

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PEDAGOGIKY

**PŘÍSTUPY K UMÍRAJÍCÍM ZE STRANY ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ
V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
A VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH NA PLZEŇSKU
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Miroslava Tejmlová

Studijní obor: Sociální práce B7502 - B - P

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Káňová

Plzeň 2014

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni dne 15. 6. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Zde bych ráda poděkovala vedoucí své práce paní Mgr. Šárce Káňové a paní Mgr. Vlastě Černé-Sýkorové za cenné rady, které jsem čerpala během konzultací.

Dále bych ráda poděkovala své rodině za podporu během celého studia.

Obsah

Úvod	7
1 Proces umírání, smrt - vymezení pojmu.....	9
1.1 Příznaky blížící se smrti.....	9
1.2 Fáze umírání a smrti	10
1.3 Fáze smíření se	10
1.4 Fáze vyrovnání se	12
1.5 Paliativní péče a komunikace	12
1.5.1 Komunikace s umírajícím.....	13
2 Rodina a doprovázející osoby	15
2.1 Naděje	15
3 Charakteristika hospicové péče o umírajícího.....	17
3.1 Formy hospicové péče.....	17
3.2 Úmrtí klienta.....	19
4 Charakteristika zdravotní péče o umírajícího.....	21
4.1 Zajištění potřeb umírajícího klienta.....	21
4.2 Úmrtí klienta.....	21
5 Metodologie výzkumného šetření	23
5.1 Konceptualizace výzkumného problému a cílů	23
5.2 Výzkumná strategie	24
5.3 Výzkumný soubor	25
5.4 Výzkumný terén.....	25
5.4.1 Zařízení hospicového typu.....	26
5.4.2 Způsob práce sociálního pracovníka v organizaci	26
5.4.3 Zdravotnický holding Plzeňského kraje	26
5.4.4 Vybrané nemocniční zařízení.....	27
5.4.5 Způsob práce sociálního pracovníka v organizaci	27
5.5 Výzkumné metody.....	27
5.6 Sběr dat	28
5.7 Způsob vyhodnocení dat	28
6 Interpretace výsledků výzkumného šetření	30
6.1 Pobytové prostředí pro umírajícího klienta	30
6.2 Zázemí pro rodinu a doprovod umírajícího klienta	32
6.3 Léčba poskytovaná v daném zařízení	33

7	Shrnutí výsledků výzkumného šetření.....	36
	Závěr	39
	Zdroje	
	Resumé.....	
	Summary	
	Seznam příloh.....	
	Příloha 1) Otázky použité ve výzkumném šetření	

Úvod

Smrt se dříve brala jako součást života a přesto je na ni dnes pohlíženo jako na velké tabu, které se děje pouze v nemocnicích a tak se nás netýká.

Toto téma jsem si vybrala, protože je mi velmi blízké. Z osobní zkušenosti totiž vím, že péče ve zdravotnickém zařízení a v zařízení hospicového typu může být až nepopsatelně rozdílná.

Jeden z mých příbuzných byl před několika měsíci pro celkovou slabost přijat na interní oddělení jedné blízké nemocnice. V této nemocnici jej bylo možné navštěvovat každý den, ale vždy pouze po dobu návštěvních hodin. Na pokoji bylo více pacientů a občas docházelo k nedorozuměním, nebo k napjatým situacím mezi pacienty. Přesto se můj příbuzný snažil brát věci optimisticky a s nadhledem. Během téměř měsíčního pobytu v tomto zařízení neměl žádnou rehabilitaci a zeslábl natolik, že pro něj po návratu domů byl problém dojít na ulici a zpět do domu. Po několika dnech po propuštění z nemocnice se jeho stav viditelně zhoršil. Manželka s dcerou jej tedy odvezly na kontrolu do nemocnice. Zde nemocnému lékařka sdělila (i přes žádost rodiny o mlčenlivost), že umírá, a že když zůstane v nemocnici, bude žít o několik dnů déle. On se přesto rozhodl, že chce domů a být s rodinou. Za toto rozhodnutí dostal bezmála vynadáno a lékařka prohlásila, že jestli nechce hospitalizaci, tak se musí chovat jako by tam nikdy nebyl. Nakonec mu nepředepsala ani léky na horečku.

Po návratu domů se nemocný dostal do stavu deprese a "vzdal to". Podporu nemocnému a rodině v této době poskytla praktická lékařka, která nemocného v domácnosti několikrát navštívila. Kvůli časté vysoké teplotě téměř nevstával z lůžka a většinu dne prospal. Některý z rodinných členů byl vždy u jeho postele. Nezáleželo na tom, jestli je noc nebo den. Měnili jsme mu obklady, četli mu a někdy jej "jen" drželi za ruku. Po týdnu se stav nemocného znovu zhoršil natolik, že bylo jasné, že takhle to dál nepůjde. Dcera, která pracovala mnoho let jako zdravotní sestra, se snažila domluvit v nemocnici možnost pobytu nemocného i s manželkou, ale to prý nebylo možné.

Rodina nemocného se proto obrátila o pomoc na sociální pracovníci Hospice sv. Lazara a domluvila se s ní na hospitalizaci. Díky službám tohoto zařízení byly

možné neomezené návštěvy i ubytování se s nemocným. S nemocným se nakonec ubytovala manželka a rodina je denně navštěvovala. Nebyli jsme omezeni návštěvními hodinami, nebo nepříjemným personálem, který by téměř každou návštěvu vítal protáčením očí a nepříjemným přístupem. Snaha zpříjemnit poslední fázi života byla ze strany personálu hospice citlivá a nenásilně podaná. Po úmrtí nemocného se personál hospice postaral i o pozůstalé a nabídl jim pomoc a podporu do dalších, ne lehkých, dní.

Práce byla rozdělena na dvě části - na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části vysvětluji, co vlastně pojmy umírání a smrt znamenají. Také se zaměřuji na popis hospicové a zdravotnické péče o umírajícího člověka a na rozdíly mezi nimi. V praktické části porovnávám rozhovory s pracovníky z vybraných zařízení.

1 Proces umírání, smrt - vymezení pojmu

V této kapitole autorka práce pomocí literatury vysvětluje některé pojmy, jako umírání, paliativní léčba a podobné.

Pokud se bavíme o umírání, pak se jedná o přirozenou součást života, která předchází smrti. Klient má v této fázi snahu "srovnat účty se světem". Umírající by si měl udržet nejlepší možnou kvalitu života i v této poslední fázi. A to bez ohledu na to, jestli umírá doma, v zařízení hospicového typu anebo ve zdravotnickém zařízení (Matoušek, 2008).

Dle Haškovcové (1990) si lidé vždy přáli žít dlouho a dožít se vyššího, popřípadě vysokého věku. Umírání a smrt se dnes stalo tabuizovaným tématem. Nemluví se o něm, většinová populace se otázkou smrti nechce zabývat. Popřením ale nezmizí. V naší literatuře nebylo zpracovááno v minulosti toto téma až do doby, kdy se této problematice ujala Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., biologka a filosofka, profesorka lékařské a zdravotnické etiky. Jako první publikaci vydala roku 1975 knihu Rub života a líc smrti. Dalším jejím významným dílem v této tematice je Thanatologie: nauka o umírání a smrti.

Dle Vágnerové (2007) má obecný postoj ke smrti 3 obecné složky:

- Citový vztah, který je obvykle vyjádřen strachem a úzkostí. Tento vztah dle autorky práce, ale závisí hlavně na tom, ve které fázi se podle Kübler-Rossové klient nachází.
- Kognitivní složka, která zahrnuje postoje, zkušenosti a vědomosti, které má klient o smrti.
- Z prvních dvou bodů vyplývající chování, to bývá ovlivněno zejména emocemi umírajícího.

1.1 Příznaky blížící se smrti

Blížící se úmrtí klienta lze vyzorovat i z několika symptomů, které umírání a smrt provázejí. Nejvýraznější jsou změny ve vzhledu nemocného, které se dají snadno vyzorovat. Kůže získává šedý odstín a je lepkavě-studná, celkově má kůže nezdravý tón, který se ale vzhledově liší od barvy kůže při běžné nemoci. Oči jsou zapadlé - to způsobuje ztráta tělesného tuku, zapříčiněná snížením pohybu a příjmu potravy. Uši a nos jsou chladné. V některých případech lze pozorovat zmodrání nebo

skvrny na periferních částech těla (nejčastěji prsty na ruce a na nohu, nos), které je způsobeno selháváním krevního oběhu. Dalším příznakem jsou změny pulzu, který se stává špatně hmatatelným a nepravidelným. Dech se prohlubuje a postupně se stává namáhavým a hlasitým. Klient může být ospalý a otupělý, dokonce může upadnout do kómatu - tento symptom ale nemusí být u každého přítomný. Postupně může docházet k inkontinenci moči a stolice. Klient odmítá jídlo a pití. Pokud už o jídlo, nebo pití projeví zájem, stačí mu velmi malá porce. Klient se stává stále slabším. Postupně vyhasínají reflexy. Nemocný se potí bez ohledu na pokojovou teplotu. Se slábnoucím vědomím, přestává nemocný cítit lehké doteky a je potřeba silnějších podnětů. Místo toho, abychom klienta drželi za ruku, je potřeba silného stisku, aby naší přítomnost zaregistroval. Klient často obrací tvář k světlu. Zrak a sluch mu slábnou - vidí jen na krátkou vzdálenost a slyší nahlas a zřetelně vyslovená slova (Slezáková, 2007).

1.2 Fáze umírání a smrti

Proces umírání a smrti se obvykle dělí do tří fází. Dle Slezákové (2007) se tyto fáze dělí na:

- Pre finem, nebo také období před umíráním. Během tohoto období klient prochází pěti fázemi smíření se podle Kübler-Rossové, které jsou popsány níže.
- In finem, nebo také období umírání. Toto období se dělí na tři části.
 - Agónie, nebo také předsmrtný zápas. V této fázi dochází k selhávání některých orgánů. Základní životní funkce jsou zachovány.
 - Klinická smrt, kdy dochází k zástavě činnosti srdce a dechu. Mozková činnost je v tuto chvíli ještě zachována. V tuto chvíli je stále možné klienta oživit.
 - Biologická smrt, v této fázi již buňky (i mozkové) zanikají.
- Post finem, nebo také období po smrti. V tomto období se personál stará o tělo zemřelého. Také do tohoto období spadá psychická péče o pozůstalé.

1.3 Fáze smíření se

I když reakce umírajícího závisí především na osobnosti jednotlivce a na jeho zkušenostech, jsou zde viditelné určité zákonitosti. Jako fáze je na základě svých zkušeností popsala dr. Elizabeth Kübler-Rossová. Těmito fázemi prochází také klientovi nejbližší (Kübler-Ross 1995).

Fáze negace, popření a šoku, v angličtině označeno jako *denial*. Tato fáze je obrannou reakcí spojenou se šokem. Klient se v tomto období s nastalou situací nechce smířit. Věří, že jemu se takové věci dít nemohou, a proto se snaží najít logické vysvětlení například v záměně výsledků. Tato fáze se projevuje větami typu: "Cítím se dobře.", "To musí být omyl.", "Došlo k záměně výsledků." a podobně (Kübler-Ross 1995).

Fáze agrese, hněvu a vzpoury, nebo také v angličtině *anger*. Tato fáze přichází s uvědoměním si, že již nelze dále svůj stav popírat. Kvůli výbuchům hněvu se z pečovatelského hlediska jedná o jednu z nejsložitějších fází. Umírající může mít zlost na zdravé lidi a na osoby o něj pečující, snaží se jim vyčítat nespravedlnost svého stavu. Klient již uznává, že jeho stav je kritický, ale stále má problém se s touto skutečností smířit. Právě z toho důvodu reaguje neadekvátně agresivně a hledá viníka svého stavu. V této fázi může umírající reagovat větami typu: "Proč já? To není fér!", "Čí je to vina?" a podobně (Kübler-Ross 1995).

Fáze smlouvání a vyjednávání, v angličtině také označeno jako *bargaining*. Třetí fáze je charakteristická nadějí, že si klient může nějakým způsobem oddálit smrt. Snaží se najít zázrační lék, nebo alternativní způsob léčby. Dělá velké sliby v naději, že ho vyšší moc vyslyší a smrt oddálí. Stejně tak Křivohlavý (1995) ve své práci poukazuje na to, že ne na vše máme čas. Náš čas je omezen, a to vede k tomuto "vykupování času". V této fázi může klient pronášet věty typu: "Jen kdybych se dožil vnučiny promoce.", "Dám všechny peníze, jen abych se uzdravil" a podobně (Kübler-Ross 1995).

Fáze deprese a smutku, nebo v angličtině *depression*. V této fázi se projevuje smutek z hrozící či utrpěné ztráty. Umírající má strach z "konečného zúčtování". Začíná si uvědomovat nevyhnutelnost blížící se smrti. Toto období je důležité a musí proběhnout, proto se doporučuje nesnažit se umírajícího za každou cenu rozveselovat. V této fázi také klient hodnotí svůj dosavadní život. Vyskytuje se zde snaha najít pozitivní věci, které po sobě zanechá a vyčítání si věcí, kterých za svůj život lituje. Během fáze deprese můžeme od klienta slyšet věty typu: "A co s tím? Stejně umřu.", "Teď už to nemá smysl." a podobně (Kübler-Ross 1995).

Fáze akceptace, smíření a souhlasu je v angličtině také označována jako *acceptance*. Tato fáze se značí vyrovnáním a pokorou. Umírající si ať už vědomě

nebo podvědomě uvědomil, že boj skončil a přišel čas loučení. U klienta dochází k psychickému uvolnění. Ne každý této fáze dosáhne. Přesto je důležité snažit se klienta do této fáze dostat. Velkou pomoc v tomto ohledu může poskytnout rodina klienta. Klient v této fázi může říkat věty typu: "Bude to v pořádku.", "Když se nedá bojovat, tak bych se na to měl připravit" a podobně (Kübler-Ross 1995).

1.4 Fáze vyrovnání se

Ve své knize nabízí Navrátil (2001) i jiný pohled na vyrovnávání se s krizovou situací v důsledku nežádoucí změny v životě. Jedná se o pohled Kastové, která rozdělila vyrovnávání se do 4 fází.

Fáze popření je charakterizovaná šokem a odmítáním skutečnosti. Reakce se mohou jevit jako by bez emocí.

Fáze protestu, tato fáze je charakterizována vzdorem. Člověk v tomto období prožívá smíšené pocity. Spolu s vinou se dostavuje i strach.

Fáze bilancování, tato fáze je charakteristická vybavováním si zážitků z minulosti. Vzpomínky někdy nabývají nového významu. Smysluplnost a hodnota prožitků je pro klienta velmi důležitá.

Fáze reorganizace života, tato fáze se projevuje novým vztahem k sobě i ke světu. Intenzita klientova života je zvýšená díky vědomí, že každý den může být jeho posledním.

1.5 Paliativní péče a komunikace

Paliativní péče je péčí komplexní. Zaměřuje se na udržení kvality života klienta v terminálním stádiu onemocnění. Cílem této péče je zmírnit bolest, tělesná a duševní selhání. Paliativní péči dělíme na obecnou a specializovanou. Paliativní péče počítá s efektivní komunikací se všemi zúčastněnými a s jejich velkým emocionálním zatížením (Slezáková, 2007).

Obecnou paliativní péčí rozumíme základní ošetřovatelství, které je poskytováno zdravotním personálem v rámci jeho odbornosti, v situaci pokročilého onemocnění. Jejím základem je sledování a rozpoznávání jednotlivých symptomů a ovlivňování toho co je významné pro kvalitu klientova života (Slezáková, 2007).

Specializovaná paliativní péče je aktivní přístup v rámci mezioborové péče. Je poskytována klientům a jejich rodinám týmem odborníků se speciálním vzděláním. Příkladem je hospic, jako samostatné lůžkové zařízení (Slezáková, 2007).

1.5.1 Komunikace s umírajícím

Zvládnout komunikaci s umírajícím klientem je velmi náročný úkol. Velmi závisí na tom, ve které fázi smíření se klient nachází. Již v jedné z předchozích kapitol upozornila autorka práce na fakt, že nejobtížnější jednání s klientem je v období agrese, kdy si klient uvědomuje, že svůj stav již nadále nemůže popírat. Komunikace s umírajícím klientem klade nárok na profesionalitu a osobní zralost osoby, která s umírajícím komunikuje. Přesto je komunikace jedním z prvků, které zásadním způsobem utvářejí kvalitu paliativní péče. Vzhledem k množství klientů, o které je povinen se starat, zdravotnický personál často nezvládá poskytovat tento prvek péče v takové míře, v jaké je potřeba (Venglářová, 2006).

Komunikace mezi ošetřujícím a nemocným probíhá spojením verbální i neverbální komunikace. Pomocí této interakce je ošetřující schopen rozeznat a zhodnotit problémy, emocionální stav a zjistit pacientovy obavy a starosti. Pro současnou péči ve zdravotnictví je bohužel charakteristický nedostatek prostoru pro komunikaci (O'Connor, 2005).

Klient potřebuje znát pravdu, aby se mohl se smrtí řádně vyrovnat. Pro něj je toto vyrovnávání posledním a nejobtížnějším úkolem života. Navíc klient, který vytušil více, než mu bylo sděleno, nemá možnost sdílet své pocity s okolím a musí se s touto fází vyrovnávat sám (Virt, 2000).

S tímto tvrzením se ovšem autorka práce plně neztotožňuje. Autorka chápe, že klient potřebuje znát pravdu, ale nevěří, že tato pravda má být sdělena za každou cenu. Jak autorka práce vyzorovala z vlastní zkušenosti, velmi závisí na aktuálním psychickém stavu klienta, který musí brát ošetřující personál v potaz. Pravda, byť řečená v dobrém úmyslu, v nesprávnou chvíli může klientův stav velmi zhoršit. Proto je důležité, aby ti, kdo tuto zprávu umírajícímu klientovi oznamují, uměli odhadnout klientův stav a jeho možnou reakci.

Komunikace s rodinou nepatří ke snadným úkolům. U lidí, kteří jsou emočně účastni tohoto procesu, dochází k vnitřním konfliktům a negativním reakcím, které mohou ovlivnit i ostatní účastníky v tomto procesu. Tyto skutečnosti mohou zapříčinit

vznik komunikační bariéry mezi ošetřujícími a rodinou, popřípadě doprovázející osobou. Tyto bariéry zhoršují kvalitu péče o umírajícího klienta a tím klienta poškozují. Podle Špatenkové (2001) pak proces truchlení představuje určitý způsob zpracovávání této ztráty, proces vyrovnávání se s danou situací. Ten, kdo s rodinou komunikuje, se dostává pod tlak, kdy rodina žádá o informace, které mnohdy (vzhledem k jeho postavení) nemusí být oprávněn podávat. Hlavním úkolem pečujícího je poskytování emocionální podpory rodině, aktivní naslouchání, podpora a porozumění (O'Connor, 2005).

2 Rodina a doprovázející osoby

V této kapitole seznámí autorka práce čtenáře s možnostmi rodiny a blízkými klienta zapojit se do péče o umírajícího.

Svatošová (2008) ve své "příručce" pro doprovázení umírajících klientů uvádí, že sama dobrá vůle nestačí. Je nutné vědět jak umírajícího doprovázet. Neznalostí se totiž může umírajícímu klientovi velmi snadno ublížit. Ideální je určit si spolu s umírajícím jasný a splnitelný cíl. Tento cíl se může během nemoci upravovat a měnit. Ze začátku bude cílem zcela přirozeně rychlé a úplné uzdravení. Tento cíl se v určité fázi změní na vyrovnání se s nastalou situací a v ideálním případě na důstojné a klidné umírání. Nejde zde o pasivní přístup klienta a jeho rodiny, ale o fakt, že co jde změnit, tam se musí bojovat a co se změnit nedá, tam je potřeba vyrovnat se a přijmout danou skutečnost.

Doprovázení umírajícího klienta je velmi zodpovědným úkolem. Tento úkol mimo jiné nechává rodinu a blízké osoby prožít si s umírajícím fáze smíření se podle Kübler-Rossové, které jsou uvedeny v předchozí kapitole.

Pokud by si mohl člověk vybrat, tak by většina lidí volila smrt v co nejpozdějším věku a pokud možno tak rychlou a bezbolestnou. Pokud je ovšem nemoc, která ve většině případů předchází úmrtí, uchopena správně, mění se v příležitost. Tato příležitost má potenciál vytvořit z nemoci to nejplodnější období života. V tomto období sice klient není tak výkonný jako dříve a tak logicky nemůže vykonávat například zaměstnání. Přesto může najít zálibu v hodnotách vyššího řádu, jako je například umění, láska nebo příroda (Svatošová 2008)

Dle autorky práce je doprovázení umírajícího velmi důležitou součástí v péči o něj. Protože se jedná o velmi složitý úkol, který na sebe rodina umírajícího nebo jeho blízcí, berou dobrovolně, měla by se tato péče jak v zařízeních hospicového typu tak ve zdravotnických zařízeních podporovat.

2.1 Naděje

Naděje je jedním z nejdůležitějších aspektů v péči o umírajícího člověka. Svatošová (2008) píše, že naději nesmíme nemocnému sebrat. S tímto prohlášením autorka práce naprosto souhlasí. Je důležité, aby o tomto faktu věděli nejen příbuzní a doprovázející klienta, ale aby si jej v některých okamžicích uvědomil i ošetřující personál.

V klientovi se snažíme naději posilovat, ale snažíme se o to pomocí upřímnosti a ne lží, které klient často prohlédne, a mají tedy spíše opačný účinek. Naděje a doufání lze dosáhnout, pokud před sebou vidí klient možnosti, kterých je schopen dosáhnout malými a splnitelnými cíly.

3 Charakteristika hospicové péče o umírajícího

V této kapitole seznámí autorka práce čtenáře s myšlenkou hospice, s jeho formami a se základními body, podle kterých myšlenka hospicové péče funguje.

Hospic vidí člověka jako jedinečnou a neopakovatelnou bytost, které (stejně jako životu samému) přísluší úcta. Svým klientům zaručuje tyto tři body, které uvádí Svatošová (2008) ve své knize:

- klient nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- za každé situace bude respektována klientova důstojnost jako člověka
- klient v posledních chvílích života nezůstane osamocen

Jedná se o formu celkové ústavní péče, která je založená na paliativní medicíně. Hospicová péče zohledňuje psychické, duchovní a vztahové potřeby klienta. Tato péče klade důraz zejména na kvalitu života. Kromě péče o klienta zahrnuje také péči o klientovu rodinu a jeho blízké (Matoušek, 2008).

Během této poslední etapy života jsou potlačeny tělesné funkce. Jediná tělesná funkce, kterou má klient potřebu naplňovat, je potřeba tišení bolesti. Oproti tomu potřeby psychické a duchovní rostou. Klient se snaží uzavřít své záležitosti, rozloučit se se světem a se svými blízkými. Pokud je klient věřící, chce se usmířit také s Bohem (Matoušek, 2008).

Umírající tedy, spíše než zdravotníky (zaměřené na boj s nemocí, kteří smrt chápou jako svoji prohru), potřebuje dobrovolníka, který je ochoten věnovat mu svůj čas a pozornost. Tento dobrovolník musí unést velkou psychickou zátěž, která je spojena s doprovázením umírajícího klienta (Matoušek, 2008).

Hospicová péče v České republice je zdravotnická služba, kterou poskytují nestátní zařízení. Zdravotní pojišťovny proplácejí klientovi třetinu nákladů a řadí ji do ošetrovatelských služeb na lůžku, další úhradu zajišťují sponzorské dary a platba klienta za pobyt (Matoušek, 2008).

3.1 Formy hospicové péče

Svatošová (2008) ve své knize *Hospice a umění doprovázet* popisuje 3 druhy hospicové péče, a to:

1. Domácí hospicová péče

2. Stacionární hospicová péče (denní pobyt)
3. Lůžková hospicová péče

Domácí hospicová péče je z hlediska klienta sice ideální volbou, ale často se zde setkáváme s nedostačující péčí. Omezení této péče může být způsobeno buďto scházejícím či vyčerpaným rodinným zázemím nebo nedostatečnou odborností v ošetřování ze strany rodiny. Přesto možnost zůstat v domácím a známém prostředí většina klientů vítá. Pokud má tedy rodina klienta možnost tuto péči uskutečnit je potřeba ji v ní podporovat (Svatošová, 2008).

Stacionární hospicová péče se v určité fázi nemoci jeví jako nejlepší řešení. Jedná se o systém, kdy klient (např. kvůli chemoterapii) ráno nastoupí do hospice a ke konci dne odchází zpět do domácí péče. Kvůli nutnosti dojíždět (zařizuje buď rodina nebo hospic - záleží na dohodě) je tento druh péče vhodný spíše pro klienty, kteří bydlí v blízkosti hospice a není tak potřeba dlouhých a pro klienta někdy i velmi únavných cest do zařízení hospicového typu a zpět do domácího prostředí (Svatošová, 2008).

Lůžková hospicová péče se poskytuje, pokud není možno (ze zdravotních důvodů, nebo kvůli nemožnosti dojíždět) využít stacionární hospicové péče. Této péče lze využívat i jako odlehčovacího pobytu, který je charakterizován krátkým trváním (např. v Hospici sv. Lazara v Plzni maximálně po dobu jednoho měsíce) a s možností častého opakování. Tyto odlehčovací pobyty napomáhají rodině klienta, která si v době, kdy se o umírajícího nestará, může odpočinout a načerpat nové síly. Tím se vylepšuje péče, kterou tato rodina svému blízkému může poskytnout (Svatošová, 2008).

V tomto typu péče jsou velmi důležité i návštěvy rodiny a blízkých umírajícího. Klient si může dokonce zvolit, zda chce být ubytován s člověkem, který jej touto fází života provází (se svým průvodcem). Návštěvy klienta jsou možné 24 hodin denně, 365 dní v roce. Není na ně pohlíženo jako na překážku, ale jako na nezbytnou součást péče. Pokud má návštěva zájem zapojit se do ošetrovatelského procesu, je jí to umožněno, ale není do této péče nucená (Svatošová, 2008).

Klient má možnost uzpůsobit svůj denní režim podle toho, jak mu vyhovuje. Budí se a jí v kolik hodin chce. Pokud je to jen trochu možné, tak jí na co má chuť.

Obléká se do vlastního oblečení. Po domluvě s personálem se může klient vzdalit i z objektu hospice. Klient může také využívat společných prostor, kde se může například scházet s ostatními klienty, rodinou nebo s dobrovolníky. Všechny prostory v hospici by měli být bezbariérové, aby se tam mohl dostat i klient na lůžku (Svatošová, 2008).

3.2 Úmrtí klienta

Život se v zařízeních hospicového typu uměle neukončuje, ale ani neprodlužuje. Umělé prodlužování života, by bylo v rozporu se slibem, který zařízení hospicového typu dávají svým klientům. Extrémem je žádost klienta o urychlení smrti. Velmi často o to žádá klient, který má bolesti nebo o něj není správně a všestranně pečováno. Podle Svatošové (2008) je nejčastějším důvodem podobné žádosti nezáměr a neúcta k člověku. Je úkolem odborného personálu zjistit důvod takového přání a po odhalení příčiny je na místě zásah ze strany ošetřujícího lékaře a nastavení léčby. V některých případech je zapotřebí zásah psychologa, který s klientem může hovořit o jeho úzkostech a obavách, tedy zajistí pocit bezpečí pro klienta.

V zařízení hospicového typu je umírání bráno jako završení života. Proces umírání je u klientů rozdílný a může u každého jedince trvat různou dobu. Stejně tak jako lidé reagují různě na životní situace, reagují rozdílně i na umírání a smrt (Vágnerová 2007).

Završení života, kterým umírání je, bývá spojeno s pokyny pro pozůstalé. Toto lze chápat jako uvědomění si skutečnosti konce a jako jistou potřebu otevřené budoucnosti. Umírající se tak vyjadřuje k budoucnosti, která se jej již ne zcela dotýká, ale vztahuje se k jeho blízkým (Vágnerová, 2007).

V zařízeních hospicového typu na smrt často pracovníky upozorní doprovázející nebo rodina klienta. K umírajícímu je zavolán lékař, který jako jediný smí konstatovat smrt. Pokud je to nutné, je po úmrtí klienta jeho tělo omyto a lůžko upraveno tak, aby se pozůstalí mohli se svým zemřelým důstojně a v klidu rozloučit. Blízcí mají na rozloučení dostatek času a soukromí. Je jen na nich jak dlouho chtějí se zemřelým zůstat.

Poté co se rodina a blízcí se zemřelým rozloučí, je tělo přemístěno do vyhrazených prostor. Pokud má rodina zájem je možné finanční vypořádání. Většina pozůstalých se domluví na pozdějším termínu, kdy tyto záležitosti vyřídí. Sociální a zdravotničtí pracovníci uzavírají veškeré spisy, které o zemřelém měli. Jako poslední rozloučení zapisuje jeden z pracovníků jméno zemřelého do knihy "Nezapomínáme".

4 Charakteristika zdravotní péče o umírajícího

V této kapitole autorka práce seznámí čtenáře s péčí o umírajícího z pohledu zdravotnických pracovníků, ve zdravotnickém zařízení. V této kapitole je popsána péče o umírajícího a mrtvého klienta v nemocničním zařízení.

Smrt (exitus) je dle zdravotnického hlediska konec biologické existence. Jinak řečeno smrt je opakem života. Obzvláště ve zdravotnických zařízeních je smrt většinou vnímána jako prohra ošetřujícího týmu, který se jí snaží zabránit. V zásadách péče o umírajícího má ošetrovatelský personál povinnost zachovat plnou a kvalitní péči o klienta až do okamžiku úmrtí (Slezáková, 2007).

4.1 Zajištění potřeb umírajícího klienta

Zdravotnický personál u klienta zajišťuje potřeby bio-psycho-sociální. V této péči je potřeba brát ohled na klienta, který může trpět různými symptomy choroby, poruchami vědomí nebo narušením psychiky. Zdravotnický personál má povinnost vnímat člověka jako jedinečnou bytost a jako takové jí nabídnout jedinečnou, individuální péči. Vzhledem k uzpůsobení personálních poměrů ve zdravotnických zařízeních je ovšem možnost individuálního přístupu velmi omezena (Slezáková, 2007).

Od zdravotnického personálu se očekává především empatie a porozumění, pochopení potřeb nemocného. To vyžaduje dobrou orientaci v lidské psychice a navíc to klade nároky na osobnost ošetřujícího zdravotnického personálu. Střední zdravotnický personál by se měl (dle zdravotnické literatury) řídit několika jednoduchými zásadami, které napomáhají ve vztahu zdravotnického personálu a pacienta/klienta. Mezi tyto zásady patří například důraz na verbální i neverbální komunikaci. Dále je sem zahrnuto opravdové jednání a nepřetvářování se. Klienti jsou většinou schopni tuto přetvářku prohlédnout, čímž se naruší vztah mezi ošetřujícím a ošetřovaným. Pokud je zde možnost, má ošetřující zdravotnický personál doporučeno udělat si na pacienta čas a věnovat mu ho (Slezáková, 2007).

4.2 Úmrtí klienta

Je potřeba rozlišit takzvané nejisté a jisté známky smrti. Mezi nejisté známky se řadí zornice nereagující na světlo a absence kardiovaskulárních funkcí (nejsou přítomny známky srdeční činnosti). Jako jisté známky se uvádějí posmrtné skvrny a chladnutí těla (Slezáková, 2007).

U klienta, který nejeví známky základních životních funkcí, zahajuje lékař, nebo sestra, kardiopulmonální resuscitaci (nepřímou srdeční masáž). Od tohoto postupu lze ustoupit pouze v případě očekávané a neodvratné smrti. V případě, že byla kardiopulmonální resuscitace neúspěšná (nebo se od ní z výše uvedených důvodů ustoupilo) provede lékař prohlídku zemřelého klienta (to znamená ohledání celého těla a zaznamenání nesenímátelných zubních náhrad z bílého nebo žlutého kovu a nesejmutelných cenností) a pokud je to možné, určí příčinu smrti (Slezáková, 2007).

Poté lékař zapisuje datum a čas úmrtí, vyplní formulář "List o prohlídce mrtvého", formulář "Oznámení o úmrtí" a formulář "Průvodní list ke klinické pitvě dospělých". Formulář "Oznámení o úmrtí" se zasílá rodině klienta (Slezáková, 2007).

Po stanovení úmrtí klienta lékařem zahajuje péči o mrtvé tělo podle ošetrovatelských standardů sestra, nebo ošetrovatelský personál. Tato péče zahrnuje zajištění soukromí, odstranění veškerých pomůcek doplňujících lůžko (klient leží na prostěradle a gumové podložce), svléknutí a omytí klienta. Sestra klientovi odlepuje náplasti a popřípadě zkrátí dreny, omyje znečištěné oblasti. Poté klienta ukládá do vodorovné polohy. Někdy je nutné podvázat bradu. Je nutné pečlivě označení zemřelého. Poté zajišťuje sestra odvoz na oddělení patologie (po dvou hodinách) (Slezáková, 2007).

5 Metodologie výzkumného šetření

Tato kapitola čtenáře seznamuje s výzkumnou strategií, výzkumným souborem, konceptualizací výzkumného problému a cílů práce, výzkumnými metodami, způsoby sběru dat a způsoby vyhodnocení dat, které byly autorkou práce v tomto výzkumném šetření použity.

5.1 Konceptualizace výzkumného problému a cílů

Hlavním výzkumným cílem této práce bylo **"zmapovat přístup odborných sociálních pracovníků vybraných zařízení k umírajícím klientům"**. Pro naplnění tohoto cíle si autorka určila výzkumné oblasti, kterým se věnovala hlouběji. Z těchto oblastí si autorka určila dílčí cíle výzkumného šetření, které uvádí níže. Pro lepší přehlednost těchto dílčích oblastí a cílů je níže uvedena i jejich tabulka.

Jako výzkumné oblasti si autorka určila:

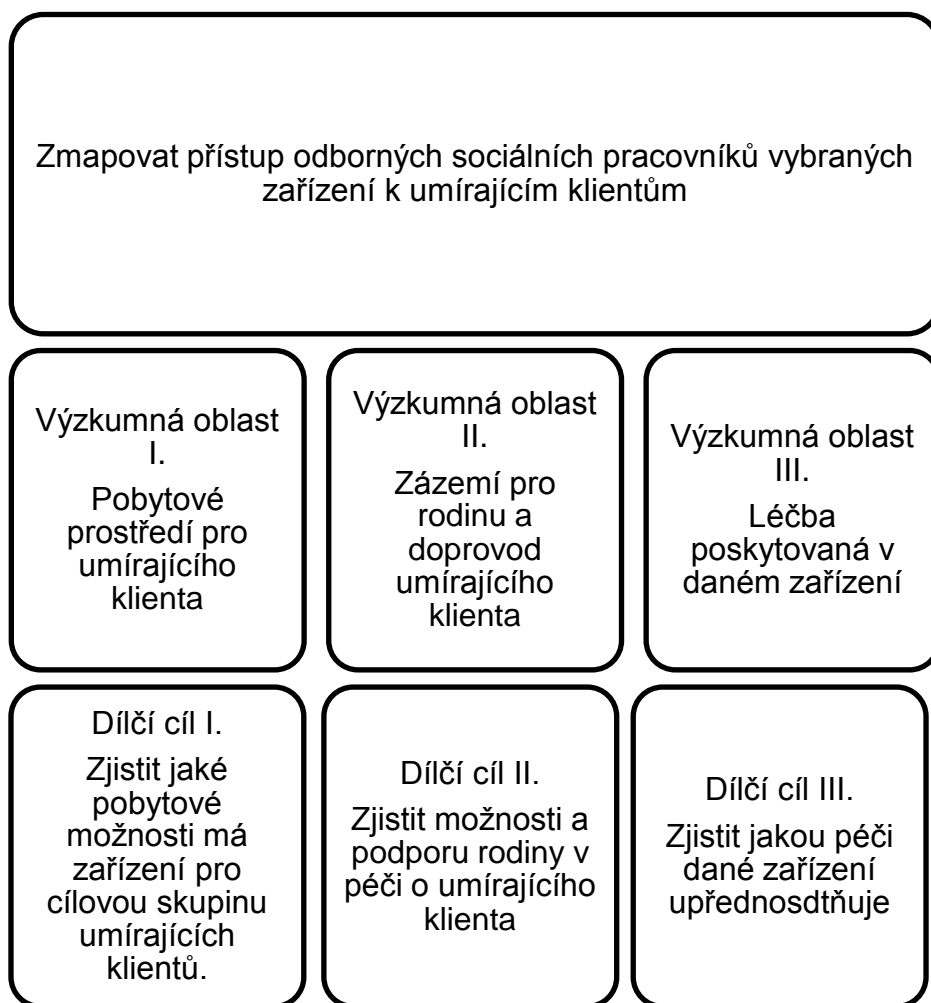
- Pobytové prostředí pro umírajícího klienta.
- Zázemí pro rodinu a doprovod umírajícího klienta.
- Léčba poskytovaná v daném zařízení.

Výzkumnou oblast *pobytové prostředí pro umírajícího klienta* autorka zkoumala pomocí rozhovoru. Z dané oblasti si autorka vytvořila tento dílčí cíl: zjistit jaké pobytové možnosti má zařízení pro cílovou skupinu umírajících klientů.

Jako dílčí cíl, v oblasti *zázemí pro rodinu a doprovod umírajícího klienta* byl určen: zjistit možnosti a podporu rodiny v péči o umírajícího klienta.

Jako dílčí cíl v oblasti *léčba poskytovaná v daném zařízení* si autorka práce určila: zjistit jakou péči dané zařízení upřednostňuje.

Tabulka 1



zdroj: Vlastní výzkum

5.2 Výzkumná strategie

Pro zpracování výzkumu si autorka zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Autorka ji pro svůj výzkum považuje za přínosnou zejména proto, že v běžném případě si výzkumník na začátku výzkumu vybírá téma a určí si základní výzkumné otázky. Tyto otázky může měnit nebo doplňovat v průběhu výzkumu a během sběru a analýzy dat (Hendl 2005).

Jako nevýhodu této výzkumné strategie autorka práce považuje zejména subjektivitu pozorovatele, který do výzkumu může promítnout i své názory a zkušenosti. Jako další nevýhodu tohoto výzkumu uvádí Hendl (2005) možnost, že se získaná znalost nemusí dát zobecnit na populaci nebo na jiné prostředí.

5.3 Výzkumný soubor

S ohledem na hlavní cíl práce, což je "**zmapovat přístup odborných sociálních pracovníků vybraných zařízení k umírajícím klientům**" byly vybrány dvě skupiny respondentů. Výběr respondentů byl tedy cílený. V každé skupině si autorka vybrala pracovníka sociálních nebo zdravotnických služeb.

Vzhledem ke kritériím, které udává samotný název bakalářské práce (Přístupy k umírajícím ze strany odborných pracovníků v pobytovém zařízení sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních na Plzeňsku), byli tito respondenti vybráni podle následujícího:

- Respondent se ve své práci setkává s umírajícími lidmi, a má pro tuto práci odpovídající odbornou kvalifikaci, potřebnou pro výkon sociální práce (předpoklady pro výkon práce sociálního pracovníka jsou uvedeny v zákoně č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. Mezi tyto předpoklady patří bezúhonnost, plná svéprávnost a odborná způsobilost - vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské vzdělání, absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů).
- Respondent je zaměstnán v pobytovém zařízení sociálních služeb, nebo ve zdravotnickém zařízení v Plzeňském kraji.

Podle těchto kritérií vybrala autorka práce dva respondenty, na pozici sociální pracovník, kteří se zúčastnili výzkumného šetření. Účastníkům výzkumného šetření byla zaručena anonymita. Účastníci výzkumného šetření také podepsali informovaný souhlas s uveřejněním výsledků tohoto výzkumného šetření.

Rozhovor byl nejprve realizován se zaměstnancem zdravotnického zařízení a poté se zaměstnancem zařízení hospicového typu. Oba respondenti, se kterými navázala autorka práce spolupráci, zastávali pozici středního managementu v oblasti sociální práce. Respondenty byly ženy ve středním věku s více než deseti lety zkušeností v daném oboru.

5.4 Výzkumný terén

V této kapitole autorka představí organizace, ve kterých probíhalo výzkumné šetření pro tuto práci.

5.4.1 Zařízení hospicového typu

Vzhledem k zaručení anonymity účastníkům výzkumného šetření není uveden název zařízení. Zařízení hospicového typu je nestátní zdravotnickou organizací, kterou provozuje občanské sdružení. Financování hospice je více zdrojové. Jedním z příjmů je i platba pacienta za pobyt. Cílovou skupinou jsou nemocní (zejména onkologicky) v paliativním stádiu.

Organizace je mimořádná zejména přístupem ke klientům. Organizace nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že bude zachována jeho důstojnost a že v posledních chvílích života nezůstane sám.

5.4.2 Způsob práce sociálního pracovníka v organizaci

Sociální pracovník má na starosti hospicovou poradnu, kde většinou dochází k prvnímu kontaktu s rodinou. Vyhledávají ji lidé, kteří se ocitli v situaci závažného onemocnění některého ze svých blízkých. Některé rodiny chtějí o své blízké pečovat doma, v takovém případě jim sociální pracovnice podá informace o podpůrných zařízeních, jako jsou agentury domácí péče nebo ambulance bolesti. Také informuje o možnosti vypůjčit si pomůcky pro ulehčení péče. Zařízení hospicového typu poskytuje také odborné sociální poradenství, kdy rodinám např. pomáhá s žádostí o Příspěvek na péči.

Při příjmu klienta informuje sociální pracovník o poskytovaných službách v zařízení a pro ulehčení pobytu zjišťuje i klientovy záliby (hledá tím možnost zapojit klienta do arteterapie, nebo různých aktivit s dobrovolníky). Dále zjišťuje sociální zázemí, duchovní potřeby a vztah k onemocnění. Po úmrtí klienta pomáhá pozůstalým s vyřízením nezbytných kroků.

Během dne se sociální pracovník věnuje zejména péči o klienta (jak o jeho dokumentaci, tak o klienta jako osobu). Pravidelně za klientem dochází, povídá si s ním a popřípadě i s rodinou. V této péči blízce spolupracuje se zdravotnickým personálem v organizaci.

5.4.3 Zdravotnický holding Plzeňského kraje

Úkolem této společnosti je řídit krajské nemocnice, jejichž zřizovatelem je Plzeňský kraj (nemocnice ve: Stodě, Klatovech, Domažlicích, Rokycanech, Plané a Horažďovicích). Toto uspořádání má zajistit jednotné řízení a plánování v těchto zařízeních. A to tak, aby byl zajištěn maximální užitek a zlepšení poskytované péče.

Dále toto uspořádání napomáhá spolupráci mezi zdravotnickými pojišťovnami a nemocnicemi v Plzeňském kraji. Z těchto zdravotnických zařízení bylo vybráno jedno, které je popsáno podrobněji a ve kterém bylo provedeno výzkumné šetření. V rámci zaručení anonymity není uveden název daného zdravotnického zařízení (<http://www.zdraveplzensko.cz/>).

5.4.4 Vybrané nemocniční zařízení

Zřizovatelem a jediným akcionářem vybraného zdravotnického zařízení je Plzeňský kraj. Financování je více zdrojové. Jedním z příjmů byla v době výzkumného šetření i platba pacienta za pobyt. Nemocnice má pět samostatných lůžkových oddělení (chirurgické, interní, gynekologicko-porodnické, dětské a oddělení s následnou péčí).

5.4.5 Způsob práce sociálního pracovníka v organizaci

Sociální pracovník má na starost pomoci klientovi se zajištěním následné péče po propuštění z nemocničního zařízení. Také pomáhá klientovi sehnat potřebné pomůcky pro tuto péči. Pokud má klient zájem o následnou péči, pomáhá mu sociální pracovník s vyplněním žádosti o přijetí do vhodného zařízení.

Pomocí základního poradenství seznamuje sociální pracovník, dle potřeby, klienta s možnostmi získání dávek sociálního zabezpečení, na které má nárok. Na základě žádosti, kterou klient podává, zajišťuje sociální pracovník doručení důchodu do nemocničního zařízení.

5.5 Výzkumné metody

Pro svou bakalářskou práci autorka využila polostandardizovaného rozhovoru.

Uvedenou metodu si autorka vybrala pro pružnost, kterou polostandardizovaný rozhovor umožňuje. Jde o interakci mezi dotazovaným a tazatelem, kdy tazatel má možnost reagovat na odpovědi dotazovaného podle jeho potřeby a podle potřeb jeho výzkumného šetření. Otázky jsou tedy kladeny dle okolností. Rozhovor může být skupinový nebo individuální, standardizovaný, nestandardizovaný a polostandardizovaný, přičemž autorka si pro své výzkumné šetření vybrala individuální polostandardizovaný rozhovor (Holeček, 2007).

Na začátku polostandardizovaného rozhovoru je nutné odstranit bariéru mezi respondentem a tazajícím se. Proto je potřeba na začátku rozhovoru podávat otázky,

kteřé se týkají neproblémových skutečností. Snažíme se pokládat otázky, které nabádají odpovídajícího k popisnému hovorů. Postupně se během rozhovoru tázající dostává k otázkám s větší důležitostí, které se většinou týkají názorů a pocitů respondenta (Hendl 2005).

5.6 Sběr dat

Polostandardizované rozhovory probíhaly v soukromí, a to z důvodu důvěrného charakteru podávaných informací. Vzhledem k ochotě tyto důvěrné informace poskytovat byla respondentům slíbena anonymita. Protože jsou i bez uvedení jmen ve svých zařizováních (jakožto jediní sociální pracovníci) snadno dohledatelní, nebyl nikde v této práci uveden název zařizování, ve kterém bylo výzkumné šetření prováděno. Místo toho jsou tato místa označována jako zdravotnické zařizování a zařizování hospicového typu.

Autorka práce, jako zhotovitel výzkumného šetření, je povinná přijmout zodpovědnost za objektivitu prováděného výzkumného šetření. Pokud mají účastníci výzkumného šetření zájem o seznámení se s jeho výsledky je dle Pelikána (1998) užitečné tyto výsledky vhodnou formou sdělit. Přesto Hendl (2005) připouští, že pokud by zkoumaným osobám nebyla z větší či menší části zatajena pravda, většina výzkumných šetření by se nikdy neuskutečnila.

Je potřeba, aby se autor výzkumného šetření zabýval i emočním bezpečím respondenta. K tomu je navíc dle Pelikána (1998) nutné, zejména ve výzkumných šetřováních ve společenskovědních oborech, zohlednit citlivost osobnosti autora. Každý výzkum, nebo výzkumné šetření totiž může mít jak pozitivní tak negativní dopad na osobnostech všech zúčastněných na experimentu.

Polostandardizované rozhovory byly v zařizování hospicového typu a ve zdravotnickém zařizování předem domluveny, a to konkrétně na květen 2014. Respondenti byli informováni o tom, že rozhovor je nahráván a s jeho záznamem souhlasili. Struktura rozhovoru je přiložena jako příloha. Vzhledem k pracovnímu vytížení respondentů probíhaly rozhovory v rozmezí 30 až 45 minut.

5.7 Způsob vyhodnocení dat

Rozhovory byly nahrány na záznamové zařizování a poté přepsány do textové podoby. To zajistilo autorce snadnější orientaci v rozhovorech. Po zredukování dat je autorka rozdělila na kategorie. V této práci byla data hodnocena pomocí takzvaného

otevřeného kódování, které Hendl (2005) definuje jako tematické rozkrývání textu. Odpovědi respondentů tedy byly porovnávány mezi sebou a autorka práce v nich hledala rozdíly a podobnosti.

6 Interpretace výsledků výzkumného šetření

Z výzkumného šetření byly získány informace kvalitativního charakteru. Jejich shrnutí následně poslouží k reflexi naplnění dílčích výzkumných cílů, jakož i hlavního výzkumného cíle.

6.1 Pobytové prostředí pro umírajícího klienta

V této výzkumné oblasti byl určen dílčí cíl: zjistit jaké pobytové možnosti má zařízení pro cílovou skupinu umírajících klientů. Na toto odpovídalo několik otázek.

Jak je u Vás zabezpečeno soukromí klienta?

Zatímco zdravotnické zařízení má samostatné pokoje (takzvané nadstandardy) pouze za příplatek a v omezeném množství, pokoje v zařízení hospicového typu jsou jednolůžkové (popřípadě s přistýlkou pro rodinného příslušníka). Pokud si klient ve zdravotnickém zařízení nadstandardní pokoj nezajistí, případně není-li volný, je ubytován na vícelůžkovém pokoji s dalšími klienty. Možnost soukromí je tak velmi omezena. Jedná-li se o chodícího klienta, má možnost odejít s blízkými do zahradního komplexu, nebo do místnosti pro návštěvy. Ani na jednom z těchto míst, ovšem nemusí mít klient s blízkými osobami soukromí. U nepohyblivých klientů je situace složitější. V některých případech mohou opustit lůžko na pojízdném křesle, za pomoci příbuzných. Pokud je klient ve vážnějším stavu a nemůže již ani sedět, tak neopouští pokoj. Výjimkou jsou odborná vyšetření, na která jej na lůžku přesune ošetřující personál.

Jakým způsobem upravujete prostředí pro umírajícího klienta?

Ve zdravotnickém zařízení je velmi omezená možnost výzdoby pokoje vlastními předměty. Hlavním z důvodů je, že klientovy předměty nesmí omezit ani zkomplikovat léčebnou nebo ošetrovatelskou péči. To znamená, že si do lůžka může dát vlastní polštářek popřípadě i deku. Na nočním stolku si nejčastěji klienti vystavují rodinné fotografie nebo drobné dárky od dětí a vnoučat. Oproti tomu v zařízení hospicového typu má klient možnost vyzdobit si pokoj i většími věcmi (jako příklad bylo uvedeno dokonce houpací křeslo), čímž získá místnost domácíjší nádech a klient tak lépe vnímá nové prostředí. Dále mají klienti k dispozici plně vybavenou kuchyňku s lednicí a na pokojích mají televizor. Během léta jsou pokoje vybaveny větráky, aby měli klienti co největší pohodlí. Klientovi se tím zvyšuje psychický

komfort a péče o něj se tak stává pro ošetřující personál z tohoto hlediska jednodušší.

Jak veliké máte pokoje?

Ve zdravotnickém zařízení jsou pokoje jednolůžkové, nadstandardní pokoje (za příplatek) a poté dvou a šesti lůžkové pokoje. V případě plného obsazení lůžek na oddělení se na pokoje přidávají přistýlky. Pokoje jsou takto zařízeny kvůli omezeným možnostem starší budovy. Zařízení hospicového typu nabízí pokoje jednolůžkové, na kterých je možnost přistýlky pro rodinného příslušníka nebo pro doprovázející osobu.

Jaká část vašich lůžek je vyhraněna pro paliativní medicínu popřípadě pro umírající?

V zařízení hospicového typu jsou pro umírající vyhraněna všechna lůžka. Ve zdravotnickém zařízení se jedná zejména o lůžka na oddělení následné péče. S paliativní léčbou je možné setkat se i na ostatních odděleních zdravotnického zařízení, kde jsou takzvaná akutní lůžka.

Autorka práce zjistila, že v obou zařízeních, ve kterých bylo prováděno výzkumné šetření, je možnost úpravy pokoje klientovými věcmi. Tato úprava se dá v zařízení hospicového typu udělat ve větším měřítku. Ve zdravotnickém zařízení je prostor pro tyto úpravy omezen, klient si může vyzdobit drobnými předměty své lůžko a noční stolek. Díky tomu, že jsou v zařízení hospicového typu pokoje jednolůžkové, je zde zajištěna možnost mnohem většího soukromí než ve zdravotnickém zařízení. Celá situace je podmíněna technickým stavem budov, kdy je nutné si uvědomit, že zatímco vybrané zařízení hospicového typu bylo vybudováno celkem nedávno, budova vybraného zdravotnického zařízení vyrostla před mnoha lety. Ve zdravotnickém zařízení sice probíhaly v několika posledních letech rekonstrukční práce, které posunuly po provozní stránce vybavenost zdravotnického zařízení kupředu, ale úprava velikosti pokojů byla vzhledem ke stavu zdravotnického zařízení stavebně omezená.

Celkově je autorka práce toho názoru, že pobytové prostředí pro umírajícího klienta je lépe uzpůsobeno v zařízení hospicového typu. Zároveň si autorka práce uvědomuje, že i když je z mnoha důvodů toto prostředí pro umírajícího klienta

důležité, tak jen pobytové prostředí nemusí být to hlavní. Nejdůležitějším prvkem je přístup ošetřujícího personálu.

6.2 Zázemí pro rodinu a doprovod umírajícího klienta

V této výzkumné oblasti byl určen dílčí cíl: zjistit možnosti a podporu rodiny v péči o umírajícího klienta. Na toto odpovídalo několik otázek.

Jaké možnosti návštěv má rodina umírajícího klienta?

Ukázalo se, že zatímco příbuzní a blízcí klientů zařízení hospicového typu mohou přijít na návštěvu v podstatě kdykoli, rodina umírajícího klienta ve zdravotnickém zařízení je omezena návštěvní dobou, která je na každém oddělení individuální. Blízcí klienta ve zdravotnickém zařízení se sice mohou domluvit na návštěvu i mimo určené hodiny, toto se ale povoluje výjimečně a i tak se jedná pouze o omezený čas. Tyto výjimky je nutné domluvit s vedoucím lékařem, nebo staniční sestrou na daném oddělení. I zde je patrný léčebný režim, kterému se tyto návštěvy musí přizpůsobit.

Jak máte zajištěné zázemí pro rodiny umírajících klientů?

V této otázce autorka práce zjistila, že více zázemí pro rodiny klienta nabízí zařízení hospicového typu, které má možnost ubytovat se na pokoji s klientem a odebírání jídla. Oproti tomu zdravotnické zařízení má pro rodiny klientů několik jídelních automatů a bufet, ve kterém si mohou nakoupit jak všichni klienti, tak jejich rodiny.

Jakým způsobem se mohou ve vašem zařízení rozloučit příbuzní s umírajícím?

Ve zdravotnickém zařízení nejsou na takovéto rozloučení uzpůsobeny prostory. V zařízení hospicového typu mají blízcí možnost rozloučit se se zesnulým na jeho pokoji, kde jej personál umyje, převleče a ponechává, dokud se rodina nerozloučí.

Jakým způsobem podporujete pozůstalé?

Ve zdravotnickém zařízení je spolupráce s rodinou a blízkými ukončena ve chvíli, kdy personál nemocnice předá rodině věci po zemřelém. Další spolupráci s blízkými už nenavazuje. Zařízení hospicového typu pro pozůstalé pořádá setkání,

kteřá jsou dobrovolná a začínají vzpomínkovou mší. Na těchto setkáních mohou pozůstalí sdílet své zážitky a navzájem se podporovat.

V zařízení hospicového typu má rodina po úmrtí klienta možnost využít jak lékařů zaměstnaných v zařízení, tak i hospicové poradny. Oproti tomu zdravotnické zařízení nenabízí pro klientovy blízké po jeho úmrtí žádné služby.

V obou zařiceních je možnost navštřevovat klienta, ale ve zdravotnickém zařízení je doba omezená návštěvními hodinami. V zařízení hospicového typu je naopak možnost návštěv neomezená. Zařicení hospicového typu také poskytuje větší podporu příbuzným a blízkým klienta.

Autorka práce je toho názoru, že v této výzkumné oblasti je nejzřetelnější rozdíl mezi zdravotnickou péčí, jejíž spektrum klientů a pacientů je velmi široké a věnuje se léčbě člověka od narození až po úmrtí, a hospicovou péčí, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a je úzce zaměřena na kvalitní odchod ze života.

6.3 Léčba poskytovaná v daném zařízení

Jako dílčí cíl byl v této oblasti určen: zjistit jakou péčí dané zařízení upřednostňuje. Pod tento dílčí cíl nebyla zařazena pouze péče o biologické potřeby, ale také o potřeby psychické a duchovní, protože člověk je bytostí bio-psycho-socio-spirituální.

Čím podporujete možnost duchovního vyrovnání se klienta se smrtí?

Ve zdravotnickém zařízení má klient možnost domluvit si návštěvu s knězem. Zdravotnické zařízení jim ovšem nemůže zajistit soukromí. Oproti tomu zařízení hospicového typu má domluveného kněze, který za klienty pravidelně dochází na jejich pokoje, nebo celebruje mši v hospicové kapli.

Jak podporujete psychické potřeby umírajícího?

Ve zdravotnickém zařízení je vztah mezi zaměstnanci a klientem stavěn na upřímnosti. Zprávu o stavu klientovi podává lékař, který jej ošetřuje. Nepříjemným zprávám se zaměstnanci nemocnice nevyhýbají, ale říkají je s ohledem na klientův stav. V zařízení hospicového typu má klient možnost o svém zdravotním stavu mluvit

s kýmkoli - záleží na tom, v kom nalezne důvěru. Pracovníci mají možnost v případě potřeby probrat situaci s psychologem.

Jakým způsobem podporujete odbornost a odborné znalosti svých pracovníků?

Obě zařízení uvedla, že své pracovníky posílají na vzdělávací akce (nebo jim tyto akce sama pořádají), tak aby zaměstnanci splňovali podmínky celoživotního vzdělání. Hospic má ovšem možnost zaměřit vzdělávání svých zaměstnanců cíleněji s ohledem na celkové zaměření zařízení.

Jakou péči o klienta upřednostňujete?

Zdravotnické zařízení uvedlo, že upřednostňuje léčebnou péči, protože cílem zdravotnického zařízení je vyléčení. Většinu úmrtí často vnímají jako prohru svého týmu. V zařízení hospicového typu se upřednostňuje péče paliativní, která klientovi umožňuje důstojný odchod ze života.

Jak vnímáte své zařízení a jeho péči o umírající klienty?

Ve zdravotnickém zařízení je toto vnímání odlišné na každém oddělení. To je způsobeno širokou škálou klientů, kteří vyhledávají péči tohoto zařízení. Na všech těchto odděleních je však garantovaná maximální možná péče o klienta, kterou zaručuje veškerý personál zdravotnického zařízení. Zařízení hospicového typu vnímá své služby jako pozitivní a potřebné. A to zejména kvůli často nesprávné nebo nedostačující léčbě bolesti, se kterou se klienti mohou setkat ve zdravotnických zařízeních.

Jak by se dle vašeho názoru dala tato péče vylepšit?

Zařízení hospicového typu uvedlo, že jako možné vylepšení vnímá další vzdělávání zaměstnanců. To samé udalo i zdravotnické zařízení, které k tomu dodalo i postupné zlepšování technického zázemí, tak jak to dovolí technický stav a prostory budovy.

V obou zařízeních se klientům dostává maximální možné péče. Ve zdravotnickém zařízení se prolíná léčba kurativní (neboli léčebná) s léčbou paliativní. Záleží na tom, zda se jedná o takzvaná akutní lůžka nebo lůžka následné péče. V zařízení hospicového typu je léčba převážně paliativní.

Autorka práce zjistila, že zdravotnické zařízení v souladu se svým cílem, tedy vyléčit většinu pacientů, používá většinou kurativní léčbu. Přesto jsou případy, kdy ustupuje od snahy vyléčit, ke snaze zmírnit bolest a zlepšit konec života. Zařízení hospicového typu oproti tomu upřednostňuje léčbu paliativní, která mu pomáhá plnit jeden ze slibů daných klientovi a to, že bude zachována důstojnost a kvalita jeho života.

7 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

V této kapitole shrne autorka práce výsledky výzkumného šetření a porovná je s teoretickými základy, které jsou uvedeny v teoretické části práce.

V první části výzkumného šetření, během které se autorka věnovala dílčí oblasti pobytové prostředí pro umírajícího klienta, ověřila autorka práce teoretické znalosti, které jsou uvedeny ve třetí a čtvrté kapitole, která se věnuje péči v zařízeních hospicového typu a ve zdravotnických zařízeních. Velmi důležitou byla v této oblasti i otázka soukromí klienta, která je ve zdravotnických zařízeních často velmi omezena. Autorka práce chápe, že tato omezení jsou způsobena především technickým uspořádáním budov, kdy na některých pokojích je v případě nouze i více než šest klientů. Toto uzpůsobení je pro klienty velmi omezující, protože každý člověk je bytost jedinečná a na takto malých prostranstvích se ve větším počtu klientů nelze vyhnout nepříjemným nedorozuměním. Umírající může mít problém například s ulevěním od bolesti, kdy buď nechce rušit ostatní klienty, nebo se stydí své prožívání ventilovat před cizími lidmi. Tato omezení snižují mimo jiné i klientův psychický komfort a může vyústit v negativní reakce na okolí. Právě z tohoto důvodu bere autorka práce jednolůžkové pokoje, které nabízí zařízení hospicového typu jako vysoce přínosné.

V druhé části výzkumného šetření, během které se autorka věnovala dílčí oblasti zázemí pro rodinu a doprovod umírajícího klienta, autorka práce ověřila teoretické poznatky, které jsou uvedeny v první a druhé kapitole, které se mimo jiné věnují komunikaci pečujících s rodinou klienta a možností rodiny klienta zapojit se do péče o něj. Autorka práce považuje tuto oblast za velmi důležitou, neboť z vlastní zkušenosti ví, že to, jak je umožněno rodině a blízkým strávit čas a rozloučit se s milovanou osobou, velmi ovlivňuje vnitřní vyrovnání se s odchodem této osoby. Podle výsledků výzkumného šetření je péče o rodinu klienta ve zdravotnickém zařízení velmi omezena a zaměřena spíše na zdravotní potíže, které může stres a odchod blízké osoby vyvolat. Oproti tomu zařízení hospicového typu se o pozůstalé stará díky svým lékařům jak po zdravotní stránce a díky setkáním pozůstalých i po stránce duševní. Spolupráce s blízkými klienta není důležitá pouze pro rodinu a doprovod klienta, ale také značně ulehčuje a zkvalitňuje péči o umírajícího. Autorka práce souhlasí se Svatošovou (2008), že ani vysoká odbornost nemůže nahradit osobu, kterou klient zná většinu svého života, věří jí a miluje ji.

Ve zdravotnických zařízeních je dle autorky práce potřeba zaměřit některé vzdělávací akce na problematiku kontaktu komunikace s umírajícím klientem a s jeho rodinou popřípadě s doprovázející osobou. Mnohdy klientům a jejich rodině právě kontakt s ošetřujícími pomáhá projít si fáze smíření a vyrovnání se.

Autorka práce souhlasí se Svatošovou (2008), která hned v první kapitole hovoří o tom, že jak umírající tak jejich doprovod si zaslouží více času i pozornosti od lékařů. Autorka by toto tvrzení rozšířila i o zdravotnické pracovníky, zejména ve zdravotnických zařízeních. Naopak nesouhlasí, že nejrozšířenější chybou je takzvaná milosrdná lež. Autorka práce je toho názoru, že v tomto případě musí být přístup k volbě tohoto postupu individualizovaný a závisí zejména na znalosti prožívání a psychického stavu klienta. Autorka mimo jiné souhlasí i s tvrzením Svatošové (2008), že každý člověk i každá situace jsou jedinečné a jiné, a tedy i přístup by měl být jedinečný - individuální. A jak říká Svatošová i tvůrčí. Rozhodně ne rutinní.

Ve třetí části výzkumného šetření, během které se autorka věnovala dílčí oblasti léčba poskytovaná v daném zařízení, si autorka práce ověřila teoretické poznatky, které jsou uvedeny ve třetí a čtvrté kapitole, které se věnují péči v zařízení hospicového typu a ve zdravotnickém zařízení. V této dílčí oblasti se autorka práce nevěnovala pouze léčbě jako takové, ale i péči o psychiku a "duši" klienta. Tím se z tohoto dílčího cíle stává dle autorky jeden z nejdůležitějších bodů celé práce. Autorka práce to takto vnímá hlavně kvůli osobním zkušenostem, kdy viděla umírat jak vyrovnané a klidné klienty, kteří smrt "vítali" jako rovnocenného partnera se kterým jsou připraveni odejít na další úsek cesty tak i klienty, kteří se snažili smrti za každou cenu vyhnout a odcházeli nepřipravení či dokonce v bolestech a s křikem. Autorka práce se tím nesnaží říct, že pasivní čekání na smrt je lepší volbou, ale souhlasí s cílem zařízení hospicového typu, že lze zlepšit kvalitu života umírajícího, a že lze umírat se zachováním důstojnosti.

Autorka se ztotožňuje s názorem Svatošové (2008), že i pro umírajícího je nutná naděje, která je taktikou spíše v zařízeních hospicového typu. Jedná se o malé, ale splnitelné cíle, které lze nalézt v životě či blízké budoucnosti každého člověka. Vytvářet tyto cíle je časově náročné a logicky se tedy v hektickém, zdravotnickém zařízení hledá hůře čas na jejich vytvoření a realizaci.

Autorka si v době zpracovávání a analýze rozhovorů uvědomila, že zejména pracovníci zdravotnických zařízení mají jisté rezervy v individuálním přístupu k umírajícím. Zdravotníci a někdy i lékaři, jako by se snad schovávali za svoji profesi jako za štít, který je má ochránit od vnímání emocí a bolestného prožívání, které sebou umírání přináší jak umírajícímu tak i jeho blízkým.

Závěr

Pokud bych měla porovnat obě zařízení pak pulzující, hektický provoz nemocnice lze přirovnat k řece, prudce tekoucí, měnící v některých okamžicích tempo a tvar. Stejně tak v nemocnici je péče o nemocného a záchrana lidského života v okamžicích krize strhující. Tak jako hledá tato řeka cestu kupředu, hledají lékaři a zdravotníci nové postupy a metody pro záchranu a prodloužení lidského života.

Na druhou stranu hospicové zařízení by bylo možné přirovnat ke klidnému, zádumčivému, rozjímajícímu veletoku. Ten svým klidem a pozvolným tokem před koncem dosahuje harmonie a vyrovnaní. Téhož může dosáhnout člověk před smrtí, který je podpořen zaměstnanci hospice a dosahuje tak smíření a klidu.

Stejně jako je těžké porovnat řeku u pramene, s veletokem v oblasti delty, je jen velmi nesnadné porovnat zdravotnickou a hospicovou péči o umírajícího. Jsou to dva rozdílné přístupy k jednomu problému. Přes veškeré nastavení pravidel, postupů a standardů v zařízeních, které mají umírající v péči, záleží a podle mě i bude záležet na každém jednotlivém pracovníkovi, zda budou splněna předsevzetí (veřejné závazky) celého zařízení.

Řeka je vodou v korytu, která má v různých stádiích různou rychlost a sílu. Nemoc a umírání může připomínat vodu valící se korytem a hledající volnou cestu. Zdravotníci se snaží vodě do cesty postavit hráz v podobě rozmanité léčby a zákroků. Oproti tomu se pracovníci v zařízení hospicového typu snaží vodu v korytu regulovat, tak aby napáchala co nejméně škody, aby co nejméně ublížila.

Cíle práce, tedy **"zmapovat přístup odborných sociálních pracovníků vybraných zařízení k umírajícím klientům"** byl dle mého názoru splněn. Pomocí analýzy jednotlivých dílčích oblastí jsem zmapovala přístup a odlišnosti v přístupech k umírajícím klientům a doprovázejícím blízkým osobám. Zhodnocení rozhovorů mi pomohlo s vyrovnáním se se ztrátou blízké osoby a i s pochopením odlišností v konání a přístupu pracovníků zařízení hospicového typu a zdravotnického zařízení.

Výzkumného šetření se účastnili dva respondenti, přičemž každý z nich zastával funkci sociálního pracovníka ve svém zařízení. Úzce vybraný vzorek respondentů dává příležitost k rozpracování tématu v dalším výzkumu, a to v

několika prolínajících se rovinách. Myslím tím z pohledu dalších ošetřujících a pečujících osob, tedy středního zdravotnického personálu a nižšího zdravotnického personálu, lékařů a případně i pomocného personálu.

Zdroje

1. HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
2. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
3. HOLEČEK, Václav, Jana MIŇHOVÁ a Pavel PRUNNER. Psychologie pro právníky. 2. rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2007, 351 s. Právnické učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 978-807-3800-659.
4. KŘIVOHLAVÝ, J. Poslední úsek cesty. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995, 93s. ISBN 80-85495-43-0.
5. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Vyd. 1. Překlad Jiří Královec. Turnov: Arica, 1994, 148 s. ISBN 80-858-7812-7.
6. MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
7. NAVRÁTIL, Pavel. Teorie a metody sociální práce. 1. knižní vyd. Brno: Zeman, 2001, 168 s. ISBN 80-903-0700-0.
8. O'CONNOR, Margaret. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
9. PELIKÁN, Jiří. Základy empirického výzkumu pedagogických jevů. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 978-80-246-1916-3.
10. SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
11. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet: dospělost a stáří. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008, 461 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
12. ŠPATENKOVÁ, N. Zármutek a pomoc pozůstalým. 1.vyd. Praha: ISV, 2001, 267s. ISBN 80-85866-82-X
13. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: základní metody a aplikace. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
14. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

15. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry: pro sestry všech oborů. 1. vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
16. VIRT, Günter. Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie. Vyd. 1. Překlad Theodora Starnovská, Dagmar Pohunková. Praha: Vyšehrad, 2000, 95 s. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-702-1330-2.
17. ČESKO. Zákon č.108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. 2006.
18. Zdravé Plzeňsko [online]. 2014 [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: <http://www.zdraveplzensko.cz/>

Resumé

Cílem práce bylo zmapovat přístup odborných sociálních pracovníků vybraných zařízení k umírajícím klientům. V teoretické části byla obecně rozebrána problematika umírání, smrti a doprovázení umírajícího.

V praktické části byly teoretické poznatky porovnány s výsledky výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo vedeno pomocí rozhovorů, které zjišťovaly jaké pobytové možnosti má zařízení pro cílovou skupinu umírajících klientů, jaké možnosti a podporu rodiny nabízejí vybraná zařízení v péči o umírajícího klienta a jakou péči dané zařízení upřednostňuje.

Klíčová slova

Smrt, umírání, doprovázení umírajícího, zařízení hospicového typu, zdravotnické zařízení.

Summary

The aim was to explore access professional social workers selected equipment for dying clients. In the theoretical part was generally dealt with the issue of dying, death and dying accompaniment.

In the practical part of the theoretical findings are compared with the results of the research. The survey was conducted through interviews that identify what options the residential facility for the target group of clients dying, what opportunities and family support offered selections in the care of the dying client and what kind of care the facility prefers.

Keywords

Death, dying, accompanying the dying, hospice type of medical device.

Seznam příloh

1. Otázky použité ve výzkumném šetření

Seznam tabulek

Tabulka 1.....	24
----------------	----

Příloha 1) Otázky použité ve výzkumném šetření

Otázky týkající se dílčí oblasti pobytové prostředí pro umírajícího klienta:

Jak je u Vás zabezpečeno soukromí klienta?

Jakým způsobem upravujete prostředí pro umírajícího klienta?

Jak veliké máte pokoje?

Jaká část vašich lůžek je vyhraněna pro paliativní medicínu popř. pro umírající?

K dílčí oblasti zázemí pro rodinu a doprovod umírajícího klienta se vztahovaly tyto otázky:

Jaké možnosti návštěv má rodina umírajícího klienta?

Jak máte zajištěné zázemí pro rodiny umírajících klientů?

Jakým způsobem se mohou ve vašem zařízení rozloučit příbuzní s umírajícím?

Jakým způsobem podporujete pozůstalé?

Jakým způsobem pečujete o rodinu klienta po jeho úmrtí?

K dílčí oblasti léčba poskytovaná v daném zařízení se vztahovaly tyto otázky:

Čím podporujete možnost duchovního vyrovnání se klienta se smrtí?

Jak podporujete psychické potřeby umírajícího?

Jakým způsobem podporujete odbornost a odborné znalosti svých pracovníků?

Jakou péči o klienta upřednostňujete (léčebnou nebo paliativní)? a proč?

Jak vnímáte své zařízení a jeho péči o umírající klienty?

Jak by se dle vašeho názoru dala tato péče vylepšit?