forma supervize ke zvládnutí umírání klientů?

Graf č. 6: Zvládáte lépe náhlá úmrtí klientů nebo doprovázení umírajících?

Graf č. 7: Co Vám chybí, abyste mohl(a) kvalitně doprovázet umírající?

Graf č. 8: Přizpůsobujete komunikaci s umírajícím podle fází, kterými právě prochází?

Graf č. 9: Považujete komunikaci s umírajícím mezi priority Vaší péče?

Graf č. 10: Je pro Vás komunikace s umírajícím stresová? Pokud ano, jak se to na Vás projevuje?

Graf č. 11: Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál, abyste ho doprovázel(a) až do jeho konce?

Graf č. 12: Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál hovořit před smrtí o svém životě?

Graf č. 13: Jak dlouho se vyrovnáváte s úmrtím klienta?

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Znáte fáze umírání podle E. Kübler-Rossové?

Tabulka č. 2: Používáte znalosti jednotlivých fází v praxi?

Tabulka č. 3: Máte možnost ve svém zaměstnání využívat supervizi?

Tabulka č. 4: Pokud supervizi v zařízení využíváte, řešili jste v rámci ní situaci týkající se umírání klienta?

Tabulka č. 5: Pokud ano, pomáhá Vám nějaká forma supervize ke zvládnutí umírání klientů?

Tabulka č. 6: Zvládáte lépe náhlá úmrtí klientů nebo doprovázení umírajících?

Tabulka č. 7: Co Vám chybí, abyste mohl(a) kvalitně doprovázet umírající?

Tabulka č. 8: Přizpůsobujete komunikaci s umírajícím podle fází, kterými právě prochází?

Tabulka č. 9: Považujete komunikaci s umírajícím mezi priority Vaší péče?

Tabulka č. 10: Je pro Vás komunikace s umírajícím stresová? Pokud ano, jak se to na Vás projevuje?

Tabulka č. 11: Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál, abyste ho doprovázel(a) až do jeho konce?

Tabulka č. 12: Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál hovořit před smrtí o svém životě?

Tabulka č. 13: Jak dlouho se vyrovnáváte s úmrtím klienta?

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jsem studentka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně oboru Sociální pedagogika. Píši diplomovou práci na téma „Postoj pracovníků v přímé péči k umírání a smrti“. Chtěla bych Vás tímto požádat, abyste vyplnili tento dotazník, který je součástí mé diplomové práce. Dotazník je zcela anonymní a odpovědi budou sloužit pouze pro mou diplomovou práci.

Děkuji,

Barbora Urbanová

1. Znáte fáze umírání podle E. Kübler - Rossové?

a) ano, prosím uveďte jednotlivé fáze:

.....
.....

b) ne

Respondenti, kteří odpověděli „ne“, odpovídají dále až na otázku č. 4.

2. Používáte znalosti jednotlivých fází v praxi?

a) ano

b) ne

3. Která fáze je pro Vás jako doprovázejícího nejtěžší? Prosím uveďte.

.....

4. Máte možnost ve svém zaměstnání využívat supervizi?

a) ano

b) ne

5. Pokud supervizi v zařízení využíváte, řešili jste v rámci ní situaci týkající se umírání klienta?

a) ano

b) ne

6. Pokud ano, pomáhá Vám nějaká forma supervize ke zvládnutí umírání klientů?

a) ano

b) ne

7. Uveďte, jaké činnosti, techniky, nebo prostředky využíváte při doprovázení umírajících.

.....
.....

8. Zvládáte lépe náhlá úmrtí klientů nebo doprovázení umírajících?

a) náhlá úmrtí

b) doprovázení

9. Co Vám chybí, abyste mohl(a) kvalitně doprovázet umírající? Můžete uvést i více možností.

a) školení

b) supervize

c) podpora kolegů

d) podpora zaměstnavatele

e) literatura

f) dobrá komunikace s kolegy

g) dostatek času u umírajícího

h) jiné, prosím uveďte:

10. Přizpůsobujete komunikaci s umírajícím podle fází, kterými právě prochází?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Považujete komunikaci s umírajícím mezi priority Vaší péče?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Je pro Vás komunikace s umírajícím stresová? Pokud ano, jak se to na Vás projevuje?

- a) ne
- b) ano, prosím vypište
-

13. Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál, abyste ho doprovázel(a) až do jeho konce?

- a) ano
- b) ne

14. Máte zkušenost se situací, kdy si umírající přál hovořit před smrtí o svém životě?

- a) ano
- b) ne

15. Jak dlouho se vyrovnáváte s úmrtím klienta?

- a) několik dnů
- b) několik týdnů
- c) několik měsíců
- d) nelze jednoznačně odpovědět, je to individuální

16. Jaké strategie zvládání zátěže využíváte? Prosím uveďte.

.....

.....

.....

Na následující otázky odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 1. uvedli, že znají fáze umírání podle E. K. Rossové.

17. Jaký přístup se Vám osvědčil u umírajícího v 1. fázi dle E. Kübler - Rossové? Prosím uveďte:

.....

.....

.....

18. Jaký přístup se Vám osvědčil u umírajícího ve 2. fázi dle E. Kübler - Rossové? Prosím uveďte:

.....

.....

.....

19. Jaký přístup se Vám osvědčil u umírajícího ve 3. fázi dle E. Kübler - Rossové? Prosím uveďte:

.....

.....

.....

20. Jaký přístup se Vám osvědčil u umírajícího ve 4. fázi dle E. Kübler - Rossové? Prosím uveďte:

.....

.....

.....

21. Jaký přístup se Vám osvědčil u umírajícího v 5. fázi dle E. Kübler - Rossové? Prosím uveďte:

.....

.....

.....