

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Petra Jelenová

*Doprovázení umírajících v pobytových službách
pro seniory*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf

2016

„Kdo věří, není nikdy sám - ani v životě, ani ve smrti.“

Benedikt XVI.

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci 18. 3. 2016

.....

Petra Jelenová

Poděkování

Ráda bych poděkovala ThLic. Michalu Umlaufovi za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování bakalářské práce.

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Stáří a umírání.....	9
1.1 Obecné pojetí stáří.....	9
1.2 Charakteristika stáří dle Eriksona	10
1.3 Umírání	11
1.3.1 <i>Znaky umírání</i>	11
1.3.2 <i>Fáze umírání</i>	11
2 Historie doprovázení a současný stav pobytových služeb	13
2.1 Historické ukotvení	13
2.1.1 <i>Péče o umírající doma</i>	13
2.1.2 <i>Péče o umírající v zařízení</i>	14
2.2 Pobytové služby v současné době	15
2.2.1 <i>Odlehčovací služby</i>	15
2.2.2 <i>Týdenní stacionáře</i>	15
2.2.3 <i>Domovy pro seniory</i>	16
2.2.4 <i>Domovy se zvláštním režimem</i>	16
3 Způsoby práce s umírajícími.....	19
3.1 Pracovník v sociálních službách	19
3.2 Zapojení rodiny do procesu umírání	20
3.3 Stravování a podávání tekutin.....	20
3.4 Péče o seniora – trávení volného času.....	21
3.5 Komunikace	22
3.5.1 <i>Zvláštní formy komunikace</i>	22
3.5.2 <i>Komunikační bariéry</i>	22
3.6 Snoezelen	23
3.7 Bazální stimulace	24
3.7.1 <i>Optická stimulace</i>	24
3.7.2 <i>Orální stimulace</i>	25

3.7.3	<i>Biografická anamnéza</i>	25
4	Smrt a doprovázení zesnulého	26
4.1	Péče o mrtvé tělo	26
4.2	Rituály a loučení se zemřelým	27
	EMPIRICKÁ ČÁST	28
5	Metodologie	28
5.1	Cíl výzkumu	28
5.2	Výzkumná otázka	28
5.3	Metoda výzkumu a sběru dat	29
5.4	Popis výzkumného souboru	30
5.5	Způsob zpracování dat	32
5.6	Výsledky / interpretace výzkumu.....	33
5.6.1	<i>Změny prostředí zohledňující skutečnost umírání</i>	33
5.6.2	<i>Zapojení rodiny do procesu umírání</i>	35
5.6.3	<i>Stravování a podávání tekutin</i>	37
5.6.4	<i>Komunikace s umírajícími</i>	39
5.6.5	<i>Aktivizace</i>	40
	<i>Využití bazální stimulace při práci s umírajícími</i>	41
	<i>Snomezelen a další terapie</i>	42
	<i>Trávení volného času</i>	43
5.6.6	<i>Péče o tělo zesnulého</i>	44
5.6.7	<i>Rituály spojené se smrtí klienta a rozloučení se s ním</i>	45
6	Shrnutí výzkumu a diskuze	47
	Závěr	50
	Seznam literatury	52

Úvod

K vytvoření bakalářské práce na toto téma jsem měla motivaci ze svých praxí v domovech pro seniory, kde jsem mohla blíže nahlédnout do metodologických postupů práce v kontaktu s umírajícími. Chtěla bych, aby má práce byla přínosnou pro ostatní zařízení např. ve formě inspirace, jak postupovat v oblasti umírání uživatele.

V bakalářské práci se zabývám tématem doprovázení umírajících v pobytových službách pro seniory. Domnívám se, že je toto téma aktuální, vzhledem k tomu, že v zákoně o sociálních službách není u žádné z pobytových služeb pro seniory uvedena specializace zaměřená na doprovázení umírajících uživatelů. Vzhledem k typu služby je však zřejmé, že se v těchto typech zařízení s umíráním setkávají.

Na základě této domněnky jsem se rozhodla udělat kvalitativní výzkum, který by mohl odkrýt, zda vůbec a jakou roli hrají pracovníci v sociálních službách v procesu doprovázení umírajících. Zaměřila jsem se právě na pracovníky v sociálních službách, neboť jsou s klienty v každodenním kontaktu. Výzkum probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky v sociálních službách.

Tato kvalifikační práce může být inspirací pro ostatní pobytové služby pro seniory, které se chtějí dozvědět více o doprovázení umírajících. Mohou se zaměřit na své problematické oblasti a najít inspiraci od ostatních zařízení. Práce může posloužit ke zkvalitnění služeb poskytovaných umírajícím a jejich rodinám. Dále se mohou sociální pracovníci informovat a poučit o problematice, jelikož jsou také určitým způsobem vtaženi do procesu doprovázení rodinných příslušníků a uživatelů samotných. Nabízí se hlubší vhled do problematiky doprovázení umírajících.

Cílem práce bylo zjistit, zda je možné v pobytových službách umírajícího seniora doprovázet a jakým způsobem je doprovázení realizováno. Jsem si vědoma jistých nedostatků, co se týče obecnosti mnou vytyčeného cíle. Cíl by bylo vhodné blíže specifikovat. Např. Zjistit, zda je možné v pobytových službách umírajícího seniora doprovázet a jakým způsobem je doprovází pracovníci v sociálních službách ve vybraných oblastech.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části. Teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce je členěna do čtyř větších kapitol. V první kapitole se zabývám stářím, jeho charakteristikou, umíráním, fázemi umírání a jeho znaky. Druhá kapitola

pojednává o historickém ukotvení doprovázení umírajících, dále je popsán současný stav pobytových služeb pro seniory, uvedení do problematiky kvalifikační práce. Třetí kapitola je zaměřena na popis pracovníka v sociálních službách, jeho kompetence. Dále se zabývám již konkrétními oblastmi v doprovázení na konci života. V poslední části teoretické oblasti s názvem smrt, jsou uvedeny rituály a loučení se se zemřelým, péče o mrtvé tělo. Tato kapitola se soustředí na doprovázení umírajících po jejich smrti. Vybrané fragmenty této práce jsou použity v absolventské práci, která je projektem k této kvalifikační práci.

V navazující metodologické části popisují cíl výzkumu, výzkumnou otázku, dále uvádím metodu výzkumu a sběr dat, výzkumný soubor. Navazuje způsob zpracování dat a samotné výsledky polostrukturovaných rozhovorů a úseky z rozhovorů s respondenty zařazených do jednotlivých kategorií doprovázení. V závěru metodologické části se nachází celkové shrnutí výzkumu, kde reflektuji výstupy bakalářské práce a splnění stanovených cílů.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části bakalářské práce se zabýváme objasnění důležitých pojmů, které jsou důležité z hlediska pochopení problematiky a to stáří a umírání a fáze umírání. Nastíněna je historie z pohledu doprovázení umírajících, současná situace pobytových služeb pro seniory a konkrétní oblasti v doprovázení umírajícího a péče o zesnulého.

1 Stáří a umírání

V první kapitole stáří a umírání bude lehce nastíněno obecné pojetí stáří, jeho individualita, náhled světové zdravotnické organizace. Bude následovat charakteristika stáří dle Eriksona, podrobnější popis tohoto období života člověka. Dále budou uvedeny znaky umírání a fáze procesu umírání dle Kübler-Ross.

1.1 Obecné pojetí stáří

Hranice věku, od které se považuje člověk za starého, se neustále posouvá. Můžeme říci, že hranice stáří je individuální, ale obecně vzato začíná od 75. věku života jedince (Pacovský, 1990, s. 29).

Stárnutí člověka je velice individuální. Jednotlivé orgány totiž nemusí stárnout současně, a tudíž nelze říci, že stárne celý organismus. Může se často vyskytovat takový jev, že se věk funkční neshoduje s věkem kalendářním (Pacovský, 1990, s. 33 – 34).

Další náhled na stáří nám poskytuje WHO (světová zdravotnická organizace), která stáří rozděluje na tři etapy. Od 60 – 74 let se jedná o rané stáří, 75 – 89 let mluvíme o vlastním stáří a 90 a více let nazýváme dlouhověkostí. Existují též pojmy jako jsou biologické stáří, které je podmíněno zdravotním stavem seniora a vitalitou, poté kalendářní věk, který není vždy odpovídající věku biologickému (dle Mlýnková, 2011, s. 14).

1.2 Charakteristika stáří dle Eriksona

V kapitole bude nastíněno osm životních etap psychického vývoje jedince dle Eriksona. Největší míra pozornosti bude zaměřena na etapu pozdní dospělost-stáří. Zvláště na individualitu a hlavní úkol seniora. Tato etapa je vnímána jako velmi důležitá pro pochopení dalších návazností, spojených s tématem této kvalifikační práce.

Psychický vývoj má dle Eriksona celkem osm etap. V každé etapě by měl jedinec plnit jeden konkrétní úkol. Úkol je určen schopnostmi člověka, požadavky společnosti, vývojem citů a rozumu u každého člověka (dle Říčan, 2005, s. 266).

Jako první stádium popisuje Erikson kojenecký věk, dále navazuje batolecí, předškolní věk, mladší školní věk, dospívání, mladá dospělost a střední dospělost. Tyto všechny vyjmenované fáze neboli etapy psychického vývoje předchází etapě pozdní dospělosti – stáří. Jelikož se ve své práci zaměřuji na seniory, blíže budu specifikovat pouze poslední etapu psychického vývoje nazvanou pozdní dospělost – stáří.

Nyní budu charakterizovat stáří, jak jej definoval Erikson. Co má senior v této fázi života jako svůj hlavní úkol.

Pozdní dospělost – stáří

Etapa od šedesátého věku do smrti. Stárnutí je u každého jedince individuální. Hlavním úkolem v této etapě je integrita. V překladu slovo integrita znamená „celý“. Člověk si celistvost uvědomuje ve čtyřech oblastech. První z nich je poznání pravdy. Poznat svůj příběh, svůj život jako celek. Další oblast je odpuštění druhým lidem, sobě, smíření se se situacemi, které nastaly v průběhu života, i s těmi současnými. Jedná se o schopnost uzavřít kapitolu svého života, umění se rozloučit a odejít v míru. Třetí oblastí je domov. Zde člověk přemýšlí nad tím, kam patří. Kde se narodil, kde má své kořeny, čeho je součástí, ke komu patří, do jakého národa. Jako čtvrtou oblast Říčan popisuje moudrost. Můžeme si pod tím představit moudrost vyvěrající z víry, či z čehokoli jiného. Tuto moudrost by měl člověk rozvíjet včas, dokud je toho schopen. Otvírá se tomu, co považuje za nejlepší. Velkým rizikem, které stojí oproti integritě, je zoufalství. Toto riziko s sebou nese po šedesátém věku často suicidální chování.

Zoufalství propadne velká část lidí. Důležité je nepodlehnout a vytrvale pracovat na integritě (Říčan, 2005, s. 276 – 277).

1.3 Umírání

Vzhledem k tomu, že je stáří posledním stádiem života, bude další kapitola této práce zaměřena na problematiku smrti a s tím spojené fenomény jako je doprovázení umírajících. V této kapitole zmiňuji definici umírání, dle jakých znaků lze rozpoznat, že člověk umírá. Následuje vyjmenování fází umírání dle Elisabeth Kübler-Ross.

1.3.1 Znaký umírání

Špatenková (2003, s. 57) říká: „*Pojem umírání je v lékařském slova smyslu synonymem terminálního (=konečného) stavu, při němž dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt*“ (Špatenková, 2013, s. 57).

To, že člověk umírá, lze vypožorovat z mnohých vnějších znaků. Frekvence tepu je změněna, krevní tlak klesá. V obličeji pozorujeme unavený výraz, zapadlé oči, člověk ztrácí postupně schopnost mimiky. Někdy také nastává euforie. Končetiny postupně chladnou, často také dochází k samovolnému úniku stolice a moči, k inkontinenci (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 17 – 18).

1.3.2 Fáze umírání

Elisabeth Kübler-Ross popisuje proces vyrovnání se s umíráním v pěti krocích. Tyto fáze na sebe nemusí nutně navazovat, některými fázemi člověk ani neprojde. Jedná se o individuální proces. Může nastat taková situace, že se jednotlivé fáze budou opakovat.

Ve fázi první, nazvané **popření**, negace, šok, člověk reaguje slovy: „To určitě není možné, doktoři se spletli, moje výsledky testů zaměnili.“ V tomto období vyrovnávání se doprovázející pracovník snaží navázat kontakt, získává si postupně důvěru klienta. Touto fází projde dle Kübler – Ross 197 lidí z 200. Člověk nepřijímá realitu a snaží se popíráním získat čas na zpracování šoku (dle Navrátil, 2001, s. 120).

Druhou fází nazvala Kübler-Ross **agrese, vzpoura, hněv**. Vyznačuje se přístupem ze strany klienta – „Proč zrovna já?“ Pociťuje zlost na ostatní lidi, kteří netrpí žádnou nemocí, kteří neumírají. Nespravedlnost všem vyčítá, i zdravotníkům. Doprovázející by měl zachovat klid, dovolit klientovi, aby se odreagoval, neměl by se nad jeho chováním pohoršovat a odsuzovat jej (dle Svatošová, 2012, s. 67).

V této fázi může jedinec jednat dvěma způsoby agrese. Prvním z nich je útok. Má zlost, projevuje ji nahlas, komunikuje. Druhým způsobem reagování na blížící se smrt je útěk. Člověk se uzavírá do svého nitra. Agresi v sobě potlačuje. Avšak častější reakcí je útok, než útěk (Misconiová, 1998, s. 59).

Další fáze se nazývá dle Kübler-Ross **smlouvání a vyjednávání**. Umírající hledá pomoc u různých léčitelů, věří pověrám a zázračným lékům, které slibují uzdravení. V této situaci by měl pracovník zachovat trpělivost a dbát na to, aby umírající nenatrefil na podvodníka. Za další stupeň považuje Kübler-Ross depresi a smutek. Klient se bojí o svou rodinu, má obavy ze ztráty všeho, ze zúctování. Nyní se pracovník soustředí na aktivní naslouchání, popřípadě napomáhá v zajištění rodiny, je-li to nutné. Také se může angažovat v urovnání vztahů, s klientem hledá dostupná řešení (dle Svatošová, 2012, s. 67).

Předposlední fáze – **deprese**. Kübler-Ross tvrdí, že v této fázi prožívá člověk velký smutek, má strach o zajištění rodiny, o své blízké. Doprovázející by měl trpělivě naslouchat, dopomoci při urovnání některých špatných vztahů, hledat společně s člověkem řešení. Měl by se řídit myšlenkou: „*Kdo stojí krátce před přijetím osudu, má právo na to být smutný.*“ (dle Navrátil, 2001, s.120 – 121).

Poslední fáze – **akceptace, souhlas, smíření**. Umírající je s informací blízké smrti vyrovnán, jedná pokorně, začíná se loučit s blízkými. Doprovázející dělá záslužnou činnost pouhou tichou přítomností. Popřípadě drží za ruku, dělá, co klient potřebuje. Může se ho na to i citlivě zeptat. Zvýšenou pozornost by měl věnovat také rodině. Ta jeho pomoc mnohdy potřebuje více, než umírající sám (dle Svatošová, 2012, s. 67).

2 Historie doprovázení a současný stav pobytových služeb

V této části kvalifikační práce bude krátce popsáno historické ukotvení péče o umírajícího jak v domácím prostředí, tak v pobytových službách. Dále budou charakterizovány jednotlivé typy pobytových služeb, které jsou v dnešní době zřizovány, jelikož jsou předmětem této práce.

2.1 Historické ukotvení

2.1.1 Péče o umírající doma

V historii byla péče o umírající laická a někdy vůbec žádná. Vyvstala na povrch tedy otázka, jakým způsobem zajistit lidem na konci života nějaké určité zázemí, jak naplnit jejich potřeby. V dřívější době nebyla smrt a umírání žádným tabu, o těchto tématech se mluvilo otevřeně, společnost znala své povinnosti vůči umírajícímu či zemřelému a naopak. Umírající tušil, co se od něj očekává. Za svůj život se totiž setkal s tímto scénářem několikrát. Smrt v domácím prostředí byla zcela normální. Co se týče doprovázení, poskytovali jej zejména věřící lidé, kněží, členové rodiny. Jednalo se o určitý rituál. Při doprovázení v domácím prostředí byla svolána většinou celá rodina a umírající vyslovil své poslední přání. Následovalo rozloučení se všemi členy. Následně byl k lůžku přivolán kněz, který po cestě k domu zvonil zvonečkem na znamení, že někomu již zvoní hrana. Následovala večeře Páně, člověk přijal svaté přijímání. Dostal také pomazání nemocných. Dále se už čekalo pouze na hodinu smrti. Avšak pokud člověk trpěl mnohými bolestmi, byl zavolán lékař, který podal uklidňující léky na snížení bolestí. Haškovcová zmiňuje, že umírání bylo sociálním aktem. O péči se rozdělili jednotliví členové rodiny. Dříve v modelu domácího umírání bylo běžné, že se člověk za svůj život se smrtí setkal několikrát. Rodina se o člověka dokázala dobře postarat, umírající potřeboval teplo, pološero, tekutiny a klid. Po smrti člověka nejstarší syn, nebo někdo jiný zatlačil zemřelému oči a otevřel okno. To proto, aby mohla duše odletět. Poté se všichni pomodlili „Otče náš“, umyli tělo a ustrojili jej do šatů (Haškovcová, 2000, s. 25 – 28).

2.1.2 Péče o umírající v zařízení

Takovýto model vznikl postupně. Jednalo se zejména o zajištění biologických potřeb. Teplo, strava, hygiena. Nemocní byli v nemocnicích, také chorobincích. V pokojích nemocných bylo vybavení skromné. Ve velké místnosti se nacházely pouze postele, později i noční stolky. Mezi jednotlivými lůžky byly uličky. V záhlaví postele visela černá tabule se jménem a diagnózou nemocného. Pokud člověk v tomto zařízení umíral, ve 20. letech 20. století se začaly používat bílé plenty mezi lůžky. To sloužilo k většímu klidu pro umírajícího a k ochraně spolupacientů, aby byli ušetřeni pohledu na smrt. Postupem času se rozvinula myšlenka, že člověk, který umírá, byl převezen do vyčleněné místnosti. Avšak pacient, který byl převážen, poznal, že se blíží jeho konec. Pokoj určený pro umírání měl špatný psychický dopad jak na umírajícího, tak na spolupacienty, kteří se domnívali, že budou nyní na řadě oni. Ke klidu pacientů nepřispěl ani striktní řád zařízení, který určoval dobu návštěv pouze ve středu a v neděli. Člověk potřeboval v těchto těžkých chvílích podporu rodiny, avšak tato možnost mu byla odepřena. Ve výjimečných případech byly vystavěny mimořádné propustky, díky nimž mohli nejbližší příbuzní navštívit nemocného či umírajícího. Umírající ale mohl předpokládat, že se blíží ke konci života, když byla rodina puštěna do zařízení i v jiný den, než v návštěvní. Příbuzní ale toto privilegium nepoužívali často. Přenechávali doprovázení raději personálu. Člověk tedy umírá sám bez blízkých (Haškovcová, 2000, s. 29 – 30).

Na modelu péče o umírající v zařízeních můžeme vidět, jaké nastávaly změny v místnosti klienta, co se týče nábytku. Používaly se plenty, které byly umístěny mezi lůžky pacientů. Jejich cílem bylo umožnit člověku klidně prožít hodinu smrti. A zároveň se jednalo o ochranné opatření pro spolupacienty. Nebyli tudíž vystaveni pohledu na umírajícího a posléze zesnulého pacienta. Další změna nastala v přemístění umírajícího do místnosti k tomu vyhrazené. Tento postup práce mohl pacienta stresovat a uvádět jej do depresí. Poznal, že se blíží jeho smrt. Co se týče modelu péče o umírající v domácím prostředí, důležitý aspektem zde hrála rodina. Pro umírajícího je velice důležitá podpora blízkých osob, rozloučení se, odpuštění. Zapojení rodiny do procesu umírání bylo vysoké. Jednalo se o běžnou praxi, která byla všem známá.

2.2 Pobytové služby v současné době

Sociální služby se ze zákona dělí na pobytové, terénní a ambulantní. Jedná-li se o pobytovou službu, služba je vždy spojená s ubytováním přímo v zařízení sociální služby. (§ 33, ods. 1 – 2, zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách)

Z důvodů zaměření mé kvalifikační práce budou uvedeny jen informace, které odpovídají zvolené cílové skupině a to jsou senioři. Tudíž nebudou popsány další cílové skupiny.

2.2.1 Odlehčovací služby

Jedná se mimo jiné o pobytovou službu určenou pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku. Za normálních okolností je o seniora pečováno v jeho přirozeném prostředí, zde je umístěn jen z důvodu odpočinku pro osobu pečující. V pobytové službě je poskytována:

- „pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti“ (§44, ods. 1 – 2, zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách).

2.2.2 Týdenní stacionáře

Týdenní stacionář je řazen k pobytovým službám, poskytující určité služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku. A to v těch případech, pokud potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- „poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (§47, ods. 1 – 2, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

2.2.3 Domovy pro seniory

Sociální služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku. Tito lidé ke svému životu potřebují další osoby, které jim budou poskytovat pravidelnou pomoc.

Obsahuje tyto základní činnosti

- „poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (§49, ods. 1 – 2, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

2.2.4 Domovy se zvláštním režimem

Ačkoli nejsou uvedeni jako cílová skupina přímo senioři, Alzheimerova choroba se vyskytuje ve vyšším věku života člověka. Co se týče stařecké demence, také je její

vývoj spíše v poslední fázi života, ve stáří. Z tohoto důvodu jsou Domovy se zvláštním režimem zařazeny do pobytových služeb pro seniory.

Cílovou skupinou jsou lidé trpící stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí. Mluvíme o pobytové službě, která poskytuje svým klientům tyto činnosti.

- *„poskytnutí ubytování,*
- *poskytnutí stravy,*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *sociálně terapeutické činnosti,*
- *aktivizační činnosti,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (§50, ods. 1 – 2, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).*

Ani jedna z výše zmíněných sociálních služeb nemá v popisu základních činností takovou činnost, která by se zabývala problematikou umírání a smrti. Ve vyhlášce č.505/2006 Sb. jsou jednotlivé aktivity podrobněji rozepsány, ale doprovázení umírajících není součástí výčtu poskytovaných úkonů.

Je pravděpodobné, že se ve své praxi zaměstnanci sociální služeb pro seniory téměř denně setkávají s problematikou smrti a umírání, ale i přesto se nijak jejich služby na doprovázení umírajících nespécializují, pokud bychom vycházeli z uvedeného výčtu služeb zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Vyskytují se však i takové sociální služby, které se v rámci svého poslání zabývají problematikou doprovázení umírajících. Jejich cílem je např. pomáhat uživatelům nacházet smysl v utrpení, být jim nablízku, mírnit jejich bolesti a poskytovat jim oporu v těžkých okamžicích života.

Lze předpokládat, že v těchto zařízeních se nachází vyškolení a informovaní pracovníci, kteří mají kompetence k tomu, aby zajistili uživateli doprovod na konci jejich života vhodným způsobem.

Jelikož se pobytové služby pro seniory setkávají více či méně s umírajícími uživateli, je pozoruhodné poznávat jednotlivé kroky, které využívají v poskytování doprovodu umírajících. I když v poslání či v cílech služby není takové doprovázení uvedeno. Tato současná situace se stává problémem, jelikož se senioři vyskytují v zařízeních, která jim nejsou schopna, nebo jen v omezené míře, odborně poskytnout poslední doprovod.

3 Způsoby práce s umírajícími

V následující kapitole budou popsány kompetence pracovníka v sociálních službách jakožto hlavního aktéra v doprovodu lidí na konci života. Dále se budeme zabývat způsobem, jak se do procesu zapojuje rodina, jaké změny nastávají ve stravování a podávání tekutin na sklonku života, jak přizpůsobit komunikaci umírajícímu, nastíněny budou i nejčastěji používané terapie

3.1 Pracovník v sociálních službách

Jelikož se kvalifikační práce zabývá otázkou doprovodu člověka na konci života v pobytových službách, neměl by být opomenut také pracovník v sociálních službách, který je nejčastějším aktérem v takovém doprovodu.

K tomu, aby člověk mohl vykonávat povolání pracovníka v sociálních službách, musí být bezúhonný, zdravotně způsobilý, plně svéprávný a odborně způsobilý k vykonávání této profese (§116, ods. 4, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Mezi jeho kompetence patří přímá obslužná péče o uživatele. Dopomáhá s hygienou, oblékáním, stravováním, aktivizuje člověka a tak jej vede k samostatnosti. Dále také provádí nepedagogickou činnost, trénuje s uživateli zručnost, jemnou a hrubou motoriku, aktivizuje klienty. Provádí osobní asistenci aj. (§116, ods. 1a – 1d, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Je zřejmé, že se pracovník v sociálních službách dostává do každodenního kontaktu s uživatelem služby. Proto je podstatné vytvořit si vztah s uživatelem služby. Po jeho navázání se mu lépe kooperuje s klientem. Klient v něj má větší důvěru a může se mu snadněji svěřit se svým trápením.

Dle Svatošové se klient mnohdy svěří raději člověku, kterého tolik nezná, než člověku jemu blízkému. Pracovník pro něho představuje cizince, který v jeho životě nehrál nikdy žádnou roli. V jeho přítomnosti se cítí bezpečně. Je to dávka určité zodpovědnosti přisouzená pracovníkovi, který klienta doprovází v umírání (Svatošová, 2012, s. 39).

3.2 Zapojení rodiny do procesu umírání

Vycházejme z toho, že je umírající umístěn v pobytové službě pro seniory. Nejen v domácím prostředí, ale i tady může rodina svého blízkého na sklonku života doprovázet. Doprovázení můžeme chápat v mnoha oblastech. Např. pomoc při podávání stravy, přítomnost na pokoji umírajícího, provádění pečovatelských úkonů. Rodinu lze zapojit i po smrti uživatele. Často pomáhají s hygienou a oblékáním těla do obleku apod. Pracovníci blízkým zesnulého předávají cenné informace, které je dobré znát. Může to být například doporučení pohřební služby. Často se také starají o psychickou stránku blízkých, o vyrovnání se se ztrátou.

Užitečné rady pečující rodině uvádí Pochmanová v brožuře Průvodce domácí péčí. Co se týče stravy, doporučuje podávání potravy v menších dávkách – několik lžiček, ale častěji. Pokud člověk odmítá stravu, lze podávat pouze nutridrinky. Dodají tělu potřebnou energii. Rodina by ale měla respektovat přání nemocného, na co má zrovna chuť. Do žádného jídla jej nenutit (Pochmanová a kol., 2015, s. 30).

Mlýnková zmiňuje dvě funkce, které plní rodina při péči o seniora. Je to zaprvé zdroj informací. Rodina může být tedy pramenem informací týkajících se klienta. Může se stát, že klient o sobě odmítá vypovědět nějaké informace personálu zařízení. A zadruhé se jedná o účast na péči o seniora. Má se na mysli péče aktivní. Jeho blízcí mu poskytují velkou emocionální podporu (Mlýnková, 2011, s. 42 – 43).

3.3 Stravování a podávání tekutin

Jedná-li se o umírajícího člověka, strava by měla být přizpůsobená klientovým možnostem Nejčastěji se mluví o mixované, mleté a krájené. (Svatošová, 2003, s. 22)

Na konci života člověka se stává, že jedinec ztrácí chuť k jídlu. Zpočátku se vynechává strava velmi tuhá, vyloučí se z jídelníčku maso, může následovat zelenina a další tuhá jídla. Postupem času, s blížící se smrtí, člověk odmítá i měkkí stravu. Ztrácí chuť úplně. Rodina nebo pečující personál se může obávat, že člověk umře hladu, ale jako profesionálové by měli přání klienta ctít a tudíž ho do jídla nenutit. Na sklonku života není tělo stavěno v plné míře na přísun energie skrze potravu, má však větší potřebu příjmu tekutin. Podáváme tekutinu pomocí čajové lžičky, slámky, kojenecké

lahve, plastové lahve s vysouvacím uzávěrem. Velice důležitá je péče o dutinu ústní, kterou vlhčíme např. kostkou ledu. Může posloužit zamražený ovocný džus. Po určitých intervalech také potíráme rty (Špinková, 2015, s. 10 – 11).

3.4 Péče o seniora – trávení volného času

Co se týče trávení volného času, umírající se aktivit, pořádaných v sociální službě zúčastňuje nejčastěji v raných fázích umírání. Jakmile se více přibližuje jeho smrt, ubývají mu síly a postrádá chuť k aktivizacím. Do aktivizačních činností tudíž nucen není.

Člověk má potřebu se realizovat. Před nástupem do služby byl zvyklý mnoho činností ještě vykonávat sám. Jednalo se o domácí práce, starání se o zahrádku. Takové činnosti ale většinou s nástupem do služby ustanou. Mění se řád dne a výběr z aktivit, které může vykonávat. Je tudíž do jisté míry zařízením omezen. Ztrácí se také motivace k jejich vykonávání. Často aktivity považují za nesmyslné. Postrádají smysl činnosti. (Vágnerová, 2000, s. 498)

Při péči o seniora je důležité dbát na jeho důstojnost a autonomii. Přílišným opečováváním docílíme toho, že seniora předčasně zbavujeme jeho schopností a samostatnosti. Tímto jednáním zvyšujeme jeho závislost na druhých osobách. Převládá poté pocit bezcennosti a zbytečnosti, že už na nic nestačí a je odkázán na pomoc druhých (Hájková, Funk, 2012, s. 39).

Pracovník by měl brát v potaz, zda nepatří do kategorie pečujícího, který svou prací ohrožuje důstojnost klienta. Patří sem autoritativní typ, který se zaměřuje ve většině případů jen na své domněnky, co je dobré pro klienta udělat. Přání seniora pro něj není tak důležité, protože on sám ví, co je dobré a co mu bude prospívat (Hájková, Funk, 2012, s. 39).

3.5 Komunikace

3.5.1 Zvláštní formy komunikace

S klientem neschopným řeči můžeme využívat mnohé metody náhradní komunikace. Když by byl klient schopný psaní, nejsnadnější způsob, jak komunikace dosáhnout, je dát mu papír a pero. Dalším způsobem je monologický dialog, kde komunikující pokládá otázky, na které se odpovídá pouze „ano“ či „ne“. Doprovázející osoba se snaží předvídat klientovy otázky. On jí odpovídá, zda má pravdu v tom, co ho zajímá. Někdy není možné navázat ani takovou formu rozhovoru, v tom případě je velmi cenná alespoň blízkost rodiny a přátel. Dát tomu druhému najevo svůj zájem o jeho osobu (Kübler - Ross, 1993, s. 34).

3.5.2 Komunikační bariéry

Bariéry mohou nastat jak na straně klienta, tak na straně ošetřující osoby. Jako častý důvod se uvádí na straně klienta neochota se se svými problémy svěřit. Maguire popisuje, že se klienti mnohdy domnívají, že by ošetřující personál svým výkladem obtěžoval. Myslí si, že se ošetřovatelé starají pouze o fyzickou stránku osobnosti a psychické problémy tak zůstanou nevyřešeny (Dle O'Connor, Aranda, 2005, s. 32).

Dalším problémem může být individuální preference způsobu komunikace, nebo multikulturní problémy, které komunikaci ovlivňují. Ze strany pracovníků se naskýtají bariéry v oblasti komunikace z důvodů rozdílných hodnot a postojů, přesvědčení, nebo nedostatečných komunikačních dovedností (O'Connor, Aranda, 2005, s. 32 - 33).

Mezi bariéry ze strany ošetřovatele řadíme to, že nechce přijímat žádné závažné informace, jelikož právě prožívá těžké období. Klienta sice může vyslechnout, ale už není schopen vhodně reagovat na to, co mu klient sdělil. Vyznačuje se nesoustředěností, nepřítomným pokyvováním hlavou (Mlýnková, 2011, s. 53).

Ošetřující personál by měl mít jako předpoklad k dobrému vykonávání práce dostatečné komunikační dovednosti. Člověk na sklonku života se totiž zatěžuje životně důležitými otázkami. Proč je na světě, zda má jeho život vůbec nějaký smysl. V tomto terminálním stádiu člověka by měla být komunikace smysluplná, pracovníci

v sociálních službách by měli nabízet oporu a naslouchat. Mezi dovednostmi potřebnými k efektivní komunikaci je např. zajištění soukromí, dostatek času, celková příprava prostředí, navození pocitu důvěry, získávání informací. Neodmyslitelně sem také patří aktivní naslouchání, empatie, objasnění problémů, zajištění výsledků (O'Connor, Aranda, 2005, s. 34 - 35).

3.6 Snoezelen

Jako vhodné doprovázení bych zde uvedla koncept snoezelen. Jedná se o místnost, ve které se nachází takové předměty, které člověku umožní vnímání všemi smysly. Tzv. multismyslové prostředí. Snoezelen se skládá z různých terapií, např. aromaterapie, muzikoterapie, animoterapie, biblioterapie a další. Jednotlivé terapie lze provádět na pokoji umírajícího, což je velkou výhodou. Je ale nutné, aby se nezapomínalo na místnost samotnou, která je základním kamenem pro snoezelen. Vzhledem k tematice umírajících je nutno zmínit, že u takových klientů, se nestává, aby byl dovezen do místnosti snoezelen. Ta se používá zejména u takových uživatelů, kteří ačkoli umírají, nachází se v raném období umírání. Vše je ale přizpůsobeno vůli klienta. Pokud už není schopen přemístění se do místnosti snoezelen, mohou být jednotlivé dílčí terapie prováděny na pokoji a na lůžku uživatele.

Klient je ve snoezelenu naprosto svobodný a nemusí nic. Může všechno. Rozhodně neplatí nucení klienta do určitých činností a terapií. On sám si určí, co je pro něj lepší. Má na výběr ze všeho, co se poskytuje. Průvodce snoezelenu by se měl vždy přizpůsobit potřebám uživatele a neprojektovat si do koncepce své vlastní představy. Průvodce by měl disponovat vysokou vnímavostí a empatií vůči uživateli (Filatová, Janků, 2010, s. 24 – 25).

Při používání jednotlivých terapií potřebuje terapeut jen několik málo pomůcek. Při muzikoterapii se užívá zpěv, hra na nástroje, rytmické hry, které zlepšují komunikaci. Poslech hudby může navodit pocit uvolnění. K aromaterapii postačí pouze aromalampa, svíčka a vonný olej. Ošetřovatel ale musí dbát na preferenci klienta, aby nedošlo k navození opačné reakce. Jako podpůrné metody Filatová a Janků uvádí například Vogelův koncept Prenatálních místností, Psychomotoriku a koncept bazální stimulace (Filatová, Janků, 2010, s. 46 – 47).

3.7 Bazální stimulace

Friedlová tvrdí: „*Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání.*“ Díky vnímání se člověk pohybuje a díky pohybu a vnímání může zase komunikovat. Tyto tři prvky jsou provázány. Komunikace, vnímání a pohyb. Bazální stimulace je využívána u lidí, kteří potřebují podporu v jedné z těchto tří oblastí. Pomocí bazální stimulace docílíme aktivizace mozku, podporu vnímání, klient se může lépe pohybovat a komunikovat. Stimulují se smyslové orgány (Friedlová, 2007, s. 19).

Dle principů bazální stimulace jsou smysly vnímání utvářeny postupně, zkušenosti člověka jej samotné utvářejí. Dokud člověk dýchá, ještě pořád vnímá, i když se to někdy na první pohled nemusí zdát. Člověk nemůže snadno reagovat na podněty, které jsou pro něj nejasné. Je třeba podněty ujasnit (Friedlová, 2007, s. 45).

Jako komunikační prostředek v bazální stimulaci lze použít dýchání, svalový tonus, pohyb, hemodynamika, sekrece. Např. při dýchání formou komunikace je změna dechu, měna hloubka, rytmus. Klient dělá pauzy mezi dýcháním, zívá, kašle, vzdychá, chrchlá. To vše může posloužit k formě komunikace (Friedlová, 2007, s.46).

3.7.1 Optická stimulace

Člověk, který je upoután na lůžko, se často potýká s nízkými zrakovými vjemy. Může strávit celý den díváním se do stropu, na části přístrojů, které ho obklopují. Tyto předměty však nemá uložené ve svých paměťových stopách, neasociuje mu to žádnou situaci či předmět. Prostředí je mu cizí. Taková situace může vést k úzkosti, ke strachu z neznámého či agresí. Friedlová upozorňuje na potřebu klienta dopřát mu do jeho zorného pole např. hodiny, fotku rodiny, něco, co je mu známé. Také častějším polohováním nastane změna. Má větší orientaci o okolní dění. Klient se cítí jistější (Friedlová, 2007, s. 109 – 110).

3.7.2 Orální stimulace

Při orální stimulaci je zapotřebí spolupracovat s biografií. Dle biografie se zjistí, co má člověk rád, jaké chutě preferoval. Před procesem orální stimulace je nutno člověka napolohovat do takové pozice, která je mu příjemná a ve které je schopen prožitky nejlépe koncentrovat. Při podávání stravy či nápoje sledujeme reakce klienta. Cílem stimulace je prožitek klienta, odbourání svalového tonu, očištění dutiny ústní, stimulace vnímání, navázání kontaktu s člověkem prostřednictvím chuťového média (Friedlová, 2007, s. 120 – 121).

3.7.3 Biografická anamnéza

Každý jedinec je individuální bytost, která má právo na kvalitní ošetrovatelskou péči. K poskytnutí takové kvality je zapotřebí znát rituály člověka, jeho návyky. Tyto důležité informace se zapisují do biografické anamnézy. Anamnéza obsahuje informace i o tom, co je člověku příjemné a co nikoli (Friedlová, 2009, s. 44).

Do biografie klienta se např. zahrnuje jeho sociální situace, zaměstnání, které vykonával, jak vypadal jeho denní rytmus, zda je pravák či levák, jaké potraviny má rád, oblíbené vůně, co dělá, aby se cítil dobře, jaké dotyky mu jsou příjemné, jakým způsobem usíná, jak má ustlanou přikrývku, nebo co dělá, když má bolesti. Tyto důležité body a ještě mnoho dalších, by měly být obsaženy v biografii (Friedlová, 2009, s. 46).

4 Smrt a doprovázení zesnulého

Smrt odjakživa patří k životu. V současné době se setkáváme s takovou populací, která se smrti bojí jako nikdy předtím. Smrt je tabuizované téma, ale konci života nelze uniknout. Člověk se může na chvíli smrt odložit např. lékařským zákrokem, ale dříve nebo později se s ní přece jen musí smířit, neboť je smrtelný (Skopalová, 2010, s.65).

Yalom tvrdí, že je smrt vnímána spíš jako nutné zlo, neštěstí. Ale pokud bychom měli možnost žít život bez jeho konečnosti a pomijivosti, sám život by ztratil něco ze své krásy, živosti a neodbytnosti (dle Kupka, 2011, s. 19).

Kaczmarczyk tvrdí, že v dřívějších dobách lidé umírali častěji a v mladším věku, konec života pro ně nebylo tabu. Kolem sebe mohli pozorovat umírající mnohokrát a tak se učili umírat i oni sami. Na pojetí smrti měla vliv z veliké části víra a náboženství (dle Skopalová, 2010, s. 65).

Čižmár říká, že byl v minulosti zesnulý převážen do místnosti určené k rozloučení se. Byly otevírány okna k snadnému vylétnutí duše z těla. Pokud byla zesnulá žena, nebo dospělý muž, byli svátečně oděni. Avšak pokud se jednalo o dívku či hochu, blízcí je na poslední cestu oblékli do svatebních krojů. U zesnulých dětí bylo zvykem vkládat jim do rukou kartičky s vyhotovenými portréty svatých. Blízcí a ostatní, kteří se se zesnulým přišli rozloučit, mohli nebožtíka pokropit svčcenou vodou, která byla postavena u nohou zemřelého. Modlitba za nebožtíka a za záchranu jeho duše byla naprosto samozřejmá. Při zpěvu smutných písní setrvala rodina a blízcí příbuzní se zemřelým celé dva dny (dle Nováková, 2010, s. 122)

4.1 Péče o mrtvé tělo

V článku na webových stránkách jsou uvedeny kroky, jak postupovat při úmrtí člověka. Jedná se o praktické rady, které poslouží jako dobrý základ manipulace a práce s mrtvým tělem. Při úpravě těla by měla pečující osoba s tělem zacházet s úctou. Jakmile jedinec zemře, měl by být uložen na lůžko do vodorovné pozice. Veškeré objekty musí být odstraněny. Jedná se zejména o polštáře, přikrývky apod. Následuje péče o obličej, přičemž se zatlačí oči. Pečující dbá také na ústa, aby byla zavřená. Toho

lze dosáhnout podložením smotaného ručníku pod bradu. Častější je však postup obvázání hlavy, čímž se zafixují ústa a brada nepropadne. Následuje hygiena zesnulého. Tělo se omývá na lůžku. Po smrti je zcela běžné, že dochází ještě k mimovolnému úniku moči a stolice. Je třeba nezapomínat obléci inkontinenční pomůcku a to plenu (Poslední dny a týdny [on-line]).

Halifaxová konstatuje, že zubní náhrady se mají ponechat po smrti člověka v dutině ústní. Zpět by se později těžce nasazovaly díky posmrtné ztuhlosti. Okolo zesnulého by měl proudit čerstvý vzduch, k tomu poslouží otevřené okno. Oční víčka se mohou přilepit lepicí páskou, aby držela zavřená. Ten samý problém s otevřenými ústy lze vyřešit obvazem hlavy, tudíž podvázáním brady. K oblékání zesnulého je dobré použít lehké oděvy. (Halifaxová, 2015, s. 218)

4.2 Rituály a loučení se zemřelým

K dobrému rozloučení se se zesnulým můžeme zapálit svíce. Jako krásným symbolem pomíjivosti poslouží čerstvé květiny. Není nutné se bát přítomnosti mrtvého těla. K rituálu rozloučení se dá také zařadit rozmlouvání se zesnulým. Také se čas může využít k zavolání přátel a rodiny zemřelého. Dopřát jim možnost rozloučit se. Pokud svého blízkého neuvidí již mrtvého, často se stává, že se hůře vypořádávají s jeho smrtí. Zdá se to pro ně neskutečné a nevysvětlitelné. Jestliže však z nějakého důvodu nepřijdou, pečující může upraveného zemřelého vyfotografovat jako důkaz, že o něj bylo dobře postaráno v jeho posledních chvílích života a bezprostředně po smrti (Špinková, 2015, s. 25).

Posmrtná ztuhlost přichází až za dvě hodiny po smrti, do té doby je čas se s nebožtíkem rozloučit. Vyplnit okamžiky s blízkým lze v tichosti, nebo je možnost předčítání duchovních textů. Avšak v místnosti zesnulého by se nemělo dít nic rušivého. Každý se rozloučí jiným způsobem, ale nenarušují se navzájem. Halifaxová doporučuje též modlitbu nad tělem. (Halifaxová, 2015, s. 217)

Tímto uzavírám teoretickou část a zahajuji výzkumnou, empirickou část.

EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části bakalářské práce je popsána kompletně metodologie. Cíl výzkumu, výzkumná otázka, metoda výzkumu a sběru dat, dále je popsán výzkumný soubor a způsob zpracování dat. Následují výsledky kvalitativního výzkumu v jednotlivých kategoriích. Poslední částí je shrnutí výzkumu a jeho přínos.

5 Metodologie

5.1 Cíl výzkumu

Cílem mého kvalitativního výzkumu bylo zjistit, zda je možné v pobytových službách umírajícího seniora doprovázet a jakým způsobem je doprovázení realizováno. Tedy jak se mění chování pracovníků v pobytových službách pro seniory k lidem, kteří umírají. Zda mají jiné postupy práce, mění se jejich komunikace, navázání rozhovoru, jak se mění jejich harmonogram dne aj.

5.2 Výzkumná otázka

Kvalitativní výzkum považuje Hendl za pružný, jelikož se výzkumná otázka může doplňovat až během sběru dat. Avšak na samotném začátku je nutné mít výzkumnou otázku stanovenou. Výzkumných otázek dle Hendla smí být i více. (Hendl, 2008, s. 48)

Já jsem si položila výzkumnou otázku takto: Je možné doprovázet umírajícího v pobytových službách pro seniory, a jakým způsobem je toto doprovázení realizováno z pohledu pracovníků v sociálních službách?

Všechny otázky, které jsem respondentům kladla, směřovaly k cíli práce. Zároveň mi dávaly odpověď na výzkumnou otázku, kterou jsem si stanovila na základě teoretické části bakalářské práce. Znění hlavní otázky výzkumu: **Jak vypadá všední den klientů v zařízení?** Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak vypadá všední den klientů, kteří nejsou na konci svého života. Poté jsem mohla učinit srovnání, jaké změny nastávají, pokud klient umírá, jak se mění jeho den. Jaké se mu naskytují možnosti. Tudíž jako další otázkou bylo: **Co se změní v jeho všedním dnu, když je člověk na poslední cestě života, když umírá?** Jak již jsem zmínila, těmito dvěma otázkami

jsem mohla srovnat, trávení času v zařízení „zdravého“ a umírajícího klienta. Tato otázka mi otevřela pomyslné dveře na další okruhy na téma doprovázení umírajících.

Další okruhy otázek byly následující:

- Liší se potřeby umírajících? Jak k nim přistupujete? Jak je doprovázíte?
- V čem je komunikace s takovými klienty odlišná?
- O čem se s umírajícími klienty bavíte?
- Jaké nastávají změny v pokoji, kde člověk umírá?
- Jaké máte rituály se smrtí spojené?
- Jakým způsobem zapojujete rodinu?
- Poskytujete klientovi nějaké formy terapie? Jaké?
- Jakým způsobem podáváte stravu?

5.3 Metoda výzkumu a sběru dat

Metodu výzkumu jsem zvolila pro dané téma, doprovázení umírajících v bytových službách pro seniory, kvalitativní výzkum. Taková metoda se soustředí na pochopení situací, činností lidí. Jaký význam lidé přisuzují daným věcem. Jak vnímají určité situace. Porozumění významů se považuje za cíl metody.

Kvalitativní výzkum se užívá zejména při zjišťování chování lidí, osobních příběhů a chodu organizace, vztahových záležitostí. (Strauss, Corbinová, 1999, s. 10)

Pro získávání dat jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor. Miovský o metodě rozhovoru říká, že se jedná o náročnou metodu. Avšak je velice výhodná. Rozhovor může mít tři podoby. Nestrukturovaný, strukturovaný a polostrukturovaný, který jsem si pro sběr dat vybrala já. Miovský o polostrukturovaném rozhovoru tvrdí, že se skládá z předem připravených okruhů témat, na které se tazatel bude ptát respondenta. Otázky může klást pokaždé trochu jinak, zaměřovat je, přizpůsobit mluvě respondenta. Také je možné se doptávat a dožadovat se vysvětlení, jak bylo tvrzení myšleno, zda tazatel správně pochopil, co chtěl respondent říci. Okruhy otázek tazatel dle potřeby rozšiřuje, aby bylo zřejmé, co má otázkou na mysli. Při polostrukturovaném rozhovoru se užívá většinou i záznamový arch, který slouží jako pomůcka pro výzkumníka. Postupně si odškrťává okruhy, kterým se již věnoval a má tudíž přehled, na co by se ještě měl dotázat. (Miovský, 2006, s.155, s. 157, s. 159 – 161)

Jak jsem již zmínila, mou volbou pro sběr dat byl polostrukturovaný rozhovor. Měla jsem připravené okruhy témat, na které jsem se dotazovala respondentů. Do výkladů jsem však vstupovala s mými doplňujícími otázkami, ujišťovala jsem se, že dané odpovědi správně rozumím. Posloupnost otázek jsem měnila dle potřeby. Celé rozhovory jsem nahrávala na diktafon a následně je přepisovala do podoby transkriptu.

5.4 Popis výzkumného souboru

Při hledání respondentů jsem využívala e-mailové korespondence. Psala jsem žádosti o poskytnutí rozhovoru s pracovníky v sociálních službách vedením služeb. Zpětné vazby se mi dostalo jen z jednoho zařízení. Poté jsem se osobně ptala personálu jednotlivých služeb, zda by bylo možné polostrukturované rozhovory udělat. Tento přístup osobního kontaktu byl úspěšnější. Kontaktovala jsem i několik hospiců, abych měla také srovnání v doprovázení umírajících oproti domovům pro seniory, ale nebylo vyhověno mému požadavku. Z hospiců jsem nedostala žádnou odezvu. Avšak ředitelka jednoho zařízení mi domluvila rozhovor v jiném domově pro seniory, který jsem dříve nekontaktovala. Polostrukturované rozhovory jsem prováděla ne vždy na pracovišti, kde pracovníci působí. Nahrála jsem pět rozhovorů s pracovníky v sociálních službách. Předem jsem je seznámila s tématem rozhovoru, upozornila jsem je, že vytvořím i audionahrávku na diktafon. Také jsem pracovníky upokojila, že nahrávky budou sloužit jen k vytvoření mé bakalářské práce, že zachovám anonymitu respondentů, popřípadě dalších jmen a údajů, které omylem během rozhovoru poskytnou. Všichni s podmínkami souhlasili.

Sběr dat proběhl jak na pracovištích, tak i v domácím prostředí respondentů. Místo bylo stanoveno po předchozí domluvě s pracovníkem. Vycházela jsem vstříc jeho požadavkům, aby se při poskytování rozhovoru cítil v pohodě a klidu. Při sbírání dat na pracoviště nás občas vyrušil telefonát, běžný ruch na oddělení, klepání na dveře. Podle mého uvážení ruch při rozhovorech neměl žádný vliv na výsledky. Pokud respondentovi zazvonil telefon v průběhu sběru dat, pozastavila jsem nahrávání a poté je zase spustila. Pracovník se v klidu mohl zase soustředit na položenou otázku. Popřípadě jsem mu ji musela připomenout. Při děláním rozhovoru v domácím prostředí respondenta nám byla přizpůsobena místnost, kde byl přiměřený klid. Byla jsem k němu

pozvána v hodinu, kdy v domácnosti nebyl nikdo jiný. Bylo tedy ticho a mohli jsme se dostatečně soustředit na průběh a vedení rozhovoru. Podle mého názoru byli respondenti více uvolnění ve svém přirozeném prostředí, než na pracovišti. Připravili sami takový prostor, kde se cítili dobře, měli na rozhovor více času, mohli se udělat k pohoštění svůj oblíbený nápoj, být v oblečení, které je jim příjemné. Při rozhovoru na mě působili více v pohodě, vyrovnanější a pod menším stresem. Nebáli se zacházet do větších detailů, než respondenti na pracovištích.

Pro účely práce budu používat pro jednotlivé respondenty, se kterými jsem vedla polostrukturovaný rozhovor zkratky. A to R1, R2, R3, R4, R5. Ačkoli se jedná ve všech případech o respondentky – ženy, budu o respondentech mluvit v mužském rodě.

Setkala jsem se s respondentem (R1) (jednalo se o ženu ve věku cca 35 let), který chtěl vědět předem okruhy otázek, na které bude dotazován. Následující den mu okruhy otázek byly mnou poslány e-mailem. Při sběru dat jsem viděla značnou připravenost pracovníka na okruhy otázek. Dokonce si udělal i poznámky a body, o kterých chce dále hovořit. Tento polostrukturovaný rozhovor byl časově nejdelší a obsahově nejbohatší. Snažil se mi poskytnout co nejvíce informací, zabíhal i do větších detailů než ostatní. Rozhovor bral hodně vážně a přistupoval k němu zodpovědně. V Domově pro seniory pracuje jen pár let, ale prodělal kurz na doprovázení umírajících. Je tudíž velice dobře informován. Své poznatky aplikuje do reálných situací.

Respondent 2 (R2) byla žena ve věku cca 43 let. S respondentem jsem se setkala u něj doma v prostředí jemu známému. Nechtěla dopředu znát otázky, tudíž jsem jí je neposkytla. Odpovídala velice obsírně, šlo znát, že má v sociální oblasti přehled.

Další respondent (R3), jedná se o ženu ve věku cca 40 let, byl méně komunikativní, dělalo mi problém se dotazovat na doplňující otázky. Neměl moc přehled o tom, jak doprovází umírající. Byl velice stručný a nezacházel do detailů. Často i odpovídal holou nerozvinutou větou. Pozorovala jsem nezainteresovanost do dané problematiky a také malou motivaci poskytovat data.

Respondent 4 (R4) je také žena, ale ve věku 57 let, která se v sociální oblasti pohybuje již velmi dlouhou dobu. Polostrukturovaný rozhovor jsem s ní vedla na pracovišti v kanceláři sociální pracovnice. Během rozhovoru jsme byly několikrát

vyrušeny telefonátem. Mám ale pocit, že jsme vždy dokázaly navázat přesně tam, kde jsme skončily. Respondent byl komunikativní, o oblast umírání se velmi zajímal.

Poslední polostrukturovaný rozhovor jsem vedla s respondentem číslo 5 (R5). Jednalo se o ženu, ve věku 55 let. Respondenta jsem navštívila u něj doma v jeho volném čase. Byl velmi uvolněný, komunikativní. Zabíhal do detailů, které souvisely s tématem smrti a umírání. V sociální oblasti pracuje již delší dobu, zajímá se o tematiku umírání i ve svém volném čase. V práci je o ní známo, že se umírajícím klientům více věnuje, je trpělivější osoba. Naslouchá a mimo jiné pečuje o spirituální potřeby klientů.

V mé bakalářské práci chci zachovat naprostou anonymitu jak respondentů, tak i pracovišť, ze kterých pracovníci v sociálních službách pocházejí. Nepřáli si být jmenováni a ani nesouhlasili s tím, abych uváděla názvy zařízení, ve kterých jsou zaměstnáni.

5.5 Způsob zpracování dat

Jak jsem již zmiňovala, před každým rozhovorem jsem se respondenta otázala, zda souhlasí s pořízením zvukové nahrávky celého rozhovoru na diktafon. Všichni s tímto postupem sběru dat souhlasili. Dále jsem také seznámila respondenty s anonymitou. Tudíž neuváděla jsem jejich jména a ani pracoviště, ve kterých jsou zaměstnáni.

Pro účely zpracování dat jsem si zvolila transkripci. Již zhotovený audiozáznam jsem doslovně přepisovala do textového editoru, aby došlo k nejpřesnější interpretaci respondentových odpovědí.

Následovalo označování oblastí, které se shodovaly téměř u všech respondentů. Analýzu jsem provedla dle Miovského metodou vytváření trsů. Jednalo se o podobné výpovědi od respondentů. Docházelo k podobnosti. Díky těmto vytvořeným trsům lze určit kategorie. (Mioviský, 2006, s. 221)

5.6 Výsledky / interpretace výzkumu

V části interpretace výzkumu se budu zabírat výsledky rozhovorů zařazených do jednotlivých kategorií, které vystaly z výzkumu. Pro dané okruhy témat jsem se rozhodla na základě všech polostrukturovaných rozhovorů, které jsem s respondenty udělala. Témata, která jsem ve své práci uvedla, se prolínala ve všech zařízeních. Byl tudíž velice jednoduchý úkol, vymezit okruhy témat. Jednotlivé kategorie jsou nedílnými součástmi doprovázení umírajících. Všichni respondenti se s takovým doprovázením umírajících na pracovišti alespoň částečně setkali. Jedná se o kategorie: Komunikace s umírajícími, Změna prostředí zohledňující skutečnost umírání, Rituály spojené se smrtí klienta a rozloučení se s ním, Péče o tělo zesnulého, Zapojení rodiny do procesu umírání, Stravování a podávání tekutin a Aktivizace. Právě kategorie aktivizace se dělí na další tři podkategorie zaměřené na bazální stimulaci, snoezelen a další terapie a dále na trávení volného času umírajícího.

5.6.1 Změny prostředí zohledňující skutečnost umírání

Daným okruhem nazvaným „Změny prostředí zohledňující skutečnost umírání“ mám na mysli takové změny v místnosti umírajícího nebo v jeho okolním prostředí, které upozorní další, ať už uživatele či pracovníky na to, že se v pokoji nachází někdo, kdo se právě nachází ve svém posledním úseku života. Jako příklad nám může posloužit dřívější užívání zástěn mezi lůžky, aby „ušetřili“ spoluuživatele od pohledu na umírajícího člověka. Dále se může jednat o jakoukoli výzdobu na pokoji uživatele, přemístění do jiné místnosti.

Respondenti se ve většině případů nesetkali s nějakými změnami na pokojích. Lze usoudit, že změna na pokoji také souvisí s povahou zařízení. Pokud se jednalo o zařízení s křesťanskými hodnotami, nastaly na pokoji změny větší, které mohly upozornit i spoluuživatele o blízkém odchodu klienta. Usuzuji, že ve většině zařízení nejsou ještě připraveni v plné míře na nějaké větší změny na pokoji umírajícího uživatele, ačkoli jim určité alternativy jsou známy.

Při dotazování na to, zda nastává nějaká viditelná změna v místnosti umírajícího, mi respondent 1 odpověděl, že například používají zástěnu, ale to je v případě, že si to spolubydlící přeje. Dále se také zmínil o změně na dveřích pokoje umírajícího klienta

ve formě obrázku zapadajícího slunce s úryvkem ze žalmu. Tento obrázek může upozornit pracovníky a další klienty, že někdo na oddělení umírá. Dostávají podnět k modlitbě za člověka v konečné fázi života.

R1: *„Někdy si ale spolubydlíci nepřeje, abychom plentu zatahovali, že se chce k tomu umírajícímu modlit, že spolu byli na pokoji, tak proč by ho měl opouštět. Pokud je ale spolubydlíci nepříjemné být u toho umírajícího, snažíme se ho přestěhovat ... Když vidíme, že je již v takovém stavu, dáváme na dveře jeho pokoje takový obrázek ve velikosti A4, na němž je západ slunce a pod tím je citát ze žalmu. Obrázek má vyjadřovat naději, že klient odchází na lepší život. Když personál prochází kolem tohoto pokoje, kde visí takový obrázek, může se za klienta pomodlit. Je to takový symbol, že na oddělení někdo umírá a pro ostatní babičky je to takové znamení, některé mají zájem, že se přijdou na pokoj s umírajícím rozloučit, pomodlit se. .“*

R2 tvrdí, že žádné změny na pokoji nenastávají. Je vidět, že se v zařízení postupně vzdělávají v tematice umírání. Respondent ví, co by bylo vhodné udělat za změny na pokoji umírajícího, je obeznámen o různých alternativách.

R2: *„Takže žádná změna na tom pokoji u nás zatím nenastává na tom pokoji. Samozřejmě je, pokud by ten člověk potřeboval něco speciálního, protože vím, že jedna paní se měla vrátit z nemocnice a měla tam, že bude potřebovat kyslík, tak samozřejmě by se nějaké změny na tom pokoji musely udělat, ale zatím jsme my s tím nepřišli, opravdu. Z praxe nevím, že bysme něco takového dělali, ale vím, třeba i z toho filmu, že ty třeba uživatele dávali k oknu, aby se dívali třeba ven, ať na ně ještě zasvítí slunce a prožijí ještě nějaké takové prožitky toho dne, ale my jsme se s tím ještě nesetkali, i když třeba vím o těch informacích, jak by se to třeba mělo dělat, nebo jak by to bylo vhodné. U těch vícelůžkových pokojů, tak ani nejde, takové ty velké možnosti nejsou. .“*

Respondent číslo 3 se se žádnými změnami nesetkal. O tematiku umírání se moc nezajímá. V zařízení podle něj nemají ani uzpůsobené pokoje k nějaké změně.

R3: *„Závěsy jsme tam neměli. V těch dočasných prostorech, tam to na to ani není uzpůsobené, no a ani nic jiného nevím. Asi žádná změna. “*

Respondent 4 uvádí, že se na zařízení snaží, aby měl umírající klient co nejvíce soukromí. Snaží se s dalšími spolubydlíci domluvit na to, aby chodili na pokoj co

nejméně a spíše jen na přespání večer. Tímto způsobem zajišťují klientovi klidné prostředí. Co se týče závěsů mezi lůžky, používají je pouze při manipulaci s uživatelem.

R4: „Tak pokud je to vícelůžkový pokoj, tak se snažíme, aby byl v soukromí. Aby ti spolubydlící tam šli až na tu noc. Jako až co nejpozději.... Zástěny máme a používáme je při manipulaci klienta. Ale nezatahujeme to hned, když umírá, to ne.“

5.6.2 Zapojení rodiny do procesu umírání

Na základě zjištěných informací jsem zjistila, že se spolupráce s rodinou liší v každém zařízení. Každé zařízení využívá jiné techniky, jiné postupy. Pracovníci podporují komunikaci rodiny a klienta v jeho konečných fázích života. Co se ale neliší, je individuální návštěvní doba umírajícího. Ve většině zařízení pro blízké umírajících lze zajistit buď lůžko, nebo křeslo na přenocování na pokoji umírajícího. Spolupráce se také odvíjí od posouzení lékaře o stavu klienta. Pokud lékař dojde k závěru, že klient umírá a kontaktuje rodinu o stavu klienta, zařízení se poté více věnuje spolupráci s rodinou umírajícího. Můžou více mluvit o závažnosti stavu umírajícího s rodinnými příslušníky. Domnívám se tedy, že zapojení rodiny do procesu umírání úzce souvisí a navazuje na posudek lékaře, který klienta vyšetřuje a konstatuje poslední fázi života.

Zapojení rodiny bylo různé v jednotlivých zařízeních. Respondent 1 se setkal s praxí velmi vstřícnou pro rodinu umírajícího. Jedno zařízení dokonce dává k přečtení brožuru o umírání. Vnímá jako velmi důležité říct osobě umírající poslední krásná slova. Slova lásky, odpuštění. Rodina se v zařízení zapojuje do procesu umírání tím způsobem, že rodinní příslušníci mohou pomoci při podávání stravy, koupeli klienta. Pracovníci též informují rodinu o věcech praktických, které je ještě před smrtí klienta potřeba zařídit.

R1: „ Informovat rodinu nebo připravit tu rodinu, aby se nebáli říct též pěkná slova tomu umírajícímu. Že třeba té mamince děkuji za výchovu, za to, že na mě měla čas, že na mě byla vždycky vstřícná, prostě poděkovat. ...Stačí si v srdci povědět, pokud není schopen povědět to nahlas: „maminko, odpouštím ti“. Pak je důležité umět toho člověka propustit. ...Někdy je opravdu vstřícná a ptá se, jak může pomoci, někdy se toho ta rodina bojí, tak to nechává všechno na nás. ...Pak jim může sestra nabídnout ty čtyři slova: odpuštění, mám tě rád, odpouštím a děkuji....Takové projevy lásky mohou být

různé, např. napsaný dopis, ...Projev lásky může být i v takovém gestu, kdy rodina přichází za umírající maminkou a podává jí stravu...je potřeba dát tu péči, tu něhu, prostě tak, jak to dávala naše maminka nám, ...Někdy rodinu upozorníme už dřív, ne až na tu poslední chvíli. Rodinu informujeme o tom, že by dotyčnému měli zařídit oblečení na poslední cestu.“

R2 vnímá velkou závislost na posudku lékaře. Jako pracovník v sociálních službách nemůže informovat rodinu o stavu klienta, ale může pouze říci, že se situace horší, že by se mohli přijít rozloučit. Také jako velké plus přičítá ke spolupráci s rodinou roční scházení se a vysvětlování paliativní péče.

R2: „Hm. Spolupráce s rodinou určitě. I s tím lékařem, když jsme o tom mluvili, tak prostě nikde nebylo doporučeno, aby my jako pracovníci v přímé péči, jako sociální pracovníci nebo ředitel jsme informovali o rodinu, že třeba umírá, nebo že mu zbývá tolik a tolik času. Že my si to nemůžeme dovolit. Může si to dovolit jedině lékař. ...Jako my té rodině nemůžeme říct, že tatínek umírá, ale že tatínek má takový a takový vážný stav. A že by bylo dobré se za tím tatínkem ještě podívat a popovídat si. Protože tatínek si to přeje, nebo maminka.... S rodinou samozřejmě pracujeme, každý rok se s nimi scházíme a vysvětlujeme jim paliativní péči a tak.“

R4 vypovídá, že spolupráce s rodinou souvisí také s lékařem, na jeho posudku. Shodná výpověď byla i od R5 a R3, kteří také říkali, že pro rodinné příslušníky je zde možné přespání pouze v křeslech. Lůžko jim tedy neposkytnou. Jako další variantu zmínil jen R4. Pokud by ovšem měli zájem být s klientem sami, personál klienta převezme na lůžku do společenské místnosti, kde mohou trávit společně noc, aniž by byli rušeni. Zařízení spolupráci s rodinou také zlepšují darováním letáku o smrti a umírání. Zde se dočtou důležité a podstatné informace, které je dobré vědět. I když je pracovník s takovými informacemi seznámí, mnohdy nejsou schopni pobrat tolik informací, nebo se prostě jen nesoustředí. Brožuru si tedy přečtou v klidném prostředí doma.

R4: „Všechno závisí na lékaři. Když ale už víme, že uživatel umírá, tak zavoláme rodinu a řekneme jí, že už ten zdravotní stav není tak dobrý, že by měli maminku ještě navštívit... Kdyby rodina projevila zájem, tak tady může i přespát. Teda nemáme místo tady na další lůžka, ale třeba v křeslech a podobně. Můžeme jim toho blízkého převést do návštěvní místnosti, aby byl s nimi.... Když pak umře ten uživatel, tak jim dáváme i

takový letáček, kde se dočtou, jak postupovat. Protože ani někdy nejsou při smyslech natolik, že by mohli pojmout ty informace od nás, tak jim to i tak sice řekneme, ale i dáme tu brožurku, no.“

R5 říká: „, Jo, tak rodinu zapojujeme. Tak jako návštěvy jsou tam možný pořád, na tom se nic nemění. ... ale teda jako nějakou postel nepřistavujeme. To tak křeslo. Tam se vystřídají. ... o tom, že klient umírá, tak to informujeme.

R3: „, Určitě, ta rodina je informována. U jedné paní rodina trávila dost času. Dá se domluvit, že rodina s umírajícím zůstane i přes noc, můžou sedět u lůžka. U umírajících netrváme na dodržování návštěv. ...Lůžka určitě nepřistavujeme, spíše bychom poskytli křeslo, aby se v něm mohli střídat. Máme malé prostory na to, aby se na pokoj vešla další postel, a v těchhle dočasných prostorách jsou zase vícelůžkové pokoje. .“

Většina seniorů umístěných v zařízeních určených pro seniory vnímají na sobě psychosociální i duchovní stres. Je pro ně tudíž velmi podstatné vidět svoji rodinu častěji, vidět také zájem z jejich strany o osobu seniora. (Bednář, Hauttová, 2003, s. 11)

5.6.3 Stravování a podávání tekutin

Dle výroků respondentů je zřejmé, že se stravování a podání tekutin mění v průběhu umírání. Umírající jsou více pasivní, potřebují zvláště upravenou stravu. Při podávání stravy je nutné, aby byl pracovník trpělivý a klient měl své pohodlí. Toho docílí polohovacími pomůckami, křesly apod. Podávání nápojů alternativními způsoby např. zmražením a vkládání do úst klienta je provázáno s prací s biografií. Pobytové služby tedy vychází z poznatků nabytých od rodiny či klienta v biografii. Jídlo mu dle přání přizpůsobují.

Responden 1 říká, že pokud člověk umírá, začíná postupně odmítat tuhou stravu. Je pro něj lepší přejít na kašovitou či mixovanou. Také uvádí, že pokud odmítá veškerou konzistenci stravy, podávají nutridrinky. Co se týče podávání tekutin, dle biografie se zjistí, jakou chuť nápoje měl klient rád a podává se mu nápoj v podobě kostek ledu. Ústa pravidelně vytírají navlhčenou vatou. Při podávání stravy považuje za důležité polohování uživatele. Díky nimž si může klient užít své jídlo a dostatečně je vychutnat v pohodlí.

R1: „Začne odmítat tuhou stravu, přecházíme na kašovitou nebo mixovanou stravu, nutridrinky... můžeme se u něj starat o dutinu ústní. Má menší přísun tekutin, takže ta dutina ústní vysychá, takže když víme, že měl rád šťávu z pomeranče, tak se nějaký pomeranč vymačká, ta šťáva se zmrazí na kostku ledu a tím se pak ta pusa otírá nebo si to klient v ústech cucá. Máme i štětičky přímo na vytírání úst, jsou s příchutí citronu, takže péče po ošetřovatelské stránce je tam maximální. Důležité je polohování, antidekubitní matrace proti proleženinám.“

V zařízení respondenta číslo 2 se jídlo konzistenčně upravuje všem klientům nevyjímaje umírajících. Jsou totiž členem programu Bon appetit. Také zaměstnanci jsou vhodně oblečení při podávání stravy. V zařízení chtějí dodržovat rituály klienta, které měl ve svém životě zakomponované. R2 také říká, že uživatele polohují při jídle, aby pro ně bylo stravování příjemné. Informace o zvyklostech klienta zjišťují v biografii. Provázanost stravování a biografie uvedl také R3.

R2: „, Takže to jídlo je upraveno na takové jednohubky, aby si to jídlo mohli vzít a vložit do úst. Jídlo je tak důstojné a estetické brambory jsou třeba na bramborové pusinky, jo. Maso je do různých válečků, kuliček. A taky máme třeba oblečené zástěry, co se dříve nosily, takové ty s tím laclem.... Takže když tam bylo napsané, že byl zvyklý třeba po obědě pít kávu, tak se to dodržuje...ať už bazální stimulací, nebo kinestetickou mobilizací ty lidi tak polohujeme a tak podkládáme, že ti uživatelé jsou schopni v těch křeslech sedět pohodlně.“

R3: „, Vycházíme maličko z biografie, jako co se týče stravování. Ale úplné základy.“

R5 se ke stravování vyjádřil tak, že k umírajícím uživatelům jsou posíláni více trpěliví pracovníci z důvodu zajištění klidu klienta. Oblíbené jídlo zjišťují u klienta pomocí biografie

R5: „, Tak stravu podáváme různou. Dia, mixovanou, šetrnou. Máme to tak rozdělený, že na podávání stravy chodím třeba já. Jsem víc trpělivá. Aspoň si ten klient to jídlo víc užije a není to tak ve spěchu. Jako myslím si, že každý pracovník vyniká v něčem. Někdo v té trpělivosti, někdo zase v preciznosti.“

V poslední fázi života je již zcela normální, že se člověk varuje před tuhou stravou. Potrava se přizpůsobuje potřebám umírajícího. Celkově se mění i stravovací

návyky a to zejména tak, že už nemá zájem o tuhé pokrmy, maso, poté zeleninu a další špatně stravitelná jídla. Umírající člověk postupem času ztrácí chuť k jídlu úplně. Je tudíž vhodné, aby jeho příjem tekutin byl vyšší, než je obvyklé. Jako pomůcka při podávání tekutin poslouží dobře kávová lžička, slánka, dětská lahev. Rty by měly být často vlhčeny. (Špinková, 2015, s. 10 - 11)

5.6.4 Komunikace s umírajícími

Z většiny výpovědí lze vyvodit, že komunikace s umírajícím klientem jiná je. Pracovníci přistupují s větším klidem, rozvíjí konverzaci na témata klienta. Více se zaměřují na téma smrti. Vnímám jako důležitý aspekt víry pracovníka. Z vedení polostrukturovaného rozhovoru jsem zjistila od jednotlivých respondentů, zda jsou věřícími lidmi. Věřícím je v tomto případě zamýšlen stoupenec římskokatolické církve. Pokud je pracovník sám věřící, poskytně uživateli lepší zázemí v komunikaci, nabídne mu i modlitbu, duchovní rozhovor.

V komunikaci považuje R1 jako důležitý prvek dotek. Dotek a tichá přítomnost je mnohdy víc, než množství slov. Takový dotek doplňují i modlitbou s klientem. Klient se dle jeho názoru chce se svými obavami a strachy podělit s ostatními.

R1: „ *Kdyby klient umíral, tak ona třeba dělá hygienu a sestřička si může k dotyčnému sednout, držet ho za ruku, modlit se. Myslím si, že hlavní potřebou toho umírajícího je dotyk. Lidé se právě bojí, co dělat, co říkat, že se cítí v takové svízelné situaci, pro ně možná neřešitelné nebo strašidelné, bych řekla, ale nebát se toho člověka chytit za ruku, třeba ho pohladit, jenom ho držet, prostě aby ten umírající cítil ten kontakt, že tam s ním někdo je....že se ten dotyčný s námi chce podělit o to, z čeho má strach. Chce s námi o té smrti, o tom přechodu, mluvit. Neměli bychom tu jeho větu podceňovat, spíš bychom se měli zajímat o to, proč to tak říká, zda to cítí. Myslím si, že to někdy člověk opravdu vycítí, že je smrt blízko.*“

R2 vnímá jako hlavní změnu v komunikaci tón hlasu. Hlas by měl být zejména klidný, aby se nepřenášel na uživatele stres. Dále se využívají techniky aktivního naslouchání.

R2: „ *Klidný tón, aby byl tón hlasu přizpůsoben, jo. Tomu, aby se ten člověk uklidnil a právě aby ten člověk byl schopný naslouchat tomu uživateli.*“

R4 a R5 se shodli na tom, že s klientem hovoří již více o smrti. Teda pokud o to sám uživatel projeví svůj zájem. Zodpovědnost přenechávají klientovi, má svobodu se sám rozhodnout a využít svůj zbývající čas. R5 Také uvedl, že klient také často projeví zájem o modlitbu. Pracovník se tomu nebrání. Modlí se s klientem různými způsoby. Šeptá mu modlitbu do ucha, odřikává modlitby v duchu.

R4: „Všechno je to o tom, zda ten uživatel ještě chce komunikovat. Jestli ale se chce bavit o smrti, tak nebráníme se tomu. Snažíme se mu na to odpovědět a bavit se na to téma. A někdy se taky ptají i na to, co bude po smrti, tak jim řekneme, co bude s tělem, kdy informujeme rodinu, jak to bude všechno probíhat. .“

R5: „Tak bavíme se s klientem jako víc o smrti. Jak chce on. ... no vyloženě jiná ta komunikace není.“

Respondent 5 se společně s klientem modlí, nebo mu předčítá.

Špinková říká, že umírající člověk již pomalu ztrácí pojem o čase, někdy ani nerozeznává osoby, které za ním přichází. Dochází ke ztrátě spojení s naší realitou. Někdy může také nastat taková situace, kdy člověk vidí zesnulé lidi, či nějaké jiné nevysvětlitelné věci. Může se jednat o halucinace. V takovém případě necháváme člověka v jeho světě a připojujeme se k němu. Hrajeme jeho hru. Z fantazií jej nevytrhujeme. Při posledních chvílích života by měl pečující využívat čas strávený s umírajícím ryze pravdivě. Jednat s ním narovinu. (Špinková, 2015, s. 13 – 14)

5.6.5 Aktivizace

V této oblasti se zaměřím na dvě podkategorie nazvané „Využití bazální stimulace při práci s umírajícími“, „Snoezelen a další terapie“ a trávení volného času. Zařadila jsem do této oblasti analýzy dat koncept bazální stimulace, jelikož se jedná o doplněk terapie a díky které se může člověk zaktivizovat. Snoezelen se může skládat z různých podružených terapií jako je například aromaterapie. Tudiž v této oblasti nemůže chybět. Z výpovědí respondentů je zřejmé, že umírající klienty v rané fázi umírání, kdy ještě sami mají zájem o takové formy odpočinku jako je snoezelen, se taková aktivita provozuje. To samé platí i o trávení volného času aktivizačními činnostmi provozovanými na pracovišti v podobě např. loupání cibule. Pokud je uživatel ještě vitální a má zájem se takových aktivit zúčastnit, personál jeho chuť něco dělat

podporuje. Je-li však situace taková, že se uživatel nachází již v posledních dnech svého života, ztrácí už chuť a náladu pro takový program. Zůstává spíše na lůžku a dává přednost klidným, pasivním aktivitám. Co se týče snoezelenu, takový uživatel není převážně do místnosti k tomu určené, ale jednotlivé terapie, jsou prováděny individuálně i lůžka klienta. Vše dle přání a potřeb uživatele.

Využití bazální stimulace při práci s umírajícími

U všech respondentů jsem zaznamenala shodu. Při doprovázení umírajících využívají všechna zařízení bazální stimulací. A to zejména v podobě uvolňujících masáží. Dále z jednoho rozhovoru vyplynulo, že pokud bazální stimulace pracovníky baví, jsou znát výsledky dřív, než u pracovníků, kteří k bazální stimulaci moc neinklinují.

Respondent 1 říká, že uživatele zařízení často masírují, při podávání nápojů vychází z biografie a to tím způsobem, že vychází z informací uvedených v biografii uživatele o oblíbených nápojích. Ten pak zamrazí do kostek ledu, klient poté může takovou kostku cumlat v dutině ústní nebo jí pracovník otírá klientovy rty.

R1: *„Ke klientovi často chodíme, a masírujeme ho třeba. Potom tak tu zmrazenou kostku oblíbeného nápoje, takže když víme, že měl rád šťávu z pomeranče, tak se nějaký pomeranč vymačká, ta šťáva se zmrazí na kostku ledu a tím se pak ta pusa otírá nebo si to klient v ústech cucá.“*

R2 uvedl, že po čase provádění bazální stimulace se klientova motorika zlepšila. Začal se stravovat opět samostatně bez dopomoci pracovníků. Bazální stimulaci užívají zejména při koupeli, ale pouze u těch klientů, kteří jsou pohybově limitováni, nebo kteří nekomunikují verbálně. Ke stimulaci také dochází v reminiscenčních místnostech, nebo křeslech. Dále R2 říká, že pokud zaujímá pracovník k bazální stimulaci lepší postoj a baví ho, výsledky stimulace jsou prokazatelně dříve.

R2: *„Zjistili jsme, že když se provádí bazální stimulace u těchto lidí, tak třeba i začali sami jíst. Jo, že ta ruka se opravdu tak procvičila, že byl schopný uchopit to jídlo do ruky a sám začít jíst. Dříve jsme ho byli nuceni sami krmit.... při tom koupání se provádí bazální stimulace u těch, se kterými není možná verbální komunikace, nebo*

u těch, kteří mají fyzické omezení, že nejsou schopni něco třeba dělat... Po tom obědě se bazální stimulace provádí jak na lůžku, tak v křesle tak v reminiscenčních místnostech...Ale někdo k bazální stimulaci má lepší vztah, někdo menší. Ale to je asi tak se vším. Někoho to baví více. Ti, koho to baví více, tak jsou vidět ty pokroky větší.

V zařízení respondenta 3 bazální stimulaci znají a věnují se jí jen okrajově. Stejnou výpověď jsem obdržela od respondenta 5. Bazální stimulací využívají a uživatele polohují. Dále se v zařízení R2 zaměřili více na smyslovou stimulaci zrakovou, kde využili volného místa na stopě nad postelí klientky. Nalepili na volnou plochu obrázek květiny. Zorný úhel u klientky zůstal nedotčen, ale měla další objekty k pozorování.

„R3: „Bazálku tady děláme. Ale ne nějak moc do hloubky. Jen tak občas uděláme nějakou masáž a tak. Nic výjimečného...Jedna paní je upoutaná na lůžko, a aby nekoukala pořád do bílého stropu, tak jsme jí tam nalepili takovou velkou kytku.“

R5: „Provádíme tady i bazální stimulaci, známe taky různé druhy uvolňovacích masáží a taky ty klienty polohujeme na lůžku. Různé pomůcky k tomu máme.“

Snoezelen a další terapie

Mezi nejčastější terapie, které jsou poskytovány umírajícím uživatelům, uváděli respondenti aromaterapii. Často ji využívají v místnostech tomu určených, ale lze tuto terapii také provádět individuálně na pokojích. Respondenti uváděli, že je také oblíbená canisterapie. Veškeré terapie jsou ale prováděly v závislosti na svobodné volbě uživatele.

V zařízení respondenta 4 se nachází tzv. relax klub. Ve výbavě pokoje jsou křesla, na kterých jsou uživatelé napolohováni, mohou poslouchat např. zurčení vody. Pracovník při tom smyslově aktivizuje pomocí aromaterapie. K aromaterapii nedochází pouze v relax klubu, ale i v jídelně, kde mohou vnímat vůni čokolády, díky níž se snáze uživatelé navodí na podávání stravy. K aromaterapii dochází i individuálně na pokojích klientů. Opět pracovníci v sociálních službách vychází z biografie, z oblíbených vůní.

R4: „Poskytujeme taky relax klub. Tzn. Taková místnost, kde jsou klienti napolohováni a je tam aromaterapie, i se tam pustí třeba zurčení vody a tak. I přes den

děláme smyslovou aktivizaci. A to aromaterapii. V jídelně jako pouštíme vůni třeba čokolády, člověk se potom navodí na podávání stravy. Nebo i individuální i na pokoji. To máme aromalampy. Pokud má v biografii napsaný, jakou má rád vůni, tak mu ji pouštíme na tom pokoji.“

R3 a R5 se shodli na tom, že používají ve svých zařízeních canisterapii. R5 jako další terapie uvedl aromaterapii. Muzikoterapii již u umírajícího klienta neprovozují. Je tu také na rozdíl od R3 navíc i snoezelen, kde uplatňují aromaterapii.

R3: „*Využíváme u umírajících akorát canisterapii, jinak asi nic.“*

R5: „*Máme tady i takovou místnost, říkáme jí solná jeskyně, ale dalo by se říci, že je to snoezelen. Tam jsou takové křesílka, přitmi, může se zapnout nějaký světýlko a tak. Tak se vlastně dělá muzikoterapie, aromaterapie, ale u umírajících muzikoterapii neděláme. Tam spíš už tu canisterapii.“*

Trávení volného času

Téměř všichni respondenti se shodli, že si klient svůj volný čas organizuje sám, je dotazován na různé činnosti, má možnost volby. Pokud má uživatel sílu a náladu, je zapojen do běžných činností domova a aktivizačních programů. Také z výpovědí vyplývá, že klienti jsou v závěru svého života spíše klidnější a vyhledávají raději pasivnější aktivity, kde není kladen důraz na velkou aktivitu ze strany uživatele. Ve všech zařízeních jim v takových přání vycházejí vstříc.

Respondent R1 uvádí, že se v zařízení specializují na takové činnosti, které jsou uživatelům dobře známy z dřívějšího života. Na umírajícím klientovi ale pozorují, že začne den ode dne chátrat po fyzické stránce.

R1: „*dělat takové smysluplné práce jako je louskání fazolí, párání starých svetrů, ta vlna se pak použije na výrobu různých hraček, ... setne se haluze a klienti si naškubají ty květy z lípy...činnosti, které dělávali běžně doma. Strouhání mrkve ... pomáhají strouhat brambory nebo upečou nějaký lehký zákusek a to pak slouží pro celý domov.“*

Během procesu umírání uživatele nastává změna, co se týče trávení volného času. Klient je již více pasivnější, někteří ale zvládnou ještě zapojení do běžného chodu domova. Tudíž jsou součástí aktivizačních programů, tréninků paměti a jiných činností.

Jako osvědčenou činnost považuje R2 loupání cibule a česneku. Umírající klient dle R2 i R3 je zapojen do aktivit na základě jeho svobodného rozhodnutí. V konečnější fázi umírání preferuje klient spíše klid na lůžku a četbu, popřípadě prohlížení starých rodinných fotografií.

R2:., aktivizační programy, trénování paměti, poslech hudby, čtení a takové ty činnosti. (...) Ale co máme teda velké úspěchy, to je třeba loupání cibule, česneku.... zaprvé už k ničemu nenutí a ani se mu nedoporučují žádné takové činnosti, které by ho nějakým způsobem rozrušovaly nebo oslabovaly. A pokud chce, tak ho necháváme na lůžku.... má rád, že když se mu třeba čte, prohlíží se rodinné fotky a aby se ten člověk dostal do nějakého klidu.“

R5:., klientovi předčítáme apod. Vycházíme z toho, co chce právě on. Do ničeho jej nenutíme. Jen nabízíme možné alternativy. Ale většinou preferují už více klidu.“

Jako dobrou inspiraci, jak aktivizovat uživatele, kteří jsou již upoutáni na lůžko či invalidní vozík, uvedl respondent 4. V zařízení využívají velké zahrady s altány, kam uživatele vyvážejí např. ke stravování. To ale vše v návaznosti na počasí a možnosti klientů.

R4: „V létě máme tady plno altánů, tak jsou vyváženi i s křeslem ven a tak se podává strava. To ale všechno podle ještě možností klienta, který umírá.“

V péči o seniora se klade důraz na podpůrnost. Zachování autonomie, důstojnosti. Udržení smysluplné práce. Pokud pracovník něco podniká vůči senioru, měl by to dělat s ním. Výjimkou není ani to, pokud již klient nevnímá. (Hájková, Funk, 2012, s. 45)

5.6.6 Péče o tělo zesnulého

Z výpovědí respondentů je zřejmé, že postup práce se nijak zvlášť neliší v žádném zařízení. Pracovníci jsou zvyklí klienta umýt, obléct, zajistit vše potřebné. Postřehla jsem, že se křesťanský rozměr na pracovišti nijak neodráží v péči o zesnulého, co se týče hygieny apod. Na všech zařízeních užívají podobné postupy.

Respondenti odpověděli velice podobně. Shodli se na postupu práce se zesnulým. Nejprve jej omyjí, vymění inkontinenční pomůcku, následně učešou, obléknou. Tento postup jsem zaregistrovala u všech respondentů stejný.

R2: „*Tak samozřejmě dojde u nás na zařízení k omytí, vyměnění inkontinenčních pomůcek a podobně. Musíme to tělo připravit kompletně, takže ho teda omyjeme, uděláme takovou tu hygienu, jako oblečení a tak.*“

R3: „*Tak určitě ho umyjeme. To je základem. To ale děláme vždycky jako tak ve dvou. Když ho už umyjeme, tak mu dáme tu plenu, aby nezašpinil prostěradlo a tak, protože tam vlastně ještě může k tomu dojít, no. Tak zavřeme mu oči, a oblečeme ho...pak jako učesat.*“

R5 zmiňoval péči o mrtvé tělo tak, že zesnulého nejdříve omyjí, vymění inkontinenční pomůcky, nejčastěji dávají plenkové kalhotky, poté jej učešou, oblečou do bílé košile. Stejně, co se nosí v nemocnicích zvaná anděl.

R5: „*musíme ho umýt, pak vyměníme inko pomůcky a tak. Samozřejmě učešeme, oblečeme takovýho toho anděla, co je v nemocnicích.....*“

Jakmile uživatel zemře, zůstává po nějakou dobu na oddělení. Co se týče péče o něj, podváže se mu hlava, aby se zamezilo propadení brady, tělo se umyje a přikryje bílou pevnou tkaninou. Nastávají dvě hodiny, ve kterých zůstává tělo na pokoji a následně je ohledá lékař, který je přivolán. Takto popsal péči o tělo zemřelého uživatele respondent 4.

R4: „*Když člověk zemře, tak to tělo zůstává určitou dobu v tom našem zařízení. Buď je pak tělo odvezeno nebo ne. O to tělo je tady péče, podváže se, jako aby se nepropadla brada. Pak se následně celé tělo omyje a je přikryto. To tělo musí zůstat ležet minimálně tak dvě hodiny a pak dojde na nějaké ohledání.*“

5.6.7 Rituály spojené se smrtí klienta a rozloučení se s ním

Respondenti v této oblasti vypovídali značně podobně, téměř ve všech zařízeních je kaple či jiná místnost určená k rozloučení se se zesnulým. Avšak v zařízení, které se svým posláním nebo cíli nespécializuje na doprovázení umírajících, má omezenější možnosti pro rozloučení se s klientem.

Na zařízení respondenta 1 se setkávají s takovým postupem práce, že zesnulého převezou do kaple, rozlučkové místnosti, kde je možnost se s ním rozloučit. Využívají ji jak ostatní uživatelé, pracovníci, tak rodina. Pracovníci v kapli zapálí svíčku, přinesou svěcenou vodu a zelený lístek na pokropení zesnulého. Za kaplí se nachází pietní

skříňka, do které se umístí fotografie zemřelého, aby bylo zřejmé, kdo domov opustil. Téměř totožně odpověděl R2, který uvedl, že zesnulého dováží do márnice, kde se též může rozloučit ten, kdo chce. Výpověď je shodná až na malý detail, a to, že fotografie nevystavují.

R1:., *pak toho zemřelého odvážíme do kaple, kde máme takovou rozlučkovou místnost, kde je s tím dotyčným možnost se důstojně rozloučit. ...Tam zapalujeme svíčku, dáváme tam svčenu vodu, nějaký zelený lístek na pokropení...vystavujeme fotografii, u které plápolá umělý plamínek do takové skříňky ... mohou tam přijít i klienti z oddělení a se zemřelým se rozloučit.*“

R2:., *máme tak tak zvanou márnici, kde máme místnost určenou, kde je lůžko pro mrtvého. Jsou tam i svíce, jsou tam i židle pro pozůstalé, kdyby se třeba chtěli rozloučit. Aji klienti mohou.*“

R4 zmínil, že ještě než člověk zemře, omyjí jej, otevřou okno, popřípadě se s ním pomodlí, jeli to jeho přáním. Pokud není u lůžka rodina, snaží se s ním být maximálně. Po smrti klienta lékař ohledá tělo a odveze ho do márnice nacházející se v zařízení. Tak je možno se s ním rozloučit. Jak pracovníci, klienti, tak rodina.

R4: *„Tak omyjeme uživatele, a ještě než umře, otevřeme okno, třeba ho chytnu za ruku, pomodlím se s ním. Teda pokud samozřejmě chce. Ale setkáváme se spíš ve většině případů, že chtějí modlitbu. Jako snažíme se mu věnovat, když tam není rodina, aby tam nebyl sám... Když pak to tělo po smrti lékař ohledá, tělo se dováží do márnice. Tu márnici máme tady v budově. No a tak se jako může ta rodina toho uživatele rozloučit s ním, teda pokud nebyla jako už při tom skonu. I jako samozřejmě se můžou rozloučit ty uživatelé a pracovníci. .“*

R5 také zmiňoval kapli, která je v zařízení. Je určena k rozloučení se se zemřelým.

Po smrti člověka bychom neměli být hned aktivní, ale alespoň chvíli setrvat na místě, pomodlit se, přečíst úryvek z Bible. Nechme také volný průběh našim emocím, pocitům. Pomůže nám čas. Otevřené okno, rozsvícené svíčky, tichá hudba, to vše může krásně podbarvit danou situaci. Vzpomínat na zesnulého, děkovat Bohu za něj. To vše je dobré udělat pro naše dobré prožívání ztráty blízkého. (Špinková, 2015, s. 23)

6 Shrnutí výzkumu a diskuze

Výzkumná otázka byla položena takto: Je možné doprovázet umírajícího v pobytových službách pro seniory a jakým způsobem je toto doprovázení realizováno z pohledu pracovníků v sociálních službách?

Pokud se budeme nejprve zabývat první částí výzkumné otázky a to tím, zda je možné doprovázet umírající v pobytových službách, domnívám se, že tato část výzkumné otázky byla naplněna. Z rozhovorů s pracovníky jsem zjistila, že se doprovázení umírajících uskutečňuje ve všech zařízeních. Někde se však na tuto oblast zaměřují více, někde méně. Druhá část výzkumné otázky se zaměřuje na to, jak je doprovázení realizováno z pohledu pracovníků v sociálních službách. Můžeme říci, že se pracovníci dotýkají mnohých oblastí např. komunikace, stravování, aktivizace aj. Personál přizpůsobuje téměř všechny své úkony potřebám umírajících uživatelů. Druhá polovina výzkumné otázky byla tudíž zmíněna ve výsledcích a interpretaci výzkumu a myslím, že byla i úspěšně naplněna. Na shrnutí výzkumu lze pozorovat všechny oblasti, kterých se dotýká doprovázení umírajícího.

Co se týče změny prostředí zohledňující skutečnost umírání, musím konstatovat, že se ve většině zařízení uživatelé nestřetávají s žádnými změnami. Tudíž se nepotvrdilo využívání zástěn mezi lůžky z důvodu umírání uživatele. V zařízení, které zastávalo křesťanské hodnoty byly změny patrnější a dávaly ostatním klientům a personálu najevo, že se někdo nachází v poslední fázi života.

Pokud se jedná o spolupráci služby s rodinou umírajícího, z provedeného výzkumu lze vyvodit závěr, že se na této spolupráci ve značné míře odráží včasný posudek lékaře o stavu klienta. Pokud lékař usoudí, že uživatel umírá, pracovníci mohou kontaktovat rodinné příslušníky, aby se připravili na blížící se smrt. Ve všech zařízeních byla vidět vstřícnost ze strany služby k potřebám rodiny a klienta.

Musíme si uvědomit, že umírající je pořád člověk, který žije. Má potřebu scházet se s lidmi, které zná, nebo o které má sám zájem a také s nimi rozpravovat a společně se radovat (Misconiová, 1998, s. 49).

Ve většině případů se při podávání stravy vychází z biografické anamnézy. To v takových případech, kdy uživatel není schopen říci, co by si přál. Nastává tedy spolupráce buď s rodinou, nebo se vychází z biografie klienta.

Na základě provedeného výzkumu bylo patrné, že se v oblasti komunikace odrazil aspekt náboženského přesvědčení pracovníka v sociálních službách. Jednalo-li se o věřícího pracovníka, docházelo k hlubším rozhovorům s umírajícím klientem.

Jako nejčastější formou aktivizace uživatele byla zmíněna bazální stimulace, na kterou se nejvíce zaměřují. Je důležité zmínit, že aktivizační činnosti ve formě např. přípravě pokrmů, nemohou být využity za účelem aktivizace umírajícího uživatele na sklonku života. Takové aktivizace jsou určeny jen pro lidi, kteří mají o takové činnosti zájem.

Co se týče snoezelenu a přidružených terapií, uživatel je využívá jen v rámci svých možností. Na sklonku svého života se jednotlivé terapie mohou konat individuálně na pokoji uživatele.

Častou terapií byla uváděna aromaterapie. Dle mého názoru by však pracovníci mohli využívat i jiných terapií a stimulací. Například optickou stimulaci, dále bych doporučovala polohování klienta do různých poloh, které by mu zajistili klid a pocit bezpečí.

Při provádění hygieny u zemřelého uživatele se postupy práce nijak nemění. Pozorováním bylo zjištěno, že se na provádění hygieny neodráží rozměr křesťanství. V této oblasti práce jsou pracovníci v sociálních službách nejvíce poučení a zorientováni.

Rozloučení se s uživatelem probíhá ve všech zařízeních podobně, liší se pouze místnost, kam je zesnulý převezen po své smrti. V sociálních službách, které mají v cíli nebo poslání uvedeno určitým způsobem doprovázení umírajících, vlastní důstojnější prostory k přesunutí nebožtíka, neboť se o tuto problematiku více zajímají.

Dle výzkumu vyvstalo na povrch, že není častá praxe, aby byla v zařízení pietní skříňka, v které by byla vystavena fotografie zemřelého, popřípadě svíčka, parte. Zastávám názor, že informovanost ohledně smrti klienta poskytovaná dalším uživatelům je na nízké úrovni. V praxi dochází ve většině případů jen k ústní formě sdělení informace. To se mi ale jeví jako nedostačující varianta.

Pro další bádání bych doporučila prozkoumat oblast bazální stimulace a její dopady na pohyblivost a samostatnost uživatele. V jednom ze zařízení mi bylo totiž sděleno, že po půl roce aplikování bazální stimulace na určitého klienta se jeho

schopnosti ve stravování výrazně zlepšily. Po dlouhé době se začal opět stravovat bez pomoci personálu. Pro další bádání bych tuto oblast považovala za velice zajímavou a inspirující pro ostatní zařízení. Mohli bychom si klást otázky, jak ovlivnila ochota a nadšení pracovníka vykonávajícího bazální stimulaci změnu klientova stavu? Jak se pracovníci vzdělávají v této oblasti? Jaké mají vědomosti o bazální stimulaci apod.

Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala tématem doprovázení umírajících v pobytových službách pro seniory. V první části jsem nejprve pospala teoretická východiska k empirické části. Například to jsou oblasti tematiky stáří, umírání, popis fází umírání. Dále byly nastíněny modely péče doprovázení umírajících v historii. Zaznamenala jsem též současný stav pobytových služeb určených pro cílovou skupinu seniorů. Nastínila jsem základní problém, který mě přivedl k vytvoření bakalářské práce. Navazuje popis pracovníka v sociálních službách jakožto hlavního aktéra v doprovázení umírajících, poté konkrétní oblasti doprovázení jako je např. komunikace, zapojení rodiny do procesu umírání, stravování a podávání tekutin, aktivizační činnosti apod. Jako poslední kapitola teoretické části je uvedena smrt a doprovázení zesnulého. Zde jsem se zabývala otázkou péče o mrtvé tělo a rituály spojenými s loučením se se zemřelým.

V empirické části jsem se snažila naplnit cíl práce, který byl: zjistit, zda je možné v pobytových službách umírajícího seniora doprovázet a jakým způsobem je doprovázení realizováno. Toho jsem se snažila dosáhnout vedením polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky v sociálních službách. Jednalo se o pět respondentů.

Dospěla jsem k závěru, že lze doprovázet klienta v umírání i v takových zařízeních, které v poslání či svých cílech tuto oblast doprovázení nemají uvedenou. Avšak jedná se o doprovod někdy značně omezený. V nesespecializujících se službách pracovníci mnohdy jednají intuitivně. Oproti tomu ve specializujících se zařízeních panuje větší informovanost personálu o tom, jak tyto úkony provádět.

Doprovázení umírajících je realizováno v různých dílčích oblastech. Jedná se o souhrn oblastí, kterých se doprovod umírajícího dotýká. Některé z nich, které jsem zaznamenala na základě výzkumu, jsou následující: stravování a podávání tekutin na základě biografické anamnézy, různé druhy terapií, pracovníky v sociálních službách nejčastěji volená aromaterapie. Dále se doprovod dotýká oblasti komunikace a spolupráce s rodinou.

Rozhovory s pracovníky pro mě byly obohacující, narazila jsem například na oblast, kterou by stálo za to více prozkoumat. Jedná se o koncept bazální stimulace a dopad na schopnosti a samostatnost klienta.

Pevně věřím, že tato práce může být dobrou inspirací službám, které at' už se zabývají, nebo nezabývají tematikou doprovázení umírajících. Informace v této práci mohou posloužit ke zkvalitnění poskytovaných služeb a zároveň zapojení rodiny uživatele do procesu umírání. Za důležitou oblast považuji i informovanost sociálních pracovníků, poněvadž jsou častými sprostředkovateli mezi uživatelem a rodinou, co se týče doprovázení.

Seznam literatury

Friedlová, K. (2007). *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Nakladatelství Albert.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál

O'Connor, M., Aranda, S. a kol. (2005). *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Mlýnková, J., (2011). *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Friedlová, K. (2009). *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství II*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o.

Filatová, R., Janků, K., (2010). *Snoezelen*. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter

Kupka, M. (2011). *Psychologické aspekty paliativní péče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

Bednář, M., Hauftová, D., (2003). *Mění se úloha rodiny v péči o seniory?*. Mohelnice: Tiskárna Křupka Mohelnice

Hájková, D., Funk, K., (2012). *Provázení aneb opřete se i o mě*. Písek: ICVD, s.r.o.

Špínková, M., (2015). *Jak být nablízku*. Praha: Cesta domů

Říčan, P., (2005). *Psychologie: příručka pro studenty*. Praha: Porál

Pacovský, V., (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum

Špatenková, N., (2013). *Problémy zdraví a nemoci pro sociální pracovníky: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

Vágnerová, M., (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál

Navrátil, P., (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman

Kübler-Ross, E., (1993). *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica

Haškovcová, H., (2000). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén

Umírání.cz (2015): Poslední dny a týdny [on-line]. 15. 3. 2016 z <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/posledni-dny-a-tydny/bezprostredne-po-smrti>

Svatošová, M., (2003). *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo

Pochmanová, K., a kol. (2015). *Průvodce domácí péčí*. Praha: Cesta domů

Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S., (1995). *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů

Svatošová, M., (2012). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. V účinném znění ke dni 1. 1. 2007

Halifaxová, J., (2015). *Bytí v umírání: rozvíjení soucitu a překonávání strachu v přítomnosti smrti*. Praha: MAITREA a.s.

Skopalová, J. (2010). O smrti a umírání. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2010/2, 64 – 70.

Misconiová, B., (1998). *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha, Národní centrum domácí péče ČR ve spolupráci s MZ ČR.

Nováková, R. (2010). Role rituálů v procesu truchlení. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2010/2, 115 – 123.