



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Péče o rodinné příslušníky umírajícího klienta v domově pro seniory

Vypracovala: Eva Zimová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2015

# **Abstrakt**

## **Název bakalářské práce**

*Péče o rodinné příslušníky umírajícího klienta v domově pro seniory*

## **Teoretická východiska**

V současné době umírají lidé většinou v nemocnicích, na odděleních následné péče a v domovech pro seniory. Nemocní umírají osamoceni, mimo pohodlí svého domova a v péči profesionálů, kteří jsou pro ně cizími lidmi. Umírání se stalo institucionalizovaným procesem. Umírání je především proces, jenž se skládá ze tří známých, nestejně dlouhých období, která na sebe navazují – období *pre finem*, *in finem* a *post finem*. Jsou popsána ve druhé kapitole. Ve třetí kapitole jsou popsána stadia psychické odezvy dle Elisabeth Kübler-Rossové v obvyklém pořadí tak, jak většinou přicházejí. Čtvrtá kapitola zmiňuje potřeby umírajících (biologické, psychologické, sociální i spirituální) a úlohu sestry v jejich uspokojování. Péče o umírající pacienty a rozhovory o umírání a smrti vyžadují dobré komunikační dovednosti. Komunikace s rodinnými příslušníky je pro sestru zřejmě nejnáročnější činností. Sestra by měla umět nejen odpovídat na jejich otázky, nýbrž i aktivně navazovat kontakt. Komunikaci a jejím zásadám je věnována pátá kapitola, která je rozdělena do podkapitol – komunikace s umírajícím, rodinou a pozůstalými. V šesté kapitole jsou popsány fáze truchlení dle Kubíčkové (2001), ale i nekomplikované a komplikované truchlení. I členové rodiny mají své potřeby, ačkoliv se pozornost zdravotníků zaměřuje více na nemocného. Pomoc rodině je popisována v sedmé kapitole. Je rozdělena na pomoc formální a neformální. Podkapitola je věnována i poradenství pro pozůstalé, které u nás není tak rozšířené jako v zahraničí. Tato situace se ale pomalu zlepšuje. Od roku 2009 působí při Ministerstvu pro místní rozvoj ČR pracovní skupina pro tvorbu standardů v poradenství pro pozůstalé. Na závěr kapitola osm zmiňuje zátěž sester v souvislosti s umíráním. Sestra musí zvládnout nejen péči o pacienta, nýbrž i péči sama o sebe. V poslední, deváté kapitole je popisován domov pro seniory a jeho služby.

## **Cíle práce a výzkumné otázky**

Prvním cílem bylo zjistit připravenost zdravotnického personálu ke komunikaci s rodinnými příslušníky umírajících klientů. Druhým cílem bylo zjistit oblasti, ve kterých rodinní příslušníci umírajícího klienta domova pro seniory potřebují radu. Třetím cílem bylo zjistit nabízené služby v péči o rodinné příslušníky umírajícího klienta v domově pro seniory.

Výzkumné otázky:

1. Jak všeobecné sestry zvládají komunikaci s rodinou umírajícího?
2. Jakým tématům se všeobecné sestry v komunikaci s rodinou umírajícího vyhýbají?
3. Jaké rady jsou všeobecné sestry schopny poskytnout pozůstalým?
4. Jaké možnosti mají domovy pro seniory pro důstojné umírání?
5. Jaké služby nabízejí domovy pro seniory?

## **Metodika**

Pro zpracování empirické části bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní šetření formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny na základě předem připravených otázek a podotázek s všeobecnými sestrami ze dvou domovů pro seniory. Jeden domov je v Jihočeském kraji, druhý v kraji Středočeském. Soubor tvořilo osm všeobecných sester. Pět bylo z domova z Jihočeského kraje a tři z domova v kraji Středočeském. Rozhovory byly zaznamenávány písemně a následně zpracovány do jednotlivých kategorií. S ohledem na zachování anonymity nejsou uvedeny názvy zařízení. Šetření probíhalo během měsíce února roku 2015 a bylo doplněno během měsíce dubna.

## **Výsledky**

Bakalářská práce nahlíží do dvou oslovených domovů pro seniory v různých krajích. Výzkum přinesl pohled na péči o rodinné příslušníky i cenné srovnání nabízených služeb a možností těchto domovů. Komunikace s rodinou je pro všeobecné sestry v domovech pro seniory při určitých situacích nepříjemná a stresující, avšak častá

a nevyhnutelná. Z výzkumu vyplývá, že nepříjemné a stresující je především oznámení zhoršeného stavu a oznámení úmrtí klienta. Všeobecné sestry by se měly více orientovat ve fázích umírání dle Elisabeth Kübler-Rossovové a uvědomit si, že stejnými fázemi procházejí i rodinní příslušníci. Dále bylo zjištěno, že pokud rodinným příslušníkům není pomoc a podpora nabízena, většinou o ni nežadají.

Možnosti pro důstojné umírání se oba domovy snaží vytvářet dle svých možností. Je zde nabídka časově neomezených návštěv, duchovních služeb a dále také možnost posledního rozloučení se zemřelým, ta však není nabízena automaticky. Naproti tomu možnost výběru pohřební služby je nabízena vždy při oznámení úmrtí.

Rozdíly mezi dvěma domovy jsou v prostředí, kde probíhá péče o mrtvé tělo, rozloučení i předávání pozůstalosti. Jeden domov má možnost pečovat o zemřelého ve speciální místnosti k tomu určené, zde také probíhá rozloučení i předávání pozůstalosti. Druhý domov tuto možnost nemá. Další kontakt s pozůstalými v jednom domově probíhá formou každoročních mší za zemřelé.

## **Závěrem**

Práce poskytuje pohled na úlohu všeobecné sestry v sociálních službách v uspokojování potřeb rodinných příslušníků umírajícího klienta v domově pro seniory. Z výzkumu vyplynulo, že tato úloha sestry je nezastupitelná. Je zřejmé, že sestry se méně orientují ve fázích umírání dle Elisabeth Kübler-Rossovové, kterými procházejí také rodinní příslušníci. Na toto téma, péči o rodinu a její potřeby, bude uspořádán interní seminář nejen pro všeobecné sestry. Také tvorba brožury informací pro rodinné příslušníky byla diskutována s managementem domova i ostatními pečujícími. Brožura je volně přístupná rodinám a blízkým klientů.

## **Klíčová slova**

Umírající, doprovázení, rodinný příslušník, pozůstalý.

# **Abstract**

## **The bachelor thesis title**

*Taking care of family members of a dying client in home for the elderly*

## **Theoretical grounds**

People usually die in hospitals, at subsequent care departments and in retirement homes nowadays. Ill people die alone outside the comfort of their homes and in the care of professionals, who are strangers for them. Dying has become an institutionalized process. Dying is first of all a process that consists of three known periods of different length, which are linked together – the *pre finem*, *in finem* and *post finem* periods. They are described in chapter 2. Chapter 3 describes the mental response stages according to Elisabeth Kübler-Ross in the usual order as the mostly occur. The fourth chapter mentions the needs of the dying (biological, psychological, social and spiritual) and the role of a nurse in their satisfaction. The care of dying patients and dialogs about dying and death require good communication skills. Communication with family members is probably the most demanding activity for a nurse. A nurse should not only be able to answer their question but also to make contact actively. Communication and its principles is dealt with by the fifth chapter, which is divided into subchapters – communication with a dying person, with the family and with the bereaved. The sixth chapter describes the phases of grief according to Kubičková (2001), but also the uncomplicated and complicated grief. Family members also have their needs although the attention of the healthcare staff is focused on the ill person. The assistance to the family is described in the seventh chapter. It is divided to formal and non-formal assistance. A subchapter is also dedicated to counselling for the bereaved, which is not as usual here as in abroad. However the situation is slowly improving. A workgroup for creating standards in counselling for the bereaved has been active at the Ministry of Local Development of the CR since 2009. The load on nurses in relation to dying is mentioned at the end of chapter eight. The last, ninth chapter describes a retirement home and the services it provides.

### **The goals of the thesis and the research questions**

The first goal was to examine the readiness of healthcare staff to communicate with the family members of dying clients. The second goal was to find the spheres in which the family members of a dying client need advice. The third goal was to examine the services provided to the family members of a dying client by a retirement home.

The research questions:

1. How are general nurses able to cope with communication with the family of a dying patient?
2. What topics do general nurses avoid in communication with the family of a dying patient?
3. What advice are general nurses able to give to the bereaved?
4. What possibilities do retirement homes have to ensure dying with dignity?
5. What services do retirement homes provide?

### **Methodology**

Qualitative research in the form of semi structured interviews was chosen for elaboration of the empiric part of the thesis. The interviews were based on prepared questions and sub questions for general nurses from two retirement homes. One of them is in the South Bohemia Region and the other in the Central Bohemia Region. The sample consisted of eight general nurses, five from the home in South Bohemia and three from the one in Central Bohemia. The interviews were recorded in written and then processed into individual categories. The names of the facilities are not mentioned to ensure anonymity. The research was performed in February 2015 and completed during April.

### **Results**

The thesis gives an insight into two addressed retirement homes in different regions. The research has brought the view on the care of family members and valuable comparison of the provided services and the possibilities of the homes. Communication with the family is in some situations unpleasant and stressing for a nurse, however it is

frequent and inevitable. The research shows that informing of worsened state and client's death is most unpleasant and stressing. General nurses should be better aware of the phases of dying according to Elisabeth Kübler-Ross and they should realize that the family members go through the same phases. We have also found that if family members are not offered assistance and support, they usually do not ask for it.

Both the homes are trying to create the environment for dying with dignity according to their possibilities. They offer unlimited visits, spiritual services and also the possibility of the last goodbye, however it is not offered automatically. The choice of funeral service is on the other hand always offered at the death notification.

There are differences between the two homes in the environment where the care of the death body is taken, where the last goodbye is held and the inheritance passed. One home has the possibility to care about the deceased in a dedicated room, where also the last goodbye and inheritance passing is held. The other home does not have this possibility. Further contact with the bereaved is held in the form of an annual memorial service.

## **Conclusion**

The thesis gives an insight in the work of a general nurse in social services, in satisfying the needs of family members of a dying client in a retirement home. The research has shown that this role of a nurse is irreplaceable. The nurses are obviously less aware of the phases of dying according to Elisabeth Kübler-Ross, through which the family members also pass. An internal seminar not only for general nurses will be organized on this topic. Preparation of a brochure for family members was also discussed with the home management and the caring staff. The brochure is available for free for the client's family members and close people.

## **Key words**

The dying, accompaniment, family member, the bereaved.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)



### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení této práce, za cenné rady, ochotu, vstřícný přístup, trpělivost a hlavně za její cenný čas, který mi věnovala.

Veliký dík patří celé mé rodině, která mě podporovala po celou dobu studia, a také všem dotazovaným respondentkám a osloveným domovům pro seniory, s jejichž pomocí jsem mohla uskutečnit výzkumné šetření.

## OBSAH

<b>Seznam použitých zkratk</b>	<b>12</b>
<b>Úvod</b>	<b>13</b>
<b>1 Současný stav</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Umírání a smrt</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Proces umírání</b>	<b>15</b>
1.2.1 Fáze pre finem	16
1.2.2 Fáze in finem	16
1.2.3 Fáze post finem	17
<b>1.3 Stadia psychické odezvy dle Elisabeth Kübler-Rossové</b>	<b>18</b>
<b>1.4 Potřeby umírajících a úloha sestry při jejich uspokojování</b>	<b>20</b>
1.4.1 Potřeby biologické	20
1.4.2 Potřeby psychologické	21
1.4.3 Potřeby sociální	21
1.4.4 Potřeby spirituální	22
<b>1.5 Komunikace a její zásady</b>	<b>23</b>
1.5.1 Komunikace s umírajícími	23
1.5.2 Komunikace s rodinou	23
1.5.3 Komunikace s pozůstalými	24
<b>1.6 Truchlení</b>	<b>26</b>
1.6.1 Fáze truchlení	27
1.6.2 Nekomplikované truchlení a jeho projevy	28
1.6.3 Komplikované truchlení	29
<b>1.7 Pomoc rodině</b>	<b>30</b>
1.7.1 Neformální a formální pomoc rodině	30
1.7.2 Poradenství pro pozůstalé	31

1.7.3 Poradenství v ČR	32
1.8 Zátěž sester v souvislosti s umíráním	33
1.9 Domov pro seniory	35
<b>2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b>	<b>37</b>
2.1 Cíle práce	37
2.2 Výzkumné otázky	37
<b>3 METODIKA</b>	<b>38</b>
3.1 Metodika výzkumu	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	38
<b>4 VÝSLEDKY VÝZKUMU</b>	<b>40</b>
4.1 Kategorizace rozhovorů s všeobecnými sestrami	40
<b>5 DISKUZE</b>	<b>50</b>
<b>6 ZÁVĚR</b>	<b>59</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b>	<b>61</b>
<b>8 SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>65</b>

## **Seznam použitých zkratk**

CD	Datový nosič
DSM	Americká obdoba české MKN
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
OP	Občanský průkaz
SŠ	Střední škola
VŠ	Vysoká škola
WHO	Světová zdravotnická organizace

## Úvod

V současné době umírají lidé většinou v nemocnicích, na odděleních následné péče a v domovech pro seniory. Nemocní umírají osamoceni, mimo pohodlí svého domova a v péči profesionálů, kteří jsou pro ně cizími lidmi. Umírání se stalo institucionalizovaným procesem.

Je mnoho návodů a koncepcí, jak péči o umírající zlepšit. Po roce 1990 dochází v našem ošetřovatelství k zásadním změnám, které vycházejí z nové koncepce ošetřovatelství. Mírnění utrpení, zajištění klidného a důstojného umírání patří mezi cíle ošetřovatelství. Péče je však zaměřena spíše na umírajícího, nikoliv na jeho rodinu nebo doprovázející osoby. Péče o pozůstalé není zatím součástí zdravotnických služeb. Zdravotníci nejsou povinni zajišťovat kromě projeveného soucitu a kondolencí žádné následné služby a péči o pozůstalé. Je dobré si uvědomit, že rodina a její členové jsou v péči o svého blízkého nenahraditelní, proto je důležité nabízet jim všestrannou pomoc, rozpoznat a uspokojovat jejich potřeby.

Celý ošetřovatelský tým by měl být profesně připraven na setkávání se s lidmi, kteří prožívají umírání i smrt svých blízkých. Komunikace s nimi patří k nelehkým úkolům v profesi sestry a vyžaduje schopnost empatie i profesionalitu.

V domově pro seniory se s rodinou umírajícího setkáváme denně. Neumíme vhodně reagovat na potřeby rodinných příslušníků ani správně načasovat vhodně zvolenou podporu a pomoc, ať již v oblasti psychologické, sociální nebo duchovní.

Pracuji v domově pro seniory několik let a vidím, že právě péče o rodinné příslušníky je stále více diskutovaným tématem. V této bakalářské práci chceme zmapovat právě péči o rodinné příslušníky v domově pro seniory. V první řadě je to připravenost personálu na komunikaci s rodinou umírajícího i pozůstalými, dále možnosti domova pro seniory pro důstojné umírání a v neposlední řadě chceme zjistit, jaké služby mohou domovy pro seniory nabídnout doprovázejícím a pozůstalým.

Práce přináší pohled na dva domovy pro seniory, jejich možnosti i slabiny v péči o rodinné příslušníky.

# 1 Současný stav

## 1.1 Umírání a smrt

Jen člověk je schopný si uvědomit, že k životu patří smrt a jednou zemře. Každý člověk si myšlenky na smrt během svého života uvědomí, ale současně je ze svého vědomí vytěsňuje (Minibergerová 2006).

Zajímat se o problematiku konce života bylo považováno za morbidní. Člověk má ale v životě jedinou jistotu – že zemře. Zaujmout stanovisko ke smrti nemusí každý, ale zdravotníci na základě své profese ano, proto se stále více zajímají o tuto problematiku. Důvodem bývá často nejistota, jak se chovat vůči těm, kteří umírají, i vůči těm, kteří je doprovázejí (Kelnarová 2007).

Ve světě byl proces detabuizace umírání a smrti zahájen již počátkem 70. let 20. století. U nás přetrvávalo hluboké mlčení. Ke zvýšenému zájmu dochází až po roce 1989. Po roce 1990 dochází v našem ošetřovatelství k zásadním změnám, jež vycházejí z nové koncepce ošetřovatelství. Sestry pracují především s ošetřovatelskými procesy a jejich prostřednictvím realizují cíle ošetřovatelství, mezi něž patří i mírnění utrpení a zajištění klidného a důstojného umírání (Haškovcová 2007).

Sestra se během své praxe dostává do situací, s nimiž se musí vypořádat nejen odborně, nýbrž i z hlediska své lidské stránky. Jednou z takových situací je umírání a smrt. Smrt je přirozeným důsledkem života, je od života neoddelitelná (Kutnohorská 2007). Před smrtí probíhá ve většině případů takzvaný proces umírání, který má různou délku, podobu a je také různě prožíván, je individuální a jedinečný. Zatímco procesu umírání se mohou účastnit doprovázející, konec umírání zůstává osobní zkušeností, na níž se nemůže podílet nikdo jiný (Kelnarová 2007).

Pokud porovnáme umírání lidí v době před více než dvěma sty lety a umírání dnes, vidíme značné rozdíly. Dříve byly celé generace smířeny se smrtí, lidé se s ní běžně setkávali a přirozeně doprovázeli své blízké v posledních chvílích. Umírání v té době bylo krátké a rychlé. Lidé chápali smrt jako přirozenou součást života. Umírající byl ve středu pozornosti své rodiny, vše bylo jakýmsi sociálním aktem. Každý, kdo se tohoto aktu zúčastnil, věděl, jak umírání vypadá (Haškovcová 2007).

Psychickou podporu v této nelehké situaci zajišťovala umírajícímu rodina, kněz a někdy i sousedé. V dnešní moderní době umírá člověk sám jako nikdy dříve, proto se hledá způsob, jakým by se umírání stalo opět sociálním aktem (Bártlová 2009).

V současné době umírají lidé většinou v nemocnicích, na odděleních následné péče a v domovech pro seniory. Nemocní umírají osamoceni, mimo pohodlí svého domova a v péči profesionálů, kteří jsou pro ně cizími lidmi. Umírání se stalo institucionalizovaným procesem. Vědecký a technický pokrok s sebou přináší i novou skutečnost, že umírání v současnosti trvá déle, což má za následek nejistotu, strach a úzkost nejen u umírajících, nýbrž i u jejich blízkých a také u ošetřujícího personálu (Kelnarová 2007). V klinické praxi se však umíráním označuje delší či kratší časové období, které je zakončeno terminálním stavem. Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu, avšak proces umírání nemůžeme redukovat pouze na terminální stav, ať už se jedná o umírání doma, nebo v instituci. Obojí má své výhody a nevýhody, záleží na nás, zda si dovedeme vybrat z obojího to dobré. Zapojíme-li do nemocniční péče rodinu a přátele umírajícího a do domácí péče více odbornosti, velmi se přiblížíme k žádoucímu cíli (Svatošová 2008).

## ***1.2 Proces umírání***

Tomuto fenoménu se věnují mezinárodní etické kodexy, které deklarují umírajícím právo na ulehčení svého utrpení či právo na humánní péči a důstojné umírání. Danou problematiku řeší zejména Charta práv umírajících. Umírání je především proces, jenž se skládá ze tří známých, nestejně dlouhých období, která na sebe navazují – období *pre finem*, *in finem* a *post finem* (Vytejková 2013).

V procesu umírání jsou ještě známy termíny jako například *teorie biologických hodin* (smrt nastává tehdy, je-li naplněn tzv. program života nebo je-li realizován program smrti) a *sociální smrt* (umírající je ve stavu, kdy sice žije, ale je odloučen od veškerých sociálních vztahů a nelze jej do společnosti jakkoli navrátit). Je důležité snažit se vést umírajícího tak, aby stále žil i s vědomím blížícího se konce. Dalšími termíny jsou *psychická smrt* (naprostá rezignace, beznaděj a zoufalství umírajícího umožňující

snadnější příchod smrti fyzické) a *fyzická smrt* (úplná a trvalá ztráta vědomí). Po ukončení funkcí mozku nastává smrt i dalších orgánů lidského těla (Kutnohorská 2007).

### 1.2.1 Fáze *pre finem*

První období spočívá v péči o nemocného a doprovázení nemocného a jeho blízkých – od zjištění diagnózy až po nástup terminálního stavu (Svatošová 2007). V období *pre finem* si pacient uvědomuje, že jeho nemoc je neslučitelná s životem, že smrt je velice pravděpodobná a blízká. Po celé toto období je nutné zmírňovat obtíže strádajícího. Je vhodné vedle lékařské pomoci nabídnout i pomoc psychologickou a lidskou. Je potřeba, aby byl umírající chráněn před psychickou a sociální smrtí, protože nikdo by neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky (Haškovcová 2002). Těžce nemocný člověk je izolován a osamocen. Pokud je tento stav dlouhodobý, vyvolává sociální umírání. Tato fáze může být různě dlouhá, od několika měsíců až po roky. Podstatou je především psychická pomoc zaměřená na aktivní spoluúčast nemocného při boji s nemocí – s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav (Kabelka/Sláma/Vorlíček 2011).

Velmi často kvůli nemoci dochází rovněž ke změně mezilidských vztahů, což může vést i k odklonu rodiny a přátel nemocného. Především z tohoto důvodu je podle E. Kübler-Rossové (1993) potřeba provázet každého nemocného velice citlivě po celou dobu trvání nemoci a zároveň respektovat jednotlivé probíhající fáze psychické odezvy. Všestranná účelná pomoc by měla být vedena odborným týmem psychologů, teologů a sociálních pracovníků (Kabelka/Sláma/Vorlíček 2011).

### 1.2.2 Fáze *in finem*

Fáze *in finem* je obdobím péče a doprovázení nemocného i jeho nejbližších během tzv. *terminálního stavu*. Jedním z mnoha problémů této fáze je ritualizace smrti a problém eutanazie (Kabelka/Sláma/Vorlíček 2011). Kutnohorská (2007) uvádí dva modely umírání: *umírání ritualizované* a *umírání institucionalizované*.

První model – *ritualizované umírání* – je modelem tradičním. Smrt byla centrem života, byla chápána jako období, které souviselo především s hodnocením celého



života a jeho smyslu. Lidé umírali doma, a tak se z generace na generaci předávala zkušenost, jak o umírající pečovat. Existovala tedy možnost poznat smrt zblízka, smrt byla součástí života. Umírání zralého člověka bylo rodinnou událostí. Rituál poskytoval oporu, byl útěchou. Pozůstali se mohli tváří v tvář vyrovnat se smrtí.

Druhý model umírání – *institucionalizované umírání* – bývá označován jako moderní model. V dnešní době zůstává člověk při umírání sám v nemocnici či v domově pro seniory, kde se o něj stará tým profesionálů. Ale ve většině případů nemocný nechce být sám a touží po přítomnosti druhého člověka, ať už rodinného příslušníka, nebo právě chápajícího profesionála. Je potřeba zlidštit poslední okamžiky člověka, proto je dobré využít nové rituály, jež by byly přijatelné pro ošetřující personál, blízké i pro umírajícího. To znamená, že je nutné využít jak tradičního domácího modelu péče o umírající, tak i modelu institucionálního (Kutnohorská 2007). V této fázi je rovněž nezbytné, aby zdravotníci uměli nabídnout pomocnou ruku. Vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb by mělo být standardem (Haškovcová 2002).

### *1.2.3 Fáze post finem*

Fáze *post finem* je období, jež začíná smrtí člověka. Podstatou tohoto období je péče o tělesnou schránku zemřelého a o pozůstalé, zvláště patří-li některý z nich do rizikové skupiny (Kabelka/Sláma/Vorlíček 2011). Existuje mnoho učebnic obsahujících podrobná ustanovení a zásady pro péči o zemřelé. Většina zdravotníků bezesporu ví, jak si počínat při péči o mrtvé tělo. Problém nastává v etických otázkách, např. pokud jde o povinný dvouhodinový klid zemřelého na lůžku nebo o sdělení zprávy o úmrtí příbuzným. V praxi je někdy opravdu obtížné zvolit vhodné místo. Okolo nemocného obestavíme zástěny, tím vyjádříme důstojnost, ale u ostatních spolupacientů můžeme vyvolat psychickou disbalanci. Pokud je oddělení (ústav) technicky vybaven a disponuje dostatkem místa či zvláštním pokojem, odkrývá se jiný problém. Je možné a etické přeložit pacienta na pokoj, který bývá označován za celu smrti? (Kabelka/Sláma/Vorlíček 2011; Haškovcová 2002) Dalšími významnými a palčivými problémy jsou předávání informace o úmrtí a předávání pozůstalosti. Zasílání telegramů

bylo běžnou praxí. Dnes se úmrtí oznamuje telefonicky. Blízcí příbuzní pak chtějí nejčastěji vědět, jaké byly poslední chvíle jejich blízkého a zda netrpěl bolestmi. Předávání osobních věcí a nezbytných dokladů pozůstalým má často instrumentální úroveň. Ritualizace těchto úkonů je nutná, neboť usnadní pozůstalým unést extrémní ztrátu, kterou úmrtí blízkého bezesporu je (Kabelka/Sláma/Vorlíček 2011; Haškovcová 2002)

### ***1.3 Stadia psychické odezvy dle Elisabeth Kübler-Rossové***

Umírání a smrt jsou bezpochyby těžké životní situace, reakce jednotlivých lidí na ně jsou různé. Tyto reakce jsou ovlivněny vnějšími okolnostmi, ale také dosavadními zkušenostmi a osobností jednotlivce. I zde můžeme najít určité zákonitosti, s nimiž je užitečné se seznámit. Přehledně je jako fáze popsala dr. Elisabeth Kübler-Rossová. Je však nutné tyto fáze správně chápat. Především je dobré si uvědomit, že těmito fázemi procházejí i nejbližší nemocného. Jednotlivé fáze jsou seřazeny tak, jak obvykle přicházejí. Musíme však vědět, že se mohou střídat, vracet, prolínat v jednom dni, ale také že může některá z fází zcela chybět (Svatošová 2007).

První fází je negace, šok a popírání. V tomto období přijímá nemocný informace selektivně, tedy jako by neslyšel to, co nezapadá do jeho představ a co se neslučuje s jeho nadějemi. Často sám sebe přesvědčuje, že jde o omyl, jenž je následkem záměny výsledků. Někdy se domáhá dalších vyšetření a očekává, že se tím změní nezvratné. Toto bývá často dočasná obranná strategie do té doby, než pacient přijme skutečnost. Nemocnému je třeba naslouchat, vše klidně a opakovaně vysvětlovat, trpělivě odpovídat na jeho otázky. Postupně se člověk stahuje, přeje si být sám, aby se mohl se svým osudem vyrovnat. Sestra by měla zůstat nablízku, navázat kontakt, získat důvěru (<http://www.umirani.cz> ; Kübler-Rossová 1993).

Druhou fází je agrese, hněv a vzpoura. V tomto období je nemocný plný negativních emocí, které velmi těžko ovládá. Nechápe, proč se to děje zrovna jemu, snaží se přijít na to, co ve svém životě udělal špatně, za co nyní musí pykat, vynořují se pocity viny. Nemocný se zlobí na celé své okolí. Nic mu není vhod. Obviňuje všechny kolem sebe, ale přitom si v koutku duše uvědomuje, že ti lidé, na kterých si vylévá zlost, za jeho

situaci nemohou. Terčem zloby se stávají všeobecné sestry. Ať dělají cokoliv, vše je špatně. Je nutné pacienta respektovat, chápat a věnovat mu čas. Má-li nemocný zájem, umožníme mu mluvit o jeho emocích. Zloba se postupně zmenší, pokud pacient zjistí, že nemusí být zlostný, aby mu všeobecné sestry naslouchaly. Zejména rodina by měla vědět, že se jedná o fázi umírání, která je přechodná, zákonitá – není to žádný záměr nemocného, je to přirozené chování (<http://www.umirani.cz> ; Kübler-Rossová 1993).

Třetí fáze bývá spojena se smlouváním či vyjednáváním. Nemocní slibují cokoliv, jen aby si mohli život nějak prodloužit. Je to období hledání zázračných léků, léčitelů a pověr. Nemocný uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak naplnit čas, který mu ještě zbývá, zároveň smlouvá o čas. Častým přáním je dožít se významných událostí v životě blízkých. Je dobré pomáhat nemocnému vytvářet krátkodobé cíle a každý sebemenší splněný cíl ocenit. Cíl by měl být obsahový, nikoli časový (<http://www.umirani.cz>; Kübler-Rossová 1993).

Čtvrté stadium je charakterizováno depresí a smutkem. Nemocný je konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti a že není vyhnutí. Zdravotní stav se zhoršuje. Pacient je unavený, vyčerpaný a často psychicky zesláblý. Přichází hluboký smutek. Nemocný se trápí tím, co ztratil a ztrácí, ale i tím, co bude s jeho nejbližšími, až on tady nebude. Ve fázi deprese mají své místo antidepressiva, ovšem nejvíce pomáhá přítomnost člověka, jenž nemocnému naslouchá a provází jej těžkým obdobím na konci života. Pro umírajícího je důležité, aby měl s kým hovořit o strachu ze smrti. Dostane-li se mu podpory a pochopení, výrazně se tím zkrátí fáze deprese (<http://www.umirani.cz>; Kübler-Rossová 1993).

Pro páté stadium je typická akceptace, smíření, souhlas. Tuto fázi je nutné odlišit od rezignace. Cílem je pomoci nemocným a jejich blízkým dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti a ulehčit jim boj se smrtí. Pacienti, kteří svůj osud přijali, získají v tváři výraz klidu a míru. Ti, již pouze rezignovali, tento výraz postrádají. V tomto stadiu potřebuje pomoc a podporu rodina nemocného více než on sám. Je třeba také upozornit na skutečnost, že rodina se často může nacházet v jiné fázi než pacient. Toto může být často na škodu, a třebaže to není lehké, měla by se rodina snažit s nemocným vyrovnat krok (Svatošová 2007; Kübler-Rossová 1993).

#### ***1.4 Potřeby umírajících a úloha sestry při jejich uspokojování***

Klíčovou rolí sestry při uspokojování potřeb umírajících je jejich saturace, a tím udržení relativní stálosti vnitřního prostředí, výměny látek a energie. Na konci života je člověk velmi citlivý a zranitelný. Jeho potřeby se mění pod vlivem nových skutečností. Většinou se stává závislým na pomoci druhých. Z definice zdraví dle WHO lze odvodit čtyři okruhy potřeb: potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Je obvyklé tvrdit, že první na řadě je uspokojení biologických potřeb a že bez uspokojení těchto primárních potřeb není možné efektivně uspokojovat potřeby psychologické, sociální a spirituální. Ale ne vždy tomu tak bývá. Priorita potřeb se v průběhu nemoci a umírání může měnit. Znalost potřeb a určení priorit při jejich uspokojování je nezbytné k zajištění co možná nejlepší kvality života umírajících (Svatošová 2007; Špatenková 2014).

##### ***1.4.1 Potřeby biologické***

Biologické potřeby umírajícího vychází ze základních potřeb každého člověka. K těmto potřebám patří vše, co potřebuje nemocné tělo, tedy přijímat potravu, tekutiny a co nejpřirozeněji se zbavit produktů vlastního metabolismu. Různé druhy léčby velice často nepříznivě zasahují do biologických procesů a způsobují mnoho útrap.

Základem uspokojování biologických potřeb je mírnění či odstranění bolesti, zajištění osobní hygieny, vylučování, přiměřené výživy, dostatečného příjmu tekutin a zmírnění dýchacích obtíží (Svatošová 2007).

Bolest je podmíněna většinou biologicky, ať již organickou, nebo funkční poruchou. Její vnímání je ale významně ovlivněno psychologickými a sociokulturními vlivy. Bolest je komplexní zážitek ovlivněný kulturou, předchozím zážitkem bolesti, kontextem, ve kterém se bolest objevuje, ale i emočními a kognitivními reakcemi. Je důležité, aby si sestra byla vědoma těchto souvislostí a byla schopna umírajícímu, trpícímu bolestí, poskytnout kvalifikovanou péči. Tlumení bolesti je základ kvalitní ošetrovatelské péče o umírající. Při nedostatečném tlumení dlouhotrvající či kruté bolesti se setkáváme s častými myšlenkami na eutanazii ze strany pacienta i jeho blízkých. Bolest je především subjektivní vjem. Sestra by měla rozpoznat, zda umírající

v jakékoliv fázi umírání trpí bolestí. Správná léčba bolesti se nemůže omezit pouze na léky. Vhodné polohování pacienta či vyhovující hygiena mohou bolest často překvapivě rychle odstranit nebo alespoň zmírnit. Samozřejmostí je cílená monitorace bolesti. Zmírnění bolesti zlepšuje kvalitu života umírajícího. Správná léčba tělesné bolesti je proto předpokladem pro vnímání a překonávání i bolestí jiných než tělesných (Špatenková 2014).

#### *1.4.2 Potřeby psychologické*

Mezi psychologické potřeby patří především respektování lidské důstojnosti, a to nezávisle na stavu tělesné schránky. Každý člověk je jedinečnou osobností, která má také své poslání. A takto je nutno člověka chápat a respektovat zvláště v období, kdy završuje svůj život. Vždy je nezbytné respektovat autonomii pacienta. Při uspokojování psychických potřeb umírajících i doprovázejících osob je důležité aktivní naslouchání a empatický postoj. Všem umírajícím i doprovázejícím je třeba vytvořit prostor pro vyjádření emocí. Nikdy nezapomínejme, že objektem naší péče je lidská bytost. Člověk je jako jediná živá bytost schopen o sobě přemýšlet, být svým pánem a určovat svůj vlastní život. Důstojnost lidské existence spočívá v tom, že člověkem, jenž má svobodu sebeurčení, nesmí nikdo disponovat (Svatošová 2007; Špatenková 2014). Velice důležitá je znalost fází prožívání, jak je popsala E. Kübler-Rossová. Včasné rozpoznání signálů jednotlivých fází ze strany pečujících zdravotníků je nezbytným předpokladem k zachování lidské důstojnosti v terminálním stadiu (Svatošová 2007).

Nemocný potřebuje mít pocit bezpečí a jistoty, proto je důležité, aby nemocnému lékaři ani blízcí nelhali. Ztráta důvěry k člověku v době, kdy ho právě nejvíce potřebuje, je velmi bolestná. Platí také zásada říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet (Svatošová 2007; Špatenková 2014).

#### *1.4.3 Potřeby sociální*

Tyto potřeby jsou v terminální fázi specifické. Patří sem hlavně potřeba nezůstat při umírání sám. Nejsilnější vazby má nemocný obvykle k rodině. K pocitu osamělosti umírajícího přispívá vyhýbání se komunikaci s ním. Umírající potřebuje emocionální

podporu. Je třeba umírajícímu empatickou formou projevovat emocionální blízkost. Pomůže pohlázení či dotek, a to i v době, kdy je nemocný v bezvědomí, neboť i v tomto stavu vnímá.

Velký vliv na sociální potřeby má také to, zda má člověk ekonomické zázemí, jestli si vyřídil majetkové záležitosti a vyřešil jiné problémy související se sociální situací (Svatošová 2007; Špatenková 2014).

#### *1.4.4 Potřeby spirituální*

Tyto potřeby byly donedávna tabu. Mnoho lidí včetně zdravotníků se stále ještě domnívá, že uspokojování spirituálních potřeb je jen pro věřící. Podle holistického pojetí člověka má spirituální stránku osobnosti každý člověk, věřící i nevěřící. Každý se musí během svého života vypořádat s pocity viny, s potřebou odpuštění a dále se zaobírat otázkami smyslu života. Dá se říci, že všichni něčemu věříme – lásce, lidem, práci či přírodě. Jaké jsou duchovní potřeby nemocných, nemůžeme zjistit během jednoho rozhovoru, nýbrž postupně. Saturace těchto potřeb vyžaduje dovednost vést rozhovor a dále osobní zájem o pacientův životní příběh (Špatenková 2014; Svatošová 2007). Věřící pacient ví, co má dělat, a obvykle se podle toho dovede zařídit. Pro věřícího je důležité, aby rozloučení proběhlo v duchu jeho víry. Tomuto pacientovi je vhodné na jeho přání zajistit pastorační péči. Těžší to může být s lidmi, kteří nejsou věřící. Z hlediska duchovního je přínosné pomoci umírajícímu i s tím, aby akceptoval vlastní konečnost. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti a odpuštění přináší člověku stav duchovní nouze, člověk tím trpí, někdy si i zoufá. Narůstá počet lidí, kteří mají zájem o duchovní život, ale nehlásí se k žádné náboženské tradici. Spiritualita je tak věcí osobní volby a je vyjadřována specifickým způsobem. Je nesprávné víru umírajícího ignorovat, bagatelizovat nebo dokonce zesměšňovat. Stejně tak není vhodné nemocného do víry nějakým způsobem tlačit a nabízet mu něco, co nechce. Zdravotník nebo kdokoliv jiný by měl vždy respektovat pacientovo náboženské vyznání nebo jeho ateismus. Ačkoliv jsou duchovní potřeby individuální, přece jen lze najít jednoho jmenovatele společného nám všem. V nejširším slova smyslu je to touha po lásce, touha milovat a být milován (Špatenková 2014; Svatošová 2012).

## ***1.5 Komunikace a její zásady***

### ***1.5.1 Komunikace s umírajícími***

Péče o umírající pacienty a rozhovory o umírání a smrti vyžadují dobré komunikační dovednosti. Lidé na sklonku svého života jsou postaveni před mnoho důležitých otázek. Kdo jsem? Proč jsem zde? Jaký byl můj dosavadní život? Měl můj život nějakou cenu? Udělal jsem vše, co jsem měl udělat?

Margaret O'Connor (2005) používá termín *terapeutická komunikace*. Je to záměrná intervence, jež je prvním krokem při zjišťování a vyjasnění problémů pacienta. Pro sestru by mělo být cílem zhodnocení problémů, emocionálních projevů a zjištění pacientových potřeb (O'Connor/Aranda 2005)

Pro sestru je komunikace s umírajícími velmi těžkým úkolem. Sestra si musí utvořit vlastní pohled na umírání, smrt a utrpení. Složky rozhovoru lze rozdělit na verbální a neverbální. Je velice obtížné hovořit s umírajícím před jeho odchodem. Umírající člověk je stále žijícím člověkem, jenž potřebuje komunikovat s okolím. Sestra si ale musí uvědomit, že komunikuje i postojem, gesty, mimikou, doteky. Tím vším sděluje pacientovi svůj postoj k němu (Marková 2010; Kutnohorská 2007).

Důležité je kladení otevřených otázek, aby se nemocný mohl rozpovídat, dále poskytnout zpětnou vazbu a prostor k přeformulování a opravení již řečeného. Vhodné je i přitakání. Stačí pouhé pokývání hlavou, zkrátka dát najevo, že nás rozhovor zajímá, a vytvořit tak atmosféru důvěry, jež je důležitá pro uvolnění pacienta a předávání informací (Marková 2010; Kutnohorská 2007).

### ***1.5.2 Komunikace s rodinou***

Komunikace s rodinnými příslušníky je pro sestru zřejmě nejnáročnější činností, ale právě oni pro ni představují důležitého komunikačního partnera. Sestra by měla umět nejen odpovídat na jejich otázky, nýbrž i aktivně navazovat kontakt. Příbuzní jsou neopomenutelnými aktéry komunikace ve zdravotnictví. Nemocný se často trápí tím,

jak jeho onemocnění vnímají jeho nejbližší, zvláště když je nevyléčitelné a pacient se nachází na sklonku života (Špatenková/Králová 2009; Haškovcová 2007).

Pokud člověku umírá jeho blízký, v mnoha různých podobách se objeví emoční problémy – strach a zármutek. Strach je běžnou lidskou reakcí na nebezpečí a zármutek je přirozenou reakcí na ztrátu. Rodina musí být podporována ještě před smrtí blízké osoby. Je důležité si uvědomit, že pro rodinu je toto období velmi stresující a že blízcí nemusí vždy rozumět tomu, co jim říkáme (Parkes/Relf/Couldrick 2007).

Sestra by měla rodině vždy citlivým způsobem poskytnout pravdivé informace. Na místě je náležitá ohleduplnost při sdělování takto závažných informací. Nesmíme ale zapomenout, že do značné míry je proces sdělování informací rodinným příslušníkům upraven informovaným souhlasem pacienta. Pokud si pacient nepřeje některé členy rodiny o svém zdravotním stavu informovat, měla by to sestra respektovat. Neznamená to však, že komunikace s rodinou ustane. Naopak musí probíhat dále, ale měla by probíhat spíše ve společenské rovině. Je vhodné podávat informace týkající se ošetrovatelské péče. O nálezech, diagnóze, vážnosti stavu a prognóze nemoci by měl informovat lékař (Špatenková/Králová 2009; Marková 2010).

### *1.5.3 Komunikace s pozůstalými*

Komunikace s pozůstalými je všeobecnými sestrami považována za nepříjemnou a stresující. Sestra musí ovládat své emoce a pomoci pozůstalým překonat bolestnou událost. Musí se vyrovnat s úzkostí z vlastní smrtelnosti (Venglářová/Mahrová 2006).

Vždy je vhodné informovat příbuzné o zhoršení zdravotního stavu umírajícího pacienta, aby si mohli zvyknout na vážnost situace nebo aby mohli s umírajícím strávit jeho poslední chvíle (Venglářová/Mahrová 2006).

Někteří příbuzní nemají možnost být se svým blízkým v jeho posledních chvílích. Anebo pokud s ním některý příbuzný jeho zbývající čas sdílí, může se stát, že nemocný zemře zrovna v okamžiku, kdy se příbuzný na chvíli vzdálí od lůžka. V obou případech má pak příbuzný výčitky svědomí a pocity viny, že se svým blízkým nemohl být a že odešel v nevhodnou chvíli. Všeobecná sestra musí příbuzné ujistit, že takové pocity mít nemusí. Vysvětlí jim, že umírající často čekají právě na okamžik, kdy budou



sami, aby mohli zemřít. Je vhodné respektovat přání příbuzných zůstat ještě u lůžka zemřelého a rozloučit se, postát či posedět a nechat na sebe působit zvláštnost tohoto okamžiku. Věřící se mohou pomodlit. Nechtějí-li pozůstalí zůstat se zemřelým sami, všeobecná sestra tam setrvá s nimi (Kelnarová 2007).

Velice citlivě bychom měli postupovat při oznámení příbuzným, že jejich blízký zemřel. Je třeba jim umožnit, aby zprávu vyslechli vsedě a v klidném prostředí, což může být v podmínkách zdravotnického zařízení odpočinková místnost sester. V některých zařízeních lze dokonce nalézt místnost vyhrazenou pro komunikaci s příbuznými a pozůstalými, kde je zajištěno soukromí. Tento prostor je velice vhodný, díky němu lze eliminovat rušivé podněty spjaté s chodem oddělení, používáním telefonu nebo s jinými osobami, například návštěvami. V žádném případě nesdělujeme informace na chodbě nebo na pacientově pokoji. Je nutné vyjadřovat se srozumitelně a nazývat věci pravými jmény, tedy říci *zemřel* a ne *odešel*, protože pozůstalí jsou rozrušeni, čímž by mohlo dojít k nedorozumění. Většina pozůstalých se zajímá o to, jaké byly poslední chvíle zemřelého, zda netrpěl bolestí. Nejvhodnější je, když všeobecná sestra uvede, že se všichni snažili o klidný odchod nemocného (Venglářová/Mahrová 2006).

V některých zdravotnických zařízeních je možnost posledního rozloučení se zesnulým ve zvláště upraveném pokoji, jenž je pietně vyzdoben. Jsou v něm květiny, svíčky, židle k posezení a někde i kříž (Haškovcová 2007). Pokud se pozůstalí chtějí setkat se sestrou, která byla s umírajícím v době jeho smrti, měli bychom jim to umožnit. Pozůstalí jsou v těžkém psychickém rozpoložení, a tak se mnohdy stále opakovaně ptají na to, co jim bylo již sděleno. Všeobecná sestra by měla mít pochopení, být trpělivá, odpovídat i na opakované otázky, nabídnout pozůstalým pomoc při vyřizování formalit a neodmítat další setkání, pokud si ho pozůstalí přejí uskutečnit. V souvislosti se společenskými rituály se sluší vyjádřit lítost a upřímnou soustrast (Venglářová/Mahrová 2006).

Smrtí blízkého člověka dochází v životě pozůstalých k radikální změně, jsou narušeny interpersonální vztahy, pocit jejich identity, integrity a pocit bezpečí. Pozůstalí potřebují podporu a pomoc, celá rodina truchlí, je ohroženo její fungování a mohou

nastat problémy. V dnešní společnosti se netruchlí snadno. Pozůstalí si myslí, že je nevhodné dát průchod svému žalu, nevědí, co mají dělat, ale podporu a pomoc potřebují. Všeobecná sestra by měla podat informaci o tom, kde pozůstalí mohou nalézt pomoc a podporu. Tato pomoc může být laická nebo profesionální. Může to být linka důvěry, e-linka důvěry, internetová poradna, hospic a hospicová poradna, psycholog, profesionální poradce, dále to mohou být i svépomocné skupiny nebo krizová centra (Špatenková 2013).

### ***1.6 Truchlení***

Smrt je přirozenou a nevyhnutelnou součástí našeho života, a to nejen smrt vlastní, nýbrž také smrt někoho blízkého. Převážná většina z nás se snaží tento fakt potlačit. Bez ohledu na věk, pohlaví, osobnostní charakteristiku, historii, rodinné a sociální prostředí či vyznání se smrt týká nás všech. Pozůstalý má často pocit, že se mu zhroutil svět, že jeho život již nemá smysl. Prožívá množství často bouřlivých a protichůdných emocí, trápí se pocitem viny, bezmoci a zoufalství. Nastupuje deprese, často s doprovodnými somatickými obtížemi (Ludačková/Huneš/Špatenková 2013; <http://www.paliativnimediceina.cz>).

Součástí procesu truchlení je prožívání zármutku. Truchlení po blízké osobě, stejně jako zármutek, je zcela normální reakcí na její ztrátu. Každý si tímto procesem musí projít, nelze ho potlačit ani přeskočit. Truchlení si musí každý odžít. Jedná se o velmi individuální a osobní záležitost. Je to boj s pocitem viny, kdy si vyčítáme, že jsme toho mohli vykonat více, a se zlostí, že jsme zůstali osamoceni. Důležité je získat schopnost oprostít se od některých citů spojených se zemřelým člověkem, rozloučit se s ním a snažit se svou lásku a pozornost věnovat živým lidem. Někdo může truchlit tři měsíce, jiný rok nebo i déle. Nikde není napsáno, jak dlouho se má truchlit ani po jaké době se zcela navrátíme do běžného života. Velmi záleží na naší povaze, věku, našem vztahu k zesnulému, na způsobu a okolnostech jeho smrti, ale i na vztazích panujících v naší rodině a okolí. Je rozdíl, přijdeme-li o rodiče, sourozence, kamaráda nebo partnera. Truchlení není nemoc, nedá se vyléčit (Ludačková/Huneš/Špatenková 2013; <http://www.paliativnimediceina.cz>).

V minulosti existovala řada rituálů, která pozůstalým umožnila překonat těžké období po úmrtí blízkých a svým způsobem je ochraňovala. V dnešní době se však automaticky předpokládá, že takto těžce zkoušený člověk bude i nadále fungovat a bezchybně plnit své sociální role. V současné společnosti ubývá vhodných podpůrných sociálních rituálů. Často se tedy stává, že se člověk cítí nejistý, nerozumí svým pocitům nebo je považuje za nepřijatelné a nežádoucí, pokud nemá žádnou zkušenost s umíráním a nebyl konfrontován v rámci přirozeného života rodiny se smrtelností. Přichází množství otázek, na které chce a potřebuje nalézt odpověď (Ludačková/Huneš/Špatenková 2013; <http://www.paliativnimediceina.cz>).

Máme právo projevovat naše pocity a emoce tak, jak sami uznáme za vhodné. Každý je jiný a projevuje svůj zármutek jinak. Někdo pláče, mlčí, vyhledává samotu, jiný naopak potřebuje společnost, práci, sport, další zase jen vzpomíná na milovanou osobu a navštěvuje místa, kde mu s ní bylo dobře. V životě člověka mohou být období, během nichž se zármutek vrátí, třebaže v menší intenzitě. Konec truchlení neznamená, že se nám po zesnulém už nikdy nebude stýskat a jeho ztráta nás nebude bolet (Ludačková/Huneš/Špatenková 2013; <http://www.paliativnimediceina.cz>).

### 1.6.1 Fáze truchlení

Mezi odborníky neexistuje jednota, pokud jde o počet fází truchlení. Shodují se však na tom, co truchlící pociťují, a mezi fázemi nalezneme jen drobné rozdíly. Kubičková (2001) rozdělila fáze truchlení na *stadium konfuze*, *stadium exprese* a *stadium akceptace*.

*Stadium konfuze* se vyznačuje chaosem a zmatkem pozůstalého, jenž je v jednu chvíli zaplaven obrovským množstvím nesourodých emocí. Je otřesen, šokován a popírá realitu. Někteří pozůstalí nejsou tedy zatím schopni ani přijímat projevy soustrasti. U každého může mít toto stadium různé trvání. Někdy končí pohřbem, kde si pozůstalý dokáže přiznat realitu, ale někteří i po pohřbu věří, že se zesnulý vrátí, že je jeho nepřítomnost pouze dočasná. U náhlých úmrtí pravděpodobně fáze konfuze trvá delší dobu než u úmrtí očekávaných.

Ve *stadiu exprese* jsou pozůstalí většinou již schopni nazvat realitu pravým jménem. Dokážou mluvit o podrobnostech úmrtí. Pokouší se nalézt odpověď na otázku „proč“, jejíž zodpovězení má velký význam pro následné zpracování zármutku. Často se vyskytuje touha sdílet svůj žal s druhými lidmi, typické je i vědomí, že zesnulý chybí také našim blízkým. V tomto stadiu se u pozůstalých objevují pocity viny, hněvu, zoufalství atd. V průběhu této fáze musí truchlící čelit výročím a svátkům, které prožíval se zesnulým, a vrací se tak zpět do fáze exprese. Po absolvování prvních dvou fází nastává závěrečná fáze. (Kubíčková 2001; Špatenková 2013).

V posledním stadiu, *stadiu akceptace*, dochází k budování nové identity pozůstalých a k postupnému návratu k běžnému fungování. Pozůstalí dokážou hovořit o zesnulém bez větších emocí. V předchozích stadiích toho většinou nejsou schopni a často se vědomě vyhýbají těmto tématům. Pokud pozůstalí nedospějí do této fáze, dochází k rozvoji patologických reakcí na ztrátu. Truchlení může mít dvě roviny – rozlišujeme *truchlení nekomplikované* a *truchlení komplikované* (Kubíčková 2001; Špatenková 2013).

#### 1.6.2 *Nekomplikované truchlení a jeho projevy*

*Nekomplikované truchlení* je typickou a přirozenou reakcí na ztrátu někoho blízkého. Jeho projevy se promítají do oblasti emocionální, kognitivní, behaviorální, somatické, ale i spirituální. Po ztrátě blízké osoby nastupuje nezájem o okolí, což je zapříčiněno silným počátečním truchlením. Na začátku není truchlící schopen něco konstruktivně řešit. Je plně ponořen do truchlení, a proto nejeví zájem o jiné záležitosti (Kubíčková 2001; Ludačková/Huneš/Špatenková 2013).

V emocionální oblasti pociťují pozůstalí bezmoc či beznaděj, jež souvisí s tím, že smrt blízkého vyvolala i ztrátu smyslu života. Pocit šoku nastupuje na základě sdělení o úmrtí a vytrácí se během několika hodin až dní. Po smrti blízkého se pokaždé objevuje osamělost, která může být přechodná. Pozůstalí, kteří pociťují bezmoc a beznaděj, jsou přesvědčeni o tom, že jejich smutek nikdy neskončí a jejich život ztratil smysl. Může se vyskytnout i pocit vysvobození, zejména u pozůstalých, kteří smrt blízké osoby z důvodu dlouhodobé nemoci očekávali (Kubíčková 2001).

V oblasti somatické se mohou jako první projevit nejčastěji poruchy spánku. Ty mají za následek obrovskou únavu, ale třeba i problém s přijímáním potravy, dále pocit sevřeného hrdla nebo změny krevního tlaku.

Projevy truchlení v oblasti kognitivně-behaviorální mají různý charakter. Truchlíci mohou být zmatení, mohou trpět poruchami paměti, soustředění a pozornosti. Mívají často sny o zesnulém, u nichž je možné popsat jistý průběh. Sny mají většinou příjemný obsah. Setkání s ostatními příbuznými a přáteli může u truchlíciho vyvolávat opětovné bolestné reakce. Někdy se tak truchlíci vyhýbá sociálním kontaktům dobrovolně, jindy se jej straní samo okolí, protože neví, co má v přítomnosti pozůstalého dělat a říkat.

V oblasti spirituální dochází ke změně hodnot, přesvědčení, k přehodnocení víry apod. Souvisí to se změnou vztahu k sobě samému a vztahu k Bohu – pozůstalí pociťují hněv (Kubíčková 2001; Ludačková/Huneš/Špatenková 2013).

### *1.6.3 Komplikované truchlení*

Proces *komplikovaného truchlení* má velmi podobné prvky jako běžné truchlení. Komplikované reakce na ztrátu se vyznačují tím, že jsou intenzivnější. Truchlení trvá delší dobu. Abnormální truchlení je závislé na celé řadě faktorů, na jejichž základě mohou nastat patologické stavy (Špatenková 2011).

Nepříznivým faktorem může být okolnost úmrtí blízké osoby, osobnostní rysy pozůstalého nebo nezpracovaný zármutek v anamnéze. Především se jedná o to, jaký měl pozůstalý se zemřelým vztah. Rozvoj patologických reakcí na zármutek se může objevit i na základě sociálních faktorů, které spočívají v tabuizaci úmrtí, mlčení o ztrátě nebo v záměrném odmítání ztráty, kdy se okolí pozůstalého i on sám tváří, že se nic nestalo (Kubíčková 2001; Špatenková 2011).

Problémem bývá potlačovaný smutek. Většina těchto truchlících ani truchlícími být nechce a snaží se bolesti ze ztráty vyhnout. Pozůstalí se věnují všemožným aktivitám, jen aby nemuseli myslet na zemřelého. Smutku se pozůstalý vyhýbá a brání se i bolestným vzpomínkám. O abnormální truchlení se jedná rovněž v případě opožděných reakcí. Pozůstalý pociťuje velké nepřátelství k určitým lidem, ale i ke svému životu. Pozůstalým pomůže, pokud se rozhodnou svůj zármutek sdílet – tím

pokročí do normálního truchlení. Velmi častou patologickou reakcí je získání příznaků nemoci, jakou měl zemřelý. Patologickou reakcí jsou i deprese, jež se projevují tělesnými i duševními příznaky (Kubičková 2001; Ludačková/Huneš/Špatenková 2013).

### ***1.7 Pomoc rodině***

Pomocí rodině se rozumí podpora všech účastníků péče o umírajícího pacienta. Na rodinu umírajícího člověka jsou kladeny veliké nároky. Očekává se od nich, že se vyrovnají s novou rolí. Dochází ke změnám v životních hodnotách a mění se i vztahy v rodině. Rodina má v tomto případě specifické postavení, je nenahraditelná v péči o svého blízkého. Má-li tuto roli doprovázejících plnit správně, potřebuje podporu a pomoc. Nároky kladené na rodinu mají různý charakter – podle toho, zda se umírající nachází v instituci, nebo v domácím prostředí. Jestliže se nemocný nachází v domácím prostředí, může být problémem nezkušenost rodiny s péčí o umírajícího. Členové rodiny bojují s emočními i ekonomickými problémy – to vše vede k pocitům bezradnosti. Pokud se umírající nachází ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení, bojují jeho blízcí s pocitem viny a selhání. Je důležité, aby rodina byla pravdivě informována o stavu nemocného. Pokud nejednáme na rovinu, narůstá atmosféra nedůvěry (O'Connor/Aranda 2005).

I členové rodiny mají své potřeby, ačkoliv se pozornost zdravotníků zaměřuje více na nemocného. Mezi nejdůležitější potřeby patří ujištění o tom, že pacient netrpí bolestí. Dále by měla rodina mít dostatek informací o stavu nemocného, možných problémech a nabízených službách. Rovněž emocionální podpora je velmi žádoucí. Pomocí rodině vyrovnat se s následným úmrtím vyžaduje komunikační dovednosti zdravotníků.

#### ***1.7.1 Neformální a formální pomoc rodině***

Neformální pomoc rodině představuje tradiční a obvyklý způsob pomoci. Nejčastěji sem patří svépomoc a vzájemná pomoc. Svépomocí se myslí situace a okolnosti, kdy si pozůstalý chce poradit a pomoci sám. Uplatňují se zde především vědomé reakce, rezignace, smíření, ale také obranné mechanismy. Každý člověk v krizi disponuje různě rozvinutými vnitřními zdroji pro zvládnání tíživé situace. V této souvislosti hovoříme

o tzv. *copingu*, během něhož jedinec k překonání krize uplatňuje zkušenosti a modely z minulosti. Řešením jsou například změny prostředí, cestování, náhradní aktivity, koníčky, tělesná cvičení nebo čtení knih o problematice truchlících (Špatenková 2014).

Vzájemná pomoc je založena na principu vstřícné, důvěrné atmosféry a opravdového zájmu. Opravdový zájem pomáhajících může být ale narušen zlehčováním nebo bagatelizací. Banální fráze (*vím, co prožíváš* nebo *rozumím ti*) mohou u pozůstalých vyvolat až agresivní reakci. Nežádoucí je také direktivní chování (*musíš* a *nesmíš*). Je doporučen spíše přístup nedirektivní, empatický a respektující. Je dobré člověka vyslechnout, respektovat jeho projevy smutku a být mu nablízku. U vzájemné pomoci se kromě členů rodiny mohou uplatnit i další osoby z důvěrně známého okolí. Jsou to především sousedé, přátelé a známí. Truchlící pozitivně vnímají skutečnost, že v tíživé situaci nezůstávají sami (Špatenková 2014).

Formální pomocí rozumíme pomoc, jež je poskytována profesionály, na které se pozůstalí obracejí stále častěji. Někdy bývá jednodušší hovořit o problémech ohrožujících sebepojetí a sebeúctu s lidmi, kteří stojí mimo rodinný systém (Špatenková 2014).

Péče o pozůstalé není součástí zdravotnických služeb a zdravotníci pečující o umírající a zemřelé nejsou povinni (kromě projevení soucitu a vyjádření kondolence) nabízet pozůstalým žádné další služby. Přesto by však medicína měla zajišťovat návaznou a kompletní péči o pozůstalé, zvláště pro ty, kteří jsou ohroženi na životě. Celý ošetrovatelský tým by měl být připraven na setkávání se s lidmi prožívajícími ztrátu. Během pomoci pozůstalým bychom měli být vedeni svými zkušenostmi, znalostmi, postoji a osobnostními předpoklady. Je důležité přistupovat ke každému jako k jednotlivci, jehož nelze zařadit do předurčené kategorie v rámci péči o pozůstalé (Payneová/Seymourová/Ingeltonová 2007).

### *1.7.2 Poradenství pro pozůstalé*

Poradenství je definováno jako profesionální pomoc druhému, jenž prožívá těžkou životní situaci, kterou nedokáže zvládnout sám. Cíle, způsob i míra pomoci jsou

určovány specifickými potřebami lidí a pomáhají zajistit požadovanou kvalitu života (Schneiderová 2008, Špatenková 2013).

Poradenství pro pozůstalé má specifickou podobu pomoci, během níž jsou respektovány nejen zásady obecného poradenství, nýbrž i principy poradenství pro pozůstalé. Tato pomoc má poměrně široké spektrum – existuje pomoc laická i profesionální. Může mít podobu empatické komunikace, krizové intervence či psychiatrické péče (Špatenková 2013).

Je třeba rozlišit, zda se jedná o nekomplikované, nebo komplikované truchlení. Poradenství je považováno za vhodnou formu pomoci v případě nekomplikovaného truchlení, během něhož potřebuje člověk pomoci s adaptací na novou skutečnost. Na zvládnutí komplikovaného zármutku se zaměřuje terapie pro pozůstalé. Je zajímavé, že američtí psychiatři uvažují o zavedení kategorie abnormálního zármutku jako nové jednotky v klasifikaci DSM, což je americká obdoba MKN (mezinárodní klasifikace nemocí a příčin smrti). Zařazení této diagnózy by podle nich mělo pozitivní dopad na pozůstalé, neboť zdravotní pojišťovny by pak mohly hradit léčbu spojenou s následky komplikovaného truchlení. Ale sociologové i psychologové tento krok kritizují. Problém, který patří k životu stejně jako smrt, je podle nich zbytečně medicalizován (Špatenková 2013).

### *1.7.3 Poradenství v ČR*

V České republice nemá poradenství pro pozůstalé vybudovanou silnou tradici a není tolik rozšířeno. Příčinou je otázka nabídky, která se co do množství a kvality možností zlepšuje, a otázka poptávky po těchto službách. Někteří pozůstalí mohou mít určité zábrany, které jim brání ve vyhledání odborné pomoci. Mohou mít například strach ze stigmatizace. Profesionální pomoc vyhledávají pozůstalí až v situaci, kdy ostatní zdroje selhávají. Dalším problémem je nejasná a nekonkrétní formulace poradenství pro pozůstalé. V zahraničí je toto poradenství již plně etablované. Existují různá školící centra, kurzy a samozřejmě je i nabízená supervize (Špatenková 2013).

Přesto se v České republice situace pomalu zlepšuje a poradenství se postupně institucionalizuje. Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky se v posledních letech



věnuje zvyšování kvality života pozůstalých prohlubováním a rozšiřováním kvalifikace personálu v pohřebních, pečovatelských a poradenských službách. Od roku 2009 působí při Ministerstvu pro místní rozvoj ČR pracovní skupina pro tvorbu standardů v poradenství pro pozůstalé. Poradce pro pozůstalé musí splňovat určité nároky. Cílem kvalifikačního a hodnotícího standardu profesní kvalifikace poradce pro pozůstalé je umožnit zvýšení odborné způsobilosti všem zájemcům (laikům i profesionálům) o tento odborný růst v České republice, kteří se již delší dobu snaží zkvalitnit život pozůstalých (<http://www.mmr.cz>).

### ***1.8 Zátěž sester v souvislosti s umíráním***

Zvládnutí zátěže a stresu v souvislosti s umíráním souvisí s utvářením postojů ke smrti během celého našeho života. Již od dětství se utvářejí postoje, které přetrvávají velmi dlouho. Vztah člověka ke smrti a umírání ovlivňuje příklad rodičů a dalších důležitých lidí. To, jak se rodiče zachovají a jak nás touto životní zkušeností provedou, hraje důležitou roli při ztrátě blízkého (Marková 2010; Vágnerová 2005). Sestra je denně vystavena mnoha stresujícím faktorům. Vyžaduje se po ní, aby odváděla nejen práci odbornou, ale zároveň i práci psychicky, fyzicky a sociálně náročnou. Mnohdy není tato práce dostatečně finančně a společensky doceněna. Ani rodina se často nechová vhodně. Tím vším se sestra dostává do velmi stresových situací (Kelnarová 2007).

První setkání se smrtí v profesním rozvoji všeobecné sestry je velmi důležitá událost. Je potřeba naučit se volit správnou míru angažovanosti a správnou míru odstupu. Každý má tyto hranice nastaveny jinak. Pomůže vhodný rozhovor s pracovníkem, který své hranice už zná (Marková 2010).

Péče o pacienty v poslední fázi života i o jejich rodiny může vyvolat stres, ale i uspokojení. Tato péče klade na sestru velké psychické nároky, které mohou být ovšem nesmírně obohacující. Mohou však vést k vyčerpání, pokud si sestra neuvědomí, že musí pečovat i sama o sebe (O'Connor/Aranda 2005). Není pochyb o tom, že psychicky

vyrovnaný ošetřující bude vhodně vést ke správné duševní hygieně i rodinu umírajícího, která je rovněž vystavena extrémní psychické zátěži (Haškovcová 2007).

Křivohlavý (2010) uvádí příznaky stresu, které se mohou projevit v chování. Objevuje se nerozhodnost, problémy s usínáním a spaním a z toho plynoucí pocit únavy, zvýšená snaha vyhnout se úkolům či odpovědnosti a s tím spojená nespolehlivost. Často se vyskytuje ztráta chuti k jídlu nebo naopak příjem většího množství potravy. Také můžeme pozorovat zvýšenou konzumaci alkoholu a větší počet vykouřených cigaret. Po stránce psychické se u člověka objevuje nadměrná podrážděnost, prudké a výrazné změny nálad, přehnaná starost o své zdraví a fyzický zjev. Člověk postupně omezuje kontakty s ostatními lidmi. Nakonec se objevují příznaky fyzické, mezi něž patří bušení srdce, bolest hlavy a svalů, plynatost, zácpa, průjem, zvýšený tlak krve, sucho v ústech. Ženy mohou mít i poruchy menstruačního cyklu (Křivohlavý 2010).

Velmi často dochází k syndromu vyhoření, který vzniká jako důsledek velké emotivní zátěže. Vyvolává pocit napětí, podrážděnosti, vyčerpání, často dochází ke zhroucení adaptačního procesu. Neměl by být zaměňován za stres. Rozdíl tkví v tom, že i při vysoké zátěži (čili stresu) může mít člověk celou situaci pod kontrolou. Zajímavostí je například to, že čím vyšší funkci pracovník zaujímá, tím častěji je ohrožen syndromem vyhoření. Tím se potvrzuje známá skutečnost, že nebát se konfrontace s úzkostí, neštěstím a smrtí je strategicky výhodnější, než si vše domýšlet zpovzdálí (Haškovcová 2007).

Sestra musí zvládnout nejen péči o pacienta, nýbrž i péči sama o sebe. Ideální způsoby prevence stresu a syndromu vyhoření jsou obecně známy. Lze sem zahrnout důslednou duševní hygienu i kvalitní přípravu na specifika práce s umírajícími. Vedoucí pracovníci by měli dbát na přiměřené pracovní vytížení svých podřízených, na dostatek personálu, jasné vymezení pravomocí a na omezení administrativy. Důležité je optimálně odpočívat, mít své koníčky a přátele mimo obor, pravidelně chodit do přírody. Můžeme vyzkoušet i různé techniky jako například masáže, ale i muzikoterapie či aromaterapie. Altruisticky orientovaní lidé mají problém říkat ne, proto by se měli naučit asertivním technikám (Haškovcová 2007; Křivohlavý 2010).

## ***1.9 Domov pro seniory***

Sociální služba je činnost nebo komplex činností podle zákona o sociálních službách. Jejím cílem je zajistit pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění či zabránění sociálního vyloučení. Poskytování sociálních služeb je zákonem o sociálních službách založeno na smluvním principu. Charakter smlouvy je soukromoprávní v souladu s občanským zákoníkem. Obecně platí, že poskytovatel je povinen smlouvu se zájemcem uzavřít, pokud tomu nebrání důvody stanovené právním předpisem. Smlouva se uzavírá v písemné formě s výjimkou některých druhů služeb. Domovy pro seniory informují zájemce o všech povinnostech, které pro žadatele vyplývají ze smlouvy, a o úhradách za poskytovanou sociální službu. Mezi povinnosti patří plánování průběhu sociální služby na základě osobních cílů příjemce služby neboli uživatele. V domovech pro seniory se musí vést evidence žadatelů o službu. Musí být vytvořeny standardy kvality sociálních služeb, které slouží k ověření kvality služeb a zároveň jejich kvalitu definují. Tyto služby jsou systematicky kontrolovány a je hodnoceno, zda poskytovatel naplňuje registrační podmínky (Krajský úřad 2010; Vurm 2008).

Domov pro seniory je forma pobytové sociální služby. Tyto služby se poskytují osobám se sníženou soběstačností, zejména z důvodu vyššího věku, a těm, kteří potřebují pravidelnou pomoc v oblastech soběstačnosti a osobní péče. Z důvodu nepříznivé sociální situace nemohou žít ve svém domácím prostředí. Je poskytována komplexní péče, pobyt v domově pro seniory nahrazuje svým klientům domácí prostředí. Mezi základní činnosti, které jsou definovány zákonem 108/2006Sb., patří ubytování, stravování, pomoc při zvládání běžných úkonů týkajících se péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a prostorové orientaci, pomoc při podávání jídla, zprostředkování sociálních kontaktů, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a v neposlední řadě pomoc při uplatňování práv (Králová/Rážová 2012).

Pobytová zařízení poskytují podle zákona o sociálních službách prostřednictvím svých zaměstnanců pouze ošetrovatelskou a rehabilitační službu, proto nemusí být registrována jako zdravotnická zařízení. Tato zařízení svou skladbou klientů, náročností péče a s tím souvisejících potížích by si mnohdy zasloužila statut zdravotnického zařízení.

Přesto je většina z nich registrována jen jako poskytovatel sociálních služeb. Seniorům je zde poskytována také zdravotní péče zprostředkovaná všeobecnými sestrami, které zde mají svou nezastupitelnou roli. Povinnost zajistit zdravotní péči splňují zařízení smluvně s praktickými a vybranými odbornými lékaři. Zařízení má obvykle smlouvu s jedním praktickým lékařem, ale klient má právo volby a zařízení musí toto respektovat. Sestry se v domovech řídí ordinací těchto praktických lékařů. Takto poskytnutá zdravotní péče je poté vykazována zdravotním pojišťovnám (Malíková 2011).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### ***2.1 Cíle práce***

Cíl č. 1 Zjistit připravenost zdravotnického personálu ke komunikaci s rodinnými příslušníky umírajících klientů.

Cíl č. 2 Zjistit oblasti, ve kterých rodinní příslušníci umírajícího klienta domova pro seniory potřebují radu.

Cíl č. 3 Zjistit nabízené služby v péči o rodinné příslušníky umírajícího klienta v domově pro seniory.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

- Jak všeobecné sestry zvládají komunikaci s rodinou umírajícího?
- Jakým tématům se všeobecné sestry v komunikaci s rodinou umírajícího vyhýbají?
- Jaké rady jsou všeobecné sestry schopny poskytnout pozůstalým?
- Jaké možnosti mají domovy pro seniory pro důstojné umírání?
- Jaké služby nabízejí domovy pro seniory?

## 3 METODIKA

### 3.1 Metodika výzkumu

Pro zpracování empirické části bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní šetření formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny na základě předem připravených otázek (příloha č. 1), které byly rozšířeny o podotázky, jež vyplynuly z odpovědí během rozhovoru. Respondentky byly předem seznámeny s tématem bakalářské práce a průběhem šetření a byly ubezpečeny, že bude zachována jejich anonymita.

Pět respondentek odpovídalo na otázky v klidném prostředí svého pracoviště nebo při neformální schůzce. Další tři rozhovory byly vedeny po předchozí domluvě telefonicky, ale přesto bylo na otázky dost času. Rozhovory byly zaznamenávány písemně a poté byly přepsány. Každý rozhovor s respondentkou byl označen číslem, na které je odkazováno v textu, např. R1 jako první respondentka. Analýza dat byla provedena metodou kódování v ruce, jež je označována také jako metoda papír a tužka (Švaříček/Šed'ová 2007), kdy rozhovory byly přečteny, poté vytisknuty a kódovány do jednotlivých kategorií, které byly následně zpracovány (příloha č. 2). Přepisy rozhovorů jsou uloženy na CD, které je součástí této práce (příloha č. 3).

Souhlas s realizací výzkumu povolily ředitelky dvou domovů pro seniory – jeden domov je v Jihočeském kraji a druhý je v kraji Středočeském. Z důvodu přání zachovat anonymitu nejsou tyto souhlasy součástí bakalářské práce, ale na požádání jsou k nahlédnutí u autorky této práce. S ohledem na zachování anonymity nejsou uvedeny ani názvy zařízení. Šetření probíhalo během měsíce února roku 2015 a bylo doplněno během měsíce dubna.

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

	<i>Domov Jihočeský kraj</i>					<i>Domov Středočeský kraj</i>		
<i>Respondentky</i>	<i>R1</i>	<i>R2</i>	<i>R3</i>	<i>R4</i>	<i>R5</i>	<i>R6</i>	<i>R7</i>	<i>R8</i>
<i>Pohlaví</i>	<i>žena</i>	<i>žena</i>	<i>žena</i>	<i>žena</i>	<i>žena</i>	<i>žena</i>	<i>žena</i>	<i>žena</i>
<i>Vzdělání</i>	<i>SŠ</i>	<i>VŠ</i>	<i>VŠ</i>	<i>SŠ</i>	<i>VŠ</i>	<i>SŠ</i>	<i>VŠ</i>	<i>SŠ</i>
<i>Délka praxe v domově</i>	<i>14</i>	<i>14</i>	<i>22</i>	<i>6</i>	<i>11</i>	<i>5</i>	<i>7</i>	<i>6</i>

Výzkumný soubor tvořilo 8 všeobecných sester. 5 sester bylo z domova pro seniory v Jihočeském kraji. Věkové rozpětí bylo 35 až 50 let. 3 sestry byly z domova pro seniory ve Středočeském kraji a jejich věkové rozpětí bylo 31 až 45 let. 4 respondentky měly ukončené vysokoškolské vzdělání a 4 měly střední vzdělání. Všechny jsou registrované a pracují bez odborného dohledu. Jejich praxe byla v rozmezí 5 až 22 let. V domově pro seniory pracovaly respondentky po dobu 10 až 25 let.

## 4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

### 4.1 Kategorizace rozhovorů s všeobecnými sestrami

#### *Seznam kategorizačních skupin*

1. Komunikace s rodinou umírajícího
2. Oznámení zhoršeného stavu
3. Fáze umírání dle Elisabeth Kübler-Rossové
4. Představa důstojného umírání
5. Doprovázení
6. Rozdíly v umírání v různých institucích
7. Rozdíly v péči o rodinu
8. Nejdůležitější potřeby umírajících
9. Péče o mrtvé tělo
10. Péče o rodinu a její otázky
11. Poslední rozloučení
12. Výběr pohřební služby
13. Předávání pozůstalosti
14. Další nabízené služby

#### **Kategorie 1 – Komunikace s rodinou umírajícího**

Respondentky se shodly na tom, že komunikace probíhá nejčastěji telefonicky nebo při návštěvách. Z rozhovorů vyplynulo, že tato komunikace je pro všechny respondentky nepříjemná, ale nevyhnutelná. R3 uvedla: *„Tento druh komunikace patří k neoblíbeným a určitě k málo vyhledávaným, ale zvládnout se musí. Jinak by tu člověk nemohl pracovat.“* R4 uvedla, že je vždy nepříjemné *„říci rodině, že je jejich blízký v terminálním stavu a tento stav je nevratný a konečný.“* Záleží také na přístupu rodiny k léčbě a na představě umírání, což uvedla R5: *„Nejvíce mi vadí asi přehnané požadavky na léčbu kurativní ze strany rodiny tam, kde by měla být léčba paliativní“,* ale také uvádí, že nejhorší je sdělit rodině, že jejich blízký zemřel. S tím souhlasí R2 a je toho názoru, že *„Nejhorší je oznámit úmrtí. Když je to úmrtí očekávané, pro rodinu to není takový šok, ale když je to neočekávané, vždy se bojím jejich reakce.“* Oznámení úmrtí nejvíce vadí i R3, která k tomu uvedla: *„A velice nepříjemné je oznámení úmrtí. To opravdu nemám ráda. Vždy si tak říkám, jak to říci.“* R1 popisuje: *„Na komunikaci*



*mi nejvíce vadí, pokud příbuzní prožívají blízcí se konec intenzivně, to je mi do breku.“* I R7 cítí soucit s rodinou, ale má z toho spíše divný pocit. R8 uvedla: *„Je to například při předávání pozůstalosti. To se mi dobře nekomunikuje. Je to hodně nepříjemné.“* Podle respondentek by tedy měla být komunikace s rodinou empatická, klidná a trpělivá s projevem soucitu. R6 ještě uvedla: *„Snažím se vždy vyjít vstříc. Odpovídám na otázky. Snažím se nesoudit.“* Všechny respondentky se shodly, že na tuto komunikaci se nelze vždy plně připravit. R3, R5 a R6 zmínily potřebu věnovat komunikaci prostor již na středních školách. R5 řekla: *„Mělo by se této komunikaci věnovat více prostoru už na středních školách.“* Navíc si myslí, že *„Záleží na člověku, jaké má postoje k umírání a smrti, ale i jestli zažil nějaké úmrtí v rodině, to je také důležité pro komunikaci. Tak nějak ví, jak se ten blízký umírajícího cítí.“* Na vysokých školách je komunikaci věnován větší prostor, což uvádí R2: *„Na vysoké škole jsme měli předmět komunikace. Konkrétně ale nějaké zásady pro komunikaci s rodinou umírajícího ne.“* Dále pak respondentky zmiňují semináře zaměřené na tuto konkrétní komunikaci s rodinou. R7 si myslí, že záleží i na věku sestry, k tomu uvádí: *„Myslím, že záleží i na věku sestry. Přece jenom starší a zkušené sestře jde komunikace na toto téma lépe, ale není to pravidlem.“*

## **Kategorie 2 – Oznámení zhoršeného stavu**

V podkategorii *Oznámení zhoršeného stavu* se respondentky vyjádřily shodně. Zhoršený zdravotní stav vždy posoudí a informují praktického lékaře nebo volají RZP. Rozdíl je v oznamování rodině. Zatímco respondentky R1–R5 odpověděly shodně, že o zhoršeném stavu informují rodinu vždy, i když není klient hospitalizován, R7 odpověděla, že oznamují rodině pouze hospitalizaci. Doslova uvádí: *„Pokud senior při zhoršeném stavu zůstává v domově, rodinu neinformujeme.“* R8 uvedla: *„Když je senior hospitalizován, tak voláme rodině.“* Naopak R5 řekla: *„Vždy ale kontaktujeme rodinu, i když lékař nerozhodne o hospitalizaci. Každý změněný zdravotní stav oznamujeme rodině. Předcházíme tak nedorozuměním.“* R2 a R3 se shodly, že rodině při oznámení doporučují konzultaci s ošetřujícím lékařem kvůli rozhodnutí, zda hospitalizovat, nebo ne.

### **Kategorie 3 – Fáze umírání dle Elisabeth Kübler-Rossové**

Fáze umírání dle Elisabeth Kübler-Rossové znaly pouze R2, R3, R5 a R7. Tyto respondentky je uměly i vyjmenovat. R5 řekla: „*Určitě je to šok, agrese, deprese, smlouvání, smíření. Nevím, jestli jsou ve správném pořadí.*“ Všechny tyto respondentky mají vysokoškolské vzdělání. Ostatní respondentky o těchto fázích ví, ale neví, jaké to jsou, nebo vyjmenují pouze dvě fáze. R6 uvedla: „*Slyšela jsem o nich na školení, ale nevyjmenuju je. Napřed člověk odmítá, že umírá, a potom je smířený.*“ Na otázku, zda znají fáze, kterými prochází rodina, pouze R2, R3 a R5 odpověděly, že rodina prochází těmi stejnými fázemi jako umírající. R3 a R5 věděly, že fáze umírajícího a rodiny nemusí být ve stejném pořadí. Ostatní neví. R5 k této otázce řekla: „*Ano, jsou to ty samé, ale nemusí být v tom samém stadiu jako umírající. On už může být se smrtí smířený a oni ještě ne.*“

### **Kategorie 4 – Představa důstojného umírání**

Na otázku, jak si sestry představují důstojné umírání, shodně uváděly na prvním místě umírání bez bolesti. R1 ve vyjádření uvádí: „*Myslím, že je to hlavně stav bez bolesti. Tlumit bolest všemi dostupnými prostředky.*“ R5 se vyjádřila, že tišit bolest v dnešní době by neměl být žádný problém, a říká: „*V dnešní době, kdy jsou dostupné různé formy léčby bolesti, by to neměl být problém.*“ Dále respondentky uváděly možnost přítomnosti rodiny nebo blízkých, na čemž se shodly R2–R8. R6 uvedla: „*Hlavně za přítomnosti rodiny.*“ R8 uvádí podobně: „*Důstojné umírání je v klidu se svými blízkými a bez bolesti.*“ Další představy respondentek o důstojném umírání jsou klid a klidné prostředí, které ve svých odpovědích uvádí všechny respondentky kromě R2 a R5. R8 k tomu říká: „*Důstojné umírání je v klidu se svými blízkými a bez bolesti.*“ R1 dodává, že klid se snaží zajistit i veškerý personál: „*Veškerý personál se snaží zajistit klid.*“ R7 a R3 ještě uvádějí respekt osoby. R7 odpověděla: „*Aby okolí respektovalo moji osobu, ať už bych na tom byla jakkoliv psychicky či fyzicky.*“ R3

k tomu uvedla: „*To nejzákladnější při důstojném umírání je respektovat celou jeho osobu a nejdůležitější je bez bolesti.*“ V této kategorii byla položena i otázka, jestli si respondentky myslí, že v jejich domově jsou možnosti důstojného umírání, a co podle nich chybí. K tomu se vyjádřily R4, R6, R2. Dvě respondentky se shodly v tom, že je problém, pokud umírající sdílí pokoj s druhým klientem. Bylo by dobré, kdyby pokoje byly jednolůžkové. R4 k tomu uvedla: „*V našem domově chybí samostatný pokoj, kde by klient mohl zemřít bez přítomnosti spolubydlícího.*“

### **Kategorie 5 – Doprovázení**

U otázky týkající se představy o doprovázení respondentky nejčastěji uváděly, že sem patří plnění přání umírajícímu. R2 uvedla: „*Jako sestra se snažím plnit přání umírajícího a jsem naslouchající.*“ R8 odpověděla shodně: „*Snažím se naslouchat a plnit přání, které mohu.*“ Tři respondentky zmiňují také duchovní služby. R4 řekla: „*Být umírajícímu oporou, zmírnit bolesti, plnit přání jako je přivolat rodinu nebo kněze.*“ R3 k tomu uvádí, že je třeba „*také zajistit duchovní služby.*“ R5 k tomu také dodala: „*Uspokojení spirituálních potřeb.*“ R4 k otázce, jak se jako sestra může zapojit do doprovázení, uvedla: „*Informuji rodinu. Mohu také instruovat ošetřující personál, jak vhodně pečovat o umírajícího vzhledem k jeho diagnóze. Uložení do vhodné polohy, používání pomůcek v lůžku.*“ Doprovázení si R4 představuje jako „*takovou tu pomoc odejít důstojně ze života.*“ Respondentky se zmiňují i o fyzickém kontaktu. R8 uvedla: „*Stačí i držet za ruku nebo pohládit.*“ R3 na otázku, jak se může zapojit do doprovázení, odpověděla: „*Klidným empatickým přístupem, pohlazením.*“ R5 řekla: „*Pro mne je to se umírajícího často dotýkat a být mu blízký. Umět pohládit rukou i slovem.*“

### **Kategorie 6 – Rozdíly v umírání v různých institucích**

Všechny respondentky v této podkategorii na otázku, zda mohou posoudit umírání v domově oproti jiným institucím, odpověděly, že mohou, protože všechny

respondentky pracovaly i v jiných zařízeních. Kromě respondentek R5 a R8, které zmínily i hospic, srovnávaly všechny domov s umíráním v nemocnici. Všechny respondentky se vyjadřují k umírání v domově kladně a vidí v něm několik výhod. První výhodou je vztah mezi umírajícím a sestrou. K tomu R7 uvedla: „*V nemocnici k sobě senior ani sestry nenajdou tak rychle vztah, jako tomu je v domově pro seniory.*“ R6 řekla: „*Sestra a pacient nemají mezi sebou takový vztah jako sestra a klient v domově.*“ R1 uvedla: „*Vztah v nemocnici k umírajícímu je jiný. V domově je důvěrnější, protože sestra zná seniora většinou déle (i několik let) a zná většinou i rodinu.*“

Další rozdíl vidí respondentky v prostředí, o němž se zmínily respondentky R4, R5 a R8. V domově je podle nich na rozdíl od nemocnice domácí prostředí. R8 řekla: „*Umírání v domově pro seniory je určitě příjemnější. Je tam lepší prostředí než v nemocnici.*“ R5 také uvedla: „*V nemocnici je to asi, řekla bych, nejméně příjemné, je to dáno prostředím, které je neosobní. V domově je pro umírání lepší prostředí. Lidé tam mají své věci, jako obrázky, povlečení, své osobní věci a dokonce i své kusy nábytku. Jsou tam prostě doma.*“ R4 dodala: „*V domově umírá člověk v domácím prostředí, protože je to jeho domov.*“ Dvě respondentky zmínily také jako výhodu domova i neomezenou dobu návštěv. R3 se vyjádřila takto: „*Výhodou jsou i časově neomezené návštěvy.*“ R7 ještě dodala i možnost přespání v domově: „*V domovech pro seniory je podle mě i větší možnost návštěv rodiny. Nikdo je neruší (vizity aj.) a mohou být se seniorem do nočních hodin. Po domluvě i přes noc.*“ Respondentky se shodovaly na individuálnější přístup v domově oproti neosobnímu a anonymnímu přístupu v nemocnici, ovšem R3 uvedla: „*Vše ale záleží na lidech a personálu, který se o umírajícího stará, a na jejich přístupu k umírajícímu.*“ R6 dodává, že v domově je více času na péči o umírající než v nemocnici, kde mohou být například akutní příjmy.

### **Kategorie 7 – Rozdíly v péči o rodinu**

Z rozhovorů vyplynulo, že respondentky vidí rozdíl hlavně v čase, po který se znají s rodinnými příslušníky. R7 uvádí: „*V domově je více času na vytvoření vztahu mezi*

rodinou a personálem, máme více času se s rodinou klienta poznat.“ R5 uvedla, že s rodinou se seznamují už před přijetím klienta do domova, např. při tom, když si rodina přijde prostory prohlédnout. Ještě dodala, že „součástí žádosti je jakýsi dotazník, jmenuje se ‚životní příběh žadatele‘.“ R6 uvedla jako rozdíl v péči vztah mezi rodinou a sestrou, který, jak uvádí „je důvěrnější.“ Jako důvěrný uvedla vztah mezi rodinou a sestrou i R1. R3 uvedla, že „sestra v domově má k rodině velmi blízko, blíže než sestra v nemocnici.“ Také R7 vidí vztah s rodinou jako důvěrnější, než je tomu v nemocnici. Uvedla to na příkladu: „Stane se, že nás klient i rodina oslovují křestním jménem. V nemocnici jsem se s tím nesešla.“ Další rozdíl, který respondentky zmínily, jsou neomezené návštěvy a možnost přespání. R8 uvedla i rozdíl v prostředí, jež je příjemnější. R2 uvedla rozdíl v oznamování úmrtí, které v domově oznamuje služba konající sestra, ne lékař. R6 uvádí důstojnější předávání pozůstalosti: „Předávání pozůstalosti probíhá také důstojněji, v místnosti k tomu určené. Péče o rodinu se mi zdá celkově v domově lepší.“ Jen jedna respondentka (R5) z osmi dotazovaných se zmínila o hospici, ostatní respondentky srovnávaly rozdíly mezi domovem a nemocnicí. R5 se vyjádřila následovně: „V hospici je péče o rodinu ještě dokonalejší. Podle mě je domov v péči o rodinu někde mezi nemocnicí a hospicem.“

### **Kategorie 8 – Nejdůležitější potřeby umírajících**

V této podkategorii se všechny respondentky jednoznačně shodly na tom, že nejdůležitější potřeba je potřeba umírat bez bolesti. Jak uvedla R4: „Za nejdůležitější považuji mírnění bolesti a zklidnění umírajícího.“ Další potřeby, které respondentky uváděly, byly klid a respekt, ale R5 uvedla i teplo, čistotu lůžka či šetrnou manipulaci. Významnou potřebou, již dále respondentky zmínily, je potřeba přítomnosti rodiny a blízkých. R8 uvedla: „Hlavně být bez bolesti, také potřeba mít okolo sebe blízké a jejich zájem.“ R2 uvádí také potřebu blízkosti rodiny, ale i řešení starých nedorozumění. Na dotaz, jestli tím myslí například rodinné problémy nebo závěť, odpovídá: „Ano, lidé by si tohle měli mezi sebou vyřešit a sestra, když o něčem takovém ví, tak by mohla naznačit.“ Zároveň ale dodává, že je to ošemetné a že by to vlastně raději nedělala. S touto situací se setkala a řekla: „Kdyby se to ale podařilo změnit,

*určitě by umíral klidnější.*“ Jen R1 zmínila uspokojování duchovních potřeb: *„A v neposlední řadě i péče o duši. Takže také duchovní potřeby.“* Všechny respondentky si myslí, že si s uspokojováním potřeb vědí rady a snaží se je uspokojovat.

### **Kategorie 9 – Péče o mrtvé tělo**

Respondentky R1–R5 odpovídaly, že péče o mrtvé tělo probíhá dle standardu. Nejčastěji se tělo omyje, odstraní se katétr, šperky, proběhne označení těla, ohledání ošetřujícím lékařem nebo koronerem a odvoz pohřební službou. Tři respondentky uvedly, že mají na péči o mrtvé tělo zvláštní místnost. R7 řekla: *„Převzeme tělo do místnosti, která je určena k péči o zemřelého a kde tělo zůstane do příjezdu pohřební služby.“* R8 i R6 odpověděly také shodně, že mají vyhrazenou místnost pro tuto péči. R6 a R8 uvedly, že mrtvého oblékají. R7 řekla: *„Pro případ dáváme inkontinentní pomůcky a tělo oblečeme do vhodného oděvu.“* R6 sdělila: *„Zemřelého převzeme do místnosti, kde ho omyjeme, označíme a oblečeme.“* R1–R5 na otázku, jestli oblékají tělo, odpověděly, že se s tím nikdy nesetkaly, ale určitě by to zvládly, kdyby si to rodina přála. R3 zmínila: *„Ne, nemáme to ve standardu, ale pokud by si to rodina přála, tak určitě ano.“* Pokud mají klienti připravené své věci, předávají se pohřební službě.

### **Kategorie 10 – Péče o rodinu a její otázky**

Všechny respondentky považují péči o rodinu umírajícího za dostačující, ale zároveň dodávají, že je co zlepšovat. Jako dokonalejší vidí péči o rodinu v hospicové péči – k tomu R5 řekla: *„V hospici to mají ale více dokonalé, myslím tu péči o rodinu.“* Respondentky se zmínily také o péči psychologa nebo poradce. R4 je toho názoru, že tuto péči z části nahrazují sestry, lékař a sociální pracovníce. R3 si myslí, že by tuto péči stejně moc rodin nevyužívalo. Za nejdůležitější považují respondentky komunikaci s rodinou. R5 by byla ráda, kdyby měla rodina k dispozici nějaké brožury a letáky, kde by se dozvěděla více informací o umírání a smrti. Neméně důležitá je v této oblasti informovanost personálu. R8 k tomu uvádí: *„Tak snad abychom měly víc a víc informací a dovedly jsme co nejlépe komunikovat, ale je to těžké.“* U respondentek

z domova, kde nemají samostatné místnosti k péči o zemřelého a předávání pozůstalosti, se objevovalo přání tuto místnost vybudovat. R3 uvedla: „*Jinak tu chybí nějaká místnost, kam by bylo možné zemřelého převézt.*“ R5 také uvádí, že chybí tato pietní místnost.

Na otázku, s čím chce rodina nejčastěji pomoci, se respondentky spíše zaměřily na čas po smrti blízkého. R3, R4, R6, R7 a R8 vyjadřovaly shodně, že pozůstalí chtějí nejčastěji kontakt na pohřební službu nebo se ptají, co pro ni mají připravit. R3 se vyjádřila takto: „*První informací je kontakt na pohřební službu, ta jim většinou sdělí další informace.*“ R8 dodala: „*Nejčastěji se ptají, kam zajít na úřady.*“ To uvedla také R5: „*Většinou se ptají, co nejdříve vyřídit, na jaký úřad mají zajít. Většinou, když víme, tak jim poradíme my nebo sociální pracovnice. Další poradí pohřební služba.*“ Na otázku pomoci v průběhu umírání a terminálního stadia respondentky odpovídaly, že se rodina spíše ptá na to, jak může pomoci svému blízkému. Jak uvedla R2, týká se to například manipulace s umírajícím, R5 sdělila, že se rodina zajímá o uspokojování potřeb umírajícího. R3, R4, R5 a R6 se zmínily o důležité potřebě ujištění, že jejich blízký netrpí bolestí. R4 uvedla: „*Chtějí, aby jejich blízký neměl bolesti.*“ Podobně se vyjádřila i R6: „*Ptají se na to, jestli nemá bolesti, jak oni sami mohou pomoci.*“ R4 zmínila i otázku na zbývající čas života: „*Chtějí vědět, kolik času ještě umírajícímu zbývá, ale to je velice těžká otázka.*“ R8 k tomu dodává: „*No to si chtějí jen tak popovídat a ptají se třeba, co mohou přinést svému blízkému, aby mu bylo lépe.*“ Jenom R1 se s pomocí rodině nesetkala a řekla: „*Já osobně jsem se s tím moc nesetkala, aby chtěli s něčím pomoci, ale vím, že chodí za vrchní sestrou nebo za sociální pracovníci.*“ Z rozhovorů vyplynulo, že ani duchovní stránka není opomíjena. R5 a R6 uvedly, že se jim stalo, že se rodina na zajištění této služby zeptala. Ony mohly tuto službu nabídnout, protože kontakt na duchovního mají.

### **Kategorie 11 – Poslední rozloučení**

Na otázku, zda mají pozůstalí možnost posledního rozloučení, všechny respondentky odpověděly shodně, že ano. R4, R5 a R7 uvedly, že této možnosti pozůstalí moc

nevyužívají. Na otázku, zda je jim tato možnost nabízena například při oznámení úmrtí, odpověděly, že nikoliv, ale pokud si to rodinní příslušníci přejí, mohou přijet. R5 uvedla: *„Vlastně ne, já osobně ne, ale asi by to bylo dobré. Někteří se ptají, jestli je jejich blízký ještě u nás a zda se s ním mohou přijít rozloučit. Ale ne každý to využívá.“* Na otázku, zda mají v domově na rozloučení zvláštní místnost, odpověděly R6, R7 a R8 z domova č. 2, že ano. R7 řekla: *„Máme zvláštní místnost, kam převážíme tělo, tak tam se mohou v klidu rozloučit.“* Respondentky z domova č. 1 uvedly, že místnost pro rozloučení nemají a rozloučení probíhá na pokoji klienta. Určitým řešením by mohly být jednolůžkové pokoje. R3 k tomu uvádí: *„Možnost rozloučení mají, ale v našem domově nemáme dostatečné prostory a velice nás to mrzí. Mohly by být aspoň jednolůžkové pokoje, to je lepší, nemusíme přemýšlet, co se spolubydlícím.“*

### **Kategorie 12 – Výběr pohřební služby**

Z rozhovorů vyplynulo, že výběr pohřební služby je možný v obou domovech. Respondentky R1, R3, R4 a R5 uvedly, že se na to ptají hned při oznámení úmrtí. R5 řekla: *„Ano, to mají. Vždy se ptáme, jestli můžeme zavolat místní pohřební službu, nebo jestli mají nějakou svoji vybranou.“* R6, R7 a R8 ale uvádějí, že tato možnost v domově vždy nebyla. R7 popisuje situaci takto: *„No to tady byl problém. Volali jsme vždy jednu pohřební službu. Pak někdo chtěl jinou, což se mi zdá normální, a byl trochu problém. Vedení pochopilo, že je to normální, a už můžeme vyhovět i těm, kteří chtějí jinou pohřební službu.“*

### **Kategorie 13 – Předávání pozůstalosti**

Z rozhovorů vyplynuly rozdíly, které se týkají místa předání pozůstalosti. R1–R6 shodně odpovídají, že předání probíhá na ordinaci domova nebo na pokoji klienta, pokud je jednolůžkový. R6, R7 a R8 uvádějí, že mají v domově zvláštní místnost, kde je pozůstalost uložena a předávána. Jeden domov předává pozůstalost v červených pytlích, druhý ve žlutých. V domově č. 1, jak uvedly R6, R7 a R8, předává pozůstalost koordinátorka přímé péče, jen pokud není přítomna sloužící sestra. R8 řekla:



*„Pozůstalost je v místnosti, která je pro to určená, a tam se také předává v žlutých pytlích. Když přijdou děle a koordinátorka není přítomna, tak předává sestra.“*

V domově č. 2 uvedly R1–R5, že pozůstalost předává vždy sloužící sestra, ale cenné věci, které jsou uloženy v trezoru, předává sociální pracovnice. R2 uvedla: *„Cenné věci jsou v trezoru a předává je sociální pracovnice po proběhlém dědickém řízení.“* R2 ještě dodala: *„Rodina má ale možnost sbalit si věci po zemřelém sama.“*

#### **Kategorie 14 – Další nabízené služby**

Na otázku, zda respondentky ví o nějakém dalším kontaktu s pozůstalými, R1–R6 odpověděly shodně, že domov pořádá každý rok mši za zemřelé, na kterou jsou příbuzní a blízcí zváni. Dále paní ředitelka posílá písemnou kondolenci. R5 řekla: *„U nás mají každý rok mši. Slouží se za ty zemřelé, kteří zemřeli v roce minulém. Pozůstalí mají možnost se této mše zúčastnit. Pozvou se. Paní ředitelka také posílá kondolenci rodině.“*

R6–R8 z domova č. 2 nevěděly o žádném dalším kontaktu s pozůstalými.

## 5 DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je ošetrovatelský personál v domově pro seniory připraven na komunikaci s rodinou umírajícího. Dále nás zajímalo, jestli domovy pro seniory mají možnosti pro důstojné umírání, a jaké nabízejí služby pro pozůstalé. K zjištění informací bylo zvoleno kvalitativní šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Šetření probíhalo ve dvou domovech pro seniory. Jeden domov je v Jihočeském kraji (č. 1), druhý v Středočeském kraji (č. 2).

V první části výzkumného šetření jsme se zaměřili na dovednosti všeobecných sester v komunikaci s rodinou a na úskalí, které přináší.

Rodina musí být podporována ještě před smrtí blízké osoby. Je důležité si uvědomit, že pro rodinu je toto období velmi stresující a že blízcí nemusí vždy rozumět tomu, co jí říkáme (Parkes/Relf/Couldrick 2007). Proto je důležité, aby sestry uměly efektivně komunikovat. Z rozhovorů jsme zjistili, že komunikace s rodinou umírajícího je pro všechny respondentky nepřijemná, ale nevyhnutelná. Jedna respondentka uvedla: *„Tento druh komunikace patří k neoblíbeným a určitě k málo vyhledávaným, ale zvládnout se musí. Jinak by tu člověk nemohl pracovat.“* Rodina umírajícího představuje pro sestry důležité komunikační partnery. Sestra by měla aktivně navazovat kontakt s rodinou (Špatenková/Králová 2009). Pracuji v domově více než deset let a s tímto mohu jediné souhlasit. Rodina je pro nás sestry partnerem na cestě k důstojnému umírání. Rodina umírajícího je ale mnohdy v různém rozpoložení. Někteří jsou velice komunikativní, ale jiní jsou uzavření a potřebují aktivní sestru, která má informace a vědomosti o základních pravidlech komunikace, aby dovedla správně saturovat potřeby jak umírajících, tak i jejich blízkých. Je důležité dát rodině najevo, že jsou vnímáni jako aktivní účastníci péče.

Z rozhovorů vyplynulo, že sestry se snaží o empatickou, klidnou a trpělivou komunikaci s projevem soucitu. Ne vždy ale tuto komunikaci aktivně vyhledávají. Jedna respondentka dokonce uvedla, že se této komunikaci vyhýbá. Nemyslím si, že by tato sestra před každou rodinou utíkala, ale aktivita vyhledávat oblast pomoci tady není patrná. Z rozhovorů je zřejmé, že jsou situace, které sestry rády nemají, ale nevyhnou se

jim. Existují situace, kdy je komunikace obtížná. Každá z respondentek popsala nějakou situaci, jež je pro ni nepříjemná. Pro někoho je to komunikace při předávání pozůstalosti, pro někoho zase situace, kdy rodina prožívá odchod svého blízkého velmi intenzivně. Jako velmi nepříjemné uváděly respondentky oznámení úmrtí. Je nutno připomenout, že úmrtí v domově pro seniory oznamuje telefonicky službu konající sestra, neboť lékař není v domově přítomen nepřetržitě. Vždy je to značně nepříjemné a stresující. Další respondentka uvádí, že při komunikaci s rodinou hraje roli i to, jaký má člověk postoj k umírání a smrti. Respondentka uvedla: *„Záleží na člověku, jaké má postoje k umírání a smrti, ale i jestli zažil nějaké úmrtí v rodině, to je také důležité pro komunikaci.“* Dostatečný prostor by měl být věnován výuce komunikace již na středních školách. To také uvedla respondentka č. 5.

Významnou součástí komunikace s rodinou je oznámení zhoršeného stavu klienta. Je velmi důležité rodinu o zdravotním stavu informovat (tedy pokud jsou splněny všechny podmínky pro podávání informací). Při šetření jsme zjistili, že existují rozdíly mezi dvěma domovy, ve kterých výzkum probíhal. Jeden z domovů, domov č. 2, informuje rodinu jen v případě hospitalizace, druhý (domov č. 1) vždy při významnější změně zdravotního stavu. V tomto případě se přikláním k oznámení každého změněného stavu klienta a souhlasím s Venglářovou a Mahrovou (2006), které uvádí, že je vždy vhodné informovat příbuzné o zhoršení zdravotního stavu umírajícího pacienta, aby si mohli zvyknout na vážnost situace nebo aby mohli s umírajícím strávit jeho poslední chvíle. Na základě své zkušenosti tvrdím, že je dobré rodinu informovat i o zlepšeném stavu klienta. Rodina se cítí zapojena do péče, cítí se být potřebná, vidí náš zájem o ni. Lépe se potom komunikuje v situacích, jež nejsou příjemné. Je to dáno i tím, že klienti v domovech jsou ubytováni někdy i několik let. V rodině musíme nalézt partnera a ve většině případů tomu tak je. Důvěrný vztah z důvodu delšího pobytu v domově hodnotily respondentky jako prospěšný. Sestry, ale i další pečující řeší s rodinou často věci, jež se ani netýkají zdravotního stavu klienta. Popovídají si například i o všedních věcech týkajících se života rodiny. Za velmi důležité považují klíčové pracovníky, kteří se úzce věnují čtyřem až pěti klientům. Můžeme je označit za jakési důvěrníky.

Komunikují se samotnými klienty, ale i s rodinou. Snaží se společně plnit přání a zároveň cíle klienta.

Respondentky uváděly, že na situace, kdy musí s rodinou komunikovat, se nedá dobře připravit. Zároveň zmiňovaly potřebu věnovat komunikaci větší prostor již na středních školách. Vysokoškolsky vzdělané sestry uvádí, že komunikaci je na vysoké škole věnován zvláštní předmět, ale ten je zaměřen spíše na obecné zásady při komunikaci. Myslím si ale, že obecné zásady komunikace jsou odrazovým můstkem pro jakoukoliv komunikaci i s rodinou umírajícího. Existuje dostatek literatury na toto téma i dostatek seminářů. V Hospici sv. J. N. Neumana v Prachaticích jsou pravidelně tyto semináře pořádány. Jen musí být chuť je absolvovat.

K tomu, aby mohla komunikace s rodinou probíhat profesionálně, by bylo dobré, aby sestry znaly fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové (příloha č. 4), zvláště pak sestry, které se s umíráním a smrtí setkávají častěji. Dle Svatošové (2008) jsou reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace různé a závisí na spoustě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jednatelce. Jsou tu určité zákonitosti a je užitečné se s nimi seznámit. Velice přehledně je jako fáze umírání popsala Elisabeth Kübler-Rossová. Je však nutné je správně chápat. Především je třeba si uvědomit, že těmito fázemi procházejí i nejbližší umírajícího. Proto nás zajímalo to, jestli se sestry v těchto fázích orientují. Výsledky, které vyplynuly z rozhovorů, byly uspokojující jen zčásti. Všechny dotazované sestry o těchto fázích ví, ale jen čtyři sestry z osmi dotazovaných je uměly vyjmenovat. Ostatní respondentky o fázích ví, ale neumějí je vyjmenovat, tedy ani s nimi pracovat. Tři respondentky na dotaz, jestli ví, jakými fázemi prochází rodina umírajícího, odpověděly, že jsou to ty stejné, jakými prochází umírající. Všechny respondentky, jež uměly fáze vyjmenovat, měly vysokoškolské vzdělání. Potvrdilo se tedy, že na vysokých školách se této problematice věnuje prostor.

Dle PhDr. Miroslava Frnocha, se kterým jsem na toto téma krátce diskutovala, by bylo dobré, kdyby s těmito fázemi byla vhodně seznámena i rodina umírajícího. Mohlo by se to uskutečnit formou informačních letáků nebo brožurky. Vhodným doplněním by mohly být rovněž praktické rady týkající se doprovázení, poradenství, ale i desatero rad pro pozůstalé (příloha č. 5) tak, jak je uvádí Špatenková (2013).

Dále nás zajímalo, v jakých oblastech potřebují rodinní příslušníci radu a zda jsou všeobecné sestry v domovech pro seniory schopny odpovědět na otázky rodinných příslušníků a pozůstalých.

Otázky, které respondentky uváděly jako nejčastější, jsou otázky kladené pozůstalými. Většinou respondentky uváděly dotazy na pohřební službu, ale i na věci spíše úředního rázu. Respondentka č. 5 uvedla: „*Většinou se ptají, co nejdříve vyřídit, na jaký úřad mají zajít. Většinou, když víme, tak jim poradíme my nebo sociální pracovnice. Další poradí pohřební služba.*“ Ze své zkušenosti mohu potvrdit, že pozůstalí opravdu kladou tyto otázky. Také ale často zazní otázka, o které se nezmínila ani jedna respondentka, a sice jaká byla příčina úmrtí jejich blízkého. Tato otázka je pro všeobecnou sestru velice těžká. Jak uvádí Špatenková a Králová (2009), sestra musí respektovat své omezené kompetence. Pokud k tomu dal klient souhlas, může určené osobě podat informace týkající se ošetrovatelské péče. Nikdy se však nevyslovuje o nálezech, diagnóze, vážnosti stavu a prognóze. Myslím, že toto platí i o příčině smrti. Takové vyjádření přísluší vždy lékaři. Pozůstalému se dostává do ruky při předání pozůstalosti list o prohlídce mrtvého. Od roku 2013 toto upravuje vyhláška 297/2012 Sb., (www.uzis.cz) o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého, platná od 1. 1. 2013, která zavádí nový postup předávání Listu o prohlídce zemřelého. Dělí se na část A a B, je přesně stanoveno, kam se jednotlivé části předávají. Část A dostává do rukou právě osoba zajišťující pohřbení. V této části na rozdíl od části B nejsou uvedeny příčiny úmrtí. Proto při této otázce vždy odkazujeme na ošetřujícího lékaře.

Další otázkou, s níž by si všeobecné sestry měly vědět rady, je otázka okolností smrti blízkého. Ani jedna respondentka se o tomto nezmínila, přestože vím, že tato otázka je rovněž velmi častá. Většina pozůstalých se zajímá o to, jaké byly poslední chvíle zemřelého, hlavně zda netrpěl bolestí. Určitě lze souhlasit s Venglářovou a Mahrovou (2006), podle kterých je nejvhodnější, pokud všeobecná sestra uvede, že se všichni snažili o klidný odchod nemocného. Co se týká otázek rodinných příslušníků, v průběhu umírání a terminálního stavu respondentky většinou uváděly, že se s prosbou o odbornou pomoc neseťkávají. Respondentka č. 3 uvedla: „*Neseťkala jsem se s prosbou o pomoc, myslím odbornou, třeba psycholog atd.*“ Rodina se zajímá spíše

o uspokojování potřeb umírajícího než potřeb svých. Členové rodiny však mají také své potřeby. Mezi velice důležitou potřebu patří ujištění o tom, že pacient netrpí bolestí. O tom se zmínily respondentky č. 3, 4, 5 a 6. Špatenková (2014) uvádí, že tlumení bolesti je základ kvalitní ošetrovatelské péče o umírající. To potvrdily otázky týkající se nejdůležitějších potřeb umírajících. Jednoznačně tuto potřebu uvedly všechny respondentky jako prioritní. Respondentka č. 4 doslova uvedla: *„Za nejdůležitější považují zmírnění bolesti a zklidnění umírajícího.“*

Dle definice zdraví WHO odvodíme čtyři okruhy potřeb: potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Všechny respondentky se o nich zmínily. V první řadě to byly potřeby biologické, tedy již zmíněné tišení bolesti, dále klid, teplo, světlo, čistota lůžka. Velice často respondentky uváděly sociální potřebu nebýt sám, být v kontaktu s rodinou. Spirituální potřeby jsou všeobecně více přehlíženy a opomíjeny, avšak i tyto potřeby se snaží všeobecné sestry uspokojovat, zatím však jen nabídkou návštěvy duchovního na požádání umírajícího nebo jeho blízkých. Jak uvádí Svatošová (2007), stále se ještě mnoho lidí včetně zdravotníků domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Není tomu tak, i lidé, kteří nejsou věřící, mohou na konci svého života vyslovit potřebu naděje, již hledají právě u jakési „vyšší moci“. Tuto potřebu zmiňují dotazované respondentky také u otázky doprovázení. Z výzkumu tedy vyplynulo, že rodina umírajícího i pozůstalí žádají o odbornou radu, která by se týkala doprovázení a následné péče po smrti blízkého spíše sporadicky. Je tedy na všeobecných sestřích, aby se v této problematice orientovaly a aktivně tuto pomoc nabízely. Samozřejmě není možné, aby byly v úzkém kontaktu s pozůstalými po celou dobu truchlení. Mohly by ale znát poradce pro pozůstalé pro daný kraj (kontakt v příloze č. 6), jenž by odborně poradil – například s možností psychoterapie. Pokud však blízký nebo pozůstalý neprojeví zájem o tuto informaci, není vhodné mu ji násilně nabízet nebo vnucovat. Tato informace může být k dispozici v informacích pro doprovázející a pozůstalé. Mnoho pozůstalých se vyrovná se ztrátou v kruhu rodiny a přátel. Jak uvádí Špatenková (2013), profesionální pomoc obvykle pozůstalí vyhledávají teprve tehdy, když ostatní zdroje selhávají nebo nejsou dostatečně účinné.

Dalším cílem bakalářské práce bylo zjistit nabízené služby v péči o rodinné příslušníky klientů v domově pro seniory. Celková péče o rodinu v domovech pro seniory je oproti nemocniční jiná, což je pochopitelné, ale z výzkumu vyplynulo, že všeobecné sestry ji vidí jako lepší.

V rámci otázky možnosti důstojného umírání nás zajímalo, jestli tuto možnost domovy mají, jak si všeobecné sestry důstojné umírání představují, ale i jaké vidí rozdíly v péči o umírajícího a rodinné příslušníky. Důstojné umírání je podle všeobecných sester hlavně stav bez bolesti, což uvedly shodně všechny sestry. Respondentka č. 1 uvedla: „*Myslím, že je to hlavně stav bez bolesti. Tlumit bolest všemi dostupnými prostředky.*“ Respondentka č. 5 dodává: „*Důstojné umírání je hlavně bez bolesti. V dnešní době, kdy jsou dostupné různé formy léčby bolesti, by to neměl být problém.*“ V dnešní době je opravdu široká škála prostředků na tlumení jak akutní, tak chronické bolesti a lékaři i zdravotnický personál by ji měli využívat. Potvrdilo se, že tlumení bolesti je základ kvalitní ošetrovatelské péče o umírající, jak uvádí Špatenková (2014).

Jako další důležitou součást důstojného umírání uváděly respondentky možnost přítomnosti rodiny, klidné nerušené prostředí a respekt celé osoby. Respondentka č. 1 uvedla, že „*veškerý personál se snaží zajistit klid.*“ Pro umírání považují respondentky prostředí domova za příjemnější než prostředí nemocnice. Respondentka č. 5 uvedla: „*V domově je pro umírání lepší prostředí. Lidé tam mají své věci, jako obrázky, povlečení, své osobní věci a dokonce i své kusy nábytku. Jsou tam prostě doma.*“ Z výzkumu však vyplynulo, že právě prostředí je velmi diskutováno.

V obou domovech mají všeobecné sestry představu spíše jednolůžkových pokojů, aby umírající nemusel sdílet pokoj s někým druhým. Respondentka č. 4 k tomu uvedla: „*V našem domově chybí samostatný pokoj, kde by klient mohl zemřít bez přítomnosti spolubydlícího.*“ Ale již Haškovcová (2002) se ptá, jestli je možné a etické přeložit pacienta na pokoj, který bývá označován za celu smrti. Podle mého názoru ne. Jak uvedla respondentka č. 6: „*Bylo by dobré, kdyby všechny pokoje byly jednolůžkové.*“ Ano, v posledním úseku života by to bylo určitě nejlepší řešení. Na pokoji by mohla rodina pobývat neomezeně a nerušit nikoho druhého. Ovšem ze zkušenosti vím, že je

určité množství klientů, kteří vyžadují spíše pokoj dvoulůžkový. Ne zřídka se stane, že druhý spolubydlící se vhodně zapojí do doprovázení umírajícího, neboť během pobytu se mezi nimi vytvoří velmi úzký vztah.

K zajištění důstojného umírání přispívá podle všeobecných sester zejména kladný vztah sestry a klienta, který je mnohdy několikaletý. V nemocnici tento vztah podle nich chybí. Respondentka č. 1 k tomu uvádí: „*Vztah k umírajícímu je jiný. V domově je důvěrnější, protože sestra zná seniora většinou déle (i několik let) a zná většinou i rodinu.*“

Dalším faktorem ovlivňujícím důstojnost umírání je možnost přítomnosti rodinných příslušníků, jak zmínila respondentka č. 6: „*Hlavně za přítomnosti rodiny.*“ Rodina by měla mít možnost pobýt se svým blízkým co nejdéle. Tato možnost je zajištěna v obou domovech neomezenými návštěvami do pozdních hodin. V domově č. 2 existuje dokonce i možnost přespání, což je velikým přínosem pro rodinu, zvláště pokud pochází z daleka.

Další službou, kterou domovy pro seniory nabízejí, je například poslední rozloučení. Pozitivním zjištěním je, že tuto možnost nabízejí oba domovy. Haškovcová (2007) uvádí, že v některých zařízeních je možnost posledního rozloučení se zesnulým ve zvláštním pokoji, jenž je pietně vyzdoben květinami, svíčkami, křížem i židlí k posezení. Tuto možnost nabízí domov č. 2, protože má k dispozici místnost určenou k péči o mrtvé tělo. Respondentka č. 7 uvedla: „*Máme zvláštní místnost, kam převážíme tělo, tak tam se mohou v klidu rozloučit.*“ Vyhrazená místnost slouží k péči o mrtvé tělo a zároveň jako místnost pro poslední rozloučení. Respondentky z domova v Jihočeském kraji tuto místnost nemají, proto péče o mrtvé tělo i poslední rozloučení musí probíhat na pokoji zesnulého. Respondentka č. 3 se zmínila, že ji to ale velice mrzí, doslova uvedla: „*Možnost rozloučení mají, ale v našem domově nemáme dostatečné prostory a velice nás to mrzí. Mohly by být aspoň jednolůžkové pokoje, to je lepší, nemusíme přemýšlet, co se spolubydlícím.*“ Myslím, že by se mohlo přemýšlet, kde tuto místnost zřídít, protože se smrtí a zemřelými se v domově nesetkáváme zřídka, tato místnost by byla tedy hojně využívána. Respondentky č. 4, 5 a 7, uvedly, že však tuto možnost rodinní příslušníci moc nevyužívají. Možnost posledního rozloučení ale všeobecné



sestry při oznámení úmrtí nenabízejí. Poslední rozloučení probíhá jen na základě vysloveného požadavku rodiny. Při psaní této bakalářské práce jsem si tento nedostatek uvědomila a osobně jsem tuto možnost při oznámení úmrtí nabídla. Rodina zemřelého tuto nabídku odmítla, ale za pár minut volala vnučka zesnulé, že by se maminka ráda přijela s babičkou rozloučit. Rozloučení bylo dojemné, probíhalo na pokoji zemřelé, ale i tak dcera velice děkovala za tuto možnost. Myslím si, že možnost rozloučení by měly nabízet všechny domovy pro seniory hned při oznámení úmrtí.

Během oznámení úmrtí nabízejí oba domovy výběr pohřební služby. Respondentky z domova č. 1 se ptají na pohřební službu vždy při oznámení úmrtí. V domově č. 2 tomu tak nebylo vždy. Respondentka č. 7 popisuje situaci takto: *„No to tady byl problém. Volali jsme vždy jednu pohřební službu. Pak někdo chtěl jinou, což se mi zdá normální, a byl trochu problém. Vedení pochopilo, že je to normální, a už můžeme vyhovět i těm, kteří chtějí jinou pohřební službu.“* Myslím, že toto rozhodnutí záleží vždy na umírajícím nebo potom na jeho rodině.

V obou domovech, kde šetření probíhalo, všeobecné sestry při péči o mrtvé tělo postupují většinou dle platných standardů, které se nijak výrazně neliší, co se týče péče o tělo samotné. Vždy proběhne ohledání těla ošetřujícím lékařem nebo koronerem. Poté se odstraní šperky, katétry, tělo se omyje, označí a oblečou se pleny. Respondentky č. 1, 2, 3, 4 a 5 tělo zemřelého neoblékají, jak uvedla respondentka č. 3: *„Ne, nemáme to ve standardu, ale pokud by si to rodina přála, tak určitě ano.“* Respondentky z domova č. 2 tuto zkušenost mají. Jak uvedla R8, veškerá tato péče probíhá na pokoji zesnulého. Respondentky z domova č. 2 mají, jak už bylo popsáno výše, zvláštní místnost na péči o zemřelého, kde jej, pokud má připraven oděv, obléknou.

Další rozdíl mezi domovem č. 1 a domovem č. 2 se týká předávání pozůstalosti. Venglářová a Mahrová (2006) uvádí, že komunikace s pozůstalými (tedy i předávání pozůstalosti) by měla probíhat v klidném prostředí, nejlépe pak v místnosti k tomu určené, kde je možnost zajistit soukromí a eliminovat rušivé podněty způsobené chodem oddělení. Z rozhovorů je zřejmé, že v domově č. 1 se předávání pozůstalosti neshoduje s tím, co uvádí Venglářová a Mahrová (2006). Respondentky z domova č. 1 nemají žádnou zvláštní místnost pro předávání pozůstalosti. Pozůstalost předává

v červených pytlích službu konající sestra proti OP a podpisu. Cennosti jsou uloženy v trezoru, větší finanční obnos pak v kanceláři domova. Předávání probíhá většinou na ordinaci domova, kde je velký předpoklad rušivých elementů. Naopak respondentky z domova č. 2 uvádějí, že mají místnost, kde je pozůstalost uložena. Tam probíhá i předání pozůstalosti. Pozůstalost předává koordinátorka přímé péče (vrchní sestra) ve žlutých pytlích nebo sestra konající službu.

Jako další péči o pozůstalé uváděly respondentky z domova č. 1 konání každoroční mše pro rodinné příslušníky. Při každém úmrtí zasílá také ředitelka domova rodině písemnou kondolenci. Respondentky z domova č. 2 o žádném dalším kontaktu nevěděly. Pořádání každoroční mše je velice dobrá věc. Ze zkušenosti vím, že se na ní setkávají lidé, kteří si mají co říct a mají na co zavzpomínat. Jsou to především ti, kteří se například setkávali u lůžka, protože jejich blízcí spolu sdíleli pokoj, nebo rodina a personál domova – ti se spolu setkávali i několik let a vykonali vše pro důstojný odchod blízké osoby, resp. klienta.

## 6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem péče o rodinné příslušníky umírajícího klienta v domově pro seniory. Umírání a smrt jsou stále tabuizovány, i když ve světě byl proces detabuizace umírání a smrti zahájen již počátkem 70. let 20. století. Po roce 1990 dochází v našem ošetrovatelství k zásadním změnám, jež vycházejí z nové koncepce ošetrovatelství. Sestry pracují především s ošetrovatelskými procesy, jejichž prostřednictvím realizují cíle ošetrovatelství, mezi něž patří i mírnění utrpení a zajištění klidného a důstojného umírání. Péče je zaměřena na umírajícího, nikoliv však na jeho rodinu nebo doprovázející osoby.

V úvodu práce byly vytyčeny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit připravenost ošetrovatelského personálu ke komunikaci s rodinnými příslušníky umírajících klientů. Druhým cílem bylo zjistit oblasti, v jakých rodinní příslušníci umírajícího klienta domova pro seniory potřebují radu. Třetím cílem bylo zjistit nabízené služby v péči o rodinné příslušníky umírajícího klienta v domově pro seniory. Výzkum probíhal ve dvou domovech pro seniory v různých krajích.

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že ošetrovatelský personál v domovech pro seniory se s rodinnými příslušníky setkává velice často a komunikaci s nimi se nevyhne. Pobyt klienta v domově pro seniory je většinou delší než například při hospitalizaci v nemocnici. To považují všeobecné sestry za velkou výhodu. Vztah, který navazují nejen s klientem, ale právě i s jeho rodinou, je delší a přátelštější. Sestry se snaží o empatickou, klidnou a trpělivou komunikaci s projevem soucitu. Ne vždy ale tuto komunikaci aktivně vyhledávají. Stále existují (a budou existovat) situace, kdy je komunikace s rodinou nepříjemná a stresující. Všeobecné sestry v domovech pro seniory oznamují zhoršený stav nebo úmrtí klienta – to jsou pro ně velice stresující situace. Bylo také zmíněno, že výuce komunikace by se mělo věnovat více prostoru již na středních školách.

Odbornou pomoc rodinní příslušníci sami vyhledávají zřídka. To také výzkum potvrdil. Sestry odbornou pomoc nebo odkaz na ni nenabízejí. Mohla by to být nabídka kontaktu na kvalifikovaného poradce nebo psychologa již v průběhu doprovázení umírajícího. Důležitá je také nabídka posledního rozloučení se zemřelým, které domovy

umožňují, ale tato možnost pozůstalým není vždy automaticky nabízena. Toto vše může být v informační brožuře pro rodinné příslušníky. Také informace o fázích umírání dle Elisabeth Kübler-Rossové jsou z těch, o kterých by rodinní příslušníci měli vědět, neboť těmito fázemi prochází nejen umírající, ale i oni sami. Z výzkumu vyplývá, že i všeobecné sestry by se v těchto fázích měly více orientovat a naučit se je rozeznávat.

Oba domovy se snaží zajistit důstojné umírání. Je zde nabídka časově neomezených návštěv, což sestry také zmínily jako jednu z výhod. Pokud si umírající nebo rodina přeje duchovní služby, jsou všeobecné sestry schopny je zajistit. Naproti tomu možnost výběru pohřební služby je nabízena vždy při oznámení úmrtí.

Rozdíly mezi dvěma domovy jsou v prostředí, kde probíhá péče o mrtvé tělo, rozloučení i předávání pozůstalosti. Jeden domov má možnost pečovat o zemřelého ve speciální místnosti k tomu určené, zde také probíhá rozloučení i předávání pozůstalosti. Druhý domov tuto možnost nemá. V obou domovech sestry shodně uvádějí, že pokoje by měly být z větší části jednolůžkové. Veškerá péče o umírajícího i zemřelého by potom mohla probíhat na pokoji klienta, bez obav z reakce spolubydlícího. Další kontakt s pozůstalými v jednom domově probíhá formou každoročních mší za zemřelé.

Zjištěné skutečnosti budou poskytnuty managementu obou domovů. Byla jim nabídnuta vytvořená brožura (příloha č. 7). Oba domovy projeví zájem o vzájemnou spolupráci a vzájemné předání svých zkušeností na základě této bakalářské práce.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ALEXANDROVÁ, Radka. Péče o pozůstalé. *Paliativní medicína* [online]. [cit. 2015-02-21]. Dostupné z:<http://www.paliativnimedicina.cz/>.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009, ISBN 978-80-8063-306-6.

Fáze vyrovnávání se s nemocí: 5 fází smiřování se se ztrátou podle Elisabeth Kübler-Rossové. [online]. [cit. 2015-01-03]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnavani-se-s-nemoci.html>.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?* 1. vydání. Praha: Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-4973.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání. Praha 5 : Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-471-3.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1 vydání. Brno: Littera, 2007. ISBN 9788085763362.

KRAJSKÝ ÚŘAD, 2010. *Průvodce sociálními službami v Jihočeském kraji*. 1. vydání České Budějovice: Tiskárna Josef Posekaný. ISBN 978-80-254-8613-3.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. aktualizované vydání. Olomouc: ANAG, 2012, ISBN 978-80-7263-748-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3149-0.

KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2001. ISBN 80-85866-82-X.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 1. vydání. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-9000134-6-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2069-2.

LUDAČKOVÁ, E., R. HUNEŠ a N. ŠPATENKOVÁ. *Průvodce v čase zármutku*. 1. vydání. Hospic sv. Jana Neumanna. Prachatice, ISBN 978-80-904587-4-1.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3148-3.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3171-1.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2006, ISBN 80-7013-436-4.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: Pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

PARKES, C. M., M. RELF a A. COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vydání. Překlad Pavel Pšeja. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-23-7.

PAYENOVÁ, S., J. SEYMOUROVÁ a Ch. INGLETONOVÁ. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vydání. Překlad Ivo Lukáš. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-25-1.

Péče o pozůstalé v ČR. *Ministerstvo pro místní rozvoj ČR* [online]. [cit. 2015-02-22]. Dostupné z: [http://www.mmr.cz/cs/Podpora-regionu –a- cestovni ruch/Pohrebnictvi/Koncepce-Strategie/ Pece-o-pozustale-v-CR](http://www.mmr.cz/cs/Podpora-regionu-a-cestovni-ruch/Pohrebnictvi/Koncepce-Strategie/Pece-o-pozustale-v-CR).

Poradenství pro pozůstalé [online]. 2015 [cit. 2015-25-06]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/poradenstvi-pro-pozustale>

SCHNEIDEROVÁ, Anna. *Základy poradenství: učební text pro distanční studium*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta, 2008, ISBN 978-80-7368-523-2.

SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměněné vydání. Praha: Galén, 2011, ISBN 978-80-7262-849-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Praha: ERMAT, 2008, ISBN 978-80-7195-307-4.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vydání. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠPATENKOVÁ NADĚŽDA ET. AL. *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z tanatologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-807492-138-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-3736-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009, ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ et al, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, ISBN 978-80-2460-841-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1262-8.

Vyplňování Listu o prohlídce zemřelého (LPZ): prováděcí vyhláška k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, tj. vyhláška 297/2012 Sb., o Listu o prohlídce zemřelého, platná od 1. 1. 2013 [online]. [cit. 2015-06-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/list-prohlidce-zemreleho>

VURM, V., P. ZIMMELOVÁ a L. ŠVEHLOVÁ. *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008, ISBN 978-80-7394-090-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-3420-0.



## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Struktura rozhovoru s všeobecnými sestrami

Příloha č. 2 – Kódování rozhovoru

Příloha č. 3 – Přepis rozhovorů (uloženo na CD)

Příloha č. 4 – Fáze umírání dle Elisabeth Kübler-Rossové

Příloha č. 5 – Desatero pro pozůstalé

Příloha č. 6 – Kontakt na kvalifikovaného poradce pro doprovázející a pozůstalé

Příloha č. 7 – Brožura

## **Příloha č. 1**

### **Struktura rozhovoru s všeobecnými sestrami**

Jaká je Vaše délka praxe a jaký je Váš věk?

Jak dlouho pracujete v domově pro seniory?

Setkala jste se během své praxe se smrtí? Jestli ano, kde a na jakém oddělení poprvé?

Jak často se setkáváte se smrtí v domově pro seniory?

Můžete posoudit umírání v domově pro seniory oproti jiným institucím? (výhody a nevýhody, rozdíly)

Jak si představujete důstojné umírání? (Myslíte, že ve Vašem domově tyto možnosti jsou? Co podle Vás chybí?)

Co vše podle Vás patří k doprovázení umírajícího?

Jak se můžete Vy jako sestra zapojit do doprovázení?

Znáte fáze umírání dle E. K. Rossové? Umíte je vyjmenovat?

Víte, jakými fázemi prochází rodina umírajícího?

Které potřeby umírajících považujete za nejdůležitější? Víte si rady s jejich uspokojováním?

Jak reagujete na zhoršený stav klienta? (Oznamujete ho vždy rodině?)

Jakým způsobem komunikujete s rodinou umírajícího a co Vám na této komunikaci nejvíce vadí? Myslíte si, že je možné se na tuto komunikaci připravit?

Mají ve Vašem domově pro seniory pozůstalí možnost posledního rozloučení se zemřelým? Jak většinou probíhá?

Kdo a jakým způsobem oznamuje úmrtí klienta?

Jakým způsobem probíhá péče o mrtvé tělo?

Jak a kde probíhá předávání pozůstalosti?

Myslíte si, že péče o rodinu umírajícího je v domově pro seniory dostačující? Jak byste si ji představovala Vy?

Víte o nějakém dalším kontaktu Vašeho domova s pozůstalými?

S čím chtějí rodinní příslušníci a pozůstalí nejčastěji pomoci?

Jakým způsobem ovlivňuje postoj ke smrti a umírání to, že pracujete v domově pro seniory?

Jaké jste měla možnosti vzdělávání se v oblasti smrti a umírání?

Zdroj: vlastní

## Příloha č. 2

### Kódování rozhovoru

#### OTÁZKY

**Jaká je vaše délka praxe a váš věk?**

*Délka praxe 20 let je mi 40 let*

**Jak dlouho pracujete v domově pro seniory?**

*11 let*

**Setkala jste se během vaší praxe se smrtí? Jestli ano, kde na jakém oddělení poprvé?**

*Ano setkal poprvé to bylo už na střední zdravotnické škole při praxi. Poté jsem pracovala na LDN takže také často.*

**Jak často se setkáváte se smrtí v domově pro seniory?**

*Dost často. Samozřejmě to není nějak pravidelné. Jsou období, kdy lidé odcházejí častěji než jindy. Myslím, že tak když si troufnu říci průměrně 3x -4x za měsíc.*

**Můžete posoudit rozdíly umírání v domově pro seniory, oproti jiným institucím?(výhody a nevýhody, rozdíly)**

*Posoudit můžu, v nemocnici jsem pracovala v domově pracuji teď a v hospici jsem byla několikrát na jakési prohlídce. V nemocnici je to asi řekla bych nejméně příjemné, je to dané prostředím, které je neosobní. V domově je pro umírání lepší prostředí. Lidé tam mají své věci, jako obrázky povlečení, své osobní věci a dokonce i své kusy nábytku, Jsou tam prostě doma. V hospici je také velmi hezké prostředí přizpůsobené hlavně i rodinným příslušníkům. ROZDÍLY V UMÍRÁNÍ*

**Jaké vidíte rozdíly v péči o rodinu v domově a v jiných institucích?**

*V domově se s rodinou seznamujeme vlastně už před přijetím klienta. Většinou si přijdou prostory domova prohlédnout. Součástí žádosti je jakýsi dotazník jmenuje se „životní příběh žadatele“ Žadatel společně s rodinou vyplní údaje, které považuje za důležité a chce nám je sdělit. Někdy si potom klíčový pracovník společně s rodinou informace doplňuje. Snažíme se klientovi co nejvíce pobyt zpříjemnit. Stejně je to i v době kdy je v terminálním stadiu. Zdá se mi, že vztah s rodinou je bližší a důvěrnější než např. v nemocnici. V hospici je péče o rodinu ještě dokonalejší. Podle mě je domov v péči o rodinu někde mezi nemocnicí a hospicem. ROZDÍLY V PÉČI O RODINU*

**Jak si představujete důstojného umírání?(Myslíte, že ve vašem domově tyto možnosti jsou? Co si myslíte, že chybí?)**

*Důstojné umírání je hlavně bez bolesti. V dnešní době, kdy jsou dostupné různé formy léčby bolesti, by to neměl být problém. Dále umírání v přítomnosti rodiny a empatického a komunikativního personálu.* **DŮSTOJNĚ MK.**

**Co si myslíte, že vše patří k doprovázení umírajícího?**

*Do doprovázení podle mne patří péče o umírajícího o fyzickou i psychickou stránku. Uspokojení spirituálních potřeb. Komunikace s umírajícím i s rodinou. Taková příprava na smrt.* **KOMUNIKACE**

**Jak se můžete vy, jako sestra zapojit do doprovázení ?**

*Pro sestru je to myslím těžké. Péče o biologické potřeby myslím nejsou problém, ale komunikace s rodinou ano. Pro mne je to se umírajícím často dotýkat a být mu blízký. Umět pohladit rukou i slovem. Nedávat falešné naděje.* **KOMUNIKACE** **DOPROVÁZENÍ**

**Znáte fáze umírání dle E. K. Ross? Víte, jaké to jsou? Ano znám. Snad je dovedu i vyjmenovat, ale musím přemýšlet. Určitě je to šok, agrese, deprese, smlouvání, smíření. Nevím, jestli jsou ve správném pořadí.** **E.K. ROSS**

**Víte, jakými fázemi prochází rodina umírajícího?**

*Ano jsou to ty samé, ale nemusí být v tom samém stadiu jako umírající. On už může být se smrtí smířený a oni ještě ne. Byla jsem na školení přímo na toto téma.*

**S čím chtějí rodinní příslušníci a pozůstalí nejčastěji pomoci?**

*Většinou se ptají, co nejdříve vyřídit na jaký úřad mají zajít. Většinou když víme tak jim poradíme my, nebo soc. pracovnice. Další poradi pohřební služba. A v průběhu umírání, když ještě nejsou pozůstalí? Spíš chtějí vědět, jak mohou pomoci svému blízkému, chtějí, aby netrpěl bolestí. Spíše se zajímají o uspokojování potřeb umírajícího. Stane se, že se někdy ptají, jestli mohou zajistit faráře. My jim řekneme, že můžeme zajistit i my. Máme zde kontakt.* **OTÁZKY RODINY**

**Které potřeby umírajících považujete za nejdůležitější? Víte si rady s jejich uspokojováním?**

Potřeba být bez bolesti, teplo, klid, čistota lůžka, šetrná manipulace, potřeba nebýt sám.  
S uspokojováním si rady vím. Někdy je to těžké, zvláště s rodinou. Názory se někdy rozcházejí. **POTŘEBY**

#### **Jak reagujete na zhoršený stav klienta?( Oznamujete vždy rodině)?**

Když se klientův stav zhorší, záleží na tom, jak akutní stav je. Pokud jde o přímé ohrožení života, voláme RZP, pak oznamujeme rodině. Jinak kontaktujeme oš. lékaře a plníme jeho ordinace. ~~Vždy ale kontaktujeme rodinu, i když lékař nerozhodne o hospitalizaci. Každý změněný zdrav. stav oznamujeme rodině. Předcházíme tak nedorozuměním. Na podrobnosti o zdravotním stavu se musí rodina informovat u oš. lékaře. My jako sestry podáváme informace jen rámcově, nebo co se týká oš. péče.~~ **OZNAMUJEME 2H005 STAMM**

#### **Jakým způsobem komunikujete s rodinou umírajícího a co vám na této komunikaci nejvíce vadí?**

Nejvíce asi osobně při ~~návštěvách~~ **KOMUN.** nebo ~~telefonicky~~. Nejvíce mi vadí ~~asi někdy přehnané požadavky~~ na léčbu kurativní ze strany rodiny, tam kde by už měla být jen léčba paliativní. Když se stále dokola ptají, jak se bude léčit a já jim musím vysvětlovat co oš. lékař ordinoval a že si musí promluvit s lékařem. Ale vadí mi, i když je rodina zoufalá, bezradná, plačtivá, to bývá ~~ne příjemná komunikace~~ **KOMUN.**, ale patří to k umírání. Nejhorší je pro mne když oznamuji úmrtí. To je opravdu hodně nepříjemné. **Myslíte si, že na tuto komunikaci je možné se připravit?** Obecně ano. Ve škole určitě ne tam je to ~~spíše všeobecně o komunikaci~~. Spíše na nějakých odborných seminářích zaměřených na toto téma. Myslím speciálně na komunikaci s rodinou. Mělo by se této ~~komunikaci věnovat více prostoru už na středních školách~~. Pak záleží na člověku jaké má postoje ~~k umírání a smrti~~, ale i jestli zažil nějaké úmrtí v rodině, to je také ~~důležité pro komunikaci~~. Tak nějak ví, jak se ten blízký umírajícího cítí.

#### **Mají pozůstalí ve vašem domově pro seniory možnost posledního rozloučení se zemřelým? Jak většinou probíhá?** **POSLEDNÍ ROZLOUČENÍ**

Tuto možnost mají. Probíhá většinou na pokoji klienta, což není úplně dobré. Nemáme kam by jsme tělo převezli. Pokoje máme i dvoulůžkové, proto musíme spolubydlící odvázet, aby mohlo rozloučení proběhnout v klidu. Ale ne každý to využívá. Nejjednodušší by bylo, kdyby byly všechny pokoje jednolůžkové. **Nabízíte tuto možnost**

pozůstalým při oznámení úmrtí? *Vlastně ne, já osobně ne, ale asi by to bylo dobré.*  
Někteří se ptají, jestli je jejich blízký ještě u nás a můžou se s ním přijít rozloučit. Mají možnost vybrat si pohřební službu, která tělo odveze? Jo to mají. Vždy se ptáme, jestli můžeme zavolat místní pohřební službu, nebo jestli mají nějakou svoji vybranou.

**Kdo a jakým způsobem oznamuje úmrtí klienta?**

Oznamuje vždy sestra, která má službu. Většinou telefonicky.

**Jakým způsobem probíhá péče o mrtvé tělo?**

Dle standardu. Po úmrtí oznámíme oš. lékaři, nebo koronerovi. Uložíme tělo do vodorovné polohy přikryjeme čistým prostěradlem. Po ohledání lékařem voláme rodině. Tělo svlékneme, omyjeme odstraníme protézy, sondy, cévky, šperky. Označíme tělo.

Oblékáte tělo do oděvu, když si to přeje rodina? Ne neoblékáme. Oblečení, pokud mají připravené, předáváme pohřební službě.

**Jak a kde probíhá předávání pozůstalosti?**

Pozůstalost předáváme většinou na ordinaci domova nebo na pokoji klienta. Předáváme proti podpisu v červených pytlích.

**Myslíte si, že péče o rodinu umírajícího v domově pro seniory je dostačující? Jak by jste ji viděli vy?**

V našich podmínkách je asi dostačující. Během umírání jejich blízkého se snažíme o maximální vstřícnost. Někteří příbuzní jsou v různém rozpoložení. Musíme, je jak se říká odhadnout, ale když tady klient je i několik let, jde to lépe. Známe se nějaký čas spolu komunikujeme. Přesto je to vždy dost nepříjemné se bavit o umírání a ještě ke všemu jejich blízkého. Viděla bych např. nějaké letáky nebo brožurky pro rodinu a pozůstalé jaké např. mají v hospici. To umírání je prostě umírání ať v hospici nebo v domově. V hospici to mají ale více dokonalé, myslím tu péči o rodinu. Tam také ta rodina ví že, se konec blíží a připravují je tam na to nebo tedy s nimi více o umírání a smrti hovoří. Tady to také ví, ale přece jenom jsou tady i několik let, prožívají tady i snad dá se říci kvalitní léta svého života a pak najednou nastane poslední fáze umírání. Někteří se s tím těžko smiřují, nevěří tomu. No a my je na to musíme nějak připravit. Přiznám se, že někdy nevím ani co říci. Profesionál by to věděl asi lépe, je to taková psychologie. Prostě nevím, abych třeba nějak neublížila. Nejsem ale pro falešné naděje. Takové to

áááale prosím vás tatínek tu ještě bude, určitě se to zlepší. To radši neříkat nic. Co u vás chybí? Chybí tady nějaká pietní místnost, pro zemřelé a jejich blízké. *PEČE O TĚLO*

**Víte o nějakém dalším kontaktu vašeho domova s pozůstalými?**

U nás mají každý rok mši. Slouží se za ty zemřelé, kteří zemřeli v roce minulém. Pozůstalí mají možnost se této mše zúčastnit. Pozvou se. Paní ředitelka také posílá kondolenci rodině. *DALŠÍ SLUŽBY*

**Jakým způsobem ovlivňuje postoj ke smrti a umírání to, že pracujete v domově pro seniory?**

Více si uvědomuji smrtelnost. Vím, že není třeba se bát smrti, ale umírání. Vidím jak důležité mít milující rodinu, na kterou se budu moci spolehnout.

**Jaké jste měla možnosti vzdělávání se v oblasti smrti a umírání?**

Byla jsem na seminářích na tato témata, většinou v hospici v Prachaticích.

Zdroj: vlastní



**Příloha č. 4****Fáze umírání dle Elisabeth Kübler-Rossové**

<b>FÁZE PODLE KÜBLER-ROSSOVÉ</b>		
<b>FÁZE</b>	<b>PROJEVY</b>	<b>CO S TÍM</b>
<b>NEGACE</b> ŠOK, POPÍRÁNÍ	"Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné." "To je určitě omyl." "Zaměnili výsledky".	Navázat kontakt, získat důvěru.
<b>AGRESE</b> HNĚV, VZPOURA	"Proč zrovna já?" "Čí je to vina?" "Vždyť mi nic nebylo." Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost ap.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
<b>SMLOUVÁNÍ</b> VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
<b>DEPRESE</b> SMUTEK	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny ap.).
<b>SMÍŘENÍ</b> SOUHLAS	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. "Dokonáno jest." "Do Tvých rukou..."	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor - rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

Zdroj: [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz)

## **Příloha č. 5**

### ***Desatero pro pozůstalé*** (Špatenková 2013)

1. Zapojte se do přípravy pohřbu.
2. Věnujte pozornost tomu, co jíte.
3. Zachovejte, pokud možno, normální režim.
4. Posuďte svůj zdravotní stav.
5. Hovořte o zemřelém.
6. Dovolte si truchlit.
7. Udělejte si čas na truchlení.
8. Dovolte si zlostné pocity.
9. Dovolte druhým, aby vám pomáhali.
10. Nebojte se vyhledat pomoc.

Zdroj: (Špatenková 2003)

**Příloha č. 6**

**Kontakt na kvalifikovaného poradce pro doprovázející a pozůstalé**

Pomoc pozůstalým nabízí kvalifikovaný poradce dle standardu 69-020-M – odborně způsobilá osoba v nápomoci blízkým těžce nemocného a pozůstalým (jediný kvalifikovaný poradce v Jihočeském kraji) – paní Magda Kümmelová:

**poradce@hospicpt.cz, tel.: 731 648 328**

Zdroj: [www.hospicpt.cz](http://www.hospicpt.cz)

**Příloha č.7**

**Brožura**



**Průvodce rodinných příslušníků,  
doprovázejících a pozůstalých našich  
klientů**



V úvodu Vás seznámíme s fázemi, kterými prochází umírající v průběhu procesu umírání. Kübler-Rossově model, známý též jako pět fází smutku či pět fází umírání, byl poprvé zaveden v roce 1969 americkou psycholožkou *Elisabeth Kübler-Rossovou* v její knize. Zároveň jsou to fáze, kterými prochází i rodina umírajícího.

## **5 fází podle Elisabeth Kübler- Rossové**

1. **NEGACE šok, popírání**
2. **AGRESE hněv, vzpoura**
3. **SMLOUVÁNÍ vyjednávání**
4. **DEPRESE smutek**
5. **SMÍŘENÍ souhlas**

### **1. fáze - NEGACE**

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

### **2. fáze - AGRESE**

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

zahanbeně, ale nemůže si pomoci. Není řešením odpovídat na agresivní výpady nemocného všechápajícím úsměvem ani výčitkami. To by měli vědět zejména příbuzní. Ti jsou často zatíženi pocitem viny, že se chtěli k umírajícímu pěkně chovat, ale reagují na jeho agresi svými negativními emocemi. Rodina by měla vědět, že se jedná o fázi umírání, která je přechodná, zákonitá, není to žádný naschvál nemocného a že je přirozené, když na nespokojenost a rozmrzelost nemocného reaguje svými emocemi. Pokud nemocný má zájem, umožníme mu mluvit o jeho emocích. O vzteku, strachu, úzkostech a pocitech nespravedlnosti, o bezmoci, zoufalství, rezignaci, o smutku nad zmrzačeným tělem. Hněvivé výroky na adresu zdravých chápeme v kontextu jeho touhy žít a jeho zklamání, že nastala situace, která tolik změnila jeho život. Nesmíme to brát osobně ( <http://www.umirani.cz>).

### **3. fáze - SMLOUVÁNÍ**

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

### **4. fáze - DEPRESE**

Zdravotní stav nemocného se zhoršuje, stále zřetelněji je konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti a že není vyhnutí. Je unavený zmařenou nadějí, vyčerpaný nepohodou těla a často psychicky zesláblý. Přichází hluboký smutek nad ztrátou zdraví, nových možností a další budoucnosti. Ve fázi deprese mají své místo antidepressiva, ale nejlépe pomáhá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu a provází jej těžkým obdobím na konci života. Pro umírajícího je důležité, aby měl s

kým hovořit o strachu ze smrti a o všem, co mu jde hlavou. Dostane-li se mu podpory a pochopení, fáze deprese nemusí být dlouhá ( <http://www.umirani.cz>).

## **5. fáze - SMÍŘENÍ**

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

Přestože jsou fáze seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy nutně zachovávat tento sled. Naopak, často se stává, že se některé fáze vracejí, různě se prolínají a střídají, třeba i tři v jednom dni. Některé mohou zase úplně chybět.

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

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

## **Co vše Vám může náš domov pro seniory nabídnout v těchto nelehkých chvílích.**

- Zhoršený stav vašeho blízkého oznamujeme osobě, která je uvedena v informovaném souhlasu jako kontaktní. Informovaný souhlas se sepisuje při příjmu klienta. Průběh ošetrovatelské péče konzultujete s všeobecnou sestrou. Zdravotní stav pak s ošetřujícím lékařem, na kterého dostanete kontakt.
- V našem domově jsou časově neomezené návštěvy. Samozřejmě vždy s ohledem na ostatní klienty a noční klid.  
V případě, kdy ale chcete se svým blízkým strávit jeho poslední chvíle, vždy záleží na konkrétní situaci a domluvě.  
Nemáme k dispozici žádný zvláštní pokoj, kde by vám bylo umožněno přespát. Může vám být ale nabídnuto přespání v pokoji odlehčovacích služeb, pokud bude volný.
- V případě zájmu o duchovní služby můžete využít kontakty na zadní straně.

## **Pokud váš blízký zemře**

- Úmrtí oznamuje telefonicky sestra konající službu osobě, která je uvedena v informovaném souhlasu jako kontaktní. Úmrtí oznamujeme do 22 hodin, pozdější úmrtí oznamujeme následující den v 7 hodin. V případě dohody oznamujeme kdykoliv.
- Pozůstalí mají právo na výběr provozovatele pohřební služby. Proto při telefonickém oznámení se Vás sestra zeptá, kterou pohřební službou chcete odvést tělo zemřelého. Nabídne Vám i možnost posledního rozloučení se zemřelým.

V našem domově nemáme zatím pietní místnost k těmto účelům. Proto Vám bude rozloučení umožněno na pokoji zemřelého.



Postup při úmrtí stanoví zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákon č. 256/2001 Sb. o pohřebnictví. V případě, že došlo k úmrtí ve zdravotnickém

- zařízení nebo v ústavu sociální péče, hradí náklady spojené s uložením těla zemřelého toto zdravotnické zařízení nebo ústav sociální péče po dobu 48 hodin od úmrtí nebo od provedení pitvy, byla-li provedena. Náklady spojené s uložením těla po uplynutí této lhůty a s jeho převozem nebo s jeho uložením po uplynutí této doby u jiného subjektu hradí ten, kdo sjednává pohřeb.
- Po ohledání ošetřujícím lékařem nebo koronerem je tělo odvezeno pohřební službou.(kontakty na nejbližší pohřební služby jsou uvedeny na zadní straně). Oblečení a osobní věci zemřelého jsou sepsány na zvláštní tiskopis o soupisu pozůstalosti a sbaleny. Pokud uživatel zemře na dvouúžkovém pokoji, jsou věci s ohledem na spolubydlícího uloženy ve skladu domova. Sbalení věcí můžete provést i vy, ale vždy do druhého dne od úmrtí.  
Cenné věci, jako drahé kovy, šperky, vkladní knížky, bankovní karty, dokumenty a hotovost nad 2000 Kč podléhají dědickému řízení a budou uloženy v depozitu domova do vydání rozhodnutí o dědictví.
- Při přebírání pozůstalosti Vám sestra předá sbalené osobní věci, také „List o prohlídce mrtvého“ a kartu zdravotní pojišťovny. Převzetí stvrzuje pozůstalý svým podpisem, přičemž se uvede číslo občanského průkazu, telefonní kontakt a vazba k zemřelému.

### **Doklady které jsou zapotřebí k objednání pohřbu.**

- List o prohlídce zemřelého (A) osoba zajišťující pohřeb
- občanský průkaz nebo pas objednavatele pohřbu
- rodný a oddací list zesnulé osoby (je-li k dispozici)
- cestovní pas (u cizinců)

### **Věci k objednání pohřbu**

- oblečení pro zemřelého
- fotografie zemřelého (pokud má být součástí parte)

K vystavení parte můžete využít i pietní koutek v našem domově.

- Konečné vyúčtování za pobyt a stravu s Vámi provede sociální pracovnice domova.

### **Kam odevzdat doklady zemřelého**

- **Občanský průkaz** – pokud si jej neponechá matrika ÚČ Praha 2 (na jehož území k úmrtí došlo), odevzdat na matriku obecního úřadu v místě trvalého bydliště zemřelého
- **Průkaz pojišťovny** – na příslušnou pobočku pojišťovny
- **Řidičský průkaz** – na dopravní inspektorát
- **Cestovní doklady** - orgánu příslušnému k jeho vydání (obecní úřad obce s rozšířenou působností, v Praze úřad městské části), popřípadě matričnímu úřadu nebo nejbližšímu útvaru policie
- **Vojenskou knížku** – na obvodní vojenskou správu
- **Starobní (invalidní) důchod** – úmrtí je nutné ohlásit na Okresní správě sociálního zabezpečení nebo na poště, která důchod vyplácela
- **V případě cizince** cestovní pas, průkaz o povolení k pobytu, potvrzení o přechodném pobytu na území ČR, průkaz o povolení k trvalému pobytu, pobytovou kartu rodinného příslušníka občana Evropské unie nebo průkaz o povolení k trvalému pobytu občana Evropské unie - nejbližšímu útvaru policie

## **Zármutek a truchlení**

Smrt milované osoby je jedna z největších krizí, která může člověka potkat. Život pozůstalých je smrtí blízkého člověka zasažen a navždy změněn definitivní, konečnou ztrátou. V takové situaci prožívají truchlící hluboký zármutek. Někteří pozůstalí se mohou domnívat, že jejich žal je projevem slabosti a brání se dát svému zármutku průchod.

Zármutek je však zdravá odezva na ztrátu. Nepřirozené a nezdravé je naopak to, pokud se zármutek vůbec nedostaví nebo je potlačován. Truchlení je dlouhodobý a bolestivý proces. Je zcela individuální a osobní záležitostí každého člověka, kolik času k prožití a přijetí ztráty drahé osoby potřebuje. Doba truchlení je individuální (Ludačková/Huneš/Špatenková 2013).

### **Projevy prožívání v období truchlení**

- Pocity smutku, návaly pláče
- Pocity opuštěnosti
- Snížená koncentrace pozornosti
- Strach, bezmoc a beznaděj
- Hněv
- Vymizení radosti
- Poruchy spánku
- Problémy s přijímáním potravy
- Únava, slabost a vyčerpání
- Depresivní myšlenky
- Rezignace na společenské kontakty

### **Desatero pro pozůstalé**

1. Zapojte se do přípravy pohřbu.
2. Věnujte pozornost tomu, co jíte.
3. Zachovejte, pokud možno, normální režim.
4. Posuďte svůj zdravotní stav.
5. Hovořte o zemřelém.
6. Dovolte si truchlit.
7. Udělejte si čas na truchlení.
8. Dovolte si zlostné pocity.
9. Dovolte druhým, aby vám pomáhali.
10. Nebojte se vyhledat pomoc.

**Vězte** : smutek a bolest se časem mění. Zkuste žít od jednoho dne k druhému, nezanedbávejte svoje potřeby, poslouchajte své tělo, věci řešte postupně od jednodušších záležitostí po složitější. Nezoufejte, když se hned všechno nepodaří, máte nárok na chyby. Neobávejte se říct si o pomoc (Ludačková/Huneš/Špatenková 2013).

Pomoc pozůstalým nabízí kvalifikovaný poradce dle standardu 69-020-M – odborně způsobilá osoba v nápomoci blízkým těžce nemocného a pozůstalým (kvalifikovaný poradce v Jihočeském kraji) – paní **Magda Kümmelová: [poradce@hospicpt.cz](mailto:poradce@hospicpt.cz), tel.: 731 648 328**

(<http://www.hospicpt.cz>)

## **Kontakty na duchovní**

### **Církev římskokatolická**

Kontakt:

Mgr. Tomáš Hajda

Alešova 44

389 01 **Vodňany**

Tel.: 731 402 939

E-mail: tom.hajda@volny.cz

### **Církev československá husitská**

Kontakt:

Mgr. Vendulka Trnková

Kampanova 479/II

389 01 **Vodňany**

Tel:383 382 752

E-mail: fara.vodnany@seznam.cz

## **Kontakty na pohřební služby**

### **Pohřební služba Radek Ryba**

U Vojtěcha 310;**Vodňany**

Tel. 383 382 323

### **Pohřební služba Michal Hrnčiarik**

Orlická 400;**Týn nad/Vltavou**

Tel. 385 724 220

### **Pohřební služba Karel Hošek**

Na Ostrově 131;**Strakonice**

Tel.383 321 307

### **Otýlie s.r.o.**

Biskupská 6;**České Budějovice**

Tel.386 353 209

386 444 449

### **Pohřební služba Jiří Habich**

Jeronýmova 312/6; **Písek**

tel.382 213 541

**Protivín** : tel. 382 251 137

**Mirovice** : tel.382741 138

### **Záviš s.r.o.**

Jánská 157;**Prachatice**

Tel. 725 856 131

777 710 72

### **Použitá literatura:**

Fáze vyrovnávání se s nemocí: *5 fází smířování se se ztrátou podle Elisabeth Kübler-Rossové*. [online]. [cit. 2015-01-03]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html>

LUDAČKOVÁ, E., R. HUNEŠ a N. ŠPATENKOVÁ. *Průvodce v čase zármutku*. 1. vydání. Hospic sv. Jana Neumanna. Prachatice, ISBN 978-80-904587-4-1.

Poradenství pro pozůstalé [online]. 2015 [cit. 2015-25-06]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/poradenstvi-pro-pozustale>