

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

**Bakalářská práce**

2023

Anna-Marie Andresová

**Univerzita Hradec Králové**

**Filozofická fakulta**

**Ústav sociální práce**

**Paliativní péče a komunikace o otázkách hodnot a přání v závěru  
života**

**Bakalářská práce**

Autorka: Anna-Marie Andresová

Studijní program: B0923P240001 – Sociální práce

Studijní obor: BSP18V – Sociální práce, specializace Sociální práce ve veřejné správě

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

Hradec Králové 2023

## Zadání bakalářské práce

<b>Autor:</b>	<b>Anna-Marie Andresová</b>
Studium:	F20BP0117
Studijní program:	B0923P240001 Sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce ve veřejné správě
<b>Název bakalářské práce:</b>	<b>Paliativní péče a komunikace o otázkách hodnot a přání v závěru života</b>
Název bakalářské práce AJ:	Palliative care and communication on issues of values and wishes at the end of life

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se bude zabývat tématem paliativní péče a komunikace s pacienty v terminálním stádiu nemoci. Teoretická část bude zaměřena na úvod do problematiky paliativní péče a na roli sociálního pracovníka v této oblasti. Komunikace o prioritách v závěru života je náročné téma a většina lidí ji nechává až na poslední chvíli. V bakalářské práci bude použita metoda "Řekni mi?", která nabízí bezpečný prostor pro každého, kdo chce rozhovor o těchto důležitých věcech otevřít. Praktická část práce bude řešena kvalitativní metodou a je zaměřena na posouzení této metody v praxi.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5402-4. KABELKA, Ladislav, 2020. Nemocné rozhovory: Komunikace a narativní terapie s nevyčísitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými. Praha 7: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1688-1. KUPKA, Martin, 2011. Psychologické aspekty paliativní péče. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2931-1. MACKOVÁ, Marie, 2015. Sociální práce s umírajícími a pozůstalými. Brno: Tribune EU Brno. ISBN 978-80-260-8949-0.

Zadávající pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Oponent:	Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	15.6.2022

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením doc. MUDr. Aleny Vosečkové, CSc. Veškeré použité prameny a literaturu jsem uvedla v seznamu literatury.

V Hradci Králové dne 5.4.2023

.....

Anna-Marie Andresová

## Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za vedení mé práce, cenné rady, vstřícný přístup a čas, který mi při psaní práce věnovala.

Také bych ráda poděkovala informantkám, které mi poskytly čas a zúčastnily se rozhovorů. Děkuji za jejich cenné informace v oblasti paliativní péče.

## Bibliografický záznam

ANDRESOVÁ, ANNA-MARIE. 2023. *Paliativní péče a komunikace o otázkách hodnot a přání v závěru života*. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové.

## Anotace

Bakalářská práce se zabývá tématem paliativní péče a komunikace s pacienty v terminálním stádiu nemoci. Teoretická část je zaměřena na úvod do problematiky paliativní péče a na roli sociálního pracovníka v této oblasti. Tato část práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola se věnuje definici paliativní péče, cíli a jejímu rozvoji. Dále se práce zaměřuje na zařízení poskytující paliativní péči – na pobytová a zdravotnická zařízení, také na paliativní péči v domácím prostředí. Třetí kapitola přibližuje úkoly sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Na závěr se teoretická část věnuje komunikaci, sdělování nepříznivých informací a přáním pacientů v paliativní péči. Komunikace o prioritách v závěru života je náročné téma a většina lidí ji nechává až na poslední chvíli. V bakalářské práci je použita metoda *Řekni mi*, která nabízí bezpečný prostor pro každého, kdo chce rozhovor o těchto důležitých věcech otevřít. Praktická část práce je řešena kvalitativní metodou a je zaměřena na posouzení této metody v praxi.

## Klíčová slova

Paliativní péče, smrt, hospic, truchlení, komunikace

Bibliografický záznam v anglickém jazyce

ANDRESOVÁ, ANNA-MARIE. 2023. *Palliative care and communication on issues of values and wishes at the end of life*. Hradec Králové: Philosophical faculty, University of Hradec Králové.

#### Annotation

This thesis deals with the topic of palliative care and communication with patients in the terminal stage of the disease. The theoretical part is focused on an introduction to the issue of palliative care and the role of the social worker in this area. This part of the thesis is divided into four chapters. The first chapter is dedicated to the definition of palliative care, goals and development. Furthermore, the work focuses on facilities providing palliative care - residential and medical facilities, as well as palliative care at home environment. The third chapter describes the tasks of a social worker in a multidisciplinary team. Finally, the theoretical part is devoted to communication, the communication of adverse information and wishes of patients in palliative care. Communicating about priorities at the end of life is a difficult topic and most people wait until the last minute. In the thesis is used the *Tell me* method, which offers a safe space for those who want to open the conversation about these important things. The practical part of the thesis is solved by using a qualitative method and is focused on assessing this method in practice.

#### Keywords

Palliative care, death, hospice, grieving, communication

## Obsah

Úvod.....	3
Cíl práce a nástin metodiky zpracování.....	4
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	6
<b>1 Paliativní péče</b> .....	6
<b>1.1 Rozvoj paliativní péče v České republice a Evropě</b> .....	8
<b>1.2 Umírání a smrt</b> .....	10
<b>1.3 Truchlení, péče o pozůstalé</b> .....	12
<b>2 Zařízení poskytující paliativní péči</b> .....	14
<b>2.1 Paliativní péče v domácím prostředí</b> .....	14
<b>2.2 Pobytová zařízení</b> .....	15
<b>2.2.2 Výzkumy mapující paliativní péči v domovech pro seniory</b> .....	17
<b>2.3 Zdravotnická zařízení</b> .....	18
<b>3 Role sociálního pracovníka v paliativní péči</b> .....	22
<b>4 Zásady komunikace</b> .....	26
<b>4.1 Komunikace v paliativní péči</b> .....	26
<b>4.2 Sdělování nepříznivých informací</b> .....	28
<b>4.3 Informovaný souhlas, dříve vyslovená přání</b> .....	30
<b>4.4 Přání a hodnoty v závěru života</b> .....	31
<b>4.5 Řekni mi – metoda pro život a dobré umírání</b> .....	32
<b>Shrnutí teoretické části</b> .....	34
<b>METODICKÁ ČÁST</b> .....	35
<b>5 Metodika výzkumu</b> .....	35
<b>5.1 Cíl práce</b> .....	35
<b>5.2 Zvolená výzkumná strategie</b> .....	36
<b>5.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek</b> .....	37



5.4 Výzkumný soubor a jeho charakteristika .....	38
5.5 Popis organizace a průběh šetření.....	40
5.6 Způsob zpracování získaných dat .....	41
5.7 Rizika výzkumu a výzkumné strategie z hlediska etiky a validity .....	41
<b>6 Popis a interpretace dosažených výsledků .....</b>	<b>43</b>
DVC 1: Zjistit informovanost sociálních pracovníků o metodě <i>Řekni mi</i> .....	43
DVC 2: Zjistit možnosti využití metody <i>Řekni mi</i> realizované sociální pracovníci na Vašem pracovišti.....	46
DVC 3: Zjistit, jaký potenciál může mít metoda <i>Řekni mi</i> v oblasti paliativní péče .....	48
<b>Shrnutí výzkumné části.....</b>	<b>50</b>
<b>Závěr a diskuze .....</b>	<b>54</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>56</b>
Knižní zdroje.....	56
Online zdroje.....	58
Seznam obrázků .....	61
Seznam příloh .....	61

## Úvod

Paliativní péče se zaměřuje na udržení kvality života nemocného a tišení bolesti, která doprovází nemoc. Zaměřuje se nejen na pacienta, ale i na podporu rodiny a blízkých. V posledních letech je tématu paliativní péče a umírání věnováno mnoho prostoru ve společnosti, je zde snaha o otevřenou komunikaci o nemoci, smrti a truchlení. Lze sledovat úsilí o zavedení paliativní péče do sociálních a zdravotnických zařízení. To je jeden z důvodů, proč jsem si vybrala toto téma bakalářské práce. Vidím zde příležitost v rozvíjející se oblasti práce v multidisciplinárním týmu, jehož součástí jsou i sociální pracovníci. Práce sociálních pracovníků pracujících s nemocnými a umírajícími je velice náročná a je třeba mít nejen vzdělání v této oblasti, ale také vykazovat určité osobnostní rysy. Na tomto tématu mi také přijde zajímavé propojení sociální a zdravotní oblasti. K tématu paliativní péče mě přivedla osobní zkušenost se ztrátou blízké osoby, jejím doprovázením a poznáním pocitů, které prožívá pozůstalý.

Paliativní péče je méně častá oblast, ve které sociální pracovníci pracují. Z tohoto důvodu by mohla tato práce sloužit jako teoretický základ pro vymezení tématu paliativní péče a role sociálního pracovníka. Rostoucí význam v této oblasti bude spjat se snahou vzdělávat více sociálních pracovníků v práci s umírajícími a jejich rodinami. Dále může toto téma zavést větší důraz na prestiž profese a větší povědomí veřejnosti o náplni práce sociálních pracovníků a pracovníc. Dále by práce mohla vést k myšlence změny vzdělávání sociálních pracovníků a poskytnout během studia větší prostor pro získání kompetencí v práci s umírajícími a jejich rodinami.

## Cíl práce a nástin metodiky zpracování

Cílem práce je **zjistit pohled sociálních pracovníků vybraných zařízení na využití metody *Řekni mi***. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly a podkapitoly, které rozvíjí hlavní téma. Cílem první kapitoly je přiblížit paliativní péči, její cíl, principy a rozvoj paliativní péče nejen v České republice, ale i v Evropě. Podkapitoly se poté zabývají vnímáním smrti, truchlením a péčí o pozůstalé. Druhá kapitola se zaměřuje na zařízení, která poskytují paliativní péči. Je zde snaha o zhodnocení implementace paliativní péče v těchto zařízeních. Následuje kapitola o roli a úkolech práce sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu paliativní péče. Poslední kapitola si klade za cíl objasnit a vyzdvihnout, jak je důležitá komunikace v paliativní péči, zabývá se principy sdělování nepříznivých informací, přáními a hodnotami nemocných. Je zde vymezen prostor pro vysvětlení metody *Řekni mi*, která bude využita v praktické části. Tato metoda otevírá nenásilnou formou témata smrti a přání v závěru života.

Empirická část práce navazuje na teoretickou část a jsou zde vytyčeny tři dílčí cíle, které se zaměřují na informovanost sociálních pracovníků o metodě *Řekni mi*, její využitelnost z pohledu sociálních pracovníků a na potenciál, který metoda může nejen paliativnímu prostředí poskytnout. Tato část zdůvodňuje volbu výzkumné strategie, výzkumného souboru, přibližuje průběh šetření, zpracování a interpretaci získaných dat. Pro výzkumnou část práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, data budou získávána formou polostrukturovaných rozhovorů. Práce je zakončena závěrem, který práci shrnuje a poskytuje reflexi výzkumného šetření.

Metoda může sloužit nejen v rámci paliativní péče, ale také jako nástroj, díky kterému nebude smrt a umírání tabu. Metodická část a její výzkumné šetření se bude propojovat se čtvrtou kapitolou teoretické práce, a to s komunikací v této oblasti, protože k tomu metoda primárně slouží – otevírá komunikaci na důležitá témata. Téma bakalářské práce představuje rozvíjející se zdravotně sociální oblast. Paliativní péče se nachází v začátcích implementování do zařízení napříč systémem – a to do domovů pro seniory, nemocnic, můžeme si všimnout vzniku organizací domácí hospicové péče.

Téma smrti, umírání a konce života se může dotýkat každého z nás. Je důležité, aby měla společnost povědomí o této problematice, naučila se ji pojmenovávat a pracovat s ní. Pokud budou vznikat a rozvíjet se zařízení poskytující paliativní péče a v těchto zařízeních budou pracovat pracovníci, kteří budou vzděláni v principech paliativní péče, povede to ke zkvalitnění posledních chvil umírajících. K pojmu paliativní péče neodmyslitelně patří správná, empatická a citlivá komunikace, která povede k poskytování péče v souladu s přáními pacientů. V zařízeních poskytujících paliativní péči se pracuje v multidisciplinárním týmu, jehož neodmyslitelnou součástí je také sociální pracovník. Vzhledem k tomu, že probíhají snahy implementace paliativní péče i do zařízení domovů pro seniory, kde pracuje velké množství sociálních pracovníků, se jen potvrzuje důležitost znalosti této problematiky. Autorka práce získala díky zpracování bakalářské práce na toto téma větší vhled do tématu paliativní péče a měla možnost poznat zařízení, která tuto péči poskytují a seznámit se s jejich chodem. Také měla možnost vyposlechnout názory a pohled sociálních pracovníků pracujících v této oblasti, což bylo v procesu psaní této práce obohacující.

Tato práce by mohla obohatit poskytnutím základního vhledu do tématu paliativní péče každého, kdo se o toto téma zajímá či se o něm chce něco dozvědět. Dále práce může přinést shrnující informace pro pracovníky a organizace, které se snaží či se budou v budoucnu snažit zavést paliativní péče na svých pracovištích. V praktické části jsou charakterizovány tři organizace z různých prostředí, které tuto péči poskytují a pohled jejich pracovníků na paliaci a komunikaci o tématech smrti a přání v závěru života.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Paliativní péče

Tato kapitola si klade za cíl vysvětlit tematiku paliativní péče, její cíl a principy. Má umožnit základní vhled do tématu. Bude zde popsán rozvoj paliativní péče v České republice, ale i v Evropě, a to skrze organizace, které se tímto tématem zabývají. Další podkapitoly se budou věnovat tématům úzce spojených s paliativní péčí – a to smrtí, truchlením a péčí o pozůstalé.

Na začátku je důležité vymezit, co je to paliativní péče: *„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí závažnou, život ohrožující chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je pacientovi a jeho blízkým poskytnout účinnou podporu, zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.“* (Sláma, Kabelka, 2022, str. 21) Slovo paliativní vychází z latinského slova *pallium*, které lze přeložit jako plášť a anglického slova *palliate* znamenající mírnit, tišit. Samotný překlad nám toho mnoho o cíli paliativní péče napovídá. (Bužgová, 2015)

Při zahájení paliativní péče je důležité si uvědomit, že umírání je přirozený proces, který nelze změnit a pacient má právo o svém umírání rozhodovat. Mnoho lékařů může brát umírající pacienty jako projev svého „selhání“, jako projev nemožnosti nemoc vyléčit. Pro lékaře může být těžké rozhodnout o konci léčby nemoci, a ještě těžší učinit rozhodnutí o zahájení paliativní péče – tedy léčbě bolesti a potíží spojených s postupující nemocí. Je důležité vnímat, že proces umírání je důležitý jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu, která by měla být seznámena s důležitostí tohoto momentu. (Matoušek, 2010) Za výhodu v paliativní péči může být považováno soustředění na pacienta jako na lidskou bytost, na jeho potřeby a přání. Poskytování paliativní péče je vystavěno na týmu profesionálů, kteří jsou vzděláni a proškoleni v oblasti práce s umírajícími a jejich rodinami. Potřeby se netýkají pouze zdravotního stavu, ale také psychosociálních a duchovních potřeb. (Slámová, Marková, Kubáčková, et al., 2018)

Paliativní péče je interdisciplinární a multiprofesní péče, která využívá zkušeností lékařů mnohých specializací – paliatrů, onkologů, či geriatrů a jejich úzkou spoluprací se zdravotními sestrami, psychology, sociálními pracovníky.

Důležitá je také spolupráce s rodinami a blízkými pacienta. Paliativní péče má mnoho výhod také pro samotného pacienta. Potýká se s méně bolestí, lepší kvalitou života a zvládá život s těžkou nemocí. (Sláma, Kabelka, 2022) Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou. *Obecná paliativní péče* je poskytována lékaři v rámci jejich odbornosti. Tato paliativní péče je vystavěna na brzkém identifikování nevyléčitelného onemocnění a oblastí, které ovlivňují pacienta v jeho kvalitě života. *Specializovaná paliativní péče* je poskytována týmem odborníků, kteří jsou vyškoleni v oblasti paliativní péče. (Kabelka, 2018) Přičemž specializovaná paliativní péče je poskytována u osob, kde je vyžadována pravidelná lékařská péče a pacienta lze charakterizovat nestabilním zdravotním stavem, který se mění vlivem nemoci. (Pechová, Lejsal, 2020)

Kabelka (2018) charakterizuje oblasti na základě kterých je zásadní rozvíjet paliativní péči. Základní stanovisko pro poskytování paliativní péče je fakt, že v České republice potřebuje tuto péči každý rok více než 70 000 pacientů. V současné době lidé umírají v zařízeních na srdeční choroby a nádorová onemocnění. Je třeba se do budoucna připravit na příchod syndromu demence a stárnutí populace.

*Standardy paliativní péče* vydané Českou společností paliativní medicíny se zaměřují na principy paliativní péče, předpoklady pro výkon péče a zabývají se péčí o složky tělesné, psychologické, sociální či duchovní. Důležitý je i přesah péče o umírajícího, kdy paliativní péče v sobě zahrnuje také pomoc a podporu příbuzným a přátelům po úmrtí pacienta. Péče tedy nekončí v okamžik úmrtí nemocného. Důležité je zmínit velký rozdíl mezi dobrou a špatnou péčí o nevyléčitelně nemocného. I přes to, že po poskytnutí kvalitní péče pacient umírá, tato dobrá péče s sebou nese velké výhody, ze kterých čerpá nemocný i jeho blízcí. Pacientovi fyzické bolesti jsou tišeny, je brán důraz na důstojnost a přání pacienta, je ošetřena sociální a psychická oblast. Blízkým je poskytnuta podpora při jejich truchlení. (*Standardy paliativní péče*, 2013, online)

Paliativní péči lze také definovat jejími zásadami. Paliativní péče si klade za cíl mírnit nejen fyzickou, ale i psychickou bolest a zajistit tak nemocnému stav pohody. Nesnaží se smrt urychlit, ale také se staví proti prodlužování života v případě terminálně nemocného. Nabízí nemocnému možnost odmítnout léčbu a zaměřit se na kvalitu konce života. (Pechová, Lejsal, 2020)

## 1.1 Rozvoj paliativní péče v České republice a Evropě

Pro pochopení toho, jak u nás funguje paliativní péče a jak je implementována do jednotlivých zařízení je třeba mít povědomí o jejich začátcích. Tato kapitola si klade za cíl objasnit rozvoj paliativní péče nejen v České republice, ale i v evropském kontextu. Jako součást Evropské unie se nás dotýkají postoje a rozvoj v jednotlivých státech EU.

Rozvoj paliativní péče v České republice se začal projevovat po roce 1989. Za zlomový bod můžeme uvést rok 1992, kdy se u nás otevřelo první oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou. S paliativní péčí je u nás úzce spojováno jméno lékařky Marie Svatošové, která spolupracovala na vybudování samostatného lůžkového hospice Anežky České v Červeném Kostelci, který vznikl v roce 1995. Poté se začalo zkoumat téma péče o umírající v České republice, které bylo provedeno sdružením Cesta domů. Tento výzkum ukázal na nedostatky v této oblasti. Nevýhodou rozvoje paliativní péče v České republice byl rozvoj této služby jako lůžkové hospicové péče především pro pacienty často pouze s onkologickým onemocněním. V posledních letech došlo ke změně a snaže vybudovat také domácí hospicovou péči a ambulance onkologické paliativní péče. Je nutné dále tuto péči rozvíjet a také se zaměřit na rozvoj paliativní péče v geriatрии. (Bužgová, 2015)

Pokud se zaměříme na paliativní péči v České republice v současnosti, je třeba zmínit *Českou společnost paliativní medicíny*, která se aktivně zabývá zlepšením poskytování paliativní péče. Tohoto zlepšení se snaží dosahovat vzděláváním v dané oblasti, důležitou součástí rozvoje je také představování odborné strategie veřejným institucím a organizacím, které mohou přispívat k rozvoji a poskytovat paliativní péči. (Česká společnost paliativní medicíny, 2016, online)

Krok kupředu v této oblasti je také spojován se vznikem *Centra paliativní péče* v Praze, které vzniklo pod vedením PhDr. Martina Loučky, Ph.D. Centrum se snaží o zlepšení péče o umírající, a to prováděním vlastních výzkumů, jejichž výsledky slouží jako předmět pro systémové a legislativní opatření umožňující zlepšení péče. Tyto výzkumy také otevírají komunikaci veřejnosti o konci života. Budoucnost paliativní péče je velice důležitá. V Evropě přibývá lidí s onkologickým či chronickým onemocněním. V souvislosti se stárnutím populace, kdy se lidé dožívají stále vyššího věku je nutné počítat s klíčovou rolí paliativní péče v budoucnu. (Paliativní centrum, online)

Je důležité vidět tematiku paliativní péče také v širším kontextu. Česká republika je součástí širšího celku a pro rozvoj mnoha oblastí je pro nás klíčová Evropská unie. To se také týká paliativní péče a jejího financování. *Evropská asociace pro paliativní péči* je organizací, jejímž cílem je právě rozvoj v oblasti paliativní péče v Evropě. V rámci projektů se snaží dosahovat stavu, kdy lidé s vážnou nemocí a jejich rodiny mají přístup ke kvalitní paliativní péči. Těchto cílů má být dosaženo například integrací paliativní péče do zemí Evropské unie, rozvojem vzdělání v paliativní péči, zvýšením informovanosti široké veřejnosti či kladení důrazu na paliativní péči jako na neodmyslitelnou součást zdravotnického a sociálního systému. (EAPC – European Association for Palliative Care: *Mission Statement*, online)

*Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě* se snaží sjednotit poskytování péče ve všech zemích Evropské unie prostřednictvím doporučení, které vychází z rovnosti přístupu k paliativní péči. Služby by tedy měly být k dispozici všem pacientům kteří budou tuto oblast péče potřebovat, a to bez rozdílu. (Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, 2010, online)

V českém prostředí proběhl výzkum, jehož cílem bylo prozkoumat, jak sami pacienti a jejich příbuzní hodnotí svou účast ve výzkumu paliativní péče. Výzkum s pacienty v paliativní péči je jednou z cest ke zlepšení péče. Z první části výzkumu, kde byla shromažďována data od pacientů s délkou života kratší než jeden rok a jejich příbuzných, bylo zjištěno, že 53 % účastníkům nevadilo být součástí výzkumu, pro 40 % to byla zajímavá či velmi zajímavá zkušenost. Hlavní motivací účasti ve výzkumu bylo zlepšení péče, podpora výzkumu, vyjádření vlastního názoru, důvěrný vztah s personálem a příležitost k rozhovoru. Druhá část výzkumu shromažďovala data od pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním a jejich příbuzných. 48 % účastníků účast na výzkumu nevadila, 34 % to považovalo za zajímavou zkušenost a 17 % za velmi zajímavou. Z výše uvedeného vyplývá, že i přes to, že mohou být pacienti vnímáni jako zranitelní, účast ve výzkumu jim nevádí, či je pro ně zajímavá. (BMC Palliative Care, 2021, online)

Česká republika vychází ze Standardů Evropské unie, díky které se u nás dostává lidem lepší paliativní péče. Vyšší vzdělaností odborníků se v této oblasti poté může přispívat výzkumy ke zdokonalení péče.



Z rozvoje paliativní péče v České republice, ale i Evropě můžeme vyčíst, že smrt ovlivnit nelze, avšak lze se o umírající postarat v souladu s jejich přáními a zlepšit péči, ale i kvalitu času, který jim zde zbývá. I sami pacienti v závěru života jsou ochotni přispět ke zlepšení péče a podpořit výzkum.

## 1.2 Umírání a smrt

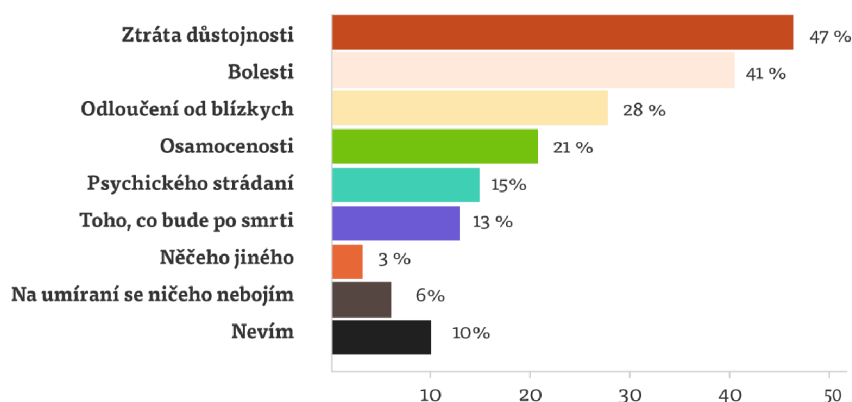
Téma smrti je pro mnoho lidí náročné. Lidé mohou brát smrt jako zlo, jako situaci, která jim nahání hrůzu. Věnují mnoho času, aby samotnou myšlenku na konec života vytěsnili ze své mysli. Druhý pohled může brát smrt jako pozitivní účinek pro život. „Freud (1998) tvrdí, že pokud je v životě přítomna smrt a je více na očích, život se stává zajímavým, napínavým, život dostává tímto smysl.“ (Kupka, 2011, str.19)

V minulosti byli lidé více konfrontováni se smrtí, než je tomu dnes. Lidé umírali doma, kde o ně bylo pečováno jejich blízkými. Jiné bylo i pojetí chápání smrti. Dříve věřili, že smrtí končí jejich utrpení a posmrtný život bude prožit v ráji. Smrt můžeme definovat jako zánik člověka. Tématem smrti se zabývá obor zvaný thanatologie, která vychází z faktu, že smrt je daná, je to skutečnost, která nastane a nelze se jí vyhnout. (Haškovcová, 2007)

Strach ze smrti může skrývat více dílčích strachů. Velice častým strachem je způsobení smutku a ztráty blízkým lidem, nemožnost o tyto lidi dále pečovat a být s nimi, bolest, která může smrt doprovázet a také strach z toho, co se stane s tělem po smrti. (Kupka, 2014) Se strachem ze smrti také souvisí snaha lidí dosahovat nesmrtelnosti. Dosahování nesmrtelnosti může vycházet ze snahy žít dál prostřednictvím svých dětí či vnoučat, víry v Boha. Také se může jednat o odkaz, který zde člověk zanechá, ať už nějaké dílo či odkaz jeho osobnosti, která zde bude žít i nadále. Smrt se postupně stala tabuizovaným tématem, v závislosti na moderní medicíně, která je zaměřena na boj o zdraví a vyléčení nemoci. (Kupka, 2011) I přes to, že smrt může být jedinou jistou věcí, která víme že v životě přijde, je brána jako selhání, lidé ji raději vytěsňují, tabuizují. (Pechová, Lejsal, 2020)

Jako jedním z prvních kroků, které lze pro rozšíření tématu paliativní péče udělat, je více prosazovat téma smrti a umírání do veřejného prostoru. Obeznámit s tímto procesem již děti, neskrývat před nimi konečnost lidského života. Pokud toto téma přestane být tabu, může to vést nejen ke smíření a nastavení přání jednotlivců, ale také k vytvoření půdy pro implementaci paliace do sociálních a zdravotnických zařízení.

### Čeho se lidé na umírání nejvíce obávají



Obrázek 1 - Čeho se lidé na umírání nejvíce obávají

Zdroj: volně podle: Umírání.cz, 2013

Z poskytnutých dat o postoji veřejnosti lze vyčíst, čeho se lidé na umírání nejvíce bojí. Nejčastější obavy jsou ze ztráty důstojnosti (47 %), dále bolesti (41 %), odloučení od blízkých (28 %) a s tím spojená osamocení (21 %). (Umírání.cz, 2013, online) Tento veřejný průzkum slouží k představě o tom, jaké věci je třeba začít pojmenovávat, aby ze společnosti vymizela neinformovanost o péči v závěru života.

Vzhledem k povaze člověka je logické, že hlavním instinktem je přežití, zachování naší sociální sítě a rodiny, přátel. Když se řekne smrt, mnoho lidí si ji spojí s určitými situacemi a emocemi. Ovšem naše vlastní smrt v nás nevyvolá žádné pocity. Naše smrt vyvolá emoce pouze v našich blízkých, kteří tu zůstanou po naší smrti. (Blackburn, 2011). Z filozofického hlediska lze nahlížet na strach ze smrti i následovně: „*Smrt se nás netýká, neboť to, co se rozplynulo, není účastno smyslového vnímání, a co není účastno smyslového vnímání, to se nás netýká.*“ (Blackburn, 2011, str. 186)

S procesem umírání je spojeno **5 fází smutku či umírání**, během kterých se lidé vyrovnávají se smutkem, a to v případě, kdy jim je sděleno smrtelné onemocnění či zažijí velkou ztrátu. Tyto fáze byly definovány americkou psycholožkou Elisabeth Kübler – Ross, která se zabývala psychologií umírání a smrtí. Je zásadní zmínit, že fáze nemusí u každého jedince postupovat chronologicky, někdy dokonce dojde k absenci

nějaké z nich. Přes to, že byly tyto fáze nejdříve definovány pouze u lidí trpících smrtelnou nemocí, později byly vztaženy na jakoukoli ztrátu – ztrátu práce, svobody, ale také i jako reakce na smrt blízkého člověka, rozvod, neplodnost. (Kabelka, 2020) Kabelka (2018) k tomuto dále doplňuje, že někteří lidé bojují s nemocí až do samého konce a nejsou schopni akceptovat skutečnost své konečnosti. Tito lidé setrvávají ve fázi popírání až do posledního okamžiku, což může vést až k nedůstojnému umírání.

Za první stádium je považováno *popírání a izolace* – pacienti, kterým je sděleno onemocnění na tuto skutečnost často reagují popřením, nevěří, že se to týká jich. Nejčastější odmítání se vyskytuje u pacientů, kterým byla diagnóza řečena necitlivě. Druhým stádiem je *zlost*, která se upíná na všechny okolo. Pacient vybíjí svoji zlost okolo sebe a snaží se přijít na to, proč zrovna on je ten, koho nemoc postihla. Třetí fází je *smlouvání*. Tato fáze obvykle trvá krátký čas a je založena na pacientovi, který chce splnit přání – prodloužit život, prožít pár dní bez bolesti. *Deprese* je fáze, kdy nemocný již svou nemoc nepopírá, avšak cítí velkou ztrátu. Není dobré pacienty nutit k pozitivním myšlenkám, protože to by znamenalo nutit je nemyslet na smrt. V této fázi člověk ztrácí všechno a všechny a je důležité nechat ho vyjádřit smutek, který cítí. To také pomáhá docílit smíření. *Smíření* může proběhnout, pokud měl pacient dostatek času prožít předchozí stádia. (Kübler – Ross, 1993)

### 1.3 Truchlení, péče o pozůstalé

*„Jako protiváhu k mnoha životním obtížím dala nebesa lidem tři věci: naději, spánek a smích.“* Immanuel Kant

Tato podkapitola přiblíží téma truchlení a pomoc pozůstalým. Péče o pozůstalé je součástí paliativní péče. Je důležité připravit rodinu na proces truchlení, být jim v těchto časech nablízku. Fáze truchlení začíná šokem, kdy pozůstalý očekává návrat zemřelého, nemůže uvěřit, že je jeho blízký pryč. Následuje období sociální izolace, pro které je typické vzpomínání na zemřelého, hněv, pocity viny. Poté by mělo postupem času dojít k nalezení nové sociální role. Pokud pozůstalý neprojde těmito fázemi truchlení, hrozí u něho patologické truchlení. Pro pozůstalé je důležitá empatická komunikace, pocit podpory a porozumění. Velkou váhu má také rozloučení s blízkým. Pohřeb a jiné rituály mají velký význam a pomáhají předejít komplikovanému truchlení. (Kabelka, 2020)

Haškovcová (2007) poukazuje na důležitost poskytnutí praktických informací o pohřbu. Informace by měl pozůstalým předat sociální pracovník či zdravotní sestra.

Pokud se lidé setkají se smrtí blízkého člověka je to pro ně velký šok. Zhroutí se jim život a ztratí smysl bytí. Nedojde pouze k emoční reakci, ale také k nabourání pocitu vlastní identity, k nabourání vztahů s jinými lidmi, a především ztratí pocit bezpečnosti světa. Pozůstalý potřebují pomoc a podporu, kterou často hledají u pracovníků v pomáhajících profesích. Poradenství pro pozůstalé má být založeno na úctě a respektu. Navázání kontaktu s klientem je náročné, avšak účinné je mluvit přímo o tom co se stalo. Je důležité dát prostor pozůstalým na to, aby projevili své emoce – plakali, zuřili, zlobili se. Profesionál poskytující poradenství pro pozůstalé může klienta podpořit především aktivním nasloucháním. (Špatenková, 2013)

Specifickou kategorií je truchlení u dětí. Mnoho lidí neví, jak mluvit s dětmi o smrti, přesto je důležité myslet na to, že děti vnímají smrt jinak než dospělí. Do tří let věku dítě vnímá smrt jako odloučení od blízké osoby. Pro dítě ve věku tři až pět let je smrt dočasná, za to po pátém roce věku již vnímá smrt jako bytost, která odvádí lidi ze světa. Až kolem devíti let je dítě schopno vnímat smrt jako trvalý proces. (Kübler – Ross, 1993) Dospělí lidé mají často potřebu chránit děti, což může vést k mlžení ohledně smrti blízkého člověka. Je důležité dětem říct pravdu, hovořit s nimi o smrti, truchlit s nimi. Děti by se také měly účastnit pohřbu, což jim dodá pocit sounáležitosti s ostatními, je to pro ně můstek k překonání truchlení. (Umírání.cz, online)

Paliativní péče nekončí při úmrtí nemocného, ale doprovázení truchlící osoby je jednou ze zásadních činností pracovníka, jejímž cílem je předejít patologickému truchlení a dojít ke smíření.

## 2 Zařízení poskytující paliativní péči

*„Když pacient může zakončit svůj život v důvěrně známém a milovaném prostředí, neklade to na něj tak velké nároky, nemusí se přizpůsobovat cizímu, neznámému okolí.“*  
(Kübler – Ross, 1993, str. 5)

Tato kapitola se zaměří na paliativní péči v zařízeních, ve kterých se pracovníci setkávají se smrtí. Podá informace o nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, hospicové péči a domovech pro seniory. Také zde bude podkapitola věnovaná domácí hospicové péči. Domovy pro seniory jsou zařízení, ve kterých dochází k častému doprovázení seniorů ve sklonku jejich života, a proto je vhodné poskytovat zde paliativní péči, aby mohli senioři zemřít v domovech, na jejichž prostředí jsou zvyklí a v doprovodu vyškoleného personálu, který bude akceptovat přání klientů zařízení.

Dle Kalvacha (2010) lze zařízení poskytující obecnou paliativní péči rozdělit do tří skupin. První skupinou je paliativní péče v domácím prostředí, která v sobě zahrnuje mobilní hospice a agentury domácí péče. Druhou skupinou jsou pobytová zařízení, například již zmíněný domov pro seniory. Nejrozsáhlejší skupinou jsou zdravotnická zařízení, kterými jsou na mysli hospice, nemocnice a zařízení poskytující následnou péči – například léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), nemocnice následné péče (NNP) a psychiatrické léčebny.

### 2.1 Paliativní péče v domácím prostředí

Mnoho pacientů si přeje zemřít doma, v prostředí známém a v kruhu svých nejbližších. Pro tyto pacienty je k dispozici služba **mobilního hospice**, která poskytuje odbornou péči.

Nemocný či jeho rodina může kontaktovat mobilní hospic, který vyhodnotí, zda pacient splňuje kritéria pro přijetí do péče. Obvykle se musí jednat o pacienty, kteří jsou ve vážném zdravotním stavu, který neumožňuje ambulantní kontroly a je nutná nepřetržitá dostupnost lékaře, který do domácího prostředí dojíždí. (Metodický pokyn ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče, 2017, online) Svatošová (2011) upozorňuje na hranice možností rodiny v souvislosti se službami mobilního hospice. Ne v každé rodině nalezneme zázemí, které je adekvátní pro péči o pacienta. Rodina může žít v menším bytě, kde není místo pro pečování.

*Standardy mobilní specializované paliativní péče* (2019, online) se mimo jiné zaměřují na poskytovanou péči reflektující sociální a vztahové potřeby pacienta a jeho rodiny. Sociální složka se zaměřuje na vyhodnocování potřeb pacienta, psychosociální podporu a s tím související sociální poradenství a spolupráci s úřady. Sociální pracovník spolupracuje s týmem na plánování péče a zprostředkovává komunikaci.

Druhou službou, kterou lze využít v případě přání pacienta zemřít v domácím prostředí je **domácí hospicová péče**. Ta se snaží o důstojný odchod pacienta v souladu s jeho přáními. Využitím domácí paliativní péče poskytuje pacient důvěru ve službu a zdravotník by měl přijmout zodpovědnost. Důležité je podat pacientovi a jeho rodině informace, jistotu, naději a partnerský vztah – jistotu v to, že společně se daná situace zvládne. (Kalvach, 2010)

Služby poskytující pacientovi zdravotní a odbornou péči v domácím prostředí jsou důležitou součástí paliativní péče v České republice. Staví na přáních pacientů, ti mohou cítit úlevu spojenou s možností setrvat doma v kruhu rodiny a blízkých.

## 2.2 Pobytová zařízení

Jak se lze dočíst v knize Fenomén stáří: „*Každý člověk stárne. Toto elementární tvrzení je všeobecně známé a uznávané. Ostatně lidé říkávají, že stárnutí a stáří, stejně jako smrt, jsou jedinou spravedlivou jistotou, kterou máme.*“ (Haškovcová, 2010, str. 16)

Dnes je stáří chápáno spíše negativně, je spojeno se ztrátou soběstačnosti. Doprovází ho tělesné, psychické a sociální změny. Dochází ke stárnutí populace, které je zapříčiněno klesající porodností, prodlužováním střední délky života či pokrokem v medicíně. (Malíková, 2011) Lidé si často nechtějí přiznat, že stárnou a o stáří nechtějí mluvit. Avšak tento fakt je neodmyslitelnou součástí všech životů. V současné době můžeme považovat stařecký věk od 75 let věku a průměrná délka života se stále zvyšuje. Díky těmto faktům se dostalo gerontologii – tedy vědě o stárnutí a stáří pozornosti. S touto vědní disciplínou souvisí pojem geriatrie, jedná se o lékařský obor, který zkoumá zvláštnosti chorob ve stáří a specifické aspekty léčby lidí v důchodovém věku. (Haškovcová, 2010)

Na změnu potřeb klientů **domovů pro seniory** v souvislosti se stárnutím populace poukazuje Kabelka (2020). Dle jeho profesní praxe v oblasti geriatrie se domovy pro seniory stávají místem, kam nemocní přichází na poslední měsíce svého života.

Vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocných seniorů je nevyhnutelný převoz do nemocnice, protože domovům schází vybavení dostupnými zdravotními službami. Jak z výše uvedeného vyplývá, tato podkapitola se bude věnovat **domovům pro seniory** a jejich poskytování paliativní péče.

V rámci domovů pro seniory probíhá zjišťování potřeb a individuální plánování. Před tím, než vstoupil v platnost Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nebyla klientům poskytována péče individuálně. Jednalo se tedy o systém, kdy klient neměl dostatek informací o poskytovaných službách a byl kladen malý důraz na individualitu každého klienta. Jednalo se o tzv. systém skupinové péče. Až s přijetím Zákona o sociálních službách a individuálním plánováním se přešlo na nový způsob komunikace a spolupráce pracovníků zařízení. Individuální plánování se zakládá na co nejlepším poznání klienta, jeho potřeb a zájmů. Je nutný respekt individuality klientů. (Malíková, 2011)

V rámci individuálního plánování v **domovech pro seniory** by se mělo vzít v potaz také plánování péče v závěru života. Pokud v rámci individuálního plánování vnímáme klienta v rámci všech jeho potřeb, měl by být také účastníkem, který rozhodne o tom, jakou péči by si přál v závěru života. Příležitostí pro rozhovor o plánování péče v závěru života je mnoho – při přijetí do zařízení, při úmrtích klientů, při smutečních rozloučeních, poté při zhoršení zdravotního stavu, a nakonec v terminální fázi nemoci. Při procesu plánování péče v závěru života by měli být přítomni ti, kteří budou péči zajišťovat – tedy personál a rodina. Při plánování je důležitá role sociálního pracovníka, který vede komunikaci s klientem již od jeho projevení zájmu o službu, má proto příležitost zjistit informace ohledně hospitalizace či dříve vysloveného přání. (Sociální práce, 2019, online)

*„Třebaže se PPZZ někde v návaznosti na výkon paliativní péče profiluje jako zdravotnické téma, chceme poukázat na potenciál významného zapojení sociálních pracovníků, kteří jsou pro koordinaci celého procesu z povahy své profese odborně způsobilí. V mezinárodním kontextu je tato role právě od sociálních pracovníků očekávána (Hughes, Firth, Oliviere, 2015).“* (Pechová, Loučka, 2019, str. 122, online)

Při procesu zavádění paliativní péče do domovů pro seniory vyvstává nová výzva pro sociální pracovníky. Tato výzva se týká možnosti pracovníků zjišťovat přání klientů v souvislosti se závěrem života, realizovat přání a tím provázet klienty v závěru života. Pokud se organizace rozhodne o zavedení paliativní péče, je nutné vycházet z principů

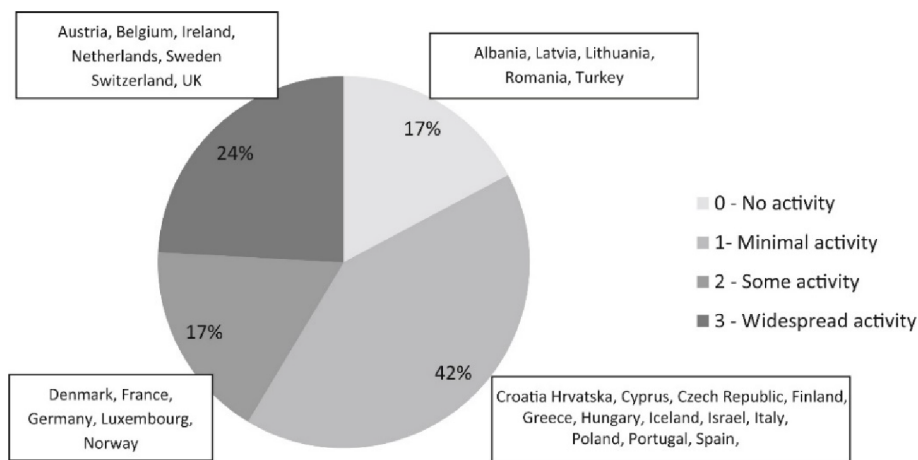
paliativní péče, individuálního přístupu ke klientům a uspokojování jejich potřeb. Pracovníci v takové organizaci musí chtít mimo jiné komunikovat a spolupracovat v rámci multidisciplinárního týmu. (Pechová, 2020)

### **2.2.2 Výzkumy mapující paliativní péči v domovech pro seniory**

Snaha o zavedení paliativní péče do domovů pro seniory by neměla vycházet pouze z faktu o stárnutí populace, ale také ze zvyšujícího se počtu lidí, kteří trpí demencí. Paliativní péče v domovech pro seniory se zaměřuje na kvalitní život klientů s chronickým onemocněním. Je třeba začlenit téma paliativní péči nejen do politické sféry, ale také do zařízení, která poskytují péči seniorům, a to prostřednictvím spolupráce Evropské unie. (European Journal of Public Health, 2014, online)

V roce 2017 byl zveřejněn výzkum, jehož cílem bylo identifikovat strategické, organizační a provozní činnosti související se zaváděním paliativní péče do pečovatelských domovů v Evropě. Výzkum byl proveden ve 29 evropských zemích. Výsledkem bylo identifikování tří úrovní paliativní péče v domovech. Makro úroveň je myšleno uzákonění právních předpisů týkajících se oblasti sociální a zdravotní péče. Pokud se zaměříme na Českou republiku, ta se na makro úrovni řadila k více než polovině zemí, kde není důkaz o činnosti na národní úrovni. Mezo úroveň je charakteristická pro vzdělávání a školení rozvoje služeb. Do mikro úrovně spadají domovy, které se přímo zabývají poskytováním paliativní péče pro klienty. Vzhledem k absenci registrů domovů zapojených do paliativní péče je tento výsledek nepřesný. Avšak Česká republika se řadí k zemím, ve kterých je pouze malá aktivita domovů z hlediska poskytování paliativní péče. V Evropě se nachází nízká úroveň rozvoje a poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. (Journal of the American Medical Directors Association, 2017, online)





Obrázek 2 - Extent of micro-level palliative care development activity

Zdroj: volně podle: The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine, 2017

Na obrázku lze vidět rozsah činnosti rozvoje paliativní péče na mikro úrovni i u dalších zkoumaných evropských zemí. Z obrázku vyplývá, že 17 % zemí nemá žádnou aktivitu spojenou s rozvojem paliativní péče na mikroúrovni. 42 % ze všech studovaných zemí – včetně České republiky zaujímá minimální aktivity, u 17 % lze nalézt určité aktivity a u zemí jako je Belgie, Irsko či Švédsko, které zaujímají 24 % lze hovořit o rozšířených aktivitách. Obrázek slouží jako porovnání České republiky v rámci ostatních sledovaných evropských zemí i jako celkové zhodnocení aktivit směřujících k rozvoji paliativní péče v domovech pro seniory ve všech 29 zemích.

### 2.3 Zdravotnická zařízení

Tato podkapitola se bude věnovat třem zdravotnickým zařízením, které poskytují paliativní péči.

Jako první bude věnována pozornost **hospicům**. O co v hospici jde? „*Jde o to, naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny.*“ (Svatošová, 2011, str. 115) Vyskytují se tři formy hospicové péče – domácí, stacionární denní a lůžková hospicová péče. Zde bude věnována pozornost především lůžkové péči. Samotná myšlenka hospice vychází z třech předpokladů. Hospic nemocným zaručuje tlumení bolesti, respektování lidské důstojnosti a doprovázení pacientů a jejich rodin, aby pacient neumíral osamocen. (Svatošová, 2011)

Kupka (2014) dodává, že v případě přijetí umírajícího pacienta do hospice je nutný jeho informovaný souhlas, který potvrzuje jeho rozhodnutí o přijetí paliativní péče v hospici.

Dle kritérií pro přijetí nemocného do hospice lze shrnout, že pacient vhodný pro umístění do lůžkového hospice je člověk, u kterého se vyskytuje choroba ohrožující ho na životě, která vede k potřebě paliativní péče, ale zároveň není nutná hospitalizace v nemocnici. Dalším kritériem je takový stav pacienta, který neumožňuje domácí péči. (Matoušek, 2010) Od roku 1995 do roku 2011 u nás bylo postaveno celkem 15 lůžkových hospiců, z čehož nejvíce hospiců vzniklo z iniciativy občanských sdružení a poté charit. Ač se může zdát jako zásadní zdravotní oblast poskytování služeb, sociální pracovník je nedílnou součástí týmu, který nevidí pacienta pouze z hlediska zhoršujícího se zdravotního stavu, ale dbá na sociální souvislosti týkající se tohoto stavu. (Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová, et al., 2015)

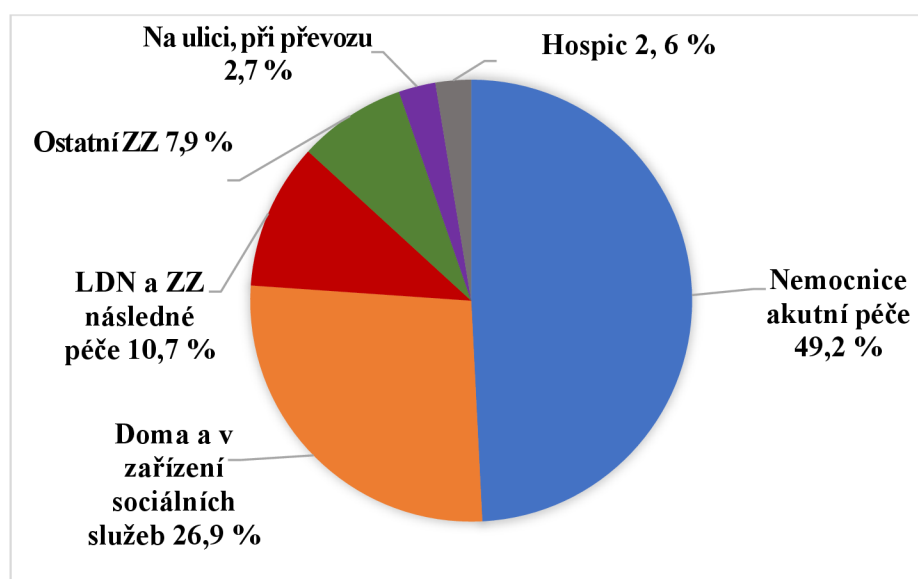
**Nemocnice** jsou zařízení, ve kterých dochází ke zjišťování diagnóz a hospitalizací při zhoršení zdravotního stavu. Nejčastějšími chybami při práci s pacientem může být nedostatečná komunikace a vícelůžkové pokoje, kde pacient nemá dostatek soukromí.

V zahraničí jsou popisovány čtyři modely poskytování specializované paliativní péče: v nemocnici by se měl nacházet tým paliativní péče, pod kterým se skrývá tým specialistů, kteří postupují v péči o pacienta dle principů paliativní péče. Dále by měla být v nemocnici zřízena ambulance paliativní péče, která poskytuje péči pacientům u kterých není nutná hospitalizace. Tato ambulance také zajišťuje průběh péče po propuštění pacienta z nemocnice. Dalším modelem je specializované oddělení paliativní péče. Tento model vychází z modelu lůžkového hospice a jedná se o oddělení paliativní péče, jehož snahou je zajistit pacientům soukromí, pocit domova a neomezené návštěvy. Lze říci, že v České republice specializovaná paliativní péče v nemocnicích chybí. Zásadní ovšem je otevřený postoj personálu nemocnice ke smrti a s tím spojený důraz na přání pacientů. (Bužgová, 2015)

Svatošová (2015) uvádí zásadní rozdíly mezi poskytováním paliativní péče v hospicích a nemocnicích. Hospice mají neomezené návštěvy, rodina a blízcí pacienta mohou v hospici pobývat nepřetržitě s pacientem a dělat mu společnost. To vychází z myšlenky hospice, která si zakládá na tom, aby pacient neumíral osamocen.

I přes to, že v hospici probíhají vizity stejně jako v nemocnici, jejich režim se liší. Hospicový pacient si může určit režim dne sám. Zásadní myšlenkou je také snaha o navození domácího prostředí v hospici, aby se v něm pacient necítil právě jako v nemocnici. Ovšem je nutné doplnit, že hospic a nemocnice se vzájemně doplňují. Nemocnice poskytne pacientovi péči v případě, kdy pacient potřebuje odborné vyšetření či operaci. Zásadní složkou obou zařízení jsou jeho zaměstnanci. Je důležité, aby zde pracovali lidé, kteří jsou srovnáni se svou konečností.

Do **léčeben dlouhodobě nemocných** jsou umísťováni pacienti, u kterých je možnost předpokládat péči delší než 3 měsíce. Jedná se o zařízení, ve kterých je poskytována péče především dlouhodobě nemocným a seniorům s chronickými onemocněními. V péči o pacienta je nutné brát v potaz zdravotně sociální souvislosti a péče je složena především ze složek léčebných, ošetrovatelských a rehabilitačních. (Kupka, 2014)



Obrázek 3 - Struktura zemřelých podle místa úmrtí (2016)

Zdroj: volně podle: Paliativní medicína: Situační analýza paliativní péče v České republice 2016

Graf znázorňuje strukturu zemřelých dle místa úmrtí a vychází ze *Situační analýzy paliativní péče v České republice v roce 2016*. Z grafu je patrné, že k největšímu podílu zemřelých docházelo v nemocnicích (49,2 %), následuje počet úmrtí doma a v zařízeních

sociálních služeb (26,9 %). Na třetím místě se nachází léčebny dlouhodobě nemocných a zařízení následné péče (10,7 %). V grafu je patrné i malé procento lidí, kteří zemřeli již při převozu do nemocnice (2,7 %). Nakonec je zde 2,6 % lidí, kteří zemřeli v hospici.

Graf dokládá potřebnost zavádění a rozšiřování paliativní péče do výše zmíněných zařízení, potřebnost kvalifikovaných zaměstnanců, kteří budou poskytovat péči založenou na principech paliativní péče. Dle provedené analýzy neměli nemocnice akutní a následné péče v roce 2016 zpracované standardy paliativní péče, nepracují s individuálním plánem ani dříve vysloveným přáním pacienta. Závěrem lze konstatovat, že paliativní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních v roce 2016 **nebyla dostupnou a garantovanou službou**. Pro ambulantní a domácí paliativní péči existovaly rámcové předpoklady pro její rozvoj, avšak vážně na neochotě zdravotních pojišťoven nasmlouvat úhradu za zdravotní pojištění. Domovy pro seniory nejsou dostatečně vybaveny dostupnými zdravotními službami, je třeba podpořit personál pomocí těchto služeb. Zabráni se tím hospitalizování seniorů na poslední dny života do nemocničních zařízení. (Paliativní medicína, 2016, online)

### 3 Role sociálního pracovníka v paliativní péči

Třetí kapitola práce se bude věnovat roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a jeho úkoly. Dále rozebere osobnostní rysy sociálního pracovníka, který pracuje s umírajícími a jejich rodinami. Poté se kapitola bude věnovat vnímání sociální práce v této oblasti. Závěrem kapitoly bude zmíněná metoda *Řekni mi*, která otevírá téma smrti a přání v závěru života. Bude zde rozebrán přínos této metody a její aplikace v praxi.

Sociální pracovník v oblasti paliativní péče je členem multidisciplinárního týmu, který se skládá z profesionálů vyškolených pro práci s umírajícími. Tým se skládá z lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychologů a duchovních. Zásadní je komunikace v týmu, která by měla být založena na respektu, tým by měl reflektovat emoce členů, což je jeden z hlavních principů pro efektivnost týmu. Tým poté komunikuje s pacientem a jeho rodinou. Členové týmu by měli mít představu, jak každý jeden pacient reaguje na sdělování špatných zpráv a dle toho s ním komunikovat. (Kabelka, 2018)

Matoušek (2010) shrnuje úkoly sociálního pracovníka v paliativním týmu. Na začátek nutno podotknout, že sociální pracovník by měl mít k dispozici své vlastní zázemí, tedy kancelář, kde bude mít prostor pro plnění svých úkolů. Pracovník v rámci týmu pomáhá nevléčitelně nemocným a jejich rodinám v kontextu jejich sociální situace – ta zahrnuje potřeby emoční, sociální, finanční a jiné. Mezi základní dovednosti pracovníka se řadí přehled o dostupnosti služeb pro nemocné a pečující. Dále se snaží zjistit, jak je rodina připravena zvládnout náročnou životní situaci, více se může zaměřovat na ošetření potřeb u dětí či osob, pro které je daná situace velice náročná. Po úmrtí pokračuje práce s pozůstalými. Pracovník podává rodině informace o pohřbu, případně poskytuje poradenství.

Pokud se rodina rozhodne pečovat o nevléčitelně nemocného, nabourá to celé její dosavadní fungování. Často se problémy rodiny dotýkají finanční stránky. Sláma, Kabelka (2022) poukazují na důležitost sociální oblasti v rámci paliativní péče. Sociální pracovník poskytuje informace o možné finanční podpoře státu formou sociálních dávek. Jedná se o tři dávky, na které mohou mít pacienti nárok.

První dávkou je *příspěvek na péči*, na který vzniká nárok osobě, která se o sebe z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu není schopna postarat. Výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti. Druhou dávkou je *dlouhodobé ošetrovné*, na které vzniká nárok pečujícím, kteří pečují o člena své rodiny, který potřebuje nepřetržitou péči. Tuto dávku lze čerpat po dobu maximálně 90 dní a její výše tvoří 60 % denního vyměřovacího základu. V neposlední řadě lze žádat na Úřadu práce o *pohřebné*. Kromě finančního příspěvku na pohřeb lze čerpat volno na pohřeb. V *Nařízení vlády č. 590/2006 Sb., kterým se stanoví okruh a rozsah jiných důležitých osobních překážek v práci* lze nalézt rozsah volna, který se poskytuje pozůstalým. Počet dní je stanoven v návaznosti na vztahy mezi zemřelým a zaměstnancem. (Nařízení vlády č. 590/2006 Sb., kterým se stanoví okruh a rozsah jiných důležitých osobních překážek v práci) Autoři Sláma a Kabelka (2022) dále upozorňují na roli sociálního pracovníka v rámci dědictví. Nemocní si často přejí mít vyřízené dědictví v rámci rodiny. Sociální pracovník může kontaktovat notáře a vyřídit administrativní úkony spojené se začátkem dědického řízení. Závěrem lze říci, že sociální pracovník se v rámci paliativního týmu věnuje administrativní činnosti, sociálnímu poradenství, zkoumá možnosti finanční pomoci rodinám a pacientům a poskytuje podporu a pomoc pozůstalým.

Paliativní centrum v Praze charakterizuje náplň práce sociálního pracovníka v paliativním týmu následovně: „*Sociální pracovník pomáhá rodině s praktickými náležitostmi, uzavíráním smluv, zajišťováním příspěvku na péči, půjčováním kompenzačních pomůcek apod.*“ Zároveň poukazuje na pokračování práce s rodinou pacienta i po jeho smrti: „*Smrtí to nekončí. Paliativní péče není jen péčí o pacienta, ale poskytuje pomoc celé rodině, popřípadě blízkým. Z toho důvodu s nimi zůstává multidisciplinární tým v kontaktu i nadále, často pomáhá bezprostředně po úmrtí s vypsáním úmrtního listu, zajištěním pohřbu a zejména s truchlením.*“ (Paliativní centrum, online)

Oblast paliativní péče v České republice se dlouhou dobu potýkala s absencí sociálních pracovníků, a to z důvodu vnímání těchto osob jako administrativních pracovníků s nejasně vymezenou náplní práce. I přes to může sociální práce vnést do této oblasti jedinečný pohled. Sociální pracovník pracuje systémově a snaží se o zmírňování sociálních problémů, které plynou ze situace klientů. Díky svému vzdělání je také schopen pracovat s truchlícími rodinami a poskytnout jim podporu. (Elichová, 2017)

Kabelka (2020) se věnuje také péči o personál a členy multidisciplinárního týmu. Je třeba, aby měl tým cíle a vize práce, které bude schopný vykomunikovat, aby došlo k jejich pochopení všemi členy. V rámci prevence syndromu vyhoření musí tým respektovat cíle a roli každého člena. Pokud se vyskytnou chyby v práci, je nutné je týmově řešit, poskytovat k nim zpětné vazby. Členové týmu by se měli respektovat a podporovat. Pokud přece jen dojde k vyhoření, Kabelka shledává jeho příčiny v následujících věcech: „*Vyhoření v paliativní péči? Z mé zkušenosti většinou důsledkem neznalosti/nepřijetí vlastních hranic a neochota či nemožnost najít pro sebe podporu. Najít ji je nutné také v týmu, který tvoří základní funkční celek pro poskytování paliativní péče.*“ (Kabelka, 2020, str. 160)

Pokud se sociální pracovník rozhodne pracovat s cílovou skupinou nevléčitelně nemocných a jejich rodinami, musí mít určité osobnostní rysy, aby zvládl práci v této náročné oblasti. Macková (2015) se mimo jiné zabývá sebepoznáním sociálních pracovníků. Sociální pracovník by si měl být vědom pocitů, které v něm vyvolává téma umírání a truchlení. Není nutné, aby byl smířen s vlastní smrtí, ale je nutné reflektovat, proč tomu tak je. Role sociálního pracovníka je při práci s umírajícími často stavěna na nedirektivním přístupu, kdy pracovník je zde jako osoba, která vnímá pocity nemocného, naslouchá. Je nutné ale situaci reflektovat a v nutnosti se přesunout k přístupu direktivnímu – například pokud je klientem rodič malého dítěte, je třeba vyřešit péči o dítě. Dále je důležité zmínit, že se ve své práci sociální pracovník setkává se spoustou intenzivních emocí. Pokud cítí sociální pracovník zlost, nespravedlnost, je třeba, aby uměl tyto emoce konstruktivně využít při pomoci klientům.

Je třeba věnovat prostor pro vnímání sociální práce v paliativní péči. Sociální práci v této oblasti lze nazvat jako práci se ztrátami. Nevléčitelně nemocní a jejich rodiny postihlo mnoho ztrát, se kterými se musí vyrovnat. Pracovník by měl situaci každého klienta posoudit individuálně v souvislosti s jeho osobností, zaměstnáním, zájmy, vztahy v rodině. Nevléčitelně nemocný nejen zápasí se svou nemocí, ale také přišel o postavení pramenící ze ztráty jeho zaměstnání, zájmů, přátel. Jednou z rolí sociálního pracovníka může být právě role pomáhajícího, který bude podporou pro klienta. (Sociální práce 2010, online)

Působení v paliativní oblasti může být pro některé pracovníky zdrojem síly: „*Ti, kteří poskytují dlouhodobě paliativní péči z ní naopak čerpají posilu nejen k další práci, ale i k osobnímu životu. Říká se, že ti, kteří jsou na konci své cesty, nás učí žít. Mohu tento výrok podepsat. Těch několik tisíc příběhů, které jsem žil v uplynulých letech se svými pacienty a jejich rodinami, mi dalo mnoho příkladů, jak pohlížet na skutečné hodnoty, vztahy, rodinu a co jsou udržitelné životní strategie. Sílime ne úspěchy, ale bolesti, kterou překonáme. A díky paliativní péči dostáváme velmi silný nástroj podpory i pro sebe. Jen je třeba splnit nesnadný úkol: „Naučit se s ním pracovat.“* (Kabelka, 2020, str. 161)

Sociální pracovník v rámci práce v paliativní péči pracuje nejen s nevyлéčitelně nemocnými a jejich blízkými, ale také je často konfrontován se silnými emocemi. Je pro pacienty osoba, která poskytuje praktické informace, ale zároveň naslouchá, projevuje empatii. Pro kvalitní práci sociálního pracovníka či pracovnice je nutné reflektovat své vlastní pocity, které se týkají umírání a smrti. Pokud není pracovník schopen otevřeně mluvit o konci života, o svých přáních a emocích, které v něm tyto témata vzbuzují, pravděpodobně by pro něho práce v paliativním týmu nebyla motivující, ale mohlo by dojít k syndromu vyhoření.



## 4 Zásady komunikace

Závěrečná kapitola teoretické části objasní význam komunikace v paliativní péči. Bude zde rozebrán význam komunikace, efektivní komunikace a sdělování nepříznivých informací v paliativní péči. Dále se bude věnovat informovanému souhlasu a dříve vyslovenému přání, které pomáhá vyjádřit pacientovi jeho přání v rámci léčby. Poslední podkapitola se bude věnovat tématu přání a hodnot v závěru života.

V odborné literatuře lze nalézt různé definice komunikace. Špatenková (2009) definuje komunikaci jako nástroj pro sdílení myšlenek a informací, jejímž cílem je vzájemné porozumění mezi lidmi. Dlabal (2021) dále definuje rozhovor jako mezilidskou komunikaci, která vede k výměně sdělení a informací. Při rozhovoru vždy dochází k hodnocení sdělené informace, podle které si na nás účastník dělá názor. Je vhodné nechat klientovi vybrat téma, o kterém s námi chce hovořit, naslouchat a vyhodnotit, co je pro klienta důležité. Zároveň je důležité poskytnout účastníkovi prostor a čas pro jeho dovyprávění celého příběhu. Pokud budeme naslouchat a projevovat zájem o celý obsah jeho sdělení, navodí to v klientovi pocit bezpečí, bude se cítit dobře.

Kapitola prozatím shrnovala poznatky o komunikaci. Nyní bude v práci rozebrána komunikace s paliativním pacientem a její efektivnost, dále sdělování nepříznivých zpráv.

### 4.1 Komunikace v paliativní péči

Komunikace v rámci paliativní péče je specifická v mnoha aspektech. Prvním z nich je skutečnost, že jsme silně konfrontováni s emocemi, dále je často těžké najít odpověď na otázky nevléčitelně nemocných.

Komunikace je nástroj, který nám pomáhá dosahovat cíle paliativní péče – tedy zachovat co nejlepší kvalitu života s nemocí. Pokud by v rámci celého procesu nebyl věnován prostor pro komunikaci s pacientem a jeho rodinou, těžko by se daného cíle dosahovalo. Komunikace má navodit pocit bezpečí, skrze které bude pacient důvěřovat nejen svému lékaři, ale celému týmu. Aby byla komunikace účinná, je třeba držet se několika bodů, které pomohou vést komunikaci, která bude dosahovat cíle. V první řadě je třeba vycházet z úcty k pacientovi a jeho rodině, občas je správné naslouchat než mluvit. Člen paliativního týmu by měl být schopen otevřenosti a empatie, vcítění se do situaci pacienta. Dále je důležitá již výše zmíněná spolupráce s členy týmu, která vede ke

společnému cíli péče. Toto vše se skrývá pod pojmem profesionalita, která pomáhá zdravotníkům a sociálním pracovníkům poskytovat efektivní komunikaci. (Kabelka, 2018)

Pokud se spojí paliativní tým s pacientem a rodinou, poté lze nalézt smysluplnou cestu života v nemoci. Efektivní komunikace je poté taková, ze které mají přínos všechny strany. Profesionálové pracující s nevléčitelně nemocnými ve své praxi také využívají nenásilnou komunikaci, která vede k naslouchání druhým. (Kabelka, 2020) Bednařík, Andrášiová (2020) se zaměřují na základní komunikační dovednosti, které by měl být schopen lékař a pomáhající profesionál zvládat při kontaktu s pacientem. Pokud se pacient dozví o své diagnóze, či si prochází různými vyšetřeními, nachází se ve velmi citlivé životní situaci a je zcela zásadní, jak komunikace ovlivní pacienta v jeho vnímání nemoci a životní situace, ve které se nachází. Profesionál může s pacientem komunikovat dvěma způsoby – může v něm vyvolat pocit pomoci a podpory či pocit odmítnutí, nepochopení.

Velký význam má také neverbální komunikace. Tou dáváme najevo své emoce, například stres lze vyjádřit celou řadou neverbálních sdělení. Mezi prvky neverbální komunikace můžeme řadit haptiku, pod níž si lze představit dotyk, podání ruky, objetí. Jsou situace, kdy v rámci paliativní péče je kontakt pro pacienta důležitý. Dále lze zařadit mimiku, tedy pohyby obličeje, na základě kterých lze vyjádřit podporu, souhlas. Při vedení rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt, kterým vyjadřujeme zájem, empatii. (Kabelka, 2020)

Komunikace je neoddělitelnou součástí paliativní péče. Pomáhá členům paliativního týmu navázat rozhovor s pacientem, během kterého lze rozpoznat, co je pro pacienta důležité, jak vnímá svou situaci a zároveň mu podat realistické informace o jeho zdravotním stavu. Komunikace je také významná při doprovázení. Kabelka shrnuje roli komunikace následovně: „*Komunikační dovednosti mají pomoci vnímat realitu, reflektovat naše vlastní pocity, a tedy usnadnit proces přijetí.*“ (Kabelka, 2018, str. 295)

## 4.2 Sdělování nepříznivých informací

Jedním z nejtěžších okamžiků pro pomáhající profese je zcela jistě sdělování nepříznivých informací pacientovi. Sdělování nepříznivých informací je součástí paliativní péče. Základem je komunikovat s pacientem otevřeně, říct mu všechny informace spojené s diagnózou, nedávat falešné naděje. I přes to, že často může situace vybízet k dávání nadějí, nepomohlo by to ani nemocným ani pomáhajícím členům týmu. Kompetentní ke sdělování informací o zdravotním stavu pacientů je lékař, avšak dotýká se to všech členů týmu. Členové musí být informováni o situaci, aby mohli poskytnout nemocnému podporu, vyslechnout si jeho pocity, emoce a případně doporučit služby psychologa. Právě z tohoto důvodu je důležitá i týmová spolupráce a vhodná komunikace mezi členy týmu. (Kabelka, 2018) Lékař Robert Buckaman zveřejnil *model strategie sdělování špatných zpráv*. Jedná se o šest kroků, které je nutné provést při sdělování špatných zpráv – SPIKES.

**Setting (prostředí):** Pro sdělování špatné zprávy by mělo být vybráno klidné místo, a zároveň by se měl lékař věnovat svému pacientovi na plno, nenechat se rušit jinou věcí.

**Perception (vnímání situace):** V této fázi je podstatné zjistit, co pacient již o svém zdravotním stavu ví, jak situaci vnímá, jaké má obavy. Lékař by měl být podporou.

**Invitation (pozvání):** Je třeba se ujistit, zda pacient snese špatnou zprávu. Často si lékaři mohou mylně myslet, že pacient špatnou zprávu neunes, avšak každý člověk je jiný a spousta lidí má potřebu vědět v jaké situaci se skutečně nachází.

**Knowledge (poznání):** Po sdělení špatné zprávy by lékař měl reflektovat, zda pacient rozumí všemu, co je mu řečeno. Po sdělení zprávy zažívá pacient různé emoce, které mohou snižovat jeho schopnost rozumět všemu dalšímu, co mu lékař říká. Je vhodné se vyhnout cizím názvům a medicínské terminologii.

**Empatie:** Je vhodné vcítit se do situace pacienta, být podporou. Zároveň situaci nebagatelizovat a být si vědom závažných důsledků, které z ní plynou.

Každý člověk by na sdělení špatné zprávy reagoval jinak, proto je vhodné zachovat klid a být připraven na všelijaké reakce.

**Strategie a shrnutí:** Na závěr je důležité shrnout rozhovor a objasnit, zda pacient rozumí své situaci.

Protokol shrnuje ideální sdělení nepříznivé informace. Avšak v praxi je velice obtížné zahrnout všechny body do rozhovoru. Proto jejich realizace nemusí proběhnout hned, ale v průběhu času. (Kabelka, 2022)

Zásadní situací může být pro pacienta také přechod k paliativní péči. Pro mnoho lidí to může značit definitivní konec. Avšak je na lékaři, aby byl schopen pacientovi sdělit možnosti, které paliativní péče nabízí a soustředit se na kvalitu života. Pokud lékař nesdělí pacientovi informace o postupujícím onemocnění a nemožnosti léčby, může se odvolávat na snahu chránit pacienta. Avšak jedná se pouze o snahu lékaře vyhnout se nepříjemnému okamžiku vyřčení pravdy, který sebou nese řadu emocí, se kterými nechce být konfrontován. Pokud se pacient dozví, že mu lékař nesdělil celou pravdu, může to v něm vyvolat nedůvěru vůči lékaři. (Bednařík, Andrášiová, 2020)

Pokud před lékařem stojí tento těžký úkol, i on sám se může cítit ohrožen. Pomáhající osoby mohou ztratit životní jistotu a ocitnout se v krizi. Každý z nás má určité strachy, a mezi ně mohou spadat i strachy z určitých nemocí. Poté může nastat vyhýbání se konfrontaci s osobou, která má dané onemocnění. Pomáhající osoby mohou procházet stejným procesem truchlení jako nemocní. Tedy fázi popření, kdy je pomáhající v šoku a fázi, ve které pociťují různé emoce. Naopak proces truchlení nad ztrátou zdraví zpracovávají daleko rychleji, než nemocní, i přes to je potřeba k němu dojít, aby byli schopni pracovat s touto cílovou skupinou. Pokud se pomáhající svěří se svými emocemi nemocnému, můžou prožívat situaci spolu a pacient může cítit, že je mu pomáhající na blízku a má pro něho pochopení. (Kast, 2000)

I přes obtížnost sdělení špatných zpráv pacientovi je nutné mít na paměti, že otevřenost a upřímnost je ta největší věc, kterou lze nemocnému dát. Zároveň musí být lékař a pomáhající profese jasně nastavené své vnitřní hodnoty a musí být schopni reflektovat i nepříjemné situace do kterých se dostávají. Dříve byl stav pacienta opředen mlčením, sdělovaná diagnóza by mohla pacientovi ublížit, a proto se tajila. To vedlo k tomu, že pacienti neměli adekvátní informace o svém zdravotním stavu a často umírali osamoceni. (Matoušek a kol., 2013)

### 4.3 Informovaný souhlas, dříve vyslovená přání

Informovaný souhlas a dříve vyslovené přání jsou nástroje, které pomáhají pacientům zorientovat se v jejich životní situaci a vyslovit svá přání. Pacienti mohou rozhodnout, jakou péči si představují a jak by mělo být postupováno v případě zhoršení jejich zdravotního stavu. Tato podkapitola vysvětlí význam těchto nástrojů, jejich právní ukotvení a případné nedostatky, které se objevují.

**Informovaný souhlas** je nástroj, prostřednictvím kterého je pacient dostatečně informován o svém zdravotním stavu, o možnostech léčby a prognóze. Pacient je díky informovanému souhlasu zorientován v situaci, ve které se nachází se svou nemocí a může projevit svá přání. Léčení pacienta bez jeho souhlasu je považováno za protiprávní. Informovaný souhlas lze udělit ústně, konkludentně, kdy pacient udělil souhlasné gesto, avšak ústně souhlas nesdělil, či písemně. Souhlas lze považovat za platný, pokud ho pacient udělil na základě pravdivých informací, svobodně a informovaně. Existují výjimky, kdy lékař může konat bez informovaného souhlasu pacienta, a to v situacích, kdy je pacient vážně ohrožen na zdraví, zákrok je neodkladný a zároveň pacientům stav neumožňuje souhlas vyjádřit. (Haškovcová, 2007)

**Informovaný souhlas** je právně zakotven v *Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*. Dle Úmluvy lze provést lékařský zákrok pouze s informováním a souhlasem pacienta. (Právní prostor, 2019, online) Haškovcová (2007) udává, že dalším důvodem pro vznik Úmluvy byla snaha sjednotit Evropské státy v oblasti zdravotnictví. Ve všech zemích Evropy by mělo docházet ke stejnému postupu při péči o pacienty.

Informovaný souhlas také proniká do zákonů České republiky. Zmínky můžeme najít v *Občanském zákoníku*, který zakazuje narušit integritu jedince bez jeho souhlasu, a také v *Zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*, kde je věnován prostor podmínkám pro poskytování zdravotních služeb. (Právní prostor, 2019, online)

Jako první krok k aplikaci **dříve vyslovených přání** lze považovat výrok soudce Benjamina Cardoza z roku 1914: „*Každá dospělá lidská bytost, jasně myslí, má právo určit, co se bude dít s jejím vlastním tělem.*“ (Matějek, 2012, str.14) Pacient má právo rozhodnout o tom, jakou péči si přeje, pokud bude ve stavu, kdy mu zdravotní stav neumožní o péči rozhodnout. Nejedná se o výhodu pouze pro lékaře, kteří vědí, jak

v takové situaci postupovat s léčbou, ale také pro rodinu a blízké, která ví, co by si nemocný v daný okamžik přál. (Umírání.cz, 2016, online) Institut dříve vysloveného přání je zakotven v *Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*, ve kterém je stanoveno, že bude přihlédnuto ke dříve vyslovenému přání pacienta. Náležitosti dříve vysloveného přání jsou uvedeny v *Zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*, dle kterého musí být vyslovené přání v písemné formě s úředně ověřeným podpisem pacienta a poučení pacienta o důsledcích. (Právní prostor, 2016, online)

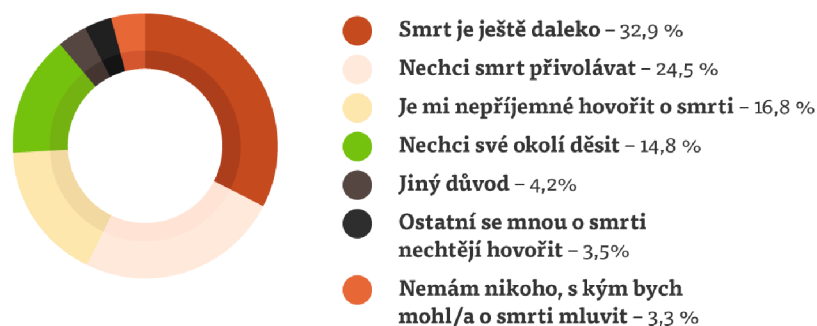
I přes to, že jsou dříve vyslovená přání ukotvena v právní úpravě, lze nalézt nedostatky. V České republice neexistuje žádná evidence tohoto institutu, proto je nutné, aby sám pacient vyrozuměl rodinu či lékaře o svých sepsaných přáních. (Řekni mi, [podcast], 2021, online) Dříve vyslovená přání se potýkají také s kritikou. Mezi důvody kritiky může patřit fakt, že se nejedná o volbu pacienta mezi možnostmi léčby, ale spíše jde o vyjádření, kdy v léčbě již nepokračovat a co nedělat. Dalším důvodem může být fakt, že pacient, který sepiše dříve vyslovené přání nemá v tu dobu jasnou představu toho, jak se bude jeho zdravotní stav vyvíjet a nelze určit, co pro něho bude v danou chvíli nejlepší. Další nesnadná situace může přijít, pokud si zastupující člověk přeje pro pacienta jinou péči, než sám pacient určil v předem vysloveném přání. (Vácha, 2010)

#### **4.4 Přání a hodnoty v závěru života**

Mnoho lidí o přáních spojených s koncem svého života nemluví a nevyužívá prostředků, které umožňují tyto přání projevit. Smrt není oblíbené téma, někteří by rádi myšlenku své konečnosti vytěsnili, jako by neexistovala. Podkapitoly shrnuje, proč společnost nemluví o svých přáních spojených s koncem života a zároveň určuje postoj veřejnosti k životním hodnotám.

Tato práce se již věnovala důvodům strachu ze smrti. Obdobně lze nalézt výčet hlavních důvodů, proč lidé nechtějí otevírat téma svých přání o tom, jak by měl vypadat jejich konec života, kde ho chtějí prožít a jakou péči by si po sebe představovali. Lze se podívat na graf s výčtem důvodů, proč lidé o této problematice nehovoří.

Hlavní důvody, proč lidé o svých přáních a představách o péči na sklonku života nemluví



Obrázek 4 - Hlavní důvody, proč lidé o svých přáních a představách o péči na sklonku života nemluví

Zdroj: volně podle: Umírání.cz, 2013

Z grafu vyplývá, že nejčastějšími příčinami, proč lidé nehovoří o svých přáních a představách o péči ke konci života, je neočekávanost smrti, která je daleko (32,9 %), nechtějí smrt přivolávat hovořením o ní (24,5 %), necítí se příjemně, když o smrti hovoří (16,8 %) a nechtějí děsit své okolí (14,8 %). (Umírání.cz, online, 2013) V kontextu umírání se hodnoty lidí mění a smrt nutí naše přehodnocení hodnot. To vše vychází z vnímání smrti jako selhání, jako narušení našich jistot. (Pechová, 2020)

Mezi dokumenty, které umožňují projevit přání pacientů patří výše uvedené dříve vyslovené přání, avšak za zmínku stojí také *Charta práv umírajících*, která klade důraz na důstojnost umírajícího, na jeho informování o postupující nemoci, a její znění obsahuje také prostor pro vyjádření nemocného o jeho přáních a péči v závěru života. (Cesta domů, online)

#### 4.5 Řekni mi – metoda pro život a dobré umírání

Tato podkapitola si klade za cíl objasnit metodu *Řekni mi*, která bude využita v praktické části práce. *Řekni mi* je konverzační nástroj pro otevírání tématu smrti, hodnot a přání v závěru života. Pro většinu lidí je téma smrti velice náročné, někdo se mu dokonce vyhýbá. Díky této metodě lze otevřít těžká témata. (Paliativní centrum, online) Je nutné zdůraznit, že *Řekni mi* je konverzační karetní hra. Pro účel bakalářské práce a následný výzkum bude využíván pojem metoda.

Cílem metody je pomoci zdravotníkům, sociálním pracovníkům, studentům, vlastně každému člověku, který má zájem, hovořit o tématech přání a hodnot v závěru života. Metoda přispívá k sebepoznání, které je zásadní pro sociálního pracovníka pracujícího s nevléčitelně nemocnými. Při otevírání zásadních témat týkajících se závěru života můžeme poznat nejen sebe, ale také své blízké či spolupracovníky, se kterými jsme ochotni toto téma otevřít. Pokud se metoda *Řekni mi* vyzkouší v týmu, vede k lepšímu poznání kolegů a může odstartovat poskytování paliativní péče v zařízení. (Řekni mi, online)

Metodu *Řekni mi* začal poprvé aplikovat PhDr. Martin Loučka, Ph.D., při výuce mediků na 3. lékařské fakultě v rámci předmětu paliativní péče, cílem bylo zmapovat vlastní vztah studentů ke smrti. Již zde se v praxi ukazuje využitelnost metody – nenásilně otevřít téma smrti a umírání v týmu mediků, kteří se budou se smrtí setkávat v rámci své profese. Nejen, že může být metoda využita pro sebepoznání či poznání členů týmu, ale užitečná je i při využití lékaři či sociálními pracovníky při práci s pacientem a rodinou. Lze najít odpovědi na důležité otázky týkající se smrti. Rozhodně neplatí, že metodu nelze hrát s nemocnými, seniory či umírajícími. Právě naopak může metoda sloužit k otevření konverzace a ujasnění si přání v závěru života. Výhodou metody je široké spektrum odpovědí, žádná odpověď není špatná ani správná, zároveň každý odpoví na stejnou otázku jinak, a v tom spočívá přínos. Metoda nabízí účastníkům uvědomění si vlastního vztahu ke smrti a umírání a zároveň vyslechnou, co je důležité pro ostatní (Řekni mi, [podcast], 2021, online)

Práce se snažila obsáhnout téma paliativní péče a s ním spojenou problematiku umírání, truchlení a péče o pozůstalé. Zpracovala pozici a úlohu sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu, a to nejen v rámci jeho vzdělání, ale také shrnula osobnostní rysy pracovníka, který se vyskytuje v práci s umírajícími. Poslední kapitola připravila podklad pro metodickou část, která se bude zabývat metodou, která slouží k otevírání komunikace o konci života.



## **Shrnutí teoretické části**

Teoretická část práce podává základ o paliativní péči. Čtyři hlavní kapitoly práce si kladou za cíl přiblížit oblast práce s umírajícími a jejich rodinami. Práce pojednává o cílech a principech paliativní péče. Dále rozebírá přístup lidí ke smrti, jejich strach a truchlení. Důležitou součástí je také péče o pozůstalé. Je nutné zdůraznit, že paliativní péče nekončí úmrtím pacienta. Dále je zde shrnutí zařízení, ve kterých nejčastěji dochází k úmrtí pacientů a úroveň těchto zařízení v poskytování paliativní péče. Třetí kapitola přibližuje úkoly sociálního pracovníka v rámci týmu. Snaží se vymezit základní osobnostní rysy, které by u sebe měl sociální pracovník pracující s umírajícími reflektovat. Jedná se o schopnost pracovat v týmu, komunikovat o emocích, a především být schopen mluvit o své konečnosti, o pocitech, které ve mně toto téma vyvolává. Pokud není pracovník schopen hovořit o své vlastní konečnosti, o péči, jakou by si přál ke konci svého života, pravděpodobně se nebude cítit komfortně při poskytování péče o umírající. Je nutno vnímat tuto oblast jako práci, při které se učíme o životě, která posiluje, protože pokud by tomu bylo naopak, mohlo by dojít k syndromu vyhoření pracovníků. Závěrem teoretické části je snaha o důraz na komunikaci v rámci paliace. Jsou zde zmíněny základní principy při sdělování nepříznivých informací a také je zde věnován prostor pro vymezení informovaného souhlasu a institutu dříve vysloveného přání, který poskytuje jedinci možnost projevit svá přání související s koncem života. Poslední podkapitola shrnuje přání a hodnoty společnosti. Stále je zde potřeba umět více hovořit o smrti a svých přáních.

# METODICKÁ ČÁST

## 5 Metodika výzkumu

Tato část práce se bude věnovat vyjasnění metodiky výzkumu. Bude zdůvodněn cíl práce, na který budou navazovat dílčí cíle a tazatelské otázky. Bude zde obsaženo zdůvodnění vybrané výzkumné strategie a metody. Následovat bude transformační tabulka, ve které budou uvedeny dílčí cíle a tazatelské otázky. Vyskytne se zde zdůvodnění volby vybraného výzkumného souboru, kritéria jeho výběru a jeho charakteristika. Další podkapitola se bude věnovat popisu organizací, kde proběhlo výzkumné šetření. Bude uveden způsob zpracování dat a reflexe etických rizik.

### 5.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je **zjistit pohled sociálních pracovníků vybraných zařízení na metodu *Řekni mi***. Jedná se o novou věc, která vznikla z paliativního prostředí, kde by měla sloužit k otevírání komunikace o závěru života. Je nutné zdůraznit, že metoda je na samém počátku a její častější využití v praxi bude záviset mimo jiné na postoji sociálních pracovníků. Cíl vede k tomu, zjistit, jak samotní sociální pracovníci vnímají tuto metodu a zda bude možné ji v budoucnu implementovat do práce s klienty v zařízeních, která budou poskytovat či poskytují paliativní péči. Metoda by mohla sloužit jako pomocný nástroj a prostředník, který by ulehčil komunikaci, pomohl pracovníkům najít ty správně formulované otázky a vést ke zlepšování paliativní péče v České republice. V práci by mělo dojít k vyjasnění pozitivních či negativních vlastností metody z pohledu sociálních pracovníků a jejich názorů na situace, kdy by bylo vhodné metodu využít. K dosažení hlavního cíle byly definovány výzkumné dílčí cíle. Tyto dílčí cíle se zaměřují na informovanost sociálních pracovníků o metodě, na možnosti využití a na potenciál *Řekni mi* v oblasti paliativní péče.

#### Dílčí výzkumné cíle:

**DVC 1:** Zjistit informovanost sociálních pracovníků o metodě *Řekni mi*.

TO 1: Jak jste se dozvěděla o metodě *Řekni mi*?

TO 2: Co jste od metody očekávala?

TO 3: Kdy a s kým jste metodu poprvé vyzkoušela?

TO 4: Jaké pocity ve Vás metoda vyvolávala při prvním kontaktu?

TO 5: Co by mohlo zvýšit povědomí sociálních pracovníků/pracovnic o využití metody *Řekni mi*?

**DVC 2:** Zjistit možnosti využití metody *Řekni mi* realizované sociální pracovníci na Vašem pracovišti.

TO 6: V jakých situacích by bylo dle Vás vhodné využívat tuto metodu u Vašich klientů/pacientů?

TO 7: Jaká byste vnímala omezení ve využití metody s klienty/pacienty v zařízení?

TO 8: S čím byste seznámila klienty/pacienty před samotným využitím metody *Řekni mi*?

**DVC 3:** Zjistit, jaký potenciál může mít metoda *Řekni mi* v oblasti paliativní péče.

TO 9: Jak Vás ovlivnila znalost metody *Řekni mi* v kontextu využití v paliativní péči?

TO 10: Co by dle Vás metoda přinesla klientům/pacientům?

TO 11: Co by dle Vás metoda přinesla sociálním pracovníkům/pracovnicím?

## 5.2 Zvolená výzkumná strategie

V rámci výzkumu jsem zvolila kvalitativní výzkumnou metodu. Miovský (2009) upozorňuje na jistou pluralitu definic kvalitativního výzkumu. „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Hendl, 2005, str. 50) Tuto metodu jsem zvolila z důvodu zaměření se na subjektivní názory sociálních pracovníků pracujících v zařízeních, které poskytují paliativní péči. Trousil, Jašíková (2015) uvádí, že kvalitativní metoda se zaměřuje především na výklad problému očima dotazovaných, myšlenkovým postupem je zde indukce – ze sběru dat vytváříme teorii.

Důležitá je také pozice výzkumníka, který iniciuje samotný výzkum a oslovuje respondenty. Výzkumník nese zodpovědnost nejen za samotný výzkum, ale také za etické aspekty, dialog mezi stranami, musí vnímat interakci setkání s respondenty jako výměnu zkušeností s lidmi, které vnímá v individuálním kontextu. (Miovský, 2009)

Získávání kvalitativních dat proběhlo metodou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. „*Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát.*“ (Miovský, 2009, str. 159) Rozhovory v rámci kvalitativního výzkumu zkoumají především pocity, názory, zkušenosti a vnímání respondentů. (Trousil, Jašíková, 2015)

Autorka se s metodou *Řekni mi* poprvé setkala při konzultaci tématu a postupu vypracování bakalářské práce s vedoucí doc. MUDr. Alenou Vosečkovou, CSc., která metodou provedla a se kterou poprvé metodu vyzkoušela. Poté byla autorka součástí veřejného hraní metody v Poradně Domácí hospicové péče, která pořádá tuto akci pro veřejnost. Zde měla možnost se setkat s některými informantkami, které se akce účastnily. Tento fakt vedl k lepšímu pochopení metody a uchopení výzkumné části práce.

### 5.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 1: Transformační tabulka

Dílčí výzkumný cíl	Dílčí výzkumný cíl 2. řádu	Tazatelské otázky
<b>DVC 1:</b> Zjistit informovanost sociálních pracovníků o metodě <i>Řekni mi</i> .	Zjistit způsob, jakým se sociální pracovníci dozvěděli o metodě.	TO 1: Jak jste se dozvěděla o metodě <i>Řekni mi</i> ?
	Zjistit, jaké měly sociální pracovníci očekávání.	TO 2: Co jste od metody očekávala?
	Zjistit, kdy a s kým pracovníci metodu poprvé využili.	TO 3: Kdy a s kým jste metodu vyzkoušela?
	Zjistit, jaké pocity měly sociální pracovníci při prvním kontaktu s metodou.	TO 4: Jaké pocity ve Vás metoda vyvolávala při prvním kontaktu?
	Zjistit možnosti zvýšení povědomí sociálních pracovníků o metodě.	TO 5: Co by mohlo zvýšit povědomí sociálních pracovníků/pracovníků o využití metody <i>Řekni mi</i> ?
<b>DVC 2:</b> Zjistit možnosti využití metody <i>Řekni mi</i>	Zjistit, jaké situace vnímají sociální pracovníci jako vhodné pro využití metody.	TO 6: V jakých situacích by bylo dle Vás vhodné využívat tuto metodu u vašich klientů/pacientů?

realizované sociální pracovníci na Vašem pracovišti.	Zjistit, jaká má pro sociální pracovníce metoda omezení.	TO 7: Jaká byste vnímala omezení ve využití metody s klienty/pacienty v zařízení?
	Zjistit, s čím by sociální pracovníci klienty/pacienty o metodě seznámily.	TO 8: S čím byste seznámila klienty/pacienty před samotným využitím metody <i>Řekni mi</i> ?
<b>DVC 3:</b> Zjistit, jaký potenciál může mít metoda „ <i>Řekni mi</i> “ v oblasti paliativní péče.	Zjistit, jak znalost metody ovlivnila sociální pracovníce v paliaci.	TO 9: Jak Vás ovlivnila znalost metody <i>Řekni mi</i> v kontextu využití v paliativní péči?
	Zjistit, co metoda může přinést klientům/pacientům.	TO 10: Co by dle Vás metoda přinesla klientům/pacientům?
	Zjistit, co metoda může přinést sociálním pracovníkům/pracovnicím.	TO 11: Co by dle Vás metoda přinesla sociálním pracovníkům/pracovnicím?

Zdroj: vlastní

#### 5.4 Výzkumný soubor a jeho charakteristika

Výzkumný soubor tvoří 6 informantek. Soubor byl vybrán dle tří podmínek. Jedná se o pracovníce, které mají odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka dle *Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*, či k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka dle *Zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních*.

Dále se jedná o sociální pracovníce pracující v zařízeních, které poskytují paliativní péči. Byla zde snaha obsáhnout zařízení různého prostředí – jedná se tedy o informantky pracující v nemocnici, domově pro seniory se zavedenou paliativní péčí a o pracovníce z domácí hospicové péče. Toto rozvrstvení prostředí respondentů navazuje na teoretickou část, respektive na 2. kapitolu, která vymezuje paliativní péči v těchto jednotlivých zařízeních. Třetí podmínkou bylo oslovit sociální pracovníce, kteří se již setkali s metodou *Řekni mi* – mají s ní buďto osobní zkušenost z praxe či sledovaly vznik metody a znají její význam. Protože se jedná o metodu, která je nová, ve většině zařízeních poskytujících paliativní péči nevyzkoušená, nelze si nastavit podmínku toho, aby sociální pracovníce vždy metodu vyzkoušely v praxi.

V souvislosti s mými praxemi v průběhu studia jsem se lépe zorientovala v problematice paliativní péče a také v zařízeních tuto péči poskytujících. Měla jsem možnost navázat kontakt se sociálními pracovníci, které pracují v paliaci a viděla jsem snahu šířit paliativní myšlenku do široké veřejnosti. Účastnice výzkumu byly vyhledávány dle výše stanovených třech podmínek – jedná se tedy o záměrný výběr, kdy „*na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří soubor kritérií splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit.*“ (Miovský, 2009, str.135) Dle toho proběhl výběr výzkumného souboru. Informantky – celý výzkumný soubor tvoří ženy – byly osloveny s přáním uskutečnit s nimi rozhovor. Byly seznámeny s tématem bakalářské práce a s jejím cílem. Otázky nebyly dopředu zaslány, aby byly odpovědi autentické. Rozhovory probíhaly v jednotlivých zařízeních, a to v průběhu března 2023. Informantky byly seznámeny s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon, následnou transkripcí a vyhodnocením. Je zde zachován princip anonymity, pro vyhodnocení byly od informantek získány informace uvedené níže v tabulce.

Tabulka 2: Informantky

<b>Informantka</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Obor</b>	<b>Organizace</b>	<b>Praxe</b>
I 1	47	Mgr.	Sociální práce	Fakultní nemocnice Hradec Králové	14 let
I 2	39	DiS.	Sociální a teologická činnost	Poradna Domácí hospicové péče	3,5 roku
I 3	37	Mgr.	Sociální práce	Poradna Domácí hospicové péče	4 roky
I 4	37	Mgr.	Sociální pedagogika	Domov pro seniory Dvůr Králové nad Labem	8 let
I 5	45	Mgr.	Sociální pedagogika	Domov pro seniory Dvůr Králové nad Labem	10 let
I 6	57	Ing.	Veřejná správa Bc. sociální práce	Domov pro seniory Dvůr Králové nad Labem	12 let

Zdroj: vlastní

## 5.5 Popis organizace a průběh šetření

První rozhovor byl uskutečněn ve Fakultní nemocnici Hradec Králové na Oddělení podpůrné a paliativní péče. Zdravotně sociální pracovnice je zde členem multidisciplinárního týmu, který poskytuje pacientovi a jeho rodině komplexní péči – od péče lékařské, psychoterapeutické, sociální, přes péči duchovní. (FN HK.cz, online) Druhou navštívenou Organizací byla Poradna Domácí hospicové péče, která poskytuje péči nevléčitelně nemocným, kteří si přejí zemřít doma – ve známém prostředí. Mimo jiné poskytují pomoc také rodinám a blízkým, a to v době, kdy pečují o pacienta, při úmrtí a také v době truchlení. Poradna organizuje Klub pro pozůstalé – vytváří prostor, kam mohou pozůstalí přijít a sdílet své zkušenosti z doby pečování či truchlení, poslechnout si příběhy ostatních, které v nich mohou vzbudit ujištění, že na situaci nejsou sami.

Třetí a poslední navštívenou organizací byl Domov pro seniory ve Dvoře Králové nad Labem. Zde jsem měla možnost domov projít, seznámit se s jeho chodem a principy v souladu se kterými poskytují péči. Má návštěva v tomto domově ve mně zanechala nadšení. Jedná se o organizaci, která se pyšní nejen příjemným prostředím, ale také poskytuje klientům celou řadu aktivizačních činností, canisterapii či biografickou péči – jedná se o práci s životním příběhem uživatele. Díky tomu, že pracovníci vědí, jak klient svůj život prožil, co má či nemá rád, umí lépe pochopit jeho potřeby a přizpůsobit péči. Důležitou součástí Domova pro seniory ve Dvoře Králové n. L. je poskytování paliativní péče, doprovázení umírajících v závěru života a podpora pozůstalých. V organizaci je zřízen tzv. „Modrý pokoj“ – jedná se o jednolůžkový pokoj, kde může klient strávit své poslední okamžiky ve společnosti svých nejbližších. Lze zde nalézt také kapli, která může sloužit jako místo odpočinku a rozjímání. Na závěr si dovoluji citovat slova paní ředitelky domova: „*Hledat vlastní cestu má smysl.*“

Pokud bych měla shrnout průběh šetření, první fáze se skládala z přípravy výzkumné strategie a transformační tabulky. Poté následovat předvýzkum, kdy byl veden rozhovor se sociální pracovnicí. Cílem předvýzkumu bylo zjistit, zda jsou otázky formulované srozumitelně. Před samotným šetřením byly informantky ze dvou pracovišť osloveny e-mailem, seznámeny s tématem bakalářské práce a s jejím cílem. Informantky Poradny Domácí hospicové péče byly osloveny osobně. Bylo zjišťováno, zda mají informantky povědomí o metodě *Řekni mi* a zda by byly ochotné poskytnout rozhovor. Všechny reakce

byly kladné. Rozhovory proběhly dle domluvených termínů osobně v zařízení. Informantky byly seznámeny s tím, že budou rozhovory nahrávány na mobilní telefon, poté bude provedena jejich transkripce a vyhodnocení. Tento postup byl sepsán do písemného souhlasu, se kterým byly respondentky seznámeny. Dále byl získán písemný souhlas se jmenováním jednotlivých pracovišť v bakalářské práci. Na začátku rozhovoru byly informantkám dány otázky, aby si během rozhovoru mohly případně otázku přecíst znovu, pokud by bylo něco nejasného.

### **5.6 Způsob zpracování získaných dat**

Po uskutečnění rozhovorů byly nahrané odpovědi přepsány do písemné formy. Postupovala jsem formou doslovné transkripce. Mluvený projev byl stylisticky upraven a formován do spisovného jazyka. (Hendl, 2005, str. 208) Transkripce rozhovorů byly informantkám poslány na kontrolu, aby nedošlo k neúmyslně špatné interpretaci myšlenek účastníků. Miovský (2009) poznamenává, že transkripce může podléhat vlivům výzkumníka a z toho důvodu je nutná kontrola, například znovu s účastníky výzkumu. Všechny transkripce byly beze změny ze strany informantek schváleny. Dále byly informantkám poslány informace, které bude bakalářská práce uvádět o jejich pracovišti. Takto bylo postupováno z důvodu odpovědnosti výzkumnice vůči informantkám a etickým náležitostem výzkumu. „*Nevnucujeme účastníkům výzkumu za každou cenu naši představu o tom, jak výzkumná situace má proběhnout, ale chápeme ji jako dialogickou, tj. jako spoluvytvářenou oběma stranami.*“ (Miovský, 2009, str. 73) Zároveň je třeba si uvědomit intimní charakter výzkumu, kdy je s účastníky řešeno téma komunikace o smrti. Prostřednictvím dialogu o podobě uvedených informací je zaručeno emoční bezpečí účastníků. (Hendl, 2005)

### **5.7 Rizika výzkumu a výzkumné strategie z hlediska etiky a validity**

Rizikem výzkumu bylo správné nastavení výzkumného souboru. Výzkumný soubor se musel skládat z respondentů, kteří metodu *Řekni mi* znají, a to i přes to, že ji z různých důvodů sami nevyužili v praxi. To je dáno faktem, že se jedná o poměrně novou metodu. I samotná paliativní péče se v České republice dostává do popředí až v posledních letech, kdy můžeme zaznamenat snahy o otevírání tohoto tématu i v široké veřejnosti. Proto nelze očekávat, že metoda bude implementována do péče hned – je to proces, který může přinést pohled na metodu jako na pomocný nástroj pro osoby pracující v rámci paliativní



péče, o nemocné a jejich rodiny a celkově pro veřejnost, kdy může dojít ke zboření tabu. Pokud přestane být smrt a umírání tabu, budou se tyto situace umět pojmenovávat a pracovat s nimi, povede to ke zlepšení péče napříč organizacemi.

Informantky sice pracují se stejnou cílovou skupinou – a to s pacienty, kteří vyžadují paliativní péči, ale každé zařízení pracuje s těmito klienty v jiné fázi. Někteří klienti těchto zařízení jsou na počátku paliativní péče, je zde prostor pro komunikaci, jiní jsou již v bezprostřední blízkosti konce života. Výsledky mohou vést k většímu povědomí nejen o paliativní péči, ale také o metodě *Řekni mi* a to může přinést její častější využívání. Důležité je nepodlehnout pouze nadšení z metody, ale být objektivní v rámci jejího využívání. Je třeba si uvědomit, že metoda slouží ke komunikaci v rámci paliativní péče, ale není pro každého. Jsou lidé, kteří jsou v jiné fázi svého života, řeší jiné věci a není nutné ji aplikovat v rozhovoru s každým, kdo by měl mluvit o svých přáních v závěru života.

Jak již bylo zmíněno, je zde snaha o minimalizaci etických rizik v souvislosti s písemnými souhlasy informantek o nahrávání rozhovorů a konzultací obsažených informací o pracovištích v této práci. Jednak z důvodu intimního tématu, které se zabývá koncem života a smrtí a z důvodu uvedení adekvátních informací, které nepoškodí pracoviště.

Co se týká výzkumné kvalitativní strategie, zde můžeme za riziko označit subjektivní pohled respondentů. Dále také velikost výzkumného souboru – jedná se o šest respondentů ze třech organizací napříč poskytováním paliativní péče. Výsledky tedy nelze zobecňovat, k tomu by musel mít vytvořen větší výzkumný soubor.

## 6 Popis a interpretace dosažených výsledků

V této části práce dochází k popisu výsledků jednotlivých dílčích cílů. Získaná zjištění jsem doložena citacemi informantek a psaná kurzívou. Dále bude následovat analýza výsledků, které budou reflektovány ve vazbě na dílčí výzkumné cíle. Následovat bude shrnutí výsledků k cílům práce.

DVC 1: Zjistit informovanost sociálních pracovníků o metodě *Řekni mi*.

První výzkumný cíl sloužil k objasnění informovanosti sociálních pracovníků o metodě *Řekni mi*. Pomocí tazatelských otázek jsem se snažila zjistit, jak se respondentky o metodě dozvěděly, jaká měly očekávání, kdy a s kým metodu vyzkoušely, jaké pocity v nich vyvolávala, když se s ní poprvé setkaly a také zde byla snaha zjistit, co by dle respondentek mohlo zvýšit povědomí sociálních pracovníků o využití metody.

TO 1: Jak jste se dozvěděla o metodě *Řekni mi*?

Z odpovědí informantek lze identifikovat dvě situace ve kterých se o metodě dozvěděly. První situaci můžeme definovat jako **vzdělávání** – tedy na školení či odborném semináři, kde byla metoda prezentována či zmiňována. Ve dvou případech se jednalo přímo o vzdělávání vedené Centrem paliativní péče, kde metoda vznikla. „*Myslím, že to bylo přímo od tvůrců – Paliativního centra na vzdělávání, mluvili tam o tom.*“ (I 3)

Druhou situaci můžeme definovat jako **příslušnost k paliativní komunitě a předávání informací mezi zaměstnanci**. Informantky č. 2, 4 a 5 uvedly, že jim o metodě řekla kolegyně či nadřízená na pracovišti, které poskytuje paliativní péči. V některých případech na sebe obě situace navazovaly: „*Metodu Řekni mi do zařízení objednala paní ředitelka... Já jsem byla na školení Centra paliativní péče přímo pro sociální pracovníky a tam jsme o metodě vedli rozhovory.*“ (I 4)

Informantka č. 2 uvedla, že se po seznámení s metodou rozhodla více se o ni zajímat, aby ji mohla poté využívat v praxi: „*Myslím, že mi o ní řekla kolegyně, ... Potom se to vezlo ve velké a rychlé šňůře až po tu chvíli, kdy jsme se aktivně přihlásily na školení jako facilitátorky Řekni mi za Královehradecký kraj do Centra paliativní péče.*“

Lze říci, že pokud se sociální pracovnice pohybuje v paliativní komunitě a vzdělává se v této oblasti, je vysoce pravděpodobné, že bude o metodě informovaná a přijde s ní do kontaktu.

**TO 2:** Co jste od metody očekávala?

Na tuto tazatelskou otázku zaznívaly různé subjektivní názory informantek. I přes to lze odpovědi rozdělit do okruhů dle podobnosti odpovědí.

Informantky č. 1 a 6 se shodly, že **žádná očekávání neměly**, protože to pro ně byla nová věc. „*Žádná očekávání jsem neměla, spíše mě to zajímalo.*“ (I 1) Informantka č. 6 uvedla, že u ní převládala zvědavost, když nevěděla, co od metody čekat.

Dále se shodují odpovědi informantek č. 4 a 5, které od metody **očekávaly pomoc ve zjišťování přání klientů zařízení** a dle těchto přání by mohly rozvíjet péči o klienty v zařízení. Zde se překrývá odpověď z prvního okruhu u informantky č. 6: „*Byla to pro mě úplně nová věc, takže jsem nevěděla, co od toho čekat... Říkala jsem si, že by to mohl být dobrý nástroj, abychom se posunuli dál.*“

Informantka č. 2 od metody očekávala, že **padne tabu**. „*Že to bude prostředek, který pomůže vytvořit prostor, kde z nás bude moct být tabu sejmuto, i kdyby pouze na danou chvíli hry.*“ Je nutné zdůraznit, že téma smrti a umírání je stále pro mnoho lidí tabu. Pokud se tato situace nezmění, může to mít za následek zavírání očí široké veřejnosti nad touto problematikou.

Informantka č. 3 uvedla očekávání z toho, že metoda bude **nástrojem k rozpoutání hovoru na těžké téma**.

Informantky od metody vesměs očekávaly především nástroj, který může v mnoha výše uvedených ohledech pomoci v rámci paliativní péče a komunikace o závěru života.

**TO 3:** Pokud jsme metodu vyzkoušela, s kým to bylo poprvé?

Informantky č. 1, 2, 3, 6 **metodu vyzkoušely a mají s ní osobní zkušenost**. Zde se rozcházejí odpovědi na otázky, s kým ji vyzkoušely.

Informantky č. 2 a 3 metodu **vyzkoušely s blízkým člověkem**, obě dvě s manželem v momentě, kdy jim byla *Řekni mi* doručena. Informantka č. 6 metodu **vyzkoušela na**

**pracovišti se dvěma kolegyněmi.** Informantka č. 1 ji vyzkoušela na **akci organizované pro veřejnost.**

Informantky č. 4 a 5 **nemají přímou zkušenost s metodou.** Pouze **znají znění otázek,** které si samy prošly. „*Já jsem metodu nezkoušela, pouze jsem se dívala na otázky, pravidla a zkoušela jsem si v hlavě představit co bych odpověděla já.*“ (I 5)

Odpovědi informantek se rozprostřely na skupinu, která metodu vyzkoušela s blízkým člověkem a na skupinu, která ji vyzkoušela v rámci hry s kolegyněmi a na veřejném hraní. Z těchto odpovědí lze vyvodit, že využití metody *Řekni mi* s blízkými lidmi vede k tomu, že si účastníci metody uvědomí přesah i mimo paliativní prostředí.

**TO 4:** Jaké pocity ve Vás metoda vyvolávala při prvním kontaktu?

V informantkách zanechávala metoda **pocity pozitivní.** Zde se lišily jednotlivé příčiny, které vyvolávaly konkrétní pocity.

Informantka č. 1 uvedla, že v ní metoda vyvolávala **příjemné pocity,** protože v závislosti na její práci pro ni nejsou tato témata nová. Další příčina příjemných pocitů byla dána jejím zjištěním, že lidé jsou schopni hovořit o hlubokých tématech.

Další příčiny pozitivních pocitů lze citovat: „*Obrovské nadšení. Úlevu. Inspiraci. Úctu k tomu, že to někdo vymyslel a připomnělo mi to Kolumbovo vejce – chytrou myšlenku. Je to tak jednoduché, a přitom je to tak chytré.*“ (I 2) Lze shrnout, že informantky uvedly **překvapené** z toho, jak metoda funguje a otevírá komunikaci, vedlo je to k **zamyšlení,** viděly v metodě nástroj pro zlepšování péče a **ostražitost,** protože přišlo uvědomění si, že otázky směřují k těžkým tématům a je třeba důvěry.

**TO 5:** Co by mohlo zvýšit povědomí sociálních pracovníků o využití metody *Řekni mi*?

Informantky ve svých odpovědích identifikovaly celkem čtyři oblasti, pomocí kterých lze zvýšit povědomí sociálních pracovníků o metodě. První oblastí, na které se shodly informantky č. 1, 2 a 6 je **osobní předání zkušeností** mezi pracovníky a organizacemi. „*Aby to bylo efektivní, tak já věřím v cestu osobního předání, nasdilení...*“ (I 2) Dalším faktorem pro zvýšení povědomí je **příslušnost k paliativní komunitě.** Na tomto tvrzení se shodly informantky č. 1 a 3. „*Pokud se sociální pracovník pohybuje v paliativní péči, tak se k němu metoda dostane.*“ (I 1) Další oblastí pro zvýšení povědomí je **školení.**

Jednak školení Centra paliativní péče, které školí facilitátory, kteří poté pořádají veřejné hraní, či proškolení v paliativní péči obecně. V této oblasti se shodují odpovědi informantek č. 3, 4 a 6. Informantka č. 5 poté uvedla jako formu zvýšení povědomí **propagovat metodu v odborných časopisech mezi sociální pracovníky** či na webových stránkách zařízení.

**DVC 2: Zjistit možnosti využití metody *Řekni mi* realizované sociální pracovníci na Vašem pracovišti.**

Výzkumný cíl slouží ke zjištění situací, v jakým je dle informantek vhodné metodu využívat, jaké vnímají omezení ve využití metody s klienty/pacienty v jejich zařízení a s čím by je seznámily před samotným využitím metody. Druhý dílčí cíl obsahuje tři tazatelské otázky, pomocí kterých je cíle dosahováno.

**TO 6:** V jakých situacích by bylo dle Vás vhodné využívat tuto metodu u vašich klientů/pacientů?

Vesměs se informantky shodly, že metodu je **vhodné využívat v brzké paliaci**, naopak se nehodí ji využívat v bezprostředním umírání. Dále se odpovědi liší dle typu pracoviště. Informantka č. 1 z pozice svého povolání metodu na pracovišti nevyužívá, avšak otázky, které obsahuje metoda *Řekni mi* často pokládá a vidí v nich **inspiraci**. Inspiraci v otázkách kladených klientům/pacientům uvedla i informantka č. 2. Informantka č. 1 otázky využívá v situacích, kdy se v rámci týmu zjišťují obavy pacienta, jeho přání aj. *„Proto metoda vzešla z paliativního prostředí, protože se zjistilo, že nějak položená otázka je schopná vést k zamyšlení. Jedná se o situace, kdy je pacient na nějaké křižovatce, mění se mu život a je třeba vážnější téma otevřít. Pokud by se neotevřelo, tak na něj nedojde a bude to jinak, než si člověk přeje.“* (I 1)

Dvě informantky nevyužívají metodu u svých klientů, protože se jedná o krátkodobé péče, kdy stojí tvář v tvář bezprostřednímu umírání. Metodu by nabízely případně u příbuzných pacientů. *„Metoda je pojatá tak, že je to obyčejná věc pro obyčejné lidi, aby se téma otvíralo a abychom si třeba ve čtyřiceti mohli uvědomit, že se můžeme postarat o svoje staré rodiče a víme, jaká mají přání.“* (I 3)

Informantky č. 4, 5, 6 se shodly na využití metody v první brzké fázi paliace a u klientů, kteří jsou orientovaní, komunikativní. „*Myslím si, že určitě v první fázi, kdy jsou klienti schopni pochopit obsah otázek a pro nás by to mohl být výborný nástroj pro sběr informací k tomu, jak by ty osoby jednou konec života chtěli mít.*“ (I 6)

**TO 7:** Jaká byste vnímala omezení ve využití metody s klienty/pacienty v zařízení?

Informantka se shodly, že omezením by byl jednoznačně **zdravotní stav klientů**. Může se jednat o terminální stav onemocnění, klienty neorientované, nedoslýchavé, o klienty s demencí. Jedním z dalších omezení může být **zatížení člověka tím, že by otázky Řekni mi přímo prožíval** – že by se ho otázky dotýkaly. Dalším uvedeným omezením je situace, kdy **klient/pacient nechce o těchto tématech mluvit a svěřovat se**. Tato odpověď koresponduje s odpovědí informantky č. 6: „*Také osoby, které se nechtějí bavit o takhle vážném tématu. Je možné otázku přeskočit a netlačit na ni. Nechat to otevřené s tím, že na to někdy nazraje čas a osoby se posunou dál, nebo se něco stane a už o tom budou chtít mluvit.*“

**TO 8:** S čím byste klienty/pacienty seznámila před samotným začátkem využití metody *Řekni mi*?

Zde došlo k identifikování několika bodů, se kterými by byli klienti/pacienti seznámeni před samotným využitím metody. Nejčastěji se objevuje **svoboda volby a dobrovolnost**. Informantky se shodly, že je důležité klientům zdůraznit, že se metody účastnit nemusí, mohou kdykoli odejít, neodpovídat. Informantka č. 1 k tomu dodává příklad, jak je uváděna komunikace o přáních s pacientem: „*Myslím si, že je velice důležité získat svolení od pacienta. Pacient by si to měl sám řídit. Pokud pacient řekne ne, respektuji to. Doptám se, zda pacient nechce o tématu mluvit vůbec, či zda o něm nechce mluvit dnes.*“

Dvě informantky uvedly, že by klienty seznámily navíc s **cílem využití metody**. Tři informantky se shodly, že je důležité vytvořit a seznámit klienty s **bezpečným prostředím**.

DVC 3: Zjistit, jaký potenciál může mít metoda *Řekni mi* v oblasti paliativní péče

**TO 9:** Jak Vás znalost metody *Řekni mi* ovlivnila v kontextu využití v paliativní péči?

Odpovědi tazatelské otázky se lišily dle subjektivních pocitů a názorů informantek. Tři z nich se shodly, že je metoda **ovlivnila a inspirovala ve formulování otázek a lépe poté dokáží například vést rozhovory či navazovat kontakt s pečujícími**. „*Asi si více troufám navazovat kontakt s pečujícími, a to i potenciálními.*“ (I 2) *Řekni mi mě inspirovala v tom, jak je možné otázky formulovat.*“ (I 1) „*Otázky určitě pomáhají, spousta z nich by mě ani nenapadla, je zajímavé se na ně zeptat.*“ (I 5)

Informantka uvádí **profesionální posun**: „*Pokud se člověk snaží si na otázky odpovědět sám, tak ho to posune a může být lepší profesionál v paliaci, protože si tím prošel.*“ (I 1) Dvě informantky uvádí přesah ovlivnění metodou i mimo paliativní péči, a to **ovlivnění v běžném životě**: „*Velmi mi to pomohlo začít na tohle téma i v prostředí, kde se to nenabízí... Během života řešíme vztahy, záležitosti a není čas si vzpomenut, že jednou umřeme nebo onemocníme a něco s námi bude, případně s našimi blízkými... Mně to ve společnosti dlouhodobě chybí, ale tahle hra mi pomáhá otevírat tato témata v běžné řeči.*“ (I 2)

Informantku č. 6 **ovlivnila metoda na pracovišti** na konkrétním případě klientky, se kterou byla metoda využita a která za pár dní zemřela. Díky metodě zaměstnanci domova vědí, že klienta odešla smířená a vyrovnaná. „*A kdyby to měla říct předtím, než s klientkou metodu využila, tak bychom nebyli schopni u klientky odhadnout, zda to má všechno srovnané... Myslím, že to je jedna z věcí, kdy to můžeme využít a mluvit o tom dál.*“ (I 6)

**TO 10:** Co by dle Vás metoda *Řekni mi* přinesla klientům/pacientům?

Nejčastěji se mezi odpověďmi na danou tazatelskou otázku objevovala odpověď **zamyšlení**. „*Je to možnost, jak se nad věcmi zamyslet a říct si, co bych chtěl, co je pro mě dobře...*“ (I 1) S tím souvisí další odpověď některých informantek – a to **ujasnění si přání**. „*Uvědomění si toho, že odborníkem na svůj život jsem já a doktor je odborníkem na medicínu a musí se to dát dohromady.*“ (I 1) Metoda by klientům mohla přinést **možnost umět pojmenovávat věci, které jsou pro ně důležité**.

Dle informantky č. 3 může metoda obecně vést ke **smíření a zarovnání vztahů**. Dle informantek 4, 5 a 6 může metoda klientům poskytnout **otevření otázek a komunikace** o tématech spojených se závěrem života. Klienti mohou nalézt **ubezpečení a získat klid**,

protože vědí, že svá přání sdělili. „Klient může dodat odvalu i blízkému rodinnému příslušníkovi, nebo někomu, s kým situaci řeší.“ (I 6) Dle informantky č. 5 může metoda klientům poskytnout **pocit, že nejsou na tato vážná témata sami**.

**TO 11:** Co by dle Vás metoda *Řekni mi* přinesla sociálním pracovníkům/pracovnicím?

Informantky identifikovaly tři oblasti, které by obohatili sociální pracovníky. Metoda pomáhá a vzdělává v **sebepoznání**. „Rozumíme tak více sami sobě. Můžeme zjistit, že odpovědi na nějaké otázky nemáme a člověk je začne hledat.“ (I 1) Informantka č. 2 doplňuje, že metoda není nápomocná jen v sebepoznání, ale také ve **vzájemném poznání**. Dále může metoda sociálním pracovníkům **pomoci poznat přání klientů/pacientů** a díky tomu pomoci nastavovat paliativní péči v zařízeních.

„Za mě je to určitě vzhled do problematiky a asi to samé pro uživatele – **možnost otevřít téma**.“ (I 4) Tři informantky uvádí, že metoda může být **nápomocná**, jak pro zjišťování přání klientů, tak pro urovnání myšlenek v osobním životě. „Potom si myslím, že je to hodně o tom, aby se pracovníci o smrti, umírání a smíření naučili mluvit a naučili se používat ta správná slova. Aby se toho nebáli a stalo se to přirozenou součástí jejich komunikace.“ (I 6)



## Shrnutí výzkumné části

Shrnutí výsledků práce ve vztahu k hlavnímu cíli práce: **„Zjistit pohled sociálních pracovníků vybraných zařízení na využití metody *Řekni mi*“**. Cíle práce bylo dosaženo pomocí tří dílčích cílů, které se týkaly informovanosti sociálních pracovníků o metodě, o možnostech realizování metody na pracovištích a o potenciálu, který může metoda nabídnout. Celkově se došlo k závěru, že metoda *Řekni mi* je nejvíce rozšířená v paliativní komunitě a v rámci vzdělávání v této oblasti. V informantkách vyvolává pozitivní pocity a lze ji označit za pomocný nástroj v komunikaci. Nejlepší využití metody se nabízí u klientů/pacientů v situacích brzké paliace, dále jako konverzační nástroj pro širokou veřejnost. Metoda má určitá omezení ve využití – těmi může být zdravotní stav klientů/pacientů, jejich přání tato témata neotevírat a nehovořit o nich. Obecně řečeno může metoda pomoci v šíření paliativní péče, může pomoci klientům/pacientům, ale také sociálním pracovníkům, a to ve výše uvedených důvodech. Dále bych přešla k podrobnějšímu shrnutí jednotlivých výzkumných dílčích cílů.

### **Vyhodnocení DVC 1: Zjistit informovanost sociálních pracovníků o metodě *Řekni mi*.**

Prvním cílem bylo zjistit informovanost sociálních pracovníků o metodě prostřednictvím způsobu, jakým se o ní dozvěděly, jejich očekáváními, prvním kontaktem s metodou, pocity a názory na to, co by dle jejich mínění mohlo zvýšit povědomí sociálních pracovníků o metodě. Metoda se k informantkám dostala z paliativního prostředí, ve kterém pracují. Můžeme říci, že pokud se sociální pracovník pohybuje v této komunitě či se v ní vzdělává a sleduje novinky, tak se k němu metoda dostane. Očekávání se liší dle individuálního vnímání každého člověka, avšak se jedná o očekávání, která vedou k překonávání tabu o smrti, pomoc při zjišťování přání, rozpoutání komunikace na tato témata. Vesměs všechna tato očekávání mohou vést k pomoci nejen pracovníkům, ale i klientům a široké veřejnosti. Je zřejmé, že pokud bude téma smrti a umírání tématem o kterém se nebude chtít ve veřejném prostoru vést řeč, nebude možné využít potenciál metody a ani zlepšovat péči o umírající. Pokud bude pracovník s metodou seznámen a bude v něm vzbuzovat pozitivní očekávání je pravděpodobnost, že se bude chtít o metodě dozvědět více. To samé se vztahuje k pocitům, které metoda vyvolává. Pokud se jedná o pocity pozitivní, vede to ke snaze metodu vyzkoušet, říct o ní dál. První zkušenost s metodou může být nejen na pracovišti,

ale také v kruhu blízkým a známých přátel a rodiny, čímž může být podpořen přesah metody do společnosti a informování dalších lidí o možnosti využití. S tím souvisí zvyšování povědomí. Nejvíce lze zvýšit povědomí o metodě osobním předáním informací, nasdílením zážitku, který v nás metoda zanechala, ale také pocitem sounáležitosti k paliativní komunitě, kde dochází k jejímu šíření a školení pracovníků. Lze využít i formu propagování, která ale nemusí oslovit takovou část lidí a to právě z důvodu těžkého tématu, které metoda zrcadlí a strachu či zaskočení lidí, kteří nejsou ochotni o tomto tématu hovořit.

Sociální pracovníce pracující a vzdělávající se v oblasti paliativní péče jsou informováni o metodě *Řekni mi*. Informování sociální pracovníci o metodě mohou tuto metodu nejen poznat, seznámit se s ní, ale také si ji zahrát, zamyslet se nad jednotlivými otázkami. To může vést k reflektování pocitů ohledně smrti a umírání. Informování sociální pracovníci mohou metodu šířit, využívat ji a tím pomáhat k šíření paliativní myšlenky či zlepšovat komunikaci o konci života.

**Vyhodnocení DVC 2:** Zjistit možnosti využití metody *Řekni mi* realizované sociální pracovníci na Vašem pracovišti.

Cílem bylo zjistit možnosti využití metody sociální pracovníci na pracovišti. Metodu je vhodné využívat v situacích brzké paliace, tedy v tomto případě ideální v domově pro seniory v první paliativní fázi. Lze díky metodě zjistit přání klientů a nastavit takovou péči, která bude přáním odpovídat. To zajistí klientovi pocit bezpečí a ujištění, že je nastavena vhodná komunikace a bude se postupovat dle jeho požadavků a přání. Dále je vhodné nechat se inspirovat otázkami metody v situacích, kdy je pacient v situaci, kdy se mu mění život a je třeba témata o závěru života otevřít. Je nutné zdůraznit, že v těchto situacích není vhodné a ani možné vzhledem ke zdravotnímu stavu, aby byla s pacientem využita přímo metoda se všemi svými pravidly. Je zde ale velká pomoc v inspiraci formulování otázek otevírající komunikaci.

Pokud se najde vhodná situace pro využití metody u klientů/pacientů zařízení, může to přinést nejen nový vhled zařízení, ale také možnost nastavování otevřené komunikace. Metoda je v tomto případě nejvíce vhodná pro využívání v domovech pro seniory, u klientů v brzké paliaci, kterým zdravotní stav umožňuje tuto metodu využít.

Nelze na využití metody nahlížet pouze z tohoto hlediska. Jsou zde i omezení, která znemožňují využití metody. Jedná se o zdravotní stav klientů, kteří nejsou schopni metodu využít, dále není vhodné metodu využívat u pacientů, kteří jsou aktuálně zatíženi tématem smrti a umírání. V neposlední řadě je velice důležité si uvědomovat, že zde jsou lidé, kteří nechťejí o těchto tématech hovořit, či se nachází ve fázi života, kdy řeší jiné otázky. S tím souvisí nutnost seznámit klienty/pacienty s dobrovolností zúčastnit se metody, vysvětlit jim cíl využití a zajistit bezpečný prostor.

Metodu lze využít v mnoha situacích u klientů různých zařízení. Je ovšem důležité si také uvědomit, že tak jako vše, jsou zde situace a klienti/pacienti, u kterých není vhodné metodu využívat. Lze udělat nabídku, avšak nikdy metodu nenutit. Klienti/pacienti by měli být vždy seznámeni s cílem metody, dobrovolností a měli by se cítit bezpečně v prostoru, ve kterém bude metoda využívána.

**Vyhodnocení DVC 3:** Zjistit, jaký potenciál může mít metoda *Řekni mi* v oblasti paliativní péče.

Pokud mají být o metodě *Řekni mi* informováni sociální pracovníci a také má být využívána v paliativním prostředí, je třeba uvést, jaký potenciál má a co může nabídnout. Je nutné definovat, jak metoda může ovlivnit jednotlivé pracovníky, co může nabídnout jim i klientům/pacientům. Metoda může ovlivnit především v oblastech formulování otázek, které poté mohou sociální pracovníci využívat při práci. To jim usnadní vedení rozhovorů a navazování kontaktu se všemi aktéry v paliativní péči. Mohou docílit profesního posunu, díky lepšímu sebepoznání a reflektování svých odpovědí na jednotlivé otázky. Nutno zdůraznit, že metoda má přesah a ovlivnit může každého. Dále mohou být jednotlivá pracoviště ovlivněna využitím metody u klientů. Klienty metoda vede k zamyšlení, ujasnění si přání, schopnosti pojmenovávat věci, smíření, ubezpečení. To se zdá jako ideální pro otevírání komunikace o závěru života.

Sociální pracovníci mohou díky tomu dojít k lepšímu sebepoznání, ale i vzájemného poznání, metoda jim může sloužit jako pomocný nástroj při zjišťování přání klientů, pomoc při otevírání komunikace. *Řekni mi* lze označit za pomocný nástroj k otevírání komunikace o důležitých tématech, které se týkají závěru života a s tím spojených přání.

Zvolená výzkumná strategie se projevila jako vhodně zvolená. Umožnila hlubší zamyšlení informantek na tazatelské otázky a odpovědi zahrnují jejich subjektivní pohled. Polostrukturované rozhovory byly vhodné, během nich informantky dostaly prostor pro poskytnutí svých postřehů.

## Závěr a diskuze

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – teoretické a metodické. Obě tyto části na sebe navazují a jejich témata se prolínají. Teoretická část práce se zabývá pojmem paliativní péče, snaží se obsáhnout vhléd do jejího vývoje nejen na území České republiky, ale také Evropy. Následující podkapitoly se věnují umírání, smrti, truchlení a péči o pozůstalé. Jedná se o základní pojmy, které je v oblasti paliativní péče třeba pojmenovávat. Druhá část práce se prolíná s částí výzkumnou. Zabývá se jednotlivými zařízeními, které pracují s lidmi v terminálním stádiu a snaží se zmapovat implementaci paliativní péče v těchto zařízeních. Pro účely výzkumu byly poté osloveny informantky splňující tyto kritéria práce v zařízeních. Dále práce rozebírá postavení a úlohu sociálních pracovníků v rámci práce s umírajícími. Poslední kapitola se opět překrývá s částí výzkumnou – řeší téma komunikace o závěru života.

Za pomoci využití kvalitativní výzkumné strategie a získávání dat formou polostrukturovaného rozhovoru jsem dosahovala jednotlivých dílčích cílů, jejichž výsledky jsou analyzovány výše. Práce došla k závěru, že metoda *Řekni mi* je pomocný nástroj nejen v oblasti paliativní péče, otevírá komunikaci, nastavuje přání v závěru života. Je vhodné ji využívat v brzké paliaci. Důležité je zjištění, že metodu není vhodné využívat ve všech situacích, ale je dobré postupovat s ohledem na klientovu situaci a jeho schopnost o tématu hovořit. Výzkum ukázal, že metoda má velký přesah i mimo oblast sociální paliativní péče. Zvolená výzkumná strategie se ukázala jako vhodná, protože poskytla hlubší vhléd do tématu, zachytila názory informantek a pomohla více poznat prostředí, ve kterém pracují. Je třeba brát v potaz výzkumný soubor, který tvořilo pouze 6 informantek, proto ho nelze zobecňovat. Myslím si, že se podařilo dosáhnout hlavního cíle a výzkumných dílčích cílů. Práce shrnuje informovanost sociálních pracovníků o metodě, její využití a potenciál. V rámci dosažených výsledků lze vidět shodu s teoretickými východisky práce. A to konkrétně v tom, že paliativní péče je nově se rozvíjející oblast, která není implementována a garantována ve všech zařízeních, vznikají metody, které by pomohly s rozšířením této péče, a nejen samotní sociální pracovníci se učí hovořit o umírání a smrti například i s pomocí výše uvedené metody.

Tato práce může vést k přínosu nejen pro širokou veřejnost, ve které teprve probíhá boření tabu o této problematice, ale také sociálním pracovníkům a pracovnícím, kteří se mohou inspirovat ve využití metody *Řekni mi* – ať už pro své osobní účely, pro práci s klienty či blízkou rodinou. Práce může podtrhnout důležitost rozvoje této oblasti, která se může dotýkat každého z nás.

Lze tuto problematiku zkoumat dále a zaměřit se na jednotlivé kroky vedoucí k implementaci paliativní péče do sociálních a zdravotních služeb, vzdělání pracovníků v oblasti komunikace s umírajícími a jejich blízkými.

## Seznam použité literatury

### Knižní zdroje

ANTONOVÁ, B., KUBÁČKOVÁ P., MARKOVÁ A., SLÁMOVÁ R. 2018. *Praktický průvodce koncem života: Rozcestník pro nemocné a pečující*. 1. vydání. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1279-7.

BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ M. 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2288-2.

BUŽGOVÁ, R. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5402-4.

BLACKBURN, Simon. 2011. *Velké otázky: Filosofie*. 1. vydání. Praha: Euromedia Group. ISBN 978-80-242-3238-6.

DLABAL, M. 2021. *Komunikace v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1806-7.

ELICHOVÁ, M. 2017. *Sociální práce: Aktuální otázky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0080-4.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Informovaný souhlas: Proč a jak?* 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-497-3.

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

HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

KABELKA, L. 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5049-4.

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

KALVACH, Z. 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

- KAST, V. 2000. *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-365-X.
- KÜBLER – ROSS, E. 1993. *O smrti a umírání*. 1. vydání. Turnov: Arica. ISBN 80-900134-6-5.
- KUPKA, M. 2011. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2931-1.
- KUPKA, M. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4650-0.
- MACKOVÁ, Marie. 2015. *Sociální práce s umírajícími a pozůstalými*. 1. vydání. Brno: Tribune EU. ISBN 978-80-260-8949-0.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATĚJEK, J. 2012. *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-850-6.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. 2010. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MIOVSKÝ, M. 2009. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- PECHOVÁ, K., LEJSAL M. a kol. 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-01-5.
- PRUDKÝ, L. a kol. 2009. *Výsledky sociologických výzkumů hodnot ve společnosti České republiky*. 1. vydání. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1751-2.
- SLÁMA, O., KABELKA L. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2022. 3., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.
- SVATOŠOVÁ, M. 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.



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

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

TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ E., SEDLÁROVÁ K., VODÁČKOVÁ D. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

TROUSIL, M., JAŠÍKOVÁ V. 2015. *Úvod do tvorby odborných prací*. 2., rozšířené vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-542-4.

VÁCHA, M. 2010. Dříve vyslovená přání. In: *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 11-17. ISBN 978-80-87146-31-6.

## Online zdroje

*Cesta domů: Práva umírajících* [online]. [cit. 18.12.2022]. Dostupné z:

<https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psychosocialni-pracovniky/pohled-na-prava/#:~:text=Z%C3%A1kladn%C3%AD%20pr%C3%A1va%20um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%ADch%20lid%C3%AD%20ze.bez%20strachu%20z%20odsouzen%C3%AD%20druh%C3%BDch>

Čeho se lidé na umírání nejvíce obávají. In: *Umírání.cz: Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti* [online]. 2013 [cit. 8.12.2022]. Dostupné z:

<https://www.umirani.cz/data>

Česká společnost paliativní medicíny. 2013. *Standardy paliativní péče* [online]. Praha, Brno: Paliativní medicína [cit. 12.11.2022]. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf)

Česká společnost paliativní medicíny. 2019. *Standardy mobilní specializované paliativní péče* [online]. [cit. 17.11.2022]. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy\\_mobilni\\_paliativni\\_pece\\_a4\\_final.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final.pdf)

Česká společnost paliativní medicíny. 2016. *Vize a cíle* [online]. [cit. 12.11.2022] Brno. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/cspm/vize-a-cile-2/>

Fakultní nemocnice Hradec Králové: *Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové vznikl tým, který má pomoci zlepšit paliativní péči o pacienty* [online]. 2019 [cit. 20.11.2022]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/aktuality/ve-fakultni-nemocnici-hradec-kralove-vznikl-tym-kt>

Froggatt, K., Payne S., Morbey, H. 2017. Journal of the American Medical Directors Association. *Palliative Care Development in European Care Homes and Nursing Homes: Application of a Typology of Implementation*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.016>

Hlavní důvody, proč lidé o svých přáních a představách o péči na sklonku života nemluví.

In: *Umírání.cz: Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti* [online]. 2013 [cit. 18.12.2022]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/data>

*Charita Hradec Králové: Domácí hospicová péče* [online]. [cit. 17.11.2022]. Dostupné z: <https://www.charitahk.cz/komu-a-jak-pomahame/domaci-hospicova-pece/>

EAPC – European Association for Palliative Care: *Mission Statement* [online]. [cit. 8.11.2022]. Belgie. Dostupné z: <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do/>

KABELKA, L., SLÁMA O., LOUČKA M. 2016. In: *Paliativní medicína: Situační analýza paliativní péče v České republice 2016* [online]. [cit. 20.11.2022]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>

Lieve Van den Block. 2014. *The need for integrating palliative care in ageing and dementia policies*, European Journal of Public Health, Volume 24, Issue 5, Pages 705–706, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku084>

MZČR. 2017. *Metodický pokyn ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče* [online]. Praha: mzcr.cz. [cit. 17.11.2022]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/14605/36101/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2013-2017.pdf>

Nařízení vlády č. 590/2006 Sb. Nařízení vlády, kterým se stanoví okruh a rozsah jiných důležitých osobních překážek v práci

Oddělení podpůrné a paliativní péče. *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. [cit. 19.03.2023]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/oppp/clenove-tymu-oppp>

Paliativní centrum: *O nás* [online]. [cit. 12.11.2022]. Praha. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/o-nas>

Paliativní centrum: *Paliativní péče* [online]. [cit. 5.11.2022]. Praha. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

*Paliativní centrum: Řekni mi* [online]. [cit. 5.12.2022]. Dostupné z:

<https://paliativnicentrum.cz/projekty/rekni-mi>

Pechová, K., Loučka M. 2019. *Plánování péče v závěru života v pobytových sociálních službách pro seniory*. Czech, Slovak Social Work/Sociální práce/Sociálna práca, 19(6): 112-126.

Dostupné z: [https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2021/12/SP6-2019\\_web.pdf](https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2021/12/SP6-2019_web.pdf)

*Řekni mi: O hře* [online]. [cit. 5.12.2022]. Dostupné z: <https://reknimi.cz/#Ohre>

*Řekni mi: O hře Řekni mi s Martinem Loučkou* [podcast]. 14.5.2021 [cit. 8.12.2022]. Dostupné

z: <https://reknimi.cz/podcasty/podcast-1/>

*Řekni mi: O konci života v zákonech s Bářou Vráblovou* [podcast]. 8.7.2021 [cit. 13.12.2022].

Dostupné z: <https://open.spotify.com/episode/0XRf4gGw1TakJg4YA74yic>

*Sociální práce: Sociální práce s umírajícími* [online]. 2010. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2010 [cit. 5.12.2022]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2010-2.pdf>

Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. 2010. *Doporučení evropské asociace pro paliativní péči* [online]. Česká společnost paliativní medicíny. [cit. 12.11.2022]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>

ŠERÁ, Hana. *Právní prostor: Informovaný souhlas pacienta jako podmínka poskytnutí lékařské péče* [online]. 23.9.2019 [cit. 13.12.2022]. Dostupné z:

<https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/informovany-souhlas-pacienta-jako-podminka-poskytnuti-lekarske-pece>

TOMEŠOVÁ, J. *Právní prostor: Dříve vyslovené přání – předem vyslovené (ne)souhlas s poskytnutím léčby* [online]. 27.7.2016 [cit. 13.12.2022]. Dostupné z:

<https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>

*Umírání.cz: Děti truchlí jinak* [online]. [cit. 13.11.2022]. Dostupné z:

<https://www.umirani.cz/rady-a-informace/deti-truchli-jinak>

*Umírání.cz: Dříve vyslovená přání* [online]. 21.6.2016 [cit. 13.12.2022]. Dostupné z:

<https://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani>

*Umírání.cz: Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti* [online]. [cit. 8.12.2022]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/data>

Vlčková K., Poláková K., Tučková A., Houska A., Loučka M., 2021. *Views of patients with advanced disease and their relatives on participation in palliative care research*. *BMC Palliat Care* **20**, 80 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00779-2>

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka.....	37
Tabulka 2: Informantky .....	39

## Seznam obrázků

Obrázek 1 - Čeho se lidé na umírání nejvíce obávají .....	11
Obrázek 2 - Extent of micro-level palliative care development aktivity.....	18
Obrázek 3 - Struktura zemřelých podle místa úmrtí (2016).....	20
Obrázek 4 - Hlavní důvody, proč lidé o svých přáních a představách o péči na sklonku života nemluví .....	32

## Seznam příloh

Příloha č. 1: Přepis s informantkou I1

## **Příloha č. 1**

Přepis rozhovoru se zdravotně sociální pracovnící 1, informantka1

### **1. Jak jste se dozvěděla o metodě Řekni mi?**

*„O metodě jsem se dozvěděla ve chvíli, kdy byla vydána Centrem paliativní péče, protože jsem v té době byla s Paliativním centrem v projektu na ministerstvu a zde se o metodě zmínili a přinesli ji tam ukázat a představit. Dozvěděli jsme se, že došlo k překladu z angličtiny a dostali na hru práva. Dá se tedy říct, že jsem se o metodě Řekni mi dozvěděla v paliativní komunitě, a to při jejím vzniku.“*

### **2. Co jste od metody očekávala?**

*„Žádná očekávání jsem neměla, spíše mě to zajímalo. Prošla jsem si kartičky a říkala jsem si, že otázky jsou hezky formulované. Dlouhodobě sbírám dobře formulované otázky a přišlo mi to zajímavé. Celkově si nemyslím, že bych měla nějaká očekávání.“*

### **3. Kdy a s kým jsme metodu poprvé vyzkoušela?**

*„Poprvé jsem ji vyzkoušela před měsícem na akci organizované Domácí hospicovou péčí, která byla i pro veřejnost. Předtím jsem dopodrobna jednotlivé otázky pouze procházela, ale přímou zkušenost s metodou a jejími pravidly jsem neměla.“*

### **4. Jaké pocity ve Vás metoda vyvolávala při prvním kontaktu?**

*„Pro mě to bylo příjemné. Myslím si, že to bylo jiné, než kdybych byla tématem paliativní péče nedotknutá. 13 let v této oblasti pracuji, takže tyto věci pro mě nejsou nové a překvapivé. Není to o tom, že bych nikdy nepřemýšlela, co si nechám zahrát na pohřbu, protože to s lidmi řeším. Není to pro mě nic nového, takže mě to nezasahovalo emočně, zároveň se mi líbilo se nad tím zamýšlet tímto způsobem s lidmi, kteří byli pro mě známi*

*i neznámí. Měla jsem příjemné pocity, i proto, že jsem viděla, že jsou lidé schopni mluvit o hlubších tématech a mě zajímá co si lidé o těchto věcech myslí.“*

##### **5. Co by mohlo zvýšit povědomí sociálních pracovníků o využití metody Řekni mi?**

*„Myslím, že zatím se úplně neví, že Řekni mi existuje. A to jsou podle mě dvě věci. Jednak vím, že Řekni mi existuje a mám chuť si ji zahrát, a pak je to využití v práci, a to je už další level. Je to o PR, není to jednoduché.*

*Co se týká sociálních pracovníků, tak nevím, jak by se dalo zvýšit povědomí. Za mě je to o tom, že si to někdo zkusí, líbí se mu to a řekne to ostatním, nabídne využití metody ostatním. V rámci bližších vztahů v práci či jinde si řeknou, že to bylo zajímavé. V paliativní komunitě je Řekni mi velmi známé. Skrz různé projekty, které dostávají paliaci do dalších zařízení se poté povědomí dostává například do domovů pro seniory. Pokud se sociální pracovník pohybuje v paliativní péči, tak se k němu metoda dostane. Plakáty a reklama podle mě tolik nefungují.“*

##### **6. V jakých situacích by bylo dle Vás vhodné využívat tuto metodu u vašich klientů?**

*„Umím si představit, že metodu by v nemocnici využila psychoterapeutka nebo psycholog. Jako sociální pracovník si neumím představit, že bych za někým přišla a šla mu nabídnout, že si zkusíme Řekni mi. A to z důvodu nedostatku času a ani si nemyslím, že by to bylo v očekávání pacientů.*

*Má to ale druhou stránku – já ve své práci otázky, které metoda Řekni mi obsahuje, dost často pokládám. Otázky se dají rozdělit do několika okruhů, které se shodují s tím, co já zjišťuju od pacienta. Jedná se o otázky důvěry – kdo se o něho stará, jak by chtěl, aby o něho bylo postaráno.*

*Otázky z metody Řekni mi se tedy různě pokládají pacientům běžně. I v rámci týmu se zjišťuje, z čeho má pacient obavy, jaká má přání, co je pro něho důležité. Můžu říct, že já pokaždé když jdu za pacientem, tak mu tyto otázky pokládám. Někdy i se záměrem, aby se nad otázkami zamyslel, někdy abych zjistila informace o tom, jak to má. Proto metoda*

*Řekni mi vzešla z paliativního prostředí, protože se zjistilo, že nějak položená otázka je schopná vést k zamyšlení. Jedná se o situace, kdy je pacient na nějaké křížovatce, mění se mu život a je třeba vážnější témata otevřít. Pokud by se neotevřely, tak na ně nedojde a bude to jinak než si člověk přeje.*

*Otázky, které jsou v metodě, jsou součástí běžně kladených otázek. Co by měl o Vás lékař vědět? Co je pro Vás v životě důležité? S kým se doma rozhodujete, když se děje něco závažného? – to jsou běžné otázky, které pacientům klademe.“*

#### **7. Jaká byste vnímala omezení ve využití metody s klienty/pacienty v zařízení?**

*„V nemocnici se těžko dá sestavit skupina pacientů se kterými se metoda Řekni mi využije. Jsou to lidé cizí, nejsou toho ani schopní. Jedná se o pacienty ležící, ve špatném zdravotním stavu. Využití metody by nešlo příliš zorganizovat.“*

#### **8. S čím byste klienty/pacienty seznámila před samotným začátkem využití metody Řekni mi?**

*„Pokud bych měla metodu s pacienty využít, tak bych se inspirovala instrukcemi Centra paliativní péče. Zdůraznila bych svobodu volby, zda někdo chce metodu vyzkoušet či nikoli.*

*V práci také lze komunikaci o přáních s pacientem uvádět stylem – můžeme si popovídat i o jiných tématech, než se lidé běžně baví. Pacienta seznámit s tím, že se jedná o těžké přemýšlení, ale můžeme se zkusit spolu. Každý rozhovor s pacientem se musí uvést, musíte jim nabídnout čas, aby pochopili, o čem rozhovor bude a cítili se v tom svobodně. Myslím si, že je velice důležité získat svolení od pacienta. Pacient by si to měl sám řídit. Pokud pacient řekne že ne, respektuji to. Doptám se, zda pacient nechce o tématu mluvit vůbec, či zda o něm nechce mluvit dnes.*

*Nějakou otázkou lze člověka úplně rozstřelit, pokud by nebyla pokládána s citem. Je třeba vést komunikaci opatrně.“*

## **9. Jak Vás znalost metody *Řekni mi* ovlivnila v kontextu využití v paliativní péči?**

*„Metoda *Řekni mi* mě inspirovala v tom, jak je možné otázky formulovat. Když je formulace otázky obecnější, tak nás to nutí k obecným prohlášením.*

*Každý člověk, který pracuje v paliaci, či se setkává s lidmi v podobném kontextu, by si sám měl umět na otázky obsažené v *Řekni mi* odpovědět. Měl by si sám otázky projít a umět si na ně odpovědět či vědět, na co odpověď zatím nezná. Když to poté chceme po pacientech, tak je potřeba vědět, co to obnáší, jak jsou to těžké otázky.*

*Pokud se člověk snaží si na otázky odpovědět sám, tak ho to posune a může být lepší profesionál v paliaci, protože si tím prošel.“*

## **10. Co by dle Vás metoda *Řekni mi* přinesla klientům/pacientům?**

*„Nemocnice je dobré prostředí, protože tady není moc co dělat, člověk prožívá životní nejistotu, špatně spí a přemýšlí. Je to možnost, jak se nad věcmi zamyslet a říct si, co bych chtěl, co je pro mě dobře a že to vlastně nemusí být to stejné co si myslí doktor.*

*Uvědomění si toho, že odborníkem na svůj život jsem já a doktor je odborník na medicínu a musí se to dát dohromady. Pro pacienty to může mít velký přínos, když personál přizpůsobí péči o pacienta dle jeho přání.“*

## **11. Co by dle Vás metoda přinesla sociálním pracovníkům/pracovnicím?**

*„Jedná se o hlubší témata, než nad kterými jsme běžně zvykli přemýšlet, tak nás to posouvá a vzdělává v sebepoznání. Rozumíme také víc sami sobě. Můžeme zjistit, že odpovědi na nějaké otázky nemáme a začneme je hledat. Rozvíjí to – a je jedno zda je to sociální pracovník či nikoli.“*