

Strategie doprovázení prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem

Bc. Zuzana Pokladníková

Diplomová práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Zuzana Pokladníková**
Osobní číslo: **H21312**
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Strategie doprovázení prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti doprovázení, umírání a smrti v pobytových sociálních službách se zřetelem na domovy se zvláštním režimem.

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

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

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

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. Vývojová psychologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.

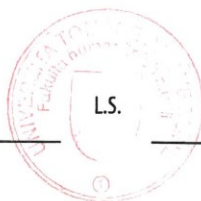
ONDŘIOVÁ, Iveta, 2021. Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1696-6.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **10. ledna 2023**

Termín odevzdání diplomové práce: **21. dubna 2023**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2023

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⁾;
- беру на ве́домі, же дипломová 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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 14.4.2023

.....

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, 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 vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

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

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou doprovázení prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem. Teoretická část se zaměřuje na problematiku umírání a smrti, doprovázení v instituci a sociální službu domov se zvláštním režimem. První kapitola je zaměřena na proces a fáze umírání, emoce v období umírání a pojem smrt. V druhé části vymezujeme pojem paliativní péče, popisujeme potřeby umírajících, důstojné umírání a dříve vyslovené přání. Třetí kapitola je zaměřena na poslání služby, cílovou skupinu, personální požadavky a náplň práce pracovníků a psychohygienu pracovníků domova se zvláštním režimem. Praktická část je zaměřena na bázi kvalitativního výzkumu, který si klade za cíl zjistit a popsat, jakou strategii volí pracovníci při doprovázení klientů ve vybraném domově se zvláštním režimem. Data získaná skrze polostrukturované rozhovory byla analyzována pomocí dílčích postupů zakotvené teorie.

Klíčová slova: domov se zvláštním režimem, doprovázení, kvalitativní výzkum, pracovník, smrt, strategie, umírání.

ABSTRACT

The thesis deals with the issue of accompanying clients in a home with a special regime to death, through the prism of workers in a home with a special regime. The theoretical part focuses on the issue of dying and death, accompaniment in institutions, and social services for homes with a special regime. The first chapter focuses on the process and stages of dying, emotions during the dying period, and the concept of death. In the second part, we define the concept of palliative care, describe the needs of the dying, dignified dying, and previously expressed wishes. The third chapter focuses on the service's mission, target group, personnel requirements, job description of workers, and the psychohygiene of employees of homes with a special regime. The practical part is based on qualitative research, which aims to identify and describe the strategies chosen by workers when accompanying clients in a selected home with a special regime. Data obtained through semi-structured interviews were analyzed using partial procedures of grounded theory.

Keywords: home with a special regime, accompanying, qualitative research, worker, death, strategy, dying.

Chci především poděkovat své vedoucí práce Mgr. Radaně Kroutilové Novákové Ph.D. za trpělivost a velmi cenné rady při vedení mé diplomové práce. Také chci poděkovat své dceři, rodině a nejbližším přátelům, kteří mi byli po celou dobu studia neuvěřitelnou oporou.

Motto diplomové práce:

„Smrt není opakem života, smrt je jeho součástí.“

Haruki Murakami

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI	12
1.1 PROCES UMÍRÁNÍ.....	13
1.2 FÁZE UMÍRÁNÍ.....	15
1.3 EMOCE V OBDOBÍ UMÍRÁNÍ.....	17
1.4 SMRT	19
2 DOPROVÁZENÍ V INSTITUCI	20
2.1 PALIATIVNÍ PÉČE	21
2.2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH.....	22
2.3 DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ.....	24
2.4 DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ.....	26
3 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	28
3.1 POSLÁNÍ SLUŽBY	28
3.2 CÍLOVÁ SKUPINA.....	29
3.3 PERSONÁLNÍ POŽADAVKY A NÁPLŇ PRÁCE PRACOVNÍKŮ	30
3.4 PSYCHOHYGIENA PRACOVNÍKŮ.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	37
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	37
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
4.3 VOLBA VÝZKUMNÉ STRATEGIE, METOD A TECHNIK SBĚRU DAT	38
4.4 VOLBA VÝZKUMNÉHO SOUBORU A ZPŮSOB JEHO NASYCENÍ.....	38
4.5 VSTUP DO TERÉNU.....	39
4.6 ZPRACOVÁNÍ DAT	40
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	42
5.1 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ A JEHO KATEGORIE	42
5.1.1 Důstojnost.....	42
5.1.2 Pověry, tradice a rituály.....	46
5.1.3 Terminální stádium.....	47
5.1.4 Péče o zesnulého	52
5.1.5 Pracovník domova se zvláštním režimem	55
5.1.6 Postoje ke smrti	59
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU	64
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	67

ZÁVĚR.....	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	69
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	75
SEZNAM TABULEK.....	76

ÚVOD

Smrt, někoho děsí, někoho fascinuje, každopádně je to neodmyslitelná součást každého lidského života. V dnešní době se téma smrti a umírání dostává spíše do pozadí. V dřívějších dobách, kdy lidé běžně umírali v domácím prostředí, byla i péče o zemřelého automatickou součástí rodiny. Lidé se s ní setkávali tváří v tvář.

Ve dvacátém století však přichází změna, většina lidí umírá v různých institucích, mimo domov, pod dohledem odborníků. Smrt se začíná vytrácet z našich životů a intuitivně ji odsouváme kamsi do pozadí. Jako o většině nepříjemných věcí, o ní velmi neradi mluvíme, což může být způsobeno i emocemi, které v nás smrt vyvolává. Dnešní společnost věnuje obrovskou pozornost tématu narození člověka, bohužel totéž nelze říci o závěru lidského života (Tomeš et al., 2015, s. 24).

V naší diplomové práci se zaměříme na doprovázení prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem, jelikož jsou to lidé, kteří ve své praxi doprovázejí klienty při umírání poměrně často, do jejich náplně práce patří i péče o tělo zemřelého a následná komunikace s pozůstalými. Ovšem péče o umírajícího může být vnímána jako velmi stresová situace. Každý člověk vnímá takové situace individuálně a každý si vytváří různé postoje. A právě na základě svých postojů si volíme různé strategie, jak situace zvládat, aby nedošlo k syndromu vyhoření. Každý pracovník by měl umět své emoce spojené s umíráním správně zpracovat, aby mohl ve své činnosti dále pokračovat. Správně zvolený postoj je výsledkem nejen kvalitní péče o umírajícího, ale také usnadní prožívání zátěžové situace s tím spojené. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část, přičemž teoretická část je rozčleněna do tří kapitol s cílem objasnit si problematiku doprovázení prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem. Charakterizujeme proces a fáze umírání, emoce, které jej provází a pojem smrt. Definujeme si paliativní péči, potřeby umírajících, přičemž zmíníme i důstojné umírání a dříve vyslovené přání. Ve třetí kapitole se budeme zabývat pobytovou sociální službou domov se zvláštním režimem, jeho cílovou skupinou, personálním obsazením, ale také psychohygienou pracovníků.

V druhé části diplomové práce jsme se rozhodli použít kvalitativní výzkum a zakotvenou teorii. Ke zpracování dat jsme zvolili polostrukturované rozhovory. Cílem diplomové práce je zjistit a popsat, jakou strategii volí pracovníci domova se zvláštním režimem při doprovázení klientů a jak se oni sami vyrovnávají s touto zátěží.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI

Otázkami života a smrti se zabývá jistě každý z nás. Avšak o tématu platí to, co obecně platí o nepříjemných záležitostech, velmi neradi o nich hovoříme s druhými lidmi a neradi si je sami připomínáme (Křivohlavý, 1991, s. 38).

Nezbeda (2016, s. 110) poukazuje na skutečnost, že téma smrti je vytěsněno nejen ze vzájemných rozhovorů, ale i obecně ze života lidí. Smrt a umírání, není těžkým tématem pouze pro ty, kterých se týká, tedy pro umírající, pečující, či rodinu, ale snaží se mu vyhýbat celá společnost. Autor se domnívá, že je to způsobeno především nepříjemnými pocity, které smrt vyvolává. Mluvit o smrti znamená připustit, že se nás týká, i když je ještě daleko, vyvstane na povrch fakt, že konec někdy nastane i u nás a nebude v našich silách ho odvrátit.

Ačkoliv máme ze smrti většinou instinktivně strach, patří bezpodmínečně k životu. Říčan (2021, s. 363) však uvádí, že společnost má připraveno řešení, kdy vědomí strachu ze smrti odsouvá kamsi na okraj myšlenkového horizontu, zapomíná na ni a tato obrana za běžných okolností funguje. Naopak Nešporová (2013, s. 5) zmiňuje i fakt, že někoho může téma smrti i přitahovat. Na smrt ale nelze zcela zapomenout, neboť každý člověk i společnost se s ní musí nějakým způsobem vyrovnat. Také sociologií bylo téma smrti dlouhou dobu opomíjeno. Zlom nastal zejména díky vlivu sociální antropologie a psychologie přibližně v šedesátých letech dvacátého století, kdy došlo ke zvyšujícímu se zájmu o ni a následně pak v devadesátých letech dvacátého století i vzniku sekce s pojmenováním „sociologie smrti“. Jejimi hlavními oblastmi zájmu jsou posléze postoje ke smrti, představy o posmrtné existenci, pohřební rituály a problematika umírání a truchlení.

Smrti předchází většinou proces umírání, během nějž se člověk připravuje na smrt a který může mít různou délku trvání. Křivohlavý (2007, s. 16) popisuje umírání jako proces, který se stále mění a na základě jeho rychlosti, můžeme rozlišit pojem rychlá smrt nebo pomalé umírání. Smrt může v životě zaskočit nejen příbuzné a přátele, ale především samotného umírajícího, zejména pokud smrt přijde zcela nečekaně. Oproti tomu dlouhodobé umírání může trvat i měsíce, a ačkoliv jeho délku nelze přesně časově vymezit, přináší sebou řadu otázek a nejistoty z neznámého. Dlouhodobě trvající bolesti a utrpení umírajícího, zasáhnou nejen dotyčného, ale i jeho okolí. Na druhou stranu pomalé umírání umožňuje umírajícímu i jeho rodině se na přicházející smrt připravit.

Umírání je synonymem terminálního, tedy konečného stavu člověka, při kterém dochází k postupnému a nevratnému selhávání vitálních funkcí tkání a orgánů a jehož důsledkem je

smrt. Proces umírání je u každého velmi individuální, avšak dle některých znaků jej lze rozpoznat (Špatenková, 2013, s. 57). S určitostí nelze předpovědět, kdy přesně smrt u člověka nastane, ale dle určitých známek se dá většinou alespoň určit, zda to bude během několika hodin nebo nejvýše dnů (Callanan a Kelley, 2005, s. 39).

Umírající například začíná pociťovat značný úbytek fyzických sil, přestává se zajímat o věci, které jej dříve zajímaly, více spí a méně komunikuje se svým okolím. S větším přiblížením se smrti nastává chladnutí končetin, vzniká tmavší zbarvení na některých místech těla, jako například lokty a kolena, tvář se začíná jakoby špičatit a dech je rychlý a přerývaný (Adam, Vorlíček a Pospíšilová, 2004, s. 441 – 442). U umírajícího se mění i frekvence tepu, klesá krevní tlak, v obličeji můžeme pozorovat zapadlé oči a ztrácející se schopnost mimiky (Křivohlavý a Kaczmarczyk, 1995, s. 18).

1.1 Proces umírání

Umíráním se rozumí různě dlouhý proces končící smrtí. V poslední době téma umírání a smrti otevírá i naše odborná veřejnost, ale především se zaměřením na kontroverzní téma eutanazie, kde je umírání vnímáno pouze v rozmezí terminálního stádia. Ačkoliv je toto přirovnání v lékařské terminologii zcela v pořádku, protože umírání je zde chápáno jako terminální stav, nerespektuje umírání jako proces v jeho širším pojetí. Odborníci proto rozčlenili umírání na tři časová období a to *pre finem*, *in finem* a *post finem* (Arnoldová, 2016, s. 28).

První fáze **pre finem** je označení pro začátek procesu umírání, může být velmi dlouhá a to až několik let. Počíná běžet okamžikem, kdy se nemocný člověk dozvídá o své nemoci spojené se špatnou prognózou a je ukončena příchodem terminálního stádia. Lékaři se snaží dotyčného léčit, či alespoň mírnit jeho potíže, avšak po různě dlouhé době od diagnostikování přichází sdělení o fatální diagnóze a člověk si začíná uvědomovat realitu konce svého života (Kisvetrová, 2018, s. 94).

Je důležité, aby v tomto období nedošlo před samotnou fyzickou smrtí ke smrti sociální, která znamená odtrhnutí se od sociálních a interpersonálních vztahů, jelikož fáze *pre finem* je doprovázena mnoha změnami, ať už v oblasti rodiny, zaměstnanosti a s tím spojené oblasti ekonomické. Tomuto můžeme předcházet především poskytnutím psychologické a lidské pomoci, důraz se klade hlavně na zachování obvyklého způsobu života v co největší možné míře (Kutnohorská, 2007, s. 41). Často se stává, že nemocného blízcí místo očekávané

podpory opustí, ačkoli je velmi důležité, poskytnou mu právě v této fázi oporu, aby se necítil osamělý (Adam, Vorlíček a Pospíšilová, 2004, s. 258).

Prožívání strachu ze smrti je zde silnější než v následující fázi *in finem*. Strach se sice může projevovat stejným způsobem, ale rozdíl nalezneme v jeho obsahu. Ve fázi *pre finem* je strach popisován jako strach o život, uvědomování si neschopnosti uskutečnit již své plány a cíle do budoucna. Oproti tomu strach v *in finem* je zejména strach z vlastní smrti (Haškovcová, 2015, s. 143). V této fázi je proto kladen důraz na odborné vedení, informovanost a trvalou emoční podporu. Ovšem ne každý, ať už umírající či personál je připraven na otevřenou komunikaci a personál je vystaven velmi složitému rozhodování ohledně míry poskytnutých informací (Procházková, 2019, s. 64).

Následuje fáze **in finem**, která je označována jako terminální stav, kdy dochází k postupnému selhávání životních funkcí. Jde o konkrétní závěr lidského života, který bývá velmi individuální, každý člověk umírá svou vlastní smrtí. V tomto období je nejvhodnější využít možnosti paliativní péče (Kutnohorská, 2007, s. 75).

Lidé nacházející se v této fázi se vzdalují od okolí, potřebují více spánku, či naopak bdí. Často ztrácejí potřebu komunikovat a není vhodné je ke komunikaci nutit. Postupem času se u nich střídají chutě k jídlu nebo ji naopak ztrácejí, což je důležité také respektovat (Kisvetrová, 2018, s. 32).

Několik dní před smrtí většinou dochází k tzv. předsmrtné euforii, kdy je člověk plný života a síly, dokáže komunikovat, vstává z lůžka, vyslovuje různá přání a projevuje chuť k jídlu. V předsmrtné euforii bychom měli umírajícímu sdělit vše, co bychom chtěli, než zemře, neboť umírající naposledy přijímá podíl na životě (Procházková, 2019, s. 58). Předsmrtnou euforii následně střídá smrtelné kóma, dostavuje se progrese a člověk přestane reagovat na podněty z okolí, ale stále slyší, měli bychom tedy dále v jeho přítomnosti mluvit, jako by byl stále při vědomí. Otázkou však zůstává, zda si lidé přejí být v okamžiku smrti sami. Nežádá se totiž stává, že v momentě, kdy blízký člověk zůstávající neustále v přítomnosti umírajícího se na chvíli od lůžka vzdálí, dojde k úmrtí. Dotyčný si poté vyčítá, že odešel a nebyl u odchodu svého blízkého, avšak okamžik smrti je doba vyhrazená pouze umírajícímu a přítomnost jiné osoby ho může rušit (Adam a Vorlíček, 1998, s. 379 – 380).

Poslední fáze **post finem** je charakteristická péčí o zemřelého. U člověka již došlo k zástavě všech fyziologických funkcí s nezvratnými změnami organismu a nastupuje akt péče o mrtvé tělo a problematika zármutku spjata s péčí o pozůstalé (Adam a Vorlíček, 1998, s. 384).

Péči o tělo je myšlena především potřeba zajistit intimitu zesnulého poté, co byly provedeny všechny nutné úkony (zavření očí, podvázání brady, omytí, případně vyjmutí odnímatelné zubní protézy či ozdobných předmětů). Další zásadní věcí, se kterou se personál může obtížně vypořádávat, je oznámení o úmrtí příbuzným. Tento proces mnohdy komplikují i organizační záležitosti, neboť v institucích častokrát nejsou vhodné prostory ani čas na klidné a empatické oznámení (Kutnohorská, 2007, s. 36).

Malíková (2020, s. 292 – 293) popisuje péči o tělo zemřelého přímo v rámci domova se zvláštním režimem. Úmrtí konstatuje pouze lékař, kterého přivolá sestra konající službu. Z těla zemřelého se musí odstranit všechny vstupy, pokud byly zavedeny (například žilní katétr či žaludeční sonda). Následně provedou pracovníci v sociálních službách hygienickou péči o tělo a nezbytná je i pečlivá identifikace těla. Obléknuté a upravené tělo se ukládá do místnosti pro zemřelé. Dále pracovník informuje pozůstalé a zajistí převoz těla požadovanou pohřební službou. Pokud je to možné, je vhodné umožnit pozůstalým ještě poslední rozloučení se zemřelým přímo v zařízení a edukovat je o postupech při vyřizování pohřbu a dalších formalit. Je nutné nabídnout a poskytnout péči i pozůstalým při jejich truchlení. Většinou však tuto pomoc odmítají, ačkoliv se mnohdy velmi těžce s úmrtím blízkého vyrovnávají.

1.2 Fáze umírání

Nikdo z nás neví, kdy a jakým způsobem zemřeme, někteří lidé dokonce ukončují svůj život dobrovolně. Někdo může trpět bolestmi a v těchto případech se lékaři snaží bolest utlumit a život prodloužit. Je ale velmi těžké stanovit hranici, kdy život prodlužujeme a kdy prodlužujeme pouze strastiplné umírání (Říčan, 2021, s. 375).

Většina autorů zabývajících se tímto tématem se odkazuje na studii o smrti švýcarsko – americké psycholožky Elizabeth Kübler – Ross s názvem O smrti a umírání, která vyšla v roce 1969. Jedná se o jednu z nejslavnějších psychologických studií konce dvacátého století, jejímž prostřednictvím bylo téma smrti odtabuizováno a kde se snaží uvést informace, jak lze zkvalitnit péči o umírající. Ve výzkumu bylo vedeno několik set rozhovorů s respondenty, kteří zjistili, že trpí nevléčitelnou nemocí a jejich smrt se blíží. Právě na příkladu těchto rozhovorů Kübler – Ross popisuje, jak blížící se smrt ovlivňuje nejen pacienta, jeho rodinu, ale i profesionály, kteří s ním pracují. V knize autorka poprvé představila i svůj pětistupňový model vyrovnávání se se smrtí, který je později aplikován na

jakoukoliv tragickou životní událost a zahrnuje popírání, zlost, smlouvání, depresi a akceptaci (Šiklová, 2013, s. 57).

Obecně platí, že lidé při konfrontaci s realitou blížící se smrti, zažijí většinu z těchto fází, ačkoliv nemusí být v uvedeném pořadí a totéž zažívají i pozůstalí. Snadněji pochopíme umírajícího, pokud víme, o co se snaží, tedy přijmout realitu a připravit se na blížící se smrt (Callanan a Kelley, 2005, s. 43).

První fáze: popírání. Pokud člověk umírá stářím, většinou je se svým koncem smířený. Umírá-li však mladší člověk na nevy léčitelnou nemoc, zpravidla se snaží danou skutečnost popřít a odmítá ji přijmout. Popírání je typické zejména u lidí, kteří byli o své diagnóze informováni necitlivým způsobem. V životě umírajícího nastává obrovský šok. Fáze odezní až ve chvíli, kdy člověk umírání začne pociťovat sám na sobě. Pokud v sobě člověk najde dostatečnou sílu o svém problému hovořit, je zásadní a důležité mu pozorně naslouchat a jeho popírání nezpochybňovat (Šiklová, 2013, s. 68).

Druhá fáze: hněv, zloba. S člověkem, který se nachází v této fázi, to má okolí vždy těžké. I když se snaží dotyčnému pomoci, většinou reaguje jinak, než očekávají, může být zlý až agresivní. Cítí zlost, odmítá komunikovat a nechce nikoho vidět. V této fázi je lepší nereagovat, neboť lékaři jsou neschopní, protože dosud nedokázali najít lék na jeho nemoc, blízcí přicházejí bez úsměvu a někdy se hněvají dokonce i na Boha, který dopustil jejich utrpení a konec života. Zásadní problém nalezneme právě v tom, že velmi málo osob se pokusí vcítit do role umírajícího (Kübler – Ross, 2015, s. 53 – 62). U nevy léčitelně nemocných osob, pramení vztek velmi často z frustrace, či strachu, jelikož ztrácí kontrolu nad svým životem, stává se závislým na druhých, má strach z nejistoty, neví, jaké umírání je (Callanan a Kelley, 2005, s. 47).

Svatošová (2011, s. 73) doplňuje, že v této fázi je velmi důležité vcítit se do pocitů umírajícího, věnovat mu maximální možnou míru pozornosti a ponechat mu volný průchod emocí. Zároveň však zdůrazňuje, že je zde pro personál velmi důležité, nebrat si emoce klienta osobně.

Třetí fáze: smlouvání, vyjednávání. Oproti předchozím fázím, kdy si danou skutečnost člověk nechce připustit, zde ji akceptuje, ale doufá v odklad, pokouší se smrt oddálit jakýmsi vyjednáváním. Začíná například slibovat různé změny ve svém chování, pokud bude moci ještě naposledy ve svém životě něco prožít. Člověk stále věří, že umírání lze zastavit prosbami o prodloužení života (Říčan, 2021, s. 379). Smlouvá s kýmkoliv, o kom si myslí,

že může smrt oddálit, takový jakoby pokus o odklad, který musí obsahovat odměnu, která by měla přijít například za „dobré chování“, ta ale nepřichází. Fáze bývá velmi důležitá, především protože ji člověk bere jako pomocníka (Kübler – Ross, 2015, s. 99).

Čtvrtá fáze: deprese. Jakmile přestane umírající sám sebe obelhávat, začne si uvědomovat zhoršující se situaci, truchlí pro něco, co už je dávno ztraceno. Přichází pocit viny, který může například souviset s nedostatkem financí, či neschopnosti postarat se o rodinu a domácnost. S těmito fakty se musí člověk postupně vyrovnat a smířit se s blížícím koncem. Dle autorky zde vyvstávají dva typy depresí a to reaktivní, jenž provází pocity viny a studu, lidé jsou zarmouceni kvůli tomu, co již ztratili (zdraví, roli v rodině, práci) a přípravná, která vzniká z hrozící ztráty, o co teprve přijdou, až zemřou (život, budoucnost). Každý plánujeme budoucnost, ale jakmile si člověk uvědomí realitu přicházející smrti, přestává o ní uvažovat a zde je pak důležité rozpoznat a porozumět především potřebám umírajícího (Callanan a Kelley, 2005, s. 53 – 58).

Pátá fáze: akceptace, souhlas. Člověk nacházející se v této fázi už nemá sílu dál bojovat, rezignuje. Je více unavený, zesláblý, vyhledává klid a nemá potřebu komunikovat. V případě, že má dostatek času překonat předchozí fáze a především fázi první, přichází smíření, kdy přestává mít strach a klidně očekává blížící se konec. Umírající člověk by nikdy neměl zůstat sám a vzhledem k tomu, že komunikace už může být ke konci vedena pouze v neverbální rovině, je možné vzít umírajícího alespoň za ruku a tím mu dát najevo naši přítomnost a ujistit jej, že nezůstal sám (Kübler – Ross, 2015, s. 128 – 129).

Jsou lidé, kteří se vzpírají okolnostem, bojují až do konce a stále v sobě mají naději, potom je ale téměř nemožné, aby došli do fáze akceptace. Je nutné si uvědomit, že člověk, který je se smrtí smířený, působí lhostejností a nezájmem, jakoby se odtahoval od svých nejbližších (Callanan a Kelley, 2005, s. 55).

1.3 Emoce v období umírání

Jedním z psychologických jevů, kterým byla věnována velká pozornost v procesu umírání, je strach. Strach je vždy obava z něčeho konkrétního a v tomto případě jde o strach ze smrti. Umírající může pociťovat strach z bolesti, izolace, bezmoci, či ze ztráty osobní identity a důstojnosti. U seniorů nebývá strach ze smrti tak velký, spíše se obávají utrpení, kdy žít může být těžší než nebýt (Bužgová, 2015, s. 69).

V souvislosti s představou o neřešitelnosti vlastní situace může umírající pociťovat pocit bezmoci, beznaděje. Únava a vyčerpání většinou vedou ke ztrátě zájmu o cokoli i o sebe. Syndrom bezmoci je definován jako pocit neschopnosti řešit vzniklou situaci, dále pocit ohrožení a pocit ztráty hodnoty ve společnosti. Jde o úplné selhání obranyschopnosti po psychické stránce (Vymětal, 2010, s. 235).

Další emoci, která se objevuje u umírajících, je smutek. Jde zpravidla o reakci na definitivní ztrátu zdraví, může však přecházet až v depresi (Bužgová, 2015, s. 206). Může se projevovat vztekem, výčitkami, pocitem viny a ztrátou sebeúcty, ale i zlostí až agresivitou (Parkes, Relf a Couldruck, 2007, s. 97).

V souvislosti s bilancováním nad svým životem, kdy člověk vidí, co se podařilo, co naopak nikoliv, se mohou objevovat i pocity viny, které jdou ruku v ruce se vztekem. Pocity viny mohou souviset i se vznikem a následným rozvojem vážné nemoci a to především u lidí mladších. Umírající může mít i potřebu sdílet svoji vinu (Haškovcová, 2007, s. 161).

O všech obavách i emocích v období umírání je důležité hovořit, protože k zásadním psychickým potřebám patří právě možnost sdílet s někým své emoce a obavy. Toto sdílení je chápáno jako součást emocionální podpory (Křivohlavý, 2002, s. 83). Emocionální podpora znamená pro umírajícího člověka bez obav ventilovat své pocity. Tím posiluje jeho sebedůvěru, redukuje jeho úzkost, strach, depresi a motivuje jej ke zvládnutí situace (Špatenková, 2011, s. 79). Vágnerová (2000, s. 476) uvádí, že větší emoční podporu potřebuje člověk nemocný než zdravý, ačkoliv bývá ke svému okolí více přecitlivělý, podrážděný a vztahovačný. Vyžaduje více, ale poskytuje méně, protože přiměřenější chování není bohužel v jeho silách.

Důležitou součástí emoční podpory je sdílení nejen pozitivních emocí, ale i negativních. Zdrojem sil může být jednak smích, ale na druhou stranu i pláč. Hovoříme o tzv. právu na pláč, který má osvobozující účinek. Umírající vyjadřuje své skutečné pocity a nemělo by mu v tom být bráněno (Haškovcová, 2007, s. 157).

Umírající mohou dělat v posledních týdnech, či dnech před smrtí velmi často gesta nebo prohlášení, která nemusejí dávat smysl a u jejich blízkých mohou vyvolat pocit, že již blouzní. Následkem tohoto jednání, se však umírající od svých blízkých vzdaluje, s čímž souvisí objevující se pocit odcizení, má pocit, že mu již nikdo nenaslouchá. Pokud však začneme pozorně a s otevřenou myslí umírajícího poslouchat, začneme chápat jeho poselství a zbavíme jej pocitu úzkosti (Callanan a Kelley, 2005, s. 22 – 23).

1.4 Smrt

Smrt může nastat ve kterékoli fázi života a je definována jako konec biologického života, kterou doprovází nevratné změny znemožňující obnovení životních funkcí. Můžeme ji také definovat jako smrt psychickou, sociální, klinickou, fyzickou, definitivní, či mozkovou (Navrátil, 2017, s. 180).

Z fyziologického hlediska je smrt stav, kdy u organismu dochází ke změnám, které jsou nezvratné. Dochází k zástavě dýchání, krevního oběhu a postupného odumírání a rozkladu těla (Šiklová, 2013, s. 11).

Z hlediska medicíny můžeme konstatovat, že smrt je selhání všech životních funkcí. Nastává tedy v okamžiku, kdy přestane bít srdce a ustane dýchání. Ještě na počátku druhé poloviny dvacátého století byla uvedená definice akceptována, avšak pouze do doby, než vzešly nové skutečnosti a to zejména objevení možnosti resuscitace a vyvinutí mimotělního oběhu. Díky novým objevům, lze například i ukončenou srdeční činnost znovu obnovit a člověka tak přivést zpět k životu (Janoušek a Baláž, 2008, s. 9).

Moderní medicína proto rozlišuje několik druhů smrti. Jedním z nich je **klinická smrt**. Jde o pojem pro období, které nastává při zástavě dýchání a srdeční činnosti. Nervová tkáň si zachovává neporušené základní struktury a právě v tomto období, je možné život zachránit díky včasné resuscitaci. V případě **biologické smrti** jde o nezvratný zánik buněk, kdy krevní oběh a dýchání jsou uměle udržovány. Z biologické smrti se oddělila **smrt mozku** a to hlavně pro potřeby dárce orgánů. Dalším druhem je **sociální smrt**, kdy zůstává oběhová i dechová činnost zachována, ale většina duševních, motorických a senzorických funkcí je nezvratně zničena. Jak už samotný název vypovídá, **náhlá smrt** může mít mnoho příčin a nastává po působení příčiny v odstupu jedné hodiny (Navrátil, 2008, s. 93).

Jednoznačné stanovení smrti konstatuje pouze lékař a to v souladu s lékařskou etikou a legislativou České republiky, kdy bezpečné a jisté stanovení smrti má velký význam a řadí se k častým a odpovědným povinnostem lékaře (Špatenková, 2013, s. 46).

2 DOPROVÁZENÍ V INSTITUCI

Umírání v domácím prostředí se dlouhou dobu považovalo za nejpřirozenější a do poloviny dvacátého století tak umírala většina lidí. Těla zemřelých zůstávala až do pohřbu v domácnostech, kde probíhala i příprava těla zesnulého na pohřeb. Až v průběhu dvacátého století začali do procesu vstupovat profesionálové nabízející pozůstalým své pohřební služby (Davies, 2007, s. 103).

Institucionalizace se stává ve dvacátém a dvacátém prvním století příznačným rysem přístupu ke smrti. Umírání a smrt se odehrávají diskrétně a to například v nemocnicích, či domovech pro seniory, tedy v institucích. Zde je sice lidem poskytována odborná profesionální pomoc, ale na druhou stranu je péče velmi neosobní (Jankovský, 2018, s. 225).

Vágnerová (2007, s. 365) uvádí, že přes osmdesát procent populace ve věku nad šedesát let obvykle umírá v nějaké instituci, přičemž právě instituce způsobují a to nejčastěji u seniorů tzv. sociální smrt, která předchází smrti biologické. Člověk je vytržen ze svého přirozeného prostředí a není již v intenzivním kontaktu se svým okolím, což způsobuje narušení sociálních rolí a vazeb. Myšlenku potvrzuje i Janečková (2010, s. 17), která sociální smrt vnímá jako jedno z největších rizik při odchodu seniorů z domácího prostředí do institucionální péče.

Z jakého důvodu jde o tak vysoké procento seniorů, kteří umírají v institucionální péči, popisuje Nezbeda (2016, s. 53), dle kterého jsou problémem zejména nedostatečné služby potřebné při péči o umírající osoby v domácím prostředí. Dále upozorňuje na fakt, kdy nejsou v domácím prostředí vhodné podmínky, například může jít o nedostatek finančních prostředků, špatné mezilidské vztahy, či nedostatečné zázemí. Zásadní je i psychická zátěž a strach pečujících, především strach z úmrtí blízkého člověka, z toho, zda vůbec péči poskytuje správně a v neposlední řadě i obavy z vlastní smrtelnosti. Autor hovoří i o problematice komunikace a míře informovanosti o zdravotním stavu umírajících osob ze strany lékařů. Je běžnou praxí, že umírající je po zhoršení zdravotního stavu převezen z domácího prostředí do nemocnice s tím, že rodina předpokládá v rámci hospitalizace zlepšení zdravotního stavu, ale často však dochází k úmrtí. V případě, že by rodina byla dobře informována o závažnosti zdravotního stavu, nemuselo by často vůbec dojít k převozu a umírající by mohl zemřít ve svém domácím prostředí.

Ačkoliv autor uvádí srovnání jiného prostředí, k obdobným situacím dochází i v rámci domova se zvláštním režimem, což může být způsobeno pracovním přetížením, stresem, ale

i obavou z komunikace s klientem, či jeho rodinou. Na základě těchto informací, si můžeme vyvodit závěr, že v pobytových zařízeních pro seniory, nedisponuje mnohdy personál potřebnými osobnostními i odbornými předpoklady pro péči o umírající osoby a jejich rodiny (Payne, Seymour a Ingleton, 2007, s. 658).

2.1 Paliativní péče

Slovo latinského původu *pallium* můžeme přeložit jako plášť či obal. Sousedství paliativní péče symbolicky vyjadřuje poskytnutí ochrany (pláště) nemocnému v extrémně nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku (Haškovcová, 2007, s. 37). S paliativní péčí se setkáváme všude tam, kde se setkáváme s umíráním.

Pokud dochází k umírání a smrti v pobytových zařízeních sociálních služeb, jde o velmi náročnou situaci nejen pro umírajícího klienta, jeho blízké, ale i pro všechny pracovníky, především v přímé péči. Zvyšování kvality poskytované služby, tak zcela logicky dává předpoklad i na zvýšení úrovně v péči o umírající. Úroveň péče o umírající, včetně doprovázení umírajících, podpora příbuzným a následná pomoc pozůstalým je důležitým ukazatelem profesionality a etiky v zařízení. Ale zejména je to jedna z nejcennějších služeb, kterou můžeme klientovi na sklonku života prokázat. A právě ke splnění tohoto atributu je nezbytné naplnění všech prvků paliativní péče (Malíková, 2020, s. 285).

Paliativní péče je ve společnosti často chybně zaměňována za péči hospicovou. Jde však o omyl, který by mohl mít velké následky na kvalitu ošetrovatelské péče o umírající. Je proto důležité vymezit si rozdíl mezi pojmy paliativní medicína a paliativní péče. Paliativní medicína je samostatně vyčleněný medicínský obor, který se nezaměřuje na léčbu příčiny, ale na odstranění nebo tlámení bolesti a dalších projevů utrpení, které nevléčitelná nemoc přináší. Oproti tomu paliativní péče je soubor všech ošetrovatelských činností zaměřených na udržení kvality života lidí s nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stádiu (Marková, 2010, s. 20).

Wen a Gustafson (2004, s. 36) upozorňují, že velmi mnoho lidí trpí na konci svého života zcela zbytečnou bolestí a utrpením. Dle výzkumů jsou důvodem především nedostatky v komunikaci a v péči ze strany pracovníků poskytujících přímou péči, kteří mají problém se zpracováním vlastní smrti.

Poskytovatelé paliativní péče, by měli být schopni identifikovat potřeby klientů a jejich nejbližších. Péče o člověka umírajícího, starého, imobilního a často s demencí je velmi

náročná pro pečujícího. Péče se může stát dlouhodobě extrémně zatěžující aktivitou (Šimek, 2015, s. 187).

2.2 Potřeby umírajících

V paliativní péči nejčastěji hovoříme o potřebách biologických, psychologických, sociálních a spirituálních. Potřeby lidí v období umírání jsou specifické a závislé zejména na samotném člověku, charakteru nemoci a na sociálních podmínkách, ve kterých dotyčný žije. Některé potřeby se mohou s průběhem nemoci měnit, či dokonce mohou vznikat zcela nové (Bártlová, 2003, s. 37). Mění se i priority potřeb a především v závěru života se mohou dostávat do popředí potřeby spirituální (Svatošová, 2011, s. 46).

Mezi **potřeby biologické** patří vše, co potřebuje tělo, tedy především přijímat vodu a potravu a zbavit se co nejpřirozenějším způsobem produktů vlastního metabolismu. U umírajících je také v popředí potřeba nepocítovat bolest, dušnost, nevolnost, úzkost a depresi, přičemž léčba těchto symptomů tvoří základ paliativní medicíny (Bártlová, 2003, s. 59).

Když člověk umírá, většinou prožívá fyzickou bolest způsobenou svou nemocí. Bolest může být urputná a dlouhotrvající bez úlevy, čímž vzbuzuje strach, úzkost, nespavost či podrážděnost. Toto citové vyčerpání pak vyživuje bolest a zvyšuje utrpení dotyčného. Léčba bolesti prodělala v posledních letech obrovský pokrok a lékaři mají profesionální i mravní povinnost používat adekvátní prostředky, které člověku dokáží ztlumit bolest. Důležité pravidlo při tlumení bolesti vychází ze zkušenosti, že bolest je subjektivní a vždy taková, jakou ji vnímá umírající. Je proto velmi důležité člověku věřit a zároveň respektovat jeho rozhodnutí v případě, že se vědomě a svobodně rozhodne bolest do určité míry snášet (Svatošová, 2011, s. 27).

Léčba bolesti se však neomezuje pouze na medikamenty, ale například i správné uložení těla může bolest také odstranit nebo alespoň zmírnit. Cílem léčby je zajištění především bezbolestného spánku, úlevy od bolesti v klidu a při denních aktivitách a zlepšení kvality života (Byock, 2013, s. 248).

V posledních dnech a týdnech života trápí více jak padesát procent umírajících dušnost, která je stejně jako bolest subjektivní symptom. Někdy stačí dotyčného vhodně polohovat do polosedu společně s oxygenoterapií. Dušnost je spojená s úzkostí, panikou a pro pečující více stresová (Bužgová, 2015, s. 19).

Nevolnost zhoršuje výživový stav a její příčiny mohou mít různý původ. Pocit nevolnosti může být pro nemocného více obtěžující než samotné zvracení. Nevolnost způsobuje nechutenství a pečující se často dožadují parenterální výživy, když vidí, jak se stav umírajícího horší po tom, co přestal přijímat potravu. V terminálním stavu už tělo není schopné stravu zpracovat a tento stav nelze medikací ovlivnit. Umírající necítí hlad ani žízeň a pro pečující je velmi náročné tuto situaci přijmout (Byock, 2013, s. 148).

Nejčastější psychické problémy u umírajících jsou úzkost a deprese. Úzkost je kombinací strachu, zlých představ a obav. Jde o psychický projev, přičemž člověk s úzkostí pociťuje například bušení srdce, nevolnost či třes rukou. Je důležité nemocným jejich úzkost věřit, protože svým způsobem ukazuje na osamělost v umírání (Kabelka, 2018, s. 241).

Deprese v kombinaci se závažnou nemocí může navodit pocit, že život už nemá žádnou cenu, deprese zkresluje pohled na svět a může změnit hodnoty. Aby se člověk cítil lépe, je potřebné začít mluvit o tématech, které jsou pro něj důležitá, ale zároveň i bolestná (Byock, 2013, s. 163).

Potřeby psychologické vyplývají z psychického stavu umírajícího, který je ovlivněn jeho osobností, informacemi o jeho zdravotním stavu a aktuálními příznaky jeho nemoci. Tělesná a duševní stránka je jeden celek, který se snaží být v rovnováze, přičemž případné nerovnosti se kompenzují jako obranné reakce případně coping (Dostálová, 2016, s. 39).

Jako obranná reakce se může dostavit nepřátelské chování vůči okolí umírajícího, projekce (zrcadlení, kdy člověk své pocity přisuzuje jinému člověku), represe (potlačení nepříjemného zážitku), regrese (jednání, které bylo akceptovatelné v dřívější době, například v mládí, kdy se dala obhájit menší zodpovědnost), pozitivní kompenzace (například dopsání knihy) nebo negativní kompenzace (například alkohol či drogy). Coping znamená aktivní zvládání stresu. Jedna z copingových strategií je naděje, která je zaměřená na zlepšení kvality života, přičemž důležitou úlohu zde má optimismus, jelikož má pozitivní vliv na zdraví. Vliv na zvládání obtíží má bezesporu osobnost člověka, hlavně jeho odolnost. Lidé s vyšší psychickou odolností mají nižší riziko deprese a prožívání bolesti (Ptáčková a Ptáček, 2021, s. 116).

Na psychiku nemocného má vliv i míra soběstačnosti. Pokud je člověk odkázán na pečující, může mít pocit ztráty důstojnosti. Pro člověka bývá těžké nechat provádět hygienu, podávat stravu či měnit inkontinentní pomůcky jinou osobou, pak jen pasivně přijímá tyto činnosti a

jsou pro něj frustrující. Zachování důstojnosti je prioritou terminálně nemocných i jejich pečujících (Ptáček a Bartůněk, 2022, s. 228).

Sociální potřeby jsou velmi důležité, neboť se mění postavení člověka v jeho sociálním prostředí. Mění se jeho role v rodině i celé společnosti, která mu dříve zajišťovala určitou autoritu. Sociální reakce jsou ovlivněny i tím, jak se člověk mění fyzicky a jak na tyto změny reaguje jeho okolí. Lidé se často obávají osamocení, které může být jednak fyzické, kdy se od něj okolí distancuje nebo také osamocení v komunikaci, člověk si nemá s kým o svém strachu a obavách na konci života promluvit. Může mít pocit, že mu nikdo nerozumí, nikdo ho neposlouchá, okolí bagatelizuje jeho problémy. Největší pomocí je naslouchat, projevit zájem, ujistit nemocného, že nezůstane osamocen (Šamánková, 2011, s. 13).

V závěru života jsou **spirituální potřeby** důležitou součástí pro smíření se smrtí. Duchovní složka bývá často podceňována, přitom může být užitečná nejen pro umírající osoby, ale i pečující. U veřejnosti se můžeme setkat s názorem, že duchovní oblast je jen pro věřící, ale rozhovory ulehčí umírání, eliminují bolest (Kabelka, 2018, s. 259).

Svatošová (2011, s. 42) ale uvádí, že každý z nás má spirituální potřeby, všichni chceme, aby náš život měl smysl. V průběhu vážné nemoci se lidé začínají zabývat smyslem vlastního života a mění své hodnoty. Nejsme povinni souhlasit se spiritualitou umírajícího, ale měli bychom ji respektovat. V duchovní oblasti je pro umírajícího důležitá naděje, která je zde prezentována jako jedna z cest zvládnání jeho situace (Bužgová, 2015, s. 31).

Většina lidí v terminální fázi hovoří o naději na vyléčení, nepřijali konečnou fázi života a ti, kteří naději ztratili, mají realistický pohled na svůj stav a u této skupiny lidí se častěji vyskytují psychické poruchy. Naděje na vyléčení se s věkem zmenšuje. Spiritualita má kladný vliv na zdraví a celkovou pohodu člověka, je proto důležité, abychom ke spirituálním potřebám přistupovali s dostatečnými znalostmi a citlivostí. Ne vždy má zdravotnický personál dostačující znalosti, které se týkají spirituality a jejího uplatnění v praxi (Sovářiová Soosová, 2022, s. 57).

2.3 Důstojné umírání

V časopise Sociální práce se problematikou lidské důstojnosti zabývá autor Šrajfer, který uvádí, že dle humanistické tradice západní kultury, můžeme rozlišit dva pohledy na důstojnost. Jedním je důstojnost vztahující se na všechny, neboť je dána každému člověku od narození, vyplývá z podstaty lidského bytí. V rámci druhého pohledu, je důstojnost

odvozena především od určitých kvalit člověka, zohledňuje se individuální zásluha, či postavení člověka. Nejedná se tedy o automatickou důstojnost pro všechny, ale důstojnost vyžadující respekt, úctu k dotyčnému a jeho vlastnostem (Šrajer a Musil, 2008, s. 110).

Lidská důstojnost je pro člověka jednou z nejvyšších hodnot, která je významnou součástí spojenou s kvalitou života a úzce související se zdravotním stavem a způsobem poskytování jakékoliv péče o člověka (Kalvach, 2011, s. 25).

Jankovský (2018, s. 119) uvádí, že život je něco jako dar. Stejně jako křesťané vnímají život jako dar od Boha, přičemž mají na světě nějaké poslání a to plní například skrze službu. V dnešní společnosti kladou lidé důraz spíše na kvalitu života a jeho obsah. Haškovcová (2007, s. 162) zmiňuje, že v péči o nemocné a umírající je velmi snadné zaměnit kvalitu života za kvalitu péče. Kvalita péče je velmi důležitá a neměla by se opomíjet ani v posledním stádiu života.

Princip zachování a respektování lidské důstojnosti patří mezi základní práva nemocných a umírajících a patří tak mezi hlavní povinnosti nejen zdravotnických pracovníků. A právě z tohoto důvodu je obsažen v mnoha zdravotnických dokumentech spjatých s poskytováním zdravotní péče. Setkáváme se s mnoha výklady principu lidské důstojnosti zaznamenaných do různých normativních textů, které mají společné především zachování a vymezení jedinečnosti a individuality jedince (Heřmanová, 2012, s. 187).

Důležitým mezníkem morálních, kulturních, politických i sociálních hodnot v oblasti lidských práv po druhé světové válce bylo sepsání Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948 Organizací spojených národů. Lidská práva jsou v ní založena právě na myšlence lidské důstojnosti, která je pojímána jako nejvyšší hodnota právního systému. V oboru medicíny a ošetrovatelství byla nejprve celosvětově přijata, deklarována a akceptována všeobecná práva pacientů a až později etické kodexy zaměřené na určitou skupinu lidí, jako například práva starých lidí, či práva umírajících (Kalvach, 2011, s. 34).

Právě oblast nevyléčitelně nemocných a umírajících lidí je se zachováním lidské důstojnosti úzce spjata. Problematikou umírajících se v roce 1999 zabývalo i Parlamentní shromáždění Rady Evropy, které přijalo dokument s názvem Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících, který zkráceně označujeme jako Charta práv umírajících. Dokument vyzdvihuje lidskou důstojnost ve všech etapách lidského života. Dokument například obsahuje:

- právo na důstojné zacházení jako s lidskou bytostí až do smrti;

- právo dostat všechny informace související s nemocí a smrtí;
- právo podílet se na rozhodnutích týkající se nemoci a péče bez strachu z odsouzení jinými lidmi;
- právo na citlivou, kvalitní a profesionální péči multidisciplinárního týmu, který poskytuje péči nemocnému i jeho nejbližším;
- právo na kvalitní léčbu bolesti a ostatních příznaků;
- právo vyjádřit své pocity týkající se smrti;
- právo zemřít v klidu a důstojně v přítomnosti lidí, kteří si to přejí (Doporučení Rady Evropy číslo 1418/1999).

Heřmanová (2012, s. 146) zmiňuje, že v péči o umírajícího klienta nesmíme zapomínat na to, že se stále jedná o jedinečnou bytost, která má své potřeby a pouze holistický pohled a přístup k umírajícím lidem můžeme označit za kvalitní ošetrovatelskou péči s cílem zachování lidské důstojnosti. Kutnohorská (2007, s. 65) se ztotožňuje s názorem, že „být někým“ je základní potřebou každého z nás. Znamená to, že každý člověk má svoji hodnotu, důstojnost a dostává potřebnou úctu a pozornost od druhých lidí, což je také nejdůležitější úkol ošetřujícího personálu při pomoci umírajícím lidem.

Význam kvalitní péče na konci lidského života patří mezi základní dovednosti ošetřujícího personálu a je velmi důležitá nejen pro umírajícího člověka, ale i pro jeho rodinu (Jankovský, 2018, s. 146).

2.4 Dříve vyslovené přání

Zásadní věta „*Každá dospělá lidská bytost jasně myslí má právo určit, co se bude dít s jejím tělem.*“, kterou pronesl americký soudce Benjamin Cardoza v roce 1914 je dosud základní myšlenkou institutu dříve vysloveného přání. Důraz je kladen především na respekt k autonomii každého člověka. Dříve vyslovené přání lze chápat jako projev vlastní vůle svéprávného člověka, kdy dává najevo svůj souhlas, či nesouhlas s poskytováním veškerých lékařských a zdravotnických služeb do budoucnosti pro případ, že jej později nebude moci vyjádřit a to například z důvodu svého špatného zdravotního stavu (Nezbeda, 2016, s. 92).

Dříve vyslovené přání si může sepsat kdokoli, člověk nemocný, ale i zdravý, který může mít strach z budoucnosti například kvůli dědičnému onemocnění. Každopádně v obou případech, by měl být člověk řádně poučen lékařem o všech důsledcích, které z jeho

rozhodnutí vyplývají. Také by měl mít dostatek času na zvážení, aby si uvědomil, co by si opravdu přál a co je pro něj důležité. S dříve vysloveným přáním, by měli být obeznámeni i jeho nejbližší a měli by vědět, co je jeho obsahem. O existenci dříve vysloveného přání může rodinu informovat i lékař, ale pouze na základě výslovného souhlasu dotyčné osoby (Šiklová, 2013, s. 19). Ačkoliv v českém právním systému má dříve vyslovené přání své místo již od roku 2001, téměř nikdo s ním nemá zkušenost.

3 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

3.1 Poslání služby

Základní charakteristiku domova se zvláštním režimem nalezneme v zákoně o sociálních službách číslo 108/2006 Sb. Zákon tuto sociální službu definuje jako místo, kde je poskytováno ubytování osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou a ostatními typy demencí. Lidem, jejichž situace z důvodu těchto onemocnění vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (zákon č. 108/2006 Sb.). A právě v zaměření této služby na uvedené onemocnění nalezneme rozdíl mezi domovem pro seniory a domovem se zvláštním režimem.

Posláním domova se zvláštním režimem je především poskytovat nepostradatelnou péči osobám se speciálními potřebami, které důsledkem svého onemocnění nemohou žít ve svém přirozeném prostředí. Podpora a pomoc vychází z individuálních potřeb klienta, respektuje jeho lidskou důstojnost, směřuje k udržení, případně rozvoji jeho schopností a napomáhá při zprostředkování kontaktů s rodinou a jeho okolím. Služby jsou klientům v domově se zvláštním režimem poskytovány personálem na základě individuálního plánu, který se sestavuje po přijetí klienta. Klientovi je přidělen tzv. klíčový pracovník, který s ním individuální plán sestavuje a zároveň se poté podílí i na jeho realizaci. V případě potřeby mohou individuální plán společně i měnit (Malíková, 2020, s. 65).

Když se začne hovořit na téma umírání v domově pro seniory, lidem se vybaví různé představy, z nichž zřejmě nejtypičtější může být osamělý klient v ústavním prostředí bez známek individuality, což je pravým opakem představ o důstojném umírání. Pravděpodobně přáním každého z nás je umřít doma obklopen svými nejbližšími, bez bolesti a s dostatečným prostorem pro dokončení svých věcí (Niedermann et al., 2016, s. 27). S uvedenými představami o důstojném umírání se ztotožňuje i Haškovcová (2010, s. 283), která navíc dodává přání umírat rychle a ideálně ve spánku, jít večer spát a ráno se již neproбудit.

Při spolupráci s umírajícími, by mezi základní pravidla měla být řazena především pravda a opravdovost s ohledem na výslovná přání umírajících. Pokud si člověk přeje znát informace ohledně svého zdravotního stavu, měly by mu být pravdivě a šetrně sděleny. Naopak pokud si umírající nepřeje být informován, mělo by být jeho přání respektováno (Matoušek a Křišťan, 2013, s. 385). Na myšlenku o pravdě a opravdovosti s ohledem na přání umírajících upozorňuje i Šourek (in Niedermann et al., 2016, s. 36), který tento přístup spolupráce zařadil

do prvního kritéria konceptu „důstojné doprovázení umírajících a jejich blízkých“ a je určen především pro pobytová zařízení pro seniory. Koncept je založen na pěti základních kritériích: umírající člověk a jeho blízcí stojí v centru služby, k dispozici je interdisciplinární tým, zapojení dobrovolníků, dobrá znalost kontroly symptomů a kontinuita pomoci pro potřebné a jejich blízké.

3.2 Cílová skupina

Cílovou skupinu domova se zvláštním režimem tvoří osoby s chronickým duševním onemocněním, především pak se zaměřením na osoby s Alzheimerovou chorobou, ostatními typy stařeckých demencí, osoby po cévní mozkové příhodě s degenerativním onemocněním mozku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, přičemž se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Možnosti zůstat v domácím prostředí za pomoci rodiny, blízkých osob nebo terénních či ambulantních sociálních služeb byly vyčerpány a hrozí tak vyčlenění ze společnosti neposkytnutím potřebné péče.

Je dobré si uvědomit, že demence je postupující onemocnění, které má určitý průběh, s čímž je spojena hlavně rozsáhlá péče, kterou je nutné neustále přizpůsobovat úrovni a možnostem seniora. V rostoucí skupině seniorů se nacházejí, jak zdraví, tak nemocní jedinci a všichni mají nárok na odpovídající profesionální zdravotní i sociální péči, která zachová jejich důstojnost (Dvořáčková, 2012, s. 9).

Vágnerová (2008, s. 11) demenci popisuje jako organicky podmíněný syndrom, jehož nejdůležitějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, zejména inteligence a paměti, což velmi negativně ovlivňuje úroveň sociální adaptace. Demence je syndrom, neboli soubor příznaků, který má různé příčiny, na základě kterých ji lze rozčlenit do dvou skupin. První skupinu tvoří demence, kde probíhá atroficko – degenerativní proces. Nejrozšířenější z nich je demence u Alzheimerovy choroby, která představuje padesát až sedmdesát procent všech demencí a jedná se o progresivní a neurodegenerativní onemocnění, při němž se snižuje počet neuronů i jejich spojení a v tomto důsledku dochází k úbytku mozkové tkáně. Onemocnění obvykle trvá pět až osm let a končí smrtí.

Alzheimerova choroba přichází nenápadně a doprovází ji především poruchy chování, kognitivních funkcí a soběstačnosti. Jako první a nejméně nápadné se objevují poruchy kognitivních funkcí, mezi které řadíme například poruchy paměti, myšlení, orientace, schopností vyjadřovat se či rozumět mluvené řeči. V rámci poruch chování můžeme sledovat různě nevhodné či nepřiměřené chování, úzkost až depresi. V soběstačnosti dochází

postupně ke zhoršení ve všech oblastech každodenních sebeobslužných činností (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 73).

Toto onemocnění se dělí na tři vývojová stádia, přičemž každé má svůj vlastní průběh. První stádium označujeme jako počínající a mírnou demenci, kdy je člověk ještě samostatný, jen občas potřebuje pomoc jiné osoby s připomenutím některé běžné denní činnosti. Stává se, že člověk se obtížněji vyjadřuje a hůře orientuje v některých situacích, v důsledku rozpadání se krátkodobé paměti začíná zapomínat. V druhém stádiu je již nezbytný stálý dohled a pomoc při sebeobslužných aktivitách. Jde o nejdelší období, které může trvat dva až deset let a pro pečujícího je toto období zvláště náročné. Dochází ke ztrátě krátkodobé paměti a rozpadu paměti dlouhodobé, což se může projevat ztrátami i ve známém prostředí, dezorientací v čase, ubývá schopnost vyjadřovat se verbálně a zcela přichází o schopnost sebeobsluhy. Postupně je degradována celá osobnost člověka, čímž si dotyčný ani neuvědomuje svůj fyzický, psychický ani sociální úpadek (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009, s. 215).

Třetí stádium nazýváme syndromem pokročilé demence a jde o závěrečnou fázi vývoje demence. V tomto období už člověk nepoznává ani své blízké, trpí úplnou dezorientací v čase i místě, většinou je již upoután na lůžko, je plně inkontinentní a není schopen se vyjádřit ani porozumět. Zde už není soběstačný vůbec a je nutná péče dvacet čtyři hodin denně (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 77).

Druhou skupinou jsou tzv. demence symptomatické neboli sekundární, jejichž vznik souvisí s intoxikací, infekcemi, úrazy, nádory, cévními poruchami, metabolickými změnami, či jinými příčinami postihujícími mozek (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009, s. 62).

Pokud je demence diagnostikována v počátcích, je možné zpomalit její vývoj, ale léčba je velmi obtížná. Demenci lze léčit nejen farmakoterapií, ale i specifickými formami rehabilitace (Haškovcová, 2010, s. 413).

3.3 Personální požadavky a náplň práce pracovníků

V domově se zvláštním režimem jsou zaměstnány různé pracovní pozice, z nichž nejpodstatnější zajišťující péči o klienty je sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. Jejich specifikaci přináší zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách a katalog prací ve veřejných službách.

Sociální pracovník v domově se zvláštním režimem zastává velmi široké pole působnosti. K jeho základním činnostem patří vedení administrativní dokumentace, sledování vývoje v rámci sociálních služeb a vyhledávání nových informací. Je důležité, aby se orientoval v zákonech, které souvisí s jeho prací, a zároveň je dokázal implementovat do praxe. Mezi další činnosti sociálního pracovníka patří například zabezpečení sociální agendy, provádění sociálního šetření, řešení sociálně – právních problémů, depistážní činnost, ale i sociální poradenství, či metodická a koncepční činnost (Sokol a Trefilová, 2008, s. 280).

Většinou sociální pracovník řídí poskytování sociální služby, přijímá nové klienty do zařízení, spolupracuje v týmu s dalšími zaměstnanci a také provádí kontrolu dané služby. Zároveň může zpracovávat koncepty služby a může být iniciátorem organizačních změn v péči o klienty a v neposlední řadě se podílí na zlepšování kvality poskytované sociální služby (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 39).

Dle zákona o sociálních službách je předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost, která musí mít formu vyššího odborného, případně vysokoškolského vzdělání v oborech, jež stanovuje daný zákon. Sociální pracovníci se podílejí a mnohdy i sami rozhodují o zásadních změnách v životě lidí a tato rozhodnutí musí být založena na vysoké profesionalitě (Sokol a Trefilová, 2008, s. 299). Sociální pracovník se v rámci své praxe neustále vzdělává, kdy minimální rozsah vzdělávání je stanoven zákonem o sociálních službách na dvacet čtyři hodin za kalendářní rok. Mezi formy dalšího vzdělávání patří například specializované vzdělávání zajišťované vyššími odbornými školami a vysokými školami, akreditované kurzy, či školící akce. Účastí na těchto akcích si sociální pracovník prohlubuje svoji kvalifikaci (Sokol a Trefilová, 2008, s. 296).

Další důležitou pozicí je **pracovník v sociálních službách**, který vykonává přímou obslužnou péči o klienty. Předpoklady pro výkon povolání jsou obdobné jako u sociálního pracovníka, tedy bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost, tedy splnění kvalifikačního požadavku. Kvalifikačními požadavky jsou základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Absolvování uvedeného kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly dle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu sociálního pracovníka a také u osob, jež získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím předpisem (Malíková, 2020, s. 88).

V rámci konkrétní náplně práce pracovníka v sociálních službách můžeme pro představu uvést například výpomoc klientovi s příjmem potravy, sledování jeho pitného režimu, péče o lůžko klienta, které udržuje čisté a upravené, provádí povrchovou dezinfekci veškerých pomůcek, pomáhá klientovi při jakýchkoliv pohybových aktivitách, při udržování čistoty a upravenosti těla, při vyprazdňování a sleduje trvale projevy a chování klienta a všechny informace hlásí všeobecné sestře. Při doprovázení klienta poskytuje péči o umírajícího, uspokojuje jeho základní potřeby a poskytuje mu psychickou podporu, následně provádí i péči o tělo zemřelého, připravuje jeho osobní předměty k předání pozůstalým a provádí také úklid a dezinfekci lůžka, pokoje a veškerého vybavení používaného u zemřelého klienta (Špirudová, 2015, s. 22).

Pracovník v sociálních službách se stává i tzv. klíčovým pracovníkem klienta. Pomáhá klientovi s individuálním plánováním a nastavením osobních cílů. Je s klientem v pravidelném kontaktu a klient se na něj může kdykoliv obrátit. Pro vzájemnou spolupráci je nezbytná klientova důvěra ke svému klíčovému pracovníkovi. Aby mohli navzájem spolupracovat, je důležité mít společné cíle a těch je možné dosáhnout především efektivní komunikací, sdílením svých pocitů a respektováním se. V rámci týmu je možný i rozvoj vlastní osobnosti a to zejména tím, že společně prožívá úspěch i neúspěch včetně poučení se z vlastních chyb (Procházková, 2019, s. 127).

Mezi nelékařské zdravotnické pracovníky v domově se zvláštním režimem řadíme vrchní sestru, všeobecnou sestru, fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání definuje zákon číslo 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který přesně určuje, že způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka má ten, kdo má odbornou způsobilost dle uvedeného zákona nebo jemuž byla uznána způsobilost k výkonu v souladu s tímto zákonem, dále je zdravotně způsobilý a v neposlední řadě i bezúhonný (Malíková, 2020, s. 94).

S ohledem na téma naší diplomové práce si z nelékařských pracovníků v domově se zvláštním režimem blíže představíme pouze pozici vrchní sestry a všeobecné sestry.

Vrchní sestra je nejvyšším pracovníkem v oblasti ošetrovatelské péče a v hierarchii nelékařských zdravotnických pracovníků. Název její funkce se může v některých zařízeních lišit, pozice může být nazvána například vedoucí ošetrovatelské péče, vedoucí zdravotního úseku, či staniční sestra. Ostatní spolupracovníci jí předávají odborné informace či

požadavky, které sama řeší s jednotlivými pracovníky a na pravidelných denních schůzkách (Plevová, 2019, s. 84).

Popis činností vrchní sestry je velmi obsáhlý, proto si uvedeme alespoň ty nejpodstatnější. Vrchní sestra například plánuje, koordinuje, kontroluje zdravotní a ošetrovatelskou péči na svém oddělení, případně v celém zařízení, spolupracuje se smluvními lékaři, kteří zařízení navštěvují a zajišťují zdravotní péči klientů, kontroluje stav zásob pomůcek, zdravotnického materiálu včetně pomůcek pro klienty na základě poukazů vystavených lékařem a dle potřeby včas zajišťuje jejich objednávku, zpracovává podklady pro zdravotní pojišťovny, dále také vypracovává, schvaluje a kontroluje rozpisy služeb pracovníků (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 58 – 60).

Všeobecná sestra je nelékařský zdravotnický pracovník, který je v hierarchii domova se zvláštním režimem podřízen vrchní sestře a nadřízen pracovníkům v sociálních službách. Všeobecná sestra v domově se zvláštním režimem především zajišťuje a provádí odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči o klienty, přičemž zcela samostatně vede ošetrovatelskou dokumentaci klientů (Plevová, 2019, s. 80 – 82).

Všeobecná sestra také pečuje o umírajícího klienta, na velmi vysoké etické úrovni vytváří podmínky pro důstojné umírání. Souhrnně můžeme konstatovat, že všeobecná sestra všemi svými činnostmi v poskytované péči usiluje u klientů především o minimalizaci dalších ošetrovatelských problémů, sleduje všechny jejich projevy, celkový tělesný, duševní i emocionální stav, analyzuje jej a předpokládá možné komplikace, přičemž včas reaguje na případné změny (Malíková, 2020, s. 100 – 103).

Samozřejmě ideální je, pokud se na podpoře a péči podílí i rodina klienta nebo jiná osoba mu blízká, protože jejich zapojení je velmi důležité nejen pro personál, pro které je blízký člověk důležitým zdrojem informací, ale zejména pro samotného klienta, který se pak cítí příjemněji (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 62).

3.4 Psychohygienu pracovníků

Pracovníci domova se zvláštním režimem jsou často vystaveni vysoké psychické zátěži, která se může projevit i na jejich psychickém zdraví. Nejčastěji hovoříme o syndromu vyhoření, ale mohou se projevit i pocity beznaděje, psychického nátlaku či stresu (Maroon, 2012, s. 11).

Udržovat, prohlubovat, či znovuzískat ztracené duševní zdraví má za úkol vědní disciplína, která se nazývá psychohygienu neboli duševní hygiena. Obecně můžeme konstatovat, že psychohygienu poskytuje návod, jak upravit životní styl a životní podmínky takovým způsobem, aby se jednak zabránilo nepříznivým vlivům, ale zároveň, aby se člověk stal vůči těmto vlivům odolnější a vyrovnanější. Jejím úkolem je naučit člověka, jak preventivně předcházet psychickým obtížím, které mohou vyústit až v obtíže somatické, případně pokud již nastaly, učí člověka, jak je nejlépe zvládat (Křivohlavý, 2009, s. 143).

Různé techniky či metody psychohygieny lze používat průběžně, kdykoliv během dne, i když se člověk cítí dobře. Trvale tak pracuje na udržování psychické rovnováhy. Typy psychohygienických technik mohou být například meditace, mantry, relaxace a relaxačně aktivační metody, zdravá komunikace, ale také pravidelný denní režim, správné hospodaření s časem, správná výživa, dostatečný pohyb a v neposlední řadě i dostatek spánku (Maroon, 2012, s. 29).

Dalo by se tedy říci, že z hlediska rizik, kterým jsou pracovníci domova se zvláštním režimem vystavováni, je velmi důležité pečovat o své duševní zdraví. Jednou složkou je tedy zdravý životní styl spojený s dostatkem spánku, pohybu, odpočinku, a s kvalitním vyplněním volného času, přičemž druhá složka se zaměřuje na podporu na pracovišti, s čímž souvisejí supervize. Jejich obecným posláním je přispívat ke zkvalitnění práce s pomocí reflexe toho, co se v pracovním procesu děje, porovnávání situací s profesionálními normami a motivování pracovníků k objevování nových možností v jejich práci (Kalina, 2003, s. 139).

Smyslem supervizí je rozvíjet profesní dovednosti, posilovat vztahy v pracovním kolektivu a nacházet řešení problematických situací. V procesu supervize poskytuje supervizor zpětnou vazbu supervidovanému k jeho práci a většinou má formu rozhovoru. Supervize zvyšuje nejen účinnost práce zaměřením se na její cíle, ale také její kvalitu zaměřením se na průběh. Pozornost je zaměřena především na vztahy, které jsou v pomáhajících profesích velmi důležitým prostředkem k dosahování cílů a známkou kvality práce. Supervize obsahuje složky dohledu i nadhledu, což zaručuje vysokou úroveň odbornosti ve schopnostech, vědomostech a dovednostech, zároveň v oblasti etické i hodnotové (Matoušek, 2013, s. 371).

Supervizi můžeme chápat i jako příležitost k získání nadhledu v obtížných situacích, možnost přijít na nové souvislosti ve zdánlivě neřešitelné situaci a zároveň jako prostředek k získání odvahy řešit další obtíže. Zásadní je i možnost k příležitosti získat díky supervizi

určitou sebereflexi vlastního profesionálního jednání a tím pochopení nevědomých, či neuvědomovaných souvislostí a jejich odrazu v pracovním životě (Kalina, 2003, s. 134).

Velmi dobrým přínosem pro duševní hygienu pracovníků může být také supervize založená v případě sociální práce na interakci mezi pracovníkem a supervizorem, jelikož umožňuje reflektovat situaci s odstupem času a může se stát důležitou součástí péče o sebe, přičemž umožňuje zůstat otevřený novému učení a je nepostradatelnou součástí neustálého vývoje pomáhajícího pracovníka, jeho sebeuvědomění a odhodlání dále se vyvíjet (Hawkins a Shohet, 2016, s. 19).

Z výzkumu Benešové a Šmidmajerové (2018, s. 63 – 71) je zřejmé, že supervize je účinnou metodou proti syndromu vyhoření, s čímž souhlasí i autoři Kebza a Šolcová (2003, s. 8). Ti se domnívají, že hlavní zásadou psychohygieny u pomáhajících profesí je udržování si odstupů od klientů a vyjadřování svých emocí ať už pouhým rozhovorem například s kolegy či na supervizi.

Maroon (2012, s. 41) se zmiňuje o sociální podpoře, která je dle něj nezbytně nutná pro pracovníky, protože je chrání proti přílišnému tlaku a snižuje nebezpečí vzniku stresu. Sociální podpora zahrnuje činnosti jiných lidí, kteří jedince podporují, povzbuzují, a pomáhají mu v dlouhodobém hledisku, především v případě, kdy se dostane do krizové situace. Sociální podporu může poskytnout jak rodina, tak kolegové na pracovišti či samotná organizace.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V první části naší diplomové práce jsme si vymezili teoretická východiska, která nám umožnila hlouběji nahlédnout do problematiky doprovázení. V empirické části diplomové práce se budeme zabývat metodologií výzkumu zaměřeného na strategii doprovázení prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem. V následujících kapitolách praktické části si nejprve definujeme výzkumný problém, výzkumné cíle a otázky. Zaměříme se na volbu výzkumné strategie, metod a technik sběru dat.

Následně si v dalších podkapitolách praktické části popíšeme volbu výzkumného souboru, průběh vstupu do terénu, zpracování a analýzu dat. Téma diplomové práce jsme si vybrali na základě stále častějšího tabuizování umírání a smrti českou společností a zároveň s přihlédnutím k faktu, že dosavadní výzkumy se pouze v omezené míře zabývají problematikou doprovázení v prostředí domovů se zvláštním režimem.

4.1 Výzkumný problém

Je velmi důležité přesně definovat výzkumný problém společně se základní výzkumnou otázkou a až následně hledat vhodnou výzkumnou metodu (Švaříček a Šedřová, 2014, s. 22). Výzkumným problémem našeho zkoumání je strategie doprovázení prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem. Výzkumný problém naší diplomové práce má deskriptivní charakter. Autor Gavora (2010, s. 56) jej popisuje následovně „*Deskriptivní výzkumný problém zjišťuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu.*“

4.2 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Vzhledem k výzkumnému problému, jsme si stanovili hlavní výzkumný cíl a výzkumné cíle dílčí. Hlavním cílem naší práce je zjistit a popsat, jakou strategii volí pracovníci při doprovázení klientů ve vybraném domově se zvláštním režimem. Také jsme si stanovili dílčí cíle výzkumu:

1. Zjistit a popsat, jakou strategii volí pracovníci při nástupu terminálního stádia u klientů.
2. Zjistit a popsat, jakou strategii volí pracovníci při péči o zesnulé.
3. Zjistit a popsat, jak se pracovníci vyrovnávají s doprovázením a setkáváním se smrtí.
4. Zjistit a popsat, s kým v zařízení i mimo něj pracovníci komunikují o smrti.

Výzkumný problém si definujeme na základě hlavních a dílčích otázek, které dle Švaříčka a Šed'ové (2014, s. 69) „*musí být v souladu se stanovenými cíli i výzkumným problémem*“.

Hlavní výzkumná otázka:

Jakou strategii volí pracovníci při doprovázení klientů ve vybraném domově se zvláštním režimem?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jakou strategii volí pracovníci při nástupu terminálního stádia u klientů?
2. Jakou strategii volí pracovníci při péči o zesnulé?
3. Jak se pracovníci vyrovnávají s doprovázením a setkáváním se smrtí?
4. S kým v zařízení i mimo něj pracovníci komunikují o smrti?

4.3 Volba výzkumné strategie, metod a technik sběru dat

Pro metodologickou část naší diplomové práce jsme si zvolili kvalitativní výzkum a to především z důvodu hloubkového šetření poznatků pracovníků. Hendl (2016, s. 47) popisuje kvalitativní výzkum jako dlouhodobý a intenzivní kontakt s terémem.

Ke sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který je náročný na přípravu z důvodu specifikace okruhu otázek, které participantům pokládáme a následně doplňujeme v průběhu rozhovoru (Mioviský, 2006, s. 159).

Pro polostrukturovaný rozhovor jsme zvolili následující okruh otázek:

1. Jakou strategii volíte při nástupu terminálního stádia u klientů?
2. Jakou strategii volíte při péči o zesnulé?
3. Jak se vyrovnáváte s doprovázením a setkáváním se smrtí?
4. S kým v zařízení i mimo něj komunikujete o smrti?

4.4 Volba výzkumného souboru a způsob jeho nasycení

K účelům naší diplomové práce, jsme si jako participanty k samotnému výzkumnému šetření zvolili pracovníky domova se zvláštním režimem. Hlavní podmínkou výzkumného vzorku bylo, aby byli pracovníci zaměstnáni na plný úvazek, jejich pracovní náplní byla péče o klienty a délka praxe byla minimálně tři roky. Výběr participantů byl tedy záměrný,

pro který je dle Miovského (2006, s. 132) charakteristické, že jsou vybráni dle jejich určitých vlastností.

Výzkumný soubor našeho výzkumu tvoří pět pracovníků domova se zvláštním režimem, kteří mají ze své praxe zkušenost s doprovázením a kterým byla pro zachování anonymity přidělena fiktivní jména.

OZNAČENÍ	VĚK	DÉLKA PRAXE V LETECH	MÍSTO ROZHOVORU
A	29	6	Domov se zvláštním režimem
B	35	11	Domov se zvláštním režimem
M	33	13	Domov se zvláštním režimem
S	28	7	Domov se zvláštním režimem
Ž	40	18	Domov se zvláštním režimem

Tabulka č. 1: Sociodemografické údaje o participantech (Vlastní výzkum, 2023)

4.5 Vstup do terénu

První fáze vstupu do terénu proběhla v listopadu 2022, kdy jsme oslovili vhodné participanty k polostrukturovanému rozhovoru a přitom nám sdělili své sociodemografické údaje.

V druhé fázi proběhly samotné rozhovory, které se uskutečnily osobně a přímo ve vybraném domově se zvláštním režimem. Participant byli v úvodu rozhovoru obeznámeni o etických aspektech výzkumu, tedy o jejich anonymitě a dobrovolnosti účastnit se našeho výzkumu. Všichni zároveň souhlasili s nahráváním našich rozhovorů. Všechny rozhovory proběhly v průběhu měsíce prosince 2022 a nyní si popíšeme průběh jednotlivých rozhovorů.

Rozhovor č. 1 – Barbora označena jako B

Polostrukturovaný rozhovor trvající 26 minut s participantkou Barborou proběhl dne 12.12.2022 v 15.00 hodin přímo v domově se zvláštním režimem, kde je Barbora zaměstnána na pozici staniční sestry. Participantka působila z počátku rozhovoru nervózním dojmem, který v průběhu rozhovoru postupně opadl, a Barbora se rozprávěla. I přes počáteční nervozitu, kterou se podařilo překonat, nakonec rozhovor proběhl v příjemné atmosféře a díky doplňujícím otázkám jsme získali přínosné informace. Barbora mluvila rozvážně, plynule a k tématu.

Rozhovor č. 2 – Michal označen jako M

Rozhovor s Michalem proběhl dne 13.12.2022 v 10.30 hodin, trval 42 minut a uskutečnil se v domově se zvláštním režimem, kde je Michal zaměstnán jako zdravotnický asistent. Rozhovor byl velmi příjemný, v přátelském duchu. Michal působil uvolněným dojmem a vzhledem ke své dlouholeté praxi, nám sdělil zásadní informace, díky nimž nám poskytl ucelený pohled na problematiku doprovázení. Participant neodbíhal od tématu a vždy mluvil přímo k věci.

Rozhovor č. 3 – Alžběta označena jako A

Rozhovor s Alžbětou se uskutečnil také dne 13.12.2022 ve 14.00 hodin a trval 35 minut. Alžběta byla v domově se zvláštním režimem zaměstnána 3 roky jako pracovník v sociálních službách a nyní zde již třetím rokem působí jako sociální pracovníce.

Participantku ovlivňovala takřka po celou dobu našeho rozhovoru nervozita. Mluvila pomalu, rozvázně a často docházelo k pomlčkám, kdy se zamýšlela. Někdy nedokončovala věty a bylo nutné ji doplňujícími otázkami vybízet k pokračování v rozhovoru.

Rozhovor č. 4 – Simona označena jako S

Participantka Simona pracuje v domově se zvláštním režimem jako pracovník v sociálních službách. Polostrukturovaný rozhovor s ní proběhl dne 15.12.2022 v 15.00 hodin a trval 45 minut. Ačkoliv zpočátku rozhovoru působila nervózním dojmem, postupně došlo k určitému uvolnění a zejména díky doplňujícím otázkám jsme získali cenné informace.

Rozhovor č. 5 – Žaneta označena jako Ž

Polostrukturovaný rozhovor se uskutečnil dne 16.12.2022 ve 13.00 hodin. Participantka od počátku působila velmi uvolněným dojmem, mluvila vždy k věci a svižným tempem. Rozhovor trval 40 minut a vzhledem k dlouholeté praxi Žanety na pozici pracovníka v sociálních službách jsme si mohli více objasnit danou problematiku.

4.6 Zpracování dat

Jako způsob zpracování dat z polostrukturovaných rozhovorů jsme si zvolili dílčí postupy zakotvené teorie, ve které má způsob zpracování dat své postupy. Nejprve jsme si nahrané rozhovory převedli do psané podoby a řádně okódovali. Použili jsme tzv. otevřené kódování, které popisují autoři Švaříček a Šedřová (2007, s. 212) „*Postupujeme tak, že nejprve analyzovaný text (přepsaný rozhovor) rozdělíme na jednotky. Jednotkou může být slovo,*

sekvence slov, věta, odstavec. “Následně jsme vzniklé kódy (jednotky) zařadili do kategorií, což Strauss a Corbinová (1999, s. 45) popisují jako „*proces seskupování pojmů, které se zdají příslušet stejnému jevu.*“

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Kapitolou se dostáváme k podstatě našeho výzkumného šetření, které probíhalo od listopadu do prosince roku 2022. Analyzováno bylo 35 stran transkribovaného textu ve formátu A4 a nyní přistoupíme k prezentaci výsledků vzešlých z otevřeného kódování.

5.1 Otevřené kódování a jeho kategorie

Kódování probíhalo, metodou tužka – papír, kdy jsme si rozhovory přepsali do textového souboru word a po vytištění tužkou, vpisovali kódy rovnou do rozhovorů. V přepsaném textu jsme identifikovali 43 kódů, které jsme následně dle logického a systematického uspořádání zařadili do 6 kategorií. Pro lepší orientaci v textu, jsme si označili jména participantů písmeny a to následujícím způsobem:

- Barbora (B)
- Michal (M)
- Alžběta (A)
- Simona (S)
- Žaneta (Ž)

V textu je také za každým označením jména i číslice pro lepší orientaci v rozhovorech. Význam číslice značí odstavce, v nichž daný výrok v textu nalezneme.

5.1.1 Důstojnost

Důstojnost je klíčovým aspektem při umírání nejen v domově se zvláštním režimem, neboť poskytuje respekt, ohleduplnost a péči o individuální potřeby klienta na konci jeho života. V této kapitole se zaměříme na kategorii důstojnost v průběhu procesu doprovázení klientů, přičemž tabulka nám znázorňuje její kódy:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE
Soukromí ve smrti	DŮSTOJNOST
Ponechat umírajícímu klid	
Dříve vyslovené přání	
Důstojný oděv	
Předání osobních věcí	
Rozloučení s rodinou po smrti	

Tabulka č. 2: Charakteristika kategorie č. 1: Důstojnost (Vlastní výzkum, 2023)

Prvním kódem v této kategorii je **soukromí ve smrti**, protože umožňuje jednotlivci a jeho rodině zvládnout tuto intimní a emotivní situaci bez vnějšího rušení. Umožňuje prostor pro smutek, truchlení a projevy emocí, jelikož závěr života je velmi osobní záležitost a každý člověk má právo na to, aby si tuto zkušenost prožil v souladu se svými představami a hodnotami. Soukromí umožňuje zachování důstojnosti a respektu k jednotlivci a jeho rodině. „*Důležité je důstojné prostředí, hlavně soukromí, to by měl být nejen ten, co umírá, ale i když s ním je ta rodina. Když je to na pokoji s více klienty, zatáhneme takovou plentu, aby fakt mohli být spolu v soukromí, rozloučit se a prožít to.*“ (Ž2). „*Jakože zachovat důstojnost, hlavně důstojnost, ta je na prvním místě a hlavně dávat soukromí při tom umírání...*“ (M1). „*...někdy ještě jdou přímo na ten pokoj, je to možné i na těch pětilůžkových pokojích, protože mi tam můžeme dát takové zástěny, takže je tam soukromí, to je důležité.*“ (A4).

Dalším kódem, který nám vyplynul z této kategorie je **ponechat umírajícímu klid**, protože klid je důležitou součástí důstojného umírání. Umírající by měl být obklopen klidným a podpůrným prostředím, které minimalizuje stres a úzkost a umožňuje člověku soustředit se na svůj vlastní proces umírání. „*Vesměs jim necháme takhle ten klid, do ničeho je nenutíme, když se chtějí napít, napijí se, když se chtějí najíst, nají se. Ale spíš tak jako necháme takhle ten klid.*“ (B1) a „*Už nemá cenu nějakým způsobem měřit fyziologické funkce nebo něco takového, tam člověk to pozná i na té saturaci, že tam je nižší a nižší a to fakt jako není potřeba jako nějak vehementně řešit, že už prostě odchází, tak prostě je jasné, že ta saturace už půjde dolů, tlak půjde dolů, všechno půjde dolů.*“ (B7).

Dříve vyslovené přání je dalším kódem v kategorii, protože respektování dříve vyslovených přání je důležitou součástí důstojného umírání. Ačkoliv je součástí našeho právního rámce, účastníci se vyjadřují: „*Tak to jsem asi neslyšel.*“ (M18). „*...slyšela jsem o tom, ale nikdo z našich klientů to prozatím nevyužil. Myslím, že o tom, moc lidí ani neví.*“ (Ž9) nebo „*No jako slyšela, ale myslím, že to tady nikdo ještě nevyužil. Vůbec s tím nemám zkušenosti, ani přesně nevím, o co jde.*“ (A10) a „*Myslím si, že jsem to slyšela, ale úplně jsem se o to nijak nezajímala. Není to to, že chtějí to tělo poskytnout k výzkumu?*“ (S13).

Všichni účastníci upozorňují na **důstojný oděv** zesnulého při pohřbu, přičemž shodně uvádí, že pokud oděv nepřipraví rodina, vybírají jej přímo pracovníci domova se zvláštním režimem. „*Bud' to mají rodiny nachystané, někteří s tím přijdou se rozloučit, když se ví, že klient odchází nebo pokud to je třeba někdo, kdo nemá rodinu, tak holky vyberou to nejlepší, co se k tomu hodí, nějaké tmavé hezké šaty nebo něco takového a zesnulého oblečou.*“ (B9). Alžběta sděluje i důležitou informaci, že oděv, je nutné přinést včas, v ideálním případě ještě

před úmrtím klienta: „Oblékáme ho do oblečení, které většinou přinesou rodiny. Nějaký takový nejhezčí oblečení tomu říkáme, halenky, ne běžné oblečení, prostě takový to oblečení do rakve. Ale pokud rodina nic nepřinese dopředu, musíme vybírat my. Po smrti nemůžeme třeba čekat několik hodin, to oblečení už musíme mít, abychom mohli zesnulého připravit.“ (A7). Simona upozorňuje na skutečnost, kdy jsou pracovníci nuceni zvolit i oděv zcela nevhodný: „...klient se oblékne, snažíme se u klientů, co třeba nemají moc oblečení a ani rodina nic nepřinese, vybrat to nejslušnější co má. Nějaká pěkná halenka třeba, ale bohužel hlavně u mužů nám někdy nezbyde nic jiného, než mu dát černé tepláky.“ (S3) a dále uvádí, že by na oděv upozornila rodinné příslušníky již při nástupu klienta do domova: „Já bych asi, když mají rodinný příslušníky, tak bych uvítala, kdyby to bylo součástí toho vybavení, když ti klienti sem přichází. Většinou totiž ti klienti nemají třeba smuteční šaty nebo muži nemají obleky. Že člověk je potom nemá do čeho obléct a je to takový i pro nás trapný, když si těm rodinám máme o to říkat, aby přinesly výbavu tomu člověku do rakve. Pak se shání nějaký oblečení, protože nám samotným se to přičí, toho člověka potom předávat jako v potrhaným a tak. Takže to je třeba to, kdybych byla sociální pracovnice, co bych těm rodinám připomínala, aby třeba i na tohle myslely, že ten člověk může odejít, tak abychom měli něco slušného po ruce. Ženy třeba šaty, silonky, boty.“ (S23). „Tady to moc nefunguje, ale léta se snažím, aby prostě v té smlouvě, když k nám klient nastupuje, bylo zakomponováno ne pietní balíček, ale třeba společenský balíček, protože pro mě je nedůstojný ho oblékat třeba do tepláků. Vždycky chystáme věci, většinou tam má černý sako, i punčocháče jsem oblékal i podprsenku, prostě cokoliv, co ta rodina přinese, prostě je důležité důstojně toho nebožtíka obléct.“ (M7). „Jedna kolegyně měla nejhezčí klientku, co jsem kdy vydával a tu měla v kroji. Když někteří prostě chtějí, mají tu tradici, tak to měli připravený, tak měla tu paní připravenou v kroji.“ (M8). Michal popisuje i zkušenost, kdy s vybraným oděvem nesouhlasil: „Nesnáším jednu věc, když jsou špatně oblečení, ti nebožtíci. To se mi i stalo, že pečovatelky oblékly klienta špatně a já jsem jim ještě ten den nakázal, ať ho převlečou, i když už měl jako ztuhlost. Já říkám ne, takhle nepojede. Bohužel, když je ten člověk už v márnici a tělo už je ztuhlé, už to neovlivním, to už by šlo těžko oblékat.“ (M19) a také „Oni zase sociální pracovnice to myslí dobře, že při nástupu hned mluvit o smrti, ale to bohužel musí. Tak ne pietní, ale třeba společenský by se hodilo, aby tady byly důstojné šaty nebo cokoliv jiného. Protože třeba ta maminka měla ráda tady tyto šaty a ty by si třeba přála, až odejde, tak to nechat v tom balíčku. Protože pak hledat třeba v noci něco důstojného, ne tepláky je docela těžký.“ (M20). „Jestliže vím, že klient je ve zhoršeném stavu a mohlo by dojít k úmrtí, informuje se rodina, že by bylo vhodné přinést

společenské oblečení tmavé barvy. S tím prádlem je totiž někdy problém, pokud už ho nemáme dopředu k dispozici a klient nám odejde třeba v noci, je to komplikace, protože tělo začíná tuhnout a je třeba jej obléci co nejdříve.“ (Ž5).

Předání osobních věcí zesnulého může být emocionálně náročná a citlivá situace. K tomuto kódu se vyjadřují participanti shodně s tím, že předávání osobních věcí pozůstalým dosud není dle jejich představ: „Místnost, kde by si mohli pozůstalí důstojně převzít osobní věci po zesnulém. Na těch jednolůžkových pokojích je to docela v pohodě. I když někdy se tam ta rodina už prostě nechce vracet. Prostě by to chtělo nějaké neutrální a důstojné prostředí, kde bychom mohli ty věci rodině předat. Dává se to totiž do igelitového pytle a tak se to předává. Teď se teda už nějakou dobu snažíme nechávat vše na pokoji, aby si to ta rodina sama sbalila, ale to někdy fakt nejde, když jsou ty vícelůžkové pokoje, tak třeba ostatní klienti to berou a tak.“ (Ž20). Alžběta sděluje, že pracovníci usilují o změny v této oblasti: „No teď pracujeme na tom, aby když ten klient zemře a vlastně tam jsou po něm jeho osobní věci, tak se vždycky ty osobní věci daly do pytlů a předávalo se to těm rodinám. A teď bojujeme za to, aby prostě to nechali na posteli pěkně, aby to bylo takové důstojnější.“ (A17) dále „Ono už se to teď zavádí a už to celkem funguje. Takže prostě ty věci osobní se dávaly do pytlů a pak se nám sociálním pracovníkům to dalo do kanceláře a tak jsme to předávali těm rodinám, což bylo jako fakt takový dost nedůstojný. Takže je určitě lepší, aby se to dělalo tak, že to oblečení, ono se to musí spočítat jako do pozůstalosti, samozřejmě soupis osobních věcí, aby se to nechalo na té jejich posteli. Ale bohužel jak jsou ty pětilůžkové pokoje, tak ti ostatní klienti to prostě berou, možná by bylo fajn, kdyby tady byla nějaká místnost, kde by se třeba tady tyhle věci dávaly. Protože oni ti rodinní příslušníci taky už moc nechtějí už se vracet zpátky na ten pokoj, kde ten jejich blízký člověk zemřel. Takže nevím no, jak by se to úplně dalo udělat, možná nějakou místností pro ty pozůstalé, aby to bylo takové neutrální místo, že jo. Ale aby to bylo furt důstojné, ne předávat jim to v pytli.“ (A18).

Rozloučení s rodinou po smrti může být jedinečné a různorodé v závislosti na okolnostech a preferencích rodiny: „Nabídnu mu vlastně, jestli se chce ještě rozloučit s tím klientem, než ho dáme do márnice. Někdy to přijmou, někdy ne, že ještě jdou vlastně přímo na ten pokoj...“ (A4). „Vždycky se ptám, jestli se chtějí jít rozloučit do márnice, pokud ano, tak je tam zavedu a oni se rozloučí. Někdy třeba odmítají, že si chtějí nechat maminku tak, jak ji viděli naposledy.“ (M7) a „...většinou málokdy se přijdou rozloučit, když ten klient třeba ještě leží v lůžku, než se odveze do márnice, že se třeba s ním přijdou ještě rozloučit, tak to minimálně. Většinou ty rodiny přicházejí až ten následující den.“ (S24).

5.1.2 Pověry, tradice a rituály

Pracovníci v domově se zvláštním režimem dodržují různé pověry, tradice a rituály, které jsou spojeny s umíráním a smrtí klientů, v závislosti na jejich vlastních osobních přesvědčeních a zvyklostem, a v souladu s postupy zařízení. Tabulka nám znázorňuje kódy této kategorie:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE
Otevřené okno	POVĚRY, TRADICE A RITUÁLY
Rozsvícení svíčky	
Květina	
Spolupráce s knězem	
Křížek na čelo	
Zkřížené ruce	

Tabulka č. 3: Charakteristika kategorie č. 2: Pověry, tradice a rituály (Vlastní výzkum, 2023)

Otevření okna po smrti klienta je zvyk, který se vyskytuje v některých kulturách a tradicích. Všichni participanti se s tímto zvykem zcela ztotožňují a dodržují jej. Ačkoliv Michal si myslí, že jde o zvyk především zdravotnického personálu: „*Otevřeme okno vždycky, já vím, že někteří na to nevěří, ale my na to věříme, my zdravotníci, aby dušička vylétla z toho pokoje. To je asi tak jediný, to se dělá asi všude. Někteří třeba to neznají, ti nový, ale my to teda děláme.*“ (M8) a „*Tak jsme otevřeli okno, aby prostě ta duše, jo že to prostě tak mezi zdravotníkama je, že ta duše vylítne k pánu a tam je souzena.*“ (M10). „*Vždycky, když ten člověk zemřel, tak jsem otevřela okno, protože se říká, aby ta duše mohla vyjít ven.*“ (A7). „*Vždycky, když někdo umře, tak otevíráme okno, je to takový jako zvyk, aby ta duše mohla odejít pryč. Aby tam nezůstala.*“ (B8). „*No otevírá se okno, to je takové symbolické, že když ten člověk zemře, tak se otevře okno, aby ta duše vlastně mohla odejít z té místnosti. To vím, že se dělá u každého člověka.*“ (S15). Žaneta poukazuje na skutečnost, že pracovníci zvyk dodržují, přičemž neví, jak vznikl: „*Otevření okna, aby mohla duše odejít. A vlastně ani nevím, kde se to vzalo, prostě se to dělá automaticky.*“ (Ž10).

Dalším kódem je **rozsvícení svíčky**, které může mít při úmrtí různé významy a symboliku. Obecně lze říci, že rozsvícení svíčky při úmrtí je vnímáno jako způsob vyjádření soucitu, podpory a respektu k zemřelému a jeho rodině. Všichni participanti se shodují na rozsvícení svíčky při doprovázení klienta (M7, Ž10, A4, B8, S15), přičemž Žaneta upozorňuje na bezpečnost a rozsvěcování pouze elektronických svící: „*...rozsvícení svíce, samozřejmě musíme dbát na bezpečnost, aby se něco nestalo, takže pouze elektronickou.*“ (Ž10).

Dalším kódem, který nám v kategorii vyšel, je *květina*, kterou pracovníci pokládají na lůžko zesnulého: „*Personál tam vlastně ještě dává květinu, aby to bylo takový soudný.*“ (A4). „*Tedka jsem rád, že udělali, když ten dotyčný zemře, tak na lůžku máme nově růži s černou mašlí...*“ (M7) a „*...dámě květinu na postel, aby to bylo takový důstojnější...*“ (A17).

Jelikož je velmi důležité respektovat náboženské preference klienta a jeho rodiny ohledně poskytování duchovní péče, dalším kódem je *spolupráce s knězem*: „*Tak samozřejmě v dokumentaci zjistíme, jestli je věřící nebo nevěřící a zajistil bych v první řadě i toho kněze nebo do jaké víry patří, jestli je to žid, taky jsme tady v domově měli paní, která byla vyznáním židovka, tak jsme volili tuto cestu, že jsme poprosili rabína, aby ji přišel vyzpovídat...*“ (M1) dále „*...volám tomu knězi. On vždycky přijde, dá pomazání...*“ (M2). „*Pokud je klient věřící, zařídím návštěvu kněze a poslední pomazání.*“ (Ž10) nebo „*...někdy i víme, že ten člověk je hodně věřící, takže před tou smrtí, tak zařídíme od pana faráře, se kterým tu spolupracujeme poslední pomazání, kdy on vlastně za tím klientem přijde.*“ (A7).

Křížek na čelo je rituál, který se často provádí po smrti osoby a je spojen s křesťanskou tradicí: „*Jo, vlastně jim aji na čelo uděláme jenom prstem křížek, je to spojené hodně s tou vírou.*“ (A9) a také „*...já teda dělám ještě většinou křížek na čelo...*“ (M6).

Zkřížené ruce na hrudi jsou dalším náboženským nebo kulturním rituálem, který může být prováděn po smrti osoby. K tomuto kódu se nám vyjádřila participantka Alžběta: „*Aji dáváme ruce křížmo, ale úplně si nejsem jistá proč, podle mě je to asi spojené s tou vírou.*“ (A8).

5.1.3 Terminální stádium

Z rozhovorů s participanty nám vyšla další kategorie terminální stádium, což je období, kdy se klient nachází ve fázi nezvratného zhoršení svého zdravotního stavu a předpokládá se, že se blíží smrti. Kódy této kategorie jsme zaznamenali v tabulce:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE
Příznaky terminálního stádia	TERMINÁLNÍ STÁDIUM
Informování rodiny	
Nebýt sám	
Odpuštění a milosrdná lež	
Předsmrtná euforie	
Rozloučení umírajícího s rodinou	
Neomezené návštěvy	

Tabulka č. 4: Charakteristika kategorie č. 3: Terminální stádium (Vlastní výzkum, 2023)

Pracovníci domova se zvláštním režimem by měli být schopni identifikovat **příznaky terminálního stádia** člověka a poskytnout klientům v tomto období odpovídající péči. Dle výpovědi participantů mají zkušenosti s rozpoznáváním příznaků u klientů a dle určitých znaků jej dokáží rozpoznat: „*Vesměs takový ty poznávací znaky, to se tak jako vždycky říká, už mu špičatí nos, už mu špičatí brada, už to jako se chystá, ale vesměs až to přichází, tak na tom dechu to člověk pozná nejvíc, ono vlastně začínají tam pauzy dechový, že jako člověk chvíli dýchá, chvíli je pauza, dýchá, chvíli je pauza a člověk když mu sáhne třeba na puls, tak je takový, jako klasický u člověka je prostě takový ty údery silný, tady už jsou takový jemňoučkový, že člověku jenom tak lehce ťuká to srdíčko, že je vidět, že prostě už pomaličku už vypíná.*“ (B3) dále „...*vesměs ty lidi přestanou jíst, přestanou pít, oni to začnou odmítat, že to nechtějí a je vidět, že pomaličku odchází takové to vědomí, že přestane reagovat, spíš jen tak jako pospává, odpočívá.*“ (B2). „*Tak bývají to celkově jako změny toho těla, hlavně jim propadá vlastně obličej, vystupují jim kosti a pokud je to už v řádku třeba těch pár hodin, že by ten klient měl odejít, tak často vídám, že zežloutnou ti klienti, že změní celkově barvu. A pokud už je to třeba v řádku hodiny, tak jim začínají cyanotické skvrny, to bývá většinou třeba na nose, že už promodrávají, mají studený ruce a hodně často bývá takový mramorový jev na nohách, promodrání vlastně ta cyanóza, většinou to takhle člověk pozná na těch klientech. Ono se laicky říká, že špičatí ti lidi, že vlastně se jim propadá obličej a celkově oni se změní před tou smrtí.*“ (S19). „*Já už to poznám. No tak hlavně vzhledově, začíná to tím, že odmítá stravu, pití, je nekomunikativní, už má propadlé tváře, je bledý.*“ (A2) a také „...*má skleněné oči, lícní kosti jsou jakoby takový šedavý a špičatí se nos, to jsou takový babský pověry, no ale většinou to tak je, že prostě ta mimika toho člověka, když umírá, je odevzdaná. Oni jsou odevzdaní a blouzní a většinou se nám stává třeba, že ten dotyčný má chuť na pivo a volá maminku, většinou maminku nebo tatínka, ale hlavně maminku.*“ (M4).

Informování rodiny o terminálním stádiu je nesmírně důležitou a citlivou záležitostí: „*Tak záleží, jestli je to očekávaný, tak se většinou vypíše sesterský terminální stádium, že se to u toho klienta očekává, že pomalu odchází. No a ten klient se sleduje, že jo, aby se případně kontaktovala rodina, aby se mohli stihnout s tím klientem rozloučit. Takže většinou, když už třeba na tom klientovi poznáme, že to je v řádkách třeba jeden, dva dny, tak se ta rodina kontaktuje, aby za tím klientem mohli přijít. Necháme jim tam soukromí, teď oni jsou většinou takový smutní, ti rodinní příslušníci, takže je třeba i podpoříme...*“ (S1). „*Tak kontaktuji rodinu, jestli se chtějí přijít za tím klientem rozloučit, že došlo ke zhoršení zdravotního stavu.*“ (A1) dále „*Zavolám rodinu, doprovodím je ke klientovi, vždycky je upozorním, že my to nikdy neodhadneme, jak dlouho tady ten člověk ještě bude.*“ (A3).

Participant zmiňuje i skutečnost, že rodinu informuje dle vyhodnocení ten pracovník, který s ní spolupracuje nejčastěji: „*Ve spolupráci s úsekovou sestrou informujeme rodinu o zhoršeném stavu klienta. Většinou volá ten, kdo je s rodinou v častějším vztahu a má s ní lepší vztah.*“ (Ž1) a „*...tak já mu to zavolám nebo všeobecná zdravotní sestra ve službě, ale většinou se domluví s tou sestrou, že třeba s tou rodinou komunikují víc já, mám s ní lepší vztahy, tak to oznámím já, prostě nějak šetrně mu to oznámím.*“ (A4) nebo „*Zavoláme rodinu, já vždycky informuji rodinu, že dotyčná paní nebo pán je na tom zdravotně špatně, že by se měla dostavit eventuálně hnedka ten den. Když jim volám, nastíním jim situaci, že je ten dotyčný špatný, že jeho stav už neodpovídá tomu, že by výhledově mohl být ještě vitální.*“ (M2).

Další kód v kategorii nám poukazuje na skutečnost, jak je důležité **nebýt sám**: „*...aby ten dotyčný nebyl sám, držet ho za ruku a aby nebyl při tom sám, protože většinou lidi se bojí smrti. A bojí se samoty a ta samota, to je nejhorší, co může být. Nemůžeme klienta odbýt, teď nemám čas, běž tam ty, já na to nemám náladu, to vůbec. Ta důstojnost musí být na prvním místě podle mě teda.*“ (M1). „*...aby tam nebyl klient sám...*“ (Ž3) nebo „*...prostě jsem se tam ocitla v tom momentě, kdy jedna klientka umírala, tak jsem ji pohladila po vlasech, prostě jsem u ní chvíli byla...*“ (A6) a „*...ta paní se trápí, ona odchází, chodte za ní, dávejte jí tekutiny, tište bolest a hladte ji, ať ví, že není sama.*“ (M9).

Etická témata jako **odpuštění a milosrdná lež** velmi úzce souvisí s péčí o klienty v terminálním stádiu. „*Myslím, že na smrtelné posteli by se mělo odpouštět, ono je to pak vidět i na tom odcházení, pokud by si člověk moc přál se s někým rozloučit a ten dotyčný třeba i schválně nepřijde, je to smutné a to odcházení je pak vidět na tom umírajícím, že se víc trápí, odchází neklidně, bolestivě. Je to daleko horší, než když člověk odchází smířený s koncem a obklopen rodinou.*“ (Ž15) a „*Tak většinou těm lidem pomůže, když je třeba člověk chytne za ruku a řekne jim, že jim odpouští, že oni třeba ti klienti si sebou nesou z mládí různé věci, co je třeba tíží a to, že člověk jim vlastně řekne, že je jim odpuštěno, tak jim se potom líp odchází. To nás vlastně učili i ve škole, tady tohle.*“ (S20). Participant Michal popisuje i chvíli, kdy zvolil milosrdnou lež při doprovázení klienta: „*Viděl jsem ten den, že ten člověk určitě dneska zemře, protože už to napovídalo a já jsem furt psal e-mail a zprávy dceři, ať přijde se s ním rozloučit, nepřišla, tak jsem udělal jednu lež, mně se teďka chce brečet jo, v deset hodin se to stalo, řekl jsem mu, že mu dcera odpouští, do ucha jsem mu to řekl a ve tři hodiny zemřel. Ale lhal jsem mu, a to je jakoby pro mě jako hrozný tady toto lhát člověku. Ale umíral těžce, on věděl, co udělal, věděl, že ublížil, že mlátil svou*

manželku, že ubližoval i těm děckám, že byl alkoholik, ale byl vysoce postavený, on byl policista a ještě právník, takže on řešil vraždy a tady toto, takže on prostě s tím povoláním se ruka ruku myje a prostě se choval tak, jak se choval. Ona mu nemohla odpustit a to mě strašně mrzelo, že ať uděláme cokoliv, tak vždycky musíme na smrtelné posteli prostě odpustit, to nejde jinak prostě. Je někdy hezký, když prostě ten člověk umírá a je smířený s tím.“ (M4).

Předsmrtná euforie je fenomén, který se někdy vyskytuje u některých klientů v terminálním stádiu. Participanti jej popisují: „Bylo to u jedné klientky celkem nedávno, ona vlastně v té poslední fázi života začala mluvit o manželovi, který už zemřel před nějakou dobou, ale ona celou dobu, co tady ta klientka byla, o něm nemluvila. A až prostě třeba já nevím měsíc před úmrtím, tak o něm začala prostě povídat, jak spolu prožívali ten život a třeba ani nic nenasvědčovalo tomu, že by měla hned umřít, ale ona to možná už cítila, to nemůžu posoudit, ale pak už teda strádala, přestávala jíst a tak a začala mluvit o tom manželovi, že se na něho těší a pak ona zemřela.“ (A12) a „Určitě, ono třeba jako klienti, kteří jsou stabilně třeba ležící a třeba už nejsou lucidní, třeba i pár dní nebo hodin před smrtí vlastně třeba začnou mluvit nebo se začnou pohybovat, že třeba si sednou v tom lůžku. A většinou právě, že to je jako takový, že když ten člověk je stabilně špatnej a najednou se hrozně zlepší, tak většinou ten klient bývá před smrtí. Ale není to jako vždycky, bývá to, setkala jsem se s tím, ale není to pokaždé. Většinou ty lidi odchází tak nějak jako postupně, že se zhoršují, až zemrou.“ (S22).

Rozloučení umírajícího s rodinou je citlivý okamžik v péči o klienta v terminálním stádiu. Žaneta mluví o důležitosti tohoto aktu: „Myslím si, že je důležité, aby člověk, který umírá, mohl být s rodinou, pokud si to však přeje a naopak, aby rodina měla možnost se s umírajícím rozloučit.“ (ŽA). „Úseková sestra mi sdělila, že klientka je ve zhoršeném zdravotním stavu. Kontaktovala jsem rodinu, tedy neteř a dceru. Neteř docházela na návštěvy pravidelně, ale dcera zde byla pouze při nástupu klientky. No a ta neteř přijela asi za hodinu, tak jsme spolu přišly k lůžku klientky, dali jsme zástěnu, protože se jednalo o pětilůžkový pokoj. No a s tou neteří jsme klientce povídaly o životě, hladily ji po ruce, ukazovaly jí rodinné fotografie. Celou dobu jsme byly u jejího lůžka a byly jsme zde asi dvě hodiny. Když neteř odešla, asi za dvacet minut klientka v klidu zemřela. Měla jsem radost, že neteř byla u doprovázení její tety. I přes to mě trochu vůči klientce mrzelo, že se nedostavila dcera, ale dle sdělení té neteře měly špatné vztahy.“ (Ž14). „...aby oni se taky tak nějak rozloučili, aby mohli spolu ještě třeba ty poslední chvíle být. Jo aby to nebylo

takový to, no vám umírá maminka, to ale nemusíte vůbec chodit, v tomto případě jako takto fakt ne. Jo jako někdo řekne, já jsem z dálky, já prostě nemůžu, tak mu řeknu, ať přijede třeba večer, ať se prostě přijde rozloučit.“ (B6) dále „Tak naposledy nám odcházela paní na jednolůžkovém pokoji, zavolala jsem dceři, ať se s ní přijde rozloučit, že se to asi v nejbližší době chystá a ona přijela a byla tady s ní celý víkend. Ta paní odcházela zhruba čtyři dny, kdy jsme to na ní jako už pozorovali. No a ta dcera tady fakt byla celý víkend, tak jsem jí poslala domů, říkám běžte se vyspat, ještě to nebude a za hodinu jsem tam přišla znovu a paní v klidu odešla. Ona vyloženě čekala, až ta dcera odejde.“ (B13) a „...ona tam byla skoro do poslední chvíle a ona nevím, těžko říct, jestli ten klient to vyloženě cítí, jsi tu dlouho, běž, ať se třeba něco nestane tím, že nejsi odpočatá. Já jsem té dceři ještě volala a ona mi říká, že zrovna přijela domů, takže ona jako kdyby vyloženě bych řekla, že věděla, ano, ona je doma, už je v pořádku, může se vyspat, je v pohodě, odcházím.“ (B14). „Měli jsme tady paní, která zrovna v době covidu velmi těžce nesla odloučení od rodiny, takže ona jakoby zchátrala tou samotou. S tou rodinou se nevidala díky zákazu návštěv, a i když byla předtím normálně aktivní, nakonec zůstala ležící. No, a když jsme to na ní rozpoznali, kontaktovala se rodina a přijela dcera a ta klientka v momentě, kdy ji dcera chytla za ruku, tak zemřela. Že jako kdyby na ni počkala na tu dceru.“ (S12). „Moc těch rodin tady třeba kolikrát jako není až do úplného konce, oni třeba když tu byl jeden klient, tak ta dcera tady byla, přišla se s ním rozloučit, ale až do konce tady s ním neseseděla. Pak už jenom čekala na zprávu, že odešel. Takže ne úplně každý, tu chce být až úplně do toho konce. Ale třeba tu byla paní, která měla s dcerou fakt hezký vztah a on i ten zeť s ní měl pěkný vztah, protože ona bydlela s tou dcerou a nechali si ji doma a starali se o ni. A i ten zeť za ní třeba chodil i sám bez té dcery, moc dobře se o ni starali. A ta dcera říkala, já už jsem se s ní loučila tolikrát, ale i tak tady chtěla být s ní.“ (B15).

Neomezené návštěvy umožňují rodinám být s umírajícím klientem v jeho posledních chvílích a poskytovat mu především emocionální podporu. „Samozřejmě když je v tomhle stavu ten klient, tak máme povoleny návštěvy vlastně neomezeně. Je to tak, že tady s ním prostě může být s tím člověkem.“ (A5) nebo „...vždycky říkám, jestli se chcete rozloučit, klidně přijďte. Mají možnost kdykoliv tady být prostě, jak dlouho chtějí, já jim to neomezuju jako nějak návštěvy. Tady teď umírala paní a dcera tady byla celý víkend i v noci, že si tam vzala křeslo, pospávala tam a byla tam s ní.“ (B1).

5.1.4 Péče o zesnulého

Další kategorie byla nazvána péče o zesnulého. V této kategorii nám participanti popisovali, jak probíhá péče o zesnulého a jak se sami v této situaci cítí. Kódy kategorie jsme zaznamenali v tabulce:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE
Konstatování úmrtí lékařem	PÉČE O ZESNULÉHO
Spolupráce s koronerem	
Hygiena těla	
Podvázání brady	
Zavření očí	
Označení těla	
Dvě hodiny na lůžku	
Obavy pracovníků při péči o zesnulého	

Tabulka č. 5: Charakteristika kategorie č. 4: Péče o zesnulého (Vlastní výzkum, 2023)

Prvním kódem v této kategorii je **konstatování úmrtí lékařem**, jelikož v České republice je konstatování úmrtí regulováno zákonem a provádí ho lékař: „...zavolá se lékař, který vyloženě konstatuje smrt, my to jako nikdy nemůžeme stanovit, musí vždycky doktor. I když my to víme, že to nastalo, ale musí to určit doktor.“ (B8). „Když klient zemře, tak se jako zaprvé volá hned sestra, tělo se vlastně ohledá a záleží, jestli je to na denní nebo noční službě. Na denní se většinou kontaktuje obvodní lékař, když je to na noční, volá se koroner. To přijede lékař, ten může jediný konstatovat smrt u toho klienta, takže vlastně do příjezdu toho lékaře nebo koronera, by, jsme toho klienta měli nechat prostě v lůžku...“ (S2) nebo „...teprve on může říct, my víme, že je mrtvý, ale může to říct jedině doktor, že on je mrtvý. My to můžeme říct jedině, když je bez hlavy a, nebo má tělo známky rozkladu, tak to můžeme jako zdravotníci říct, že ten dotyčný je mrtvý. Ale doktor, nevím teda, jestli to nezměnili, ale jenom on má právo říct, že ten dotyčný je mrtvý.“ (M16) dále Michal zmiňuje, že nemůže informovat rodinu o úmrtí klienta, aniž by lékař konstatoval smrt, přičemž popisuje situaci, která se mu stala: „Stalo se mi taky, protože to ohledání těla je těžký, protože paní doktorka, kterou máme, má hodně lidí, musela by zavřít ordinaci a jít ohledat, tak voláme koronera, který vykonává činnost v rámci nemocnice, ale má toho hodně že jo. Smrt, sebevraždy, takže většinou se nedostaví. A měli jsme klienta a on zemřel. A ted' co, volal jsem a oni, že přijedou až za tři hodiny, ale během těch tří hodin přišla manželka s dcerou a já jsem nemohl jim říct, i když vím, že je mrtvý, nemohl jsem jim zavolat, protože oni by to pak mohli napadnout. To mi řekl koroner, že pokud to nekonstatuje on. No a to byl hysterický záchvat té dcery, vyčítala

matce, že měli přijít dřív. Je to náročný, jak prostě postupovat přesně, kdyby tady byl doktor dvacet čtyři hodin nebo alespoň každý den, tak je to jinačí, ale my doktory nemáme a to je všechno ta sociální služba, strašně nám to znemožňuje tady ty pravidla naší práce no ohledně smrti. Jako pokud to víme, že ten klient odchází, tak rodinu samozřejmě informujeme, ale v případech, že člověk zemře náhle, tak je to pak těžký, ta komunikace, když musíme čekat na toho koronera.“ (M16).

Na předchozí kód navazuje další s názvem **spolupráce s koronerem**, přičemž participanti ji shledávají velmi problematickou: *„Jako nevyhovující je třeba to, že se stane, že ten klient zemře a ten koroner přijede třeba, až já nevím, za tři hodiny. A do té doby by se nemělo s tím tělem nijak manipulovat, protože my nemůžeme vlastně prokázat, že ten klient zemřel, to může jen lékař. No a pak je to takový to, že prostě pečovatelkám stojí práce, teď je třeba to tělo už připravit, ale než přijede ten koroner, než to tělo ohledá, tak je to potom takový blbý.“ (S4) a také „No a ten koroner, aby nebylo to tak, že oni totiž ti doktoři v noci spí, upřímně, co si budeme říkat, že jo. Takže prostě, když on zemře do jedné, tak přijedou a když zemřou po jedné, tak už nejezdí, takže až ráno. A prostě to pak čekáš do devíti, on třeba ve tři zemře a ty čekáš do devíti na koronera. Ale s tím my nezmůžeme nic udělat, ještě když do toho začneme rýpat, oni řeknou: my nebudeme jezdit vůbec a je to. Celkově ti koroneři, to je strašně horký brambor, protože to nechce upřímně nikdo dělat. Ale to je zakopaný pes, to nedokážeme vyřešit.“ (M22).*

Hygienu těla zesnulého je důležitou součástí péče o zesnulého. Zahrnuje několik různých kroků a postupů: *„Takže vždycky hygiena musí být u těla zemřelého vždycky na prvním místě. Důstojně vezmeme dva lavorky, umyjeme ho celého...“ (M5). „...začneme ho umývat, sundáme všechno, co má na sobě, umyjeme ho, vyměníme inko pomůcku, protože ten biologický proces je nezvratný, svaly prostě ochabnou a všechny tekutiny prostě odtečou, takže prostě myslíme i na toto.“ (M6). „Spolu s jinou pečovatelkou nebo zdravotní sestrou, zemřelého pečlivě omyjeme, učešeme...“ (Ž6) nebo „...tělo se musí umýt, očistit, vytahají se, když mají jako permanentní katetr, všechno se dá pryč, co není potřeba...“ (B8). Simona nám uvádí v souvislosti s hygienou a přípravou těla zajímavou informaci: *„...začíná se teda připravovat to tělo. V nemocnicích se to tělo nijak neupravuje, ale v domovech pro seniory, že oni jsou vlastně tady doma, tak by odsud měli i jako kdyby odcházet připraveni. Takže se musí nejdřív ohledat dutina ústní, jestli nemají zubní protézu, pokud je zubní protéza, tak se vytáhne. Když mají žluté kovy, třeba šperky, musí se to zapsat, protože to se potom uvádí v protokole.“ (S2) a „...pak se tělo omyje, aby vlastně byl ten klient čistý. Dá se čistá plena,**

protože ti klienti potom, i ti, co třeba nejsou inkontinentní, tak se jim ta plenka musí dát, protože to tělo následně vypustí tělní tekutiny, tak se přebalí, zkontroluje se, jestli mají ostříhané nehty, aby se nestalo, že třeba odjede se špinavýma nehtama... “ (S2).

Podvázání brady zesnulému je jeden z postupů, který se používá jako součást pohřební přípravy těla zesnulého. Participanté popisují: *„A ještě se musí podvázat brada, takže většinou chceme po těch rodinách, aby měly šátky pro ně, nebo se prostě dá obinadlo, když nejsou šátky. Je to z toho důvodu, protože to tělo potom je povolený ty svaly, tak aby si nespokl jazyk, takže se ještě ta hlava obvazuje.“ (A9) a „Musí se zavčas obvázat brada, to se používá stahovací obinadlo, většinou se musí podkládat brada, aby se tam neudělaly modřiny. Modřiny se dělají i kolem uší, takže opatrně se to musí zavázat... “ (S2).*

Zavření očí zesnulému je jedním z běžných postupů v rámci přípravy těla a jeho cílem je zajistit, že oči zesnulého budou v uzavřené poloze, což přispívá k důstojnosti těla při pohřbu. *„...zavřou se oči, když se otvírají, dá se tam navlhčená gáza na to oko... “ (S2) nebo „a hlavně oči zavírat, někdy se stává, že oni na to zapomenou a nezavírají oči. Takže ty oči prostě máš otevřený a je to takový, když to tělo vydáváš, je to takový taky nedůstojný.“ (M15).*

Dalším kódem je **označení těla** zesnulého, což se provádí za účelem identifikace těla. Jak vyplývá z rozhovorů, označení těla může být provedeno různými způsoby: *„...mělo by se to dělat, aby se nezaměnilo tělo, popsat ta noha a na pravý nebo na levý palec se dá jmenovka, datum narození, titul, ročník, kdy se narodil a kdy zemřel.“ (M6) nebo „Jo a ještě před tím, než se obleče, tak se mu popisuje vlastně noha lihovým fixem, tam se píše datum narození, datum úmrtí, kde zemřel a to stejné se píše ještě potom na cedulku, že se udělá cedulka, většinou tam navážeme takovou gumičku na to a to se dává ještě na nohu. Někdo to popisování tím fixem už nedělá, my to pro jistotu děláme, že se třeba ztratí cedulka, tak aby pak nedošlo k záměně toho těla.“ (S2).*

Kód **dvě hodiny na lůžku** se vztahuje na období, které následuje po úmrtí člověka, kdy musí být tělo ponecháno na lůžku: *„To tělo musí zůstat dvě hodiny na oddělení... “ (M16) a „Jakmile doktor zkonstatuje smrt a napíše úmrtní zprávu, tak to tělo zůstává dvě hodiny na oddělení, poté zesnulého zakryjeme plachtou a odvezeme do márnice.“ (B8).*

Péče o zesnulého může být emocionálně náročným úkolem, proto byl další kód nazván **obavy pracovníků při péči o zesnulého**, přičemž participant Michal uvádí, že pokud je mezi personálem někdo, kdo má obavy a strach, nenutí jej do péče o zesnulého: *„Tak ho nenutím,*

to je to nejhorší, co může člověk udělat. Tady toto uděláš za trest, ne nikdy. Ta smrt, to je stejný jak víra, když se necítíš, neděláš to. A já to mám vytipovaný, že ten dotyčný to umí, tak ho umyje, prostě v pohodě. Jsou lidi, kteří se s tím ztotožní, nevdá jim to a někdo tam prostě nechce chodit no.“ (M23) a také „Bojí se, nepochopí, že ten dotyčný si zaslouží poslední úctu, že ho oblékne, že ho umyje a odevzdá pánu. Oni to totiž neumí pochopit no, že prostě se bojí. Člověk má utkvělou představu, že ten nebožtík, jim udělá něco zlého, neudělá. Já vždycky říkám, živej člověk vám ublíží, ale nebožtík nikdy. Ten je vlastně v nebi rád, že se o něho někdo důstojně postará.“ (M24). „Vždycky mají strach, každá pečovatelka má strach, hlavně když je nová a není z oboru...“ (M14). „Můžu říct za naše oddělení, že umírající klient tady nevdá nikomu, ale vím, že třeba z jiných oddělení, že to třeba těm pečovatelkám dělá zle.“ (S5). Další participantka zmiňuje i fakt, že má obavy především, když jde o noční službu, na které je sama na celé oddělení: „No to jsem vlastně měla tenkrát noční, ono se to u té paní samozřejmě předpokládalo, počítalo se s tím. No já jsem z toho měla strach, protože jsem na té noční byla sama na celé oddělení a ta péče o zemřelého není jednoduchá, protože ten člověk už ti nepomůže u převlékání...“ (A7).

5.1.5 Pracovník domova se zvláštním režimem

V této kapitole se zaměříme přímo na pracovníky domova se zvláštním režimem, kteří se starají o osoby v terminálním stádiu a setkávají se se smrtí klientů. Kódy kategorie jsou zaznamenány v tabulce:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE
Komunikace mezi pracovníky	PRACOVNÍK DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM
Častější kontroly klientů	
Vyhodnocení situace	
Dilema hospitalizace klienta	
Zpracování emocí	
Pracovní postupy	
Školení a supervize	
Řešení administrativních záležitostí s pozůstalými	

Tabulka č. 6: Charakteristika kategorie č. 5: Pracovník domova se zvláštním režimem (Vlastní výzkum, 2023)

Prvním kódem v kategorii je **komunikace mezi pracovníky**: „Mezi sebou určitě, člověk jako řekne, vzpomínáme na to nebo si říkají tady tyto informace, samozřejmě my to taky probíráme, že člověk odchází, co pro něho můžeme udělat, nemůžem nebo jestli prostě ta

rodina tam je, mluvíme o tom, prostě vždycky se o tom mluví.“ (B12) a „...popovídali o tom jejím životě s kolegyněmi, co jsme jí znali, tak to si jako zavzpomínáme na ty klienty.“ (S8). Pracovníci domova se zvláštním režimem by měli provádět **častější kontroly klientů** v terminálním stádiu, aby mohli rychle reagovat na změny ve stavu klienta. K tomuto kódu se nám participant vyjadřují: „To chodíme, i když tam je rodina, tak vždycky se tam jdeme podívat, jak to prostě pokračuje, protože abychom věděli, jednak teda když se holky střídají, tak aby věděly třeba, hele v noci to čekej, že to přijde. Nebo prostě ještě dobrý, je tam rodina, oni se loučí, takže jako chodím tam často.“ (B7) dále „Takže ano, chodíme ho hlídat, kontrolovat, samozřejmě jak už začíná být takovej bezvládnější, tak otáčet, aby prostě ho nic nebolelo.“ (B7). „...chodíme za tím klientem častěji...“ (S1). „...ti rizikovější klienti, u kterých třeba to očekáváme, nebo jsou problémovější, že třeba opouštějí lůžko nebo přelézají postranice a tak, tak ty nebo aspoň já to tak mám, že na ty kontroly chodím častěji.“ (S11). „...na denní službě jsou občůzky prakticky každou hodinu, se to oddělení obchází, protože se dává klientům napít, podává se strava, takže pořád vlastně člověk s těma klientama je v kontaktu. No a na noční službě je povinná občůzka každý dvě hodiny, takže co během hodiny se to oddělení obchází...“ (S11). „Klientka měla zhoršený zdravotní stav, proto jsem ji byla navštěvovat mnohem častěji.“ (Ž17).

Další kód, který nám vyšel v této kategorii, jsme nazvali **vyhodnocení situace**: „Byla jsem na službě sama pečovatelka, jedno umírání a smrt a dalších čtyřicet klientů, kteří potřebují péči. Na té noční je to někdy hodně náročné, když je tam člověk v podstatě sám. Někdy je velmi těžké vyhodnotit situaci, co udělat dřív.“ (Ž19). „Nejhorší na tom je, to se taky stalo, jedna klientka ten den 10:15 a on zemřel 10:30 naráz, že to bylo. A já říkám, to si děláte ze mě srandu. A teď co máš dřív dělat, máš jenom čtyři pečovatele, musí koupat, tak samozřejmě všeho museli nechat a věnovat se těm zemřelým. No bylo to náročné.“ (M17). Pracovníci v rámci doprovázení často řeší i **dilema hospitalizace klienta**: „...on týden nemohl zemřít, on prostě zvracel, nechtěli jsme ho odeslat, protože by nám ho stejně vrátili zpátky nebo by zemřel v nemocnici. Já vždycky volím taktiku, že radši ať zemřou doma nebo jako v domově, než v nemocnici, zbytečně se pak potom trápí.“ (M4). „...stalo se mi taky jednou, jsem viděl, že ta paní taky zemře a byla tady pečovatelka, která už tady není a pořád mě prosila, ať zavolám rychlou. Já říkám, že nezavolám, protože ta paní se trápí, ona odchází...“ (M9) dále „A tak už mi to nedalo, tak jsem teda zavolal rychlou, přijela rychlá, ale ona nás odháněla, ona prostě už nechtěla, už odháněla toho pana doktora. Někdy si to ty lidi neuvědomí, co způsobí tím, že chtějí zavolat rychlou, když ten dotyčný už odchází, že ta rychlá většinou nic nevyřeší, prodlužuje jim tu bolest, to odcházení. Ona nás odháněla,

nemohli jí ani napíchnout kanylu, protože to bylo tuhý, ani to nešlo vytáhnout už a pak potom konec. Udělala dech a byl konec, zemřela.“ (M10). „Samozřejmě když se stane, že to umírání trvá týden, pak se stane, že ať se netrápí, tak se odešle do nemocnice...“ (M2). „...je hospitalizovaná, protože se dusila, byla špatná, tak jsme ji hospitalizovali a nevím, jak na tom je, v nemocnici možná odejde. Samozřejmě nemůžeme nechat toho klienta v žádném případě bez jídla, bez pití a aby se udusil, to nesmíme v žádném případě. I když mám zásadu, že by měli umírat v domově, tak prostě nemůžeme. Jo kdybychom měli doktora dvacet čtyři hodin, tak je to něco jinýho, ale tady nemáme, takže volím vždycky cestu nejmenšího zla, takže prostě ji odešleme...“ (M12). „...doktor to musí jako kdyby vědět, že teda je preterminální nebo terminální stav, že teda jako už není potřeba ho třeba odvézt do špitálu. Hodně taky záleží na té rodině, někteří prostě chtějí do poslední chvíle teda do toho špitálu a myslí si, že ho prostě z toho ještě zachrání, ale pokud ty rodiny jsou rozumný, tak prostě ho tu nechají a chtějí ho nechat v klidu odejít.“ (B5).

Pro pracovníky může být práce s umírajícími klienty emocionálně náročná, proto byl další kód nazván **zpracování emocí**, v rámci kterého nám participanti popisují, jak se s těmito situacemi vyrovnávají: „Jestliže se setkám se smrtí, najdu si někoho mimo práci, komu se můžu svěřit a popovídám si o tom, co jsem prožila, o svých emocích a tak.“ (Ž7) dále „O smrti mluvím spíše mimo domov a to se svojí blízkou rodinou, s mamkou, partnerem, kamarádkami.“ (Ž8). „Tak já jsem třeba mamce, když jsem přišla tak jsem se vypovídala. Tak zemřela mi klientka, tak jsem jí řekla takový ten příběh, protože oni hodně ti klienti nám povídají ty jejich životní příběhy.“ (A11) a „...takže to vypovídání vlastně doma, vypovídání se z toho...“ (A11). „Případně si jdu zacvičit nebo zaběhat, to mi taky moc pomáhá...“ (Ž7) nebo také „Jednak jsem věřící a ta víra asi hodně pomáhá, ti kteří jsou nevěřící, nebo nevěřící, každý věří v něco, že jo. Věř v andělé, věří sami sobě, ale trošku se dívat na tu smrt jinak a to pomáhá ta víra hodně.“ (M3).

Další kód byl nazván **pracovní postupy** a popisuje nám, čím se vlastně participanti ve svém zaměstnání řídí: „Tak tady jsou určité směrnice, které mají jako kdyby navádět, jak postupovat, co dělat, spíš hlavně takový, já se spíš řídím takovým tím vnitřním, co mi jako dovoluje, aby prostě to jednak bylo příjemné pro toho klienta, jednak i pro tu rodinu.“ (B6). „Máme jako standardy sociální služby, kde je metodika péče o zemřelého, jak má postupovat pečovatel, sociální pracovník, zdravotní sestra...“ (A14) nebo „Tak je to v předpisech, jak by to mělo vypadat. Prostě mě to tak naučili, když jsem nastoupila.“ (S3).

Pracovníci domova se zvláštním režimem, by měli mít dostatečnou přípravu, školení a supervizi, aby byli schopni zvládat náročné situace. Participanti však poukazují na

skutečnost, že jim **školení a supervize** zaměřené na problematiku doprovázení chybí: „No supervize určitě i školení o umírání velmi chybí. Ta paliativní péče jako víme všichni, co obnáší, ale měli by to být. Hlavně ta paliativní péče právě, by byla potřeba.“ (M13) nebo „To školení, vím, že máme první pomoc každý rok a plus bych uvítal, kdyby byla každý rok i ta paliativní péče. Protože to umírání hodně holek a lidí neví, jak správně se zachovat a jak správně prostě vnímat tu smrt.“ (M13). „Spíš ne. Vcelku bych něco uvítala a hlavně pro ty nové. Já když byla nová, ty začátky se vše naučit, myslím, že by mi to hlavně tenkrát hodně pomohlo.“ (Ž21). „Školení teď na to myslím dlouhou dobu žádné nebylo. To je spíš jako kdyby na ty nemoci, ale jako o úmrtí jako na to fakt nebylo“ (B16) a dále „Já si myslím, že hlavně pro ty, co prostě nejsou z oboru. Jako zdravotník sám o sobě jako je na to nachystanej od střední školy, vyšší školy, tam se to neustále probírá, vidí to ve špitále, vidí to všude. Horší je podle mě ten pečovatel, který vlastně nemá šanci nikde jinde se s tím setkat a přijde sem, ať už je to třeba, že to nikdy nedělal a udělal si třeba jen kurz, tak ho na to prostě nepřipraví, až první tady. Myslím, že pečovatelé by tohle hodně potřebovali, aby je tím někdo jako kdyby zasvětil, co to všechno obnáší. Prostě zdravotníci mají hodně věcí ze školy, z praxí, ale ty pečovatelé s tím prostě jako moc nemají zkušenosti, hlavně když nastupuje jako poprvé. Takže pro ně určitě bych to brala, jako pozitivní by to bylo.“ (B17). „No myslím si, že tady ani ještě nebylo školení o péči o zemřelé. Takhle jako, že bychom měli nějaké školení, to si nemyslím a myslím si, že naopak by tady měla být nějaká supervize, protože hlavně pro ty pečovatelky, ale jako pro všechny, kteří vlastně mají co dočinení s tou následnou péčí, protože ne každý to bere, že je to součástí života. Někdo si to třeba fakt bere domů a neví, jak se s tím vyrovnat a pak může dojít až k tomu syndromu vyhoření.“ (A14).

Řešení administrativních záležitostí s pozůstalými je poslední kód v této kategorii. Administrativní záležitosti spojené s pozůstalými, mohou zahrnovat různé aspekty: „Při jednání s pozůstalou rodinou se snažím být empatická a nejdříve rodinu vyslechnout.“ (Ž7) dále „Rodině pomůžu s následným vyřizováním administrativních věcí, třeba kde a jak zařídit pohřební službu a tak.“ (Ž11). „...oni vlastně pak až dostanou ty papíry, úmrtní zprávu, tak tam jsou dokumenty pro pohřební službu, aby mohli na matriku a tady ty všechny věci vlastně, tak s tím oni si vlastně pak zajdou do pohřební služby, kterou si vyberou.“ (B9). „No a potom s tím rodinným příslušníkem, s tím pozůstalým pak vyřizují i administrativní věci, co se týče toho, jak by se měl vyřizovat pohřeb. Dám mu třeba kontakty na pohřební služby, ale jakou si vybere, tak to je na něm.“ (A4). „Je to tak, že s nimi vyřešíme tu administrativu no, ale jako vím, že jsou asi nějaký i služby asi sociální, nějaké poradenství nebo psychologické poradny, kde to mohou řešit po tom úmrtí člena rodiny.“ (A15).

„Vlastně pak ještě jak je dědické řízení, tak to s těma rodinama ještě vyřizujeme, když tu měl ten klient ještě nějakou pozůstalost, tak to s nimi vyřizujeme. Takže třeba za půl roku se nám ještě ozvou ty rodiny, že tady měli nějakou pozůstalost.“ (A21) a „Tak vlastně rodina většinou přijde už si pro tu pozůstalost, takže většinou to bývá ten druhý den až po úmrtí, tak přijdou většinou zdrceni, tak se jim podá ruka, vyjádří se upřímná soustrast, necháme je na tom pokoji, ať si to v klidu přeberou tu pozůstalost po tom klientovi, co si chtějí odnést, něco tady třeba chtějí nechat, to bývají většinou ty hygienické pomůcky.“ (S9).

5.1.6 Postoje ke smrti

Poslední kategorie byla nazvána postoje ke smrti a zabýváme se v ní nejen tím, jaké postoje ke smrti zaujímají pracovníci, ale také jak smrt vnímají přímo klienti domova se zvláštním režimem. Kódy spadající do této kategorie jsou zaznamenány v tabulce:

KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORIE	KATEGORIE
Být připraven a smířen se smrtí	POSTOJE KE SMRTI
Součást života	
Vysvobození	
Sloužit lidem	
Věk jako ukazatel	
Strach ze smrti	
Smrt jako tabu	
Postoje klientů	

Tabulka č. 7: Charakteristika kategorie č. 6: Postoje ke smrti (Vlastní výzkum, 2023)

Prvním kódem v kategorii je **být připraven a smířen se smrtí**: „Měli jsme jednu staniční, to teď trochu odbočím, úžasná, a ona měla už aji napsaný parte, jo připravený. Někomu to přijde jako morbidní a hrozný, ale ona prostě byla připravená, měla i písničky na pohřeb a byla připravená na ten odchod. Nikdy se nepřipravíš, když ti zemře matka, otec, dítě, to je to nejhorší, co může potkat každého člověka. Ale prostě nějak připravit se, hlavně nevyčítat nikomu, proč on musel zemřít, ale musí se s tím smířit. To smíření trvá dlouho, to trvá roky jo a nevyčítat nikomu, že on bůh vůbec to neměl dělat. Nevyčítat to nikomu, prostě ten život je takový a brát ten život jaký je, no je to těžký. Málokdo to tak umí se s tím smířit, s tou smrtí.“ (M3). „Většinou jako co vidám já, tak ti klienti s tím smíření jsou a většinou se na tu smrt těší. Že většinou už sami oni jako říkají, že chtějí odejít, takže málokdy se stane, že klient s tím smířený není. Většinou jsou smíření.“ (S21). „...ta smrt je fakt důležitá. Jakoby

nebát se a být připraven. Nikdy nebudeš připraven na smrt, ale být jako připraven částečně nebo jak to říct, vědět, že tady je, potom tě to překvapí a semele tě to.“ (M6).

Většina participantů se shoduje na tom, že smrt vnímají jako nezbytnou **součást života**: „*Mě to jako od začátku, co jsem sem nastoupila, nedělá problém. Tak já si myslím, že to je všeobecně tím, že mám, když to řeknu takhle jako silný žaludek. Mně nevádí ani krev, nevádílo by mě třeba zasahovat u autonehody, vždycky jsem jakoby k té pomoci těm lidem tihla, takže беру to jako součást života.*“ (S6) dále „*Jako takhle se s tím nevyrovnávám, mně to opravdu nevádí a беру to jako součást mojí práce, takže že by mě to třeba nějak trápilo, to ne.*“ (S7). „*...vlastně to беру tak, že je to součástí života.*“ (A11). „*...ale teď už vesměs po těch letech беру smrt starších lidí jako součást života. Zavzpomínám, jaký měl klient v našem domově život, jestli byl spokojený...*“ (Ž7). Barbora popisuje, že tento přístup získala až časem: „*Jako první úmrtí pro mě samozřejmě, to je takový ten šok, člověk neví jako úplně, jak se má v tu chvíli zachovat, jak si to má probrat. Ale člověk, jak už to projde víckrát, tak už tak nějak to беру jako součást života.*“ (B10) a dále „*Jako po těch úmrtích, co už mám za sebou, tak už to беру tak nějak automaticky. Spíš člověk se musí jako kdyby ujistit tím, že ten člověk netrpěl a že odešel v klidu, že tu nebylo nic, co by, jsme víc z naší strany mohli udělat.*“ (B11) a „*...ale vlastně to беру tak, že je to součástí toho života, že jo.*“ (A11).

Další kód vyplývající z této kategorie jsme nazvali **vysvobození**, protože někteří lidé mohou vnímat smrt jako vysvobození, zejména pokud zesnulý trpěl dlouhodobou nemocí. „*...proto by bylo dobrý, kdyby ty lidi celkově, jako ta společnost vnímala tu smrt jinak, že to není to nejhorší, ale pro toho člověka třeba vysvobození a stavěla se k té smrti ne bojácně, ale hrdě.*“ (M2). „*Moje první setkání se smrtí. Čekala jsem, že budu plakat, ale paní tak pěkně pouze usnula, že jsem tušila, že se ani netrápila a bylo to pro ni v podstatě vysvobození.*“ (Ž18). „*...že to pro ty lidi, už je takový vysvobození, už je nic nebolí, už je nic netrápí, jsou v klidu a už jim je dobře. Takže už to беру spíš takhle, že pro ty lidi už odsud z tohoto světa jako s těma nemocema, s tím vším, už je to pro ně vysvobození.*“ (B10).

Respondent Michal nám popisuje svůj příběh z dětství, na základě kterého se rozhodl **sloužit lidem** a tímto způsobem přistupovat ke smrti: „*...já jsem totiž chtěl být původně patolog. Také právě proto, mě to lidsky ta smrt láká, no to je takový blbý slovo, ale že mě jakoby můj jakoby k tomu proč jsem se dal zrovna na zdravotnictví, abych to vysvětlil na pravou míru. V jedenácti letech zemřel můj děda a mamka s taťkem ho zachraňovali a v jedenácti letech jsem si říkal, to je hrozný, mamka ho nezachránila a chtěl jsem právě být u toho, až ty lidi budou odcházet, abych ho prostě mohl třeba doprovázet na jeho poslední cestě. A já si*

v jedenácti řekl, že musím zasvětit dědovi ten život, že prostě budu těm starým lidem posluhovat až do jejich konce.“ (M11).

Participanti nám sdělují, že je pro ně jednodušší se vyrovnat se smrtí staršího člověka, proto byl další kód nazván **věk jako ukazatel**: „*Smrt starších lidí, беру jako součást koloběhu života.*“ (Ž7) a také „*...máme tady už starší klienty, tak to asi se s tím umím vyrovnat. Horší by pro mě bylo, kdybychom měli třeba třicetiletý, co by zemřeli.*“ (A11) nebo „*...pro něho je to prostě dobře, prostě už měla léta, už si to zaslouží prostě odejít...*“ (B12).

Strach ze smrti je běžnou emocí, kterou mohou prožívat umírající lidé. Tuto zkušenost nám popisuje Michal: „*Jo, že prostě ta agonie nebo ten nástup té smrti, oni to cítí a právě se bojí. Říkají, ať nechodím pryč, buďte tady se mnou, já se bojím. Že se bojí, tak je chytnu za ruce nebo za ruku, já se jich zeptám, jste věřící, ona řekne, ano jsem, pomodlíme se, růženec a fakt většinou ty lidi jsou odevzdání.*“ (M4).

Tentýž participant zmiňuje i skutečnost, že společnost chápe **smrt jako tabu**: „*...narodíme se, všichni to oslavují, ale smrt prostě bereme, jako vytěsňujeme ji ze života a to je špatně to tabu.*“ (M2) a dále „*...tady prostě my vytěsňujeme tu smrt z našeho života, to je špatně podle mě teda.*“ (M2).

Poslední kód, který nám vzešel z této kategorie, jsou **postoje klientů**: „*No to je těžký, protože oni jsou psychicky rozladěni, oni totiž většinou ani nechtějí s tím dotyčným být na tom pokoji. Tak většinou je odvádíme pryč, aby teda to tělo tam zůstalo samo. Já to říkám furt dokola, oni sice zažili válku ti naši klienti, ale oni už zapomněli. To škaredý zapomněli. I tu smrt tam nechali, prostě nechtějí o té smrti vůbec mluvit. Nebo jakoby vnímat to, že je mezi námi. Jednou se mi stalo, že jedna paní, co byla na pokoji se zesnulou, tak mi řekla, že tady s tou mrtvolou nechce být, hanlivě to říkala. Tak jsem ji musel odvést do společenské místnosti, aby s ní nebyla na pokoji ty dvě hodiny. Hodně lidí to snáší špatně tu smrt. I když s nimi mluvíš, tak přesto, že mají Alzheimerovu nemoc, demenci, vaskulární nebo jakoukoliv kombinaci, tak oni to nevnímají dobře.*“ (M19) a dále „*...ona se furt bála, že ji bude strašit a nemůžeš té klientce vysvětlit, že ona prostě odchází, protože oni to vůbec nevnímají...*“ (M20), ale Michal zmiňuje i odlišnou situaci, kdy jsou klienti přátelé: „*...tu kamarádku vnímala, tu i obřečela, protože se měly rády. Chodily spolu a byl to pro ni šok, že zemřela. U některých klientů je to šok, někdy to i obřečí. Tak vždycky spolu zavzpomínáme...*“ (M20). Podobně vše popisuje i Žaneta: „*Ostatní klienti jsou někdy ze situace umírajícího klienta vyděšení. Oni to někdy špatně berou a nechtějí s tím mít nic společného. Ale někdy, když jsou přátelé, může to mít fatální dopad i na jejich psychiku. Musíme na ně pak dávat větší pozor*

a více si s nimi povídat, aby to nějak vstřebali.“ (Ž3) a „Ostatním klientům jsem k dispozici jako opora, tam záleží, jak jsou na tom s demencí. Někoho, kdo to ještě vnímá, to může dost sebrat.“ (Ž8) nebo „Mezi klienty, když jsou na tom pokoji, tak člověk jim musí říct, že ten druhý prostě odchází, vysvětlit jim to a měla jsem tu i jednu paní, která držela svoji spolubydlící za ruku, když odcházela. Byla tam prostě s ní a držela ji za ruku. Jsou lidi, kteří to vnímají víc a jsou lidi, kteří to vnímají míň. Pro některý samozřejmě, když třeba vidí, že někoho vezme na tom vozičku do márnice, tak jim to není příjemný, ale je to život, nemůžeme to před nimi úplně skrýt, ale snažíme se tak, aby to prostě ostatní klienty nenarušilo.“ (B12). I Alžběta nám popisuje situace, kdy je nutné poskytnou přeživšímu větší pozornost: „Vím, že tady třeba bylo, že byli manželé na pokoji, tam je pak potřeba zvýšená péče, když jeden z manželů zemře. Protože je to pro ně těžší, když oni tady spolu žijí a pak jeden zemře. Víc se jim pak věnujeme, aby prostě nešli dolů psychicky.“ (A15) a „No mě třeba napadá případ, to byly dvě klientky z různých oddělení a ony se spolu scházely u kantýny na kafičku vždycky odpoledne a dlouhodobě. Chodily na společenské akce spolu, no a ta jedna paní náhle zemřela. No a tak jsem za ní přišla, sedla jsem si k ní a oznámila, že ta její kamarádka zemřela. Paní z toho byla špatná, asi týden pak nechtěla ani jít k té kantýně, že na ni vzpomínala. Takže spíš u těch orientovaných klientů to je důležité, si s nimi o tom povídat, ale u těch míň orientovaných záleží na situaci. Nebo třeba jedné klientce během dvou měsíců zemřely dvě paní na pokoji a ona už odmítá společné aktivity, taky trošku jde už psychicky dolů, takže teď přemýšlíme, koho by, jsme jí dali na pokoj, aby si s ním mohla povídat a aby jí zase hned neumřel. Prostě má to na ně vliv, na ty klienty navzájem, vnímají to.“ (A20). „Většinou, když někdo zemře, tak se v první řadě snažíme ty klienty nějak distancovat bokem, protože jim dělá zle i třeba, když jedeme s tím černým křeslem z márnice, takže to ti klienti snáší špatně, když to vidí. Takže když víme, že s tím klientem pojedeme z toho pokoje přes chodbu, tak se snažíme klienty doprovodit na pokoj. Neříkáme jim úplně proč, ale že je to třeba nutný.“ (S16) nebo „Většinou jako vždycky se zatahuje ta plenta, že ten klient na tělo vlastně nevidí a pokud oni mají mezi sebou nějakou vazbu, většinou to bývají ty dvoulůžkové pokoje, kdy většinou jsou v přátelském vztahu, tak se snažíme, toho klienta podpořit nebo pokud ten klient nějak hodně strádá, tak se kontaktuje lékař, aby mu třeba předepsal něco na uklidnění.“ (S17) a dále také zmiňuje stejně jako Alžběta, že se personál snaží vybrat vhodného spolubydlícího: „Klienti rádi vzpomínají na toho spolubydlícího, takže normálně se o tom s nimi bavíme a oni většinou, když jsou to lucidní klienti, oni to chápou, protože když ten člověk umírá, tak vlastně má bolesti a většinou jsou s tím smíření, že tomu člověku je líp. A hlavně pro ně je většinou lepší, že zhruba do týdne

nastupuje nový klient a třeba i naše sociální pracovníce se snaží, aby vybírala klienty, aby si i rozuměly s tím, koho tam budou mít.“ (S18).

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této kapitole se pokusíme shrnout data z realizovaného výzkumného šetření a odpovědět na hlavní a dílčí výzkumné cíle, jejichž prostřednictvím jsme si stanovili výzkumné otázky. Nejdříve se zaměříme na dílčí výzkumné otázky.

1. Jakou strategii volí pracovníci při nástupu terminálního stádia u klientů?

Oslovení participanti se shodují na tom, že dokáží dle určitých znaků rozpoznat nástup terminálního stádia u klienta, přičemž nejdříve kontaktují lékaře a samozřejmě rodinné příslušníky. V terminálním stádiu klienta do ničeho nenutí a ponechávají mu klid, avšak probíhají častější kontroly ze strany pracovníků. Zároveň v některých případech je nutné řešit dilema hospitalizace klienta, ačkoliv většina participantů volí raději možnost nechat klienta zemřít v domově tak v případě, že se vyskytnou závažnější zdravotní komplikace nebo v případě, že rodina na hospitalizaci trvá, je přivolána Zdravotnická záchranná služba. V této fázi jsou umožněny rodinným příslušníkům neomezené návštěvy, a pokud chtějí, mohou být s umírajícím kdykoliv. Zároveň je důležité zachování soukromí, což je umožněno díky zástěnám, které jsou na vícelůžkových pokojích. Participanti také popisují, že u některých klientů pozorují předsmrtnou euforii a také upozorňují na skutečnost, že klient by při odcházení neměl být sám, protože někteří klienti mají strach a je dobré je alespoň vzít za ruku, či pohladit ve vlasech, aby věděli, že sami nejsou. Dle výpovědí participantů se v období terminálního stádia řeší i zásadní otázka odpuštění, přičemž pracovníci občas využijí milosrdnou lež, aby se klientovi lépe odcházelo a byl se smrtí smířený. Důraz je také kladen na klientovo vyznání, nejčastěji se jedná o víru křesťanskou a v tom případě, je přivolán kněz, aby umírajícímu udělil poslední pomazání.

2. Jakou strategii volí pracovníci při péči o zesnulé?

V první řadě pracovníci kontaktují lékaře, mimo jeho pracovní dobu koronera, který jako jediný může konstatovat úmrtí, přičemž zesnulý musí zůstat v lůžku alespoň dvě hodiny. Pokud rodina nebyla přítomna v době úmrtí, je telefonicky kontaktována pracovníky a pokud má zájem, může se přijít se zesnulým rozloučit ještě k lůžku, případně do místnosti pro zesulé. Po smrti klienta pracovníci dodržují určité zvyky, jako například otevření okna, aby mohla duše odejít ven, rozsvícení svíčky, či položení květiny na lůžko.

Důležitou součástí v péči o zesnulého je hygiena spojená s pohřební přípravou těla, kdy se nejdříve z těla odstraní všechny vstupy, ale také například i zubní protéza či šperky, tělo se důkladně omyje, vymění se inkontinentní pomůcka a zesnulý by se měl obléci do dostatečně důstojného oděvu, přičemž právě vhodný výběr oděvu participanti shledávají jako problematický. Pokud totiž oděv nepřinesou včas rodinní příslušníci, pracovníci vybírají oděv sami a bohužel v některých případech jsou nuceni zvolit i oděv zcela nevhodný. Aby zesnulý vypadal důstojně, nemělo by se zapomínat na zavírání očních víček a podvázání brady. Důležitým krokem je i označení těla, aby nedošlo k jeho záměně. Péče o tělo zesnulého je velmi náročná fyzicky, ale i emocionálně a pracovníci se často setkávají se svými obavami a to především na nočních směnách, kde slouží sami na celém oddělení.

Dále nám participanti popisují i vyřizování potřebných administrativních záležitostí s pozůstalými a jako velký problém vnímají nedůstojné předávání osobních věcí, které se předávají v igelitovém pytli, případně jsou ponechány na lůžku zesnulého, ale ani toto řešení nevnímají jako ideální.

3. Jak se pracovníci vyrovnávají s doprovázením a setkáváním se smrtí?

Pozitivním zjištěním našeho výzkumu bylo, že většina participantů vnímá smrt jako součást života a pro své klienty jako vysvobození. Péči o klienty v terminálním stádiu a zesnulé nevnímají jako výraznou zátěž. Zároveň jako polehčující okolnost vnímají věk a onemocnění svých klientů, shodně uvádí, že daleko horší by bylo, kdyby jejich klienti byli mladí lidé. Naopak negativním zjištěním je skutečnost, že v domově neprobíhají žádná školení ani supervize zaměřená na problematiku doprovázení. Participanti se shodují na tom, že by nejen školení, ale zejména supervizi uvítali a to především pro nové pracovníky, kteří mají pouze pečovatelský kurz a na tyto situace nejsou vůbec připraveni.

Zároveň nám participanti popisují, že nejčastější způsobem pro zpracování svých emocí využívají vypovídání se, pohybové aktivity a také jako důležitou součást pro své vyrovnávání se s doprovázením vnímají svou víru.

4. S kým v zařízení i mimo něj pracovníci komunikují o smrti?

Z našeho výzkumu vyplynulo, že pracovníci hodně komunikují především mezi sebou, přičemž si jednak sdělují aktuální situaci, ve které se klient nachází, ale také na něj vzpomínají v případě jeho úmrtí. Důležitou součástí jejich práce je i

komunikace s rodinou, což je velmi emotivní záležitost, kdy se snaží sdělovat veškeré informace především šetrným způsobem. Zásadní je i komunikace s ostatními klienty, která závisí i na stupni demence. Někteří klienti totiž vnímají umírajícího a smrt velmi negativním způsobem, naopak pokud jsou klienti ještě orientovaní a udržují mezi sebou přátelské vztahy, je nutné jim následně poskytnout i zvýšenou pozornost a péči. V rámci vyrovnávání se s doprovázením participanti shodně zmiňují jako důležitou součást zvládnání této emocionálně náročné situace vypovídání se a to především v rámci své rodiny a nejbližších přátel.

Za pomoci dílčích výzkumných otázek jsme si mohli zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: **Jakou strategii volí pracovníci při doprovázení klientů ve vybraném domově se zvláštním režimem?**

Dle získaných informací postupují pracovníci především s ohledem na zachování důstojnosti ve všech oblastech péče o klienta. Po rozpoznání nástupu terminálního stádia je šetrně informována rodina klienta, která má možnost neomezených návštěv. Umírajícímu je ponechán klid, soukromí, do ničeho jej pracovníci nenuť a častěji kontrolují. Ačkoliv se pracovníci snaží, aby klient odešel bez zbytečného utrpení v domově, při závažných zdravotních komplikacích nebo v případě, že na tom trvá rodina, jsou nuceni zajistit hospitalizaci klienta. Jako důležitou součást doprovázení, vnímají pracovníci i klientovo smíření se smrtí a odpuštění, přičemž v některých situacích volí milosrdnou lež, aby byl proces umírání klidnější. Velká pozornost je věnována i víře klienta a pracovníci vždy postupují v souladu s jeho vyznáním. Nejčastěji se jedná o spolupráci s katolickým knězem, který v době umírání přichází klienta vyzpovídat či provést poslední pomazání. Z výzkumu vyplynula i skutečnost, že někteří klienti se smrti obávají a nechtějí být v tomto okamžiku osamoceni. I nyní pracovníci postupují důstojně, a pokud není přítomna rodina umírajícího, snaží se být přítomni u lůžka a například držením za ruku dát klientovi najevo, že není sám, ačkoliv s ohledem na počty klientů je pro ně někdy obtížné, vyhodnotit situaci co dřív a co potom.

Po úmrtí klienta je přivolán lékař, který jako jediný může konstatovat smrt a posléze pracovníci provedou úkony, které jsou spojeny s hygienou těla a obléknutím do důstojného oděvu. Zároveň při úmrtí klienta dodržují pracovníci určité tradice a rituály. Pokud v době úmrtí není přítomna rodina, provede většinou pracovník, který s ní má lepší vztahy její kontaktování a nabídne možnosti rozloučení a to buď v lůžku, případně v místnosti pro

zemřelé. Poté je nutné s rodinou zesnulého vyřídit potřebné administrativní záležitosti týkající se předání osobních věcí zesnulého a dědického řízení.

6.1 Doporučení pro praxi

Z našeho metodologického šetření bylo zjištěno především nedostačující školení a zcela chybějící supervize pracovníků domova se zvláštním režimem na téma doprovázení klientů. Vhodným doporučením pro praxi tedy sledujeme absolvování odborného školení zejména nově příchozích pracovníků na uvedené téma, které bychom doporučili opakovat v pravidelných intervalech a to především pro pracovníky v sociálních službách, kteří by díky školení mohli více proniknout do dané problematiky. Dále bychom doporučili zavést supervizi, která by mohla výrazně omezit vznik syndromu vyhoření a tím snížit riziko fluktuace zaměstnanců, přičemž by také pomáhala pracovníkům při zvládnutí emocionálně náročných situací, se kterými se ve svém zaměstnání setkávají poměrně často.

Rovněž bychom doporučili zaměřit se na akt předávání osobních věcí zesnulého pozůstalým, který dle participantů není v tuto chvíli zcela ideální. Situaci bychom zkusili řešit například zakoupením krabic, do kterých by se osobní věci zesnulého mohli ukládat a poté předávat pozůstalým. Situace by byla jednak důstojnější a zároveň bychom zamezili rozebírání věcí ostatními klienty.

Dále bychom se zaměřili na spolupráci s koronerem, která je dle našeho metodologického šetření velmi problematická. Doporučili bychom kontaktovat nemocnici, pod jejíž záštitou koroner svou činnost vykonává, pokusili bychom se objasnit danou situaci a nastavit určitá pravidla spolupráce.

ZÁVĚR

Zkušenost, kterou člověk získá během umírání je zcela jedinečná a neopakovatelná, jelikož ji nelze předat dál. A ačkoliv se problematice umírání a smrti věnuje mnoho autorů, dnešní společnost ji stále více odsouvá do pozadí a stává se tabu. V minulosti se s ní lidé seznamovali především při odcházení svých nejbližších, kdy lidé umírali převážně v domácím prostředí, obklopeni svými nejbližšími. Avšak z výzkumů vyplývá, že v dnešní době se umírání přesouvá do různých institucí, kde je na pracovníky kladena velká emocionální zátěž spojená s doprovázením. A právě z tohoto důvodu jsme se rozhodli uskutečnit výzkum zaměřený na strategie doprovázení prizmatem pracovníků domova se zvláštním režimem.

V teoretické části jsme si blíže popsali proces a fáze umírání, související emoce a smrt. Charakterizovali jsme paliativní péči, potřeby umírajících a s tím spojené důstojné umírání a dříve vyslovené přání. Také jsme si vymezili sociální službu domov se zvláštním režimem, jeho cílovou skupinu, personální obsazení a zároveň psychohygienu pracovníků.

V praktické části jsme použili kvalitativní výzkum, který byl uskutečněn na základě polostrukturovaných rozhovorů s pěti participanty, díky čemuž jsme získali potřebné a ucelené informace pro náš výzkum. Cílem bylo zjistit a popsat, jakou strategii volí pracovníci domova se zvláštním režimem při doprovázení.

Na základě provedeného výzkumu bylo zjištěno, že pracovníci kladou důraz především na důstojnou a individuální osobní péči, přičemž se zaměřují na potřeby a preference jednotlivých klientů a snaží se poskytnout jim péči, která respektuje jejich hodnoty a přesvědčení. Do péče o klienty se snaží zapojit i rodinu a blízké a poskytují jim podporu během procesu umírání a smrti. Také se zaměřují na zajištění fyzického i psychického pohodlí klientů a zároveň podporují duchovní rozměr umírání a respektují jejich různé náboženské a duchovní přesvědčení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK, 1998. Paliativní medicína. Praha: Grada. ISBN 80-7169-437-1.
- [2] ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed., 2004. Paliativní medicína. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.
- [3] ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5147-4.
- [4] BÁRTLOVÁ, Sylva, 2003. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-391-0.
- [5] BENEŠOVÁ, Veronika a Edita ŠMIDMAJEROVÁ, 2018. Supervize jako nástroj v prevenci vyhoření. Sociální práce. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 18, č. 2. ISSN 1213-6204.
- [6] BUŽGOVÁ, Radka, 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- [7] BYOCK, Ira, 2013. Dobré umírání: možnosti pokojného konce života. Vyd. 2. Přeložil Ladislav ŠENKYŘÍK. Praha: Vyšehrad. Cesty (Vyšehrad). ISBN 978-80-7429-134-0.
- [8] CALLANAN, Maggie a Patricia KELLEY, 2005. Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících. Praha: Vyšehrad. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-819-3.
- [9] DAVIES, Douglas J., 2007. Stručné dějiny smrti. Praha: Volvox Globator. Diagramma. ISBN 978-80-7207-628-4.
- [10] DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ, 2018. Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.
- [11] DOSTÁLOVÁ, Zuzana, 2016. Proč všichni odcházejí. Praha: Togga, spol. s r.o. ISBN 978-80-7476-105-8.
- [12] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [13] GAVORA, Peter, 2010. Úvod do pedagogického výzkumu. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JÚVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

- [14] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [15] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [16] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. Lékařská etika. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.
- [17] HAWKINS, Peter a Robin SHOHET, 2016. Supervize v pomáhajících profesích. Vydání druhé. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0987-4.
- [18] HENDL, Jan, 2016. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [19] HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. Koncepty, teorie a měření kvality života. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
- [20] HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2009. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.
- [21] JANEČKOVÁ, Hana, 2010. Reminiscence. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.
- [22] JANKOVSKÝ, Jiří, 2018. Etika pro pomáhající profese. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-414-9.
- [23] JANOUSEK, Libor a Peter BALÁŽ, 2008. Hemodialyzační arteriovenózní přístupy. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2547-5.
- [24] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- [25] KABELKA, Ladislav, 2018. Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5049-4.
- [26] KALINA, Kamil, 2003. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
- [27] KALVACH, Zdeněk, 2011. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

- [28] KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2003. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.
- [29] KISVETROVÁ, Helena, 2018. Péče v závěru života. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
- [30] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1991. Křesťanská péče o nemocné. Praha: Advent.
- [31] KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK, 1995. Poslední úsek cesty. Praha: Návrat domů. ISBN 80-85495-43-0.
- [32] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- [33] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2007. O vděčnosti s Jaro Křivohlavým. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-998-4.
- [34] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- [35] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- [36] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
- [37] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- [38] MALÍKOVÁ, Eva, 2020. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
- [39] MARKOVÁ, Monika, 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
- [40] MAROON, Istifan, 2012. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.
- [41] MATOUŠEK, Oldřich, 2013. Metody a řízení sociální práce. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [42] MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed., 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [43] MIOVSKÝ, Michal, 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

- [44] NAVRÁTIL, Leoš, 2008. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [45] NAVRÁTIL, Leoš, 2017. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0210-5.
- [46] NEŠPOROVÁ, Olga, 2013. O smrti a pohřbívání. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 978-80-7325-320-2.
- [47] NEZBEDA, Ondřej, 2016. Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka. V Praze: Paseka. ISBN 978-80-7432-747-6.
- [48] NIEDERMANN, Eva et al., 2016. Paliativní péče: úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-906320-3-5.
- [49] PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK, 2007. Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.
- [50] PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON, 2007. Paliativní péče: principy a praxe. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [51] PLEVOVÁ, Ilona, 2019. Ošetrovatelství II. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.
- [52] PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. Biografie v péči o seniory. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1008-7.
- [53] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed., 2022. Důstojnost v medicíně. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3411-3.
- [54] PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK, 2021. Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0876-3.
- [55] ŘÍČAN, Pavel, 2021. Cesta životem: vývojová psychologie. 4., doplněné vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1783-1.
- [56] SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ, 2008. Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb. Praha: ASPI. Meritum (ASPI). ISBN 978-80-7357-316-4.
- [57] SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, 2022. Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3242-3.

- [58] SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- [59] ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
- [60] ŠIKLOVÁ, Jiřina, 2013. Vyhoštěná smrt. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-197-4.
- [61] ŠIMEK, Jiří, 2015. Lékařská etika. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5306-5.
- [62] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2011. Krizová intervence pro praxi. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
- [63] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: GRADA Publishing. Psyché. ISBN 978-80-247-3736-2.
- [64] ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.
- [65] ŠRAJER, Jindřich a Libor MUSIL, ed., 2008. Etické kontexty sociální práce s rodinou. České Budějovice: Libor Musil v nakl. Albert. ISBN 978-80-7326-145-0.
- [66] STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
- [67] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [68] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [69] TOMEŠ, Igor et al., 2015. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
- [70] VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
- [71] VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [72] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [73] VYMĚTAL, Jan, 2010. Úvod do psychoterapie. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

Internetové zdroje

- [74] ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: [Zákony pro lidi.cz](http://zakonypro lidi.cz) [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 17. 3. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonypro lidi.cz/cs/2006-108>
- [75] Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999. [online]. [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: [charta-prav-umirajicich.pdf \(hospic-pisek.cz\)](http://hospic-pisek.cz/charta-prav-umirajicich.pdf)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- al. ostatní
- č. číslo
- s. strana
- Sb. Sbírký
- tzv. tak zvaný

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1: Sociodemografické údaje o participantech (Vlastní výzkum, 2023)</i>	39
<i>Tabulka č. 2: Charakteristika kategorie č. 1: Důstojnost (Vlastní výzkum, 2023)</i>	42
<i>Tabulka č. 3: Charakteristika kategorie č. 2: Pověry, tradice a rituály (Vlastní výzkum, 2023)</i>	46
<i>Tabulka č. 4: Charakteristika kategorie č. 3: Terminální stádium (Vlastní výzkum, 2023)</i>	47
<i>Tabulka č. 5: Charakteristika kategorie č. 4: Péče o zesnulého (Vlastní výzkum, 2023)</i>	52
<i>Tabulka č. 6: Charakteristika kategorie č. 5: Pracovník domova se zvláštním režimem (Vlastní výzkum, 2023)</i>	55
<i>Tabulka č. 7: Charakteristika kategorie č. 6: Postoje ke smrti (Vlastní výzkum, 2023)</i>	59

