



Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Katedra křesťanské sociální práce

# **Rozvoj paliativní péče v sociální službě domov pro seniory**

**Bakalářská práce**

**Studijní program  
Sociální práce**

Autor: Monika Daňková  
Vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf Ph.D.

Olomouc 2023



Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Katedra křesťanské sociální práce

# **Rozvoj paliativní péče v sociální službě domov pro seniory**

**Bakalářská práce**

**Studijní program**

**Sociální práce**

Autor: Monika Daňková

Vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf Ph.D.

Olomouc 2023

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 27. 3. 2023

Monika Daňková

## **Poděkování**

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu práce, panu ThLic. Michalu Umlafovi Ph.D. za jeho vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Poděkování také patří mé rodině a kolegyním, za podporu ve studiu.

# Obsah

Obsah.....	5
Abstrakt .....	7
Abstract .....	8
Úvod.....	9
1. Rešerše zdrojů k paliativní péči.....	10
2. Paliativní péče .....	11
2.1 Cíle paliativní péče.....	13
2.2 Doprovázení umírajících .....	13
3. Komplexní péče poskytovaná v domovech pro seniory.....	15
4. Sociální práce poskytovaná v domovech pro seniory .....	18
4.1 Malá paradigmata dle Payna .....	20
4.2 Propojení se sociální politikou .....	22
4.3 Legislativní zakotvení dané problematiky.....	24
4.4 Etický pohled na poskytování paliativní péče v domovech pro seniory .....	24
5. Analýza potřebnosti zavedení paliativní péče do sociální služby domov pro seniory .....	26
5.1 Příčiny problému a jeho důsledky na cílovou skupinu.....	26
5.2 Příklady řešení dané problematiky v ČR a v zahraničí .....	26
5.3 Stakeholder – subjekt zapojený do problematiky v různých rolích.....	28
5.4 Základní informace o specifikách cílové skupiny vzhledem k řešenému problému .....	29
5.5 Popis metody získání dat a vyhodnocení.....	29
5.6 Interpretace získaných dat .....	30
6. Zhodnocení dotazníkového šetření.....	43
7. Popis možných řešení dané problematiky .....	47
8. Identifikace limitů dosavadního řešení.....	49
9. Metodika poskytování paliativní péče.....	53
9.1 Komunikace s paliativním klientem.....	53
9.2 Přímá péče o paliativního klienta .....	56
9.3 Sociální aspekty paliativní péče .....	58
9.4 Péče o rodinu paliativního klienta .....	59
9.5 Úmrtí paliativního klienta .....	60

10.	Popis cílového stavu po implementaci navrženého řešení .....	61
11.	Vývojový diagram aplikačních postupů .....	62
12.	Prediktivní analýza rizik a dopadů v sociální službě Domov pro seniory U Kašny.....	64
13.	Realizace pilotního ověření zavádění metodického postupu.....	66
	Závěr.....	67
	Bibliografie.....	68
	Seznam zkratk .....	71
	Přílohy .....	72
	Příloha 1: PRISMA Flow Diagram .....	72
	Příloha 2: Plán péče v závěru života.....	73
	Příloha 3: Dotazník.....	78
	Příloha 4: Metodika poskytování paliativní péče .....	83

## Abstrakt

**Cíl:** Cílem bakalářské práce je vytvořit metodiku, ve které budou popsány pracovní postupy pro pečovatele v domovech pro seniory. Tato metodika bude důležitým nástrojem pro zajištění efektivity, kvality a bezpečnosti poskytování kvalitní paliativní péče a umožní pracovníkům orientaci v konceptech paliativní péče v pobytovém zařízení.

**Metodika:** Práce je provedena skrze metodiku syntézy získaných informací. Prohledávání E-zdrojů v databázích Bibliographia medica Českoslovacca – MEDVIK a zdrojů z Vědecké knihovny v Olomouci. Data byla zpracovávána eliminací zdrojů.

**Výsledky:** K posouzení potřeby zavedení paliativní péče je provedena analýza dotazníkového šetření mezi pracovníky v sociálních službách a zdravotnickým personálem vybraných institucí. Díky vypracované metodice budou mít pracovníci jasně definovaný rámec svých pracovních procesů, povinností a kompetencí.

**Závěr:** V současné době je v ČR v domovech pro seniory potřebnost paliativní péče patrná, byť se některá zařízení na toto zcela neorientují. Nedílnou součástí rozvoje paliativní péče je proškolený a kvalifikovaný personál.

**Klíčová slova:** paliativní péče, senior, domov pro seniory, kvalita života seniorů, umírání, důstojnost, vzdělávání pracovníků v sociálních službách, syndrom vyhoření

## **Abstract**

**Aim:** The aim of the bachelor thesis is to create a methodology describing the working procedures for caregivers in senior homes. This methodology will be an important tool to ensure the efficiency, quality, and safety of providing high-quality palliative care, and will enable staff to navigate the concepts of palliative care in residential care.

**Methodology:** The work is carried out through a methodology of synthesis of the information obtained. Searching E-resources in the databases Bibliographia medica Čechoslovaca - MEDVIK and resources from the Scientific Library in Olomouc. Data were processed by eliminating sources.

**Results:** To assess the need for the introduction of palliative care, an analysis of a questionnaire survey among employees in social services and healthcare staff of selected institutions is conducted. Thanks to the developed methodology, employees will have a clearly defined framework for their work processes, duties, and competences.

**Conclusion:** Currently, the need for palliative care is evident in senior homes in the Czech Republic, although some facilities are not fully oriented towards it. An integral part of the development of palliative care is trained and qualified staff.

**Keywords:** palliative care, elderly, senior homes, quality of life for seniors, dying, dignity, education of employees in social services, burnout syndrome.



# Úvod

Patnáctým rokem pracuji v domově pro seniory. Začínala jsem jako pracovnice v sociálních službách, poté jsem několik let pracovala jako aktivizační pracovnice a v současné době působím ve funkci koordinátorky obslužné péče.

Tématem této práce je Rozvoj paliativní péče v sociální službě domov pro seniory. Naše populace stárne, a proto čím dál více seniorů bude potřebovat patřičnou péči v případě své nesoběstačnosti a domovy pro seniory jsou obvykle zařízením, kde uživatelé zemřou. Paliativní péče je tedy v těchto zařízeních sociálních služeb velmi potřebná a často nerealizovaná na profesionální úrovni, ale v rámci jakési standardní péče nabízené sociálními službami.

V zařízeních sociálních služeb ve většině případů zůstávají senioři do konce svého života s tím, že často potřebují nejen kvalitní pečovatelskou a zdravotnickou službu, ale také erudovanou paliativní péči, která bude schopna reagovat na klientovy specifické a individuální potřeby v posledních chvílích jeho života.

K posouzení potřeby zavedení paliativní péče v sociální službě domov pro seniory, bude provedena analýza dotazníkového šetření mezi pracovníky v sociálních službách a zdravotnickým personálem vybraných institucí. Záměrem je provést průzkum s cílem získat relevantní informace, zda jsou pracovníci v domovech pro seniory schopni přispět k zavedení poskytování paliativní péče.

Cílem bakalářské práce bude vytvořit metodiku, ve které budou popsány pracovní postupy pro pečovatele v domovech pro seniory. Tato metodika bude důležitým nástrojem pro zajištění efektivity, kvality a bezpečnosti poskytování kvalitní paliativní péče a umožní pracovníkům orientaci v konceptech paliativní péče v pobytovém zařízení.

Metodami zpracování mé práce bude studium primárních a sekundárních zdrojů, literární rešerše, analýza potřebnosti rozvoje paliativní péče v domovech pro seniory formou dotazníkového šetření. Při tvorbě práce jsem využila dlouholetou praxi v Domově pro seniory U Kašny a zkušeností v realizačním týmu zavádění paliativní péče.

# 1. Rešerše zdrojů k paliativní péči

Celá níže uvedená práce byla vytvořena na základě využití literárního přehledu. Důležitým internetovým zdrojem pro mne byl časopis Sociální práce/sociálna práca a internetové stránky MPSV věnované politice stáří. Ve své kvalifikační práci jsem čerpala z mé dlouholeté praxe v domově pro seniory a práce v realizačním týmu zavádění paliativní péče.

Primárně byla vyhledávána data vyhledávačem Bibliographia medica Čechoslovaca - MEDVIK a zdrojů z Vědecké knihovny v Olomouci. Existuje mnoho zdrojů, které se věnují tomuto tématu. Do vyhledávače byla zadána klíčová slova „paliativní péče, senior, domov pro seniory, kvalita života seniorů, umírání, důstojnost, vzdělávání pracovníků v sociálních službách, syndrom vyhoření.“ Bylo nalezeno 2 934 titulů týkajících se paliativní péče, 1 093 seniorů, 165 domovů pro seniory, 180 týkajících se kvality života, 676 vztahujících se k umírání, 231 k důstojnosti, 30 ke vzdělávání pracovníků v sociálních službách a 607 zdrojů pojednávajících o syndromu vyhoření. Z nalezené dokumentace byly vyřazeny duplicitní zdroje, články, které nebyly v českém jazyce, případně nebyly v plnotextu, nebo se týkaly pouze odvětví v lékařství – ověřeno bylo celkem 390 záznamů.

Práce vychází z metodiky syntézy získaných informací. Tuto metodu tvorby práce lze popsat jako soubor myšlenkových propojení získaných analytickými metodami, sloučenými do jednoho celku. Tato metoda je založena na syntéze, která je zásadním prvkem, neboť umožňuje porozumět vztahům mezi jednotlivými jevy. Tento přístup pomáhá spojovat jednotlivé poznatky, a vytvářet tak nové poznatky, vztahy a zákonitosti na kvalitativně vyšší úrovni. Poslední funkcí syntézy poznatků je také objasnění nových nebo dříve nedefinovaných vztahů a zákonitostí, které mohou napomoci zejména laické veřejnosti danou problematiku pochopit. Podrobnosti o rešeršní strategii jsou uvedeny v PRISMA Flow diagramu, který je uložen v příloze<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>Viz příloha č. 1

## 2. Paliativní péče

Paliativní péče není ničím novým, byť se o tomto mluví především v posledních letech. Pokud jde o historický vývoj paliativní péče, lze říci, že v minulosti převažoval především tzv. domácí model umírání, ve kterém šlo o to, že staří a nemocní lidé umírali doma obklopeni svými blízkými a nijak nedocházelo k prodlužování života. Až během 19. století se setkáváme s určitým modelem institucionálního umírání (Haškovcová, 2007). V současné době lidé umírají především v zařízeních pro poskytování zdravotní a sociální péče, tzn. v nemocnicích, v domovech pro seniory, v léčebnách dlouhodobě nemocných apod.

Rozvoj paliativní péče ve světě je datován až od poloviny 20. století, kdy v Anglii došlo ke vzniku prvního moderního zařízení určeného pro paliativní péči, a to St. Christopher's Hospice v roce 1967. S ohledem na změny přístupu společnosti k umírání a ke smrti se setkáváme s postupným zlepšováním situace, a to za celkem krátkou dobu. Přístup společnosti k problematice smrti a umírání se v relativně krátké době velmi zlepšil. Dle informací získaných z projektu Rozvoje paliativní péče bylo v roce 2002 ve více než sto zemích světa evidováno více jak 7 000 zařízení specializovaných na poskytování paliativní péče (Haškovcová, 2007).

V České republice byl vznik paliativní péče zpomalen, stejně jako v ostatních zemích střední a východní Evropy. Počátky paliativní péče vidíme až v 90. letech 20. století. První oddělení paliativní péče vzniklo ještě za dob Československa, těsně před vznikem samostatné České republiky, a to v nemocnici v Babicích nad Svitavou na oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění. Provoz tohoto zařízení byl zahájen v listopadu 1992. První hospic v České republice, Hospic Anežky české v Červeném Kostelci, byl založen v roce 1994 a zprovozněn o dva roky později v roce 1996. Zakladatelem tohoto hospice bylo Biskupství královéhradecké (Haškovcová, 2007).

Při pokusu o definování paliativní péče se nesetkáme s žádným jednotným přístupem. Definice paliativní péče je totiž několik. Kalvach (2010) přináší definici paliativní péče inspirovanou filozofem, etikem a teologem Albertem Schweitzerem. Jeho definice paliativní péče hovoří o tom, že základní etické východisko paliativní péče představuje bezpodmínečná ochrana lidského života, a to i za předpokladu specifických podmínek umírání. Stejný autor uvádí, že paliativní péče je „*cílevědomá, ucelená (tj. komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným příčinně neléčeným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem), také rodin těchto lidí*“ (Kalvach, 2010, s. 18).“

Marková (2010) vnímá paliativní medicínu jako celkovou péči a léčbu nemocných, jejichž nemoc již nereaguje na kurativní léčbu. Současně hovoří o tom, že v oblasti paliativní péče je nejvíce důležitá léčba bolesti a souvisejících symptomů, obdobně jako řešení různých sociálních, psychologických či duchovních problémů, se kterými se nemocní jedinci potýkají.

*„Paliativní medicína si klade za cíl dosáhnout co možná nejlepší kvality života pro nevléčitelně nemocné a umírající a jejich rodiny (Marková, 2010, s. 19).“*

Vávrová (2012) hovoří o paliativní péči jako o komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovanou péči, která je poskytována pacientovi s nevléčitelnou nemocí, nacházejícím se v pokročilém nebo terminálním stadiu této nemoci.

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jakožto přístup usilující o to, aby došlo ke zlepšení kvality života klientů či pacientů, jež mají problémy vyplývající z nemoci, které způsobují ohrožení života. *„Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin (Hall, 2011, s. 6).“* Hall (2011) dále hovoří o tom, že paliativní péče nemá jako svůj cíl oddálení nebo urychlení smrti, ale vnímá smrt jako zcela přirozený a normální proces v životě každého člověka. Při řešení a realizaci klientových potřeb či jejich rodin je v rámci paliativní péče využíváno týmového přístupu.

Ačkoli je definic paliativní péče více, jedno mají společné. Středem jejich zájmu je péče o nemocného klienta, nebo klienta, který se nachází v poslední fázi života, která neopomíjí žádnou z lidských stránek, tzn. ani stránku duševní, ani fyzickou. Přes tlumení různých bolestí a fyzických stavů se snaží nemocnému a umírajícímu jedinci vyplnit den aktivitami, které mají pro něj smysl, pomáhají mu zůstat v kontaktu se svou rodinou a přáteli či zůstat členem společnosti, ve které se pohyboval.

K hlavním zásadám paliativní medicíny patří vyloučení nebo maximálně možné omezení veškerých vyšetřovacích metod. Ke kvalitě klientova zbývajících života také přispívá nedirektivní přístup, který bude respektovat jeho vůli a ponechá klientovi potřebný pocit, že má veškeré své věci pod kontrolou (Marková, 2010).

Paliativní péče má tu značnou výhodu, že pečující personál se zcela soustředí na klienta, kterého vnímá jako celistvou bytost, kdy nemoc představuje neodmyslitelnou součást člověka. Mimoto je kladený značný důraz především na důležitost kooperace celého týmu jednotlivých pečujících pracovníků, ke kterým patří již zmiňovaní pečovatelé, zdravotní sestry, lékaři, duchovní, sociální pracovníci a další. Tým odborníků vytváří za spoluúčasti klienta plány nutných vyšetření a léčby, jež by mírnila nemoc a její příznaky. Obvykle jde především o mírnění a léčbu bolesti, která je způsobena mnohými důvody. V první řadě je to bolest vlivem nemoci. Dále se setkáváme v praxi s bolestí, kterou způsobuje dlouhotrvající léčba klienta či s bolestí způsobenou klientovým psychickým i fyzickým vyčerpáním. K dalším problémům, které dovedou klientům výrazně zkomplikovat život, řadíme zažívací problémy, jako jsou zvracení, zácpa, průjem či celkové nechutenství. Zmínit je třeba úbytek svalů, problémy s mobilitou a pohybovým aparátem a riziko vzniku dekubitů. Veškeré tyto potíže je možné zcela potlačit či je alespoň ztlumit částečně za pomoci vhodných léků, polohování, dietních opatření nebo pravidelně prováděnou rehabilitací. S ohledem na to, že paliativní léčba má jiné možnosti než kurativní medicína, má také pečující personál větší prostor pro

klienta a péči o něj. A právě vlivem tohoto je pečující personál schopen zajistit řadu různých informací, které mohou být v komplexní péči o klienta velmi nápomocné. Jedná se například o zjištění toho, s čím si klient dělá největší starosti, co ho nejvíc tíží, kde je třeba, aby měl klient největší pomoc a oporu apod. Paliativní péče by tedy měla být nástrojem, který se používá souběžně s komplexní péčí odborníků o klienta (Slámová, Marková, Kubáčková a kol., 2018).

Je však třeba si uvědomit, že ačkoli je velmi důležitá, není paliativní péče všemocná. V ideálním případě zbaví klienta všech nepříjemných symptomů. Paliativní péče také posouvá cíl svého snažení od prodlužování délky života ke zlepšení kvality jedincova života, který mu ještě zbývá a ke zlepšení kvality života jeho rodiny, která se nachází ve velmi náročné situaci. Paliativní péče se také snaží bojovat proti rezignaci a svým aktivním konáním se snaží ještě vyburcovat jedince pro boj s jeho nemocí, čím je stále držena víra ve zlepšení celkového stavu (Vávrová, 2012).

## 2.1 Cíle paliativní péče

Primárním cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro nemocného jedince a jeho rodinu (Beresford, 2007).

Paliativní péče také dle Kelnarové (2007) v sobě zahrnuje minimálně základní cíle, ke kterým patří symptomatická léčba, léčba bolesti (fyzické i psychické), zmírňující péče, duchovní podpora, emotivní podpora, tvorba individuálního programu určeného pro umírající, poskytnutí sociálního zázemí a doprovodná odborná pomoc určená pro nejbližší příbuzné klienta (Kelnarová, 2007).

Pokud jde o cíle paliativní péče, je třeba si uvědomit především velký význam psychosociální pomoci, neboť jeden ze základních úkolů v oblasti paliativní péče představuje prevence a zvládnutí veškerých stresujících symptomů. V první řadě však potřebují nemocní a umírající úlevu od bolesti. V paliativní péči jde o mírnění bolesti a jiných symptomů. Do komplexní péče je zařazena také sociální, psychologická a duchovní pomoc, k čemuž je potřebný multidisciplinární tým, jež představují odborníci různých profesí, jež si vzájemně předávají zkušenosti týkající se paliativní péče a paliativní medicíny. Tito odborníci pak společně řeší, jak co nejlépe zvládnout individuální problémy umírajících (Sláma, 2011).

## 2.2 Doprovázení umírajících

Doprovázení umírajících je v současné době, která si všímá lidských práv a humanitních principů, velmi důležité. Vávrová (2012) hovoří o tom, že v současné velmi otevřené společnosti nelze potřebu doprovázení člověka člověkem redukovat pouze na jeho poslední

cestu, ale je potřeba s člověkem jako lidskou bytostí pracovat a podporovat jej po celou dobu jeho nemoci.

Při doprovázení umírajících se respektují čtyři základní dimenze potřeb, jsou potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální.

Do oblasti *biologických potřeb* zahrnujeme vše, co potřebuje tělo zmítané nemocí. Jde o přijímání potravy i tekutin, zbavování se produktů vlastního metabolismu, spánek a odpočinek, být bez bolesti apod.

*Sociální potřeby* vyjadřují, že člověk nechce umírat sám, neboť je to tvor společenský.

*Spirituální potřeby* nabývají většího významu právě v době umírání. Každý člověk, který se nachází v situaci, kdy je smrtelně nemocen, se začíná zabývat životně důležitými otázkami vlastního života. Člověk má v tuto chvíli potřebu sám si odpouštět a potřebu vědět, že mu je odpuštěno. Také potřebuje potvrzení toho, že měl jeho život smysl a nežil tedy nadarmo (Svatošová, 2012).

Mezi *psychologické potřeby* patří zejména potřeba respektu lidské důstojnosti. Člověk je jedinečnou bytostí (Svatošová, 2012).

### 3. Komplexní péče poskytovaná v domovech pro seniory

Domovy pro seniory poskytují komplexní pečovatelskou a zdravotní péči, která je přizpůsobena individuálním potřebám každého klienta. Tato péče zahrnuje široké spektrum služeb zaměřených na zajištění pohodlí, bezpečí a kvality života pro lidi, kteří již nejsou schopni žít samostatně v domácím prostředí.

Přímou obslužnou péči vykonává v domově pro seniory pracovník v sociálních službách. Pracovníkem v sociálních službách je dle zákona o sociálních službách ten, „*kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb* (§ 116 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).“

Podmínky pro výkon pracovníka v sociálních službách rovněž definuje zákon o sociálních službách a stejně jako u dalších odborných pracovníků v sociálních službách se jedná o odbornou způsobilost, svéprávnost a bezúhonnost. Také u této profese je v zákoně o sociálních službách zmiňováno další vzdělávání pracovníků, a to v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok. Opětovně se jedná o vzdělávání formou stáží, akreditovaných kurzů apod. (§ 116, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Přímá obslužná péče v sobě zahrnuje především nácvik každodenních činností v péči o vlastní osobu, pomoc klientovi při stravě, oblékání, hygieně, podporu klientovy soběstačnosti, podporu v manipulaci s kompenzačními pomůckami, pomoc při realizaci kontaktu se společenským prostředím (ať již v domově s ostatními uživateli, tak s rodinou), pomoc s prádlem apod. K výchovným činnostem řadíme upevňování základních návyků (např. hygienických či společenských návyků), aktivizační činnosti (jedná se o činnosti, které podporují rozvoj osobnosti, jeho znalostí, zájmů či tvořivých činností) a realizaci kulturního programu. Pracovníci v sociálních službách vykonávají pod dohledem sociálního pracovníka výchovné a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování klientova kontaktu s jeho společenským prostředím apod. (viz zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Pokud jde o pracovní hierarchii, tak pracovníci v sociálních službách jsou podřízení vedoucí obslužné péče. Pečovatelskou péči, zaměřenou především na uspokojení základních biologických potřeb, poskytují pečovatelé částečně či zcela nesoběstačným klientům. S ohledem na skutečnost, že s klienty jsou tyto pracovníci v každodenním kontaktu, vzniká zde funkce tzv. klíčového pracovníka (Malíková, 2011). Každý klient v domově pro seniory má přiděleného svého klíčového pracovníka, který je mu nejbližší a věnuje mu největší péči, má o něm největší přehled, o jeho přáních a potřebách apod.

V případě pracovníků přímé obslužné péče se setkáváme ve výčtu činností, které vykonávají, také s péčí o umírajícího klienta. Pracovník v sociálních službách poskytuje v první, a především pak v druhé fázi umírání, klientovi péči, v rámci které se snaží uspokojit nejen jeho základní potřeby, ale poskytnout mu také určitou psychickou oporu. V závěrečné fázi pečuje o tělo zemřelého klienta a připravuje jeho osobní věci pro předání rodině.

Ačkoli spadají domovy pro seniory do oblasti sociálních zařízení, je zde poskytována také zdravotní péče. Je tomu tak z toho důvodu, že senioři potřebují péči obojí, tedy zdravotní i sociální a nelze toto od sebe nějak oddělovat (Hrozenková, Dvořáčková, 2013). Období stáří je významnou fází života člověka, ve které jsou dotčení velmi či zcela závislí na poskytování profesionální zdravotní péče (Vávrová, 2012). Klienti mají zajištěnou základní zdravotní péči jak prostřednictvím praktického lékaře, který je smluvně domluvený pro poskytování zdravotní péče všem klientům v domově pro seniory, nebo si pochopitelně klient může ponechat svého praktického lékaře. Dále je klientovi poskytována zdravotní péče u jiných odborných lékařů, jako jsou např. psychiatr, psycholog, stomatolog apod. V případech, kdy je potřebná akutní zdravotnická péče, je využíváno Lékařské záchranné služby a odborníků ve spádových nemocnicích. U každého klienta jsou vedle sociální péče vedeny karty jeho zdravotní a ošetrovatelské péče a veškerá zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace (Malíková, 2011).

V pobytových zařízeních, ke kterým patří také domovy pro seniory, poskytují zdravotní péči všeobecné zdravotní sestry, vrchní sestry, praktické sestry, sestry se specializací, fyzioterapeuti či ergoterapeuti. Jedná se o profese spadající do oblasti nelékařských zdravotnických pracovníků (Malíková, 2011).

Pokud jde o všeobecné sestry v domovech pro seniory, tak ty v rámci zařízení poskytujících sociální služby, musí splňovat kvalifikaci podle jednotlivých ustanovení zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. K nezbytným podmínkám pro výkon povolání zdravotní sestry v pobytovém zařízení patří odborná a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost. Zaměstnavatel je tak povinen zajišťovat všeobecným sestřím doplňování a prohlubování jejich odborných znalostí ve formě celoživotního vzdělávání, které probíhá formou různých kurzů (např. certifikované nebo e-learningové kurzy), stáží, školení, konferencí, kongresů nebo za pomoci studia odborné literatury (viz § 5, § 54, zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče). V případě domovů pro seniory je potřeba, aby měla všeobecná sestra potřebné znalosti z oborů, jako jsou geriatrie, gerontologie, psychologie, dále pak znalosti z oblasti aplikace terapeutických a aktivizačních metod a další dovednosti (především komunikační) přizpůsobené potřebám seniorů (Hynková, 2013).

Pokud jde o pracovní hierarchii, tak všeobecné zdravotní sestry jsou podřízeny vedoucí zdravotního úseku a současně jsou nadřizeny praktickým sestřím a pracovníkům v sociálních



službách (Malíková, 2011). Všeobecné sestry se významným způsobem společně s lékařem podílejí na preventivní, diagnostické, neodkladné, léčebné, rehabilitační, soustavné a paliativní péči. Zákon uvádí, že „za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče“ (§ 5 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče).

## 4. Sociální práce poskytovaná v domovech pro seniory

Sociální programy určené pro pobytová zařízení si kladou za primární cíl zajistit kompletní péči o klienta, do čehož spadá také oblast posílení hodnot a zvýšení kvality života seniorů, a to i přes různá omezení seniorů z důvodu věku nebo jejich nemoci. Mimo zajištění podpory pohybových, funkčních a kognitivních schopností, dochází také k zajištění toho, aby byl senior zapojován do společnosti, ať již v rámci domova pro seniory, tak do širší společnosti (vždy s ohledem na potřeby a stav klienta) (Matoušek, Kodymová, Kolářková, 2005).

Sociální péče je v domovech pro seniory zajišťována sociálním pracovníkem, který musí splňovat zákonné kvalifikační požadavky. Tyto definuje přímo zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Těmito základními předpoklady jsou plná svéprávnost, bezúhonnost a také odborná a zdravotní způsobilost.

Sociální pracovník je způsobilý vykonávat svou profesi, pokud získal vzdělání v bakalářském, nebo magisterském studijním programu „zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu (§ 110 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).“ Sociální pracovník je profesionál, který pomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám a komunitám řešit sociální, emoční a praktické problémy, které ovlivňují jejich kvalitu života. Jeho prací je poskytovat podporu a pomoc v řešení různých problémů klientů. Práci sociálního pracovníka definuje zákon o sociálních službách, § 109 zákona č. 108/2006 Sb.

Kromě patřičného vzdělání, které rovněž definuje zákon, by měl sociální pracovník disponovat rovněž řadou osobnostních vlastností a dovedností. K obecným dovednostem a předpokladům sociálního pracovníka patří schopnost empatie, dobré komunikační schopnosti, umění aktivně naslouchat, vřelost a další (Matoušek, Kodymová, Kolářková a kol., 2005).

Sociální práce v pobytových zařízeních typu domova pro seniory probíhá dle Matouška (2001) na třech úrovních, a to na mikroúrovni, mezoúrovni a makroúrovni. Mikroúroveň sociální práce v sobě zahrnuje práci s jednotlivcem ve smyslu poradenství klientovi, kdy se sociální pracovník snaží o podporu schopností klienta za účelem jeho zvládnutí nepříznivé životní situace, se kterou se musí aktuálně vyrovnávat. V rámci mezo úrovně dochází k zajištění práce s rodinou či práce se skupinou ostatních seniorů v rámci aktivizačních činností. Makroúroveň je možné vidět v komunitní práci, která si klade za cíl naplnění potřeb klientů nebo řešení problémů, které se mohou v konkrétním domově pro seniory objevit. Sociální pracovník je součástí vedení a aktivně uplatňuje své návrhy v plánování funkční podoby a budoucího rozvoje domova pro seniory. Současně je rovněž součástí realizované přímé pomoci poskytované uživatelům domova pro seniory, kdy by v tomto pracovním týmu

měl mít zcela rovnocenné postavení s ostatními pracovníky (Janečková in Matoušek, Kodymová, Koláčková a kol., 2005).

Za účelem efektivního poskytování sociálních služeb je potřebné, aby měli všichni pracovníci domova pro seniory potřebné informace ohledně způsobu a cílů spolupráce s daným klientem. Předání potřebných informací se realizuje jak v rámci profesní skupiny (informace si předávají například pracovníci v sociálních službách vzájemně mezi sebou), tak rovněž mezi jednotlivými odlišnými profesemi (například pracovník v sociálních službách si předá informace s všeobecnou zdravotní sestrou a sociálním pracovníkem) (Kašílková, Sýkorová, Baxová a kol., 2007). O významné roli sociálního pracovníka v domově pro seniory se zmiňuje také Malíková, která hovoří o tom, že sociální pracovník je ten, kdo doprovází klienta úplně od prvního kontaktu až po samotné úmrtí. Po úmrtí klienta je právě sociální pracovník tím, kdo podává veškeré informace o zemřelém, o pohřební službě, o pozůstalosti pozůstalým i příslušným úřadům. Kromě toho poskytuje poradenství a případně sociální oporu (Malíková, 2011).

Zavedení paliativní péče v sociální službě pro domovy pro seniory představuje nové výzvy pro sociální pracovníky. Sociální pracovník zastává klíčovou roli při komunikaci s klientem a jeho rodinou. Před nástupem do domova pro seniory (DpS) informuje klienta a jeho rodinu o možnostech paliativní péče v rámci DpS a předává jim informační materiály, které umožní lépe porozumět této formě péče. Sociální pracovník rozpoznává potřeby klienta a jeho rodiny pomocí rozhovorů zaměřených na bio, psycho, socio a spirituální potřeby. Sleduje, jak se klient a jeho blízcí vyrovnávají se zátěžovou situací a poskytuje jim pomoc a podporu, aby se s těmito obtížemi lépe vypořádali. Sociální pracovník je také zapojen do procesu péče o pozůstalé. Komunikuje s nimi, pomáhá jim s administrativou spojenou s úmrtím blízkého (např. řízení pohřbu, žádost o vdovský/vdovecký důchod, dědické řízení, právní poradenství) a účastní se rodinných konferencí.

Rodinná konference představuje důležitý prostor pro setkání klienta, jeho rodiny a zástupců týmu poskytujícího péči. Na této konferenci se obvykle účastní členové personálu, jako jsou koordinátor paliativní péče, vedoucí zdravotního úseku a sociální pracovník, kteří jsou odpovědní za koordinaci a poskytování péče. Cílem této konference je vypracovat Plán péče v závěru života<sup>2</sup>, který bude respektovat přání klienta. Všichni účastníci se na konferenci snaží nalézt optimální řešení a zvolit nejlepší možnosti péče pro klienta v jeho poslední fázi života. Rodinná konference tedy představuje důležitou příležitost k přímé komunikaci a spolupráci mezi všemi zúčastněnými stranami.

---

<sup>2</sup> Viz příloha č. 2

## 4.1 Malá paradigmatata dle Payna

V sociální práci se dle Payna vychází z respektu různých teoretických přístupů k této oblasti. Je autorem modelu tří malých paradigmat sociální práce. Jednotlivá paradigmatata se od sebe vzájemně odlišují jak filozofickými aspekty, ze kterých vycházejí, tak svým praktickým dosahem (Musil, 2004). Payne rozlišuje tři paradigmatata: terapeutické, poradenské a reformní.

Terapeutické paradigma – zahrnuje v sobě terapeutickou pomoc člověku, kdy se soustřeďuje především na jedincovo duševní zdraví a jeho duševní pohodu. Sociální práci lze v kontextu tohoto paradigmatu chápat jako pomoc člověku za pomoci individuální či skupinové psychoterapie (Payne, 1997).

Poradenské paradigma – jedná se o poskytování sociálně-právní pomoci, což je hlavní aspekt sociální práce a sociálních služeb. Jedná se o pomoc klientům sociálních služeb poskytnutím informací, poskytnutím kvalifikovaného poradenství, rozhovorem, nabídkou služeb apod. (Payne, 1997).

Reformní paradigma – představa sociálního fungování je spojena s vizí o tom, že existuje společenská rovnost člověka v různých oblastech a dimenzích života společnosti, například s ohledem na jednotlivé sociální třídy či věkové skupiny apod. Sociální práce se v tomto pojetí zaměřuje na zmocňování klientů sociálních služeb pro potřeby tvorby a změn institucí (Payne, 1997).

Jak již bylo uvedeno, terapeutické paradigma vychází z terapeutické pomoci člověku. Sociální práci v tomto kontextu vnímáme jako terapeutickou pomoc, která se orientuje na zajištění psychické pohody jedince se snahou o zabezpečení jedincových potřeb v případě, kdy se dostal do nesnázi (Musil, 2004). Hlavním faktorem tohoto přístupu je sociální fungování. Sociální práce se za pomoci terapeutické intervence snaží člověku pomoci k dosažení uspokojení jeho potřeb.

Terapeutický přístup k člověku se snaží zajistit podporu člověka a jeho rozvoj, získat větší kontrolu nad svým životem apod. Současně je cílem klientova samostatnost a spolupráce, převzetí odpovědnosti nad svým životem (Musil, 2004). Metodami tohoto přístupu jsou komunikace, empatie, aktivní naslouchání a celkové přijetí klienta. V terapeuticky orientovaném přístupu se životní situace a jejich zvládání omezují pouze na „*zvládnutí životní situace klientem omezeném jeho osobními deficity, kdy pak dochází k redukci všeho pouze na klientův vnitřní stav*“ (Hrozenská, Pavelová, 2011, s. 67).“

Jednou z teorií potřeb se zabýval Abraham Maslow, který je představitelem humanistické psychologie a holistického přístupu k člověku. Jeho teorie potřeb vychází z humanistického pohledu na člověka a v povzbudivém náhledu na svět. Obecně jsou u člověka patrné potřeby fyziologické, psychologické, sociální a spirituální. Tyto potřeby Maslow uspořádal hierarchicky, kdy je potřeba potravy u člověka mnohem více naléhavější než potřeba lásky či seberealizace (Maslow, 2014). Jednotlivé řazení potřeb dle hierarchie je

u Maslowa následující – fyziologické potřeby, bezpečí a jistota, sounáležitost a láska, uznání a sebeúcta a na vrcholu nalézající se seberealizace.

Pokud pohlédneme na Maslowovu teorii v souvislosti s paliativními seniery, tak také u těchto seniorů nalzáme jejich potřeby a nutnost jejich uspokojování a doplňování. Nejedná se však pouze o potřebu nasycení a zajištění ostatních fyziologických potřeb, ale může jít také o zajištění potřeby bezpečí, pocitu jistoty, pocitu s rodinou a blízkými. Potřeba bezpečí je u seniora narušena v okamžiku, kdy se již není například schopen samostatně pohybovat a hrozí u něj pády. Dále je třeba zmínit potřebu uznání a sebeúcty. V zařízení sociální péče je senior uznáván ze strany personálu, který jej podporuje také v jeho sebeúctě. V souvislosti s uznáním se hovoří s autonomií, kdy je třeba u seniorů podporovat míru jeho samostatnosti v rozhodování (Bužgová, 2007).

Paliativní péče se zaměřuje na celkovou osobnost klienta, zahrnuje nejen jeho fyziologické potřeby a zvládnání bolesti, ale také se snaží naplňovat jeho sociální, psychologické a spirituální potřeby. To znamená, že poskytování paliativní péče vyžaduje spolupráci celého týmu odborníků, včetně rodiny a blízkých klienta. *„Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým. Tvoří ho řada odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a diskutují, jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemocného* (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 27).“

Sociální pracovník pracuje v domovech pro seniory v týmu, který tvoří odborníci z různých oblastí. Charakteristikou multidisciplinárního týmu je rovné postavení všech jeho členů, přičemž se vychází z předpokladu, že jednotliví členové týmu se vzájemně doplňují v péči o klienta a předávají si pro to důležité informace (Svatošová, 2011). Členové týmu dávají informace o klientovi z úhlu pohledu, s jakým s klientem pracují, což pomáhá ostatním členům tohoto týmu v přístupu ke klientovi a ke zkvalitnění jemu poskytovaných služeb. Váha vyjádření jednotlivých členů týmů by měla být stejná tak, aby bylo zajištěno efektivitu práce v týmu (Jankovský, 2007). V multidisciplinárním týmu v domovech pro seniory se setkávají vedoucí DpS, sociální pracovník, vedoucí přímé péče, vrchní sestra, terapeut, aktivizační pracovník, členové a přátelé rodiny, dobrovolníci. V některých domovech se využívá služeb psychologa, duchovního apod.

Nezastupitelnou roli má sociální pracovník v multidisciplinárním týmu především díky jeho ucelenému pohledu na sociální situaci klienta, neboť má o klientovi komplexní informace. Sociální pracovník je také kontaktní osobou pro klientovu rodinu, což je zdrojem dalšího množství informací, které může nabídnout ostatním členům týmu (Urban, 2013). Sociální pracovník se při práci s paliativním seniorem zaměřuje na situaci tohoto konkrétního jedince a jeho rodiny. Měl by na základě informací zjištěných ze sociálního šetření, i z pobytu seniora v domově, umět poskytnout potřebnou emoční i praktickou pomoc, a to jak seniorovi, tak jeho rodině (Svatošová, 2011). Při práci s paliativním seniorem vnímá sociální pracovník klientovy sociální, emoční a fyziologické potřeby. Vytváří atmosféru důvěry tak, aby mu mohli klient a rodina vyjádřit své pocity a obavy, což je pro ně velmi důležité.

## 4.2 Propojení se sociální politikou

*„Objekty sociální politiky jsou jednotlivci, nebo sociální skupiny, jimž jsou sociálněpolitická opatření určena a na koho mají působit, ... subjekty sociální politiky jsou ti, kdo mají zájem, vůli, schopnosti, předpoklady a prostředky k určité sociální činnosti (Krebs, 2015, s. 69).“*

Sociální politika plní různé funkce, nejčastěji ochrannou, rozdělovací a přerozdělovací, homogenizační, stimulační a preventivní. K tématu paliativní péče se vztahuje ochranná funkce, která řeší již vzniklé sociální události (např. stáří, nemoc) a přerozdělovací funkce, která se uskutečňuje prostřednictvím daní. Výsledkem přerozdělovacího procesu je dělení důchodů (Krebs, 2015).

Paliativní péče pro seniory se primárně řadí do zdravotnictví. Součástí poskytování paliativní péče je psychologická a sociální podpora, a proto je zahrnuta i do oboru sociální práce. Toto téma úzce souvisí se systémem sociálního zabezpečení. Sociální zabezpečení zahrnuje různé instituce, zařízení a opatření, která mají za úkol minimalizovat negativní dopady sociálních událostí na občany a předcházet jim. Stát je hlavním subjektem sociální politiky a aktivně přispívá k zajištění sociálních jistot a udržení přiměřené úrovně života pro občany v jakékoli životní situaci (Šimák, 2009).

Systém sociálního zabezpečení stojí na třech pilířích. Sociálním pojištěním, sociálním zaopatřením a sociální pomoci. Sociální pojištění zahrnuje nemocenské pojištění, důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Sociální zaopatření (podpora), zde se jedná o dávky státní sociální podpory. Sociální pomoc obsahuje dávky sociální péče, dávky v hmotné nouzi a sociální služby (Nečadová, 2014).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, upravuje podmínky pro poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci, a to prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Příspěvek na péči je určen pro osoby, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby, a slouží k pokrytí nákladů na sociální služby a další formy pomoci (Matoušek, 2001).

Pro osoby starší 18 let se rozlišuje stupeň závislosti I. až stupeň IV. (lehká, středně těžká, těžká a úplná závislost). Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby, jako jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Tyto schopnosti jsou definovány v příloze č. 1 vyhláška č. 505/2006 Sb., o sociálních službách (Matoušek, 2001).

Domovy pro seniory patří mezi poskytovatele sociálních služeb určených pro seniory, jak tyto služby definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Cílem veškerých provozovaných a realizovaných sociálních služeb je především zachování lidské důstojnosti, kdy se vychází především z individuálních potřeb klienta (uživatele sociálních služeb). Tyto služby si kladou dále za cíl aktivní rozvoj schopností klientů, zachování či zlepšení jejich

soběstačnosti či poskytování dané služby co nejvíce kvalitně, na co nejvyšší úrovni a zohledňující v první řadě zájem klienta.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách blíže v § 49 specifikuje, jaké služby domov pro seniory poskytuje a pro jakou cílovou skupinu uživatelů slouží. V domovech pro seniory se poskytují pobytové sociální služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a polymorbidity, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Je důležité si uvědomit, že v domovech pro seniory jsou poskytovány pobytové sociální služby osobám se sníženou soběstačností, a to z důvodu vysokého věku a polymorbidity. Tyto osoby dále potřebují pravidelnou péči o svou osobu od jiné osoby. Poskytování služeb upravuje § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mezi služby, které DpS poskytují, patří tyto základní činnosti: poskytování ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně a při zvládnutí běžných úkonů o svou osobu, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

K výše uvedenému je třeba říci, že poskytované služby se u každého uživatele zaměřují především na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života jedince.

Domovy pro seniory jsou zřizovány kraji, obcemi, nestátními neziskovými organizacemi či fyzickými osobami, Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále MPSV). Skutečnost, aby byly poskytované služby kvalitní, má na starosti MPSV. MPSV připravuje také dlouhodobá systémová opatření a příslušné právní předpisy. Například podporuje plánování sítě sociálních služeb, poskytovaných v krajích a obcích tak, aby se takové plánování opíralo o skutečné potřeby lidí či zvyšování kvality jednotlivých poskytovaných služeb.

Za účelem zajištění lepší kvality poskytovaných služeb pomohla České republice také skutečnost, že je členem Evropské unie, díky čemuž je možné čerpat řadu různých finančních prostředků z Evropského sociálního fondu na vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách apod. Tento fond si stanovil jako cíl posílení vědomostí a dovedností pracovníků v sociálních službách a zlepšení jejich dovedností právě při poskytování těchto služeb nebo na podporu a pomoc skupinám, které jsou ohroženy vyloučením ze společnosti (mpsv.cz, 2022). Mezi tyto skupiny patří také senioři, kteří potřebují patřičnou pečovatelskou i ošetrovatelskou péči a léčbu realizovanou v zdravotnickém zařízení, které poskytují lůžkovou péči, a které nelze přijmout do domova pro seniory. Přijetí seniora do domova pro seniory se dále odvíjí od podání žádosti o přijetí do konkrétního zařízení sociálních služeb. Seniorovi, který byl přijat do domova pro seniory, se následně říká uživatel sociálních služeb. Takovému uživateli se náhle změní celý život, přičemž u každého jedince tento adaptační proces trvá různě dlouhou dobu (Herzig, 2018).

### **4.3 Legislativní zakotvení dané problematiky**

Důležitými lidskými právy jsou právo na solidaritu a důstojnost, která jsou zaručena v České republice Listinou základních práv a svobod a Všeobecnou deklarací lidských práv na mezinárodní úrovni. Tato práva náleží všem, včetně lidí trpících, život ohrožujícími onemocněními. Proto mají právo na péči, která je v souladu s etickými principy stanovenými Českou lékařskou komorou a právním řádem České republiky. Charta práv umírajících, kterou vydalo Parlamentní shromáždění Rady Evropy v roce 1999, výslovně uznává právo na komplexní paliativní péči (Skála, B. a kol., 2011).

MPSV podporuje rozvoj zásad a principů paliativní péče v pobytových sociálních službách uvedených v § 48 (domovy pro osoby se zdravotním postižením), v § 49 (domovy pro seniory) a v § 50 (domovy se zvláštním režimem) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to ve formě specializovaných školení, stáží a kurzů.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění definuje paliativní péči jako jednu z možností, která je hrazena ze zdravotního pojištění. Tento zákon byl upraven v roce 2018 vyhláškou, která umožňuje pojišťovněm uzavírat smlouvy a platit za mobilní specializovanou péči v odbornosti 926 - domácí péče, a to formou ošetřovacího dne. Podle kritérií pro tuto úhradu může být pacientovi poskytnuta nepřetržitá péče zdravotnického týmu, tedy lékaře a zdravotní sestry, 24 hodin denně. To zajišťuje, že mobilní specializovaná péče se stává pevnou součástí systému a zvyšuje dostupnost péče v prostředí pacienta, což eliminuje nutnost terminálních hospitalizací v poslední fázi pacientova života.

V občanském zákoníku se nachází ustanovení o tzv. dříve vysloveném přání, které představuje významný nástroj pro zajištění autonomie a důstojnosti klienta, i v situacích, kdy kvůli nepříznivému zdravotnímu stavu není schopen rozhodovat o své vlastní péči. Institut dříve vysloveného přání byl vytvořen za účelem zlepšení právní jistoty jednotlivce a umožňuje klientovi předem určit, jakým způsobem k němu v případě zhoršení zdravotního stavu přistupovat. Jedná se o důležitý nástroj, který umožňuje klientům vyjádřit svá přání, a ovlivnit tak svůj budoucí osud v oblasti zdravotní péče (dle § 38 zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník a § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování).

### **4.4 Etický pohled na poskytování paliativní péče v domovech pro seniory**

Základní principy paliativní péče jsou autonomie (sebeurčení), beneficience (prospěch), nonmaleficience (neškodit) a spravedlnost. Pokud smrt klienta nastane v důsledku přirozeného vývoje onemocnění, není to možné považovat za nepříznivý výsledek zdravotní, nebo sociální péče.



V sociálních službách se s etickými dilematy setkávají vedoucí služeb, pracovníci v přímé péči, sociální pracovníci i zdravotní sestry prakticky denně. Etická dilemata prostupují všemi pomáhajícími profesemi, zejména při kontaktu s klienty, kteří mají omezena základní lidská práva, např. v oblasti opatrovnictví, vlivem zdravotního stavu, postižení apod. (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016).

Pracovníci sociálních služeb dodržují etický kodex, který deklaruje obecná práva a povinnosti pracovníků. Kodex slouží pro řešení etických dilemat výkonu jejich práce a je závazný pro všechny pracovníky. Cílem kodexu je snaha o upravení pravidel zodpovědnosti a etického chování pracovníků ve vztahu ke klientům, zaměstnavateli, kolegům, profesi a odbornosti pracovníků, ke společnosti. Ustanovení kodexu vycházejí zejména ze Všeobecné deklarace lidských práv, Listiny základních práv a svobod České republiky, mezinárodních úmluv a legislativy České republiky (etický kodex sociálních služeb města Kroměříže, 2022).

Etický kodex pomáhá při definování etických zásad a standardů, které by měli pracovníci při poskytování služeb pro své klienty dodržovat. Etický kodex slouží jako základní příručka pro chování pracovníků, která by měla být založena na zásadách jako důstojnost, autonomie, respekt, služba a spravedlnost. Klade si za cíl „*klienta pojímat celostně (bio-psy-socio-spirito), nepodceňovat, zmocňovat, oprávněně v jeho prospěch a dostatečně využívat systému, dávek, dostatečně informovat o službách, o předání zakázky kolegovi, nešíkanovat, nevyužívat, netlačit do a nepostupovat dle jedné šablony, přehnaně nešetřit, neumlčovat (pocity), nelhat, neklamat, neponižovat* (etický kodex SSP ČR, 2006).“

## **5. Analýza potřebnosti zavedení paliativní péče do sociální služby domov pro seniory**

K posouzení potřeby zavedení paliativní péče v sociální službě domov pro seniory je níže uvedena analýza dotazníkového šetření mezi pracovníky v sociálních službách (pečovateli) a zdravotnickým personálem vybraných institucí.

### **5.1 Příčiny problému a jeho důsledky na cílovou skupinu**

Paliativní péče je zaměřena na zlepšení kvality života lidí s terminálními a chronickými nemocemi. Cílem je zmírnit fyzické a psychické utrpení klienta a pomoci mu i jeho rodině překonat těžké období. Díky 15 letům zkušeností z přímé obslužné péče v domově pro seniory jsem získala hluboké povědomí o potřebách seniorů a jsem si vědoma, že v domovech pro seniory, kde žijí lidé s různými zdravotními problémy, je paliativní péče velmi užitečná, protože umožňuje poskytnout klientům kvalitní a humánní péči v posledních fázích jejich života. Díky paliativní péči mohou senioři prožít zbytek svého života v co největším komfortu a v co nejmenším utrpením, nejlépe bez strádání.

Obecně lze říci, že paliativní péče v domovech pro seniory může být pro stát levnější, protože umožňuje klientům poskytnout kvalitní péči na místě, což může snížit potřebu opakované hospitalizace, a pomoci tak ušetřit náklady spojené s hospitalizací. Navíc paliativní péče může zlepšit kvalitu života seniorů a umožnit jim prožít poslední fázi jejich života v co největším komfortu. To by mohlo vést ke snížení stresu a celkové úzkosti seniorů a zkvalitnit psychické prožívání nemoci, což by mohlo snížit náklady na jejich zdravotní péči.

Je těžké přesně definovat, zda je pro stát levnější zavádět paliativní péči v domovech pro seniory nebo opakovat hospitalizaci seniorů v nemocnici. Vše záleží na mnoha faktorech, jako jsou kvalita paliativní péče poskytovaná v domovech pro seniory, dostupnost paliativní péče v nemocnicích a její schopnost poskytnout kvalitní péči seniorům, a také na dalších okolnostech. Obecně však lze říci, že zavádění paliativní péče v domovech pro seniory by mohlo být efektivnější a možná i levnější, protože by mohlo poskytnout seniorům kvalitní péči v pohodlí domova a snížit náklady na často opakované hospitalizace v nemocnicích.

### **5.2 Příklady řešení dané problematiky v ČR a v zahraničí**

Paliativní péče není charakteristická pro všechny naše domovy pro seniory. Je však třeba říci, že některá zařízení jsou na tak kvalitativně vysoké úrovni, že mají k dispozici personál, který je schopen potřebným klientům provádět kvalitní paliativní péči. Jak již bylo uvedeno, není to případ všech domovů pro seniory, stále se velké množství zařízení smrti vyhýbají a pokud mohou, předávají v tomto odpovědnost zdravotnickým zařízením (Koubová, 2018).

Pochopitelně, i s ohledem na historický vývoj, o kterém bylo na počátku této práce psáno, mají větší zkušenosti s paliativní péčí v zařízeních pro seniory v západních evropských zemích, kde celkově probíhá paliativní péče delší dobu a jsou zde více teoreticky i prakticky zorientovaní. Koubová (2018) k této problematice uvedla, že je pro ni inspirativní Rakousko, kde je uplatňován celostátní projekt, který byl vytvořen ve spolupráci s odbornou společností paliativní péče. Tento projekt umožňuje domovům pro seniory projít komplexním vzdělávacím programem, a získat tak určitou certifikaci v oblasti paliativní péče, která uživatelům veřejnosti zdůrazňuje, že jsou pracovníci v domovech připraveni na chvíle, kdy bude lidem těžko a jejich zdravotní stav se zhorší. Odborníci by si měli umět poradit také se symptomy a obtížemi pokročilého onemocnění, a neměli by tak posílat nemocné a trpící klienty do nemocnic, pokud si to sami nebudou přát, a postarají se o ně v pro ně známých prostorách domova pro seniory (Koubová, 2018).

Každý domov pro seniory, který se v Rakousku do projektu zapojil, má dva průvodce z místních hospiců. Ve většině domovů se stává koordinátorem integrace paliativní péče vrchní sestra nebo lékař, pokud v domově je (Pissarek, 2016).

Také ve Velké Británii se od roku 2008 zabývají strategickým plánováním paliativní péče do domovů pro seniory. Dokument s názvem „National End of Life Care Strategy“ obsahoval metodiku a standardy pro dlouhodobou péči v domovech pro seniory (Pissarek, 2016).

V České republice chybí systematická paliativní a hospicová péče o klienty v pobytových zařízeních. Přitom se jedná o početnou skupinu křehkých klientů, jež jsou přesunem do jiného zařízení, např. zdravotnického, ohroženi a může dojít ke zhoršení jejich chronického onemocnění, nebo k provádění duplicitních vyšetření apod. Především klienti s kognitivním deficitem jsou velmi zranitelní a náchylní k nežádoucím následkům, ke kterým dochází v důsledku jejich přesunů do zdravotnického zařízení při zhoršení jejich zdravotního stavu. Thompson uvádí, že implementace paliativní péče v domovech pro seniory vede k mnohem lepšímu řešení jednotlivých symptomů onemocnění, k menší zátěži zaměstnanců domovů pro seniory a k větší spokojenosti samotných klientů (Thompson, 2011).

V České republice právě probíhají projekty integrace paliativní péče do domovů pro seniory. Jsou to projekty „Spolu až do konce“ a „Abakus“. Jejich cílem je umožnění úspěšné integrace služeb mobilní paliativní péče do domovů pro seniory.

Díky zkušenostem z praxe jsem si ověřila, že paliativní péči by měl provádět zkušený multidisciplinární tým, čehož není vždy možné v domovech pro seniory dosáhnout. Často se stává, že s ohledem na velké množství svých klientů nejsou domovy pro seniory ani dostatečně vybaveny zdravotním personálem, který by byl využitelný i pro potřeby paliativní péče.

Z vlastních zkušeností mohu konstatovat, že do domovů pro seniory dochází obvykle praktický lékař v dlouhých časových intervalech, díky čemuž nemůže být klientovi zajištěna potřebná péče, jež by odpovídala potřebám umírajícího člověka. Díky tomu není zajištěna

adekvátní reakce na potřeby, které umírající jedinec má. Často pak bývá klient umístěn vlivem zhoršujícího zdravotního stavu do nemocnice, kde velmi často dojde k jeho úmrtí.

### **5.3 Stakeholder – subjekt zapojený do problematiky v různých rolích**

Domovy pro seniory mohou využít služeb mobilního hospice jako další možnost poskytování paliativní péče svým klientům. V takovém případě poskytují mobilním hospicům přístup do svých zařízení a informují hospic o stavu klientů, kteří potřebují paliativní péči, a zajišťují, aby mobilní hospic byl vždy informován o náležitostech v jejich stavu. Spolupráce mezi mobilními hospici a domovy pro seniory mohou pomoci zajistit, že seniorům poskytovaná paliativní péče bude co nejefektivnější, a že budou mít přístup k nejlepší možné péči. Tato poskytovaná péče, mezi domovy pro seniory a mobilními hospici, se obvykle děje formou sdílené, nebo plné paliativní péče, kterou praktikujeme i v domově pro seniory, ve kterém již patnáct let pracuji.

Jako další zjištěné alternativy uvádím ambulance bolesti, ambulance paliativní péče, nebo lůžkové oddělení paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, může pomoci paliativním klientům v domovech pro seniory zmírnit jejich bolest a zlepšit kvalitu života. Tyto zdravotnické služby jsou specializované služby, které poskytují pomoc klientům s chronickou bolestí nebo bolestí způsobenou terminálními onemocněními. Lékaři a další zdravotničtí pracovníci v ambulanci poskytují klientům s bolestí komplexní péči, která zahrnuje nejen léčbu bolesti, ale také poradenství a podporu pro klienty a jejich rodiny.

Úřad práce ČR je subjektem aktivně zapojeným v poskytování paliativní péče, a to prostřednictvím řízení o přiznání příspěvku na péči. Toto řízení je zahajováno na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném MPSV. Rozhodování o důchodech a důchodových dávkách je pak v kompetenci České správy sociálního zabezpečení.

Rodiny klientů, kteří jsou v paliativní péči, hrají nezastupitelnou roli v celém procesu. Jejich úloha je zvláště důležitá s ohledem na poskytovanou péči. Domovy pro seniory by měly specifikovat úlohu rodiny v rámci poskytování paliativní péče, hlavně v případech, kdy je třeba získat od nich souhlas s péčí. V některých případech se rodiny podílejí na rozhodování o dalším směřování péče.

Složka, která je také zapojena do této problematiky, je dobrovolnická činnost. Dobrovolníci mohou v domově pro seniory navštěvovat paliativní klienty, mohou klienty doprovázet při nejrůznějších individuálních aktivitách. Od 1. ledna 2003 platí v České republice zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě. Dobrovolníci se při výkonu řídí Etickým kodexem pracovníka domova, Kodexem dobrovolníka a dalšími vnitřními předpisy organizace.

## 5.4 Základní informace o specifikách cílové skupiny vzhledem k řešenému problému

V minulosti se paliativní péče soustředila pouze na péči o terminálně nemocné a umírající onkologické klienty a na podporu jejich rodin. Kalvach uvádí, že „*v posledním desetiletí jsme však svědky narůstající pozornosti věnované potřebám lidí, kteří trpí i jinými chronickými a potenciálně letálními (vedoucími ke smrti) chorobami* (Kalvach, 2004, s. 8).“

V současné době je tedy paliativní péče určena klientům v pokročilých a konečných stádiích velmi širokého spektra různých nevléčitelných chorob, které mají v terminální fázi v podstatě u všech klientů velmi podobný klinický obraz (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

V praxi platí, že k zahájení paliativní péče má dojít v tom případě, když jsou negativní důsledky kurativní terapie větší, než je přínos, který od tohoto očekáváme (Haškovcová, 2007).

Paliativní péče představuje multidisciplinární obor, ve kterém se setkáváme se spoluprací veškerých součástí sociálního a zdravotnického systému. Správně fungující paliativní péče je založena na dodržování řady různých hodnot a principů, mezi které patří zachování klientovy důstojnosti, účastná péče o klienta a také o jeho rodinu, úcta ke klientovi a k jeho rodině, rovnoprávnost všech jedinců v rámci přístupu k paliativní péči, v rámci poskytované podpory a péči snaha o dosažení výjimečné úrovně péče, odpovědnost ke klientovi a odpovědnost k celé jeho rodině (O'Connor, Aranda, 2005).

Dále je třeba si uvědomit, že paliativní péče se neodvrací ve své péči od smrtelně nemocných, ale snaží se ochránit jejich důstojnost a klást důraz na kvalitu jejich života. Je schopná podpořit život, ale současně vnímá umírání jako zcela přirozený proces, tzn., že neusiluje ani o přiblížení smrti, ale ani o její oddálení. Paliativní péče umí úspěšně utišit bolest. Velmi důsledně vychází z individuálních přání a potřeb klientů, přičemž respektuje klientovy hodnotové priority. Vychází z řady získaných zkušeností o tom, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající jedince, a že umírající nemusí žít ve strachu, v bolesti a v utrpení (O'Connor, Aranda, 2005).

## 5.5 Popis metody získání dat a vyhodnocení

Záměrem mé bakalářské práce je zjistit, zda jsou pracovníci v domovech pro seniory schopni přispět k zavedení paliativní péče. Metodou zpracování mé práce byla analýza potřebnosti zavádění paliativní péče v domovech pro seniory formou dotazníkového šetření.

Respondenty jsem vybrala z řad pečovatелů a zdravotních sester, neboť jsou přímo v kontaktu s klienty domovů pro seniory a jsou klíčovými aktéry při poskytování paliativní

péče. Jejich práce má významný dopad na kvalitu života klientů, a proto se mi zdá důležité získat jejich pohled a názory.

Zvolené metody získání dat formou dotazníkového šetření se účastnilo 73 pečovatelek a pečovatelů ze tří oslovených domovů pro seniory. Ze tří oslovených domovů pro seniory jeden poskytuje druhým rokem paliativní péči a ve dvou domovech pro seniory probíhají aktuálně přípravy na zavedení paliativní péče. Dotazník<sup>3</sup> byl rozdán 90 pečovatelkám – pečovatelům a zdravotním sestřám, přičemž zpět se navrátilo 73 zcela vyplněných dotazníků. Návratnost tedy činila 81,1 %. Dotazník byl pečovatelkám – pečovatelům a zdravotním sestřám zanesen po dohodě s jejich vedoucími zařízení.

Cílem průzkumu je získat informace o tom, jak pečovatelé – pečovatelky a zdravotní sestry chápou paliativní péči, jaký je jejich názor na její potřebnost a proveditelnost v DpS a co by podle nich bylo důležité pro její úspěšné poskytování. Zároveň mě zajímá, co by mohlo přispět ke zlepšení kvality péče a kompetencí pracovníků.

Získaná data z dotazníků jsou v práci interpretována formou tabulek a grafů s vyjádřením absolutní a relativní četnosti, přičemž dále poslouží k zodpovězení stanovených výzkumných otázek. Dotazník použitý pro sběr dat je uložen na konci práce v příloze 3.

## 5.6 Interpretace získaných dat

### 1. Pohlaví

**Tabulka č. 1**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
muž	3	4,1 %
žena	70	95,9 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

Šetření se účastnilo 70 žen a 3 muži.

---

<sup>3</sup> Viz příloha č. 3

## 2. Věk

Tabulka č. 2

	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 20 let	2	2,7 %
21-30 let	17	23,3 %
31-40 let	19	26,1 %
41-50 let	18	24,6 %
51 let a více	17	23,3 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

Věk dvou respondentů byl do 20 let, 17 respondentů uvedlo věk 21-30 let, 19 respondentů bylo ve věku 31-40 let, 18 respondentů ve věku 41-50 let a 17 respondentů mělo věk 51 let a více.

## 3. Praxe v sociálních službách se seniory

Tabulka č. 3

	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 3 let	9	12,4 %
3 -5 let	17	23,3 %
5-10 let	15	20,5 %
10-20 let	15	20,5 %
20 let a více	17	23,3 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

Praxe v sociálních službách byla u devíti respondentů do tří let, u 17 respondentů v rozmezí 3 -5 let, u 15 respondentů v rozmezí 5-10 let, u dalších 15 respondentů v rozmezí 10-20 let a 17 respondentů uvedlo praxi v sociálních službách v rozmezí 20 let a více.

#### 4. V čem dle Vašeho názoru spočívá paliativní péče?

Tabulka č. 13

	Absolutní četnost	Relativní četnost
v tišení bolesti	24	32,8 %
v komplexním psychosociálním přístupu ke klientovi	27	36,9 %
v péči o fyzické potřeby člověka	17	23,3 %
jiné	5	7 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

Paliativní péče spočívá dle názoru 24 respondentů (32,8 %) v tišení bolesti. Dále uvedlo 27 respondentů (36,9 %), že paliativní péče spočívá v komplexním psychosociálním přístupu ke klientovi, 17 respondentů (23,3 %) vidí paliativní péči v péči o fyzické potřeby člověka a 5 respondentů uvedlo variantu odpovědi jiné, přičemž uvedli, že paliativní péče je péče celkově o umírajícího člověka nebo o to, aby nebyl v poslední dny svého života sám.

#### 5. Myslíte si, že paliativní péče patří do domovů pro seniory?

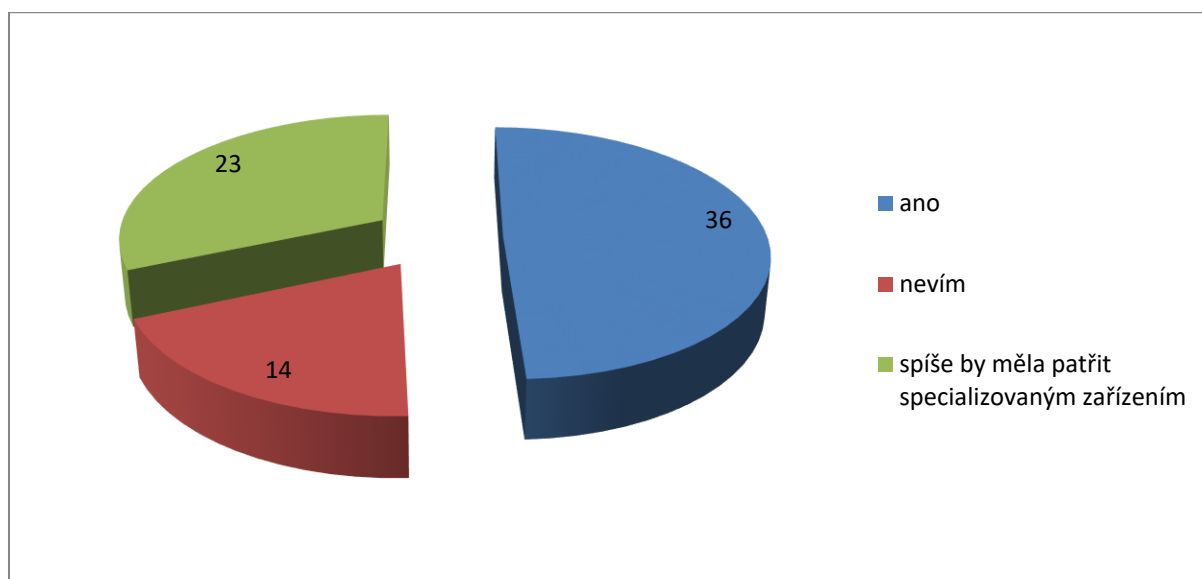
Tabulka č. 4

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	36	49,3 %
nevím	14	19,2 %
Ne, měla by patřit do specializovaných zařízení	23	31,5 %

*Zdroj: vlastní zpracování*



**Graf č. 1**



*Zdroj: vlastní zpracování*

Nejvíce respondentů - 36 (49,3 %) uvedlo, že si myslí, že paliativní péče patří do domovů pro seniory. Dalších 14 respondentů (19,2 %) uvedlo, že neví, zda paliativní péče patří do domovů pro seniory nebo do specializovaných zařízení. Ostatních 23 respondentů (31,5 %) uvedlo, že by paliativní péči viděli spíše ve specializovaných zařízeních, než v domovech pro seniory.

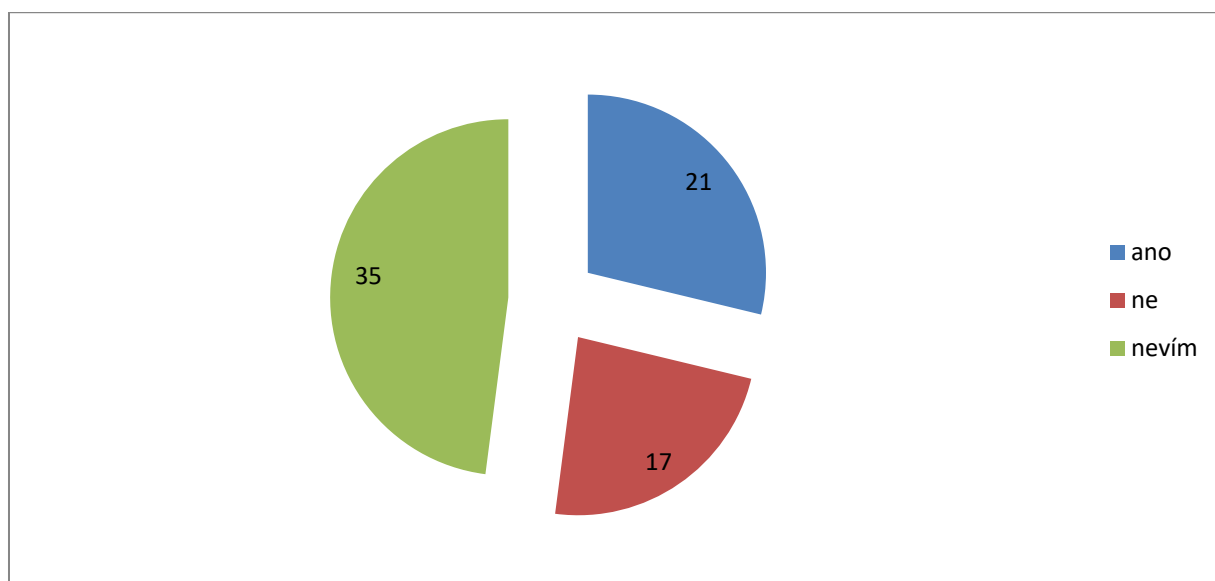
**6. Myslíte si, že by se mělo rozšiřovat zavádění paliativní péče do domovů pro seniory?**

**Tabulka č. 5**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	21	28,7 %
ne	17	23,3 %
nevím	35	48 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Graf č. 2**



*Zdroj: vlastní zpracování*

Zavádění paliativní péče do domovů pro seniory je vhodné dle názoru 21 respondentů (28,7 %). Naopak 17 respondentů (23,3 %) si nemyslí, že by se paliativní péče měla zavádět do domovů pro seniory. Nejvíce dotázaných pečovatelek - pečovatelů a sester – 35 (48 %) uvedlo, že neví, zda by měla být paliativní péče zaváděná do domovů pro seniory.

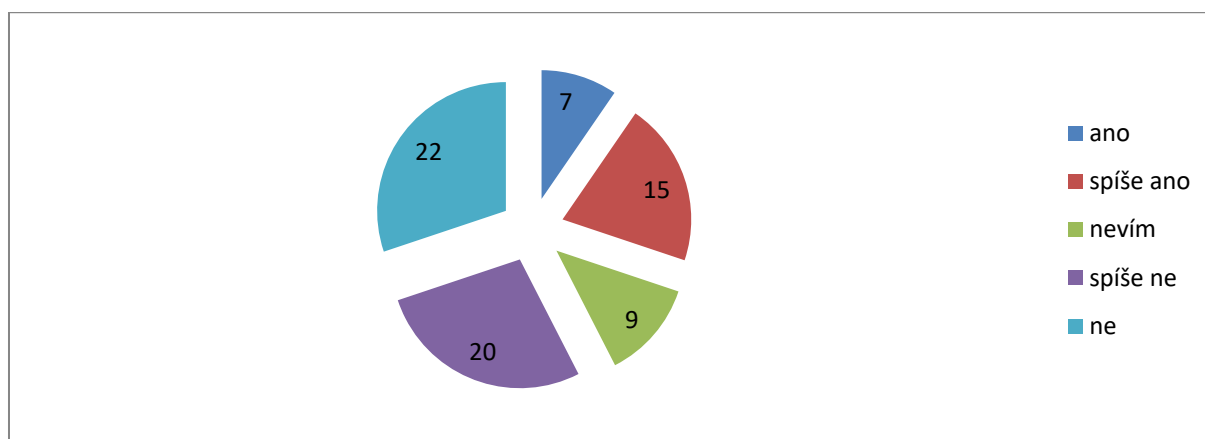
#### **7. Aplikuje zařízení, kde pracujete, zásady paliativní péče?**

**Tabulka č. 6**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
ano	7	9,6 %
spíše ano	15	20,5 %
nevím	9	12,3 %
spíše ne	20	27,4 %
ne	22	30,2 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Graf č. 3**



*Zdroj: vlastní zpracování*

Zařízení, kde respondenti pracují, aplikují či spíše aplikují ve svých činnostech zásady paliativní péče dle názoru 22 respondentů (30,1 %). Dalších 9 respondentů uvedlo, že neví a 44 respondentů (57,6 %) uvedlo, že v zařízeních, kde pracují, neaplikují či spíše neaplikují zásady paliativní péče.

#### **8. Jste vzdělávání v oblasti paliativní péče? Pokud ano, jak často?**

**Tabulka č. 7**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
ano	14	19,2 %
ne	59	80,8 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

V oblasti paliativní péče je nebo bylo vzděláváno 14 respondentů (19,2 %). Naopak většina respondentů – 59 (80,8 %) není nebo nebylo vzděláváno v oblasti paliativní péče.

**9. Myslíte si, že v domovech pro seniory mohou pečovatelky a pečovatelé poskytovat dostatečně kvalitní paliativní péči klientům?**

**Tabulka č. 8**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
ano	17	23,3 %
spíše ano	13	17,8 %
nevím	21	28,7 %
spíše ne	16	21,9 %
ne	6	8,3 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

Pečovatelky a pečovatelé mohou v domovech pro seniory poskytovat dostatečně kvalitní paliativní péči klientům dle názoru 30 respondentů, kteří uvedli variantu odpovědi ano či spíše ano. Dalších 21 respondentů uvedlo, že neví a 20 respondentů uvedlo, že si nemyslí či spíše nemyslí, že by pečovatelky - pečovatelé mohli klientům v domovech pro seniory zajistit dostatečně kvalitní paliativní péči.

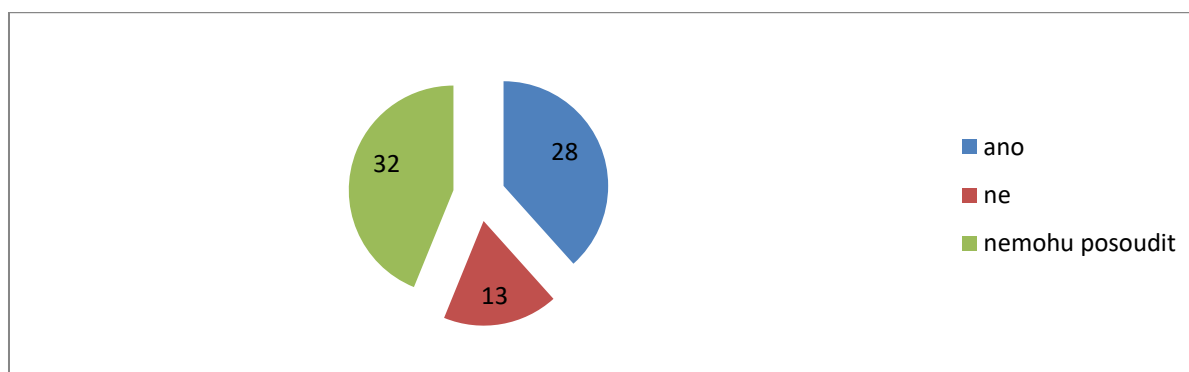
**10. Myslíte si, že paliativní péče zvýší kvalitu života klienta?**

**Tabulka č. 9**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
ano	28	38,4 %
ne	13	17,8 %
nemohu posoudit	32	43,8 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Graf č. 4**



*Zdroj: vlastní zpracování*

Paliativní péče zvýší kvalitu života klienta dle názoru 28 respondentů (38,4 %). Naopak 13 respondentů (17,8 %) uvedlo, že si nemyslí, že by paliativní péče zvýšila kvalitu života klientů a 32 respondentů (43,8 %) uvedlo, že neví, zda paliativní péče skutečně zvýší kvalitu života klienta.

#### **11. V čem osobně vidíte smysl paliativní péče u klientů domovů pro seniory?**

Smysl paliativní péče vidí oslovení pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry především ve zlepšení kvality života umírajícího, k mírnění jeho bolesti a k lepšímu zvládnutí psychických stavů rodiny, která se o seniora bojí. Toto uvedlo 26 respondentů. Dalších 18 respondentů přibližně shodně vidí v paliativní péči psychologickou a duchovní podporu klienta a jeho rodiny. Ostatní dotázaní PSS a všeobecné sestry vidí smysl paliativní péče v doprovázení umírajícího, v tom, aby o něho bylo postaráno a nebyl sám, aby mu byly zajištěny všechny bio-psycho-socio-spirituální potřeby.

**12. Co by dle Vašeho názoru nejvíce přispělo k tomu, aby byla v domovech pro seniory poskytována kvalitní paliativní péče? Lze uvést více variant odpovědí.**

**Tabulka č. 10**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
časté vzdělávání pečovatelek – pečovatelů a zdravotních sester	45	61,6 %
odborná supervize/prevence syndromu vyhoření	36	79,3 %
praxe v hospici	13	17,8 %
pravidelná školení od odborníků z praxe s praktickými ukázkami	52	71,2 %
osobnostní dispozice	28	38,4 %
osobní zájem pečovatelek – pečovatelů a zdravotních sester	17	23,3 %
příklady dobré praxe	9	12,3 %
pozitivní přístup vedení k této problematice a zájem o toto	12	16,4 %
jiné	3	4,1 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

Ke kvalitnímu poskytování paliativní péče v domovech pro seniory by dle největšího počtu dotázaných (52) přispěla pravidelná školení od odborníků z praxe s praktickými ukázkami. Dále 45 respondentů uvedlo, že ke kvalitně realizované paliativní péči by přispělo časté vzdělávání pečovatelek a pečovatelů v této oblasti. Význam odborné supervize a prevenci syndromu vyhoření pro kvalitně poskytovanou paliativní péči v domovech pro seniory vidí 36 respondentů. Dále uvedlo 28 respondentů osobnostní dispozice pečovatelek - pečovatelů, 17 respondentů osobní zájem pečovatele a 13 respondentů předešlou praxi v hospici jako faktory ovlivňující kvalitní poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. Jako další možnosti, které by mohly přispět ke kvalitnímu poskytování paliativní péče v domovech pro seniory, uvedli dotázaní PSS a všeobecné sestry pozitivní přístup vedení domovů pro seniory k této problematice a příklady dobré praxe.

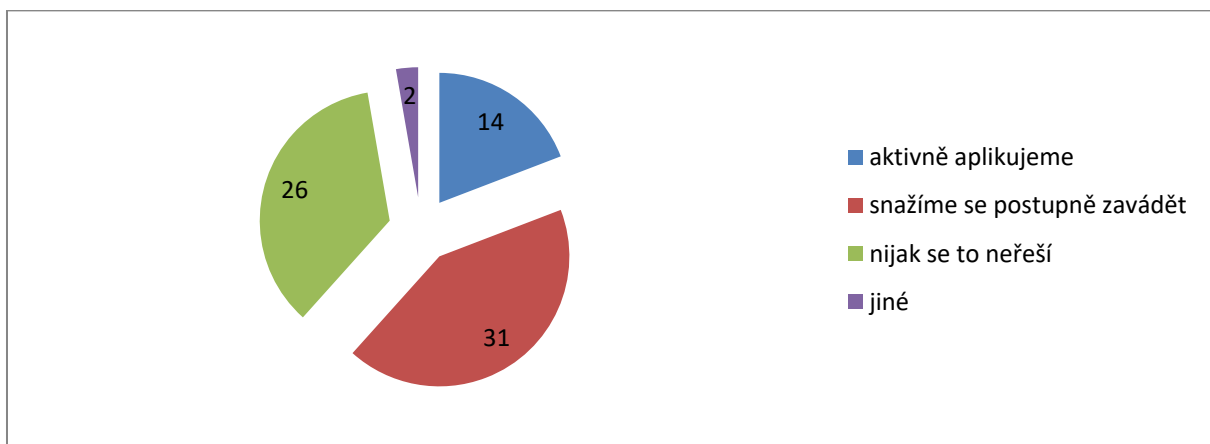
### 13. Jak se staví vedení Vaší organizace k paliativní péči ve Vašem zařízení?

Tabulka č. 11

	Absolutní četnost	Relativní četnost
aktivně aplikujeme	14	19,2 %
snažíme se postupně zavádět	31	42,5 %
nijak se to neřeší	26	35,6 %
jiné	2	2,7 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 5



Zdroj: vlastní zpracování

Vedení domova, kde oslovení PSS a všeobecné sestry pracují, se staví k problematice zavádění paliativní péče v jejich zařízení tak, že 14 respondentů (19,2 %) uvedlo, že paliativní péči v jejich zařízení již aktivně aplikují. Dalších 31 respondentů (42,5 %) uvedlo, že se snaží postupně zásady paliativní péče do praxe uvádět a 26 respondentů (35,6 %) uvedlo, že se to v jejich zařízení nijak neřeší.

**14. Myslíte si, že zavádění paliativní péče do domovů pro seniory přispěje k větší důvěře rodin v domovy pro seniory při péči o jejich rodinného příslušníka a samotného klienta takového zařízení?**

**Tabulka č. 12**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
ano	58	79,4 %
ne	0	0 %
nevím	15	20,6 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

Zavádění paliativní péče do domovů pro seniory přispěje dle názoru většiny respondentů – 58 (79,4 %) k větší důvěře rodin v domovy pro seniory při péči o jejich rodinného příslušníka a k větší důvěře samotného klienta. Ostatních 15 respondentů uvedlo, že neví a nikdo z dotázaných si nemyslí, že by zavádění paliativní péče k této důvěře jak klienta, tak jeho rodin nepřispělo.

**15. Myslíte si, že by bylo důležité při zavádění a realizaci paliativní péče v domově pro seniory mít k dispozici stálého odborníka na tuto péči, který by radil pečovatelkám - pečovatelům a koordinoval a dozoroval paliativní péči?**

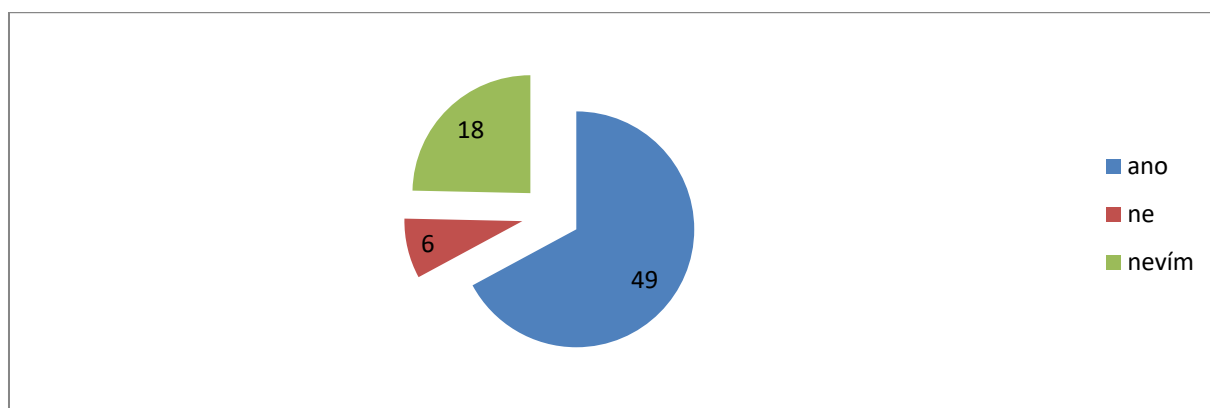
**Tabulka č. 14**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
ano	49	67,1 %
ne	6	8,2 %
nevím	18	24,6 %

*Zdroj: vlastní zpracování*



**Graf č. 6**



*Zdroj: vlastní zpracování*

Při zavádění a realizaci paliativní péče v domově pro seniory by bylo dobré mít k dispozici odborníka na tuto péči, který by radil pečovatelkám - pečovatelům a koordinoval a dozoroval paliativní péči dle názoru většiny oslovených PSS a zdravotních sester. Takto se vyjádřilo 49 respondentů (67,1 %). Naopak pouze 6 respondentů si toto nemyslí a ostatních 18 respondentů (24,6 %) neví.

**16. Má dle Vašeho názoru pečovatelka - pečovatel časový prostor na poskytování paliativní péče potřebným klientům v domově pro seniory?**

**Tabulka č. 15**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	15	20,5 %
ne	18	24,6 %
jak kdy	28	38,3 %
nemohu posoudit	12	16,6 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

Nejvíce dotázaných – 28 (38,3 %) uvedlo, že pečovatelky a pečovatelé mají časový prostor na poskytování paliativní péče potřebným klientům v domově pro seniory jak kdy. Vždy tedy záleží na situaci, na konkrétním dni apod. Dalších 12 respondentů uvedlo, že toto neumí posoudit. 15 respondentů (20,5 %) uvedlo, že pečovatelky a pečovatelé mají dostatečný časový prostor pro poskytnutí paliativní péče klientovi, a naopak 18 respondentů takový názor

nezastává. Vždy pochopitelně bude záviset na praxi daného zařízení, na kapacitě zařízení, na počtu klientů, které má pečovatka - pečovatel na starosti a na řadě dalších faktorů.

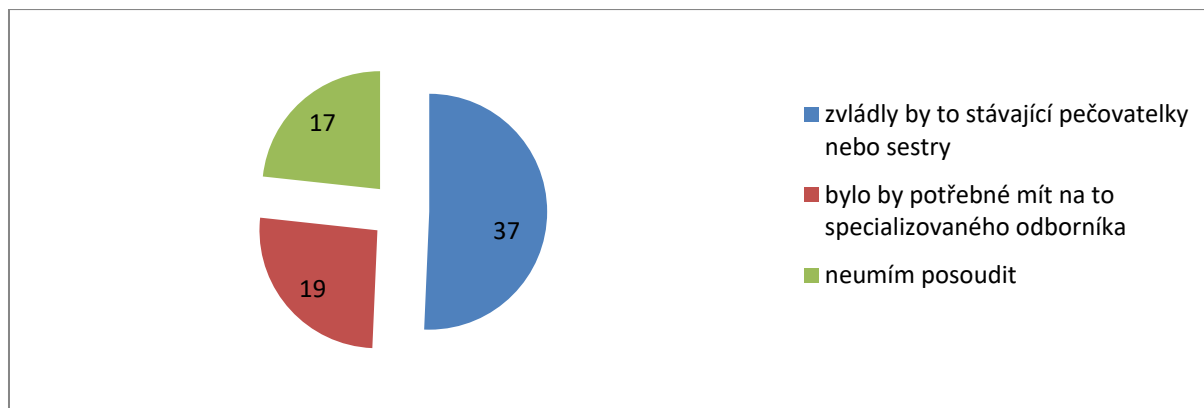
**17. Myslíte si, že pokud by byla paliativní péče poskytována klientům v zařízení, kde pracujete, zvládly by to odborně vyškolené pečovatelky - pečovatelé a zdravotní sestry Vašeho domova nebo by bylo potřeba zapojit odborníky a pracovníky navíc?**

**Tabulka č. 16**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
zvládly by to stávající pečovatelky - pečovatelé nebo zdravotní sestry	37	50,1 %
bylo by potřebné mít na to specializovaného odborníka	19	26,1 %
neumím posoudit	17	23,8 %

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Graf č. 7**



*Zdroj: vlastní zpracování*

Většina respondentů – 37 (50,1 %) uvedla, že paliativní péči by v domově pro seniory, kde pracují, zvládla poskytnout pečovatka - pečovatel nebo sestra. Naopak 19 respondentů (26,1 %) se domnívá, že pro poskytnutí paliativní péče by bylo třeba mít v domově pro seniory odborníka na tuto oblast a 17 respondentů toto neumí posoudit.

## 6. Zhodnocení dotazníkového šetření

Dotazníkového řešení se účastnilo 70 žen a 3 muži.

Věk dvou respondentů byl do 20 let, 17 respondentů uvedlo věk 21-30 let, 19 respondentů bylo ve věku 31-40 let, 18 respondentů ve věku 41-50 let a 17 respondentů mělo věk 51 let a více.

Praxe v sociálních službách byla u devíti respondentů do tří let, u 17 respondentů v rozmezí 3-5 let, u 15 respondentů v rozmezí 5-10 let, u dalších 15 respondentů v rozmezí 10-20 let a 17 respondentů uvedlo praxi v sociálních službách v rozmezí 20 let a více.

Respondenti z řad pečovatelů a zdravotních sester jsou přímo v kontaktu s klienty domovů pro seniory a jsou klíčovými aktéry při poskytování paliativní péče. Jejich práce má významný dopad na kvalitu života klientů, a proto je důležité získat jejich pohled a názory.

Dotazníkovým šetřením bylo zkoumáno, zda jsou v oslovených domovech pro seniory aplikovány přístupy paliativní péče.

Pouze 30,1 % respondentů uvedlo, že v zařízení, kde pracují, jsou aplikovány přístupy paliativní péče.

Byly shromážděny informace, zda se pečovatelky - pečovatelé a zdravotní sestry domnívají, že by měla být paliativní péče o klienta součástí péče o potřebné seniory v domovech pro seniory.

Nejvíce respondentů (49,3 %) uvedlo, že si myslí, že paliativní péče patří do domovů pro seniory. Dalších 31,5 % dotázaných uvedlo, že by paliativní péči viděli spíše ve specializovaných zařízeních než v domovech pro seniory. Zavádění paliativní péče do domovů pro seniory je vhodné dle názoru 28,7 % respondentů.

Bylo provedeno zkoumání, zda jsou pečovatelky - pečovatelé a zdravotní sestry pravidelně vzdělávány v oblasti paliativní péče a jejich zásad.

Dotazníkové šetření přineslo při zodpovězení otázky č. 3 poznatek o tom, že v oblasti paliativní péče je nebo bylo vzděláváno 19,2 % respondentů. Naopak většina respondentů (80,8 %) není nebo nebyla vzdělávána v oblasti paliativní péče.

Dále bylo zjišťováno, v čem vidí respondenti největší přínos paliativní péče pro klienty domovů pro seniory.

Smysl paliativní péče vidí oslovení pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry především ve zlepšení kvality života umírajícího, k mírnění jeho bolesti a k lepšímu zvládnutí psychických stavů rodiny, kteří se o seniora bojí. Dále vidí oslovení PSS a sestry největší přínos paliativní péče v psychologické a duchovní podpoře člověka. Ostatní dotázaní PSS a všeobecné sestry vidí smysl paliativní péče v doprovázení umírajícího, v tom, aby o něj bylo postaráno a nebyl sám, aby mu byly zajištěny všechny fyziologické potřeby.

Význam paliativní péče vidí 32,8 % respondentů v tišení bolesti. Dále uvedlo 36,9 % respondentů, že paliativní péče spočívá v komplexním psychosociálním přístupu ke klientovi

a 23,3 % respondentů vidí význam paliativní péče především v péči o fyzické potřeby člověka.

Šetřením bylo zjišťováno, zda by respondenti uvítali při případné realizaci paliativní péče v jejich zařízení přítomnost odborníka v této oblasti nebo by toto zvládali sami.

Při zavádění a realizaci paliativní péče v domově pro seniory by bylo dobré mít k dispozici odborníka na tuto péči, který by radil pečovatelkám - pečovatelům a koordinoval a dozoroval paliativní péči dle názoru většiny oslovených PSS a sester. Takto se vyjádřilo 49 respondentů (67,1 %).

Dále bylo z provedeného dotazníkového šetření zjištěno, že pečovatelky a pečovatelé mohou v domovech pro seniory poskytovat dostatečně kvalitní paliativní péči klientům dle názoru 30 respondentů. Naopak 20 respondentů uvedlo, že si nemyslí či spíše nemyslí, že by pečovatelky a pečovatelé mohli klientům v domovech pro seniory zajistit dostatečně kvalitní paliativní péči.

Pokud jde o kvalitu života klienta, tak paliativní péče zvýší kvalitu života klienta dle názoru 38,4 % respondentů. Naopak 17,8 % respondentů uvedlo, že si nemyslí, že by paliativní péče zvýšila kvalitu života klientů a 43,8 % respondentů uvedlo, že neví, zda paliativní péče skutečně zvýší kvalitu života klienta.

Ke kvalitnímu poskytování paliativní péče v domovech pro seniory by dle největšího počtu dotázaných (52) přispěla pravidelná školení od odborníků z praxe s praktickými ukázkami. Dále 45 respondentů uvedlo, že ke kvalitně realizované paliativní péči by přispělo časté vzdělávání pečovatelek a pečovatelů v této oblasti. Význam odborné supervize a předcházení syndromu vyhoření pro kvalitně poskytovanou paliativní péči v domovech pro seniory vidí 36 respondentů. Dále uvedlo 28 respondentek osobnostní dispozice pečovatelek, 17 respondentek osobní zájem o pečovatele a 13 respondentů předešlou praxi v hospici jako faktory ovlivňující kvalitní poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. Jako další možnosti, které by mohly přispět ke kvalitnímu poskytování paliativní péče v domovech pro seniory, uvedli dotázaní PSS a všeobecné sestry pozitivní přístup vedení domovů pro seniory k této problematice a příklady dobré praxe.

Pokud jde o postoj vedení domova, kde oslovené PSS a všeobecné sestry pracují, tak 19,2 % respondentů uvedlo, že paliativní péči v jejich zařízení již aktivně aplikují. Dalších 42,5 % respondentů uvedlo, že se snaží postupně zásady paliativní péče do praxe uvádět a 35,6 % respondentů uvedlo, že se to v jejich zařízení nijak neřeší.

Dále většina respondentů (79,4 %) uvedla, že zavádění paliativní péče do domovů pro seniory přispěje k větší důvěře rodin v domovy pro seniory při péči o jejich rodinného příslušníka a k větší důvěře samotného klienta.

Nejvíce dotázaných (38,3 %) uvedlo, že pečovatelky a pečovatelé mají časový prostor na poskytování paliativní péče potřebným klientům v domově pro seniory jak kdy. Vždy tedy záleží na situaci, na konkrétním dni apod. Naopak 20,5 % respondentů uvedlo, že pečovatelky a pečovatelé mají dostatečný časový prostor pro poskytnutí paliativní péče klientovi, a naopak

24,6 % respondentů takový názor nezastává. Vždy pochopitelně bude záviset na praxi daného zařízení, na kapacitě zařízení, na počtu klientů, které má pečovatelka - pečovatel na starost a na řadě dalších faktorů.

Bylo zjištěno, že paliativní péči by v domově pro seniory zvládla dle názoru 50,1 % respondentů poskytnout pečovatelka - pečovatel nebo sestra. Naopak 26,1 % respondentů se domnívá, že pro poskytnutí paliativní péče by bylo třeba mít v domově pro seniory odborníka na tuto oblast.

## **Návrhy a doporučení**

Na základě provedených výsledků dotazníkového šetření je možné navrhnout tyto návrhy a doporučení pro praxi domovů pro seniory při zavedení paliativní péče nebo při zvažování o budoucím zavedení paliativní péče do svého zařízení.

Kvalitní praxe v oblasti paliativní péče vyžaduje značné odborné znalosti a dovednosti. Je proto zásadní, aby pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry prošli vzděláváním v této oblasti. Paliativní péče se totiž vztahuje k fyzickým, psychickým, sociálním a duchovním potřebám klientů v konečné fázi jejich života, a poskytování této péče vyžaduje komplexní přístup. Vzdělávání v oblasti paliativní péče by mělo zahrnovat informace o symptomatologii a ovládání bolesti, komunikaci s klienty a jejich rodinou, etické a právní aspekty paliativní péče a další relevantní témata. Kvalitní vzdělávací programy, školení a stáže mohou pomoci předcházet nežádoucím jevům, jako je syndrom vyhoření, a zvýšit tak kvalitu péče poskytované klientům v této obtížné fázi jejich života.

Poskytování kvalitní paliativní péče si vyžaduje pečlivé plánování a organizaci. Je důležité vyčlenit určité pracovníky v sociálních službách a na ně soustředit v této oblasti největší pozornost. Tito pracovníci by měli mít pravidelné příležitosti ke školením, stážím a supervizím, aby měli přehled o aktuálních odborných tématech. Je přínosné využít služeb odborníků v této oblasti a zapojit je pro účely dobré praxe a sdílet praktické zkušenosti z jiných zařízení.

Pro úspěšné poskytování kvalitní paliativní péče je důležité se zaměřit také na seznamování rodin a veřejnosti s principy, zásadami, cíli a smyslem paliativní péče. Je třeba upozorňovat na to, že paliativní péče se nezaměřuje pouze na mírnění bolesti a péči o umírajícího klienta. Spolupráce s rodinou a plnění přání klientů jsou zásadními prvky v poskytování kvalitní paliativní péče pro seniory. Individuální přístup a zapojení rodiny do plánování péče jsou klíčové pro zajištění úspěšného výsledku.

Z mého dlouholetého profesního působení vím, že k zajištění kvalitní péče v domovech pro seniory je nezbytné, aby personál měl k dispozici přesně definované pracovní postupy, které musí při poskytování paliativní péče dodržovat. Díky tomu bude zajištěna konzistence a efektivita poskytovaných služeb a bude chráněna důstojnost a kvalita života klientů

v poslední fázi života. Vytvoření metodiky (pracovního postupu) paliativní péče pro personál v domovech pro seniory je klíčovým krokem k zajištění vysoké kvality péče pro klienty v posledních dnech a týdnech života.

## 7. Popis možných řešení dané problematiky

Z analýzy výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že jednou z možností, jak poskytovat profesionální a kvalifikovanou paliativní péči v rámci sociální služby domova pro seniory, je kvalitní vzdělávací plán pro personál.

Pro zajištění kvalitní paliativní péče je nezbytné, aby odborné vzdělávání bylo dostupné pro všechny pracovníky sociální služby domov pro seniory. Je důležité organizovat školení tak, aby postupně všichni pracovníci prošli vzdělávacím programem a získali potřebné odborné znalosti.

Pečovatelé potřebují vzdělávání v oblasti paliativní péče, jelikož jsou každodenně v přímém kontaktu s klienty a musí mít jistotu a potřebné vědomosti k tomu, aby o klienta mohli pečovat co nejlépe. Mezi tyto vědomosti patří například schopnost komunikovat s klientem, být schopen rozpoznat, kdy se mu nedaří a co mu může ulevit, a naopak, co mu může přinést bolest.

Vzděláváním lze přispět k profesnímu rozvoji pečovatelů, a tím k zlepšení kvality života klientů. Nejistota pečovatelů může negativně ovlivnit péči o klienty, ačkoli jsou to standardní úkony, které jsou součástí péče. Potřeby umírajícího se mohou v posledních hodinách měnit a ke správnému rozpoznání těchto potřeb jsou nezbytné empatie a důkladné znalosti o klientech.

Odůvodněný výběr zvoleného řešení: Vzdělávání pracovníků v sociálních službách je zmiňováno v zákoně o sociálních službách, a to v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok. Jedná se o vzdělávání formou stáží, akreditovaných kurzů apod. (§ 116, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Vzdělávání není pouze formalitou, díky vzdělávání může pracovník aplikovat nabyté znalosti a poznatky v praxi, což je prospěšné pro pracovníka, klienta i okolí. Vzdělávání je kontinuální proces, proto je důležité i nadále v získávání informací pokračovat. Pokud je vzdělávací plán správně navržen, může zabránit syndromu vyhoření.

Řešením, které vede k rozvoji paliativní péče v sociální službě domov pro seniory, je vytvoření metodiky (postup práce). Metodika se vztahuje k určitému systematickému postupu nebo metodě, kterou lze aplikovat na určitou oblast činnosti nebo na řešení konkrétního problému. V kontextu práce se metodika vztahuje na soubor postupů, technik a pravidel, které se používají pro řešení určitého problému nebo dosažení určitého cíle. Metodika práce zahrnuje obvykle kroky a postupy, které musí být provedeny v určitém pořadí, aby byl výsledek úspěšný a efektivní (mpsv.cz, 2022).

Odůvodněný výběr zvoleného řešení: Stanovené postupy zajišťují, že pracovníci sociálních služeb pracují v souladu s právy a potřebami klientů. Metodiky poskytují pracovníkům sociálních služeb jasný rámec pro to, jak mají pracovat, a co se od nich očekává. Tím se zajišťuje, že jsou služby poskytovány v souladu s nejvyššími standardy a že klienti dostávají kvalitní péči. Dále zajišťují, že všichni pracovníci sociálních služeb pracují podle

stejných postupů a standardů. To znamená, že klienti dostávají stejnou úroveň péče. Pokud pracovníci postupují dle předem dané metodiky, předcházejí tak nenadálým rizikovým situacím.

Je důležité, aby pracovníci měli jasnou představu o své roli a o tom, jaký způsob péče o klienty je od nich požadován, protože je to klíčové pro jejich dobrý pracovní výkon, pocit spokojenosti z práce a pro posílení angažovaného přístupu pracovníků.



## 8. Identifikace limitů dosavadního řešení

Jedním z významných limitujících faktorů poskytování kvalitní paliativní péče v sociální službě domov pro seniory, je syndrom vyhoření. Dle výroků předních psychologů je tzv. burnout definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového a duševního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým pobýváním v situacích, mimořádně emocionálně náročných. Syndrom vyhoření nejčastěji postihuje sociální pracovníky, zdravotníky, učitele a psychology. V těchto profesích jsou pracovníci velmi často vystaveni značné psychické a fyzické zátěži. Výskyt syndromu vyhoření postupně dále roste, vzhledem ke stále vyššímu a rychlejšímu životnímu tempu.

Podle ICD [Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO)] je syndrom vyhoření zařazen do doplňkové kategorie diagnóz, a tudíž není klasifikován jako nemoc. Uvádí se diagnóza neurastenie, označující také stavy únavy a vyčerpání (Poschkamp, 2013). Dle Stocka (2010) se u zdravotního personálu, zejména u pečovatелů v domovech pro seniory, označuje také jako „únava ze soucitu“. Pokud je tento stav ignorován a inkriminující faktory nejsou konfrontovány, může syndrom vyhoření vést až k cynismu, beznaději a těžkým depresím.

Syndrom vyhoření a duševní onemocnění jsou v sociálních službách čím dál tím častější. Především pečovatelský personál pracuje v dost stresujícím prostředí, kde se dělají rozhodnutí, která ovlivňují životy pacientů – proto musí dbát zvýšené opatrnosti, aby pracovník zůstal fyzicky i duševně fit. Úspěšná péče o pacienta a jeho spokojenost jsou proto důležitými aspekty ošetrovatelství, to však není možné ve všech oblastech péče (Maroon, 2012).

Vyhoření je postupný proces, který nabírá určitých podob. Proces vývoje může trvat několik měsíců, mnohdy řadu let a jeho fáze mohou být různě dlouhé. V odborné literatuře se uvádí několik přístupů ke stanovení různého počtu fází vzniku. Autoři zmiňují čtyři až dvanáct fází, rozdílný počet vzniká na základě detailnějšího popisu jednotlivých fází. Dle Poschkampa (2013) první fáze obnáší velké prvotní nadšení, v popředí jsou ideály a zaujetí pracovníka, dochází k přetěžování. Druhá fáze přináší psychické a fyzické vyčerpání. Ve třetí fázi nastává dehumanizované vnímání druhých lidí a sociálního okolí, což vede k obranným postojům a odcizení. Čtvrtá fáze se projevuje vyčerpáním, lhostejností, negativismem, stavění se proti všem a všemu, toto stadium lze nazvat terminálním.

Mezi nejzásadnější negativní faktory v sociální a pečovatelské sféře patří dle Maroona (2012) především nedostatek personálu, financí a odborných zkušeností pracovníků a příliš náročné pracovní podmínky. Dále nedostatek odpočinku v průběhu práce, příliš náročných úkolů, přetížení pracovníků a nedostatek ocenění jak ze strany vedení, tak ze strany klientů. Za negativní se považuje dlouhodobé trvání nepříznivých podmínek, náročné pracovní termíny, nemožnost rozvoje pracovníků, pracovní rutina a v neposlední řadě špatní nadřízení a manažeři, kteří dostatečně neocení schopnosti jedince.

Mezi nejvýznamnější vnitřní rizikové faktory patří velké prvotní nadšení a zaujetí pro práci. Spousta lidí očekává od počátku od svého zaměstnání plnou seberealizaci, někteří dokonce ztotožní své soukromí s prací (např. matky v SOS vesničce, velké pěstounské rodiny apod.). V takovémto případě je jedinec spokojen pouze v případě, dostává-li se mu dostatečný prostor pro seberealizaci. Dalším ohrožujícím faktorem je tendence k soutěživosti a porovnávání se s ostatními, dále subjektivní vnímání náročnosti vlastních životních podmínek, negativní vnitřní sebehodnocení, silné vnímání neúspěchu, nedobrý fyzický stav a nepravidelný denní biorytmus (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Syndrom vyhoření se může projevovat různými způsoby, nejčastěji kombinací více indikátorů. Mezi ně patří únava, úzkost z práce, pocit nedocenění a neustálý pocit přepracování. První známkou je, že postižení již nemohou vypnout a zotavit se z práce. V důsledku toho jsou méně výkonní a musí pracovat ještě tvrději, aby zvládli své úkoly. Vlastní potřeby jsou pak odepřeny – to vede k následujícím dalším příznakům - emoční vyčerpání, lhostejnost a nedostatek ovládnutí se, nedostatek energie vedoucí k citovému stažení a nezájmu, přetížení, podrážděnost, vnitřní neklid, vnitřní prázdnota, silné vnímání neúspěchu, úzkosti a záchvaty paniky, klesá sebevědomí, potíže s rozhodováním (Poschkamp, 2013)

Čím dále syndrom vyhoření postupuje (Maroon, 2012), tím více se snižuje schopnost vcítit se do druhých. Postižení se distancují od klientů, pacientů a případně i od svých kolegů. Emocionální chlad a cynismus se zvyšují, stejně jako negativní pocity vůči ostatním lidem. Při těžkém rozvoji syndromu vyhoření pociťují postižení stále větší beznaděj a bezmoc, což může vést k možným sebevražedným myšlenkám, protože život se zdá stále bezvýznamnější.

Kromě mentálních a emocionálních příznaků se často objevují i fyzické příznaky. To zahrnuje bolest hlavy, poruchy spánku, noční můry, potíže se soustředěním, poruchy rovnováhy, špatné trávení, svalové napětí, bolesti zad, bušení srdce, těsnost na hrudi, vysoký krevní tlak. Nedostatek koncentrace a rostoucí slabost zvyšuje u postižených riziko nehod a náchylnost k infekcím (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Jednou z možností řešení rizik, ovlivňujících kvalitu poskytování paliativní péče, je využití služeb supervizora. Supervize přispívá ke zvýšení kvality odborné činnosti, pomáhá řešit konflikty, rozvíjet vlastní dovednosti k řešení problémů a snižovat pracovní stres. Je důležitým nástrojem efektivního firemního a organizačního rozvoje, vhodná pro jednotlivce, týmy, velké skupiny i celé organizace, a to jak v ekonomickém, vzdělávacím, tak v sociálním sektoru (Baštecká, 2016).

Venglářová (2013) uvádí, že prostřednictvím supervize nebo svépomocných skupin a systémů spolupracovníků může poskytnout úlevu a příležitosti k vyjádření frustrace a řešení konfliktů. To posiluje a zlepšuje týmovou spolupráci a soudržnost a pomáhá udržovat mezilidské vztahy. Na pracovišti je možné využít služby supervizora nebo psychologa, kterého zajistí podnik nebo konkrétní sociální služby. Syndrom vyhoření nelze podceňovat, měl by se začít řešit co nejdříve. Pokud se problém na pracovišti neřeší, může vést ke špatnému pracovnímu výkonu, chybám, vysoké fluktuaci nebo dokonce k sebevraždě. Pokud je rozvoj syndromu vyhoření v raných fázích, má smysl provádět jakousi krizovou intervenci nebo krátkodobou terapii, při které se personál učí techniky, jak lépe zvládat konflikty a stresové situace. Může také pomoci znovu objevit své vlastní limity. Autogenní trénink a meditace mohou navíc tento proces podpořit. Sociální kontakt a osobní rozhovory s blízkými, kteří pozorně naslouchají, také pomáhají zklidnit nervový systém a snížit stres.

Psychohygienu je zásadní faktor při prevenci syndromu vyhoření. Pro zdravý životní styl je důležité komplexní dodržování správných zásad. Dle Blahušové (2009) to zahrnuje určitou rovnováhu mezi prací a volným časem, tělem a myslí, odpočinkem a pohybem, aktivitou a relaxací, potěšením a umírněností. Jedním z nejlepších způsobů, jak se vypořádat se stresem, je naučit se metody snižování stresu a zvládání stresu, které mohou zahrnovat dýchací techniky, stejně jako psaní deníku a relaxační rutiny po práci. To může zlepšit fyzický, emocionální a duševní stav a má pozitivní vliv na pohodu. Pokud je specializovaná oblast trvale příliš stresující, lze zvážit změnu nebo přesun do jiné pracovní sféry. Je zde také možnost udělat si delší odpočinkovou pauzu od zaměstnání.

Podle toho, které faktory prostředí a stresové faktory vedou k syndromu vyhoření, lze uvažovat o jiném typu terapie. Hlubkové psychologické metody, ale také metody behaviorální terapie a komplexní psychoanalýza mohou pomoci prolomit stará přesvědčení a myšlenkové vzorce a posílit sebevědomí. Některým postiženým může hodně pomoci

relaxace nebo fyzická a pohybová terapie, aby se více cítili, vnímali své potřeby a cíleně řešili fyzické napětí.

Je také užitečné udržovat úzké vztahy se spolupracovníky a ostatními mimo práci – to vytváří další podpůrný systém. Když má pracovník někoho, s kým si může promluvit o emočním strádání, bude schopen lépe zvládat stresové situace. Je dobré i společné sdílení volného času, kdy spolupracovníci společně vyrazí za sportem nebo na krátký relaxační pobyt.

Pracovníci potřebují mít možnost vyjádřit své obavy a nejistoty a sdílet své zkušenosti konkrétních případů. Také je důležité mít prostor pro zpracování konfliktů, úspěchů a neúspěchů. Věnování času reflexi pomáhá zlepšovat pracovní výkon a dává tématu důležitost. Pokud tyto zkušenosti nejsou zpracovány, mohou vést ke ztrátě důvěry v kolegy, nebo management a stát se překážkou v poskytování kvalitní paliativní péče.

V místě mého pracoviště je dobrou praxí pořádat každý měsíc tzv. „Paliativní kávu“. Nepovinná účast je umožněna všem zaměstnancům DpS, ať jde o sociální, pečovatelský, zdravotnický úsek, nebo pracovníky úklidu a údržby. Zaměstnanci jsou zváni k posezení u kávy a občerstvení a probírají spolu témata paliativní péče, která si volí sami.

Dovolená a dostatečný odpočinek jsou nezbytné podmínky při náročné práci pečovatelů v sociálních službách. Bez dovolené není možné pomáhající profesi vykonávat dlouho. Pravidelný sport a fyzická aktivita, jako jsou procházky o přestávkách nebo sportování po práci, stejně jako vyvážená strava, mají zásadní vliv na osobní pohodu a duševní zdraví (Blahušová, 2009).

Je také nutné dbát na humánní práci na směny a vyvarovat se přetěžování povinností, jak je to jen možné. Není dobré brát náhradní směny a mít spousty hodin přesčasů. Dostatečný spánek a odpočinek mezi jednotlivými pracovními směny zlepšuje koncentraci, vytrvalost, motivaci a náladu.

## 9. Metodika poskytování paliativní péče

Paliativní péče přistupuje ke klientovi z holistického hlediska, což znamená, že se snaží pokrýt všechny jeho potřeby. Pro uspokojení potřeb klienta je klíčové identifikovat jeho potřeby v oblastech biologických, psychologických, sociálních a duchovních a následně hledat a koordinovat zdroje, které tyto potřeby uspokojí. Pro úspěšné poskytování paliativní péče je důležité, aby všichni zaměstnanci rozuměli vizi paliativní péče a znali cíle organizace.

Díky vypracovaným pracovním postupům mají pracovníci jasně definovaný rámec svých pracovních procesů, povinností a kompetencí a jsou motivováni ke stálému vzdělávání. Cílem vypracování pracovních postupů je podporovat praktické provádění poskytování paliativní péče v organizaci, poskytnout pracovníkům jasné a bezpečné pracovní postupy a pravidla, nastavit pravidla komunikace s klienty a rodinnými příslušníky a vysvětlit pracovníkům jejich odpovědnosti.

Ve vytvořené metodice<sup>4</sup> je popsán pracovní postup při komunikaci s paliativním klientem, postup přímé péče o paliativního klienta, jsou zde popsány sociální aspekty paliativní péče, péče o rodinu paliativního klienta a vytvořena metodika postupu při úmrtí paliativního klienta.

### 9.1 Komunikace s paliativním klientem

Senioři o smrti přemýšlejí. Nejenom ti, kterým se závěr života blíží. Často nemají v rodině nikoho, s kým by si o svých obavách a nejistotách popovídali, a tak je personál jediný, komu se může svěřit. Klient nám někdy sám naznačuje, že by si přál o smrti a umírání povídat, a to například větami typu „*Kéž bych už tu nebyl...*“ Téma smrti však může otevřít také personál.

V mnoha případech klienti nemají v rodině nikoho, kdo by jim mohl poskytnout prostor k diskuzi o svých nejistotách a obavách, takže zaměstnanci se stávají jedinou osobou, které se mohou svěřit. Někdy klienti sami začínají mluvit o smrti a umírání, například větami jako „*Kéž bych tu už nebyla...*“ Personál však může téma smrti také aktivně otevřít.

#### **Pravidla a tipy při komunikaci o smrti:**

- V případě, že se chystám vést s klientem rozhovor o smrti, je nutné mít dostatek času a přizpůsobit tomu pracovní prostředí.
- K tématu smrti nemusí dojít na první schůzce, někdy se k tématu nedostaneme vůbec, někdy vyplyne z běžného rozhovoru.
- Je na klientovi, zda se o tématu chce bavit, respektujeme i to, když se bavit nechce.

---

<sup>4</sup> Viz příloha č. 4

- Klient musí být ujistěn, že jsme tady pro něj (vypneme si telefon), a i když se nechce o tématu bavit, ujistíme jej, že se na nás může kdykoliv obrátit.
- Mluvíme zřetelně a zjišťujeme, zda se klient cítí příjemně a pohodlně (sedíme-li daleko – neslyší, sedíme-li blízko, narušujeme jeho intimní zónu...).
- Při komunikaci s klientem je nutné dát pozor na zvolená slova a otázky, není vhodné budit dojem zvědavosti.
- Ujistíme se, že jsme klienta správně pochopili, např. *„Právě jste mi řekl, že se cítíte osamoceny, pochopila jsem to správně?“*
- Klient se často nedrží tématu, proto je nutné pečlivě naslouchat a otočit rozhovor tím směrem, který potřebujeme (k nemoci, smrti, k péči...).
- Během rozhovoru je vhodné klienta oceňovat např. za jeho otevřenost, vyjadřujeme obdiv, že dokáže o tomto tématu se mnou mluvit, že si vážím jeho důvěry, chválit, např. *„Jsem ráda, že o tom se mnou mluvíte, vážím si vaší důvěry, obdivuji vaši otevřenost.“*
- Pokud nemáme prostor z důvodu např. vykonávání hygieny, domluvíme se s klientem, že se k tomuto tématu vrátíme později, např. klient: *„Já už tu dlouho nebudu.“* Pracovník – *„To si myslíte? Teď k tomu nemáme prostor, ale můžeme si o tom později promluvit?“*
- Ne pokaždé musíme odpovědět, klient si často odpovídá sám, např. klient: *„Myslíte, že už tu dlouho nebudu?“* Pracovník – *„A jak to vnímáte Vy?“* nebo pracovník: *„Jak jste se cítil před měsícem? A jak se cítíte teď? Vnímáte nějakou změnu?“*

#### **Otázky, které můžeme použít:**

- Mohu se Vás na něco zeptat?
- Máte z něčeho obavy?
- Zdá se mi, že to pro Vás není lehké, chcete se o tom bavit?
- Máte chuť o tom mluvit?
- Co Vás právě napadá?
- Zajímá mě, na co myslíte?

Personál poskytuje klientovi doprovázení na jeho poslední cestě, aby se necítil sám a aby mu pomohl překonat bolesti, strachy a úzkosti. Personál pomáhá klientovi vyrovnat se s nesrovnalostmi a konflikty, aby mohl odejít v klidu a věděl, že má podporu a je důležitý i v této fázi svého života.

- Zajistíme, aby klient měl v dosahu signalizační zařízení.
- Klient potřebuje být v blízkosti lidí a komunikovat s nimi, i když pouze gesty, očima, atd.
- Klient má právo na informace o svém zdravotním stavu, ale je nutné jednat vždy citlivě a uvážlivě. Sdělení provádí vždy lékař.
- Používáme dotyky a držení rukou, které mohou pomoci klientovi překonat strach a úzkost z blížícího se konce života, neboť hmat je často poslední smysl, který zůstává zachován.
- Klienta ujišťujeme, že není sám, můžeme mu číst, vyprávět, nebo mu pustíme jeho oblíbenou hudbu.
- Je důležité mít na paměti, že nás klient vždy vnímá, i když nereaguje.
- Práce s tichem – ticho není vždy na škodu, snažme se být v tichu trpěliví a dát klientovi prostor.
- Při umírání ztrácí klient spojení s okolním světem, nepoznává své blízké, může se zdát, že mluví z cesty. Nesnažte se mu vymluvit jeho novou realitu, ale naopak se do ní zapojte.

### **Praktické ukázky komunikace**

Klient: *„Dnes je venku krásně, stromy kvetou a já už to nikdy neuvidím.“*

- Špatné reakce – *„Ale, vy tu budete do stovky.“*, ignorace sdělení klienta, přechod k jinému tématu – *„Jdeme na oběd“*, *„Jiní jsou na tom hůř.“*
- Dobrá reakce – *„Z čeho máte obavy, co pro Vás můžu udělat, zůstanu tu s Vámi, můžeme si popovídat...“*

Klient: *„Sestřičko, já zemřu?“*

Nejlépe, jak na tuto otázku odpovědět, je vrátit otázku klientovi např. *„Jak to vnímáte vy, jak to cítíte vy, co si myslíte vy?“*

Klient: *„Sestřičko, proč takhle musím trpět zrovna já?“*

Možné odpovědi: *„To je těžká otázka Proč zrovna já.“* *„Myslíte, že existuje odpověď na otázku, proč zrovna já?“*

Klient: *„Kéž bych tu už nebyl.“*

Možné odpovědi: *„Trápí Vás něco?“* *„Je něco, co bych mohla udělat, abyste se cítil lépe?“*

## 9.2 Přímá péče o paliativního klienta

Průběžné hodnocení a léčba bolesti a dalších fyzických příznaků jsou klíčové prvky paliativní péče. Během konečné fáze života jsou nejčastějšími projevy:

- Vyčerpání
- Apatie
- Nechutenství
- Bolest
- Dušnost
- Útlum kašlacího a polykacího reflexu
- Oligurie, anurie (málo, nebo vůbec žádná moč)
- Změny v dýchání
- Změna vzhledu

Bolest denně sleduje zdravotnický personál ve spolupráci s pracovníky v sociálních službách. Všichni pracovníci přímé péče informují zdravotnický personál o změnách ve vnímání a prožívání bolesti klienta. Zdravotní sestra předává pracovníkům přímé péče informace o metodách a dovednostech, které mohou pomoci klientovi ulevit od bolesti.

### **Péče o spánek**

Častým průvodcem konečné fáze života jsou zvýšená únava a oslabení. Klienti v této fázi mohou trávit mnoho času v posteli a spát během dne, zatímco v noci se mohou potýkat s obtížným usínáním nebo nedostatečným spánkem. Pracovníci jsou obeznámeni se změnami v spánkovém rytmu klienta a jsou si vědomi jeho vyšší potřeby spánku v této fázi života. Nenutí klienty k nadměrné aktivitě, pokud si ji sami nepřejí.

### **Péče o pokožku**

Klienti v terminálním stadiu onemocnění jsou často upoutáni na lůžko. Všichni pracovníci pečující o klienta sledují stav jeho kůže a rizikových oblastí a jakékoli změny okamžitě sdělují zdravotní sestře. Správné polohování je klíčové pro maximální pohodlí klienta a vždy se řídí jeho preferencemi. Pro optimální polohování je vhodné využít aktivní antidekubitní matraci a polohovací lůžko. Vždy je nutné respektovat pocity klienta a reagovat na ně.

Je důležité mít na paměti, že vznik dekubitů, nebo ran u klientů v terminálním stadiu nemoci neznamena vždy špatnou péči, ale může být spíše příznakem narušeného tělesného metabolismu při umírání. V těchto případech se dekubity mohou objevit velmi rychle



a mohou být hluboké a bolestivé. I když zdravotní sestry poskytují intenzivní péči, dekubity se nehojí samy o sobě a vyžadují odbornou lékařskou péči. U umírajících klientů využíváme bazální stimulaci.

### **Péče o výživu a hydrataci klienta**

Strava:

Potrava nám dodává potřebnou energii pro život. Pokud tělo umírajícího člověka přestane přijímat potravu, je to přirozená součást procesu umírání, protože energie z potravy není již potřebná.

U klientů v paliativní péči je důležité podporovat příjem tekutin a potravy. Je doporučeno ukončit dietní omezení stravy a pití. Množství a složení potravy se určuje na základě přání a preferencí klienta a jeho schopnosti polykat. Nabízíme stravu v přiměřené formě a nenutíme klienta k jídlu. Respektujeme jeho režim a tempo při podávání jídla.

Pokud je klient schopen přijímat sipping výživu, v jejím podávání pokračujeme. Parenterální výživa nemá u klientů v terminálním stavu vliv na délku ani kvalitu života a její podání proto není indikované.

Hydratace:

V poslední fázi života klienti již nemohou pít z hrnku, proto jim můžeme podat malé množství vlažné tekutiny pomocí lžičky, brčka, injekční stříkačky nebo lahve s vysouvacím uzávěrem. Pokud již nemohou polykat, můžeme jim opakovaně zvlhčovat ústa ledovými kostkami, např. z čaje, nebo ananasové šťávy.

Příbuzní často požadují od lékařů infuze pro umírající, aby neměli žízeň. Je třeba si uvědomit, že v posledním období života takové kroky nejsou vhodné, neboť narušují přirozený proces úmrtí a mohou způsobit otoky, ztížit dýchání a zmatenost. Infuze neodstraňuje pocit žízně, ten lze zmírnit péčí o dutinu ústní a zvlhčením sliznic. K osvědčeným postupům patří cucání ledových kostek vyrobených z čaje nebo šťávy.

### **Péče o vyprazdňování**

U klientů v poslední fázi života může být vyprazdňování problematické. V takových případech může být paliativní medicínou povoleno použití laxativ. Je důležité, aby klient v závislosti na svém stavu přijímal dostatek tekutin, vlákniny, zeleniny a ovoce.

Klienti v paliativní péči mohou mít problémy s vyprazdňováním, a proto je důležité dbát na prevenci a včasnou intervenci. Pravidelně monitorujeme stolici u všech klientů a zaznamenáváme ji do dokumentace, což kontrolují všeobecné sestry. Také sledujeme množství moči, frekvenci výměn inkontinenčních pomůcek, barvu a případný zápach.

Jakékoli odchylky od normálu okamžitě hlásíme zdravotní sestře a ona vše konzultuje s lékařem.

### **Péče o dýchání**

U klientů v terminálním stadiu se může vyskytovat nepravidelný dech. S obtížemi s dýcháním bývá spojen pocit úzkosti a strachu, což může stav klienta zhoršovat. Rozhodnutí o podání kyslíku by mělo být v kompetenci lékaře, protože často může být úleva spíše psychologická. Doporučuje se uklidnění klienta pomocí změny polohy na polo sed, větrání místnosti, nebo dechová a relaxační cvičení.

Pracovníci jsou obeznámeni s tím, že časté odsávání sekrecí z dýchacích cest klienta může být pro něj zátěží, proto využívají spíše zajištění zvýšené polohy, aby se klient nedusil a sekrece mohla volně odtékat.

## **9.3 Sociální aspekty paliativní péče**

Součástí paliativní péče je podpora:

- vztahů v rodině
- komunikačních návyků klienta
- kulturních kořenů klienta

Podporujeme návštěvy blízkých osob u umírajícího klienta kdykoliv, po předchozí domluvě s personálem. Rodina nebo přátelé klienta by měli mít možnost být u umírajícího, pokud si to klient přeje. V závislosti na kapacitě zařízení může být blízkým osobám poskytnuto ubytování v rámci zařízení.

Umírání člověka je vždy silně emocionální záležitostí. Slova, která jsou v této situaci vyslovena, získané dojmy a pozorování mohou ovlivnit pozůstalé na zbytek jejich života. Snažíme se dbát na to, jak pečující hovoří s blízkými osobami během procesu umírání a jak se zachází s umírajícím.

### **Duchovní a existenciální aspekty péče**

Nabízíme individuální a rodinnou duchovní podporu, která bere v úvahu kulturní a náboženské hodnoty klienta. Pečovatelé respektují a pomáhají zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání klienta a rodiny, zejména v době umírání a po smrti. Mezi důležitá témata duchovní podpory, kterou mohou poskytovat i jiní než duchovní, patří pomoc s hledáním smyslu prožitého života a smíření.

### **Nerušené odcházení**

Zařízení zajistí klid a respekt při odcházení klienta. Pokud je klient v terminálním stavu, umístí se na kliku od jeho pokoje dřevěné srdíčko, které personálu signalizuje, aby do pokoje zbytečně nevstupovali. Pracovnice úklidu a personál do pokoje nevstupují vůbec. Zaměstnanci jsou pravidelně informováni o této praxi na provozních schůzkách zařízení. Personál respektuje okolí pokoje a omezuje hlasitost.

### **Osamělí klienti**

V plánu péče pro osamělého umírajícího klienta je zahrnuto, že klíčový pracovník, nebo jiný zaměstnanec, bude věnovat klientovi více pozornosti a času. Může být osloven farář, nebo dobrovolník, aby s klientem trávili čas a vykonávali činnosti, jako jsou čtení nebo povídání. K dispozici je také externí psycholog.

## **9.4 Péče o rodinu paliativního klienta**

V péči o klienta v terminálním stavu je klíčová komunikace s rodinou klienta. Tato komunikace má za cíl poskytnout psychickou podporu rodině, pomoci jim přizpůsobit se nové vážné situaci a zajistit, aby situace byla správně pochopena.

Pečující personál aktivně sleduje potřeby rodiny klienta a v případě potřeby jim zajistí kontakt se sociálním pracovníkem. Pokud je třeba, sociální pracovník následně zprostředkuje rodině klienta schůzku s psychologem nebo lékařem specializujícím se na paliativní péči.

Je vhodné předem se s rodinou klienta dohodnout, zda si přejí doprovázet příbuzného v terminálním stavu. Pokud se tak rozhodnou, mohou využít možnosti ubytování v DpS.

Součástí komunikace a spolupráce s rodinou je také nabídka zapojení se do péče o klienta, jako jsou například provádění hygienických úkonů, čtení nebo podávání jídla. Tím rodině umožníme, aby se podílela na péči o svého blízkého a cítila se užitečná.

- Informujeme rodinu, že i když klient nereaguje, stále vnímá slova a doteky.
- Můžeme spolu s rodinou přemýšlet o tom, jaké další kroky můžeme podniknout pro umírajícího, například zorganizovat návštěvu někoho, koho si přeje vidět a umožnit tak důstojné rozloučení.
- Podporujeme rodinu při procesu „propuštění“ umírajícího.
- Je možné požádat rodinu, aby nám poskytla fotografie a spolu s klientem si je prohlížet.

- Pokud se zdravotní stav klienta projevuje změnou v jeho vzhledu, informujeme rodinu co nejdříve o této skutečnosti, ideálně ještě před tím, než rodina vstoupí do jeho pokoje.

**Co rodině neříkat:**

- Chápu Vás, vím, jak se cítíte.
- Nic si z toho nedělejte, to přejde.
- Jiní jsou na tom hůř.
- To bude dobrý.
- Není to tak špatné.
- Uklidněte se.

## 9.5 Úmrtí paliativního klienta

V sociální službě domov pro seniory se věnuje pozornost zachování důstojnosti klienta nejen během jeho života, ale také během procesu umírání a po úmrtí. Zařízení praktikuje některé rituály, které pomáhají rodině a blízkým přijmout ztrátu, projevit své emoce a také vyjádřit důstojnost a respekt vůči zemřelému.

**Rituály:**

- Zapálení svíčky, otevření okna, květina do rukou zemřelého.
- Umístění kondolenčního přání do pokoje zemřelého jako vyjádření upřímné soustrasti rodinným příslušníkům
- Rozloučení se zemřelým - rozloučení může probíhat za účasti faráře, formou modlitby klientů, držením ticha, nebo rozloučením písničkou.
- Kniha vzpomínání – kniha, která obsahuje všechna parte pro možnost vzpomínání klientů nebo personálu.
- Parte jako součást pietního místa ve společných prostorách zařízení.

## **10. Popis cílového stavu po implementaci navrženého řešení**

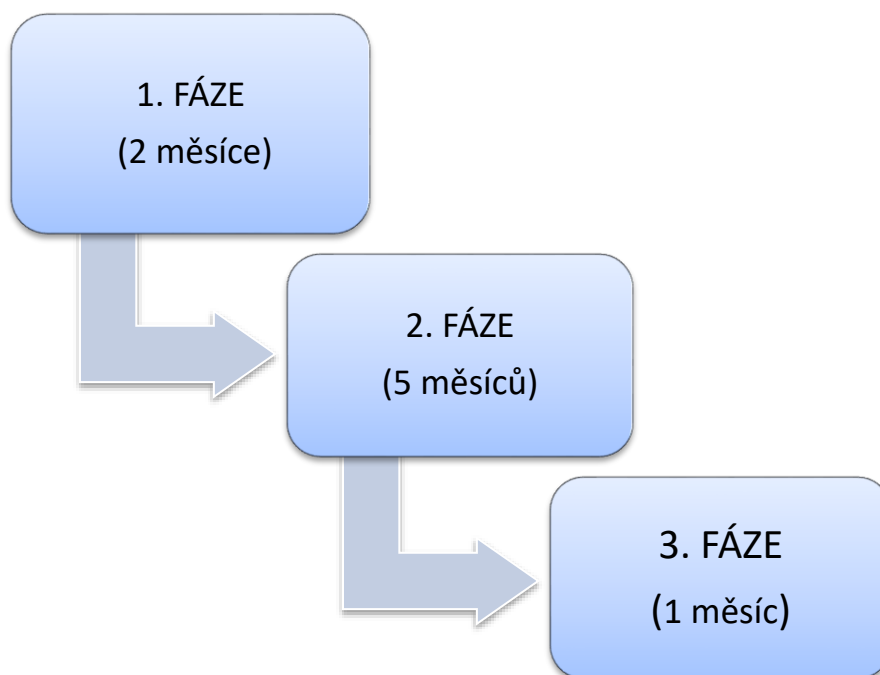
Vytvoření a aplikace metodiky v praxi povede v oblasti poskytování paliativní péče ke změnám, díky kterým bude zajištěna efektivita poskytovaných služeb a bude chráněna důstojnost a kvalita života klientů v poslední fázi života.

Díky vypracované metodice budou mít pracovníci jasně definovaný rámec svých pracovních procesů, povinností a kompetencí, a tím budou motivováni k profesionální přímé obslužné péči o paliativního klienta.

Metodika poskytne pracovníkům v sociálních služeb jasný rámec pro to, jak mají pracovat, a co se od nich očekává. Tím se zajistí, že služby budou poskytovány v souladu s nejvyššími standardy a že klienti dostanou kvalitní péči. Dále zajistí, že všichni pracovníci sociálních služeb budou pracovat dle stejných postupů a standardů. To znamená, že klienti dostanou stejnou úroveň péče.

Cílem vypracování pracovních postupů je podporovat praktické poskytování paliativní péče v organizaci, poskytnout pracovníkům jasné a bezpečné pracovní postupy a pravidla, nastavit pravidla komunikace s klienty a rodinnými příslušníky a vysvětlit pracovníkům jejich odpovědnosti.

## 11. Vývojový diagram aplikačních postupů



Obrázek č. 1 Vývojový diagram zavedení metodiky do praxe

### **1. fáze: Stanovení postupů a pravidel pro poskytování paliativní péče**

- identifikace potřeb personálu a definice rolí a odpovědnosti personálu
- identifikace potřeb klientů a stanovení základních principů paliativní péče
- vytvoření metodik a pracovních postupů pro poskytování paliativní péče
- obeznámení personálu s pracovními postupy poskytování paliativní péče, např. formou školení

### **2. fáze: Implementace do praxe**

- zavádění metodických postupů paliativní péče do praxe
- realizace paliativní péče a pravidelné hodnocení výsledků
- proškolený personál, který aplikuje zásady paliativní péče
- hodnocení úspěšnosti vypracované metodiky a případné úpravy

### **3. fáze: Zhodnocení**

- monitorování kvality paliativní péče a uplatňování pracovních postupů
- sledování spokojenosti paliativních klientů a personálu s používáním metodiky
- hodnocení efektivity používání vypracovaných postupů a zpětná vazba
- kontrola používání postupů a evaluace účinnosti metodiky v paliativní péči
- analýza kvality paliativní péče a aplikace vypracovaných postupů

## **12. Prediktivní analýza rizik a dopadů v sociální službě Domov pro seniory U Kašny**

Analýza rizik a dopadů zavedení metodiky poskytování paliativní péče v sociální službě domov pro seniory je proces, který umožňuje identifikovat možné rizikové faktory a jejich potenciální dopady na pracovníky v sociálních službách (PSS), kteří poskytují paliativní péči seniorům. Cílem této analýzy je poskytnout informace, které umožní organizacím zlepšit podmínky pro PSS a snížit rizika pro jejich zdraví a pohodu.

Je důležité přemýšlet o potřebách PSS a zajistit, aby byli zapojeni do procesu tvorby a implementace metodiky, aby se minimalizovaly šance na odmítnutí. Analýza se zaměřuje na různé faktory, jako jsou například náročnost práce, psychologický stres, špatné pracovní postupy, nedostatečná odborná příprava nebo nedostatečné množství personálu. Tyto faktory mohou vést k různým negativním dopadům na pečovatele, jako jsou například syndrom vyhoření, emocionální a fyzická vyčerpání, snížená kvalita péče a zvýšené riziko chyb.

### **Možné důvody nepřijetí vypracované metodiky**

Nezbytnost změny: PSS mohou být zvyklí na určitý postup a nevidí potřebu změny.

Nepochopení nebo nedostatečné vysvětlení: PSS nevidí výhody nového postupu práce.

Nesrozumitelná nebo nedostatečná jasnost: Pokud je metodika napsána příliš komplikovaně nebo nejasně, může být pro PSS obtížné ji pochopit a aplikovat v praxi.

Relevance nedostatků: Pokud se zdá, že metodika neodpovídá skutečným potřebám PSS nebo neřeší reálné problémy, může být zamítnuta jako zbytečná nebo nepraktická.

Nedostatečné zapojení PSS do tvorby: Pokud nebyli pracovníci aktivně zapojeni do tvorby metodik.

Nedostatek důvěry v tvůrce metodiky: Pokud PSS nemají důvěru v tvůrce metodiky, mohou ji odmítnout bez ohledu na její kvalitu.

Nedostatek jasných návodů a postupů: Pokud metodika není dostatečně konkrétní a chybí návody a postupy, jak ji prakticky aplikovat v praxi, může být zamítnuta jako příliš abstraktní nebo teoretická.



## **Varianty, jak předejít riziku odmítnutí vytvořené metodiky**

Zapojení personálu do tvorby metodik: PSS mají nejlepší přehled a jejich návrhy mohou obsahovat cenný vstup do tvorby nové metodiky. Když se PSS cítí zapojeni, mají pocit, že mají vliv na proces tvorby, bude pravděpodobnější, že budou novou metodiku akceptovat.

Vysvětlení výhod nové metodiky: Je důležité, aby byl personál informován o důvodech a výhodách nové metodiky. To zahrnuje důkladné vysvětlení změn, které se s novou metodikou pojí.

Komunikace: Komunikace je klíčová pro úspěšné přijetí nové metodiky. Je důležité pravidelně informovat personál o průběhu tvorby metodiky, a jakým způsobem se bude implementovat. Je také důležité poskytnout prostor pro diskuzi a zodpovězení otázek.

Školení a podpora: Pokud nová metodika vyžaduje nové dovednosti nebo způsoby práce, je důležité poskytnout personálu školení a podporu. Když mají PSS dostatečnou přípravu a nástroje, mohou se cítit pohodlněji s novou metodikou a bude pravděpodobnější, že ji budou úspěšně implementovat.

Testování a zpětná vazba: Důležité je testovat novou metodiku v praxi.

Postupné zavedení: Pokud je nová metodika zavedena postupně, zaměstnanci mají více času se s ní seznámit a zvyknout si na ni.

Změny na základě zpětné vazby: Je důležité poskytnout PSS možnost dávat zpětnou vazbu na novou metodiku. Pokud PSS budou cítit, že jejich názory jsou slyšeny a jejich připomínky jsou brány v potaz, budou mít větší motivaci novou metodiku přijmout.

Začít s pilotním projektem: Pilotní projekt umožní personálu vyzkoušet novou metodiku v reálném prostředí, což může pomoci snížit obavy a ukázat, jak nová metodika může přinést zlepšení.

Sledovat a vyhodnocovat výsledky: Je nutné pravidelné sledování a vyhodnocování výsledků nové metodiky.

## **13. Realizace pilotního ověření zavádění metodického postupu**

Výsledek pilotního ověření zavádění metodického postupu v organizaci Domov pro seniory U Kašny bude prezentován formou analýzy dotazníku, který bude vyplněn pracovníky v sociálních službách (PSS). Tato analýza se zaměří na přijetí metodiky personálem, na problematické úkony související s péčí o paliativní klienty a na zkušenosti klientů s touto péčí. Součástí ověření budou rozhovory s paliativními klienty.

V důsledku omezení spojených s COVID-19 jsem se ocitla v obtížné situaci, kdy jsem měla omezený čas na ověření vypracovaného postupu. Vzhledem k tomu, že bylo zapotřebí vynaložit větší úsilí na implementaci protikoronavirových opatření na ochranu našich klientů i personálu, nebylo možné věnovat dostatek pozornosti ověření postupu. Bohužel tedy nedošlo k jeho ověření v plánovaném termínu.

S vypracovanou metodikou jsem seznámila personál DpS U Kašny. Vysvětlila jsem PSS, k čemu slouží a jaké budou její přínosy. Personál dostal prostor k prostudování dokumentu. Pozorováním jsem došla k názoru, že pracovníci v sociálních službách pracují v souladu s metodickým dokumentem, avšak toto tvrzení nelze v současnosti validně potvrdit. V současné době stále pozoruji práci PSS a mohu relevantně poukázat na nutnost procvičování komunikačních technik PSS – klient, je nutné zdokonalení personálu v kladení otázek a odpovědí v oblasti pečovatelské péče v období umírání a přání klienta.

## Závěr

Tato práce se zabývala paliativní péčí, což je péče o nevléčitelné jedince v posledních chvílích jejich života. Paliativní péče se netýká pouze seniorů, ale pro potřeby této práce na ni bylo pohlíženo z hlediska této vývojové etapy života a bylo zde směřováno na domovy pro seniory.

Paliativní péče se jako přístup k jedinci zaměřuje na zvyšování kvality života klienta a jeho rodiny v situaci, kdy jsou vystaveni životu ohrožující nemoci. Řada domovů pro seniory si v současné době klade za cíl poskytovat také tuto péči svým klientům a nenechávat tuto péči pouze specializovaným zařízením, ke kterým by mnohdy klienti neměli z kapacitních důvodů přístup.

Na základě provedeného průzkumu lze konstatovat, že kvalitní praxe v oblasti paliativní péče vyžaduje značné odborné znalosti a dovednosti. Je proto zásadní, aby pracovníci v sociálních službách, a všeobecné sestry prošli vzděláváním v této oblasti. Paliativní péče se totiž vztahuje k fyzickým, psychickým, sociálním a duchovním potřebám klientů v konečné fázi jejich života, a poskytování této péče proto vyžaduje komplexní přístup. Vzdělávání v oblasti paliativní péče by mělo zahrnovat informace o symptomatologii a ovládání bolesti, komunikaci s pacienty a jejich rodinou, etické a právní aspekty paliativní péče a další relevantní témata. Kvalitní vzdělávací programy, školení a stáže mohou pomoci předcházet nežádoucím jevům, jako je syndrom vyhoření a zvýšit kvalitu péče poskytované klientům v této obtížné fázi jejich života.

Cílem bakalářské práce bylo vytvořit metodiku, ve které budou popsány pracovní postupy pro pečovatele v domovech pro seniory. Tato metodika je důležitým nástrojem pro zajištění efektivity, kvality a bezpečnosti poskytování kvalitní paliativní péče.

Závěrem lze k této problematice říci, že potřebnost paliativní péče v domovech pro seniory je patrná, byť se některá zařízení na toto plně neorientují. Tento trend však jde, jak vyplývá i z této práce, velmi kupředu a jistě se bude situace v průběhu let vyvíjet až do stavu, kdy bude paliativní péče nedílnou součástí všech domovů pro seniory a poskytovaných služeb v této cílové skupině. Stále se však v současné době setkáváme s tím, že některá zařízení své klienty, nacházející se v terminálním stadiu nemoci, posílají do nemocnice, jelikož nemají podmínky či dostatečné znalosti k tomu, jak potřebnou péči poskytnout. Problémem může být v této oblasti také stále přetrvávající tabu této problematiky ve společnosti, ať již jde o péči o umírajícího nebo smrt jako takovou.

## Bibliografie

- ADAM, Z., VORLÍČEK, J., POSPÍŠILOVÁ, Y. (2004). *Paliativní medicína. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.
- BAŠTECKÁ, B., ČERMÁKOVÁ, V., KINKOR, M. (2016). *Týmová supervize: teorie a praxe.* Vydání první. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0940-9.
- BERESFORD, P. (2007). *Palliative care, social work and service users.* London: Jessica Kingstley Publishers. 268 s. ISBN 978-1-84310-465-0.
- BLAHUŠOVÁ, E. (2009). *Wellness: jak si udržet zdraví a pohodu.* Vyd. 1. Velké Bílovice: TeMi CZ. ISBN 978-80-87156-33-9.
- BUŽGOVÁ, R. (2007). *Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory.* Kontakt. 2007, roč. 9. ISSN 1212-4117.
- HALL, S., PETKOVA, H., TSOUROS, D.A., COSTANTINI, M., HIGGINSON, I. J. (2011). *Palliative care for Older People – Better Practices.* Denmark: WHO. 72 s. ISBN 978 92 890 0224 0.
- HAŠKOVCOVÁ, H. (2007). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti.* 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-72624-71-3.
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- HROZNEŠKÁ, M., PAVELOVÁ, L. *Sociální práce a paradigmaty sociální pedagogiky: Terapeutická paradigma v práci so staršími ľudmi závisľými od alkoholu.* In: *Politiky a paradigmaty sociální práce: Co jsme zdědili a co s tím uděláme?* Sborník z konference, 2011.
- JANKOVSKÝ, J. (2007). *Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu.* Sociální práce, sociální práce, 2007.1, s. 97-105.
- JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. (2006). *Syndrom vyhořeni.* Praha: Vzdělavací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-74-1.
- KALVACH, Z. (2004). *Umírání a paliativní péče v ČR.* Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-2832-5.
- KALVACH, Z. (2010). *Manuál paliativní péče o umírající pacienty.* Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KELNAROVÁ, J. (2007). *Tanatologie v ošetrovatelství.* Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.

- MALÍKOVÁ, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MALÍKOVÁ, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MARKOVÁ, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MAROON, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MASLOW, A., H. (2014). *O psychologii bytí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7.
- MATOUŠEK, O. (2001). *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-9
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (2005). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-10.
- MUSIL, L. (2004). *Ráda bych Vám pomohla, ale: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-1-9.
- O'CONNOR, M., ARANDA, S. (2005). *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada
- PAYNE, M. (1997). *Modern Social Work Theory*. London: Macmillan. ISBN: 978-1-349-21161-6.
- PISSAREK, A. (2016). *Integrace paliativní péče do domovů pro seniory*. Symposium integrace paliativní péče do domovů pro seniory. Praha.
- POSCHKAMP, T. (2013). *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. 1. vyd. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0161-6. Publishing. ISBN 80-247-1295-4.
- SKÁLA, B a kol. (2011). *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN 978-80-86998-51-0.
- SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. (2011). *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměněn. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0
- SLÁMOVÁ, R., MARKOVÁ, A., KUBÁČKOVÁ. (2018). *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 2018.
- STOCK, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3553-5.
- SVATOŠOVÁ, M. (2011). *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, M. (2012). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.

THOMPSON, S. (2011). *A Measure of Palliative Care in Nursing Homes*, Elsevier.

VÁVROVÁ, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0087-1.

VENGLÁŘOVÁ, M. (2013). *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4082-9.

*Profesní vzdělávání v sociálních službách: zpráva o projektu CZ.1.04/3.1.03/22.00188*. Vyd. 1. Praha: Naděje, 2011. 16 s. ISBN 978-80-86451-21-3 (brož.).

## Internetové zdroje

HERZIG, Roland, Julie WITTMANNOVÁ a Renata VAŘEKOVÁ. Kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory. [rukopis]. Kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory [rukopis] / Roland Herzig [online]. 2018 [cit. 2022-08-22]

HYNKOVÁ, M. (2013). Postavení a funkce všeobecných sester v domovech pro seniory. [online]. [cit. 2022-09-05]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Polanová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9iuspb/BP-Hynkov.pdf>

KAŠLÍKOVÁ, T., SÝKOROVÁ, J., BAXOVÁ, P. a kol. (2007). Personální podmínky a supervize. [online]. [cit. 2022-09-07]. Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele. Praha. Dostupné z: [https://www.msk.cz/assets/socialni\\_oblast/standardy-kvality-vykladovy-sbornik-ii-.pdf](https://www.msk.cz/assets/socialni_oblast/standardy-kvality-vykladovy-sbornik-ii-.pdf)

KOUBOVÁ, M. (2018) *Od ignorujících až po vzorné. Úroveň paliativní péče v domovech pro seniory se různí, zájem ale roste*. [online] Dostupné na WWW: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/od-ignorujicich-az-vzorne-uroven-paliativni-pece-domovech-seniory-se-ruzni-zajem-roste/>. Cit. 2022-08-22

Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace. <https://www.sskm.cz>

## **Seznam zkratek**

DpS - Domov pro seniory

ICD - Mezinárodní klasifikace nemocí WHO

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

PP - Paliativní péče

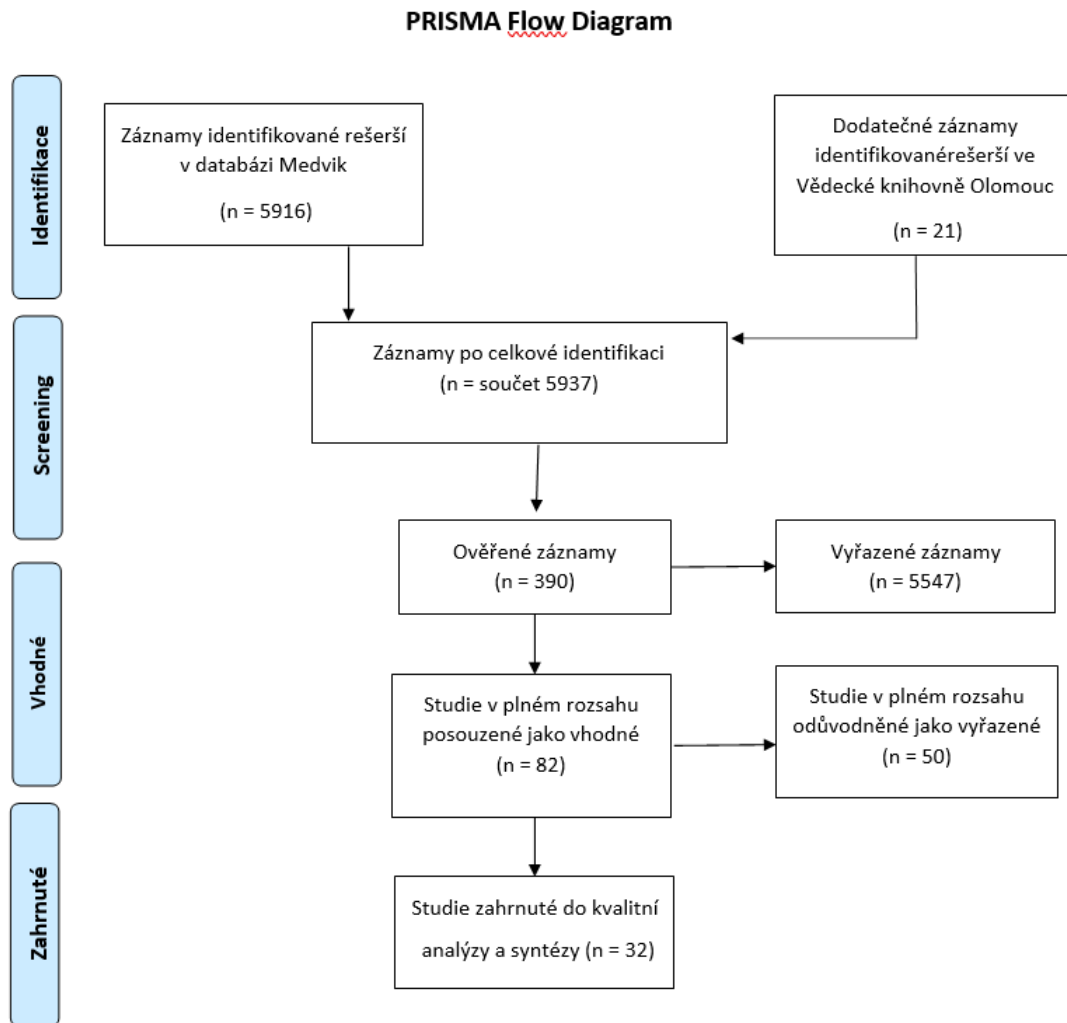
PSS - Pracovník v sociálních službách

SP ČR - Sociální pracovník České republiky

WHO - Světová zdravotnická organizace

# Přílohy

## Příloha 1: PRISMA Flow Diagram





## **Příloha 2: Plán péče v závěru života**

**Popis přílohy:** Plánování péče v závěru života slouží jako prostředek pro podporu autonomie klientů. Jeho hlavním zaměřením je ptát se na přání a potřeby v oblasti zdravotní a další péče v poslední fázi klientova života. Při plánování péče v závěru života je kladen důraz na respektování vůle klienta a zjišťování, co je pro něj důležité. Zohledňuje také fakt, že může nastat období, kdy již nebude schopen rozhodovat o své péči. Plán péče v závěru života umožňuje pracovníkům definovat jasné cíle a rámec pro péči o klienta, což přispívá k poskytování kvalitní paliativní péče.

Klient v paliativní péči má nastaven Plán péče v závěru života, který obsahuje přání a potřeby klienta i rodiny. Plán péče se skládá ze dvou částí, a to zdravotnické a sociální:

**Zdravotnickou část** má zdravotnický personál uloženou ve svých dokumentacích, obsahuje informace o medikaci a přáních a potřebách ve zdravotnických tématech.

**Sociální část** je určena pro pracovníky v sociálních službách a je uložena ve složkách klientů. Obsahuje informace potřebné k obslužné péči a také potřeby v sociálních tématech – použití prvků bazální stimulace, sjednané neomezené návštěvy rodiny, návštěvy duchovního, preference v polohování, stravě, činnostech apod.

# PLÁN PÉČE V ZÁVĚRU ŽIVOTA

## SOCIÁLNÍ ČÁST

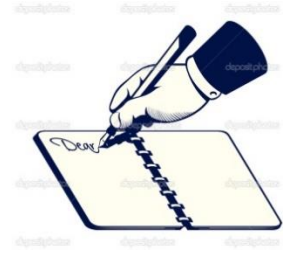


**Jméno klienta:**

**Indikace k PP dne:**

<p><b>Preference klienta, co má rád/a:</b> vůně, chutě, TV, poslech, četba</p>	<p><b>Přehodnocené dne:</b></p>
<p><b>Co je pro klienta nyní velmi důležité a co je nejdůležitější pro zachování kvality života</b></p>	<p><b>Přehodnocené dne:</b></p>
<p><b>Je něco, co by si klient přál zažít</b></p>	<p><b>Přehodnocené dne:</b></p>
<p><b>Spiritualita - jsou pro klienta důležité: návštěvy duchovního, pomazání nemocných</b></p>	<p><b>Přehodnocené dne:</b></p>

<p><b>Přeje si klient přestěhovat na jednolůžkový pokoj:</b> kvůli soukromí a většímu pohodlí</p>	<p><b>Přehodnocené dne:</b></p>
<p><b>Jaká má klient přání ohledně pohřbu nebo sepsání závěti</b></p>	<p><b>Přehodnocené dne:</b></p>
<p><b>Má rodina zájem o pobyt v zařízení s klientem:</b> dle domluvy, přespání u klienta</p>	<p><b>Přehodnocené dne:</b></p>
<p><b>Přeje si klient návštěvy dobrovolníka:</b> předčítání, rozhovory apod.</p>	<p><b>Přehodnocené dne:</b></p>



Vyhotoveno dne: .....

Pracovníci, kteří plán péče sjednali: .....

## **Příloha 3: Dotazník**

**Popis přílohy:** Záměrem mé bakalářské práce je zjistit, zda jsou pracovníci v domovech pro seniory schopni přispět k rozvoji poskytování paliativní péče. Metodou zpracování mé práce byla analýza potřebnosti rozvoje paliativní péče v domovech pro seniory formou dotazníkového šetření.

Respondenty jsem vybrala z řad pečovatелů a zdravotních sester, neboť jsou přímo v kontaktu s klienty domovů pro seniory a jsou klíčovými aktéry při poskytování paliativní péče. Jejich práce má významný dopad na kvalitu života klientů, a proto se mi zdá důležité získat jejich pohled a názory.

Cílem průzkumu je získat informace o tom, jak pečovatелé - pečovatelky a zdravotní sestry chápou paliativní péči, jaký je jejich názor na její potřebnost a proveditelnost v DpS a co by podle nich bylo důležité pro její úspěšné poskytování. Zároveň mě zajímá, co by mohlo přispět ke zlepšení kvality péče a kompetencí pracovníků.

### **Dotazník**

Dobrý den,

dovoluji si Vás oslovit za účelem zpracování mé bakalářské práce s názvem Rozvoj paliativní péče v sociální službě domov pro seniory.

Na jednotlivé otázky prosím odpovídejte zaškrtnutím příslušné varianty odpovědi (vyberte vždy jednu z odpovědí) nebo vepište.

Dotazník je anonymní, jeho výsledky poslouží pouze pro účely zpracování této práce.

Děkuji za spolupráci.

#### **1. Pohlaví**

muž                      žena

#### **2. Věk**

do 20 let      21-30 let      31-40 let      41-50 let      50 let a více

### **3. Praxe v sociálních službách se seniory**

do 3 let      3-5 let      5-10 let      10-20 let      20 let a více

### **4. V čem dle Vašeho názoru spočívá paliativní péče?**

v tišení bolesti

v komplexním psychosociálním přístupu ke klientovi

v péči o fyzické potřeby člověka

jiné.....

### **5. Myslíte si, že paliativní péče patří do domovů pro seniory?**

ano

nevím

ne, měla by patřit do specializovaných zařízení

### **6. Myslíte si, že by se mělo rozšiřovat zavádění paliativní péče do domovů pro seniory?**

ano

ne

nevím

### **7. Aplikuje zařízení, kde pracujete, zásady paliativní péče?**

ano

spíše ano

nevím

spíše ne

ne

### **8. Jste vzdělávání v oblasti paliativní péče? Pokud ano, jak často?**

ano.....

ne

**9. Myslíte si, že v domovech pro seniory mohou pečovatelky a pečovatelé poskytovat dostatečně kvalitní paliativní péči klientům?**

anospíše ano                      nevím                      spíše ne                      ne

**10. Myslíte si, že paliativní péče zvýší kvalitu života klienta?**

ano                      ne                      nemohu posoudit

**11. V čem osobně vidíte smysl paliativní péče u klientů domovů pro seniory?**

**12. Co by dle Vašeho názoru nejvíce přispělo k tomu, aby byla v domovech pro seniory poskytována kvalitní paliativní péče?** Lze uvést více variant odpovědí.

časté vzdělávání pečovatelek a pečovatelů  
odborná supervize/prevence syndromu vyhoření  
praxe v hospici  
pravidelná školení od odborníků z praxe s praktickými ukázkami  
osobnostní dispozice  
osobní zájem pečovatelek a pečovatelů  
příklady dobré praxe  
pozitivní přístup vedení k této problematice a zájem o toto  
jiné.....



**13. Jak se staví vedení Vaší organizace k paliativní péči ve Vašem zařízení?**

aktivně aplikujeme

snažíme se postupně zavádět

nijak se to neřeší

jiné.....

**14. Myslíte si, že zavádění paliativní péče do domovů pro seniory přispěje k větší důvěře rodin v domovy pro seniory při péči o jejich rodinného příslušníka a samotného klienta takového zařízení?**

ano

ne

nevím

**15. Myslíte si, že by bylo důležité při zavádění a realizaci paliativní péče v domově pro seniory mít k dispozici stálého odborníka na tuto péči, který by radil pečovatelkám - pečovatelům a koordinoval a dozoroval paliativní péči?**

ano

ne

nevím

**16. Má dle Vašeho názoru pečovatelka - pečovatel časový prostor na poskytování paliativní péče potřebným klientům v domově pro seniory?**

ano

ne

jak kdy

nemohu posoudit

**17. Myslíte si, že pokud by byla paliativní péče poskytována klientům v zařízení, kde pracujete, zvládly by to odborně vyškolené pečovatelky - pečovatelé Vašeho domova nebo by bylo potřeba zapojit odborníky a pracovníky navíc?**

zvládly by to stávající pečovatelky - pečovatelé nebo sestry  
bylo by potřebné mít na to specializovaného odborníka  
neumím posoudit

## **Příloha 4: Metodika poskytování paliativní péče**

**Popis přílohy:** Paliativní péče (PP) přistupuje ke klientovi z holistického hlediska, což znamená, že se snaží pokrýt všechny jeho potřeby (bio, socio, psycho a spirito). Díky metodice poskytování PP mají pracovníci jasně definovaný rámec svých pracovních procesů, povinností a kompetencí. Cílem vypracování pracovních postupů je podporovat praktické provádění poskytování paliativní péče v organizaci, poskytnout pracovníkům jasné a bezpečné pracovní postupy a pravidla, nastavit pravidla komunikace s klienty a rodinnými příslušníky a vysvětlit pracovníkům jejich odpovědnosti.

### **FYZICKÉ POTŘEBY (bio)**

- pocít pohodlí
- být bez potíží při vyprazdňování
- nemít pocit dušnosti, bolesti nebo nevolnosti
- nemít hlad a žízeň

### **SOCIÁLNÍ POTŘEBY (socio)**

- mít zachovány své přirozené role v životě
- mít možnost rozhodovat se o sobě a svém okolí
- být ve společnosti
- zanechat odkaz a uspořádat své finanční záležitosti

### **PSYCHICKÉ POTŘEBY (psycho)**

- zvládnout své obavy a úzkosti
- mít možnost mluvit o nepříjemných záležitostech
- mít důstojný přístup ke své osobě
- dostávat pravdivé informace

### **DUCHOVNÍ POTŘEBY (spirito)**

- proces vyrovnání se s pocity viny
- zažití a projevení vděčnosti
- vnímání smyslu života a hledání jeho základního významu
- odpuštění a očištění se od minulých křivd
- prožívání lásky

# METODIKA POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE

## 1. KOMUNIKACE S PALIATIVNÍM KLIENTEM

### HOVORY O SMRTI

Senioři o smrti přemýšlejí. Nejenom ti, kterým se závěr života blíží. Často nemají v rodině nikoho, s kým by si o svých obavách a nejistotách popovídali, a tak je personál jediný, komu se může svěřit. Klient nám někdy sám naznačuje, že by si přál o smrti a umírání povídat, a to například větami typu „*Kéž bych už tu nebyl...*“ Téma smrti však může otevřít také personál.

Starší lidé často přemýšlejí o smrti. V mnoha případech nemají v rodině nikoho, kdo by jim mohl poskytnout prostor k diskuzi o svých nejistotách a obavách, takže zaměstnanci se stávají jedinou osobou, které se mohou svěřit. Někdy klienti sami začínají mluvit o smrti a umírání, například větami jako „*Kéž bych tu už nebyla...*“ Personál však může téma smrti také aktivně otevřít.

#### **Pravidla a tipy při komunikaci o smrti:**

- V případě, že se chystám vést s klientem rozhovor o smrti, je nutné mít dostatek času a přizpůsobit tomu pracovní prostředí.
- K tématu smrti nemusí dojít na první schůzce, někdy se k tématu nedostaneme vůbec, někdy vyplyne z běžného rozhovoru.
- Je na klientovi, zda se o tématu chce bavit, respektujeme i to, když se bavit nechce.
- Klient musí být ujištěn, že jsme tady pro něj (vypneme si telefon), a i když se nechce o tématu bavit, ujistíme jej, že se na nás může kdykoliv obrátit.
- Mluvíme zřetelně a zjišťujeme, zda se klient cítí příjemně a pohodlně (sedíme-li daleko – neslyší, sedíme-li blízko, narušujeme jeho intimní zónu...)
- Při komunikaci s klientem je nutné dát pozor na zvolená slova a otázky, není vhodné budit dojem zvědavosti.

- Ujistňujeme se, že jsme klienta správně pochopili, např. *„Právě jste mi řekl, že se cítíte osamoceny, pochopila jsem to správně?“*
- Klient se často nedrží tématu, proto je nutné pečlivě naslouchat a otočit rozhovor tím směrem, který potřebujeme (k nemoci, smrti, k péči...).
- Během rozhovoru je vhodné klienta oceňovat, např. za jeho otevřenost, vyjadřujeme obdiv, že dokáže o tomto tématu se mnou mluvit, že si vážím jeho důvěry, chválit, např. *„Jsem ráda, že o tom se mnou mluvíte, vážím si vaší důvěry, obdivuji vaši otevřenost.“*
- Pokud nemáme prostor z důvodu např. vykonávání hygieny, domluvíme se s klientem, že se k tomuto tématu vrátíme později, např. klient: *„Já už tu dlouho nebudu.“* Pracovník – *„To si myslíte? Teď k tomu nemáme prostor, ale můžeme si o tom později promluvit?“*
- Ne pokaždé musíme odpovědět, klient si často odpovídá sám, např. klient: *„Myslíte, že už tu dlouho nebudu?“* Pracovník – *„A jak to vnímáte Vy?“* nebo pracovník: *„Jak jste se cítil před měsícem? A jak se cítíte teď? Vnímáte nějakou změnu?“*

#### Otázky, které můžeme použít:

Mohu se Vás na něco zeptat?

Máte z něčeho obavy?

Zdá se mi, že to pro Vás není lehké, chcete se o tom bavit?

Máte chuť o tom mluvit?

Co Vás právě napadá?

Zajímá mě, na co myslíte?

Personál poskytuje klientovi doprovázení na jeho poslední cestě, aby se necítil sám a aby mu pomohli překonat bolesti, strachy a úzkosti. Personál pomáhá klientovi vyrovnat se s nesrovnalostmi a konflikty, aby mohl odejít v klidu a věděl, že má podporu a je důležitý i v této fázi svého života.

- Zajistíme, aby klient měl v dosahu signalizační zařízení.
- Klient potřebuje být v blízkosti lidí a komunikovat s nimi, i když pouze gesty, očima atd.
- Klient má právo na informace o svém zdravotním stavu, ale je nutné jednat vždy citlivě a uvážlivě. Sdělení provádí vždy lékař.

- Používáme dotyky a držení rukou, které mohou pomoci klientovi překonat strach a úzkost z blížícího se konce života, neboť hmat je často poslední smysl, který zůstává zachován.
- Klienta ujišťujeme, že není sám, můžeme mu číst, vyprávět, nebo mu pustíme jeho oblíbenou hudbu.
- Je důležité mít na paměti, že nás klient vždy vnímá, i když nereaguje.
- Práce s tichem – ticho není vždy na škodu, snažme se být v tichu trpěliví a dát klientovi prostor.
- Při umírání ztrácí klient spojení s okolním světem, nepoznává své blízké, může se zdát, že mluví z cesty. Nesnažte se mu vymluvit jeho novou realitu, ale naopak se do ní zapojte.

## PRAKTICKÉ UKÁZKY KOMUNIKACE

Klient: *„Dnes je venku krásně, stromy kvetou a já už to nikdy neuvidím.“*

- **Špatné reakce** – *„Ale, vy tu budete do stovky.“*, ignorace sdělení klienta, přechod k jinému tématu – *„Jdeme na oběd“*, *„Jiní jsou na tom hůř.“*
- **Dobrá reakce** – *„Z čeho máte obavy, co pro Vás můžu udělat, zůstanu tu s Vámi, můžeme si popovídat, vidím ...“*

Klient: *„Sestřičko, já zemřu?“*

Nejlépe, jak na tuto otázku odpovědět, je vrátit otázku klientovi např. *„Jak to vnímáte vy, jak to cítíte vy, co si myslíte vy?“*

Klient: *„Sestřičko, proč takhle musím trpět zrovna já?“*

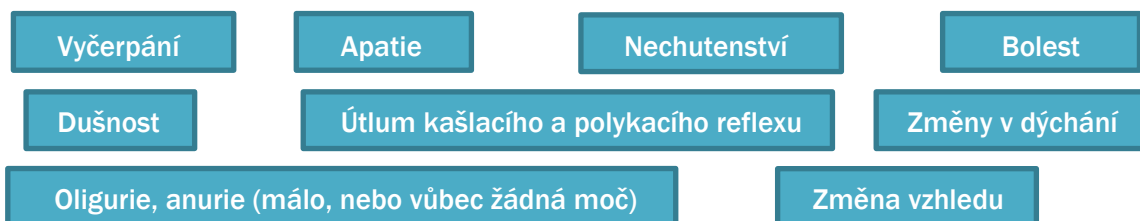
**Možné odpovědi:** *„To je těžká otázka Proč zrovna já.“* *„Myslíte, že existuje odpověď na otázku, proč zrovna já?“*

Klient: *„Kéž bych tu už nebyl.“*

**Možné odpovědi:** *„Trápí Vás něco?“* *„Je něco, co bych mohla udělat, abyste se cítil lépe?“*

## 2. PÉČE O PALIATIVNÍHO KLIENTA

Průběžné hodnocení a léčba bolesti a dalších fyzických příznaků jsou klíčové prvky paliativní péče. Během konečné fáze života jsou nejčastějšími projevy:



Bolest denně sleduje zdravotnický personál ve spolupráci s pracovníky v sociálních službách. Všichni pracovníci přímé péče informují zdravotnický personál o změnách ve vnímání a prožívání bolesti klienta. Zdravotní sestra předává pracovníkům přímé péče informace o metodách a dovednostech, které mohou pomoci klientovi ulevit od bolesti.

### Péče o spánek

Častým průvodcem konečné fáze života jsou zvýšená únava a oslabení. Klienti v této fázi mohou trávit mnoho času v posteli a spát během dne, zatímco v noci se mohou potýkat s obtížným usínáním nebo nedostatečným spánkem. Pracovníci jsou obeznámeni se změnami v spánkovém rytmu klienta a jsou si vědomi jeho vyšší potřeby spánku v této fázi života. Nenutí klienty k nadměrné aktivitě, pokud si ji sami nepřejí.

### Péče o pokožku

Klienti v terminálním stadiu onemocnění jsou často upoutáni na lůžko. Všichni pracovníci pečující o klienta sledují stav jeho kůže a rizikových oblastí a jakékoli změny okamžitě sdělují zdravotní sestře. Správné polohování je klíčové pro maximální pohodlí klienta a vždy se řídí jeho preferencemi. Pro optimální polohování je vhodné využít aktivní antidekubitní matraci a polohovací lůžko. Vždy je nutné respektovat pocity klienta a reagovat na ně.

Je důležité mít na paměti, že vznik dekubitů, nebo ran u klientů v terminálním stadiu nemoci neznamená vždy špatnou péči, ale může být spíše příznakem narušeného tělesného metabolismu při umírání. V těchto případech se dekubity mohou objevit velmi rychle a mohou být hluboké a bolestivé. I když zdravotní sestry poskytují intenzivní péči, dekubity se nehojí samy o sobě a vyžadují odbornou lékařskou péči. U umírajících klientů využíváme bazální stimulaci.

## Péče o výživu a hydrataci klienta

### Strava

Potrava nám dodává potřebnou energii pro život. Pokud tělo umírajícího člověka přestane přijímat potravu, je to přirozená součást procesu umírání, protože energie z potravy není již potřebná.

U klientů v paliativní péči je důležité podporovat příjem tekutin a potravy. Je doporučeno ukončit dietní omezení stravy a pití. Množství a složení potravy se určuje na základě přání a preferencí klienta a jeho schopnosti polykat. Nabízíme stravu v přiměřené formě a nenutíme klienta k jídlu. Respektujeme jeho režim a tempo při podávání jídla.

Pokud je klient schopen přijímat sipping výživu, v jejím podávání pokračujeme. Parenterální výživa nemá u klientů v terminálním stavu vliv na délku ani kvalitu života a její podání proto není indikované.

### Hydratace

V poslední fázi života klienti již nemohou pít z hrnku, proto jim můžeme podat malé množství vlažné tekutiny pomocí lžičky, brčka, injekční stříkačky nebo lahve s vysouvacím uzávěrem. Pokud již nemohou polykat, můžeme jim opakovaně zvlhčovat ústa ledovými kostkami, např. z čaje, nebo ananasové šťávy.

Příbuzní často požadují od lékařů infuze pro umírající, aby neměli žízeň. Je třeba si uvědomit, že v posledním období života takové kroky nejsou vhodné, neboť narušují přirozený proces úmrtí a mohou způsobit otoky, ztížit dýchání a zmatenost. Infuze neodstraňuje pocit žízně, ten lze zmírnit péčí o dutinu ústní a zvlhčením sliznic. K osvědčeným postupům patří cucání ledových kostek vyrobených z čaje nebo šťávy.

### Péče o vyprazdňování

U klientů v poslední fázi života může být vyprazdňování problematické. V takových případech může být paliativní medicínou povoleno použití laxativ. Je důležité, aby klient v závislosti na svém stavu přijímal dostatek tekutin, vlákniny, zeleniny a ovoce.

Klienti v paliativní péči mohou mít problémy s vyprazdňováním, a proto je důležité dbát na prevenci a včasnou intervenci. Pravidelně monitorujeme stolicí u všech klientů a zaznamenáváme ji do dokumentace, což kontrolují všeobecné sestry. Také sledujeme množství moči, frekvenci výměn inkontinenčních pomůcek, barvu a případný zápach. Jakékoli odchylky od normálu okamžitě hlásíme zdravotní sestře a ona vše konzultuje s lékařem.



## Péče o dýchání

U klientů v terminálním stadiu se může vyskytovat nepravidelný dech. S obtížemi s dýcháním bývá spojen pocit úzkosti a strachu, což může stav klienta zhoršovat. Rozhodnutí o podání kyslíku by mělo být v kompetenci lékaře, protože často může být úleva spíše psychologická. Doporučuje se uklidnění klienta pomocí změny polohy na polo sed, větrání místnosti, nebo dechová a relaxační cvičení.

Pracovníci jsou obeznámeni s tím, že časté odsávání sekrecí z dýchacích cest klienta může být pro něj zátěží, proto využívají spíše zajištění zvýšené polohy, aby se klient nedusil a sekrece mohla volně odtékat.

### 3. SOCIÁLNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

Součástí paliativní péče je podpora:

vztahů v rodině

komunikačních návyků klienta

kulturních kořenů klienta

Podporujeme návštěvy blízkých osob u umírajícího klienta kdykoliv, po předchozí domluvě s personálem. Rodina nebo přátelé klienta by měli mít možnost být u umírajícího, pokud si to klient přeje. V závislosti na kapacitě zařízení může být blízkým osobám poskytnuto ubytování v rámci zařízení.

Umírání člověka je vždy silně emocionální záležitostí. Slova, která jsou v této situaci vyslovena, získané dojmy a pozorování mohou ovlivnit pozůstalé na zbytek jejich života. Snažíme se dbát na to, jak pečující hovoří s blízkými osobami během procesu umírání a jak se zachází s umírajícím.

#### DUCHOVNÍ A EXISTENCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE

Nabízíme individuální a rodinnou duchovní podporu, která bere v úvahu kulturní a náboženské hodnoty klienta. Pečovatelé respektují a pomáhají zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání klienta a rodiny, zejména v době umírání a po smrti. Mezi důležitá témata duchovní podpory, kterou mohou poskytovat i jiní než duchovní, patří pomoc s hledáním smyslu prožitého života a smíření.

#### NERUŠENÉ ODCHÁZENÍ

Zařízení zajistí klid a respekt při odcházení klienta. Pokud je klient v terminálním stavu, umístí se na kliku od jeho pokoje dřevěné srdíčko, které personálu signalizuje, aby do pokoje zbytečně nevstupovali. Pracovnice úklidu a personál do pokoje nevstupují vůbec. Zaměstnanci jsou pravidelně informováni o této praxi na provozních schůzkách zařízení. Personál respektuje okolí pokoje a omezuje hlasitost.

## OSAMĚLÍ KLIENTI

V plánu péče pro osamělého umírajícího klienta je zahrnuto, že klíčový pracovník, nebo jiný zaměstnanec, bude věnovat klientovi více pozornosti a času. Může být osloven farář, nebo dobrovolník, aby s klientem trávili čas a vykonávali činnosti, jako jsou čtení nebo povídání. K dispozici je také externí psycholog.

## PÉČE O RODINU PALIATIVNÍHO KLIENTA

V péči o klienta v terminálním stavu je klíčová komunikace s rodinou klienta. Tato komunikace má za cíl poskytnout psychickou podporu rodině, pomoci jim přizpůsobit se nové vážné situaci a zajistit, aby situace byla správně pochopena.

Pečující personál aktivně sleduje potřeby rodiny klienta a v případě potřeby jim zajistí kontakt se sociálním pracovníkem. Pokud je třeba, sociální pracovník následně zprostředkuje rodině klienta schůzku s psychologem nebo lékařem specializujícím se na paliativní péči.

Je vhodné předem se s rodinou klienta dohodnout, zda si přejí doprovázet příbuzného v terminálním stavu. Pokud se tak rozhodnou, mohou využít možnosti ubytování v DpS.

Součástí komunikace a spolupráce s rodinou je také nabídka zapojení se do péče o klienta, jako jsou například provádění hygienických úkonů, čtení nebo podávání jídla. Tím rodině umožníme, aby se podílela na péči o svého blízkého a cítila se užitečná.

- Informujeme rodinu, že i když klient nereaguje, stále vnímá slova a doteky.
- Můžeme spolu s rodinou přemýšlet o tom, jaké další kroky můžeme podniknout pro umírajícího, například zorganizovat návštěvu někoho, koho si přeje vidět a umožnit tak důstojné rozloučení.
- Podporujeme rodinu při procesu „propuštění“ umírajícího.
- Je možné požádat rodinu, aby nám poskytla fotografie a spolu s klientem si je prohlížet.
- Pokud se zdravotní stav klienta projevuje změnou v jeho vzhledu, informujeme rodinu co nejdříve o této skutečnosti, ideálně ještě před tím, než rodina vstoupí do jeho pokoje.

### CO RODINĚ NEŘÍKAT:

- Chápu Vás, vím, jak se cítíte.
- Nic si z toho nedělejte, to přejde.
- Jiní jsou na tom hůř.
- To bude dobrý.
- Není to tak špatné.
- Uklidněte se.

## ÚMRTÍ PALIATIVNÍHO KLIENTA

V sociální službě domov pro seniory se věnuje pozornost zachování důstojnosti klienta nejen během jeho života, ale také během procesu umírání a po úmrtí. Zařízení praktikuje některé rituály, které pomáhají rodině a blízkým přijmout ztrátu, projevit své emoce a také vyjádřit důstojnost a respekt vůči zemřelému.

### Rituály:

- Zapálení svíčky, otevření okna, květina do rukou zemřelého.
- Umístění kondolenčního přání do pokoje zemřelého jako vyjádření upřímné soustrasti rodinným příslušníkům.
- Rozloučení se zemřelým - rozloučení může probíhat za účasti faráře, formou modlitby klientů, držení ticha, nebo rozloučením písničkou.
- Kniha vzpomínání – kniha, která obsahuje všechna parte pro možnost vzpomínání klientů nebo personálu.
- Parte jako součást pietního místa ve společných prostorách zařízení.

