

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Mgr. Lucie Ližičková, DiS.

Paliativní péče v pobytových sociálních službách
pro seniory
Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

.....

Datum

.....

Mgr. Lucie Ližičková, DiS.

Ráda bych poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D. za podporu, cenné rady a podněty ke zlepšení, které mi v souvislosti s tvorbou diplomové práce poskytovala. Poděkování patří také mé rodině, která mne po celou dobu studia podporovala a povzbuzovala.

Obsah

Úvod	5
1 Thanatologie	7
1.1 Modely a fáze umírání	8
1.2 Dříve vyslovená přání	10
1.3 Vývoj úmrtnosti na území České republiky v letech 2009-2018	12
2 Paliativní a hospicová péče	14
2.1 Legislativní ukotvení paliativní a hospicové péče	16
2.2 Paliativní péče v kontextu tuzemské a zahraniční praxe	18
2.3 Zásady a principy paliativní a hospicové péče	22
3 Paliativní péče v oblasti péče o seniory	29
3.1 Pobytové sociální služby pro seniory	30
3.2 Příklad implementace paliativní péče do praxe zařízení	32
4 Výzkumná část	36
4.1 Cíle výzkumného šetření, výzkumná otázka, formulace hypotéz	36
4.2 Operacionalizace	37
4.2.1 Operacionalizace hlavního cíle	37
4.2.2 Operacionalizace dílčích cílů a hypotéz	43
4.3 Metodika výzkumu	46
4.4 Výzkumný soubor	47
4.5 Etické aspekty a limity výzkumu	49
5 Interpretace dat	52
5.1 Interpretace hlavního cíle	52
5.2 Interpretace dílčích cílů a hypotéz	55
Diskuze	59
Závěr	66
Bibliografický seznam	68
Seznam zkratk	79
Seznam grafů	80
Seznam tabulek	81
Seznam obrázků	82
Seznam příloh	83
Přílohy	84

Úvod

Tématem diplomové práce je paliativní péče a její uchopení v praxi pobytových sociálních služeb pro seniory. Hlavním cílem diplomové práce je analyzovat faktory, které mají vliv na zavedení paliativní péče do praxe zařízení.

Paliativní péče se v současné době stává významným prvkem ke zvyšování kvality péče o osoby v terminálním stádiu života. Zároveň je však ve společnosti téma smrti a umírání stále tabuizováno. Otevírání tématu smrti a důstojného umírání je potřebné nejen na úrovni profesionální, ale také laické veřejnosti. Je zapotřebí vnímat smrt jako nedílnou součást života každého člověka, ať se již jedná o smrt v domácím či institucionálním prostředí. Uplatnění paliativní péče je vhodné bez ohledu na typ prostředí, ve kterém je poskytována. Každý člověk by měl mít možnost využití paliativní péče, která zaručuje kvalitu a důstojnost v závěru života (Sedlářová, 2017). Důležitost zachování jedinečnosti a možnosti uplatnění vlastní vůle i v závěru života vnímám jako zásadní. Život je nedotknutelným darem, který byl člověku dán Bohem, a proto bychom měli usilovat o zachování důstojnosti člověka a jeho podporu až do posledních chvil jeho života. S tímto pohledem na člověka jako křesťanka souzním. Zároveň se nejen v pracovním, ale také v osobním životě, setkávám s lidmi v terminálním stádiu nebo s lidmi pečujícími o umírající blízké. Tyto dvě skutečnosti velkou měrou ovlivnily výběr tématu mé diplomové práce.

Konceptuální část diplomové práce je rozdělena do tří hlavních kapitol. První kapitola pojednává o tématu umírání včetně jeho modelů, fáze a zvládání negativních emocí. Je zde popsán institut Dříve vysloveného přání a jeho praktické využití. Kapitola je ukončena statistikami vývoje úmrtnosti na území České republiky v období let 2009-2018. Druhá kapitola se zabývá komplexním pojetím paliativní péče včetně legislativního rámce a uvedení do kontextu zahraniční a tuzemské praxe. Obsahuje informace o rozvoji a dostupnosti paliativní péče na území České republiky. Kapitola je ukončena zásadami a principy uplatňovanými při poskytování paliativní péče s ohledem na její specifika a etické aspekty. Poslední kapitola konceptuální části diplomové práce se věnuje problematice paliativní péče v péči o seniory. Kapitola obsahuje informace o vývoji dostupnosti pobytových sociálních služeb pro seniory, dále poukazuje na význam paliativní péče v pobytových zařízeních. V poslední části kapitoly je představen příklad

dobré praxe implementace paliativní péče do praxe sociálních služeb pro seniory. Obsahuje popis plánu implementace včetně popisu návazných procesů.

V rámci výzkumné části byl zvolen kvantitativně orientovaný přístup, konkrétně dotazníkové šetření prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce. Prostřednictvím dotazníků byla získána potřebná data od respondentů. Těmito respondenty byli poskytovatelé pobytových sociálních služeb pro seniory v Moravskoslezském kraji. Data byla zpracována do tabulkového a grafického zobrazení, ověřování jednotlivých hypotéz proběhlo prostřednictvím statistické metody Chí-kvadrát testu. Kapitola metodologického výzkumu představuje také etické aspekty a limity výzkumného šetření včetně popisu výzkumného souboru. Poslední kapitola diplomové práce je věnována samotným výsledkům a interpretaci zjištěných dat, na kterou navazuje diskuze.

1 Thanatologie

Thanatologie je nauka o umírání a smrti, obecně je charakterizována jako interdisciplinární vědní obor o smrti. Využívá znalostí a metod z různých vědních oborů, například filosofie, teologie, etiky, sociologie, medicíny, psychologie. Multidisciplinární charakter této nauky ji neumožňuje pokládat za samostatný vědní obor (Haškovcová, 2007).

Základní teoretická východiska čerpá z psychologie a sociologie. Předmětem výzkumů thanatopsychologie je vliv smrti na chování, poznání a prožívání člověka. Zaobírá se například tématy vztahu podvědomí o smrti a lidské psychiky, či individuálním chápáním a vyrovnáváním se s umíráním, smrtí a truchlením. Thanatosociologie je nauka, která se věnuje výzkumům pohledu společnosti na smrt. Zaobírá se tématem smrti ve všech společenstvích s cílem nalezení prostoru pro akceptaci smrti ve společnosti a přijetí smrtelnosti jedince. Také se věnuje obnově a nalezení nových rituálů, které jsou se smrtí v jednotlivých společenstvích spojeny (Špatenková, 2014).

Ve 20. a 21. století lze pozorovat ve vztahu ke smrti nové koncepty, a to institucionalizaci, medikalizaci, depersonalizaci a dekontextualizaci. Institucionalizace v praxi znamená přesun procesu umírání do zařízení k tomu určenému, jako například do hospice, léčebny dlouhodobě nemocných či do nemocnice. S tímto procesem je úzce propojena medikalizace, která souvisí s umíráním a smrtí jako s otázkou medicíny. Zároveň je však téma smrti ve společnosti upozaděno, smrt je vyčleňována z běžných životů a je vnímána jako něco, co se společnosti netýká. To často vede k situacím, kdy prožívání smutku a truchlení je považováno za nezdravé a nevhodné. Na výše zmíněné koncepty jsou navázány pojmy dekontextualizace a depersonalizace. (Haškovcová, 2007; Špatenková, 2014)

1.1 Modely a fáze umírání

Umírání lze z hlediska lékařství definovat jako synonymum pro terminální stav člověka, ve kterém probíhají nezvratné změny v životních funkcích, jejichž důsledkem je smrt (Kupka, 2014). „*Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors). Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání, však ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav. Umírání je především proces.*“ (Haškovcová, 2002, s. 204)

Péče o klienty je velmi často zaměřena na kvantitu bez ohledu na kvalitu poskytované péče. V péči o umírající osoby by však právě kvalita péče měla být jedním z hlavních kritérií tak, aby každá osoba měla možnost uplatnit svou vůli až do konce, a aby byla zachována její důstojnost a integrita. Jedním z důležitých momentů je také vytvoření důvěrného prostředí a naděje, že smrtí naše bytí nekončí (Sieberová, 2019). Tato naděje je velmi úzce spjata s duchovním životem umírající osoby, např. u osoby vyznávající křesťanství je smrt vstupem do věčného života, pokud je jeho smrt ztotožněna se smrtí Ježíšovou (Katechismus katolické církve, 2002).

V současné době můžeme mezi základní modely umírání řadit model domácího a institucionálního umírání (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007). Domácí model umírání je z historického kontextu vnímán jako přirozený. Povědomí o smrti bylo ve společnosti rozšířené a lidé, umírající v domácím prostředí, byli obklopeni svou rodinou včetně dětí. Všichni členové rodiny byli srozuměni se smrtí jako běžnou záležitostí, která je doprovázena duchovními rituály (modlitby, zpověď aj.). Podstatou celého modelu je vnitřní smíření, uklidnění a čekání na smrt v důvěrném prostředí za přítomnosti členů rodiny, pastoračního pracovníka a v případě potřeby také lékaře (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007). Postupné potlačování jeho využití bylo v minulosti dáno pravděpodobně společenským tlakem, který byl vyvíjen na uplatňování společensky výhodnějšího institucionálního modelu umírání.

Institucionální model umírání vznikl jako reakce na potřebu péče o osoby, které neměly nikoho blízkého, kdo by se o ně v závěru života postaral. Prioritou bylo zajištění základní pomoci osobám z nejnižších společenských vrstev – vznikaly první špitály, chudobince, azylové domy. S ohledem k nadměrnému využívání těchto služeb však nemohla být péče individualizována – jednalo se pouze o zajištění kvantity a zabezpečení

co největšího počtu osob bez ohledu na individuální potřeby či soukromí. Vytváření podmínek pro zachování soukromí a intimity se stalo tématem až v první polovině 20. století, kdy docházelo k postupnému zvyšování kvality poskytované péče v závěru života a zvyšování kvalifikace ošetřujícího personálu.

Ve 21. století se společnost postupně navrácí k domácímu modelu umírání. Spojení dnešních poznatků a nových postupů při péči o osoby v terminálním stádiu života umožňuje vytvořit dostupný domácí model umírání, které zajistí komplexní a kvalitní závěr života dle přání umírajícího (Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007; Špatenková 2014). I přesto je stále malému procentu osob umožněno zemřít v domácím prostředí a jsou nuceni trávit své poslední dny v nemocničních zařízeních. Umírání má v závislosti na individuálním stavu a kondici člověka mnoho podob – od náhlé smrti, smrti ve spánku až po postupné pomalé umírání. V terminálním stádiu je důležité, aby byla péče o člověka vysoce individualizovaná s ohledem na jeho specifické potřeby a přání (Sláma a Plátová, 2014). Fáze umírání jsou rozděleny do tří etap, které na sebe úzce navazují (Kupka, 2014).

První fází je *pre finem*. Tato fáze obsahuje diagnostikování zdravotního problému, který negativně ovlivňuje život člověka, způsobuje komplikace a může vést ke smrti. V práci s člověkem s negativní diagnózou je důležité, kromě lékařské pomoci, také nabídnutí pomoci psychologické či pomoci sociálního pracovníka, případně pastoračního pracovníka. Důvodem je výskyt možných depresí, úzkostí, strachu (Kupka, 2014). Navazující fází je *in finem*. Jedná se o období terminálního stádia nemoci. Člověk v terminálním stádiu bývá velmi často skrze zhoršený zdravotní stav hospitalizován v nemocničním zařízení (Kupka, 2014). Ve fázi *in finem* je důležité, aby měl umírající možnost se rozhodnout, zda bude v této fázi ve společnosti rodinných příslušníků či jiných osob, anebo bude trávit své poslední chvíle o samotě. Vzhledem k individuálním potřebám je důležité vytvořit podmínky pro uplatnění vlastní vůle či dříve vysloveného přání. Třetí a zároveň poslední fází je *post finem*. Toto období začíná smrtí člověka a je ve znamení péče o jeho tělo, vyřizování administrativních záležitostí a péče o pozůstalé. Péče o pozůstalé osoby začíná sdělováním informace o úmrtí – způsob komunikace a předání informací je zásadní pro zpracování žalu a rozhoduje o tom, jak bude v následujících dnech a měsících probíhat (Kupka, 2014).

Kübler-Ross (1969) definovala pět fází smutku či také akceptace smrti. Jedná se o pět oddělených fází, v nichž se člověk postupně vyrovnává s tragickou situací. Těchto pět fází nemusí vždy proběhnout kompletně ani postupně tak, jak byly definovány. Každá

osoba má jedinečné vnímání i zpracovávání negativních informací, proto některé fáze nemusejí nastat, případně mohou nastat v jiném pořadí.

První fází je fáze šoku a popírání. Nastává ve chvíli, kdy je člověku sdělena diagnóza. K efektivnějšímu překonání této fáze je důležitá vnímavá a empatická komunikace sdělujícího. Člověk se zprvu snaží negovat negativní informace a prožívá šok, případně také může reagovat tím, že diagnózu odmítá (Kübler-Ross, 2015). Navazující fází je fáze zlosti a vzteku. Tato fáze může být pro okolí člověka nesrozumitelná a komplikovaná, velmi často dochází ke kompenzaci zlosti na osobách i věcech, které prioritně s daným problémem nesouvisí. O to důležitější je nutná hluboká empatie a porozumění v péči o člověka i o jeho blízké (Kübler-Ross, 2015). Třetí fází je fáze smlouvání. Tato fáze obsahuje pokus o dohodu či oddálení nevyvratitelných skutečností. Dohody nejsou uzavírány s lidmi, ale se spirituálním světem. Mezi příklady takových dohod je možno uvést například žádost o pár dní života navíc výměnou za pomoc jiným lidem apod. (Kübler-Ross, 2015). Na fázi smlouvání obvykle navazuje deprese. Tato etapa je uvědomění si nemožnosti smlouvání, zhoršení zdravotního stavu a blížící se smrti. Tato etapa velmi často umožňuje vytvoření prostoru pro smíření s blízkými a odpuštění (Kübler-Ross, 2015). Poslední fází je akceptace smrti. V této fázi dochází ke zpracování negativních emocí, smíření a přípravě na smrt. Fyzická bolest je potlačována medikací, tělo i mysl jsou zesláblé a člověk ve většině případů upřednostňuje samotu. Tato fáze je zásadní pro klidné a vyrovnané ukončení bytí se zachováním lidské důstojnosti. Pokud však člověk příliš dlouho zůstává v předešlých fázích, je tato fáze ochuzena, případně nemusí nastat (Kübler-Ross, 2015).

1.2 Dříve vyslovená přání

Dříve vyslovené přání je lékařsko-právní a etický institut, na jehož základě může osoba předem definovat svou vůli pro případ, že by nastala v budoucnu situace, v níž by svou vůli nemohla projevit. První záznam o dříve vysloveném přání je z roku 1914, kdy soudce Benjamin Nathan Cardozo vyslovil: „*Každá dospělá lidská bytost, jasně myslí, má právo určit, co se bude dít s jejím vlastním tělem.*“ Legislativní zakotvení do praxe bylo ve Spojených státech amerických však až o 55 let později – v roce 1969.

V evropských zemích byl tento institut postupně zaváděn, což vyústilo v zakotvení povinnosti respektování institutu Dříve vysloveného přání do evropské

Úmluvy o lidských právech a biomedicině, která byla v České republice ratifikována v roce 2001 (Heřmanová, Šimek, 2009). Devátý článek této úmluvy uvádí: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.*“

Institut Dříve vysloveného přání byl implementován do novely Zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. v roce 2011, čímž došlo k zavedení institutu Dříve vysloveného přání do běžné praxe a určení jeho platnosti na pět let (Žďárek, 2012). O rok později, v roce 2012, byla upravena platnost institutu Dříve vysloveného přání z pěti let na dobu neurčitou. Dle § 36 Zákona o zdravotních službách je dříve vyslovené přání definováno čtyřmi body, a to:

1. Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).
2. Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.
3. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.
4. Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3 (Dříve vyslovená přání, [online]).

Definování a písemné zaznamenání Dříve vysloveného přání je možno realizovat jak ve chvíli zahájení zdravotní péče, tak také v jejím průběhu. Vše musí být zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci za účasti tří osob – osoby (pacienta), zdravotníka a svědka (Tomešová, 2016). Během péče pak musí být tato přání respektována a naplňována, pokud by k tomu nedocházelo, jednalo by se o porušení právní odpovědnosti s možným důsledkem trestní odpovědnosti (Žďárek, 2012).

V zákoně je vydefinován okruh osob, které nemohou uplatnit institut Dříve vysloveného přání, a to zejména z důvodu nezletilosti či zbavení způsobilosti k právním úkonům. Nerespektování Dříve vysloveného přání je možno v odůvodněných případech, například v případě, kdy od doby jeho vyslovení došlo v oblasti poskytování zdravotních služeb ke změnám, u kterých se předpokládá, že by pacient souhlasil s jejich poskytnutím. Jedná se například o nové metody či nové medikace. Tyto důvody však musí být uvedeny ve zdravotní dokumentaci pacienta. Nerespektování Dříve vysloveného přání je možno také v případě, kdy by vedlo k aktivnímu usmrcení člověka či by byly ohroženy jiné osoby (Matějek, 2012).

Institut Dříve vysloveného přání je ochranným prvkem k uplatnění vlastní vůle až do konce života i pro chvíle, v nichž již není možno vlastní vůli aktivně projevit. Tento institut je tak jedním z důležitých podkladů pro poskytování paliativní péče – ve chvíli, kdy jsou definována tato přání, je pro pečující tým snadnější rozhodování o dalších postupech péče, léčby a také zakončení péče včetně aktu umírání a smrti. V rámci poskytování paliativní péče je důležitá komunikace i s rodinnými příslušníky, kteří by měli být s dříve vyslovenými přáními osoby seznámeni. Poté je i pro ně usnadněno porozumění celé péči a mohou být s dostatečným předstihem informováni o jednotlivých postupech léčby a péče.

1.3 Vývoj úmrtnosti na území České republiky v letech 2009-2018

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky na základě dat od Českého statistického úřadu zpracovává každým rokem statistiky o zemřelých osobách v České republice. Každý rok vydává publikaci s údaji o zemřelých osobách v absolutním vyjádření a jejich přepočty na 100 000 obyvatel a ukazatel standardizované úmrtnosti (na 100 000 osob evropské populace). Poslední zveřejněná publikace ÚZIS obsahuje data za rok 2018. Pro účely diplomové práce byla použita data ke srovnání

za období 10 let, tzn. od roku 2009 do roku 2018. Vzhledem ke zvýšení přehlednosti bylo vytvořeno grafické zobrazení všech níže uvedených skutečností. Tyto grafy jsou vloženy v jednotlivých přílohách diplomové práce.

V roce 2018 bylo v České republice zaznamenáno 112 920 úmrtí, což je oproti roku 2017 cca o 1 500 více, a o 5 499 osob více než v roce 2009. Vzestup počtu úmrtí mezi lety 2017 a 2018 je znatelný nejen v celkovém počtu zemřelých (Příloha č. 1), ale také v celkovém přepočtu na 100 000 obyvatel (Příloha č. 2), i v rámci standardizované úmrtnosti (úmrtnost očištěná od vlivu věkové struktury) (Příloha č. 3). V rámci statistických dat jsou sledovány příčiny úmrtnosti, mezi které jsou řazeny nemoci oběhové soustavy, zhoubné novotvary, nemoci dýchací soustavy, nemoci trávicí soustavy, vnější příčiny (otravy, zranění). Další příčiny jsou řazeny do položky ostatní. U většiny sledovaných příčin došlo ke zvýšení standardizované úmrtnosti zejména u žen (Příloha č. 4). Pokles byl zaznamenán u příčiny onemocnění oběhové soustavy u obou pohlaví. Mezi muži došlo k poklesu také v oblasti novotvarů a onemocnění dýchací soustavy (Příloha č. 5).

Dalším ze sledovaných faktorů je místo úmrtí. V rámci statistických výkazů jsou sledovány počty úmrtí na místech typu nemocnice, léčebných ústavů, zařízení sociálních služeb, převoz do nemocničního zařízení, domácnosti, veřejných míst a ostatní, případně nezjištěno. Tyto údaje jsou ve statistických datech zaznamenávány od roku 2007. V roce 2018 byla nejvíce rozšířeným místem úmrtí nemocniční zařízení či léčebné ústavy, a to ve 2/3 případů. Pětina osob zemřela v domácím prostředí, 9 % úmrtí bylo zaznamenáno v zařízení sociálních služeb. S ohledem na pohlaví ze statistických dat vyplývá, že vyšší podíl úmrtí na ulici mají muži, ženy naopak v sociálním zařízení. Počet osob, které zemřely v nemocnicích, se od roku 2009 zvýšil z 64 536 osob na 71 589 v roce 2018. Počet zemřelých v sociálních zařízeních se navýšil z 5 858 osob v roce 2009 na 9 544 osob v roce 2018. Počet úmrtí při převozu do nemocnic se zvýšil od roku 2009 z 432 osob na 620 osob v roce 2018 (Příloha č. 6).

2 Paliativní a hospicová péče

Paliativní medicína se zabývá komplexní léčbou a péčí o nevléčitelně nemocné osoby s cílem dosažení nejlepší možné kvality jejich života. Paliativní péče respektuje individualitu lidské osobnosti a její jedinečnost v celostním pohledu v biologické, psychologické, sociální a spirituální oblasti. Paliativní péče může být poskytována v různých prostředích s ohledem na individuální zdravotní stav, potřeby a přání člověka (Paliativní medicína, [online]). Paliativní péče může být poskytována současně s kurativní léčbou. Byť jsou paliativní a hospicová péče úzce propojeny, je zde rozdíl v poskytování. Hospicová péče je nabízena pouze lidem v závěrečné fázi jejich nemoci, až po vyčerpání možností kauzální léčby. Jedná se tedy o zapojení specializované formy paliativní péče (Hospic, [online]). Je užívána zejména v péči o osoby s onkologickým onemocněním a v nestabilizovaném stavu vzhledem k jasně definovanému preterminálnímu nebo terminálnímu zdravotnímu stavu (Hospic, [online]). Dle § 5 Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je paliativní péče definována jako druh zdravotní péče, jejímž *„účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.“*

Paliativní péče je dle Světové zdravotnické organizace (2002) vymezena jako přístup *„zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“* Dle Markové (2009, s. 8) je paliativní péče *„aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.“*

Paliativní péče je tedy primárně věnována cílové skupině osob s nevléčitelnou nemocí v pokročilém či terminálním stádiu. Bydžovský (2015, s. 11) definuje paliativní péči jako *„komplexní, aktivní péči, která je orientovaná na kvalitu života pacienta s pokročilým, nevléčitelným a život ohrožujícím onemocněním.“* Paliativní péče je velmi často chápána jako zdravotní péče za účelem zajištění poklidných posledních dní zejména ze strany zmírnění fyzických a duševních příznaků umírání. Nemá za účel léčit, ale zmírňovat obtíže provázející umírání. Paliativní péče vznikla jako potřeba péče

o chronicky nemocné pacienty, tzn. péče o osoby, které trpí nevléčitelnou nemocí (Kupka, 2014).

Paliativní péče je celostní pohled na nemocného člověka a spojuje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty (Firthová, Luffová, Oliviere, 2007, s. 21). K zajištění komplexní paliativní péče je nutná synergie v rámci multidisciplinárního týmu, který pracuje ve složení: lékař, zdravotní sestra, psycholog, sociální pracovník, pracovník duchovní služby (dle potřeby další odborníci). Hlavním aspektem je respektování potřeb člověka s ohledem na jeho individualismus a jedinečnost, ochranu osobních práv a důstojnosti k zachování kvality života do posledního dne. Paliativní péče je důležitá i pro rodinné příslušníky, kterým napomáhá ke zvládnutí stresu, zármutku a smíření se se smrtí blízké osoby. Pracovníci multidisciplinárního týmu (zejména sociální pracovník, psycholog) jsou i po úmrtí nemocného člověka k dispozici členům rodiny a pomáhají tak ke zvládnutí období zármutku a smíření.

Paliativní péče by měla být poskytována na základě základních pravidel zachovávaných lidskou důstojnost a také individuálního přání pacienta/klienta. Nejvhodnějším prostorem je domácí prostředí, kde dochází k propojení práce s rodinou (Kadochová, 2011). Ne vždy je však možno zachovat tuto podmínku, a proto by mělo být zvoleno vždy prostředí, které nepůsobí institucionálním dojmem, nýbrž je podobné domácí atmosféře. Může se jednat např. o hospicovou péči, ambulantní paliativní péči, speciální oddělení nemocnic, v případě sociálních služeb pak o domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem.

Paliativní péči můžeme dle Radbrucha (2010) rozdělit na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je poskytována lékaři a zdravotními sestrami bez ohledu na jejich specializaci. Jejich základními úkony je rozpoznání a ovlivňování všech okolností, které jsou důležité pro zachování kvality života pacienta. V pokročilých fázích onemocnění jsou zapojeni do léčby specialisté, kteří se podílí na léčbě symptomů nemoci, jež ohrožuje život. V obecné rovině se dá hovořit o nepřímé paliativní péči poskytované zdravotnickým personálem.

Na obecnou paliativní péči navazuje péče specializovaná, kterou poskytují odborníci na paliativní péči osobám v terminálním stádiu, jež jsou mnohdy upoutaní na lůžko (Kabát 2015). Je zajišťována komplexní péče o klienta i o jeho rodinné příslušníky multidisciplinárním týmem, ve kterém jsou zapojeny osoby se znalostmi v oblasti klinického řešení problémů v různých oblastech s cílem komplexního zajištění

potřeb pacienta (Radbruch, 2010). Do tohoto multidisciplinárního týmu je zařazen lékařský tým, tým zdravotních sester, psycholog, sociální pracovník, pracovník duchovní služby (pastorační pracovník), mohou zde být také zapojeni rodinní příslušníci, přátelé a dobrovolníci. V České republice je specializovaná paliativní péče rozdělena do několika organizačních forem, a to mobilní paliativní péče (paliativní péče ve vlastním nebo náhradním sociálním prostředí pacienta), ambulance paliativní medicíny, samostatně stojící lůžkové zařízení hospicového typu a oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (Sláma a kol., 2013).

2.1 Legislativní ukotvení paliativní a hospicové péče

Legislativní rámec České republiky se opírá o evropské normy, se kterými je povinen být v souladu. Mezi hlavní legislativní dokumenty na evropské úrovni patří zejména Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997 (ratifikováno v ČR v roce 2001) a dokument O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících z roku 1999 (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999). Hlavním tématem tohoto dokumentu je dostupnost paliativní péče jako jedno ze základních kritérií pro naplnění práv umírajících osob. V dokumentu jsou uvedeny hlavní faktory mající negativní vliv na důstojnost a zachování práv umírajících osob. Například se jedná o chybějící nebo nevhodné sociální i institucionální prostředí, které by umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli a s tím spojená sociální diskriminace. Dalšími faktory s negativním vlivem na naplnění práv umírajících osob jsou nedostatečné prostředky a zdroje pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných či umírajících, nedostupnost paliativní péče a nedostatečná informovanost a vzdělání ošetřujícího personálu.

V České republice lze nalézt zakotvení důstojnosti umírajících osob v Listině základních práv a svobod a Etickém kodexu České lékařské komory. Právní normy, ve kterých lze dále nalézt téma důstojnosti osob, případně podmínky pro poskytování zdravotní péče, mezi kterou je paliativní péče řazena, jsou např. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, Zákon č.20/1966 Sb., o zdraví lidu, Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a Vyhláška č. 619/2006 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazených ze zdravotního pojištění. Sociální služby se řídí také Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách včetně prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Rok 2007 dal vzniknout Standardům hospicové paliativní péče. Jejich znění bylo definováno ve spolupráci Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče a pracovní skupiny Ministerstva zdravotnictví ČR. Tyto standardy jsou závazné pouze pro členy Asociace, a jsou průběžně, dle měnících se potřeb společnosti, aktualizovány. V roce 2013 byly za podpory Ministerstva zdravotnictví definovány všeobecné Standardy paliativní péče (Sláma, 2013). Tyto standardy stanovují minimální požadavky pro praktické uchopení paliativní péče. Definují základní strukturu a průběh péče, péči o tělesný stav, potřeby a kulturní aspekty poskytované péče. Zaobírají se oblastí psychologických, psychiatrických a sociálních aspektů a stanovují průběh péče s ohledem na existenciální, spirituální a náboženské individuální potřeby. Jejich přesná definice je uvedena v Příloze č. 7.

V průběhu let 2018 a 2019 byly dostupnost a rozvoj paliativní péče jedním z významných témat. Na ministerské úrovni probíhala jednání a odborné debaty s cílem podpory rozvoje a dostupnosti paliativní péče na území České republiky. Výsledkem jednání bylo Memorandum o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče v ČR, které vešlo v platnost v červenci 2019. Toto memorandum bylo podepsáno jak ze strany Ministerstva zdravotnictví, tak všemi zdravotními pojišťovnami v ČR a zástupcem České společnosti paliativní medicíny, která je garantem odbornosti a zavádění paliativní péče do praxe zdravotní i sociální péče. Obsahem memoranda o spolupráci je podpora v oblasti financování udržitelnosti paliativní péče zejména ve zdravotní péči – v pilotních programech bude věnována pozornost na podporu paliativní péče v nemocničních zařízeních akutní a následné péče. V dalším kroku bude pozornost věnována podpoře domácí paliativní péče (Tisková zpráva MZ, 2019, [online]).

V roce 2020 byl vytvořen návrh novely Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, do kterého byla, mimo jiné, navržena i novelizace druhů sociálních služeb. V jednom z návrhů byla zakotvena i paliativní péče jako podpora osobám v terminálním stádiu a osobám blízkým. Novela zákona však doposud nebyla schválena.

Mimo novely zákona o sociálních službách vznikl v roce 2020 i návrh na zákon o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii. Tento návrh pojednával o právním nároku na paliativní péči, řešil problematiku neadekvátní léčby a zabýval se tématem paliativní sedace, která byla v návrhu definována jako terminální tišení bolesti s možným vedlejším účinkem smrti. Návrh zákona dále také pojednával o podmínkách možnosti užití eutanázie za přísně kontrolovaných podmínek, avšak s ohledem na konkrétní přání jednotlivce. Návrh zákona byl projednán na zasedání vlády dne

27. 7. 2020 s výsledkem nesouhlasného stanoviska. Hlavním důvodem pro zamítnutí byla zejména absence rozsáhlejší odborné, politické a společenské diskuze před samotným uvedením poslaneckého návrhu zákona. Zároveň zde bylo zakotveno nežádoucí spojení problematiky paliativní péče s eutanázií a neprovázanost na již stávající legislativní rámec České republiky (Jednání vlády ČR, 27.7.2020, [online]).

2.2 Paliativní péče v kontextu tuzemské a zahraniční praxe

V kontextu zahraniční praxe lze hovořit v posledních letech o významném pokroku implementace paliativní péče do praxe. V západní Evropě je paliativní péče uplatňována v každodenní praxi jak v nemocnicích, tak i v zařízeních následné péče (Sláma, 2009, s. 184). Mimo formy specializované paliativní péče známé i v ČR jsou služby v této oblasti rozšiřovány o další formy, a to zejména konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení, denní stacionář paliativní péče a zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky) (Sláma a kol., 2013).

Mezi příklady dobré praxe jsou nyní uvedeny Německo, Švýcarsko a Velká Británie. V Německu došlo od roku 2005 k prudkému navyšování praktické paliativní péče jak v hospicích, tak ve zdravotnických zařízeních. V hospicové péči došlo k navýšení z počtu 35 hospiců v roce 1996 o 205 hospiců na celkový počet 235 v roce 2016, ve zdravotnických zařízeních (nemocnice) o 276 na celkový počet 304 oddělení paliativní péče (Ich will Pflege, 2017). V Německu je také významně podporováno vzdělávání lékařského personálu. Data z roku 2015 hovoří o min. 10 000 proškolených lékařích ve specializaci paliativní péče (Federal Health Reporting [online]). Dalším příkladem dobré praxe je Švýcarsko, které pravidelně investuje finanční prostředky na rozvoj a výzkum v oblasti paliativní péče. Paliativní péče je zařazena do oblastí vzdělávání lékařského personálu, je však podporováno vzdělávání i dalších profesí, které působí v rámci multidisciplinárních týmů poskytujících paliativní péči (Eggl, 2016). Paliativní péče je ve Švýcarsku uplatňována ve všech medicínských oborech (např. i v psychiatrii) a zároveň jsou bořeny mýty o paliativní péči. Mezi hlavní bořené mýty patří například určení paliativní péče pouze nemocným osobám v poslední fázi života, či že se jedná o rezignaci na léčbu. Postupy k poskytování paliativní péče jsou ukotveny v dokumentu „Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen Palliative Care,“ který

byl uveden do praxe v roce 2017 (Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen Palliative Care, 2017). V tomto dokumentu jsou zmíněna také rizika paliativní péče spojená zejména s oblastí nadměrných a nereálných očekávání jak od umírajícího člověka, tak od jeho rodinných příslušníků.

Třetím příkladem dobré praxe je Velká Británie. Podpora v péči o osoby v terminálních fázích života, debatovaná na evropské úrovni (Rada Evropy, Světová zdravotnická organizace), byla ve Velké Británii v roce 2004 podkladem pro vytvoření programu The National Health Service pojednávajícího o poslední fázi života, který dal vzniknout tématu zavádění paliativní péče do každodenní praxe v péči o umírající. Tento dokument byl prvním z řady dokumentů, které směřovaly k vytvoření efektivní strategie k zavádění paliativní péče do praxe v roce 2008. Zajištění kvality paliativní péče bylo také jedním z témat zprávy Jasona Davidsona z roku 2016, kde zmiňuje problematiku nutnosti zvýšení efektivity, dostupnosti a kvality paliativní péče. I přes vysokou míru implementace paliativní péče do praxe k ní nemají všichni občané Velké Británie přístup v potřebné výši – stále neexistuje paliativní péče v takovém rozsahu, aby pokryla potřeby občanů v dostatečném časovém horizontu.

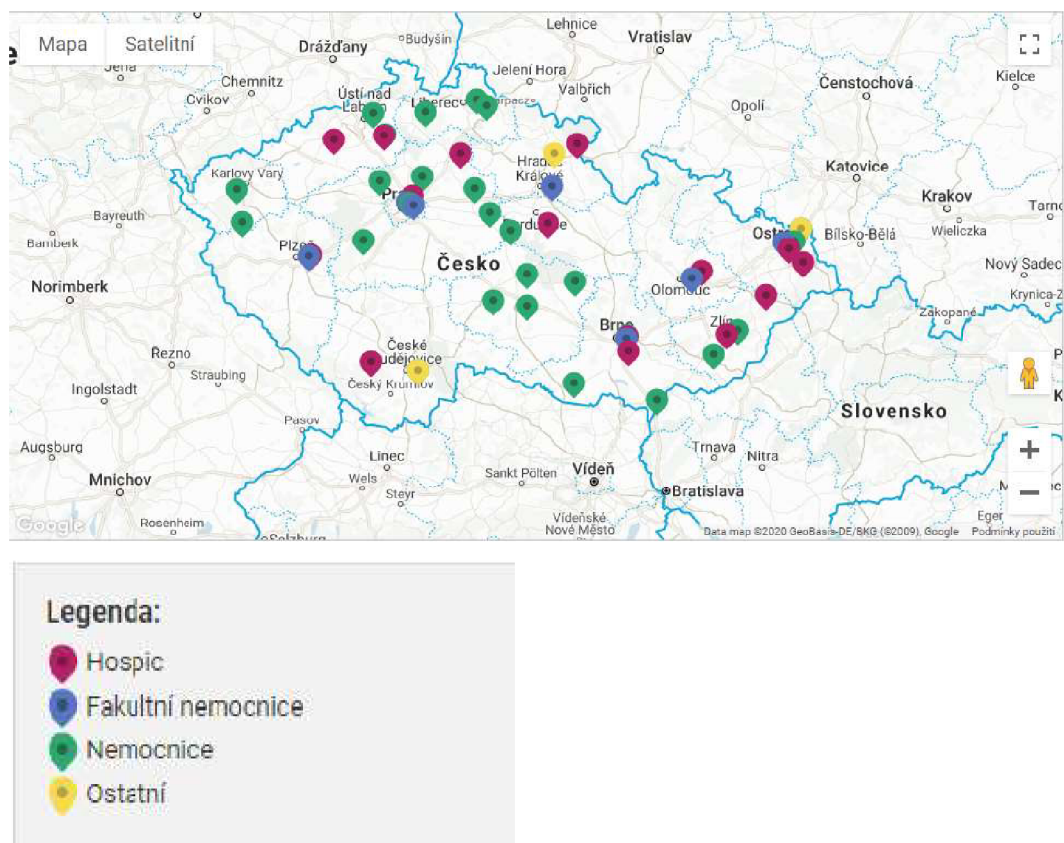
Česká republika se problematice paliativní péče začala věnovat po roce 1989. Lékaři měli možnost účastnit se stáží a praxí v zahraničí k načerpání informací a příkladů dobré praxe ze zařízení s implementovanou paliativní péčí. Tomeš (2015) uvádí, že mezi průkopníky paliativní péče patří Marie Opatrná, která se inspirovala vzorem z Anglie. Jejím cílem bylo vybudovat první kamenný hospic v Praze, tento záměr však neměl dostatečnou podporu a budování kamenného hospice se nezdařilo. Prvním kamenným hospicem se tak stal až v roce 1996 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl založen za podpory Marie Svatošové, zakladatelky hospicové péče v České republice. Hospic Anežky České je nestátní zdravotnické zařízení, které pečuje o nevléčitelně nemocné osoby, zejména s onkologickým onemocněním v pokročilém stádiu onemocnění. Jako modelové zařízení předává zkušenosti zájemcům o hospicovou péči z ČR i zahraničí (Hospic se představuje, [online]). S rozvojem hospicové péče se pojí potřeba vzdělávání a rozvoje v oblasti paliativní péče pro zdravotnický i lékařský personál s cílem zajištění kvalitní a efektivní péče. Současně s rozvojem hospicové péče se rozvíjí také paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, zejména v nemocnicích.

První nemocnicí, která zavedla paliativní péči do své praxe, byla nemocnice v Babicích nad Svitavou, kdy v roce 1992 uvedla do praxe paliativní péči na oddělení respiračních onemocnění. Nemocnice byla během let v závislosti na zvyšující se

potřebnost a transformaci některých zdravotnických zařízení změněna v léčebnu dlouhodobě nemocných (Tomeš, 2015, s. 21).

Paliativní péče byla jako praktický obor v oblasti lékařství postupně zaváděna od 90. let. V roce 2004 vznikl samostatný obor medicíny, a to Paliativní medicína a léčba bolesti (Sláma, 2007, s. 25-26). V roce 2009 vznikla Česká společnost paliativní medicíny působící při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Tato společnost dává podporu a napomáhá k zavádění dobré praxe do zdravotnických zařízení po celé České republice (Bužgová, 2015). Od roku 2010 je pojem paliativní péče stále více skloňován nejen na odborné úrovni, ale také na úrovni veřejnosti, kdy začínala osvěta laické veřejnosti. Vzniklo množství organizací zaměřujících se na péči o osoby v terminálních stádiích života, mezi nejvýznamnější patří Cesta domů (vznik 2001), Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (vznik 2005) a Centrum paliativní péče (vznik 2014).

Obrázek č. 1: Mapa poskytovatelů paliativní péče v ČR, 2016. (Paliativní data [online]).



Tomeš (2015) uvádí, že o klienty v terminálním stádiu života je v současné době pečováno zejména ve zdravotnických zařízeních. Mimo nemocniční zařízení pečují o osoby v závěru života např. sociální služby a služby domácích péčí, přičemž

nejkomplexnější péče je poskytována v zařízeních hospicového typu (Tomeš, 2015, s. 22-23). V praxi sociálních služeb se s paliativní péčí setkává řada poskytovatelů zejména v oblasti služeb pro seniory (ať již pobytových, ambulantních či terénních). Chybí zde však legislativní ukotvení – v zákoně o sociálních službách není paliativní péče taxativně vymezena.

Jak již bylo zmíněno výše, paliativní péče a podpora jejího rozvoje je jednou z priorit Světové zdravotnické organizace již od 90. let 20. století. V oblasti rozvoje paliativní péče však existují dlouhodobé překážky a komplikace, které vyžadují komplexní řešení. V podmínkách České republiky jsou tyto překážky hlavními důvody komplikací při rozvoji paliativní péče. Mezi hlavní otázky patří poskytování dlouhodobé péče, komunikace a spolupráce jednotlivých zapojených složek. Problematické je také financování zdravotnických služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb (Niedermann, 2016). Uplatnění paliativní péče v praxi je tak nižší než reálné potřeby klientů. Financování je nedostatečné a poskytovatelé se potýkají s problémy s financováním nákladů při poskytování paliativní péče (Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011–2015, 2011).

I přes to, že se poskytování paliativní péče potýká s mnoha komplikacemi, dochází v posledních letech k jejímu rozvoji, byť ne rychlému. Rozvíjí se nejen obecná, ale také specializovaná paliativní péče, která je poskytována zařízeními hospicového typu. Lůžkový hospic se nachází v každém kraji České republiky, vyjma Vysočiny a Karlovarského kraje. (Umírání.cz, [online]).

Potenciál rozvoje paliativní péče tkví nejen v pobytových zařízeních hospicového typu, ale také v rozvoji ambulantní či terénní formy. Služby poskytující paliativní péči jsou zařízení pobytová (hospic, oddělení paliativní péče), ambulantní (ambulace paliativní medicíny, konziliární tým paliativní péče, denní hospicový stacionář) a terénní (mobilní hospic) (Umírání.cz, [online]).

Terénní zařízení poskytují paliativní péči v domácím prostředí klienta. Může docházet k poskytování této péče i v pobytových sociálních službách, jelikož ty jsou pro klienty sociálních služeb jejich domovem. V sociálních službách nabývá paliativní péče na významnosti a mnoho pobytových sociálních služeb je nakloněno k implementaci paliativní péče do jejich praxe (Šourek, 2016). S ohledem na náročnost implementace vlastními zdroji dochází velmi často ke spolupráci s externími mobilními hospici, které paliativní péči poskytují v jednotlivých zařízeních.

Diplomová práce se zaměřuje na paliativní péči v pobytových sociálních službách pro seniory v Moravskoslezském kraji. Stávající dostupnost paliativní péče v Moravskoslezském kraji není v souladu se Stanoviskem fóra mobilních hospiců, které ve spolupráci s ČSPM ČLS JEP, dne 10. 12. 2018, definovalo dostupnost domácí paliativní péče v dojezdové vzdálenosti do 30 minut. Na území Moravskoslezského kraje není do všech okresů tato dostupnost zajištěna – v okresech Rýmařov, Bruntál a Krnov je dostupnost v dojezdové vzdálenosti více než 60 minut (Koncepte paliativní péče v Moravskoslezském kraji 2020-2025, 2020). Moravskoslezský kraj proto ve své Koncepti paliativní péče pro období let 2020–2025 stanovil vizi „*Dostupná paliativní péče v Moravskoslezském kraji*“, která je v souladu s vizemi Národního programu paliativní péče. Těmito vizemi je dostupnost paliativní péče, podpora rodinám pečujících o nemocného a možnost volby jednotlivce. V rámci Koncepte paliativní péče jsou definovány tři hlavní priority s konkrétními opatřeními. Tato opatření mají vést zejména k podpoře zajištění dostupnosti a rozvoje všech forem paliativní péče. První priorita klade důraz na zachování kvality života nemocných a jejich rodin. Druhá priorita se věnuje podpoře vzdělávání odborníků ve zdravotních i sociálních službách a podpoře osvěty laické i odborné veřejnosti. Třetí priorita klade důraz na podporu spolupráce a koordinace poskytovatelů paliativní péče (Koncepte paliativní péče v Moravskoslezském kraji 2020-2025, 2020).

K tomu, aby byly jednotlivé priority a opatření naplněny, je zapotřebí východisek, která nejsou pouze v gesci Moravskoslezského kraje, nýbrž jsou v celorepublikové působnosti. Mezi hlavní jsou řazeny změny legislativy s cílem zavedení vyšší míry podpory z veřejného zdravotního pojištění. Dále se jedná o rozšíření sítě ambulancí a paliativních týmů v terénu i nemocnicích; vznik poraden pro veřejnost a zajištění zázemí pro poskytovatele paliativní péče. Další potřebou je zajištění lidského kapitálu a vzdělávání jak odborné, tak laické veřejnosti. Dále je podporováno otevírání tématu smrti a umírání s cílem jejich detabuizace, což může být realizováno prostřednictvím odborných konferencí, vzdělávacích programů a diskuzních skupin. Důležité je zajištění informovanosti o paliativní péči – tvorba kampaní, přiblížení problematiky veřejnosti, tvorba studijních a podpůrných materiálů a vznik podpůrných skupin pro pečující a pozůstalé (Koncepte paliativní péče v Moravskoslezském kraji 2020-2025, 2020).

2.3 Zásady a principy paliativní a hospicové péče

Mezi základní zásady paliativní a hospicové péče patří respekt a zachování důstojnosti umírajícího člověka. Celý paliativní tým pečující o umírajícího je školen v oblasti komunikace s ohledem na citlivost tématu smrti. Nejedná se tedy pouze o fyzické mírnění bolesti, ale také o psychickou pohodu klienta, kterou se pracovníci paliativního týmu snaží podpořit např. skrze individualizované terapie.

Důležitým aspektem při poskytování paliativní péče je respekt individuálních potřeb a přání klienta, včetně přání ukončení či odmítnutí léčby. Každý klient má nezcizitelné právo, které nesmí být porušeno. Podmínky pro zachování jedinečnosti a důstojnosti člověka jsou dle Studenta (2006) definovány jako 10 základních práv a pravidel:

1. právo na zacházení jako s živým člověkem a na zachování pocitu naděje –jakkoliv může být subjektivní,
2. právo vyjadřovat myšlenky a pocity k tématu smrti po svém,
3. právo se podílet na všech rozhodnutích týkajících se vlastní péče,
4. právo na péči ze strany soucitných, citlivých a kompetentních lidí, kteří se snaží porozumět potřebám nemocného,
5. právo na porozumění procesu smrti a na obdržení upřímných a úplných odpovědí na všechny otázky,
6. právo na hledání útěchy v duchovních otázkách,
7. právo na stav bez tělesných bolestí,
8. právo zemřít pokojně a důstojně,
9. právo nezemřít osamoceně,
10. právo na respektování nedotknutelnosti těla po smrti.

Mezi hlavní principy paliativní péče patří zejména tišení bolesti a průvodních jevů v terminálním stádiu života, ochrana důstojnosti a kvality života i v jeho závěru, byť neusiluje ani o urychlení ani o oddálení smrti. Paliativní péče je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka. Integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty. Vychází z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení. Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných. Nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých. Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících

a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka. Vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením (Rady a informace o paliativní péči [online]).

Osoby v terminálním stádiu života mají individuální potřeby a jejich naplňování je jedním z ukazatelů moderní zdravotní péče (Trachtová, 2018). Při poskytování paliativní péče je pohlíženo na člověka dle holistického pojetí, což znamená skutečnost v přístupu ke klientovi jako k celku v jeho biologické, psychologické, sociální a spirituální jednotě. Cílem paliativní péče je zajištění všech individuálních potřeb tak, aby nedocházelo k diskomfortu organismu a byla zachována co nejvyšší míra kvality života.

Lidské potřeby nejsou konečné, uspokojení jedné vede k vytvoření další. Teoriím o lidských potřebách se věnovalo mnoho odborníků, mezi jinými také psychologové a lékaři. Bylo sestaveno mnoho stupnicí potřeb dle individuálních zkušeností a výzkumů. Například dle Jandourka (2012) či Mastiliakové (1999) se jedná o holistické pojetí potřeb, kdy nefunkčnost naplnění potřeb v jedné oblasti může vést ke kolapsu celého systému potřeb. Erich Fromm (2014, s. 19) věnuje pozornost existenciálním potřebám člověka: „...*nikdy nedojdu uspokojení, protože má přání nikdy nekončí; musím závidět těm, kteří mají víc, a musím mít strach z těch, kteří mají méně než já. Ale všechny tyto pocity musím potlačit, abych mohl ukázat sebe (ostatním i sobě) jako usměvavého, rozumného, poctivého, jako bytost, kterou chce každý ze sebe činit*“. Dle Rossové (2015) jsou potřeby člověka individualizované v závislosti na povaze nemoci. Tyto potřeby mohou být naplněny pouze za předpokladu, že pečující osoby i ošetřující tým jim budou věnovat pozornost a budou se podílet na jejich zajištění a naplnění.

Poznání skutečných potřeb člověka a toho, co je pro něj důležité a co nikoliv, vede ke zvyšování autonomie v celém procesu péče. Jedním z užívaných konceptů v paliativní péči je například bazální stimulace, která vychází z důrazu percepce v bazální rovině smyslového vnímání. Friedlová (2006) uvádí, že je člověk v jakékoliv fázi nemoci schopen vnímat skrze svých zachovalých smyslů. Na tomto poznatku je založena následná ošetrovatelská péče, která je individualizovaná dle skutečných potřeb a může být jedním z prvků podporujících vnímání vlastní důstojnosti klienta.

Dle povahy praxe se historicky vyvinuly různé modely péče, které jsou popsány v odborných literaturách. Důležitým společným rysem všech modelů je důraz na klienta jako na celek, kdy si ošetrovatelskou intervencí žádá jeho celkový zdravotní stav.

V ošetrovateľskej péči sa využívajú niektoré modely, kedy z jejich systematického posudzovania potrieb vyplynú na povrch riešenia. Svatošová (2005), Matoušek (2005) a Haškovcová (2010) venujú pozornosť prednostne potrebám biologickým, sociálnym a psychosociálnym v návaznosti na paliatívnu péču z hľadiska holistického. Správna identifikácia potrieb a diskusia o jejich naplňovaní je nutnou podmíankou pre správne nastavenie péče. Potreby klienta v paliatívnom režime je možno rozdeliť do štyroch skupín, a to biologické, psychologické, sociálne a spirituálne. Bártlová (2005) uvádza, že je nutno vnímať promennivosť potrieb, ktoré sa počas poskytovania paliatívnej péče môžu meniť – niektoré sa stávajú dôležitejšími, a naopak niektoré prestanú byť v procese péče prioritami. Každý človek je individuálny a rovnako tak individuálne sú i jeho potreby a priority, ktoré sa navyše môžu v závere života premenšovať (Svatošová, 1999). Zhoršený zdravotný stav človeka špecifikuje spôsob vyjadrovania a naplňovania jednotlivých potrieb. Pri poskytovaní paliatívnej péče je pozornosť zameraná na všetky štyri oblasti potrieb, ale nie je podmíankou saturovať potreby vo všetkých oblastiach, pokiaľ je to takto práním klienta.

Uspokojenie biologických potrieb má jasný vplyv na kvalitu života, preto je veľmi dôležité jejich mapovanie a naplňovanie. Jednotlivé oblasti uspokojovania potrieb sa úzce prolínajú a stávajú sa najdôležitejšími potrebami z pohľadu prežitia organizmu. Najčastejšími potrebami, ktoré sú riešené v rámci paliatívnej ošetrovateľskej péče, je potreba výživy a potreba vyprazdňovania. V oboch týchto potrebách dochádza v terminálnych stavoch k výrazným zmenám v jejich naplňovaní. Křivohlavý (1998) uvádza, že prijímanie potravy nie je záležitosťou iba výživovou, ale aj sociálnou. V paliatívnom režime je zmenený spôsob podávania stravy vrátane konzistencie či nastavenia diétnych opatrení. Zvyklosti klienta sú upozadené a môže sa tak stať, že mu strava príde nedostatočná či neadekvátna, čo môže viesť až k odmietaniu potravy. Druhou najčastejšie riešenou oblasťou je oblasť vyprazdňovania. V tejto oblasti dochádza k zásadným zmenám, keď napríklad klient uputovaný na lôžko môže prežívať psychický blok spojený s nedostatkom súkromia, stratou pohyblivosti a tým možným spojením nedůstojného spôsobu vyprazdňovania. Medzi ďalšie biologické potreby v paliatívnom režime patrí zajišenie osobnej hygieny, zajišenie celkovej zdravotnej péče a tlámenie bolesti. V paliatívnej péči je dôležité klientovi zmierniť príznaky, ktoré provádzajú terminálne štádium choroby. Zdravotnícky personál zabezpečuje udržanie čo najvyššej kvality života po čo najdlhšiu dobu, predchádza bolestivým stavom a zmiernuje príznaky provádzajúce terminálne štádium. K vyššie zmieneným prístupom je využívané aj medicínske prostriedky (liečiva), tak aj podpurných prostriedkov, napríklad rehabilitácie. Lékařský tím prístupuje ke každému klientovi individuálne, vede

dokumentaci a nastavuje plán léčby. V terminálním stádiu je klient ve velké míře upoután na lůžko, což znamená zaměření péče nejen na danou nemoc klienta, ale také na oblast obecné péče (Nováková, 2008).

Psychické rozpoložení má zásadní vliv na průběh poskytování paliativní péče. Téma smrti a umírání je psychickou zátěží, a ne každý člověk má tuto problematiku vnitřně zpracovanou. Z tohoto důvodu je vhodné zapojení psychologa do paliativního týmu, který (společně se sociálním pracovníkem a ostatními pracovníky) napomáhá ke zvládnutí stresu, obav, depresí a možných úzkostí spojených s tématem umírání. U klienta je důležité průběžné hodnocení celkového psychického stavu tak, aby mohla být paliativní péče uzpůsobena měnícím se potřebám. V rámci paliativní péče jsou voleny různé psychoterapeutické přístupy, nejčastěji voleným je logoterapie. Logoterapie je zaměřena na smysl a význam života, vede k uvědomění si vlastní individuality a zodpovědnosti. Skrze logoterapii je možno poukázat na smysl života i v terminálním stádiu života. Vede ke zpracování konce života a dává možnost na uvědomění si hodnot a zaujetí vhodného postoje ke smrti, např. klient může i přes terminální stádium prožít krásné chvíle před koncem života aj. (Lukasová, 1998).

Sociální aspekt poskytování paliativní péče je zaměřen na individuální sociální práci. Je zaměřena nejen na samotného klienta, ale také na jeho blízké osoby. Sociální pracovník je připraven řešit a individuálně plánovat další postupy s klientem a jeho blízkými. Provází je jak po administrativní stránce (problematika sociálních dávek, potřeby kompenzačních pomůcek, řešení notářských záležitostí aj.), tak také po stránce lidské (terapie aj.). Payneová, Seymourová a Ingletonová (2007) hovoří o sociální opoře, jež klade důraz na kladně přijaté informace sdělené nemocnému v přesvědčení, že je o něj pečováno s úctou, a že je milován. Při práci sociálního pracovníka dochází v mnoha případech k situacím, kdy on sám musí řešit etická dilemata či etické problémy. Etické zásady jsou zakotveny v Etickém kodexu sociálního pracovníka České republiky, který je pro výkon sociálního pracovníka závazným. Tento kodex napomáhá pracovníkům v orientaci a rozhodování v oblasti etických dilemat. Sociální pracovník je mnohdy vystaven situacím, které mají několik možných řešení a pohybuje se tak mezi dvěma protichůdnými póly jednostranného působení na klienta a symetrické spolupráce (Matoušek, 2003, s. 23). Práce v paliativním týmu zahrnuje nutnost rozhodnutí, kdy ani jedno nemusí být pro sociálního pracovníka ztotožnitelné, případně se neztotožní s rozhodnutím, které učiní klient – vždy však platí zásada respektu rozhodnutí klienta.

Cílem je podpora klienta a uspokojení jeho potřeb vedoucí k zachování či zvýšení kvality klientova života.

Nedílnou součástí paliativní péče je monitorování a následné naplňování potřeb ve spirituální oblasti. Spiritualita není vázána na žádnou formu religiozity, péče v této oblasti tak není propojena na konkrétní náboženské vyznání. Klienti v paliativní péči mohou vyjadřovat své duchovní potřeby jako naději na lepší průběh závěru života a duchovní zotavení bez návaznosti na náboženství. Emblen a Halstead (2011) na základě svých výzkumů uvádí, že existuje šest oblastí duchovních potřeb. Mezi tyto potřeby řadí víru, naději, zdraví, pocit vnitřního smíru, pochopení a otázky spojených se smrtí a stavu po smrti, její definitivy. Saturace duchovních potřeb je spojena zejména s respektem k individuálním hodnotám a rituálům.

V oblasti paliativní péče jsou definovány základní etické principy, mezi které jsou řazeny autonomie, právo na informovanost, beneficence a spravedlnost (Kabelka, Sláma, Vorlíček a kol., 2011). Princip autonomie je podmíněn plnou informovaností o zdravotním stavu se všemi variantami řešení konkrétní situace a jejich důsledky tak, aby se mohl člověk samostatně a svobodně rozhodnout o dalším postupu. Toto rozhodnutí musí být respektováno i v případě, že člověk odmítne např. užívání léků na léčbu či tlášení bolesti. V případě, že je snížena schopnost rozhodování, může být např. uplatněn institut Dříve vysloveného přání, ve kterém je dopředu definováno přání člověka, případně se pečující tým rozhodne na základě přání rodiny. Vždy je ale rozhodnutí tvořeno s ohledem na zachování lékařské etiky a legislativního rámce (např. v podmínkách České republiky nelze uplatit přání na eutanazii). Cílem je naplnění povinnosti provádění úkonů v zájmu člověka – principu beneficence. Poslední etický princip v paliativní péči, spravedlnost, může být vnímán jako rovnováha mezi potřebami člověka a jejich uspokojením. V České republice není ve všech krajích a regionech dostupná paliativní péče tak, aby uspokojila potřeby všech potřebných. V posledních letech je kladen důraz na podporu rozvoje paliativní péče v mobilních zařízeních, která mohou poskytovat paliativní péči v domácím prostředí i v zařízeních (nemocnice, sociální zařízení). Stále však poptávka převyšuje nabídku, což vede k problémovému naplňování principu spravedlnosti.

V poskytování paliativní péče jsou řešeny různé etické problémy a dilemata. Mezi nejčastěji řešená témata patří oblast chování k umírajícímu člověku a ukončení života formou asistované smrti či eutanázie (Haškovcová, 2015). Dalšími otázkami jsou sebeurčení člověka, zachování respektu, volba správného způsobu poskytované péče

včetně možnosti ukončení poskytování paliativní péče, spravedlnost v dostupnosti paliativní péče a také řešení pozůstalosti (Standardy hospicové paliativní péče, 2007).

3 Paliativní péče v oblasti péče o seniory

Paliativní péče nabývá v posledních desetiletích na významnosti a stává se součástí poskytování zdravotnických i sociálních služeb. Paliativní péče vznikla primárně jako péče o osoby s onkologickým onemocněním. Její implementace se však postupně rozšiřuje i do péče o jiné cílové skupiny, mimo jiné také o cílovou skupinu seniorů v terminálních stádiích života (Umírání a paliativní péče v ČR [online]). Seniori v zařízeních sociálních služeb se vyznačují poklesem vitality, vysokou mírou křehkosti, zhoršeným zdravotním stavem a v nemalé míře také duševními onemocněními. Zvládnutí základních sebeobslužných úkonů je pro ně obtížnější a vykazují známky potřeby vyšší míry podpory (Kalvach, Holmerová, 2008). Paliativní péče je tak postupně implementována například jako podpůrná péče v oblasti péče o seniory s typicky stařeckými nemocemi, mezi jinými například stařeckou demencí nebo Alzheimerovou chorobou (Sedlářová, 2017).

Paliativní péče v oblasti péče o seniory je poskytována jak v domácím, tak v institucionálním prostředí (nemocniční zařízení, zařízení hospicového typu, pobytové sociální služby). Paliativní péče může být v sociálních službách seniorům poskytována v terénní, ambulantní, či pobytové formě.

V České republice je poskytování paliativní péče v domovech pro seniory otázkou dobrovolnosti. V České republice absentuje koncepční řešení zdravotně-sociální spolupráce, do které spadá i paliativní péče v sociálních zařízeních. Zájem o paliativní péči vzrůstá nejen ze strany klientů, ale také zřizovatelů sociálních služeb. Ti v mnoha případech řeší poskytování paliativní péče spoluprací s externími subjekty poskytující mobilní hospicovou péči. Nabídka mobilní hospicové péče však v České republice stále zaostává za poptávkou, skutečné potřeby klientů tak nejsou plnohodnotně saturovány. V současné době nelze hodnotit, jaká je skutečná úroveň a dostupnost poskytování paliativní péče v jednotlivých zařízeních sociálních služeb. Jak uvádí Loučka (2018): „Zejména na úrovni obecné paliativní péče je velmi těžké definovat, co by měl domov splňovat, aby dostal nějakých standardů. Na rovině specializované paliativní péče se pak jedná o spíše výjimečné situace, protože zde je zapotřebí nepřetržitá dostupnost lékaře, což je pro většinu domovů problém.“ (Zdravotnický deník, [online]).

Právě nepřetržitá dostupnost lékaře je v podmínkách pobytových sociálních služeb významným faktorem bránícím implementaci paliativní péče. Dalším faktorem je nedostatek ošetřujícího personálu a dalších členů multidisciplinárního týmu. Sociální

zařízení mohou ve spolupráci se zdravotníky poskytovat obecnou paliativní péči, ale k poskytování specializované paliativní péče jim chybí zdroje. Jedná se o zdroje jak finanční, tak materiálně-technické a v neposlední řadě také o lidský kapitál. Pobytová zařízení pro seniory nemají možnost zajištění nepřetržité lékařské péče, klienti v terminálních stavech jsou tak velmi často převáženi do nemocničních zařízení s cílem zajištění komplexní zdravotní péče.

Aplikace paliativní péče do praxe by mohla předcházet finálním hospitalizacím a převozům s očekávaným úmrtím. Při těchto převozech jsou klienti sociálních služeb vytrženi ze svého známého prostředí a jsou nuceni trávit poslední dny svého života v zařízeních nemocničního typu bez ohledu na jejich skutečné potřeby a přání. Loučka a Kosák (2016) ve své studii o možných formách paliativní péče uvádí, že v zařízeních, kde byla paliativní péče implementována, se setkávají s pozitivními ohlasy jak od klientů, tak od jejich rodin. Důvodem spokojenosti je možnost strávení posledních dní života dle svých skutečných potřeb a přání, ve známém prostředí a ve společnosti blízkých osob.

Překážkou k zavedení paliativní péče do praxe zůstává nedostatečná informovanost, chybějící zdroje financování a tabuizace tématu paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory. Skrze těchto důvodů jsou klienti v terminálních stádiích života často převáženi do nemocničních zařízení. Podporou k implementaci paliativní péče do praxe by mohla být Certifikace péče v domovech pro seniory, která by legitimizovala poskytování paliativní péče, dále koordinace mezi jednotlivými poskytovateli zdravotních asociálních služeb a systémový rozvoj paliativní péče (Loučka, Kosák, 2016). Paliativní péče je poskytována na pomezí více sektorů – zdravotní a sociální péče, akutní a následní péče, ústavní a domácí péče. Dostupnost paliativní péče by však měla být zajištěna bez ohledu na místo jejího poskytování.

3.1 Pobytové sociální služby pro seniory

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou definovány tři formy poskytování sociálních služeb, a to služby ambulantní, terénní a pobytové. Pro účely diplomové práce je pozornost věnována pobytovým sociálním službám, a to domovům pro seniory a domovům se zvláštním režimem.

Dle § 49 Zákona o sociálních službách jsou poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace

vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby typu domov se zvláštním režimem jsou poskytovány dle § 50 Zákona o sociálních službách. V domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách. Dále také osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Oba typy sociálních služeb, domov pro seniory i domov se zvláštním režimem, poskytují základní činnosti v oblastech ubytování, stravy, pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, či při péči o osobní hygienu. Dále zajišťují také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a v neposlední řadě pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Struktura kapacit pobytových zařízení pro seniory se v průběhu let 2007–2019 výrazně proměnila. V návaznosti na přijetí zákona o sociálních službách, který nově definoval některé typy sociálních služeb, došlo v návaznosti na zhoršující se zdravotní stav k transformaci mnoha domovů pro seniory na domovy se zvláštním režimem. Za stanovené období došlo k nárůstu kapacit domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem o 12 000 míst, největší nárůst byl způsoben růstem kapacit ve službách typu domova se zvláštním režimem. Jejich kapacita činila v roce 2019 více než 36 % celkové kapacity všech pobytových zařízení pro seniory v ČR. Kapacita pobytových sociálních služeb vzrostla ve všech regionech, nejvíce v Plzeňském kraji, a to o 66,6 %, naopak nejmenší nárůst byl pozorován v Ústeckém kraji, a to o 7,4 % (Průša, 2021).

Dostupnost pobytových zařízení pro seniory je nutno hodnotit vzhledem k určité věkové skupině. V rámci mezinárodních komparací je hodnocena dostupnost pobytových služeb pro seniory zpravidla v relaci na 1 000 osob ve věku 65 a více let. V podmínkách České republiky lze pozorovat, že i přes celkově zvýšenou kapacitu pobytových sociálních služeb se v období let 2007–2019 dostupnost těchto služeb snížila z 29,7 místa na 1 000 osob ve věku 65+ v roce 2007 na 27,2 místa na 1 000 osob ve věku 65+. Tato data signalizují, že počet osob ve věku 65 let a více roste rychleji než kapacity v pobytových sociálních službách. S ohledem na výhled demografického vývoje a stárnutí populace se jedná o závažný problém, který bude v budoucnu znamenat výrazný pokles dostupnosti pobytových sociálních služeb pro seniory. Vzhledem k průměrnému

věku uživatelů pobytových sociálních služeb pro seniory, který je více než 80 let, je vhodnější hodnotit dostupnost těchto služeb v relaci na 1 000 osob ve věku 80 let a více. Z tohoto hodnocení lze pozorovat růst dostupnosti z 118,7 místa na 1 000 osob v roce 2012 na 131,4 místa na 1 000 osob v roce 2019. Tento nárůst je způsoben především pomalejším nárůstem osob v této věkové kategorii v porovnání s minulým obdobím. V období let 2012–2018 byl nárůst o 26 726 osob, zatímco v období let 2007–2012 se jednalo o nárůst o 57 635 osob, proto dostupnost pobytových sociálních služeb pro seniory klesla ze 129, 2 v roce 2007 na 118,7 v roce 2012 (Průša, 2021).

Ve sledovaném období let 2007–2019 se proměnila také struktura zřizovatelů pobytových sociálních služeb pro seniory. Dá se říci, že celý nárůst kapacit byl dán nárůstem kapacit v zařízeních zřizovaných nestátními neziskovými organizacemi a komerčními zřizovateli. Zařízení zřizovaná církevními organizacemi navýšila kapacity o 289 míst, kapacity obecních zařízení vzrostly o 457 míst. Kapacity zařízení zřizovaných kraji naopak vykazují pokles kapacit, a to o 467 míst (Průša, 2021).

3.2 Příklad implementace paliativní péče do praxe zařízení

Implementace paliativní péče do praxe pobytové sociální služby pro seniory vyžaduje komplexnost. S rozhodnutím k zavedení tohoto typu péče do praxe musí být v souladu pracovníci na všech úrovních daného zařízení sociálních služeb. K efektivní implementaci je nutno zpracovat podrobný plán příprav včetně řešení možných krizových situací a nastavení komplexního procesu paliativní péče s ohledem na možnosti konkrétního zařízení. V případě, že je stávající kapitál zařízení nedostačující, je zapotřebí zajištění jeho možného rozvoje.

V rámci příprav je nutno definovat jednotlivé fáze implementace včetně konkrétních zodpovědností a časový horizont splnění požadavků k zahájení poskytování paliativní péče. Hrdá (2018) definovala základní kroky k úspěšné implementaci paliativní péče do praxe pobytového zařízení. Prvním krokem je motivace pracovníků, a to zejména středního managementu, který dále ovlivňuje nižší management a pracovníky v přímé práci. Dalším krokem je zabezpečení finančního kapitálu, materiálního zabezpečení a vzdělávání pracovníků. Návazným krokem je zajištění multidisciplinárního týmu, který má dle Standardů paliativní péče určitou specifikaci. Jeho členy by měli být lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, dále také pracovníci duchovní služby

a dobrovolníci. V návaznosti na individuální potřeby klientů je multidisciplinární tým doplněn i o jiné osoby tak, aby byly individuální potřeby klientů saturovány (Sláma, 2014). Členové multidisciplinárního týmu by měli disponovat nejen základní kvalifikaci, měli by se dlouhodobě profesně vzdělávat s ohledem na měnící se potřeby klientů v paliativní péči i na nové metody a techniky užívané v paliativní péči. Mezi vhodná školení patří dlouhodobé vzdělávací výcviky, např. v oblastech krizové intervence či psychoterapie a vzdělávání v oblasti měkkých dovedností. Doporučeno je také absolvování stáží v jiných zařízeních pro načerpání příkladů dobré praxe. Vhodným prostředkem ke zvýšení znalostí mohou být také workshopy s praktickými ukázkami a příklady z praxe (Hrdá, 2018). Dalšímu profesnímu rozvoji by se měli věnovat nejen členové multidisciplinárního týmu, ale také ostatní pracovníci sociálního zařízení tak, aby měli základní vzhled do problematiky péče o klienty v paliativním režimu.

K účinné implementaci paliativní péče do praxe je důležité nastavení komunikační strategie, a to jak mezi členy multidisciplinárního týmu, tak i mezi ostatními pracovníky zařízení. Předávání informací musí být nastaveno tak, aby nedocházelo ke zbytečným prodlevám v komunikaci a celý tým mohl mít kdykoliv přístup k aktuálním informacím o stavu klienta v paliativním režimu. K efektivnímu nastavení práce celého týmu je důležité, aby měli jednotliví členové podobné charakteristiky. Jedná se o sdílení hodnotového rámce, zájem o společný cíl a respekt k ostatním členům týmu (Hawkins, Shohet, 2000).

K implementaci paliativní péče by měly být vytvořeny metodické postupy zahrnující nastavení jednotlivých procesů, pravidla spolupráce uvnitř i vně multidisciplinárního týmu, nastavení vedení dokumentace a komunikační strategii (Hrdá, 2018). Paliativní péče je proces rozdělený do čtyř návazných menších procesů. Jednotlivé procesy jsou provázané, kdy výstupy jednoho jsou vstupními informacemi pro proces navazující.

Zahajujícím procesem je plánování péče. Zde je důležitý nejen samotný proces individuálního plánování, ale také vymezení a identifikace požadovaných výstupů založených na individuálních potřebách a přání klienta. V tomto procesu sehraje hlavní roli sociální pracovník, který je zprostředkovatelem mezi sociální a zdravotní péčí (Niedermann, 2016). Při plánování péče je důležitým prvkem citlivá komunikace o závěru života, přáních a představách poskytování péče i pro chvíle, kdy již klient nebude při plném vědomí a nebude tak moci komunikovat o svých potřebách v závěru

života. Do plánování péče je vhodné v určitém momentě přizvat také rodinné příslušníky, kteří by měli být seznámeni s přáními klienta a plánovanými postupy.

Výsledkem procesu plánování je plán péče. Plán péče definuje postup poskytování paliativní péče až do závěru života včetně péče *post finem*. Plán péče musí být strukturovaný, s vymezením zapojených osob, jejich kompetencí a zodpovědností. Ve struktuře plánu péče by neměla chybět přání a představy klienta a cíl poskytování paliativní péče zahrnující vymezení všech zapojených osob v jednotlivých fázích včetně závěru života, smrti, úpravy těla a rozloučení s klientem. Důležitou částí plánu péče je vymezení kompetencí zapojených osob včetně uvedení kontaktní osoby pro další komunikaci (rodinného příslušníka, opatrovníka). Plán péče by měl dále obsahovat konkrétní postupy péče a vymezení rizik s návrhy jejich řešení. Posledním doporučeným bodem obsahu plánu péče je dle Hrdé (2018) co nejpřesnější definování situace, ve které je plán uveden do praxe. Vytvořený plán péče znamená pro klienta zvýšení pocitu bezpečí, jistoty a autonomie. Pro pečující personál je důležité seznámení se s plánem péče s dostatečným předstihem tak, aby bylo možno v budoucnu s jistotou saturovat měnící se potřeby a přání klienta a definovat s předstihem možná rizika včetně návrhů jejich řešení (Hrdá, 2018). Je vhodné, aby byl plán péče průběžně aktualizován, a to s ohledem na měnící se potřeby klienta. Aktualizaci je možno provést například při běžném individuálním plánování poskytování sociální služby s klientem.

Praktické uchopení plánu péče je zahájeno po lékařské indikaci zhoršeného zdravotního stavu a vyslovení pokynu k zahájení paliativní péče. Oproti zdravotnickým zařízením, ve kterých o tomto kroku rozhoduje konsilium lékařů, v podmínkách sociálních služeb se ve většině případů jedná o rozhodnutí jednoho lékaře (Niedermann, 2016). Poskytování paliativní péče dle předem stanoveného plánu může trvat několik dní či týdnů. Velmi důležitým aspektem, který ovlivňuje efektivitu poskytování péče, je důstojné a příjemné prostředí. V pobytových sociálních zařízeních je vytvoření takového prostředí podstatné nejen pro klienta a jeho rodinné příslušníky, ale také pro ostatní klienty sociální služby. Prostor, ve kterém probíhá rozloučení s klientem, by mělo umožnit zachování intimity. Prostor by neměl být rušen vnějšími vlivy, např. hlukem z provozu služby či z ulice a měl by poskytovat podmínky pro ztišení a zmírnění světelného záření. Úprava prostoru by měla vždy odpovídat potřebám jednotlivce stanovených v plánu péče (Hrdá, 2018). Samotný závěr života a rozloučení může trvat i několik dní. Proto je vhodné zajistit možnost návštěv umírajícího klienta rodinnými příslušníky po celých 24 hodin denně.

Úmrtí klienta může být potvrzeno pouze lékařem. V případě jeho nepřítomnosti může konstatovat smrt záchranná služba či koroner. Při úmrtí v pobytovém zařízení je dle Zákona o zdravotních službách nutno provést pitvu, neuvedl-li klient výslovný nesouhlas s jejím provedením. Tento nesouhlas musí být zaznamenán v plánu péče (ve zdravotnické dokumentaci) s úředně ověřeným podpisem klienta. Pokud má klient omezené kognitivní schopnosti a nemůže nesouhlas podepsat, musí být doložen podpis svědka nesouhlasu (§81 odst. 5 Zákona o zdravotních službách).

Paliativní péče není ukončena úmrtím klienta. Paliativní péče je péčí i o osoby blízké, a to až po dobu 12 měsíců po úmrtí blízké osoby. Nejedná se jen o pozůstalé rodinné příslušníky, ale také o pracovníky a klienty sociální služby. Je vhodné umožnit poslední rozloučení vytvořením pietního místa včetně posmrtného obřadu, např. zádušní mše. Důležitá je otevřená komunikace o úmrtí klienta a zajištění podpory pro všechny zapojené osoby (ošetřující personál, rodinní příslušníci, dobrovolníci, klienti). V případě potřeby by měl být k dispozici sociální pracovník, psycholog, terapeut či pracovník duchovní služby tak, aby byla zajištěna podpora v době truchlení. Pro klienty sociální služby by měli být oporou také pracovníci, kteří jim poskytnou ucelené informace a budou otevřeně komunikovat o tématu smrti. Smrt je v pobytové sociální službě pro seniory tématem, se kterým se setkávají všichni zúčastnění, nedá se však předpokládat, že by s touto problematikou byli všichni ztotožnění a smíření jako s přirozenou součástí života. Je nutné toto téma detabuizovat a umět o něm citlivě hovořit (Hrdá, 2018). Pozornost po úmrtí klienta by měla být věnována také ošetřujícímu personálu. Praktická část paliativní péče je náročnou službou, která vyžaduje vysokou míru podpory pro ošetřující personál, např. ve formě supervizí či terapeutických rozhovorů.

4 Výzkumná část

4.1 Cíle výzkumného šetření, výzkumná otázka, formulace hypotéz

Hlavním cílem výzkumu je analyzovat faktory, které mají vliv na zavedení paliativní péče do praxe zařízení sociálních služeb pro seniory. Obecným cílem je přispění k současným poznatkovým východiskům této oblasti na základě realizace vlastní výzkumné studie.

Dílčí cíle související s realizovaným výzkumem:

- C1 Analyzovat, zda má druh sociální služby vliv na implementaci paliativní péče.
- C2 Analyzovat, zda má druh zřizovatele vliv na implementaci paliativní péče.
- C3 Analyzovat, zda má implementace paliativní péče vliv na snížení počtu zemřelých seniorů v nemocnicích.

Ve výzkumném šetření je vydefinována výzkumná otázka „Jaké faktory ovlivňují implementaci paliativní péče do praxe?“ K zodpovězení výzkumné otázky budou zjišťovány faktory vedoucí či bránící k implementaci paliativní péče do pobytových sociálních služeb pro seniory.

Na cíle výzkumného šetření navazují tři výzkumné hypotézy. Tyto hypotézy se zabírají vlivem zřizovatele a typu zařízení na implementaci paliativní péče a snížením počtu hospitalizací seniorů vlivem poskytované paliativní péče.

- H1 Paliativní péče je zavedena častěji v domovech pro seniory než v domovech se zvláštním režimem.
- H2 U organizací zřizovaných církvemi je ve větší míře aplikována paliativní péče ve srovnání se zařízeními zřizovanými městy/obcemi.
- H3 V zařízeních, kde je paliativní péče poskytována, umírá méně seniorů v nemocnicích než v zařízeních neposkytujících paliativní péči.

4.2 Operacionalizace

Operacionalizace dat je rozdělena na operacionalizaci hlavního cíle, dílčích cílů a hypotéz. Rozdělení je zvoleno s cílem zajištění vyšší míry přehlednosti v operacionalizaci. Operacionalizace se vztahuje k dotazníku, který je přílohou diplomové práce (Příloha č. 8). V podkapitole 4.2.1 Operacionalizace hlavního cíle jsou operacionalizovány také otázky, které byly v dotazníkovém šetření zahrnuty, ale již nebyly dále pro účely diplomové práce zpracovány. Výzkumné šetření bylo původně zamýšleno v širším kontextu, než bylo v konečném důsledku zpracováno. Data získaná nad rámec výzkumu budou dále využita v jiných výzkumných šetřeních.

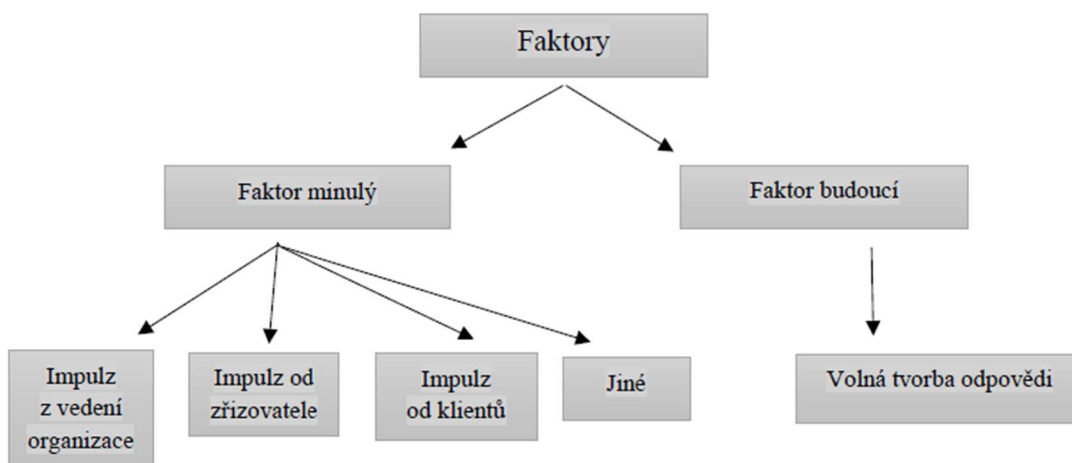
4.2.1 Operacionalizace hlavního cíle

Faktory, které měly pozitivní vliv na zavedení paliativní péče do praxe zařízení, jsou rozuměny podněty, které vedly k postupné implementaci paliativní péče.

Faktor minulý, který vedl k implementaci, je polytomická proměnná nabývající hodnot: impuls od zřizovatele – impuls z vedení organizace ke zkvalitnění péče – impuls od klientů k možnosti důstojnějšího umírání a uplatnění vlastní vůle i v závěru života – jiné (doplňte). Zjišťována bude otázkou č. 16.

Faktor budoucí je zjišťován otevřenou otázkou č. 20 s volnou tvorbou odpovědi.

Obrázek č. 2: Operacionalizace hlavního cíle – otázky č. 20 dotazníkového šetření. Zdroj: vlastní zpracování.

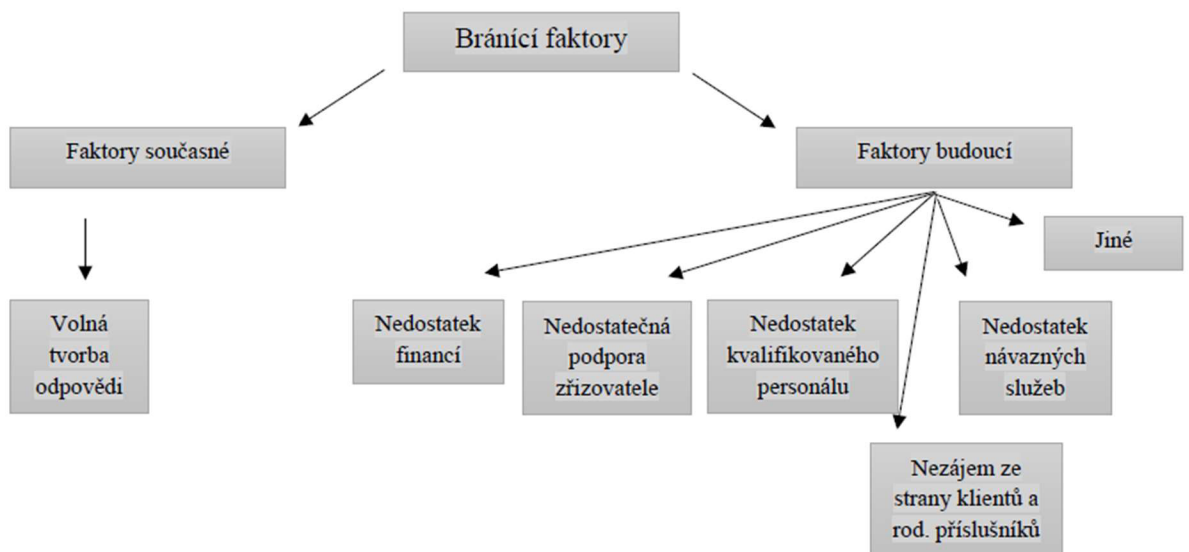


Pro ucelení informací o faktorech majících vliv na implementaci paliativní péče, je nutno zjistit nejen faktory, které vedou k implementaci, ale také faktory, které mohou být překážkou při implementaci. Je rozdělen na faktor minulý (u zařízení majících již paliativní péče zavedenou) a budoucí (u zařízení, která zavedení paliativní péče zvažují).

Faktory bránící efektivní implementaci jsou rozuměny bariéry a překážky, které vedou ke komplikacím při poskytování paliativní péče, případně brání jejímu zavedení. Jsou rozděleny na bránící faktory současné (u zařízení majících již paliativní péče zavedenou) a budoucí (u zařízení, která zavedení paliativní péče zvažují).

Bránící faktory současné jsou zjišťovány otevřenou otázkou č. 21 s volnou tvorbou odpovědi. Bránící faktory budoucí je polytomická proměnná nabývající hodnot: nedostatek financí – nedostatečná podpora zřizovatele – nedostatek kvalifikovaného personálu – nedostatek návazných služeb – nezáměr ze strany klientů a rodinných příslušníků – jiné (doplňte). Zjišťována bude otázkou č. 18.

Obrázek č. 3: Operacionalizace hlavního cíle – otázky č. 18 dotazníkového šetření. Zdroj: vlastní zpracování.

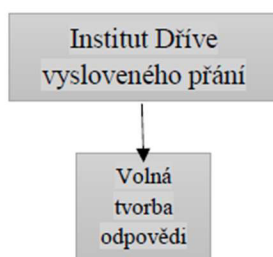


V dotazníkovém šetření byly zařazeny také otázky, které přímo nesouvisí se současnými cíli a hypotézami. Výzkumné šetření bylo původně zamýšleno v širším kontextu, než bylo v konečném důsledku zpracováno. Proto bylo zajištěno více dat, než která byla v diplomové práci analyzována. Data získaná nad rámec zpracovaného výzkumu budou dále využita v jiném výzkumu.

Mezi tato data lze zařadit otázky na znalost institutu Dříve vysloveného přání, míru informovanosti o paliativní péči, místem nabytí znalostí o paliativní péči a délkou zavedení praxe v jednotlivých zařízeních. Dále zde byla věnována pozornost dalšímu profesnímu rozvoji, a to formám vzdělávání k efektivnímu nabytí nových znalostí a dovedností. Poslední otázka se věnovala oblastem paliativní péče, které věnují respondenti největší pozornost, resp. která je pro ně v poskytování paliativní péče nejzásadnější. Pro přehlednost jsou i tyto otázky zpracovány v rámci operacionalizace. Data z těchto otázek nejsou dále v rámci interpretace zpracována, budou však využita v příštím výzkumném šetření.

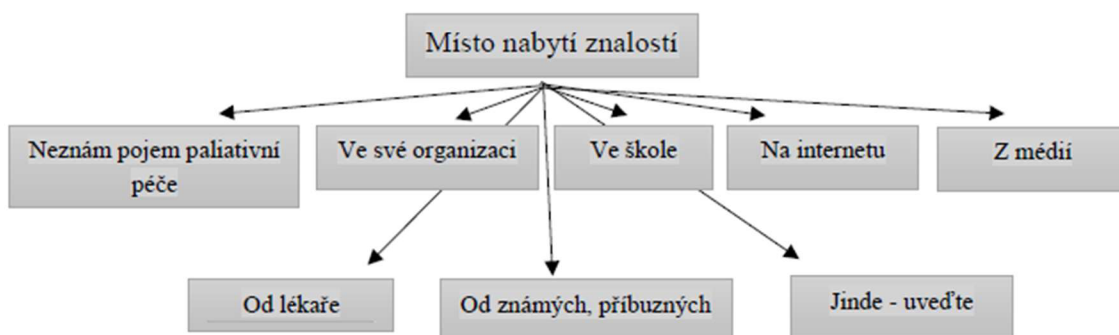
Mírou informovanosti je rozuměna znalost pojmu a významu institutu Dříve vysloveného přání. Zjišťována bude otevřenou otázkou č. 8 s volnou tvorbou odpovědi.

Obrázek č. 4: Operacionalizace otázky č. 8 dotazníkového šetření. Zdroj: vlastní zpracování.



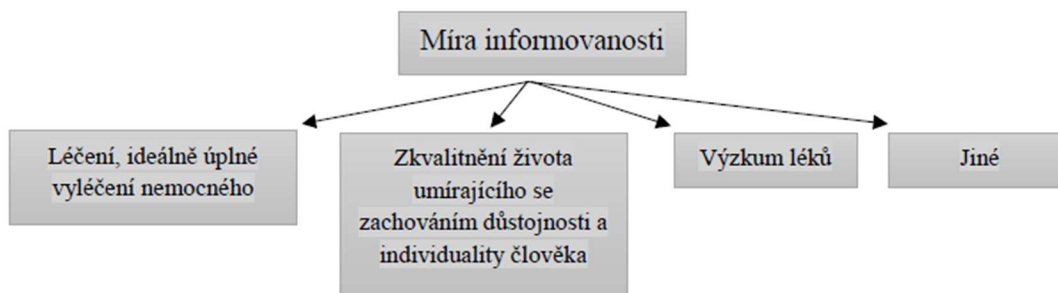
Místem nabytí znalostí je rozuměno první seznámení se s pojmem a významem paliativní péče. Místo nabytí znalostí je polytomická proměnná nabývající hodnot: neznám pojem paliativní péče – ve své organizaci, ve které působím – ve škole – na internetu – z médií (TV, rozhlas) – od lékaře – od známých, příbuzných – jinde, uveďte. Zjišťována bude otázkou č. 9.

Obrázek č. 5: Operacionalizace otázky č. 9 dotazníkového šetření. Zdroj: Vlastní zpracování.



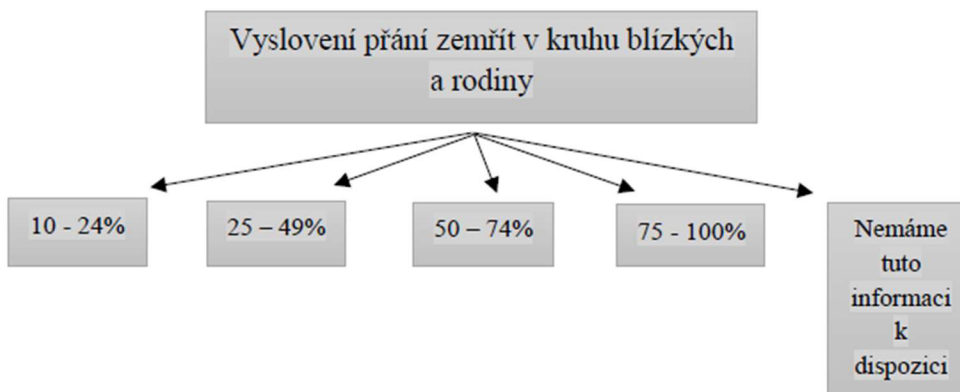
Mírou informovanosti je rozuměna znalost pojmu a významu paliativní péče. Míra informovanosti je polytomická proměnná nabývající hodnot: Léčení, ideálně úplné vyléčení nemocného – Zkvalitnění života umírajícího se zachováním důstojnosti a individuality člověka – Výzkum léků – Jiné (uveďte). Zjišťována bude otázkou č. 10.

Obrázek č. 6: Operacionalizace otázky č. 10 dotazníkového šetření. Zdroj: Vlastní zpracování.



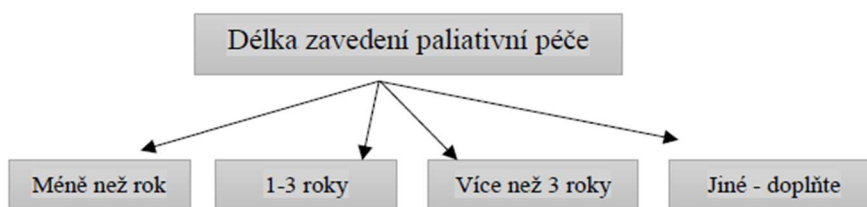
Přání zemřít v kruhu blízkých a přátel vyjadřuje míru uplatnění vlastní vůle a zároveň také institutu Dříve vysloveného přání. Přání je polytomická proměnná nabývající hodnot: 10 - 24%, 25 - 49%, 50 - 74%, 75 -100% - Nemáme tuto informaci k dispozici. Zjišťována bude otázkou č. 13.

Obrázek č. 7: Operacionalizace otázky č. 13 dotazníkového šetření. Zdroj: Vlastní zpracování.



Délkou zavedení paliativní péče je rozuměn časový horizont od zahájení poskytování paliativní péče do dne vyplnění dotazníku. Délka zavedení je polytomická proměnná nabývající hodnot: Méně než rok – 1 až 3 roky – více než 3 roky – jiné (doplňte). Zjišťována bude otázkou č. 15.

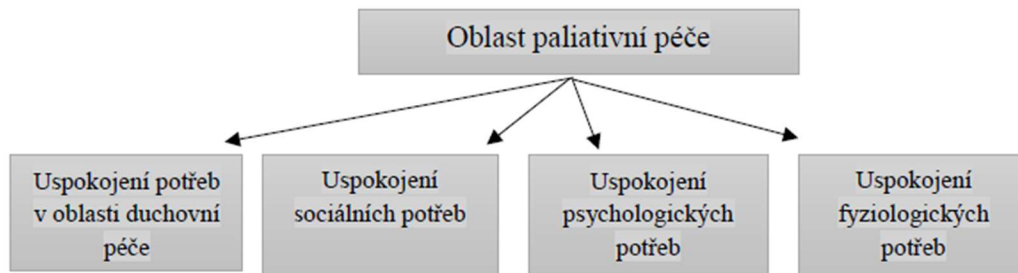
Obrázek č. 8: Operacionalizace otázky č. 15 dotazníkového šetření. Zdroj: Vlastní zpracování.



Oblastí paliativní péče je rozuměna oblast, které je pracovníky přikládána největší míra významnosti. Oblast je polytomická proměnná nabývající hodnot: Uspokojení potřeb v oblasti duchovní péče (možnost návštěvy pastoračního pracovníka, náboženské aktivity...) - Uspokojení sociálních potřeb (návštěvy přátel, rodinných příslušníků, společenské aktivity, aktivity dobrovolníků aj.) - Uspokojení psychologických potřeb (možnost rozhovorů, možnost využití psychologa aj.) -

Uspokojení fyziologických potřeb (zaopatření stravy, ubytování, pohodlí, bezpečí, zdravotnické ošetření aj.). Zjišťována bude otázkou č. 17.

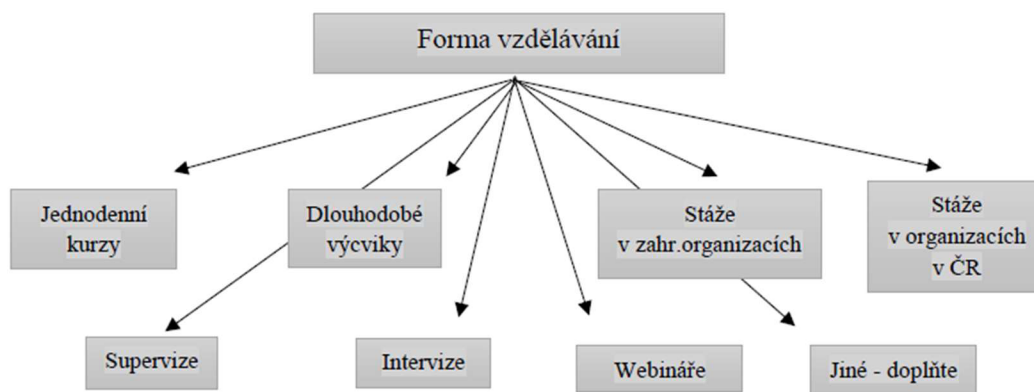
Obrázek č. 9: Operacionalizace otázky č. 17 dotazníkového šetření. Zdroj: Vlastní zpracování.



Formou vzdělávání je rozuměn způsob k prohlubování znalostí a dovedností, který vede k nejefektivnějšímu ukotvení nových znalostí a dovedností a usnadňuje implementaci do praxe.

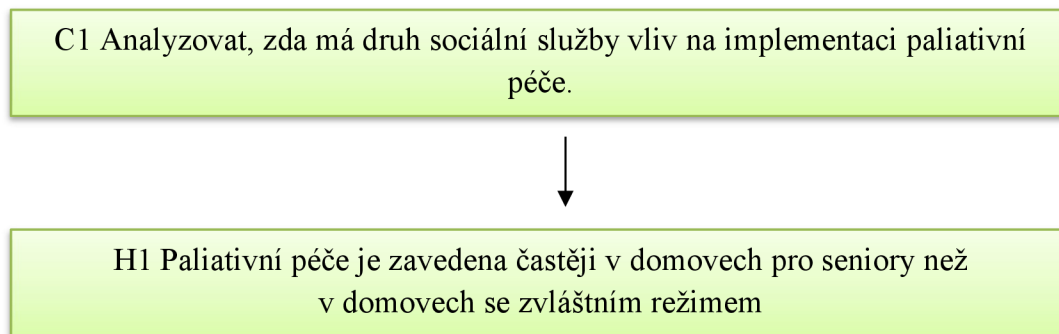
Forma vzdělávání je polytomická proměnná nabývající hodnot: jednodenní kurzy – dlouhodobé výcviky – stáže v zahraničních organizacích – stáže v organizacích v ČR – supervize – intervize – webináře (online vzdělávání) – jiné (doplňte). Zjišťována bude otázkou č. 19.

Obrázek č. 10: Operacionalizace otázky č. 19 dotazníkového šetření. Zdroj: Vlastní zpracování.



4.2.2 Operacionalizace dílčích cílů a hypotéz

Operacionalizace dílčích cílů a hypotéz spolu úzce souvisí. Operacionalizace dílčího cíle je tak vždy spojena s konkrétní, na něj navazující, hypotézou.

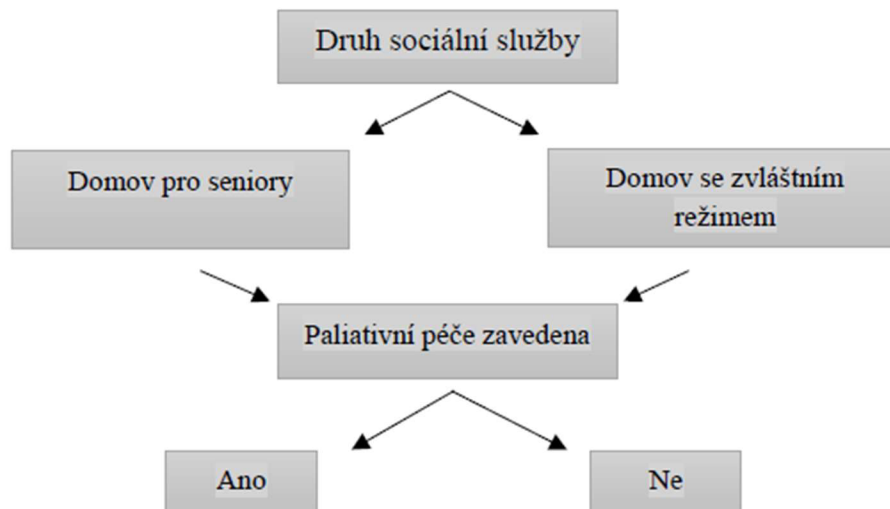


Domovem pro seniory je rozuměn druh pobytové sociální služby, která je určena osobám nad 65 let věku. Domovem se zvláštním režimem pro seniory je rozuměn druh pobytové sociální služby pro osoby nad 65 let věku mající sníženou soběstačnost, např. z důvodu poruchy paměti a mající potřebu zvýšené pravidelné pomoci a péče jiné osoby.

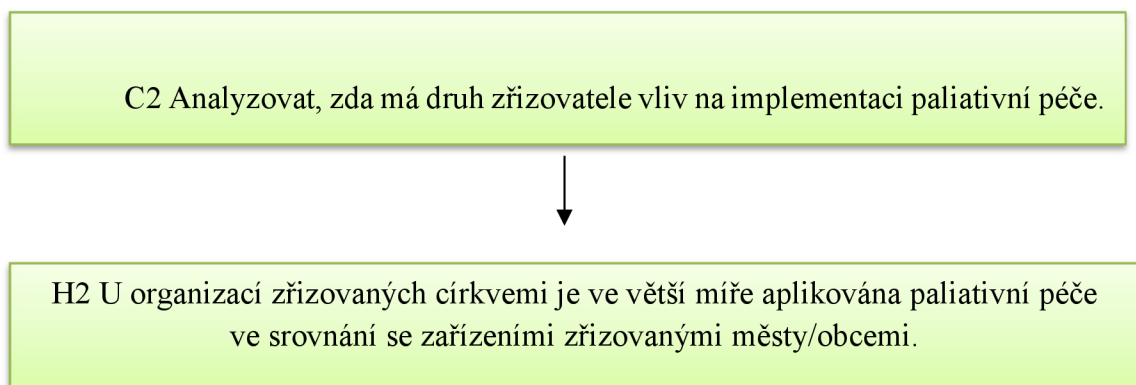
Druhem je rozuměna skupina s určitými stejnými znaky a vlastnostmi, skrze které se odlišují od ostatních druhů či skupin. Typ pobytové sociální služby je ditochomická proměnná nabývající hodnot domov pro seniory – domov se zvláštním režimem. Bude zjišťována otázkou č. 5.

Zavedením či naplněním je rozuměna implementace všech procesů paliativní péče do praxe. Zavedení je ditochomická proměnná, která nabývá hodnot ano – ne. Bude zjišťována otázkou č. 14.

Obrázek č. 11: Operacionalizace dílčího cíle C1 a hypotézy H1. Zdroj: vlastní zpracování.

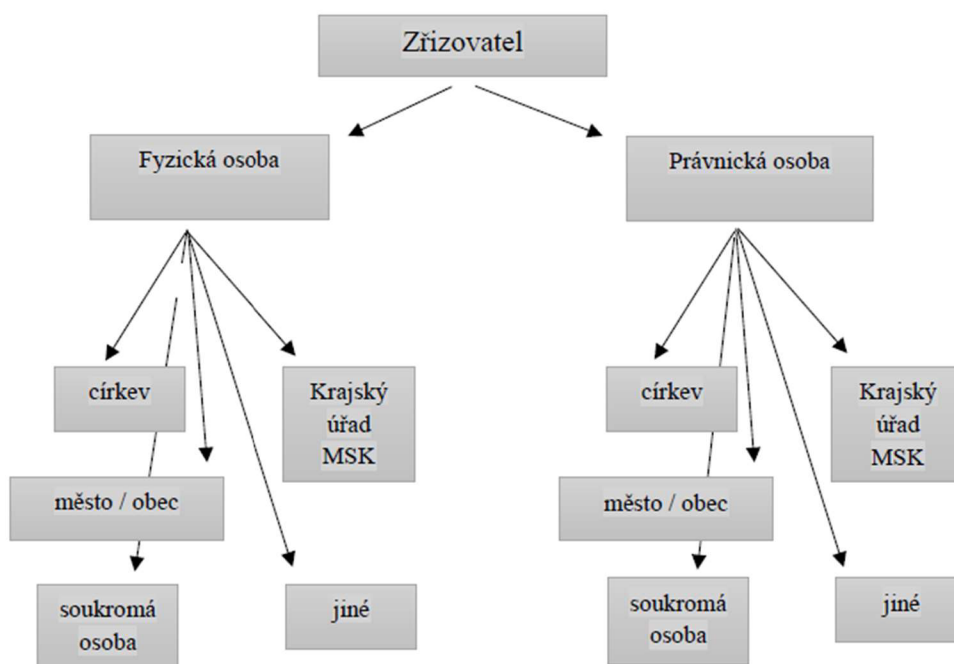


Na dílčí cíl C2 navazuje druhá hypotéza výzkumu, která se zabývá ovlivněním implementace paliativní péče typem zřizovatele.



Zřizovatelem je rozuměna právnická či fyzická osoba vytvářející podmínky, pravidla a zásady pro vznik a chod organizace. Zřizovatel je polytomická proměnná nabývající hodnot: církev – město/obec, Krajský úřad Moravskoslezského kraje – Soukromá osoba - Jiné. Zjišťována bude otázkou č. 4.

Obrázek č. 12: Operacionalizace dílčího cíle C2 a hypotézy H2. Zdroj: vlastní zpracování.



Na poslední dílčí cíl C3 navazuje hypotéza H3 výzkumu, která se zabývá souvislostí poskytování paliativní péče a snížením počtu úmrtí seniorů v nemocnicích.

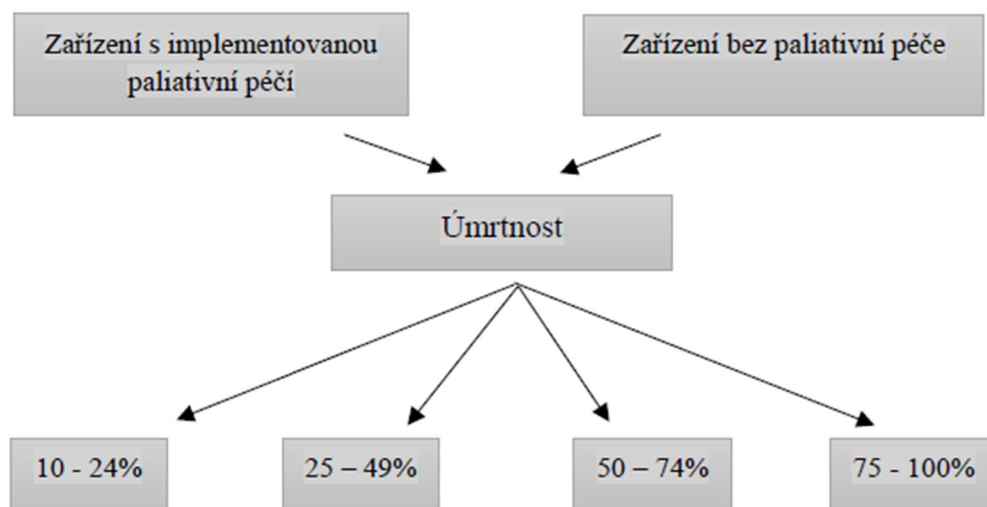
C3 Analyzovat, zda má implementace paliativní péče vliv na snížení počtu zemřelých seniorů v nemocnicích.



H3 V zařízeních, kde je paliativní péče poskytována, umírá méně seniorů v nemocnicích než v zařízeních neposkytujících paliativní péči.

Úmrtností je rozuměn demografický ukazatel, který udává podíl zemřelých z určité skupiny populace za určité časové období. Úmrtnost je polytomická proměnná nabývající hodnot: 10 - 24%, 25 - 49%, 50 - 74%, 75 - 100%. Zjišťována bude otázkami č. 11. a č. 12.

Obrázek č. 13: Operacionalizace dílčího cíle C3 a hypotézy H3. Zdroj: vlastní zpracování.



4.3 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část byl zvolen kvantitativní výzkumný přístup. Výzkum byl rozdělen do dvou etap. V první etapě byly mapovány pobytové sociální služby pro seniory působící v Moravskoslezském kraji. Jednotliví poskytovatelé byli elektronickou či telefonickou cestou informováni o plánovaném výzkumu – byl představen koncept diplomové práce a cíl výzkumu, informace o plánovaném časovém období sběru dat a možnostech k zapojení se písemnou či elektronickou cestou. Cílem první etapy bylo navázání kontaktů a motivace jednotlivých poskytovatelů k zapojení se do výzkumného šetření.

Druhá etapa výzkumu vycházela z poznatků etapy první. Výzkumnou technikou této fáze bylo dotazníkové šetření s využitím strukturovaného dotazníku vlastní konstrukce. Tato technika byla zvolena skrze její nízké finanční a časové náročnosti, možného oslovení velkého počtu respondentů a také anonymitu, která vytváří pocit bezpečí a zabraňuje tak do jisté míry zkreslování odpovědí.

Dotazník se skládá z otázek uzavřených, otevřených a jedné otázky filtrační. Tento dotazník byl před samotným výzkumem ověřen za pomoci 2 domovů pro seniory

a 1 domova se zvláštním režimem. Po vyplnění dotazníků byly analyzovány připomínky, které vedly k úpravě dotazníku, a to otázek č. 9 a 16, které byly doplněny o další možnosti výběru odpovědi. V dotazníkovém šetření byly zjišťovány odpovědi na otázky, které nebyly v diplomové práci finálně zpracovány. Prvotním záměrem diplomové práce byl širší výzkum zaměřený na více oblastí souvisejících s paliativní péčí. V rámci zpracovávání dat bylo zjištěno, že je nutno zúžit hlavní cíl výzkumného šetření, portfolio zjištěných dat bylo příliš široké. Toto zjištění vedlo k přeformulování hlavního cíle diplomové práce. V interpretaci dat tak nejsou zpracována všechna zjištěná data. Neznamená to však jejich nevyužití. Data budou využita v jiných výzkumech. Mohou být také inspirací pro zahájení jiných výzkumných šetření, např. v oblasti vzdělávacích potřeb poskytovatelů sociálních služeb v Moravskoslezském kraji aj. Celé znění dotazníku je přílohou č. 8 diplomové práce.

Předností dotazníkového šetření je snadné a rychlé oslovení velkého počtu respondentů. Negativem je možná snížená návratnost, která má za následek snížení výpovědní hodnoty (Disman, 2002). Návratnost dotazníkové šetření je 53 %. Snížená návratnost je tak jedním z hlavních limitů výzkumu. Limitem pro výzkumné šetření byla také nepříznivá epidemiologická situace v České republice v roce 2020. Nastavená mimořádná restriktivní opatření omezovala provoz sociálních služeb, možnost osobních návštěv byla zamezena. Proto bylo nutno zvolit jako primární cestu k vyplnění dotazníku online prostředí, sekundární možností bylo vytištění zaslaného dotazníku a zaslání poštou, případně předání ve fyzické podobě při osobním setkání.

4.4 Výzkumný soubor

Sběr dat pro dotazníkové šetření probíhal u poskytovatelů pobytových sociálních služeb pro seniory s územní působností Moravskoslezského kraje. V Moravskoslezském kraji bylo v době realizace výzkumu celkově 114 pobytových sociálních služeb pro seniory, z toho 71 domovů pro seniory (dle § 49 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) a 43 domovů se zvláštním režimem (dle § 50 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) pro cílovou skupinu seniory. Mezi respondenty byly nejčastěji ženy (93 %), nejpočetnější věkovou kategorií byl střední věk 41–55 let (68 %). Rozložení respondentů podle věku a pohlaví je uvedeno v tabulce č 1.

Tabulka č. 1: Rozložení respondentů podle věku a pohlaví. Zdroj: vlastní zpracování.

Věk	Ženy	Muži	Celkem	Celkem v %
18 – 25 let	1	0	1	2
26 – 40 let	10	1	11	18
41 – 55 let	39	2	41	68
56 – 65 let	6	1	7	12
Nad 65 let	0	0	0	0

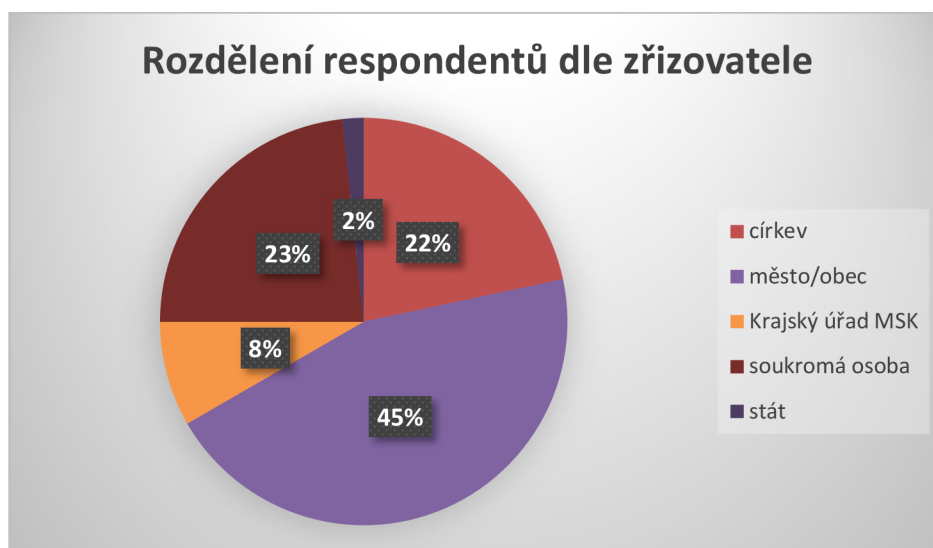
Mezi respondenty jsou vedoucí pracovníci (70 %), sociální pracovníci (27 %) a zdravotní pracovníci (3 %) s různou délkou působení v sociálních službách. Rozložení respondentů dle zastávaných pozic a délky působení v sociálních službách je uvedeno v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2: Rozložení respondentů dle pracovního zařazení a délky působení v sociálních službách. Zdroj: vlastní zpracování.

Délka praxe	Vedoucí pracovník	Sociální pracovník	Zdravotní pracovník	Celkem	Celkem v %
méně než 5 let	7	5	0	12	20
6 – 10 let	18	3	1	22	37
11 - 20 let	15	8	1	24	40
více než 20 let	2	0	0	2	3

Jednotliví respondenti-poskytovatelé se liší svými zřizovateli. Mezi respondenty je rozdělení dle zřizovatele následovné: 45 % město/obec, 23 % soukromé osoby, 22 % církev, 8 % Krajský úřad Moravskoslezského kraje, 2 % stát. Mezi respondenty jsou zahrnuta zařízení v právních formách: příspěvková organizace (55 %), nezisková organizace (38 %) a akciová společnost (7 %).

Graf č. 1: Rozdělení respondentů dle zřizovatele. Zdroj: vlastní zpracování.



4.5 Etické aspekty a limity výzkumu

Etické otázky a limity jsou součástí každého výzkumu, který je prováděn s lidmi (Pelikán, 1998). Dle Dohnalové (Sociální práce, 1/2011) je možno etické limity sestavit do tzv. etického desatera.

Prvním bodem etického desatera je soukromí a důvěrnost. Toto kritérium bylo naplněno zachováním anonymity výzkumného šetření. Pro sběr dat byl využit anonymní dotazník a zároveň v interpretacích výsledků nejsou zveřejněna data, která by umožnila bližší identifikaci jednotlivých zapojených osob. Druhé kritérium etického desatera se zabývá informovaným souhlasem, který v podmínkách tohoto výzkumného šetření nemusel být pořízován v písemné podobě. V dotazníku bylo jasně vydefinováno, že anonymita bude zachována a výsledky budou interpretovány bez bližšího určení respondenta. Jednotlivé zapojené osoby se do výzkumného šetření zapojily dobrovolně, čímž byl vyjádřen i souhlas se zapojením.

Třetím aspektem je zachování emočního bezpečí. Emoční bezpečí bylo zachováno prostřednictvím zachování anonymity. Zapojené osoby mohly svobodně vyjádřit své názory bez pocitu emočního nebezpečí, jelikož v interpretaci výsledků se neobjevují konkrétní určení, kdo danou odpověď zvolil. Při vyplňování dotazníku nebyli účastníci výzkumu omezeni ani časem, a to z důvodu poskytnutí dostatečného časového prostoru k promyšlení jednotlivých odpovědí.

Ve čtvrtém etickém aspektu výzkumu je uváděna citlivost výzkumníka. Toto kritérium bylo naplněno promyšlením možných dopadů dotazníkového šetření do praxe jednotlivých zařízení. Pokud by mělo dotazníkové šetření za následek, mimo jiné, také zamyšlení se v jednotlivých zařízeních pro seniory nad možnou implementací paliativní péče do praxe, a otevření tématu k debatám, bylo by to velkým pozitivem. Aby byl naplněn pátý aspekt, a to nezatajení cílů a okolností výzkumu, byli před samotným vyplňováním dotazníků respondenti dostatečně seznámeni s důvodem a způsobem vyplňování. Zároveň byli informováni o možnosti zaslání celkových výsledků diplomové práce, včetně jejího obsahu.

Další princip se zabývá řádným citováním a odkazováním. V diplomové práci byl zachován tento princip řádným citováním použité literatury. V případě užití původní myšlenky jiného autora není zamýšleno vědomé zkreslování či nevhodná formulace. Aspekt týkající se reciprocitu je dalším z možných etických oblastí výzkumného šetření. Reciprocita nebyla ze strany autorky diplomové práce vynucována. Autorka práce při realizaci výzkumného šetření nenavázala blízký kontakt s tázanými osobami.

Předposledním etickým aspektem výzkumu je zpřístupnění práce účastníkům výzkumu. To bylo umožněno všem respondentům, resp. byli osloveni s nabídkou zaslání jak výzkumu, tak celé diplomové práce, v případě projevení zájmu byl vyžádán e-mailový kontakt. Posledním z etických aspektů výzkumného šetření je zodpovědnost pracovníka. Autorka diplomové práce přijala zodpovědnost za zpracování celé diplomové práce včetně interpretace dat a závěrečné diskuze. V rámci zpracování teoretické i empirické části byla zachována objektivita a nezávislost.

V oblasti výzkumu je nutno přihlídnout k jeho limitům. Hlavním limitem byla realizace dotazníkového šetření v době nepříznivé epidemiologické situace v České republice, která byla způsobena onemocněním COVID-19. Dotazníkové šetření bylo posunuto z plánovaného období realizace první poloviny roku 2020 na druhou polovinu roku. Avšak i druhá polovina roku byla silně poznamenána nepříznivým vývojem onemocnění COVID-19, zejména v sociálních službách. Provoz pobytových sociálních služeb byl ovlivněn restriktivními opatřeními, mimo jiné zákazem návštěv a vycházení. V jednotlivých zařízeních tak nemohly být realizovány plánované návštěvy za účelem zajištění distribuce dotazníků a rozhovorů s pracovníky jednotlivých zařízení. Dotazníky byly distribuovány v elektronické podobě a jejich sběr probíhal jak elektronicky, tak v písemné podobě – některá zařízení preferovala vytištění dotazníků a jeho následné zaslání, než vyplnění on-line formuláře.

Dalším limitem výzkumu je jeho nízká návratnost. Osloveno bylo celkově 71 domovů pro seniory a 43 domovů se zvláštním režimem. Návratnost vyplněných dotazníků byla 53 %. Snížená návratnost je také jedním z důsledků negativního vývoje epidemiologické situace, kdy pracovníci sociálních zařízení zajišťovali chod sociálních služeb ve ztíženém režimu a neměli dostatek prostoru k zapojení se do dotazníkového šetření. Mimo nepříznivou epidemiologickou situaci může být limitem také nezáměr pracovníků sociálních služeb o paliativní péči a s tím spojený nezáměr o zapojení se do výzkumného šetření. Snížená návratnost má za následek možné zkreslení výsledků. Byla realizována metoda negativního samovýběru, výsledky jsou tedy indikativní a možnost jejich generalizace je významně snížena.

Jedním z dalších možných limitů je dostatečnost odborné literatury a praxe v oblasti implementace paliativní péče do praxe pobytových zařízení pro seniory v České republice. Paliativní péče je uplatňována zejména v oblasti zdravotnických zařízení, poskytování paliativní péče v sociálních pobytových zařízeních pro seniory je vždy na pomezí péče sociální a zdravotní a je na bázi dobrovolnosti. V sociálních službách je paliativní péče implementována postupnými kroky na základě individuálního zájmu jednotlivých zařízení. Přesto se domnívám, že se podařilo nalézt a čerpat z dostatečného množství odborných publikací a inovativních projektů.

5 Interpretace dat

Interpretace výsledků je rozdělena na interpretaci hlavního cíle, dílčích cílů a hypotéz. Výsledky dotazníkového šetření jsou souhrnem odpovědí respondentů z pobytových sociálních služeb pro seniory v Moravskoslezském kraji.

V dotazníkovém šetření byly zjišťovány odpovědi na otázky, které nebyly v diplomové práci finálně zpracovány. Prvotním záměrem diplomové práce byl širší výzkum zaměřený na více oblastí souvisejících s paliativní péčí. V rámci zpracovávání dat bylo zjištěno, že je nutno zúžit hlavní cíl výzkumného šetření, portfolio zjištěných dat bylo příliš široké. Toto zjištění vedlo k přeformulování a zúžení hlavního cíle diplomové práce. V interpretaci dat tak nejsou zpracována všechna zjištěná data. Neznamená to však jejich nevyužití. Data budou využita v jiných výzkumech. Mohou být také inspirací pro zahájení jiných výzkumných šetření, např. v oblasti vzdělávacích potřeb poskytovatelů sociálních služeb v Moravskoslezském kraji aj.

Návratnost dotazníkového šetření je 53 %, výsledky jsou tak pouze indikativní a nelze z nich vyvozovat obecné závěry. Přesto nelze říci, že by výsledky byly neprůkazné, i přes jejich sníženou validitu poukazují na určité nastavení paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory v Moravskoslezském kraji.

5.1 Interpretace hlavního cíle

Ve výzkumu byl zvolen hlavní cíl, a to analyzovat faktory, které mají vliv na zavedení paliativní péče do praxe zařízení.

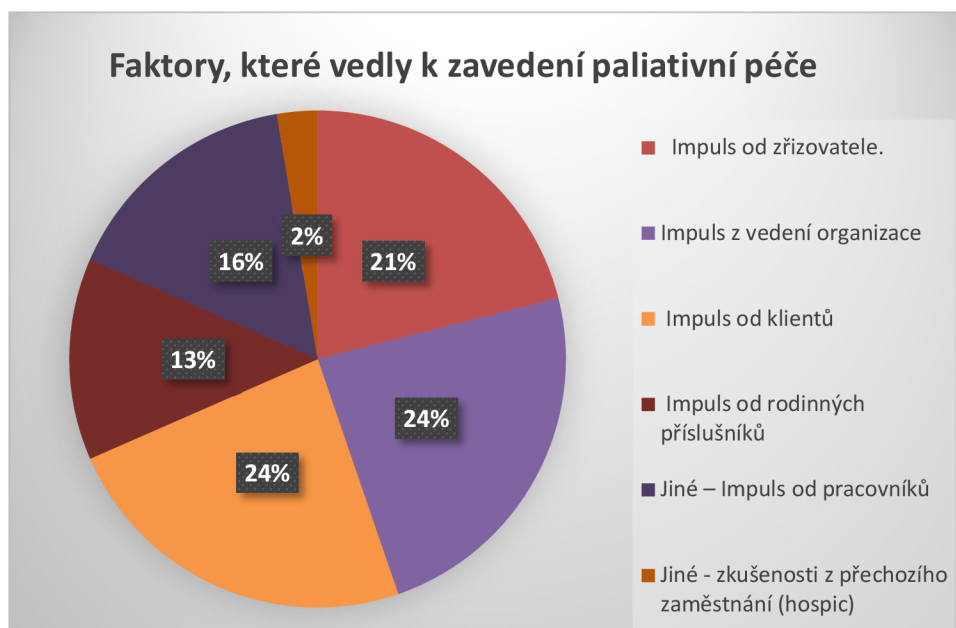
Faktory, které měly, či mají, vliv na implementaci paliativní péče do praxe zařízení, byly rozděleny do kategorie faktorů, které podporují zavedení paliativní péče a faktorů, které jejímu efektivnímu zavedení brání. Otázky byly rozděleny pro zařízení, která měla v době výzkumu paliativní péči již uchopenou v praxi a zařízení, která paliativní péči ve své praxi neuplatňovala. U těchto zařízení byla zvolena volná tvorba odpovědi.

Mezi podporující faktory u zařízení s implementovanou paliativní péčí byly nastaveny možnosti odpovědi: impuls od zřizovatele, od vedení organizace, od klientů, od rodinných příslušníků a možnost doplnění jiné odpovědi. Analýza podporujících faktorů u zařízení s implementovanou paliativní péčí ukázala, že k uplatnění paliativní

péče do praxe byl pro respondenty nejvýznamnějším impulsem podnět ze strany klientů sociálních služeb (24 %), a ze strany vedení organizace (24 %). U 21 % respondentů byl podnětný impuls od zřizovatele sociální služby, 16 % respondentů uvedlo, že paliativní péči implementovalo na základě podnětů od pracovníků. U 13 % dotazovaných byl rozhodným faktorem pro uplatnění paliativní péče podnět ze strany rodinných příslušníků, u 2 % se jednalo o vnitřní potřebu a zkušenosti z dřívějších zaměstnání v zařízeních hospicového typu.

U respondentů ze zařízení bez prakticky uchopené paliativní péče byla možnost volné tvorby odpovědi. Mezi důvody, které by vedly k myšlence implementace paliativní péče do praxe, zaznívaly důvody vlastní zkušenost s potřebou paliativní péče při péči o osobou blízkou či vnitřní nastavení skrze křesťanské hodnoty uplatňující v praxi křesťanskou lásku a zachování lidské důstojnosti do konce života.

Graf č. 2: Faktory, které vedly k zavedení paliativní péče u zařízení s implementovanou paliativní péčí.
Zdroj: vlastní zpracování.



Respondenti s implementovanou paliativní péčí uváděli i rizika a překážky, které mají negativní dopad na poskytování paliativní péče. U této odpovědi byla zvolena možnost volné tvorby odpovědi. Mezi hlavní rizika a překážky uváděli respondenti zejména zdravotní komplikace a náročnost zdravotní péče, přání rodinných příslušníků

o vyšší míru péče a s tím spojené možné výtky a žaloby v případě nenaplnění jejich očekávání. Další komplikací je samota klientů, kteří nemají rodinné příslušníky, a s tím spojené zvýšené četnosti depresí. S tím je spojena nutnost vyšší míry podpory v oblasti psychologie, na což nejsou pracovníci velmi často připraveni. Tento výsledek značí nenaplněné potřeby v oblasti dalšího profesního rozvoje ošetřujícího personálu.

Pro respondenty bez implementované paliativní péče byly nastaveny možnosti volby odpovědi, a to chybějící podpora ze strany zřizovatele, nedostatek finančních zdrojů, nedostatek kvalifikovaného personálu, chybějící návazné služby, nezájem ze strany klientů a rodinných příslušníků a možnost doplnění jiné odpovědi. Výsledky poukazují na největší překážku v případné implementaci v podobě nedostatku kvalifikovaného personálu (40 %). Druhou nejčastější odpovědí byly chybějící návazné služby (27 %), dále nedostatečné finanční zdroje (24 %). Pouze 9 % respondentů uvedlo, že vnímá překážku v uplatnění paliativní péče nezájem ze strany klientů a rodinných příslušníků. Žádný z respondentů neuvedl jako překážku nedostatečnou podporu svého zřizovatele.

Graf č. 3: Rizika a překážky v implementaci paliativní péče u zařízení neposkytující paliativní péči. Zdroj: vlastní zpracování.



5.2 Interpretace dílčích cílů a hypotéz

Pro výzkum byly zvoleny tři dílčí cíle a tři hypotézy, které se zabývají vlivem zřizovatele a typu zařízení na implementaci paliativní péče a snížením počtu hospitalizací seniorů vlivem zavedené paliativní péče. Dílčí cíle byly analyzovány skrze ověření jednotlivých hypotéz. Dílčí cíl C1 je úzce propojen s hypotézou H1, dílčí cíl C2 s hypotézou H2 a dílčí cíl C3 s hypotézou H3.

Pro testování hypotéz byl využit Chí-kvadrát test. Při testování hypotéz byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), což znamená, že s 5 % pravděpodobností došlo k zamítnutí nulové hypotézy, i když platí. Pro testování hypotéz byl zvolen Chí-kvadrát test. Pro výpočet byl použit online nástroj aplikované statistiky (Aplikovaná statistika, [online]). Vzhledem ke snížené návratnosti dotazníků a nesplnění podmínek pro kontingenční tabulky jsou výsledky pouze indikativní.

C1 Analyzovat, zda má druh sociální služby vliv na implementaci paliativní péče.

H1 Paliativní péče je zavedena častěji v domovech pro seniory než v domovech se zvláštním režimem.

H0 Zavedení paliativní péče není ovlivněno typem zařízení.

H1 Zavedení paliativní péče je ovlivněno typem zařízení.

Tabulka č. 3: Hypotéza č. 1 – pozorované a očekávané četnosti.

Typ zařízení	Paliativní péče je zavedena - pozorované četnosti	Paliativní péče není zavedena - pozorované četnosti	Paliativní péče je zavedena - očekávané četnosti	Paliativní péče není zavedena - očekávané četnosti
Domov pro seniory	26	12	24	14
Domov se zvláštním režimem	12	10	14	8

Signifikance chí-kvadrát testu (P-value): 0.28246

Hodnota testového kritéria χ^2 : 1.151

Kritická hodnota: $\chi(1-\alpha)$; df = 3.841

Závěr: Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H0) nezamítáme. Výsledky indikují, že neexistují statisticky významné rozdíly v implementaci paliativní péče mezi domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Paliativní péče je u obou typů sociálních služeb aplikována v obdobné míře.

C2 Analyzovat, zda má druh zřizovatele vliv na implementaci paliativní péče.

H2 U organizací zřizovaných církevními organizacemi je ve větší míře aplikována paliativní péče ve srovnání se zařízeními zřizovanými městy/obcemi.

H0 *Aplikace paliativní péče není ovlivněna typem zřizovatele.*

H1 *Aplikace paliativní péče je ovlivněna typem zřizovatele.*

Tabulka č. 4: Hypotéza č. 2 - pozorované a očekávané četnosti.

Typ zřizovatele	Paliativní péče je zavedena - pozorované četnosti	Paliativní péče není zavedena - pozorované četnosti	Paliativní péče je zavedena - očekávané četnosti	Paliativní péče není zavedena - očekávané četnosti
církev	10	3	9	4
město/obec	19	8	20	7

Signifikance chí-kvadrát testu (P-value): 0.55610

Hodnota testového kritéria χ^2 : 0.189

Kritická hodnota: $\chi(1-\alpha)$; df = 3.841

Závěr: Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H0) nezamítáme. Výsledky indikují, že neexistují statisticky významné rozdíly mezi zkoumanými zřizovateli (církev – město/obec). Paliativní péče je u obou typů zřizovatelů implementována v obdobné míře.

C3 Analyzovat, zda má implementace paliativní péče vliv na snížení počtu zemřelých seniorů v nemocnicích.

H3 V zařízeních, kde je paliativní péče poskytována, umírá méně seniorů v nemocnicích než v zařízeních neposkytujících paliativní péči.

H0 Poskytování paliativní péče neovlivňuje míru úmrtí v nemocnicích.

H1 Poskytování paliativní péče ovlivňuje míru úmrtí v nemocnicích.

Tabulka č. 5: Hypotéza č. 3 - pozorované četnosti.

Procento klientů ze zařízení zemřelých v letech 2017 – 2019 v nemocnici.	10-24% pozorované četnosti	25-49% pozorované četnosti	50-74% pozorované četnosti	75 - 100 % pozorované četnosti
Zařízení poskytující paliativní péči	14	16	6	2
Zařízení neposkytující paliativní péči	3	14	1	4

Tabulka č. 6: Hypotéza č. 3 - očekávané četnosti.

Procento klientů ze zařízení zemřelých v letech 2017 – 2019 v nemocnici.	10-24% očekávané četnosti	25-49% očekávané četnosti	50-74% očekávané četnosti	75 - 100 % očekávané četnosti
Zařízení poskytující paliativní péči	11	19	4	4
Zařízení neposkytující paliativní péči	6	11	3	2

Signifikance chí-kvadrát testu (P-value): 0.05089

Hodnota testového kritéria χ^2 : 7.776

Kritická hodnota: $\chi(1-\alpha)$; df = 7.815

Závěr: Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) nezamítáme. Výsledky indikují, že neexistují statisticky významné rozdíly mezi zařízeními aplikující paliativní péče a zařízeními neposkytující paliativní péči. Dle výsledků nemá poskytování paliativní péče vliv na snížení úmrtnosti seniorů v nemocnicích. Z hlediska věcné významnosti však lze poukázat na skutečnost, že zařízení s implementovanou paliativní péčí vykazují vyšší procento snížené úmrtnosti v nemocnicích. Lze porovnat například výsledky úmrtnosti mezi 10–24 %. Zde můžeme pozorovat, že nižší míru, tzn. do 24 % úmrtí v nemocnicích, vykazují zařízení s implementovanou paliativní péčí, a to 37 % zařízení. Naopak zařízení bez paliativní péče toto nižší procento úmrtnosti v nemocnicích vykazují v pouhých 14 %. Tato skutečnost naznačuje, že by implementace paliativní péče, i přes indikovanou statistickou nevýznamnost, mohla mít vliv na snížení počtu úmrtí v nemocnicích.

Diskuze

Prostřednictvím kvantitativního výzkumu byly hledány odpovědi na několik otázek. Hlavním cílem diplomové práce bylo analyzovat faktory, které mají vliv na zavedení paliativní péče do praxe zařízení. Na základě interpretace výše zmíněných dat je možno konstatovat, že v implementaci paliativní péče můžeme faktory rozdělit na dva typy. Prvním z nich jsou faktory, které podporují zavedení paliativní péče do praxe. Druhým typem jsou faktory, které mají za následek ztížení podmínek implementace, případně jí zcela brání.

Princip paliativní péče je neměnný bez ohledu na místo poskytování. Nezáleží, zda je tato péče poskytována v nemocnicích, domácím prostředí nebo v zařízení sociálních služeb. V pobytových sociálních službách je implementace paliativní péče ryze dobrovolná. *„Klíčové je to, nakolik je daná organizace schopná pracovat v paliativním paradigmatu, které je stejné jako u jiných institucí. Pokud je personál vzdělaný, připravený a ochotný o těchto věcech komunikovat a respektovat úpravy režimu, které závěrečné období života a paliativní přístup vyžadují, může to fungovat krásně a pro klienty je to často splněné přání – aby mohli dožít tam, kde se cítí doma.“* (Loučka, 2019 [online]). V pobytových sociálních službách s sebou nese poskytování paliativní péče určitá specifika a rizika. Tato rizika a obavy jsou velmi často důvodem k nezačínání poskytování paliativní péče. Z odpovědí respondentů ze zařízení s implementovanou paliativní péčí vyplývá, že hlavním impulsem k jejímu zavedení byla podpora ze strany vedení organizace a klientů. Bez podpory vedení organizace, ať již ve formě finančního či materiálně-technického zajištění, nelze zahájit poskytování paliativní péče. Skutečnost, že zařízení pracovala i se zpětnými vazbami klientů, vnímám jako velké pozitivum. Názory, přání a potřeby klientů sociálních služeb jsou nedílnou součástí zvyšování kvality poskytovaných služeb. V rozhodování o péči klienta mohou významně pomoci také Dříve vyslovená přání. Otázkou však zůstává, na kolik je tento institut implementován do praxe, kolik procent klientů je seznámeno s možností uplatnění svých dříve vyslovených přání a na kolik jsou jednotlivá zařízení schopna jejich přání uskutečnit a plánovat péči v širším kontextu. Domnívám se, že praktické uchopení dříve vyslovených přání je v podmínkách sociálních služeb stále spíše výjimkou. To ostatně potvrzuje i Loučka (2019, [online]), který uvádí: *„Víme o několika domovech, které s tímto institutem pracují. Reálné klinické zkušenosti jsou ale podle mých informací zatím spíše*

vzácné. Dříve vyslovené přání je určeno pouze pro situace, kdy člověk není schopen vyjádřit souhlas, třeba kvůli akutní komplikaci zdravotního stavu, pokročilé demenci nebo jinému problému. Velká část důležitých rozhodnutí se ale může dít ještě předtím, než se člověk do této situace dostane. Dříve vyslovené přání může pomoci, ale funguje jen tehdy, pokud se o volbách a přáních nemocného dobře komunikovalo, a to jak s personálem domova, tak s rodinou. Důležitější než dříve vyslovené přání, je podle našeho soudu plánování péče v trochu širším významu.“

U zařízení se zavedenou paliativní péčí byla zmíněna také rizika, která se pojí s praxí paliativní péče. Jednalo se zejména o zdravotní komplikace a náročnost zdravotní péče. Dále se jednalo o přání rodinných příslušníků vyššího rozsahu individualizované péče a s tím spojené možné výtky a žaloby v případě nenaplnění jejich očekávání. Plnění individuálních potřeb a přání s sebou nese vysoké nároky na ošetřující personál. V pobytových sociálních službách není možno zajistit přítomnost lékaře 24 hodin denně, velmi často jeho činnost nahrazuje zdravotní sestra, na kterou jsou kladeny vysoké nároky a zodpovědnost v eticky obtížných situacích. Zařízení, která neposkytovala paliativní péči, udávala jako důvod neexistence této péče zejména nedostatek kvalifikovaného personálu a s tím možné komplikace při zajištění komplexní péče o klienta. Chybějící návazné služby a finanční zdroje včetně nezájmu ze strany klientů a rodinných příslušníků byly dalšími uvedenými důvody. Žádný z respondentů neuvedl nepodporu ze strany zřizovatele. Respondenti buď neměli tuto informaci k dispozici, anebo jsou zřizovatelé opravdu nakloněni implementaci paliativní péče a brání jim právě „jen“ nedostatek návazných služeb financí, kvalifikovaných pracovníků a nezájem ze strany klientů. Ten však může být zapříčiněn nedostatečnou znalostí klientů o paliativní péči, případně nedostatečně zajištěných zpětných vazeb od klientů. Nedostatečná komunikace s klienty může být dle Hrdé a Tolarové (2018) způsobeny tabuizací tématu smrti a umírání. Také prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb Horecký (in Zdravotnický deník, 2019, [online]) uvádí překážky v poskytování paliativní péče: „*Překážek je samozřejmě hodně: strach z tématu umírání a smrti ve společnosti, nerealistická očekávání rodinných příslušníků, nespolupráce mezi profesemi, zejména na zdravotně-sociálním pomezí, nedostatečné množství personálu na směně, málo vzdělaný personál, nevyjasněnost mnoha otázek v konceptu paliativní péče v České republice a podobně. Samozřejmě možnosti poskytování paliativní péče ovlivňuje i celkový nedostatek všeobecných sester anebo nastavení financování ošetrovatelské péče, které de facto s paliativní péčí*

v domovech pro seniory nepočítá. Velikou a zásadní překážkou je pak nespolupráce praktického lékaře.“

Jak již bylo zmíněno, důležitým faktorem, který brání efektivnímu poskytování paliativní péče, je nedostatečně kvalifikovaný personál. Tato bariéra souvisí s nedostatečným vzděláním a proškolením personálu. Byť jsou pracovníci zařízení informováni o tom, co paliativní péče je (100 % respondentů mělo znalost pojmu paliativní péče), nemusí to nutně znamenat, že znají její přesný obsah a že jsou připraveni pro její uchopení do praxe. Kvalifikovaní pracovníci jsou základním prvkem pro poskytování kvalitní paliativní péče. V České republice je však silný nedostatek takto kvalifikovaných pracovníků. Nedostatečnou kvalifikaci personálu, zejména zdravotníků, zmiňují také výsledky výzkumu Cesty domů, který byl realizován v roce 2004. Dle jejich výsledků není vzdělání zdravotníků v České republice v paliativní péči dostatečné. Jako hlavní argumenty pro toto tvrzení zmiňují zejména nedostatečnou kvalitu péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Podle výsledků průzkumu provedeného agenturou STEM se pouze 7 % respondentů domnívá, že bolest je u terminálně nemocných léčena skutečně dobře, a 67 % z těch, kteří na danou otázku měli názor, se domnívá, že není věnována dostatečná pozornost psychosociálnímu strádání nemocných a jejich rodinám (Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky), Cesta domů, [online]). Nedostatečná kvalifikace a připravenost pracovníků pro poskytování paliativní péči je stále oblastí, na kterou by měla být zaměřena ze strany zřizovatelů sociálních služeb pozornost.

Ve výzkumném šetření byly stanoveny tři dílčí cíle a návazné tři hypotézy. První z nich se zabírala závislostí implementace paliativní péče na typu zařízení. Stanovená hypotéza předpokládala, že paliativní péče bude častěji zavedena u domovů pro seniory než u domovů se zvláštním režimem. Výsledky u druhu sociální služby domov pro seniory ukazují, že je paliativní péče aplikována do praxe u 68 % respondentů, u druhu sociální služby domov se zvláštním režimem se jedná o 55 % respondentů. Dle Situační analýzy paliativní péče v ČR, vydané Českou společností paliativní medicíny ČLS J.E.P v roce 2016 by paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory měla být součástí každodenní praxe a měl by být podpořen cíl snížení hospitalizací v závěru života, které je dáno ve většině případů nedostatečnou kvalifikací personálu k zajištění specifické zdravotní a sociální péče, která se pojí se závěrem života. Výsledky výzkumného šetření prokazují, že dochází ke změně myšlení zřizovatelů i pracovníků pobytových zařízení, které vede k implementaci paliativní péče do praxe bez ohledu na typ zařízení.

Předmětem výzkumu byla také závislost implementace paliativní péče na typu zřizovatele. Jak již bylo zmíněno výše, žádný z respondentů nevnímá jako bariéru v zavedení paliativní péče do praxe nepodporu ze strany svého zřizovatele. Pro účely výzkumu byla ověřována hypotéza o závislosti podpory implementace paliativní péče na typu zřizovatele. Stanovená hypotéza předpokládala, že u církevních zřizovatelů bude paliativní péče zavedena ve vyšší míře než u zařízení zřizovaných městy či obcemi. Tato hypotéza však nemohla být přijata. Zařízení zřizovaná církvemi implementují tento typ péče do praxe v 77 %. U zařízení majících za zřizovatele město či obec se jedná o 70 % respondentů. U církevních zřizovatelů může být vysoké procento zařízení se zavedenou paliativní péče dáno tím, že právě církev silně ovlivňuje způsob poskytování sociální služby. Tato služba tak stojí, kromě legislativních norem a požadavků na kvalitu poskytované péče, také na vlastních hodnotách vycházejících z křesťanství. Pracovníci těchto zařízení mohou mít také vyšší míru empatie a potřebu zachování lidské jedinečnosti jako Božího stvoření, což se projevuje i do poskytování sociální a zdravotní služby. V roce 2005 proběhla tisková konference, na které bylo představeno společné prohlášení církví k problematice eutanazie a doprovázení umírajících. V prohlášení stojí *„Navrhujeme proto věnovat větší pozornost integrální péči o umírající v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, domovech důchodců a dalších zařízeních. Navrhujeme vzdělávání a doprovázení dobrovolníků, kteří jsou ochotni těžce nemocné a umírající doprovázet. Rovněž je třeba poskytnout finanční a legislativní podporu rodinám o umírající pečujícím.“* (Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanazie a doprovázení umírajících, [online]). Tímto prohlášením se všechny zapojené církve hlásí k podpoře paliativní péče a odmítnutí eutanazie. Tato podpora se projevuje do praxe a koresponduje s výsledkem výzkumného šetření, že u 77 % respondentů s církevním zřizovatelem je paliativní péče zakotvena do praxe sociální služby. U zřizovatelů typu města/obce může mít na výsledku podíl vysoká míra finanční podpory, která dává možnosti mimo jiné i k implementaci paliativní péče. Zařízení, která mají možnost využití podpory svého zřizovatele, tak mohou mít lepší tzv. „startovací pozici“ pro implementaci paliativní péče.

Třetí oblastí výzkumu byl vliv implementace paliativní péče na snížení úmrtnosti seniorů v terminálním stádiu v nemocnicích. Z hlediska statistické významnosti nemá poskytování paliativní péče vliv na snížení úmrtnosti seniorů v nemocnicích. Z hlediska věcné významnosti však lze poukázat na skutečnost, že zařízení s implementovanou paliativní péčí vykazují vyšší procento snížené úmrtnosti v nemocnicích. Lze porovnat

například výsledky úmrtnosti mezi 10–24 %. Zde můžeme pozorovat, že nižší míru, tzn. do 24 % úmrtí v nemocnicích, vykazují zařízení s implementovanou paliativní péčí, a to celých 37 % zařízení. Naopak zařízení bez paliativní péče toto nižší procento úmrtnosti v nemocnicích vykazují v pouhých 14 %. Tato skutečnost indikuje, že by implementace paliativní péče, i přes indikovanou statistickou nevýznamnost, mohla mít vliv na snížení počtu úmrtí v nemocnicích. Tento možný předpoklad by bylo vhodné ověřit v dalším výzkumu na větším výzkumném souboru.

Výsledky diplomové práce jsou pouze indikativní, limitem výzkumného šetření byla snížená návratnost dotazníků. Tato snížená návratnost ukazuje názory respondentů, kteří jsou pouze 53 % výšečí všech poskytovatelů pobytových sociálních služeb pro seniory v Moravskoslezském kraji. Výsledky jsou dále ovlivněny také délkou implementace paliativní péče. Pouze u 37 % respondentů byla paliativní péče implementována do praxe více než 3 roky, méně než 3 roky poskytuje tuto péči 63 % respondentů. Toto v důsledku znamená, že sice sociální služba poskytuje tuto péči a snaží se o zabezpečení a zachování jedinečnosti člověka v závěru života i *post finem*, ale nemají v současné době prokazatelné výsledky, které by byly signifikantní s ohledem na zkoumanou problematiku vlivu poskytování paliativní péče na snížení počtu finálních hospitalizací. Výzkum byl zaměřen na období posledních 3 let, které shodou okolností koresponduje i s maximální délkou praxe s paliativní péčí u jednotlivých zařízení. Z výsledků vyplývá, že v letech 2017-2019 u 47 respondentů zemřelo v nemocnicích 10 % - 49 % klientů. Nad 50 % klientů zemřelo v nemocnicích u 13 respondentů. Procento úmrtí v nemocnicích je stále v České republice vysoké, naopak ve Velké Británii je procento nižší, jak uvádí i Strumf (2004) ve svém výzkumu, kdy je na poslední dny svého života převáženo do nemocničních zařízení 20 % klientů domovů pro seniory. Šourek (2018) tvrdí, že poskytování paliativní péče působí pracovníkům v domovech pro seniory značné problémy. Mnoho pracovníků má obavy ze smrti, tato skutečnost poté negativně ovlivňuje jejich možnosti doprovázení. Přístup k doprovázení v pobytových sociálních službách se mění velmi pomalu. I přes dlouhotrvající snahu o změnu v celosvětovém přístupu k implementaci paliativní péče do domovů pro seniory, klienti v terminálních stádiích života jsou stále převáženi do nemocničních zařízení (Wild, Kydd, 2016).

V letech 2019–2020 byla na území města Prahy realizována situační analýza zaměřená na finální hospitalizace a převozům s tzv. očekávaným úmrtím. Hlavním cílem bylo posouzení výjezdů zdravotního záchranného systému k osobám v terminálním

stádiu života. Z výsledků šetření vyplývá skutečnost nutnosti téměř každodenního výjezdu záchranného systému k pacientovi v terminálním stádiu s následným úmrtím při převozu či krátce po něm. *„Čerpání akutní zdravotní péče, opakované hospitalizace v krátkém čase a terminální hospitalizace pacientů s chronickým onemocněním jsou ve většině zdravotnických systémů v rozvinutých zemích vnímány jako ukazatele nevhodné organizace zdravotní péče na konci života. Jsou totiž nejen popřením preferencí většiny pacientů, ale ve většině případů také představují neracionální zacházení s lidskými a finančními zdroji uvnitř systému - tento fakt v roce 2017 přesvědčivě dokázala i studie provedená ÚZISem na datech VZP.“* (Centrum paliativní péče, Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby, Situační analýza, 2020). V situační analýze je dále zmíněn fakt, kdy *„1,9 % počtu pacientů ZZS HMP, tedy 2317 osob, jsou pacienti ze souboru „očekávaná úmrtí“, převáženi k poslední hospitalizaci, během níž zemřou. Tedy zhruba šest takovýchto pacientů denně.“* Z tohoto počtu je jen jeden pacient onkologicky nemocný, kterému zbývá méně než 30 dní života. Počet osob v „očekávaném úmrtí“ tedy není zanedbatelný. Situační analýza přináší inovativní pohled na známé skutečnosti finálních hospitalizací. Je možno, aby paliativní péče byla milníkem, který bude znamenat snížení počtu finálních hospitalizací? Domnívám se, že ano. Nemocnice jsou v České republice nejčastějším místem úmrtí a současně místem, kde jsou pacienti v závěru života opakovaně hospitalizováni. V ČR bohužel nejsou dostupná podrobná data o charakteru a kvalitě paliativní péče poskytované v nemocnicích (Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení, 2019).

Může být paliativní péče prvkem, který zásadně ovlivní kvalitu poskytovaných pobytových sociálních služeb pro seniory? Domnívám se, že ano. Paliativní péče je jedním z důležitých faktorů, který může ovlivnit jak potřebu finálních hospitalizací, tak celkovou péči o klienty pobytových sociálních služeb. Zavedení paliativní péče s sebou nese rizika, která jsou ve velké míře argumentem proti její implementaci do praxe. Je ale důležité vnímat pozitiva, která s sebou tato péče přináší. Mezi hlavními pozitivy, jsou dle mého názoru, zajištění důstojného a kvalitního života i v jeho závěru, naplnění skutečných potřeb jednotlivců a možnost strávit poslední dny a hodiny života ve známém, neanonymním, prostředí.

Pokud bych měla zhodnotit úskalí a nedostatky tohoto kvantitativního výzkumu, jednalo by se zejména o nutnost vyšší míry komunikace s jednotlivými zřizovateli. Oslovila bych je s větším časovým předstihem a navázala užší vazby s cílem zajištění

zpětných vazeb v dotazníkovém šetření. Vhodnou výzkumnou technikou by mohlo být doplnění o diskuze, kterých by se mohli účastnit zájemci z řad respondentů.

Největším omezením byla realizace výzkumného šetření v roce 2020, který byl negativně ovlivněn restrikcemi a mimořádnými opatřeními. Provoz sociálních služeb byl omezen, některá zařízení byla zasažena onemocněním COVID-19 s důsledky velkého počtu úmrtí klientů. Tato situace ovlivnila možnosti a motivaci k zapojení se do výzkumného šetření. Ke zvýšení validity dat by bylo vhodné opakování výzkumného šetření. Bylo by zajímavé, kdyby výzkum probíhal ve více krajích. Domnívám se, že by výsledky z jiných krajů byly rozdílné, a to s ohledem na dostupnost paliativní péče, rozdílnou podporu ze strany jednotlivých Krajských úřadů a rozdílné zkušenosti zařízení sociálních služeb.

Závěr

Diplomová práce se zabývá aktuálním tématem, kterým je poskytování paliativní péče v pobytových sociálních službách. Hlavním výzkumným cílem bylo hledání odpovědi na otázku, jaké faktory ovlivňují implementaci paliativní péče do praxe. Z hlavního cíle byly vyvozeny tři dílčí cíle, na které navazovaly tři hypotézy. První hypotéza ověřovala, zda je paliativní péče implementována častěji v domovech pro seniory než v domovech se zvláštním režimem. Druhá hypotéza se věnovala otázce, zda je zavedení paliativní péče závislé na typu zřizovatele. Poslední hypotéza výzkumného šetření zkoumala, zda má implementace paliativní péče vliv na snížení úmrtnosti seniorů v nemocnicích, tzv. po finálních hospitalizacích. Domnívám se, že i přes sníženou návratnost dotazníků s důsledkem pouhé indikativnosti výsledků, bylo hlavního cíle dosaženo.

Konceptuální část diplomové práce byla rozdělena do tří hlavních kapitol, kterými byla problematika thanatologie, smrti a umírání, koncept paliativní a hospicové péče a uplatnění paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory. Konceptuální část zahrnuje také statisticky zajímavá data o vývoji dostupnosti pobytových sociálních služeb i o vývoji úmrtnosti na území České republiky v letech 2009-2018.

V rámci výzkumné části byl zvolen kvantitativní výzkum. Data byla získána prostřednictvím dotazníků vlastní konstrukce celkem od 60 poskytovatelů pobytových sociálních služeb pro seniory v Moravskoslezském kraji. V době výzkumného šetření působilo v kraji celkově 114 poskytovatelů, do výzkumného šetření se tak zapojilo 53 % poskytovatelů. Data byla zpracována do grafického a tabulkového zobrazení, pro ověřování stanovených hypotéz byla využita statistická metoda chí-kvadrát testu. Výsledky a interpretace dat jsou obsahem páté kapitoly, na kterou navazuje diskuze.

Zdroji pro diplomovou práci se staly jak české, tak zahraniční odborné publikace, využity byly také články z odborných časopisů, legislativních norem a statistických údajů Českého statistického úřadu.

Domnívám se, že i přes sníženou vypovídající hodnotu výzkumu, která byla způsobena sníženou návratností dotazníků, může být tato diplomová práce přínosem pro další výzkumy v této oblasti. Tento výzkum dává předobraz reality uplatnění paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory v Moravskoslezském kraji a může sloužit jako inspirace pro další výzkumy, a to nejen v Moravskoslezském kraji, ale také

v jiných krajích. Data, která nebyla využita v rámci tohoto výzkumu, mohou a budou sloužit dalším výzkumům. Domnívám se, že by bylo zajímavé výzkumné šetření zopakovat a komparovat výsledky v rámci jednotlivých krajů ČR. Domnívám se, že by se výsledky zásadně rozcházely vlivem dostupnosti jak pobytových sociálních služeb, tak dostupností paliativní péče a v neposlední řadě také podporou ze strany zřizovatelů i vedení jednotlivých krajů.

Paliativní péče je poskytována na rozhraní sektorů zdravotní a sociální péče. Domnívám se, že lidé by měli mít možnost přístupu k paliativní péči, protože paliativní péče má významný potenciál přispět ke zvyšování kvality života i v jeho závěru. Dostupnost paliativní péče by měla být zajištěna bez ohledu místa jejího poskytování – ať již v domácnostech, v nemocničních zařízeních či v sociálních službách. Rozvoj těchto služeb by měl být založen na komplexní reflexi a zajištění systémového řešení na úrovni České republiky. Paliativní péče by měla být běžnou praxí ve všech pobytových zařízeních pro seniory. Tím by mohlo dojít k úbytku finálních hospitalizací a ztráty jedinečnosti, důstojnosti a integrity člověka v závěru života. K rozvoji paliativní péče je nutná podpora ze strany státu i jednotlivých krajských zastupitelství, bez zajištění finanční podpory, materiálně-technického kapitálu, kvalifikovaných odborníků a fungující spolupráce mezi jednotlivými subjekty, nemůže nikdy dojít k efektivnímu rozvoji a dostupnosti paliativní péče.

„Cokoliv můžeš udělat pro druhého člověka dobrého, zůstává.“

(Albert Schweitzer, německý filosof, etik, teolog, lékař).

Bibliografický seznam

Odborné publikace

BUŽGOVÁ, Radka. 2018. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

BYDŽOVSKÝ, Jan., KABÁT, Jiří. 2015. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. První vydání. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú. ISBN 978-80-905867-0-3.

ČERNÁ, Michaela. 2018. *Bariéry v poskytování paliativní péče pohledem pomáhajících pracovníků ve vybraném domově pro seniory*. Masarykova univerzita.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2014. *Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu*. Kód publikace: 170220-14.

DAVIDSON, Jason. 2016. *Does the Culture of Modern Day Palliative Care Social Work Leave Room for Leadership?*. Journal of Social Work Practice. 203-218. ISSN 0265-0533.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4138-3.

DOPORUČENÍ RADY EVROPY č. 1418/1999. 1999. „*O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících*.“

EGGLI, Peter. 2016. *Stiftungsprofessur für Palliative Care besetzt*. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Emblen J, Halsted L. 2011. *Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses and chaplains*. Clin Nurse Special. 7(4):175–198.

FIRTHOVÁ, Pam., LUFFOVÁ, Gill., OLIVIERE, David. 2007. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno. ISBN 978-80-87029-21-3.

FROMM, Erich. 2014. *Mít, nebo být?* Vyd. Tohoto překladu 2. Přeložil Jan LUSK. Praha: Aurora. ISBN 978-80-7299-106-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2015. *Lékařská etika*. 4. přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 8072621327.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

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

HAWKINS, Peter, et al. 2000. *Supervision in the helping professions*. Buckingham: Open University Press.

HRDÁ, Karolína. a kol. 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*.

JANDOUREK, Jan. 2012.. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada. ISBN 9788024736792.

KADOCHOVÁ, Marie. 2011. *Poskytování paliativní péče v domácím prostředí pacienta*. Florence, roč. 7, č. 10, str. 4-6.

KALVACH, Zdeněk., ZADÁK, Zdeněk., JIRÁK Roman. et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk, Jan Mareš a kol. 2004. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-2832-5.

KALVACH, Zdeněk, HOLMEROVÁ Iva. 2008. *Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén*. Med. Pro Praxi. 5/2008(2). s. 66-69. ISSN 1803-5310

KATECHISMUS KATOLICKÉ CÍRKVE. 2002. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-473-3.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Thanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-247-5707-0.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 2014. Vyd. 1. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4650-0.

LUKASOVÁ, Elisabeth. 1998. *I tvoje utrpení má smysl*. Brno. ISBN 80-85319-79-9.

MARKOVÁ, Alžběta. 2009. *Hospic do kapsy*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 1999. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-277-9.

MÁTĽ, Ondřej., JABŮRKOVÁ, Milena. 2007. *Kvalita péče o seniory II*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-499-7.

MATOUŠEK, Oldřich. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 807367002X.

MÜHLPACHR Pavel. 2005. *Scholagerontologica*. Brno: MU.

NIEDERMANN, Eva., PFLUGSHAUPT, Claudia., RÜEGGER, Heinz., SCHÄR, Beatrice. *Paliativní péče – Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. 1. vyd., Tábor: APSSČR, 2016, 78 s. ISBN 978-80-906320-3-5.

NOVÁKOVÁ, Radana. 2008. *Pečovatelsví I*. Triton Praha. ISBN 978-80-7387-085-0.

OPATRŇY, Aleš. 1995. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském.

PALLIATIVE CARE AUSTRALIA. 2005. *Standards for providing quality palliative care for all australian*. ISBN 0-9752295-4-0.

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

PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998.

PRÁŠKOVÁ, Marie. 2017. *Aplikace prvků paliativní péře u seniorů s demenci v podmínkách domova se zvláštním režimem v Břevnici*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

PRŮŠA Ladislav. 2021. *Rezignace veřejné správy na rozvoj pobytových služeb*. Časopis Sociální služby, č. 3/2021. Tábor. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

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

SIEBEROVÁ, Jana. 2019. *Proč máme strach ze smrti: Jak zvládnout její příchod*. Praha: Triton. ISBN 978-80-8553-654-9.

SEDLÁROVÁ, Katarína. 2017. *Koncept paliatívnej starostlivosti a sociálna práca so zomierajúcimi*. Listy sociální práce Informační a odborný časopis (nejen) pro sociální pracovníky. 12/2017, s. 21. ISSN 2336-2332

SLÁMA, Ondřej., ŠPINKA, Štěpán. 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. 1. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4330-8.

SLÁMA, Ondřej., KABELKA, Ladislav., VORLÍČEK, Jiří. 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLÁMA, Ondřej. 2009. *Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě*. Klinická onkologie. ISBN 183-185. ISSN 0862-495x.

SLÁMA, O., KABELKA, Ladislav., VORLÍČEK, Jiří. a kol. 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

SLÁMA, Ondřej. 2012. *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR*. Paliativna medicína a liečba bolesti. ISBN 1339-4193.

SLÁMA, Ondřej. 2014. *Paliativní medicína a dobrá smrt*. Vnitřní lékařství. 75-79. ISBN 0042-773x.

SLÁMA, Ondřej., PLÁTOVÁ, Ludmila. 2014. *Rady pro závěr života*. Diakonie: Ostrava, ISBN 978-80-87953-02-0.

STRUMPF, N.E., TUCH, H., STILLMAN, D., PARRISH, P. a MORRISON, N. 2004. *Implementing palliative care in the nursing home*. Annals of Long-Term Care. 12/2004. s. 35-41. ISSN 1524-7929.

STUDENT, Johann-Christoph., MUHLUM, Albert., STUDENT, Ute. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: Nakladatelství HaH. ISBN 80-7319-059-1.

SZALAI, Alexander. 1980. *The Meaning of Comparative Research on the Quality of Life*. Beverly Hills.

ŠOUREK, David. 2016. *Paliativní péče, úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN: 978-80-906320-3-5

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. 2008. Praha: Grada. ISBN 9788024717401.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. et al. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4. 40.

SVATOŠOVÁ, Marie. 1999. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo. ISBN 978-80-902049-2-9.

TOMEŠ, Igor., DRAGOMIRECKÁ Eva., SEDLÁROVÁ, Katarina., VODÁČKOVÁ, Daniela. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

TRACHTOVÁ, Eva. 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

VOJTÍŠEK, Zdeněk., DUŠEK, Pavel., MOTL, Jiří. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 231 s. ISBN 978-80-262-0088-8.

WILD, D. a A. KYDD. 2016. *Culture change in care homes: a literature review*. *Nursing Older People*. 28/2016(7), s. 35-39. ISSN 1472-0795.

ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA. 2008-2019. Praha, 2009-2019. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

ŽDÁREK, Roman. 2012. *Dříve vyslovená přání a nutnost jejich respektování*. *Urgentní medicína*. 15(1), 25-29. ISSN 1212-1924.

Elektronické zdroje

APLIKOVANÁ STATISTIKA. Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce [online]. Hradec Králové, 2011 [cit. 24. 10. 2020]. Dostupné z: <http://milankabrt.cz/testNezavislosti/>

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. Standardy hospicové paliativní péče [online]. Praha, 2007 [cit. 20. 7. 2020]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wpcontent/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>

DETSCHER HOSPIZ UND PALLIATIV VERBAND e.V. 2018. Zahlen und Fakten. Berlin. [online]. Berlin, 2018 [cit. 11. 2. 2020]. Dostupné z: http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html

CESTA DOMŮ. Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky) [online]. Praha, 2004 [cit. 25. 10. 2020]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/592010-Umirani-a-paliativni-pece-v-cr-situace-reflexe-vyhliidky.html>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Vzdělávání dospělých v České republice – 2016. 2016 [online]. Praha, 2016 [cit. 25. 10. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vzdelavani-dospelych-v-ceske-republice-2016>

CÍRKEV. Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanázie a doprovázení umírajících[online]. Praha, 2005 [cit. 25. 10. 2020]. Dostupné z: <https://www.cirkev.cz/archiv/051208-prohlaseni-cirkvi-a-nabozenskych-spolecnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich>

ETICKÉ LIMITY. Časopis sociální práce[online]. Praha, 2011 [cit. 5. 9. 2020]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=379>

FEDERAL HEALTH REPORTING. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., [online]. Berlín, 2018. [cit. 11. 2. 2020]. Dostupné z: https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/fed_health_reporting_inhalt.html

HOSPIC SE PŘEDSTAVUJE. Hospic.cz [online]. Červený Kostelec, 2020 [cit. 11. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.hospic.cz/hospic-se-predstavuje.html>

ICH WILL PFLEGE: Palliativpflege heute: Bedeutung, Ziele & Aufgaben – Pflege [online]. Berlín, 2017. [cit. 4. 2. 2020]. Dostupné z: <http://www.ichwillpflege.de/palliativpflege/>

INSTITUT BIOANALÝZY A STATISTIK [online]. Praha, 2016 [cit. 20. 7. 2020]. Dostupné z: <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=statisticke-vystupy--mortalita--misto-umrti--zemreli-podle-mista-umrti#>

JEDNÁNÍ VLÁDY ČR. 27. 7. 2020. [online]. Praha, 2020 [cit. 5. 8. 2020]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/djv-agenda?date=2020-07-20>

KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ [online]. Praha, 2019 [cit. 15. 2. 2020]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Kvalita_zivota_senioru_-_finalni_verze.pdf/47641324-d8b7-56ac-2e78-b7ab3b83fb5a

LOUČKA, Martin, KOSÁK David. 2016. Studie možných forem zajištění paliativní péče v městské části Praha 10 [online]. Praha: Centrum paliativní péče, z. ú. [cit. 15.7.2021]. Dostupné z: https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2018-04/praha10-studie-moznych-forem-zajisteni-paliativni-pece_0.pdf

MEZIDIN-ETHISCHE RICHTLINIEN – UNTERILSFAHIGKEIT IN DER MEDIZINISCHEN PRAXIS [online]. Berlín, 2019 [cit. 11. 2. 2020] Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00481-019-00520-x>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2012. Národní akční plán pozitivního stárnutí [online]. Praha, 2012 [cit. 15. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/narodni-akcni-plan-podporujici-pozitivni-starnuti>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Analýza kvality života seniorů v České republice [online]. Praha, 2016 [cit. 11. 2. 2020] Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Kvalita_zivota_senioru_-_finalni_verze.pdf/47641324-d8b7-56ac-2e78-b7ab3b83fb5a

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. Koncepce paliativní péče v Moravskoslezském kraji 2020-2025 [online]. Ostrava, 2020 [cit. 10. 8. 2020]. Dostupné z: https://www.msk.cz/assets/zdravotnictvi/10_03_2020_koncepce_paliativni_pece.pdf

PALIATIVNÍ CENTRUM. Vzdělávání [online]. Praha, 2020 [cit. 20.7.2020]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/vzdelavani>

UMIRANI.CZ. Rady a informace o paliativní péči [online]. Praha, 2016 [cit. 2. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>

REVUE PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A PRŮZKUM. Průzkum: Naprostá většina Čechů preferuje péči doma. Domovy pro seniory by volila méně než čtvrtina z nich [online]. Praha, 2020 [cit. 15. 2. 2020]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2020/02/pruzkum-naprosta-vetsina-cechu-preferuje-peci-doma-domovy-pro-seniory-by-volila-mene-nez-ctvrtina-z->

[nich/?fbclid=IwAR0XUuLAWA0GnInKBMivZbN8H2wTO-pJdTObLwo91EvaMQaVj2F-WRSG5vU](https://www.facebook.com/IwAR0XUuLAWA0GnInKBMivZbN8H2wTO-pJdTObLwo91EvaMQaVj2F-WRSG5vU)

SLÁMA Ondřej., ŠPINKOVÁ, Martina., KABELKA Ladislav. 2013. Standardy paliativní péče [online]. Brno, 2013 [cit. 15. 2. 2020]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf.

SPIRITUÁLNÍ DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍHO, PSYCHICKÉ REAKCE NA BLÍŽÍCÍ SE KONEC ŽIVOTA [online]. Brno, 2006. Online [cit. 15. 10. 2020]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/spiritualni-doprovazeni-umirajiciho-psychicke-reakce-na-blizici-se-konec-zivota/>

TISKOVÁ ZPRÁVA Z MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ. Odborná společnost a zástupci pojišťoven podepsali memorandum [online]. Praha, 2019. [cit. 4. 2. 2020]. Dostupné z: http://mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvi-odborna-spolecnost-a-zastupci-pojistoven-podepsali-memora_17648_1.html

UMÍRÁNÍ A PALIATIVNÍ PÉČE. Dříve vyslovená přání [online]. Praha, 2016 [cit. 15. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani>

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Překážky kvalitní paliativní péče v domovech pro seniory [online]. Praha, 2019. [cit. 15. 8.2021]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/01/prekazky-kvalitni-paliativni-pece-domovech-seniory-strach-ze-smrti-i-nedostupnost-lekare/>

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Od ignorujících až po vzorné, úroveň paliativní péče v domovech pro seniory se různí. Praha, 2018. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/od-ignorujicich-az-vzorne-uroven-paliativni-pece-domovech-seniory-se-ruzni-zajem-roste/>

Legislativní normy

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Seznam zkratek

Aj. – a jiné

Apod. – a podobně

Č. – číslo

ČSPM ČSL JEP – Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti

Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

Mj. – mimo jiné

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

MSK – Moravskoslezský kraj

MZ – Ministerstvo zdravotnictví ČR

Např. – například

S. - strana

Sb. - Sbírkky

Tzn. – to znamená

Tzv. – tak zvaný

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

Z. ú. – zapsaný ústav

ZZS HMP – Záchranný zdravotní systém hlavního města Prahy

Seznam grafů

Graf č. 1: Rozdělení respondentů dle zřizovatele.

Graf č. 2: Faktory, které vedly k zavedení paliativní péče u zařízení s implementovanou paliativní péčí.

Graf č. 3: Rizika a překážky v implementaci paliativní péče u zařízení neposkytující paliativní péčí.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Rozložení respondentů podle věku a pohlaví.

Tabulka č. 2: Rozložení respondentů dle pracovního zařazení a délky působení v sociálních službách.

Tabulka č. 3: Hypotéza č. 1 – pozorované a očekávané četnosti.

Tabulka č. 4: Hypotéza č. 2 - pozorované a očekávané četnosti.

Tabulka č. 5: Hypotéza č. 3 - pozorované četnosti.

Tabulka č. 6: Hypotéza č. 3 - očekávané četnosti.

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Mapa poskytovatelů paliativní péče v ČR, 2016.

Obrázek č. 2: Operacionalizace hlavního cíle – otázky č. 20 dotazníkového šetření.

Obrázek č. 3: Operacionalizace hlavního cíle – otázky č. 18 dotazníkového šetření.

Obrázek č. 4: Operacionalizace otázky č. 8 dotazníkového šetření.

Obrázek č. 5: Operacionalizace otázky č. 9 dotazníkového šetření.

Obrázek č. 6: Operacionalizace otázky č. 10 dotazníkového šetření.

Obrázek č. 7: Operacionalizace otázky č. 13 dotazníkového šetření.

Obrázek č. 8: Operacionalizace otázky č. 15 dotazníkového šetření.

Obrázek č. 9: Operacionalizace otázky č. 17 dotazníkového šetření.

Obrázek č. 10: Operacionalizace otázky č. 19 dotazníkového šetření

Obrázek č. 11: Operacionalizace dílčího cíle C1 a hypotézy H1.

Obrázek č. 12: Operacionalizace dílčího cíle C2 a hypotézy H2.

Obrázek č. 13: Operacionalizace dílčího cíle C3 a hypotézy H3.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Vývoj počtu zemřelých osob v letech 2009–2018.

Příloha č. 2: Úmrtnost na 100 000 obyvatel v letech 2009–2018.

Příloha č. 3: Standardizovaná úmrtnost na 100 000 obyvatel v letech 2009–2018.

Příloha č. 4: Vývoj standardizované úmrtnosti (SDR) pro vybrané skupiny příčin smrti žen v letech 2009–2018.

Příloha č. 5: Vývoj standardizované úmrtnosti (SDR) pro vybrané skupiny příčin smrti mužů v letech 2009–2018.

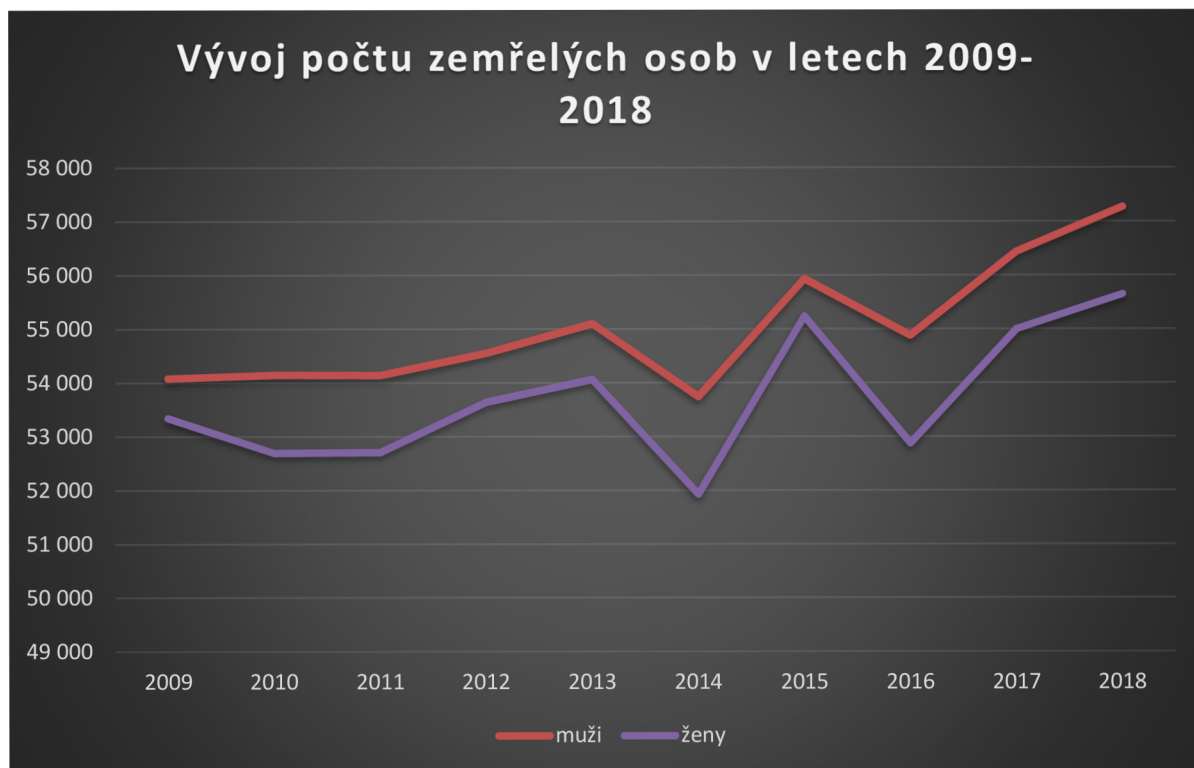
Příloha č. 6: Vývoj zemřelých osob dle místa úmrtí v letech 2008-2019.

Příloha č. 7: Všeobecné standardy paliativní péče.

Příloha č. 8: Dotazník.

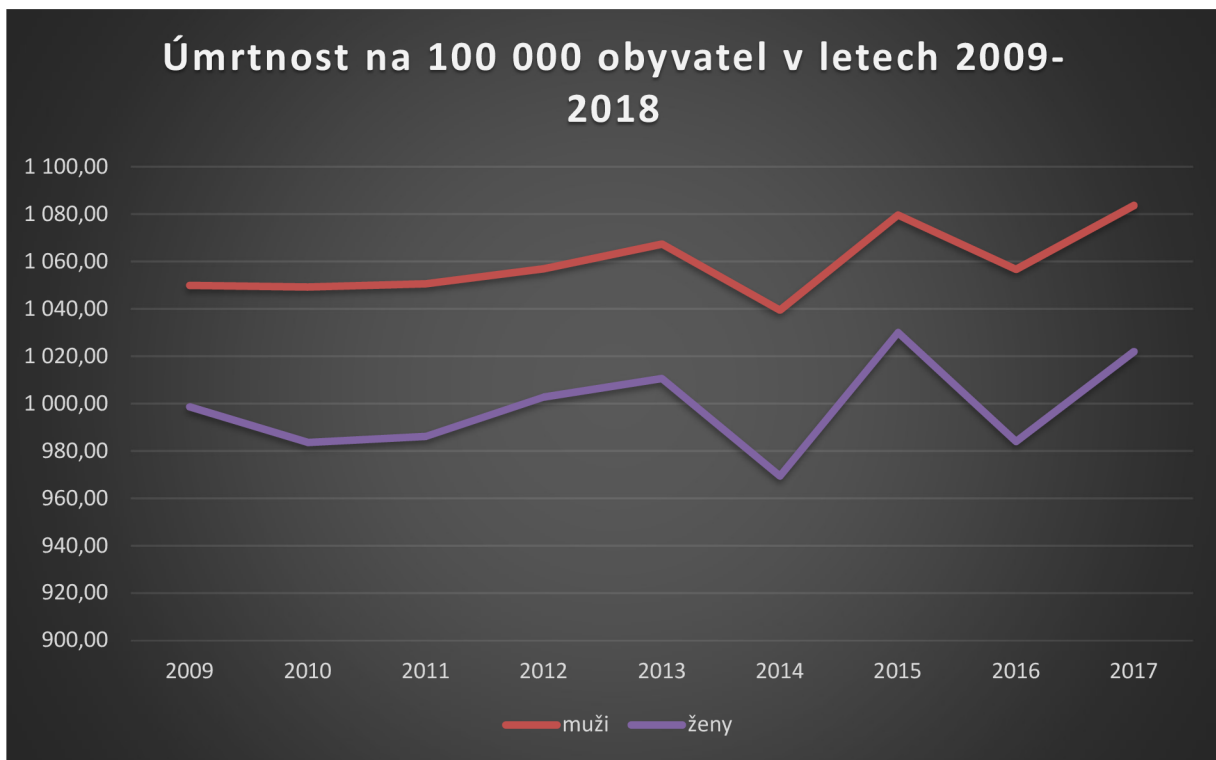
Přílohy

Příloha č. 1: Vývoj počtu zemřelých osob v letech 2009–2018.



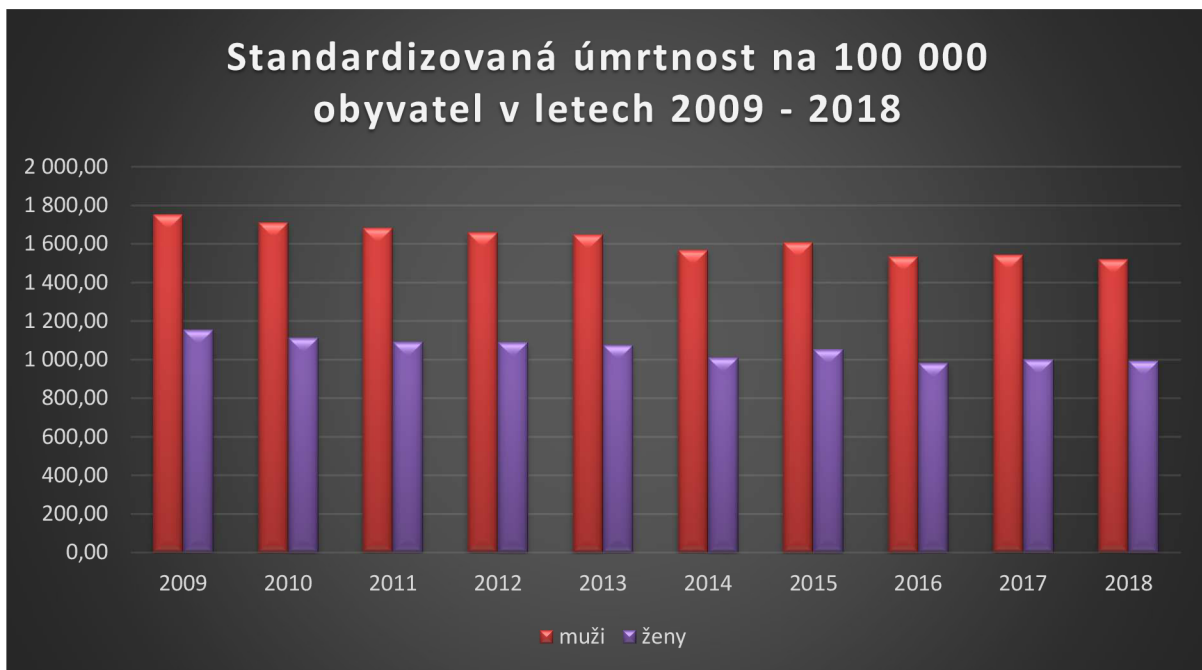
Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z ÚZIS.

Příloha č. 2: Úmrtnost na 100 000 obyvatel v letech 2009–2018.



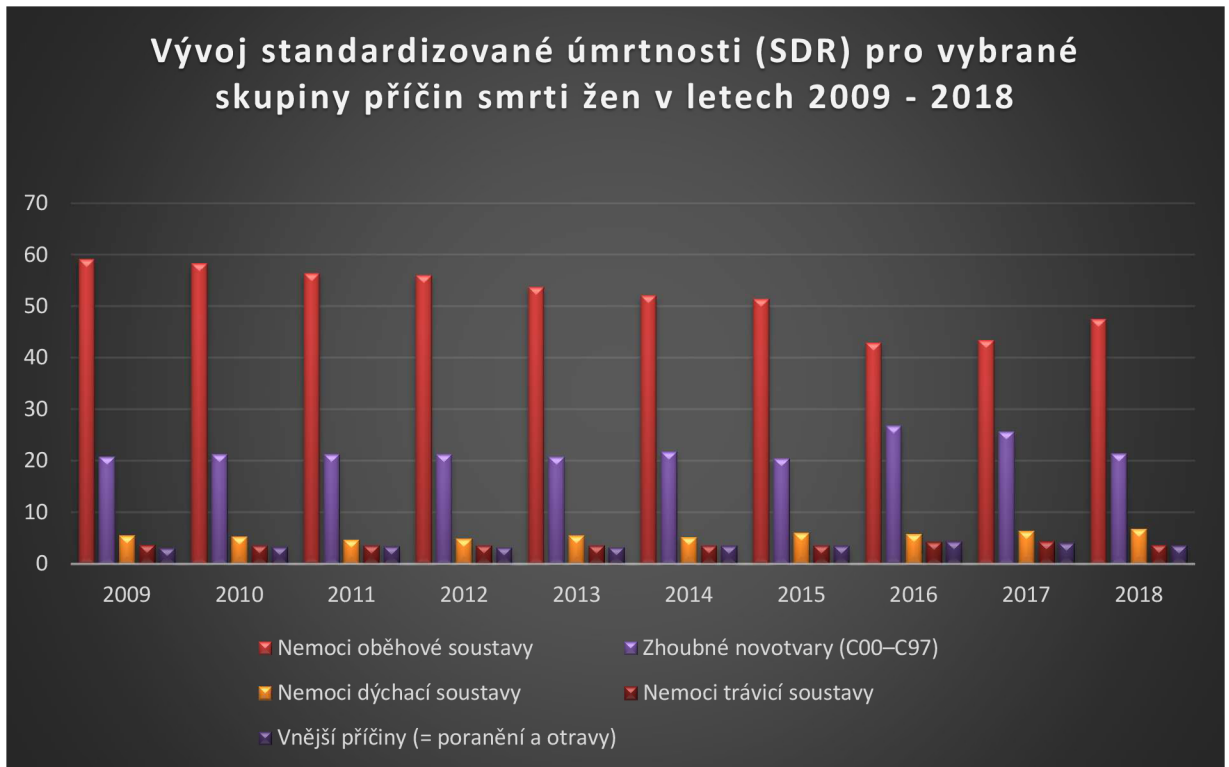
Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z ÚZIS.

Příloha č. 3: Standardizovaná úmrtnost na 100 000 obyvatel v letech 2009–2018.



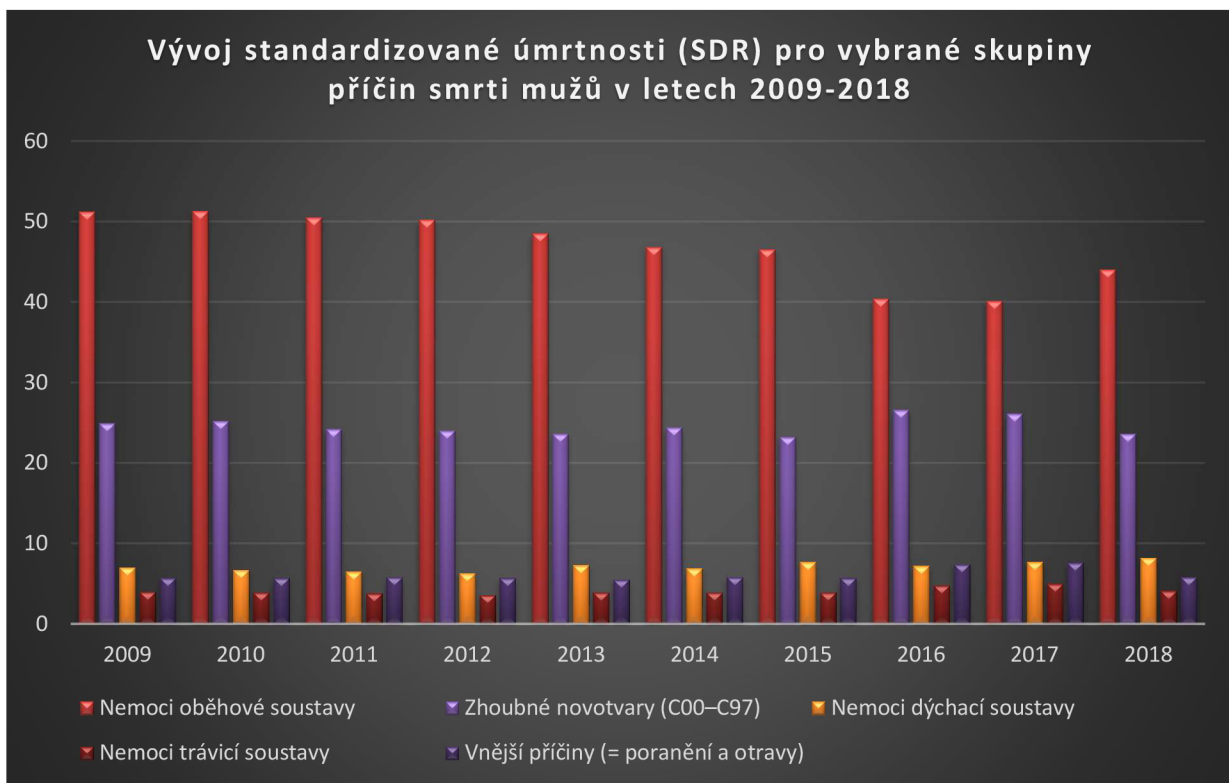
Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z ÚZIS.

Příloha č. 4: Vývoj standardizované úmrtnosti (SDR) pro vybrané skupiny příčin smrti žen v letech 2009–2018.



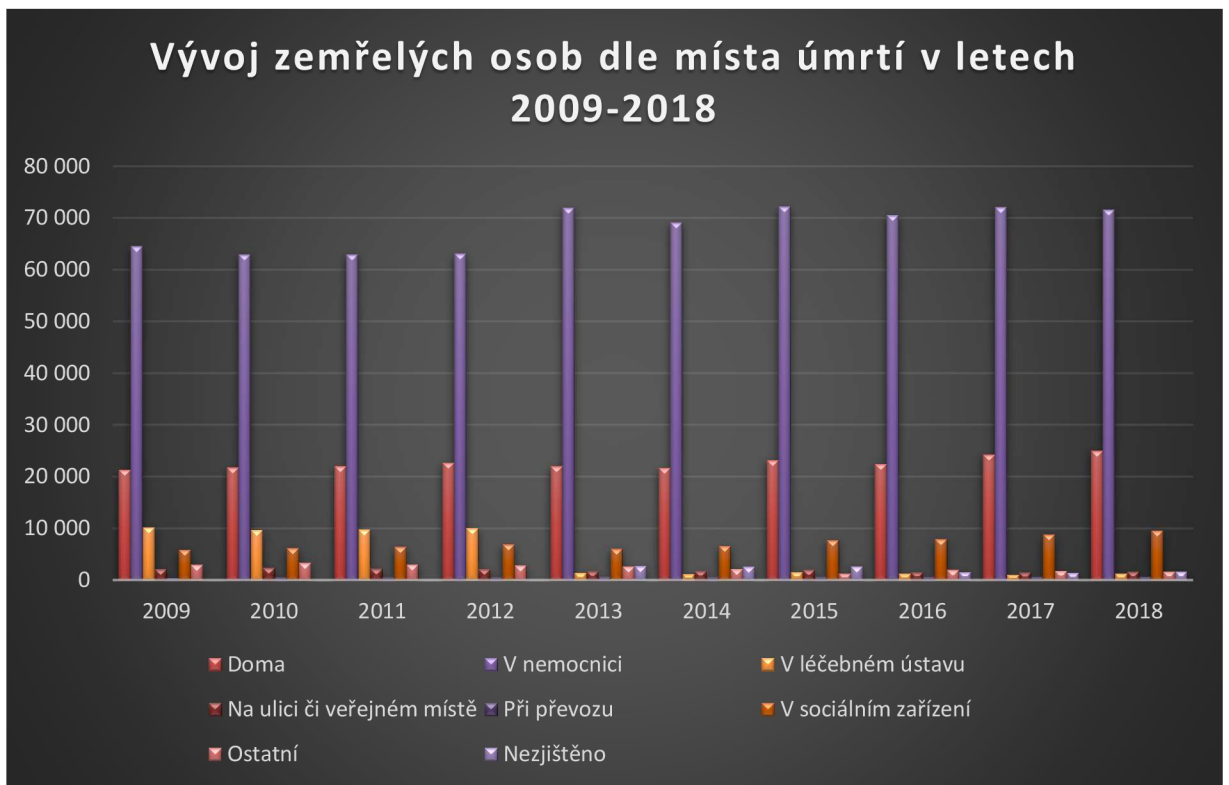
Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z ÚZIS.

Příloha č. 5: Vývoj standardizované úmrtnosti (SDR) pro vybrané skupiny příčin smrti mužů v letech 2009–2018.



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z ÚZIS.

Příloha č. 6: Vývoj zemřelých osob dle místa úmrtí v letech 2009-2019.



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat z ÚZIS.

1. Základní struktura a průběh péče

Standard 1.1 Lékaři všech odborností by měli u pacientů s chronickým progresivním onemocněním včas rozpoznat pokročilý a potenciálně život ohrožující charakter onemocnění.

Standard 1.2 Plán paliativní péče vychází z rozpoznaných a vyjádřených potřeb, přání a preferencí pacienta a jeho rodiny. Pacient je podporován, aby se na jeho tvorbě aktivně podílel.

Standard 1.3 Ošetřující lékař rozhoduje podle svých možností a podle komplexnosti pacientových tělesných a psycho-sociálních obtíží o tom, zda je pro pacienta dostatečná obecná paliativní péče nebo zda jeho stav vyžaduje konziliární vyšetření nebo předání do péče poskytovatele specializované paliativní péče.

Standard 1.4 Plán paliativní péče je realizován multiprofesním týmem, jehož základními členy jsou lékař, sestra a sociální pracovník. Dalšími důležitými členy týmu pro hodnocení potřeb pacienta a realizaci paliativní péče má být psycholog a duchovní; může případně být i fyzioterapeut, ergoterapeut a nutriční specialista.

Standard 1.5 Na realizaci plánu paliativní péče se podílejí náležitě edukovaní dobrovolníci, u kterých probíhá pravidelná supervize.

Standard 1.6 Paliativní péče je poskytována v prostředí a místě, které v maximální míře odpovídá pacientově přání a potřebám.

Standard 1.7 Členům týmu je poskytována systematická podpora ke zvládnutí emoční zátěže plynoucí z péče o pacienty s nevléčitelným onemocněním.

Standard 1.8 Všichni členové multiprofesního týmu jsou podporováni v kontinuálním vzdělávání a jsou jim k tomu vytvořeny podmínky.

2. Péče o tělesný stav a potřeby

Standard 2.1 Součástí paliativní péče jsou všechny léčebné postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě.

Standard 2.2 Bolest a ostatní symptomy jsou pravidelně hodnoceny a léčeny v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy a moderního ošetřovatelství.

3. Psychologické a psychiatrické aspekty péče

Standard 3.1 Psychický stav pacienta a jeho rodiny je pravidelně hodnocen a jsou včas aplikovány nefarmakologické a farmakologické léčebné postupy v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy a moderního ošetrovatelství.

Standard 3.2 Podpora a péče v období zármutku a truchlení je poskytována všem pacientům a jejich rodinám v rozsahu, který vychází z jejich potřeb.

4. Sociální aspekty péče

Standard 4.1 U pacienta je provedeno komplexní multiprofesní zhodnocení jeho sociálních potřeb a plán paliativní péče musí tyto potřeby efektivně řešit.

5. Existenciální, spirituální a náboženské aspekty péče

Standard 5.1

U pacienta je provedeno zhodnocení jeho spirituálních potřeb a role spirituální dimenze při zvládnutí závažného onemocnění. Plán paliativní péče musí tyto potřeby zohledňovat a s potenciálem spirituální dimenze pracovat.

6. Kulturní aspekty péče

Standard 6.1 Potřeby pacienta a jeho rodiny jsou hodnoceny a řešeny kulturně citlivým způsobem.

7. Péče o umírajícího pacienta

Standard 7.1 Terminální stav (umírání) je včas rozpoznán a tato skutečnost je citlivým způsobem sdělena pacientovi a jeho blízkým. Je neprodleně zahájena péče zaměřená na mírnění dyskomfortu při umírání.

Standard 7.2 Péče o tělo zemřelého je prováděna s úctou a respektem k osobě zemřelého a kulturním a náboženským zvykům pacienta a jeho rodiny a v souladu s platnými zákony.

Standard 7.3 Po úmrtí pacienta je rodině pacienta poskytnuta bezprostřední rada a pomoc a je nabídnuta systematická podpora v období truchlení.

8. Etické a právní aspekty péče

Standard 8.1 Pacientova přání a preference jsou respektována, pokud nejsou v přímém rozporu s dobrými mravy nebo platnými zákonnými normami.

Standard 8.2 Součástí tvorby plánu paliativní péče je diskuse mezi lékařem a pacientem o rozsahu diagnostických a léčebných metod v rámci paliativní péče a využití tzv. život prodlužujících léčebných postupů.

Standard 8.3 Poskytovatelé obecné i specializované paliativní péče znají a respektují etická pravidla a zákonné normy, které upravují péči o pacienta v závěru života.

Dotazník pro pracovníky pobytového zařízení sociálních služeb

1. Jste

- a) Žena
- b) Muž

2. Jste ve věkové kategorii

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 40 let
- c) 41 – 55 let
- d) 56 – 65 let
- e) Nad 65 let

3. Pracujete v:

- a) neziskové organizaci
- b) příspěvkové organizaci
- c) akciové společnosti
- d) jiné – vyplňte

4. Zřizovatelem organizace, ve které pracujete, je:

- a) Církev
- b) Město/obec
- c) Krajský úřad Moravskoslezského kraje
- d) Soukromá osoba
- e) Jiné – uveďte

5. Pracujete v:

- a) domově pro seniory
- b) domově se zvláštním režimem pro seniory

6. Vámi zastávaná pozice v organizaci je:

- a) vedoucí pracovník
- b) sociální pracovník
- c) pracovník v sociálních službách
- d) zdravotnický pracovník

7. V sociálních službách pro seniory pracujete:

- a) méně než 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) více než 20 let

8. Co podle Vás znamená institut Dříve vysloveného přání?

Otevřená otázka

9. Kde jste se setkal(a) poprvé s pojmem paliativní péče?

- a) neznám pojem paliativní péče
- b) ve své organizaci, ve které působím
- c) ve škole
- d) na internetu
- e) z médií (tv, rozhlas)
- f) od lékaře
- g) od známých, příbuzných
- h) jinde - uveďte

10. Co je podle Vás hlavním cílem paliativní péče?

- a) Léčení, ideálně úplně vyléčení nemocného.
- b) Zkvalitnění života umírajícího se zachováním důstojnosti a individuality člověka.
- c) Výzkum léků.
- d) Jiné – uveďte

11. Kolik % klientů Vašeho zařízení zemřelo v letech 2017 – 2019 v nemocnici?

- a) 10% – 24%
- b) 25% - 49%
- c) 50% - 74%
- d) 75% - 100%

12. Kolik % klientů Vašeho zařízení zemřelo v letech 2017 – 2019 přímo ve Vašem zařízení?

- a) 10% – 24%
- b) 25% - 49%
- c) 50% - 74%
- d) 75% - 100%

13. Kolik % klientů Vašeho zařízení vyjadřuje přání zemřít v kruhu blízkých a přátel v zařízení?

- a) 10% – 24%
- b) 25% - 49%
- c) 50% - 74%
- d) 75% - 100%
- e) Nemáme tuto informaci k dispozici.

14. Je paliativní péče v praxi Vašeho zařízení zavedena?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud je odpověď ANO, pokračujte na otázky č. 15 - 19

Pokud je odpověď NE, pokračujte na otázku č. 19 - 21

15. Jak dlouho je paliativní péče zavedena v praxi Vašeho zařízení?

- a) Méně než rok
- b) 1 – 3 roky
- c) Více než 3 roky
- d) Jiné – doplňte

16. Co bylo motivací k zavedení paliativní péče do Vašeho zařízení?

- a) Impulz od zřizovatele.
- b) Impulz z vedení organizace ke zkvalitnění péče.
- c) Impulz od klientů k možnosti důstojnějšího umírání a uplatnění vlastní vůle i v závěru života.
- d) Impulz od rodinných příslušníků k zajištění důstojné péče o jejich blízké.
- e) Jiné – doplňte

17. Která oblast paliativní péče je podle Vás nejdůležitější pro klienty? zatrhněte 2 možnosti

- a) Uspokojení potřeb v oblasti duchovní péče (možnost návštěvy pastoračního pracovníka, náboženské aktivity...)
- b) Uspokojení sociálních potřeb (návštěvy přátel, rodinných příslušníků, společenské aktivity, aktivity dobrovolníků aj.)
- c) Uspokojení psychologických potřeb (možnost rozhovorů, možnost využití psychologa aj.)
- d) Uspokojení fyziologických potřeb (zaopatření stravy, ubytování, pohodlí, bezpečí, zdravotnické ošetření aj.)

18. Co je podle Vás největším rizikem a překážkou při poskytování paliativní péče ve Vaší organizaci? Otevřená otázka

19. Jaké jsou podle Vás nejefektivnější formy vzdělávání k prohlubování znalostí v poskytování paliativní péče?

- a) Jednodenní kurzy
- b) Dlouhodobé výcviky
- c) Stáže v zahraničních organizacích
- d) Stáže v organizacích v ČR
- e) Supervize
- f) Intervize
- g) Webináře (on-line vzdělávání)
- h) Jiné – doplňte

20. Co by Vás osobně motivovalo k zavedení paliativní péče do praxe Vašeho zařízení? Napište tři odpovědi seřazené dle Vašich priorit:

- a) A -
- b) B -
- c) C -

21. Jaká vnímáte rizika a překážky v případném zavádění paliativní péče do praxe Vašeho zařízení?

- a) Nedostatek financí
- b) Nedostatečná podpora zřizovatele
- c) Nedostatek kvalifikovaného personálu
- d) Nedostatek návazných služeb
- e) Nezájem ze strany klientů a rodinných příslušníků
- f) Jiné – doplňte