

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Oddělení praxe

Bakalářská práce

PALIATIVNÍ PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová, Ph.D.

Autor práce: Tereza Šoralová, DiS.

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: III.

Forma studia: Prezenční

2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že, v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum: 25. 3. 2020

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Heleně Machulové, Ph.D. za velkou trpělivost, cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Chtěla bych také poděkovat mé rodině za podporu během studia.

Obsah

Úvod	6
1. Stáří.....	8
1.1. Kalendářní stáří	9
1.2. Biologické stáří.....	10
1.3. Sociální stáří	10
1.3.1. Odchod do důchodu	11
1.3.2. Strategie zvládnání odchodu do důchodu	12
1.4. Shrnutí	14
2. Potřeby seniorů	15
2.1. Potřeba stimulace.....	15
2.2. Potřeba sociálního kontaktu	16
2.3. Potřeba citové jistoty a bezpečí	16
2.4. Potřeba seberealizace.....	17
2.5. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje	18
2.6. Spirituální potřeby	18
3. Paliativní péče	20
3.1. Smrt	20
3.1.1. Dělení smrti.....	22
3.1.2. Náhlá, rychlá a pomalá smrt.....	22
3.2. Fáze umírání	23
3.2.1. Pre finem	23
3.2.2. In finem	24
3.2.3. Post finem.....	24
3.3. Bolest.....	25
3.4. Právo umírajícího znát pravdu o svém zdravotním stavu	26
3.5. Naděje.....	27
3.6. Psychické fáze nevléčitelně nemocného	28
3.7. Důstojnost.....	30
3.8. Rodina po smrti blízkého.....	30

3.9.	Paliativní péče v praxi	31
3.10.	Obecná a specializovaná paliativní péče	32
3.10.1.	Fáze nevyléčitelného onemocnění	33
3.10.2.	Cílová skupina pacientů paliativní péče.....	34
3.11.	Hospicová péče	34
3.11.1.	Formy hospicové péče.....	35
3.11.2.	Znaky kvality hospice	36
3.11.3.	Výhody hospicové péče	37
3.11.4.	Charta umírajících.....	37
3.12.	Shrnutí.....	38
4.	Paliativní péče v domově pro seniory	39
4.1.	Domovy pro seniory	39
4.2.	Domovy pro seniory a možnosti paliativní péče	40
4.3.	Shrnutí	42
	Závěr	43
	Seznam literatury	45

Úvod

Prošla jsem si několika domovy pro seniory jako praktikantka, zaměstnanec, ale i jako dobrovolník. Seniory jako svoji cílovou skupinu jsem si zvolila před mnoha lety. Práce se seniory mě naplňuje a myslím si, že je třeba věnovat mnohem větší pozornost péči o starší občany. V České republice je stále patrná naše nepřípravenost a absence některých vhodných služeb. Mám na mysli zejména dostupnost hospiců a poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. Stále se zamýšlím nad touto problematikou a možnostmi, které by mohly zlepšit současný stav.

Jako jednu z největších komplikací vidím zejména neznalost problematiky paliativní péče. Mnoho domovů pro seniory tuto péči neposkytuje a zaměstnanci těchto zařízení nejsou velmi často schopni ani podávat odborné informace a pomoc umírajícímu a jeho rodině. Smrt je stále tabuizována a příliš se o ní nemluví. Umírající jsou odvezeni do nemocnic. Umírají bez svých blízkých a odborné pomoci. Velmi často nemají nikoho, kdo by si s nimi promluvil o obavách ze smrti a naslouchal jim. Z těchto důvodů se budu zabývat v mé práci skupinou seniorů, kteří umírají v domovech pro seniory.

Cílem mé práce je popis prvků paliativní péče a jejich následné využití v domovech pro seniory. V posledních letech totiž dochází k výrazné změně, kterou beze sporu poskytování kvalitní paliativní péče je. Budu se snažit popsat všechny prvky paliativní péče a vybrat ty, které je možné využít v domovech pro seniory.

První kapitola bude pojednávat o stáří a jeho typických znacích. Budu se podrobněji zabývat odchodem do důchodu a následnou adaptací na nový životní styl. V závěru kapitoly se budu snažit popsat všechny pozitivní přínosy stáří.

Ve druhé kapitole popíšu potřeby seniorů v domově pro seniory. Větší pozornost budu věnovat zejména potřebě jistoty a bezpečí, ale též spirituálním potřebám, které bývají často opomíjeny. Mají však velký význam nejen u věřících osob.

Třetí kapitola bude popisovat, co je paliativní péče, jakým způsobem a kde je poskytována. Budu se snažit popsat její charakteristické znaky a výhody. V dalších

podkapitolách se budu věnovat bolesti, smrti a důstojnému umírání. Na konci kapitoly popíšu psychické fáze nevléčitelně nemocného podle Kübler-Ross.

Ve čtvrté kapitole budu popisovat, jak probíhá péče v domovech pro seniory. Pokusím se najít prvky, které by bylo možné aplikovat v těchto zařízeních a zkvalitnit tak seniorům umírání v ústavní péči.

Při psaní své práce využiji dostupné literatury, která se věnuje této problematice z pohledu etiky, sociální práce, psychologie a zdravotní nauky. Za nejdůležitější pokládám knihy Heleny Haškovcové – Thanatologie a Fenomén stáří. Mnoho cenných informací mi rovněž poskytne kniha od Elisabeth Kübler-Ross – O smrti a umírání. Dále bude zdrojem informací též kniha Hospice a umění doprovázet od Marie Svatošové.

1. Stáří

Člověk prochází životem jako pomyslnou cestou. Setkává se s mnohými obtížemi a prožívá spoustu radosti. Dělá různá rozhodnutí, která jej ovlivňují v dalším životě. Někdy jsou tato rozhodnutí správná a někdy chybná. Všechny cesty mají svůj začátek a konec, stejně tak lidský život. Nejdříve se narodíme a poznáváme směr naší cesty a její význam, pak postupujeme dále a hledáme vyšší smysl našeho putování. Jednou naše cesta skončí, spolu se smrtí. A je jen na nás, zda naplníme náš život a maximálně pochopíme jeho význam.¹

Stáří bychom mohli vymezit jako určitou příslušnost k věkové skupině lidí (zpravidla dosažením 60, respektive 65 let). Tento věk je spojován se statusem člověka v důchodu. Předpokládáme i jisté snížení aktivity zejména z důvodu polymorbidity. Tento stereotypní pohled vnímá skupinu starých lidí velmi homogenním způsobem. Jde o pohled, který nevidí u seniorů individuální rozdíly a ani žádné pozitivní hodnoty stáří. Přitom vyšší věk není důvodem ke zvýšené potřebě péče. Mnoho starších lidí žije naprosto soběstačně. Úkolem sociální práce je pak vyhledávat seniory osamělé, propuštěné z nemocnice, vystavené špatnému zacházení ze strany okolí anebo ohrožené nějakou nepředvídatelnou událostí, jako je úraz či vážná nemoc. Zkrátka bychom mohli říci, že se budeme v této práci bavit především o seniorech, kteří již potřebují pomoc, a proto jsou klienty domova pro seniory anebo hospice. Trpí tedy omezeními, která snižují jejich schopnost se o sebe postarat a uspokojit své každodenní potřeby. Tato skupina seniorů je klientem domovů pro seniory, protože usilujeme o udržení kvality jejich života. Chceme jim pomoci žít život co nejvíce kvalitně a dostat je ven z bludného kruhu, který je zapříčiněn nezvládnutím úkonů ve svém životě, jak byl člověk dosud zvyklý.²

Dnešní západní společnost bychom mohli charakterizovat jako společnost, která obdivuje kult krásy a mládí. Rovněž se tato společnost zaměřuje na podaný výkon a aktivní zapojení lidí do společnosti. Prodlužuje se období aktivního stylu života.³ Žumárová uvádí jako prevenci předčasného stárnutí a neaktivního stáří udržování fyzické, psychické i pracovní aktivity. S tím souvisí i nezbytnost udržování

¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, s. 3.

² Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*, s. 163-164.

³ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*, s. 19.

společenských kontaktů jako účinná prevence sociální izolace. Nicméně považuje za klíčovou hodnotu také kvalitní zdravotní péči a zdravý styl života, dostupnou sociální pomoc a dostatečné hmotné zajištění.⁴

Můžeme pozorovat na základě různých analýz prodloužení života lidí o přibližně třicet let oproti počátku 20. století. Výrazně se také mění kvalita života seniorů. Je k dispozici nepřeberné množství aktivit, služeb a člověk v důchodu má možnost vzdělávat se a rozvíjet dle svých zájmů. Velice podstatný je i fakt, že geriatrická medicína a paliativní péče se neustále zdokonalují.⁵

Jak je to ale se stárnutím? Je to dlouhodobý proces, který se začíná projevovat pozvolna. Člověk vnímá úbytek sil a celkové snížení schopností. Někdo si plánuje, že bude mít ve stáří více času pro své koníčky. Nebude muset chodit do práce a dělit čas mezi rodinu a své záliby. Bude více odpočívat. Tento ideál je velmi lákavý. Skutečnost ovšem bývá úplně jiná. Je třeba zařídit mnoho věcí, aby se mohlo toto přání naplnit.⁶

Pro nás všechny, kdo chceme pomáhat, je velmi důležité si uvědomit, že stáří je v nás. Budeme jednou také staří. Ten, kdo si dokáže uvědomit konkrétní problémy a vžít se do kůže starých lidí, bude lepším pečovatelem. Budeme pak lépe chápat hodnoty seniorů a efektivněji můžeme pomoci. Radost ze společné spolupráce a porozumění bude skutečné. Počet seniorů se rapidně zvyšuje. A právě tato skutečnost by měla přispívat tomu, že se budeme snažit nabídnout seniorům síť služeb, která bude efektivní.⁷ Základem je porozumět stáří obecně a znát nejen fyzické a psychické změny, ale i další obecné znaky stárnutí, podle kterých se můžeme orientovat v naší další práci.

1.1. Kalendářní stáří

Jak je patrné z názvu, tak kalendářní stáří je dáno datem narození. Bohužel je to nepřesná informace – slouží pouze k orientaci a poskytuje snadné srovnání involučních změn většiny populace v určitém vývojovém období. Nicméně se mohou konkrétní jedinci silně vymykat většině a můžeme pozorovat velké rozdíly mezi ženami a muži.

⁴ Srov. ŽUMÁROVÁ, M. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*, s. 56.

⁵ Srov. SAK, P. KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*, s. 10.

⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 15.

⁷ Tamtéž s. 19.

Mühlpachr uvádí, že je problematické vymezení počátku stáří, ale i jeho samotná periodizace. Toto členění v podstatě slouží k tomu, abychom mohli orientačně zhodnotit potřeby osob a rizika spojená s daným věkem.

Mühlpachr přehledně rozděluje stáří takto:

- **65 - 74 let mladí senioři** - období odchodu do penze a plánování volného času a seberealizace
- **75 - 84 let staří senioři** – počínají se projevovat chronická onemocnění⁸
- **85 a více let velmi staří senioři** – onemocnění navazují na sebe a klesá schopnost soběstačnosti⁹

1.2. Biologické stáří

Biologické stáří je souhrnné označení involučních změn. Dochází k atrofii, poklesu fyzických schopností, řídnutí kostí, zvyšování krevního tlaku a můžeme zaznamenat vysoký výskyt osteoporózy a artrózy. Zhoršuje se kvalita sluchu, zraku a chrupu. Kůže se svažuje a ztrácí elasticitu. Starší člověk se rychleji unaví a může mít potíže s dýcháním. Onemocnění na sebe navazují a ovlivňují se. U všech lidí dochází k biologickému stárnutí velmi individuálně. Proto ani podle biologických ukazatelů nelze porovnávat stáří konkrétních osob.¹⁰

1.3. Sociální stáří

Sociální stáří bychom mohli definovat jako splnění určitého kritéria – nejčastěji je tímto bodem odchod do důchodu nebo dosažení určitého věku. Odchod do důchodu je významná sociální změna a může znamenat pro seniora těžší životní období. Člověk, který odchází do důchodu, přichází o některé dosavadní role. Mění se finanční situace seniora i celkový způsob života. Dochází též velmi často k sociální izolaci a senior ztrácí většinu kontaktů z důvodu změny bydliště nebo omezení okruhu, kde se pohybuje.¹¹

⁸ Srov. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, s. 20-21.

⁹ Srov. Tamtéž, s. 20-21.

¹⁰ Srov. Tamtéž, s. 19.

¹¹ Srov. Tamtéž, s. 19.

1.3.1. Odchod do důchodu

Odchod do důchodu je vždy pro člověka počátkem nového období. Přichází úsek života, který se zcela liší od předešlého období. Starý člověk ztrácí práci, a tím také mění svoji roli ve společnosti. Přichází o kontakt s lidmi. Člověku zůstávají jen soukromé role, pro širší okolí se stává anonymním důchodcem. V případě manželů se mění celkové uspořádání a naplnění společného času. Dokud člověk pracoval, tak byl jeho čas řízen prací a zbývalo mu jen málo volného času. S odchodem do penze získal velké množství volného času a musí jej smysluplně naplnit. Je důležité si najít koníčky, realizovat plány, pro které nebylo dostatek času v produktivním věku. Naneštěstí se tak děje v období, kdy je člověk nějakým způsobem ovlivněn (zdravotní stav, nedostatek financí). Mění se postoje a pořadí hodnot. Člověk se může rozvíjet a vzdělávat i po odchodu do penze. Je možné si zařídit též příležitostnou brigádu nebo dobrovolnickou práci. Někteří lidé nechtějí odejít do důchodu. Snaží se tak setrvat v zaměstnání co nejdéle, a to i v případě, že by to mělo znamenat méně významnější pracovní místo než dosud. Motivace k tomuto jednání může být různá.¹² Senior může mít zájem o profesní aktivitu, protože ho to uspokojuje a poskytuje mu určitý sociální status. Může jít také o snahu zachovat si určitý životní styl a pravidelnost. Neméně významná je pak potřeba sociálního kontaktu, jehož absenci můžeme pozorovat v důchodu. Pro někoho může být i motivací k práci obava ze zhoršení ekonomické situace a následkem toho pokles životní úrovně.¹³

Zpravidla bychom mohli říci, že čím vyšší postavení člověk v práci měl, tím hůř vnímá odchod do důchodu. Odchodem ze zaměstnání ztrácí leckdy i smysl svého života a musí hledat jiné naplnění volného času. V penzi jsou si najednou všichni rovni a musí organizovat svůj čas sami. Z role pracujícího člověka se najednou dostanou do postavení, kdy vlastně nemají žádnou roli. Lidé, kteří přicházejí do domova pro seniory, se tak potýkají s další náročnou životní situací. První byl odchod do důchodu, a pokud se vypořádali s touto změnou a naučili se aktivně využívat svůj volný čas, tak nyní přichází druhá krize: stěhování do domova pro seniory. To představuje další změnu, která nabízí možná lepší sociální kontakt zejména s vrstevníky, ale jinou možnost volnočasových aktivit. Často od svých klientů slyším:

¹² Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 27-28.

¹³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, s. 358.

Ještě včera jsem byla na zahrádce a dnes jsem tady. Zpravidla klienti, kteří pochopili svoji situaci a požádali o pomoc, vnímají situaci lépe. Myslím si, že většina klientů dokáže vidět i výhody. Nejenže je v zařízení pestrý program, ale několik rodin využívá možnosti vzít si seniora domů na víkend či svátky.

1.3.2. Strategie zvládání odchodu do důchodu

Haškovcová uvádí několik strategií, kterou může zaujmout člověk odcházející do důchodu:

a) strategie konstruktivnosti

Tuto strategii bychom mohli nazvat jako ideální adaptaci na odchod do důchodu. Jsou to lidé, kteří se dokáží vyrovnat s odchodem do důchodu a naplní svůj volný čas smysluplně. Jde o nalezení smyslu života ve stáří. Takto pozitivně naladěný senior je vnímán jako milý člověk a bere život s humorem a moudře.

b) strategie závislosti

Tato strategie je poměrně častá, ale nemyslím si, že úspěšná. Člověk je pasivní a očekává, že se o něj postará okolí jak po stránce emocionální, tak i hmotné. Po celý svůj produktivní život chodil do práce a pracoval jen za účelem získání finančních prostředků. Odchod do důchodu nenese příliš těžce, spíše ho těší, že má více času na své blízké a odpočinek při své oblíbené činnosti.¹⁴

c) strategie obranného postoje

Strategii obranného postoje vnímám jako problematickou, protože je zde patrná jakási závislost na zaměstnání. Člověk se může cítit neužitečný a trpět pocity méněcennosti, když má odejít do důchodu. Tato skutečnost představuje změnu dosavadního programu: má se najednou stát zavislým na ostatních členech společnosti a žít sám se sebou nebo s partnerem. Nechce si připustit možnost, že odejde do důchodu. Lidé, které bychom mohli zařadit do této skupiny, bojují o to, aby zůstali v práci co nejdéle, a odchází až

¹⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 81-84.

v případě nutnosti, např. zdravotních komplikací. Může tak dojít k velkému přepínání sil anebo zklamání z neúspěchu.¹⁵

d) strategie nepřátelství

Strategie nepřátelství je nejvíce komplikovanou strategií vůbec. Člověk, který zvolí tuto strategii, je nenávistný ke svému okolí, viní ostatní lidi ze svého neúspěchu. Podezřívavost a agresivita k ostatním je velmi častá. Není výjimkou, že takový člověk vnímá i stáří za neúspěch a obviňuje všechny mladé lidi. Chybí zde celkový pohled na význam stáří a smíření se s ním. Díky osobám uchylujícím se k této strategii vznikají mýty o agresivních, závistivých a nahněvaných seniorech. Takový člověk se stahuje do své vlastní ulity a přežívá o samotě, protože okolní společnost má vinu na všem špatném, co se mu stalo.

e) sebenenávist

Posledním druhem reakce na odchod do důchodu je sebenenávist. Člověk se chová a uzavírá do sebe v podstatě stejným způsobem, jako tomu bylo u nepřátelského postoje. Jediným rozdílem je pouze to, že veškerá nenávist a pocit neschopnosti a viny je zaměřen jen na svoji vlastní osobu.¹⁶

Můžeme však říci, že strategie se různě kombinují a člověk může procházet postupně všemi z nich. Strategie nejsou voleny vědomě, ale velký vliv má prostředí a životní zkušenosti daného člověka. Myslím si, že záleží také na budování copingových strategií v průběhu celého života. V dnešní době je však stále méně patrná hranice mezi pracujícími lidmi a lidmi, kteří odchází do starobního důchodu. Pokud je to jen trochu možné, tak se někteří senioři snaží dále pracovat (případně přejdou na méně náročnou pracovní pozici, částečný úvazek) a společnost jejich rozhodnutí podporuje.¹⁷ V naší společnosti je vnímán odchod do důchodu jako výhoda, ale na druhé straně je spojována tato skutečnost s nižším hodnocením starších lidí, protože společnost je posuzuje na základě aktuálního přínosu a nepřemýšlí nad tím, co tito lidé vykonali během svého dlouhého života v minulosti.¹⁸

¹⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 81-84.

¹⁶ Srov. Tamtéž, s. 81-84.

¹⁷ Srov. Tamtéž, s. 84-85.

¹⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, s. 355.

1.4. Shrnutí

Stáří není pouze souhrn negativních jevů. Pichaud a Thareauová uvádí, že stáří přináší také moudrost, shovívavost a schopnost vidět věci a osoby do hloubky. K tomu se váže i pochopení a nalezení smyslu života ve stáří.¹⁹ Stáří je velmi často popisováno jako negativní jev. Dochází ke ztrátám sluchu, zraku, mobility atd. Ale pokud bychom brali stáří jako určitou změnu, tak bychom mohli vidět nejen ztráty, ale i získání nových vlastností a dovedností.²⁰

Pichaud uvádí opatření, která pomáhají starším lidem zdravěji stárnout a uvědomovat si komplikace. Starší lidé by měli stále dbát o svůj zevnějšek. Je důležité dodržení hygieny a péče o svůj vzhled a oblečení. Velmi přínosná je péče o zrak a sluch. Kompenzace nedostatků těchto smyslů napomáhá k lepší a snazší komunikaci s okolím. Dále je důležité trénovat paměť a jemnou motoriku. Univerzity třetího věku mají podle mého názoru významný přínos k udržení psychického zdraví. Nejenže se člověk učí zajímavé věci, ale zároveň se vyhýbá sociální izolaci. Rovněž zájmy o společenský život a koníčky přispívají k vyšší fyzické aktivitě. V domovech pro seniory je v nabídce mnoho aktivit a vzdělávacích programů a každý si vybere podle svých zájmů. Mnoho aktivit a přednášek je sestaveno tak, aby je mohli navštívit i klienti s nižší schopností pohybu. Pichaud rovněž upozorňuje na důležitost dodržení kvalitní stravy a režimu dne. Spánek je velmi důležitý i ve stáří, ale často s ním právě bývají problémy zejména díky nižší fyzické aktivitě. Pohled na stáří závisí čistě na skutečnosti, jak je senior vnímán okolím a jak vnímá sám sebe.²¹

Stáří má i mnoho pozitivních přínosů. Dochází ke zrání osobnosti a začínají být viditelné silné stránky osobnosti. Projevuje se laskavost a ochota naslouchat. Člověk s příchodem stáří získává rovněž lepší náhled na svět a je moudřejší.²² Poučil se v životě ze svých chyb a může poskytnout mladším lidem své zkušenosti. Ráda vzpomínám na mnoho klientů, protože měli tak pozitivní a moudrý náhled na život. Poskytovali moudré rady a vysvětlovali mladším lidem nebo svým vnoučatům tolik důležitých věcí. Vždy mě zaujme trpělivost a vyrovnanost, s jakou starý člověk hovoří.

¹⁹ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 14.

²⁰ Srov. Tamtéž, s. 21-24.

²¹ Srov. Tamtéž, s. 24-25.

²² Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*, s. 13-14.

Též Mühlpachr vidí stáří jako možnost rozvíjení znalostí, dovedností a kompetencí. Například navštěvováním zájmových kurzů či univerzit třetího věku. Stejně jako po celý život je důležité i v seniorském věku rozvíjet postoje a návyky a orientaci v současném světě.²³

2. Potřeby seniorů

Jak jsem již zmínila v předešlé kapitole, je nutné znát všechny biologické i sociální změny stárnoucích osob, abychom mohli adekvátně reagovat na potřeby seniorů v domovech pro seniory. Mnoho potřeb vychází právě z konkrétních změn ve stáří. Je třeba, abychom nezapomínali na spirituální potřeby. Tento typ potřeb totiž významně ovlivňuje celkový psychický stav seniora, který se ocitl na konci své životní cesty.

V důsledku zhoršování některých fyzických a psychických schopností v pozdějším věku se mění i význam a uspořádání potřeb a hodnot člověka. Velmi významnou se stává potřeba bezpečí a potřeba jistoty. Stárnoucí člověk se více zaměřuje na sebe a hodnotí míru uspokojování svých potřeb. Nenaplnění potřeb vede ke zklamání a demotivuje seniora a může vést k uzavření seniora do sebe a nespolupráci s okolím.²⁴ Člověk, který přichází do domova pro seniory, má specifické potřeby, které nezvládá již naplňovat vlastními silami anebo s pomocí jiných osob žijících v jeho blízkém okolí.

2.1. Potřeba stimulace

Jak uvádí Vágnerová, tak větší množství informací a změn může vést k dezorientaci a nepříjemným pocitům. Vychází to z určité zkušenosti, kterou představuje snižování kompetencí spolu s narůstajícím věkem. Následkem snižování schopností mohou nastat některé problematické situace. Starší člověk proto obvykle preferuje klid a myšlenky na minulost. To však neznamená, že senior nepotřebuje dostatek podnětů. Jen jde o to, abychom přizpůsobili míru stimulace danému člověku. Často bývá problémem snížená schopnost percepce anebo snížení mobility. V domovech pro seniory je několik aktivizačních pracovníků, kteří se obvykle snaží pracovat přiměřeně se všemi klienty

²³ Srov. MÜHLPACHR, P. *Kvalita života seniorů*, s. 23.

²⁴ Srov. HAUKE, M. *Zvládání problémových situací se seniory*, s. 11.

a poskytují i individuální aktivizaci.²⁵ Klient zpravidla volí stejné aktivity, je důležitá určitá pravidelnost a stereotyp.

2.2. Potřeba sociálního kontaktu

Tato potřeba souvisí úzce s potřebou stimulace. Po celý život potřebujeme dostatečný kontakt s lidmi. U starších lidí bychom se měli zaměřit především na kvalitu tohoto kontaktu. Mnohá zdravotní omezení velmi snižují kvalitu komunikace mezi lidmi. Senior obvykle velmi rád komunikuje se známými lidmi. Nemusí to být nutně rodinní příslušníci, ale postačí jeho oblíbená pečovatelka anebo i někdo z technického personálu. Velmi záleží na tom, jak moc je druhá osoba schopná aktivně naslouchat a zda poskytne zpětnou vazbu. V domovech pro seniory vidím jako velký přínos, že člověk nikdy není sám. Pro mobilní klienty je pak možnost navštěvovat se na pokojích. Příznivé je i věkové složení klientů domova pro seniory – jsou přibližně stejného věku a přesně ví, co stáří přináší, a mohou si společně popovídat o všech potížích. To je velká změna oproti izolaci, kterou mohou osamělí lidé pociťovat doma! Dále pak vnímám jako podstatné, že personál zařízení je profesionální a dobře ví, jak jednat s člověkem, který má nějaké zdravotní omezení.²⁶

2.3. Potřeba citové jistoty a bezpečí

Tato potřeba se stává ve stáří významnější, než byla ve středním věku. Starší člověk se cítí oprávněně ohrožen, protože se zvyšuje riziko vážnějšího onemocnění anebo ztráta životního partnera. Zpravidla je důvodem stěhování do domova pro seniory to, že si člověk uvědomí nutnost přijetí pomoci. Může to být samotné vědomí snížení schopnosti se o sebe postarat, anebo důsledek horšího zdravotního stavu – pád anebo úraz. Pečovatelky pak pomáhají znovu navodit pocit jistoty. Velmi významnou roli hraje fakt, že je pomoc stále na blízku a lze o ni požádat anebo přijmout nabídku asistence. Někdy se potřeba citové jistoty projevuje zvýšenou závislostí na partnerovi a blízké rodině. Tato potřeba rovněž vychází z toho, že starší člověk potřebuje vědět, že patří do určité sociální skupiny. Rodina se tak stává velmi důležitou skupinou a její ztráta je nemyslitelná. Proto po odchodu do důchodu může senior projevovat zvýšenou

²⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*, s. 344.

²⁶ Srov. Tamtéž, s. 345.

úzkost, nebo se může změnit chování k některým členům rodiny.²⁷ Rovněž je součástí identity seniora místo, kde žije. Tuto identitu podmíněnou místem života ztrácí například při odchodu do domova pro seniory, anebo pokud se stěhuje do jiného města za svojí rodinou.²⁸

Senioři potřebují cítit oporu a jistotu. Pokud má starší člověk obavy z pádu nebo přílišné námahy při chůzi, tak mu můžeme nabídnout naši pomoc. Velmi vhodné je i chodítko, které mu pomůže při pohybu a poslouží i v případě, kdy je člověk unavený a potřebuje se posadit a ulevit nohám. Nemalou roli hraje i úprava prostředí, ve kterém se senior pohybuje. Ať už se jedná o bezbariérový přístup, nebo označení pokoje, patra, případně skříně. Jsou to jistě příjemné ukazatele, které napomáhají k lepší orientaci v prostředí i čase.²⁹

2.4. Potřeba seberealizace

S odchodem do důchodu se snižuje u některých lidí schopnost seberealizace. U některých dokonce ustupuje do pozadí. Jiní jsou natolik aktivní, že volí mnoho koníčků a snaží se uspokojit tuto potřebu jiným způsobem než zaměstnáním. Jde o určitou ztrátu pocitu vlastní hodnoty. Často můžeme pozorovat saturaci této potřeby alespoň symbolicky. Jde o návraty ve vzpomínkách a zdůrazňování dosažených úspěchů. Vágnerová uvádí, že potřeba seberealizace úzce souvisí s autonomií.³⁰

Člověk bojuje celý život o udržení určité autonomie ve smyslu samostatnosti, schopnosti fungovat a postarat se o sebe. Aby byl člověk skutečně autonomní, tak musí být schopen svobodně o sobě rozhodovat a jednat v souladu se svými potřebami. Není zcela pravda, že člověk, který je fyzicky znevýhodněný, automaticky ztrácí autonomii. Jen potřebuje více času, anebo částečnou pomoc s úkony. Toto bychom si měli uvědomit, protože jinak klienta nepovedeme k autonomii, ale budeme mu ji postupně odebírat. Ve stáří jsou ale lidé často omezeni zdravotně, trpí různými onemocněními a poruchami hybnosti. Což je velmi negativně zpomaluje ve všech oblastech soběstačnosti. Je pro ně mnohem náročnější si uvařit nebo se dostat na nákup, uklidit byt apod. Samotné rozhodování se také často zpomaluje a staří lidé jsou následkem toho

²⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*, s. 345-346.

²⁸ Srov. Tamtéž, s. 307.

²⁹ Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 38.

³⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*, s. 346-347.

snadněji ovlivnitelní. Vzpomeňme na různé prodejní akce nebo marketingové tahy, kdy je se seniory hezky jednáno, a pak je na ně vyvíjen náhlý nátlak, případně je jim i vyhrožováno. Senior má velmi často problém s organizací času a svých aktivit. Trávení a rozvržení volného času je tak především otázkou hodnot. Každý člověk by měl být veden od dětství ke smysluplnému životu. Ten by měl obecně obsahovat touhu po vzdělání, rozvíjení osobních zájmů a po společenské aktivitě. Zdravý životní styl a aktivní vyplnění volného času také hraje důležitou roli. Senior se může autonomie dobrovolně vzdát. Tento případ není ojedinělý, ale je jistě náročné si přiznat, že nezvládám činnosti, které jsem dříve zvládal. Věřím, že ti senioři, kteří si dokáží přiznat úbytek sil (požádají o místo v domově pro seniory nebo si domluví dovážení obědů nebo úklid) se mnohem méně trápí s náročnějšími úkoly a mohou věnovat více času těm činnostem, které zvládají.³¹

2.5. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje

Jak člověk stárne, musí se postupně smířit s nemocemi a úbytkem sil a s dalšími změnami. Je třeba najít jiný smysl života anebo jej přizpůsobit současnému stavu. Velké naděje senior vkládá do svých vnoučat a přispívá i pozitivní náhled na nastalou situaci. Váží si hodnot, které má, a potřeb, které dokáže uspokojit vlastními silami.³² U stárnoucích lidí můžeme pozorovat jakési bilancování. Účelem bilancování je najít smysl dosavadního života a navázat na něj případně najít nový smysl života v důchodu. A až díky ztrátě některých hodnot může člověk začít akceptovat to, co nemůže změnit. Není také výjimkou, když si člověk uvědomí nepodstatnost některých svých dosavadních hodnot a začne mít radost i z těch dříve na první pohled nevýznamných.³³

2.6. Spirituální potřeby

Spirituální potřeby jsou mylně zařazovány hlavně do paliativní péče. Ale skutečnost je taková, že duchovní potřeby naplňují lidé po celý svůj život a nemusí se jednat o věřící. Skrze spiritualitu může člověk hledat smysl svého života a poznávat sebe sama. Spiritualita označuje určité hledání odpovědí na základní existenciální otázky. Suchomelová uvádí, že spiritualita a religiozita nejsou totožné pojmy a neměli bychom

³¹ Srov. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*, s. 46-48.

³² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*, s. 347.

³³ Srov. Tamtéž, s. 305.

je zaměřovat. Spiritualita podle této autorky je proces hledání a zakoušení posvátna a religiozita je pak konkrétní podoba tohoto hledání, tj. konkrétní náboženství a skupina lidí, která má stejné zaměření. Spiritualita se stejně jako ostatní složky osobnosti vyvíjí po celý život člověka.³⁴

Mohli bychom říci, že nezáleží na tom, zda je člověk religiózní, či není. Pro starého člověka je důležité vědomí, že jeho život měl smysl a i nadále má. I senior v domově pro seniory se může na něco stále těšit a může se cítit užitečný. Jistě je však patrné, že všichni lidé potřebují cítit lásku někoho, komu se mohou svěřit, a že jsou respektováni a jejich důstojnost není pošlapávána. Není tomu jinak ani ve stáří. Právě je zde silnější touha porozumět celému životu a dobrým i špatným událostem. Myslím si, že právě spiritualita takovému člověku může pomoci pochopit nebo vysvětlit některé pocity. K přesnější definici konkrétních duchovních potřeb klienta potřebujeme znát jeho životní příběh a spirituální ukotvení. Aby byla osobní religiozita či spiritualita přínosná, tak musí vést k harmonii, dobrému pocitu a spojení s okolním světem. Někdy může být spirituální stránka narušena z mnoha důvodů. Významnou roli hraje především psychické onemocnění nebo nezdravá religiozita. Proto by se v každém zařízení měl klientům věnovat profesionál z oboru psychologie či duchovní.³⁵

Opatrný zdůrazňuje, že nemocný je bytostí, která je zapojena v řadě sociálních vazeb, a velmi záleží na tom, jak se vyrovnají s nemocí jeho blízcí. Kdo jeho stav nepřijme, ten nebude moci být oporou. Od toho se odvíjí kvalita pomoci, kterou může nemocnému poskytnout okolí. Jde i o vnímání duchovní dimenze okolím. Pomáhající, který nevnímá duchovní dimenzi, nebude schopen kvalitně pomoci a zaměří se především na naplnění biologických a sociálních potřeb. Umírající však velmi dobře pozná, jestli je blízký schopen vést rozhovor do hloubky a skutečně se zajímat. Zásadním úkolem na závěru cesty životem je smíření se sebou samým, se zemřelými bližními, s žijícími bližními a s Bohem. Pastorační péče se snaží reagovat a chápat spirituální potřeby umírajícího. Jde o jednání, které respektuje jedinečnost člověka a doprovází jej v nemoci a utrpení. Pomáhá k důstojnému zvládnutí této náročné životní situace. Vše by mělo probíhat na úrovni víry, která je nemocnému vlastní.³⁶

³⁴ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*, s. 85,118.

³⁵ Srov. SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*, s. 120-121.

³⁶ Srov. OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 6-8.

3. Paliativní péče

3.1. Smrt

V předešlých kapitolách jsem popsala stáří a potřeby umírajících seniorů. V této kapitole popíšu smrt, protože úzce souvisí s paliativní medicínou. Dále budu popisovat fáze umírání a bolest. Uvedu základní rozdělení bolesti, které slouží k lepší diagnostice obtíží. Zbytek kapitoly se bude věnovat převážně etickým potížím: právo umírajícího znát pravdu o svém zdravotním stavu, naději k uzdravení a na závěr psychické fáze smíření se s diagnózou nevyléčitelného onemocnění.

Smrt je všudypřítomná po celý vývoj lidstva. V dnešní době můžeme vidět umírat mnoho lidí v médiích, smrti se věnuje velké množství literatury. Podle mého názoru je smrt pouze sledována zpovzdálí, ale jinak se snažíme ji vytěsnit a být od ní co nejdále. Dávno není tradicí, že nejstarší člen rodiny umírá v rodinném kruhu. Je poslán do nemocnice nebo domova pro seniory, kde mu lékaři a sestřičky pomohou. Proč lidé nechtějí být se svými blízkými během posledních dní jejich života? Skutečně to nejde, nebo mají strach, že neposkytnou vhodnou pomoc v pravou chvíli?³⁷

Elisabeth Kübler-Rossová uvádí některé možné důvody přístupu dnešní společnosti ke smrti. O smrti se nemluví, člověk, který umírá, je obvykle převezen do nemocnice. Převoz na jiné oddělení nebo do nemocnice provází mnoho hluku a nepohodlí. Myslím si, že člověk, který umírá, po tomto netouží. Přeje si zemřít v klidu tam, kde je. Po boku s někým blízkým, případně o samotě a v tichu. Netouží po mnohých vyšetřeních a prodlužování umírání. Na druhou stranu můžeme tento přístup chápat jako určitou úzkost blízkých a snahu zachránit život. V dnešní době můžeme vyléčit mnoho nemocí, ale když začne být jasné, že některou nemoc nebo smrt neumíme potlačit, tak jsme v koncích a cítíme pocit viny. Ale kladla bych si spíš otázku, zda náš blízký netrpí především duševně. Měli bychom se pokusit vnitřně pochopit, co by si skutečně přál, pokud svá přání nemůže vyjádřit z nějakého důvodu sám.³⁸

V postmoderní době není smrt všudypřítomná také z důvodu absence válečných konfliktů. Smrt se stává výsadou starých a nemocných lidí. Došlo tak k její degradaci

³⁷ Srov. STUDENT, J. a kol. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 23-24.

³⁸ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 7-9.

a vytlačení na okraj společenského vědomí. Do nemocnic z domovů. V posledních dvou generacích se vytrácí osobní konfrontace člověka se smrtí. Staří lidé jsou na smrt zkušenostně nepřipraveni. Smrt je považována za nesmyslnou a často mě překvapuje pocit nespravedlnosti, který pociťuje blízká rodina v případě úmrtí starého člověka. Velmi často se mi stalo, že smrt byla vnímána jako předčasná, i když klientovi naší péče bylo přes osmdesát let. To vnímám jako vcelku zajímavý fenomén. Myslím si, že mnoho lidí má podvědomě zafixováno, že dnešní věda a lékaři zvládnou vyléčit a napravit všechno.³⁹

Haškovcová definuje smrt (mors) jako individuální zánik organismu. Člověk spěje ke smrti již od narození. Jen se mění jeho postoj ke smrti. V mládí si smrt příliš nepřipouštíme a téměř ji vytěsníme. Je daleko a mladí lidé se jí nechtějí zabývat. Je aktuálním problémem starých a nemocných lidí. Podle mého názoru za to může současné pojetí smrti a umírání. Umírá se pouze v televizi a bereme to jako jev, který se nás příliš netýká.⁴⁰

Problém nastává, když onemocní někdo blízký a uvědomíme si plně její přítomnost. Dnešní člověk neumírá na sešlost věkem, ale vždy na nějakou nemoc a velmi často v nemocnici, či nějakém zařízení mimo rodinu. Je to správně? Neměl by mít možnost si každý umírající vybrat? Myslím si, že těch několik dní či týdnů bychom měli věnovat našemu blízkému. Být s ním v okamžiku smrti. Není to jistě lehký úkol, ale člověk nechce umírat sám v cizím prostředí. Nechce mít přece pocit, že o něj nikdo nestojí, nikdo za ním nepřišel. Z vlastní zkušenosti vím, že doprovázení samotné může pozůstalým pomoci se se ztrátou vyrovnat.

Zamýšlela jsem se i nad druhou stranou mince: nad personálem v hospici či domově pro seniory. Jaké je to pro pečovatelky a sociální pracovníky vidět umírat tolik lidí? Dokáže si skutečně každý z těchto profesionálů udržet určitý odstup? Souhlasím s Kupkou, který popisuje paliativní péči jako velmi náročnou činnost. Jde často o velmi zátěžové situace. Člověk, který pracuje v oblasti paliativní péče, by měl umět udržet si profesionální přístup a mít přirozený vztah k práci. Důležitým faktorem zvládnání zátěžových situací je především sociální opora (v rodině i na pracovišti). Neméně

³⁹ Srov. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, s. 169.

⁴⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 74.

důležité je i duševní zdraví a zralost osobnosti (záleží také na povahových rysech – schopnost sebeovládání a trpělivost).⁴¹

3.1.1. Dělení smrti

1. klinická smrt – vyjadřuje zástavu krevního oběhu a dýchání, lze ji zvrátit resuscitací.

2. biologická smrt – označuje nezvratný zánik činnosti buněk různých orgánů. Biologická smrt nastává až po cca 4-5 minutách po zástavě oběhu a dýchání. Toto období se označuje jako bezprostřední resuscitační čas. Čas odumírání orgánů se liší, některé začnou odumírat již po několika minutách, jiné až za několik dní. Tato skutečnost hraje důležitou roli při transplantaci orgánů nebo odběru orgánů, a též pokud nastane klinická smrt.

3. smrt mozku – mozkové buňky jsou nenávratně poškozené a jejich funkce pohasíná, ale činnost dalších orgánů by mohla být dále uměle udržována.⁴²

3.1.2. Náhlá, rychlá a pomalá smrt

Velmi výstižný mi přijde popis smrti podle Haškovcové - dělí smrt na náhlou, rychlou a pomalou. **Náhlá** a rychlá smrt není zpravidla nikterak předvídatelná nebo jen ve velmi malém rozsahu. Ve všeobecném podvědomí je pojem náhlá smrt spojován s nějakou tragickou událostí, jako je autonehoda. Dostavuje se po několika hodinách od úrazu – nejčastěji úraz hlavy, plic a vnitřní krvácení. Náhlá smrt je nevyhnutelná a nelze ji zpravidla zvrátit. Avšak v případě úrazu může pomoci rychlý lékařský zákrok.

Rychlá smrt pak označuje zpravidla úmrtí na nějakou nemoc jako je infarkt myokardu. Dalo by se říci, že jde především o masivní poškození mozku nebo vykrvácení. Nicméně si myslím, že toto rozlišení není tolik podstatné. Oba tyto typy úmrtí jsou velmi rychlé a mnoho lidí v okolí umírajícího překvapí, protože se tak děje nečekaně.

Přesným opakem je **smrt pomalá**, která se avizuje určitými příznaky v delším časovém období. Zpravidla to bývají dny nebo týdny po úrazu či diagnostikování

⁴¹ Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 36 – 48.

⁴² Srov. ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti*, s. 43.

závažné nemoci. Rodina a blízcí nemocného mají čas se připravit na odchod svého blízkého. Příznaky, kterými se nemoc projevuje, na sebe navazují a můžeme vidět postupnou gradaci a rapidní zhoršení zdravotního stavu. Často je pojem pomalá smrt asociován s utrpením a nezměrnou bolestí.

Je velmi zajímavé, že v dnešní době by chtělo hodně lidí smrt rychlou a bezbolestnou. Pokud srovnáme dnešního člověka například s člověkem středověku, tak to bylo úplně naopak. Jistě v tomto ohledu byla velmi významná víra. Bůh měl ochraňovat před náhlým úmrtím. Středověký člověk považoval náhlou nebo rychlou smrt za něco velmi negativního. Nebyl díky rychlému úmrtí dostatek času provést všechny rituály v plném rozsahu. Rodina se tak nemohla dobře připravit na odchod blízkého.⁴³

3.2. Fáze umírání

Umírání je v určitém smyslu procesem, který můžeme rozdělit na tři období. Jsou rozdílně dlouhá a liší se dle nemoci či důvodu umírání.

3.2.1. Pre finem

První fáze začíná v podstatě ve chvíli, kdy pacient zjistí svoji diagnózu a uvědomí si, že nemoc je neslučitelná s dalším životem. Zbývají mu týdny či měsíce a smrt je v tomto krátkém časovém období velmi pravděpodobná. Pacient a jeho rodina prochází mnoha fázemi, které popsala velmi detailně například E. Kübler- Rossová. Zpravidla bývá první fáze šoku, popření a následuje smlouvání, ideálně smíření se smrtí. Fáze nemusí jít nutně v tomto pořadí za sebou a mohou se vracet zpět na začátek.

Proto v tomto období potřebuje nemocný podporu od své rodiny a blízkých. Nemocný člověk je velmi často upoután na lůžko týdny či měsíce a nemůže příliš komunikovat se svým okolím. Velmi strádá, cítí se odtržený a nevidí již žádnou životní perspektivu. Proto je důležité s umírajícím komunikovat, pomoci mu hledat krátkodobé cíle a snažit se zapojit rodinu. Na místě je také zapojení multidisciplinárního týmu, kde je přítomen psycholog, sociální pracovník anebo duchovní. Pouze pečovatelský nebo zdravotnický personál nestačí, bohužel je tento fakt velmi často zanedbáván dle mé osobní

⁴³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 75.

zkušenosti.⁴⁴ V této fázi bychom měli motivovat klienta na krátkodobé a snadno dosažitelné cíle. Velkou motivací může být návštěva rodiny, blízkého přítele či televizní vysílání oblíbeného pořadu. Všechny tyto maličkosti jsou v dané chvíli důležité a poskytují alespoň malou radost a čekání na něco. Nemusí se nám vždy dařit klienta motivovat. Často může propukat v pláč. To je pochopitelná reakce na situaci, ve které se člověk ocitl. Umírající má právo si postěžovat a plakat. Nikdo by mu v tom neměl bránit. Rovněž jsou časté hovory o smrti a pohřbu. Umírající přemýšlí, co bude po jeho smrti, a chce si uspořádat věci, které se mu zdají důležité. Proto by měl mít dostatek prostoru na vyřešení posledních věcí týkajících se smrti člověka.⁴⁵

3.2.2. In finem

Druhá fáze, kdy jde o vlastní umírání. Můžeme pozorovat u většiny umírajících shodné znaky, jako je chrčivý dech, ztráta vědomí a popraskané rty. Zpravidla dochází k postupnému odmítání potravy až do úplného nechutenství. Umírající nemá zájem ani o tekutiny, ty mají být ale podávány. Co se týká otázky umělé výživy, tak si myslím, že by neměla být podávána. Umírající nechce jíst, ale ne proto, že by nemohl, jen nemá pocit hladu. Podle mého názoru je umělá výživa efektivní u pacientů, kteří mají předpoklad uzdravení a návratu do normálního života. Jinak si myslím, že u umírajícího je to jeden z příkladů dystanázie. Ve fázi in finem můžeme často pozorovat také stav euforie. Pacient se zdatně zlepšil, má zájem nebo dokonce chce vstávat a podobně. Jde o poslední rozkvět sil. Pak nastupuje kóma či apatie předcházející smrti. Tento stav není dostatečně prozkoumán, ale myslím si, že lidé v tomto stavu slyší vše, i když nejsou schopni reakcí. Proto je vhodné naposledy vyslovit přání či omluvy, které rodinní příslušníci ještě nestihli. Nejvhodnější je, aby byli nejbližší umírajícímu nablízku a třeba i jen mlčeli a drželi jej za ruku.⁴⁶

3.2.3. Post finem

Závěrečná fáze, která zahrnuje péči o mrtvé tělo a péči o pozůstalé. Například v hospici a některých domovech pro seniory se umyté a upravené tělo veze do speciální smuteční místnosti, kde je klid a blízcí zemřelého se mohou dostavit a rozloučit se podle potřeby.

⁴⁴ Srov. ULRICOVÁ, M. *Různé tváře smrti*, s. 57.

⁴⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 87-88.

⁴⁶ Srov. Tamtéž, s. 87-88.

Většina hospiců a některé domovy pro seniory poskytují i po smrti klienta další pomoc a podporu blízkým.⁴⁷

3.3. Bolest

Člověk pociťuje bolest po celý svůj život. Zpravidla nám dává tělo pomocí bolesti signál, že něco není v pořádku. Toto tvrzení se týká převážně **bolesti akutní**. Tento druh bolesti nám může pomoci včas diagnostikovat nějaké onemocnění a co nejdříve jej řešit spolu s odborníkem. Akutní bolest trvá kratší dobu (v řádu hodin a dní) a má především výstražný význam pro organismus. Jedná se o bolest, která vznikla následkem úrazu anebo pooperační bolest. Je důležité dbát na její včasnou léčbu, aby nevznikla bolest chronická. Akutní bolest zpravidla reaguje na léčbu velmi dobře.⁴⁸

Druhý typ bolesti je **bolest chronická**. Chronickou bolestí rozumíme bolest, která trvá delší dobu, tj. déle než 3-6 měsíců. Zpravidla trvá tato bolest roky a stav pacienta se příliš nezlepšuje, ba naopak dochází ke zhoršení. Můžeme pozorovat i typické doprovodné jevy jako je pocení, bolestivé grimasy, pláč apod. Dochází k celkovému zhoršení kvality života.⁴⁹ Tato bolest může být také velmi silného charakteru a nedovolí nemocnému myslet na nic jiného. Je všudypřítomná. Proto je v paliativní medicíně prioritou chronickou bolest potlačit. V posledních letech je pokrok v medicíně veliký a prostředky ke zmírnění bolesti jsou dobře přístupné. Vždy je důležité, aby lékař zjistil příčiny bolesti a zvolil nejvhodnější strategii léčby. Lékař je tak schopen bolest odstranit, nebo utlumit na snesitelnou úroveň. Můžeme tak zajistit, aby se nemocný vyspal bez bolesti, odpočinul si anebo se bez bolesti pohyboval.⁵⁰

Hodnocení bolesti je čistě subjektivní záležitost, ale zdravotnický personál by měl znát její intenzitu co nejlépe, aby zvolil správnou medikaci. Proto používáme nejčastěji vizuální analogovou škálu, kde může pacient vyjádřit číselně míru bolesti. Nula značí nejmenší bolest a deset naopak nejvyšší.⁵¹

Zvládání bolesti je dnes v rukou lékařů a lze bolest tlumit na snesitelnou úroveň. Vnímání bolesti však ovlivňuje i několik jiných faktorů. Nejčastěji to může být deprese

⁴⁷ Srov. ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti*, s. 57-58.

⁴⁸ Srov. ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*, s. 32-33.

⁴⁹ Srov. Tamtéž, s. 34-35.

⁵⁰ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 26-27.

⁵¹ Srov. ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*, s. 35.

(způsobená různými důvody, např. ztráta zaměstnání), hněv umírajícího, neúčinná léčba anebo úzkost z nejisté budoucnosti. Je dobré se snažit přijít na všechny tyto faktory, které negativně ovlivňují celý proces umírání. Z tohoto důvodu je v paliativní péči multidisciplinární tým odborníků, kteří se snaží řešit tyto komplikace společně.⁵²

Je zajímavé, že když se řekne bolest, tak si primárně vybavíme zpravidla bolest fyzickou. Existuje však i **bolest duševní**. Velmi dobře definovala průběh duševní bolesti Elisabeth Kübler-Ross. Jak uvádím dále ve své práci, tak je duševní bolest velkým problémem a přináší mnohé komplikace. Nevýhodou duševní bolesti je fakt, že ji nelze potlačit podáním vhodného léku. Je důležitá zejména komunikace a pochopení ze strany pečujících. Jde však o přirozenou součást konce života a každý umírající a jeho blízcí jí prochází individuálně.⁵³ Paliativní medicína pomáhá umírajícímu efektivně, protože vidí umírání jako přirozenou součást lidského života. Smrt pokládá za stav, se kterým je třeba se smířit a ne s ním bojovat.⁵⁴

3.4. Právo umírajícího znát pravdu o svém zdravotním stavu

Právo na pravdivé informace ohledně svého zdravotního stavu máme všichni. Jak je to ale doopravdy? Myslím si, že to souvisí s kvalitou péče obecně. Jinak bude schopen informovat nemocného personál v nemocnici a jinak personál v hospici. Zásadním rozdílem bude citlivost sdělení a také následná péče o psychiku klienta.

Hospicový personál velmi dobře chápe situaci, ve které se umírající nachází. Bere ohledy na citlivost a vnímavost umírajícího. Jankovský uvádí, že existují dvě možnosti jednání s klientem. Je to sdělení pravdy anebo taktika milosrdné lži. Z vlastní zkušenosti vím, že v nemocnicích dominuje milosrdná lež. Umírajícímu je sděleno, že to zvládne a je povzbuzován. Rodina pak dostane buď stejnou informaci, nebo naopak pravdivou. Blízcí jsou pak ponecháni další konfrontaci se svým svědomím. Mají to oznámit nemocnému? Nebo do poslední chvíle dělat, že bude všechno dobré, a čekat až nemocný pochopí situaci sám? Pokud vůbec stihne tento nevyhnutelný fakt přijmout. Myslím si, že říci pravdu citlivě je lepší. Bude pak více prostoru ke smíření se s tímto faktem a také zařízení všech potřebných věcí: ohledně péče o zvířata, majetek, splnění

⁵² Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*, s. 199.

⁵³ Srov. PRAŽSKÝ, B. *Etika bolesti a utrpení*. ZAM. [online] 2011.[cit. 2020-10-03]. Dostupné na <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-bolesti-a-utrpeni-460967>.

⁵⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 38-39.

některých věcí, které umírající chtěl udělat, a již to nestihl. Také je důležité urovnat spory s příbuznými, pokud je to jen trochu možné, aby klient umíral ve větším klidu.⁵⁵

Zpravidla většina umírajících tuší, že jejich zdravotní stav je velmi špatný. Je důležité dopřát nemocnému dostatek času a prostoru ke zpracování takto závažné informace. Virt uvádí, že prvotní rozhovory se týkají převážně možností přežití a podrobností léčebného postupu. Rovněž je tento autor názoru, že vzdělávání lékařského i ošetrovatelského personálu je v této oblasti nedostačující. Klient je často agresivní a personál postrádá jistotu jednání s klientem. S postupem nemoci se zužuje okruh lidí, se kterými pacient komunikuje. Je pak důležité, aby mohl komunikovat s lidmi sobě blízkými.⁵⁶

3.5. Naděje

*Doprovázející by neměl nikdy lhát. Co říká, musí být pravdivé, není však jeho povinností říci celou pravdu najednou. (...) Při ošetřování těžce nemocných pacientů platí, že pokud jste pacientovi lhali, ztrácí k vám důvěru.*⁵⁷

K tomuto se také váže fenomén naděje. Nemocný pochopí, že zemře, ale snaží se nacházet zázračné léky a cvičení. Nemůžeme umírajícímu brát všechnu naději na uzdravení. Myslím si, že pokud někdo chce pít léčivou vodu nebo ochutnat čaj z bylinek, tak by mu v tom nemělo být bráněno.⁵⁸ Ulrichová se také domnívá, že je nutné říci pacientovi pravdu, ale nevzít mu naději. Naději na důstojné umírání a ve společnosti svých blízkých. Zároveň mnoho nevléčitelně nemocných potřebuje ujištění, že nebudou nesnesitelně trpět bolestí. Právě bolesti se totiž mnoho lidí obává.⁵⁹ Naděje je velmi důležitá u těžce nemocných lidí. Pomáhá lidem snášet utrpení a mnohá nepříjemná vyšetření.⁶⁰

Je důležité dávkovat pravdu o stavu umírajícího postupně a s přihlédnutím k osobnosti daného člověka. Neméně podstatná je i otevřenost a upřímnost lékaře a personálu. Pokud se pacient zeptá a my neznáme odpověď, tak zásadně nelžeme

⁵⁵ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 134-135.

⁵⁶ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 42-47.

⁵⁷ ULRICOVÁ, M. *Různé tváře smrti*, s. 82.

⁵⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 160.

⁵⁹ Srov. ULRICOVÁ, M. *Různé tváře smrti*, s. 82.

⁶⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*, s. 32.

a přiznáme, že nevíme. Odborníci v hospici jsou schopni empaticky jednat a velmi dobře ví, že i umírající člověk má náladu na rozmluvy o smrti a že je třeba počkat, až bude chtít mluvit. Klient si může vybrat rodinného příslušníka stejně jako někoho z personálu.⁶¹

3.6. Psychické fáze nevléčitelně nemocného

Rossová popsala ve své knize *O smrti a umírání* reakce na sdělení nepříznivé diagnózy. Reakce se liší v závislosti na osobnosti člověka a mnoha dalších faktorech. Můžeme ale pozorovat určité zákonitosti. Je užitečné tyto fáze znát a vědět, o co se jedná. Důležité je vzít na vědomí, že těmito fázemi procházejí nejen umírající, ale i jejich blízcí. Fáze nemusí jít nutně po sobě, jak uvádí Rossová ve své knize. Často se opakují, kombinují a může i některá chybět. Což je pochopitelné, protože je každý člověk jiný. Více škody než užitku může pak způsobit, pokud se pacient a jeho doprovázející nacházejí v odlišných fázích. I přes veškerou obtížnost by se měla rodina snažit vyrovnat krok s umírajícím. Pokud to není možné, tak by měla rodina vědět o možnostech, jak tuto krizovou situaci řešit. Vždy je dobré požádat o pomoc někoho z přátel, dobrovolníka, personál hospice anebo duchovního.⁶²

a) Popírání

Když se pacient dozví pravdivou diagnózu, tak jí nemusí věřit. Měl sice podezření, protože mu není dobře, ale stejně se ho to přece nemůže týkat. Může popírat i jasné důkazy o přítomnosti nemoci například žije v domnění, že rentgenové snímky byly zaměněny. Takto úzkostně může reagovat pacient, kterému byla diagnóza sdělena necitlivě anebo včas a nic netušil, protože neměl dosud žádné komplikace. Podle Rossové je tato reakce v pořádku a slouží k jakémusi zjemnění nepříznivé reality.⁶³

b) Zlost

Prvotní popírání skutečnosti může vystřídat zlost a závist. Nebývá výjimkou ani to, že je klient agresivní a jeho hněv dolehne na všechny v jeho okolí. Lékaři a sestry dělají všechno špatně a nezajímá je blaho pacientů. Příbuzní v tomto období mohou volit

⁶¹ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 122-126.

⁶² Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 23-24.

⁶³ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 35-44.

raději útěk a na návštěvy chodí neradi, anebo se snaží chodit jen minimálně. Senior, který má štěstí a jehož příbuzní jsou chápající, má zčásti výhodu. Může se dočkat podpory a nikdo mu nelže. Návaly vzteku rychle přejdou, když je personál i rodina připravena. Proto vnímám hospic jako místo, kde personál plně chápe potřeby umírajícího a umí na ně adekvátně reagovat.⁶⁴

c) Smlouvání

Stadium smlouvání je krátké a méně známé. Má však důležitý význam pro pacienta stejně jako stadia předešlá. Rossová toto stadium přirovnává k chování malého dítěte. Umírajícímu se nemusí něco líbit, proto nejdříve popírá zklamání, že nebude po jeho. Pokud tato strategie nezabírá, tak se snaží pomocí hněvu dosáhnout svého cíle. Je jasné, že nefunguje ani tato strategie, tak následuje smlouvání. Klient chce být vzorný a milý, očekává ale nějakou odměnu. Samozřejmě v podobě prodloužení života anebo prožití několika dní bez bolesti.⁶⁵

d) Deprese

Nemocný člověk dospěje postupem času do fáze, kdy absolvoval různé operace, zákroky a vyzkoušel mnoho procedur. V této fázi již nemůže popírat svou nemoc. Přibývají příznaky nemoci a ubývá sil. Umírající člověk začne pociťovat velkou ztrátu. Klient může pociťovat ztrátu soukromí, domova atd. Dochází až k depresi. Jedním z důvodů deprese je i fakt, že se umírající musí smířit s odchodem z tohoto světa. V této situaci není úplně vhodné umírajícího povzbuzovat. Opět je důležité vyslechnout všechny jeho obavy a pomoci mu tak ke smíření. Často však tato deprese bývá tichá a může být důležitější pocit blízkosti a trávení zbývajících času společně než samotný.⁶⁶

e) Akceptace

Pokud měl možnost umírající projít si všemi stadii a zpracovat skutečnost, tak dosáhne poslední fáze, kterou představuje smíření. Přestává cítit zlost vůči životu. Tíše očekává konec, ale neznamená to rezignaci. Není to ani šťastné stadium, jak by se mohlo zdát. Jde o postupné ubývání sil a člověk potřebuje více a více spánku. Vymizí zpravidla i potřeba kontaktu s lidmi. Pokud chce umírající přijímat návštěvy, tak jen

⁶⁴ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 45-51.

⁶⁵ Srov. Tamtéž, s. 74-76.

⁶⁶ Srov. Tamtéž, s. 77-80.

osoby, které jsou mu blízké. Neznamená to však, že by umírající měl zůstat z těchto důvodů sám. Komunikace probíhá neverbálně a často stačí jen tiše chvíli posedět u lůžka.⁶⁷

3.7. Důstojnost

Každý člověk si zaslouží respekt nehledě na jeho zdravotní stav. Myslím si, že starý člověk si zaslouží respekt obzvláště: již za svůj život něco prožil a dokázal. Za určitý znak důstojnosti a respektování klienta považuji v první řadě aktivní naslouchání a respektování přání a potřeb, které klient projeví. Rovněž si myslím, že je normální, pokud senior projeví přání změny pokoje, klíčového pracovníka, nemusí mu vyhovovat určitý přístup ze strany pečovatele, a měli bychom ho respektovat.⁶⁸

Jak vypadá důstojné umírání? Podle Haškovcové jde především o estetickou stránku procesu umírání. Já si představuji pod pojmem důstojná smrt umírání v rodině, případně hospici. Hlavní kritérium pro důstojné umírání je pak odborná péče nejen z hlediska zdravotního, ale i psychického. Umírající by podle mě neměl být sám. Dalším významným faktorem je jistě čisté a příjemné prostředí. Kdo by chtěl umřít v nemocnici, kde je to tolik neosobní? Proto se mi líbí možnost, kterou v dnešní době poskytuje již celkem mnoho zařízení – vybavit si pokoj podle sebe a přinést si osobní věci, které alespoň trochu připomínají domácí prostředí. Bohužel si myslím, že ještě stále naše společnost plně neakceptovala smrt a možnost doprovázení svého blízkého. Stále máme na mysli dát umírajícího do nemocnice, kde se o něj odborně postarají a nebude strádat.⁶⁹

3.8. Rodina po smrti blízkého

Po smrti milovaného člověka se zpravidla objevuje žal. Mnoho lidí se snaží neplakat, aby nepřitížilo umírajícímu. Ale je to skutečně dobře? Není otevřené sdílení žalu lepší než dlouhodobé potlačování smutku a lítosti?

Typickou reakcí po ztrátě blízkého člověka je tzv. ohlušení. K ohlušení dochází po smrti, a to i v případě pokud následovala po dlouhé a těžké nemoci. Pozůstalí nemohou

⁶⁷ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 99-103.

⁶⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 270-271.

⁶⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 129-130.

pochopit a přijmout odchod blízkého. Je proto důležité, aby se mohla rodina rozloučit a přijmout ztrátu. V dnešní době je celkem běžné, že je v domovech pro seniory pietní místnost, kde může rodina rozloučení uskutečnit. Případně lze rozloučení dodatečně provést v domě smutku či kostele. Ohlušení trvá zpravidla do pohřbu. Každý člověk prožívá toto období individuálně. Někdo chce být s blízkými přáteli, jiný o samotě. Pohřbem začíná pozůstalá rodina žít jiný život. Smiřuje se s odchodem svého člena a přemýšlí, jaký bude další život bez něj. Někteří pozůstalí nedokáží zvládnout svůj smutek bez pomoci odborníka. V dnešní době je mnoho možností a pozůstalý člověk může vyhledat pomoc psychologa nebo faráře. Rovněž nabízí odbornou pomoc i hospice nebo výjimečně domovy pro seniory. Podle mého názoru je však v domovech pro seniory toto poradenství poskytováno jen na žádost. Tato skutečnost by se mohla časem změnit, protože pouhá možnost nabídky této služby nedostačuje. Obecně lze říci, že každý prochází obdobím truchlení jinak dlouhou dobu. Haškovcová však uvádí, že pozůstalý má plné právo projevovat svůj žal otevřeně šest až osm týdnů. V tomto období by měla společnost akceptovat snížení výkonu v práci a změny nálad.⁷⁰

3.9. Paliativní péče v praxi

V předchozích kapitolách jsem popsala důležité změny ve stáří a potřeby seniorů, kteří se nacházejí v domovech pro seniory. Přecházím dále v této kapitole k popisu paliativní péče a jejích hlavních znaků. Chci tak definovat některé důležité zásady, které by mohly pomoci zkvalitnit péči a celkově umírání v domovech pro seniory. Díky aplikaci prvků paliativní péče by bylo možné řešit některé problémy spojené s odchodem blízkého i v běžných domovech pro seniory.

Paliativní medicína představuje ucelený systém pomoci lidem nevléčitelně nemocným v pokročilém stadiu nemoci anebo v terminálním stadiu. Tuto odbornou péči lze poskytovat v hospici, nemocnici anebo v domácím prostředí. Vždy hraje velmi důležitou roli zapojení rodiny umírajícího. Hlavním cílem paliativní péče je léčba bolesti a řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Rovněž se klade důraz na kvalitu života umírajícího a jeho blízkých v této náročné

⁷⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 89-91.

životní situaci.⁷¹ Paliativní péče vychází ze skutečné lásky k bližnímu a zájmu o jeho osobu.⁷²

Doba poskytování paliativní péče není nijak omezená, je však třeba mít na paměti, že jejím cílem není uzdravení pacienta. Včasné zapojení paliativní péče je velkým přínosem pro umírajícího i jeho rodinu. Důsledkem brzkého poskytnutí paliativní péče je kvalitnější a spokojenější prožití zbývajících života. Lze kombinovat paliativní péči spolu s běžnou léčbou.⁷³

Velmi mě zaujal model kvality života, který definovala Ferrell. Tato autorka uvádí, že je důležité dbát na fyzickou i psychickou pohodu umírajícího. Myslím si, že umírající senior má široké spektrum potřeb, které je třeba naplnit. Po fyzické stránce dochází k mnoha komplikacím, jako je špatný spánek, nevolnost, nechutenství, bolest, zácpa a slabost. Po psychické stránce se tento klient bude pravděpodobně cítit v depresi, úzkosti a bude se obávat bolesti. Sociální dimenze jeho osobnosti bude ohrožena rovněž – změní se jeho role ve společnosti a bude se chovat jinak. Umírající člověk může být náladový a bude mít pocit izolace. V neposlední řadě dojde k mnoha změnám také po spirituální stránce. Možná, že umírající senior náhle objeví víru, kterou uznával v mladším věku. Bude hledat význam nemoci a utrpení spojeného s umíráním. Je pravděpodobné i hledání transcendentna.⁷⁴ Úkolem paliativní péče je co nejvíce pracovat se všemi složkami osobnosti a zkvalitnit poslední chvíle v životě umírajícího.

3.10. Obecná a specializovaná paliativní péče

Obecná paliativní péče zahrnuje kvalitní klinickou péči. Obecnou paliativní péči může poskytovat například praktický lékař ve spolupráci s agenturou domácí péče anebo onkolog, geriatr či neurolog. V obecné paliativní péči jde především o rozpoznání nevléčitelného charakteru nemoci a ovlivňování oblastí důležitých pro kvalitu života pacienta. Mohli bychom do této skupiny zařadit také sociální poradenství, psychologické poradenství a pastorační péči.

⁷¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 34.

⁷² Srov. STUDENT, J. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. s. 12.

⁷³ Srov. *Centrum paliativní péče* [online]. [cit. 2020-03-05]. Dostupné na <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>.

⁷⁴ Srov. FERRELL, B. *Suffering. Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, s. 157 – 162.

Specializovaná paliativní péče je aktivní forma péče poskytovaná týmem odborníků se vzděláním v paliativní medicíně. Je poskytována v zařízeních, která jsou na tuto formu péče speciálně zaměřená.⁷⁵

Bužgová uvádí, že kvalitní paliativní péče musí splnit šest cílů. Splnění těchto cílů je podle mého názoru klíčové. Úspěšnost paliativní péče stojí na těchto pilířích. Jsou to pomyslné základy, od kterých se poskytovaná péče odvíjí.

- Orientovaná na přání a cíle pacienta.
- Prospěšná pro pacienta.
- Bezpečná - pacientovi neškodí a jeho smrt neoddaluje ani neurýchluje.
- Včasná - tedy zahájená v pravý čas, aby byla efektivní.
- Spolehlivá – byly vyzkoušeny všechny možnosti, které mohly přinést prospěch.
- Efektivní – neplýtvá prostředky, zdroji a ani časem.⁷⁶

3.10.1. Fáze nevléčitelného onemocnění

Sláma rozděluje přehledně nevléčitelná onemocnění do tří skupin:

Fáze kontrolovaného onemocnění je fáze nemoci, kdy se daří pomocí kauzální a symptomatické léčby kontrolovat zdravotní stav a udržet pacienta na dobrém stupni funkční zdatnosti. Tato fáze může trvat i několik měsíců či let. Pacienta ohrožují i další doprovodné nemoci. Vzhledem k tomu, že je předpokládána délka života delší, tak je důležité věnovat se prevenci ostatních nemocí ohrožujících život a pohodu pacienta.

Fáze zlomu je charakteristická především tím, že onemocnění přestává reagovat na kauzální léčbu a dochází k postupnému selhávání dalších orgánových soustav. Zhoršuje se celkový zdravotní stav pacienta. Předpokládaná doba přežití je několik měsíců až dní. Prognóza je v této fázi velmi nejistá.

Terminální fáze značí již nezvratné zhoršování celkového stavu pacienta. Postupně selhávají funkční systémy. Terminální fázi můžeme nazvat poslední týdny a dny v životě nevléčitelně nemocného pacienta. V této fázi je vhodné poskytovat hospicovou péči, aby byl omezen diskomfort umírajícího. Rovněž se snažíme zachovat

⁷⁵ Srov. KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče*, s. 21.

⁷⁶ Srov. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 17.

pacientovu důstojnost, tlumit bolest a intenzivně pracovat i s jeho blízkými. Resuscitační péče není indikována.⁷⁷

3.10.2. Cílová skupina pacientů paliativní péče

Sláma uvádí jako cílovou skupinu paliativní péče zejména pacienty s těmito obtížemi:

- Nádorová onemocnění
- Jaterní cirhózy, konečná stadia chronického srdečního selhání
- Demence, roztroušená skleróza, imobilizační syndromy po cévních mozkových příhodách
- Geriatřičtí pacienti
- Konečná stadia AIDS⁷⁸

3.11. Hospicová péče

Nemocný je přijímán do hospice na svoji žádost a musí být předložen i platný svobodný informovaný souhlas pacienta. O přijetí do hospice tedy žádá klient, který již o své nemoci ví a potřebuje odbornou pomoc. Jedná se o pacienty v **terminálním stadiu** nemoci. Při nástupu do hospice mu lékař vysvětlí, že nebudou již probíhat léčebné postupy, které nezlepšují kvalitu zdraví. Je zde však kladen důraz na léčbu, která může zlepšit kvalitu života. Průměrná doba pobytu klienta v hospici bývá zpravidla krátká – tři až čtyři týdny. I přesto je pobyt v hospici důležitý a může značně zlepšit kvalitu života ve zbylých týdnech.⁷⁹

Pokud člověk přechází do hospicové péče, tak je již jasné, že jeho život nejde zachránit ani výrazně prodloužit. Režim hospice je odlišný od nemocnice. Zásadní změnou je fakt, že rodina umírajícího může být přítomna 24 hodin denně a je zde možnost i přespat přímo v zařízení. Klade se důraz na svobodu a přání klienta.⁸⁰ Všechny diety a léky zde ztrácí smysl. Umírající si může dát jídlo, na jaké má chuť, anebo si dokonce zakouřit. Pouze je nutné dodržovat pitný režim.

⁷⁷ Srov. SLÁMA, O. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 28-29.

⁷⁸ Srov. Tamtéž, s. 27.

⁷⁹ Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*, s. 202.

⁸⁰ Srov. Tamtéž, s. 203.

3.11.1. Formy hospicové péče

1. Domácí hospicová péče

Je zpravidla považována pro nemocného za ideální, ale ne vždy je uskutečnitelná. Hranice možností je tam, kde schází rodinné zázemí anebo dojdou síly doprovázejících. Potíže může působit i nevhodná prostorová situace. Často také chybí dostupnost odborné pomoci a zhoršení stavu pacienta vyžaduje odbornou pomoc v nemocnici.⁸¹

Hospicová péče v domácím prostředí je z mého pohledu velmi vhodná. Většina umírajících se bude cítit nejlépe doma ve svém přirozeném prostředí a se svými blízkými. Tento druh péče je však možný pouze v tom případě, pokud jsou k němu vhodné podmínky. Je důležité, aby měl umírající kvalitní rodinné zázemí a někoho, kdo o něj bude pečovat po celou dobu zhoršování zdravotního stavu. Je důležité také počítat s tím, že se pečující osoba vyčerpá, proto by měla být domácí péče naplánovaná a vždy by měla být rodině poskytována odborná pomoc. Můžeme rozlišit dva typy domácí hospicové péče: *home help* – domácí péče prováděná laiky a *home care* – domácí péče prováděná profesionály.⁸²

2. Stacionární hospicová péče

Pacient je přivezen do zařízení ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Dopravu nemocného zařizuje hospic nebo rodina, ale je pochopitelné, že tato forma péče je vhodná pouze pro nemocné, kteří mají tuto službu v blízkém okolí. Důvodem využívání ambulantní péče může být kontrola bolesti anebo chemoterapie a další prvky paliativní léčby. Velmi častým důvodem však může být pouze respitní péče. Pokud nemoc trvá delší dobu, tak je pochopitelné, že rodina potřebuje občasný odpočinek od náročné péče o svého blízkého.⁸³ Rovněž také může pacient navštěvovat stacionární hospicovou péči z psychologických důvodů. Nejčastěji může jít o komplikace ohledně komunikace s umírajícím. Pacient si nemá s kým otevřeně promluvit a je patrné

⁸¹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 118-119.

⁸² Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 31.

⁸³ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 119-120.

napětí na obou stranách. Ve stacionáři se může setkat s někým, kdo mu bude naslouchat a otevřeně hovořit o pocitech spojených se smrtí.⁸⁴

3. Lůžková hospicová péče

Důvodem pro zvolení lůžkové hospicové péče může být nedostupnost služeb anebo horší zdravotní stav pacienta. Člověk, který přijde do hospice, nemusí nutně v hospici zemřít. Do kamenného hospice přicházejí také lidé, kteří cítí, že jejich rodina je vyčerpaná, na krátkodobý pobyt. V hospici je možnost návštěv 24 hodin denně a všech 365 dní v roce.⁸⁵ Hospic je tvořen menším počtem lůžek (okolo 25-35 lůžek) a z již výše zmíněného stacionáře. V hospicích můžeme najít rovněž poradnu i vzdělávací centrum.⁸⁶

3.11.2. Znaky kvality hospice

Hospic není jen příslibem důstojného umírání, ale představuje komplexní soubor odborné péče a přispívá tak ke kvalitě posledních dní umírajícího. Mohli bychom definovat určité znaky kvality paliativní péče:

- Ve středu hospicové péče stojí umírající a jeho rodina. Tato odlišnost je viditelná zvláště ve srovnání s běžnými zdravotnickými zařízeními. Hospic se snaží doprovázet i rodinu umírajícího.
- Umírání není nemoc, je to určitá životní krize doprovázená nemocí. V hospici je přítomný multidisciplinární tým, který je připraven pomoci umírajícímu naplnit jeho potřeby. Z tohoto důvodu není přítomen pouze zdravotnický personál, ale i sociální pracovník, duchovní a pracovníci poskytující aktivizační činnosti.
- V hospici je podstatným pilířem dobrovolnická práce. Dobrovolníci jsou pečlivě školeni a připravováni na tuto náročnou práci. Jejich úkolem je doprovázení umírajícího.
- Personál hospice má velké znalosti týkající se všech doprovodných příznaků umírání. Včasná diagnostika a ošetření běžných příznaků, jako jsou potíže s dýcháním, potíže při trávení, zvracení, je předmětem paliativní medicíny.

⁸⁴ Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 32.

⁸⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 120.

⁸⁶ Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 32.

- Nepřetržitou péči o umírajícího je nutné zajistit v co nejkratší možné době. Bohužel se stává, že člověk v terminálním stadiu je poslán do nemocnice kvůli nedostatečné kapacitě hospicové péče. Kvalita péče v hospici spočívá také v tom, že smrtí nemocného nekončí pomoc poskytovaná odborníky.⁸⁷

3.11.3. Výhody hospicové péče

V hospici jsou podobně jako v nemocnici lékařské a sesterské vizity, ale jinak se hospic výrazně odlišuje. Režim dne je volný a určuje si jej sám pacient. Nedochozí například k buzení všech pacientů v brzkou ranní hodinu. Každý pacient má k dispozici jednolůžkový pokoj, kde mohou jeho blízcí i přespávat a být mu na blízku. Samostatný pokoj poskytuje určitou míru soukromí, která je brána jako samozřejmost. V hospici člověk může jíst, kdy chce, podle aktuální chuti, a hlavně v rámci možností, i co chce. Podstatným znakem je i to, že umírající má vždy možnost s někým hovořit. V hospici je kladen důraz na kvalitu života, a proto je žádoucí, že pokud se pacient cítí dobře, tak se obleče, vstane z postele a může se pohybovat po budově hospice a i mimo ni. Není tedy v zařízení uzavřen a může navštívit park či kavárnu. Obvykle je v hospici k dispozici pestrá nabídka kulturních akcí a volnočasových aktivit. V budově hospice jsou společenské místnosti, kde se mohou setkávat pacienti a mohou posedět v příjemném prostředí se svojí rodinou. Rovněž pokoj má působit příjemným domácím dojmem, proto je možné si pokoj zařídit svými vlastními věcmi. Co se týká vybavení, tak velkou výhodou je i bezbariérovost a dostupnost různých pomůcek, které usnadňují námahu pacientovi i personálu hospice.⁸⁸ Významným znakem hospicové péče je i poskytování pomoci rodině i po úmrtí blízkého.

3.11.4. Charta umírajících

- *Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.*
- *Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.*
- *Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.*
- *Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.*

⁸⁷ Srov. STUDENT, J. CH. a kol., *Sociální péče v hospici a paliativní péče*, s. 38-40.

⁸⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 121.

- *Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení mé nemoci mění na zachování pohodlí a kvality života.*
- *Mám právo nezemřít opuštěn.*
- *Mám právo být ušetřen bolesti.*
- *Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.*
- *Mám právo nebyť klamán.*
- *Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.*
- *Mám právo zemřít v klidu a důstojně.*
- *Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.*
- *Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.⁸⁹*

3.12. Shrnutí

Nejdůležitějším znakem paliativní péče je stálá přítomnost multidisciplinárního týmu. Tento tým dokáže zajistit odpovídající kvalitu péče o umírajícího a jeho rodinu. Je tak zaručena odbornost péče o umírajícího. Paliativní tým je schopen dostatečně pravdivě komunikovat s klientem a poskytovat mu důležité informace. Léčba probíhá jen v rámci možností a nedochází tak k oddalování smrti. Léky proti bolesti jsou poskytovány individuálně na základě žádosti pacienta. Všechna péče a změny v ní jsou prováděny na základě přání a individuálních potřeb umírajícího a jeho blízkých. Je kladen velký důraz na důstojnost pacienta. Odborníci doprovázejí umírajícího klienta i jeho rodinu. Po smrti klienta doprovázení pokračuje a je nabízena i další odborná pomoc.

Neměli bychom zapomínat ani na duševní stránku umírajícího. V hospici je přítomen psycholog a duchovní. Právě tyto dva odborníky vnímám jako velmi důležitou součást multidisciplinárního týmu. Mohou řešit komplikované otázky ohledně smyslu života, utrpení, bolesti a smrti. Plnohodnotně doprovázejí nejen umírajícího, ale i jeho blízké. Pomáhají smířit se se ztrátou a komplikacemi, které odchodem

⁸⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 37-38.

blízkého nastanou. Duchovní může být významnou oporou v případě, že není u umírajícího přítomen nikdo z rodiny. V domovech pro seniory obecně duchovní péče chybí. Její absence má negativní vliv na psychickou stránku klienta. Nikdo jej nepřipraví na blížící se smrt.

4. Paliativní péče v domově pro seniory

4.1. Domovy pro seniory

Cílem mé práce je popsat paliativní péči a její znaky. Zajímá mě, které principy by bylo možné využívat v domovech pro seniory. Proto se pokusím stručně charakterizovat tuto pobytovou službu.

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost hlavně z důvodu věku a potřebují pomoc druhé fyzické osoby. Služba poskytuje tyto činnosti: ubytování, stravování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí.⁹⁰

Pomoc s výše zmíněnými činnostmi poskytují pracovníci v sociálních službách. Vždy by se měla pečující osoba snažit, aby poskytovala pouze péči, kterou klient skutečně potřebuje. Je nutné dát seniorovi dostatek času, aby zvládl danou činnost. Vhodně ho motivovat a povzbuzovat. U většiny činností je možnost částečné podpory. Například pomoci se zapnutím knoflíků, ale nechat už klienta samostatně se obléci. Pracovník v sociálních službách má za úkol podporovat co nejvíce klientovu nezávislost. Velkou komplikací bývá nejednotnost pracovníků. Někteří pracovníci poskytují klientům přehnanou pomoc. Může to být například z časových důvodů. Přesto si myslím, že úkolem pracovníka v sociálních službách je být trpělivý a dopřát dostatek času klientovi. Pracovníci v sociálních službách provádí spolu s fyzioterapeutem během dne polohování klientů. Účinně se tak dá předcházet vzniku dekubitů.

⁹⁰ Srov. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2020-03-07]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

4.2. Domovy pro seniory a možnosti paliativní péče

V domovech pro seniory je přítomný fyzioterapeut, který dbá o udržení fyzické aktivity u osob se sníženou mobilitou. Odbornou zdravotnickou péči poskytují všeobecné zdravotní sestry a do zařízení obvykle dochází praktický lékař. Někteří specialisté do zařízení docházejí, například diabetolog. Pokud je třeba podrobnějšího vyšetření anebo péče specialisty, tak jsou klienti dováženi na místo, kde je jim odborná pomoc poskytnuta. Právě v této oblasti vidím velké nedostatky. Jak jsem již zmínila dříve, tak by měla paliativní péče probíhat v rámci multidisciplinárního týmu. To zpravidla v běžném domově pro seniory není možné. Domovy pro seniory jsou vzhledem k vyšším počtům klientů nedostatečně vybaveny zdravotnickým personálem. Praktický lékař je zde přítomen pouze v rámci delších časových intervalů, a to nemůže stačit klientovi, který potřebuje pravidelnou a řádnou lékařskou kontrolu. Není tak adekvátně reagováno na aktuální potřeby umírajícího klienta. Rovněž by musel být klient v případě komplikací převážen do nemocnice, protože není dostatek zdravotnického personálu a zázemí v případě zhoršení stavu umírajícího pacienta. Proto se domnívám, že je z tohoto důvodu klient umístěn v případě zhoršení zdravotního stavu do nemocnice. Bohužel dochází v nemocnici poměrně často k úmrtí klienta. V případě, že by se nám podařilo zavést prvky paliativní péče do běžných domovů pro seniory, tak bychom mohli poskytovat kvalitnější péči klientům v terminálním stadiu bez potřeby je přemístit do cizího prostředí.

V domovech pro seniory není zpravidla možnost nepřetržitých návštěv. Jsou pevně určeny návštěvní hodiny, které je třeba dodržovat. Jak jsem uvedla v předešlé kapitole, v hospici je možnost navštěvovat umírajícího v podstatě kdykoliv. Myslím si, že nepřetržité návštěvní hodiny by byly v domově pro seniory velkým přínosem. Někteří blízcí by chtěli strávit delší čas spolu s umírajícím anebo přijít v pozdějších večerních hodinách.

S návštěvami úzce souvisí prostorové možnosti zařízení. Ještě jsem se nesešla s domovem pro seniory, kde by bylo možné požádat o přistýlku a přespat přímo na pokoji u klienta anebo v místnosti k tomu určené. Ale nabízí se zde otázka, zda vůbec blízce napadlo se zeptat. Obvykle jsou klienti domovů pro seniory ubytováni na dvoulůžkových pokojích. Tento fakt pouze přispívá k tomu, že umírající a jeho blízcí

nemají dostatek prostoru pro komunikaci. Často tak dochází k problémům v komunikaci. Poslední rozhovory nemohou probíhat hodnotně, pokud jim naslouchá někdo další. Myslím si, že jednolůžkový pokoj nabízí nejen možnost soukromí při komunikaci s blízkými, ale i klid pro samotného umírajícího. Spolubydlící pravděpodobně bude umírajícího klienta určitým způsobem, byť neúmyslně, rušit. Na druhou stranu ohleduplný spolubydlící může dělat umírajícímu společnost, pokud není přítomna rodina. Bylo by však třeba si se spolubydlícím promluvit a zjistit, zda opravdu chce doprovázet a je mu známo jakým způsobem. Rovněž to musí chtít umírající klient. Bohužel není zpravidla dostatek prostorových podmínek k poskytování jednolůžkových pokojů. Kladně však hodnotím, že ve většině domovů pro seniory je dnes již možné alespoň částečně si vybavit pokoj svým vlastním zařízením. Což je jistě příjemné a navozuje pocit známého prostředí. Obrázek, skříň, fotografie či oblíbené křeslo může udělat z *nemocničního pokoje* trochu útulnější místo.

Následná péče o pozůstalé může být zčásti podobná jako u hospicové péče. V domovech pro seniory je bohužel krátkodobějšího trvání. Sociální pracovník domova pro seniory oznamuje rodině úmrtí klienta a může pomáhat se zařízením pohřbu, vyřízením pozůstalosti. Sociální pracovník může aktivně naslouchat a snažit se pozůstalé podpořit, poskytnout rady, jak zařídit některé záležitosti ohledně pohřbu a majetku. Co však nemůže nabídnout, je další pomoc a dlouhodobá podpora po úmrtí. To není v jeho kompetenci. Ideálně by měl nabídnout služby, které pozůstalí mohou využít. Myslím si, že to ale není příliš efektivní a v praxi ne moc běžné. Pozůstalý nemusí odbornou pomoc využít a následky si ponese déle, než by měl.

Podle mého názoru je špatně i způsob oznámení úmrtí. Obvykle se tak stane telefonicky, a to není příliš vhodné. Ideálně by podle mě mělo dojít k informování blízké rodiny již při zhoršení zdravotního stavu klienta. Rodina by pak měla více času vyřídit potřebné věci, naposledy se dostavit na návštěvu a rozloučit se.

4.3. Shrnutí

Uplatnění paliativní péče v domovech pro seniory by přineslo spoustu výhod, ale také komplikací. Zásadní potíže vidím zejména ve financování a nedostatečných prostorových možnostech. Většina domovů pro seniory nebude mít dostatek finančních prostředků pro zaměstnání většího počtu kvalifikovaných pracovníků. Jako vhodnou kompenzaci bych si představila alespoň pravidelné a kvalitní školení všech pracovníků v přímé péči. Rovněž bych viděla jako základ odborné péče zajištění pravidelného ordinování praktického lékaře, a případně dalších specialistů. Aplikace léků proti bolesti je možná díky přítomné zdravotní sestře. Přítomná zdravotní sestra by měla klienta poučit, že má právo na léky proti bolesti. Myslím si, že někteří klienti občas mají potíže si o léky říci. S touto problematikou souvisí celkově zhoršená komunikace mezi personálem, klientem a jeho rodinou. Mnoho domovů pro seniory nabízí vlastně ubytování, ale o duševní stránku klienta tolik nepečují. Jak jsem již uvedla dříve, základem bude zlepšit úroveň profesionality personálu. Zaměstnanci by měli být schopni pociťovat velkou míru empatie. V případě, že se vcítí do situace klientů a jejich blízkých, tak by měli lépe porozumět problémům, které klienty a jejich rodinu trápí. Velmi kladně hodnotím také možnost vylepšení pokoje vlastním vybavením. Tuto možnost nabízí v současné době většina domovů pro seniory.

Závěr

Dnešní model poskytované péče v domovech pro seniory a nemocnicích není vhodný pro většinu seniorů v jejich posledních dnech života. Mělo by být samozřejmostí, že jakmile se ocitne senior ve fázi zlomu, bude mu poskytována paliativní péče. Naši tendencí je všechny nemoci léčit. Smrt je však přirozeným jevem, který je stále vytěšňován z naší společnosti. Nejsme připraveni na umírání. Paliativní péče by nám měla pomoci kvalitněji doprovázet naše blízké. Měli bychom si uvědomit, že v paliativní péči jde především o blaho našich blízkých. Hospicové hnutí je stále ještě v začátcích, ale pomalu a jistě se začíná rozvíjet.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry by se daly aplikovat prvky paliativní péče do domovů pro seniory. Proto jsem teoreticky popsala, kdo je senior, jaké výhody a komplikace stáří přináší. Podstatnou část své práce jsem věnovala druhé kapitole, která měla za úkol představit potřeby seniorů. Potřeby starých lidí jsou zcela jinak strukturované než potřeby mladších lidí. Mohli bychom říci, že mnoho základních potřeb ztrácí téměř význam a do popředí nastupují potřeby vyšší. Jednou z nejvyšších potřeb se stává potřeba naděje, kterou bychom mohli zahrnout do spektra spirituálních potřeb. Duchovní potřeby jsou obvykle spojovány s věřícími lidmi, ale není tomu tak. Umírající člověk hledá také určitou transcendentnost a přemýšlí o mnohých otázkách s ní spojených. Třetí kapitola se snaží přiblížit znaky a principy paliativní péče. Věnovala jsem se zde také bolesti, smrti a důstojnému umírání. Na konci kapitoly jsem popsala psychické fáze nevléčitelně nemocného. Tyto fáze by měl znát každý pracovník domova pro seniory stejně jako hospice. Díky dobré znalosti reakcí klientů na špatné zprávy by se předešlo mnoha komplikacím. V poslední kapitole jsem se pak snažila popsat obecně fungování domova pro seniory a prostoru pro zavedení paliativní péče do praxe.

Z popisu poskytované péče v domově pro seniory jsem usoudila, že mnoho prvků z paliativní péče by se dalo úspěšně aplikovat. Hlavním kritériem by bylo vyhrazení několika jednolůžkových pokojů, kde by mohl umírající klient mít dostatek klidu a prostoru pro své blízké. Myslím si, že přespání v zařízení by mohlo být po domluvě umožněno. Personál a vedení domovů pro seniory je zpravidla vstřícný. Větší komplikací je podle mého názoru však nedostatek pracovníků a jejich nízká odbornost.

Bohužel je tato skutečnost následkem nedostatečného financování domovů pro seniory. Bylo by dobré zajistit stávajícím zaměstnancům alespoň rozšiřující vzdělání v oblasti paliativní péče. Uvědomuji si však, že kvůli nízkému počtu zaměstnanců není příliš vysoká časová dotace. Rovněž pravděpodobně přispívá náročnost péče o umírající k syndromu vyhoření. Ředitelé domovů pro seniory by měli zvážit alespoň pravidelné využití interní supervize a v delším časovém úseku i externí supervize.

Velký význam nejen pro umírajícího seniora, ale i pro domovy pro seniory by mělo zapojení rodiny. V domovech pro seniory jsem byla často svědkem modelu, kdy rodina pouze docházela na návštěvy a o další záležitosti se příliš nestarala. Mohlo to být způsobeno tím, že možná rodinní příslušníci neměli dostatek informací. Důsledkem toho se mohlo stát, že se báli zeptat. Nevěděli, co by mohli pro svého blízkého udělat. Je dost možné, že také postrádali pomoc. Točili se v bludném kruhu a nemohli být aktivní oporou svému umírajícímu. Vše by vyřešila odborná pomoc. Proto vidím nabízení odborné pomoci jako důležitou službu, která v domovech pro seniory chybí.

Posledním důležitým prvkem paliativní péče je rozpoznání zhoršení zdravotního stavu a reakce na tuto změnu. V domovech pro seniory se tak obvykle neděje. Respektive není nějak významně reagováno na změnu stavu. Personál domova pro seniory by měl vědět, že se zhoršil stav klientů. Pak by tomuto sdělení měl být přizpůsoben rozvrh dne. K umírajícímu by měli zaměstnanci vcházet tiše a mluvit na něj. Nebude jistě vhodné se jej snažit brzy ráno vzbudit a podávat mu snídani. Postačí se umírajícího seniora dotknout, říci pár milých slov a zařídit, aby měl v pokoji příjemnou atmosféru. Vhodnými úkony je přiměřené větrání a tichá melodická hudba. Velmi důležité je včas informovat rodinu a ponechat dostatek prostoru pro rozloučení. Soukromí by mělo být zajištěno alespoň zástěnou anebo dočasným přestěhováním případného spolubydlícího. Rozhodně by neměl být umírající převážen do nemocnice.

Všechny zmíněné prvky paliativní péče lze podle mého názoru aplikovat do praxe. Důležitou podmínkou by však byla podpora ze strany ředitelů a personálu domova pro seniory. Pravděpodobně by bylo nutné změnit standardy kvality péče o klienty a proškolení většiny personálu. Je možné, že by bylo třeba vyhledat kvalitnější personál a zaměstnance, kteří skutečně chtějí poskytovat kvalitní a důstojnou péči umírajícím seniorům. Rovněž si uvědomuji, že by mohly nastat potíže s financováním organizace.

Seznam literatury

- BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
- FERRELL, B. *Suffering. Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, Oxford: Oxford University Press, 2012. ISBN 978-0-19-871738-6.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Brain team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
- HAUKE, M. *Zvládání problémových situací se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4225-3.
- KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
- KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

- MÜHLPACHR, P. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD, 2017. ISBN 978-80-7392-260-3.
- OPATRŇY, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko Praha, 2003.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
- SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-871-1.
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H Vyšehradská, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita*. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN 978-80-7255-361-7.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. Ostrava: Albert, 2004. ISBN 80-7326-026-3.
- ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VIRT, G. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.
- ŽUMÁROVÁ, M. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Pavol Šidelský-Akcent print, 2012. ISBN 978-80-89295-43-2.

Internetové zdroje

Centrum paliativní péče [online]. [cit. 2020-03-05]. Dostupné na <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>.

PRAŽSKÝ, B. *Etika bolesti a utrpení*. ZAM. [online] 2011.[cit. 2020-10-03]. Dostupné na <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-bolesti-a-utrpeni-460967>

Zákony pro lidi [online]. [cit. 2020-03-07]. Dostupné na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

ABSTRAKT

ŠORALOVÁ, T. *Paliativní péče v domovech pro seniory*. České Budějovice 2020. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Oddělení praxe. Vedoucí práce Mgr. Helena Machulová, Ph.D.

Klíčová slova: senior, potřeby, stáří, smrt, paliativní péče, hospic, domov pro seniory

Práce se zabývá možnostmi využití prvků paliativní péče v domovech pro seniory. První část popisuje, co je stáří, a možné komplikace při odchodu do důchodu. Druhá část se zabývá potřebami seniorů a jejich naplňováním. Třetí část popisuje paliativní péči a její principy. Ve čtvrté části pak popisují domovy pro seniory a možnosti využití paliativní péče v těchto zařízeních.

ABSTRACT

Palliative care in homes for the elderly

Keywords: senior, needs, old age, death, palliative care, hospice, retirement home

The bachelor thesis deals with the possibility of using palliative care elements in retirement homes. The first part describes what is old age and possible complications in retirement. The second part deals with the needs of seniors and their fulfillment. The third part describes palliative care and its principles. The fourth part describes the retirement homes and the possibilities of using palliative care in these facilities.