

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Teologická fakulta**

**Katedra teologických věd**

**Bakalářská práce**

**Smrt a umírání z pohledu pracovníka přímé péče v malém zařízení  
pro seniory.**

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Veber, Th.D.

Autor práce: Blanka Tejkalová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce, kombinované studium

Ročník: 3.

2014

### **Bakalářská práce v nezkrácené podobě**

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

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

Datum.....

Podpis studenta.....

## **Poděkování**

„Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Tomáši Vebrovi, Th.D., za cenné rady, připomínky, metodické vedení práce.“

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1 DIAKONIE ČCE</b> .....	<b>9</b>
1.1 Středisko Blanka .....	10
1.2 Přímá péče a její právní rámec.....	10
1.3 Řád diakonické práce a další vnitřní předpisy.....	11
<b>2 PALIATIVNÍ PŘÍSTUP</b> .....	<b>12</b>
2.1 Paliativní medicína a její principy .....	12
2.2 Úrovně paliativní péče.....	12
2.3 Formy paliativní péče .....	13
2.4 Hospic .....	13
2.5 Hospicová péče.....	14
<b>3 PALIATIVNÍ PÉČE V OŠETŘOVATELSKÝCH A PEČOVATELSKÝCH DOMOVECH A FAKTORY, KTERÉ JI OVLIVŇUJÍ</b> .....	<b>15</b>
3.1 <b>Praktický lékař</b> .....	<b>15</b>
3.1.1 Dystanázie .....	16
3.1.2 Eutanázie .....	16
3.1.3 Pohled pracovníka přímé péče.....	18
3.2 <b>Účast rodin na doprovázení</b> .....	<b>19</b>
3.2.1 Uvolnění ze zaměstnání pro účely poskytování paliativní péče .....	19
3.2.2 Sociální změny v západní společnosti a rodinné vazby.....	20
3.2.3 Jak tyto změny ovlivňují rodiny a jejich schopnost role pečujících .....	20
3.2.4 Pohled pracovníka přímé péče.....	21
3.3 <b>Kvalita personálu</b> .....	<b>22</b>
3.3.1 Důležitost přijetí faktu naší smrtelnosti.....	22
3.3.2 Pohled pracovníka přímé péče.....	22
3.4 <b>Úroveň organizace</b> .....	<b>23</b>
3.4.1 Personální obsazení .....	23
3.4.2 Pohled pracovníka přímé péče.....	23
3.4.3 Prostorové uspořádání .....	24
3.4.4 Pohled pracovníka přímé péče.....	25

<b>3.5</b>	<b>Syndrom vyhoření .....</b>	<b>26</b>
3.5.1	Stres v paliativní péči .....	26
3.5.2	Supervize .....	27
3.5.3	Pohled pracovníka přímé péče.....	27
<b>4</b>	<b>PALIATIVNÍ PÉČE O KLIENTA PANA NOVÁKA V DOMOVĚ PRO SENIORY V PÍSKU .....</b>	<b>28</b>
<b>4.1</b>	<b>Dříve vyslovené přání.....</b>	<b>28</b>
<b>4.2</b>	<b>Závažné onemocnění .....</b>	<b>29</b>
<b>4.3</b>	<b>Týmy paliativní péče.....</b>	<b>30</b>
<b>4.4</b>	<b>Potřeby, které jsme panu Novákovi pomáhali naplňovat .....</b>	<b>31</b>
<b>4.5</b>	<b>Pastorační péče .....</b>	<b>33</b>
<b>4.6</b>	<b>Vyhodnocení působení některých faktorů v konkrétním případě.....</b>	<b>33</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>35</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>38</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>39</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>40</b>

## Úvod

Ve své práci chci popsat paliativní péči poskytovanou umírajícím klientům z pohledu pracovníka přímé péče v malém zařízení pro seniory ve středisku Blanka Diakonie ČCE. Pracuji zde v oblasti přímé péče a do mé činnosti, tak jako do činnosti mých kolegů, patří i doprovázení našich umírajících klientů. I při této činnosti se řídíme standardem kvality sociálních služeb našeho zařízení Péče o umírajícího a jeho rodinu. Z odborné literatury v této práci cituji témata již mnoha odborníky popsaná. Co je to paliativní medicína a péče, její principy a cíle. Na jakých úrovních a v jakých formách se setkáváme s paliativní péčí. Je to dáno především tím, kdo a v jaké instituci paliativní péči poskytuje. Jestli v instituci, která se na paliativní péči a medicínu přímo specializuje, jako je hospic, či v instituci, jejímž hlavním cílem je nabízet pobytové služby klientům, kteří tam žijí několik let a také tam pak umírají.

Cílem této práce není ukázat, že paliativní péči v našem zařízení neposkytujeme dobře. Péče o klienty, kterou poskytujeme, bývá jimi, jejich rodinami a veřejností vnímána jako jedna z nejlepších na Písecku. Spolupracuji s mnoha kolegy, kteří pečují o klienty s vysokým nasazením a z rozhovorů s nimi je jasná jejich touha po neustálém zvyšování kvalifikace a vytváření podmínek a možností, jak odborněji, ale i citlivěji klienty a jejich blízké doprovázet v jejich nelehkých životních situacích. „Příloha II“.<sup>1</sup>

Cílem této práce je vyjmenovat některé faktory, ovlivňující poskytování paliativní péče a reflexe těchto faktorů pracovníky přímé péče. Na konkrétním případě pak zhodnotit, jak některé faktory ovlivnily paliativní péči poskytovanou konkrétnímu klientovi.

Na to, jak umírající klienty a jejich rodiny u nás v malém zařízení pro seniory doprovázíme v těchto těžkých okamžicích, se zaměřím s pomocí strukturovaných rozhovorů s pracovníky přímé péče o seniory, použitím případů z praxe a vše srovnám s teoretickými východisky své práce.

Téma své práce jsem si vybrala a pokusila se jej zpracovat z tohoto důvodu: Z odborné literatury, ze které níže cituji, vychází i skutečnost, že paliativní péče, která je poskytována převážně v hospicích, tedy v zařízeních, která se na paliativní péči

---

<sup>1</sup> Srov. Příloha č. II této práce.

specializují, se v posledních letech odtud přesouvá také do nesespecializovaných zařízení. Těmi jsou právě taková pobytová sociální zařízení, o jednom z nichž píše ve své práci. V této oblasti sociální práce je nutná co největší míra reflexe problémů a možností zlepšování poskytování služeb v jednotlivých zařízeních i v jednotlivých případech. Mnoho problémů a jejich řešení je zpracováno v odborné literatuře<sup>2</sup>, je ale také nutné, aby pracovníci, kteří v praxi pracují, podávali zpětnou vazbu, jestli popsané problémy je skutečně tíží a jaká řešení preferují a proč. Touto prací bych ráda k takovému dialogu přispěla.

Klíčovými zdroji mé práce jsou především *Principy a praxe paliativní péče*. PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH.<sup>3</sup>, *Thanatologie*. HAŠKOVCOVÁ, H.<sup>4</sup>, *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. RADBRUCH, L., PAYNE, S.<sup>5</sup>, *Hospice a umění doprovázet*. SVATOŠOVÁ, M.<sup>6</sup>

V práci nejprve popíše Diakonii Českobratrské církve evangelické (dále Diakonie ČCE), její zrod a služby, které nabízí společnosti. Dále jedno z jejích pobytových zařízení pro seniory, středisko Blanka v Písku.

Další kapitola pojednává o paliativním přístupu, paliativní medicíně, jejích principech, o paliativní péči, jejích úrovních a formách.

Ve třetí kapitole vypíše faktory, které ovlivňují poskytování paliativní péče v sociálních zařízeních. Jak vyjmenované faktory ovlivňují paliativní péči v našem zařízení, vyjádřím uvedením případů a příkladů z naší praxe a dále shrnutím odpovědí mých kolegů na otázky ve strukturovaném rozhovoru, které se toho kterého faktoru týkají.

V poslední kapitole popíše paliativní péči, věnovanou konkrétnímu klientovi a vyhodnotím některé faktory, působící negativně na tuto péči a zmíním i faktory působící pozitivně. V průběhu celé práce se budu odvolávat na přílohy č. I a č. II této práce.

---

<sup>2</sup> SMILKOVÁ, B.; *Umírání a potřeby umírajících*. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. České Budějovice 2013. vedoucí práce Machulová H.

<sup>3</sup> PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. (eds) *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

<sup>4</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

<sup>5</sup> RADBRUCH, L.; PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. B. m.: Cesta domů a česká společnost paliativní medicíny, 2010.

<sup>6</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

Dále v práci uvádím příběh našeho klienta (Příloha I), který zemřel koncem roku 2013. Před svým skonem mi dovolil jeho příběh uveřejnit. Péče o tohoto klienta, pana Nováka, byla pro nás v mnohém nestandardní. Věková hranice klientů, které přijímáme do naší péče, je šedesát let a vyšší. Panu Novákovi bylo čtyřicet osm let. Byl vrstevníkem mnohých z nás. Mysleli jsme často na to, jak bychom se my vyrovnávali se situací, kdyby nám v tomto věku lékař sdělil stejnou diagnózu. Měl manželku, dceru, která začala studovat na vysoké škole, a dva syny, jeden ještě docházel na základní školu. Chtěl žít, nebyl smířen se svojí smrtí, tak jako bývají většinou naši o mnoho let starší klienti, které obvykle doprovázíme. Tento případ byl pro mnohé z nás zlomový. Ukázal nám, pečujícím, naše silné, ale i slabé stránky. Jak lidské, tak i profesionální. Více než v jiných případech se ukázaly nedostatky a problémy, se kterými se potýkáme při vykonávání své profese a které ve své práci popisují.



# 1 Diakonie ČCE

Činnost Diakonie Českobratrské církve evangelické (ČCE) byla obnovena 1. června 1989. Je zvláštním zařízením církevní služby Českobratrské církve evangelické. Navázala na činnost České Diakonie, spolku evangelického pro ošetřování nemocných a chudých, který působil na našem území od roku 1903 až do roku 1952. V roce 1952 komunistický vládnoucí režim všechny spolky v naší zemi zrušil a církve se již nesměly podílet na veřejné sociální službě jako dosud. Církev křesťanskou službu však poskytovala i nadále alespoň uvnitř svých sborů Českobratrské církve evangelické. V 80. letech se uvnitř církve začala formovat skupina odborníků a laiků, uvědomujících si důležitost sociální práce církve, tedy diakonické práce. V roce 1989 byli připraveni pracovat v nově vznikající organizaci.<sup>7</sup>

Diakonie ČCE je druhou největší organizací poskytující sociální služby v České republice. Provozuje 110 zařízení po celé republice, organizuje také humanitární pomoc v České republice a rozvojovou pomoc v zahraničí. Posláním Diakonie ČCE je organizování a zajišťování sociální, zdravotní, pastorační a pedagogické činnosti všem potřebným, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci.<sup>8</sup> Zřizovatelem je Českobratrská církev evangelická. Péče o slabé, nemocné a potřebné jako projev křesťanské lásky je i jedním z cílů této církve. Kde to podmínky dovolují, tam Českobratrská církev evangelická postupem času zřizuje svá diakonická zařízení. Tyto instituce se specializovanými službami tvoří Diakonii Českobratrské církve evangelické. Diakonie ČCE služby poskytuje v souladu s platnými právními předpisy České republiky, její právní postavení, činnost a základní uspořádání je upraveno Řádem diakonické práce a Organizačním řádem Diakonie ČCE.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Srov. Diakonie Českobratrské církve evangelické[online]. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické. [cit. 2013-11-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.diakonie.cz/o-diakonii/historie-diakonie-cce/znovuobnoveni-cinnosti/>>.

<sup>8</sup> Srov. Diakonie Českobratrské církve evangelické[online]. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické. [cit. 2013-11-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.diakonie.cz/o-diakonii/>>.

<sup>9</sup> Srov. Diakonie Českobratrské církve evangelické[online]. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické. [cit. 2013-11-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.diakonie.cz/o-diakonii/nas-zrizovatel/>>.

## 1.1 Středisko Blanka

Středisko Diakonie Blanka bylo zřízeno 1. května roku 1992, aby poskytovalo služby a péči starším a nemocným občanům Písku a okolí. Služby poskytované podle zákona jsou: Domov pro seniory Domovinka, Domov se zvláštním režimem Vážka, Terénní pečovatelská služba a Domácí ošetrovatelská služba Home care. Domov pro seniory nabízí své služby seniorům starším šedesáti let, kteří již nemohou žít ve svém domácím prostředí a jejich zdravotní stav vyžaduje péči jiné osoby. Domov se zvláštním režimem poskytuje své služby ženám, které jsou starší padesáti let a trpí Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence. Terénní pečovatelskou službu pracovníci poskytují klientům terénní formou v domácím prostředí s cílem těmto klientům umožnit setrvat v tomto prostředí co nejdéle a tak nepřetrhat přirozené sociální vazby. Služba Home care je zdravotnickou službou, která je realizována v přirozeném prostředí domovů jejich klientů. Veškeré služby se řídí *Standardy kvality sociálních služeb*, které vycházejí ze *Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*.<sup>10</sup>

## 1.2 Přímá péče a její právní rámec

Ve středisku Blanka se o přímou péči o klienty dělí úsek zdravotních sester a pracovníci přímé péče, odlišeni takto zákonem o sociálních službách. Náplň práce pracovníka v sociálních službách je rovněž určena dle tohoto zákona: „*Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb, ...pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání*

---

<sup>10</sup> Srov. Diakonie Českobratrské církve evangelické středisko Blanka[online]. Písek: Diakonie Českobratrské církve evangelické.[cit. 2013-11-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.diakoniepisek.cz/nase-sluzby/>>.

osobních záležitostí“.<sup>11</sup> Dále se v tomto zákoně stanoví i podmínky, za kterých může osoba vykonávat činnosti pracovníka v sociálních službách jako například způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost.<sup>12</sup>

### **1.3 Řád diakonické práce a další vnitřní předpisy**

Činnosti pracovníka v sociálních službách Diakonie ČCE na jednotlivých střediscích řídí mimo již zmiňovaných platných právních norem České republiky také *Řád diakonické práce*, *Organizační řád*, dále nařízení ředitele Diakonie ČCE a pokyny ředitele a vedoucího příslušného střediska. Pracovní úkony jsou zde zpracovávány do standardizovaných forem, například do řádů, manuálů, pracovních postupů, metodik, vzorů a formulářů.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 116.

<sup>12</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §116.

<sup>13</sup> Srov. Diakonie Českobratrské církve evangelické středisko Blanka.[online] Písek: Diakonie Českobratrské církve evangelické.[cit. 2013-11-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.diakoniepisek.cz/stredisko-diakonie-blanka/dokumenty-organizace/>>.

## 2 Paliativní přístup

Klienty našeho střediska jsou staří lidé, kteří potřebují pomoci s naplňováním různých potřeb. Jsme malé zařízení a tak velice dobře známe naše klienty a jejich rodiny. Proto je i pro nás jako pro profesionály velice bolestné, když náš klient umírá. Umírajícím klientům se snažíme poskytovat v našem pobytovém zařízení paliativní péči na úrovni obecného paliativního přístupu. „*Paliativní přístup představuje cestu, jak integrovat metody a postupy paliativní péče do prostředí, která nejsou na paliativní péči specializována. Tento přístup zahrnuje nejen farmakologická a nefarmakologická opatření pro tlumení příznaků, ale také komunikaci s pacientem a rodinou a dalšími zdravotníky a rozhodování a stanovování cílů péče v souladu s principy paliativní péče.*“<sup>14</sup>

### 2.1 Paliativní medicína a její principy

M. Marková, vycházejíc z Vorlíčka definuje paliativní medicínu a její principy jako celkovou léčbu a péči o nemocné, které nelze již léčit kurativní léčbou. Zde se stává nejdůležitějším léčba bolesti a dalších symptomů a řešení problémů nemocných z oblasti psychologické, sociální a duchovní. Cílem se stává co nejlepší kvalita života nemocných a jejich rodin.<sup>15</sup>

### 2.2 Úrovně paliativní péče

Paliativní péče by měla být poskytována nejméně na dvou úrovních a to jsou: obecný paliativní přístup a specializovaná paliativní péče. Paliativní přístup je možno uplatňovat v zařízeních a prostředí, která nejsou primárně pro poskytování paliativní péče určena. Specializovaná paliativní péče je záležitostí instituce, jejíž hlavní činností je poskytování této péče.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> RADBRUCH, L.; PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*, s. 26.

<sup>15</sup> MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978- 80-247-3171-1, s. 19.

<sup>16</sup> Srov. RADBRUCH, L.; PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*, s. 26.

Naše zařízení pracuje s umírajícími na úrovni obecného paliativního přístupu, není tedy primárně určeno pouze pro poskytování paliativní péče klientům. V případě klienta p. Nováka, popsaném v „Příloze I“, jsme kontaktovali i Hospic sv. Kleofáše v Třeboni a Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. V tomto pro nás trochu výjimečném případě, kdy šlo o poměrně mladého člověka s těžkým onemocněním, jsme cítili potřebu rady a podpory instituce, která se zabývá specializovanou domácí hospicovou péčí. Skutečně jsme dostali pár cenných rad, například jak postupovat v jednání s ošetřujícím lékařem p. Nováka. Dostalo se nám i podpory psychické. Informovali nás, jak fungují oni, protože jsou mobilním hospicem a tak své služby poskytují v domácím prostředí umírajících. Ředitelka Hospice Sv. Kleofáš, paní Mgr. Brychtová nabídla radu i v jiných případech, pokud budeme potřebovat. Sdělila mi, že plánují spolupráci společně s Domovem seniorů v Třeboni, kde budou nabízet své služby klientům. Tato spolupráce je jednou z cest, jak zlepšovat úroveň paliativní péče v našem i v jiných zařízeních.

### **2.3 Formy paliativní péče**

Odbornou a efektivní paliativní péčí, by měl mít možnost využít každý, kdo ji potřebuje. Typickými poskytovateli této péče jsou hospice. Ovšem jejich výskyt a kapacita je v naší zemi nedostačující. Je tedy nutno integrovat paliativní péči i do stávajících systémů zdravotnických zařízení a sociálních organizací.<sup>17</sup>

### **2.4 Hospic**

Je to zařízení, ve kterém se pečuje o klienty v terminální fázi onemocnění. O klienty v jejichž případě vítězná medicína vyčerpala všechny možnosti, jimiž disponuje. Hlavní je zde kontrola bolesti a dalších symptomů a naplňování všech potřeb biologických, sociálních, psychologických i duchovních a cílem je dosažení co největší kvality života klientů a jejich rodin.<sup>18</sup> Zde se uplatňuje paliativní medicína, která mnoha způsoby může zvládat bolesti a další projevy nemoci, které sužují umírající. Léčba bolesti se

---

<sup>17</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 44 -45.

<sup>18</sup> Srov. HUNEŠ, R. *Co je hospic*. [cit. 2013-12-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospicpt.cz/prachatice/co-je-hospic>>.

v posledních letech velice zdokonalila a mnohé prostředky, které odstraňují nebo zmírňují bolest jsou již používané i u nás. S novými prostředky k tišení bolestí umírající již nemusí pobývat v nemocnicích, ale mohou být doma, v hospici či v prostředí, kde žijí a kde je jim dobře. Ať jsou to nové léky v tabletách s delší působností, či infuzní pumpy a jiné.<sup>19</sup>

## **2.5 Hospicová péče**

Poskytuje se v lůžkových zařízeních, tedy v hospicích, ve stacionářích, které bývají součástí hospice a v domácím prostředí člověka, který umírá, kde rodině v doprovázení a péči pomáhají kvalifikovaní pracovníci.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet.*, s. 11.

<sup>20</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 48.

### 3 Paliativní péče v ošetrovatelských a pečovatelských domovech a faktory, které ji ovlivňují

„Velký počet starších lidí v západní společnosti žije a umírá v ošetrovatelských a pečovatelských domovech“.<sup>21</sup> Kvalitu paliativní péče v domovech pro seniory ovlivňují různé faktory.

#### 3.1 Praktický lékař

Jedním z faktorů je praktický lékař, který pečuje o seniory v sociálních zařízeních. Bohužel lékaři všeobecně nejsou dobře obeznámeni s principy a praxí paliativní péče, protože v jejich medicínském vzdělávání je málo kladen důraz na takovýto výcvik.<sup>22</sup> Nezřídka se stává, že umírající klient je poslán k hospitalizaci do nemocnice svým praktickým lékařem. Příčinou nebývá neochota lékaře, ale jeho přístup k medicíně jako k medicíně „vítězná“. „V strategii úspěšné medicíny je smrt prohrou. V takovém kontextu se přístupy paliativní medicíny zdají být méně hodnotné“.<sup>23</sup> Je třeba také říci, že k takovému postupu je lékař často vyzýván rodinou klienta, která se neumí smířit s nastávajícím skonem jejich blízkého. Medicína ve snaze nedovolit smrti aby zvítězila ji tabuizovala. Pro člověka dnešní moderní doby je samozřejmé žít dlouho a úspěšně. Spoléhá na moderní medicínu a každá individuální smrt se jeví jako předčasná a nespravedlivá. Větší část odborné i laické veřejnosti snáší těžce, že existují hranice dovedností a vymožeností moderní medicíny. V očích rodiny je smrt selháním lékařů a medicíny vůbec.<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup>PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. (eds) *Principy a praxe paliativní péče*, s. 444

<sup>22</sup> Srov. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. (eds) *Principy a praxe paliativní péče*, s.446

<sup>23</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 21.

<sup>24</sup> Srov. tamtéž, s. 22.

### 3.1.1 Dystanázie

Uplatňování postupů vítězné medicíny bývá mnohdy příčinou zadržené smrti neboli dystanázie. Děje se tak mnoha případech, kdy zdravotní stav a potřeby umírajícího vyžadují již paliativní přístup.<sup>25</sup>

Občas se stává, že rodina se nemůže vyrovnat s tím, že jejich blízký umírá. Naléhají na lékaře, sestry i na nás pečovatele, abychom ještě něco děláli, vymysleli. Mnozí nabízejí peníze na další léčbu a péči. Vypadá to, že neslyší a nechtějí slyšet, že tady je medicína bezradná. Někteří lékaře přesvědčí, aby jejich blízkého, který již umírá, nechal převézt do nemocnice. Jsou přesvědčeni, že moderní medicína tam ten problém vyřeší. Lékaři někdy jejich naléhání ustoupí a tak mnohdy všichni společně prodlužují umírání a trápení jejich pacientovi a milovanému blízkému. Někdy umírá po převozu do nemocnice, sám a vytržen z prostředí našeho Domova pro seniory, kde je již zvyklý a dá se říci, že je doma. Někdy se z nemocnice vrátí zpátky k nám do Domova na chvíli posílen, ale bohužel jen pro další a delší umírání. To jsou případy, kdy rodina není smířena s tím, co musí přijít.

### 3.1.2 Eutanázie

Tento pojem označuje současně více situací. Tradiční obsah pojmu eutanázie je dobrá smrt. Tedy lehká, rychlá, bezbolestná. Tento pojem se v průběhu historie lidstva začal užívat v souvislosti se smrtí z milosti. Tato má více podob jako například aktivní eutanázie, kdy lékař vykoná akt u pacienta nevléčitelně nemocného na jeho vlastní žádost. Eutanázie nevyžádaná se rozumí situaci, kdy pacient není již schopen předepsaným způsobem požádat o urychlení smrti, ale existuje předpoklad, že kdyby tak mohl učinit, tak by souhlasil. Eutanázie nedobrovolná je eutanázií pacientem nechtěnou a nevyžádanou. Eutanázie pasivní spočívá v přerušení léčby nebo neuplatňování dalších léčebných postupů, které by utrpení a zátěž nemocného neúměrně prodlužovaly. Pasivní eutanázie bývá vnímána jako právo na přirozenou smrt.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 23.

<sup>26</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 120-121.



V České republice jakákoliv forma eutanázie není uzákoněna. V celé společnosti existuje neustálá diskuze o eutanázii, o právu na přirozenou smrt, o kritériích podle, kterých se mají lékaři řídit při zvažování použití další léčby. Většina veřejnosti si myslí, že existují jen dvě možnosti jak umírat. První možností je umírat ve velkých bolestech a druhou je utrpení zabránit a „milosrdně“ život ukončit.<sup>27</sup> V dnešní době naštěstí již ve společnosti dochází také k uvědomování si toho, že není třeba vybírat z těchto dvou možností. Důvodem je jistě také stále se rozšiřující hospicové hnutí se svým bojem za dobrou smrt v duchu paliativní péče, která pomáhá umírajícím usnadnit umírání a jejich rodiny podporovat v doprovázení umírajících a ve smíření se ztrátou milovaného člověka.<sup>28</sup>

Od našich klientů to někdy slyšíme: „Už aby si mě Pánbůh vzal.“ „Už abych umřela, či umřel.“ Snažíme se zjistit, co je trápí. Jestli důvodem jsou bolesti, málo zájmu ze strany rodiny nebo potřebují ještě něco obtížného vyřešit, než zemřou.

Snad nejvýrazněji zazněl tento požadavek z úst našeho klienta pana Nováka. „Příloha I“<sup>29</sup>. Po nástupu do našeho zařízení se nám klient svěřil, že se myšlenkou na eutanázii velice vážně zaobírá. Klient měl strach, že bude přítěží pro svoji rodinu a měl strach z umírání. Společně stále odmítali jak pomoc psychologa, tak i pomoc pastoračního pracovníka. Klient sepsal po poradě se svým ošetřujícím lékařem dokument *Dříve vyslovené přání*, z důvodu, že si nepřál jakkoliv prodlužovat svoje utrpení a umírání a také zároveň věděl od lékaře, že od určitého stádia nemoci nebude moci psát a ani verbálně komunikovat. Všichni jsme byli přesvědčeni, že rozhovor s odborníkem, ať již s psychologem nebo s pastoračním pracovníkem by bylo pro klienta a jeho rodinu přínosem a možná i částečnou úlevou, ale dále jsme respektovali jejich odmítání.

---

<sup>27</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0, s. 48.

<sup>28</sup> Srov. tamtéž, s. 69.

<sup>29</sup> Srov. *Příloha č. I* této práce.

### 3.1.3 Pohled pracovníka přímé péče

Odpovědi pracovníků přímé péče na otázku pod číslem 1 v „Příloze II“<sup>30</sup> v souhrnu vyjadřují, že pracovníci přímé péče se setkávají s prosbou rodin umírajícího klienta k lékaři o další léčbu občas, někteří se ještě s touto prosbou při péči nesečkali. V dnešní společnosti, kde se uplatňuje strategie úspěšné medicíny není nic zvláštního, že se rodiny těžce smířují se smrtí a žádají další léčbu, s nadějí, že třeba medicína zvítězí. Toto zmiňují v textu práce výše. Někteří z dotazovaných zmiňují nutnost komunikace mezi lékařem, rodinou a klientem, kdy lékař bude edukovat o možnostech paliativní péče a medicíny. Neméně důležitá je komunikace mezi lékařem a ošetřujícím personálem zařízení.

---

<sup>30</sup> Srov. *Příloha č. II* této práce.

## 3.2 Účast rodin na doprovázení

Velice minimální je účast rodin na péči o umírající klienty, vychází to jistě také z již zmíněného tabuizování smrti v naší společnosti. Tuto situaci, se kterou se často setkáváme v naší praxi, velice citlivě a přesně vyjadřuje Ira Byock ve své knize *Dobré umírání*: „*Když se ale potom smrt přiblíží, jsme zaskočeni a máme pocit, že nejsme připraveni vyrovnat se se situací, jíž stojíme tváří v tvář. Nevíme, co máme dělat a říkat, a tak se možná spíš stáhneme do pozadí a přenecháme vše profesionálům. V reflexivním uhýbání před připomínkou smrti se bezděčně odvracíme od svých blízkých, kteří nás potřebují, a sami sebe okrádáme o vzácné příležitosti. Na společenské úrovni za to draze zaplatíme a kulturně se ochuzujeme, neboť opomijeme nezastupitelnou lidskou zkušenost s umíráním*“.<sup>31</sup>

### 3.2.1 Uvolnění ze zaměstnání pro účely poskytování paliativní péče

Pro ty rodinné příslušníky, kteří by své blízké chtěli doprovázet doma, ale i v zařízeních sociální péče a v jiných institucích, by jistě bylo velkou pomocí v této životní situaci, kdyby byly k dispozici právní předpisy pro uvolnění ze zaměstnání pro účely poskytování paliativní péče. V současné době jsou pouze v Rakousku a ve Francii.<sup>32</sup>

Personál našeho střediska se snaží, pokud to jde, do doprovázení umírajícího rodinné příslušníky zapojit, poradit a vytvořit, co nejpříznivější podmínky pro to, aby mohli poslední chvíle strávit se svým blízkým.

Zde chci uvést jeden z případů, kdy se podařilo personálu i rodině společně doprovázení umírající v našem domově uskutečnit. Měli jsme v péči paní, která po několika letech u nás prožitých, kdy jí pravidelně navštěvovaly její dvě dcery a další rodinní příslušníci, umírala. Zde pak došlo v následujících týdnech k doprovázení umírající i ze strany rodiny. Klientka a celá její rodina byli členy Římskokatolické

---

<sup>31</sup> BYOCK, I. *Dobré umírání*. Praha: Vyšehrad, spol. s r.o., 2005. ISBN 80-7021-797-9, s. 13.

<sup>32</sup> Srov. RADBRUCH, L.; PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*, s. 47

církve. Komunikovali s duchovním této církve, s ošetřujícím lékařem, s personálem našeho střediska. Všichni dohromady jsme utvořili tým, který klientku doprovázel. Zde jsme vnímali, že rodina klientky věděla, co se děje, byli smířeni a posilovali i klientku v její nelehké situaci. Klientka umírala delší dobu, ale nakonec odešla v klidu. Její dvě dcery byly u ní, stačily se rozloučit a vše si ještě říci.

### 3.2.2 Sociální změny v západní společnosti a rodinné vazby

Sociální změny v západní společnosti ovlivnily rodinné struktury. V moderní společnosti je zvýšená rozvodovost. Lidé zakládají nové rodiny a tak děti zažívají stále více manželských vztahů. Někteří lidé zůstávají bezdětní, zvyšuje se dlouhověkost. Rodiny se zmenšují, rodí se v nich málo dětí a většina rodin je neúplných. Zvýšila se i míra zaměstnanosti žen ať již z důvodu ekonomických tlaků či jiných příčin. Rodinné vazby jsou narušené.

### 3.2.3 Jak tyto změny ovlivňují rodiny a jejich schopnost role pečujících

Sociální změny ovlivňují schopnost členů rodin plnit dané role. Například role pečujících.<sup>33</sup> V dřívějších dobách lidé odcházeli ze života častěji než dnes v širokém rodinném kruhu a tak každý člen rodiny byl přítomen několikrát u lůžka umírajícího a měl možnost seznamovat se se základním scénářem umírání. Umírání bylo sociálním aktem, rodinní příslušníci si rozdělili své pečovatelské role a svoji roli znal i umírající. V dnešní moderní společnosti lidé ve většině případů tyto znalosti nemají a chybí jim i praktické dovednosti. Setkání s umírajícím vyvolává strach a bezradnost. Péči o umírající přenechávají profesionálům a jsou přesvědčeni, že toto řešení je pro jejich blízké tím nejlepším.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Srov. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. (eds) *Principy a praxe paliativní péče*, s. 33.

<sup>34</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 27-29.

### 3.2.4 Pohled pracovníka přímé péče

Z odpovědí většiny pracovníků přímé péče na otázku číslo 2 „Příloha II“<sup>35</sup> je zřejmé, že podle nich možnost doprovázet své blízké při umírání rodiny v našem zařízení mají, ale moc ji nevyužívají. Někteří pracovníci uvádí, že důvodem jsou vztahy v rodině, což je jistě pravda. K problému doprovázení se váží i odpovědi na otázku číslo 5, kde všichni dotazovaní pracovníci uvádějí, že v našem zařízení není vhodný prostor, jako například hospicový či rodinný pokoj, kde by rodiny své blízké mohly v soukromí doprovázet.

Je zde nutné také zmínit v souvislosti s doprovázením rodin sociální změny v západní společnosti, a jak tyto ovlivňují rodinné vazby. Dalším důvodem je chápání smrti a její tabuizování veřejností, tato témata zmiňuji výše ve své práci.

---

<sup>35</sup> Srov. *Příloha č. II* této práce.

### 3.3 Kvalita personálu

Je to vzdělání, praktické dovednosti a ochota o umírající klienty pečovat.<sup>36</sup> Naši pracovníci jsou vzděláváni dle zákona o sociálních službách.<sup>37</sup> Budoucí pracovník v sociálních službách absolvuje akreditovaný kvalifikační kurz a dále je povinen absolvovat vzdělávání v rozsahu 24 hodin každý rok. Pracovníci v sociálních službách se účastní různých kurzů, akreditovaných Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky i těch neakreditovaných. Součástí kurzů, pokud se týkají paliativní péče, je bohužel spíše teorie a chybí zde obsáhlejší praktický výcvik v paliativní péči.

#### 3.3.1 Důležitost přijetí faktu naší smrtelnosti

Je také velice důležitým, jakými osobnostmi pečující pracovníci jsou, jak oni sami zvládli velice těžký úkol přijetí toho, že utrpení, umírání a smrt jsou součástí života. Jestli tento fakt nevytěšňují, ale naopak přijímají. Jedině přijetím tohoto faktu a vyrovnáním se s ním stávají se skutečnou oporou umírajícímu člověku. Toto přijetí je velice důležité nejenom pro pracovníky v sociálních službách, ale i pro lékaře, sestry i rodiny a široký tým pečující o těžce nemocného a umírajícího. Je to důležité i pro samotného umírajícího.<sup>38</sup>

#### 3.3.2 Pohled pracovníka přímé péče

Z odpovědí na otázku číslo 3 „Příloha II“<sup>39</sup>, která se týká vzdělávání pracovníků v oblasti teoretické a praktické je zřejmé, že ani jeden z pracovníků přímé péče se necítí být dostatečně vzdělán v oblasti paliativní péče. Většina uvádí potřebu rozvoje praktických dovedností v paliativní péči.

Kvalitě personálu vypovídá i ochota o umírající klienty pečovat, jakými osobnostmi pečující pracovníci jsou a jak oni sami přijali fakt smrtelnosti, čímž se zabývám ve své práci výše.

---

<sup>36</sup> Srov. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. (eds) *Principy a praxe paliativní péče*, s. 446.

<sup>37</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 111.

<sup>38</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 21-23.

<sup>39</sup> Srov. *Příloha č. II* této práce

### 3.4 Úroveň organizace

Tímto faktorem, který ovlivňuje poskytování paliativní péče v domovech je úroveň organizace a to personální obsazení a prostorové uspořádání domova a pokojů klientů.

#### 3.4.1 Personální obsazení

Mnoho domovů je minimálně personálně obsazeno, z důvodů nedostatku financí v tomto resortu. Takže, pokud klient vyžaduje více péče než obvykle, tak se vše odehrává s obvyklým počtem personálu.<sup>40</sup>

V Domově pro seniory střediska Blanka Diakonie ČCE na přímou péči o klienty je dvanáct stálých pracovníků a dochází také v dopoledních hodinách ve všední dny učni ze středního odborného učiliště a žáci Zdravotní školy v Písku. Ti zde vykonávají povinnou školní praxi a jsou také velikou pomocí pro personál střediska. Pokud však více klientů potřebuje z důvodu zhoršeného zdravotního stavu větší objem péče, pracovníků je málo. Dále existují některé odborné činnosti, které péče vyžaduje a ty mohou vykonávat pouze pracovníci střediska.

#### 3.4.2 Pohled pracovníka přímé péče

K tomuto problému se vyjadřují oslovení pracovníci shodně v odpovědích na otázku číslo 4 „Příloha II“<sup>41</sup>, že pokud nastane situace, vyžadující nadměrnou péči o klienta, není k dispozici dostatečný počet personálu. Na podotázku „Kdo v týmu chybí?“ dotazovaní odpovídají, že psycholog, koordinátor týmu, odborník na poskytování paliativní péče.

Nastávají situace, kdy klient, jehož zdravotní stav se zhorší a on potřebuje časově náročnější péči, ji dostává na úkor času stráveného péčí o další klienty. To znamená, že pracovníci přímé péče se snahou o nesnížení kvality péče jako takové, ocitají často

---

<sup>40</sup> Srov. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. (eds) *Principy a praxe paliativní péče*, s. 446-447.

<sup>41</sup> Srov. *Příloha č. II* této práce.

v ohrožení syndromem vyhoření. Jehož jednou z příčin je nedostatek personálu na pracovišti a nemožnost odvést kvalitní práci. Téma syndromu vyhoření zpracovávám ve své práci níže.

### 3.4.3 Prostorové uspořádání

Povahu péče ovlivňuje také prostorové uspořádání domova a pokojů klientů. Pokoje často nejsou prostorné tak, aby byl možný přístup k lůžku klienta nejméně z obou stran. Tento přístup je velice důležitý při manipulaci s imobilním klientem a pro poskytování kvalitní péče personálem.<sup>42</sup>

Prostory na některých pokojích v zařízení jsou nevyhovující pro manipulaci s imobilními klienty. K některým lůžkům je přístup pouze jen z jedné strany. Tento problém vedení střediska již v nedávné době začalo řešit úpravou některých malometrážních pokojů s více lůžky na dvoulůžkové i jednolůžkové. Středisko Blanka zakoupilo zvedací zařízení, které můžeme použít pro přemísťování klientů, ovšem na některé pokoje se toto zařízení z důvodu malého prostoru nevejde. Je nutno říci, že se tato situace v našem středisku postupně řeší a daří se zlepšovat tyto podmínky, jak pro klienty, tak i pro personál.

V našem zařízení nemáme uzpůsobený pokoj, který by skýtal možnost pro doprovázení umírajících. Zde by umírající i jejich rodiny měli soukromí a čas pro sebe navzájem. Mohli by zde v případě potřeby probírat rodinné záležitosti jen mezi sebou či s přizvanými odbornými pracovníky. Rodinní příslušníci by měli možnost zde neomezeně pobývat. V našem středisku je jen málo pokojů jednolůžkových, nejvíce je pokojů dvojlůžkových a vícelůžkových, kde v případě potřeby používáme plentu. Pokud to zdravotní stav spolubydlícího dovolí a on souhlasí, nabídneme mu pobyt ve společenských prostorách našeho zařízení. Někteří klienti zažili takto odchod svých spolubydlících několikrát za sebou, protože v našem zařízení žijí již několik let. Takové situace jsou silně stresující. Setkáváme se s obavami rodin, které za umírajícími klienty

---

<sup>42</sup> Srov. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. (eds) *Principy a praxe paliativní péče*, s. 446-447.



dochází, aby nerušili soukromí spolubydlícího a i z toho důvodu tedy své návštěvy časově omezují.

Velice dobrým počinem a příkladem pro jiné instituce v této oblasti jsou *Rodinné pokoje*, zatím zřízené v objektu Léčebny dlouhodobě nemocných v Krajské nemocnici Liberec, a.s., Nemocnici s poliklinikou Česká Lípa, a.s. a v Panochově nemocnici v Turnově. Rodinné pokoje jsou místem pro pacienty v terminálním stavu a jejich rodinné příslušníky, v situacích, kdy není možné, aby umírající zůstali v domácí péči. V těchto pokojích jsou vytvářeny podmínky pro to, aby umírající a jejich blízcí důstojně a za podpory ošetřujícího personálu zvládali tuto obtížnou životní situaci pro ně pro všechny. Je to možnost být s umírajícím, doprovázet ho a rozloučit se. Pro umírajícího člověka je to možnost zemřít v blízkosti své rodiny.<sup>43</sup> V těchto rodinných pokojích se poskytuje odborná zdravotnická pomoc, psychosociální pomoc, možnost pro člena rodiny bydlet na pokoji s doprovázeným stále a další služby.

#### 3.4.4 Pohled pracovníka přímé péče

V odpovědích na otázku číslo 5 „Příloha II“<sup>44</sup> odpověděli pracovníci shodně, že v našem zařízení vhodný prostor k doprovázení umírajících a jejich rodin není. Vyjadřují se, že takový prostor je velice potřebným.

---

<sup>43</sup> Srov. Hospicová péče svaté Zdislavy [online].*Rodinný pokoj*. [cit. 2014-02-15]. Dostupná WWW: <[www.hospiczdislavy.cz/rodinnypokoj/](http://www.hospiczdislavy.cz/rodinnypokoj/)>.

<sup>44</sup> Srov. *Příloha č. II* této práce.

## 3.5 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je obecným fenoménem a vzniká u personálu vystavenému velké emotivní psychické zátěži. Lidé, pracující v těchto profesích mají velkou schopnost empatie. Proces empatie je dvoufázový. Člověk pracující v pomáhající profesi by se měl umět vcítit do pocitů opečovávaného, ale měl by ovládat dovednosti, jak se těchto pocitů zbavit. Lze to například nácvikem identifikačních a reidentifikačních technik. Pokud pracovník umí dobře zvládnout svoji schopnost empatie, může tak snižovat riziko syndromu vyhoření. Tento syndrom vzniká pravidelně a rozvíjí se v době asi tak od dvou do pěti let po nástupu do práce.

Jeho vznik ovlivňuje mnoho příčin. Jedna z nich je právě nedostatek personálu na pracovišti a další je nemožnost odvést kvalitní práci.<sup>45</sup>

### 3.5.1 Stres v paliativní péči

Ke stresu dochází tehdy, jsou-li věci a hodnoty, na kterých člověku záleží ohroženy či zpochybněny. Dobrá smrt člověka, kterého pracovníci v paliativní péči doprovázejí je vlastně takovou důležitou hodnotou. Dobrá smrt je charakterizována různě. Obecně je to jasné vědomí blížící se smrti, přijetí této skutečnosti nebo přizpůsobení se jí, příprava na smrt, hovory s jinými lidmi o smrti a poslední rozloučení.

Podle Mc Namarové existuje pět faktorů, které možnost dobré smrti ohrožují a představují pro pracovníky v paliativní péči zdroje stresu. Těchto pět zdrojů ohrožení souvisí s hodnotami a reakcemi společnosti, s organizací pracovního prostředí, s výměnami názorů mezi pracovníky a pacienty a jejich rodinami, s výměnami názorů mezi pracovníky a jejich rodinami, přáteli a kolegy a s osobním přijetím smrti.<sup>46</sup>

Pochopení vztahu mezi hodnotami paliativní péče a stresem je velmi důležité pro konstruktivní kritiku poskytované paliativní péče i v zařízeních typu jako je sociální zařízení Diakonie v Písku. Tyto hodnoty jako je přijetí nevyhnutelnosti smrti, rodina coby jednotka péče a vynikající úroveň zvládnání bolesti a symptomů jsou hodnotami

---

<sup>45</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 190-193.

<sup>46</sup> PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. (eds) *Principy a praxe paliativní péče*, s. 657.

paliativní péče obecně, ale je nutné říci, že v praxi jsou málo uplatňované. V dnešní době se péče vyvíjí směrem, který ohrožuje hodnotový systém pracovníků pro poskytování nejen paliativní péče, ale i péče jako takové.<sup>47</sup>

### 3.5.2 Supervize

Latinský doslovný překlad „supra video“ - vidím shora je výstižný. Vyjadřuje nadhled nad tématy, která pracovníky v pomáhajících profesích tíží. Supervize je proces praktického učení, v němž supervizor pomáhá supervidovanému řešit konkrétní situace, vznikající při jeho práci s klienty. Jde o reflektování svých postojů, hodnot, pocitů a pracovních postupů.<sup>48</sup>

### 3.5.3 Pohled pracovníka přímé péče

Z odpovědí pracovníků na otázku a podotázku číslo 6 „Příloha II“<sup>49</sup> můžeme stručně shrnout, že stres při poskytování paliativní péče nečastěji pocítují v případech nějaké vyhocené situace. Ohrožení syndromem vyhoření někteří připouštějí, ale nikdo neuvedl, že by tímto syndromem někdy trpěl.

K tomuto problému se vztahuje i otázka číslo 7 „Příloha II“ a z odpovědí pracovníků lze soudit, že supervize ve středisku není pravidlem a někteří se o ní vyjadřují, že jim nepomohla.

---

<sup>47</sup> Srov. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. (eds) *Principy a praxe paliativní péče*, s. 652-655.

<sup>48</sup> Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 46-47.

<sup>49</sup> Srov. *Příloha č. II* této práce.

## 4 Paliativní péče o klienta pana Nováka v Domově pro seniory v Písku

Klient, pan Novák<sup>50</sup>, byl v minulém roce v péči našeho zařízení Domova pro seniory Diakonie Českobratrské církve evangelické v Písku. Byl to klient výrazně mladší než cílová skupina klientů Domova. On i jeho rodina si přáli, aby byl umístěn právě u nás. Jedním z důvodů je, že bydliště rodiny je blízko Střediska Blanka. Klient minulý rok onemocněl velice závažným onemocněním, které je ve svém důsledku fatální. Při sepisování smlouvy o poskytování sociálních služeb nás rodina upozornila, že klient v terminálním stádiu si přeje být přemístěn do hospice v Prachaticích. Po určitém čase poskytování péče naším zařízením byli rodina i klient spokojeni a přáli si, aby klient u nás setrval až do svého konce. Klient byl přestěhován z dvoulůžkového pokoje z důvodu zhoršení zdravotního stavu na jednolůžkový pokoj. Pan Novák vyjádřil své přání o zbytečném neprodlužování jeho života. Po konzultaci s jeho ošetřujícím lékařem toto přání bylo sepsáno a uloženo do jeho zdravotnické a sociální dokumentace. Tento úkon je uzákoněn jako *dříve vyslovené přání*.

### 4.1 Dříve vyslovené přání

Dříve vyslovené přání je uvedeno v zákoně o zdravotních službách v Předpisu zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. § 36. Je zde uzákoněno, že pacient může, pro případ, kdy není schopen projevit své konkrétní přání ohledně poskytnutí či neposkytnutí zdravotních služeb, toto přání dopředu vyslovit. Poskytovatel zdravotních služeb bude brát zřetel na toto přání pacienta, bude-li ho mít k dispozici. Zároveň bude respektováno takové dříve vyslovené přání, které splňuje podmínky přesně dané tímto předpisem.<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> Srov. Příloha č. I této práce.

<sup>51</sup> Srov. Předpis č. 372/2011 Sb. zákona o zdravotních službách, § 36.

## 4.2 Závažné onemocnění

Závažné onemocnění je pro člověka velkou zátěží a dle Küblerové-Rossovové zpracování této zátěže probíhá v pěti fázích. Tyto fáze u každého mají individuální průběh a délku trvání. Je nutné zmínit, že tyto fáze mohou probíhat tak, jak jsou vypsány za sebou, ale také, že nemusí vždy zachovávat tento sled. Mohou se například dvě nebo tři v jednom dni prolínat, či některá z nich nemusí proběhnout vůbec. Nemusí se týkat jen závažného onemocnění, ale každé náročné situace v životě člověka.

*Fáze první* je fáze nejistoty před stanovením diagnózy. Člověk začíná vnímat své zdravotní obtíže. Nejdříve se je snaží překonat, ale pokud trvají dlouho a přestávají být zvladatelné, tak navštíví lékaře. Tato fáze končí diagnostikováním příslušné choroby.

Přichází *fáze šoku a popření*, kdy nemocný není schopen rychle se vyrovnat se sdělenou diagnózou a přichází silná úzkost. Může prožívat i například fantazie, že to není pravda a že bude zázračně uzdraven. Toto je způsobem obrany, který poskytuje člověku čas, aby mohl přijmout traumatizující fakt, že již nikdy nebude zdravý anebo dokonce zemře. Popření je běžnou reakcí na vzniklou situaci. Všichni samozřejmě víme, že takové věci se v životě dějí, ale všichni nemyslíme na to, že postihnou nás samé.

*Fáze třetí* je fáze generalizace negativního hodnocení. Nemocný již postupně přijímá skutečnost, že je nemocný. Potíže a projevy choroby nelze bagatelizovat a přehlížet. Nemocný neví, co bude dál, musí se vyrovnávat s faktem ohrožení vlastní existence. Každý reaguje a zpracovává situaci jinak. Pro nemocného může být vše v tomto období špatné, vše ztratilo smysl a význam. Reakcí může být i stav, kdy se člověk „zastaví“ a nebrání se a pouze trpí, protože si umí představit, co ho čeká. Emočními reakcemi mohou být smutek i vztek. Může svůj vztek obracet vůči rodině i pečujícím, zdravotníkům, protože mu nedokážou pomoci. Smutek a deprese se objevují tam, kde si nemocný myslí, že již nelze nic dělat.

*Fáze adaptace.* Zde ještě může předcházet fáze smlouvání, nemocný ví, že již nemůže očekávat zázrak. Snaží se dosáhnout aspoň něčeho. Smlouvá, činí velké sliby a

rád by omezil dopad onemocnění na svůj život a oddálil jeho progresi. Nemocný pohlíží již jinak na svoji situaci, může například hledat nějaký její smysl.

*Fáze smíření* se s nemocí a s jejím dopadem na život nemocného je fází poslední. Zase jsou různé projevy smíření se s nemocí. Skutečně smířený člověk hledá jiný smysl života a to i života, který mu ještě zbývá. Nesmíření lidé ulpívají na marném hledání způsobu jak se uzdravit. Také nemocný může rezignovat a již nemá sil usilovat o smíření.<sup>52</sup>

### 4.3 Týmy paliativní péče

Tým, který o klienta pečoval, byl složen z jeho praktického lékaře, všeobecné sestry našeho střediska, sociální pracovnice, pracovník v sociálních službách, manželky a matky pana Nováka, které ho navštěvovaly. Občas přicházela dcera a synové se návštěv účastnili sporadicky.

V posledních letech ve světě prošel model týmu paliativní péče změnami. Dříve se paliativní péče poskytovala převážně v hospicích. Role a povinnosti zúčastněných byly jasně vymezené. Z jednoduchého konceptu poskytování paliativní péče se stává složitější vzorec navzájem propojených služeb. Činnost týmů překračuje oborové a institucionální hranice. Důležitá je tedy schopnost efektivního spojení s různými zdravotními a sociálními službami. Většina paliativní péče je dnes poskytována v nesespecializovaných zařízeních a proto je důležité, aby nesespecializované týmy poskytovatelů měli snadný přístup k odborným konzultacím, kde mohou získat cenné rady a podporu. Současný tým paliativní péče může přebírat různé podoby a to hlavně dle zakázky klientů a jejich rodin a dle možností prostředí a zařízení, ve kterých se paliativní péče poskytuje.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4, s. 86 -88.

<sup>53</sup> Srov. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. (eds) *Principy a praxe paliativní péče*, s. 637.

#### 4.4 Potřeby, které jsme panu Novákovi pomáhali naplňovat

Těžce nemocný člověk má čtyři okruhy potřeb a to biologické, psychologické, sociální a spirituální. Pořadí jejich naplňování se v průběhu nemoci mění. Zatímco na začátku jsou nejdůležitější potřeby biologické, na konci jsou nejdůležitějšími potřeby spirituální. Ujasnit si tyto potřeby je důležité pro pečující i pro klienta samotného. Je důležité vědět, co pro nemocného můžeme udělat my a co pro sebe je schopen udělat on sám.

*Naplňování potřeb biologických.* Je to pomoc se stravou a to jak s její úpravou, tak i s jejím přijímáním. Pomoc se zbavením se produktů metabolismu těla. Hygiena a očista těla. Tišení bolesti. Polohování klienta z důvodu předcházení tvorbě dekubitů. Klient se také polohuje do zvýšené polohy, aby mohl lépe dýchat. Toto vše se řadí k pečovatelským úkonům, které jsme panu Novákovi poskytovali. S postupem jeho onemocnění se péče stávala stále náročnější. Klient potřeboval stále více péče a čas, který jsme věnovali jen jemu se ve vztahu k tomu stále prodlužoval. Toto vše probíhalo za stejného počtu zaměstnanců. Rodina se do péče začala zapojovat jen minimálně. Komunikace mezi rodinou a lékařem, mezi rodinou a naším personálem a mezi naším personálem a lékařem neprobíhala koordinovaně. Navzájem si nebyly dostatečně předávány informace, tak abychom mohli pružněji reagovat na rychle se měnící stav klienta. Bylo adekvátní, že každá z těchto tří podskupin pečujícího týmu měla jinou představu o paliativní péči, kterou pan Novák potřebuje. Zde je jasné z několika odpovědí pracovníků přímé péče, že chybí koordinátor týmu, který bude mít praktické i teoretické zkušenosti v poskytování paliativní péče „ Příloha II“.<sup>54</sup>

*Naplňování potřeb psychologických.* Velice důležitým je respektování lidské důstojnosti. K panu Novákovi jsme vždy přistupovali jako k partnerovi, který participuje na procesu naplňování péče o něho samého. Původní plán péče při jeho nástupu do zařízení i další byly vždy vypracovány ve spolupráci s klientem, s jeho manželkou a jeho matkou, které si pan Novák přizval. Plánování péče vždy probíhalo formou dohody obou stran, jak všech pečujících, také klienta a rodiny.

---

<sup>54</sup> Srov. Příloha č. II této práce.

*Potřeby sociální.* Podporovali jsme rodinu a přátele v návštěvách klienta, účast klienta na našich aktivizačních akcích. Snažili jsme se při péči i mimo ni ve volných chvílích s klientem komunikovat, i když poslední dobou byla verbální komunikace pro klienta namáhavá. S klientem byla domluvena i komunikace nonverbální. Klient v průběhu vývoje onemocnění ztratil schopnost komunikace verbální zcela.

*Potřeby spirituální.* Tyto byly dlouho v péči o nemocné a umírající opomíjeny. Dodnes se plno lidí domnívá, že jde o naplňování potřeb věřících lidí. Právě věřící většinou ví, co mají dělat. Ti, kteří z víry nežijí právě na sklonku života začínají řešit důležité otázky smyslu jejich života, jeho naplnění. Cítí potřebu odpuštění, smíření a potřebují cítit smysluplnost svého života i v situaci, ve které se nachází. Pokud nemají podporu a pomoc v naplňování těchto spirituálních potřeb, tak si zoufají a trpí duchovní nouzí.<sup>55</sup>

Pan Novák uvedl, že je nevěřící a nepřeje si účastnit se bohoslužeb, které pořádá v našem středisku pravidelně Českobratrská církev evangelická a Římskokatolická církev. V průběhu nemoci mu byl navrhován pastorační rozhovor nebo pomoc psychologa, jak jemu i celé rodině. Vždy tuto pomoc odmítal on i jeho rodina. Jejich přání bylo samozřejmě respektováno s tím, že pokud si to rozmyslí, tak tato nabídka pomoci stále trvá. Zároveň však on i rodina a zvláště pak jeho matka si velice zoufali a přáli si, a to v terminálním stavu klienta, aby konec jeho života přišel velmi rychle.

Klient rozhovory o smyslu a naplnění života většinou vedl, dokud mohl verbálně komunikovat, s ošetřujícím personálem. Pracovníci klienta vždy velice trpělivě vyslechli, byli přítomni v situacích jeho zoufalství a beznaděje. Je otázkou, jestli by tyto situace on i jeho rodina nezvládali lépe s pomocí nabízených odborných pracovníků z oblasti pastorační péče nebo psychologie.

---

<sup>55</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 18-20.



## 4.5 Pastorační péče

Je nutné, aby veřejnost byla informována o tom, co to pastorační péče je a neodmítala tyto služby z neznalosti principů této služby.

*„Pastorační péči o nemocné a trpící v širším smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.“<sup>56</sup>*

Tyto služby lze nabízet dle aktuálních požadavků a situace umírajícího a rodin. Volba přístupu záleží také na tom, jestli jsou umírající a jeho rodina věřící. V případě některých nevěřících individuální péči o člověka a jeho rodinu, kteří se ocitli v nestandardní životní situaci a potřebují pomoc, je schopna splnit sociální služba nebo psycholog. Vždy by měl být člověk pojmán celistvě a to nejenom v dimenzi biologické, sociální, psychologické, ale i spirituální.

## 4.6 Vyhodnocení působení některých faktorů v konkrétním případě.

O pana Nováka jsem pečovala, tak jako moji kolegové. Pokud na tomto konkrétním případě pana Nováka vyhodnotím, jaké faktory zde ovlivňovaly paliativní péči o něj negativně, tak to je nedostatečné personální obsazení v situaci, kdy již z důvodu zhoršování zdravotního stavu potřeboval stále více časově náročné péče. Pak je to komunikace s lékařem, kdy tato měla probíhat v týmu, aby informace byly podávány stejné všem a ne předávané zprostředkovaně. Pozitivní působení na paliativní péči o pana Nováka vidím ve faktoru prostorového uspořádání, kdy měl pan Novák k dispozici jednolůžkový pokoj, kde mohl trávit s rodinou čas v soukromí.

Velice pozitivně hodnotím snahu a ochotu nám pomoci ze strany oslovených pracovníků Hospice sv. Kleofáše v Třeboni a Hospice sv. Jana N. Neumanna

---

<sup>56</sup> OPATRŇY, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Uveřejněné 18. 11. 2004. [cit. 2014-01-16] Dostupné na WWW:<<http://knihovna.net/KNIHA/open.phtml?kniha=0051>>.

v Prachaticích. Věřím, že naše spolupráce se bude dále rozvíjet a že budeme mít možnost se účastnit praktických stáží v těchto zařízeních.

## Závěr

V této práci jsem se pokusila poukázat z pohledu pracovníka přímé péče na problémy s poskytováním paliativní péče klientům našeho zařízení vyjmenováním některých faktorů na tuto péči působících. Naše zařízení, tak jako i jiná pobytová sociální zařízení typu Domova seniorů a domovů se zvláštní péčí nejsou primárně určena k poskytování specializované paliativní péče. Zde klienti, kteří nemohou žít v domácím prostředí především z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, mají možnost smysluplně žít svůj život za pomoci a podpory odborného personálu a rodiny.

Cílem této práce bylo vyjmenovat faktory působící na poskytování paliativní péče v malém zařízení pro seniory a jejich reflexi pracovníky přímé péče. Celkem jsem vyjmenovala pět těchto faktorů a k nim jsem připojila další, navazující témata, týkající se poskytování paliativní péče. U každého faktoru jsem uvedla shrnutí, jak odpovídali pracovníci ve strukturovaném rozhovoru na otázky, týkající se působícího faktoru. Shrnutí jsem nazvala „*Pohled pracovníka přímé péče.*“

U faktoru, jímž je *praktický lékař*, nemohu já a ani moji kolegové hodnotit úroveň vzdělání lékaře v paliativní medicíně a péči, snad jen z hlediska nedostatečné komunikace některých lékařů s ošetřujícím personálem, rodinou, kterou by jistě zvládali lépe, kdyby byli poučenější, jak v těchto těžkých situacích komunikovat.

Faktor *účast rodin na doprovázení*. Jeho působení v odpovědích pracovníků většinou vystihují tu skutečnost, že rodiny se doprovázení umírajících z různých důvodů často neúčastní. Jejich blízký pak umírá v naší péči bez přítomnosti členů rodiny. Někteří pracovníci uvádějí jako důvod vztahy v rodinách.

Ke *kvalitě personálu* se pracovníci vyjadřují z hlediska vzdělávání, kde si nikdo z nich nemyslí, že jsou dostatečně v oblasti paliativní péče vzděláni. Není to dáno neochotou se vzdělávat, ale spíše kvalitou vzdělávání. Všichni pracující přímé péče doufáme, že se situacelepší a vzdělávací kurzy budou lektorovat odborníci pracující v praxi.

Faktor *úroveň organizace* reflektují dotazovaní odpověďmi na dvě otázky. První se zabývá *personálním obsazením*, které v situacích, jež vyžadují nadměrnou péči o klienty není dostatečné a takto to také vyhodnocují všichni dotazovaní. Na podotázku

„Kdo v týmu chybí?“ dotazovaní odpovídají, že psycholog, koordinátor týmu, odborník na poskytování paliativní péče. Druhá otázka se týká *prostorového uspořádání*, kde všichni dotazovaní reagují shodně, že prostor, vhodný k poskytování paliativní péče a k doprovázení umírajících v našem zařízení není. Někteří neexistenci tohoto prostoru a soukromí vnímají jako možnou překážku častější účasti rodin na doprovázení umírajících klientů, což se nám v praxi z reakcí některých členů rodin potvrzuje.

Z odpovědí pracovníků na otázku o stresu v paliativní péči a syndromu vyhoření můžeme stručně shrnout, že stres při poskytování paliativní péče nejčastěji pociťují v případech vyhocené situace. Ohrožení faktorem *syndromem vyhoření* někteří připouštějí, ale nikdo neuvedl, že by tímto syndromem někdy trpěl. K tomuto faktoru se vztahuje i otázka, která zjišťuje, jak funguje v zařízení supervize, která je jedním z nástrojů zvládnutí syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích. Z odpovědí pracovníků lze soudit, že supervize ve středisku není pravidlem a někteří se o ní vyjadřují, že jim nepomohla.

V konkrétním případě pana Nováka, faktory, které ovlivňovaly paliativní péči negativně, jsou nedostatečné personální obsazení v situaci, kdy již z důvodu zhoršování zdravotního stavu potřeboval stále více časově náročné péče. Pak je to komunikace s lékařem, kdy tato měla probíhat v týmu, aby informace byly podávány stejné všem a ne předávané zprostředkovaně. Pozitivní působení na paliativní péči o pana Nováka vidím ve faktoru *prostorového uspořádání*, kdy měl pan Novák k dispozici jednolůžkový pokoj.

Z reflexe pracovníků přímé péče na otázky, týkající se faktorů, ovlivňující paliativní péči v našem zařízení se dají vyvodit možnosti, jak zlepšit podmínky pro poskytování této péče. Je to především snaha o účelnější komunikaci s praktickými lékaři, rodinami, klienty a s externími odborníky jako je psycholog, pastorační pracovník a další. Větší podpora rodin v doprovázení umírajících, která se váže i na další faktor jako je *prostorové uspořádání* zařízení a to zřízení vhodného prostoru pro poskytování paliativní péče a doprovázení umírajících jejich rodinami. Zlepšit úroveň vzdělávání pracovníků, poskytujících paliativní péči a zvýšit jejich počet pro situace s nadměrnou péčí o umírající. Zvýšit úroveň supervize.

V textu práce výše jsem také nastínila další možné řešení při zvyšování úrovně paliativní péče, ke kterému jsme se rozhodli, kdy jsme spojili své síly se

specializovanými institucemi, jako jsou hospice. Je to jedna z cest, kterou věřím, že se naše zařízení bude ve zkvalitňování paliativní péče ubírat. Spolupráci máme v úmyslu dále rozvíjet. Zatím formou konzultací a účastí některých našich pracovníků na stážích na odborných pracovištích hospiců. Zde vidím možnost, jak zlepšovat neustále paliativní péči v zařízeních a v institucích, a to ve spolupráci těch, kteří nejsou primárně určeni k poskytování této péče, se specializovanými institucemi, jako jsou například hospice.

Konkrétní možnost zlepšování paliativní péči v nesespecializovaných zařízeních a problémy, které stojí v cestě této snaze, by se mohly stát hypotézou, vhodnou k ověření v dotazníkovém šetření i v jiných zařízeních.

## Seznam použitých zdrojů

BYOCK, I. *Dobré umírání*. Praha: Vyšehrad, spol. s r.o., 2005. ISBN 80-7021-797-9.

Diakonie Českobratrské církve evangelické[online]. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické. [cit. 2013-11-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.diakonie.cz/o-diakonii/>>.

Diakonie Českobratrské církve evangelické středisko Blanka[online]. Písek: Diakonie Českobratrské církve evangelické.[cit. 2013-11-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.diakoniepisek.cz/>>.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

Hospicová péče svaté Zdislavy [online]. *Rodinný pokoj*. [cit. 2014-02-15]. Dostupné na WWW: <[www.hospiczdislavy.cz/](http://www.hospiczdislavy.cz/)>.

HUNEŠ, R. *Co je hospic*. [cit. 2013-12-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospicpt.cz/prachatice/>>.

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

MAZANEC, R. *Amyotrofická laterální skleróza*. MF Lékařské listy[online]. 2007. č. 6 [cit. 2014-02-18]. Dostupné na WWW:< <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/amyotroficka-lateralni-skleroza-298590/>>.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Uveřejněné 18. 11. 2004. [cit. 2014-01-16] Dostupné na WWW:<<http://knihovna.net/KNIHA/open.phtml?kniha=0051>>.

PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. (eds) *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

Předpis č. 372/2011 Sb. zákona o zdravotních službách

RADBRUCH, L.; PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. B. m.: Cesta domů a česká společnost paliativní medicíny, 2010.

SMILKOVÁ, B.; *Umírání a potřeby umírajících*. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. České Budějovice 2013. vedoucí práce Machulová H.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

## **Seznam příloh**

Příloha číslo I: Kazuistika klienta pana Nováka

Příloha číslo II: Seznam otázek strukturovaného rozhovoru, odpovědi pracovníků  
přímé péče na tyto otázky.



## Přílohy

### Příloha číslo I

V této příloze dokládám kazuistiku pana Nováka, našeho klienta. Tento případ je vyjimečný tím, že pan Novák byl mladší než věkový průměr našich klientů, jeho vážným onemocněním a vztahem, který jsme si všichni k němu stačili vytvořit, když jsme ho doprovázeli během jeho umírání. Zemřel koncem roku 2013.

### Kazuistika Pana Nováka

#### Úvod

O klienta pana Nováka pečuji společně s mými spolupracovníky již osmý měsíc. Za ten čas jsme se vzájemně seznámili jak s jeho manželkou a dvěma dětmi, tak i s jeho matkou. Pan Novák služeb našeho zařízení začal využívat 25. 3. 2013. V listopadu roku 2012 mu byla sdělena lékaři diagnóza Amyotrofická laterální skleróza.

#### Amyotrofická laterální skleróza (ALS)

*„Je neurogenerativní onemocnění charakterizované progresivní ztrátou centrálních a periferních motorických neuronů. Zvládnutí symptomatické péče a časné zahájení neuroprotektivní léčby umožní částečně zpomalit progresi nemoci. Prevalence ALS je 6/100 000 obyvatel. Etiologie je nejasná a nemoc se vyskytuje převážně ve sporadické formě. Zánik motoneuronů vede k progredujícím asymetrickým svalovým atrofiím a svalové slabosti s následnou poruchou hybnosti končetin, artikulace, polykání a v pokročilém stadiu vede k poruše dýchání. Motoneurony pro okohybné svaly a sfinktery jsou ušetřeny. Poruchy intelektu typu demence byly zjištěny u 5 % nemocných s ALS. Onemocnění je fatální a 50 % nemocných umírá do 3 let od prvních příznaků“.*<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> MAZANEC, R. Amyotrofická laterální skleróza. MF Lékařské listy[online]. 2007. č. 6 [cit. 2014-02-18]. Dostupné na WWW:< <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/amyotroficka-lateralni-skleroza-298590/>>

### **Osobní anamnéza**

Pan Novák se narodil 13. 2. 1965 v Písku.

Trvalé bydliště: Karafiátova 3, Písek.

Důvod umístění klienta v našem zařízení: Rodina již přestala zvládat péči o pana Nováka vlastními silami. Naše zařízení je nedaleko bydliště rodiny a tak budou moci pana Nováka pravidelně navštěvovat a podílet se na péči o něj.

Pan Novák se vyučil malířem a natěračem. Po vyučení jako malíř pracoval. V 90. letech začal pracovat jako lodník v lodní dopravě na přehradě Orlický náhon u Písku. Bylo to pro něj nejzajímavější zaměstnání, velice ho bavilo. Pak lodní doprava byla zrušena a pan Novák nastoupil do továrny Faurecia na výrobu součástek do automobilů, kde pracoval až do doby svého onemocnění.

### **Rodinná anamnéza**

Pan Novák je ženatý podruhé a ze svého prvního manželství má syna, kterému je nyní 22 let. Z druhého manželství, ve kterém v současné době žije vychovávají s manželkou třináctiletého syna a devatenáctiletou dceru, kterou manželka do manželství přivedla z prvního manželství. Pan Novák se rád věnuje rodině a dětem, občas si zašel s kamarády na pivo. Víkendy s rodinou trávil na chalupě rodičů manželky, kde rád pracoval na zahradě. Rodina má také pěkné vztahy i s jeho matkou, otec mu již zemřel. Občas celá rodina pořádala výlety do přírody. Pan Novák rád poslouchá hudbu a sleduje sportovní pořady.

### **Zdravotní anamnéza**

Klientovi byla v listopadu roku 2012 diagnostikována Amyotrofická laterální skleróza. Pro zdravotní potíže zanechal svého povolání. Manželka i matka klienta se ujaly péče o pana Nováka v domácím prostředí. Velice obětavě se o něho staraly, ale bohužel zdravotní problémy se z důvodu jeho onemocnění prohlubovaly a domácí péče nebyla již možná. V březnu roku 2013 sepsal klient smlouvu o poskytování sociálních služeb v našem středisku Blanka, Domově pro seniory Diakonie Českobratrské církve evangelické. Naše středisko požádalo Městský úřad v Písku o udělení vyjímky pro přijetí pana Nováka. Naše cílová skupina klientů Domova pro seniory je definována

jako senioři starší šedesáti let. Městský úřad vyjímku potvrdil a pan Novák byl přijat v našem Domově pro seniory.

Pan Novák byl umístěn na dvoulůžkový pokoj. Byl s ním a s rodinou vypracován plán péče a individuální plán klienta. Klient i rodina si vymezily v jakých činnostech péče si přejí být soběstační a jakou péči bude poskytovat naše zařízení. V červnu se zdravotní stav klienta zhoršil natolik, že byl přemístěn po jeho žádosti na jednolůžkový pokoj, který je na chodbě nedaleko kanceláře pracovníků v sociálních službách a sester. Klient již špatně ovládal signalizační zařízení a bylo nutno ho častěji sledovat.

### **Aktuální situace**

Zdravotní stav klienta se horší průběžně, jak onemocnění postupuje a proto se stále péče a plán péče upravují dle jeho aktuálního stavu. Rodina již téměř všechnu péči přenechala profesionálnímu personálu, stále klienta navštěvuje a podporuje. Na žádost pana Nováka byl sepsán jeho manželkou dokument Dříve vyslovené přání, kde se vyjadřuje k dalšímu zdravotnickému postupu, až bude nutné řešit jeho akutní stav. Manželka s klientem zažádali již před umístěním klienta u nás o jeho přijetí do Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Nyní o této možnosti již neuvažují a přejí si, aby pan Novák pokud možno, dožil v našem středisku a v naší péči.

### **Plán péče**

Společně zvolit neverbální způsob komunikace.

Vyřešit, jakým způsobem si klient přivolá pomoc (klasické signalizační zařízení již nemůže ovládat).

Vysazování klienta (invalidní vozík již nesplňuje komfort k sezení).

Doplňky stravy a způsob přijímání tekutin (klient již špatně polyká a nepřijímá dostatečné množství stravy a tekutin).

Domluvit způsob provádění celkové koupele a vyprazdňování klienta.

Předcházet tvorbě dekubitů.

Navrhnout klientovi a rodině pomoc psychologa nebo pastoračního pracovníka.

Neverbální způsob komunikace bylo domluveno: mrknutí očima jednou bude znamenat ano. Mrknutí dvakrát ne. Pracovníci budou při komunikaci pokládat otázky, tak aby se tímto způsobem dalo odpovídat.

Přivolání pomoci: Středisko zakoupilo jednocestnou dětskou vysílačku „Chůvičku“ a tak pracovníci mohou reagovat lépe na vznikající problémy.

Byly domluveny častější návštěvy pracovníků na pokoji klienta.

Vysazování klienta: Klient bude vysazován na pojízdné polohovací křeslo a tak bude zajištěn vyšší komfort při sezení.

Doplňky stravy: Bude kontaktován lékař, aby předepsal klientovi doplněk stravy a objednáno zahušťovadlo tekutin.

Koupele a vyprazdňování klienta: S klientem bylo domluveno, že celková koupel mu bude prováděna na sprchovém lůžku. Byl mu popsán postup přesunu klienta na lůžko a následné koupele. Klient nechce zatím používat inkontinentní pomůcky, toaletní židli již vzhledem ke svému zdravotnímu stavu může používat jen na močení. Byl s ním domluven způsob vyprazdňování na nepropustnou podložku. Je to pro klienta přiměřenější způsob než použití inkontinentní pomůcky.

Předcházení tvorby dekubitů: Klient byl seznámen s polohováním. Polohovat se bude zatím po třech hodinách.

Pomoc psychologa nebo pastoračního pracovníka: Klientovi a jeho rodině byla nabídnuta pomoc psychologa nebo pastoračního pracovníka, ale jak klient, tak rodina to odmítli. Byli seznámeni s tím, že mají kdykoliv možnost o tuto pomoc požádat.

Tento plán péče odpovídá aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta p. Nováka, bude podle potřeby dále upravován.

## **Příloha číslo II**

Obsahuje odpovědi sedmi pracovníků přímé péče střediska Blanka Diakonie ČCE na otázky, které jsem jim pokládala při strukturovaném rozhovoru a seznam těchto sedmi otázek. Celkový počet stálých pracovníků přímé péče v zařízení je dvanáct.

Otázky:

1. Setkáváte se při poskytování péče umírajícímu klientovi s tím, že rodina žádá po lékařích ještě další léčbu a hospitalizaci v nemocnici?
2. Zapojujeme dostatečně při poskytování paliativní péče klientovi jeho rodinu?
3. Myslíte si, že jste dostatečně vzděláni, co se týká praktických a teoretických dovedností v paliativní péči?
4. Myslíte si, že jste v dostatečném počtu, pokud se vyskytne nutnost nadměrné péče o klienty? A kdo v týmu chybí?
5. Chybí zde pro poskytování paliativní péče vhodný prostor jako je například, pokoj kde by měl možnost být umírající se svou rodinou neomezeně?
6. Pociťujete při poskytování paliativní práce stres? Myslíte si, že jste ohroženi syndromem vyhoření při poskytování nadměrné péče v situacích, kdy to zdravotní stav klientů žádá?
7. Funguje v zařízení pro pracovníky supervize?

## Respondent A

1. „Ano, občas se s tím setkávám, že rodina další léčbu žádá a nechce se smířit s tím, že jejich blízký umírá.“
2. „Rodina, mám pocit, že by se měla zapojovat víc. Podpora rodiny je. U každé rodiny je to jinak.“
3. „Nejsem. Ráda bych navštívila hospic. Taková stáž v hospici by byla pro mě zajímavá. Poznat to tam při běžném provozu.“
4. „Pokud se vyskytne tato situace, nejsme v dostatečném počtu a tato péče je na úkor péče o jiné klienty. V týmu chybí určitě psycholog.“
5. „Rozhodně něco jako hospicový pokoj zde chybí, v pokojích, kde je více klientů se používají látkové zástěny a nemají tam svoje soukromí.“
6. „Syndromem vyhoření jsme ohroženi všichni, kdo pracujeme s lidmi. Ano, stres občas pociťuji v situacích, kdy je nás málo,“
7. „Supervize zde moc často neprobíhá. Byla jsem na ní jednou a asi bych se jí již nezúčastnila.“

## Respondent B

1. „Ano, ne často. Většinou praktický lékař s rodinou promluví a věnuje se jim.“
2. „S částí rodin spolupráce by byla, jsou ochotni se do péče zapojit. Většinou ale převládají požadavky z jejich strany. Jako, že problémy máme vyřešit za ně my, protože si to přece platí.“
3. „Mám rezervy. Praktické dovednosti, empatie, spíš ano. Teorie je třeba dovzdělat, stále vzdělávat, důležité jsou kurzy přímo k tématu, moc takových není.“
4. „Pro běžnou péči jsme v dostatečném počtu, pro nadměrnou, bohužel ne. Chybí zde vedoucí týmu a takový tmelič.“
5. „Ano tenhle pokoj by byl tady potřeba. Lidé nemají soukromí, když ho potřebují.“
6. „Syndromem vyhoření si zatím nepřipadám ohrožena, občas stres v práci pociťuji.“
7. „Chybí kvalitní supervize, vedení a podpora.“

## Respondent C

1. „Ještě jsem se s tímto nesešla při péči o umírající.“
2. „Spolupráce s rodinou je celkem dobrá. Rodinu se snažíme zapojovat do paliativní péče o jejich příbuzného.“
3. „Teoretické školení jsem absolvovala, bylo zajímavé, ale řešení praktických problémů, jsem tam nenašla.“
4. „Pokud se vyskytnou takové situace, je nás pečovateli málo, občas pomůže i zdravotnický personál. Chybí tady odborník přes paliativní péči, možná by to mohl být sociální pracovník, supervizor nebo psycholog, spíše někdo, kdo má praktické zkušenosti v doprovázení a byl by mě ochotný vyslechnout.“
5. „Ano, takový pokoj by byl v našem středisku potřebný. Nebo by bylo řešením, aby se upravily všechny pokoje jako jednolůžkové.“
6. „Syndrom vyhoření jsem zatím na sobě nepozorovala. Stres při poskytování péče občas mívám, když se vyskytnou problémy.“
7. „Na supervizi jsem byla jen jednou, promluvily jsme si s paní supervizorkou o mém problému, byla jsem spokojená, ale problémy na pracovišti to nevyřešilo.“



## Respondent D

1. „Ano, nedávno jsem byla svědkem této situace, kdy rodina požadovala další léčbu. Důležité je, aby s nimi promluvil lékař jako odborník, kterého většinou respektují“
2. „Ano částečně, je to o vztazích v té rodině.“
3. „Já jsem osobně na žádném takovém školení nebyla.“
4. „Je nás málo, hlavně je to vidět, když klient umírá v noci a ve službě je jeden pečovatel a jedna zdravotní sestra. Chybí tu koordinátor v poskytování péče jakékoliv.“
5. „Takový pokoj tu chybí zcela jasně, lidé a jejich rodiny tu nemají dost soukromí, pokud zrovna nebydlí na jednolůžkovém pokoji.“
6. „Ano, někdy stres pociťuji v případech, kdy nemám čas se věnovat klientovi více. O syndromu vyhoření vím, ale zatím jsem ho asi neprožila.“
7. „Na supervizi jsem nebyla“

## Respondent E

1. „Nesetkala jsem se s tímto osobně.“
2. „Možnost rodiny doprovázet mají, moc jí nevyžívají, snažím se rodiny podporovat, informovat.“
3. „Nemyslím, že jsem dostatečně vzdělaná v této oblasti. Uvítala bych více školení i stáží. Jde zde také o praktické zkušenosti.“
4. „Při neobvyklých situacích je nás pečovatelů málo. V týmu chybí psycholog.“
5. „Pro takový pokoj jsem všemi deseti, samozřejmě by se do úvahy musely vzít možnosti střediska. Určitě by to šlo.“
6. „Pocity, že někdy nemám čas udělat práci a věnovat se klientovi, mívám a dost nad tím přemýšlím. Ne syndromem vyhoření jsem neprošla, ale pokud nás bude pořád takto málo, nevím, jak budu tyto situace zvládat.“
7. „Supervizi jsem absolvovala, moc mi nepomohla.“

## Respondent F

1. „Ano, někdy se rodina těžko smíruje s odchodem jejich blízkého, ale s žádáním další léčby jsem se nesečkala, spíše s žádostí o neprodložování utrpení. Důležitá je komunikace s lékařem. Lékaři by měli více komunikovat s rodinou i s námi“
2. „Nedostatečně zapojujeme rodinu, někdy je to i z důvodu, že rodina nechce spolupracovat, nejsou tam dobré vztahy. Je nutná pořádná organizace práce.“
3. „Chybí tu pořádná kvalifikace pracovníků a rozvoj po profesní stránce.“
4. „Ano, je nás ve vypjatých situacích málo, chybí i dobrovolníci a organizace práce.“
5. „Jistě ano. Už jsme o tom mluvili dávno, že by bylo potřeba to soukromí a ne používat plenty anebo odvážet spolubydlícího jinam.“
6. „Ano stres pociťuji často, syndromem vyhoření snad ještě netrpím.“
7. „Supervize probíhá nepravidelně.“

## Respondent G

1. „Ano, párkrát jsem se s žádostí o další léčbu a hospitalizaci setkala, ale ve většině případů lékař rodině vše vysvětlil a rodina fakt, že jejich blízký umírá pak přijala.“
2. „Snažíme se rodinu zapojovat, ale je to u každé rodiny jiné. Nezřídka bývají děti rozhádané.“
3. „Nemyslím, pořád ještě nemáme praktická školení, například co je nového v paliativní péči a tak.“
4. „Při časově náročnější péči o klienty je nás málo, pak máme málo času na ostatní klienty. V týmu chybí koordinátor, který má odborné znalosti a nebojí se na toto téma komunikovat se všemi zúčastněnými.“
5. „Tento pokoj tu chybí. Samozřejmě je to i ve finančních možnostech zařízení. Řešení soukromí pomocí látkové plenty se mi nelíbí. Byla by tu lepší možnost pro doprovázení umírajících jejich rodinami.“
6. „Stres často nepociťuji a syndromem vyhoření netrpím, možná je to i tím, že střídavě sloužím na více odděleních našeho zařízení.“
7. „Supervize jsem se zúčastnila dvakrát, ale spíše se týkala vztahů v pracovním týmu.“

## Abstrakt

TEJKALOVÁ, B. *Smrt a umírání z pohledu pracovníka přímé péče v malém zařízení pro seniory*. České Budějovice 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra teologických věd. Vedoucí práce T. Veber.

Klíčová slova: smrt, paliativní péče, hospic, zařízení pro seniory, eutanázie, doprovázení umírajících.

Práce se zabývá možnostmi zlepšování poskytování paliativní péče v instituci jako je sociální pobytové zařízení, faktory, které poskytovanou paliativní péči ovlivňují. To vše z pohledu pracovníka přímé péče zaměstnaného v tomto zařízení. Zařízením je středisko Blanka Diakonie ČCE v Písku, které svým klientům poskytuje komplexní kvalitní sociální služby. Tato kvalita je dána i zaměstnanci, kteří svoji práci vykonávají s láskou a mají snahu své služby stále více zkvalitňovat.

## **Abstract**

TEJKALOVA, B. *The death and the dying in a view of a worker in a direct care in a small establishment for seniors.*

Keywords: death, palliative care, hospice establishment for the seniors, euthanasia, accompany the dying.

This work deals with improving the provision of palliative care in institutions such as social residential facility, the factors that affect the provision of palliative care. All this from the perspective of direct care staff employed at this facility. Installations center Blanka Diakonie ČCE in town Písek, which provides its clients with comprehensive quality social services. This quality is due to the employees who perform their job with love and tend to their services increasingly improved.