

Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta
Katedra / Ústav sociální práce

Péče o terminálně nemocného klienta v pobytové sociální službě

Diplomová práce

Autor: Bc. Eva Svitalská
Studijní program: N6731 - Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: kombinovaná

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

Hradec Králové, 2021



Zadání diplomové práce

Autor:	Eva Svitalská
Studium:	U18043
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název diplomové práce:	Péče o terminálně nemocného klienta v pobytové sociální službě
Název diplomové práce AJ:	Caring for a terminally ill client in a residential social service

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se bude zabývat problematikou poskytování paliativní péče o terminálně nemocné klienty v pobytové sociální službě a postojem pracovníků k umírání a smrti. Teoretická část bude popisovat problematiku smrti a umírání, paliativní péči v prostředí pobytové sociální služby, práci s klientem v terminálním stádiu nemoci a jeho rodinou. V praktické části bude použit kvalitativní výzkum, který bude prováděn pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky domova pro seniory v Náchodě, zejména se sociálními pracovníky, zdravotníky a pracovníky v sociálních službách. Cílem práce je zjistit postoj pracovníků ke smrti a umírání, možnosti a limity při poskytování péče o terminálně nemocného klienta.

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3. 2. KALVACH, Zdeněk. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3. 3. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry. Praha: Tvorba, 1995. 4. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Oponent:	doc. PhDr. Ing. Emília Janigová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Batňovicích 17. 7. 2021

.....

Bc. Eva Svitalská

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především vedoucí mé diplomové práce doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc., za metodické vedení mé práce, cenné rady a především trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu, kterou mi projevovala v průběhu studia.

ANOTACE

SVITALSKÁ, EVA. *Péče o terminálně nemocného klienta v pobytové sociální službě*. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové, 2021. 91 s. Diplomová práce. Vedoucí práce doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Diplomová práce se zabývá problematikou poskytování paliativní péče o terminálně nemocné klienty v pobytové sociální službě a postojem pracovníků k umírání a smrti. Teoretická část popisuje problematiku smrti a umírání, paliativní péči v prostředí pobytové sociální služby, práci s klientem v terminálním stadiu nemoci a jeho rodinou. Nesmíme také opomenout práci v týmu, riziko syndromu vyhoření pečujícího personálu a jeho prevenci. Jedná se o náročnou práci, kdy pracujeme nejen s vážně nemocnými klienty sociálních služeb, ale také s rodinami vážně nemocných klientů. Dále se diplomová práce věnuje komunikaci s nemocným a jeho rodinou, nebo komunikaci v týmu pečujících osob.

V praktické části je použita kvalitativní výzkumná metoda pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky domova pro seniory v Náchodě, zejména se sociálními pracovníky, zdravotníky a pracovníky v sociálních službách. **Cílem práce je zjistit postoj pracovníků ke smrti, umírání a možnosti a limity při poskytování péče o terminálně nemocného klienta.**

Klíčová slova: Smrt, umírání, paliativní péče, terminálně nemocný, domov pro seniory

ANNOTATION

SVITALSKÁ, EVA. *Caring for a terminally ill client in a residential social service*. Hradec Králové: Philosophical Faculty, University of Hradec Králové, 2021. 91 p. Diploma Thesis. Supervisor: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

The Diploma thesis deals with the issue of palliative care for terminally ill clients, provided in residential social services, and the staff attitudes towards dying and death. The theoretical part describes the issue of death and dying, palliative care in residential social services, work with terminally ill clients and their families. We must not neglect stressing the importance of teamwork, the risk of social worker burnout and its prevention. This is very challenging work, as it involves working not only with temporally ill clients, but also with their families. Furthermore, the thesis deals with communicating with patients and their families, and team communication of care home employees.

In the practical part, qualitative research is used, which has been carried out with the help of a semi-structured interview with the staff in the retirement home in Náchod, especially with the social workers, medical staff and employees in social services. **The aim of the Diploma thesis is to determine the staff attitudes towards death and dying, and the options and limits of palliative care for terminally ill clients.**

Keywords: death, dying, palliative care, terminally ill, retirement home

Obsah

Úvod	10
I Teoretická část.....	12
1 Péče v závěru života.....	12
1.1 Péče o umírající v minulosti.....	16
1.2 Medicinalizace umírání	17
1.2.1 Dystanázie – zadržaná smrt	18
1.3 Hospicové hnutí	19
1.3.1 Myšlenka hospice	19
1.3.2 Situace v České republice	21
2 Doprovázení těžce nemocného.....	23
2.1 Terminální fáze onemocnění	25
2.2 Umírání	25
2.2.1 Důležité otázky při rozhodování o změně přístupu:	26
2.2.2 Důstojné umírání.....	27
2.3 Fáze smíření podle Kübler-Rossově	29
3 Paliativní péče	34
3.1 Definování pojmu <i>paliativní péče</i>	35
3.2 Základní principy paliativní péče.....	37
3.3 Formy paliativní péče.....	38
3.3.1 Jednotlivé formy paliativní péče.....	38
3.4 Cílová skupina pacientů	39
3.5 Hospicová péče	39
3.6 Paliativní péče ve stáří	41
3.7 Komunikace v paliativní péči.....	43
4 Sociální služby pro seniory	49
4.1 Domovy pro seniory.....	50
4.2 Standardy kvality sociálních služeb	51
4.3 Individuální plánování v pobytové sociální službě.....	52

4.4	Multidisciplinární tým.....	53
4.5	Syndrom vyhoření.....	55
4.6	Supervize.....	58
5	Shrnutí teoretické části	60
	II Praktická část.....	63
6	Výzkumné šetření	63
6.1	Cíl výzkumného šetření.....	63
6.2	Transformace dílčích cílů.....	65
6.3	Metoda výzkumného šetření	68
6.4	Organizace výzkumného šetření	68
6.5	Výběr respondentů	69
6.6	Zodpovězení dílčích výzkumných otázek.....	72
6.6.1	Interpretace DVO 1: „Jaké mají pracovníci znalosti o umírání a paliativní péči?“	72
6.6.2	Interpretace DVO 2: „Jak vnímají pracovníci péči o terminálně nemocné klienty ze své pozice?“	76
6.6.3	Interpretace DVO 3: Jaké vidí pracovníci limity při poskytování paliativní péče o klienty v terminálním stadiu?.....	80
	Tato výzkumná otázka byla zaměřena na odhalení limitů při poskytování paliativní péče ve sledované pobytové sociální službě pro seniory.	80
6.7	Zodpovězení hlavní výzkumné otázky.....	83
	Závěr	85
	Seznam tabulek	87
	Seznam použité literatury	88
	Seznam příloh.....	I
	Příloha č. 1	II
	Příloha č. 2	III
	Příloha č. 3	IV

Seznam použitých zkratk

ČR – Česká republika

DD – domov důchodců

DPS – domov pro seniory

DVO – dílčí výzkumná otázka

DZR – domov se zvláštním režimem

HVO – hlavní výzkumná otázka

např. – například

PS – praktická sestra

PSS – pracovník v sociálních službách

R – respondent

SP – sociální pracovník

TO – tazatelská otázka

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

V – výzkumník

VS – všeobecná sestra

Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila „Péči o terminálně nemocného klienta v pobytové sociální službě.“ Svou praxi jsem začala hned po ukončení střední zdravotnické školy v roce 1996 jako zdravotní sestra v hospici Anežky České v Červeném Kostelci. Pracovala jsem tam dva roky a měla jsem možnost seznámit se s paliativní péčí, která v té době nebyla běžná a v očích veřejnosti byla považována za něco hrozného. Při práci v hospici jsem poznala péči o nevyлéčitelně nemocné a umírající z jiné stránky, než jsem ji do té doby znala z nemocnice. Práce se mi líbila kvůli individuálnímu přístupu k jednotlivým nemocným, zajištění důstojného prostředí pro umírající, práci s rodinou a pozůstalými. V té době to bylo jako bych se ocitla v jiném světě. Po dvou letech jsem z rodinných důvodů změnila práci a začala jsem pracovat jako staniční sestra v domově důchodců. Byla jsem překvapená, jakým způsobem personál přistupoval ke klientům služby, zejména pak k těm umírajícím. Byla pryč důstojnost, individuální přístup, právo na určení si toho, co si senior přeje. V té době jsem se setkala s tím, že o smrti a umírání nechtěl nikdo mluvit. Personál se bál doprovázení umírajícího (ideálně dát paraván, aby nebylo nic vidět), ale i rodiny při nabídce možnosti strávit čas s umírajícím se spíše bránily. Musím říct, že jsem byla v šoku a hodně jsem o té práci přemýšlela. Začala jsem pracovat na tom, abych přístup personálu ke klientům změnila. Vzhledem k tomu, že jsem pracovala ve vedoucí pozici, měla jsem možnost určité změny udělat. Nebylo to jednoduché, ale některé změny se podařilo zavést. Zlepšila se především péče o klienta v terminálním stadiu a důstojné doprovázení na konci jeho života, včetně péče o zemřelého. Postupně pracovníci získávali zkušenosti a byli přístupnější ke změnám. S podobným problémem jsem se setkala i při práci v nemocnici, kde jsem měla pocit, že jsou ještě více potlačena práva pacientů – třeba při uklizení stolečků bez přítomnosti pacienta apod. Paliativní péče nebyla v nemocnici vůbec, „dát paraván a snažit se přeložit co nejrychleji nemocného do hospice“.

V současné době pracuji jako manažerka přímé péče v domově pro seniory a při své práci se na jedné straně věnuji klientům, kteří se ocitli na konci svého života, i jejich rodinám a na druhé straně pracuji s pečujícími personálem. Při práci s klienty se

snažíme o důstojný a individuální přístup, zavádíme paliativní péči o klienty, kteří jsou v terminálním stadiu onemocnění a nabízíme pomoc a podporu rodinám při doprovázení umírajícího.

Diplomová práce se zabývá problematikou poskytování paliativní péče o terminálně nemocné klienty v pobytové sociální službě a postojem pracovníků k umírání a smrti. Teoretická část popisuje problematiku smrti a umírání, paliativní péči v prostředí pobytové sociální služby, práci s klientem v terminálním stadiu nemoci a jeho rodinou. Nesmíme také opomenout práci v týmu, riziko syndromu vyhoření pečujícího personálu a jeho prevenci. Jedná se o náročnou práci, kdy pracujeme nejen s vážně nemocnými klienty sociálních služeb, ale také musíme komunikovat s rodinami klientů. Z pozice manažera přímé péče si velmi uvědomuji náročnost práce všech pracovníků v sociálních službách, a proto se snažím podporovat své podřízené při práci s terminálně nemocným klientem, nabízím jim školení orientovaná na tuto problematiku, dále na zvládání náročných situací při výkonu profese, komunikaci a v neposlední řadě supervize, při kterých mohou pracovníci řešit problémy, se kterými se setkávají při výkonu náročné práce s klienty a jejich rodinnými příslušníky.

V praktické části je použita metoda kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky domova pro seniory v Náchodě, zejména se sociálními pracovníky, zdravotníky a pracovníky v sociálních službách. Cílem práce je zjistit postoj pracovníků ke smrti, umírání a možnosti, limity při poskytování péče o terminálně nemocného klienta.

I Teoretická část

1 Péče v závěru života

V úvodu knihy „Péče v závěru života“ od Heleny Kisvetrové píše Jaroslava Králová (2018, s. 9), že *„jedinou jistotou v životě člověka je jeho vlastní smrt. Současně je smrt i největší neznámou lidské existence.“* To, co neznáme, v nás vyvolává úzkost a strach. Strach a úzkost z umírání je jedním z nejsilnějších prožitků. Zesvětštění společnosti má značný vliv na prožitek obav z umírání, protože člověk je současně bytost sociální, spirituální a biologická. Nelze preferovat pouze jednu dimenzi lidské bytosti, protože dochází k neuspokojení potřeb v ostatních oblastech a tím narůstá úzkost, strach, ale i hněv nemocného a jeho rodiny. To celé má následně dopad na subjektivní vnímání kvality péče na konci života (Kisvetrová, 2018).

Smrt je pro člověka velmi znepokojující. Je to něco, co nelze z našeho osudu odejmout a načasování není dané. Mladí lidé si myšlenku na smrt většinou nepřipouští, je to něco vzdáleného, co se jich momentálně netýká. Je to, ale základní jistota, kterou máme a v průběhu života se s ní postupně seznamujeme, když odcházejí naši blízcí. Nakonec si uvědomíme svou konečnost a staneme před hranicí vlastního konce (Kupka, 2014).

Munzarová (2005, s. 61) uvádí, že *„nemoc a smrt vždy byly a vždy budou integrální součástí lidské zkušenosti. Způsob, jakým se snažíme identifikovat a odpovídat na jedinečné potřeby každého umírajícího a na postupné ztráty nemocného a jeho blízkých, je citlivým indexem zralosti společnosti.“* Každý nemocný má své jedinečné a specifické potřeby, stejně jako jeho rodina. Proto je nutné jejich trápení a bolest odhalovat a odlehčovat jim v jejich snášení, a to nejen nemocnému, ale i rodině, a to i v období truchlení (Munzarová, 2005). Pokud se člověk dozví, že trpí nevyléčitelnou nemocí, je jeho přáním, aby byl jeho život co nejdelší. Pokud zjistí, že se jeho život krátí, přeje si, aby zakoušel co nejméně utrpení psychického, fyzického, sociálního i duchovního a přeje si dobrou smrt. Lidé se více bojí utrpení než smrti samotné. Proto tady je paliativní medicína, která se snaží utrpení včetně bolesti odstranit nebo alespoň zmírnit. V jejím zájmu není jen fyzické strádání, ale také psychické, sociální

a spirituální. Paliativní péče přináší těm, kterým medicína nedokáže zachránit život, dobrou kvalitu života (O'Connor a Aranda, 2005).

Období umírání je pro blízké odcházejícího člověka dobou strachu, nejistoty a krize, ale i časem velmi důležitým. Je to období mnoha otázek, které si kladou blízcí, ale i člověk, který je na sklonku svého života, například: Jak poznám, že smrt přichází? Mohu nějak pomoci? Co se bude dít? Zvládnu to, když jsem to ještě nikdy neprožil? V tomto období je dobré mít na blízku někoho, kdo nám pomůže se v náročné situaci zorientovat a zodpovědět naše otázky. Každý člověk přistupuje k blížící se smrti vlastním způsobem. *„Smrt je tak jedinečná, jak jedinečný je každý člověk. Cesta umírání je pro každého člověka jiná – je jeho vlastní, liší se od všech ostatních...Je důležité, abychom umírajícímu člověku ponechali čas, který potřebuje, aby šel vlastní cestou svého umírání. Může to být někdy pro nás bolestné a těžké, protože cítíme, že bychom umírajícímu přáli jinou a lehčí cestu.“* (Špinková, 2018, s. 3).

Smrt mívá spoustu různých podob – může být způsobena nehodou, akutním onemocněním či válečnými událostmi, nebo je následkem chronického onemocnění a úbytkem fyzických sil v pozdním věku. Smrt je jistotou pro všechny živé tvory, ale většina si nemůže způsob smrti zvolit (Payne et al., 2007). Smrt je pro člověka znepokojující a pokud si začne uvědomovat konec svého bytí, nebo dojde ke zhoršení zdravotního stavu tak, že svou smrt očekává, začne si hledat informace a zkušenosti od těch, kteří se s touto událostí setkali. V minulosti se člověk setkával s umíráním častěji, protože bylo zvykem, že lidé umírali spíše v domácím prostředí. Moderní doba s sebou přinesla změnu v umírání, a to především v tom, že lidé většinou neumírají v domácím prostředí za podpory rodiny, ale v nějakém zdravotnickém zařízení (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných apod.) bez účasti rodiny. To má za následek málo informací a zkušeností s touto životní událostí (Kupka, 2014). Znamé prostředí, přítomnost rodiny a blízkých, kteří mají možnost umírajícího doprovázet, být mu oporou v jeho nejtěžších chvílích a moct se s ním rozloučit je velmi důležitou událostí a zkušeností nejen pro umírajícího, ale také pro všechny, kteří u toho mohou být. Podle Elisabeth Kübler-Rossové (2015, s. 15) jsou *„výrazem schopnosti přijmout neodvratnost konce a pomáhají jak umírajícímu pacientovi, tak jeho rodině*

vyrovnat se s blížícím se odloučením. Když pacient může zakončit svůj život v důvěrně známém a milovaném prostředí, neklade to na něj tak velké nároky, nemusí se přizpůsobovat tolika změnám.“ Jeho rodina ho zná nejlépe a ví, jakým způsobem o něj pečovat a eventuálně jak přizpůsobit podmínky poskytování péče v závěru života. Pokud má celá rodina možnost společně sdílet úzkost a obavy, tak jim to dává pocit, že na tu náročnou situaci nejsou sami a mohou se podělit o své pocity. „Taková zkušenost je postupně formuje, pomáhá jim vidět smrt jako součást života a umožňuje jim také lidsky růst a zrát. ...Myslím, že naše současná neschopnost vyrovnat se se smrtí klidně, má řadu důvodů. Jedním z nejdůležitějších je fakt, že samo umírání má dnes v mnoha směrech děsivější podobu než dříve, je mnohem osamělejší, mechanické, odlidštěné – občas je dokonce obtížné přesný okamžik smrti technicky stanovit“ (Kübler-Ross, 2015, s. 16-17).

Když je člověk vážně nemocný, velmi často se s ním jedná jako s někým, kdo nemá právo na své vlastní rozhodnutí. Většinou někdo cizí rozhodne o tom, kde a kdy bude nemocný hospitalizován nebo jaká mu budou provedena vyšetření. Většinou nemocnému chybí důležité informace o jeho zdravotním stavu, často se tyto věci komunikují s rodinou, jako by nemocný přestával být svéprávnou osobou. Rozhodnutí se dělají bez ohledu na jeho názor (Kübler-Ross, 2015). U nemocného narůstá neklid, nedůvěra v personál, který se mu v dobré víře snaží poskytnout tu nejlepší péči a také nedůvěra v rodinné příslušníky, které podezírá z toho, že mu něco tají, rozhodují za něj. Nemocný se může uzavřít do sebe, může přestat spolupracovat při řešení jeho zdravotních problémů a může dojít ke zhoršení zdravotního stavu a jeho prožívání náročné situace. Podle Elisabeth Kübler-Rossové (2015, s. 18–19) by stačilo, „*tak málo, aby si zdravotníci uvědomili, že i nemocný člověk něco cítí, že si něco přeje, že má na věci svůj pohled. A především – což je ze všeho nejdůležitější – že má právo být slyšen.... Pacient může volat po klidu, míru a důstojnosti, ale dostane kapačky, transfúze, kardiostimulátor nebo tracheostomii, bude-li to považováno za důležité. Může si přát, aby se u něj jeden jediný člověk zastavil na jednu jedinou minutu, jen aby mu mohl položit jednu jedinou otázku, avšak dostane se mu tuctu lidí, kteří se budou neustále, ve dne v noci, horečně zabývat jeho pulzem, tlakem...a nenajde nikoho, koho by zajímal jako lidská bytost. Může se tomu chtít vzepřít, pokusit se vést boj, ale bude to boj marný, protože tohle všechno se děje ve jménu záchrany života,*

a pokud mu zdravotníci život zachrání, budou se jím jako člověkem zabývat potom. Ti, kdo by se na lidskou stránku soustředili od samého začátku, by mohli ztratit příliš mnoho drahocenného času, jenž je pro záchranu života nezbytný!“ Tento přístup se jeví jako logický a jistým způsobem ospravedlňuje odlidštění zdravotnické péče. Je tomu opravdu tak? Není pravým důvodem odlidštěného přístupu k nemocným potřeba naší vlastní ochrany? Nejedná se pouze o přístup, který je jen snahou vypořádat se s úzkostí, jenž v nás smrtelně nemocní pacienti a lidé v kritickém stavu probouzejí, způsobem, jak tuto úzkost potlačit? (Kübler-Ross, 2015). Blížící se smrt je pro mnohé tak znepokojující a děsivou událostí, že veškeré své úsilí zaměřují na techniku, přístroje, na sledování fyziologických funkcí se zoufalým pokusem popírat blížící se konec lidského života. Stroje nás neoslovují, nejsou nám blízké jako obličej s výrazem utrpení, který nám může připomínat, že máme své nedostatky, že nejsme všemocní, a že jsme smrtelní (Kübler-Ross, 2015).

Podle Haškovcové (2007, s. 21) *„je technicky vyspělá medicína charakteristická tím, že doslova a do písmene bojuje o ohrožený život každého člověka, což je právě tak obdivuhodné, jako potřebné. Ve snaze nedovolit smrti, aby zvítězila, ji však tabuizovala. Nejen laická, ale i část odborné veřejnosti velmi rychle přijala názor, že se smrt nehodí do našeho úspěšného života a že je vadou na kráse úspěšné medicíny.“* Je třeba si uvědomit, že smrt patří do života stejně jako příchod na svět. Lidé v současné době sice umírají na jiných místech, jinak než kdysi a v jiném životním čase, ale končí svůj život, jsou mezi námi a potřebují pomoc stejně jako dříve. Není zde prostor pro pocity viny a osobní prohry, ale je důležité usilovat o zprostředkování takových podmínek při procesu umírání, aby byly pro umírajícího a jeho blízké, pokud možno příjemné, ulevily jim od bolesti a umožnily jim důstojné doprovázení blízkého v konečné fázi jeho života (Haškovcová, 2007).

U odborné veřejnosti se objevuje shodný názor, že požadavky na důstojné umírání a smrt jsou opodstatněné a že je důležité hledat cesty, jak dát dohromady staré a osvědčené přístupy k terminálně nemocným a umírajícím s přístupy moderní medicíny. Důležité je obohacení medicíny o prvky soucitné péče, kde má nezastupitelnou úlohu projev osobní účasti, vlídné slovo, pohlázení a laskavé povzbuzení (Haškovcová, 2007).

1.1 Péče o umírající v minulosti

Představa péče o umírající v minulosti byla značně idealizovaná do podoby „domácího modelu umírání“. O tomto modelu však můžeme hovořit teprve v posledních dvou stoletích. Do této doby byla péče v závěru života o chudé spíše laická, velmi často žádná (Haškovcová, 2007).

Podle Kupky (2014, s. 19) měl *„rodinný (domácí) model umírání po staletí stejný scénář, kdy každý věděl, jaký je jeho úkol. Pečovat o umírajícího člena rodiny bylo běžné a samozřejmé. Umírající věděl, co se bude dít, až nadejde jeho čas. V průběhu života se potkal se smrtí, a tak jak životem procházel, měl i různé úkoly v situacích, kdy jeho příbuzní onemocněli, umírali a on se věnoval roli doprovázejícího. Díky tomu si mohl do hloubky uvědomit, že se do podobné situace jednou dostane sám.“* Díky těmto zkušenostem se lidé učili, jak umírání a smrt probíhají a jakým způsobem o umírající pečovat. Už od dětství se učili přijmout smrt jako součást života a seznamovali se s rolí nejen doprovázející osoby, ale také osoby umírající (Kupka, 2014).

Člověk se stával díky těmto zkušenostem méně nejistý ve svém chování vůči umírajícímu, byl schopen zvládnout to, co je dnes považováno za adekvátní psychologický (psychoterapeutický) přístup k umírajícímu člověku. (Kupka, 2014). Toto nezbavilo člověka strachu ze smrti, strach ze smrti je přirozený, ale osobní zkušenost vedla k poznání toho, jakým způsobem může umírání probíhat (Haškovcová, 2007).

Všichni neměli to štěstí, že umírali v blízkosti členů rodiny. Péče v závěru života o chudé byla spíše laická, velmi často žádná. Velkým úkolem pro společnost bylo zajištění alespoň minimální péče umírajícímu. Minimální péči je rozuměno pokrytí nejdůležitějších fyzických potřeb a základní materiální zázemí. Ze sociálních problémů bylo řešeno pouze následné zaopatření sirotků a vdov. Psychické potřeby nebyly rovněž řešeny, ale vzhledem k tomu, že smrt nebyla tabuizována, každý věděl, jak se má k umírajícímu chovat, a i člověk na sklonku života věděl, co se od něj očekává. Každý člověk měl vlastní životní zkušenost s umíráním, neboť v průběhu svého života sekundoval u lůžka umírajícího a doprovázel ho na sklonku jeho života.

Nejpropracovanější složkou byla duchovní péče o umírajícího, kterou zajišťovali kněží a věřící příbuzní. Péče o nemocné a umírající se postupně ujímaly církve, obce a šlechta. Vznikaly chudobince, špitály a chorobince, které se snažily zajistit pomoc zejména chudým lidem, jejichž situace byla po dlouhou dobu špatná. Pouze mocní a bohatí obyvatelé měli na sklonku svého života určitá privilegia, jako třeba přítomnost lékaře, kterou většina obyvatel postrádala i v průběhu života. (Haškovcová, 2007).

1.2 Medicinalizace umírání

Marková (2010, s. 14) ve své publikaci uvádí, že se „v minulém století podařilo vyrvat umírání z rodinného života. Umírání se stalo lékařskou záležitostí, patologií, něčím, co se mělo léčit za každou cenu až do úplného vyčerpání organismu. Tato patologizace oddělila umírání od přirozeného lidského životaběhu.“ Velký pokrok v diagnostice a léčebných metodách umožnil léčit onemocnění, která do té doby byla považována za smrtelná a nevléčitelná. Objevila se tak možnost zachraňovat lidské životy. Společnost, zejména ta odborná získala dojem, že medicína může vše a měla by bojovat s nemocí až do konce, i když ne vždy vítězného. Zdravotníci pro klidný průběh práce potřebovali, aby nebyl rušen jejich denní režim. To způsobilo, že se stali rodinní příslušníci v nemocnicích nežádoucími a umírající člověk trávil své poslední chvíle v úplném osamění (Marková, 2010).

Podle Haškovcové se medicína snaží (2007, s. 23) „do poslední chvíle odvrátit neodvratitelné, ale její razantní intervence bývá často sporná. Kdyby s pokorou a v uctivé kázni před zákonitostí konečnosti včas předala žezlo vlády paliativní péči, patrně by se snížil počet těch, kterým v dobrém úmyslu ubližuje tím, že je nenechá v klidu a důstojně zemřít. Problematické situace komplikují i úpěnlivé prosby celé řady příbuzných, kteří stejně jako lékaři, nechtějí připustit, že se životní čas konkrétního člověka již naplnil.“

Každý člověk touží po klidné a důstojné smrti. Moderní medicína nám umožňuje prožít závěr života bez nesnesitelných bolestí. Je řešen bio-psych-sociální komfort nemocného, ale i přesto nejsou lidé spokojeni. Důvodem je, že u jejich lůžka je neznámý profesionál, který může nemocnému poskytnout profesionální péči, ale nemusí plně chápat jeho psychické nebo spirituální potřeby. Člen rodiny může být

vystrašený, pro nezkušenost s náročnou situací doprovázení, může si připadat bezradný a mít obavy z toho, že neodborným přístupem ještě více nemocnému přitíží. Odborníci v této situaci mohou nabídnout pomoc a oporu psychologa nejen umírajícímu, ale také rodinnému příslušníkovi (Kupka, 2014). U odborné veřejnosti se objevuje shodný názor, že požadavky na důstojné umírání a smrt jsou opodstatněné, a že je důležité hledat cesty, jak dát dohromady staré a osvědčené přístupy k terminálně nemocným a umírajícím s přístupy moderní medicíny. Důležité je obohacení medicíny o prvky soucitné péče, kde má nezastupitelnou úlohu projev osobní účasti, vlídné slovo, pohlazení a laskavé povzbuzení (Haškovcová, 2007).

Díky propojení moderních poznatků medicíny a spoluúčasti příbuzných umírajícího, kteří pomáhají v péči o něj, se objevuje možná cesta řešení tohoto problému. V současném přístupu je tato snaha realizována skrze hospicové hnutí, které je kombinací rodinného modelu umírání s moderní medicínskou praxí (Kupka, 2014).

1.2.1 Dystanázie – zadržaná smrt

„Stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována, nazývají odborníci dystanází neboli zadržanou smrtí.“ (Haškovcová, 2007, s. 33). Jedná se o stav, kdy pomocí přístrojů a medikamentózní léčby není dovoleno zemřít člověku, který by za normálních podmínek v klidu odešel z tohoto světa (Marková, 2010).

Lidé mají dobré zkušenosti s medicínou a spoléhají na její vítězství. Po 2. světové válce specializovaná a vědecká medicína prokázala opakovaně své přednosti. Došlo ke splnění odvěké touhy lidstva – ke zkvalitnění života a prodloužení střední délky života. Smrt je stále odsouvána a mnoho lidí nabylo dojmu, že zemřít je nevhodné a vždy předčasné. Docházelo k postupnému zlepšování zdravotní péče, a to díky objevům nových léků a antibiotik. Došlo k radikální změně, kdy *„nesamozřejmost života je vystřídána nesamozřejmostí smrti.“* (Haškovcová, 2007, s. 32). Medicína dosáhla mnoha úspěchů v léčbě infekčních onemocnění, maligních onemocnění nebo transplantologii. Oddalování smrti je sice ušlechtilý a hodnotný čin, ale opomíjení konečnosti lidského života je projevem profesionální a lidské neodpovědnosti. *„Medicína by měla být zdrženlivá a rozvázná. Zápas s chorobou by měla vyvažovat*

vědomím, že její úlohou není učinit tělo nesmrtelným, ale pomoci lidem prožít omezený počet let co nejzdravěji.“ (Haškovcová, 2007, s. 33).

První etické problémy spojené s dystanzií se objevují v šedesátých letech 20. století. Neutěšený stav v přístupu k umírajícím způsobil, že se začalo volat po eutanázii – dobré smrti za asistence lékaře neboli asistované sebevraždě. V tomto období dochází také k rozvoji hospicového hnutí (Marková, 2010).

1.3 Hospicové hnutí

V počátcích rozvoje hospicového hnutí měla moderní hospicová a paliativní péče mnohé vlastnosti sociálního hnutí, které bylo podporováno širšími silami: větším bohatstvím, které umožnilo nárůst charitativního dárcovství, demografickými trendy, díky kterým bylo větší množství lidí schopno dobrovolně pracovat v místních hospicích, ochranou zájmů příjemců péče a vzrůstajícím uvědoměním mezi příjemci služeb zdravotní a sociální péče. Hnutí bylo inspirováno charismatickým vůdcovstvím a odmítalo přehlížení umírání ve společnosti, přispívalo k otevřenosti ohledně ztráty blízkých a smrti, volalo po kvalitním zvládnutí bolesti a symptomů nemoci u všech, kteří to potřebují, snažilo se změnit pohled na smrt jako na přirozený jev a mobilizovalo morální a praktické argumenty proti lidem, kteří prosazovali eutanázii (Payne et al., 2007).

1.3.1 Myšlenka hospice

Kalvach (2010, s. 12-13) ve svém manuálu paliativní péče uvádí, že *„vymezení a povahu paliativní (hospicové) péče zásadním způsobem nastínila zakladatelka novodobého hospicového hnutí C. Saundersová v memoárové reflexi svého přístupu a svých motivací: „Uvědomila jsem si, že potřebujeme lepší nejen kontrolu bolesti, ale celkovou péči. Lidé potřebovali prostor, aby byli sami sebou. Zavedla jsem pojem, celková bolest‘ (celkové utrpení, total pain), neboť jsem pochopila, že umírající lidé trpí bolestí nejen tělesnou, ale také spirituální, duševní a sociální, které všechny se musí léčit. A od té chvíle jsem na tom pracovala.“*

Podle Svatošové (1999, s. 123) *„myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.“* Hospicová péče nemocnému

garantuje, že bude v každé situaci respektována jeho lidská důstojnost, nebude trpět nesnesitelnými bolestmi a že v posledních chvílích svého života nezůstane osamocen (Svatošová, 1999).

K rozvoji hospicového hnutí dochází nejprve v Anglii a velmi brzy ji následují západní země. První britský hospic St. Christophers byl otevřen v roce 1967 v Londýně Sydenhamu (Marková, 2010). Jako první moderní hospic kombinoval tři zásadní principy: perfektní klinickou péči, výzkum a vzdělání. Tímto se významně odlišoval od jiných zařízení pro umírající. Jeho cílem bylo vytvoření dokonalého střediska v nové oblasti péče. (Payne et al., 2007). S rozvojem hospiců dochází v sedmdesátých letech 20. století k rozvoji paliativní medicíny. Velkým mezníkem se ve Velké Británii stalo stanovení zásad rozvoje paliativní medicíny:

- Vznik oddělení paliativní medicíny provádějící komplexní péči multidisciplinární včetně vysoce odborné lékařské péče.
- Rozvoj domácí paliativní péče, školení lékařů a sester v tomto oboru, kteří jsou součástí multidisciplinárního paliativního týmu.
- Vznik hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, zavádění paliativní péče zpět do nemocničních provozů.
- Rozvoj konzultačních služeb ohledně paliativní péče ve všech nemocnicích.
- Výuka všech zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární péče (Marková, 2010).

Důležité bylo, aby se u této vznikající oblasti odbornosti docílilo uznání jako profese. Nejdříve se tak stalo v Británii v roce 1987, což bylo považováno za bod zvratu v historii hospiců. Jednalo se o širší odklon „hospicové“ a „terminální“ péče ke koncepci péče paliativní. Podle některých je pro dlouhodobou životaschopnost paliativní péče zásadní její specializace, rozvoj modelu praxe a organizace založené na faktech, začlenění do zdravotního systému. Jiní poukazují na ztrátu dřívějších ideálů a toho, že se objevují tlaky „rutinizace“ a „medikalizace“ – kladení důrazu na fyzické symptomy před psychosociálními a duchovními zájmy. Přínosnější je ale pohled na rozvoj paliativní péče, jako na tvorbu a zvládnutí prostoru mezi nadějí na uzdravení a přijetím konce života (Payne et al., 2007).

„Hospicová a paliativní péče mají společnou a krátkou historii. Vývoj od jedné formy ke druhé znamená přechod, který, bude-li úspěšný, může zajistit, že přínos modelu péče dříve dostupné jen několika málo lidem na konci života bude časem rozšířen na všechny, kdo ho potřebují, bez ohledu na diagnózu, stav choroby, sociální situaci či prostředky“ (Payne et al., 2007, s. 60).

1.3.2 Situace v České republice

K systematickému rozvoji hospicového hnutí a paliativní péče dochází v České republice od poloviny 90. let. Od doby svých počátků prošel tento obor významnými změnami ve všech složkách péče – v léčebné oblasti se posunula dopředu léčba příznaků onemocnění a léčba bolesti, v ošetrovatelské péči se s narůstající praxí odráží větší porozumění problémům umírajících a jejich rodin (Student et al., 2006).

Nositelem ojedinělého a velkorysého projektu s názvem: Podpora paliativní péče v České republice, se stalo občanské hospicové sdružení Cesta domů. Tento projekt byl realizován v programu „Public Health Open Society Fund Praha“.

Cíle projektu:

- Identifikace hlavní slabiny péče o umírající v České republice a definice překážek rozvoje této péče.
- Zpracování zprávy o umírání a paliativní péči v České republice.
- Návrh koncepčního řešení rozvoje paliativní péče.
- Zapojení co nejvíce subjektů (státní orgány, zdravotní pojišťovny, politická reprezentace, média, odborná i laická veřejnost) do dlouhodobé činnosti, která by vedla k zásadnímu a trvalému zkvalitnění péče o umírající a jejich rodiny.

V letech 200–2001 byl proveden výzkum, jehož data jsou důležitá pro tvorbu perspektivního systému rozvoje a podpory paliativní péče v České republice. V roce 2004 vyšla publikace „Umírání a paliativní péče v ČR“, jejíž podtitul byl – situace, reflexe a vyhlídky. Tato publikace obsahuje výsledky výzkumu, kterého se zúčastnilo 1283 dospělých respondentů a poskytuje nám ucelený pohled české veřejnosti na úroveň péče o nemocné v terminálním stadiu onemocnění a umírající v systému zdravotnictví v České republice.

Z výzkumu vyplynulo:

- celková mortalita a její příčiny jsou v České republice obdobné jako v jiných rozvinutých zemích.
- Péče o nevléčitelně nemocné a umírající není dostatečně kvalitní (pouze 1,3 % dotázaných si myslí, že je péče skutečně dobrá) – zejména zdravotničtí pracovníci, kteří mají opakovanou zkušenost s péčí o umírající, hodnotí péči o umírající kritičtěji než laická veřejnost. Negativní hodnocení se vztahuje k míře informovanosti nemocných o jejich zdravotním stavu. Více než dvě třetiny lidí umírá ve zdravotnických zařízeních, 4 % lidí umírá v sociálních zařízeních a méně než 1% úmrtí připadá na hospice. Tyto data nám poukazují na institucionalizovaný způsob umírání a ostře kontrastují s přáním lidí zemřít doma nebo v jiném známém prostředí, za podpory a účasti blízké osoby.
- Velké procento lidí má velké obavy, které jsou spojeny s procesem umírání – bojí se hlavně bolesti, ztráty soběstačnosti, odloučení od blízkých, psychického utrpení, osamocení, ztráty důstojnosti, toho, co bude následovat.
- Většina respondentů (91 %) je přesvědčena o nutnosti zlepšit péči o umírající.

Výsledky výzkumu poukazují na neuspokojivou situaci českých umírajících a jejich rodin, a na potřebu změny v této oblasti. K tomu, jak toho docílit, nám mohou pomoci další publikace, které Hospicové občanské sdružení vydalo za tímto účelem (Koncepte paliativní péče v ČR, Respektování lidské důstojnosti, O organizaci paliativní péče, Standardy domácí paliativní péče, Vzdělávání v paliativní péči) (Haškovcová, 2007).

MUDr. Marie Svatošová se zasloužila o vznik prvního hospice, který byl postaven v roce 1995 v Červeném Kostelci – hospic Anežky České (Munzarová, 2005). Marie Svatošová je česká lékařka, publicistka a spisovatelka, je zakladatelkou a vůdčí osobností hospicového hnutí v České republice. Dnes se již úspěšně rozvíjejí společnosti a občanská sdružení, která propagují a uskutečňují hospicovou péči v různých formách (domácí péče, stacionární hospicová péče nebo lůžková péče). Kromě péče o nevléčitelně nemocné je důležitá péče a podpora doprovázejících a pozůstalých, i tento aspekt paliativní péče obsahuje (Munzarová, 2005).

2 Doprovázení těžce nemocného

Podle doktorky Svatošové (1999, s. 16) „*chceme-li se naučit těžce nemocné doprovázet, musíme si nejprve správně zodpovědět tuto klíčovou otázku. Chápeme-li pojem zdraví jako perfektně fungující stroj a nemoc jako stroj porouchaný, který je nutno opravit, promazat, případně vyměnit náhradní díly, jsme velice daleko od skutečnosti a nemáme téměř žádnou šanci být nemocnému opravdu prospěšní.*“

Jankovský (2018, s. 141) uvádí, že „*nemoc přirozeně souvisí velmi úzce se zdravím. Proto také nemůžeme hovořit o nemoci, aniž bychom opomněli definovat, co je zdraví, resp. co v našem životě znamená. V mládí vnímáme zdraví většinou jako samozřejmost, která k životu prostě patří. Jeho skutečnou hodnotu jsme si totiž schopni většinou uvědomit, až když ho ztratíme.*“

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako (Matoušek et al., 2010, s. 196) „*plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. Z toho se odvíjí i potřeby nemocného. Ty jsou také tělesné, duševní, sociální a duchovní. Všechny tyto čtyři dimenze je nutno mít stále na paměti.*“ Podle této definice není snadné najít člověka, který by byl zcela zdravý. Je zbytečné to příliš komplikovat, důležité je se zaměřit na to, jak se nemocný člověk cítí. Podle Svatošové (1999, s. 16) „*člověk může být nemocen, aniž ve vlastním slova smyslu trpí.*“

Jankovský (2018, s. 141) uvádí, že „*za nemoc je považován stav, kdy je organismus (člověk) omezován (krácen) v některé oblasti pohody (blaha). Dojde k narušení (destabilizaci) dobře fungujícího celku, jeho správného fungování a rovnováhy. Projeví se narušením struktury orgánů, což vede ke vzniku příznaků nemoci a k dalším důsledkům.*“ Mezi nemocí a zdravím není ostrá hranice. Změna stavu ze zdraví do nemoci může být pozvolná, anebo náhlá a může nás upozorňovat na to, jak můžeme být zranitelní. Pokud onemocníme, tak se cítíme být ohroženi, máme strach a úzkost. Tyto pocity nás mohou významně zatěžovat a vyčerpávat (Jankovský, 2018).

Matoušek et al. ve své publikaci (2010, s. 197) uvádí, že „*se priority potřeb pacienta v průběhu choroby mění. V terminálním stadiu bývají v popředí, kromě potřeby zvládnout bolest, potřeby spirituální, mylně zaměňované s potřebami*

psychologickými. “ Ve zdravotnictví bývá spiritualita většinou tabu, nemluví se o ní a je považována spíše za soukromé téma. Bývá oddělována od medicínské péče, jako by ji bylo možné od uzdravování oddělit (Matoušek et al., 2010). Od zdravotní péče se očekává zvládnutí bolesti nebo jiných nepříjemných příznaků onemocnění, ale tím je zajištěno pouze blaho tělesné. Nedochází však k uspokojení potřeb sociálních, duševních nebo spirituálních. Zde se objevuje prostor pro ostatní pečující, kteří se mohou podílet na uspokojení potřeb člověka v terminálním stadiu onemocnění. Důležité je nezapomínat na to, že hodně pro sebe může udělat i sám pacient. Při řešení situace člověka v terminálním stadiu onemocnění je důležité jasně formulovat cíl péče, aby se nezhoršovala jeho situace pouhým nepochopením nedostatkem informací a upínáním se k marným nadějím. Při správně stanoveném cíli můžeme docílit toho, že člověk na konci svého života bude v pohodě, klidu a bude intenzivně prožívat čas se svými blízkými. Cílem může být: úplné uzdravení, snášení útrap chronického onemocnění nebo důstojné a klidné umírání. Cíl se může v průběhu opakovaně upřesňovat tak, abychom ulehčili nemocnému prožívání těžkého období. „*Není pochyb o tom, že tak náročný úkol je schopen splnit jenom ten, kdo se vyrovnal se svou vlastní smrtelností. Ideální je, dokáží-li se na společném cíli shodnout všichni zúčastnění: lékař, rodina pacienta i sám pacient.*“ (Svatošová, 1999, s. 17).

Pravda z hlediska potřeb nemocného

- Pokud nezískám od nemocného souhlas s léčbou, tak těžko mohu uspokojit jeho tělesné potřeby. Předpokladem je řádné a pravdivé poučení nemocného.
- Psychické potřeby nemocného neuspokojíme, pokud ho neupřímností a lži připravíme o pocit bezpečí a uvrhneme ho tak do izolace.
- Potřeby sociální – zajištění rodinných nebo pracovních záležitostí může pouze ten, kdo je včas a pravdivě informován tak, aby si mohl uspořádat všechny záležitosti, dokud je schopen.
- Potřeby spirituální – pravdivé sdělení prognózy (při zachování naděje) v mnohých mobilizuje poslední síly k nejdůležitějšímu životnímu rozhodnutí a konání (Matoušek et al., 2010).

2.1 Terminální fáze onemocnění

Kabelka (2017, s. 299) ve své publikaci uvádí, že se „*terminální stadium nevléčitelných onemocnění vyznačuje častější destabilizací onemocnění, akcelerací některých symptomů, je zřetelné, že se nemoc vyvíjí k závěru. Většinou hovoříme o posledních měsících života.*“

Podle Slámy et al. (2007, s. 301) „*jako terminální fázi – umírání – označujeme poslední dny a hodiny života, kdy dochází k nevratnému selhávání lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus).*“

„*Synonymem terminálního stavu je v lékařské terminologii pojem umírání. Terminální stav znamená, že dochází k progredujícím a nevratným poruchám důležitých život podmiňujících funkcí. Důsledkem je zánik jednotlivce.*“ (Kupka, 2014, s. 102).

Terminální stav je obdobím, ve kterém dospěje vývoj onemocnění do stavu, kdy nemocného přímo ohrožuje na životě. Klinicky se jedná o destabilizaci orgánové rovnováhy nebo vážné dekompenzace životně důležitých orgánů. „*je to období, kdy vrcholí snaha nemocného, rodiny a zdravotníků důstojně a kvalitně nemocného provést úskalími nevléčitelné nemoci. Některé symptomy se akcelerují (únava, slabost, nechutenství), jiné naopak léčené zůstávají často stacionární (například to bývá bolest, zvláště v křehké geriatrici) ... Terminální fáze se u různých onemocnění liší svojí délkou, charakterem potřeb nemocného i jeho blízkých a v neposlední řadě symptomovou zátěží.*“ (Kabelka, 2017, s. 299).

2.2 Umírání

Podle Haškovcové dle Kupka (2014, s. 102) je „*umírání především proces, což souvisí s výše uvedenými fakty. V klinické praxi se pod pojmem umírání rozumí různě dlouhé časové období, které končí terminálním stavem.*“

„*Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi... Umírání může být očekávaným vyústěním známé pokročilé, kauzálně neovlivnitelné choroby (např. metastazující karcinom)*“ (Sláma et al., 2007, s. 301).

Smrti předchází zhoršení klinického stavu, které může trvat různě dlouhou dobu –

několik sekund až minut (např. masivní krvácení), několik hodin (sepsa při bronchopneumonii) nebo několik dní (narůstající intrakraniální hypertenze). U lidí, kteří jsou staří a polymorbidní (např. terminální stadium jaterní cirhózy, ischemická choroba srdeční), je velmi obtížné rozpoznání nezvratného charakteru orgánového selhávání a zhoršování klinického stavu. Někdy dochází k přehodnocení stavu nemocného z vážně nemocného na terminálně nemocného, a z toho plynoucí změna z léčebného přístupu na přístup paliativní, během několika dní nebo hodin. (Sláma et al., 2007) Při hodnocení klinického stavu nemocného, jeho odpovědi na poskytovanou léčbu a následném rozhodování o přechodu z léčebného přístupu na přístup paliativní, je důležitá vysoká odbornost, zkušenosti a velmi dobré pozorování nemocného. Rozhodnutí o změně péče by nemělo být rozhodnutím jedné osoby (lékaře), ale důležité je také přání pacienta a jeho rodiny.

2.2.1 Důležité otázky při rozhodování o změně přístupu:

- Jaké je pacientovo základní onemocnění? Jaké má rezervy? Jak reagoval při minulém zhoršení zdravotního stavu na léčbu?
- Je pacient ochotný a za jakých podmínek podstoupit rizika při minimální pravděpodobnosti kladného výsledku? Není už pacient vyčerpán natolik, že je pro něj ukončení životní dráhy vysvobozením?
- Jaký názor má pacientova rodina?
- Pokud využijeme nákladné postupy intenzivní medicíny, které prodlouží život nemocného o několik dnů či týdnů, je to eticky a klinicky ospravedlnitelné? (Sláma et al., 2007).

„Rozhodnutí, že stav pacienta hodnotíme jako terminální, je třeba přiměřeným způsobem prodiskutovat s pacientovou rodinou a v některých případech také s pacientem. Rozhodnutí je třeba zdůvodnit a zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Nejde o zbytečnou formalitu. Stanovení diagnózy „umírání“ vytváří nový klinický kontext péče. Cílem je pacientovi umožnit klidnou a důstojnou smrt, a nikoliv tuto smrt za každou cenu oddálit. Všechny diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy pak musí být přehodnoceny podle toho, zda k dosažení důstojného umírání přispívají.“ (Sláma et al., 2007, s. 304).

2.2.2 Důstojné umírání

Pro nemocné v závěru života je respekt a důstojnost zásadním prožitkem. Podle Špatenkové dle Kisvetrová (2018, s. 38) lze důstojné umírání definovat „*jako uznání lidské hodnoty jedince, kterému je poskytována péče s respektem a empaticky.*“

Dimenze důstojného umírání:

1. Kvalitní péče o umírajícího s akcentem na spirituální a psychosociální potřeby.
2. Péče o rodinu a blízké umírajícího pacienta ve všech fázích procesu umírání. Především ve fázi *in finem* bývá pozornost směřována hlavně k umírajícímu, zatímco rodina a nejbližší umírajícího, kteří také trpí a potřebují podporu, jsou velmi často opomíjeni.
3. Třetí dimenze důstojného umírání zahrnuje péči o pečující – péče by měla podpořit a rozvíjet profesní a osobní kompetence, měla by předcházet syndromu vyhoření (Kisvetrová, 2018).

Pět kategorií důstojné smrti:

1. Smrt bez utrpení – znamená to, že dojde ke snížení utrpení na minimum. Dochází ke kontrole a optimálnímu tlumení duševních a fyzických symptomů (bolest, dušnost, horečka, křeče, žízeň, strach a úzkost).
2. Smrt s redukcí lékařských zákroků – znamená to, že nedochází ke zbytečnému zatěžování pacienta invazivními zákroky, která by mohla zhoršovat kvalitu života v jeho závěru, a nedochází k umělému prodlužování života.
3. Smrt s pocitem bezpečí – jedná se o zajištění prostředí, které vnímá umírající jako bezpečné, které nevyvolává pocit strachu a kde není v okamžiku smrti sám.
4. Smrt s ohledem na autonomii – jedná se o poskytování ohleduplné péče s respektem k jedinečné hodnotě lidské bytosti v průběhu těžké nemoci, až do poslední chvíle života.
5. Smrt se smířením – znamená smrt v harmonii a klidu, kdy je umírající člověk smířený se smrtí a mohl se rozloučit se svými nejbližšími (Kisvetrová, 2018).

Proces umírání

Umírání je hlavně proces, který trvá různě dlouhé časové období a končí terminálním stavem. Mnozí odborníci dělí tento proces na tři časově nestejná, ale výrazná a kvalitativně rozdílná období: pre finem, in finem, post finem.

Období Pre finem – „toto období začíná ve chvíli, kdy dojde ke zjištění, že nemoc konkrétního člověka je závažná a s vysokou pravděpodobností skončí smrtí. Umírání, jakožto proces v tomto smyslu začíná sdělením diagnózy...Po celé toto období je přítomna snaha o dosažení remise, či alespoň zmírnění obtíží. S ohledem na pravděpodobnost neblahého konce je potřeba vést pacienta úskalími nemoci.“ (Haškovcová dle Kupka, 2014, s. 102).

Svatošová (1999, s. 132) ve své publikaci uvádí, že to je „péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu.“

Každý člověk reaguje na ohrožení individuálně. Reakce je ovlivněna životní zkušeností, temperamentem, osobnostními rozdíly a momentálním rozpoložením. Reakce na takto vážnou situaci může být různá – jedná se o přijetí nebo odmítnutí informace, a to v rovině rozumové nebo emoční. Důležité je, jakým způsobem je diagnóza pacientovi sdělena, jak mu jsou vysvětleny možnosti řešení situace. Pacient musí vědět, že mimo lékařské péče mu bude nabídnuta také péče psychologická a především lidská (Kupka, 2014).

Období In finem – Haškovcová dle Kupka (2014, s. 105) „ztotožňuje situaci in finem s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Žádný člověk by neměl umírat sám. Narození člověka je v naší kultuře alespoň většinou sociálně sdíleno, závěru života současná společnost tuto dimenzi téměř upřela.“

Svatošová (1999, s. 132) píše, že to je „péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu.“

Pokud se umírající nenachází ve svém domácím prostředí, ale konec svého života tráví ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení, je dobré mu umožnit přítomnost rodiny nebo blízké osoby. Mnoho starých lidí ovšem nemá nikoho, kdo by s ním

mohl sdílet jeho poslední chvíle nebo se o něj starat, proto bychom na tyto situace měli také myslet a nenechávat člověka samotného. Trvalá přítomnost je ale sporná, protože umírající člověk má také potřebu samoty. Více spí, má menší potřebu hovořit, více rozjímá a rekapituluje svůj život. Je velmi důležité vysvětlit rodině nebo doprovázející osobě, jaké změny mohou nastat v závěru života. Umírajícímu méně chutná jídlo, střídají se u něj chutě nebo stravu odmítá, objevuje se neklid nebo je spavý, svléká se, protože má pocit, že na sobě nic nesnese. Příbuzní by měli být poučeni také o tom, že smrti předchází i fyziologické změny – slábnutí pulsu, klesá krevní tlak, klesá tělesná teplota – umírající má studené koncové části těla, ztížené a nepravidelné dýchání, mění se rysy tváře – špičatí, lokty a kolena tmavnou. Dalším průvodním jevem je několik dní před smrtí euforie. Dochází k poslednímu rozkvětu všech životních sil, umírající je bdělý, komunikuje, vyslovuje přání – v této chvíli je dobré, aby byl umírající ve společnosti svých blízkých. Euforie je vystřídána smrtelným kómatem, kdy umírající už nereaguje na podněty, ale může slyšet, proto bychom měli v přítomnosti člověka v tomto stavu mluvit tak, jako by byl při vědomí (Kupka, 2014)

Období Post finem – kromě péče o tělo zemřelého nabývá na významu potřeba věnovat pozornost problematice zármutku a žalu. „*První okamžiky po smrti blízkého jsou pro pozůstalé velmi významné. Rozhoduje se o tom, jakou podobu bude jejich zármutek mít. Žal nad ztrátou může probíhat normálním způsobem. Výjimkou však nejsou ani patologické formy zármutku, které mohou vyústit sekundárně do úzkostných či depresivních poruch.*“ (Kupka, 2014, s. 108).

2.3 Fáze smíření podle Kübler-Rossově

Fázi smíření či přijetí je důležité odlišit od rezignace. Cílem pomoci umírajícímu a jeho blízkým je dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti. Rezignace je něco odlišného a chápeme ji jako selhání doprovázejícího, i když neúmyslné (Svatošová, 1999).

V knize „O smrti a umírání“ popisuje Elisabeth Kübler-Rossová jednotlivá stadia, kterými nemocný prochází, pokud se dozví vážnou diagnózu, která může skončit smrtí.

E. Kübler-Rossová popisuje tyto stadia na základě svých zkušeností, které získala prací s umírajícími. Doktorka Kübler-Rossová se věnovala rozhovorům s umírajícím desítky let. Odporovala a popsala stadia, kterými nemocní procházejí. Tyto stadia jsou seřazena tak, jak se nejčastěji u lidí po získání informace o závažnosti onemocnění objevují. Prožívání závažného stavu je velice individuální a někteří lidé nemusí projít všemi stadii, mohou se vrátit do stadia, které už jednou prožili, nebo nemocný zemře dříve, než dojde do posledního stadia a nevyrovná se smrti. Stadia vyrovnání se s vážným onemocněním jsou seřazena tak, jak obvykle přicházejí. Při vyrovnávání se s informací o nevléčitelném onemocnění nemusí být zachováno jejich pořadí. Setkáváme se s tím, že se některé z nich vracejí, střídají se a někdy dochází k jejich prolínání. Fáze nejsou stejně dlouhé a některé mohou chybět. Vše se odvíjí od jedinečného prožívání každého člověka. (Matoušek et al., 2010).

První stadium – popírání a izolace

První reakcí na sdělení závažné diagnózy je šok, popírání skutečnosti. Spousta pacientů odmítá skutečnost a hledá, kde se stala chyba (Nedošlo k záměně výsledků? To není možné, to je určitě omyl).

Vyhledají jiného lékaře a podstoupí další vyšetření, aby se ujistili, že došlo k omylu. Podle Kübler-Rossově (2015, s. 52-53) „*popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, jenž tlumí účinky nenadálé a šokující zprávy, dovoluje pacientovi, aby se vzchopil a postupem času v sobě zmobilizoval jiné, méně radikální obranné strategie... Popírání bývá jen dočasnou obrannou strategií a je záhy vystřídáno částečným přijetím skutečnosti.*“ Šok ze sdělení závažné zprávy bývá dočasný, nemocný se z otřesu postupně zotavuje. Zda, jakým způsobem a jak dlouho bude nemocný popírat realitu je závislé na tom, jakým způsobem je nemocnému zpráva sdělena. V tomto období je velmi důležité navázat kontakt s nemocným, získat si jeho důvěru, zajímat se o to, co potřebuje, naslouchat mu, dát mu čas, aby se mohl srovnat se složitou situací. Nemocní si velmi často vybírají, s kým chtějí mluvit o své situaci (zda je to někdo ze zdravotnického personálu nebo z rodiny) (Kübler-Ross., 2015).

Druhé stadium – zlost, agrese

Prvotní popírání bývá nahrazeno pocity zlosti, vzteku, rozmrzelosti a závisti. Člověk je zmatený a hledá odpovědi na otázku: „Proč zrovna já?“ Stadium hněvu je pro všechny mnohem náročnější než stadium popírání. Hněv pacienta se obrací kamkoliv a vybíjí se na komkoli, kdo se právě objeví (zdravotnický personál, jiný pacient na pokoji nebo rodina). Nemocný bývá rozmrzelý, pláče, návštěvu rodiny přijímá bez úsměvu a radostného očekávání. Pro příbuzné je to velmi náročná situace, kdy často reagují slzami, smutkem, pocity provinění, nebo dokonce odmítnou chodit na návštěvy, což jen posiluje nespokojenost a hněv nemocného. V tomto období je důležité s nemocným mluvit o jeho obavách, pocitech a bezmoci (Kübler-Ross, 2015).

Podle E. Kübler-Rossové (2015, s. 66) „když lidé v jeho okolí pacienta respektují a chápou, když mu věnují pozornost a trochu svého času, nemocný brzy svůj hlas ztiší a zmírní své zlostné požadavky. Poznává, že je cennou a ceněnou lidskou bytostí, že ostatním není lhostejný, ale že se všichni naopak snaží pomáhat mu, aby mohl fungovat, jak nejlépe a nejdéle to jde. Zjistí, že mu lidé naslouchají, aniž by kvůli tomu musel tropit zlostné scény, a sestřičky se u jeho postele budou zastavovat i bez vyzvánění a skoro stejně často, protože už to pro ně nebude nezbytná povinnost, ale potěšení.“

Třetí stadium – smlouvání, vyjednávání

Jedná se o stadium méně známé, ale pro nemocného stejně užitečné, i když pouze na chvíli. Toto stadium je specifické tím, že si nemocný uvědomuje vážnost svého stavu, ale snaží se smlouvat, nějakým způsobem oddálit nevyhnutelné: „Když už se Bůh rozhodl, že si mě vezme z tohoto světa a nepomohlo ani to, že jsem se zlobil, bude přístupnější, když ho požádám pokorněji?“ Smlouvání nemocného je velmi podobné dětskému chování, kdy se dítě snaží docílit toho, po čem touží, za to, že bude hodné apod. Smlouvání je jistým pokusem o odklad, kdy za „dobré chování“ následuje odměna, nemocný si stanovuje koncový termín (například synova svatba) a také smlouvání obsahuje implicitní slib, že nemocný nebude žádat víc, pokud mu bude vyhověno. V tomto období se nemocný uchyluje k hledání zázračných léků a je ochoten zaplatit cokoli – je nutné dávat pozor na podvodníky. Většina smluv, které

nemocný uzavírá, je s Bohem, aby získal více času. Z psychologického hlediska mohou být sliby spojeny se skrytým pocitem viny. V této fázi je přínosné uplatňovat u nemocného interdisciplinární přístup, kdy s nemocným kromě zdravotníků, ošetřovatelů, psychologa pracuje ještě duchovní. Pokud dojde k zachycení nějakých obav či znepokojení, tak s tím pracuje celý tým a snaží se nemocného zbavit iracionálních obav nebo přání přijmout trest za nějaké přehnaně prožívané provinění. V tomto období by si měl nemocný stanovovat krátkodobé cíle, které se bude snažit splnit (Kübler-Ross, 2015).

Čtvrté stadium – deprese

„... když smrtelně nemocný pacient dál nemůže svou nemoc popírat, když je nucen podstupovat další operace a hospitalizace, když u něj přibývá zjevných příznaků nemoci a ubývá mu sil, nemůže už tohle všechno odbýt s úsměvem. Jeho ochromení či stoicismus, jeho zlost a hněv brzy vystřídá pocit velké ztráty. Tato ztráta může mít mnoho podob.“ (Kübler-Ross, 2015, s. 101). Ztráty mohou být fyzické (amputace), finanční (ztráta příjmu), rozpad rodiny apod. Jedná se o období, které nemocný zvládá nejhůře, protože si plně uvědomuje nevyhnutelnost konce a loučí se se svými blízkými. V tomto období je důležité trpělivé naslouchání, sdílení společného času, pohlazení nebo držení za ruku. Je to období, kdy nemocný přemýšlí spíše o tom, co bude než o tom, co bylo. V této době není na místě přílišné rozveselování, ale spíše naslouchání a přítomnost druhé osoby, tak aby nemocný nebyl sám (Kübler-Ross, 2015).

Páté stadium – akceptace, smíření

Pokud měl nemocný dostatek času a dostatečnou podporu při překonávání předchozích stadií, dosáhne stavu, kdy v něm jeho závažný stav nevyvolává hněv ani depresi. Umírající člověk už dal průchod tomu, co cítil, prožil hluboký smutek nad blížící se ztrátou blízkých, toho, co měl rád a na blížící se konec hledí v tichém očekávání. Smíření by nemělo být považováno za šťastné období – *„jde o dobu, která je jakoby zbavená všech pocitů. Je to, jako kdyby bolest odešla, boj skončil a nastal čas na poslední odpočinek před dlouhou cestou. Jedná se také o období, kdy více pomoci, porozumění a podpory obvykle potřebuje rodina než sám nemocný. Jakmile umírající člověk dosáhne určitého vnitřního pokoje a smíření, okruh jeho zájmů se zúží. Dává*

přednost samoty, nebo si přinejmenším nepřeje být rušen záležitostmi venkovního světa“ (Kübler-Ross, 2015, s. 128).

3 Paliativní péče

V jednotlivých evropských zemích je používána různá terminologie pro označení typu péče o nemocné, u kterých došlo k vyčerpání možností kurativní léčby. Nejednotnost se objevuje nejen v odborné literatuře, ale také v legislativě, definovaných stanoviscích odborných společností a vládních dokumentech (Centeno dle Kisvetrová, 2018). „*Používají se termíny jako paliativní péče, hospicová péče nebo péče v závěru života. Tyto výrazy odrážejí, jak vzájemně se překrývají oblasti zdravotní péče, tak i vliv kulturního prostředí, ve kterém se používají*“ (Radbruch a Payne dle Kisvetrová, 2018, s. 13). Aby mohlo dojít k nalezení shody v rámci společné terminologie, je nutné vymezit obsah jednotlivých pojmů, které jsou v oblasti péče o terminálně nemocné a umírající používány v jednotlivých zemích (Kisvetrová, 2018).

Péče v závěru života je běžně používaný termín zdravotníky v Severní Americe a byl přijat i v evropských zemích. Tento termín je synonymem hospicové nebo paliativní péče. V širším slova smyslu se jedná o péči v období zhruba jednoho až dvou let, kdy se nemocný a jeho rodina postupně seznamují se skutečností, že se jedná o terminální onemocnění, které významným způsobem omezuje délku života nemocného. V užším slova smyslu je tento termín chápán jako péče poskytovaná všem nemocným v terminálním stadiu onemocnění bez ohledu na místo, kde je poskytována a na diagnózu. „*Je součástí paliativní péče a v kontextu úzké definice závěru života ji lze chápat jako komplexní péči o umírajícího v průběhu posledních hodin nebo dnů pacientova života.*“ (Kisvetrová, 2018, s. 15). Terminologie odráží různé kulturní tradice, které jsou spojeny s péčí o umírající, v jednotlivých zemích. V některých zemích jsou tyto termíny používány jako synonyma, jinde se odlišuje paliativní péče od hospicové (Kisvetrová, 2018).

Naprosto uspokojivá definice jistého problému je velmi obtížná. Ve Spojených Státech Amerických je často používán termín hospic pro paliativní péči. Mnoho lidí si však pod pojmem hospic představují instituci nebo budovu, kde je umírající člověk hospitalizován (Kupka, 2014).

Munzarová (2005, s. 61) uvádí, že „*paliativní péče se nedá vztahovat jen k ústavům určitého typu. Jedná se spíše o filozofii, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, nýbrž i v nejrůznějších nemocničních zařízeních a také v prostředí domácím. Nelze na ni pohlížet jako na něco zásadně odlišného od jiných přístupů v oblasti zdravotní péče. Naopak rozvoj paliativní péče by mohl mít pozitivní vliv na její ostatní formy.*“

3.1 Definování pojmu *paliativní péče*

Munzarová (2005, s. 62) uvádí, že „*termín pochází z latinského pallium (maska, pokrytí, zakrytí pláštěm) a v této etymologii lze nalézt pravou podstatu péče paliativní. Jejím cílem je maskovat účinky „neléčitelné“ choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v chladu tehdy, pokud jim nemohlo být pomoheno léčbou kurativní.*“ Paliativní péče zahrnuje využití paliativních intervencí, které mohou nemoc ovlivňovat (radioterapeutické nebo chemoterapeutické postupy) nebo takové, které tlumí příznaky způsobené léčbou. Hlavním cílem všech intervencí, pokud je to možné, nemocného rehabilitovat natolik, aby bylo docíleno co nejlepší kvality jeho života. I ve finální fázi života jde o to, jak žít – tentokrát při umírání. Veškeré postupy a jejich přínos pro nemocného musí být hodnoceny individuálně a dle potřeby upravovány (Munzarová, 2005).

Světová zdravotnická organizace vymezila v roce 1990 paliativní péči jako „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Bužgová, R., 2015, s. 16).

V roce 2020 Světová zdravotnická organizace vymezila novou definici, která klade větší důraz na předcházení utrpení: „*Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jeho rodin a který čelí problémům spojeným s životohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních*“ (Munzarová, 2005, s. 62).

Kisvetrová (2018, s. 13) píše, že „*paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu, a komunitu. V jistém smyslu nabízí*

paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb, a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však neurychluje, ani neoddaluje.“

Kalvach (2010, s. 13) uvádí, že „*paliativní péče je odborným a podpůrným doprovázením umírajících lidí, zachováním jejich možností, usnadňováním realizace jejich přání. Neměla by být hegemonem, který umírajícího pohlcuje, odděluje jej prostorově či tlumením od rodiny a zkracuje s jeho utrpením i jeho život. Krédem paliativní medicíny by mělo být: **uměnit utrpení, ctít život a naději, posílit smysl života a jistotu kontaktu s nejbližšími lidmi.**“*

Paliativní péče je obvykle poskytována v pokročilém období neléčitelných onemocnění, která spějí ke smrti. Jedná se o podporu a péči v řádu několika týdnů až měsíců. Jako komplexní péči v závěru života si představujeme péči a podporu při problémech fyzických, duševních, sociálních a spirituálních. Mezi hlavní témata v jednotlivých oblastech patří:

- Potíže fyzické – nechutenství, nauzea, poruchy hydratace a výživy, dušnost, bolest, chronické rány, problémy s vylučováním nebo omezení či ztráta soběstačnosti.
- Potíže psychické – strach, deprese, úzkost, osamělost nebo špatná adaptace na životní prognózu.
- Potíže sociální – vztahy v rodině a její zabezpečení, hmotná nouze, poslední vůle, řešení převodů vlastnických práv.
- Potíže spirituální – smíření, život a jeho smysl, rituály, u věřících zprostředkování komunikace s duchovním (Kalvach, 2010).
- Paliativní péči můžeme dle míry komplexnosti rozdělit na paliativní přístup obecný a specializovanou paliativní péči.
- Obecný paliativní přístup – jde o způsob integrace metod a postupů paliativní péče na pracovištích, která se na paliativní péči nesespecializují. Obecný paliativní přístup by měl být součástí péče, kterou poskytují jednotlivé kategorie zdravotnických pracovníků dle jejich kompetencí v rámci lůžkových oddělení nebo domácí péče. Aby mohla být využívána paliativní péče v praxi,

je důležité vzdělávání všech zdravotníků už v pregraduální přípravě. Vzděláváním zdravotníků je ovlivněna kvalita obecné paliativní péče. Kvalita obecné paliativní péče je dále ovlivněna komunikací s nemocným a rodinou, možností volby, kde bude nemocnému paliativní péče poskytována, dostupností léků k redukci příznaků pokročilého a terminálního onemocnění, kvalitou ubytovacích služeb a dostupností psychologické a duchovní péče (Kisvetrová, 2018).

- Specializovaná paliativní péče – je prováděna interdisciplinárním týmem odborníků ve specializovaných zařízeních. Odborníci jsou vzděláváni v oblasti paliativní péče a jejich hlavním zaměřením je poskytování paliativní péče v praxi. Tato péče je zaměřena na nemocné s komplexními problémy a komplikovanými potřebami, které by nemohly být optimálně zvládnuty v jiných zdravotnických zařízeních (Kisvetrová, 2018).

3.2 Základní principy paliativní péče

Světová zdravotnická organizace vymezila základní principy paliativní péče:

- „Zajišťuje úlevu od bolesti a od jiných symptomů.
- Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces.
- Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt.
- Integruje do péče pacienta i psychologické a spirituální aspekty.
- Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné, až do smrti.
- Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním smutkem.
- Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li to indikováno.
- Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby.
- Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodloužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie, a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu

pochození a zvládání nebezpečných klinických komplikací“ (Munzarová, 2005, s. 62-63).

3.3 Formy paliativní péče

Haškovcová (2007, s. 44) uvádí, že „*odbornou a efektivní paliativní péči by měl dostat každý, kdo ji potřebuje.*“ V jednotlivých zemích je organizační schéma poskytovatelů paliativní péče rozdílné. Hospic je typickou a specializovanou institucí, která poskytuje paliativní péči. Kapacita hospiců však není a nikdy nebude dostačující, proto je důležité začleňovat paliativní péči do současných systémů. „*Jinými slovy řečeno, všude tam, kde člověk s limitovanou prognózou potřebuje pomoc, má ji dostat. Z organizačních důvodů je nutné uvažovat také o kombinaci různých forem paliativní péče.*“ (Haškovcová, 2007, s. 45).

3.3.1 Jednotlivé formy paliativní péče

- Lůžkový hospic – jedná se o pobytovou službu, která nabízí převážně jednolůžkové pokoje s možností přistýlky pro doprovázející osobu, která zde může trávit čas s umírajícím. Podobnost by měla být spíše domácímu prostředí než nemocnici. Návštěvní doba není omezena, návštěvy mohou dle přání nemocného přijít kdykoli. Průměrná délka hospitalizace je zhruba tři týdny a může se opakovat.
- Domácí hospic – pokud existuje fungující rodinné zázemí a je dostupná služba domácího hospice, je možné poskytovat službu v domácím prostředí, kdy pacient tráví čas v dobře známém prostředí. Paliativní péče v domácím prostředí je individualizovaná a může být doplněna i jinými dostupnými službami. Tento způsob péče představuje pro pacienta ideální způsob poskytování paliativní péče, ale pro rodinu může být velkou zátěží finanční, fyzickou a psychickou.
- Ambulantní paliativní péče – jedná se o službu, která přináší znalosti do prostředí nespécializovaných zdravotnických zařízení. Pacient může zůstat na jakémkoli oddělení nemocnice nebo v sociální službě. Specializovaný tým bývá složen z lékaře, zdravotní sestry a sociální pracovnice. Specializovaný

tým paliativní péče prostřednictvím konzilií ovlivňuje kvalitu poskytované paliativní péče a současně tím dochází k edukaci personálu a rodiny.

- Oddělení paliativní péče – jedná se o specializované oddělení paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení. Poskytuje se zde paliativní péče o nemocné, kteří potřebují pro léčbu a diagnostiku zázemí nemocnice. Slouží jako základna pro konziliární tým a plní funkci edukační.
- Stacionární paliativní péče – stacionář paliativní péče je vhodný pro nemocné, kteří bydlí v blízkosti hospice a mohou být v průběhu dne v zařízení, kde jim je poskytována paliativní péče. Péče je pouze na část dne a odpoledne nebo večer se nemocný vrací domů. Doprava je zajištěna rodinou nebo hospicem. Tato služba je poskytována jako odlehčovací, rehabilitační, terapeutická, psychoterapeutická nebo diagnostická.
- Speciální poradna – jedná se o poradenskou službu pro nemocné, rodiny nebo pozůstalé. Je poskytována prostřednictvím internetu, telefonu nebo osobně (Kupka, 2014).

3.4 Cílová skupina pacientů

„Paliativní péče se neomezuje na předem definované lékařské diagnózy, ale měla by být k dispozici všem pacientům s život ohrožujícím onemocněním“ (Radbruch a Payne, 2010, s. 29). Paliativní péče je vhodná pro všechny nemocné žijící s nevléčitelným onemocněním, pro rodiny takto nemocných lidí a pro všechny, kteří jsou ohroženi rozvojem terminálního onemocnění a jsou ochotni paliativní péči přijmout. Indikována je na základě jakékoli diagnózy bez ohledu na věk nemocného nebo prognózu onemocnění. Paliativní péče může být nabízena samostatně jako jediný způsob léčby, nebo současně s kurativním přístupem. Některé prvky paliativní péče mohou být využity v případě nemocných, kteří jsou vznikem vážného onemocnění teprve ohroženi (Radbruch a Payne, 2010).

3.5 Hospicová péče

Anglický výraz „hospic“ znamená útočiště nebo útulek. Původně se tento termín používal ve středověku pro domy odpočinku, které sloužili jako útočiště pro unavené poutníky, kteří směřovali do Palestiny. Poutníci si zde odpočinuli, najedli se a napili,

ošetřili si bolavé nohy. Hospic vedl člověk, který se vyznal v ranhojičství a také byl schopný vést pohostinství. Hospic ve středověku poskytoval v základu vše, co bychom mohli nazvat bio – psycho – sociálně – spirituálním komfortem (Haškovcová, 2007).

Kisvetrová (2018, s. 15) uvádí, že se jedná o „*péči, která se zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby – fyzické, emocionální, sociální a duchovní. Doma, v rámci denní péče či v hospici se pečuje o osobu, která se nachází na konci svého života, stejně jako o ty, kdo tuto osobu milují.*“ Péče je poskytována prostřednictvím multidisciplinárního týmu podle individuálních potřeb a přání nemocného. V České republice je tato péče poskytována převážně v lůžkových hospicích. ÚZIS České republiky definuje hospic jako „*lůžkové zdravotnické zařízení, kde základem léčby je léčba paliativní, poskytovaná pacientovi v pokročilém a konečném stadiu nemoci, u kterého byly vyčerpány možnosti léčebné péče vedoucí k vyléčení. Jejím účelem je zmírňování utrpení pacienta a vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt*“ (Kisvetrová, 2018, s. 15).

Svatošová dle Kupka (2014, s. 30) uvádí, že „*hospic jako zařízení a specifický typ péče pomáhá umírajícímu a jejich blízkým prožít závěr života, pokud možno bez bolesti, v klidu a bezpečí, v přítomnosti druhých lidí, mezi něž počítáme především rodinu, profesionální pracovníky, laické dobrovolníky i duchovní.*“ Myšlenka hospicové péče vychází z úcty k člověku a jeho životu, k jeho jedinečnosti. Garantuje, že nemocný nebude trpět a vždy bude respektována jeho důstojnost, a že v posledních chvílích svého života nebude sám. Jedná se o specializovanou formu zdravotnické péče, která je zaměřena hlavně na zkvalitnění závěru života nemocného (Holeksová, T., 2002).

Haškovcová (2007, s. 48-49) upozorňuje na to, že „*oddělovat hospicovou péči, tedy specializovanou, ale přece jen institucionální péči, popřípadě i paliativní péči realizovanou ve stávajících nemocnicích a domácí péči o umírajícího, by bylo nejen nesprávné, ale dokonce i nebezpečné. Hospic by se stal »domem smrti«, ze kterého není návratu a ušlechtilé hospicové myšlenky by byly zdiskreditovány. Tabuizace smrti by pokračovala a odsun umírajících »někam jinam« by dostal další šanci.*“

Formy hospicové péče

Hospicová péče má tři základní formy a je organizována:

- V hospici – lůžkovém zařízení
- Ve stacionáři – je součástí hospice
- V domácím prostředí nemocného – kvalifikovaný personál pomáhá pečující rodině

3.6 Paliativní péče ve stáří

Specifičnost geriatrické paliativní péče není dána pouze věkem, ale také přítomností specifíků, která k vysokému věku patří, a se kterými se v mládí většinou nesetkáme. Seniorům je poskytována paliativní péče ve stejném rozsahu jako mladým lidem s onemocněním v terminální fázi. Měla by být respektována křehkost, zvláštní potřeby a zranitelnost seniora. Mezi ukazatele a priority paliativní péče u seniorů patří hlavně věkem podmíněná onemocnění (Alzheimerova nemoc), polymorbidita a zhoršování celkového stavu s rozvojem stařecké křehkosti, změnou psychosociální a existenciální konsekvence umírání a větší potřebou sociální a duchovní péče (Sláma et al., 2007).

Kabelka (2017, s. 52) ve své publikaci klade otázku: „*Jaký dokážeme žít život s handicapem či rozvinutou a progresivní nemocí?*“ Při své práci nesmíme zapomínat na to, že cílem geriatrické péče je nemocný a jeho potřeby. Senior má mnoho potřeb vyplývajících z jeho onemocnění a jejich řešení by mělo být komplexní. Zdravotní péče disponuje prostředky, které mohou v kombinaci s efektivním posuzováním obtíží a potřeb, s propojením sociálních služeb a podporou, efektivně řešit obtíže seniora (Kabelka, 2017).

Ve stáří prochází organismus řadou změn, které jsou na úrovni tělesné, psychické a sociální. Jakmile si člověk začne uvědomovat, že stárne, objevuje se problém s adaptací na tyto změny. Obecně můžeme stárnoucí osobu charakterizovat jako jedince s úbytkem sil a schopností, u které dochází ke snížení výkonnosti a zvyšování potřeby delšího času na přípravu, zvyšuje se potřeba podpory a pomoci při provádění činností, zvyšuje se potřeba odpočinku. mění se psychický stav a citové prožívání jedince (Malíková, 2011).

Změny ve stáří

- Biologické změny ve stáří – jedná se o typický průběh změn ve stárnoucím organismu, které u jedinců probíhají různou rychlostí, intenzitou a mají vliv na vznik a výskyt nemocí typických pro stáří. Typickými změnami jsou snížení výkonnosti všech funkcí, úbytek funkční tkáně a změna reakcí organismu na určitou zátěž (Malíková, 2011).
- Psychické změny ve stáří – s rostoucím věkem se mohou objevovat různé změny psychiky, které se vyskytují u každého člověka individuálně. Dochází ke zhoršování kognitivních funkcí, kam patří vnímání, paměť, pozornost a myšlení. Dochází k poklesu psychické vitality a pružnosti myšlení. V některých oblastech dochází naopak ke zlepšení, např. rozvaha, trpělivost a vytrvalost. Mění se hierarchie potřeb, kdy do popředí se dostává potřeba jistoty a bezpečí, zájem o vlastní zdraví a touha být prospěšný i ve vyšším věku. Zhoršuje se adaptace na nové podmínky, kdy při nedostatku motivace jedinci neradi mění svůj stereotyp (Mlýnková, J., 2011).
- Sociální změny ve stáří – podle Mlýnkové (2011, s. 25) „končí role pracujícího člověka, který svou pracovní činností vytváří hodnoty pro obyvatelstvo a celý stát. Starší člověk získává novou roli důchodce, který naopak dostává od státu penzi a svou práci již našemu společenství nijak nepřispívá. Tím může dojít ke snížení společenské prestiže a autority“. Podle Vágnerové (2000, s. 459) „staří lidé bývají ve větší míře izolováni ve svém soukromí, mají méně sociálních kontaktů. Ve stáří dochází k větší koncentraci na sebe, resp. na rodinu a známé v nejbližším okolí.“ Tento jev může být posílen úbytkem různých schopností, např. zhoršený zrak a sluch, pomalejší tempo nebo horší adaptace na změny. Častou reakcí na změny okolí je uzavírání se do svého soukromí (Vágnerová, M., 2000).

Geriatrická křehkost

„Geriatrická křehkost (*frailty*) je důsledek involučních změn (*atrofie, úbytek funkčních rezerv*), *multimorbidity a životního způsobu (dekondice, atrofie z nečinnosti, malnutrice)*“ (Sláma et al., 2007, s. 266). Dochází k postupnému prohlubování

křehkosti a ke zhoršování schopností a dovedností. Geriatrická křehkost může přejít do terminálního stadia, kdy je vyžadována paliativní péče.

Hlavním tématem geriatrické paliativní péče je pravidelné přehodnocování zdravotního stavu. Obzvláště u křehkých seniorů je důležité nejprve hodnotit a řešit křehkost, až ve druhé řadě posuzovat, zda je zásah funkční. Potřeba zajištění paliativní péče nastupuje v době, kdy intervence selžou. Včasná indikace paliativní péče významně zlepšuje kvalitu života, ale i jeho délku (Kabelka, 2017). „*Geriatrická paliativní péče by měla cílevědomě chránit důstojnost seniorů a kompenzovat jejich osamělost, především zapojením dobrovolníků (komunikace, zprostředkování lidské blízkosti, sounáležitosti a solidarity, validace života, reminiscence, u zcela osamělých lidí prohoření organizace pohřbu a jiných »posledních záležitostí«*“ (Sláma et al., 2007, s. 271). Především geriatrickí pacienti, kteří trpí smyslovým, kognitivním nebo komunikačním deficitem, jsou ohroženi tím, že s nimi ošetřující personál téměř nekomunikuje a zachází s nimi jako s neživou věcí (Sláma et al., 2007).

Pro stanovení potenciálu seniora je důležité komplexní geriatrické vyšetření, které by mělo zahrnovat:

- **Osobnost** – životní situace, priority, dříve vyslovená přání ohledně péče v situaci rozvoje demence nebo intenzivní péče apod.
- **Funkční výkonnost** – soběstačnost, tělesná kondice, výživa, chůze apod.
- **Tělesné zdraví** – základní onemocnění a přidružené diagnózy, imobilita, inkontinence apod.
- **Duševní zdraví** – vliv psychosociálních stresorů projevů maladaptace, kognitivní funkce, delirantní stavy, poruchy řeči apod.
- **Sociální vztahy** – sociální síť, sociální potřeby, funkčnost a bezpečnost domácího prostředí, sociální služby poskytované nebo požadované (Kabelka, 2017).

3.7 Komunikace v paliativní péči

Otázka, zda nemocného informovat o jeho vážném zdravotním stavu a do jaké míry, není vůbec jednoduchá. Jankovský (2018, s. 145) uvádí, že „*je zapotřebí si uvědomit,*

že se nemocný nachází v mezní životní situaci, kdy je mimořádně citlivý a vnímavý.“ Informace mohou být sděleny dvěma způsoby – sdělení pravdy nebo taktika milosrdné lži. V České republice je poskytování informací o zdravotním stavu definováno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, včetně prováděcí vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Uvádí se zde, že *„poskytovatel zdravotních služeb je povinen srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu nemocného informovat o chystaném výkonu a o jeho zdravotním stavu. Informaci podává zdravotnický pracovník kompetentní k příslušnému výkonu, přičemž o tom provede záznam do zdravotnické dokumentace“* (Jankovský, 2018, s. 146). Součástí dokumentace je také informovaný souhlas, který má písemnou podobu. V souvislosti s problémem sdělování pravdy, míry a způsobu sdělení se objevují otázky: **Komu, kdy, jak, co, kde a kdo?** (Jankovský, 2018).

- **Komu má být pravda sdělena?** Každému dospělému člověku, protože jeho právo na informace vychází z Listiny základních práv a svobod. Podle Jankovského (2018, s. 146) *„nesdělit pravdu vlastně znamená vracet vážně nemocného zpět do období tápání, nejistot a duševních trýzní. Sdělení pravdy naopak umožňuje ošetřujícímu lékaři i všem ostatním zainteresovaným osobám realizovat smysluplnou pomoc.“*
- **Kdy má být pravda sdělena?** Informace o vážnosti zdravotního stavu mají být sděleny až v době, kdy je diagnóza definitivně potvrzena. Pokud by lékař informoval nemocného o pouhém podezření, bez potvrzení diagnózy, jednalo by se o neetické jednání (Jankovský, 2018).
- **Co říci?** Pravda může mít mnoho podob. Diagnostická pravda bývá pro pacienta spíše nesrozumitelná, proto je nutné ji doplnit o praktická vysvětlení. U vážně nemocných je velmi složité hovořit o prognóze. Na jedné straně by nemělo být zatajováno, že se jedná o vážnou situaci, na straně druhé bychom neměli opomenout fenomén naděje – naděje umírá jako poslední. *„Míra naděje je ovšem určována mírou možností (reálných i nereálných), jež máme k dispozici, a přirozeně též vážností daného onemocnění. Právě na těchto skutečnostech závisí, zda je naděje reálná, částečně reálná, popřípadě iracionální“* (Jankovský, 2018, s. 147).

- **Jak pravdu říct?** Velmi těžko se formuluje, jak by měl vypadat optimální postup, protože vždy se jedná o jedinečnou a neopakovatelnou situaci. Rozhodně by se mělo jednat o přístup citlivý, kompetentní, vnímavý, důvěryhodný, šetrný a taktní. Vedle verbálního sdělení je důležité věnovat pozornost i neverbálnímu sdělení (intonace, haptika, proxemika) (Jankovský, 2018).
- **Kdo má pravdu sdělit?** Jankovský (2018, s. 148) uvádí, že „v našich podmínkách je obvyklé, že tato nesnadná úloha (sdělit pacientovi letální diagnózu) je v zásadě svěřena ošetřujícímu lékaři, neboť právě on má příslušné kompetence.“ Ostatní zdravotnický personál by měl respektovat, že za informování pacienta je odpovědný lékař, který koordinuje poskytování informací, míru a způsob jejich podání (Jankovský, 2018).

Pokud lékař neinformuje správně nemocného o vážnosti zdravotního stavu, tak mu bere možnost dobrat se spokojeného konce, protože „*uvědomění si smrti je prvním krokem na cestě k dobré smrti.*“ (The, 2002, s. 76). Informování nemocného o jeho zdravotním stavu je v kompetenci lékaře a ostatní zdravotnický personál neopravuje lékařovo sdělení o diagnóze nebo prognóze (The, 2002).

Stanovení terminálního stadia onemocnění není pro lékaře jednoduchou záležitostí, proto je velmi opatrný při stanovování negativní prognózy onemocnění. Neřeší se pouze doba, po kterou bude nemocný žít, ale také vhodnost a smysl kurativních, ošetrovatelských nebo aktivizačních prvků v péči o umírajícího. Dochází k přehodnocení plánu péče a nastavení vhodných intervencí, aby se zabránilo či zmírnilo utrpení umírajícího. Velmi důležitým bodem je komunikace s nemocným a jeho rodinnými příslušníky, kterým se musí vhodně a citlivě vysvětlit vážnost zdravotního stavu nemocného, prognóza onemocnění a co nemocnému můžeme nabídnout (léčbu bolesti, oxygenoterapie, podkožní hydratace, sipping apod.). Důležité je vysvětlení jednotlivých kroků v paliativní péči a ujištění, že pokud se nastaví paliativní péče, tak u nemocného není ukončen kurativní přístup (Prátová, 2017).

V praxi se bohužel setkáváme s faktem, že schází rozšířená komunikace na všech úrovních. „*Prvním momentem je komunikace s pacientem v průběhu onemocnění, kde*

je přelomovým bodem sdělení infaustní (nepříznivé) prognózy.“ (Ondrušová a Krahlcová, 2019, s. 208). Už zde se setkáváme se selháním, z praxe víme, že nemocný v paliativní péči velmi často nezná svůj skutečný stav, rozsah a povahu onemocnění, protože ho jeho ošetřující lékař vhodným způsobem neinformoval. Tento nedostatek se pak odráží i ve vztahu k dalšímu ošetřujícímu personálu. Setkáváme se s tím, že rodina nemocného je plně informovaná, ale nemocný, který je orientovaný a vnímá, informovaný není. Tato praxe je eticky nepřijatelná, protože nemocný má sám určit, zda bude rodina informována o jeho zdravotním stavu, nebo ne. Nesprávné informování o vážnosti stavu škodí nemocnému a jeho rodině, ale také pracovníkům, kteří mají o umírajícího člověka pečovat. Tabuizace smrti a umírání je zásadní komplikací paliativní péče, může způsobit nepochopení postupů paliativní péče ze strany nemocného a rodiny, neumožní nemocnému vyrovnání se s vážným onemocněním a dořešení si osobních věcí, může být i důvodem ukončení péče (Ondrušová a Krahlcová, 2019).

Nemocní a jejich rodiny potřebují informace o možnostech léčby, vedlejších účincích léčby, prognóze onemocnění, aby mohli rozhodovat o své péči. Potřebují informace a rady od všech členů týmu. Při efektivní komunikaci mezi profesionály, nemocným a jeho rodinou se sníží nejistota ohledně výsledku léčby, umožní se reálné zhodnocení vlastní situace a příprava na budoucnost.

Efektivní komunikace umožní

- Monitorovat nepříznivé reakce nemocného – tělesné i psychické.
- Spolupracovat při rozhodování o léčbě.
- Pomoc při sdělování a přijmu negativních zpráv.
- Zjistit hlavní problémy a pocity nemocného (O'Connor a Aranda, 2005).

Komunikační bariéry

Bariéry v komunikaci se mohou objevit na straně nemocného, ale také na straně profesionálů poskytujících péči.

Bariéry na straně nemocného

- Neochota svěžit se s problémy – nemocní mají mnoho důvodů, proč se nechtějí svěžit se svými problémy. Velký problém mají nemocní hovořit o svých psychických problémech. Důvodem může být obava ze stigmatu psychiatrických obtíží, nebo považují psychické problémy za součást terminálního onemocnění a myslí si, že se s tím nedá nic dělat. Často si nemocní myslí, že je zdravotnický personál natolik vytížený, že nemá čas se zabývat jeho psychickými potížemi. „Rozhovor o psychických problémech může vyvolat nepříjemné a bolestné pocity. Lidé s terminálním onemocněním mohou tyto pocity považovat za velmi ohrožující, proto se s nimi nechtějí svěžit rodině ani pečovatелům. Pokud zůstanou emocionální problémy skryté, mohou vyústit ve stavy úzkosti, deprese, sociální izolace a beznaděje.“ (O'Connor a Aranda, 2005, s. 32).
- Individuální preference způsobu komunikace – komunikace s nemocným je ovlivněna znalostí či neznalostí toho, co chce nemocný o své nemoci vědět. Při poskytování informací bychom měli postupovat citlivě, sdělovat informace o nemoci, léčbě a prognóze srozumitelně, respektovat to, do jaké míry chce být nemocný informovaný. Důležitý je individuální přístup, empatie a intuice (O'Connor a Aranda, 2005).
- Multikulturní problémy – v době velkých životních událostí se lidé obracejí ke svému kulturnímu dědictví. U některých etnik a kultur rodiny požadují, aby se umírajícímu nesdělovala prognóza. Abychom předešli problémům při komunikaci a mohli se vyrovnat s kulturními odlišnostmi při utváření vztahů mezi nemocným, jeho rodinou a profesionály, je potřebné získat dostatek informací o různých etnických skupinách. Důležité je klást na první místo potřeby nemocného, vyvarovat se kulturních stereotypů a zajistit, aby osobní hodnoty pečujícího neměly negativní dopad na zájmy nemocného. (O'Connor a Aranda, 2005).

Bariéry na straně zdravotníků

- Postoje, hodnoty a přesvědčení – správná komunikace s nemocným probíhá tehdy, pokud používáme otevřené otázky, snažíme se nemocného zapojit do

rozhodovacího procesu a uvědomujeme si emocionální problémy nemocného. Aby mohl vést profesionál efektivní komunikaci s nemocným, je nutné, aby znal své vlastní pocity. Osobní hodnoty a přesvědčení zdravotníků velmi často ovlivňují hodnoty a rozhodování nemocného. „*Pokud například sestra vysoce hodnotí stoicismus, snižuje se pravděpodobnost, že se pacient svěří se svými emocionálními problémy. Hodnoty a přesvědčení zdravotníka tak ovlivní, do jaké míry je rozhovor opravdu zaměřen na pacienta. Pokud si sestry neuvědomují své vlastní pocity, mají tendenci chovat se způsobem, který blokuje komunikaci s pacientem.*“ (O'Connor a Aranda, 2005, s. 33-34).

- Nedostatek komunikačních dovedností – komunikace může být negativně ovlivněna obavou z toho, že sestra nebude umět odpovědět na otázky nemocného, nebo nebude mít dostatek komunikačních dovedností (O'Connor a Aranda, 2005).

Faktory omezující komunikaci

- Poskytování falešné naděje nebo popírání obranných mechanismů nemocného.
- Soustředění se více na fyzické symptomy než na emocionální potíže, ignorování nebo bagatelizace emocionálních projevů.
- Nedostatek informací o tom, čeho se nemocní obávají.
- Nedostatek diagnostických dovedností.
- Vyhýbání se určitým nemocným, změna tématu při rozhovoru nebo zaměření se jen na praktické úkony.
- Neschopnost poznat problém (O'Connor a Arand, 2005).

4 Sociální služby pro seniory

Významná změna v poskytování sociálních služeb nastala s novým zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon se dotkl všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci, i celé sociální oblasti, kdy nová pravidla směřovala od oblasti institucionalizace k deinstitucionalizaci (Malíková, 2011). „*Poslání sociálních služeb bylo specifikováno jako pomoc lidem udržet si nebo znovu nabyt své místo v komunitě, největšinové společnosti, ve svém přirozeném prostředí. Z tohoto pohledu se sociální služby týkají každého. Ke splnění jejich poslání je formulováno sedm vúdčích principů, které tvoří základ všech sociálních služeb:*

- Nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – nikoli závislost
- Začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení
- Respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem
- Partnerství – pracovat společně, ne odděleně
- Kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem
- Rovnost bez diskriminace
- Standardy národní, rozhodování v místě“ (Bílá kniha dle Malíková, 2011, s. 31).

Podle § 38, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách „*služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení*“ (Sociální zabezpečení, 2017, s. 124).

Seniorům jsou nabízeny terénní a ambulantní služby, které jim napomáhají setrvat i přes nepříznivou sociální situaci, co nejdéle v přirozeném prostředí (Malíková, 2011). Dojde-li ke snížení soběstačnosti natolik, že senior nemůže žít sám ve své domácnosti a pomoc rodiny nebo terénních či ambulantních služeb už nestačí nebo plně chybí, nastává čas péče pobytové.

Rozsah a forma podpory a pomoci poskytnutá prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost. Měla by vycházet z individuálních potřeb klienta, podporovat rozvoj samostatnosti, motivovat ho k činnostem, které nevedou k prohlubování a dlouhodobému setrvávání v nepříznivé sociální situaci.

4.1 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou pobytovou sociální službou, která zajišťuje ubytování, stravování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně nebo zajištění podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí a při uplatňování práv (Holmerová, 2014).

Poskytování pobytové sociální služby pro seniory upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách „*vytváří právní rámec pro velké množství vztahů mezi institucemi poskytujícími sociální služby a lidmi, kteří potřebují podporu a pomoc a ocitli se v nepříznivé sociální situaci. Hlavním posláním tohoto zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů, jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a mnoho dalších příčin*“ (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 65–66).

Podle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách „*v domovech pro seniory se poskytují služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby*“ (Sociální zabezpečení, 2017, s. 127). Dále zákon upravuje podmínky výkonu sociální práce ve všech sociálních oblastech povolání sociálních pracovníků. Stanovuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, podmínky vzdělávání a odbornou způsobilost (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

Zdravotní nebo ošetrovatelská péče je součástí poskytovaných služeb v domovech pro seniory. § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pouze obecně: „*Rozsah a podmínky zabezpečení a hrazení zdravotní péče o osoby, kterým se poskytují pobytové služby v zařízeních sociálních služeb, upravují zvláštní právní předpisy. Ošetrovatelská a rehabilitační péče je těmto osobám poskytována především prostřednictvím zaměstnanců zařízení, kteří mají odbornou*

způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.“ (Sociální zabezpečení, 2017, s. 124).

4.2 Standardy kvality sociálních služeb

„Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, pomocí kterých se posuzuje kvalita poskytované sociální služby. Jedná se o základní principy a pravidla poskytování sociálních služeb a měřítko pro hodnocení jejich plnění.“ (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 12).

Standardy kvality řeší povahu poskytovaných služeb, zabezpečením podmínek ve službě, povahou vztahu mezi pracovníky a uživateli služby, ochranou práva a důstojnosti uživatelů, naplňováním principů poskytování služeb podle individuálních potřeb a sociálním začleňováním osob. Zakotvení standardů kvality sociálních služeb je v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. v platném znění (Holczerová a Dvořáčková, 2013). *„Cílem standardů je zvýšit kvalitu poskytovaných služeb, zajistit ochranu práv a svobod uživatelů sociálních služeb, podporovat rovný přístup a plnohodnotný život uživatelů sociálních služeb, podporovat přirozené zdroje uživatelů, jejich nezávislost a autonomii a podporovat setrvání člověka nacházejícího se v nepříznivé sociální situaci v jeho přirozeném prostředí“* (Holczerová a Dvořáčková, 2013, s. 12).

Standardy kvality sociálních služeb dělíme na:

- Standardy procedurální – určují, jak má vypadat poskytování sociální služby. Řeší jednání se zájemcem o službu a jak nastavit službu podle individuálních potřeb člověka. Standardy se zabývají také ochranou práv uživatelů sociálních služeb a tvorbou ochranných mechanismů (postupy při řešení stížností, při střetu zájmů...).
- Standardy personální – zabývají se personálním zajištěním služby, protože kvalita poskytované služby závisí na pracovnících, jejich dovednostech, vzdělání, vedení a pracovních podmínkách, které mají pro výkon práce.
- Standardy provozní – se zabývají prostorami, kde se služba poskytuje a její dostupností (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

4.3 Individuální plánování v pobytové sociální službě

Podstatou individuálního plánování v pobytové sociální službě je zajistit poskytování péče v souladu s předem vyjednanými individuálními požadavky a osobními cíli uživatele tak, aby služby přispívaly k řešení jeho nepříznivé životní situace. Cílem procesu individuálního plánování je spokojený uživatel. Individuální plán stanoví přesné úkoly, zdroje a prostředky, tak aby uživatel prostřednictvím služby dosáhl svého cíle. Služby jsou plánovány individuálně s ohledem na možnosti, schopnosti a potřeby uživatele. Cíle jsou během poskytování služby přehodnocovány. Individuální plán je zdrojem informací pro ostatní členy týmu poskytující službu. Pomáhá pracovníkům mít shodný, předem dohodnutý přístup k jednotlivým uživatelům a tím vede ke zkvalitnění jejich práce. (Svitalská, E., 2018)

Proces individuálního plánování poskytovaných služeb začíná již ve fázi jednání se zájemcem o službu pro seniory, především při osobním jednání. Před nástupem do domova seznamuje sociální pracovník žadatele o službu s nabídkou poskytovaných služeb a zájemce může poprvé projevit první cíle a přání. V průběhu poskytování služby jsou osobní cíle průběžně vyhodnocovány. Poskytovatel za přítomnosti uživatele vyhodnocuje naplňování cílů a plán je aktualizován. Při dosažení a naplnění cíle je možné individuální plán aktualizovat či stanovit nové cíle. Uživatel si také může své cíle během služby měnit nebo upravovat (Demjanovičová et al., 2014).

Individuální plánování u terminálně nemocného klienta nekončí, ale pokračuje dále. Zaměřuje se především na sledování bolesti, předcházení a řešení komplikací spojených se zhoršením zdravotního stavu, které mohou nemocnému zvyšovat utrpení. Častěji je řešena potřeba zajištění polohovacích pomůcek, antidekubitní matrace, potřeba polohování, monitoring příjmu tekutin, úprava stravy nebo zajištění potravinových doplňků. Pokud si to klient přeje, tak se do popředí dostává podpora při řešení osobních záležitostí a duchovních potřeb. Při plánování individuální péče o terminálně nemocného člověka se zaměřujeme na to, aby umírající netrpěl, mohl uzavřít své osobní záležitosti a mohl v klidu odejít z tohoto světa (Prátová, 2017).

V odborném časopise „Sociální služby“ Lenka Dražilová (2014, s. 27) uvádí, že „v případě terminálního stadia choroby, resp. její terminální fáze, je většinou upouštěno

od snahy o aktivizaci uživatele (uživatel je obvykle velmi unavený a spavý), od motivace k přijímání dostatečného množství stravy (která již nedostatečně fungující organismus zbytečně zatěžuje) a od všech úkonů a činností, které byly dříve u uživatele oblíbené nebo žádané, ale nyní pro něj mohou být zatěžující (např. koupel ve vaně, sledování televize, návštěvy souseda z vedlejšího pokoje apod.).

„Individuální plánování je pro nás znakem profesionálních sociálních služeb. Plánování péče v závěru života chápeme jako rozšíření individuálního plánu. Mělo by se stát standardem poskytování pobytových sociálních služeb. Plán péče v závěru života je nástrojem, který dále podporuje autonomii obyvatel pobytových zařízení. Klade důraz na tázání se po představách a přáních klienta, pokud jde o zdravotní, ale i další péči o sebe v závěru života. Plánování se táže po vůli klienta, po tom, co je pro něj v životě důležité. Plánování budoucí péče pracuje s perspektivou toho, že nastane doba, kdy o sobě člověk nebude moci rozhodnout. Což je perspektiva, kterou má před sebou většina klientů pobytových zařízení pro seniory. Plán péče poskytuje všem pracovníkům srozumitelný rámec péče, který dává buď konkrétní úkoly, nebo aspoň explicitně formuluje cíle péče, ze kterých pracovník vyvodí, jak má v dané chvíli postupovat. Pokud pracovníci vědí, co mají dělat, na koho se mohou obracet, pak zvládají i velmi náročné situace a poskytování péče se daří na vysoké úrovni“ (Hrdá et al., 2018, s. 74).

4.4 Multidisciplinární tým

Poskytování péče v domově pro seniory je realizováno prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Cílem práce tohoto týmu je kvalitní život uživatelů pobytové služby a jejich rodin, zmírnění celkového utrpení v době zhoršení zdravotního stavu.

Marková (2010, s. 35) uvádí, že *„tým paliativní péče musí být vždy multidisciplinární a za jeho členy by měli být cíleně považováni také členové pacientovi rodiny i sám pacient. Ten by měl mít rozhodující slovo při rozhodování o léčbě i dalších intervencích.“* Pouze takovýto tým může docílit zachování důstojnosti nemocného a řešení problémů nemocného a jeho rodiny dle individuálních přání. Tým se skládá z lékaře, zdravotní sestry, pracovníka v sociálních službách, sociálního pracovníka,

fyzioterapeuta, psychologa, nutričního specialisty a duchovního. Zdravotní sestra je nemocnému nejbližším profesionálem a měla by umět nemocnému vysvětlit vše, na co se ptá a také předat informace o nemocném a jeho rodině ostatním členům týmu. Sestra sleduje projevy onemocnění u nemocného, účinky intervencí, potřeby nemocného a společně s celým týmem hledá možnosti, jak nemocnému pomoci (Marková, 2010).

Holmerová (2014, s. 100) uvádí, že interprofesionální tým je *„tým lidí, profesionálů různých profesí, kteří spolu partnersky spolupracují...jedná se o tým, který poskytuje různé služby, a to s ohledem na individualitu člověka, jemuž je péče poskytována. Podmínkou existence interprofesionálního týmu je spolupráce a vzájemná efektivní komunikace jednotlivých členů a jejich skutečně partnerský vztah.“* Kvalitní komunikace v týmu, s nemocným a jeho rodinou je důležitým východiskem při řešení složitých situací, které vznikají v souvislosti s nevléčitelným onemocněním nebo v závěru života, při potřebě zajištění paliativní péče (Holmerová, 2014).

Komunikace v týmu mezi jednotlivými členy by měla být partnerská. Každý v týmu je důležitý a všichni si uvědomují, že podstatnou informaci o nemocném může přinést kdokoliv. Nemocný se velmi často nesvěří se svým problémem sestře ani lékaři, ale řekne to ošetřovateli při hygieně nebo cestě na vyšetření. Komunikace v týmu dělíme podle formy – na formální (písemná dokumentace, pravidelné schůzky týmu) a neformální. Dále dělíme komunikaci podle obsahu – na podpůrnou (řeší se potřeby jednotlivých členů v týmu) a na případovou (týká se jednotlivých nemocných) (Marková, 2010).

Všichni členové týmu musí mít dostatek informací, aby při práci s nemocným a jeho rodinou nedocházelo k přehmatům a omylům. Poskytování informací jednotlivým členům týmu odráží respekt k nim. *„Jestli si nadřizený myslí, že podřizeným stačí sdělit, co mají dělat, je na hlubokém omylu. Základem je tok pravdivých informací, dostatek informací o tom, co se od pracovníků očekává a kam mají směřovat, zpětná vazba od zaměstnanců a naopak.“* (Venglářová, 2011, s. 86).

4.5 Syndrom vyhoření

Matoušek (2003, s. 55) uvádí, že „*syndrom vyhoření je soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu.*“

Jankovský (2018, s. 172) píše, že „*syndrom vyhoření představuje celý soubor příznaků projevujících se zpravidla u tzv. angažovaných „pomahačů“ ztrátou elámu, radosti ze života a především energie a nadšení potřebných při výkonu práce. Postupně u nich dochází k celkové stagnaci až rezignaci. Takový člověk je frustrován, reaguje podrážděností, depresivním jednáním, apatií, anxiétou, nedůvěřivostí až cynismem, což jej vede zcela přirozeně až k celkovému vyčerpání.*“

„*Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému (mentálnímu) a emocionálnímu (citovému) vyčerpání organismu. Pokud jde o patofyziologické mechanismy, je zcela jednoznačné, že je projevem dlouhotrvajícího a nadměrného stresu.*“ (Křivohlavý dle Venglářová, 2011, s. 24).

„*Syndrom vyhoření se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Vysoce stresogenní práce je charakterizována vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současné nízké autonomii pracovní činnosti. Autonomie pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodnout o tempu práce, její povaze a podmínkách.*“ (Kebza, Šolcová dle Kupka, 2014, s. 41).

Profese s rizikem vzniku syndromu vyhoření

Podle Venglářové (2011, s. 26) „*jsou syndromem vyhoření nejvíce ohroženy ty profese, jejichž představitelé pomáhají druhým lidem.*“ Bývá to způsobeno tím, že pomáhající se snaží co nejlépe splnit přání a potřeby druhých, často na sebe přebírají jejich problémy a své osobní problémy odsouvají stranou. Syndrom vyhoření je typický u profesí, které se vyznačují intenzivním kontaktem s lidmi (zdravotní sestry, lékaři, učitelé, policisté, sociální pracovníci, pracovníci na poště aj.). Problematické je to, že většina lidí se začne zabývat syndromem vyhoření až tehdy, když u nich propuknou typické příznaky jako jsou stres, deprese, psychické nebo fyzické vyčerpání. Většina lidí se těmto problémům nesnaží předcházet, často první příznaky

popírají, a to z různých důvodů. Často se jedná o obavu ze selhání, nebo že by přiznání problémů mohlo být projevem slabosti apod.

Matoušek (2003, s. 55-57) uvádí, že *„syndrom vyhoření nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím, prakticky každý pracovník po určité době má některé jeho projevy. Nespecifickou, obecnou příčinou jeho vzniku jsou zvláštní nároky, jež na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi využívajícími sociální služby... V pomáhajících profesích je obtížné definovat žádoucí výsledek práce a kritéria úspěšnosti pracovníka... Pomáhající profese přináší pracovníkovi odpovědnost za klienty, a přitom mu neposkytují možnost mít plně pod kontrolou jejich chování. Pomáhající profese vyžaduje, aby pracovník našel optimální stupeň osobní angažovanosti na osudech klientů... Syndrom vyhoření vznikne snadněji u osob, které mají vrozenou omezenou kapacitu vstupovat do kontaktů s lidmi.“*

Podle Venglářové (2011, s. 25) je *„každý člověk jedinečná, neopakovatelná bytost a má dno nastavené v jiné hloubce. Jsou lidé s různými povahami, charakterem, s duševními a fyzickými předpoklady. Na každého z nás odlišně působí nejrůznější vnější i vnitřní vlivy... Přirovnáme-li nepřiměřenou zátěž na jedince rozjetému vlaku s velkým nákladem, který se neumí zastavit, často dojde ke zhroucení psychických i fyzických sil a k celkovému stavu vyčerpání.“*

Předpokladem pro rozvoj syndromu vyhoření jsou dvě proměnné – osobnostní nastavení jednotlivce a prostředí, ve kterém pracujeme.

- Osobnostní nastavení jednotlivce – podstatou je příliš silná motivace pomáhat a pečovat, která vede ke zkresleným očekáváním od příjemců péče, ale i od sebe.
- Prostedí – do oblasti pracovního prostředí patří charakter vykonávané práce, organizace práce na daném pracovišti, nastavení systému aj (Venglářová, 2011).

Prevence syndromu vyhoření

Mezi hlavní faktory předcházení syndromu vyhoření patří tři skupiny okolností:

- Smysluplná pracovní činnost.

- Získání a převzetí profesionální autonomie a opory.
- Vytváření přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám (Kupka, 2014).

Prevence syndromu vyhoření může výrazně pomoci při zvládnání náročné práce. Některá preventivní opatření jsou na úrovni osobní, jiná jsou na straně zaměstnavatele.

- **Adaptační praxe** – každý pracovník v pomáhající profesi by měl být dostatečně připraven na to, že práce je náročná psychicky, fyzicky a emocionálně. Často převažuje výdej energie nad „ziskem“ a dlouhodobá zátěž může způsobit, že pracovník zbývající energii vydává jen na vlastní obranu. Důležitou roli zde hraje kvalitní teoretická a praktická příprava, osobnostní předpoklady pro profesi, kvalitní nástupní praxe.
- **Péče o sebe** – mít se rád, sám sebe přijímat.
- **Mezilidské vztahy** – tzv. sociální podpůrná síť = existence blízkých lidí, kteří mohou pomoci tam, kde já nemůžu. Jedná se především o naslouchání, podporu, emocionální podporu v těžkých situacích.
- **Osvícení zaměstnavatelé** – jsou to zaměstnavatelé, kteří umí ohodnotit dobrou práci pochvalou, nabízejí vzdělávací akce, podporují zaměstnance ve vzdělávání, realizují supervize (skupinové, individuální), podporují teambuilding.
- **Sebepoznání, sebehodnocení** – abychom porozuměli rozdílům v chování lidí s různými nedostatky, je důležité poznat a porozumět sám sobě. „Sebepoznávání je neustálé uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatků, ale také vlastních pocitů, a to v každé situaci, ve které se nacházíme.“ (Venglářová, 2011, s. 35).
- **Osobní život** – pěstování osobních zájmů, koníčků a zálib přináší do života radost a uspokojení. Naše zájmy obohacují naše životy a jsou zdrojem emočních zážitků a energie.
- Práce patří do práce.
- **Dobrá tělesná kondice** – zdravá životospráva, sport, turistika, dostatek spánku aj. Měli bychom odpočívat, když jsme unaveni, a ne v okamžiku, kdy na to máme čas.

- **Každý má své potřeby** – měli bychom umět se zastavit a zeptat se např. Proč tu práci dělám? Co mi přináší /bere?
- **Supervize** – cílem je podpora pracovního růstu pracovníka, zlepšení pracovní atmosféry a organizace práce (Venglářová, 2011).

4.6 Supervize

Marková (2010, s. 46) píše, že pokud má profesionál pracovat stále kvalitně, tak *„nesmí ustrnout, nesmí se přestat učit. Jedním z nejúčinnějších způsobů učení v dospělosti je učení se z prožitého – reflektování svých vlastních postojů, hodnot, pocitů a pracovních postupů.“* Prostorem pro reflexi může být supervize. Jedná se o setkání pracovníků se supervizorem. Může jít o setkání supervizora s jednotlivci, skupinou nebo pracovním týmem.

Venglářová (2011, s. 153) uvádí, že *„supervize je setkávání za účelem reflexí zážitků a zkušeností z práce s pacienty. Slouží k podpoře profesního růstu zaměstnanců. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů. Etickým kritériem je prospěch pacienta.“* Obsahem supervizního setkání může být kazuistika složitého případu. Výsledkem není pouze stanovení optimálního postupu péče, ale hlavně uvědomění si vlastních pocitů a obav, jedná se o reflexi vlastního chování a přístupu ke klientovi. Supervizor nám přináší pohled zvenčí a přináší do případu své zkušenosti a doporučení. Supervize přináší pracovníkovi podporu, posiluje jeho kompetence, inspiruje ho k novým postupům nebo dalšímu vzdělávání (Venglářová, 2011).

Formy supervize

- **Týmová supervize** – jedná se o nejčastější formu supervize, v ideálním případě se jedná o setkání celého týmu pracovníků jednoho oddělení. *„Týmová supervize je určena pro všechny členy týmu, je zaměřena na spolupráci v týmu, zlepšení efektivity práce a komunikaci jednotlivých členů týmu.“* (Venglářová, 2011, s. 154). Tématy pro týmovou supervizi mohou být vztahy v organizaci, uvnitř týmu nebo vztahy k vnějšku (spolupráce s ostatními týmy).

- **Skupinová supervize** – jedná se o setkání pracovníků, kteří pracují v podobných zařízeních s podobnými klienty. Nejčastěji je využívána balintovská supervize (kazuistická). Lze vytvořit stabilní skupinu, její výhodou je možnost rozvoje vztahů uvnitř skupiny, možnost získání nových informací a podpory (Venglářová, 2011).
- **Individuální supervize** – jedná se o formu strukturovaného rozhovoru mezi supervizorem a jedním pracovníkem, se zaměřením na pracovní problematiku pracovníka (Venglářová, 2011).

Venglářová (2011, s. 153-155) uvádí, že „*se při supervizi nejedná o kontrolu ani přímé řízení prostřednictvím supervizora. Zodpovědnost za průběh práce zůstává zcela na pracovníkovi a jeho vedení...V rámci kontraktu je třeba jasně vymezit, jakou funkci má supervize plnit.*“ Supervize není všemocným lékem, ale ukazuje nám možnosti hledání nových cest a dalšího rozvoje. Funkce supervize může být vzdělávací, podpůrná nebo řídicí (Venglářová, 2011).

5 Shrnutí teoretické části

Smrt je pro člověka velmi znepokojující. Je to něco, co nelze z našeho osudu odejmout a načasování není dané. Mladí lidé si myšlenku na smrt většinou nepřipouští, je to něco vzdáleného, co se jich momentálně netýká. V průběhu života se člověk se smrtí postupně seznamujeme, když odcházejí jeho blízcí. Nakonec si každý uvědomí svou konečnost a staneme před hranicí vlastního konce (Kupka, 2014).

Pokud se člověk dozví, že trpí nevyлéčitelnou nemocí, je jeho přáním, aby byl jeho život co nejdelší. Pokud zjistí, že se jeho život krátí, přeje si, aby zakoušel co nejméně utrpení psychického, fyzického, sociálního a duchovního a přeje si dobrou smrt. Lidé se více bojí utrpení než smrti samotné. Každý člověk touží po klidné a důstojné smrti. Moderní medicína nám umožňuje prožít závěr života bez nesnesitelných bolestí. Je řešen bio-psych-sociální komfort nemocného, ale i přesto nejsou lidé spokojeni. Člen rodiny může být vystrašený, pro nezkušenost s náročnou situací doprovázení, může si připadat bezradný a mít obavy z toho, že neodborným přístupem ještě více nemocnému přitíží. Proto tady je paliativní medicína, která se snaží utrpení včetně bolesti odstranit nebo alespoň zmírnit. V jejím zájmu není jen fyzické strádání, ale také psychické, sociální a spirituální. Paliativní péče přináší těm, kterým medicína nedokáže zachránit život, dobrou kvalitu života (O'Connor a Aranda, 2005).

Paliativní péče zahrnuje využití paliativních intervencí, které mohou nemoc ovlivňovat (radioterapeutické nebo chemoterapeutické postupy) nebo takové, které tlumí příznaky způsobené léčbou. Hlavním cílem všech intervencí, pokud je to možné, nemocného rehabilitovat natolik, aby bylo docíleno co nejlepší kvality jeho života. I ve finální fázi života jde o to, jak žít – tentokrát při umírání. Veškeré postupy a jejich přínos pro nemocného musí být hodnoceny individuálně a dle potřeby upravovány (Munzarová, 2005). Paliativní péče je obvykle poskytována v pokročilém období neléčitelných onemocnění, která spějí ke smrti. Jedná se o podporu a péči v řádu několika týdnů až měsíců. Jako komplexní péči v závěru života si představujeme péči a podporu při problémech fyzických, duševních, sociálních a spirituálních. Nemocní a jejich rodiny potřebují informace o možnostech léčby, vedlejších účincích léčby, prognóze onemocnění, aby mohli rozhodovat o své péči. Potřebují informace a rady

od všech členů týmu. Při efektivní komunikaci mezi profesionály, nemocným a jeho rodinou se sníží nejistota ohledně výsledku léčby, umožní se reálné zhodnocení vlastní situace a příprava na budoucnost.

Geriatrická paliativní péče není dána pouze věkem, ale také přítomností specifíků, která k vysokému věku patří a se kterými se v mládí většinou nesetkáme. Seniorům je poskytována paliativní péče ve stejném rozsahu jako mladým lidem s onemocněním v terminální fázi. Měla by být respektována křehkost, zvláštní potřeby a zranitelnost seniora. Mezi ukazatele a priority paliativní péče u seniorů patří hlavně věkem podmíněná onemocnění (Alzheimerova nemoc), polymorbidita a zhoršování celkového stavu s rozvojem stařecké křehkosti, změnou psychosociální a existenciální konsekvence umírání a větší potřebou sociální a duchovní péče (Sláma et al., 2007).

Domovy pro seniory jsou pobytovou sociální službou, která zajišťuje ubytování, stravování, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně nebo zajištění podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí a při uplatňování práv (Holmerová, 2014). Individuální plánování u terminálně nemocného klienta v domově pro seniory nekončí, ale pokračuje dále. Zaměřuje se především na sledování bolesti, předcházení a řešení komplikací spojených se zhoršením zdravotního stavu, které mohou nemocnému zvyšovat utrpení. Častěji je řešena potřeba zajištění polohovacích pomůcek, antidekubitní matrace, potřeba polohování, monitoring příjmu tekutin, úprava stravy nebo zajištění potravinových doplňků. Pokud si to klient přeje, tak se do popředí dostává podpora při řešení osobních záležitostí a duchovních potřeb.

Poskytování péče v domově pro seniory je realizováno prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Cílem práce tohoto týmu je kvalitní život uživatelů pobytové služby a jejich rodin, zmírňování celkového utrpení v době zhoršení zdravotního stavu. Všichni členové týmu musí mít dostatek informací, aby při práci s nemocným a jeho rodinou nedocházelo k přehmatům a omylům. Kvalitní komunikace v týmu, s nemocným a jeho rodinou je důležitým východiskem při řešení složitých situací, které vznikají v souvislosti s nevléčitelným onemocněním nebo v závěru života, při potřebě zajištění paliativní péče.

Pečující jsou vzhledem k fyzické a psychické náročnosti své práce ohroženi syndromem vyhoření. Důvodem jsou vysoké nároky, které jsou kladeny na lidi nejen v pracovní sféře, ale i v soukromém životě. Vysoké vypětí a tempo lze zvládat bez problémů pouze v krátkém časovém horizontu. Pokud je nadměrná zátěž dlouhodobá, mohou se u člověka objevit příznaky syndromu vyhoření. Člověk, který pečuje o vážně nemocné lidi, si musí uvědomit, že může dát pouze to, co má sám. Oporou těžce nemocnému a umírajícímu můžeme být pouze tehdy, pokud máme vyřešený svůj vlastní vztah ke smrti a utrpení.

Dodržováním určitých pravidel je možné předcházet syndromu vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí. Pracovníci, kteří jsou vystaveni nebezpečí vyhoření, musí dbát pravidelně o svou psychohygienu, důležitá je schopnost pozitivního přeladění, které jedinci umožňuje načerpat novou sílu. Každý jedinec sám nejlépe ví, co mu přináší úlevu a přináší mu uspokojení ze smysluplné práce. Mezi způsoby pozitivního přeladění patří umění v aktivní nebo pasivní podobě, sport, turistika, sběratelství aj. Nebezpečné je negativní přeladění, kterého lze dosáhnout např. pomocí psychotropních látek. Velmi často se u jedinců s tendencemi k vyhoření setkáváme se zneužíváním alkoholu, drog, nikotinu nebo kofeinu. Z počátku látka přináší úlevu, ale opakovaná konzumace může vést k návyku s negativními následky.

II Praktická část

6 Výzkumné šetření

Metodická část mé diplomové práce je zaměřena na poskytování paliativní péče u seniorů v pobytové sociální službě. Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení je v současné době běžnou záležitostí, ale dle mého názoru má mnoho limitů. Na jedné straně může jít o limity technické (vícelůžkové pokoje, nedostatek pomůcek apod.), na straně druhé mohou být limity na straně personálu (nedostatek informací, neochota ke změně přístupu apod.). Zajímala jsem se, jak vidí poskytování paliativní péče v dané pobytové sociální službě pracovníci v přímé péči. Jaké mají informace o paliativní péči, co jim brání v jejím poskytování nebo co potřebují k tomu, aby mohli paliativní péči v daném zařízení kvalitně poskytovat klientům na konci života.

K získání informací jsem zvolila kvalitativní výzkum, který je založen na indukci a jeho cílem je odhalení podstaty problému. Při výzkumu se nestanovují hypotézy, ale snažíme se o pochopení důvodů jednání dotazovaných. Výzkumník se snaží porozumět situacím tak, jak je chápou aktéři. Při kvalitativním výzkumu dochází k detailnějšímu, hlubšímu a komplexnímu zkoumání jevu (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Kvalitativní výzkum můžeme definovat jako „*proces hledání porozumění, založený na různých 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*“ (Creswell dle Bártlová et al., 2008, s. 24). Kvalitativní výzkum pracuje s malým vzorkem respondentů s využitím skupinových rozhovorů, individuálních rozhovorů apod. Výzkum se může zabývat životem lidí, životními příběhy, ale také chodem organizací a vzájemnými vztahy (Bártlová et al., 2008).

6.1 Cíl výzkumného šetření

Hlavní výzkumná otázka práce zní: ***Jaký je postoj pracovníků v přímé obslužné péči vybraného domova pro seniory k poskytování péče o terminálně nemocného klienta?***

Dílčí cíle práce jsou zjistit, jaké mají pracovníci znalosti o umírání a paliativní péči, jak vnímají pracovníci péči o terminálně nemocné klienty ze své pozice a jaké vidí limity při poskytování paliativní péče o klienty v terminálním stadiu. Myslím si, že je důležité identifikovat pocity a limity pracovníků při poskytování paliativní péče. Na základě těchto znalostí můžeme pracovníkovi pomáhat při adaptaci na tuto péči, nastavit soubor školení nebo exkurzí, zprostředkovat supervizi, zajistit podporu psychologa apod. Identifikací problémů můžeme prostřednictvím správných intervencí zlepšit přístup personálu k paliativní péči, můžeme jim ulehčit práci vhodnými pomůckami, můžeme jim pomoci s řešením osobních problémů (prožívání, negativní pocity apod.) v souvislosti s péčí o terminálně nemocného klienta. Péče o terminálně nemocného člověka je velmi náročná nejen po fyzické stránce, ale také po stránce psychické. Abychom mohli poskytovat kvalitní paliativní péči, tak si musíme problémy připustit, identifikovat je a hledat cesty, pomocí kterých tyto problémy vyřešíme nebo alespoň zmírníme jejich dopad.

Hlavní výzkumná otázka (HVO): *Jaký je postoj pracovníků v přímé obslužné péči vybraného domova pro seniory k poskytování péče o terminálně nemocného klienta?*

Tuto výzkumnou otázku jsem přeformulovala do 3 dílčích výzkumných otázek DVO):

1. dílčí výzkumná otázka (DVO1): *Jaké mají pracovníci znalosti o umírání a paliativní péči?*

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, zda oslovení pracovníci v pobytové sociální službě mají znalosti o procesu umírání, o tom, jakým způsobem se člověk vyrovnává s informací o vážném zdravotním stavu. Zda mají zkušenost s paliativní péčí a jak na ni nahlíží.

2. dílčí výzkumná otázka (DVO2): *Jak vnímají pracovníci péči o terminálně nemocné klienty ze své pozice?*

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, jaké mají pracovníci možnosti a kompetence z pozice své profese.

3. dílčí výzkumná otázka (DVO3): *Jaké vidí pracovníci limity při poskytování paliativní péče o klienty v terminálním stadiu?*

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, zda je něco, co pracovníkům v přímé péči brání v poskytování kvalitní paliativní péče o seniory. Zda jim pomáhají školení a supervize, které jsou zajištěny v pobytové sociální službě k rozšíření znalostí o dané problematice a zároveň se snaží předcházet či řešit syndrom vyhoření.

6.2 Transformace dílčích cílů

Transformační tabulka popisuje transformaci dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek. Odpovědi respondentů byli získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Tab.1 Transformační tabulka výzkumných kroků

Hlavní výzkumná otázka (HVO): <i>Jaký je postoj pracovníků v přímé obslužné péči vybraného domova pro seniory k poskytování péče o terminálně nemocného klienta?</i>		
Dílčí výzkumná otázka (DC):		Tazatelské otázky
DVO 1: Jaké mají pracovníci znalosti o umírání a paliativní péči?	DVO 1.1: Zjistit, jaké má respondent informace o umírání a vyrovnávání se s fatálním onemocněním. DVO 1.2: Zjistit, zda má respondent informace o paliativní péči.	TO1 - Mohl/a byste mi říct, co víte o umírání? TO2 - Jakým způsobem se podle Vás lidé vyrovnávají s informací o vážném zdravotním stavu? TO3 - Co je podle Vás paliativní péče? TO4 - V čem spatřujete přínos paliativní péče v domově pro seniory?

	<p>DVO 1.3: Zjistit, zda vidí respondent přínos vzdělávání v oblasti paliativní péče.</p>	<p>TO5 - Jaký má pro Vás přínos vzdělávání v problematice paliativní péče?</p> <p>TO15 - Jaké vzdělávací metody Vám nabízí Váš zaměstnavatel, jako pomoc při zvládnání náročné práce s umírajícím klientem?</p>
<p>DVO 2: Jak vnímají pracovníci péči o terminálně nemocné klienty ze své pozice?</p>	<p>DVO 2.1: Zjistit, jaká je pracovní náplň a kompetence respondenta při poskytování paliativní péče.</p> <p>DVO 2.2: Zjistit, jak respondent prožívá komunikaci v souvislosti s péčí o terminálně nemocného klienta.</p>	<p>TO6 - Můžete mi popsat co je Vaší pracovní náplní při poskytování paliativní péče?</p> <p>TO7 - S kým hlavně spolupracujete v rámci péče o klienta v terminálním stadiu?</p> <p>TO8 - Jakým způsobem spolupracujete s rodinou z pohledu Vaší pozice?</p> <p>TO9 - S jakými dalšími organizacemi spolupracujete při poskytování paliativní péče?</p> <p>TO10 - Jakým způsobem probíhá komunikace v týmu ohledně klienta při poskytování paliativní péče?</p>

		<p>TO12 - Můžete mi popsat, jak prožíváte komunikaci s rodinou terminálně nemocného klienta / zemřelého klienta?</p> <p>TO17 - Jaký má podle Vás přínos sdílení zkušeností a problémů při poskytování paliativní péče?</p>
<p>DVO 3: Jaké vidí pracovníci limity při poskytování paliativní péče o klienty v terminálním stadiu?</p>	<p>DVO 3.1: Zjistit, zda si respondent uvědomuje osobní limity při poskytování paliativní péče o terminálně nemocného klienta.</p> <p>DVO 3.2: Zjistit, zda vidí respondent limity při poskytování paliativní péče v organizaci.</p> <p>DVO 3.3: Zjistit, co respondent potřebuje ke zvládnutí zátěže.</p>	<p>TO11 - Můžete mi popsat, jak prožíváte péči o terminálně nemocného klienta?</p> <p>TO14 - V čem spatřujete největší osobní limit při poskytování paliativní péče u terminálně nemocných klientů?</p> <p>TO13 - Co Vám brání v poskytování paliativní péče u terminálně nemocných klientů ve Vašem zařízení?</p> <p>TO16 - Co by Vám osobně nejvíce pomohlo při poskytování paliativní péče a zvládnutí psychické zátěže?</p>

(zdroj: vlastní)

6.3 Metoda výzkumného šetření

Sběr informací jsem prováděla pomocí polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. „*Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu.*“ (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 13). Při polostrukturovaném rozhovoru se můžeme ujistit, že respondent rozuměl otázce, můžeme opakovaně pokládat otázku nebo ji vysvětlit, není-li pochopena (Hendl, 2005). Dotazovaní respondenti mluvili o svých zkušenostech s poskytováním paliativní péče nejen v domově pro seniory, ale někteří mají zkušenosti i z předešlé praxe. Popisovali svůj názor na paliativní péči v pobytové službě, jakým způsobem prožívají péči o klienta v závěru života a zda vnímají nějaké limity při poskytování kvalitní péče v závěru života. Poskytování paliativní péče u klienta v terminálním stadiu nemoci nebo života je velmi náročnou činností a je dobré identifikovat, co nám tato práce přináší, ale také jaké máme limity při jejím poskytování.

6.4 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v Domově důchodců Náchod, kde pracuji jako manažerka úseku přímé péče již 7 let. Vzhledem k tomu, že se jedná o zařízení, kde pracuji, bylo pro mne jednodušší oslovit pracovníky ohledně výzkumu a následně výzkum provádět.

- Domov důchodců Náchod poskytuje pobytovou službu pro seniory dle § 49 a § 50 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Posláním Domova důchodců Náchod je vytvořit odpovídající a důstojné podmínky uživatelům, kteří vzhledem ke svému stáří a zdravotnímu stavu nemohou žít ve svém přirozeném prostředí, a umožnit jim dle jejich možností prožít aktivní a důstojné stáří. Kapacita zařízení je 146 klientů – 86 klientů DPS a 60 klientů DZR. DPS poskytuje službu seniorům od 62 let věku s bydlištěm v Královéhradeckém kraji, případně s prokázanou vazbou na Královéhradecký kraj, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a nelze ji již zajistit jinou ambulantní či terénní službou. DZR poskytuje službu seniorům zejména od 55 let věku, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu onemocnění stařeckou

demencí a Alzheimerovou chorobou. Poskytování služby se řídí zejména Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006. Organizace má vypracované metodiky a pracovní postupy, které vycházejí z legislativy a pomáhají zaměstnancům v poskytování služby (Domov důchodců Náchod, nedatováno).

Výzkumnému šetření ve vybraném pobytovém zařízení pro seniory předcházela schůzka s ředitelem organizace, kde jsem ho seznámila se záměrem provádět výzkumné šetření na téma paliativní péče v pobytové sociální službě pro seniory. Seznámila jsem ho s hlavním výzkumným cílem a dílčími cíli výzkumu. Informovala jsem ho o způsobu sběru dat a jejich následným využitím v rámci zpracování výzkumu mé diplomové práce. Nabídla jsem, že pokud získám při výzkumném šetření data, která by mohla přispět ke zkvalitnění služby pro seniory, tak je mohu poskytnout. Pan ředitel mi udělil souhlas s prováděním výzkumného šetření na uvedené téma (příloha č. 1).

6.5 Výběr respondentů

Skupinu respondentů této diplomové práce představují zaměstnanci pobytové sociální služby pro seniory v Náchodě. Jedná se o pracovníky pomáhajících profesí, kteří pracují v přímé péči s klienty ve vybrané pobytové službě pro seniory. Mezi respondenty jsou pracovníci v sociálních službách, praktická sestra, všeobecné sestry a sociální pracovníci.

Prvním kritériem při volbě respondentů byla délka pracovního poměru ve vybrané pobytové službě pro seniory, kterou jsem stanovila na dobu delší než jeden rok. Důvodem bylo, aby byl u respondenta ukončen adaptační proces a měl zkušenost s poskytováním přímé péče seniorům v daném domově pro seniory. Druhým kritériem bylo, že v pobytové službě pro seniory respondenti pracují v přímé péči a poskytují službu seniorům vybraného zařízení. Pomáhající profese v daném zařízení, které pracují v přímé péči jsou: všeobecná sestra, praktická sestra, pracovník v sociálních službách a sociální pracovník. Dalším důležitým kritériem byla ochota pracovníků přímé péče účastnit se výzkumu. Celkem jsem oslovila 15 pracovníků vybraného zařízení, z toho 13 oslovených pracovníků souhlasilo s účastí na výzkumu a 2 osloveni

pracovníci odmítli. Rozložení respondentů bylo následující: 4 všeobecné sestry, 6 pracovníků v sociálních službách, 2 sociální pracovníce a 1 praktická sestra. V tabulce č. 2 je uveden přehled respondentů, kteří se účastnili výzkumu.

Tab. 2 Přehled respondentů – zaměstnanci Domova důchodců Náchod

Respondent	Pracovní pozice	Věk	Vzdělání	Délka praxe v DD (roky)
R1	všeobecná sestra (VS)	45	Střední s maturitou	15
R2	všeobecná sestra (VS)	56	Střední s maturitou	19
R3	všeobecná sestra (VS)	44	Vysokoškolské	4
R4	všeobecná sestra (VS)	59	Střední s maturitou	4
R5	Pracovník v sociálních službách (PSS)	22	Střední s maturitou (sociální činnost)	1,5
R6	Pracovník v sociálních službách (PSS)	44	Střední s maturitou (kurz pro pracovníky v sociálních službách)	20
R7	Pracovník v sociálních službách (PSS)	30	Vysokoškolské (Bc.) (kurz pro pracovníky v sociálních službách)	5
R8	Pracovník v sociálních službách (PSS)	55	Střední odborné (kurz pro pracovníky v sociálních službách)	9
R9	Pracovník v sociálních službách (PSS)	32	Střední s maturitou (praktická sestra)	1
R10	Pracovník v sociálních službách (PSS)	53	Střední odborné (kurz pro pracovníky v sociálních službách)	5
R11	Sociální pracovník	30	Vysokoškolské	1

	(SP)			
R12	Sociální pracovník (SP)	26	Vysokoškolské	1
R13	Praktická sestra (PS)	47	Střední s maturitou	21

(zdroj: vlastní)

Značná část oslovených respondentů nesouhlasila s nahráváním rozhovorů, i když jsem je ujistila, že rozhovory budou sloužit pouze k uvedenému výzkumnému šetření a bude zachována jejich anonymita. Oslovené respondenty jsem seznámila s tématem práce, účelem rozhovoru a jeho obsahem. Všichni měli možnost se předem seznámit s otázkami k rozhovoru. Někteří respondenti měli obavu, že nebudou schopni odpovědět na některé otázky, protože se jedná o velmi citlivé a náročné téma. Nakonec jsme se domluvili, že si budu jejich odpovědi zaznamenávat do předem připraveného formuláře. Údaje o věku, vzdělání a délce praxe respondentů jsem získala z programu CYGNUS, který zkoumané zařízení používá ke zpracování agendy nejen o zaměstnancích, ale také o klientech.

Předvýzkum jsem provedla v dubnu 2021, abych se ujistila, že jsou otázky správně formulované a kolik času mi zhruba zabere rozhovor s respondentem. Díky provedenému předvýzkumu jsem zjistila, že některé otázky jsou uzavřené a respondent neodpovídal tak, jak bych potřebovala. Došlo k přeformulování tazatelských otázek tak, aby na ně respondent odpovídal rozsáhleji. Zjistila jsem, že některé otázky jsou pro respondenty náročné na zodpovězení, protože se týkají limitů nebo nedostatků organizace nebo jednotlivce. Musela jsem být při rozhovoru opatrná, abych nehodnotila jejich odpověď a nedostala je do rozpaků. Respondenty jsem ujistila o tom, že veškeré údaje budou využity pouze pro účely mé diplomové práce a bude zachována jejich anonymita. Rozhovory byly doslovně zapsány do připraveného formuláře, který byl označen R1, R2...(respondent číslo 1). Rozhovory byly analyzovány pomocí metody otevřeného kódování.

Před samotnými rozhovory jsem oslovila respondenty ještě jednou, domluvili jsme si termín rozhovoru a požádala jsem je o podepsání informovaného souhlasu pro účely vypracování výzkumného šetření. Rozhovory probíhaly na přelomu května a června.

K rozhovoru jsem měla předem připravené otázky, které jsem měla vytištěné a do takto připraveného formuláře jsem zapisovala odpovědi.

Rozhovory probíhaly v domluveném termínu v prostoru mé kanceláře, abychom nebyli rušeni chodem oddělení. Během rozhovoru jsem se držela připravených otázek, občas jsem musela pořadí otázek přizpůsobit tomu, co respondent popisoval. Odpovědi respondentů jsem doslovně zapisovala do předem připraveného formuláře, proto byly rozhovory časově náročnější. Při rozhovorech jsem také využila pozorování respondenta. Získaná data mi potvrdily, že jsem zvolila správnou metodu výzkumného šetření, abych získala potřebné informace a tím naplnila cíl výzkumného šetření.

6.6 Zodpovězení dílčích výzkumných otázek

V této části diplomové práce popisuji výsledky výzkumného šetření. Cílem je ze získaných odpovědí respondentů odpovědět na dílčí výzkumné otázky a následně zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: ***Jaký je postoj pracovníků v přímé obslužné péči vybraného domova pro seniory k poskytování péče o terminálně nemocného klienta?***

Hlavní výzkumnou otázku jsem rozdělila do tří dílčích výzkumných otázek (DVO), které jsem ještě dále rozdělila na menší cíle. Respondenty mám označené zkratkami R1...13, výzkumník je označen V.

6.6.1 Interpretace DVO 1: „Jaké mají pracovníci znalosti o umírání a paliativní péči?“

Tato dílčí výzkumná otázka je zaměřena na znalosti pracovníků v přímé péči ve vybrané pobytové službě pro seniory o umírání a paliativní péči.

Jaké má respondent informace o umírání a vyrovnávání se s fatálním onemocněním – oslovení respondenti popisují umírání a smrt, jako velmi stresující a zatěžující událost v životě člověka. Respondent (R1): *„Vnímám to jako velkou zátěž a stres (...) a to nejen pro toho člověka, ale taky pro jeho rodinu.“* Respondent (R10): *„Podle mého názoru to je hodně citlivé téma (...), proto o tom nikdo nechce moc mluvit (...) myslím, že to je velký stres pro všechny, kterých se to dotýká. Nejen rodina, ale*

taky personál, který se stará o umírajícího a někdy neví, co říkat rodině (...) Je to obrovský smutek a bolest pro rodinu, kamarády, přátele.“

Oslovení respondenti vnímají smrt jako přirozenou součást života, pokud nastává ve vysokém věku. Respondent (R12): *„Umírání je součástí každého života a je neustále v našem životě přítomna (...) v podstatě se dá říct, že každou vteřinou jsme blíž k odchodu“*

Respondent (R8): *„Umírání chápu jako poslední a nevyhnutelnou fázi lidského života (...) je to fyzický odchod z tohoto světa, když jsme starý, nemocný.“*

Respondent (R3): *„Umírání chápu jako přirozené ukončení lidského života. Problém vidím, když umírají mladí lidé nebo děti (...) umírají předčasně a nepřirozeně.“*

Respondent (R1): *„Když jsem viděla umírat mladé lidi na onkologické onemocnění, tak to bylo pro mě osobně hodně těžký (...) někteří měli malé děti jako já, to bylo hrozný hlavně pro ty rodiny. Pokud odchází starý člověk, který má věk a je třeba hodně nemocný, tak to vnímám jako vysvobození pro toho člověka.“*

Respondenti popisují, že vyrovnávání se s informací o vážném onemocnění nebo odchodem blízkého člověka je individuální záležitostí. Všichni respondenti popisují různé fáze smíření od šoku, popírání, smlouvání až ke smíření. Uvědomují si, že při poskytování péče o umírajícího klienta pobytové služby a práci s jeho blízkými, je nutná trpělivost. Někteří mají osobní zkušenost s doprovázením v rodině a vědí, že není jednoduché přijmout informaci o nevléčitelném onemocnění. Respondent (R1): *„Je to hodně individuální, vždycky záleží na konkrétní situaci (...) často se v praxi setkáváme s tím, že se negativní emoce projeví vůči ošetřujícímu personálu.“*

Respondent (R8): *„Každý člověk je jiný a proto první reakce jsou různé, od vzteku po pláč (...) Myslím, že záleží na věku člověka, na jeho osobnosti, na tom, jaký je. To je různé. Nejprve si to nepřipouštějí, mohou odmítnout pomoc a léčbu, ale nakonec se s tím nějak vyrovnají (...) alespoň částečně. Tady v práci to je někdy náročný, rodiny si to někdy vybíjejí na personálu (...) chápu, že potřebují čas, já osobně jsem takovou informaci o zdravotním stavu mého otce nechtěla přijmout vůbec (...) byla jsem přesvědčená, že nemoc překonáme.“*

Respondent (R11): *„Těžko se vyrovnávají, musíme jim dát čas a hlavně informace (...) Měli jsme takovou situaci v rodině a nechtěli jsme to přijmout – všichni jsme hledali zázračný lék, pořádali výlety, jakoby se nic nedělo (...) pak přišlo zhoršení a deprese. Nejsem si jistá, že vždycky dojde ke smíření.“*

Jaké má respondent informace o paliativní péči – na tuto otázku respondenti odpovídali jednoznačně. Respondenti se shodli, že se jedná o péči poskytovanou osobám v terminálním stádiu onemocnění, umírajícím a jejím rodinám. Podle respondentů se jedná o péči, která přispívá k zachování důstojnosti na sklonku života, zajištění klidného prostředí pro nemocného a jeho rodinu, umožnění dostatečného kontaktu s blízkými, a hlavně individuální přístup při řešení symptomů doprovázejících nevléčitelné onemocnění. Respondent (R8): *„Paliativní péče je péče o nemocného s nevléčitelnou chorobou. Myslím tím péči všeobecnou, nejen léčbu bolesti, ale umožnit mu být v prostředí, které má rád a být s lidmi, které chce mít u sebe.“* Respondent (R6): *„Je to podle mě komplexní péče poskytovaná umírajícímu, který trpí nevléčitelnou chorobou. Zaměřuje se na zmírnění bolesti a taky duševního strádání a při tom zachovat klientovu důstojnost (...) umožnit příbuzným umírajícího navštěvovat ho a poskytnout jim soukromí.“* Respondent (R3): *„Paliativní péče se zabývá umíráním a doprovázením umírajícího. Věnuje se taky blízkým a snaží se zajistit bezbolestný a důstojný odchod nemocného.“*

Oslovení respondenti se shodují, že poskytování paliativní péče v domově pro seniory má velký přínos zejména pro klienta pobytové sociální služby, protože mu umožňuje zůstat ve známém prostředí, péči mu poskytuje personál, který klienta zná. Pokud personál zná individuální potřeby klienta, jeho osobní i rodinnou anamnézu, tak se lépe nastavuje individuální péče o daného klienta. Respondent (R6): *„Myslím si, že v domově pro seniory je domáctější prostředí než v nemocnici, personál klienta zná a může mu vyhovět v jeho přáních, na což v nemocnici není čas. Klient zase zná personál a je klidnější a cítí se líp než v nemocnici (...) taky příbuzní mohou po dohodě s personálem navštěvovat blízkého a spolupracovat s personálem.“* Respondent (R7): *„Klienti při odcházení nemusí opouštět pro ně známé prostředí (...) taky se mi líbí lepší přístup k umírajícímu člověku v domově, kde koukáme na jeho lidské potřeby než v nemocnici, kde si myslím, že je pro ně člověk další jmenovka na posteli.“* Respondent (R3): *„Hlavní přínos vidím v tom, že není nutné, aby klienti domovů umírali nedůstojně na nemocničním lůžku. Mohou umírat v doprovodu rodiny a v klidném prostředí jejich pokoje.“*

Přínos vzdělávání v oblasti paliativní péče – z výzkumu vyplynulo, že oslovení zaměstnanci nemají žádné specializační vzdělání v oblasti paliativní péče a vidí přínos

v následném vzdělávání v této oblasti. Přínos nevidí jen v absolvování různých kurzů, které jsou spíše teorií, ale také v supervizích, kde mohou prodiskutovat zkušenosti z praxe. Respondent (R3): *„Je dobré vědět jaké jsou možnosti v paliativní péči, jaké jsou možnosti spolupráce, jaké můžeme nabídnout klientovi a jeho rodině služby. Znalosti paliativní péče mi pomáhají pochopit a vcítit se do pocitů nemocného a jeho blízkých.“* Respondent (R6): *„Myslím si, že vzdělávání přináší nové nápady, postupy a metodiky ke zvyšování kvality života klientů a na podporu rodin.“* Respondent (R12): *„Přínosem je schopnost poskytovat odbornou a profesionální péči přímo reagující na konkrétní potřeby daného klienta a jeho rodiny.“*

Domov pro seniory, kde probíhal výzkum zajišťuje pravidelná školení pro pracovníky v přímé péči. Školení se zaměřují na různá témata, která jsou dle pracovníků aktuální – od práce s rodinou, individuální plánování k paliativní péči. Pokud některý z pracovníků potřebuje školení v jiné oblasti, tak využije školení od jiných poskytovatelů. Respondent (R8): *„V průběhu roku máme různá školení, který nám zajišťuje zaměstnavatel. Většinou jsou témata školení podle toho, co nás v práci trápí. Když potřebujeme, tak máme možnost praxe v jiném zařízení.“* Respondent (R6): *„Máme pravidelná školení a pokud se vyskytne problém, můžeme ho v rámci týmu řešit na supervizi.“* Respondent (R11): *„Máme různá školení, můžeme si vybrat podle tématu, co nás zajímá. Když najdu něco zajímavého mimo a je to cenově dostupné, tak si to můžu vybrat. Dobré jsou i supervize, kdy si o těch problémech můžeme popovídat.“*

Výzkum ukázal, že oslovení respondenti z řad pracovníků přímé péče ve vybraném zařízení vnímají umírání a smrt člověka jako přirozenou etapu lidského života, pokud nastane v pokročilém věku člověka. V takovém případě tuto událost vnímají, jako určité vysvobození člověka z útrap, která mu přináší nevléčitelné onemocnění. Naopak pokud dochází ke smrti v mladém věku, tak to vnímají jako nepřirozenou a velmi zatěžující událost pro rodinu. Respondenti popisují, že vyrovnávání se s informací o vážném onemocnění nebo odchodem blízkého člověka je individuální záležitostí. Všichni respondenti popisují různé fáze smíření od šoku, popírání, smlouvání až ke smíření. Respondenti si uvědomují, že při poskytování péče o umírajícího klienta pobytové služby a práci s jeho blízkými, je nutná trpělivost. Někteří mají osobní zkušenost s doprovázením v rodině a vědí, že není jednoduché

přijmout informaci o nevléčitelném onemocnění. Paliativní péči popisují respondenti jako péči poskytovanou osobám v terminálním stádiu onemocnění, umírajícím a jejím rodinám. Podle respondentů se jedná o péči, která přispívá k zachování důstojnosti na sklonku života, zajištění klidného prostředí pro nemocného a jeho rodinu, umožnění dostatečného kontaktu s blízkými, a hlavně individuální přístup při řešení symptomů doprovázejících nevléčitelné onemocnění. Oslovení respondenti nemají žádné specializační vzdělání v oblasti paliativní péče a vidí přínos v následném vzdělávání v této oblasti. Přínos nevidí jen v absolvování různých kurzů, které jsou spíše teorií, ale také v supervizích, kde mohou prodiskutovat zkušenosti z praxe. Domov pro seniory, kde probíhal výzkum zajišťuje pravidelná školení pro pracovníky v přímé péči. Školení se zaměřují na různá témata, která jsou dle pracovníků aktuální – od práce s rodinou, individuální plánování k paliativní péči. Pokud některý z pracovníků potřebuje školení v jiné oblasti, tak využije školení od jiných poskytovatelů.

6.6.2 Interpretace DVO 2: „Jak vnímají pracovníci péči o terminálně nemocné klienty ze své pozice?“

Tato dílčí výzkumná otázka je zaměřena na poskytování paliativní péče ve vybrané pobytové službě pro seniory z hlediska jednotlivých pracovních pozic, které poskytují přímou péči seniorům.

Pracovní náplň a kompetence respondenta při poskytování paliativní péče – z výzkumu vyplynulo, že jednotlivé profese v přímé péči mají různou pracovní náplň a z toho plynoucí kompetence. Důležité je zjištění, že jednotlivé profese v rámci týmu spolupracují a komunikují potřeby jednotlivých klientů. Přímou péči poskytují klientům pracovníci v sociálních službách (rehabilitační, aktivizační, přímá obslužná péče), zdravotní personál (lékař, všeobecné zdravotní sestry, praktické sestry) a sociální pracovníci. Výsledkem je péče poskytovaná na míru potřebám jednotlivých klientů. Respondent (R10): *„Moje práce je každodenní péče o klienta – hygiena, péče o dutinu ústní, koupání...polohování klientů, pomoc při aktivizaci nebo rehabilitaci, ale taky podpora a naslouchání klientovi. Je moc důležitá i psychická pohoda a spokojenost klienta. (...) Spolupracujeme všichni dohromady, vždycky při hlášení řešíme co je nového a domlouváme se, co a jak budeme u konkrétního klienta dělat. (...) Když se něco děje během směny, tak to řešíme operativně.“* Respondent (R4):

„Spolupráce je napříč týmem, a to je myslím důležitý. Musíme reagovat na to, co se děje a všichni musí ke klientovi přistupovat stejně, takže bez komunikace to nejde.“

Respondent (R3): *„Spolupracuje celý ošetrovatelský tým – sestry, lékař, pracovníci v sociálních službách, rehabilitační, ale taky je důležitá spolupráce s kuchyní, abychom mohli klientovi upravit stravu nebo dietu podle jeho možností příjmu stravy.“*

Podle dotázaných respondentů je také důležitá komunikace s rodinou. Měla by být profesionální a empatická. Dle sdělení respondentů informace ohledně zdravotního stavu sděluje pouze zdravotnický personál (lékař, všeobecná zdravotní sestra) a obecné informace ohledně služby sdělují sociální pracovníci. Pracovníci v přímé péči řeší hlavně zajištění soukromí pro klienta a jeho rodinu, v rámci komunikace s rodinou se zaměřují pouze na zajištění pomůcek, které potřebují pro klienta. Respondent (R7):

„Komunikace s rodinou probíhá hlavně přes staniční sestru a sociální pracovníci. My jako pečovatelky řešíme, co klient potřebuje a požádáme rodinu nebo sociální pracovníci o zajištění. Komunikace s rodinou během návštěv je spíš nějaká ta banální – jak se klient má, ale co se týká zdravotního stavu, tak to řeší sestry nebo lékař.“

Respondent (R10): *„Z mojí pozice mohu sdělit rodině, jak je klient soběstačný nebo spokojený. Informace o zdravotním stavu řeší s rodinou zdravotní, staniční nebo vrchní sestra.“*

Respondent (R11): *„Snažím se jim poradit v případě dotazů, co, jak udělat. Co se bude tít, až.... Někdy je prostě jen vyslechnu, když si potřebují popovídat, vypovídat se.“*

V rámci poskytování paliativní péče je také důležitá spolupráce se subjekty mimo sociální službu, které mohou přispět k poskytování kvalitní paliativní péče. Mohou pomoci při řešení nevladatelných příznaků onemocnění (bolest, rozsáhlé rány apod.).

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že zkoumaná sociální služba spolupracuje s různými odbornými ambulancemi v nemocnici, zejména onkologickou, ambulancí léčby bolestí a ambulancí léčby chronických ran. Pokud to zdravotní stav vyžaduje nebo si to rodina přeje, je navázána spolupráce s hospicem v Červeném Kostelci. Pokud klient vysloví přání, že by si chtěl pohovořit s knězem, tak personál osloví sociální pracovníci, která domluví návštěvu duchovního. Respondent (R3): *„Spolupracujeme s různými odborníky, jako je internista, onkolog, chirurg, ale taky psychiatr, ambulance bolesti nebo přímo s mobilním domácím hospicem. Záleží na tom, co u klienta potřebujeme řešit.“* Respondent (R6): *„To není v mojí kompetenci, ale*

zdravotníci spolupracují s internou, onkologií a taky s hospicem. Když si to klient přeje, tak se zajistí kněz, který přijde na návštěvu na pokoj.“

Prožívání komunikace v souvislosti s péčí o terminálně nemocného klienta.

Komunikace s klientem na sklonku jeho života je podle pracovníků náročná a vyvolává v nich různé pocity, se kterými se musí následně vyrovnat. Vždy záleží na tom, jakým způsobem je klient informován o svém zdravotním stavu a zda je vyrovnán se svou situací. Respondent (R10): *„Ta péče je velmi náročná na psychiku, ale snažím se být klidná. V rámci týmu si říkáme hodně informací o klientech, takže víme, jak ke kterému přistupovat. Snažím se komunikovat podle nálady klienta, hlavně taktně, abych ho neobtěžovala.“* Respondent (R4): *„Snažím se být profesionálem, ale jsem jen člověk se všemi emocemi (...) někdy to je hodně těžký, hlavně, když toho klienta znám dlouho, nebo nemůžeme zvládnout nějaký problém.“* Respondent (R1): *„Je to náročné, při komunikaci musíme brát ohled na to, že klient vnímá naši verbální i neverbální komunikaci.“*

Komunikaci s rodinou vnímají oslovení respondenti jako velmi náročnou, ale snaží se zachovat si klidný a profesionální přístup. Respondent (R1): *„Komunikace s rodinou je pro mě většinou stresující, protože nevím, jak bude rodina na určité informace reagovat. Záleží na tom, jak situaci rodina vnímá a jak je informovaná o stavu klienta.“* Respondent (R6): *„Snažím se k rodině přistupovat profesionálně, klidně, vyslechnout je, nebo jim poradit, co by bylo vhodné.“* Respondent (R2): *„Většina rodin je zaskočená, i když jsou informováni průběžně o stavu klienta. Někdy reagují podrážděně (...) Je nutné s nimi jednat v klidu, pokud potřebují informace ohledně toho, co dál, tak jim je předat (...) někdy i znovu opakovat.“* Respondent (R11): *„Komunikace je náročná, ale snažím se jim pomoci, podpořit je. Musím říct, že je pro mě míň náročná komunikace s rodinou, která spolupracovala. Rodina, která neměla zájem a stará se jen o peníze mě rozčiluje a mám problém se při komunikaci s nimi ovládnout.“*

Velký přínos vidí oslovení respondenti v komunikaci v rámci týmu, kdy dochází k výměně informací o klientech. Většinou probíhá výměna informací při ranním hlášení, kdy se na oddělení sejdou všichni pracovníci, kteří mají ten den službu. Během

hlášení se domluví eventuální úpravy péče o klienta, pracovníci si rozdělí činnosti apod. V průběhu dne se mohou informace upřesňovat. Předávání informací je nejen prostřednictvím ústní formy, ale také písemně do knihy hlášení, tak aby se informace dozvěděli i pracovníci, kteří nejsou zrovna v práci. Důležité je, aby měli informace všichni pracovníci a poskytovali péči klientům jednotně. Respondent (10): *„Komunikace v týmu se řeší každé ráno na hlášení, kde se sejdeme a řešíme důležité informace ohledně klientů, pokud je to nutné, tak i během dne. Máme sešit, kde píšeme důležité info pro další směnu.“* Respondent (R3): *„V rámci týmu komunikujeme přímo mezi sebou a domlouváme se průběžně na dalším postupu péče, předáváme si i písemná hlášení o provedené péči. Lékař dochází 1x týdně, tak v případě potřeby řešíme problémy telefonicky.“* Respondent (R8): *„Základní péče se naplánuje při denním hlášení u staniční sestry. Na dalších postupech se domlouváme při aktuálním problému na oddělení... Je důležité vzájemně komunikovat, protože se tím zlepšuje komunikace v kolektivu a případně se společně najde nejlepší řešení problému.“* V rámci paliativní péče je důležitá komunikace v týmu, aby mohla být nejen poskytnuta co nejlepší péče klientovi na sklonku života, ale také je důležité sdílení pocitů, které pracovníci prožívají při poskytování péče umírajícímu klientovi. Je to jeden ze způsobů prevence syndromu vyhoření. Respondent (R12): *„Komunikaci v rámci týmu vnímám pozitivně, protože přináší více úhlů pohledu na danou situaci. Může také fungovat jako jakési potvrzení toho, že jsme jednali správně.“* Respondent (R5): *„Myslím si, že je důležité sdílet své zkušenosti i problémy. Je dobré vidět i jiný pohled na věc.“*

Z výzkumu vyplynulo, že jednotlivé profese v přímé péči mají různou pracovní náplň a z toho plynoucí kompetence. Důležité je zjištění, že jednotlivé profese v rámci týmu spolupracují a komunikují potřeby jednotlivých klientů. Přímou péči poskytují klientům pracovníci v sociálních službách (rehabilitační, aktivizační, přímá obslužná péče), zdravotní personál (lékař, všeobecné zdravotní sestry, praktické sestry) a sociální pracovníci. Výsledkem je péče poskytovaná na míru potřebám jednotlivých klientů. Dle sdělení respondentů informace ohledně zdravotního stavu sděluje pouze zdravotnický personál (lékař, všeobecná zdravotní sestra) a obecné informace ohledně služby sdělují sociální pracovníci. Pracovníci v přímé péči řeší hlavně zajištění

soukromí pro klienta a jeho rodinu, v rámci komunikace s rodinou se zaměřují pouze na zajištění pomůcek, které potřebují pro klienta.

Velký přínos vidí oslovení respondenti v komunikaci v rámci týmu, kdy dochází k výměně informací o klientech. Většinou probíhá výměna informací při ranním hlášení, kdy se na oddělení sejdou všichni pracovníci, kteří mají ten den službu. Během hlášení se domluví eventuální úpravy péče o klienta, pracovníci si rozdělí činnosti apod. V průběhu dne se mohou informace upřesňovat. Předávání informací je nejen prostřednictvím ústní formy, ale také písemně do knihy hlášení, tak aby se informace dozvěděli i pracovníci, kteří nejsou zrovna v práci. Důležité je, aby měli informace všichni pracovníci a poskytovali péči klientům jednotně. Podle dotázaných respondentů je také důležitá komunikace s rodinou. Měla by být profesionální a empatická. Komunikace s klientem na sklonku jeho života je podle pracovníků náročná a vyvolává v nich různé pocity, se kterými se musí následně vyrovnat. Vždy záleží na tom, jakým způsobem je klient informován o svém zdravotním stavu a zda je vyrovnán se svou situací.

V rámci poskytování paliativní péče je také důležitá spolupráce se subjekty mimo sociální službu, které mohou přispět k poskytování kvalitní paliativní péče. Mohou pomoci při řešení nevladatelných příznaků onemocnění (bolest, rozsáhlé rány apod.). V rámci výzkumu bylo zjištěno, že zkoumaná sociální služba spolupracuje s různými odbornými ambulancemi v nemocnici, zejména onkologickou, ambulancí léčby bolestí a ambulancí léčby chronických ran. Pokud to zdravotní stav vyžaduje nebo si to rodina přeje, je navázána spolupráce s hospicem v Červeném Kostelci. Pokud klient vysloví přání, že by si chtěl pohovořit s knězem, tak personál osloví sociální pracovníci, která domluví návštěvu duchovního.

6.6.3 Interpretace DVO 3: Jaké vidí pracovníci limity při poskytování paliativní péče o klienty v terminálním stadiu?

Tato výzkumná otázka byla zaměřena na odhalení limitů při poskytování paliativní péče ve sledované pobytové sociální službě pro seniory.

Osobní limity respondenta při poskytování paliativní péče o terminálně nemocného klienta – vzhledem k tomu, že oslovení pracovníci pracují v pobytové

službě pro seniory, tak nevnímají poskytování paliativní péče na sklonku života seniora negativně. Většina oslovených chápe smrt ve stáří, jako přirozenou etapu lidského života a díky tomu nevnímá negativně úmrtí seniora. Všichni oslovení zdůrazňují, že je důležité zajistit seniorovi důstojné podmínky na sklonku života, možnost doprovázení klienta rodinou nebo blízkými a zejména zajistit bezbolestný a klidný odchod z tohoto světa. Pokud se toto podaří vnímají oslovení pracovníci smrt klienta jako vysvobození. Osobní limity, které popisují se týkají zejména emocí, profesionálního přístupu ke klientovi a schopnosti komunikace s příbuznými. Respondent (R3): *„Myslím si, že i když umírání rozumím a u našich klientů je to přirozený stav, nevím, co v dané chvíli přesně říkat.“* Respondent (R1): *„Mým osobním limitem je zásah do soukromí, umět si držet odstup od klienta, protože se k Vám někdy více upnou, pak nevím, jak dál přistupovat ke klientovi a celkově se pro mne stává péče nepřijemnou.“* Respondent (R7): *„Když jsme nastoupila, tak jsem měla ze smrti strach, ale když jsem viděla, jak odcházejí v klidu, tak se nebojím. Beru to jako vysvobození pro nemocné umírající klienty.“*

Limity při poskytování paliativní péče na straně organizace – oslovení respondenti se shodli, že největší problém je v prostorech zařízení. Jelikož vybrané zařízení disponuje převážně dvou a tří lůžkovými pokoji, vidí respondenti problém v zajištění klidného prostředí pro umírajícího klienta a soukromí pro doprovázející rodinu klienta. Situace je převážně řešena pomocí paravánu, který alespoň částečně zajistí soukromí klientovi a jeho rodině. Respondent (R9): *„Myslím, že největší problém je v tom, že nemůžeme zajistit více soukromí pro umírajícího člověka a jeho rodinu, aby mohla s klientem trávit více času sama v soukromí.“* Respondent (R2): *„Možná technické vybavení, protože pokoje jsou pro více osob a člověk umírající je od ostatních oddělen jen plentou. Asi to není příjemné ani těm rodinám, protože nemají moc soukromí.“* Respondent (R6): *„Snažíme se klientům poskytnout soukromí pomocí paravánů. Mně by se líbilo, kdyby byla pro umírající vyčleněna místnost, kdy by mohli v klidu dožít a mohla by s nimi být rodina. Někdy to negativně působí i na ostatní spolubydlící, pokud jsou na vícelůžkovém pokoji.“* Respondent (R11): *„Zatím je to hlavně soukromí a vyhrazení samostatného pokoje, kde by mohla s klientem pobývat i rodina. Zajištění pomůcek není problém.“*

Co oslovený respondent potřebuje ke zvládnání zátěže – oslovení respondenti se shodují na tom, že ke zvládnání zátěže je důležité oddělit osobní život od pracovního. V rámci práce pak kladně hodnotí přínos různých školení, supervize, ale také sdílení zkušeností v rámci pracovního týmu. Respondent (R12): *„Vnímám pozitivně odborná školení, supervize, ale i sdílenou zkušenost s ostatními pracovníky. Řešení problému doma nevnímám jako vhodnou variantu, protože dochází k prolínání pracovní oblasti s osobní, což může být v krajním případě vedoucí až k syndromu vyhoření.“* Respondent (R10): *„Podle mého názoru je důležité umět odpočívat a hlavně nechat práci v práci. Věnuji se vnučatům, mám psa a občas udělám dobrý skutek.“* Respondent (R11): *„V několika zařízeních jsem se setkala s relaxační místností, to mě docela zaujalo. Místo, kde bych se mohla na chvíli schovat, vydechnout a srovnat se. Určitě dobré jsou supervize nebo intervize, kde můžeme sdílet pocity a vymluvit se z toho.“*

Vzhledem k tomu, že oslovení pracovníci pracují v pobytové službě pro seniory, tak nevnímají poskytování paliativní péče na sklonku života seniora negativně. Většina oslovených chápe smrt ve stáří, jako přirozenou etapu lidského života a díky tomu nevnímá negativně úmrtí seniora. Všichni oslovení respondenti zdůrazňují, že je důležité zajistit seniorovi důstojné podmínky na sklonku života, možnost rodiny doprovázet ho a zejména zajistit bezbolestný a klidný odchod z tohoto světa. Pokud se toto podaří vnímají oslovení pracovníci smrt klienta jako vysvobození. Osobní limity, které popisují se týkají zejména emocí, profesionálního přístupu ke klientovi a schopnosti komunikace s příbuznými. Oslovení respondenti se shodují na tom, že ke zvládnání zátěže je důležité oddělit osobní život od pracovního. V rámci práce pak kladně hodnotí přínos různých školení, supervize, ale také sdílení zkušeností v rámci pracovního týmu.

Při zjišťování limitů v rámci organizace se oslovení respondenti shodli, že největší problém je v prostorech zařízení. Jelikož vybrané zařízení disponuje převážně dvou a tří lůžkovými pokoji, vidí respondenti problém v zajištění klidného prostředí pro umírajícího klienta a soukromí pro doprovázející rodinu klienta. Situace je převážně řešena pomocí paravánu, který alespoň částečně zajistí soukromí klientovi a jeho rodině. Z výzkumu vyplynulo, že by pracovníci uvítali zřízení odděleného prostoru nebo místnosti, která by byla určena pro paliativní péči a kde by mohla být

poskytována péče umírajícímu klientovi za doprovodu jeho rodiny. Pokud by mohl být zřízen v rámci zařízení takovýto oddělený prostor, mohla by rodina odprovázet umírajícího klienta podle svých možností a také by mohla přispět svou pomocí při péči o klienta.

6.7 Zodpovězení hlavní výzkumné otázky

Ve své diplomové práci jsem se zabývala poskytováním paliativní péče v pobytové sociální službě pro seniory v Náchodě. Zajímala jsem se, jak vidí poskytování paliativní péče v dané pobytové sociální službě pracovníci v přímé péči. Jaké mají informace o paliativní péči, co jim brání v jejím poskytování nebo co potřebují k tomu, aby mohli paliativní péči v daném zařízení kvalitně poskytovat klientům na konci života. Prostřednictvím rozhovorů jsem získala odpovědi na jednotlivé dílčí výzkumné otázky. Zodpovězením dílčích výzkumných otázek jsem získala odpověď na hlavní výzkumnou otázku: **Jaký je postoj pracovníků v přímé obslužné péči vybraného domova pro seniory k poskytování péče o terminálně nemocného klienta?**

Výzkum ukázal, že oslovení respondenti z řad pracovníků přímé péče v e vybraném zařízení vnímají umírání a smrt člověka jako přirozenou etapu lidského života, pokud nastane v pokročilém věku člověka. V takovém případě tuto událost vnímají, jako určité vysvobození člověka z útrap, která mu přináší nevléčitelné onemocnění. Naopak pokud dochází ke smrti v mladém věku, tak to vnímají jako nepřirozenou a velmi zatěžující událost pro rodinu. Respondenti popisují, že vyrovnávání se s informací o vážném onemocnění nebo odchodem blízkého člověka je individuální záležitostí. Uvědomují si, že při poskytování péče o umírajícího klienta pobytové služby a práci s jeho blízkými, je nutná trpělivost. Paliativní péče je podle respondentů taková péče, která přispívá k zachování důstojnosti na sklonku života. Jedná se zejména o zajištění klidného prostředí pro nemocného a jeho rodinu, umožnění dostatečného kontaktu s blízkými, a hlavně individuální přístup při řešení symptomů doprovázejících nevléčitelné onemocnění. Oslovení respondenti vidí přínos v dalším vzdělávání. Školení pořádaná v pobytové sociální službě pro seniory se zaměřují na různá témata, která jsou dle pracovníků aktuální – od práce s rodinou, individuální plánování k paliativní péči.

Velký přínos vidí oslovení respondenti v komunikaci v rámci týmu, kdy dochází k výměně informací o klientech. Důležité je, aby měli informace všichni pracovníci a poskytovali péči klientům jednotně. Komunikace s rodinou je podle informací pracovníků náročná, ale důležitá a měla by být profesionální a empatická. Dle sdělení respondentů informace ohledně zdravotního stavu sděluje pouze zdravotnický personál (lékař, všeobecná zdravotní sestra) a obecné informace ohledně služby sdělují sociální pracovníci. Komunikace s klientem na sklonku jeho života je podle pracovníků náročná a vyvolává v nich různé pocity, se kterými se musí následně vyrovnat. Vždy záleží na tom, jakým způsobem je klient informován o svém zdravotním stavu a zda je vyrovnán se svou situací.

Všichni oslovení zdůrazňují, že je důležité zajistit seniorovi důstojné podmínky na sklonku života, možnost doprovázení klienta rodinou nebo jeho blízkými a zejména zajistit bezbolestný a klidný odchod z tohoto světa. Pokud se toto podaří vnímají oslovení pracovníci smrt klienta jako vysvobození. Osobní limity, které popisují se týkají zejména emocí, profesionálního přístupu ke klientovi a schopnosti komunikace s příbuznými. Oslovení respondenti se shodují na tom, že ke zvládnutí zátěže je důležité oddělit osobní život od pracovního. V rámci práce pak kladně hodnotí přínos různých školení, supervize, ale také sdílení zkušeností v rámci pracovního týmu.

Při zjišťování limitů v rámci organizace se oslovení respondenti shodli, že největší problém je v prostorech zařízení. Jelikož vybrané zařízení disponuje převážně dvou a tří lůžkovými pokoji, vidí respondenti problém v zajištění klidného prostředí pro umírajícího klienta a soukromí pro doprovázející rodinu klienta. Situace je převážně řešena pomocí paravánu, který alespoň částečně zajistí soukromí klientovi a jeho rodině. Z výzkumu vyplynulo, že by pracovníci uvítali zřízení odděleného prostoru nebo místnosti, která by byla určena pro paliativní péči a kde by mohla být poskytována péče umírajícímu klientovi za doprovodu jeho rodiny. Pokud by mohl být zřízen v rámci zařízení takovýto oddělený prostor, mohla by rodina doprovázet umírajícího klienta podle svých možností a také by mohla přispět svou pomocí při péči o klienta.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se snažila zjistit postoje pracovníků přímé obslužné péče na poskytování paliativní péče klientům pobytové sociální služby pro seniory. Hlavní výzkumnou otázku a jednotlivé dílčí výzkumné otázky jsem popsala výše. Myslím si, že se mi podařilo získat odpovědi na jednotlivé dílčí výzkumné otázky a následně zodpovědět hlavní výzkumnou otázku.

Myslím si, že paliativní péče v pobytové sociální službě pro seniory není zcela běžnou záležitostí. Záleží zejména na lékařském a zdravotním personálu, který se podílí na poskytování péče v pobytové sociální službě pro seniory. Pokud není tento personál ochoten poskytovat paliativní péči klientům pobytové sociální služby, tak je pak tento klient na sklonku svého života většinou převezen do nemocnice nebo v lepším případě mu je zajištěna hospicová péče. Pobytové služby pro seniory by měly být schopny poskytovat komplexní péči klientovi ve všech fázích jeho života. Pokud se klient pobytové služby pro seniory ocitne na sklonku svého života a lékař rozhodne, že jeho zdravotní stav je nezvratný, měla by přijít na řadu kvalitní paliativní péče. Jedná se o velmi náročnou péči o vážně nemocného klienta, která zahrnuje komplexní ošetrovatelskou péči, lékařskou péči, spirituální péči, ale také péči a podporu rodině umírajícího klienta.

Ve vybraném pobytovém zařízení pro seniory poskytují paliativní péči seniorům, kteří se ocitnou na sklonku svého života následkem vážného onemocnění nebo jen věkem. Výzkum ukázal, že oslovení respondenti z řad pracovníků přímé péče ve vybraném zařízení vnímají umírání a smrt člověka jako přirozenou etapu lidského života, pokud nastane v pokročilém věku člověka. V takovém případě tuto událost vnímají, jako určité vysvobození člověka z útrap, která mu přináší nevléčitelné onemocnění. Paliativní péče je podle respondentů taková péče, která přispívá k zachování důstojnosti na sklonku života. Jedná se zejména o zajištění klidného prostředí pro nemocného a jeho rodinu, umožnění dostatečného kontaktu s blízkými, a hlavně individuální přístup při řešení symptomů doprovázejících nevléčitelné onemocnění. Výzkum ukázal, že vybrané zařízení má v souvislosti s poskytováním paliativní péče problémy technického charakteru. Jelikož vybrané zařízení disponuje převážně dvou

a tři lůžkovými pokoji, vidí respondenti problém v zajištění klidného prostředí pro umírajícího klienta a soukromí pro doprovázející rodinu klienta. Situace je převážně řešena pomocí paravánu, který alespoň částečně zajistí soukromí klientovi a jeho rodině. Z výzkumu vyplynulo, že by pracovníci uvítali zřízení odděleného prostoru nebo místnosti, která by byla určena pro paliativní péči a kde by mohla být poskytována péče umírajícímu klientovi za doprovodu jeho rodiny. Pokud by mohl být zřízen v rámci zařízení takovýto oddělený prostor, mohla by rodina doprovázet umírajícího klienta podle svých možností a také by mohla přispět svou pomocí při péči o klienta.

Myslím si, že by výsledek výzkumného šetření mohl přispět k řešení problému s prostorem pro poskytování paliativní péče ve vybrané pobytové sociální službě pro seniory. V souvislosti s pandemií Covidu došlo ve zkoumaném zařízení k vytvoření místa, které slouží jako infekční prostor pro klienty, kteří musí být umístěni do karantény. Jedná se o prostor, který je oddělený od ostatních oddělení, je tvořen dvěma pokoji, předsíní, má samostatnou sprchu a toaletu. Myslím si, že po ukončení pandemických opatření by mohl být tento prostor částečně využit k poskytování paliativní péče. Bylo by to místo, kde by mohli příbuzní doprovázet umírajícího klienta, aniž by nějakým způsobem narušovali chod oddělení. Byl by to další krok ke zkvalitnění poskytované služby seniorům v pobytové sociální službě v Náchodě. Jelikož pracuji jako manažerka přímé obslužné péče ve zkoumaném zařízení, tak mohu projednat s ředitelem organizace výsledek mého šetření a navrhnout mu možné řešení. Pokud by s tím pan ředitel souhlasil, tak by se s tímto řešením seznámil personál přímé péče a domluvílo by se nastavení a pravidla poskytování paliativní péče v oddělených prostorech zařízení.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Transformační tabulka výzkumných kroků, s. 65-67, zdroj – vlastní

Tabulka č. 2 - Přehled respondentů – zaměstnanci Domova důchodců Náchod, s. 70-71, zdroj - vlastní

Seznam použité literatury

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.

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

DEMJANOVIČOVÁ, M. et al., 2014. *Individuální plánování při poskytování péče v DD Náchod: směrnice č. 48*. Náchod: Domov důchodců Náchod.

DOMOV DŮCHODCŮ NÁCHOD, nedatováno. *Popis realizace poskytování sociálních služeb v Domově důchodců Náchod Domov pro seniory* [online]. [cit. 30. 4. 2021] Dostupné z: <http://www.ddnachod.cz/poskytovane-sluzby.php>

DRAŽILOVÁ, Lenka, 2014. Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení sociální péče. *Sociální služby* [online]. **16**(5), s. 24–29 [cit. 18. 5. 2021]. ISSN 1803-7348. Dostupné z: <https://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/SS%205-2014%20final%20s24-29.pdf>

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

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.

HRDÁ, Karolína, Blanka TOLLAROVÁ, Alena HÁJKOVÁ, Helena KREJČÍŘÍKOVÁ, Tereza BRUNEROVÁ, Matěj LEJSAL, Alena GAUDLOVÁ a Kateřina HILDEBRANDOVÁ. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. [Česko]: [Domov Sue Ryder], 2018. ISBN 978-80-907190-2-6.

- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- JANKOVSKÝ, Jiří, 2018. *Etika pro pomáhající profese. 2.*, aktualizované a doplněné vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-414-9.
- KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.
- KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KISVETROVÁ, Helena, 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.

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

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-4383-0.

PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON, 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.

PRÁTOVÁ, Jiřina, 2017. Paliativní péče v sociální službě pro seniory aneb otázky, konfrontace s realitou a možné odpovědi. *Sociální služby*, **19**(5), s. 34–35. ISSN 1803-7348.

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE, 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. [Praha]: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-1-2.

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE, 2009. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, **16**(6), 278-289. ISSN 1352-2779.

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE, 2010. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*, **17**(1), 22-33. ISSN 1352-2779.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

Sociální zabezpečení: státní sociální podpora, dávky pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum: úplné znění č. 1179, 2017. Ostrava: Sagit. ISBN 978-80-7488-211-1.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie, 1999. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-2-9.

SVITALSKÁ, Eva, 2018. *Vnímání osamělosti z pohledu seniora v pobytovém zařízení* [online]. Hradec Králové, 2018 [cit. 25. 5. 2021]. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/56rfhc/>.

ŠPINKOVÁ, Martina, 2018. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-46-1.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

THE, Anne-Mei, 2007. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-24-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Žádost o souhlas s prováděním výzkumu

Příloha č. 2 - Informovaný souhlas pro účely vypracování výzkumného šetření

Příloha č. 3 - Přepis rozhovoru s osloveným pracovníkem přímé péče

Příloha č. 1 (zdroj vlastní)

Věc: Žádost o souhlas s prováděním výzkumu

Vážený pane řediteli,

tímto Vás žádám o souhlas s prováděním výzkumu pro mou diplomovou práci. Téma mé diplomové práce je „Péče o terminálně nemocného klienta v pobytové sociální službě.“ V rámci výzkumu bych oslovila 15 pracovníků přímé péče, kteří poskytují službu klientům pobytové sociální služby pro seniory. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření by probíhalo v průběhu dubna až června 2021.

Pokud budete mít zájem, tak Vám diplomovou práci a výstupy výzkumného šetření ráda poskytnu.

Předem Vám děkuji za kladné vyřízení žádosti.

V Náchodě 26. 3. 2021

Bc. Eva Svitalská

Příloha č. 2 (zdroj vlastní)

Informovaný souhlas pro účely vypracování výzkumného šetření – DP Eva Svitalská

Já, níže podepsaný/ásouhlasím s poskytnutím rozhovoru a s jeho následným zpracováním pro účely diplomové práce Bc. Evy Svitalské, studentky Filozofické fakulty - Ústavu sociální práce - Univerzity Hradec Králové. Téma diplomové práce je „Péče o terminálně nemocného klienta v pobytové sociální službě

Datum rozhovoru:.....

.....

podpis

Příloha č. 3 (zdroj vlastní)

Přepis rozhovoru s osloveným respondentem R11, rozhovor proběhl 10. 6. 2021

Respondenta jsem oslovila osobně v březnu 2021. Respondentovi jsem vysvětlila důvod výzkumného šetření a způsob sběru informací. Ujistila jsem ho, že informace, které získám prostřednictvím rozhovoru budou použity výhradně pro účely výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce. Dále jsem respondenta ujistila, že nebudu nikde uvádět jména respondentů a tím bude zachována anonymita všech respondentů. Před samotným rozhovorem jsem oslovila respondenta ještě jednou, domluvili jsme si termín rozhovoru a požádala jsem ho o podepsání informovaného souhlasu pro účely vypracování výzkumného šetření. K rozhovoru jsem měla předem připravené otázky, které jsem měla vytištěné a do takto připraveného formuláře jsem zapisovala odpovědi. Rozhovor probíhal v domluveném termínu v prostoru mé kanceláře, abychom nebyli rušeni chodem oddělení. Během rozhovoru jsem se držela připravených otázek, občas jsem musela pořadí otázek přizpůsobit tomu, co respondent popisoval.

V: Dobrý den, chtěla bych Vám poděkovat, že jste souhlasila s rozhovorem.

R11: „*Není zač, snad budu umět odpovědět nějak srozumitelně. Je to náročné téma.*“

V: To ano. Nechám Vám čas na odpověď. Jelikož jste nesouhlasila s nahráváním rozhovoru, tak si budu Vaše odpovědi zapisovat. Budu tedy i já potřebovat trochu času na zápis a možná Vás ještě požádám o zopakování Vaší odpovědi, abych to měla dobře zapsané.

R11: „*To není problém.*“

V: Děkuji. Otázky jste si mohla přečíst dopředu, takže víte, na co se Vás budu ptát. Můžeme tedy začít?

R11: „*Ano.*“

V: Mohl/a byste mi říct, co víte o umírání?

R11: „Je to proces, při kterém tělo a asi i mysl pomalu slábne a tělesné procesy přestávají fungovat. Člověk se snaží smířit s odchodem (...) pokud si uvědomuje, co se děje. V nějaké chvíli si myslím, dojde ke smíření a klidu.“

V: Jakým způsobem se podle Vás lidé vyrovnávají s informací o vážném zdravotním stavu?

R11: „Těžko se vyrovnávají, musíme jim dát čas a hlavně informace (...) Nejdříve to popíráme, že není možné, aby se to stalo zrovna nám. Pak se naštveme, že to není fér (...) Měli jsme takovou situaci v rodině a nechtěli jsme to přijmout – všichni jsme hledali zázračný lék, pořádali výlety, jakoby se nic nedělo (...) pak přišlo zhoršení a deprese. Nejsem si jistá, že vždycky dojde ke smíření.“

V: Co je podle Vás paliativní péče?

R11: „Zlepšení péče o toho klienta, je to více individuální (...) Věnování mu více pozornosti, zlepšení kvality péče a zpříjemnit mu to odcházení, a to jak po fyzické, tak psychické stránce (...) Vlastně to je taky forma doprovázení, zahrnuje to i větší spolupráci s rodinou a poskytnutí podpory i té rodině.“

V: V čem spatřujete přínos paliativní péče v domově pro seniory?

R11: „Je to individuální přístup, zlepšení podmínek dožití a zachování důstojnosti (...) Pokud v domově převažují vícelůžkové pokoje, je žádoucí a řekla bych i nezbytné, mít pokoj pro sebe a rodinu (...), aby měli klid a příjemné podmínky (...) Myslím si, že i personál do takového pokoje přistupuje trochu jinak než v běžném provozu nebo rozhodně by měl (...) zjemnit jednání, více vysvětlovat. Co se s tím člověkem děje a tak.“

V: Jaký má pro Vás přínos vzdělávání v problematice paliativní péče?

R11: „Řekla bych, že velký. Jsem více schopna efektivněji jednat nebo odpovídat na anstálé situace.“

V: Můžete mi popsat co je Vaší pracovní náplní při poskytování paliativní péče?

R11: „Hodně komunikace s rodinou a se samostatným klientem (...) ve smyslu uspokojení jeho potřeb. Vyřizování případných pochůzek a různého zařizování.“

V: S kým hlavně spolupracujete v rámci péče o klienta v terminálním stádiu?

R11: „S aktivizačními pracovníci a pracovníky v přímé péči.“

V: Jakým způsobem spolupracujete s rodinou z pohledu Vaší pozice?

R11: „Snažím se jim poradit v případě dotazů, co, jak udělat. Co se bude tít, až... Někdy je prostě jen vyslechnu, když si potřebují popovídat, vypovídat se.“

V: S jakými dalšími organizacemi spolupracujete při poskytování paliativní péče?

R11: „Já osobně nespolečně spolupracuji s žádnou, ale kompetentní pracovníci spolupracují samozřejmě s lékaři a asi i hospicem.“

V: Jakým způsobem probíhá komunikace v týmu ohledně klienta při poskytování paliativní péče?

R11: „Personál si předává informace vždycky, když se mění služba, kde se dozvídají informace, co se dělo, co se změnilo... Někdy se sdělují informace i v průběhu dne (...) Pak je někdy problém mezi různými úseky, aby si sdělily některé nové informace včas.“

V: Můžete mi popsat, jak prožíváte péči o terminálně nemocného klienta?

R11: „Je to náročné (...) Obzvláště pokud ten klient s tím není smířen a je v depresi (...) Cítím lítost, bezmoc. Ráda bych toho klienta nějak potěšila, ale bojím se třeba vtipkovat, abych neřekla něco nevhodného (...) Vážím každého slova, protože ten klient to často otočí v něco negativního.“

V: Můžete mi popsat, jak prožíváte komunikaci s rodinou terminálně nemocného klienta / zemřelého klienta?

R11: „Komunikace je náročná, ale snažím se jim pomoci, podpořit je. Musím říct, že je pro mě míň náročná komunikace s rodinou, která spolupracovala. Rodina, která neměla zájem a stará se jen o peníze mě rozčiluje a mám problém se při komunikaci s nimi ovládnout.“

V: Co Vám brání v poskytování paliativní péče u terminálně nemocných klientů ve Vašem zařízení?

R11: *„Zatím je to hlavně soukromí a vyhrazení samostatného pokoje, kde by mohla s klientem pobývat i rodina. Zajištění pomůcek není problém.“*

V: V čem spatřujete největší osobní limit při poskytování paliativní péče u terminálně nemocných klientů?

R11: *„Unést to psychicky z dlouhodobého hlediska (...) Pocit marnosti a nedostatečné podpory a pomoci.“*

V: Jaké vzdělávací metody Vám nabízí Váš zaměstnavatel, jako pomoc při zvládnání náročné práce s umírajícím klientem?

R11: *„Různá školení, která si můžeme i sami zvolit (...) a supervize.“*

V: Co by Vám osobně nejvíce pomohlo při poskytování paliativní péče a zvládnání psychické zátěže?

R11: *„V několika zařízeních jsem se setkala s relaxační místností, to mě docela zaujalo. Místo, kde bych se mohla na chvíli schovat, vydechnout a srovnat se. Určitě dobré jsou supervize nebo intervize, kde můžeme sdílet pocity a vymluvit se z toho.“*

V: Jaký má podle Vás přínos sdílení zkušeností a problémů při poskytování paliativní péče?

R11: *„Obrovský, uleví se nám, že sdílíme problém (...) někdo nám na to může odpovědět, může nám poradit nebo nás podpořit, že jsme to řešili správně (...) nebo doporučit, jak to řešit. Pokud posloucháme zkušenosti jiných, budeme v budoucnu vědět, jak se s obdobným problémem vypořádat (...) Pokud to sdílíme s někým, kdo v tom nepracuje a úplně to nezná, může nám poskytnout svůj úhel pohledu na nějaký problém, který by nás třeba nenapadl.“*

V: Moc Vám děkuji za Váš čas a zodpovězení mých otázek.