

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

**POHLED PRACOVNÍKŮ ALZHEIMER CENTRA
NA SETKÁVÁNÍ SE SMRTÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Nikola Hornychová**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2022

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF NON-MEDICAL STUDIES

**VIEW OF SOCIAL SERVICE WORKERS ON
ENCOUNTER WITH DEATH IN AN ALZHEIMER
NURSING HOME**

Bachelor's thesis

Author: **Nikola Hornychová**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2022

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

(podpis)

Poděkování:

Ráda bych poděkovala paní Doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení, vstřícnost a rady při psaní bakalářské práce. Dále chci poděkovat rodině za podporu a respondentům, kteří mi věnovali čas pro vyplnění dotazníků k výzkumnému šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 ALZHEIMEROVA CHOROBA	9
1.1 DEFINICE	9
1.2 ETIOLOGIE.....	9
1.3 PREVENCE	9
1.4 STÁDIA CHOROBY	10
1.5 SYMPTOMY CHOROBY	11
1.6 TERAPIE CHOROBY.....	11
1.6.1 KOGNITIVA	12
1.6.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	13
1.7 KOMUNIKACE S PACIENTEM S DEMENCÍ.....	13
1.8 ZVLÁŠTNOSTI ZAŘÍZENÍ SE ZVÝŠENÝM REŽIMEM.....	15
2 PEČUJÍCÍ PRACOVNÍCI.....	17
2.1 NÁPLŇ PRÁCE PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	17
2.1.1 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	17
2.1.2 PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	17
2.1.3 VRCHNÍ SESTRA	18
2.1.4 VŠEOBECNÁ SESTRA.....	18
2.1.5 FYZIOTERAPEUT	19
2.1.6 ERGOTERAPEUT	19
2.2 ZÁTĚŽ PEČUJÍCÍCH	19
2.2.1 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	20
2.3 ETICKÝ KODEX V PÉČI O UMÍRAJÍCÍ	21
2.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ	21
2.5 DIAGNÓZY NANDA	22
3 UMÍRÁNÍ	27

3.1 VYMEZENÍ POJMU.....	27
3.2 FÁZE PROCESU UMÍRÁNÍ.....	27
3.3 FÁZE UMÍRÁNÍ PODLE ELIZABETH KÜBLER-ROSS.....	28
3.4 MODELY UMÍRÁNÍ.....	29
3.4.1 RITUALIZOVANÝ.....	29
3.4.2 INSTITUCIONÁLNÍ.....	29
3.4.3 HOSPIC.....	29
3.5 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍMI.....	30
4 SMRT.....	31
4.1 ZNÁMKY SMRTI.....	31
4.2 TRUCHLENÍ.....	31
4.3 DŮSTOJNÁ SMRT POHLEDEM PEČUJÍCÍCH.....	32
4.4 POSLEDNÍ ROZLOUČENÍ.....	33
5 PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
5.1 CÍLE VÝZKUMU A METODIKA VÝZKUMU.....	34
5.1.1 METODIKA VÝZKUMU.....	34
5.2 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	35
6 DISKUZE.....	58
ZÁVĚR.....	64
ABSTRAKT.....	66
ABSTRACT.....	67
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	68
SEZNAM ZKRATEK.....	71
SEZNAM GRAFŮ.....	72
SEZNAM TABULEK.....	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

V dnešní době se téma smrti vzdaluje do pozadí a lidé dělají, že se jich konec života netýká. Opak je pravdou, každý to ví, ale někdy je náročné si tuto skutečnost přiznat. Lidé se bojí smrti, protože se smrtí přichází pocit beznaděje, nejistoty a strachu, co bude dál. Nejde jen o péči o umírajícího, ale také o podporu nejbližších, kteří si také prochází náročným obdobím. V dnešní době při pocitu, že nám ze světa odchází milovaný člověk, necháváme umírajícího odvést do nemocnic. To znamená do cizího prostředí, a i když možná s co nevyšší kvalitou zdravotnické péče, chybí tam to nejdůležitější, po čem umírající touží – domácí prostředí, milované osoby a pocit bezpečí. K práci v sektoru sociálních služeb patří i péče o umírající, jejich rodinu a také péče o zemřelého. Aby taková práce byla odváděna důstojně, jsou důležité schopnosti komunikace, empatie, znalosti o naplňování potřeb a jakási životní zkušenost a osobní smíření se smrtí. V bakalářské práci se zaměřuji charakteristiku Alzheimerovy choroby, jejího průběhu, a nejen její konce života.

V teoretické části se zabývám definicí Alzheimerovy choroby, jejími příznaky, prevencí, etiologií, stádií nemoci a také léčbou. V léčbě, více jak farmakologií zmiňuji nefarmakologický přístup k nemocným během všech stádií nemoci, tak i na sklonku života, umírání. V práci zmiňuji specifika zařízení se zvláštním režimem a stručně popisují i náplň pracovníků v sociálních službách, kteří ve spoustu případů nahrazují role rodinných příslušníků. Mezi nejdůležitější lidský úkol je zachování důstojnosti a respektu k nemocným a umírajícím, během pečlivé a starostlivé péče. Při zaměření na pracovníky krátce popisují syndrom vyhoření, který je bohužel v tomto pracovním odvětví častý a je důležité mu předcházet a aktivně se zapojovat do prevence. Na konci teoretické části zmiňuji péči o umírajícího, ale nejen o jeho tělo, ale také o psychickou stranu člověka a jeho blízkých, kteří často potřebují oporu a sílu zvládnout náročnou, ale lidskou náročnou situaci. Popisují fáze umírání a také truchlení, které k umírání a smrti patří. Za velmi důležitou část práce nejen všeobecných sester považují vhodnou a empatickou komunikaci, která je nezbytná pro navázání vhodného, terapeutického vztahu plného důvěry a respektu. Na konci bakalářské práce, stejně jako na konci života, uvádím smrt. Smrt k životu patří stejně tak, jako život ke smrti. Člověku se ze života odchází lépe, když je s umíráním smířen, ale bohužel to tak pokaždé není. Velká část dnešní společnosti se smrti bojí, smrt je velmi málo brána jako neodmyslitelná část života.

Praktickou část jsem uskutečnila pomocí anonymních dotazníků pro kvantitativní výzkum. Dotazník vyplňovali zaměstnanci Alzheimer centra, kteří mi ochotně pomohli v realizaci mé práce. Zjišťovala jsem, jak jsou zaměstnanci smířeni s procesem umírání, zda jsou připraveni na smrt, zda jim pomohlo vzdělání v oboru s vyrovnáváním a jako poslední cíl jsou uvedeny otázky na komunikaci s dementními klienty.

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

1.1 DEFINICE

Alzheimerova choroba nese jméno po německém psychiatrovi Aloisi Alzheimerovi, který jako první popsal Alzheimerovu nemoc v roce 1906 (Zvěřová, 2017). Toto onemocnění považujeme za nejčastější typ demence, pohybuje se okolo 50-70 % všech demencí. Řadíme ji mezi nejvýznamnější poruchu paměti, chování a vnímání. Nemocní nejdříve trpí na snížení krátkodobé paměti a časem ztrácí sebe samého. V pokročilých stádiích si nemocní pamatují, co prožívali v dětství a v době před propuknutím choroby (Čechová, Mazancová, Marková, 2019). Jedná se o závažnou ireverzibilní, neurodegenerativní chorobu, která významným způsobem zasahuje do života nejen nemocného, ale i jeho rodiny a blízkých přátel. Dochází k poškození mozkové kůry, která má spojitost se zapamatováním všech událostí (Zvěřová, 2017).

1.2 ETIOLOGIE

Bohužel jasná příčina není známá, spíše se hovoří o rizikových faktorech, jako je například genetika. Nejrizikovější skupinou jsou senioři, avšak v výjimkách jsou popisovány případy lidí do 50 let. Základní teorie vzniku byla popsána jako vyšší výskyt nefyziologického proteinu Beta-Amyloidu, který se shromažďuje a poškozuje mozkovou tkáň. Délka života se neustále zvyšuje, ale s ní bohužel narůstá i počet postižených s demencí. Na magnetické rezonanci můžeme vidět jednoznačnou atrofii mozkové kůry a s ní spojené nevléčitelné obtíže (Čechová, Mazancová, Marková, 2019).

1.3 PREVENCE

Prevenci vnímáme jako snížení rizikových faktorů, které můžeme ovlivnit. Do neovlivnitelných spadá věk, genetika a pohlaví, přičemž u žen je výskyt častější. Můžeme ovlivnit naši životosprávu, od které se odráží spousta obtíží a nemocí. Vhodným životním stylem člověk předchází obezitě, tím je menší riziko aterosklerózy, diabetu, zvýšené hladiny cholesterolu v krvi. Kouření, užívání alkoholu a jiných omamných spadá do nezdravého životního stylu (Zvěřová, 2017).

1.4 STÁDIA CHOROBY

Choroba má několik stádií, kdy už při prvních potížích je důležité zahájit včasnou léčbu.

Lehké stádium

V první fázi si nemocný uvědomuje výpadky paměti, což často způsobuje deprese a není schopen vykonávat náročnější úkony všedního dne. Není schopen si zapamatovat nové informace a naučit se novým dovednostem (Zvěřová, 2017).

Toto období je velmi náročné jak pro nemocného, tak pro jeho blízké. Cítí strach a frustraci z toho, co přijde a jak se bude odvíjet jejich život dál. Zjišťují, že ignorovat příznaky nepomáhá a nepatří to mezi efektivní řešení problému (Brackey, 2019).

Střední stádium

V této fázi se obtíže zhoršují a postupně se kognitivní funkce vytrácí. Nemocný si přestává uvědomovat své potíže. Velmi významně jsou narušeny aktivity všedních dnů, nejsou schopny adekvátně hospodařit s financemi a ovládat oblasti, které jim dříve nedělaly potíže. Postupně se přidávají poruchy chování (Zvěřová, 2017).

Těžké stádium

V poslední fázi nemocní nepoznávají své blízké. V prostředí, kde byli doma, jsou nakonec jako cizí. Vzhledem k rapidnímu snížení kognitivních funkcí je takový člověk plně závislý na další osobě. Nemocný není orientován místem, časem a ani osobou, není schopen adekvátně reagovat na podněty a samostatně se o sebe postarat. Věk dožití od diagnostiky se pohybuje okolo 7-10 let, nemocní umírají na celkové komplikace choroby, jako jsou například úrazy po pádech, či respirační infekce (Zvěřová, 2017).

1.5 SYMPTOMY CHOROBY

Alzheimerovu chorobu diagnostikuje neurolog, který ji je schopen oddělit od ostatních demencí. Pro nemocné je těžké si připustit, že mají závažný problém, a tak se výpadky snaží ignorovat a své potíže bagatelizovat (Brackey, 2019).

Mezi první příznaky patří výpadky paměti nedávných událostí, nemocný si není schopen vybavit určité vzpomínky. Naučit se novým věcem je stále těžší a těžší až nemožné. Postupně dochází i k narušení dovedností v domácnosti. Nakonec je nemožné pustit pračku, zapnout si televizi, ohřát si oběd či se dokonce najíst. Jako další příznaky jsou bezvýznamné bloudění po domově, nechutenství, nezáměr o okolí, halucinace a dezorientace. Dochází k narušení všedních dovedností, jako je oblékání, příprava a konzumace stravy a základní hygienické návyky. Není výjimkou paranoia, při které mají pocit, že je někdo okrádá (Zvěřová, 2017). Jeden z nejzávažnějších příznaků je agrese, která se může prohloubit večer, stejně tak nadměrná aktivita a bludy, v tomto případě hovoříme o tzv. Syndromu zapadajícího slunce. Nemocní nejsou schopni si cokoli naplánovat a racionálně uvažovat. Jsou dezorientovaní, často bez zájmu o okolí, citově oploštění, Mívají silné výbuchy pláče či naopak smíchu.

1.6 TERAPIE CHOROBY

Alzheimerova choroba je nevyléčitelná, ale je důležitá včasná diagnostika pro zpomalení příznaků a celkového průběhu. Cílem terapie není vyléčit, ale zmírnit průběh onemocnění. Nejvýznamnější skupinou farmakologické léčby jsou kognitiva, která zlepšují a podporují mozkové funkce (učení, vnímání a paměť). Z nefarmakologické léčby je velmi důležitá trpělivost od pečujících. Se zhoršováním choroby je nutné konverzaci stále zjednodušovat, aby měl pacient možnost pochytit co nejvíce slov. Vysoká důležitost se klade na procvičování paměti i fyzických zdatností pomocí her, protahování a různých aktivit (Zvěřová, 2017). V léčbě je důležitá i podpora rodiny a blízkých přátel. Taková podpora je poskytována stacionáři, nejrůznějšími spolky, nebo individuální terapii, kde se na danou problematiku specializují (Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010).

Plán zpomalení příznaků demence dle Volicer

- **Průběžné studium pečujících pracovníků** – velmi důležité pro neustálé prohlubování o příznacích, průběhu a správném přístupu k nemocnému.
- **Snoezelen** – Jde o správně uspořádaný prostor, který velmi pozitivně naladí klienta, který se zde cítí dobře a v bezpečí. Tato teorie je založená na komunikaci s rodinou, díky které se vypracuje návrh s plánem. Celé prostředí působí na klienta klidem, snižuje deprese a agresivní chování.
- **Muzikoterapie** – poskytuje ji vyškolený terapeut, který se zaměřuje na individuální potřeby nemocných.
- **Masáže** – spíše jde o doteky než o masáž v klasickém slova smyslu.
- **NamasteCare** – je určeno zejména pro lidi v pozdějším stádiu nemoci, kteří nejsou schopni se účastnit denních aktivit, jde o klidný, milující přístup s využíváním doteků.
- **Speciální prostředí** – jde o relaxační techniku ve skupině 8-10 lidí, kteří sedí v pohodlných křeslech, místností vane příjemná vůně, světla jsou ztlumena a prostorem zní uklidňující hudba.
- **Milující dotek** – jde o příjemný dotek v příjemném prostředí, může hrát relaxační hudba a mohou být použity i vonné svíčky i oleje, jedná se o uklidňující sílu doteku (Šáteková, 2021).

1.6.1 KOGNITIVA

- **Nootropika**

Mění aktivitu neuronů a zlepšují průtok krve cévami v mozku, chrání buňky před nedostatkem kyslíku a nedokrevností. Mezi takové přípravky patří například ginkgo biloba.

- **Antioxidanty a centrální vazodilatancia**

Antioxidanty brání neurony před vyšším množstvím volných kyslíkových radikálů. Zpomalují průběh Alzheimerovy či Parkinsonovy choroby, mezi tyto přípravky patří například vit. E. Centrální vazodilatancia snižují svalové napětí stěn cév mozku, díky tomu se zlepšuje krevní perfuse.

- **Inhibitory acetylcholin esteráz**

Používá se k léčbě lehčích a středních forem nemoci. Tyto produkty jsou podávány i pacientům s Parkinsonovou či Huntingtonovou chorobou. Zástupce tohoto preparátu je například Donepezil.

- **Parciální inhibitory NMDA receptorů**

Účinná látka memantin, která snižuje nadměrné uvolňování excitačních aminokyselin, které jsou u Alzheimerovy choroby nadměrně vylučovány (Petr, Marková, 2014).

1.6.2 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Velmi důležité je udržovat nemocného vzhledem k jeho stavu v pohybové aktivitě. Když se k pohybu přidá kvalitní strava a vyšší množství vlákniny, jedná se o ideální prevenci zácpy. Zácpou trpí mnoha nemocných, proto je důležité dohlédnout nad pitným režimem. Pokud nemocný trpí na poruchy polykání, je nutné zajistit kvalitní stravu v takové podobě, aby ji nemocný mohl konzumovat bez výrazného rizika aspirace. V takových případech je vhodný zařadit vysoko kalorický sipping. Postupně se mění forma podávané stravy, časem se přistupuje k mleté či kašovitě, v těžších případech k tekuté, ale energeticky plnohodnotné stravě.

Spánková hygiena se odráží do celého dne. Vhodné je chodit i vstávat ve stejnou dobu, a pokud to je možné, tak nespát přes den. Pokud nemocný trpí nespavostí, či má obrácený režim, je vhodná pomoc lékaře a je třeba nastavit vhodnou léčbu.

Obecně u pacientů s demencí je vhodné zařadit rituály, které se provádějí ve stejnou dobu a stejným způsobem. V neposlední řadě je vhodná muzikoterapie, ergoterapie a různé relaxační techniky (Čechová, 2019).

1.7 KOMUNIKACE S PACIENTEM S DEMENCÍ

Před každým začátkem rozhovoru může nastat spousta problémů ovlivněných typem lidí, s kterými máme rozhovor vést a v jakém psychickém i fyzickém stavu se zrovna nacházejí. Pracovník si tyto faktory musí předem uvědomit a už od začátku se jim přizpůsobit, aby byla komunikace co nejefektivnější.

Pro lidi s demencí je vhodná rezoluční terapie, protože snažení o vrácení klientů do reality je nemožné. Tento přístup je založen na tom, co se děje přímo teď a tady. Je důležité

klienta znát a předpokládat, zda bude agresivní, neklidný či vystrašený. Není vhodné klientům cokoliv vymlouvat a vysvětlovat realitu, pokud není schopen racionálně přemýšlet a jednat. Na prvním místě je důstojnost člověka, kterou je nezbytně nutné udržet na co nejvyšší úrovni. Pracovník by se měl přizpůsobit klientovi a zařadit se do „role“, kterou mu klient dal, do doby, ve které klient žije. Rezoluční terapie snižuje rizika pro vznik konfliktních situací a zvyšuje sebedůvěru a pohodu klienta (Malíková, 2020).

Co se týče komunikace neverbální, využíváme vědomě i nevědomě spoustu projevů. Jedná se o soubor neslovních sdělení. U takové komunikace si všímáme postavení těla, pohledu, intonace hlasu, co dělají ruce a co dělají nohy. Využíváme doteku, pohyby, pohledu očí, postavení těla, vzdálenost mezi komunikujícími nebo rychlost mluvení.

Pro správnou techniku je důležité využívat zpětnou vazbu od klientů, což je u lidí s demencí velmi obtížné a někdy až nemožné. Nemocní obtížně nebo vůbec nerozumí verbálním projevům. Klienti ale velmi dobře vnímají tón hlasu, kterým hovoříme, reagují na chytnutí ruky, na pohlazení a na naladění pečujících (Koubelka, 2020).

Lidé, kteří se snaží komunikovat s pacientem s demencí, se snadno, a ne zřídka dostávají do slepých cest. Pacienti mají komunikaci buď velmi ztíženou, kdy neadekvátně odpovídají či nekomunikují vůbec.

Pokud jde o bolest, nemocný ji nedokáže adekvátně vyjádřit, neřekne si, že má bolesti a potřebuje od nich ulevit. Nelze používat hodnotící škály, u kterých je předmětem slovní odpověď. Využívají se spíše techniky, u kterých se posuzuje výraz tváře, spánek nebo například přítomnost dekubitů či jiných fyzických deformit a využíváme škálu bolesti dle Abbey (Arcand, Caron, Volicer, L. a H. Vaňková, 2017).

Komunikační desatero

- 1 Během komunikace eliminujeme okolní ruch. Snížíme hluk z okolního dění na minimum a přesvědčíme se, že klient nemá poruchu ve smyslu afázie.
- 2 Pacientovi nechodíme ze zorného pole, neprovádíme prudké pohyby a snažíme se působit se zájmem.
- 3 Hovoříme jasně, stručně a zřetelně.

- 4 Během konverzace se vyhýbáme odborným názvům a mluvíme jednoduše, dle úrovně chápání nemocného. Pokud nemocný nerozumí, neopakujeme stejné znění věty, ale snažíme se sdělení říct jiným, často lehčím, způsobem.
- 5 Kontrolujeme, zda nemocný sdělení rozumí a zda nepotřebuje další vysvětlení či zopakování. Pokud potřebujeme podpořit, využijeme dotyk.
- 6 Využíváme širokou škálu možností neverbální komunikace a chováme se empaticky.
- 7 Pokud odcházíme, řekneme, zda se ještě vrátíme, nebo je hovor u konce.
- 8 Pacienta nedevalvujeme, ale hovor přizpůsobíme jeho schopnostem porozumění.
- 9 Vždy jednáme v zájmu nemocného, udržujeme a podporujeme jeho důstojnost.
- 10 Klienta oslovujeme jménem, či tak, jak si sám přeje (Fetařová, Ondřiová, 2020)

1.8 ZVLÁŠTNOSTI ZAŘÍZENÍ SE ZVÝŠENÝM REŽIMEM

V zařízení se zvláštním režimem jsou poskytovány ubytovací služby pro klienty, kteří mají narušenou soběstačnost díky fyzické či psychické nemoci, závislosti nebo lidem s různými typy demencí. Stávají se závislými na druhé osobě a vyžadují její pomoc. Řád a náplň dne je charakterizován skupinou a jednotlivci, pro které je zařízení určeno, a díky tomu se naplňují jejich specifické potřeby. Toto zařízení se liší od jiných domovů např.: pro seniory s individuálním přizpůsobením klientům. V domovech pro lidi s Alzheimerovou chorobou se zařízení vyznačuje nemožností volného pohybu klientů mimo pozemek a prostor daného domova. Klienti nemají přístup k ostrým nožům, k náradí a dalším potencionálně nebezpečným předmětům. Okna i balkonové dveře musí být uzamykatelné, aby nedošlo k vážnému zranění v důsledku pádu z okna či balkónu (Sládek, 2013).

V péči zachováváme důstojnost klientů a zejména podporujeme jejich soběstačnost. Podporujeme je ve hledání smyslu života a udržujeme jejich zvyky a návyky, jako například používání natáček na vlasy, pití kávy s cukrem po obědě nebo i omytí stolu po každém jídle, jak byli spoustu let zvyklí. Dle Dr. Montessori jsou základem body z dřívějšího života a vykonávání jich i ve dnech, kdy má člověk potíže s nejen pamětí. Klient má v pokoji předměty, které měl na očích i ve svém předešlém domově, můžou být významné fotografie, staré rádio nebo oblíbené křeslo. Jde o vyvolání vzpomínek a pocitů, které stimulují mysl, mohou vyvolat

vzpomínky a zlepši se vybavování slov pro tvoření vět. V zájmu personálu, a především klientů je udržet soběstačnost na co nejvyšší možné úrovni prostřednictvím různých technik. Jde o dlouhodobou a komplexní péči. Díky utváření všedního dne má klient co nejvíce přiblížen život, který měl před vypuknutím demence. Klienti se podporují v navazování mezilidských vztahů, podporují se v nejrůznějších aktivizačních činnostech, jídla jsou servírována ve společných prostorách jídelny a mají během dne pestrý program i dostatek času na odpočinek a regeneraci (Wehner, 2013).

2 PEČUJÍCÍ PRACOVNÍCI

2.1 NÁPLŇ PRÁCE PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Pro poskytování služeb v sektoru sociální práce je mnoho oborů, které jsou vymezené díky jejich náplně práce. Pracovníci musí být právně, odborně i zdravotně způsobilí a trestně bezúhonní (Malíková, 2020). Zaměstnanci v přímé péči s klienty se je snaží co nejvíce aktivizovat a zařadit do běžných aktivit. Snaží se o orientování v reálných situacích a obdobích. Klient je otázkami a vyprávěním usměrňován a už při vyprávění mu jsou sděleny správné odpovědi. Aktivizační techniky provádějí při běžných činnostech, ale i jako samostatné nácviky, díky kterým se mohou zpomalit fyzické obtíže spojené se stářím. Podporují sociální citění, ve vhodném oblékání vzhledem k počasí či k ročnímu období. Tito pracovníci neovlivňují jen nemocného, ale i jeho rodinu a blízké, kteří potřebují vidět spokojeného rodiče, sourozence nebo třeba manžela v roli klienta. Celá aktivizace je založena na vztahu, který ovlivňuje psychosociální potřeby (Wehner, 2013).

2.1.1 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Sociální pracovník musí splňovat příslušné akreditované vzdělání pro výkon tohoto povolání. Jedná ve spolupráci s vrchní sestrou, s vedoucí ošetrovatelské i zdravotně sociální péče, se sestrami a s dalšími pracovníky daného zařízení. Musí jednat lege artis, řídí se instrukcemi od vedení, orientuje se v chodu a náplni činností zařízení, podílí se na informovanosti zaměstnanců, klientů a žadatelů o péči. Celkově se podílí na chodu zařízení a vždy jedná v rozsahu svých kompetencí. Administrativně vyřizuje příjmy či překlady klientů do zařízení a komunikuje s rodinami klientů či novými zájemci o ústavní péči (Malíková, 2020).

2.1.2 PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Pracovník pomáhá klientům s úkony všedního dne. Pomáhá s uklízením osobních věcí, s hygienou, s příjmem potravy a celkově se zlepšením sebepéče. Pečovatel automaticky pomáhá s oblékáním, s doprovodem na toaletu, vyměňuje inkontinenční pomůcky, stará se o celkovou fyzickou i psychickou pohodu klientů. Mezi pracovníkem a klientem vzniká důvěrný vztah, který je založen na důvěře a oboustranné spolupráci. Nepečuje pouze o klienta, ale i o jeho lůžko, noční stolek, skříň a celkově o jeho majetek v zařízení. Pomáhá se vším, co

si klient není schopen obstarat sám. Pokud to jde, klient je v co nejvyšší míře zapojen do dění. Velmi důležitý je individuální přístup ke každému z klientů, protože každý člověk má odlišné potřeby a očekává od péče něco jiného (Malíková, 2020).

2.1.3 VRCHNÍ SESTRA

Vrchní sestra je nejvyšší stupeň nelékařské zdravotnické péče v sociálních službách. Nese zodpovědnost za plnění práce zdravotních i sociálních pracovníků. Jedná ve spolupráci s lékaři a dalšími vedoucími pracovníky. Podílí se na ekonomické podstatě práce, má zájem o další vzdělávání svých podřízených, provádí kontroly práce, řídí se etickými i právními normami. Jako manager jedná v zájmu jak zaměstnanců, tak klientů a snaží se o zlepšení pracovních podmínek, vhodně organizuje a především komunikuje. Stará se o objednávání materiálu, kontroluje jeho skladování a množství (Malíková, 2020).

2.1.4 VŠEOBECNÁ SESTRA

Všeobecná sestra se řadí do týmu nelékařských zdravotnických pracovníků a pracuje na základě smluv a norem. Vzdělává se v oboru geriatricke, v paliativní péči a v co největším okruhu nelékařských oborů týkající se jejího zaměření v profesní sféře. Vždy jedná dle právních, morálních i etických norem a profesi provádí dle ošetrovatelských standardů. Působí psychologicky na rodiny i klienty v nelehkých životních situacích a je vždy oporou. Zdravotničtí pracovníci by měli umět vhodně a empaticky komunikovat a edukovat, nabízet alternativy individuální péče vhodné pro konkrétního klienta. Při nepřítomnosti nadřízených automaticky přebírá zodpovědnost a v případě potřeby řeší vzniklé problémy. Provádí odbornou ošetrovatelkou a zdravotní péči a plní ordinace lékaře, péči hodnotí a provádí v co nejvyšší kvalitě. Při nepřítomnosti lékaře a zhoršení zdravotního stavu informuje lékaře telefonicky a hledají spolu co nejefektivnější řešení pro udržení či zlepšení zdravotního stavu. Při potřebě je povinna poskytnout první pomoc, pokud není od lékaře ordinováno DNR u klientů v terminálním stádiu. Sestra je i psychickou oporou nejen pro klienta, ale i pro jeho rodinu a blízké, které se s danou situací, zhoršením zdravotního stavu či s jinými obtížemi snaží vyrovnat a co nejlépe situaci přijmout. Podílí se na snížení rizika syndromu imobilizace a tím i spojených dalších obtíží, stará se o pokožku, předchází riziku pádu, pečuje o psychickou i fyzickou pohodu a snaží se udržet stav klienta na co nejvyšší možné úrovni. V případě potvrzené smrti lékařem citlivě informuje pozůstalé a je jim oporou a je připravena zodpovědět případné dotazy (Malíková, 2020).

2.1.5 FYZIOTERAPEUT

Fyzioterapeut patří do nelékařského zdravotnického týmu, který pečuje o pohybový aparát klienta. Součástí práce je jak diagnostika, tak i řešení již vzniklých obtíží. Jedná v souladu lege artis, vhodně komunikuje, chová se empaticky a umí klienty motivovat. Vede rehabilitační dokumentaci, kde zaznamenává zlepšení či zhoršení stavu a vytyčuje si cíle. Spolupracuje s lékaři, sestrami a se zbytkem pečujícího týmu. Pracuje jak s jednotlivci, tak i se skupinami, rozvíjí soběstačnost, edukuje ostatní pracovníky, jak manipulovat s klienty a provádí relaxační i léčebné masáže. Fyzioterapeut nepřekračuje své kompetence a provádí pouze úkony, které má v popisu práce a taktéž plní ordinace lékaře. O svůj obor jeví zájem, cítí se jako zodpovědná osoba za své jednání a umí objektivně zhodnotit stav klienta (Malíková, 2020).

2.1.6 ERGOTERAPEUT

Ergoterapeut spolupracuje s ostatními pracovníky, a to vždy v zájmu klienta. Je součástí rehabilitačního procesu a zlepšuje či udržuje stav klienta na co nejvyšší možné úrovni. Využívá prvky emoční inteligence, ke klientům přistupuje klidně a empaticky, a aktivně klienty zapojuje do denních aktivit. Při práci se skupinou či jednotlivcem využívá různé techniky, například relaxační, aktivizační, procvičování jemné motoriky, vybavování slov, provádí cvičení a celkově vnímá a zaznamenává aktuální stav klientů a pečlivě vede dokumentaci. Vždy jedná v souladu s prací ostatních pracovníků (Malíková, 2020).

2.2 ZÁTĚŽ PEČUJÍCÍCH

Zátěž pečujících, kteří se starají o své blízké, se hodnotí na všech stranách osobnosti. Fyzicky zatěžuje pečovatele vytížením celého pohybového aparátu v důsledku manipulace s umírajícím, narušený a nedostatečný spánek, změněný rytmus stravování a mnoho dalšího. Po psychické stránce se cítí unavení, neklidní, ve stresu a v napětí, mohou zažívat deprese a úzkosti díky nepřetržitému pečování a obavám o umírající nemá pečovatel dostatek času pro sebe a nemá na to v těchto chvílích ani myšlenky. Tímto se narušují vztahy v nejen rodině a jsou narušeny sociální potřeby pečující osoby (Douglas, 2007). Pečující mají nedostatek času pro sebe a své potřeby, mohou začít mít problémy se zaměstnáním, s mezilidskými vztahy a mnoho dalšího (Given,2000).

Při posuzování role pečovatele záleží na vztazích mezi pečujícím a příjemcem péče a na jejich potřebách. Hodnotí sociální pohodu, životní styl, jakou má odezvu na denní péči, na míře závislosti přítomnosti druhé osoby, na finančních možnostech, na prostředí, na možnosti vybavení prostoru a dalších nedílných aspektech jako je například stres a příznaky stresu na fyzické i psychické stránce pečujícího (Kurucová, 2016).

Hodnotí se i závislost nemocného na pečovateli, což znamená, zda se sám oblékne, zda si připraví jídlo, nají se sám, jak je mobilní a celkově zhodnotí jeho stav a míru jeho závislosti. Bere se na vědomí i vztahy, který mezi sebou mají, jaké jsou vztahy v rodině a celkově dopady na rodinu a společenský život (Kuruncová, 2016).

Pečovatel může procházet těmito fázemi

1. *Fáze: Uvědomí si zátěž* – Pečující osoba si přizná, že pro ni tato situace vyvolává stres, který ovlivňuje mnoho faktorů
2. *Fáze: Aktivace obranných systému* – pečující se odstříhne od stresujících momentů
3. *Fáze: Použití přirozených dějů* – fyziologické přizpůsobovací mechanismy se spouštějí vlivem psychiky
4. *Fáze: Zvládání* – pečovatel se snaží najít způsoby vedoucí ke snížení stresu a napětí
5. *Fáze: Patologické symptomy* – uvědomění, že jde o závažnější problémy
6. *Fáze: Určení stresem způsobených potíží* – diagnostika nemoci vyvolaná stresem (Vágnerová, 2002).

2.2.1 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

O prevenci hoříme, pokud chceme problémům předejít. Co se týká syndromu vyhoření, jde především o rozdělení pracovního a soukromého života. Není vhodné si práci nosit domů, neustále nad ní přemýšlet a zabývat se jí. Je důležité umět si odpočinout, a to jak aktivně sportem, tak i kvalitním spánkem. Člověk, který pracuje s lidmi, potřebuje být i sám a mít klid na sebe a své potřeby, ať už trávit čas s rodinou, jet na dovolenou nebo si číst. Každý by měl stát pevně na zemi a mít na sebe i ostatní reálné nároky a očekávání. Pokud už pracujícího svoje profese spíše vyčerpává, než naplňuje, je důležité o problému mluvit a uvažovat o změně zaměstnání (Honzák, 2019).

2.3 ETICKÝ KODEX V PÉČI O UMÍRAJÍCÍ

Zdravotnický personál se během své práce ocitá ve velmi náročných, lidských situacích, se kterými si musí jak odborně, tak humánně vypořádat. Je velmi náročné setkávat se tváří v tvář se smrtí a sdělovat ji pozůstalým. Člověk neví, jak a kdy zemře, což často vyvolává pocity úzkosti. Člověk na sklonku života si nepřeje být sám, důležité je zachovat důstojnost do posledních chvil života a respektovat poslední přání umírajícího. Umírající chce zůstat v kontaktu s blízkými a nebýt odstřižen od svých milovaných. Pokud je schopen vnímat, má stejné právo na sdělení svého stavu stejně jako každý jiný člověk. Od okolí se očekává empatie a stát se oporou v nelehkých chvílích. V klidném a příjemném prostředí se lépe naplňují individuální potřeby, které si každý sestavuje sám. Neverbální komunikace pomáhá naplnit pocity prázdnoty a úzkosti ze strachu, příjemný tón hlasu, pohlazení nebo chycení za ruku pomáhá klidnějšímu pochodu ze života do smrti. Umíráním naděje nekončí, měla by nás posilnit k naší poslední cestě v životě (Kutnohorská, 2007).

2.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

Cílem ošetrovatelské péče o umírajícího je zajištění klidné, bezbolestné a důstojné smrti. Je zaměřována na zmírnění či vymizení nepříjemných pocitů, bolesti a jakéhokoliv dyskomfortu. Jedná se i o zajištění psychické podpory pro rodinu a blízké, které mohou být přítomni tak, jak i umírající potřebuje. Pokud potřebují individuální psychickou podporu pro doprovázení v náročné životní situaci, je nabídnut psychoterapeut či psycholog. Jde o komplexní péči, která se zaměřuje na psychologické, fyzické i sociální aspekty. Jsou respektována práva umírajícího, jedná se v zájmu jeho důstojnosti a jeho přání. Práva umírajícího popisuje Charta práv umírajících (Nováková, 2011).

Specifika péče spočívá v naslouchání potřeb umírajícího. Takový člověk potřebuje dostatek času, péče, pokory a respektu. Jde o péči o dýchací cesty, o prevenci dekubitů, plnění reálných přání a vytvoření celkově vhodného prostředí pro poslední okamžiky na tomto světě (Misconiová, 1998).

2.5 DIAGNÓZY NANDA

Tabulka č. 1 Diagnóza NANDA Labilní ovládání emocí

Doména	Kód	Ošetrovatelská diagnóza	Popis
5. <i>Percepce/kognice</i>	00251	<i>Labilní ovládání emocí</i>	Jedná se nezvládnutelné uvolnění emocí, jako například nepřiměřený smích či pláč v nepřiměřených situacích. Souvisí s únavou, sníženou sociální interakcí nebo s užíváním farmak.

(Herdman, 2010).

Tabulka č. 2 Diagnóza NANDA Beznaděj

Doména	Kód	Ošetřovatelská diagnóza	Popis
6. Sebepercepce	00124	Beznaděj	Jde o individuální pocit, během kterého jedinec nevidí naději v příjemnější chvíli. Jedinec má sníženou chuť k jídlu, má pasivní postoje k čemukoliv a omezeně se vyjadřuje. Souvisí s dlouhodobým stresem, s celkově zhoršujícím stavem a se ztrátou víry.

(Herdman, 2010).

Tabulka č. 3 *Diagnóza NANDA Riziko oslabení lidské důstojnosti*

Doména	Kód	Ošetrovatelská diagnóza	Popis
<p>6. <i>Sebepercepce</i></p>	<p>00174</p>	<p><i>Riziko oslabení lidské důstojnosti</i></p>	<p>Umírající může vnímat vytrácení své lidské úcty a respektu vedoucí k celkovému oslabení. Jde o odhalování intimity těla, ztráta kontroly nad vlastním tělem nebo díky nevhodným dotazování zdravotnického personálu.</p>

(Herdman, 2010).

Tabulka č. 4 Diagnóza NANDA Zátěž v roli pečovatele

Doména	Kód	Ošetřovatelská diagnóza	Popis
7. <i>Vztahy mezi rolemi</i>	00061	<i>Zátěž v roli pečovatele</i>	Jedná se o situaci při pečování o osobu blízkou. Vyznačuje se strachem o zdravotní stav nemocného, zvýšenou starostlivostí a nepřiměřenými obavami. Jedinec v roli pečovatele může mít jak psychické, tak i tělesné obtíže jako jsou deprese nebo bolesti břicha či pocit únavy a nespavost.

(Herdman, 2010).

Tabulka č. 5 Diagnóza NANDA Sociální izolace

Doména	Kód	Ošetřovatelská diagnóza	Popis
<i>12. Komfort</i>	00053	<i>Sociální izolace</i>	Nemocný pociťuje stavy negativního rázu a ohrožení. Jde o následek způsobený absencí přítomnosti blízkých, nemoc, odmítání nebo pocit neschopnosti naplnění očekávání. Tyto pocity souvisí s neuspokojivými vztahy a se změnami v psychické i tělesné stránce

(Herdman, 2010).

3 UMÍRÁNÍ

3.1 VYMEZENÍ POJMU

Jde o proces, na jehož konci je smrt. Jedná se o přirozený konec života, který je vždy jedinečný. Ke smrti může dojít v důsledku zavinění zvenčí nebo jako fyziologické ukončení života. Umírání předchází smrti s klasickými klinickými příznaky, toto období nazýváme též terminální stádium. Pro každé ze stádií jsou charakteristické známky, jako například bledost kůže, špičatý nos či zapadlé oči. Každý si zaslouží důstojný odchod s co nejpříjemnějšími podmínkami. Umírání k životu patří a je stejně důležité, jako narození nové bytosti (Stiborová, 2018).

3.2 FÁZE PROCESU UMÍRÁNÍ

Terminální stádium je rozděleno na tři fáze. Každá je charakteristicky popsána, čím se od sebe liší. Těmito fázemi umírající prochází poslední, dny, hodiny a poslední chvíle na tomto světě.

Fáze pre finem

Toto je fáze před smrtí, jde o dobu, kdy se člověk blíží ke smrti.

Fáze in finem

Tato fáze obsahuje vlastní umírání, jde o moment, kdy život bezprostředně hraničí se smrtí. Velmi často se objevují poruchy vnímání. Na umírajícím jsou viditelné charakteristické znaky jako například zapadlé oči, špičatý nos a uši, protáhlá špičatá brada, chladné končetiny, apnoické pauzy, omezené vnímání, lepkavý studený pot a popelavá barva kůže.

Fáze post finem

Jedná se o dobu po smrti organismu, která s sebou nese péči o tělo zemřelého a psychickou podporu pro pozůstalé (Kroutilová Nováková). Tato fáze zahrnuje ošetrovatelskou péči o zemřelého, na které se podílejí dvě sestry, a to z praktického i právního důvodu. Vyjme se zubní náhrada, sundají se veškeré šperky a tělo omyjeme. Zemřelého dáme, pokud to je možné, do vodorovné polohy. Podváže se obinadly brada, jemným tlakem se lepí oční víčka. Na náramek či stehno sestra napíše datum a čas úmrtí a jméno s rodným číslem. Tělo se zabalí,

překryje se prostěradlem a je ponecháno dvě hodiny na oddělení, dále si tělo přebírá pohřební služba, kterou si rodina zvolila. Sestra vše pečlivě zapíše do dokumentace a pečlivě vyplní dokument o pozůstalosti a obě sestry se podepíší (Knapová, online).

3.3 FÁZE UMÍRÁNÍ PODLE ELIZABETH KÜBLER-ROSS

Všechny pečující osoby musí jednat ve správném souladu etického chování a komunikace. Využíváme emoční inteligenci a poznatky z psychologie. Každá fáze je ovlivněna typologií osobností, aktuálním psychickým i fyzickým stavem, momentální orientací a dalšími faktory. Těmito fázemi neprochází pouze umírající, ale i doprovázející rodina a blízcí.

První fáze - Šok, odmítání

Umírající odmítá, že by měl zemřít. Nesouhlasí, není schopen tento fakt přijmout. V tomto stádiu je důležité nechat emoce proběhnout, chovat se empaticky a být nablízku. Tato fáze obvykle nastává po sdělení se životem neslučující se diagnózy.

Druhá fáze - Agrese, zloba

Umírající se cítí naštvane, není smířen s aktuálním stavem a vybíjí si zlost na ostatních. Pečující si nesmí brát chování osobně, protože není primárně mířeno proti nim. Emoce musí proběhnout a není dobré je potlačovat.

Třetí fáze - Smlouvání

Tato fáze zahrnuje vytváření si planých slibů a naděje. Umírající začíná věřit ve věci a zázraky, kterým dříve nevěřil. Utváří si svět s falešnou nadějí a chce věřit, že se vše ve zdraví obrátí. Okolí by mu nemělo nic rozmlouvat, ale akceptovat stav a projevit důvěru a empatii.

Čtvrtá fáze - Deprese, strach

Tato fáze je plná apatie, smutku a beznaděje. Umírající se cítí beznadějně, neví, co s ním bude a má strach, jak jeho smrt zvládnou jeho blízcí. Pečující osoby by měli nabídnout umírajícímu dořešit to, co by si přál. Umírající si může přát někomu se omluvit, napsat závěť, svěřit se, anebo se vidět s někým, koho velmi dlouho neviděl a chce se rozloučit. Nasloucháme a snažíme se plnit přání.

Pátá fáze - Smíření

Smíření je stav, ke kterému bohužel mnoho lidí nedojde. Umírající žije v realitě, důvěřuje osudu a nesnaží se nic zvrátit. S blízkými se loučí, říká věty, které nikdy nebyl schopen vyslovit. Tato fáze je velmi náročná pro rodinu a blízké (Malíková, 2020).

3.4 MODELY UMÍRÁNÍ

3.4.1 RITUALIZOVANÝ

Dříve se umíralo odlišným způsobem než dnes. O umírání a smrti se mluvilo, bylo to jasné a popsané téma, které nebylo tabu. Z generaci na generaci se předávaly rituály a důstojné zvyky, jak se s umírajícím rozloučit, jak vyřešit pozůstalosti, vypovídat se a lidsky se rozloučit. Dnes nesrovnatelně více lidí umírá v nemocnicích nebo v sociálních službách. Nelze však říct, že všichni dříve umírali ve svých domovech po boku svých nejbližších, ale bylo to určitě častěji než dnes. Rodina a blízcí se sešli u smrtelné postele a snažili se onen odchod ze života udělat příjemnější, být nablízku a být oporou. Lidé si dokázali představit a dokázali zažít, co je to umírání, nevyhýbali se tématu a už vůbec ne umírajícímu. Vnímali smrt jako nezbytnou součást života. Jednalo se u rituál, kterým se ukončoval život.

3.4.2 INSTITUCIONÁLNÍ

Již název je odvozen od faktu, že člověk na sklonku života je převezen do nějaké instituce, ať už do nemocnice nebo do sociálního zařízení. Sice v těchto zařízeních má trvale zdravotnickou péči, ale umírání není nemoc, kterou chceme léčit, ale je to stav, kdy umírající v drtivé většině nechce být sám, ale naopak chce mít u sebe blízkou osobu, aby mohli veškeré emoce prožívat společně. Přeje si, aby mohl držet ruku milované osoby a necítit se tak sám. Umírání patří k životu, nelze žít život bez smrti a na to dnes hodně lidí zapomíná (Kutnohorská, 2007).

3.4.3 HOSPIC

Hospic je kombinací ritualizovaného a institucionálního umírání. Mezi hlavní myšlenku hospice patří vrátit téma smrt a umírání zpět do běžných hovorů bez jakékoliv tabuizace. Jde o překonání překážek na konci života a dovolit umírajícím a jejich blízkým důstojný a bezbolestný konec. Hospicová péče funguje i jako domácí zdravotnická péče, kdy personál

dojíždí za umírajícím do jeho domácího prostředí. To ovšem lze pouze za vhodných podmínek, a především za přítomnosti blízké osoby.

Model umírání doma

Dříve lidé umírali v domácím prostředí v okruhu svých nejbližších. Nedílnou součástí dobrého konce života je podpora a přítomnost své rodiny, a to bez pocitu samoty a izolace. Pro pečující tato situace může vzbuzovat pocity nejistoty, vyčerpání, únavy a obavy z konce života (Ondriová, online).

Paliativní model umírání

Paliativní a hospicová péče je dnes dle lege artis postupů zaměřená na potřeby umírajících a jejich blízkých. Součástí jsou dokumenty např.: Charta práv umírajících, Doporučení Evropské Asociace pro paliativní péči a tak dále. Tato péče se zaměřuje na tišení bolesti a nepříjemných příznaků vážných nemocí či jejich příznaků (Ondriová, online).

3.5 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍMI

Od sestry a pečujícího personálu se očekává vcítění se a naslouchat potřebám umírajícího. Umírající člověk nechce být sám, proto je důležité si udělat na péči dostatek času. Velmi důležitá složka je jednání s důstojností a respektem k přáním a potřebám nemocného. Personál se chová autenticky a trpělivě naslouchá, nic nevnucuje ani nevyvrací. Snažíme se o to, aby se umírající necítil sám, ve strachu a v nepochopení. Snažíme se splnit jeho poslední přání a zachovat již zmiňovanou důstojnost. I když už nemocnému dochází slova, komunikuje gesty či pohledem očí. Vytvářejí se co nejlepší podmínky pro vyrovnání s nezvratným osudem na sklonku života, chováme se empaticky a nasloucháme. Komunikace se neskládá pouze ze slov a vět, ale v těchto chvílích především z pochopení, pohlazení a celkově ze způsobu projevu. Naděje by se ze života neměla vytratit, měla by umírajícího posilnit k odchodu z tohoto života (Kutnohorská, 2007).

4 SMRT

Zákon života zní tak, že kdo se narodí ten i zemře. V dnešní společnosti se lidé dívají vpřed, co je čeká, jaké mají možnosti rozvoje a budoucnosti. Staráme se o své tělo, chodíme k lékaři, když nás něco trápí, slýcháme o smrti vtipy a snažíme se dělat, že se nás to netýká. Když někdo z blízkých umírá, předáme péči o umírajícího odborníkům, a stáhneme se dál. Přitom to, co umírající potřebuje je blízkost milované osoby a pocit, že na smrt není sám. Obíráme se o vzácný okamžik, který k životu neoddělitelně patřil, patří a vždy patřit bude (Byock, 2013).

4.1 ZNÁMKY SMRTI

Známky smrti dělíme na jisté a nejisté:

Mezi jisté známky smrti patří posmrtná bledost, skvrny na nejnižší položeném místě těla a posmrtná ztuhlost.

Mezi nejisté známky smrti řadíme zástavu srdce, bezvědomí, zástavu dechu nebo mydriázu (Janíková, 2017).

4.2 TRUCHLENÍ

Rodina umírajícího by měla být připravována na smrt ještě dříve, než k samotné smrti dojde. Oporou může být sestra, ale v náročnějších případech i vyškolený terapeut. Všichni berou umírání a smrt jinak, to je důležité si uvědomit. Nabízíme podporu a pomoc v takové míře, v jaké ji blízcí potřebují. Rodina by měla být informována o způsobech pomoci a psychické úlevy, ale často je zdroj úlevy v podpoře blízkých. Pozůstalí kladně berou formu podpory v individuálním kontaktu, v podpoře. Při patologickém truchlení doporučení na terapeutické sezení pro jednotlivce či skupiny, obracení se k víře, podpora ve formě krizových linek a podobně (O Connor, Aranda). Pokud smrt přijde, pozůstalí pocítují šok a otřes díky způsobené ztrátě blízké osoby. Je na místě uklidnit rodinu a blízké, že umírající netrpěl a odešel bez bolestí. Smutek pozůstalí pocítují různě dlouho, pomáhá vypovídání, pláč a pocit, že na to blízký není sám. Jako poslední fáze truchlení je přiznání si skutečnosti a najít cesty životem bez námi milované osoby (Knapová, online).

Truchlení v unesitelné míře považujeme na nekomplikované, což znamená, že příznaky na fyzické i psychické stránce člověka jsou naprosto v pořádku. Mezi takové reakce patří nevolnosti, bolesti hlavy, přehnané reakce na světlo či hluk a mnoho dalšího, jde o zcela individuální faktory. Mezi emoční příznaky řadíme pláč, pocity beznaděje, osamocení, sníženou pozornost a spoustu dalších emocí a pocitů, které každý prožívá jinak.

Mezi základní principy, které se uplatňují v péči o pozůstalé patří zjištění aktuálních emocí a jejich vyjádření, pomoci najít cestu životem i bez zemřelého, pomoci odpoutat se od zemřelé blízké osoby, snažit se ukázat, jak lze truchlením projít, najít vhodné obranné prostředky proti stresu a smutku nad ztrátou milované osoby a najít konkrétní potíže a odkázat na kompetentní osobu, která se potřebnou problematikou zabývá (Špatenková, 2013).

4.3 DŮSTOJNÁ SMRT POHLEDEM PEČUJÍCÍCH

Personál, který pečuje o umírající, by měl mít smrt a celkově problematiku s umíráním srovnanou, protože jinak přenáší své pohledy a celkově vnímání a nevyrovnanost na umírajícího. Takový pracovník se smrti bojí, umírajícímu se vyhýbá, má strach z komunikace a neví, jak se má chovat a jak má reagovat, což je trápení pro všechny zúčastněné. To je důvod, proč by měl být emočně vyzrálý, vzdělaný a věděl, jak se eticky správně chovat a na koho se obrátit, pokud si neví rady. Umírající i jeho rodina potřebuje vyslechnout a vyžadují vhodný prostor pro loučení (Malíková, 2020).

K důstojné smrti patří i jednání s pozůstalými, že se blíží konec života blízké osoby, nebo už konec nastal. Jedná se o velmi eticky i komunikačně náročnou situaci. Pozůstalí se nachází ve velmi náročné situaci a potřebují podporu. Pokud se zpráva o úmrtí sděluje osobně, je vhodné si sednout v klidné místnosti, kde bude klid a příjemné prostředí. Je nutné počítat s různými reakcemi a zachovat klid a nechat si dostatek času. Komunikace by měla být věcná, ale autentická. Rozhovor se ukončuje formalitami a vyjasněním případných nejasností.

Je eticky správné vyjádřit soustrast a vyjádřit ji tím, že jsme si zemřelého vážili, a že soucítíme s jejich smutkem. Vyjádření soustrasti by mělo být především upřímné a osobní, pokud si ovšem pozůstalí přejí například nepopřát k upřímné soustrasti, přání musí být respektováno (Kutnohorská, 2007).

4.4 POSLEDNÍ ROZLOUČENÍ

Pohřbení zemřelého má význam pro pozůstalé, aby smrt vzali jako realitu a měli možnost se naposledy s blízkým člověkem důstojně rozloučit. Pohřeb je důstojným rozloučením se životem zemřelého, kde je společensky normální a očekává se, že pozůstalí budou plakat a ventilovat své pocity smutku až beznaděje. Jedná se o událost, která pozůstalým pomůže si uvědomit smrtelnost a aktuální psychickou bolest si prožít. Etikou a empatií by se měly řídit i pohřební služby, které jsou bezpochybně zúčastněné a s pozůstalými komunikují také.

Celkově téma ohledně smrti je velmi citlivé a často tabuizované. Sice se průměrný věk dožití zvyšuje, ale na druhou stranu více a více lidí odchází z tohoto světa v pocitu osamění. Lidé by si měli uvědomit, že smrt patří ke konci života, bohužel se dnes často umírá nelidským způsobem. Každý musí přijmout svou smrtelnost a zajistit, a hlavně dovolit blízkým důstojný odchod (Kutnohorská, 2007).

5 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části uvádíme cíle práce, následuje metodika výzkumu a analýza a interpretace výsledů kvalitativního výzkumného šetření technikou dotazníku vlastní konstrukce.

5.1 CÍLE VÝZKUMU A METODIKA VÝZKUMU

V praktické části byly stanoveny tyto cíle

Hlavní cíl: Zjistit, jak zaměstnanci Alzheimer centra vnímají smrt.

Dílčí cíle práce:

- 1) Jsou zaměstnanci smířeni s procesem umírání?
- 2) Jsou zaměstnanci připraveni na smrt klientů?
- 3) Pomohlo vzdělání zaměstnancům připravit se na umírání klientů?
- 4) Jaké využíváte prostředky při komunikaci s demenčními klienty?

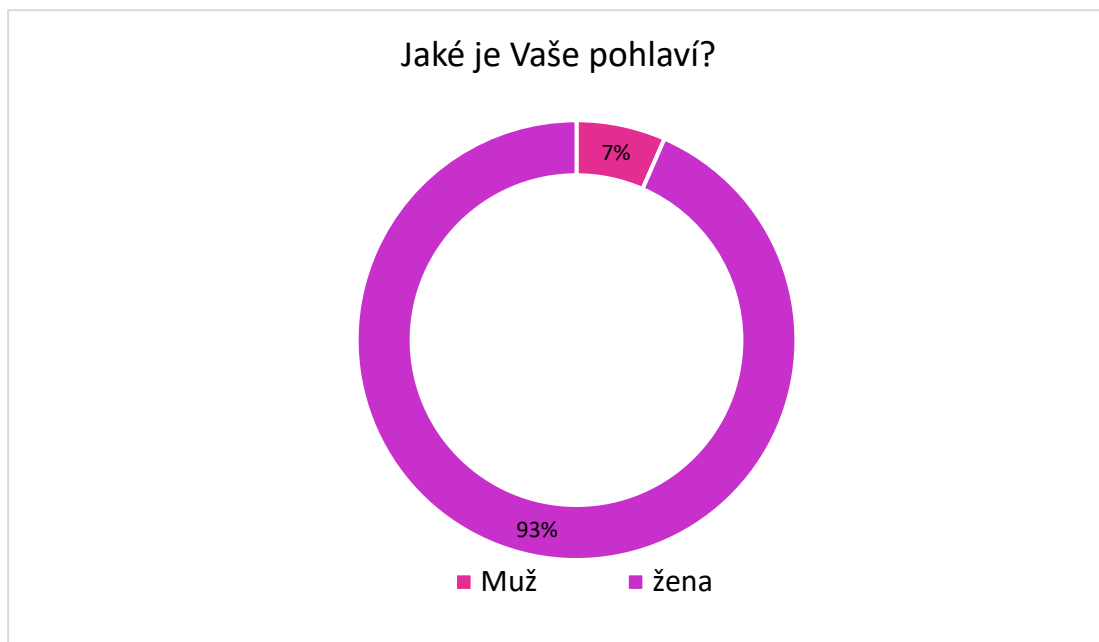
5.1.1 METODIKA VÝZKUMU

Pro výzkumnou část jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Sběr dat byl realizován formou vytištěných dotazníků vlastní tvorby. Na začátku dotazníku jsou napsány základní údaje o výzkumu, upozornění na anonymitu a pro vysvětlení účelu otázek. Dotazník tvoří 22 otázek, z toho 3 jsou otevřené, 1 výčtová a 17 uzavřených. Prvních 6 otázek je identifikačních, zbylých 17 o dané problematice.

5.2 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1: Jaké je vaše pohlaví?

- Muž
- Žena



Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Komentář:

Šetření pomocí dotazníků se zúčastnilo 61 respondentů (100 %), z toho 4 muži (7 %) a 57 žen (93 %).

Otázka č. 2: Jaké je vaše nejvyšší dosavadní vzdělání?

- Základní
- Výuční list
- Maturitní
- VOŠ
- VŠ



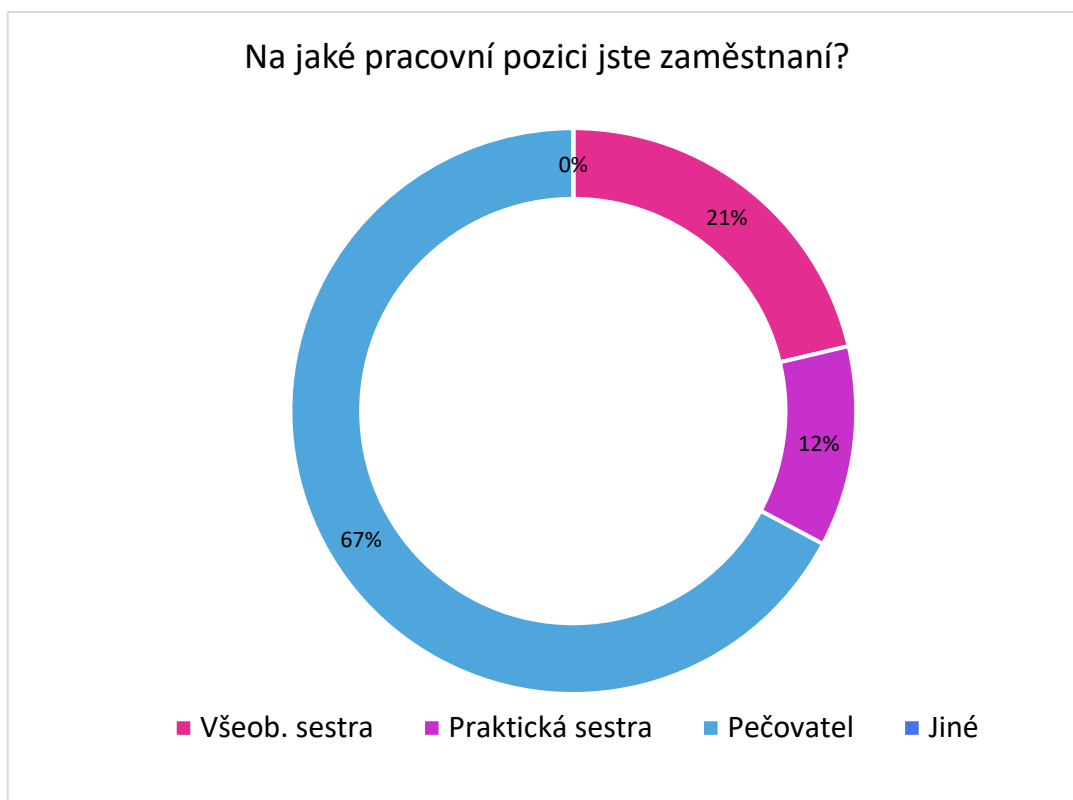
Graf č. 2 Nejvyšší dosavadní vzdělání respondentů

Komentář:

Z 61 respondentů (100 %) má 8 lidí (13 %) základní vzdělání, 20 dotazovaných (33 %) má výuční list, 28 respondentů (46 %) má maturitní vzdělání, 3 respondenti (5 %) má dostudovanou VOŠ a 2 (3 %) respondenti mají VŠ.

Otázka č. 3: Na jaké pracovní pozici jste zaměstnaní?

- Všeobecná sestra
- Praktická sestra
- Pečovatel
- Jiné:



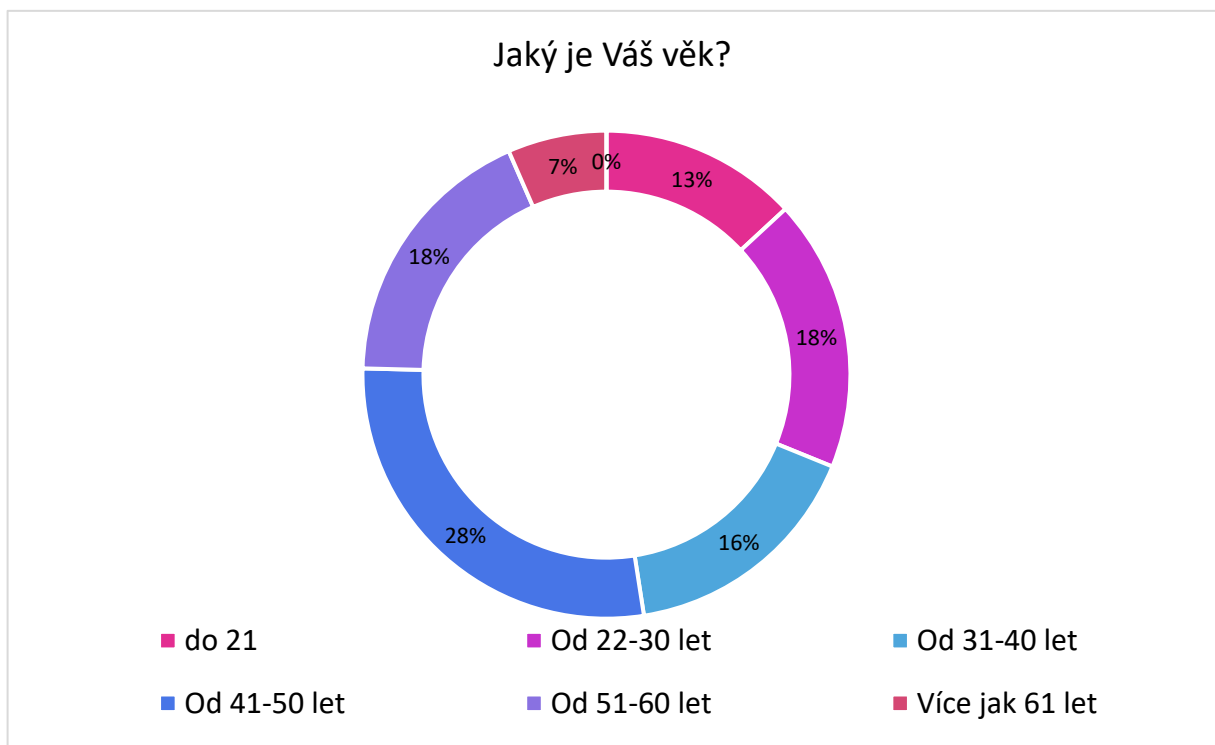
Graf č. 3 Pracovní pozice respondentů

Komentář:

Z 61 dotazovaných (100 %) je 13 všeobecných sester (21 %), 7 praktických sester (12 %) a 41 lidí pracuje jako pečovatel (67 %).

Otázka č.4: Jaký je váš věk?

- Do 21 let
- Od 22 do 30 let
- Od 31 do 40 let
- Od 41 do 50 let
- Od 51 do 60 let
- Více než 61 let



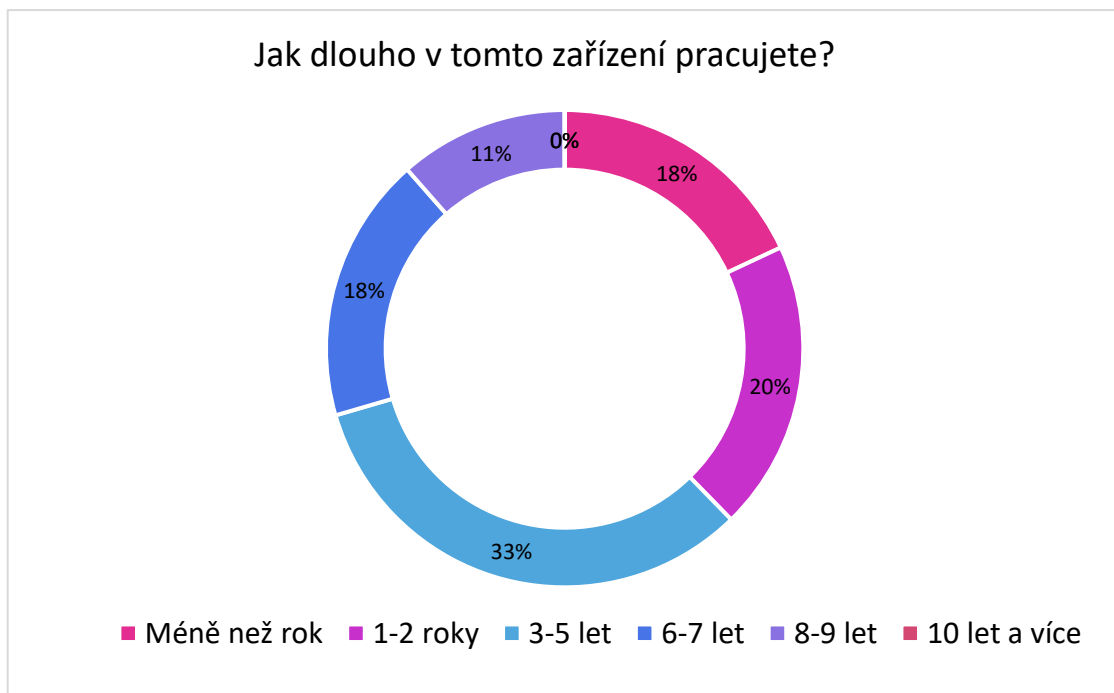
Graf č. 4 Věk respondentů

Komentář:

Z 61 dotazovaných (100 %) je 8 lidí (13 %) v kategorií do 21 let, od 22 do 30 let je 11 lidí (18 %), od 31 do 40 let je 10 respondentů (16 %), dále od 41 do 50 let je 17 respondentů (28 %), v kategorií od 51 do 60 let je 11 respondentů (18 %) a nad 61 let odpověděli 4 respondenti (7 %).

Otázka č.5: Jak dlouho v tomto zařízení pracujete?

- Méně než rok
- 1 až 2 roky
- 3 až 5 let
- až 7 let
- 8-9 let
- 8-9 let
- 10 a více let



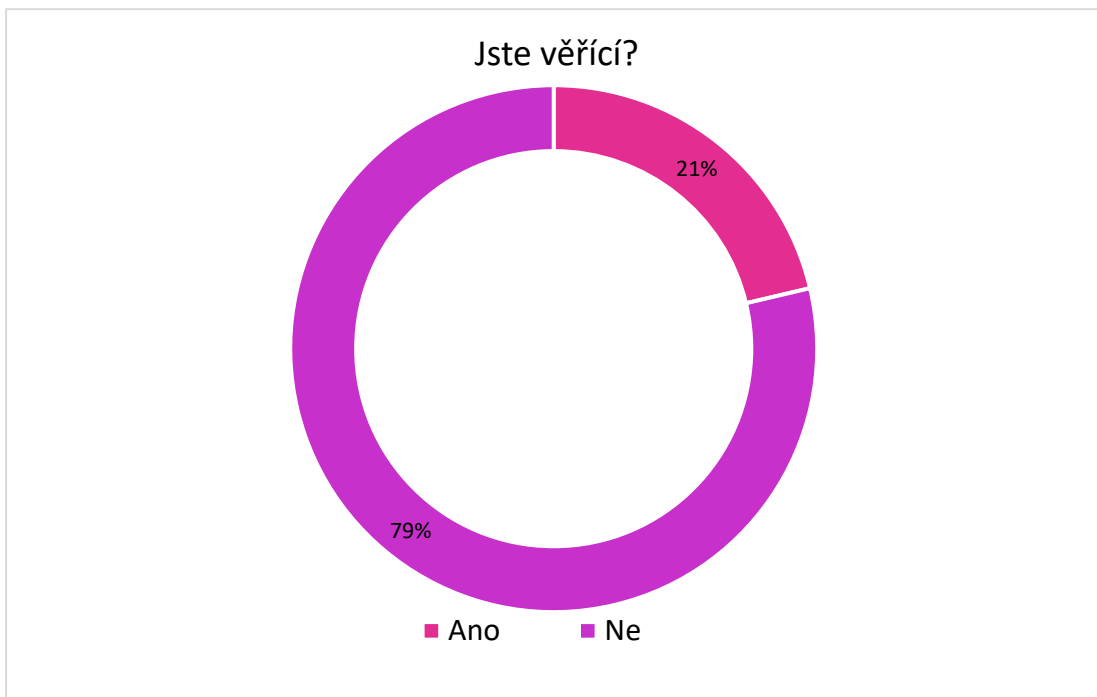
Graf č. 5 délka zaměstnání

Komentář:

Z 61 respondentů (100 %) méně, než rok v zařízení pracuje 11 lidí (18 %), 1 až dva roky 12 dotazovaných (20 %), 3-5 let 20 zaměstnanců (33 %), 6-7 let je zde zaměstnáno 11 lidí (18 %), 8-9 let v zařízení pracuje 7 zaměstnanců (11 %) a nikdo v dotazovaném prostředí nepracuje déle, jak 10 let.

Otázka č.6A: Jste věřící?

- Ano
- Ne



Graf č. 6A Víra respondentů

Komentář:

Z 61 respondentů (100 %) vyznává víru 13 lidí (21 %) a 48 respondentů (79 %) nevyznává žádnou víru.

Otázka č. 6B: Pokud ano, jakého jste náboženského vyznání?

- Katolík
- Církev bratrská
- Církev husitská
- Jiné:



Graf č. 6B Vyznání víry

Komentář:

Z 13 věřících respondentů (100 %) je 8 respondentů (62 %) katolíků, 2 respondenti jsou (15 %) v Církvi bratrské a 3 dotazovaní (23 %) jsou v Církvi husitské.

Otázka č.7: Jak vnímáte smrt?

- Jako přirozenou součást života
- Jako něco špatného či děsivého
- Nepřemýšlím o smrti
- Jiné



Graf č. 7 Vnímání smrti u respondentů

Komentář:

Z 61 dotazovaných (100 %) smrt vnímá jako přirozenou součást života 29 respondentů (36 %), 13 respondentů jako něco špatného či děsivého (16 %), 19 dotazovaných (24 %) o smrti nepřemýšlí a ve stejném poměru respondenti odpovídali jako jiné - 7 dotazovaných pociťuje smrt jako úlevu, 5 dalších jako konec, 3 respondenti vnímají smrt jako klid, další dotazovaní pociťují smrt jako začátek, jistotu či hrůzu.

Otázka č. 8: Jak se cítíte v místnosti se zemřelým?

- Necítím se v bezpečí
- Bojím se
- Nevadí mi to
- Jiné



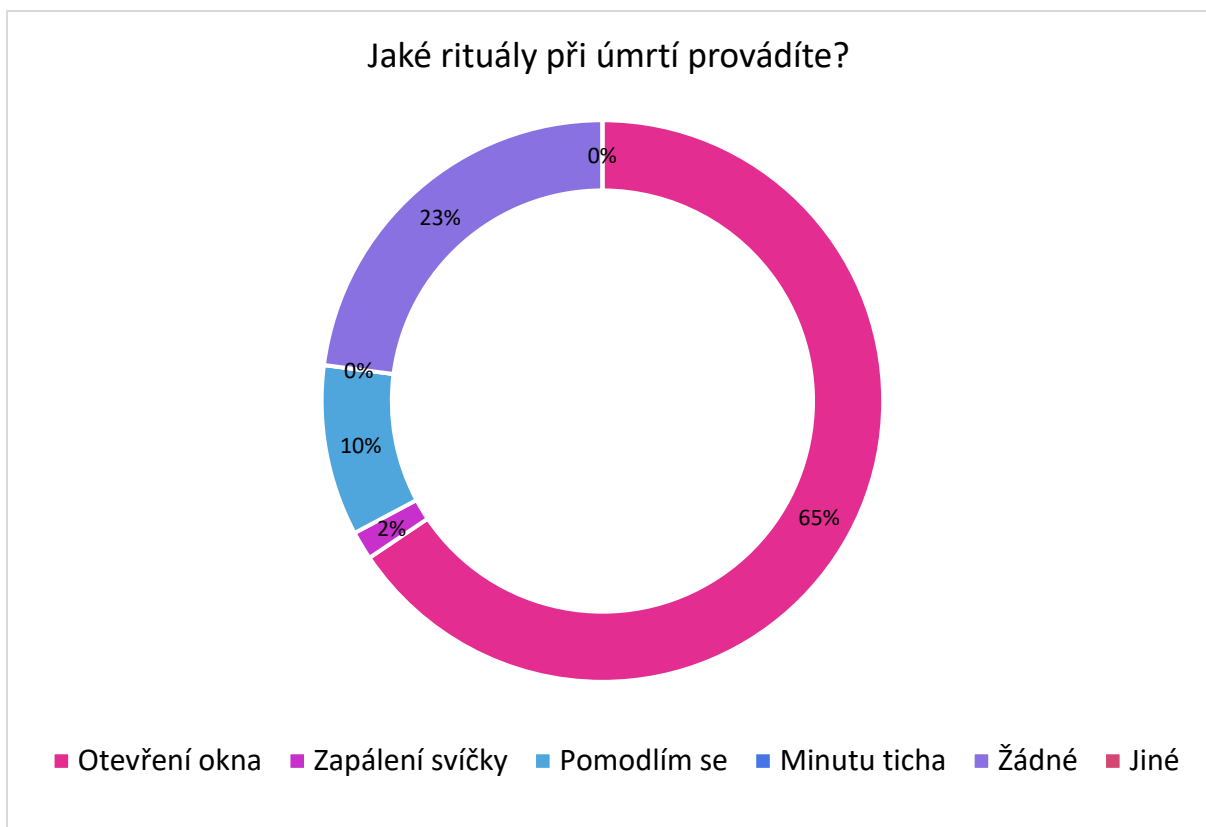
Graf č. 8 Pocity v místnosti se zemřelým

Komentář

Z 61 respondentů (100 %) se 7 dotazovaných (4 %) necítí v místnosti se zemřelým v bezpečí, 2 respondenti (4 %) se bojí, 34 respondentů (68 %) to nevadí a 7 respondentů (14 %) odpovědělo jako jiné: 2 respondenti se cítí s respektem, 3 dotazovaní pociťuje smutek a 3 dotazovaní se necítí příjemně.

Otázka č. 9: Jaké rituály při úmrtí provádíte?

- Otevření okna
- Zapálení svíčky
- Pomodlím se
- Minutu ticha
- Žádné
- Jiné:



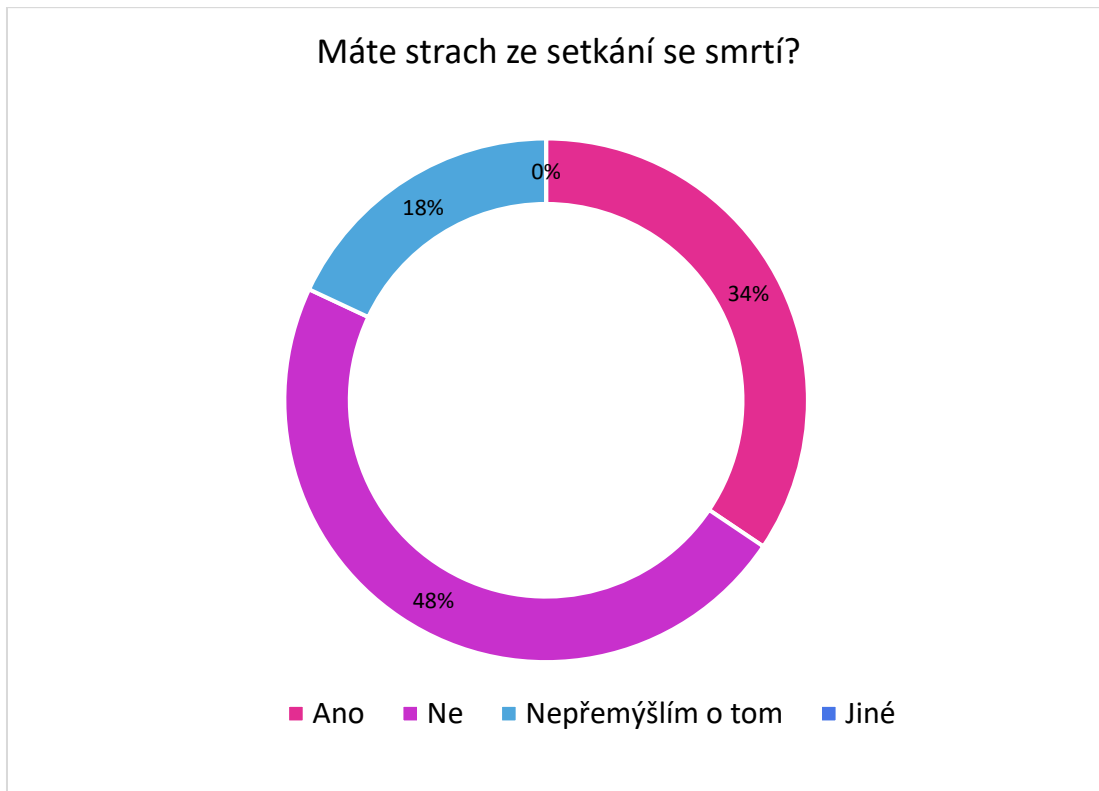
Graf č. 9 Rituály po smrti

Komentář

Z 61 respondentů (100 %) 40 zaměstnanců (65 %) otevře okno, 1 člověk (2 %) zapálí svíčku, 6 respondentů (10 %) se pomodlí a 14 dotazovaných (23 %) neprovádí žádný rituál.

Otázka č. 10: Máte strach ze setkávání se smrtí?

- Ano
- Ne
- Nepřemýšlím o tom
- Jiné



Graf č. 10 Strach ze setkání se smrtí

Komentář

Z 61 dotazovaných (100 %) uvedlo 21 respondentů (34 %), že má strach ze setkání se smrtí, 29 dotazovaných (48 %) se nebojí a 11 zaměstnanců (18 %) nad tím nepřemýšlí.

Otázka č. 11: Jak se cítíte při péči o zemřelého?

- Beru to jako součást práce
- Cítím smutek
- Cítím lítost nad koncem života
- Jsem si vědom/a toho, že je to biologický proces
- Jiné:



Graf č. 11 Pocity při péči o tělo zemřelého

Komentář:

Z 61 respondentů (100 %) 22 dotazovaných (36 %) bere péči o zemřelého jako součást práce, 13 respondentů (21 %) cítí smutek, 6 dotazovaných (10 %) pociťuje lítost, 16 dotazovaných zaměstnanců (26 %) si je vědoma života jako biologického koloběhu života a 4 respondenti (7 %) odpověděli jako jiné: 2 dotazovaní cítí úlevu nad koncem utrpení, 2 respondenti se cítí pokorně a 1 dotazovaný zaměstnanec se zemřelého štítí.

Otázka č. 12: Jak se vyrovnáváte se smrtí klientů?

- Nepotřebuji se vyrovnat
- Těžko, často nad tím přemýšlím
- Jiné:



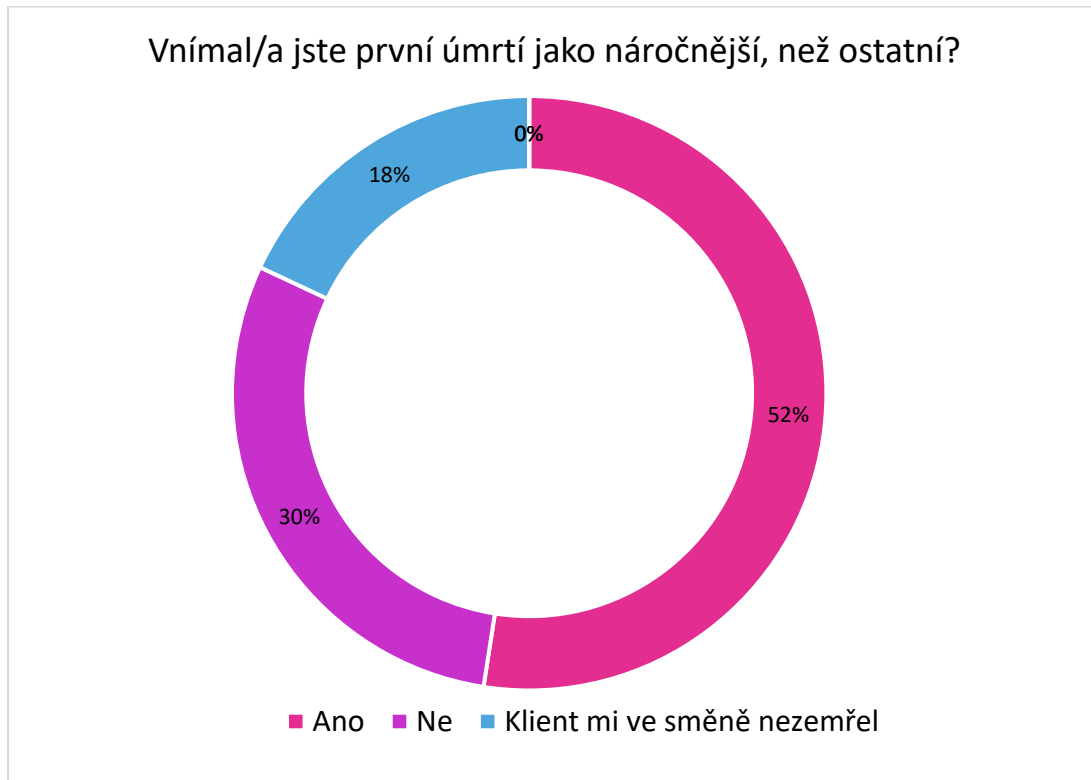
Graf č. 12 Vyrovnávání se se smrtí klientů

Komentář:

Z 61 respondentů (100 %) uvedlo 38 dotazovaných (62 %), že se nemusí vyrovnávat se smrtí klientů, 13 respondentů (21 %) se vyrovnává těžko a 10 dotazovaných (17 %) odpovědělo jako jiné: 5 respondentům pomáhá o klientovi mluvit, 3 dotazovaní se pomodlí a 2 respondenti se vyrovnávají se smrtí klientů pomocí sportu.

Otázka č. 13: Vnímali/a jste první úmrtí jako náročnější, než ostatní?

- Ano
- Ne
- Klient mi ve směně nezemřel



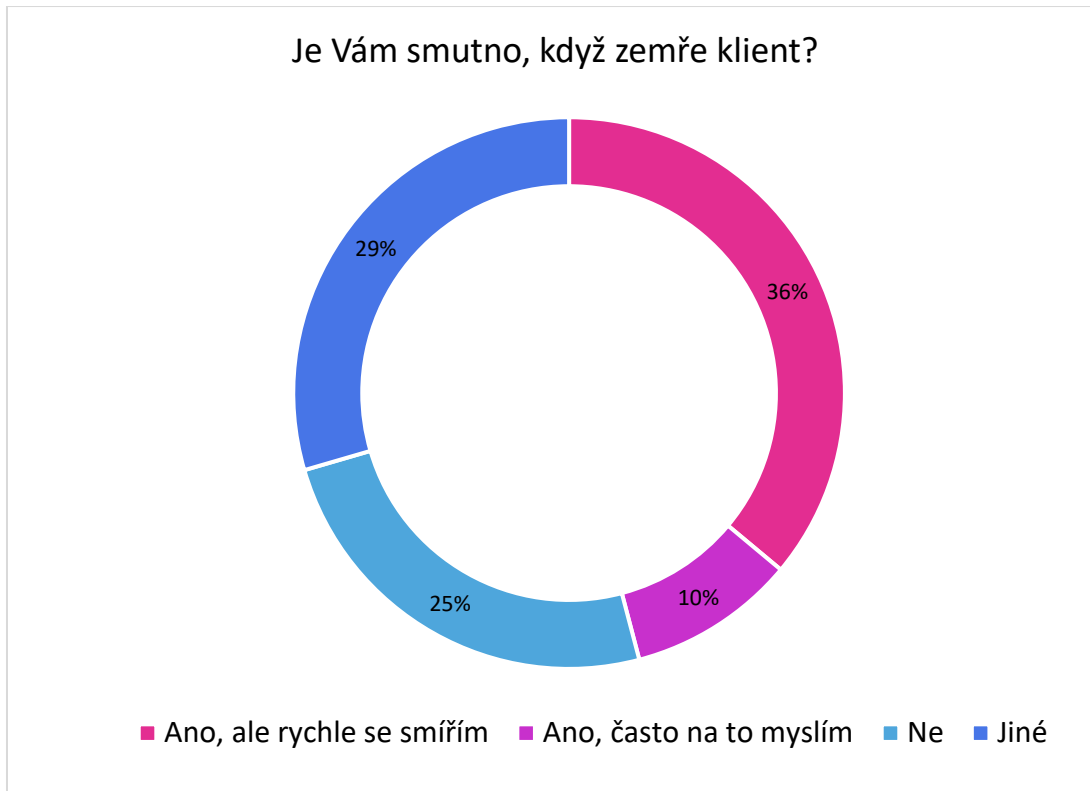
Graf č. 13 Vnímání prvního úmrtí ve směně

Komentář

Z 61 dotazovaných zaměstnanců (100 %) uvedlo 32 respondentů (52 %), že vnímali první úmrtí jako náročnější než ostatní, 18 dotazovaných (30 %) nevnímali rozdíl a 11 respondentům (18 %) klient ve směně nezemřel.

Otázka č. 14: Je Vám smutno, když zemře klient?

- Ano, ale velmi rychle se s tím smírím
- Ano, často na to myslím
- Ne
- Jiné:



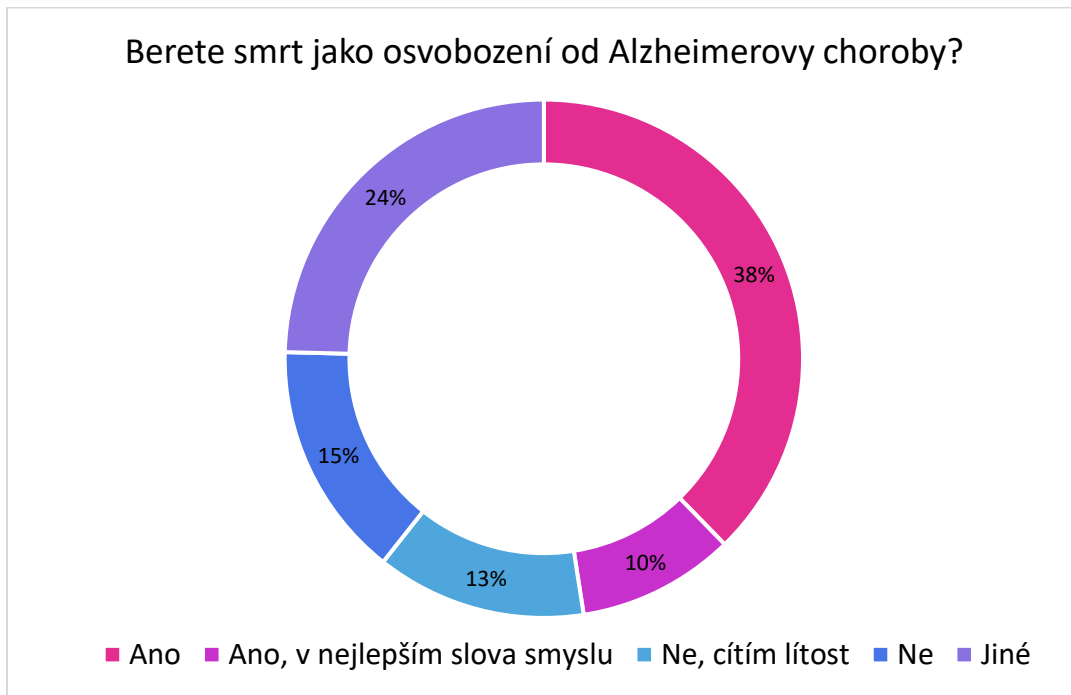
Graf č. 14 Smutek při úmrtí

Komentář:

Z 61 dotazovaných (100 %) 22 respondentů (36 %) se cítí smutně, ale rychle se smíří, 6 dotazovaných (10 %) se cítí smutně a často na to myslí, 15 dotazovaných zaměstnanců (25 %) se necítí smutně a 18 dotazovaných (29 %) jiné: 11 dotazovaným nikdo nezemřel, u 6 respondentů záleží, jaký klient zemře a 1 dotazovaný necítí emoce.

Otázka č. 15: Berete smrt jako osvobození od Alzheimerovy choroby?

- Ano
- Ano, lidem s touto chorobou přeji klidnou smrt v nejlepším slova smyslu
- Ne, je mi líto konce lidského života
- Ne
- Jiné:



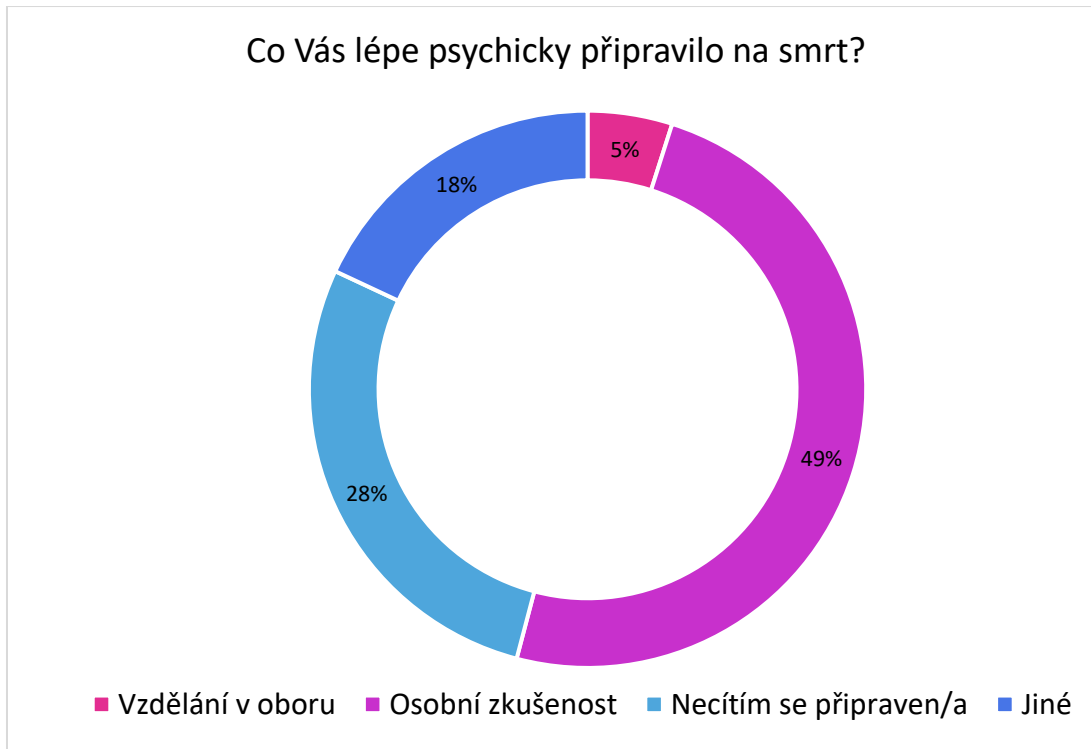
Graf č. 15 Pojetí Alzheimerovy choroby

Komentář

Z 61 respondentů (100 %) odpovědělo 23 respondentů (38 %) že ano, 8 respondentů (15 %) odpovědělo že ne, že pocítují lítost, 6 respondentů (10 %) odpovědělo ano v nejlepším slova smyslu, 9 dotazovaných (13 %) odpovědělo ne a 15 dotazovaných zaměstnanců (24 %) odpovědělo jiné: 13 respondentů odpovědělo, že neví a 2 dotazovaní zaměstnanci bere smrt u těchto nemocných stejně, jako u zdravých lidí.

Otázka č. 16: Co Vás lépe psychicky připravilo na smrt?

- Praxe
- Předání zkušenost
- Necítím se připravena, stále objevuji něco překvapivého
- Jiné:



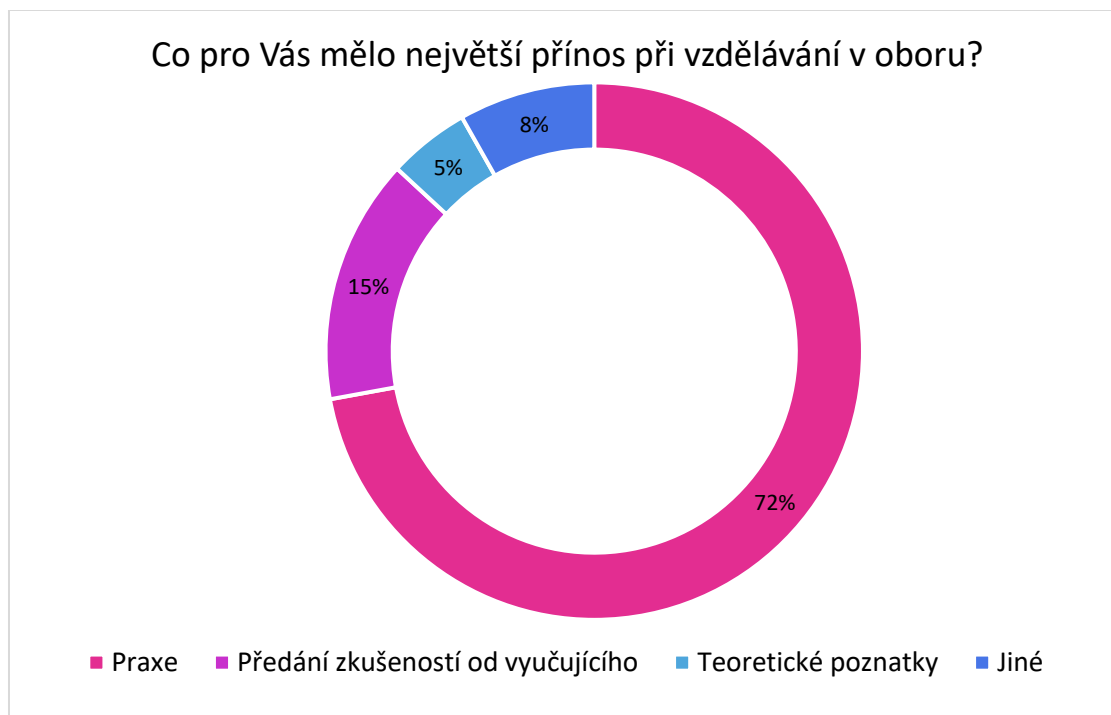
Graf č. 16 Připravenost na smrt

Komentář:

Z 61 dotazovaných (100 %) lépe připravilo 3 dotazované (5 %) vzdělání, 30 dotazovaných zaměstnanců (49 %) osobní zkušenost, 17 respondentů (28 %) se necítí připraveno a 11 dotazovaných zaměstnanců (18 %) odpovědělo, že neví.

Otázka č. 17: Co pro Vás mělo největší přínos při vzdělávání v oboru?

- Praxe
- Předání osobních zkušeností vyučujícího
- Teoretické poznatky
- Jiné



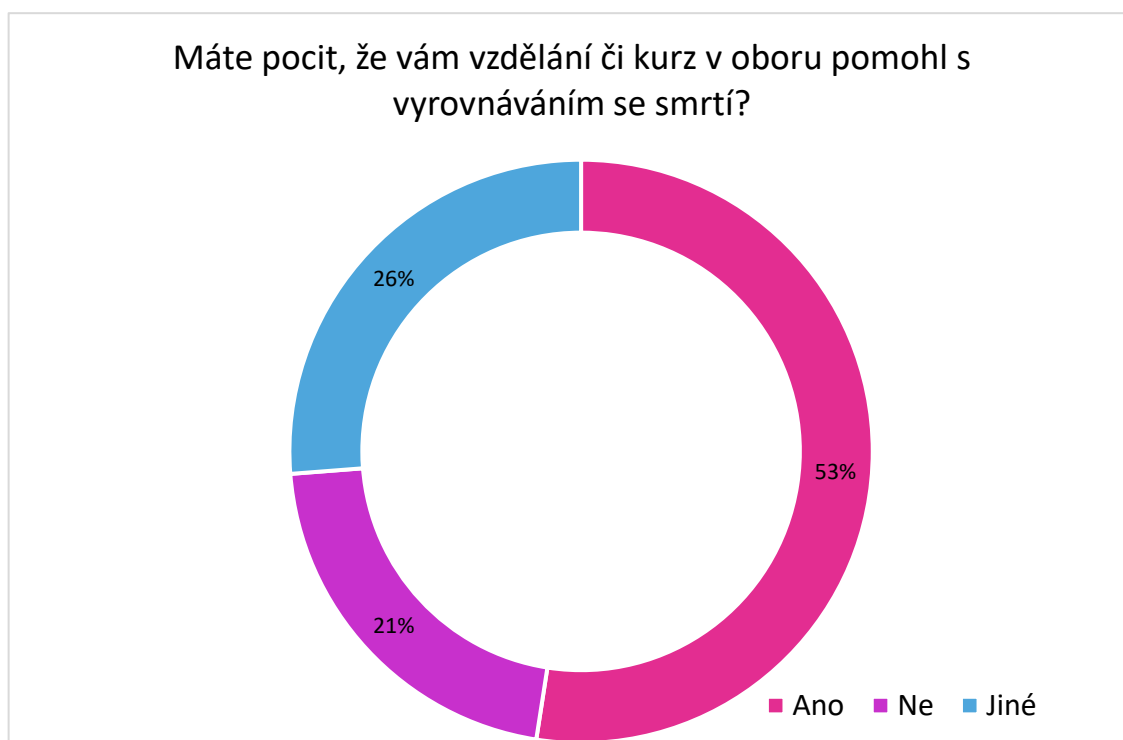
Graf č. 17 Přínos ze vzdělání

Komentář:

Z 61 dotazovaných zaměstnanců (100 %) měl pro 44 dotazovaných (72 %) největší přínos praxe, pro 9 respondentů (15 %) předání zkušeností od vyučujícího, pro 3 respondenty (5 %) teoretické poznatky a 5 dotazovaných (8 %) odpovědělo, že neví.

Otázka č. 18: Máte pocit, že vám vzdělání či kurz v oboru pomohl s vyrovnáváním se smrtí?

- Ano
- Ne
- Jiné:



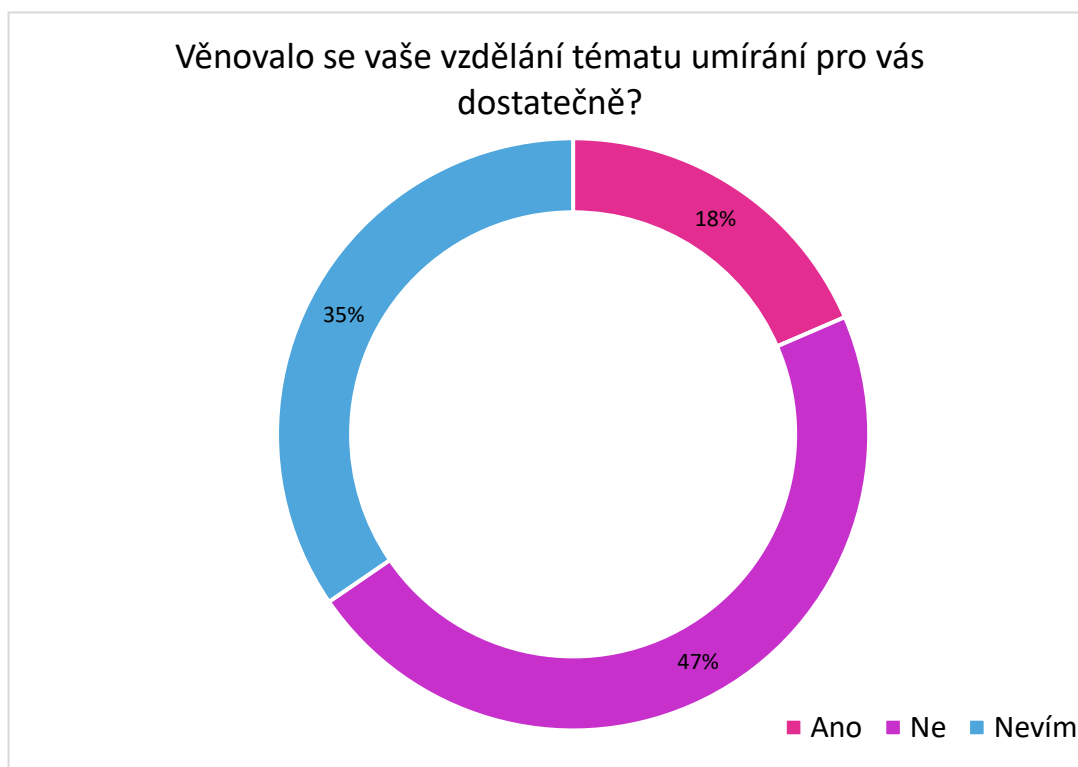
Graf č. 18 Vyrovnávání se se smrtí ve vzdělávání

Komentář:

Z 61 dotazovaných (100 %) má 32 respondentů (53 %) pocit, že jim vzdělání pomohlo ve vyrovnávání se smrtí, 13 respondentů (21 %) nemá pocit, že by jim vzdělání pomohlo s vyrovnáváním a 16 dotazovaných zaměstnanců odpovědělo jiné: 11 dotazovaných neví a 5 respondentů odpovědělo, že vůbec ne.

Otázka č. 19: Věnovalo se Vaše vzdělávání tématu umírání pro Vás dostatečně?

- Ano
- Ne
- Nevím



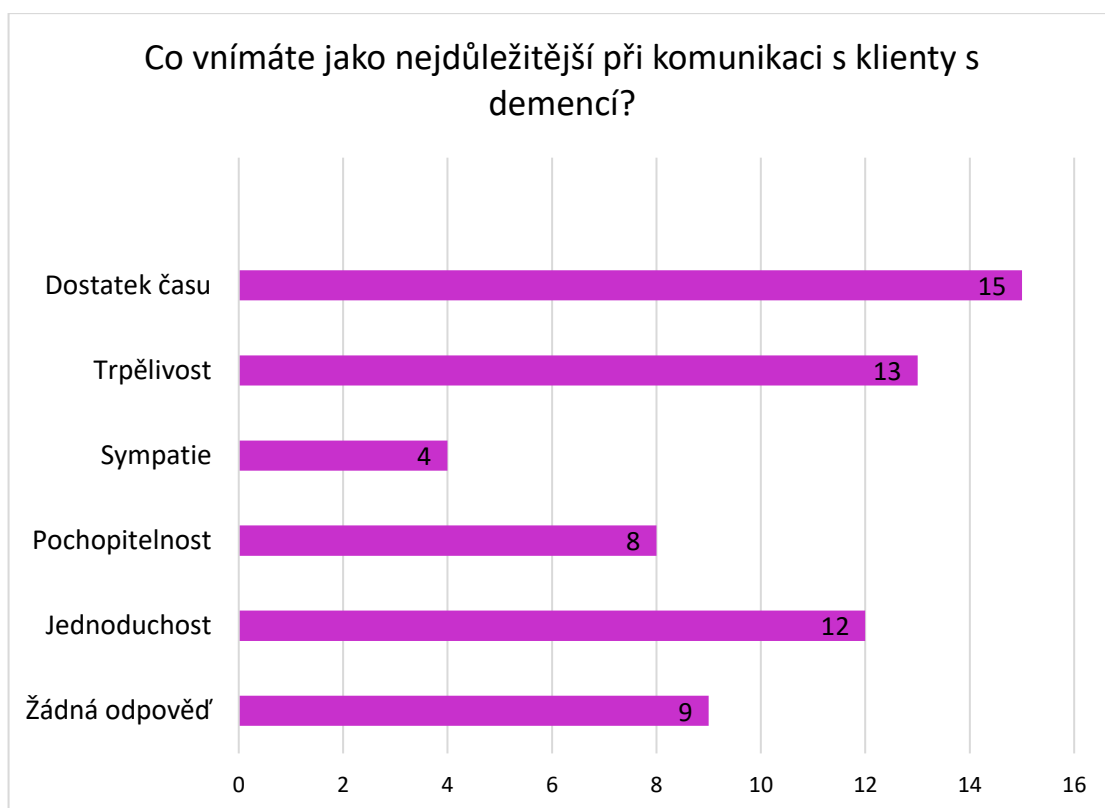
Graf č. 19 Čas věnování tématu umírání

Komentář:

Z 61 dotazovaných zaměstnanců (100 %) má 15 respondentů (18 %) pocit, že se ve vzdělání čas věnoval umírání dostatečně, 38 dotazovaných (47 %) odpovědělo, že se čas tomuto tématu nevěnoval dostatečně a 28 respondentů (35 %) neví, zda se dané vzdělávání věnovalo umírání dostatečně.

Otázka č. 20: Co vnímáte jako nejdůležitější při komunikaci s klienty s demencí?

Volná odpověď.



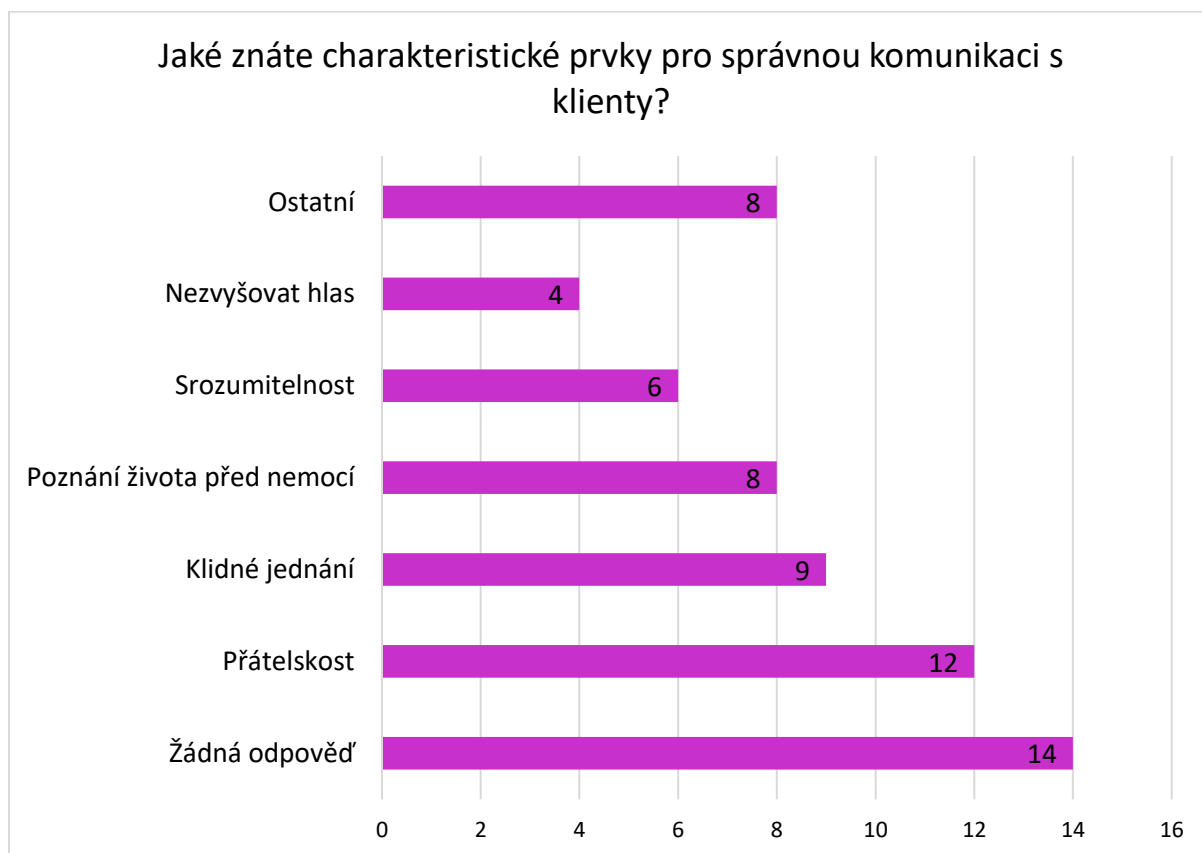
Graf č. 20 Důležité prvky v komunikaci

Komentář:

Z 61 respondentů uvedlo jako nejdůležitější aspekt dostatek času 15 (25 %) dotazovaných, 13 (21 %) uvedlo trpělivost, 4 respondenti (7 %) napsali sympatie, 8 (13 %) dotazovaných zaměstnanců uvedlo pochopitelnost, dalších 12 (20 %) považuje za nejdůležitější jednoduchost a 9 respondentů (15 %) neuvedlo žádnou odpověď.

Otázka č. 21: Jaké znáte charakteristické prvky pro správnou komunikaci s klienty?

Volná odpověď.



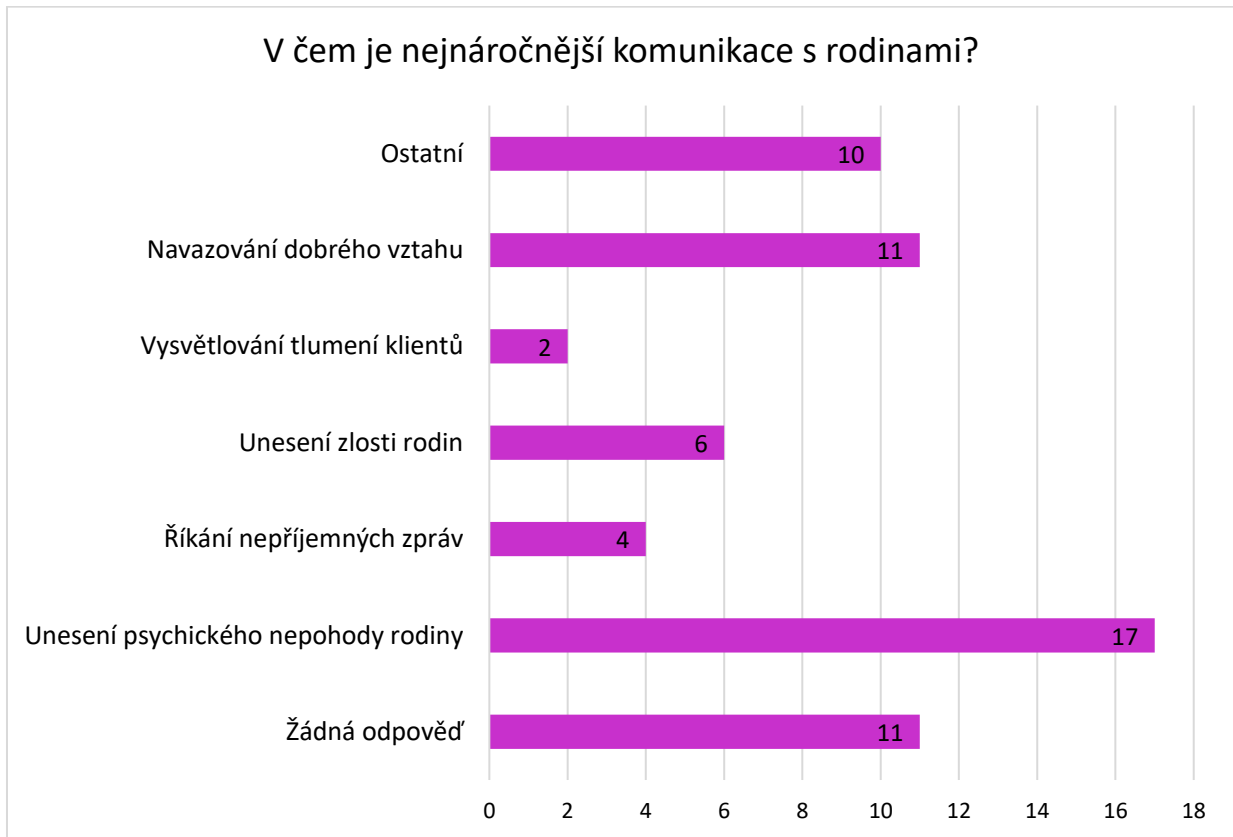
Graf č. 21 Charakteristické prvky

Komentář:

Z celkového počtu 61 dotazovaných zaměstnanců odpověděli 4 (7 %) nezvyšovat hlas, 6 (10 %) dotazovaných odpovědělo srozumitelnost, 8 (13 %) respondentů uvedlo poznání života před nemocí, 9 (15 %) respondentů uvádí klidné jednání, 12 (20 %) dotazovaných zaměstnanců uvádí přátelskost, 14 (23 %) respondentů neuvadilo žádnou odpověď a 8 (13 %) dotazovaných spadá do kategorie ostatní.

Otázka č. 22: V čem je nejnáročnější komunikace s rodinami klientů?

Volná odpověď.



Graf č. 22 Komunikace s rodinami klientů

Komentář:

Z 61 dotazovaných zaměstnanců uvedlo 11 (18 %) respondentů, že nejnáročnější v komunikaci s rodinami je navazování dobrého vztahu, 2 (3 %) zaměstnanci uvedli vysvětlování tlumení klientů, 6 (10 %) dotazovaných odpovědělo unesení zlosti rodin, 4 (7 %) respondenti uvedli sdělování nepříjemných zpráv, výrazně nejvyšší počet respondentů ve výši 17 (28 %) uvedlo unesení psychické nepohody rodiny a 11 (18 %) dotazovaných nevedlo žádnou odpověď. Zbýlých 10 respondentů (16 %) uvedlo jinou odpověď v malém zastoupení.

6 DISKUZE

Hlavní cíl: Zjistit, jak zaměstnanci Alzheimer centra vnímají smrt.

Dílčí cíle práce:

- 1) Jsou zaměstnanci smířeni s procesem umírání?
(otázky č. 7., 8., 9., 10., 11., 12., 13.)
- 2) Jsou zaměstnanci připraveni na smrt klientů?
(otázky č. 14., 15.)
- 3) Pomohlo vzdělání zaměstnancům připravit se na umírání klientů?
(otázky č. 16., 17., 18., 19.)
- 4) Jaké využíváte prostředky při komunikaci s demenčními klienty?
(otázky č. 20., 21., 22.)

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak zaměstnanci Alzheimer Home z.ú. vnímají smrt. Dílčí cíle měly za úkol zjistit, jak jsou zaměstnanci připraveni na smrt klientů, zda jim pomohlo vzdělání připravit se na setkávání se smrtí a jaké specifické prostředky respondenti využívají v každodenní práci s klienty s Alzheimerovou chorobou.

Šetření pomocí dotazníků bylo uskutečněno mezi zaměstnanci Alzheimer Home z.ú. ve Svobodě nad Úpou, kde se výzkumu zúčastnilo 61 respondentů.

Výzkumu se zúčastnily v drtivé většině ženy, konkrétněji 57 žen (93 % ze všech respondentů) a 4 muži (7 % ze všech dotazovaných). (viz. Graf č. 1). Vysoké procentuální zastoupení žen v tomto oboru je obvyklé, vzhledem k náplni práce.

Tohoto šetření se zúčastnilo 28 respondentů (46 % všech dotazovaných) s maturitním vzděláním, 20 dotazovaných (33 % všech respondentů) má výuční list, 8 dotazovaných (13 % všech dotazovaných) má základní vzdělání, 3 dotazovaní (5 % všech zúčastněných) má VOŠ a 2 respondenti (3 % všech dotazovaných) má VŠ (viz. Graf. č. 2). Nejvíce respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou a nejméně respondentů VŠ.

Výzkumu se zúčastnilo 41 (67 %) zaměstnanců, kteří jsou na pracovní pozici pečovatel/pečovatelka, 13 (21 %) všeobecných sester a 7 (12 %) praktických sester.

Nejvíce dotazovaných a to 17 (28 %) se nachází ve věkové kategoriích od 41 do 50 let, ve stejné míře jsou zastoupeni respondenti ve věku od 22 do 30 let, od 51 do 60 let a to 11

dotazovaných (18 % všech respondentů), v mírně menším počtu se šetření zúčastnilo 10 zaměstnanců (16 % všech dotazovaných) ve věku od 31 do 40 let, dále 8 respondentů (13 % všech dotazovaných) je ve věku do 21 let a v nejnižším počtu odpověděli 4 respondenti (7 % všech dotazovaných) ve věku nad 61 let. (viz. Graf č.4).

Nejvíce dotazovaných, a to v počtu 20 zaměstnanců (33 % všech dotazovaných) pracuje v zařízení 3 až 5 let, dále 12 respondentů (20 % všech dotazovaných) v zařízení pracuje 1 až dva roky, pouze od 2 % méně, a to ve stejném počtu 11 respondentů (18 % všech dotazovaných) v zařízení pracuje v kategoriích méně než rok a 6-7 let, 7 dotazovaných (11 % všech dotazovaných) ve vybraném zařízení pracuje 8-9 let a nikdo (0 % dotazovaných) v zařízení nepracuje více jak 10 let (viz. Graf č. 5).

Ve většině 48 respondentů (79 všech dotazovaných) nevyznává žádnou víru, 13 respondentů (21 % všech dotazovaných) vyznává víru (graf č. 6A). Z věřících 13 respondentů (100 %) je 8 respondentů (62 % všech věřících) katolíků, 3 věřící dotazovaní (23 % všech věřících respondentů) jsou v Církvi husitské a 2 respondenti (15 % všech věřících respondentů) jsou v Církvi bratrské (graf č. 6B).

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak jsou zaměstnanci smíření s procesem umírání.
K tomuto cíli se vztahují následující otázky a odpovědi.

Nejvíce dotazovaných, konkrétně 29 respondentů, vnímá smrt jako něco špatného či děsivého, 19 dotazovaných o smrti nepřemýšlí a 7 dotazovaných uvedlo odpověď „jiné“ (pocity smrti jako klidu, konce, jistoty, začátku či pocity hrůzy). (graf č. 7).

Co se týče pocitů v místnosti se zemřelým, tak 34 respondentům to nevadí, necítí žádné negativní emoce, 7 respondentů se necítí bezpečně a ve stejném poměru dotazovaní odpověděli jako „jiné“ (pocity smutku, nepříjemných pocitů). (graf č. 8).

Velká část respondentů provádí rituály při úmrtí klienta, 40 dotazovaných otevře okno, 6 respondentů se pomodlí, 14 dotazovaných neprovádí žádný rituál a 1 respondent zapálí svíčku na památku zemřelému (graf č. 9).

Až 29 dotazovaných se nebojí setkání se smrtí, relativně vysoké číslo 21 respondentů má strach ze setkání se smrtí a 11 dotazovaných nad tím nepřemýšlí (graf č. 10).

Z 61 respondentů 22 z nich uvedlo, že bere péči o tělo zemřelého jako součást práce, 13 respondentů pociťuje smutek, 6 z nich cítí lítost, 16 dotazovaných to vnímá jako biologický koloběh života a 4 respondenti cítí pokoru a 1 respondent se štítí (graf č. 11).

Většina respondentů v počtu 38 respondentů se nemusí vyrovnávat se smrtí klientů, 13 dotazovaných se vyrovnává těžko, 10 dotazovaných odpovědělo jako „jiné“ (modlitby, vyrovnávání pomocí sportu). (graf č. 12).

Větší část respondentů v počtu 32 vnímali první úmrtí jako náročnější než další, 18 z celkového počtu nepociťovali rozdíl a 11 dotazovaných klient ve směně nezemřel (graf č. 13).

První dílčí cíl byl splněn s těmito závěry:

Vysoké procento respondentů vnímá smrt jako něco špatného a děsivého, bylo by zajímavé zjistit, z jakého důvodu a co je motivuje v této profesi zůstat, protože smrt a umírání k těmto sociálním službám neodmyslitelně patří a vždy patřit bude. Pouze 14 respondentů neprovádí při úmrtí žádný rituál. Myslím si, že se všechny rituály provádí jak pro úctu k zemřelému, tak i pro smíření personálu. Například tím, že se otevře okno, aby mohla duše odletět, je zřejmá symbolika toho, že jsou duše s námi a musí se pustit ven. Nejsm si jistá, zda se takové věci učí ve škole, ale při příchodu do praxe se jedná o běžnou a přirozenou věc. Nejvyšší zastoupení dotazovaných zaměstnanců uvedlo, že první úmrtí bylo psychicky náročnější než ostatní. Zde je vidět, jak moc je důležitá osobní zkušenost a že na některé věci nelze připravit.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak jsou zaměstnanci připraveni na smrt klientů.

Při dotazu na smutek při úmrtí klienta se 22 dotazovaných cítí smutně, ale rychle se se smrtí smíří, 6 dotazovaných cítí smutek a relativně často na to myslí, 18 respondentů odpovědělo jako jiné (nesetkali se smrtí, smutek dle zemřelého klienta a jejich mezilidských vztahů, 1 respondent nepociťuje žádné emoce). (graf č. 14).

V největší míře, a to v počtu 23 respondentů odpovědělo na otázku, zda je pro ně smrt osvobození od Alzheimerovy choroby, že ano. Dalších 8 respondentů odpovědělo že ne a přitom pociťují lítost. V menší míře, a to v počtu 6 respondentů odpovědělo ano, v nejlepší slova smyslu, 9 respondentů uvedlo jako odpověď ne, 13 dotazovaných uvedlo, že neví (graf č. 15).

Druhý dílčí cíl byl splněn s těmito závěry:

Relativně vysoké zastoupení dotazovaných zaměstnanců pociťuje smutek při úmrtí klienta. Myslím, že to je i z důvodu navázání bližších vztahů, než například při hospitalizaci v nemocnici či u ambulantní péče. Měla by se zachovat profesionální strana profese, ale také vnímám, že pro klienty zaměstnanci tvoří domov a k domovu mezilidské vztahy naplněné láskou patří.

Třetí dílčí cíl byl stanoven, zda vzdělání v oboru pomohlo zaměstnancům připravit se umírání klientů.

V malé míře 2 respondenti uvedli, že vnímají smrt klienta stejně, jako u všech zdravých lidí.

V téměř polovičním počtu respondentů v počtu 30 lidí uvedlo, že je lépe připravila osobní zkušenost oproti vzdělání v oboru, kde tuto možnost označili 3 dotazovaná, další relativně vysoké číslo 17 respondentů se zatím necítí připraveno a dalších 11 dotazovaných odpovědělo, že neví (graf č. 16).

Pro 44 respondentů měla největší přínos praxe v oboru, pro 9 dotazovaných osobní zkušenost vyučujícího, pro 3 respondenty teorie ve výuce a 5 respondentů uvedlo, že neví (graf č. 17).

Až 32 respondentů má pocit, že mu vzdělání v oboru pomohlo s vyrovnáním se smrtí, 13 dotazovaných nemá pocit, že by jim vzdělání v tomto směru pomohlo. Jako jiné označilo odpověď 16 dotazovaných (respondenti neví odpověď či nemají vůbec tento pocit). (graf č. 18)

Až 38 dotazovaných uvádí, že se výuka nedostatečně věnovala tématu umírání a smrti, o dost menší část, a to v počtu 15 respondentů uvádí, že čas tomuto tématu byl věnovaný dostatečně a 28 dotazovaných neví odpověď na tuto otázku. (graf č. 19)

Třetí dílčí cíl byl splněn s těmito výsledky:

Polovina respondentů uvedla, že je na smrt více připravila osobní zkušenost oproti vzdělání. Bylo by zajímavé porovnat větší skupinu lidí s vysokoškolským vzdělání v oboru oproti lidí z jiného oboru ve stejné věkové skupině, zda by procenta byla procentuálně podobná. Na druhou stranu 32 respondentů uvedlo, že jim vzdělání napomohlo s vyrovnáním, avšak osobní zkušenost více.

Jako čtvrtým a posledním dílčím cílem bylo zjistit, jaké komunikační prostředky zaměstnanci znají a využívají.

Pokud se jedná o důležité prvky ve správné komunikaci s klienty s demencí, nejvíce respondentů uvedlo dostatek času, dále trpělivost, jednoduchost obsahu, 8 dotazovaných nevedlo žádnou odpověď, dále pochopitelnost a 4 respondenti uvedlo, že je důležitá mezilidská sympatie (graf č. 20).

V otázce na charakteristické prvky v komunikaci s klienty s demencí nejvíce respondentů v počtu 14 lidí nevedlo žádnou odpověď, dále 12 dotazovaných uvádí přátelskost, dále klidné jednání, 8 respondentů uvedlo poznání života klienta ještě před propuknutím nemoci, dále dotazovaní uvádí srozumitelnost a zvyšování hlasu (graf č. 21).

Při dotazu, co je nejnáročnější na komunikaci s rodinami nemocných nejvíce respondentů, a to v počtu 17 lidí uvedlo odpověď jako unesení psychické nepohody rodin, dále ve stejném počtu 11 respondentů navození dobrého vztahu a neuvedení žádné odpovědi, 6 dotazovaných uvedlo zlost rodin, v menší míře byly uvedeny odpovědi oznamování nepříjemných zpráv a nejnižší míře 2 respondentů vysvětlování tlumení například agresivních klientů (graf č. 22).

Čtvrtým dílčí cíl byl splněn s těmito výsledky:

Více zaměstnanců si uvědomuje, že je velmi důležité, jakým způsobem hovoří. Jejich klienti potřebují dostatek času a trpělivosti, kterou jim zaměstnanci dávají a pomáhá to tak ke klidné spolupráci. Bylo by zajímavé zjistit, jak klienti reagují na jednotlivé zaměstnance a jaký je vliv osobnosti a sympatie pro vytvoření vztahu pro takové klienty.

Co jsem osobně vypožorovala za svou tříletou praxi v tomto zařízení, i klienti s těžkou demencí velmi vnímají naše osobnosti a chovají se podle toho. Někdy je s nemocnými ztížená spolupráce a je důležité umět si v takových situacích vědět rady i na základě vlastních zkušeností a poznání. I když klienti někdy nevnímají a nerozumí tomu, co říkáme, vždy rozumí a vnímají to, jakým způsobem jim to říkáme.

Dílčí cíle č. 1 až č. 4 byly splněny a tím byl splněn i hlavní cíl práce: Zjistit, jak zaměstnanci Alzheimer centra vnímají smrt.

Na podobné téma byly napsány tyto práce:

Péče o terminálně nemocného klienta v pobytové sociální službě (diplomová práce)

Autor: Bc. Eva Svitalská

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Obhajoba: 2021, Univerzita Hradec Králové

Umírání v domově pro seniory z pohledu sociálního pracovníka (diplomová práce)

Autor: Bc. Lenka Markéta Holasová, DiS.

Vedoucí práce: doc. Mgr. Radim Šíp, Ph.D.

Obhajoba: 2021, Masarykova univerzita v Brně

ZÁVĚR

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první části se zaměřuji na definici Alzheimerovy choroby, příznakům, příčinám, léčbě a životu jí problematiku spojenou. Dále se práce zabývá komunikací s demenčními pacienty, kteří potřebují trpělivou a láskyplnou péči jak zaměstnanců ve zdravotnictví, tak i milujících rodin. Domovy se zvláštním režimem mají svá specifika, která jsem též uvedla v teoretické části. K životu patří smrt a za důležité vnímám i zmínit zátěž pečujících, ať už blízkých, nebo zaměstnanců pracujících v takovém odvětví. Vzhledem k vysoké psychické a často i fyzické náročnosti během práce s nejen takto nemocnými lidmi je důležité dbát na své psychické i tělesné zdraví a snažit si udržet svou duševní pohodu. Celá kontinuální péče o umírající a blízké se poskytuje v etickém, morálním, a hlavně v humánním vztahu. Každého čeká smrt, ale ne každý je připraven z tohoto světa odejít. Zaměstnanci se snaží vytvořit co nejvhodnější podmínky pro odchod z toho světa jak pro umírající, tak i pro blízké, kteří chtějí tyto chvíle spolu sdílet překonat je společně. Celá poskytovaná péče se nese v duchu důstojnosti, respektu a pokory.

Z výzkumu je zřejmé, že polovina dotazovaných zaměstnanců se setkání se smrtí nebojí, 60 % se nepotřebuje se smrtí klientů vyrovnávat, vnímá proces jako součást práce. Většina respondentů bere smrt jako osvobození před Alzheimerovou chorobou a utrpení s ní spojenou. Až polovina dotazovaných vnímala smrt prvního klienta, jako náročnější než ostatní, což ukazuje na zlepšení vyrovnávání pomocí vlastní zkušenosti, která je nenahraditelná. Téměř polovinu respondentů lépe na smrt připravila osobní zkušenost než vzdělání v oboru. Jako největší přínos ve vzdělání měla pro dotazované praxe, a to ve ¾ odpovědí, proti tomu teoretické poznatky byly nejpřínosnější pouze v 5 %. Polovina respondentů uvedla, že jim vzdělání v oboru pomohlo s vyrovnáváním se smrtí, ale vzhledem k předešlým odpovědím jsou nejspíše myšleny praxe, které jsou její součástí. V komunikaci s demenčními klienty je pro zaměstnance nejdůležitější dostatek času, trpělivost, která je spjatá s každodenními úkony dne, jednoduchost skládání vět a co nejlepší pochopitelnost. Za nejnáročnější aspekty, co se týče komunikace zaměstnanci uvádí unesení psychické bolesti rodin nemocných, navázání dobrého vztahu s klienty nebo unesení zlosti rodin, kteří se neumí s danou situací vyrovnat.

Doporučení pro praxi

Můžeme doporučit se více a lépe zaměřit na téma smrti i umírání a více brát smrt jako přirozenou součást života, a ne jako něco, čeho by se měl člověk bát. Při školení pro

zaměstnance zařadit i volný čas pro rozhovory a studium o smrti a umírání. Lépe zaměstnance naučit hovořit s rodinami a naučit je, jak se chovat k rodinám, kteří at' už s nemocí nebo umíráním či smrtí blízkého nejsou vyrovnání.

Výsledky této bakalářské práce mohou být přínosné pro odborné školitele, učitele ale i pro zdravotnický a sociální personál, kteří se zabývají problematikou nevléčitelně nemocných a nejen jich.

ABSTRAKT

Autor:	Nikola Hornychová
Instituce:	Ústav nelékařských studií LF UK v Hradci Králové
Název práce:	Pohled pracovníků Alzheimer centra na setkávání se smrtí
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Počet stran:	84
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2022
Klíčová slova:	Alzheimerova choroba, smrt, vnímání smrti, umírání

Bakalářská práce zkoumá pohled zaměstnanců Alzheimer centra na setkávání se smrtí. Práce je složená z teoretické a z praktické části. První část se zabývá Alzheimerovou nemocí, celkově její problematikou a se životem jím spojeným. Dále je zmíněno umírání, smrt a náležitosti s ní spojené, včetně truchlení.

V praktické části jsou zaznamenány odpovědi dotazovaných zaměstnanců, kde byly dotazováni krom obecných údajů na jejich pocity, postoje a pohledy na umírání, smrt a na Alzheimerovu nemoc.

Praktická část byla realizována pomocí anonymních a dobrovolných dotazníků. Výsledky kvantitativního výzkumu jsou následně zobrazeny v grafech.

Byly stanoveny 4 dílčí cíle, které byly splněny. Výsledky lze využít v pedagogické praxi nebo pro další výzkum.

ABSTRACT

Name and surname of the author: Nikola Hornychová
Institution: Charles University Faculty of Medicine in Hradec
Králové, Department of Non-medical Studies
Title: View of social service workers on encounter with
death in an Alzheimer nursing home
Supervisor: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Number of pages: 84
Number of attachments: 3
Year of defense: 2022
Keywords: Alzheimer's disease, death, perception of death,
dying

The bachelor's thesis explores the alzheimer's center staff's view of encountering death. The work is composed of a theoretical and practical part. The first part deals with Alzheimer's disease, its overall issues and the life associated with it. It also mentions dying, death and the elements associated with it, including grieving. In the practical part, responses are recorded from interviewed staff who, in addition to general feelings, were asked about attitudes and opinions about dying, death and Alzheimer's disease. The practical part was implemented using anonymous and voluntary questionnaires. The results of quantitative research are then shown in graphs. Four subgoals, which were met, were established. The results can be used in teaching practice or for further research.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

BRACKEY, Jolene. *Alzheimer: dejte jim lásku a štěstí*. Přeložil Renata HÁJKOVÁ. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-633-4.

ČECHOVÁ, Kateřina, Adéla FENDRYCH MAZANCOVÁ a Hana MARKOVÁ. *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbyvá čas*. Praha: Management Press, 2019. ISBN 978-80-264-2707-0.

DOUGLAS, A. Quality of Life in Hospice Versus Non-Hospice Terminally Ill Adults, *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2007:9(4): 182-183.

FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

GIVEN, B., A., GIVEN, CH. W. *Health Promotion for Family Caregivers of Chronically Ill Elders. Annual Review of Nursing Resources* 2000: 16: 197-217

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ...* Přeložil Pavla KUDLOVÁ, přeložil Petra MANDYSOVÁ. Praha: Grada, [2010].

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, [2019].

HOLMEROVÁ, I, MÁTLOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H., JURAŠKOVÁ, B. Demence. *Medicína pro praxi* 2010: 7 (3): 139-144

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

JANÍKOVÁ, Jitka. *Patologie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0375-1.

KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1688-1.

Paliativní péče. Inovace VOV (online) Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/484/page00.html>

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.

MACE, Nancy L. a Peter V. RABINS. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Přeložil Daniel MICKA. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*. [Praha]: Národní centrum domácí péče České republiky ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Ministerstvem práce a sociální věci České republiky, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a Magistrátem města Prahy, [1998?]. ISBN 80-239-1915-6.

NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. V Praze: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-531-2.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.

ONDŘIOVÁ, Iveta. Modely umírání. Online z: <https://www.seniorzone.cz/33/modely-umirani-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EvykoCyJ2LGYUqXAGeHTW4k/>

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

SLÁDEK, Miloš. *Inspekce kvality v rezidenčních zařízeních sociálních služeb – etické aspekty*. V Praze: FHS UK, 2013. ISBN 978-80-87398-37-1.

STIBOROVÁ, Denisa a Jiří FREI. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa, 2018. ISBN 978-80-270-3719-3.

ŠÁTEKOVÁ, Lenka. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Praha: Grada Publishing, 2021. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

SEZNAM ZKRATEK

LFHK – Lékařská fakulta v Hradci Králové

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů	35
Graf č. 2 Nejvyšší dosavadní vzdělání respondentů.....	36
Graf č. 3 Pracovní pozice respondentů	37
Graf č. 4 Věk respondentů	38
Graf č. 5 délka zaměstnání	39
Graf č. 6A Víra respondentů.....	40
Graf č. 7 Vnímání smrti u respondentů	42
Graf č. 8 Pocity v místnosti se zemřelým	43
Graf č. 9 Rituály po smrti.....	44
Graf č. 10 Strach ze setkání se smrtí	45
Graf č. 11 Pocity při péči o tělo zemřelého	46
Graf č. 12 Vyrovnávání se se smrtí klientů.....	47
Graf č. 13 Vnímání prvního úmrtí ve směně.....	48
Graf č. 14 Smutek při úmrtí.....	49
Graf č. 15 Pojetí Alzheimerovy choroby	50
Graf č. 16 Připravenost na smrt	51
Graf č. 17 Přínos ze vzdělání.....	52
Graf č. 18 Vyrovnávání se se smrtí ve vzdělávání.....	53
Graf č. 19 Čas věnování tématu umírání	54
Graf č. 20 Důležité prvky v komunikaci	55
Graf č. 21 Charakteristické prvky.....	56
Graf č. 22 Komunikace s rodinami klientů.....	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Diagnóza NANDA Labilní ovládání emocí.....	22
Tabulka č. 2 Diagnóza NANDA Beznaděj	23
Tabulka č. 3 Diagnóza NANDA Riziko oslabení lidské důstojnosti.....	24
Tabulka č. 4 Diagnóza NANDA Zátěž v roli pečovatele.....	25
Tabulka č. 5 Diagnóza NANDA Sociální izolace	26

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Dotazník	75
Příloha č. 2 Souhlas s výzkumným šetřením	80
Příloha 3. Charta práv umírajících	81

Příloha č. 1. Dotazník

Dotazník k bakalářské práci

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Nikola Hornychová a jsem studentkou Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové oboru Všeobecná sestra. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění dotazníku k mojí bakalářské práci na téma „Pohled pracovníků Alzheimer centra na setkávání se smrtí“. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a anonymní. Vážím si času, který mi vyplněním věnujete. Děkuji.

1. Jaké je vaše pohlaví?
 - Muž
 - Žena

2. Jaké je vaše nejvyšší dosavadní vzdělání?
 - Základní
 - Výuční list
 - Maturitní
 - VOŠ
 - VŠ

3. Na jaké pracovní pozici jste zaměstnaní?
 - Všeobecná sestra
 - Praktická sestra
 - Pečovatel
 - Jiné:

4. Jaký je váš věk?
 - Do 21 let
 - Od 22 do 30 let
 - Od 31 do 40 let
 - Od 41 do 50 let
 - Od 51 do 60 let

- Více než 61 let

5. Jak v tomto zařízení dlouho pracujete?

- Méně než rok
- 1 až 2 roky
- 3 až 5 let
- až 7 let
- až 9 let
- 10 a více let

6. A) Jste věřící?

- Ano
- Ne

B) Pokud ano, jakého jste náboženského vyznání:

- Katolík
- Církev bratská
- Církev husitská
- Jiné

7. Jak vnímáte smrt?

- Jako přirozenou součást života
- Jako něco špatného či děsivého
- Nepřemýšlím o smrti
- Jiné:

8. Jak se cítíte v místnosti se zemřelým?

- Necítím se v bezpečí
- Bojím se
- Nevadí mi to
- Jiné:

9. Jaké rituály při úmrtí provádíte?

- Otevření okna
- Zapálení svíčky
- Pomodlím se
- Minutu ticha
- Žádné
- Jiné:

10. Máte strach ze setkání se smrtí?

- Ano
- Ne
- Nepřemýšlím o tom
- Jiné:

11. Jak se cítíte při péči o zemřelého?

- Beru to jako součást práce
- Cítím smutek
- Cítím lítost nad koncem života
- Jsem si vědoma toho, že je to biologický proces
- Jiné:

12. Jak se vyrovnáváte se smrtí klientů?

- Nepotřebuji se vyrovnat
- Těžko, často nad tím přemýšlím
- Jiné:

13. Vnímali/a jste první úmrtí jako náročnější, než ostatní?

- Ano
- Ne
- Klient mi ve směně nezemřel

14. Je Vám smutno, když zemře klient?

- Ano, ale velmi rychle se s tím smírím
- Ano, často na to myslím
- Ne
- Jiné:

15. Berete smrt jako osvobození od Alzheimerovy choroby?

- Ano
- Ano, lidem trpící s touto chorobou přeji klidnou smrt v nejlepším slova smyslu
- Ne, je mi líto konce lidského života
- Ne
- Jiné:

16. Co Vás lépe psychicky připravilo na smrt?

- Vzdělání v oboru
- Osobní zkušenost
- Necítím se připravena, stále objevuji něco překvapivého
- Jiné:

17. Co pro Vás mělo největší přínos při vzdělávání v oboru?

- Praxe
- Předání osobních zkušeností vyučujícího
- Teoretické poznatky
- Jiné

18. Máte pocit, že vám vzdělání či kurz v oboru pomohl s vyrovnáváním se smrtí?

- Ano
- Ne
- Jiné:

19. Věnovalo se vaše vzdělání tématu umírání pro vás dostatečně?

- Ano
- Ne
- Nevím

20. Co vnímáte jako nejdůležitější při komunikaci s klienty s demencí?

Volná odpověď

21. Jaké znáte charakteristické prvky pro správnou komunikaci s klienty?

Volná odpověď

22. V čem je nejnáročnější komunikace s rodinami klientů?

Volná odpověď

Příloha č. 2 Souhlas s výzkumným šetřením

Vážená paní

Jana Hajská
Vrchní sestra
Lázeňská 319, Svoboda nad Úpou 542 24

Ve Svobodě nad Úpou dne 4.10.2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Alzheimer Home z.ú.

Vážená paní Hajská,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší instituci, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Nikoly Hornychové, narozené 3.4.2000, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, jak jsou zaměstnanci připraveni a smířeni s umíráním klientů.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Nikola Hornychová
vedoucí práce - doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc., Ústav ne lékařských studií,
kutnohorska.j@fhk.cuni.cz

Vyřídění vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 4.10.2021

Podpis a razítko


ALZHEIMER HOME z.ú.
Pracoviště:
ALZHEIMER HOME Svoboda nad Úpou
Lázeňská 319, 542 24
IČO: 253 683 200
KDI: 100 000 000 000 000 000


Příloha 3. Charta práv umírajících

Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné

Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících

(1999)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, jež z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 deklarovalo Parlamentní shromáždění v rezoluci č .613 své přesvědčení, že největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útěchou a podporou. Ve svém doporučení 776 (1996) k tomu shromáždění dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, jejíž snahou také musí být ukončit utrpení“.
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám smrtelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak ukázaly mnohé současné i minulé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Právě tak, jako je člověk slabý a závislý na začátku svého života, potřebuje ochranu a podporu při umírání.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti,
 - častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby,

- umělým prodlužováním procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova souhlasu,
- nedostatečným dalším vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči,
- nedostatečnou péčí věnovanou rodinným příslušníkům a přátelům smrtelně nemocné nebo umírající osoby, jež by mohly přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích,
- obavami nemocného ze ztráty autonomie, z úplné závislosti na příbuzných a institucích a z toho, že by mohl být na obtíž,
- chybějícím nebo nevhodným sociálním a institucionálním prostředím, umožňujícím pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,
- nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči o smrtelně nemocné a umírající a pro jejich podporu,
- sociální diskriminací, jaká je vlastní slabosti, umírání a smrti.

8. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok smrtelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua,
- aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči,
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče,
- aby ustavily ambulantní týmy a síť poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně,
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o smrtelně nemocného nebo umírajícího pacienta,
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o smrtelně nemocné nebo umírající,

- aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato léčba měla u příslušného jedince přispívat ke zkrácení života,
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému smrtelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy,
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako interdisciplinární thanatologie,
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti,
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

b) tím, že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení, a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován,
- aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelně ošetřujícího,
- aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným, a že na ni nebude činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem,
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle, v „pořízení smrtelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo

když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, aby ve sporných případech bylo rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností,
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytovány za všech okolností a jež nesmí být zanedbány,
- že zachovají předpis zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
 - uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2) Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“,
 - uznají, že přání zemřít vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

(Kutnohorská, 2007)