

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

PALIATIVNÍ PÉČE
V DOMOVECH PRO SENIORY

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

Autor práce: Bc. Martina Kolářiková, DiS.

Studijní obor: Etika v sociální práci

Forma studia: kombinovaná

Ročník: II.

2019

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním mé diplomové 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.

V Písku dne 20. března 2019

Bc. Martina Kolářiková, DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla ze srdce poděkovat vedoucímu diplomové práce Mgr. Tomáši Vebrovi, Th.D. za jeho obětavý a laskavý přístup, cenné rady a metodické vedení při zpracovávání mé diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	8
1 OBRAZ ČLOVĚKA V PALIATIVNÍ PÉČI	11
1.1 Pojetí člověka v paliativní péči	11
1.2 Lidská důstojnost a paliativní péče	14
1.2.1 Inherentní a kontingentní pojetí lidské důstojnosti	15
1.2.2 Lidská důstojnost a sociální práce	17
1.3 Autonomie člověka	19
1.3.1 Nerespektování autonomie člověka.....	19
1.3.2 Dříve vyslovené přání	20
1.4 Kvalita života	22
1.5 Utrpení a smysl života	23
Shrnutí	27
2 PALIATIVNÍ PÉČE A FENOMÉN UMÍRÁNÍ	30
2.1 Umírání v historickém kontextu	30
2.2 Současný pohled na umírání	31
2.2.1 Medikalizace smrti	34
2.2.2 Tabuizace smrti	34
2.2.3 Institucionalizace smrti.....	35
2.3 Umírání z pohledu klienta.....	36
2.3.1 Potřeby umírajících	36
2.3.2 Obtíže umírajících	38
2.3.3 Emocionální stav umírajícího.....	39
2.3.4 Priority umírajících.....	41
2.3.5 Spiritualita umírajících	42
2.4 Rituály a jejich využití v pobytovém zařízení	44
Shrnutí	46
3 PALIATIVNÍ PÉČE	48
3.1 Definování paliativní péče	48
3.2 Vznik a vývoj paliativní péče	50
3.3 Východiska paliativní péče	50
3.4 Rozdělení paliativní péče	52

3.4.1	Obecná paliativní péče	53
3.4.2	Specializovaná paliativní péče	53
3.4.3	Specifika geriatrické paliativní péče	53
3.5	Zásady poskytování paliativní péče	54
3.6	Kdy zahájit paliativní péči?	55
3.7	Základní aspekty paliativní péče.....	56
3.8	Základní aspekty ošetrovatelské péče o umírajícího v domovech pro seniory.....	58
	Shrnutí	59
4	MULTIDISCIPLINARITA V PALIATIVNÍ PÉČI	61
4.1	Kultura organizace	62
4.2	Vymezení multidisciplinárního týmu	62
4.2.1	Aspekty poskytování péče multidisciplinárním týmem	64
4.2.2	Přínos multidisciplinárního týmu	65
4.2.3	Struktura multidisciplinárního týmu	65
4.3	Profese v multidisciplinárním týmu.....	66
4.3.1	Management	67
4.3.2	Ošetrovatelská péče	67
4.3.3	Lékařská péče	69
4.3.4	Pečovatelská činnost.....	71
4.3.5	Sociální práce	71
4.3.6	Psychoterapie.....	72
4.3.7	Dobrovolnictví.....	72
4.3.8	Spirituální podpora	73
	Shrnutí	74
5	SOCIÁLNÍ PRÁCE A PALIATIVNÍ PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY	76
5.1	Vymezení sociální práce	76
5.2	Vymezení sociální služby domovy pro seniory	78
5.3	Sociální práce a paliativní péče v domovech pro seniory	79
5.4	Osobnost sociálního pracovníka	80
5.5	Pobytová zařízení sociálních služeb a paliativní péče	81
5.6	Příležitosti paliativní péče v pobytových službách.....	84
6	DOPROVÁZENÍ	91
6.1	Fáze vyrovnávání člověka se ztrátou dle Elisabeth Kübler-Ross	92

6.2	Zapojení blízkých osob	96
6.2.1	Potřeby členů rodiny umírajícího klienta	97
6.2.2	Reakce na smrt klienta z pohledu blízkých	98
	Shrnutí	99
7	KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	101
7.1	Desatero komunikace se seniory a umírajícími	103
7.2	Nejčastější chyby v komunikaci se seniory a umírajícími	105
7.3	Komunikace s rodinou umírajícího	106
7.4	Sdělování diagnózy a prognózy	107
7.5	Fenomén naděje	108
	Shrnutí	109
8	ETICKÉ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE	111
8.1	Etika motivů a etika výsledků	111
8.2	Etika čtyř principů	112
8.2.1.	Princip autonomie	113
8.2.2	Princip nonmaleficence	113
8.2.3	Princip benefice	113
8.2.4	Princip spravedlnosti	113
8.3	Rozhodování v paliativní péči z pohledu profesní etiky	114
8.4	Vybraná etická dilemata v paliativní péči	115
8.4.1	Okamžik přirozené smrti	115
8.4.2	Rozhodování o život udržující léčbě	115
8.4.3	Marná léčba	116
8.4.4	Tlumení bolesti a zkrácení života	116
8.4.5	Další vybraná etická dilemata	117
	Shrnutí	118
	ZÁVĚR	120
	ABSTRAKT	124
	ABSTRACT	125
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	126

ÚVOD

Sedmnáctým rokem pracuji v domově pro seniory. Začínala jsem jako aktivizační pracovnice, poté jsem několik let pracovala jako sociální pracovnice a v současné době působím ve funkci vedoucí sociálněaktivizačního úseku. Kromě jiného pro mne smrt klientů znamená výzvu ke zkvalitnění poskytované péče o umírající a jejich rodiny, výzvu dopřát našim klientům pokud možno bezbolestnou a důstojnou smrt.

Z názvu práce „Paliativní péče v domovech pro seniory“ vyplývá její zaměření. Zabývám se v ní možnostmi využití konceptu paliativní péče v pobytových službách pro seniory. Toto téma jsem si zvolila proto, neboť vnímám potřebu změny v dosavadní praxi v péči o umírající v zařízeních sociálních služeb. Z toho důvodu jsem si chtěla více prohloubit stávající znalosti o dané problematice a zhodnotit reálnost využití konceptu. Danému tématu se budu věnovat z etického pohledu, neboť se dle mého názoru etický rozměr péče v rámci poskytování sociálních služeb mnohdy vytrácí.

Cílem mé diplomové práce je zmapovat aspekty paliativní péče v pobytovém zařízení pro seniory a v souvislosti s osobními zkušenostmi posoudit možnost implementace tohoto konceptu do praxe. Snahou je vytvořit ucelený obraz využití konceptu v pobytových sociálních službách pro seniory se zaměřením na etický rámec dané problematiky.

Základní metodou hodnocení získaných informací bude analýza odborné literatury, pomocí které se budu snažit odhalit důležitá fakta zkoumaného fenoménu. Při zpracování dat hodlám dále použít komparaci, jako metodu srovnání a zpracování získaných poznatků. Pokusím najít souvislosti mezi teoretickými závěry a osobními zkušenostmi a zdůvodnění se budu snažit vysvětlit pomocí další použité metody, kterou bude explanace.

V práci se snažím postupovat od obecných témat k tématům konkrétním a uvádím příklady z praxe. První kapitole věnuji pojetí člověka v paliativní péči, neboť se jedná o východisko filosofie paliativy. Fenomén umírání zkoumám z hlediska paliativní péče ve druhé kapitole. Zde se zaměřuji mimo jiné i na umírání z pohledu klienta pobytové sociální služby. Ve třetí kapitole se zabývám paliativní péčí jako takovou, především jejímu definování a východiskům. Uvádím také praktické možnosti jejího využití v domovech pro seniory. Multidisciplinarita, která je podstatným aspektem paliativní péče, je popisována v kapitole čtvrté. Pátá kapitola je věnovaná sociální práci v paliativní péči, osobnosti sociálního pracovníka a příležitostem

k realizaci tohoto přístupu v praxi sociálních služeb. Kapitoly šest a sedm jsou zaměřené na konkrétní jevy, které jsou nezbytným prvkem paliativní péče, a to je komunikace a doprovázení umírajících. Přestože se etické zaměření prolíná celou prací, vyústěním může být chápána poslední kapitola, ve které se zabývám etickými aspekty a vybranými dilematy v paliativní péči, neboť jsou nedílnou součástí tohoto náročného konceptu.

Při zpracování diplomové práce jsem čerpala z různých odborných zdrojů, které se k popisované problematice vztahují. Některé z nich jsou pro práci klíčové. Jedná se o knihy *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*¹ a *Etika pro pracovníky v pomáhajících profesích*.² V první kapitole jsou to také publikace *Lidská důstojnost a sociální práce*³ a *Úvahy o postmoderní době*⁴. V kapitole dvě čerpám především z knih *Provázení, aneb opřete se i o mne*⁵, *Poslední úsek cesty*⁶ a *Dobré umírání*.⁷ Stěžejní pro třetí kapitolu je publikace *Paliativní péče – Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*.⁸ *Multidisciplinární tým v akci*⁹ a *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*¹⁰ jsou dva prioritní zdroje informací v kapitole zabývající se multidisciplinaritou. Informace uvedené v kapitole Sociální práce jsem získávala především z knihy *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*.¹¹ V kapitole týkající se doprovázení umírajících jsem čerpala především z knih *Pohled do slunce*¹² a *O smrti a umírání*.¹³ Pro kapitolu zabývající se komunikací jsou stěžejní díla *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*¹⁴ a *Ošetřovatelství v paliativní péči*. Diplomovou práci uzavírá kapitola týkající se etických aspektů dané problematiky, ve které je prioritním zdrojem informací, kromě

¹ KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978–80–904516–4–3.

² JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80–7254–329–6.

³ ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost a sociální práce*. In *Sociální práce*. ASVSP 2/2006. ISSN 1213–6204.

⁴ BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*. Praha: Slon, 2006. ISBN 80–86429–11–3.

⁵ HÁJKOVÁ, D.; FUNK K. *Provázení, aneb, opřete se i o mě*. Písek: ICVD, rok neuveden, ISBN 978–80–260–2985–4.

⁶ KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80–85495–43–0.

⁷ BYOCK, I. *Dobré umírání*. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80–7021–797–9.

⁸ NIEDERMANN E.; PFLUGSHAUPT C. a kol. *Paliativní péče – Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. Tábor: APSS ČR, 2016. ISBN 978–80–906320–3–5.

⁹ HRDÁ, K. *Multidisciplinární tým v akci*. ISSN 978–80–907190–1–9.

¹⁰ HRDÁ K.; TOLLAROVÁ B. a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory* Metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST.

¹¹ BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú. 2015. ISBN 978–80–905867–0–3.

¹² YALON, D. I. *Pohled Do slunce. O překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978–80–7367–376–5.

¹³ KÜBLER–ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80–900134–6–5.

¹⁴ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978–80–247–3148–3.

Jankovského *Etiky pro pomáhající profese*, opět dílo *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*¹⁵ a Hunešův příspěvek *Pilíře etiky v pomáhajících profesích*.¹⁶ Dalšími podstatnými zdroji informací jsou články z odborných časopisů *Sociální práce* a *Sociální služby*.

Předem avizuji, že vycházím nejen ze studia odborné literatury a její analýzy, ale získané informace doplňuji o vlastní zkušenosti získané působením v sociální oblasti. Jsem si vědoma toho, že moje názory a postoje jsou ovlivněny situací, která je charakteristická především pro velká pobytová zařízení, ať již státní či soukromá, ve kterých koncept paliativní péče dosud není aplikován. Jsem si také vědoma faktu, že některá zařízení sociálních služeb již koncept paliativní péče do své praxe zavádí nebo již zavedla, případně praktikují fungující spolupráci s mobilní hospicovou péčí. Domnívám se však, že jejich počet je žalostně malý v porovnání s počtem rezidenčních zařízení v České republice. Ve své diplomové práci používám označení „klient“, které se v našem zařízení vžilo do podvědomí personálu více než „uživatel“. Z praktických důvodů také neřeším genderové vymezení klientely a uváděných profesí.

¹⁵ BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú.2015. ISBN 978–80–905867–0–3.

¹⁶ HUNEŠ, R. *Pilíře etiky v pomáhajících profesích*. In Sborník příspěvků mezinárodní odborné konference Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče a Asociácie hospicovej a paliatívnej starostlivosti Slovenska, Péče o umírající v 21. století. Hořet, ale nevyhořet aneb kde ostatní končí, hospice teprve začínají. Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, 2018.

1 OBRAZ ČLOVĚKA V PALIATIVNÍ PÉČI

„Vědomí sama sebe je největší dar, poklad stejně cenný jako život. Dělá z nás lidské bytosti. Cena je ale vysoká: rána smrtelnosti. Naše existence je navždy ve stínu poznání, že rosteme a vzkvétáme a poté nevyhnutelně slábneme a umíráme.“

Yalond D. I.

1.1 Pojetí člověka v paliativní péči

Přestože ve své práci používám označení „člověk“, vhodnější by bylo užívání termínu „osoba“. Důvodem je fakt, že i když se mnohdy tyto termíny mohou jevit jako synonyma, opak je pravdou, vycházíme-li z dvou různých pojetí člověka, která uvádí Tomáš Machula. Podle něho záleží na tom, jaké konkrétní pojetí člověka zastáváme, neboť na něj lze nahlížet ze dvou odlišných úhlů. Prvním je pohled na člověka jako na biologický druh, druhým jako na osobu, která je jedincem s nezadatelnými a nezcizitelnými právy. S tímto tvrzením koresponduje také fakt, že v odborných textech bývá slovo „osoba“ vyhrazeno právě pro bytosti mající práva a povinnosti.¹⁷ Jestliže hledíme na klienta jako na někoho, kdo prostřednictvím sociální služby potřebuje podporu či pomoc a jehož výsadním právem je dodržování jeho práv a důstojnosti, pak je jistě na místě používat termín osoba.

Holistické pojetí

Východiskem paliativní péče je holistické pojetí člověka, které se na něj nedívá jen z pohledu tělesně-zdravotnického, ale vážně se zabývá také jeho psychickými, sociálními a spirituálními potřebami. Všechny tyto sféry člověka tvoří navzájem jednotu. Na člověka nahlíží tedy jako na celek, jako na bio-psycho-socio-spirituální jednotu.¹⁸

¹⁷ Srov. MACHULA, T. *Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky*, s. 102.

¹⁸ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 113.

Křesťanský pohled na člověka

Křesťanství přináší zcela jednoznačný vztah k životu. Jelikož život je vnímán jako Boží dar, nepřísluší člověku, aby s ním svévolně nakládal a rozhodoval o něm, ale má ho spravovat. Člověku náleží nebyvalá důstojnost a to i osobám slabým, trpícím a nemocným.¹⁹

Vzhledem k našemu geografickému umístění vychází pojetí kultury, a s ní spojené mravní zásady, z křesťanské tradice. Mravní hodnoty uznávané v dnešní společnosti bezesporu souvisí s kořeny naší civilizované společnosti, která jako taková čerpá především z náboženství. Nejzákladnější lidskou hodnotou je pro člověka život. Život musíme chápat jako dar, bez kterého není nic.²⁰

Smrt z pohledu křesťanství je jakýmsi dovršením života. Věřící člověk má naději, že smrtí nic nekončí, naopak začíná věčný život v nebi. Podle křesťanské etiky nemá být život pokládán za hodnotu nejvyšší. Člověk má dát svůj život do služby Bohu a ostatním lidem.²¹ Podstatou člověka je lidství, které mu nelze nikdy odepřít. Člověk je člověkem nejen, když je zdravý a silný, ale zůstává člověkem i pokud je slabý, nemocný, postižený atp.²²

Existenciální přístup

Inspiraci pro paliativní péči můžeme také nalézt v existenciálním přístupu, jak jej uvádí Irvin D. Yalom. Jedná se o jeden z mnoha psychoterapeutických přístupů a ve středu jeho zájmu je lidské zoufalství. Podle tohoto stanoviska vychází vše, co člověka zužuje, mimo jiné i z konfrontace s vlastní existencí. Z terapeutického hlediska jsou podstatná čtyři základní znepokojení: smrt, izolace, smysl života a svoboda. Existenciálně zaměřený terapeut Frankl zdůrazňuje velký počet pacientů, kteří jakýkoliv smysl života ztratili.²³

Viktor E. Frankl a jeho humanistický pohled na člověka, jeho život a hodnoty, je jedním z dalších autorů, ze kterých paliativní přístup čerpá svou inspiraci. Frankl je velkým zastáncem lidské autonomie, kterou je nutné za všech okolností ctít a chránit. Podle Frankla vychází většina problémů klienta z hlubšího existenciálního pozadí a je důležité, aby si klient,

¹⁹ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, 113.

²⁰ Srov. tamtéž, s. 113.

²¹ Srov. PESCHKE, K. H. *Křesťanská Etika pro pomáhající profese*, s. 224.

²² Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 113.

²³ Srov. YALOM, D. *Pohled do slunce*, s. 146an.

mnohdy za pomoci terapeuta, uvědomil jedinečnost smyslu svého života. Autonomií a smyslem života se budu podrobněji zabývat v další části této kapitoly.²⁴

Současný postmoderní pohled na člověka

Aby byl správně vnímán kontrast paliativního pohledu na člověka v porovnání s tím současným postmoderním, v krátkosti se u toho postmoderního zastavím. S lidským životem jsou neodmyslitelně spjaté jednak úcta, ale také lidská důstojnost a lidská práva. Je lhostejné, zda je člověk mladý, silný a produktivní, nebo starý, slabý a těžce nemocný.

Postmoderní společnost klade důraz na dobře fungující tělo a tělesná výkonnost se stává synonymem dobře splněného závazku vůči sobě samému. Z toho pramení neklid, z kterého člověk marně hledá únik. Bauman hovoří o těle dělnicko-vojenském, které bylo podrobena přísné disciplíně. Od takového těla se žádalo jediné, aby nevypadlo z rytmu, a aby bylo schopné na každý signál reagovat přiměřeně rychle a s odpovídající energií. Taková síla byla pojata jako zdraví. Naopak neschopnost udržet rytmus diktovaný prostředím je ochořením neboli chorobným stavem.²⁵

Bauman vidí postmoderní tělo člověka především jako sběratele prožitků, který konzumuje a stravuje zážitky. Je také nástrojem rozkoše. Správné plnění všech těchto funkcí je označováno jako výkonnost. Absence výkonnosti je ochablost, zanedbanost, apatie. Tělo, které je udržováno v takto pochopené výkonnosti, reaguje vzrušením na nové podněty a impulzy a má radost z jejich spotřeby. Je schopné absorbovat rozkoše a vstřebávat vše nové. Jde především o hloubku prožívání výkonů a prožitků. Ty musejí být vzrušující, úchvatné, fascinující.²⁶ Je naprosto zřejmé, že tělo umírajícího seniora nespĺňuje žádné výše uvedené kritérium. Naopak se u klientů v domově pro seniory nezdávka setkáváme s apatií a nezájmem k jakékoliv činnosti.

Rysy charakteristické pro současnou moderní společnost jsou např. anonymita, formální vztahy, neosobní předvádění rolí, globalizace... Nastává prudký rozvoj informačních a komunikačních technologií, rozvoj masových sdělovacích prostředků a neúprosné

²⁴ Srov. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, s. 113.

²⁵ Srov. BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*, s. 77an.

²⁶ Srov. tamtéž, s. 79.

zrychlování životního tempa. Typické je vzájemné odcizení lidí, egoismus, individualismus, zřetelně vystupují sociální nerovnosti mezi lidmi. Dochází k devalvaci životních zkušeností, tradičních hodnot, rituálů a k devalvaci vědomé dějinné linie. Urban zdůrazňuje význam médií a informačních technologií v dnešní společnosti, dále tlak na finanční efektivitu, orientaci na přítomnost a okamžitý efekt, pohodlnost a nenáročnost. Typické je citové otupění, pasivita, agresivita a upřednostňování materiálního blahobytu.²⁷

Na seniory, kteří se v takovéto společnosti ocitají, je vyvíjen velký tlak, aby se všem přicházejícím změnám přizpůsobili a zvládli je. Avšak jejich životní styl, jejich názory a postoje se s tímto moderním pojetím neslučují. Na rozdíl od dnešní společnosti, která má tendence bourat vše tradiční, jsou právě oni těmi, kdo na tradice klade důraz.²⁸

Vlastnit něco nejnovějšího a nejvýkonnějšího je bráno jako žádoucí. Avšak co děláme se starými věcmi? Dříve bylo běžné, že se porouchané věci opravily a fungovaly dál. Dnes je běžné, že pokud se nám nějaká věc rozbije, jdeme do obchodu a koupíme si ji novou. Je tedy otázkou, jak se dnešní společnost s tímto přístupem staví k lidskému životu, který není tak snadno nahraditelný. Člověk přece nemůže jít do obchodu a koupit si například „nového dědečka“. S tímto moderním koloběhem souvisí hodnocení života jako takového. Člověk měří jeho kvalitu podle hodnot, jako jsou zdraví, mládí, úspěch, výkon. Je však nutné si uvědomit, že k životu neodmyslitelně patří i druhá strana mince a tou je stáří, nemoc, umírání a smrt. Je proto lidská *„povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob, která je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.“*²⁹

1.2 Lidská důstojnost a paliativní péče

*„Důstojnost slabších je v našich rukou, stává se důstojností naší.“*³⁰

²⁷ Srov. URBAN, L. *Sociologie*, s. 309–315.

²⁸ Srov. tamtéž, s. 320.

²⁹ Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“ [online]. Praha: Cesta domů, [cit. 5. 5. 2014]. Dostupné na WWW: <[http://elearning.cestadomu.cz/Pohled do slunce–na–prava.html](http://elearning.cestadomu.cz/Pohled%20do%20slunce-na-prava.html)>.

³⁰ Srov. HÁJKOVÁ, D; FUNK, K. *Provázení, aneb, opřete se i o mě*, s. 37.

Důstojnost patří k základním hodnotám lidské existence a považuje se za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života podmíněnou zdravotním stavem, zdravotním postižením a poskytováním zdravotnických či sociálních služeb.³¹

„Důstojnost je důležitá pro každého, ale obzvlášť pro někoho, kdo umírá a začal už ztrácet vládu nad většinou věcí svého života.“ Umírání samo o sobě nedůstojné není, neboť k lidství neoddělitelně patří. Na rozdíl od většinového vnímání důstojnosti v souvislosti s tělesným zjevem, nezávislosti a osobních obtížích, je však potřeba mít na paměti, že pouze na těchto fenoménech důstojnost umírajícího nestojí. Důležité je snažit se včas intuitivně rozeznat, na jakou oblast podpory se v intervenci zaměřit.³²

Jedním ze základních principů paliativní péče je důraz na zachování důstojnosti člověka. K zachování důstojnosti, autonomie a seberealizace vede tzv. „podpurný přístup pečujícího“. Jedná se o opak tzv. péče „uchvacující“. Znamená to, že pečovat začneme, až když naše podpora nestačí a nenahrazujeme podporu péčí, dokud to není bezpodmínečně nutné. Pomůžeme tím svému blízkému zachovat co nejdéle životní smysluplnost, přirozenou sociální roli, osobní integritu a intimitu. Vše, co činíme pro umírajícího, je potřeba podnikat s ním a ne pro něho. Dokud je člověk schopen o sobě rozhodovat, nesmí tohoto základního práva být zbaven.³³

1.2.1 Inherentní a kontingentní pojetí lidské důstojnosti

I když by se mohlo zdát, že vymezení pojmu „lidská důstojnost“ je snadné, z důvodu svého určení a obsahového vymezení tomu tak není. Idea lidské důstojnosti má kořeny v humanismu. Tento postoj, typický pro západní kultury, obecně usiloval o lidskost a o vytvoření podmínek k důstojnému životu každého člověka bez ohledu na to, zda je mladý, starý, zdravý či nemocný. Humanismus začíná všude tam, kde si člověk klade otázky o svém postavení a o své úloze ve světě, uvažuje o sobě samém, o účelu a smyslu svého bytí. Klíč k řešení problémů, o kterých hovoříme, leží skutečně právě tam, kde si opravdově a hluboce položíme otázku po smyslu lidského života.³⁴ Blíže se o východiskách paliativní péče zmíním ve třetí kapitole.

³¹ Srov. KALVACH, Z. a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienty, s. 25.

³² Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 93.

³³ Srov. KALVACH, Z. a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienty, s. 25.

³⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 16.

Humanismus jsem zmínila v souvislosti s lidskou důstojností proto, neboť z něho, po určitém zjednodušení, vychází dvě základní pojetí lidské důstojnosti a to inherentní a kontingentní.

- Inherentní lidská důstojnost

Inherentní, neboli ontologická, lidská důstojnost se vztahuje na všechny lidi bez rozdílu a vyplývá ze samotné podstaty lidského bytí. Je tedy zřejmé, že náleží každému člověku již před narozením a nárokuje si respekt mravního ohledu.³⁵

Problematické je vyjádření či popsání inherentní lidské důstojnosti, neboť se stává nepopsatelnou a nevyjádřitelnou. Abychom osvětlili něco, co je jiné, než co odpovídá našim zkušenostem, pomáháme si negativním vymezením. Takto také můžeme postupovat u výčtu vlastností, které jsou u inherentního pojetí lidské důstojnosti samozřejmostí. Mimo to, že je tato důstojnost vrozená, je také ne-dělitelná, ne-zcizitelná, ne-vyčíslitelná, ne-odstranitelná, ne-odvoditelná a ne-dotknutelná.³⁶

Důležité je chápat tento výčet vlastností též jako normativní výpověď, neboť dle tohoto pojetí je mravně nepřijatelné s hodnotou lidské důstojnosti obchodovat, rozdělovat ji nebo ji poměřovat či odstupňovat.

Na inherentní pojetí lidské důstojnosti můžeme nahlížet různě. Stoikové jako panteisté zastávají názor, že člověk má důstojnost bez ohledu na své sociální postavení. Důvodem je fakt, že svým rozumem může participovat na vše pronikajícím rozumu, světové duši, a tak utvářet nejlépe svůj život.

Kant zase vidí důstojnost nad každou cenu, nedá se cenou vyčíslit, nemá k sobě ekvivalent. Člověk je cílem sám v sobě, vnitřní hodnotou, ale ne cílem pro jiné.

Pro křesťany je typické přisuzování důstojnosti všem lidem proto, neboť jsou stvořeni Bohem k božímu obrazu. V Ježíši Kristu jsou vykoupeni a povoláni k spoluúčasti na Božím životě.³⁷

³⁵ Srov. ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost a sociální práce*, s. 110.

³⁶ Srov. tamtéž, s. 111.

³⁷ Srov. tamtéž, s. 111.

- Kontingentní lidská důstojnost

Kontingentní lidská důstojnost naproti tomu nenáleží automaticky všem lidem. Je spojena se společenským výkonem či postavením osoby, zohledňuje individuální zásluhy a kvality člověka. Charakteristický je respekt spojený s velkou úctou k dotyčnému člověku a jeho vlastnostem. Lidská důstojnost není dopřána všem lidem, je „výsadou“ či „výsledkem“. Toto pojetí je inspirativní tím, že po člověku požaduje vyvážené prožívání štěstí a neštěstí, ovládnutí citů, přemáhání vášní, statečné snášení hořkostí života a neopomíjí ani vnější projevy člověka jako jsou chůze, řeč, péče o tělo či oblékání. Zvrhlost tohoto pojetí spočívá ve zmíněné selektivnosti, kdy jsou lidé rozdělováni na důstojné, méně důstojné a bez důstojnosti.³⁸ Nepřístojnosti, které mohou z takového dělení vyvstat, jsou v sociální práci neakceptovatelné.

1.2.2 Lidská důstojnost a sociální práce

Pro zahrnutí pojmu lidské důstojnosti do sociální práce je nezbytné propojení obou výše uvedených koncepcí. Inherentní pojetí chápe důstojnost, jako vlastní každému člověku a vyplývající ze samotné podstaty lidského bytí. Kontingentní pojetí dokresluje požadovaný obraz konkrétními požadavky a obrazy samotných atributů lidské důstojnosti, neboť člověk důstojnost musí svým důstojným myšlením a jednáním potvrzovat.³⁹

Je tedy zřejmé, že v rámci sociální práce je pozornost zaměřena na důstojnost vztahující se jednak ke klientovi a jednak k sociálnímu pracovníkovi. Obě důstojnosti musí být ve vzájemnosti. Sociální pracovník si musí být vědom vlastní důstojnosti a tu poté prohlubovat svým jednáním. Toto chápání sebe sama a významu poskytované služby má velký vliv na předcházení syndromu vyhoření. Problémem je zaměření postmoderní doby na výkon člověka a podle něho posuzování jeho hodnoty, tedy kontingentní pojetí.⁴⁰ Inherentní pojetí se naopak zaměřuje na hodnotu lidského bytí a sebezpřijetí, nikoliv na výkon. Problém nastává, pokud dojde u sociálního pracovníka ke spojení důstojnosti a výkonu, kdy se sám na svůj maximální výkon zaměří. Hrozí totiž, že podobně bude vnímat svého klienta a podle toho se k němu i chovat.⁴¹

³⁸ Srov. ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost a sociální práce*, s. 110.

³⁹ Srov. tamtéž, s. 111.

⁴⁰ Viz kapitola 1.2.

⁴¹ Srov. tamtéž, s. 111.

Další možností, jak problematiku lidské důstojnosti v sociální práci uchopit, je křesťanský pohled, ze kterého samotná sociální práce vychází. Podle křesťanského pojetí člověku náleží důstojnost ontologická, na základě „člověčenství“. Munzarová říká, že: „Člověk má důstojnost proto, že je člověkem.“⁴²

Podle Machuly „Důstojnost člověka je absolutní hodnota lidské bytosti.“ Náboženské pojetí vidí zdroj této důstojnosti ve vztahu člověka k Bohu, jakožto Bohem stvořené bytosti, která je určena podobností s ním.⁴³

Bůh obdaroval člověka svobodou jednání z toho důvodu, aby Boha hledal a dosáhl přimknutím k Němu dokonalosti.⁴⁴ Dokonalým obrazem Boha je Ježíš Kristus, který svým vtělením navrácí lidem Boží podobu, kterou lidstvo zranilo hříchem.⁴⁵ Důstojnost lidského života nemůže být narušena neschopností něco dokázat, nebo něco učinit, jako je tomu u materialistického pojetí typického pro současný pohled na člověka⁴⁶. Naopak je založena na hlubším vztahu člověka k Bohu.

„Důstojnost“ či „osobnostní nastavení“ jsou pojmy abstraktní. Jako zdroje, které vzbuzují v člověku pocity osobní hodnoty a cennosti jsou však reálné. Pokud je člověk zdravý, odvozuje svoji důstojnost od věcí, které umí a které dělá dobře a také od svých osobních kvalit, na které je hrdý. Pokud však pomine vše, čím člověk byl, pokud toho již dokáže pro sebe a pro druhé udělat jen málo nebo vůbec nic, je otázkou, z čeho čerpat důstojnost. Byock se domnívá, že odpověď lze nalézt ve zkoumání postojů a názorů na individuální chování a to i v průběhu umírání. Důstojnost je podle něho třeba hledat v jiných oblastech, například v probouzení pocitu hrdosti na sebe sama a vlastní hodnoty. Každý člověk je individuální, každý odvozuje svou důstojnost z jiných zdrojů a získává ji odlišnými způsoby.⁴⁷

Z hlediska umírání klienta v pobytovém zařízení je vhodné včas zjistit jeho přání a pokusit se odhalit jeho zdroje důstojnosti. Mnoho klientů domova pro seniory má připraveno sváteční oblečení pro případ smrti a jasnou vizi, co má po smrti následovat. Někteří dokonce ohledně vlastního pohřbu sepíší pro rodinné příslušníky dokonce instrukce. Sociální pracovník by se

⁴² Srov. MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* s. 44.

⁴³ Srov. MACHULA, T. Důstojnost, *In Encyklopedie sociální práce*, s. 204.

⁴⁴ Srov. Ž 8,6.

⁴⁵ Srov. Gaudium et spes. Pastorální konstituce o církvi v dnešním světě, čl. 23. *In Dokumenty II. vatikánského koncilu*, s. 2.

⁴⁶ Srov. Kapitola 1.1.

⁴⁷ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s.108an.

neměl bát toto téma ve vhodnou dobu otevřít a seznámit se zjištěnými informacemi ostatní zainteresované osoby. Tento postup vede k pochopení situace klienta a k podpoře důstojného doprovázení ze strany zaměstnanců. V opačném případě hrozí, že ošetřující personál uvidí v umírajícím pouze nemohoucího člověka a ve smrti nepříjemnou událost, které se nelze vyhnout. Také k manipulaci s mrtvým tělem je potřeba přistupovat s úctou a vědomím, že důstojnost člověka smrtí nekončí.

1.3 Autonomie člověka

V dnešní liberální společnosti je kladen důraz na osobní svobodu jedince, na jeho individuální autonomii a na kvalitu života.⁴⁸ Nárok jedince, který je obzvláště v konečné fázi života a v procesu umírání velmi zranitelný, na sebeurčení a na autonomii se stal znakem moderní západní společnosti.⁴⁹

Význam respektu ke klientově autonomii spočívá ve snaze, aby mohl vést co nejsvobodněji svůj život způsobem, který považuje za nejsprávnější, i v případě částečné či úplné bezmoci. Praktickým projevem mohou být tzv. informovaný souhlas, princip dříve vysloveného přání a zástupné rozhodování.⁵⁰ Teprve v případě odmítnutí léčby nebo hospitalizace klientem se však ukáže, zda je jeho autonomie okolím brána opravdu vážně.

1.3.1 Nerespektování autonomie člověka

Ztráta autonomie klienta je u poskytování pobytových sociálních služeb velkým problémem, neboť institucionální podmínky autonomní život ztěžují či přímo ohrožují. Už jenom samotné poskytování služby bývá často pro klienta rozhodnutím, ke kterému ho donutily okolnosti. V rezidenčním zařízení je nezbytné načasování režimu dne, kterému se klient musí do určité míry přizpůsobit. Je však úkolem sociální služby potvrdit klientovu autonomii, snažit se službu co nejvíce přizpůsobit jeho přáním a potřebám, namísto toho, aby se klient přizpůsoboval automaticky službě a ztrácel tím svou identitu. Je nezbytné klienta důsledně zapojovat do procesu rozhodování o skutečnostech, které se ho týkají. Nástrojem k tomuto zapojení, který má poskytovatel k dispozici, je bezesporu individuální plánování služby.

⁴⁸ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 113.

⁴⁹ Srov. RÜEGGER, H. O hodnotě sebeurčení na konci lidského života. *In Sociální služby*, s. 31.

⁵⁰ Srov. BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 82.

Porušování autonomie klienta v pobytových sociálních službách hrozí zejména při užití opatření omezujících pohyb a při provádění osobní hygieny. Jestliže autonomie souvisí s podporou soběstačnosti jedince, s respektováním jeho možností, schopností a zdrojů, což je mimochodem další povinností plynoucí pro poskytovatele ze zákona o sociálních službách, může k jejímu porušování docházet i nadměrným přepečováváním. Klient by měl sám provádět úkony, které zvládne a personál by mu měl být nápomocen pouze v těch, které již nezvládne. V praxi se někdy bohužel stává, že z důvodu urychlení úkonů personál provádí vše sám. Z klienta se tím pádem stává pouze objekt péče bez vlastní aktivity.

Specifickým případem ztráty autonomie je dobrovolná rezignace klientů na osobní autonomii, kdy jim „přepečovávání“ vyhovuje. Jedná se o vynucování častějších kontaktů s personálem, případně snahy zbavit se nutnosti vlastní volby a s ní spojených důsledků. V každém případě je nutné si uvědomit, že strategie závislosti je jednou z nevhodných forem adaptačních strategií.

1.3.2 Dříve vyslovené přání

V občanském zákoníku se setkáváme s institutem předběžného prohlášení,⁵¹ ve zdravotnickém právu⁵² s dříve vysloveným přáním. Oba mohou mít podstatný vliv i na poskytování sociálních služeb. V následující kapitole se budu blíže zabývat dříve vysloveným přáním. Jedná se dle mého názoru o velmi dobrou možnost zajištění autonomie a důstojnosti klienta i pro případ, kdy o sobě nebude schopen kvůli nepříznivému zdravotnímu stavu rozhodovat.

Institut dříve vysloveného přání vznikl z důvodu posílení právní jistoty člověka a za účelem možnosti rozhodovat o sobě samém. Může se jednat o situace, kdy člověk chce dopředu určit, jak bude v jeho záležitostech postupováno. Má možnost vyjádřit svoje přání, jakým způsobem a jakou formou mu např. budou poskytovány zdravotní služby v případě, že nebude schopen

⁵¹ § 38 zákona č. 89/2012 Sb. občanský zákoník: „V očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat může člověk projevit vůli, aby byly jeho záležitosti zpracovávány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem.“

⁵² § 36 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů: „(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.“

svoji vůli vyjádřit. Jedná se mimo jiné i o přání neprovádět život udržující léčbu, jako je např. resuscitace v terminálním stádiu nemoci, dechová podpora, zavedení nasogastrické sondy či intravenózního přístupu.⁵³

Dilema může nastat v situaci, kdy je přání klienta formulováno příliš stručně a v praxi nepřesvědčí zdravotníky ani rodinu, že zachycuje jeho skutečnou vůli. Nestačí tedy pouze vyplněný formulář, aby člověku bylo zaručeno, že v budoucnu bude podle vůle nemocného postupováno. Je nezbytné včas zapojit rodinu a ošetřujícího lékaře. Vhodná je také včasná edukace představ klienta o kvalitě života, neboť v budoucnu mohou blízké osoby a lékař lépe hájit zájem nemocného. Zvolit vhodného opatrovníka, nastavit mu mantinely pro rozhodování, informovat přátele a případně poskytovatele sociálních služeb o svém plánu, to vše je pro rozhodování v budoucnu vhodné.⁵⁴

Pokud zdravotnický personál má postupovat podle přání pacienta, je potřeba splnit několik nezbytných podmínek. Dříve vyslovené přání musí být učiněno osobou k tomu způsobilou, tzn. zletilou a neomezenou ve svéprávnosti. Praktický lékař nebo lékař z oboru, ke kterému se přání vztahuje, musí pacienta poučit o následcích jeho rozhodnutí a toto poučení mu musí být doručeno písemně. V určitých zákonem stanovených situacích se však na institut dříve vysloveného přání nemusí brát zřetel. Jedná se o situace, které nabádají k aktivnímu usmrcení pacienta, k ohrožení jiných osob, či dojde k vývoji situace, ve které se předpokládá, že pacient by s navrhovaným zákrokem a způsobem léčby souhlasil.⁵⁵

Aktuální vůle klienta, pokud je schopen ji vyjádřit, je dříve vyslovenému přání vždy nadřazena. Vážný etický problém nastává v případě, kdy klient nechce dříve vyslovené přání uplatnit, ale vzhledem ke svému nepříznivému zdravotnímu stavu není schopen své rozhodnutí sdělit. Jak uvádí Bouzek, může se jednat o případ, kdy člověk uvede ve svém přání, že nechce v určitém stádiu nemoci lékařskou pomoc, ale následně ji chtít bude. Nebude však schopen své přání vyjádřit, případně nebude v jeho blízkosti nikdo, kdo by se pokusil jeho aktuální vůli zjistit. V těchto případech může předem vyslovené přání klientovi velmi ublížit.⁵⁶

⁵³ Srov. LUKASOVÁ, M. Co nového v paliativní péči. In *Sociální služby*, s. 34.

⁵⁴ Srov. tamtéž, s. 34.

⁵⁵ Srov. JAKEŠOVÁ, R. Dříve vyslovené přání. In *Sociální služby*, s. 35.

⁵⁶ Srov. BOUZEK, P. Zamyšlení nad odcházením. In *Rezidenční péče*, s. 9.

V případě, že dříve vyslovené přání není k dispozici a klient není schopen svoji vůli vyjádřit, měl by se opatrovník pokusit konstruovat klientovo přání z jeho dřívějších postojů, hodnot, životní filozofie a náboženského vyznání, případně z toho, na co v životě kladl důraz, co mu dávalo smysl. Důležité je hledat odpověď na otázku „*Co by si přál v této situaci klient?*“ Ne co by si přál sám opatrovník. V případě, že je přání opatrovníka v zásadním a neřešitelném konfliktu s lékařem a zdravotníky, je potřeba o rozhodnutí požádat soud.⁵⁷

1.4 Kvalita života

V souvislosti s umíráním se obvykle hovoří o délce života, který má umírající ještě před sebou. Hovoří se o kvantitě a neřeší se otázka kvality. A přece se ukazuje, že otázka kvality je na konci životní pouti otázkou důležitou. Ukazatelé kvality života jsou různé. Může se jednat např. o umírání bez bolesti, nebo v případě poskytování sociální služby o přítomnost doprovázejícího.⁵⁸

Kvalita života se nedá zobecnit. Je proměnná, pro každého člověka jiná, závislá na řadě okolností. Obecně je možné říci, že nároky na kvalitní život se proměňují v okamžiku, kdy je člověk konfrontován se ztrátou vlastního zdraví. Nemoc jej zaskočí náhle a vyrovnání se s touto situací není vůbec snadné. Každý člověk přistupuje ke svému onemocnění jinak, každý má jiný práh bolesti, každý se nachází v jiné fázi vedoucí ke smíření s osudem. Kvalitu života umírajícího člověka obecně ovlivňuje míra naplnění jeho přání a potřeb, emoční prožívání nemoci, podpora rodiny a přátel.⁵⁹

Lékaři jsou dnes díky strachu ze selhání ve složité situaci. Proto často předepisují pacientům léčbu, která sice život o určitý čas prodlouží, ovšem často za cenu zhoršení jeho kvality. Přitom výzkumy ukazují, že většina lékařů na konci svého života odmítá život zachraňující opatření a vysoce intenzivní léčbu. Namísto toho upřednostňují řešení jednotlivých symptomů nemoci, tedy paradoxně to, co často odmítají připustit u svých pacientů.⁶⁰

V pobytových sociálních službách pro seniory je čím dál více klientů, kteří jsou zcela odkázáni na ošetrovatelskou péči personálu. Jejich zdravotní stav je často velmi vážný, jsou plně imobilní, inkontinentní, téměř nebo vůbec verbálně nekomunikují, trpí polykacími

⁵⁷ Srov. BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 89an.

⁵⁸ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 35.

⁵⁹ Srov. ANTALOVÁ, B; KUBÁČKOVÁ, P. a kol. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*, s. 11–13.

⁶⁰ Srov. NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka*, s. 21–23.

obtížení, případně mají kožní defekty apod. I když je jasné, že jde o stav, směřující ke smrti, není definován jako smrtelné onemocnění. Proto ani paliativní péče není dnešní společností vnímána jako pro tyto klienty prioritně vhodná.

V praxi dochází často k přehazování si klienta jako „horkého bramboru“ mezi domovem pro seniory a zdravotnickým zařízením. Snaha je léčit. Léčit něco, co však vyléčit nejde a klientovi indikovaná opatření mnohdy pouze ubližují a zatěžují ho. Zároveň jsou však i příbuzní často informačně dezorientováni. Neví, co se děje, proč najednou je jejich blízký hospitalizován. Neví, proč se vrací zpátky do domova mnohdy ještě v horším stavu, než když odešel. Často blízcí obdrží odlišné informace o zdravotním stavu svého blízkého od personálu z nemocnice a poté od zdravotnického personálu v domově, což má za následek vytvoření atmosféry nedůvěry. Je nezbytné, aby klienti i příbuzní měli možnost hovořit s ošetřujícím lékařem klienta, který je s danou situací srozumitelným způsobem seznámí. Stejně informace by měly mít i všeobecné sestry v domově a měly by být schopné a ochotné je oprávněným osobám adekvátně podat.

Převedu-li výše uvedené informace do praxe zařízení sociálních služeb, je možné stavět kvalitu života do souvislosti s kvalitou individuálního plánování a s ním souvisejícím naplňováním potřeb a přání klienta. V případě umírání s existencí doprovázení umírajícího a jeho kvalitou.⁶¹ Je tedy patrné, že paliativní péče v domovech pro seniory má své místo a je jedním z nejlepších řešení, jak kvalitu života křehkým geriatrickým a umírajícím klientům zajistit.

1.5 Utrpení a smysl života

„Otázka po smyslu života nevyvstává nikdy naléhavěji a palčivěji než v okamžiku, kdy vidíme, jak poslední dech opouští dosud živé tělo.“

C. G. Jung

Lidstvo je smrtelností znepokojováno od počátku dějin. U některých lidí se strach ze smrti projevuje nepřímo, jako všeobecný neklid, případně je zamaskován do některého psychického symptomu. Jiní mohou zažívat prudký a uvědomovaný nával úzkosti ze smrti, nebo dokonce hrůzu, která znemožňuje jakékoliv pocity štěstí a naplnění života.⁶²

⁶¹ Touto otázkou se zabývám v kapitole šesté.

⁶² Srov. YALOM, I. *Pohled do slunce*, s. 9.

Úzkost ze smrti se snaží různým způsobem zmírnit prostřednictvím Boha všechna náboženství. Jednak tlumí bolest smrtelnosti představou věčného života, jednak nabízí tišení děsivé osamělosti tím, že člověku nabízí věčnou přítomnost víry a předkládající jasný návod, jak žít smysluplný život.⁶³

Vyhoštění smrti, a tím i otázky po smyslu života, je možné stavět do souvislosti s dnešní převážně ateistickou společností a se ztrátou víry v Boha. Na konci života se však každý člověk, i přesvědčený ateista, nutně musí smyslem života zaobírat. Člověk potřebuje hranici, která určuje jeho bytí a na kterou se může v myšlenkách zaměřit. Potřebuje tedy začátek a konec. Vychází to z obecné lidské potřeby vyprávět náš život jako příběh. Kdyby tento příběh neměl konec, byl by příběhem beze smyslu.⁶⁴

Člověk ve své podstatě touží naplnit smysl svého života, nalézt jeho celistvost a kontinuitu. Pro umírajícího je proto důležitý pocit kontroly nad danou situací. Chce cítit, že umírání má ve svých rukách, že na jeho názory, potřeby a požadavky bude klást okolí zřetel. Tento pocit jistoty a ukotvení umožňuje člověku vnímat vlastní kontinuitu.⁶⁵

Utrpení, jak uvádí Jankovský, je událost v životě člověka, ze které lze těžít lidskost, pokoru a životní moudrost. Na smysl utrpení umírajícího lze nahlížet z různých úhlů. Křesťanské stanovisko v něm vidí prostředek spojení člověka s Kristem. Skrze bolest a strádání je člověk zpravidla vnímavější k Bohu a může tak postupně získat jistotu, která jej zakotvuje ve smyslu utrpení.⁶⁶

Podle Epikura je základní příčina utrpení v našem všudypřítomném strachu ze smrti. Hovoří dokonce o děsivé představě nevyhnutelné smrti, která narušuje radost ze života a veškerého potěšení. Yalom doplňuje, že není snadné žít každý okamžik s vědomím smrtelnosti. Přirovnává tento stav k pokusům dívat se zpříma do slunce. V obou případech sneseme jen určitou dávku. Jelikož však člověk nemůže žít stále ve strachu, vytváří si postupy, jak tuto hrůzu ze smrti utlumit.⁶⁷

Pro současnou dobu je charakteristická snaha utrpení ze života odstranit, vytěsnit. Příčinou je nechť a neschopnost moderního člověka trpět, být utrpení na blízku, nebo doprovázet

⁶³ Srov. tamtéž, s. 12.

⁶⁴ Srov. NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka*, s. 13.

⁶⁵ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 126.

⁶⁶ Srov. tamtéž, s. 128.

⁶⁷ Srov. YALOM, I. *Pohled do slunce*, s. 10an.

umírajícího. Následují snahy utrpení odstranit, případně situaci nějak rozumně vyřešit. Toto odmítání reality utrpení však vede ke slepotě vůči skutečnosti, ve které lidský život a vztahy ztrácejí svou charakteristickou hloubku. Podle Frankla uskutečňuje člověk v utrpení postojové hodnoty. „*Posledním úkolem a vlastním cílem utrpení je vypořádat se s tím, co je osudově dáno.*“⁶⁸

Život člověka, který se jevil ve svém dosavadním trvání jako bezsmyslný, může dle Frankla dostat svůj smysl až ve své krajní hranici. Utrpení a bolest život člověka neznehodnocují v případě, že jim dokáže svým postojem dát smysl. Frankl uvádí jako příklad příběh zhýčkané ženy, která byla v prostředí koncentračního tábora vděčná utrpení, které jí ukázalo bezsmyslnost a prázdnotu dosavadního života. Teprve tímto „prozřením“ její život získal svůj smysl.⁶⁹

Utrpení jako takové tedy Frankl nehodnotí vyloženě negativně. Vidí v něm výstražnou funkci, která upozorňuje na nepořádek v těle a která si žádá nápravu. Existence utrpení udržuje člověka v bdělém stavu, aby zůstal „duchovně živý“ a dokázal adekvátně posuzovat stav věci. Frankl doslova říká: „*To, před čím má utrpení člověka chránit, je apatie, umrtvující duševní strnulost. Dokud trpíme, zůstáváme duševně naživu. Ano, v utrpení dokonce zrajeme, v utrpení rosteme – činí nás bohatšími a mocnějšími.*“ Důležité je pomoci člověku uvědomit si vyšší smysl jeho utrpení, neboť poté je ochotný je snášet i za cenu osobní oběti.⁷⁰

Co se týče umírání a smrti, Frankl zdůrazňuje, že i ony mohou mít svůj vlastní smysl. Ve smrti nespatřuje nic hrozivého, neboť to, že člověk vůbec žil a co v životě vykonal, je nesmazatelně jednou provždy vepsáno do „mapy světa“. V časové ohraničenosti života vidí člověk motivaci k tomu, žít co nejlépe. Franklova logoterapeutická metoda nabízí člověku možnost prozření při hledání smyslu života. Usnadnit klientovi umírání v pobytové službě tak, jak to činí logoterapie, by mělo být úkolem všech pracovníků multidisciplinárního týmu. Nejdůležitější však stále zůstává podpora blízkých, kterou paliativní přístup zdůrazňuje.⁷¹

Podle Byocka je utrpení či úzkost pro umírající do jisté míry univerzální zkušeností, a to dokonce i u těch, kteří fyzické nepohodlí neprožívají. Může se projevat zcela nepostřehnutelně tím, že člověk ztratí zájem o své okolí, ale i trýznivými až děsuplnými

⁶⁸ Srov. YALOM, I. *Pohled do slunce*, s. 129.

⁶⁹ Srov. FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 75.

⁷⁰ Srov. tamtéž, s. 75.

⁷¹ Srov. tamtéž, s. 75.

útrapami. Téměř vždy je však v osobách přítomen vnitřní boj, kdy se snaží vyrovnat se ztrátou svých dosavadních schopností, rolí, vztahů.⁷²

Utrpení jde ruku v ruce s bojem s nevléčitelnou nemocí, která je spojená s nemohoucností a s vědomím nevyhnutelného odchodu. Lidé mohou trpět v souvislosti s nemocí fyzickou bolestí, ale ve spojitosti se ztrátou všeho, čím byli, i všeho, co chtěli ještě v životě dosáhnout, i s bolestí psychickou a emocionální. „*Tyto dva druhy utrpení jsou mezi umírajícími téměř univerzální...*“ Utrpení přetrvává v případě, že je fyzická bolest nezvládnutá, nebo když není pochopená, případně je pomíjená emocionální bolest klienta. Pokud je fyzická bolest při umírání přítomna, znamená to neadekvátní přístup lékařů k tomuto symptomu. Ten může pramenit mimo jiné i ze strachu podávat pacientovi opiáty. Díky moderní lékařské technice a rozvoji farmacie mají dnes lékaři možnost spolehlivě ulehčit fyzickému nepohodlí pacientů. Naproti tomu osobní, vnitřní utrpení, které závisí na osobnostním nastavení jedince, je podle Byocka daleko intenzivnější a vyžaduje velice citlivou intervenci.⁷³

Nemoc můžeme dle Jankovského dokonce chápat jako výzvu ke změně způsobu našeho života, případně k posouzení naší hodnotové orientace, nebo dokonce jako příležitost, kterou jsme na naší životní cestě dostali. Vyrovnání se s letální nemocí je však velmi složitým procesem, který má individuální charakter. Vždy záleží na mnoho faktorech, např. na osobnosti jedince, na jeho věku, charakteru, temperamentu, rodinném zázemí, hodnotové orientaci, zakotvenosti v životě.⁷⁴

Situace, kdy člověk čelí smrti, nemusí nutně vést k zoufalství, které nedovolí jakýkoliv smysl života. Naopak může být zkušeností, která člověka probouzí k úplnějšímu životu, neboť: „*Přestože fyzická stránka smrti je naší zhoubou, představa smrti je naší záchranou.*“⁷⁵

Často z úst ošetřujícího personálu, ale i rodinných příslušníků, jako reakce na tíživou situaci klientů, zaznívá otázky typu: „Má takový život vůbec ještě nějaký smysl?“ Přitom si neuvědomují, že právě oni jsou ti, kteří mají obrovskou moc životu klientů postrádaný smysl dát. Neboť právě oni jsou ti, kteří o něho pečují a doprovázejí ho. Stačí přitom tak málo – posedět chvíli u lůžka seniora, vyjádřit porozumění, účast, pohladit jej nebo jen chvíli držet za ruku.

⁷² Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 105.

⁷³ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 79.

⁷⁴ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 131.

⁷⁵ Srov. YALOM I. *Pohled do slunce*, s. 13.

Hauke uvádí, že dnešní doba je charakteristická zaměřením na kult krásy, mládí, zdraví a úspěchu. Když hovoříme o kvalitě života, klademe rovnítko právě s těmito kulty. A právě proto je jakákoliv zmínka o významu utrpení, umírání a smrti pro osobní růst každého jedince je považována téměř jako nepatřičná, hodná pohoršení. Přitom, jak jsem již psala, život bez konce by jaksi postrádal svůj smysl. Projevem zralosti a životní moudrosti je právě přijetí konečnosti lidského života.⁷⁶

Ať již na lidskou společnost a jedince nahlédneme z jakéhokoliv pohledu, je důležité vidět člověka v jeho interpersonálním kontextu, v jeho vztahu k druhým. Lidé odjakživa žili ve skupinách, pro které byly charakteristické intenzivní a dlouhodobé vztahy mezi členy. Umírání je však opakem. Jedná se o nejosamělejší událost života. Yalom dokonce hovoří o tom, že člověk je díky němu oddělen od ostatních a vystaven druhé nejděsivější formě osamělosti a tou je vydělení ze světa.⁷⁷ Paliativní péče má možnosti tuto osamělost při umírání eliminovat, a proto by její využití v praxi mělo být podporováno.

Existuje názor, že nejvíce lidí cítí utrpení v souvislosti se ztrátou své důstojnosti. Příčinou je stav, kdy je člověk plně závislý a odkázaný na péči svých blízkých nebo i cizích lidí. Pomalu dochází ke ztrátě částí identity, které tvořily jeho osobnost. Již není tím člověkem, který uměl mnohé zařídit, udělat, uživit rodinu, dosáhnout úspěchu. Člověk může mít pocit ztráty vlastní ceny, neboť již nedokáže dál plnit své role. Mnohdy se domnívá, že nemůže společnosti ničím přispět a stává se tak břemenem pro své okolí. Se ztrátou smyslu života se postupně vytrácí i lidská důstojnost.⁷⁸

Shrnutí

V první kapitole jsem se zaměřila na pojetí člověka v paliativní péči a na jeho možné inspirace. Charakterizovala jsem současný postmoderní obraz člověka a negativní důsledky, které z něho vyplývají pro seniory a umírající v pobytových službách.

Dále jsem se zaměřila na lidskou důstojnost jako na hlavní pilíř konceptu paliativní péče. Termín „důstojnost klienta“ je v sociální oblasti a v zařízeních sociálních služeb hojně používán. Ostatně o zachování lidské důstojnosti hovoří i sám Zákon o sociálních službách⁷⁹.

⁷⁶ Srov. HAUKE, M. Etický problém – utrpení, smrt a umírání. In *Sociální služby*, s. 31.

⁷⁷ Srov. YALOM, I. *Pohled do slunce*, s. 88an.

⁷⁸ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 108.

⁷⁹ Srov. Odst. (2) § 2 Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Důstojnost se projevuje v jednání a vyjadřuje zásadní nárok člověka na úctu ostatních lidí. Mnohdy je však díky nedostatečnému posunu v jejím chápání zdrojem závažných negativních konsekvencí pro klienty. Je potřeba důstojnost klientů chápat jako nezcizitelně danou a chránit ji i v případě, že klienti potřebují pomoc ve všech nebo ve většině oblastí péče o svoji osobu. Je nutné potvrdit klientovi, že zůstává, i přes svá postižení, našim respektovaným partnerem. Toto je úkolem všech pracovníků zainteresovaných do péče.

S tématem důstojnosti úzce souvisí termíny autonomie a kvalita života, ale také utrpení, které k umírání neodmyslitelně patří. Také v utrpení lze díky paliativní péči a empatickému doprovázení nalézt hledaný smysl. Úctou k sobě samému člověk ukazuje, nakolik si cení sebe sama, úctou k ostatním vyjadřuje, jakou hodnotu vidí v nich. Způsob jednání s lidmi odráží naše vlastní sebehodnocení a sebeúctu. Porušit sebeúctu seniorů a umírajících je snadné. Jednat s druhým s úctou znamená mít na zřeteli jeho zájmy a nepoužívat ho jako pouhý prostředek.

Při poskytování paliativní péče v domovech pro seniory hrozí narušení osobní identity zejména v oblasti hygieny a nerespektování studu klienta. Příkladem je výměna inkontinentních pomůcek bez užití zástěn, provádění osobní hygieny za přítomnosti jiných osob, otevřené dveře na chodbu při provádění osobní hygieny, vynucování inkontinence (nucení močení do inkontinentních pomůcek), ponechání klienta dlouhou dobu vysazeného na toaletním křesle, apod. V oblasti stravování je za projev porušení důstojnosti klienta považováno např. užití kojeneckých láhví a v případě podávání mixované stravy smíchání všech jednotlivých složek pokrmu. Nevhodné oslovování, které zahrnuje mluvení s klienty jako s malými dětmi, tykání či familiární oslovování „babi“ a „dědo“ je jedním z dalších příkladů, kdy je závažným způsobem narušena důstojnost klienta. O tomto problému se blíže zmiňuji v kapitole Komunikace v paliativní péči.

Aby v praxi nedocházelo k těmto závažným pochybením ze strany personálu, je potřeba podpory ke vzájemné úctě, respektu a zodpovědnosti za své jednání i za klienty. Je nesmírně důležité pracovat v sociální práci s individuálním přístupem, citem a využitím vlastní intuice. Klientův život, ale i umírání, musí být v zařízení sociálních služeb důstojné. Ztráta schopnosti autonomie v jedné oblasti neznamená automaticky ztrátu autonomie ve všech oblastech. Důstojná péče je prováděna s úctou, otevřeně a citlivě s ohledem na osobní, kulturní a náboženské hodnoty, přesvědčení a zvyklosti klienta. Jelikož je důstojnost u každého

jednotlivce pojata individuálně, je nutné hledat oblasti a priority, na základě kterých jí konkrétní člověk vnímá.

Příležitosti v rámci sociálních služeb vidím v otevření témat důstojnosti, autonomie a kvality života v pobytových zařízeních. V porovnání s minulými léty je v nabídce mnohem více seminářů a kurzů, které se touto tematikou zabývají. Především zážitkové semináře jsou dle mého názoru pro personál velmi vhodné. Jsou jedinečným nástrojem k osvojení si žádoucích postojů a způsobů jednání s klienty v institucích.

Problémem je dle mého názoru také absence využívání institutu dříve vysloveného přání v praxi. Jedná se o opatření, které by v mnoha případech mohlo účinně nastavit další poskytování služby v případě, že by klientův nepříznivý zdravotní stav a rostoucí závislost ohrožoval jeho možnost volby. V takových případech dochází, často z obavy o bezpečnost klienta, k nepřiměřeným zásahům rodiny a pečujících do lidské autonomie. Člověk se pak mnohdy stane pouhým objektem péče, kdy se profesionálové soustředí na zdravotní problém a správné postupy a nevidí člověka z žádoucího holistického pohledu.

2 PALIATIVNÍ PÉČE A FENOMÉN UMÍRÁNÍ

„Každý den je malý život – každé probuzení a vstávání je malé narození, každé čerstvé jitro je malé mládí, každé uléhání a usínání je malá smrt.“

Schopenhauer A.

Ve druhé kapitole práce považuji za důležité obecně analyzovat problematiku smrti a umírání. V krátkosti se zmíním o této problematice z historického hlediska a podrobněji se zaměřím na současný přístup k této otázce. Poukážu na termíny, které s těmito fenomény úzce souvisí. Jedná se o medikalizaci, institucionalizaci a tabuizaci smrti. Tato část práce slouží k lepšímu pochopení současného pojetí dané problematiky a komparaci s paliativním přístupem k umírajícím.

Umírání je různě dlouhý časový proces, který nezbytně předchází smrti. Charakteristickými pro něj jsou individualita, jedinečnost a různé prožívání. *„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. Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav.“*⁸⁰ Podle Křivohlavého jde o proces, tedy o neustále se měnící stav. Podle rychlosti tohoto procesu rozlišujeme rychlou a pomalou smrt.⁸¹

2.1 Umírání v historickém kontextu

Každá historická epocha má vytvořeny vlastní způsoby jak se vypořádat se smrtí. V minulosti bylo ke smrti přistupováno jako k přirozené a nedílné součásti lidského bytí. Důraz byl odedávna kladen na dodržování různých rituálů a u lože zemřelého se většinou scházela celá rodina, aby se rozloučila se svým blízkým.⁸²

V evropské západní kultuře byla v nedávné minulosti smrt více na očích. Důvodem byla vyšší úmrtnosti dětí a žen při porodech. Umírání nebylo odsouváno za zástěny a závěsy

⁸⁰HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*, s. 294.

⁸¹Srov. KŘIVOHLAVÝ, J; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, s. 71.

⁸²Srov. PORTER, R. *Dějiny medicíny od starověku po současnost*, s. 105–110.

nemocničních postelí. Většinou lidé umírali doma, obklopeni svými blízkými. Náboženská útěcha byla samozřejmostí a obsahovala příslib posmrtného života.⁸³

Na počátku našeho letopočtu přineslo křesťanské učení nový pohled na umírání a smrt. Základ tohoto postoje spočívá ve zmírnění přítomného strachu ze smrti, dodávání jistoty v době umírání a jistoty, že člověk nezemře sám a opuštěný. Toto pojetí je i v dnešní době určené všem lidem a nabízí člověku pomoc zklidnit svou znepokojenu duši, jež se upírá k Bohu.⁸⁴

20. století je specifické odsouváním umírání a smrti na okraj společenského vědomí. Umírání se přesouvá do nemocnic, léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů důchodců. Lidé zde umírají často osamoceni, bez porozumění a empatie. Dochází k vytěšňování smrti ze života lidí. Sociální akt, typický pro umírání v dřívějších dobách, se vytratil. Smrt byla tabuizována. Po roce 1989 byl u nás zahájen proces tzv. „detabuizace smrti“. Fenoménu smrti a umírání je v současné době věnována stále větší pozornost, ovšem zatím ne v takové míře, která by byla žádoucí.⁸⁵

„Co je pro naši generaci tabu, to bylo pro generaci našich prababiček naprosto normální součástí života. Většina lidí umírala doma, jen výjimečně v nemocnici. Dnes je tomu přesně naopak. Vneseme-li do domácí péče víc odbornosti a do nemocniční péče zapojíme rodinu a přátele nemocného, přiblížíme se o velký kus k vytčenému cíli.“⁸⁶

2.2 Současný pohled na umírání

Jak potvrzují informace z let 2016 a 2017 získané z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS), které předkládám v následujících tabulkách, převážná většina lidí v naší společnosti umírala a stále umírá v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných a v jiných pobytových zařízeních, ve kterých mnohdy schází kvalitní péče o umírající. Jedná se především o umírání v pokojích pro více osob, osamocení, ztrátu důstojnosti a autonomie a absence blízkých osob umírajícího.

⁸³Srov. YALOM, I. *Pohled do slunce*, s. 88.

⁸⁴Srov. PORTER, R. *Dějiny medicíny od starověku po současnost*, s. 105–110.

⁸⁵Srov. KELNAROVÁ, J. *Thanatologie v ošetrovatelství*, s. 112.

⁸⁶SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 16an.

Tabulka č. 1: Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2016.

Místo úmrtí	Absolutně			V%		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Doma	12 496	9 975	22 471	22,8	18,9	20,9
Ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče	35 544	35 004	70 548	64,8	66,2	65,5
Ve zdr. zařízení poskytujícím jiné formy zdr. péče	560	658	1 218	1,0	1,2	1,1
Na ulici či veřejném místě	1 243	294	1 537	2,3	0,6	1,4
Při převozu do zdravotnického zařízení	323	264	587	0,6	0,5	0,5
V zařízení sociálních služeb	2 276	5 603	7 879	4,1	10,6	7,3
Jinde	1 545	414	1 959	2,8	0,8	1,8
Nezjištěno	893	658	1 551	1,6	1,2	1,4
Celkem	54 880	52 870	107 750	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2017, ISSN: 1210–9967, s. 11.

Tabulka č. 2: Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2017.

Místo úmrtí	Absolutně			V%		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Doma	13 422	10 841	24 263	23,8	19,7	21,8
V nemocnici	36 309	35 775	72 084	64,3	65,0	64,7
V léčebném ústavu	449	531	980	0,8	1,0	0,9
Na ulici či veřejném místě	1 204	288	1 492	2,1	0,5	1,3
Při převozu	360	254	614	0,6	0,5	0,6
V sociálním zařízení	2 530	6 316	8 846	4,5	11,5	7,9
Ostatní	1 377	401	1 778	2,4	0,7	1,6
Nezjištěno	791	595	1 386	1,4	1,1	1,2
Celkem	56 442	55 001	111 443	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018, ISSN: 1210–9967, s. 11.

Jak je z uvedených tabulek Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky patrné, v zařízeních sociální péče se odehrálo 7% ze všech úmrtí v roce 2016 a 8% v roce 2017. Nadále přetrvává velké procento úmrtí ve zdravotnickém zařízení, kolem 65% všech úmrtí.

Značným problémem umírání v dnešní době je již zmíněné osamění. Lidé často umírají v neznámém a neosobním prostředí, mezi cizími lidmi, izolováni od svých blízkých. Tento jev nazýváme „sociální smrt“. V souvislosti s umíráním se setkáváme také s dalším pojmem a tím je „zakázaná smrt“. Tou je touha vyhnout se všem problémům, které se smrtí souvisí.

Dochází k tomu, že smrt, která byla dříve lidem důvěrně známá a lidé si její přítomnost plně uvědomovali, je nyní cizí, neznámá a obávaná.⁸⁷

Z výsledků výzkumu postoje veřejnosti v České republice, který pro hospicové sdružení Cesta domů provedla agentura STEM v letech 2011 a 2013, vyplynulo, že o tématu smrti a umírání se dostatečně nedisktuje ani na veřejné, ani na osobní úrovni. Lidé by chtěli umírat doma, v přítomnosti svých blízkých, avšak zároveň se obávají toho, že jim budou na obtíž. Bojí se také bolesti, ztráty důstojnosti a umírání v léčebně pro dlouhodobě nemocné.⁸⁸

Co se týče názorů, jaké místo je pro konec života optimální, domov pro seniory byl u mladších respondentů na třetím místě ze sedmi, na čtvrtém u starších respondentů. Zvítězil vlastní domov, druhá byla domácnost blízkého člověka a třetí, případně čtvrtý, hospic. Z výsledků vyplývá, že lidé nechtějí zemřít ve zdravotnických zařízeních a jednoznačně preferují setrvání v domácím prostředí. Rezidenční zařízení je pro mladou generaci dokonce vhodnějším místem než hospic.⁸⁹ Tyto výsledky osobně vnímám jako velkou výzvu, a zároveň příležitost, pro rezidenční zařízení začít se systematicky a zodpovědně věnovat otázkám doprovázení, umírání a smrti.

I když velká část lidí zemře jinde a jinak než by chtěla, lze v některých případech okolnosti smrti a umírání ovlivnit. Na umírání neexistuje žádný manuál, správný nebo špatný postup. Co je pro jednoho člověka správné, může být pro druhého téměř kontraproduktivní. Pro umírajícího je vždy důležité připravit se na smrt, uzavřít své vztahy, svůj život, aby po něm zůstal „čistý stůl.“ Pokud člověk žil šťastný život, obvykle šťastněji umírá. Pokud v sobě nese pocit, že něco nestihl, zanedbal či nějaké záležitosti nestihl vyřešit, umírání je pro něho těžší.⁹⁰

Tyto souvislosti si však mnozí lidé v dnešní době nepřipouští a touží po rychlé a náhlé smrti, která by jim umožnila vyhnout se útrapám a bolestnému umírání. Náhlá úmrtí jsou sice u lidí oblíbená, ovšem ve skutečnosti po sobě zanechávají spoustu nevyřešených záležitostí, neuzavřené či nedovršené vztahy. Rodiny se s takovou smrtí zpravidla nejhůře vyrovnávají. Naproti tomu v procesu umírání je místo např. pro urovnání napjatých rodinných vztahů a jejich dobrého završení, což znamená, že nic nezůstane nevyřčeno či nedokončeno. „*Když*

⁸⁷ Srov. KISVETROVÁ, H.; KUTNOHORSKÁ, J. *Umírání a smrt v historickém vývoji*, s. 219.

⁸⁸ Srov. TOMEŠ I.; SEDLÁROVÁ, K. a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 112.

⁸⁹ Srov. tamtéž, s. 118an.

⁹⁰ Srov. PORTER, R. *Dějiny medicíny od starověku po současnost*, s. 739–748.

umírající člověk a jeho milovaný protějšek dosáhnou pocitu završení ve vzájemném vztahu, společný čas bývá plný radosti a milostného citu stejně jako smutku.“⁹¹

Pro naše předky byla smrt nedílnou součástí lidské existence. V dnešní době je však vytěšňována ze života a vnímána naopak jako určité selhání, které přichází v případech, kde končí lékařská moudrost. Čas reálného setkání se smrtí nadejde u každého člověka. to, jakým směrem bude tato přirozenost směřována, může být mnohdy ovlivněno i člověkem samým.⁹²

2.2.1 Medikalizace smrti

Existuje názor, že současná medicína chápe smrt jako své selhání. Léky jsou v dnešní době na celou řadu těžkých onemocnění, operativně lze řešit nejrůznější zdravotní problémy. Co však lékaři nedokáží výrazněji ovlivnit, je právě smrt pacienta. Můžeme říci, že ve 20. století se ze smrti a umírání stala ošklivá, ba přímo nečistá věc. „*Ve střetu s koncem života získává značný význam medicína, která považuje smrt za porážku a snaží se ji včas od umírajícího odvrátit.*“⁹³ Na druhou stranu lze právě díky dnešní vyspělé medicíně výrazně ovlivnit kvalitu života umírajícího a proces umírání jako takový.

2.2.2 Tabuizace smrti

V souvislosti se smrtí mluvíme v dnešní době o tzv. „tabuizaci smrti“. Hájková a Funk k tomu uvádí: „*Zatímco středověk tabuizoval sexualitu a smrt byla věcí veřejnou, ba slavnostní, dnes je tomu naopak.*“⁹⁴

Člověk si navykl odsouvat smrt do nejzazších koutů duše jako něco téměř neslušného a případné zmínky o ní chápeme mnohdy jako provokující. Mnozí z nás mají v sobě pevně vtisknuty představy o smrti jako o nejstrašlivější události na zemi. Právě kvůli tomu, abychom byli schopni dobře doprovázet umírající, ale i kvůli postoji k vlastní smrtelnosti, je žádoucí o věcech týkajících se fenoménu umírání a smrti hovořit a přemýšlet o nich dříve, než se nás začnou bezprostředně týkat.⁹⁵

Situace, kdy umírání a smrt chápeme jako témata tabuizovaná, se rapidně mění v okamžiku, kdy se nás smrt začíná bytostně dotýkat. Jelikož v rezidenční službě pro seniory pracuji již

⁹¹ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 74.

⁹² Srov. tamtéž, s. 739–748.

⁹³ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 16.

⁹⁴ Srov. tamtéž, s. 64.

⁹⁵ Srov. HÁJKOVÁ, D; FUNK, K. *Provázení, aneb, opřete se i o mě*, s. 63.

poměrně dlouho, setkávám se s otázkou lidského utrpení a bolesti, související s péčí o geriatricky křehké klienty, prakticky denně.

Smrt jako poslední a přirozená etapa života, která je jeho nedílnou součástí, by měla být očekávána v klidu a důstojně. Jankovský uvádí, že je však stále ještě v moderní společnosti zvykem smrt tabuizovat, jako by se o ní neslušelo hovořit, neboť převládá kult zdraví, majetku, postavení apod. Snahou moderního člověka je na smrt zapomenout, vytěsnit ji ze života. Ovšem život je ohraničen zrozením a smrtí. Život a smrt spolu velmi úzce souvisí, ať již vnímáme smrt jako absolutní konec, nebo jako začátek něčeho nového.⁹⁶

2.2.3 Institucionalizace smrti

Přibližně dvacet procent lidí má to štěstí zemřít doma a vyhnout se tak institucionálnímu umírání, které v současné době drtivě převažuje. Avšak stále mnoho lidí nechává zemřít své blízké v institucích nebo v nemocnicích také ze strachu. Strach se stal v dnešní západní civilizaci veřejnou výmluvou téměř na cokoliv, a tak není divu, že někteří lidé vyjmenují celou řadu důvodů, proč nemohou o svého umírajícího pečovat doma.⁹⁷ Aby se tato situace změnila, je potřeba systematické osvěty, dostatku informací o péčování a především odborná podpora rodin, které se rozhodnou svému blízkému smrt v domácím prostředí umožnit.

Nejprve je nutné ujasnit si význam termínů „instituce“ a „organizace“. Z pohledu sociologie Jandourek slovem „instituce“ označuje souhrn určitých vzorců jednání a vztahů, které jsou v dané společnosti předávány. Za instituci považuje různé typy skupin, ale i souhrn určitých morálních hodnot, které mohou být případně kombinovány se sociálními rolemi. Do pojmu instituce zahrnuje též společenské rituály a kulturní činnosti.⁹⁸

Instituce a organizace se liší. Za „organizaci“ je považován „*sociální jev či útvar založený na plánovité koordinaci skup. aktivit, kontinuálně fungující v důsledku dělby práce a hierarchie autority a směřující k dosažení společného cíle.*“⁹⁹ Umírání se velmi často odehrává v různých „organizacích“, mezi které zahrajeme i domovy pro seniory. Jelikož tyto organizace se vyznačují určitou firemní kulturou, vymezují se specifickým posláním, mají stanoveny vlastní

⁹⁶ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 140.

⁹⁷ Srov. tamtéž, s. 7.

⁹⁸ Srov. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*, s. 218.

⁹⁹ Vláčil, J. *Sociologická encyklopedie* [online]. Sociologický ústav AV ČR, 2017 [cit. 2019–03–05]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Organizace>.

vnitřní předpisy apod., můžeme říci, že život a pochopitelně i smrt jsou zde institucionalizované.

Se scénářem institucionálního umírání často souvisí neuspokojivý stav péče o umírající. Co však vedlo k tomuto negativnímu vývoji, když v minulosti byl obraz umírání zcela odlišný? Proč již v současné době institucionální umírání nevyhovuje, když po dlouhou dobu vyhovovalo jak umírajícím, tak i osobám blízkým?

Odpověď předkládá Haškovcová, která říká, že zlom nastal po 2. světové válce, kdy došlo k dramatickému rozvoji medicíny. Tento rozvoj lze rozdělit do tří etap. První etapa zahrnuje roky 1945–1970 a je charakteristická rozvojem intenzivní medicíny. V této době byla akutní péče o nemocné mimořádně efektivní a obdivovaná, doprovázená pocitem, že lze zvítězit nad všemi nemocemi. Postupně docházelo k tomu, že se o smrti nemluvalo, k její tzv. tabuizaci. V letech 1970–1990 se rozvíjela medicína chronických stavů, neboť mnoho lidí bylo, díky kvalitní intenzivní medicíně, zachráněno, nikoliv však vyléčeno. Uvědomění si faktu, že smrt jednoduše nelze porazit, s sebou zákonitě přinesl také postupnou detabuizaci umírání a smrti. Tento nelehký proces zahájila Kübler-Ross. Proto od roku 1990 hovoříme o počátku třetí, dosud neukončené etapy a tou je rozvoj paliativní a hospicové péče.¹⁰⁰

2.3 Umírání z pohledu klienta

V naší společnosti stále převládá institucionální umírání, které má své hluboké kořeny v rozvoji ošetrovatelství v době totality. Je žádoucí, aby se péče v těchto zařízeních změnila. Je nutné vyhnout se odosobněné péči profesionálů a naopak se zaměřit na vlídnou péči, která bude zaměřena na kvalitu života klientů a na jejich doprovázení v pobytových zařízeních. Kvalita života je pro každého člověka individuální. Proto je nutné, aby personál dobře porozuměl potřebám, obavám, emočnímu ladění, prioritám a spiritualitě klienta.

2.3.1 Potřeby umírajících

„Umírající už nechce být pacientem, chce být člověkem!“¹⁰¹

Umírající má podle Svatošové stejné potřeby jako ostatní lidé na celém světě – biologické, duševní, sociální a duchovní. Rozdíl je však v tom, zda jsou či nejsou saturovány, což záleží

¹⁰⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Arsmoriendi – ztracené a nalezené. In *Sborník příspěvků*, s. 4an.

¹⁰¹ SVATOŠOVÁ, M. Hospic a jeho místo ve společnosti. In *Sociální služby*, s. 26.

především na místních podmínkách.¹⁰² Zařízení sociálních služeb může být dle mého názoru vhodným místem pro jejich naplnění za předpokladu zahrnutí konceptu paliativní péče do své praxe.

Vycházejí z Maslowovy pyramidy univerzálních lidských potřeb, označil M. R. Leary za základní lidskou potřebu „být někým“ – být považován za člověka, který má svou důstojnost, hodnou, kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí.¹⁰³ Otázkou lidské důstojnosti a možnostmi její ochrany jsem se podrobně zabývala v kapitole jedna.

Při poskytování paliativní péče je nutné vycházet z potřeb a přání klienta. Jenom tak zajistíme, aby klienti mohli kvalitně žít v zařízeních sociálních služeb až do posledních chvil. Důstojné umírání, které vychází z individuálně určených potřeb klienta, je ve většině případů společným cílem poskytovatele, klienta a rodinných příslušníků.

Je důležité, aby personál i rodina pochopili, že umírající člověk potřebuje hodně spát a odpočívat. Ztrácí zájem o své záliby, má menší potřebu mluvit, čím dál více se odpoutává od pozemského života a naopak se více obrací do svého nitra. Je vědecky potvrzeno, že posledním smyslem, který u člověka před smrtí mizí, je sluch. Doprovázející tak mají jedinečnou možnost říci důležitá slova, která jsou určena umírajícímu a která jsou vedena jejich srdcem. Personál také musí pečlivě volit slova, která v blízkosti umírajícího vyřkne. Pro obě skupiny pak platí, že nikdy nesmí umírajícího žádat, aby neumíral, případně mu tuto skutečnost vyčítat.¹⁰⁴

Kalvach¹⁰⁵ uvádí výčet specifických potřeb umírajících lidí a jejich rodin následovně:

- kvalifikovaná paliativní zdravotní péče s kvalitním tlumením bolesti a jiného utrpení, a to pokud možno tam, kde si to umírající přeje
- jistota bezpečné zdravotní péče konzultující postupy s klientem a respektující jeho vůli
- empatická a otevřená komunikace s rodinou i pečujícími profesemi
- rozloučení a smíření – umožnění kontaktu s lidmi podstatnými pro umírajícího
- spirituální podpora – u věřících lidí komunikace s duchovním, přijetí svátosti

¹⁰² Srov. SVATOŠOVÁ, M. Hospic a jeho místo ve společnosti. In *Sociální služby*, s. 26.

¹⁰³ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 22.

¹⁰⁴ Srov. ŠTOLBOVÁ, H. Fenomén smrti. In *Sociální služby*, s. 18an.

¹⁰⁵ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 16an.

- neomezený kontakt s blízkými lidmi
- podpora umírání v domácím prostředí, pokud si tak umírající přeje, či v hospicovém režimu
- důstojné zabezpečení s individualizovaným přístupem – kvalitní sociální služby
- pružná dostupnost krizové intervence a jiné psychoterapeutické podpory
- respitní (odlehčovací) podpora pečujících rodin a podpora pozůstalých v době zármutku po úmrtí
- pomoc a uspořádání osobních záležitostí včetně poslední vůle

Pro umírající je důležité, aby se někdo věnoval nejen symptomům jejich nemoci, ale především jejich citovým potřebám. Umírání nikdy nebude snadné nebo pěkné, lze však zajistit, aby lidé neumírali opuštěni, bez zajištění základních lidských potřeb a léčby symptomů. Z těchto základních lidských potřeb je pouze zvládání tělesných potíží výhradně medicínskou záležitostí. Vše ostatní, od zajištění osobní hygieny, až po naslouchání, sdílení bolesti či tichou účast, je již na nás doprovázejících.¹⁰⁶ Myslím si, že můžeme doufat v budoucnost, kdy lidé nebudou umírat sami a opuštěni. Ostatně minulost je důkazem, že toho lze dosáhnout. Pro dnešní společnost je to však skutečně velká výzva.

2.3.2 Obtíže umírajících

Na poslední úsek životní cesty lze nahlížet z mnoha úhlů. Velmi mne zaujalo přirovnání Křivohlavého, který ho označuje jako „dobu žní a sklizně“, jako vyvrcholení celoživotního úsilí „žít tak, jak bychom měli žít“. Při závěrečném bilancování života však mohou vyvstat situace, kdy se zhrozíme toho, co jsme měli udělat a neudělali. S tímto často souvisí záchvat strachu. A právě zde, v této poslední etapě, má místo naděje.¹⁰⁷

Pod pojmem paliativní péče se skrývá cílevědomá, ucelená, komplexní a především kvalifikovaná podpora lidí se závažným, neléčitelným a život zkracujícím onemocněním a také rodin těchto lidí. Uceleností se pak rozumí podpora při obtížích jak tělesných tak duševních, sociálních i spirituálních, tedy bio-psycho-socio-spirituální přístup ke klientovi.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 280an.

¹⁰⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, s. 11.

¹⁰⁸ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 12.

Obtíže tělesné: jedná se především o bolest, dušnost, nauzeu, nechutenství, poruchy výživy, a hydratace, slabost, chronické rány, problémy s močením a vyměšováním, nebo krvácivé projevy.

Obtíže psychické: onemocnění s sebou přináší úzkost, strach, deprese, osamělost, zmatenost či problémy adaptace na negativní životní prognózu.

Obtíže sociální: mezi sociální problémy patří např. problémy s finančním zabezpečením, hmotná nouze, vyřizování příspěvku na péči, zabezpečení rodiny, urovnání vztahů v rodině, převody vlastnických a dispozičních práv, případně sepsání poslední vůle.

Obtíže spirituální: v rovině spirituální jde o hledání smyslu života, validaci, smíření, objevení a uvědomění si posvátných hodnot, provedení rituálů, u věřících lidí komunikaci s duchovním a umožnění náboženských úkonů.¹⁰⁹

2.3.3 Emocionální stav umírajícího

Umírání je emočně velmi náročné životní období. Je potřeba si uvědomit, že emoční ladění přímo koreluje s fází vyrovnávání se s životní ztrátou dle Elisabeth Kübler-Ross, ve které se právě klient nachází a které blíže specifikuji v kapitole šest této práce. Může docházet ke střídání pozitivních a negativních emocí, typický je přítomný strach a pocity zlosti. Personál a doprovázející si nesmí případné negativní jednání klienta brát osobně. Musí se naopak snažit pochopit jeho situaci a vcítit se do jeho pocitů.

Kalvach uvádí následující výčet negativních a pozitivních emocí:¹¹⁰

Negativní emoce

- *Strach*

Jedná se o pocit spojený s konkrétním nebezpečím. Pokud přesáhne určitou únosnou hranici, hovoříme o panice. Tu můžeme vidět jak u klienta, tak i u doprovázející osoby. Je důležité si uvědomit, že je sociálně nakažlivá, neboť člověk zachvácený panikou ji šíří dál po svém okolí.

V souvislosti s umíráním hovoříme o tzv. „strachu ze smrti“, který v sobě zahrnuje další možné složky. Jedná se o strach: z bolesti, z opuštěnosti, ze změny vzezření, ze selhání,

¹⁰⁹ Srov. tamtéž, s. 26.

¹¹⁰ Srov. tamtéž, s. 26–43.

z utrpení, z regrese (z nedůstojného chování), ze samoty, z nedokončení práce či životního díla, strach o rodinu.

Strach je zcela přirozenou reakcí člověka na situaci, nad kterou ztrácí kontrolu, ve které je bezradný. Východiskem je ventilovat vnitřní úzkost, vypovídat se „do vrby“ o tom, jak se člověk cítí. Navzájem si s blízkým člověkem sdělovat pocity strachu a snažit se je společně překonávat.

- *Pocit viny*

Jak klienta, tak i doprovázejícího může trápit pocit viny z toho, že něco nestihl udělat. Úlevou je opět možnost svěřit se důvěryhodné osobě. Je velkým darem pro věřícího člověka, že smí prosit (odpusť nám naše viny) i odpouštět (jako i my odpouštíme našim viníkům). Že smí věřit v odpuštění, toto odpuštění také tlumočit druhému a sám je přijmout. Proto je důležité ptát se klienta, zda ho něco netrápí, zda by se s něčím nechtěl svěřit.

- *Bolest*

Říká se, že bolest je sestrou nemoci, někdy při odchodu tou silnější. Rozeznáváme bolest fyzickou a psychickou, přičemž obě spolu souvisí. Když někoho např. trápí svědomí, prožívá tíživěji i svou bolest fyzickou. Proto je důležité při tišení bolesti pečovat i o pokoj duše a ducha.

Aby člověk mohl utrpení a bolest změnit, musí je nejprve přijmout. To platí nejen pro umírajícího, ale i pro doprovázející. I ti musí bolest klienta přijmout a nikdy ji nezpochybňovat. Nesmí nikdy říct: „*To nic není!*“ nebo „*To vás nemůže bolet!*“ Bolest je příliš subjektivní věc, není to něco, na co je možno sáhnout. Proto druhý člověk nikdy nemůže vědět, co umírající cítí. Vhodnou reakcí je vyjádření pochopení, účasti a nabídky pomoci.

- *Pocity zlosti*

Frustrace klienta z nezvládnuté bolesti, strachu a utrpení se snadno může projevit zlostí vůči okolí, případně agresivitou verbální i fyzickou. Doprovázející si musí uvědomit, že v tomto případě je zlost indikována zlostí. Měl by klientovi s nefalšovanou empatií a za použití vět typu: „*Vím, že to nemáš lehké.*“ či „*Věřím, že je to těžké.*“ vyjádřit svou účast.

Pozitivní emoce

○ *Soucítění – empatie*

Soucítění znamená umět se vžít do situace druhého člověka, „dostat se do jeho kůže“. Je nutné, aby doprovázející rozlišoval soucítění od soucitu. Soucit vyjadřuje situaci nadřazenosti jednoho nad druhým, kdežto soucítění staví oba dva na stejnou úroveň a druhého neponižuje. Je důležité pochopit, co si klient myslí, co cítí. Pak je snadnější porozumět tomu, kdy umírající potřebuje navlhčit rty, podat ruku, svěřit se či pouze být s námi, případně kdy chce být sám.

○ *Naděje*

Naděje hraje mimořádně důležitou úlohu při umírání. Fenomén naděje, včetně doporučeného chování ze strany doprovázejících, zmiňuji podrobněji v kapitole sedm této práce.

○ *Víra*

Víra a důvěra mají k sobě velice blízko. Zásadou při poskytování paliativní péče je nebrat klientovi jeho víru, byť by se nám zdála jakkoliv nereálná.

○ *Láska*

Umírajícímu by se měla dostat jistá míra lásky a sociální opory. Musí vidět, že ti, které má rád, jej také milují. Měl by z chování doprovázejících poznat, že budou žít v lásce, i když on odejde.

○ *Radost*

Ač se přítomnost radosti při umírání může jevit jako zvláštní, určitá její míra patří k hlubokému pokoji, kterého je třeba k dobrému odchodu. Umírající se může radovat z toho, co mu v životě bylo dáno, co po něm na světě zůstane.

2.3.4 Priority umírajících

Ráda bych v krátkosti zmínila také priority umírajících. Je pochopitelné, že je zde jistá variabilita, která souvisí s jedinečností každé osoby, s její aktuální situací, schopností adaptace na frustrující prognózu, i s povahou konkrétního onemocnění. Jak však uvádí

Kalvach, některé z potřeb jsou velmi časté a v provedených výzkumech je většina klientů paliativní péče uvádí.

Jedná se především o to, aby člověk nestrádal, což lze zajistit tlumením bolesti. Dále je to neprodlužování bolestné předsmrtné fáze, nezadržování smrti, odmítnutí dystanázie. Klienti uváděli, že je pro ně důležitá kontrola nad dnem a jejich autonomie, sebeúcta, důstojnost. Zachování si své identity, soběstačnosti či sebeobslužnosti. Neodlučitelnost byla další z uvedených priorit. Ta je možná díky kontaktu umírajícího s blízkým lidmi v rodinném prostředí či v prostředí s neomezenými návštěvami. V neposlední řadě klienti zmiňovali potřebu bezpečnosti a důvěry v kvalitu, podpůrnost a vstřícnost poskytované péče.¹¹¹

2.3.5 Spiritualita umírajících

Pojem spirituální péče je v rezidenčních službách poměrně nový termín. Někde jde o trháč, jinde však o absolutní propadák. Důvodem je dle mého názoru neporozumění pojmu „spirituální“ a to často i na úrovni nejvyššího managementu organizace.

Mnohdy je pojem „spirituální“ mylně chápán jako striktně náboženský a církevní. Jde přitom o prožívání duchovních obsahů v životě člověka. Spirituální péče, která je zahrnuta v komplexní péči o člověka v rámci bio-psycho-socio-spirituálního přístupu, je určena pro všechny umírající bez rozdílu, tedy pro věřící i nevěřící. Pro vnímání člověka v jeho celistvosti a komplexnosti v rámci sociálních služeb je práce se spirituální složkou nezbytná, neboť její neakceptování směřuje pouze k vegetativnosti člověka.¹¹²

Pro každého člověka může být výraz smyslu „spirituální“ odlišný. Pro někoho znamená souhrn životní praxe, která se odráží v jeho duševním světě, pro někoho jde o smysl života. Pro mnohé jde o vnímání něčeho, co člověka přesahuje, o vyšší autoritu, kterou může být sám Bůh. Spiritualitu tedy můžeme chápat jako vyjádření člověka a jeho nejniternejších vztahů. Jako sílu, která udává životu směr, cíl, ale která člověka i ukotvuje v nejtěžších chvílích života. Může se jednat také o etické hodnoty jako je rodina, láska a dobro. Podstatné je rozeznat jádro spirituality u umírajícího a na této úrovni jej také doprovázet.¹¹³

Spiritualita je obsažena ve všech životních oblastech a situacích a obzvláště významnou se stává tehdy, když se lidé začnou zabývat základními otázkami vlastního života.

¹¹¹ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 16.

¹¹² Srov. BYDŽOVSKÝ J.; KLABÁT, J. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 42.

¹¹³ Srov. BYDŽOVSKÝ J.; KLABÁT, J. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 43.

Rozeznáváme následující tři hlavní témata v rámci spirituality umírajících:¹¹⁴

○ *Hledání smyslu života*

Smysl života není nalezen jednou provždy. Aby člověk nepropadl zoufalství nad nesmyslností života, musí o něj opakovaně zápasit. Obzvláště těžké rány osudu vyzývají člověka k vyrovnávání s nesmyslností života a opětovnému hledání jeho smyslu.¹¹⁵

○ *Vnímání sebe sama jako součást velké, živoucí souvislosti*

Jak jsem již uvedla v úvodu této kapitoly, každý člověk je vztahová bytost. Proto člověk potřebuje vztahy, usiluje o ně a snaží se, aby se v nich cítil přijatý a spokojený. Biblickým jazykem tento proces vyjádříme „že sám sebe vnímá jako tvora zasazeného do stvoření“.

○ *Vyrovnání se s vlastní pomíjivostí*

Toto není nic jiného, než vyrovnání se s umíráním a smrtí, kterému se žádný člověk nemůže vyhnout.

Úkolem duchovního doprovázení je pomoci člověku hledat odpověď v konkrétní životní situaci na otázku týkající se některého z uvedených témat. Jde o to, vyrovnat se s aktuální situací. Umírající člověk obvykle nenachází uspokojení z přítomnosti a často ani z minulosti. Jeho svět a vnímání se vzdaluje od ostatních lidí, kteří jej obklopují. Na povrch se vynořují otázky týkající se smrti, smyslu lidské existence, hněv, smutek, strach, prázdnota. A právě zde je prostor pro spirituální péči. Je potřeba dát klientovi prostor, čas, pocit důvěry spojený s jeho bezmezným přijetím a empatickým nasloucháním. Důležité je nebrat si mnohdy negativní nálady umírajícího osobně a respektovat nemocného v jeho projevech.

V rámci svého působení v domově pro seniory jsem se často setkala s klienty, jejichž duše byly zraněné. Málokdo z nich si přál zemřít jinde než doma, obklopen svými blízkými. Často nemají dostatek fyzických ani psychických sil, aby se bez pomoci vypořádali se stávající situací. Mnohdy trpí absencí smyslu života, zápasí s vlastní existencí, mohou mít nevypořádané životními úcty, nebo bilancují co dobrého a špatného bylo v jejich životě. Nejenom tělo může trpět bolestí a potřebuje podporu, pomoc a doprovázení. To samé můžeme říci i o duši, která je u umírajících často velmi křehká, zranitelná či zraněná. Zde je místo právě pro pastorační pracovníky, kteří mohou otevřít klientův duchovní prostor a pomoci mu zorientovat se v jeho nelehké stávající životní situaci.

¹¹⁴ Srov. EGLIN A.; HUBE, E. a kol. *Spirituální doprovázení lidí s demencí*, s. 13.

¹¹⁵ O smyslu života jsem podrobněji hovořila v kapitole 1.5 Utrpení a smysl života.

V pobytových službách pro seniory jsou k aktivizaci klientů používány různé techniky. Jednou z nich je reminiscenční terapie, která napomáhá personálu, obrazně řečeno, vstoupit do často zraněných duší klientů. Personál si musí uvědomit, že mnohdy v ruce drží klíč k otevření Franklových pomyslných životních stodol, oprášení prožitých zážitků a vzpomínek, které jsou uloženy v hlubokém lidském nitru. Je však potřeba vědět, jak se získanými informacemi pracovat. Proto by všichni pečující měli být se spirituální péčí seznámeni a vědět, na koho se v případě potřeby spirituální péče obrátit.

V souvislosti se smířením, jako s cílem spirituální péče, nemohu opomenout slova M. Erdingera. Podle něho je pro člověka důležité přijmout se takový, jaký je. Uvědomit si, že žije a žil tak, jak to nejlépe uměl. Že špatně učiněné věci se staly proto, že jinak to prostě učinit neuměl a proto, že je „pouze“ člověk, ne proto, že je špatný. Uvědomění si těchto souvislostí mnohdy vedou k odpuštění sobě sama i druhým. Přijmout, že život byl dobrý i špatný, přijetí smrti a přijetí závěrečné etapy cesty vedoucí ke konci života, je cílem spirituální péče o umírající.¹¹⁶

Jak jsem již na začátku této podkapitoly uvedla, spirituální péče je často z důvodu neznalosti chápána pouze jako péče církevní a tudíž v převážně ateistické společnosti nežádána. Přitom se jedná o opečovávání přirozené duchovnosti člověka, které by mělo být součástí komplexní péče o klienta, neboť vede k zachování jeho lidskosti a důstojnosti. Velmi záleží na postoji vedoucího managementu zařízení, jakým směrem chce sociální službu směřovat. V případě aplikace paliativní péče do praxe pobytového zařízení, je nezbytné spirituální péči v zařízení podporovat.

2.4 Rituály a jejich využití v pobytovém zařízení

Strach ze smrti každý člověk zvládá jinak. Co však lidem dříve obecně pomáhalo obavy překonávat, se postupně ze společnosti vytratilo. Jednalo se o pohřební rituály, které umožňovaly smrt přijmout a snáze se s ní vyrovnat.

Hájková a Funk¹¹⁷ vysvětlují problém v současném pojetí pohřebních rituálů. Podle nich při pohřbívání vycházíme obvykle z křesťanských církevních rituálů, kterým však v současné době málokdo rozumí, neboť jsou konané stereotypně. Otázkou je, co obecně s rituály

¹¹⁶Srov. ERDINGER M. *Spirituální péče – mýty a skutečnost*. Přednáška. V. výroční kongres poskytovatelů sociálních služeb, Tábor, APSS, 11. 10. 2013.

¹¹⁷ Srov. HÁJKOVÁ, D.; FUNK, K. *Provázení, aneb, Opřete se i o mne*, s. 5.

v současné době, když jsme jich většinu opustili. Je východiskem ze současné situace zavedení rituálů nových či návrat k těm původním?

Pohřby ve velkých krematoriích probíhají jak na běžícím pásu a moderní společnost dává tímto jednáním najevo svou neúctu k základním danostem života. Přitom hlavní úlohou rituálů je snižovat v člověku pocit úzkosti. Rituály jsou iracionální a právě tím, že nás bezmyšlenkovitě vedou, pomáhají lépe zvládat vysoce emočně vypjaté situace. Zároveň nám, spolu s odvedením úzkosti, napomáhají vytvářet novou zkušenost.¹¹⁸

S umíráním souvisí téma opouštění a rozloučení. Proto se paliativní péče zaměřuje také na kulturu rozloučení a doprovázení pozůstalých v jejich zármutku. Pomocí vhodných podmínek v pobytovém zařízení sociálních služeb, a díky vědomě praktikované kultuře rozloučení, lze toto náročné období všem zainteresovaným značně usnadnit. Důležité je témata spojená se smrtí nezapírat, naopak je ve všedním životě tematizovat, a to v různých běžných situacích. Se zesnulým by se měl důstojně rozloučit také personál poskytovatele a spolubydlíci. Proto je vhodné zavést do praxe v rezidenčním zařízení pevné postupy a rituály, na jejichž návrhu by se měl podílet celý pečující tým. Způsob zacházení s tělem zemřelého klienta v instituci je odrazem zacházení s klienty v průběhu jejich života. Vhodné je např. „dodržení hodinu klidu“, kdy s tělem zesnulého nikdo nemanipuluje, doprovázení rakve se zemřelým když opouští domov nebo uspořádání vzpomínkové akce za zemřelé.¹¹⁹

V zařízení sociálních služeb je vhodné vybavit místnost určenou pro uložení těla tak, aby byly zajištěny důstojné podmínky pro rozloučení blízkých se zemřelým. Standardním by mělo být vyvěšení parte na vhodném místě. Vytvoření pietního místa např. v kapli, kde mohou zapálit svíčku klienti i personál, umožní důstojné rozloučení všem zúčastněných.

Psychologové zdůrazňují formu rozloučení, neboť napomáhá uzavřít jednu kapitolu lidského života a mezilidského vztahu. Zároveň pro pozůstalé znamená možnost načerpat sílu od okolí. Přání ohledně vypravení pohřbu a formy rozloučení může umírající sdílet s okolím ještě před smrtí a tím pomoci nejen sobě, ale ulehčit toto náročné období i svým blízkým.¹²⁰

¹¹⁸ Srov. HÁJKOVÁ, D.; FUNK, K. *Provázení, aneb, Opřete se i o mne*, s. 5.

¹¹⁹ Srov. NIEDERMANN, E.; PFLUGSHAUPT, C. a kol. *Paliativní péče*, s. 36an.

¹²⁰ Srov. Nový trend důstojning: Úklid před smrtí. Doporučeno lidem nad 50–Proženy. *Proženy* [online]. Copyright © 1996 [cit. 13.02.2019]. Dostupné z: <https://www.prozeny.cz/clanek/novy-svedsky-trend-dostadning-uklid-pred-smrti-doporuceno-lidem-nad-50-39223>.

Shrnutí

Ve druhé kapitole jsem se zaměřila na pojetí umírání z historického a současného hlediska. Zmínila jsem se o tabuizaci, medikalizaci a institucionalizaci smrti. Je zřejmé, že dříve mělo umírání jasný sociální rozměr. Lidé umírali doma, obklopení svými blízkými. Mělo svůj jasný řád a na poslední cestě nezůstal umírající sám. Můžeme říci, že i v dnešní době umírající očekává, že nezůstane sám. Navzdory očekávání se však stále setkáváme především s institucionálním umíráním, pro které je mnohdy charakteristická chladná, odosobněná péče zajištěná profesionálními pracovníky. Chybí zde nesmírně důležitý aspekt a to je lidský rozměr umírání. V nejednom případě tak dochází k dystanázii – oddalování a zadržování přirozené smrti. Existuje však velmi účinná alternativa ve formě paliativní neboli útěšné medicíny.

Srovnáme-li současné postoje týkající se fenoménu smrti a umírání s obdobím totalitního režimu, můžeme říci, že se otázky spojené s danou problematikou dostávají stále více do popředí zájmu laické i odborné veřejnosti. Téma umírání se otevírá v rámci různých tematicky zaměřených konferencích, v odborných časopisech jsou často publikovány články a statě zabývající se touto problematikou. V nabídce školících institucí jsou velmi dobře pojaté kurzy, které se zabývají důstojnou smrtí, paliativní péčí, fenoménem umírání apod. Ostatně absolvováním takto zaměřeného kurzu jsem se osobně nadchla pro využití paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení.

Atmosféra ve společnosti se vyvíjí a mění. S tím souvisí i změna pohledu na umírání a okolnosti, které s ním souvisí. Častým tématem, které v praxi domova pro seniory řešíme s lékaři i s rodinami klientů, je zavedení nasogastrické sondy pro podávání umělé výživy v případě, že klient nemůže sám jíst. Jedná se o proceduru, která sice ve většině případů prodlouží život o nějaký čas, ovšem velmi markantně na úkor jeho kvality. Jelikož člověk nemůže zemřít z důvodu nepřijímání potravy, umírá na některou jinou přidruženou komplikaci, často vystaven velkým útrapám. Nabízí se zde otázka, zda život zachraňovat za každou cenu. Naši klienti, kteří se z nemocnice vrátí se zavedenou nasogastrickou sondou, často po mozkové příhodě, neschopni pohybu a verbálně nekomunikující, umírají takto i několik týdnů. Je jasné, že jejich zdravotní stav se nezlepší a domnívám se, že to dobře vědí i oni sami. Proto se někteří snaží o odstranění sondy, jejíž přítomnost jim pochopitelně překáží. Pokud se jim to podaří, čeká je znovu transport do nemocnice a její opětovné zavedení. Pokaždé se v těchto situacích ptám, zda je toto pro člověka důstojné. Dle mého názoru není a

je proto potřeba téma kvality života a důstojnosti klientů stále častěji otevírat nejen na odborné úrovni, ale i v komunikaci s rodinnými příslušníky. Ti se často snaží učinit pro svého blízkého to nejlepší a k tomuto opatření svolí bez odborné edukace. Bohužel často k těmto situacím dochází po náhlém kolapsu klienta a indikovaná opatření bývají plně v rukou lékařů.

Jako průlomový spatřuji nálezu Ústavního soudu ČR týkající se odmítání zdravotní péče pacientem.¹²¹ Soud došel jednoznačně k názoru, že jednání lékaře není protiprávní v případě neposkytnutí lékařské péče z důvodu nesouhlasu dospělého, svéprávného pacienta. Lékař nemůže být nikterak sankcionován ani v případě, že by toto neposkytnutí odpírané péče znamenalo v konečném důsledku úmrtí pacienta.¹²² Jinak řečeno diagnóza klienta není více než právo a právo pacienta nebýt léčen je silnější než povinnost lékaře léčit. Autonomie člověka je z pohledu soudní moci silnější než zákon.

V další části kapitoly jsem se zaměřila na umírání z pohledu klienta – na jeho potřeby, obtíže, priority, kladné a záporné emoce. Zdůraznila jsem důležitost spirituality a rituálů v sociálních službách, které jsou mnohdy neprávem opomíjené. Zohlednění těchto fenoménů v individuálním plánování péče o klienta je prioritní při podporování autonomie, důstojnosti a kvality života – tedy fenoménů, kterým jsem se podrobně věnovala v první kapitole práce.

¹²¹ Dne 2. 1. 2017 vydal Ústavní soud ČR nálezu sp. zn. I. ÚS 2078/16,[1] v němž rozhodl, že lékaře nelze nijak právně postihovat za neposkytnutí zdravotní péče, kterou dospělý a svéprávný pacient odmítá. Na základě podané ústavní stížnosti tak Ústavní soud ČR zrušil předchozí soudní rozhodnutí v trestním řízení, v nichž byl stěžovatel (zároveň lékař) shledán vinným z neposkytnutí pomoci své matce, byť tato si nepřála, aby jí jakoukoliv zdravotní pomoc obstarával.

¹²² Uherek, P. *Epravo.cz* [online]. © EPRAVO.CZ – Sbirka zákonů, judikatura, právo, 2017, 14.2.2017 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/odmitani-zdravotni-pece-pacientem-a-aktualni-nalez-ustavniho-soudu-cr-105042.html>.

3 PALIATIVNÍ PÉČE

„Opravdové štěstí závisí nejen na způsobu a stylu, kterým žijeme, ale také na způsobu, kterým umíráme.“

Mistr Kaisen

V následující kapitole se zaměřím na paliativní péči jako takovou. Pokusím se o její vymezení, krátce se zmíním o jejím vzniku a vývoji, filosofických východiskách, rozdělení a zásadách. Poté se budu věnovat otázce, kdy s paliativní péčí začít. Z důvodu tematického zaměření práce uzavírám kapitolu definováním základních aspektů ošetrovatelské péče o umírajícího v domovech pro seniory.

3.1 Definování paliativní péče

V této podkapitole uvádím několik vymezení paliativní péče. V odborné literatuře se můžeme setkat s celou řadou definic, neboť obsah pojmu není zcela ustálen. Jako první bych zde uvedla definici Světové zdravotnické organizace (WHO) a dále Evropské asociace pro paliativní péči (EAPC). Poté uvedu definice M. O'Connor a R. Huneše, neboť mne osobně v souvislosti praxí v pobytových zařízeních velmi oslovily.

○ Definice paliativní péče WHO

WHO roku 2002 definovala paliativní péči jako *„...přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří stojí tváří v tvář problému spojeného s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení díky včasné identifikaci, bezvadnému vyhodnocení a léčbě bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních problémů.“*¹²³

○ Definice paliativní péče EAPC

Evropská asociace pro paliativní péči definici rozvedla více než WHO. EACP říká, že paliativní péče je *„...aktivní, celková péče o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je kontrola bolesti, ostatních příznaků a sociálních, psychologických a spirituálních problémů. Jedná se o interdisciplinární přístup a zahrnuje pacienta, jeho rodinu*

¹²³ „Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual”
[online]. [15. 2. 2019]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

a odborníky z této oblasti. Smyslem paliativní péče je nabízet nejzákladnější způsob péče – zajištění všech pacientových potřeb kdekoli je o něj pečováno, ať doma nebo v nemocnici. „Paliativní péče podporuje život a na umírání pohlíží jako na přirozený proces; neurychluje ji ani ji neoddaluje. Chce poskytovat co nejlepší kvalitu života až do smrti.“¹²⁴

○ Paliativní péče podle Margaret O'Connor

M. O'Connor definuje paliativní péči jako „...profesionální, holistická a interdisciplinární a má být poskytována všem umírajícím pacientům bez ohledu na diagnózu či typ zdravotnického zařízení. Jde o kontinuální péči – od všeobecného přístupu až po specializovanou disciplínu.“¹²⁵

○ Paliativní péče podle Roberta Huneše

„Paliativní péče/léčba je komplexní, aktivní, na život zaměřená a orientovaná péče, poskytovaná pacientům, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém stádiu. Cílem je zmírnit bolest tělesnou, duševní, sociální i duchovní. Lze ji poskytovat v různých prostředích – v nemocnicích, v domovech pro seniory, v domácím prostředí, v hospicích.“¹²⁶

Podíváme-li se na výše uvedené definice podrobněji, vidíme, že všechny ve svém rámci definují stejný koncept péče o umírající. Důraz je kladen na holistické pojetí péče o umírajícího a jeho rodinu, na důstojnost a kvalitu života. Osobně mne velmi zaujala definice Huneše, která uvádí, že paliativní péče je na život zaměřená léčba. Hovoří o životě, ne o umírání. Jde o to, že principem je usilování o co nejlepší kvalitu života až do jeho přirozeného konce.

Z uvedených informací lze odvodit, že v rámci poskytování paliativní péče není úkolem ošetrovatelského personálu a lékaře nemoc, kterou nemocný trpí, vyléčit. Cílem péče je právě zmíněný klient, na kterého je potřeba nahlížet ze všech možných úhlů v rámci

¹²⁴ „Palliative care is an active, total care of the patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of social, psychological and spiritual problems is paramount. Palliative care is interdisciplinary in its approach and encompasses the patient, the family and the community in its scope. In a sense, palliative care is to offer the most basic concepts of care – that of providing for the needs of patient wherever he or she is cared for, either at home or in the hospital. Palliative care affirms life and regards dying as a normal process; it neither hastens nor postpones death. It sets out to preserve the best possible quality of life until death”

[online]. [15.2.2019]. Dostupné z: <http://www.eapcnet.org/about/definition.html>

¹²⁵ O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 15.

¹²⁶ Srov. HUNEŠ, R. *Svět hospiců a svět vítězné medicíny*. IV. Geriatrická konference (přednáška). Písek: Domov pro seniory Světlo, pobočka Písek, 2.11.2017.

bio-psycho-socio-spirituálního chápání jednoty osoby. Je potřeba zaměřit se na jeho konkrétní potřeby, zhodnotit je z medicínského, sociálního a etického hlediska a v návaznosti na toto zhodnocení poskytovat odbornou paliativní péči.

3.2 Vznik a vývoj paliativní péče

Paliativní péče vzniká jako reakce na jednostranně kurativně orientované poskytování zdravotnické péče. V posledních desetiletích hovoříme o specializovaném konceptu paliativní péče, v jehož centru zájmu stojí osoba s nevy léčitelnou, chronickou či pokročilou nemocí a její rodina.¹²⁷

Počátek paliativní péče je obvykle spojován se sociální pracovnící a lékařkou Cicely Saunders, která založila v roce 1967 Hospic sv. Kryštofa v Londýně. Paliativní péče je z historického hlediska spojením dvou různých vývojových vlivů. Na jedné straně profesionální paliativní medicíny, na straně druhé komunitně orientovaného hospicového hnutí se silným zapojením laiků a dobrovolníků. Z tohoto důvodu se někdy hovoří o „hospicové a paliativní péči.“¹²⁸

Paradoxem je, že oproti vyspělým zemím světa se v České republice začaly zásady pro rozvoj paliativní medicíny implementovat do praxe s jistým časovým zpožděním, přestože byly formulovány již v roce 1970. Došlo k pokroku ve vzdělávání lékařů a sester, ke vzniku kamenných i mobilních hospiců. Velké nedostatky lze však spatřit ve využívání paliativní medicíny v nemocnicích a zařízeních sociální péče. Důvodem je konflikt kurativní a paliativní medicíny. Ten sebou přináší závažná etická dilemata, kterým je potřeba věnovat pozornost.¹²⁹ Důležité je, aby oba typy medicíny byly chápány jako rovnocenné a nedocházelo k podceňování či nedoceňování paliativní medicíny.¹³⁰

3.3 Východiska paliativní péče

Východiska paliativní péče úzce korespondují s obrazem člověka, typickým pro tento koncept, který jsem uvedla v kapitole jedna, tedy s holistickým, křesťanským a existenciálním pojetím.

¹²⁷ Srov. NIEDERMANN, E.; PFLUGSHAUPT, C. a kol. *Paliativní péče: úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*, s. 7.

¹²⁸ Srov. tamtéž, s. 7.

¹²⁹ Etickými dilematy se zabývám v osmé kapitole této práce.

¹³⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Arsmoriendi – ztracené a nalézané. In *Sborník příspěvků*, s. 4an.

Východiska koncepčního rámce paliativní péče můžeme spatřit v humanistické psychologii, především v uceleném pojetí lidských potřeb, jak je zformuloval A. Maslow. Dále z myšlenek Antonovského, který vycházel z vědomého chápání pacientů, jejich stonání, léčení a podporování v kontextu jejich životů, zkušeností, identit a sociálních rolí. Také z podpory odvahy, naděje a smyslu utrpení v životě jak zdůrazňoval Frankl a v neposlední řadě nesmíme zapomenout ani na bezvýhradnou a vstřícnou akceptaci umírajícího člověka a aktivně vytvářený empatický vztah, jak jej psychoterapeuticky stanovil Rogers.¹³¹

Někdy se v paliativní péči střetávají dva přístupy – humanistický a fiskální. Humanistický přístup usiluje o optimální péči a podporu pacientů a jejich rodin. Vychází z vědomí celkového utrpení pacientů, specifických potřeb umírajících lidí a jejich rodin a také z vědomí neuspokojivého umírání v nemocnicích. Naproti tomu také usiluje o smysluplnost zbývajících času.

Fiskální přístup se snaží o stabilitu veřejných rozpočtů zdravotní péče a její zlevnění a o snížení neúčelných nákladů na marnou léčbu v posledních měsících života. Vychází z vědomí, že nejvyšší náklady na zdravotní péči se obvykle vynakládají v posledním roce pacientova života.¹³²

Paliativní péče by měla být ve srovnání se stávající obvyklou úrovní péče o umírající „účelným nadstandardem“. Cílem je kvalitní péče o každého umírajícího člověka. Je žádoucí, aby byla méně nákladná než marná léčba, která neúměrně zatěžuje pacienta, ale snížení nákladů na léčbu a péči nesmí být nikdy jejím primárním cílem.¹³³

Eticko-filosofická východiska pomáhají vymezit základní paliativní rámec péče. Její konkrétní rozsah určují ekonomické možnosti jednotlivých poskytovatelů. Nejvýznamnějším základním etickým principem, ze kterého vychází, je ochrana života. Lidský život je absolutní hodnotou, kterou je bezpodmínečně nutné chránit, a to i v tak specifických podmínkách, jaké je umírání. Proto je absolutně nepřipustná podpora eutanázie, dystanázii, asistované sebevraždy či neoprávněného a nepřiměřeného odstoupení od účinné léčby.¹³⁴

¹³¹ Srov. KALVACH, Z. a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienty, s. 13.

¹³² Srov. tamtéž, s. 14.

¹³³ Srov. tamtéž, s. 14.

¹³⁴ Srov. tamtéž, s. 14.

Zamyslíme-li se podrobněji nad tímto principem, vyvstává zde otázka, co tedy je cílem paliativního úsilí, když ani zkrácení pacientova života, ani ekonomicky minimalizovaná léčba to není? Kalvach uvádí, že jde především o zmírnění utrpení umírajícího a maximální možné naplnění obecných lidských potřeb a to vše v kontextu specifické situace končícího života, blížící se smrti, přítomného utrpení a omezené možnosti sebeobsluhy, často spojené se snížením kompetentnosti vlastního rozhodování.¹³⁵

Opět si dovolím citovat Huneše, neboť se domnívám, že jeho slova přesně vystihují filosofii paliativní péče. „*Slovo pallium je překládáno jako rouška – plášť a úkolem paliativní péče je zakrýt hojivou rouškou projevy nevléčitelné nemoci, poskytnout zdravotní plášť těm, kterým kurativní léčba nemůže pomoci, a byli ponecháni na mrazu nevléčitelnosti.*“¹³⁶

Je však důležité mít na mysli, že i paliativní péče musí být změněna na kurativní, dojde-li k nečekanému a příznivému zvratu ve vývoji nemoci.¹³⁷ Haškovcová dále uvádí, že: „*Každý obor medicíny by měl mít rozpracovanu svoji strategii paliativní péče, protože žádný obor se nemůže vyvázat z péče o umírající.*“¹³⁸

3.4 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péče se poskytuje ve formě domácí nebo mobilní ve zdravotnických zařízeních, hospicích i v pobytových zařízeních. V následující podkapitole se zaměřím na základní rozdělení paliativní péče a z důvodu tematického zaměření práce zmíním krátce i specifika cílové skupiny „senioři“.

V první řadě je nutné si uvědomit, že kvalitní paliativní péči by měli být schopni poskytnout všichni zdravotničtí pracovníci a že se jedná o týmovou práci, do které jsou zahrnuti různí odborníci ze souvisejících oborů. Doporučení Rady Evropy z roku 1999 v čísle 1418 hovoří o „*Ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.*“ Zároveň vyzývá vlády svých členských států, aby se soustředily na vyškolení odborného ošetrovatelského personálu, jehož úkolem bude týmová spolupráce v souvislosti s poskytováním potřebné paliativní péče. Ta spočívá v tišení bolesti a zajištění odborné lékařské, ošetrovatelské, sociální a psychologické péče. Ministři Rady Evropy rozdělili

¹³⁵ Srov. KALVACH, Z. a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienty, s. 18–21.

¹³⁶ Srov. HUNEŠ, R. *Svět hospiců a svět vítězné medicíny*. IV. Geriatrická konference (přednáška). Písek: Domov pro seniory Světlo, pobočka Písek, 2. 11. 2017.

¹³⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*, s. 34.

¹³⁸ Srov. tamtéž, s. 36.

v souvislosti s komplexností pokrytí paliativní péči do dvou skupin. Jedná se o obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči.¹³⁹

3.4.1 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péči by měly být schopni poskytovat všichni odborní lékaři, zdravotnická zařízení, praktičtí lékaři a zdravotničtí pracovníci, neboť se jedná o zásadní znalosti odbornosti. Základním stavebním prvkem je vstřícná komunikace založená na empatii, která se soustředí nejen na nemocné a umírající, ale také na jejich rodiny. Dále je to orientace na léčbu bolesti a dalších symptomů, péči o kvalitu života umírajícího a psychosociální podporu všem zúčastněným.¹⁴⁰

Sestry, které pečují o klienty v terminálním stádiu nemoci nebo o smrtelně nemocné, by měly být schopné odborně vyhodnotit psychické i fyzické problémy umírajících, konzultovat je na odborné úrovni a hledat adekvátní řešení. Podstatné je především vhodným způsobem komunikovat s klientem a jeho rodinou, snažit se porozumět jejich prožitkům a specifickým potřebám. Cílem obecné paliativní péče je tedy léčba, která ve své podstatě zvyšuje kvalitu života umírajících.¹⁴¹

3.4.2 Specializovaná paliativní péče

Oproti obecné paliativní péči je specializovaná péče poskytována v zařízeních paliativní péče a provádí ji vysoce kvalifikovaní a vyškolení odborníci. Je poskytována větším počtem ošetrovatelského personálu a lze ji poskytovat ve všech formách. Setkáváme se s ní v domácím prostředí, v nemocnicích, v denních stacionářích, v pobytových službách či ve specializovaných zařízeních paliativní péče.¹⁴²

3.4.3 Specifika geriatrické paliativní péče

V krátkosti si dovoluji, s ohledem na zaměření práce, specifikovat paliativní péči zaměřenou na geriatrické klienty. Klienti v domovech pro seniory jsou v dnešní době, v souvislosti se zákonným vymezením cílové skupiny, z velké části polymorbidní. To znamená, že se u nich vyskytuje více onemocnění současně. Zároveň je pro ně charakteristická geriatrická křehkost s výrazným rizikem pádů. Velmi často je přítomna inkontinence (moči, stolice, případně

¹³⁹ Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 20.

¹⁴⁰ Srov. SKÁLA, B.; SLÁMA, O. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*, s. 4.

¹⁴¹ Srov. O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 15.

¹⁴² Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 21.

dvojitá), demence v různém stádiu, smyslové postižení, riziko malnutricí a dekubitů. Umírání je v domovech pro seniory časté, avšak klienti v převážné většině neumírají z důvodu onkologického onemocnění, ale na základě postupného zhoršování zdravotního stavu. Ten je přirozeným vyústěním výše uvedených zdravotních problémů. Terminální fáze života je obvykle velmi krátká a obtížně stanovitelná.

Jelikož je terminální stádium u geriatrických klientů v porovnání s onkologickými pacienty obtížně stanovitelné, je zřejmé, že by se v pobytových zařízeních mohla paliativní a kurativní léčba v některých případech překrývat. Důležité je podle mého názoru rozhodnutí ošetřujícího lékaře o dalším postupu péče a jeho jednoznačná akceptace pracovním týmem.

3.5 Zásady poskytování paliativní péče

Pro užší vymezení pojmu paliativní péče bych zde zmínila zásady stanovené WHO, kterými se každý poskytovatel, který tento druh péče provádí, musí řídit. Cituji zde standardy hospicové paliativní péče, které jsou však platné i v ostatních případech užití tohoto konceptu. Jedná se o tyto hlavní zásady:¹⁴³

- poskytování úlevy od bolesti a dalších symptomů
- podpora života, avšak pohled na umírání jako na přirozený proces
- neusilování ani o urychlení, ani o oddálení smrti
- obsáhnutí psychologických a duchovních aspektů péče o pacienta
- nabídnutí systému podpory, který pacientům pomáhá žít aktivně až do smrti
- nabídnutí systému podpory, který pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku
- využívání týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku
- usilování o zlepšení kvality života a pozitivní ovlivňování průběhu nemoci

¹⁴³AsociaceHospicu.cz – Home [online]. Copyright © [cit. 08.02.2019]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>.

- použitelnost v raném stádiu nemoci s řadou dalších terapií, jejichž cílem je prodloužení života, jako chemoterapie či radioterapie, a zahrnutí vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých klinických komplikací

Z uvedených zásad je zřejmé, že odborná paliativní péče je zaměřená na léčení bolesti a pomoc v uspokojování psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Tato pomoc směřuje nejen k umírajícímu, ale i k jeho nejbližším, neboť i oni jsou vystaveni velké psychické zátěži. Prioritou je dodržování práv klienta, důraz na zachování jeho důstojnosti a autonomie.

V poslední době dochází k nárůstu počtu pobytových zařízení, která ve svém veřejném závazku avizují veřejnosti paliativní léčbu. Je důležité uvědomovat si hrozící riziko snižování kvality poskytované paliativní péče, jež hrozí užití rutinních přístupů ze strany profesionálů, kteří „jedou ve vyjetých kolejkách“. Mnohdy se tak děje i přes moudré uvažování, jak nejlépe umírajícím při jejich odchodu pomoci. Z toho důvodu je nutné, aby poskytovaná péče vždy dosahovala evropských paliativních standardů.¹⁴⁴

3.6 Kdy zahájit paliativní péči?

Lékaři na neodvratitelnost konce usuzují např. z neúčinnosti kauzální léčby a nezadržitelného zhoršování klientova stavu vzdor vší lékařské péči. Zde by měla končit kauzální léčba a nastoupit léčba paliativní, která přestože chorobu neléčí, zmírňuje bolest a potlačuje či zcela odstraňuje obtíže pacienta. Přestože nám lékař nemůže, říci kolik času umírajícímu ještě zbývá, neboť někdy je to otázka hodin a jindy dní, je vždy nutné zajímat se o to, co v případě blížící se smrti dělat.¹⁴⁵

Paliativní péče má vytvářet chráněný prostor, ve kterém umírající lidé mohou zůstat sami sebou a především v kontaktu se členy svých rodin či jiných, jim nejbližších sociálních skupin. Na druhou stranu můžeme na paliativní péči nahlížet jako na typicky medicínské „rozhodování za nejistoty“. Vodítka a podpora mohou poskytovat standardy a různá odborná doporučení, avšak jejich působnost je také omezená. Jelikož se paliativní péče bezprostředně týká života a smrti, patří nejistota paliativní k nejtíživější nejistotě v rámci celé medicíny.

¹⁴⁴ Srov. KALVACH, Z. a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienty, s. 9.

¹⁴⁵ Srov. tamtéž, s. 9.

Nejnáročnější je právě rozhodnutí typu kdy ještě punkce, antibiotika a jiné podpůrné intervence použít a kdy je již nahradit symptomatickým tlumením obtíží.¹⁴⁶

I když je zřejmé, že vždy bude přítomna určitá míra nejistoty z rozhodování, existují způsoby, jak minimalizovat rizika špatných rozhodnutí a poskytovat umírajícím lidem kvalitní péči bez ohledu na to, zda se na konci své cesty nacházejí doma nebo v pokoji rezidenčního zařízení.¹⁴⁷

Stanovení terminálního stádia choroby, případně okamžiku zahájení paliativní péče, je vnímáno jako jedno z nejtěžších etických dilemat v rámci tohoto přístupu. Problémem je fakt, že rodina si často v zařízení sociálních služeb nepřipouští závažnost klientova stavu (na rozdíl od pacientů v hospicích či ve zdravotnických zařízeních). Velmi záleží také na tom, jak lékař s klientem a rodinnými příslušníky vede rozhovor o nepříznivé prognóze. Je potřeba jim citlivě vysvětlit, co pro klienta v zařízení sociálních služeb můžeme udělat za předpokladu nastavení paliativní péče.

3.7 Základní aspekty paliativní péče

Definice paliativní péče nám říká, pro koho je tato forma péče určená a kdy má být aplikována do praxe. Je zřejmé, že nastupuje v případě, kdy kauzální léčba vyčerpala veškeré své možnosti a nemá již co nabídnout. Z toho vyplývá, že je určena nevléčitelně nemocným lidem. Důležitá je také zmínka o tom, že se jedná o zdravotní péči, tudíž je zřejmé, že ji nelze realizovat bez přítomnosti lékaře.

Následující aspekty jsou v rámci aplikace paliativního přístupu do praxe klíčové.¹⁴⁸

o Kvalita života

Paliativní péče je zaměřená na co nejvyšší kvalitu života umírajících a to ve všech dimenzích člověka. Osobnost chápe jako bio-psycho-socio-spirituální jednotu a snaží se o naplnění potřeb ve všech zmíněných oblastech.

¹⁴⁶ Srov. KALVACH, Z. a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienty, s. 9.

¹⁴⁷ Srov. tamtéž, s. 10.

¹⁴⁸ NIEDERMANN, E.; PFLUGSHAUPT, C. a kol. *Paliativní péče: Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*, s. 9.

- *Základní postoj plný respektu a solidarity*

Základním východiskem paliativní péče je přístup ke člověku založený na respektování jeho důstojnosti a autonomie, s postojem zdůrazňujícím solidaritu a empatii a uznávání přesvědčení a hodnot klienta.

- *Radikální orientace na klienta*

V centru paliativní péče stojí vždy klient, kterého se péče dotýká a jeho rodina. On je subjektem, který udává směr léčby a způsob poskytování péče. Je podporován k tomu, aby on sám rozhodoval o způsobu svého života a využíval v maximální míře stávající možnosti.

- *Zmírňování zatěžujících symptomů*

Centrálním prvkem paliativní péče je odborná kompetence multidisciplinárního týmu účinně zmírňovat tělesné obtíže, stejně jako psychické, sociální a spirituální utrpení.

- *Zapojení blízkých osob*

Každý člověk je v paliativní péči chápán jako součást vztahové sítě. Klientovi blízcí jsou podporováni v účasti péče o klienta.

- *Doprovázení při umírání*

Umírání a smrt je v paliativní péči chápáno jako nedílná součást života. Umírající i jeho rodina jsou podporováni, aby tento nezlomný proces prožili co nejlépe, se zachováním důstojnosti a autonomie.

- *Kultura rozloučení*

Ani na kulturu rozloučení a doprovázení pozůstalých v jejich zármutku paliativní péče nezapomíná.

- *Spolupráce mezi profesemi a institucemi*

Multidisciplinarita je další z priorit paliativní péče. Důraz je kladen na partnerskou spolupráci všech odborností ve prospěch umírajícího.

- *Předvídatelé jednání a neustálá evaluace*

Paliativní péče se po celou dobu nemoci pokouší dopředu promýšlet možné změny. Klientův stav pravidelně vyhodnocuje a podle jeho aktuální situace přizpůsobuje péči. Sebekritice podstupuje vlastní jednání, zda skutečně péče odpovídá prioritám umírajícího.

V této podkapitole uvedla výčet nejdůležitějších aspektů paliativní péče, kterými se podrobněji zabývám v dalších částech práce. Snažím se o srovnání jejich aplikace v podmínkách pobytové sociální služby, včetně uvedení možných pochybení a příkladů dobré praxe.

3.8 Základní aspekty ošetrovatelské péče o umírajícího v domovech pro seniory

Základní body péče o umírajícího klienta v domově pro seniory shrnuje Dražilová, ředitelka SENIOR centra Blansko, p. o., do následujících pěti bodů:¹⁴⁹

○ *Zajištění příjmu potravin a tekutin*

Zajištění příjmu potravin a tekutin je nesmírně důležité jako prevence dalších komplikací, především dekubitů, a to přestože se potřeba jídla u umírajícího klienta zmenšuje. V posledních dnech je vhodné upustit od podávání výživových doplňků, které způsobují otoky sliznic a zahleňování. Nadále se však dbá na dostatečnou hydrataci. Ta je kontrolována pomocí sledování bilance tekutin, podporou pitného režimu, případně podáním fyziologického roztoku v infuzi.

○ *Tišení bolesti a podávání léků dle ordinace lékaře*

Nutná je dobrá znalost klienta, odborné vyhodnocení bolestí a předání adekvátních informací ošetřujícímu lékaři, který dále stanoví postup léčby.

○ *Dohled nad vyprazdňováním nemocného*

Jelikož hrozí riziko zácpy z nedostatečného pohybu, příjmu tekutin a stravy, případně jako nežádoucí účinek léků, je nutná kontrola vyprazdňování. Nedostatečné vyprazdňování vede ke zvýšení osobního diskomfortu nemocného.

○ *Péče osobní hygienu a polohování*

Pečovat za pomoci vhodných kosmetických přípravků o osobní hygienu a pravidelně klienta polohovat, je nezbytné jako prevence vzniku kožních defektů a jako prostředek k uvolnění a relaxaci klienta. Velmi vhodné je u ležícího klienta užití prvků bazální stimulace, aromaterapie, případně muzikoterapie.

○ *Péče o rány typu dekubitů a jiných kožních defektů*

Dekubity vznikají jako následek pochybení při péči o imobilního člověka, ale i jako příznak nedostatečně fungujícího tělesného metabolismu umírajícího. Péče o dekubity je velmi náročná a vyžaduje vždy odborné ošetření zdravotnickým personálem.

V posledních dnech života je zásadním bodem péče tišení bolesti a pokud možno zajištění přítomnosti blízkých osob. Ty by měly mít neomezené návštěvy v domově a možnost trávit tak u svého blízkého 24 hodin denně. V případě zájmu je také vhodné jejich aktivní zapojení do péče o klienta.

¹⁴⁹ Srov. DRAŽILOVÁ, L. *Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení sociální péče*, s. 28an.

Jednotlivé kroky paliativní péče jsou obsahem individuálního plánování. Plán by měl obsahovat přání a potřeby klienta. Ty by měly být rozfázované do konkrétních kroků, které povedou k jejich dosažení, včetně uvedení klientových zdrojů a četnosti intervencí. Za individuální plánování zodpovídá zpravidla klíčový pracovník, který je součástí paliativního týmu.

Shrnutí

V úvodu třetí kapitoly jsem se zabývala definováním paliativní péče a jejími východisky. Přestože jednotnou definici nenalezneme, všechny uvedené potvrzují holistické pojetí člověka, které jsem charakterizovala v první kapitole. Zároveň z nich vyplývá zaměření na kvalitu života, která úzce souvisí s autonomií a důstojností. V souvislosti s definováním konceptu jsem opět zmínila potřeby bio-psycho-socio-spirituální, jejichž plánování by mělo být nedílnou součástí dobré praxe poskytovatele.

Dále jsem se zaměřila na rozdělení paliativní péče a s ohledem na téma práce jsem specifikovala geriatricky zaměřenou paliativní péči. Od teoretického rámce jsem se postupně přesunula k praktickým zásadám a klíčovým aspektům při zavádění konceptu do praxe. Některým aspektům jako jsou komunikace, doprovázení a multidisciplinarita se budu věnovat podrobněji v dalších částech mé práce.

Na základě uvedených aspektů ošetrovatelské péče o umírající v domově pro seniory je zřejmé, že velká část z nich je v praxi pobytové služby plánována, neboť se jedná o biologické potřeby umírajících. V praxi lze spatřit limity při tišení bolesti klientů, což však je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře. Velkým přínosem by bylo aplikování paliativní péče v domovech pro seniory i pro samotné zaměstnance. Ti jsou často smrtí a umíráním sami vyděšeni, nemají potřebné vzdělání a informace, jak se s touto problematikou vyrovnat. Paliativní péče jim může pomoci zbavit se vlastního iracionálního strachu ze smrti, který se následně negativně odráží v chování personálu k umírajícímu. Díky paliativní péči by pečující v ideálním případě měli upustit od čistě racionálního uvažování a účelného jednání a nahradit jej setrváním u lůžka umírajícího a trpělivostí při doprovázení.¹⁵⁰

¹⁵⁰ Srov. DRAŽILOVÁ, L. Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení sociální péče. *In Sociální služby* s.25an.

Jestliže je paliativní péče určena všem lidem, kterým je smrt nablízku, je zřejmé, že je cílená nejen na umírající, nýbrž také na jejich blízké. Dle Pacovského „...umírající pacient bývá ošetrovatelsky nejnáročnějším pacientem.“¹⁵¹ V popředí zájmu paliativní péče již zákonitě není kurativní či kauzální léčba nemoci, ale léčba bolesti a dalších negativních symptomů doprovázející umírání a umožnění umírajícím žít co možná nejkvalitněji až do konce života.

¹⁵¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, s. 17.

4 MULTIDISCIPLINARITA V PALIATIVNÍ PÉČI

„Jsi důležitý, protože jsi. Jsi důležitý do poslední chvíle tvého života, a my uděláme vše, co je v našich silách, nejen abychom ti pomohli zemřít v pokoji, ale abychom ti pomohli žít, než zemřeš.“

Cicely Saunders, zakladatelka hospice Sv. Kryštofa v Londýn

Lidé se obvykle v životě neřídí podle nastudovaných kodexů, ale silou zvyku, osvojenou a osvědčenou rutinou, tím, co je v dané společnosti „normální“. Jednáme tak, jak jednají ostatní lidé kolem nás, tak, jak jsme jednali včera a pokud nám v tom nikdo nezabrání, budeme v tomto jednání pokračovat i nadále. V zásadě u něho můžeme setrvat do nekonečna, aniž bychom pociťovali potřebu toto jednání nějak zkoumat a revidovat.¹⁵² Pokud je však v člověku tato sebejistota nějakým způsobem „nahlodána“, začne o svém jednání pochybovat a bude vyhledávat způsob, jak ztracenou a blaženou sebejistotu navrátit.¹⁵³

Tento Baumanův poznatek spatřuji jako velmi inspirativní pro potřebnou změnu stávající časté praxe týkající se profesního přístupu personálu v pobytových zařízeních. Mnohdy zde přetrvává zažitý stereotypní způsob poskytování služeb z dob minulých, vyznačující se mj. tím, že chybí spolupráce mezi jednotlivými profesemi, nedostatečnou komunikací, neuspokojivým sdílením informací v rámci týmu a rutinním poskytováním služeb klientům, bez hledání případných alternativ apod.

Pokud poskytovatel sociálních služeb chce do své praxe zavést koncept paliativní péče, je nezbytné, aby všichni pracovníci sdíleli stejnou filosofii péče. Jedná se o sdílení vlastní identity služby, se kterou jsou pracovníci ztotožnění (případně ji respektují) a kterou budou v rámci své profese naplňovat. Nezbytné je jasné vymezení cílů, úkolů, kompetencí a rolí v rámci týmu. V souvislosti s paliativní péčí hovoříme o týmu multidisciplinárním. Ve středu zájmu multidisciplinárního týmu je vždy klient, jeho přání, potřeby a představy. Podrobnosti týkající se multidisciplinárního týmu v prostředí pobytových sociálních služeb jsou obsahem následující kapitoly.

¹⁵² Srov. BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*, s. 117.

¹⁵³ Srov. tamtéž, s. 118.

4.1 Kultura organizace

Několikrát jsem již v práci zmínila pojmy jako „filosofie organizace“, „společná identita“ nebo „vize organizace“. Všechny tyto termíny souvisí s kulturou organizace, která se v různé míře promítá do všech činností a interakcí v daném prostředí. Odráží se v interpersonální komunikaci, v jejím stylu a výrazech, které pracovníci používají. U nového zaměstnance je nezbytné, aby se s danou kulturou ztotožnil, aby hodnoty uznávané v organizaci byly alespoň částečně v souladu s jeho hodnotovým žebříčkem. Pokud tomu tak není, zpravidla pracovník dříve či později z organizace odejde.¹⁵⁴

Kultura organizace se promítá i do praktického přístupu ke klientům. Styl komunikace mezi zaměstnanci úzce souvisí se stylem komunikace pracovníků směrem ke klientům. V organizaci se také mohou tvořit subkultury v rámci jednotlivých oddělení či úseků péče. Rozdílné přístupy, názory a komunikační styly mezi subkulturami mohou být zdrojem napětí a vzájemného nepochopení. Toto je typické pro domovy, které jsou v procesu transformace od institučního (režimového) nastavení k personalizované individuální službě.¹⁵⁵ Právě zde spatřuji možnost využití uvedeného poznatku Baumana. Mám na mysli ono „nahlodání“ stereotypního jednání zaměstnanců, týkající se stávající praxe poskytování služby, a následnou revizi neadekvátních přístupů v rámci organizace.

Z kultury organizace se tvoří její vize a naopak. Proto je důležité mít dobře formulovanou vizi a poskytnout tak zaměstnancům mentální model, ke kterému se budou vztahovat. Vize musí být jasně, srozumitelně a výstižně formulovaná, aby jí zaměstnanci pochopili a měli možnost se s ní identifikovat. Tato vize může pomoci sjednotit jednotlivé případné subkultury a vytyčit si společné cíle služby.¹⁵⁶ V praxi se jedná o veřejný závazek organizace, který vymezuje pro poskytovatele závazné poslání, cílovou skupinu, krátkodobé a dlouhodobé cíle, zásady atd. Dobře formulovaný a v praxi sdílený veřejný závazek poskytuje v případě potřeby také podporu v argumentaci s klienty a rodinnými příslušníky a oporu zaměstnancům.

4.2 Vymezení multidisciplinárního týmu

Týmem je označovaná skupina osob, které spolupracují na naplnění cílů, za které nesou společnou odpovědnost. Členové týmu sdílejí společnou identitu, která v sobě zahrnuje

¹⁵⁴ Srov. HRDÁ, K. *Multidisciplinární tým v akci*, s. 20.

¹⁵⁵ Srov. tamtéž, s. 20.

¹⁵⁶ Srov. tamtéž, s. 20.

normy, zvyky, pravidla a přispívá k naplňování vize organizace. Tým je charakteristický vlastní skupinovou dynamikou. Členové mají mezi sebou rozvinuté vztahy, jsou na sobě závislí, každý člen zastává svou roli. U dobře fungujících týmů je rozvinuta struktura předávání informací, pravidelného setkávání, vedení dokumentace a způsobu předávání informací.¹⁵⁷

Multidisciplinární spolupráce nastává tehdy, pokud spolu dvě nebo více odborných profesí pracují společně v týmu. V prostředí domovů pro seniory se setkáváme s celou řadou profesí jak z oblasti zdravotní, tak i sociální, neboť se nacházejí na tzv. sociálně-zdravotním pomezí. Na poskytovatele sociálních služeb se tím pádem vztahuje legislativa jak z oblasti zdravotní, tak z oblasti sociální. Někdy můžeme spatřit markantní rozdíl jednotlivých profesí v pohledu na klienta. Jestliže např. sociální pracovník zdůrazňuje jeho autonomii a důstojnost, pro zdravotní sestru je základní hodnotou bezpečnost klienta. Také pojetí kvality služby bývá chápáno rozdílně. Sociální pracovníci mají tendence na kvalitu služby nahlížet optikou subjektivního hodnocení kvality života, zdravotnické profese sledují spíše objektivní kvalitu, která má jasné parametry.¹⁵⁸

Rozlišujeme dvě podoby multidisciplinárního týmu podle cíle, kterého chtějí dosáhnout. Je-li cílem aplikace paliativního přístupu v organizaci, považujeme za něj zejména interní odbornosti, které se podílejí na formování standardních postupů fungování péče a poskytování služby. Pokud je cílem péče o konkrétního člověka, zahrnuje tým všechny odbornosti, které se podílejí na naplňování jeho potřeb a cílů péče, včetně externích aktérů. Mezi ně patří dobrovolníci, veřejní opatrovníci, případně pastorační pracovníci, psychologové apod.¹⁵⁹

Pokud jde o druhý cíl – péči o konkrétního člověka, je zde nezbytná vzájemná domluva členů týmu. Každý má na péči o klienta vlastní názor, který vychází jednak z informací, které má pracovník k dispozici, jednak z osobnosti pracovníka a jeho subjektivních zkušeností, ale také ze vztahu ke klientovi a jeho rodině. Stanovení jednotné intervence v rámci poskytování služby je záležitostí hledání shody mezi zúčastněnými, která nemusí být vždy jednoduchá.

¹⁵⁷ Srov. HRDÁ, K. *Multidisciplinární tým v akci*, s. 16.

¹⁵⁸ Srov. tamtéž, s. 17.

¹⁵⁹ Srov. HRDÁ, K.; TOLLAROVÁ, B. a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*, s. 108.

4.2.1 Aspekty poskytování péče multidisciplinárním týmem

Jestliže jsem hovořila o stanovení cílů, jako o důležitém úkolu multidisciplinárního týmu, musím zmínit další neméně důležitý úkol a tím je plnění stanovených cílů. Tato realizace cílů je ovlivněna především jeho strukturou, osobnostními charakteristikami jednotlivých členů, způsobem komunikace a předáváním informací v rámci týmu. Souhrnně hovoříme o aspektech, které ovlivňují multidisciplinární tým.¹⁶⁰

Plánování a plnění cílů je záležitostí individuálního plánování služby, které vychází z individuálně určených přání a potřeb klienta. Rozlišujeme individuální plánování péče, které by mělo být v kompetenci multidisciplinárního týmu a stanovení osobního cíle klienta. To je plně v kompetenci klíčového pracovníka, který s klientem jedná. V jeho režii jsou také záznamy o plnění osobního cíle klienta a hodnocení průběhu jeho plnění, případně stanovení cíle nového. Záznamy o realizaci péče zaznamenávají všichni zainteresovaní pracovníci. Individuální plánování sociální služby, písemné záznamy o plnění cílů a pravidelné vyhodnocování jsou zákonné požadavky vyplývající z § 88 zákona č. 108/2006 Sb.¹⁶¹

Jak jsem již uvedla, je pro správné fungování multidisciplinárního týmu nezbytné efektivní předávání informací. Poskytovatel musí mít stanovený systém pro předávání informací v rámci organizace. Zpravidla se jedná o vnitřní závazný dokument, který upravuje systém interních porad, hlášení a setkávání. Aby bylo sdílení a předávání informací funkční, je zásadní jejich bezprostřední a včasné předání.

Je důležité, aby se v rámci multidisciplinárního týmů pravidelně probírala také otázka kvality života klientů např. při ranním hlášení, případně na poradách týmu. Jelikož se jedná o individuální záležitost každého obyvatele, musí personál sebekriticky rozlišovat mezi kvalitou života vnímanou uživatelem služby a kvalitou vnímanou ze strany rodiny, případně personálu. K naplnění potřeb a přání klientů, které vedou k jeho spokojenosti, slouží zmíněné individuální plánování služby.¹⁶²

¹⁶⁰ Srov. HRDÁ, K. *Multidisciplinární tým v akci*, s. 29.

¹⁶¹ § 88 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách: „Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů, ...“

¹⁶² Srov. NIEDERMAN, E.; PFLUGSHAPT, C. a kol. *Paliativní péče*, s. 12.

Způsob vedení dokumentace musí být ošetřen dle zákonných podmínek. Jedná se o dokumentaci týkající se evidence prováděných činností, průběhu a vyhodnocování poskytované služby. Podrobnosti upravuje Vyhláška 505/2006 Sb. Tuto problematiku řeší konkrétně standard kvality sociálních služeb č. 6 – Dokumentace o poskytování sociální služby.¹⁶³

4.2.2 Přínos multidisciplinárního týmu

Práce, kterou multidisciplinární tým vykonává, má pozitivní přínos nejen pro klienty, ale i pro samotné zaměstnance a organizaci. U klientů se zlepšuje kvalita péče tím, že je zajištěna její lepší kontinuita v souvislosti s identifikací potřeb seniorů. Jejich naplňování se následně odráží ve spokojenosti klientů. Čím lépe multidisciplinární tým funguje, tím jsou angažovaní zaměstnanci spokojenější. Mimo jiné je viditelný přínos jednotlivých pracovníků, který pomáhá budovat profesní identitu a potřebný náhled na naplňování rolí pracovníků v týmu. Zvyšuje se také duševní zdraví a motivace zainteresovaných. Spokojenost zaměstnanců se odráží i v celkové kvalitě péče, kterou organizace poskytuje. Pro poskytovatele také znamená menší fluktuaci zaměstnanců.¹⁶⁴

Podstatou dosahování požadovaného vnitřního pocitu v době umírání, je práce na cílech, které mají pro umírajícího člověka smysl. Pomoc s nalezením těchto cílů je velkou výzvou pro multidisciplinární tým. Pokud se toto podaří, je odměnou za vynaložené úsilí pozitivní zpětná vazba rodinných příslušníků, kteří hovoří o tom, „...že umírání jejich milovaného pro ně bylo stejně krásné jako bolestné.“¹⁶⁵

4.2.3 Struktura multidisciplinárního týmu

Pro správné fungování multidisciplinárního týmu je zásadní vymezení rámce jeho struktury v organizaci. Jedná se především o vyjasnění vzájemného vztahu mezi všemi profesemi v týmu, případně vymezení vztahů mezi jednotlivými týmy, pokud jich v organizaci existuje

¹⁶³ Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, SQSS č. 6 kritérium a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby

¹⁶⁴ Srov. HRDÁ, K. *Multidisciplinární tým v akci*, s. 15.

¹⁶⁵ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 53.

víc, v návaznosti na úkoly a účely, které naplňují.¹⁶⁶ V praxi se může jednat o paliativní tým, který poskytuje péči konkrétním klientům v paliativním režimu a tým poskytující standartní péči v domově pro seniory. Právě v těchto případech vzniká riziko výše popsaného nedorozumění a konfliktů.

Hrdá uvádí, že neexistuje nic jako optimální struktura multidisciplinárního týmu, stejně jako neexistuje optimální organizační struktura. Vždy závisí na nejrůznějších aspektech, typických pro danou organizaci, jako je prostředí, čas apod. Překážkou či facilitátorem uplatnění principů týmové práce se také může, kromě organizační struktury, stát kultura dané organizace. V rámci struktury se jedná o překrývání různých odborností, případně nevyjasnění či nerespektování kompetencí vedoucích pracovníků. V případě kultury organizace, kterou stanovuje nejvyšší management v čele s ředitelem, jde o nedostatečnou, nebo nevyhovující podporu vzniku a fungování multidisciplinárního týmu.¹⁶⁷

V praxi se může jednat o formální vznik týmu, který je z nejrůznějších důvodů nefunkční. Častým důvodem nefunkčnosti je vypracování veřejného závazku, vnitřních pravidel a předpisů týkající se předávání informací a vedení dokumentace, které v praxi nejsou uplatňovány. Neochota spolupráce personálu z jednotlivých pracovních úseků, se kterou se mnohdy můžeme setkat, se jeví jako velký problém. V neposlední řadě je to také chybějící podpora týmové práce od nejvyššího vedení.

4.3 Profese v multidisciplinárním týmu

Každý multidisciplinární tým by měl zahrnovat všechny zúčastněné osoby, které přicházejí s klientem do styku. Byock popisuje vznik svého prvního týmu v rámci praxe v nemocničním zařízení. Je důležité zmínit, že se jednalo o zařízení, které nebylo multidisciplinární práci příliš nakloněno. Ze zpočátku neformálních setkávání ošetřujícího lékaře, domácí sestry a hlavního pečovatele „u kávy a koblih“ se postupem času staly pravidelné schůzky všech osob, které se na péči o umírajícího pacienta účastnily. Cílem bylo vzájemné sdělení jeho klinického stavu a potřeb. Na těchto setkáních byl postupem času přítomen také onkolog, sociální pracovníce, kaplan, dietetik, rehabilitační lékař, zdravotní sestra z interny a lékárník. Během několika měsíců systematické práce na projektu budování multidisciplinárního týmu se projevil nepopíratelný pozitivní účinek na spokojenosti zaměstnanců i pacientů. Přístup

¹⁶⁶ Srov. HRDÁ, K. *Multidisciplinární tým v akci*, s. 42.

¹⁶⁷ Srov. tamtéž, s. 46.

vedení se postupně proměnil z tolerování v aktivní souhlas. Došlo ke zlepšení komunikace na pracovišti, neboť docházelo k efektivnějšímu předávání důležitých informací mezi sociálními pracovníky, zdravotnickým personálem a lékaři. Zároveň se podařilo odvrátit i řadu velkých krizí týkajících se nemocných, neboť se vzniklé problémy mohly řešit včas a adekvátně. V neposlední řadě si i rodinní příslušníci začali všimnout proměn u svých umírajících, kteří se častěji usmívali, působili spokojeně, klidně, uprostřed umírání hovořili dokonce o tělesné a duševní pohodě.¹⁶⁸

Na výše uvedeném případu jsem se snažila ukázat podstatnou úlohu iniciátora vzniku multidisciplinárního týmu a vedení. Zahrnutí ostatních odborností do týmu se odvíjí od konkrétní situace a zavedené praxe. V následující části se zmíním o těch, které by v týmu chybět neměly.

4.3.1 Management

O úlohách managementu jsem se v této kapitole zmínila již několikrát. Pokud informace shrnu, nejvýznamnější jeho rolí je řízení poskytované služby, včetně paliativní péče. Neméně důležité je schválení a vyhlášení veřejného závazku organizace – poslání, vize, cíle, zásady, apod.

Ukázalo se, že úloha managementu roste s blížícím se koncem života klientů, neboť rostou nároky na koordinaci péče o ně, nároky na akceschopnost týmu, rychlost rozhodnutí a využití dostupných zdrojů. Také množství zapojených aktérů, včetně případných externích služeb, klade na vedení vyšší nároky. V praxi se může jednat o zapojení specializované mobilní hospicové péče, která předpokládá nastavení fungujícího mechanismu např. vstupu klienta do sdílené péče¹⁶⁹ a její koordinaci.¹⁷⁰

4.3.2 Ošetřovatelská péče

„Ošetřovatelská péče je soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu, navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin, nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti. Její

¹⁶⁸ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 47–49.

¹⁶⁹ Poskytování mobilní hospicové péče v zařízení sociálních služeb.

¹⁷⁰ Srov. HRDÁ K.; TOLLAROVÁ, B. a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*, s. 110an.

*součástí je také péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti.*¹⁷¹

Jedná se o péči, kterou v pobytových zařízeních sociálních služeb vykonávají kvalifikované zdravotní sestry podle odbornosti 913.¹⁷² Přestože umírající klienti, kteří často trpí mnohočetnými zdravotními obtížemi a různými funkčními deficity, vyžadují vesměs rozsáhlou ošetrovatelskou péči, není možné, aby se péče omezila pouze na ni.¹⁷³ Přestože je úloha zdravotních sester v sociálních službách při poskytování péče v závěru život zcela zásadní,¹⁷⁴ samo ošetrovatelství dnes ucelenou paliativní péči nenaplňuje. Proto je důležité, aby i zkušené a kvalifikované zdravotní sestry akceptovaly týmový způsob péče a chápaly multidimenzionální obtíže klientů. Obzvláště v zařízeních pobytového typu je nepřijatelná výlučně ošetrovatelská péče bez lékařského sledování stavu.¹⁷⁵

Přesto jsou to právě zdravotní sestry, které v rámci týmu navrhuji vhodný postup péče o klienta v návaznosti na jeho zdravotní stav. Jelikož ten bývá často velmi nestabilní, je vyhodnocování jeho projevů a následné stanovení vhodné intervence často značně náročné. Jelikož není v domovech pro seniory dostatečný počet sester, aby celodenně vykonávaly péči o klienta, je nezbytná spolupráce se všemi odbornostmi v rámci týmu. V závěru života klienta roste role přímé práce sestry, neboť je nutné častěji vykonávat specializované ošetrovatelské úkony, ke kterým je kompetentní pouze ona. Také je třeba připomenout, že zdravotní sestry by měly být oporou ostatním členům týmu a dodávat jim jistotu, jak při péči o daného klienta v závěru života postupovat.¹⁷⁶

Další nezastupitelnou rolí zdravotní sestry je komunikace s lékaři. Těm sděluje potřeby klientů, případně tlumočí přání a potřeby rodinných příslušníků nebo týmu a předkládá mu ke zvážení relevantní podklady týkající se péče o klienta. V praxi se sestry řídí indikací lékařů, neboť pouze indikované úkony lze vykázat na pojišťovnu. Pokud v zařízení sociálních služeb

¹⁷¹ HOLMEROVÁ, I.; VÁLKOVÁ, M. *Metodika k zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb*, s. 3.

¹⁷² Srov. HRDÁ K.; TOLLAROVÁ, B. a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*, s. 112

¹⁷³ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 35.

¹⁷⁴ Srov. HRDÁ K.; TOLLAROVÁ, B. a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*, s. 112.

¹⁷⁵ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 35.

¹⁷⁶ Srov. HRDÁ K.; TOLLAROVÁ, B. a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*, s. 112

není lékař nepřetržitě k dispozici, často nesou váhu rozhodnutí, jak v péči o člověka v závěru života postupovat, právě ony.¹⁷⁷

Z důvodu velkých nároků, které jsou na zdravotní sestry v pobytových službách kladeny, je nezbytné, aby tyto splňovaly, pochopitelně kromě odborného vzdělání, také určité charakterové předpoklady. Jedná se především o odpovědnost, svědomitost, spolehlivost a samostatnost. Musí se jednat o morálně vyzrálé osoby, které jsou ochotné učit se novým činnostem a jsou si jisté ve svých postupech. V neposlední řadě je nezbytná dovednost adekvátně a vhodně empaticky komunikovat s klientem a jeho rodinou.¹⁷⁸

4.3.3 Lékařská péče

Jelikož lékař není v zařízení sociálních služeb většinou přítomen po celý den, řadíme ho společně s ostatními odbornostmi mezi externí aktéry multidisciplinárního týmu. Lékařská pozornost je obvykle soustředěna na nemoc a zranění a jejím cílem je uzdravení, prodloužení délky života, ulehčení v tělesných nesnázích, případně rehabilitace klienta. Jedná se o klíčový pohled, který příliš nepomáhá lékařům porozumět podstatě umírání z osobního hlediska. Přestože umírajícímu člověku nabízí tento přístup úlevu od původních příznaků, umírání nelze redukovat pouze na sbírku diagnóz. Pro umírajícího člověka a jeho rodinu je vysoce nad množství lékařských problémů nezměrnost, jedinečnost a důležitost závěrečné fáze života. Z tohoto důvodu nemůže umírající člověk a ani jeho blízcí porozumět procesu umírání jako prosté lékařské události. Čistě medicínský přístup nenabízí žádný prostor pro skutečnou lidskou zkušenost. Většina lidí však zpočátku nedokáže pochopit myšlenku dobrého umírání ani skutečnost, že umírání může zahrnovat více než výhradně fyzickou bolest a tragédii.¹⁷⁹

„Hluboce osobní zkušenost umírání se pohybuje od mučivé agonie po čiré blaženství.“

U většiny lidí se nachází někde mezi těmito krajnostmi. Bez adekvátní lékařské péče může být umírání strašlivé, s pomocí odborné lékařské péče, a s pozorností k osobní zkušenosti klienta, snesitelné. Pokud však je dostatečně podpořena lidská dimenze umírání, může se odchod ze života stát pro většinu lidí stejně intimní, vzácnou a hlubokou událostí jako zázrak zrození.¹⁸⁰

¹⁷⁷ Srov. tamtéž, s. 112an.

¹⁷⁸ Srov. HRDÁ K.; TOLLAROVÁ, B. a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*, s. 113.

¹⁷⁹ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 54.

¹⁸⁰ Srov. tamtéž, s. 78.

Činnost praktického lékaře v zařízení sociálních služeb zůstává dosud často na nedostatečné úrovni „praktického lékaře umírajícího pacienta.“ To by se však mělo postupně měnit tím, že praktičtí lékaři budou v rámci profesní přípravy vzdělávání v paliativní péči. Specializovaný lékař je naproti tomu schopen zajistit odbornější zvládání paliativních problémů a komplikací, vedení paliativní dokumentace, přímé řízení týmu a v neposlední řadě je dostupný pro konzultace 24 hodin denně a 7 dní v týdnu.¹⁸¹

Odborný lékař paliativního týmu má díky doporučení České lékařské komory č. 1/2010 možnost neprodlužovat za každou cenu pacientův život. Může kurativní léčbu, v případě vyčerpání všech možností, změnit na paliativní. S tímto postupem musí pacient souhlasit. Toto doporučení je pro lékaře vhodným návodem především v situacích, kdy řeší etické dilema udržovat uměle klienta při životě, či začít s paliativní péčí.¹⁸²

Lékaři mnohdy neovládají postupy, jak s pacientem a rodinnými příslušníky hovořit. Markantně se tento etický problém projevuje v jednání s pozůstalými. Velkým tématem je proto vzdělávání lékařů nejen v paliativní péči, ale i v oblasti etiky. Proto by se lékaři měli v rámci profesní přípravy učit i psychosociálním dovednostem.¹⁸³

Kalvach¹⁸⁴ uvádí rozsáhlé a podrobné vymezení lékařských úkonů, které souvisí s poskytováním paliativní péče o umírající. Poskytuje základní informace o jednotlivých symptomech, diferenciatně diagnostickou rozvahu, diagnostické úkony a návrh terapeutické intervence. Zabývá se v první řadě bolestí, jako nejčastějším průvodním symptomem při umírání, dále dušností, nauzeou, zvracením, deliriem, anorexií a malnutricí, dehydratací, otoky a retencí tekutin, retencí moči, krvácením do horní části trávicího traktu, hemoptýzou, průjmem, obstipací a v neposlední řadě syndromem demence.¹⁸⁵

Často diskutovaným tématem je spolupráce lékařů se zařízením sociálních služeb a jejich přístup ke klientům a umírajícím osobám. Jelikož se jedná dle mého názoru o velmi palčivé téma, zmíním se o něm v části práce, která se zabývá příležitostmi a limity paliativní péče.

¹⁸¹ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 96.

¹⁸² Srov. ČLK > / Pro lékaře / Legislativa ČLK / Doporučení představenstev ČLK. [online]. Copyright © 2011, grafika [cit. 21.02.2019]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/doporučení-představenstev-clk-227.html>.

¹⁸³ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 97.

¹⁸⁴ Srov. tamtéž, s. 65–99.

¹⁸⁵ Přestože se jedná o velmi zajímavé a cenné informace, nezahrnuji jejich podrobný popis do své práce, neboť nejsou nezbytné. Přesto jsem považovala za vhodné alespoň se o nich zmínit a odkázat případné zájemce o tuto problematiku na relevantní literaturu.

4.3.4 Pečovatelská činnost

Pečovatelskou péčí o klienta v domovech pro seniory zastávají pracovníci v sociálních službách. Právě oni přicházejí s klienty do styku nejčastěji, znají jejich potřeby a přání, jsou jejich každodenními průvodci. Ani v závěru života se jejich úloha pečovatele a průvodce nemění. Právě oni bývají často u člověka v posledních chvílích života. Jelikož mnohdy znají klienta nejlépe, dokáží rozpoznat i jemné nuance ve změně jeho celkového zdravotního stavu. Úkolem pracovníků přímé péče je předávat si všechny relevantní informace o klientovi v rámci multidisciplinárního týmu a aktivně hledat možnosti v rámci naplňování jeho přání a potřeb.¹⁸⁶

Jak jsem již uvedla, pracovníci přímé péče vykonávají také zpravidla funkci klíčového pracovníka, který je jakýmsi důvěrníkem klienta a který je přímo zodpovědný za individuální plánování služby.

Z uvedeného vyplývá, že role pracovníka v sociálních službách je poměrně náročná a zodpovědná, obzvláště při doprovázení umírajícího klienta. Nabízí se zde otázka, zda pracovníci v sociálních službách, často velmi mladí a bez potřebné praxe, mohou dobře zastávat tuto roli. O nutnosti mít vyřešenou vlastní otázku smrtelnosti u doprovázejícího jsem se již v práci také zmínila. Pokud tuto problematikou personál nemá konstruktivně zpracovanou, snaží se situacím souvisejícím s umíráním vyhnout. Péče o umírajícího se zúží pouze na nezbytné hygienické úkony o tělo a minimum trávení času u lůžka umírajícího člověka. Dle mého názoru by proto měli být v týmu paliativní péče zkušení zaměstnanci s vybranými povahovými vlastnostmi.

4.3.5 Sociální práce

Pro sociální práci je v paliativní péči velký prostor, neboť škála činností, kterou sociální pracovníci vykonávají, je extrémně široká. Každé zařízení proto bude mít náplň práce sociálního pracovníka jinou, dle své stávající praxe.¹⁸⁷

Sociální pracovník je téměř vždy první kontaktní osobou poskytovatele, se kterou klient (ještě jako zájemce o službu), případně rodinní příslušníci, jednají. Je tedy přímo odpovědný za jednání se zájemcem o službu, za vedení pořadníků zájemců, za sociální šetření v místě

¹⁸⁶ Srov. HRDÁ K.; TOLLAROVÁ, B, a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*, s. 113.

¹⁸⁷ Srov. tamtéž, s. 113.

pobytu zájemce, za uzavření a podepsání smlouvy o poskytování sociální služby a dalších nezbytných dokumentů. Často se na něho klienti i personál obrací s nejrůznějšími potřebami a požadavky. V rámci náplně práce např. vykazuje administrativu nejrůznějšího druhu, zodpovídá za úhrady za poskytované služby, spravuje věcná i finanční depozita a mnohdy zastřešuje individuální plánování v organizaci, jedná s úřady a ostatními organizacemi apod.

Jelikož je práce sociálního pracovníka v pobytové službě velmi obsáhlá, jsou na jeho osobnost kladeny značné požadavky. V souvislosti s osobní zkušeností s profesí sociální pracovnice v domově pro seniory věnuji této problematice následující samostatnou kapitolu.

4.3.6 Psychoterapie

Další významnou odborností v multidisciplinárním týmu je psychoterapeut. Psychoterapie se u umírajících klientů nesoustředí pouze na ně samotné. Podstatnou úlohou je mj. podpora ostatních zúčastněných při hledání smyslu života.¹⁸⁸

Často je naléhavá práce s rodinou. Ta může být zaskočena jak rychlým či náhlým zhoršením nemoci, tak vyčerpána dlouhotrvající péčí či doprovázením. Psychoterapeut by měl být každému paliativnímu týmu nablízku a být k dispozici při řešení situací, které jsou v jeho kompetenci. Vhodné je také být oporou pozůstalým v době, kdy se vyrovnávají se ztrátou svého blízkého.¹⁸⁹

4.3.7 Dobrovolnictví

Dobrovolnictví je legislativně upraveno zákonem č. 198/2002 Sb., O dobrovolnické službě. Tento zákon upravuje podmínky, za kterých stát podporuje dobrovolnickou službu organizovanou podle tohoto zákona a vykonávanou dobrovolníky bez nároku na odměnu.¹⁹⁰ Dobrovolníci jsou významným aspektem v péči o klienty v sociálních službách. Posilují její „lidský aspekt“, zvyšují počet lidí, kteří jsou k dispozici pro komunikaci, aktivizaci, ale také, v případě umírajících klientů, pro bdění u lůžka a poskytování lidské opory umírajícím i jejich rodinám.¹⁹¹

Velkým přínosem dobrovolnictví je pro organizaci zpětná vazba, kterou dobrovolníci poskytují. Jedná se především o hodnocení kvality péče. Výhodou je především neformálnost

¹⁸⁸ Tomuto tématu jsem se podrobněji věnovala v kapitole 1.5 Utrpení a smysl života.

¹⁸⁹ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 37.

¹⁹⁰ Srov. § 1 Zákon č. 198/2002 Sb.

¹⁹¹ Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 46.

a nezávislost na vedení organizace. Proto je potřeba dobrovolnictví v organizacích maximálně podporovat, dobrovolníků si vážit a zahrnout je do týmové spolupráce.

4.3.8 Spirituální podpora

Při poskytování sociální služby je důležité sledovat všechny potřeby klienta. Jestliže vycházíme z holistického pojetí osoby, jak jsem ho již dříve charakterizovala, nesmíme opomenout péči o oblast spirituální. Duchovní podpora v doprovázení může mít mnoho podob a může zohledňovat kulturní, náboženské a osobnostní aspekty klienta a jeho blízkých. Ve spirituálních potřebách se často zrcadlí smysl života klienta, ale i jeho absence. Při poskytování spirituální podpory je nutné nechat klienta v plné míře o této oblasti rozhodovat. Paliativnímu týmu by měli být k dispozici duchovní z různých církví, pokud není možné, aby byl duchovní přímo členem týmu.¹⁹²

Duchovní (pastýřská) péče o umírající

Křivohlavý hovoří v rámci spirituální neboli duchovní péči o péči pastýřské. Pastýřská péče se netýká pouze lidí nemocných, ale také zdravých. U nemocných klientů ji dále rozděluje na pastýřskou péči o tělesně či psychicky nemocné, případně lehce a vážně nemocné a na pastýřskou péči o umírající. Tam, kde se týká umírajících, specifikuje činnost na pastýřskou péči v době před umíráním, při vlastním umírání a po úmrtí klienta, kdy je pastýřská péče směřována k truchlícím pozůstalým.¹⁹³

V dřívějším a současném pojetí duchovní péče o umírající můžeme spatřit významný rozdíl. Dříve duchovní – pastýř jednal sám, z vlastní iniciativy, podle vlastních plánů a do určité míry nezávisle na přání umírajícího. Dnes je kladen důraz na vzájemnou interakci a spolupráci mezi pastýřem a umírajícím, na respektování klientova přání, souhrnně na dialogickou formu práce.¹⁹⁴

Nelze pastýři upřít podstatnou výhodu, a tou je bezesporu smíření s vlastní smrtelností,¹⁹⁵ kterou mnohdy u personálu pečujícího o umírajícího klienta postrádáme. Potěšit někoho v umírání a nemít sám útěchu, je velmi nelehký úkol.

¹⁹² Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 41an.

¹⁹³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, s. 17.

¹⁹⁴ Srov. tamtéž, 51an.

¹⁹⁵ Srov. tamtéž, s. 53.

Při poskytování pastýřské péče bychom se měli snažit udržet klienta v bdělém stavu až po samotný neodvratitelný konec. Důvodem je možnost reagovat na podněty, na dění kolem sebe, možnost čelit smrti při plném vědomí a její důstojné přijetí.¹⁹⁶ Cílem pastýřské práce je uspokojení hluboké lidské potřeby umírajícího, kterou je potřeba doprovázení. Pro klienta se jedná o přítomnost společníka ve chvílích osamění, který pomáhá sdílet ty nejtěžší chvíle v životě – chvíle loučení. Je to člověk, kterému umírající může důvěřovat a kterému se může se vším svěřit.¹⁹⁷

Shrnutí

Péče o člověka v závěrečné fázi života je velmi náročná. Pokud je cílem ošetřujícího personálu umožnit umírajícímu důstojný odchod a zajištění jeho potřeb a cílů, je potřeba spolupracovat na všech úrovních péče. Pokud každý pracovník zaujme individuální stanovisko k poskytování péče, pravděpodobně dojde k jejímu různorodému poskytování. Následkem bude dezorientace klienta ve stávající situaci a pravděpodobně zhoršená kvalita života.

Práce v týmu poskytuje zaměstnancům velice důležitou podporu a jistotu. Mnohá obtížná rozhodnutí se v rámci týmu také lépe do praxe implementují. Intervize nad jednotlivými situacemi pomáhá v rámci týmu najít optimální řešení a v neposlední řadě chrání týmovou práci zaměstnance před syndromem vyhoření. Také sdílená bolest, kterou smrt klienta mnohdy pracovníky zasáhne, je v týmu lépe zvládnutelná.

Týmová práce je velice složitá. V této kapitole jsem se snažila seznámit čtenáře s aspekty multidisciplinarity, upozornit na těžkosti a úskalí, která souvisí s tímto tématem a ukázat na důležitost jednotlivých profesí a na jejich nezastupitelnou roli.

V medicínské praxi převládá, a často stále převládá názor, že vážně nemocní lidé mají být razantně léčeni, aby se co nejvíce prodloužil jejich život. Často v nemocnici dochází k dramatickým pokusům o záchranu života na jednotce intenzivní péče. Byock hovoří o doslova dramatických okamžicích, kdy „účinkující věděli, že jejich úsilí je marné a že hrají pro publikum.“ Důvod je jasný – podniknout vše, aby u pacienta byla smrt oddálena. U zemřelých jsou mnohdy zcela zbytečně použity oživující opatření (manuální simulaci

¹⁹⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, s. 56.

¹⁹⁷ Srov. tamtéž, s. 60.

krevního oběhu stlačováním hrudníku, použití elektrošoků pro oživení myokardu apod). Byock si v této souvislosti klade řečnickou otázku: „*Na co vlastně smí člověk umřít?*“¹⁹⁸

Byock v popisu svých zkušeností zachází ještě dále. Hovoří o smrti na lůžkových odděleních jako o hrůzostrašné události a o smrti na pohotovosti jako o otřesné události. „*V podmínkách lékařského systému se i úmrtí, jež mohla být pokojná, stávala děsivou zkušeností.*“ V souvislosti s tímto poznatkem uvádí častou praxi pečovatelských domů, které běžně posílají do nemocnic klienty, kteří se nacházejí pár okamžiků od smrti. „*Po příjezdu...záchranky s ječící sirénou a blikajícími majáčky a... po přijetí polomrtvého člověka na pohotovost...*“ nutí systém a odborná příprava lékaře dělat vše, aby se pokusil o resuscitaci, než někoho prohlásí úředně za mrtvého. Pečovatelské domy však mají pro rodinu jasný důkaz, že se pokusili udělat vše, co se učinit dalo, aby klienta zachránili.¹⁹⁹

Bohužel se v praxi pobytových sociálních služeb stále často s výše uvedeným přístupem setkávám. Věřím, že mnohým lékařům, kteří mají základní smysl pro spravedlnost a důstojnost člověka, je tento přístup „proti srsti“. Jako velké pozitivum vidím možnost vzdělávání lékařů v paliativní péči. Lékaři mohou v rámci vzdělávacích programů např. absolvovat kurzy paliativní medicíny, které pořádá Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. „*Cílem ve specializačním oboru paliativní medicína a léčba bolesti je získání specializované způsobilosti osvojením potřebných teoretických znalostí a praktických dovedností pro komplexní péči o nemocné v pokročilých stadiích léčbu chronické bolesti.*“²⁰⁰ Předatestační vzdělávání lékařů probíhá ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny.

Česká společnost paliativní medicíny sdružuje v současné době přes 150 lékařů – specialistů na paliativní přístup a další blízké obory, mezi které se řadí i geriatři a praktičtí lékaři. Snaží se o celkovou kultivaci paliativní péče a zastává jedinečnou pozici v rámci zkvalitňování podmínek pro její realizaci. Jak jsem již uvedla, podílí se na vzdělávání odborníků, ale také edukuje veřejnost o zákonných možnostech léčby a péči lidí v těžkém zdravotním stavu.²⁰¹

¹⁹⁸ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 44an.

¹⁹⁹ Srov. tamtéž, s. 45.

²⁰⁰ Vzdělávací programy – Paliativní medicína – subkatedra | IPVZ. *Úvod* | IPVZ [online]. Copyright © 2008 [cit. 05.03.2019]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/paliativni-medicina/vzdelavaci-programy>.

²⁰¹ Paliativní medicína | Česká společnost paliativní medicíny. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. Copyright © 2016 [cit. 05.03.2019]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/>.

5 SOCIÁLNÍ PRÁCE A PALIATIVNÍ PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY

V následující kapitole se zaměřím na činnost sociálního pracovníka v domově pro seniory a pokusím se jí propojit s poskytováním paliativní péče v organizaci. Vzhledem ke své profesi sociální pracovnice, a zaměřením diplomové práce, považuji za vhodné, věnovat sociální práci celou kapitolu. Záměrně jsem se tedy rolí sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, kterému jsem se věnovala v předešlé kapitole, nezabývala.

Nejprve považuji za důležité definování sociální práce jako takové. Uvádím čtyři definice, neboť široké vymezení sociální práce jako profese neumožňuje její jednotné vymezení. Následně se v krátkosti zastavím u charakteristiky sociální služby domov pro seniory a poté se zaměřím na práci sociálního pracovníka v pobytové službě pro seniory.

5.1 Vymezení sociální práce

„Sociální práce je profese, která propojuje veřejný život, řešení problémů v mezilidských vztazích, zplnomocňuje a osvobozuje člověka, čímž pomáhá jeho zdraví. Přijímá-li sociální práce teorii lidského chování a sociální systém jako svůj základ, působí jako průsečík mezi jednotlivcem a okolím (společností). Základní význam pro sociální práci mají přitom principy lidských práva a sociální spravedlnosti.“²⁰²

Definici uvedená v Mezinárodním etickém kodexu sociální práce, vychází s definice profese vypracované Mezinárodní konferencí sociálních pracovníků (IFSW) a zní následovně: *„Profese sociální práce podporuje změnu, řešení problému v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti.“²⁰³* Dále se v článku 4.1 lidská práva a lidská důstojnost uvádí, že: *„Sociální práce je založena na respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na právech, která z toho vyplývají.“²⁰⁴*

²⁰² STUDENT, J. CH.; MÜHLUM A. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 61.

²⁰³ NEČASOVÁ, M. Mezinárodní etický kodex sociální práce–principy. In *Sociální práce/Sociálna práca*, s. 32.

²⁰⁴ Srov. tamtéž, s. 32.

Společnost sociálních pracovníků v roce 2006 definovala v Českém etickém kodexu sociální práci následovně: „*Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.*“

Porovnáme-li výše uvedené definice, je na první pohled patrné, že se česky pojatá definice sociální práce nezaměřuje (na rozdíl od mezinárodní) na vymezení této profese a na oblasti, ve kterých se uskutečňuje, ale soustředí se prioritně na dokumenty, které jsou pro sociální práci podstatné. Oba kodexy však shodně zmiňují důležitost neporušování lidských práv a dodržování sociální spravedlnosti.

Jako poslední uvádím definici Matouška. Ten uvádí, že „*Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, a jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.*“²⁰⁵

Srovnáním výše uvedených, poněkud diferenciálních definic, se do popředí zájmu sociální práce dostává klient a jeho sociální fungování v souvislosti s jeho specifickým znevýhodněním. V rámci sociální práce jde především o práci s klientem a řešení jeho problematické situace v kontextu s jeho sociálním prostředím. V případě sociální práce v paliativní péči se jedná o umírajícího klienta versus podmínky pobytové služby, versus doprovázející, což je nejčastěji rodina případně klientovi blízcí.

Rodina klienta v pobytové službě je pro pochopení jeho situace podstatná. Je nezbytné snažit se chápat klienta v kontextu s jeho životním příběhem a jeho rodinným životem. Proto je také

²⁰⁵ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 200an.

tolik důležité pracovat se členy rodiny a vidět v nich především partnery, kterým jde o blaho svého blízkého, nikoliv o to, aby si na nás vymýšlely stále nové a nové požadavky.

Pokud je cílem sociální práce v pobytové službě zlepšit sociální fungování umírajícího, musí být pozornost zaměřena nejen na oblast péče o umírajícího, ale také na naplňování jeho potřeb v kontextu s paliativním – tedy holistickým pohledem na člověka. Na druhou stranu je potřeba aby byla věnována pozornost všem třem úrovním sociální práce, tedy mikro úrovni, mezo úrovni i makro úrovni. V rámci mikro úrovně se může jednat o rozhodnutí zavedení paliativní péče u konkrétního klienta a individuálně plánovat péči, potřeby a přání klienta v jejím kontextu. V rámci mezoúrovně jde o práci s rodinou, zavádění paliativní práce v organizaci a její rozvoj. Makroúroveň sociální práce pak zahrnuje účast a jednání sociálních pracovníků na komunitním plánování v rámci obcí či krajů, nastiňování souvislostí a problémů v rámci zahrnutí konceptu paliativní péče do pobytových služeb, včetně modelů jejich řešení.

5.2 Vymezení sociální služby domovy pro seniory

Paliativní péče pro seniory se v podmínkách pobytových služeb týká služeb domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Zde však za předpokladu, že jsou cílovou skupinou osoby s Alzheimerovou chorobou či jinou formou demence v seniorském věku. Podmínky pro poskytování služeb upravuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Poskytování pobytové sociální služby domovy pro seniory specifikuje § 49 zákona, služba domovy se zvláštním režimem je upravena v § 50.²⁰⁶

Zákon o sociálních službách stanoví, že sociální služba musí prostřednictvím rozsahu a formy poskytované pomoci a podpory zachovávat lidskou důstojnost osob. Rozsah a forma pomoci pak musí vycházet z individuálně určených potřeb osob. Veškeré sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob, v náležité kvalitě a takovým způsobem, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. Zachování lidské důstojnosti, kvality života, autonomie a individuálně naplňovat potřeby klientů, jsou zákonem stanovené povinnosti. Všem uvedeným fenoménům jsem se ve své práci zabývala. Je tedy zřejmé, že implementací konceptu paliativní péče do praxe péče o umírající v pobytových službách je možné zákonem stanovené požadavky velmi dobře naplňovat.

²⁰⁶ §49-§50 Zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách.

Kvalita života vychází z mezilidských vztahů a proto je velmi důležitý první kontakt sociálního pracovníka s klientem. Pokud z nějakého důvodu nemůže klient zařízení před přijetím navštívit, musí mít možnost seznámit se s institucí alespoň pomocí zprostředkovaných informací. Pomůckou mohou být obrázky, videa apod. Také první okamžiky po uzavření smlouvy o poskytování sociálních služeb a nástupu do služby jsou velmi důležité pro to, jak se zde klient bude cítit. Velmi záleží na přístupu personálu přímé péče, navázání kontaktu a vytvoření potřebné důvěry.

5.3 Sociální práce a paliativní péče v domovech pro seniory

Následující řádky jsou sice inspirované činností sociálních pracovníků v hospicích, nicméně dle mého názoru jsou na sociální pracovníky v pobytových zařízeních sociálních služeb, které poskytují paliativní péči, kladeny naprosto stejné nároky. Konkrétní náplně práce sociálních pracovníků jednotlivých organizací se poměrně dost liší. Problémem je nevyhraněnost oboru, která se v praxi odráží na činnostech zahrnující sociální práci.

Nejdůležitější je schopnost týmové spolupráce, která je základem paliativní péče. Sociální pracovník v pobytových zařízeních vyřizuje úřední záležitosti klientů, vede jejich sociální dokumentaci a v neposlední řadě doprovází umírající a jejich rodiny. Musí umět udržovat s klienty a jejich rodinami vztah na bázi spolupráce a tuto cíleně koordinovat.²⁰⁷

Tomeš uvádí výsledky výzkumu provedeného v hospicích, který se týkal také optimální péče o zaměstnance. Co se týká sociálních pracovníků, je dle respondentů vhodné do týmu přijímat takové sociální pracovníky, kteří mají osobní zkušenost se smrtí, nerekrutovat mladé sociální pracovníky a dbát na jeho osobnostní charakteristiky.²⁰⁸

V kontextu paliativní péče je úkolem sociální práce „*pomoc a podpora při zvládnutí sociálních problémů, které vyplývají z typu nemocnění i z terminální fáze života klientů.*“²⁰⁹ Z důvodu nevyléčitelného onemocnění se klient dostává do různých situací, které není schopen bez odborné pomoci vyřešit. Sociální pracovník by mu měl být v těchto situacích nápomocen. Stejně jako ostatní členové multidisciplinárního týmu, má i sociální pracovník významný podíl na tom, zda závěrečná fáze života klienta bude důstojná a klidná. Celou

²⁰⁷ Srov. TOMEŠ I. Sociální pracovník v hospicích. In *Sociální práce*, s. 20–21.

²⁰⁸ Srov. tamtéž, s. 21.

²⁰⁹ BYDŽOVSKÝ J.; KABÁT J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 99.

situaci musí vnímat v širším kontextu s realitou a být oporou klientovi i jeho rodině, se kterou často pracuje i po smrti klienta.²¹⁰

5.4 Osobnost sociálního pracovníka

K výkonu funkce sociálního pracovníka v paliativní péči je potřeba, kromě odborné způsobilosti,²¹¹ mít také jisté osobnostní předpoklady. Jedná se o schopnost dobře a citlivě komunikovat, ctít lidskou důstojnost, dodržovat morální a etické principy a schopnost zachovat profesionální přístup v emočně vypjatých situacích. Samozřejmostí je doplňování vzdělání a orientace v různých společenských oborech.²¹²

V centru pozornosti sociálního pracovníka je klient a jeho rodina. Sociální fungování umírajícího klienta v kontextu rodiny je narušené a role sociálního pracovníka jako poradce je nezastupitelná. Svými odbornými znalostmi může přispět ke zvýšení kvality života klienta také tím, že pomůže ke zlepšení celkové atmosféry v jeho rodině a řešení vzniklých problémů.

Role sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi

Sociální pracovník zastupuje v paliativní péči několik rolí. Jedná se o role poradce, zprostředkovatele, pečovatele a učitele. Jako poradce pomáhá sociální pracovník klientovi a jeho rodině získat pravdivý náhled na celou situaci nemoci, umírání a smrti a to z hlediska sociálního, psychického i finančního. V roli zprostředkovatele služeb a pečovatele sociální pracovník zprostředkovává spolupráci s úřady, případně doprovází klienta a pomáhá mu s činnostmi, které v důsledku svého onemocnění nezvládne. Role učitele zahrnuje spíše práci s rodinou, neboť ta se musí od klienta osamostatňovat, především v případech, že klient v rodině vše zařizoval. Rodina se musí v nové situaci naučit orientovat a nebýt na klientovi závislá.²¹³

Umístěním klienta do pobytové sociální služby mohou být rodinní příslušníci vykořeleni. Mohou mít pocit vlastního selhání z nezvládnutí péče o blízkou osobu, případně problémy v osobních vztazích s klientem. Jelikož pobytové sociální služby jsou finančně nákladné, mohou nastat potíže týkající se finanční stránky rodiny i klienta. Je dobré tyto témata otevřít

²¹⁰ Srov. BYDŽOVSKÝ J.; KABÁT J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 99.

²¹¹ Srov. § 110 Zákona 108/2006 Sb., O sociálních službách.

²¹² Srov. BYDŽOVSKÝ J.; KABÁT J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 100.

²¹³ Srov. tamtéž, s. 99an.

ještě před nástupem klienta do sociální služby, při prvním kontaktu sociálního pracovníka s klientem, v rámci sociálního šetření a společně hledat možná řešení.

Sociální pracovník v pobytovém zařízení musí být odborník s odpovídající přípravou, aby byl schopen adekvátně zvládat náročnou práci s klienty i rodinami týkající se traumatických situací. Je nezbytné, aby hájil práva a zájmy klienta a v týmu byl chápán jako profesionál.

Sociální pracovník v domově pro seniory pracuje s rodinou i po úmrtí klienta. Pomáhá pozůstalým s praktickými otázkami, které se týkají vypravení pohřbu, sepsáním pozůstalosti, nahlášení pozůstalosti soudu, vyrovnáním pohledávek a zajišťuje komunikaci s úřady. Je připraven pomoci rodinným příslušníkům odbornou radou, případně doporučit kontakt na odbornou pomoc, nař. psychologickou či pastorační.

V domově pro seniory sociální pracovník mnohdy zastřešuje individuální plánování. Proto je velmi důležité sdílení všech důležitých informací o klientovi v rámci týmu. Důležité je předávání informací nejen směrem od klienta ale i k němu. Pro sociálního pracovníka je nutné uvědomit si, že jednotlivými fázemi vyrovnávání se s náročnou životní situací neprochází pouze klient, ale i jeho blízcí a podle toho s nimi i jednat. Jednotlivé fáze uvádím v kapitole 6. Doprovázení, včetně návodu správné komunikace sociálního pracovníka.

5.5 Pobytová zařízení sociálních služeb a paliativní péče

Pro zavedení konceptu paliativní péče do praxe domovů pro seniory je rozhodující motivace každého poskytovatele, potažmo jeho vedení. Stěžejní je vize umožnit svým klientům důstojně dožít až do konce života v domově bez nutnosti překlady do zdravotnického zařízení.

Česká republika má velmi kvalitní systém domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Je nutné podporovat setrvání klientů v závěru života v tomto pro ně domácím prostředí a nenutit je odcházet umírat do nemocničních zařízení. Jak uvádí Dražilová, pobytová zařízení sociálních služeb jsou připravena na rozvoj komplexní paliativní péče mnohem lépe než nemocnice. Důvodem je zaměření mnohých registrovaných poskytovatelů na kvalitně a především individuálně poskytovanou péči, s důrazem na hodnoty člověka a lidskou důstojnost. Přestože zařízení sociálních služeb nedisponují takovým počtem sester jako zdravotnická zařízení, mají oproti nim ve většině případů silné zázemí sociálních

pracovníků a pracovníků v přímé péči. Proto se mohou více zaměřit nejen na zdravotní stránku klienta, ale i na potřeby psychické, spirituální, sociální a duchovní.²¹⁴

Pokoj v domově pro seniory můžeme chápat jako domácnost klientů, která má navíc oproti přirozenému prostředí dostupnou nepřetržitě profesionální péči. Je proto potřeba podpořit mnohdy velmi kvalitně poskytovanou péči a doplnit kvalitní péči zdravotnickou.

Velká většina pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory avizuje ve svém veřejném závazku zajištění důstojného života svých klientů. V zařízeních, která poskytují péči seniorům, je však nutné pečovat o důstojnost klientů nejen za jejich života, ale především i v době jejich umírání a smrti, kdy jsou nejvíce zranitelní a křehcí. Podle úrovně kvality péče o klienty nejvíce závislé na ošetrovatelské péči, a o klienty umírající, můžeme hodnotit skutečnou úroveň poskytovaných služeb. Pokud zařízení chce tuto péči svým klientům zajistit, je dle mého názoru aplikace paliativní péče do praxe tím nejlepším řešením. To co činí domov pro klienta opravdovým domovem, je jeho bezmezné přijetí, vyjádření úcty a ochrana jeho důstojnosti. Vhodné je aplikovat koncept paliativní péče nejen u umírajících, ale také u geriatrických pacientů v časných stádiích nevléčitelných onemocnění, aby tak byl zajištěn delší a kvalitnější život.

Základem pro kvalitu života je intimita prostředí umírajícího. Pokud se budeme bavit o institucích, samozřejmostí je jednolůžkový pokoj s možností přistýlky pro doprovázející osoby a neomezené návštěvy. Představme si pro inspiraci dvoulůžkový pokoj, kde by jeden z klientů umíral a druhý byl tomu přítomen a třebaže by umíral za zástěnou, jeho případnému sténání by spolubydlící ušetřen nebyl. Také ve fázi postfinem, ve fázi truchlení by pozůstalí neměli soukromí. Bohužel popsaná situace je častou praxí v pobytových zařízeních pro seniory. Dvoulůžkové pokoje jsou zcela běžné a umírání v nich také. Intimita umírání je zajištěna již zmíněnou plentou, možnost nepřetržitého pobytu blízkých mnohdy není možná.

Hovořím-li o kvalitě života v domovech pro seniory, je nutné opět zmínit autonomii a důstojnost klientů. Ve velkých institucionálních zařízeních, do kterých domov pro seniory jako pobytová sociální služba spadá, můžeme v rámci efektivního fungování vidět tendence k plošnému určování života klientů, k jejich nucenému přizpůsobení se režimu služby, tzv. „institucionalizaci“. I když se tomuto jevu nedá dle mého názoru zcela zabránit, je možné si

²¹⁴ Srov. DRAŽILOVÁ, L. Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení. In *Sociální služby*, s. 25an.

tuto tendenci uvědomit a cíleně proti ní působit. Jedná se o specifická opatření, která podporují autonomii a důstojnost klientů, o které jsem se již v práci zmínila.

Pokud poskytovatel chce svým klientů dopřát opravdu kvalitní služby, je nezbytné zamyslet se, co vše je možné pro klienty učinit v rámci zkvalitnění života až do jeho konce. Čím dál více zařízení pro seniory se zajímá o paliativní péči a doprovázení umírajících a snaží se jí zahrnout do své filosofie péče.²¹⁵ Dle mého názoru se jedná o jedinečnou možnost jak skrze propojení paliativní péče a pobytové sociální služby umožnit klientům kvalitní život se snahou o naplnění jejich fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb.

Jak uvádí Šourek, je pro poskytovatele, který chce koncept paliativní péče do praxe integrovat, nezbytné, věnovat pozornost následujícím pěti kritériím:²¹⁶

- *Umírající člověk a jeho blízcí stojí v centru služby*

I když by se toto mohlo zdát jako samozřejmost, opak je často pravdou. Není ojedinělé, že v domovech pro seniory jsou pečovatelé a zdravotní sestry ti, kteří určují, jak služba bude vypadat. To, že kontrolu nad celou situací bude mít klient a jeho rodina, znamená pro personál vzdát se moci a rozhodování o klientovi.

- *K dispozici je interdisciplinární tým*

Interdisciplinární tým netvoří pouze zdravotníci, ale i jiné profese. Podstatou je uvědomění si faktu, že umírání není nemoc. Jedná se o kritickou životní fázi, kdy člověk potřebuje, tak jako v jiné životní fázi, naplňovat své potřeby. Ty mohou být naplněny pouze společnou týmovou prací odborníků. Podrobněji se tomuto tématu věnuji v kapitole čtyři.

- *Dobrá znalost kontroly symptomů*

Zde jde především o terapii bolesti, které se umírající nejvíce bojí. Uvádí se, že zhruba v 95 % všech případů mohou být bolesti úspěšně řešeny za použití moderních metod. V domovech pro seniory je však problém s předepisováním léků proti bolesti praktickými lékaři. Ti často odmítají podstoupit složitou agendu a raději nepovažují předepsání této medikace za nutné.

- *Jsou zapojeni dobrovolníci*

²¹⁵ Srov. ŠOUREK, D. Doprovázení umírajících v pobytových zařízeních. *In Sociální služby*, s. 20.

²¹⁶ Srov. tamtéž, s. 21.

Dobrovolníci jsou důležitým článkem týmu a jejich úkolem je nabídnout klientům všednost, každodennost a narušovat hermetickou uzavřenost zařízení. Často se pracovníci v zařízení dobrovolníkům brání. Příčinou jsou obavy, aby někdo z venku nenahlídl „pod pokličku“ naší práce. Dobrovolnictví ale naopak přináší důležitou zpětnou vazbu do zařízení a klientům tolik důležitý mezilidský kontakt.

- *Kontinuita pomoci pro potřebné a jejich blízké*

Toto kritérium znamená zajištění paliativní péče vždy, když je potřebná. Kontinuita ale znamená také doprovázení příbuzných v období smutku. Jak autor textu uvádí, toto je úkolem především klíčového pracovníka, který by měl být v tomto období rodině v zařízení k dispozici.

S tímto tvrzením osobně příliš nesouhlasím. Myslím si, že tuto funkci má zastávat sociální pracovník, který by měl být v rámci svého odborného vzdělání schopen poskytnout členům rodiny adekvátní psychosociální pomoc. Domnívám se, že tohoto klíčový pracovník schopen není. Považuji však za velmi dobrou praxi, když klíčový pracovník doprovází umírajícího a pokud rodina není přítomna, poslední okamžiky členům poté citlivým a vhodným způsobem zprostředkuje.

5.6 Příležitosti paliativní péče v pobytových službách

V České republice působí Česká společnost paliativní medicíny. Je členem Evropské asociace paliativní péče a jejím posláním je rozvoj a podpora vzdělávání a dobré klinické praxe v oblasti paliativní péče. Uveřejnění Standardů paliativní péče v roce 2013 bylo významným krokem, který systematicky vede k naplnění avizovaného cíle. Zmíněné standardy usilují o podporu a implementaci paliativní péče u nevléčitelně nemocných pacientů a rozvoj paliativní péče u nás.²¹⁷

Asociace poskytovatelů sociálních služeb v České republice podporuje rozvoj geriatrické paliativní péče a v roce 2014 získala dotaci na projekt financovaný z Programu implementace švýcarsko-české spolupráce Ministerstva zdravotnictví s názvem „Rozvoj geriatrické a paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb“. Posláním bylo zefektivnění a zvýšení kvality poskytované péče v pobytových zařízeních sociálních služeb v ČR a to

²¹⁷ Srov. <http://www.paliativnimedicina.cz/standardy-normy/standardy-paliativnich-postupu/standardy-paliativni-pece-2013>

zejména v oblasti kultury důstojného umírání a paliativní péče. V rámci projektu byly stanoveny jednotlivé cíle, které se týkaly jednak již zmiňovaného důstojného umírání a paliativní péče v pobytových zařízeních a jednak celkového přístupu v péči. To se týkalo především propojení zdravotní a sociální složky péče v organizacích, motivace a vzdělávání zaměstnanců. Také osvěta veřejnosti týkající se etických otázek a odbourávání mýtů o stáří smrti byla součástí projektu.²¹⁸

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky vytvořila v září 2016 pracovní skupinu, která byla složena z odborníků na paliativní péči. Cílem bylo vytvořit certifikaci paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. V průběhu léta 2017 proběhlo ověření nastavení systému vzdělávání ve čtyřech vybraných zařízeních. Jednalo se o Domov pro seniory Bechyně, Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou, Domov pro seniory Podpěrova, p.o. a Domov Sue Ryderz.

Již v průběhu června a srpna 2017 proběhlo pilotní ověření nastaveného systému vzdělávání paliativní péče ve třech vybraných zařízeních. Jednalo se o Domov pro seniory Bechyně, Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou, Domov pro seniory Podpěrova, p.o. Po ukončení bloku vzdělávání následovala v srpnu 2017 návštěva pracovníků udílejících certifikaci v samotném zařízení a jeho hodnocení podle stanovených kritérií.²¹⁹

Dne 29. června 2018 byl Asociací poskytovatelů sociálních služeb v České republice zveřejněn Průvodce nabídkou Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách a Přehled hodnocených kritérií pro získání certifikace. Od března 2018 nabízí Asociace také individuální konzultace odborníka, který poskytne rady a doporučení při zavádění paliativní péče v pobytovém zařízení.

Jihočeský kraj vydal koncepci paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023, která byla zastupitelstvem Jihočeského kraje schválena usnesením č. 240/2018/ZK-15 ze dne 06. 09. 2018. Snahou je rozvoj paliativní péče a tvorba konstruktivních strategií v této oblasti. Jde především o zajištění optimální spolupráce a vytvoření koordinovaného a kompletního systému zdravotních a sociálních služeb v oblasti paliativní péče v Jihočeském kraji.

²¹⁸ ŠVEHLOVÁ, A. APSS ČR podporuje rozvoj geriatrické a paliativní péče. In *Sociální služby*, s. 9.

²¹⁹ Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách – Projekty& Akce | Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. *Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky* [online]. Copyright © 2011 IRESOFT s.r.o. [cit. 14.01.2019]. Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/cz/projekty/certifikace-paliativni-pece>

Samotná koncepce se věnuje mapování současné situace v oblasti paliativní péče, její programová část pak navrhuje priority, nastiňuje příležitosti a výzvy a v neposlední řadě stanovuje opatření nutná k systémovému řešení dané problematiky. Na tvorbě koncepce se podíleli odborníci z jednotlivých segmentů oblasti paliativní péče. Vycházeli jednak z dostupných dat a informací, ale především ze svých dlouholetých zkušeností v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a jejich blízké. V průběhu následujících pěti let budou záměry koncepce operativně vyhodnocovány. Naplňování jednotlivých avizovaných strategických cílů a priorit, ale i vývoj v oblasti paliativní péče, mohou vést k aktualizaci dokumentu.²²⁰

To, že Jihočeský kraj myslí podporu paliativní péče opravdu vážně, potvrzuje dotační program administrovaný Odborem evropských záležitostí s názvem „Podpora paliativní péče v Jihočeském kraji“, která byla schválena usnesením Rady Jihočeského kraje č. 1388/2018/RK-55 ze dne 29. 11. 2018.

Jedná se o podporu vzniku mobilní specializované paliativní péče v Jihočeském kraji, jednak o podporu vzdělávání pracovníků v oblasti paliativní péče. Především druhé opatření „vzdělávání pracovníků“, vnímám jako velmi významný krok a skvělou příležitost k implementaci paliativní péče do pobytových zařízení. Bez odborně vzdělaného personálu nelze změnu v poskytování paliativní péče v pobytových zařízeních realizovat. V této výzvě je pod pojmem „domácí prostředí“ rozuměno jednak domácí prostředí pacienta, jednak i prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta např. zařízení sociálních služeb.²²¹

Osobně mne přístup Jihočeského kraje, kdy podporuje rozvoj paliativní péče, velmi potěšil, neboť se jedná zároveň o zřizovatele zařízení, ve kterém pracuji. Předpokládám, že tento trend bude i nadále pokračovat a poskytovatelé tak budou mít možnost zapojit se do této další významné transformace sociálních služeb.

Pokud se zaměřím na nadnárodní příležitosti implementace paliativní péče do praxe pobytových zařízení, nelze opomenout doporučení, které schválil Výbor ministrů Rady Evropy na svém zasedání již 12. listopadu 2003. Cílem tohoto doporučení, kterým by se měly řídit členské státy, je dosažení větší jednoty v oblasti péče o zdraví. Jedním z východisek je *„přesvědčení, že úcta k nevléčitelně nemocným a umírajícím vyžaduje především poskytování*

²²⁰ Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023. Jihočeský kraj.
https://www.krajjihocesky.cz/2509/koncepce_paliativni_pece_v_jihoceskem_kraji_na_obdobi_do_roku_2023.htm

²²¹ Dotační program „Podpora paliativní péče v Jihočeském kraji“, 1. výzva pro rok 2019, s. 3an.

patričné péče ve vhodném prostředí, jež jim umožní zemřít důstojně.“ Dále je zde připomenuto doporučení Parlamentního shromáždění týkající se ochrany lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících. Vyzdvihuje nutnost rozvinutí paliativní péče v evropských zemích.²²²

V dokumentu je dále uvedeno, že počet lidí, kteří potřebují paliativní péči, roste. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pacientů a jejich rodin a přestože podporuje život, pohlíží na umírání jako na přirozený proces.²²³ Což ostatně dokazují informace uvedené v této práci a osobní poznatky z praxe v pobytovém zařízení pro seniory.

Paliativní péče je dle doporučení nedílnou součástí zdravotního systému. Povinností vlády je zajistit, aby byla dostupná všem, kteří ji potřebují. Je nutné usilovat, aby se kvalitní a humánně poskytovaná péče stala zásadní součástí zdravotní péče o pacienty v závěru života. Dokument připomíná, že všichni lidé na konci života si přejí, aby se k nim zdravotníci chovali jako k plnohodnotným lidem a aby jim byla věnována kvalifikovaná péče s cílem zachovat důstojnost, podporovat nezávislost, maximalizovat pohodlí a zmírňovat symptomy nemoci. Paliativní péče by měla být, stejně jako jakákoliv jiná zdravotní péče, orientovaná na pacienta, jeho přání a potřeby, hodnotový žebříček. Klíčové pojmy jsou pro klienta důstojnost a samostatnost.²²⁴

Vlády členských států mají přijmout politická, legislativní a jiná opatření, která jsou nezbytná k vytvoření jednotného a komplexního národního rámce pro paliativní péči. Dále mají podporovat vznik mezinárodních sítí organizací, výzkumných a dalších institucí zabývajících se paliativní péčí a přijmout opatření, která jsou uvedena v příloze doporučení.²²⁵

Důvodová zpráva doporučení udává, že etické zásady, které jsou v paliativní péči uplatňovány, vycházejí ze skutečnosti, že nevléčitelně nemocný pacient není biologickým pozůstatkem, pro něj nelze nic udělat, a jehož život by neměl být zbytečně prodlužován, nýbrž naopak člověkem, který je až do samého konce života schopen vnitřně růst a něco dokázat, pokud mu bude od ostatních dopřána potřebná podpora a přijetí.²²⁶

²²² Srov. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům, *O organizaci paliativní péče*, s. 8.

²²³ Srov. tamtéž, s. 9.

²²⁴ Srov. tamtéž, s. 9.

²²⁵ Srov. tamtéž, s. 9.

²²⁶ Srov. tamtéž, s. 59.

Shrnutí

O tom, že klienti v pobytových zařízeních sociálních služeb mají stejné potřeby, jako lidé v domácím prostředí, není pochyb. Zároveň je ale nutné důrazně upozornit, že mají i stejné právo na péči, která svým přístupem umožní pokojné a důstojné umírání. Proto je nutné vytvořit podmínky pro poskytování skutečné paliativní péče v rezidenčních zařízeních, aby zde klienti mohli zůstat stejně jako by zůstali ve svém původním prostředí.

Povinností poskytovatelů sociálních služeb je mít definovaný veřejný závazek, ve kterém je mimo jiné uvedeno poslání, cíle, cílová skupinu, zásady, tedy vše, co případnému zájemci o sociální službu pomůže pomoc v rozhodování při výběru vhodného zařízení. Obvykle poskytovatelé mají poslání definováno obecně dle zákona o sociálních službách, v lepším případě je v něm uvedeno, jak služba bude aktivně na klienta působit, naplňovat jeho individuální potřeby a přání a podporovat ho v plnohodnotném způsobu života, včetně udržování sociálních kontaktů. V některých veřejných závazcích najdeme i důraz na zachování autonomie a důstojnosti klienta. Co však mají veřejné závazky společné, je orientace na život klienta v zařízení. Jako by se v nich odrážel dnešní postoj společnosti a její orientace na výkon a výsledek. Nikde není ani zmínka o péči o klienty v závěru života, žádné definování veřejného závazku v souvislosti s koncem života. Přitom v domově pro seniory je umírání a smrt jeho nedílnou součástí. Za mou dlouholetou praxi v pobytové službě se pouze pár klientů vrátilo zpět do domácí péče a dva klienti odešli do hospice. Je jasné, že deklarování dobré a důstojné smrti ve veřejném závazku poskytovatele by u zájemců o službu v dnešní době asi zatím příliš neobstálo. Přesto by mělo být posláním sociálních služeb zajistit důstojnou péči až do konce života klienta a tento fakt by dle mého názoru měl být určitým jasným způsobem ve veřejném závazku poskytovatele zakotven. Stejně tak by mělo být součástí individuálního plánování ustanovení o přáních týkajících se posledních záležitostí klientů. Zabránilo by se tím vytěsňování tématu umírání a smrti jak u klientů, tak i u personálu.

Co se vybavení domovů pro seniory týká, dle mých osobních zkušeností, a díky možnosti porovnání stávající situace ve zdravotnických zařízeních na odděleních následné péče, mohu konstatovat, že domovy v mnohém markantně předčí zdravotnická zařízení. V čem však naopak péče zaostává, je multidisciplinární přesah a trvalá dostupnost lékařské péče. Často v domovech, ve kterých je prioritou klient a jeho důstojnost, a ve kterých není paliativní péče zavedena, poskytují ošetrovatelskou péči spíše intuitivně a hledají, jak nejvíce svým klientům

od bolesti a strádání pomoci. Soustředí se na péči o tělesnou schránku klienta, zahrnutí různých konceptů do péče (např. bazální stimulace, smyslová aktivizace, reminiscence, validace, chromoterapie, snoezelen, muzikoterapie, zooterapie,...) a kladení důrazu na to, aby klient nebyl v posledních chvílích sám.

Integrace paliativní péče do systému sociálních služeb je nezbytnou podmínkou k tomu, aby péče o klienty byla skutečně efektivní z hlediska zajišťování jejich kvality života a jejich blízkých. Je však nutná systematická práce v rámci komunitního plánování na regionální úrovni a na úrovni krajské. Spolupráce poskytovatele s krajskými úřady, které jsou mnohdy současně i zřizovateli zařízení, se jeví jako velmi významná, neboť kraje ve svých prioritách integraci paliativní péče do praxe často avizují.

Největší překážkou zavádění konceptu paliativní péče do praxe pobytových sociálních služeb je fakt, že paliativní péče v domovech pro seniory zatím stále stojí mimo právo. Přestože došlo k zakotvení paliativy do obecně závazných právních předpisů a některé pojišťovny hradí výkony spojené s výkonem paliativní péče v pobytových službách, v právním systému, který se týká sociálních služeb, upravená zatím není. Vhodnou alternativou tak nadále zůstává využívání služeb mobilního hospice v pobytových zařízeních sociálních služeb.²²⁷

Dalším limitem je dle mého názoru především absence podpory zavedení konceptu paliativní péče od nejvyššího vedení organizace. Bez razantní a systematické změny filozofie v organizaci může jen těžko dojít k transformaci stávajícího způsobu poskytování služeb. Jedná se o poměrně složitý a dlouhodobý proces, který se neobejde bez podpory odborníků a jak se domnívám, ani bez některých personálních změn. Personální zajištění služby je však mnohdy v současné situaci panující v sociálních službách poměrně náročné a poskytovatelé si často nemohou s ohledem na zajištění provozu vhodné zaměstnance vybírat. Možným východiskem je dle mého názoru systematická a cílená práce se zaměstnanci, jejich proškolení v potřebných oblastech a cílené poukazování na dobrou a špatnou praxi v rámci zařízení.

Další podstatnou překážkou poskytování paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je také nedostatečné zajištění odborné lékařské péče, absence psychologa a pastoračního pracovníka přímo v zařízení. Co se týče léčby bolesti, kterou, jak jsem již v práci uvedla, lze zhruba v 95 % úspěšně řešit, je situace v domovech pro seniory zcela specifická.

²²⁷ Srov. Paliativní péče v domovech pro seniory, *In Rezidenční péče*, s. 22.

Především proto, že klienti jsou závislí na postoji a názoru lékařů, kteří do domovů docházejí. Jelikož lékaři ve většině případů nemají vzdělání v paliativní medicíně, mnoho z nich nepovažuje za nutné léky proti bolesti na bázi opiátů klientovy předepsat. Důvodem je specifická agenda typická pro předepisování a užívání tohoto typu léků. Je však nutné si uvědomit, že z právního hlediska by se nepodání bolest tišících léků klientovi dalo chápat jako „ublížení na zdraví“. Proto je změna v domovech pro seniory velmi složitá a vyžaduje téměř nadlidské nasazení personálu k získání lékařů motivovaných pro paliativní péči.²²⁸

²²⁸ Srov. Šourek, D. Doprovázení umírajících v pobytových zařízeních. *In Sociální služby*, s. 21.

6 DOPROVÁZENÍ

„Smrt by měla být klidným přitakáním, láskyplným rozloučením se starými přáteli, se světem. Neměla by v ní být obsažena ani stopa tragédie.“

Osho

Problematika umírání, smrti a konečnosti života může dle Jankovského v člověku na jedné straně budit až nevyslovitelnou hrůzu, na straně druhé je však spojena se samotnou podstatou lidského bytí a má v sobě ukrytý jakýsi zvláštní majestát. Je velmi důležité, aby ten, kdo hodlá doprovázet umírajícího, měl otázky života a smrti vypořádané. Jankovský říká, že by se mělo jednat o člověka zralého, moudrého a dobře připraveného.²²⁹

Jak jsem uvedla v kapitole 1.5 Utrpení a smysl života, je umírání v dnešní společnosti převážně osamělá životní událost. Yalom hovoří o dvou druzích osamělosti – o každodenní a existenciální. První z nich je osamělost mezilidská, která souvisí s odloučením od druhých lidí. Existenciální osamělost pramení z nepřekonatelné propasti mezi jedincem a ostatními lidmi. Týká se ztráty nejen našeho biologického života, ale také našeho vlastního, jedinečného světa, který neexistuje v žádné jiné mysli člověka, neboť každý člověk obývá svůj svět, který dokonale zná pouze on sám. Mezilidskou izolaci, kterou vnímáme jako každodenní pocit osamělosti, zažívá v různých životních etapách každý z nás. Existenciální izolaci nejintenzivněji prožívá člověk starší, který je smrti blíž. Člověk si podle Yaloma začíná uvědomovat realitu, že jej na cestě ke smrti nemůže nikdo naplno doprovázet a že: *„Tím opuštěným údolím musíš kráčet sám.“*²³⁰

Jandourek uvádí, že na základě vážného onemocnění může před biologickou smrtí nastat smrt *sociální*. Důvodem je ztráta kontaktů a vyřazení člověka ze společnosti.²³¹ Mít možnost být s člověkem poslední úsek jeho života a doprovázet jej na něm, lze chápat jako dar jak pro umírajícího, tak pro doprovázejícího. Právě tato část může být tou nejdůležitější v životě člověka, neboť mnohdy dojde k otevírání témat a oblastí života, kterým se dříve vyhýbal a nemluvil o nich. *„Zármutek a ztráta mohou člověka vyburcovat a přimět ho uvědomit si své bytí.“*²³²

²²⁹ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 141.

²³⁰ Srov. YALOM, I. *Pohled do slunce*, s. 91.

²³¹ Srov. JANDOUREK, S. *Sociologický slovník*, s. 218.

²³² Srov. YALOM, I. *Pohled do slunce*, s. 33.

Otázkou však je, jak pomoc umírajícímu učinit utrpení alespoň z části snesitelnějším. Umírajícímu člověku „...nelze prokázat větší službu, než mu nabídnout pouhou svoji přítomnost“²³³ a pomoci mu tak zvládat nepřízeň osudu. Doprovázejícím může být někdo z personálu, dobrovolník, ale především by to měl být někdo z rodiny. Důležité pro zlidštění utrpení jak klientů, tak i rodinných příslušníků, je nebránit se úlevě prostřednictvím pláče, nářku, prosby i případné obžaloby.

Byock, který působil mnoho let jako lékař v hospici, říká, že umírání nemusí být bolestivé a tělesné utrpení lze vždy zmírnit. Co však lidé potřebují, je neumírat v osamocení. Mučivou úzkost umírajícího může v mnoha případech utišit klidná a starostlivá přítomnost jiného člověka. Závěr života poskytuje příležitost k vytvoření chvíl hlubokého významu mezi umírajícím a doprovázejícím. Předpokladem je pocit klidu a vědomí toho, že v nejtěžších chvílích nezůstane člověk opuštěn. Pokud se doprovázející postaví k umírání otevřeně, odpovědně a se starostlivou péčí, má možnost nejenom se k umírajícímu přiblížit, ale především i sebe vnitřně posílit.²³⁴

6.1 Fáze vyrovnávání člověka se ztrátou dle Elisabeth Kübler-Ross

Abychom mohli klienta v pobytové službě co nejlépe doprovodit v závěrečné fázi života, musíme vědět, čím prochází, jaké jsou jeho pocity a potřeby. Smrt bývá někdy označována jako „*zhuštěná socializace*“ s fázemi popírání, hněvu, vyjednávání, deprese a přijetí, jak je stanovila Kübler-Ross na základě letité praxe mezi umírajícími lidmi a výzkumu osob v terminálním stádiu nemoci.²³⁵

V následující části práce se na tato stádia zaměřím. Fáze jsou sestaveny chronologicky, od zjištění zásadní informace o nevyléčitelnosti nemoci, až k blížící se smrti. Je nezbytné si uvědomit, že těmito fázemi neprochází pouze klient, nýbrž i jeho blízcí a přátelé. Každý člověk je jiný. Často se stává, že pacienti a jejich příbuzní procházejí těmito fázemi rozdílně. Každému trvá také jinak dlouho, než překoná některou z fází. Naopak někdo jiný jednu či více fází přeskočí, někdo nějakou fází překoná a následně se k ní opět vrátí, či ji nepřekoná a ustrne v ní.

²³³ Srov. YALOM, I. *Pohled do slunce*, s. 93.

²³⁴ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 14.

²³⁵ Srov. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*, s. 218.

U jednotlivých fází se zaměřím na vhodné reakce sociálního pracovníka v jednotlivých fázích a na způsob komunikace s umírajícím, neboť v té se dle mého názoru často chybuje.

Fáze vyrovnávání člověka se ztrátou dle Kübler-Ross²³⁶

1. fáze: Popírání a izolace

První fáze je typická pro všechny klienty bez rozdílu. Ze začátku zprávě, že trpí nevyhléditelnou nemocí, nevěří a dožadují se nového přezkoumání svého zdravotního stavu. Klienti jsou často v šoku, ze kterého se postupem času dostávají. Popírání vážnosti situace není typické pouze pro dobu po bezprostředním sdělení diagnózy, ale k tomuto obrannému mechanismu se klienti uchylují i v průběhu fází následujících. Jsou to chvíle, které umožňují nalezení vnitřní síly k řešení situace. Tato fáze netrvá dlouho a brzy je vystřídána fází další²³⁷.

Sociální pracovník by s klientem o jeho zdravotním stavu měl hovořit pouze tehdy, pokud ví, že je toho dotyčný schopen. Pokud závažnost svého zdravotního stavu začne klient opět popírat, je nejvhodnější stočit téma hovoru jiným směrem. Vhodné také je, pokud je toho klient schopen, promluvit si s ním o jeho majetkových záležitostech. Ty je lepší řešit, dokud k tomu má klient sílu. V situacích, kdy člověk nechce mluvit o vážných věcech a začne snít a plánovat budoucnost, je nemyslitelné mu toto snění přerušovat a vracet ho do reality, jenž je pro něj velmi bolestná.

Při rozhovoru s pacientem je důležité stále sledovat vlastní reakce a postoje, neboť právě ony se následně projeví v klientově chování. Mohou mu sice pomoci, ale naopak také velmi uškodit. Nemocného je třeba vyslechnout, informace klidně a nejspíše opakovaně vysvětlit, trpělivě odpovídat na jeho otázky. Značnou podporu v této době potřebují nejen umírající, ale i doprovázející osoby.

2. fáze: Hněv, agrese

Po fázi odmítání přichází doba, která není pro příbuzné klienta ani pro personál poskytovatele příjemná. Zlost, kterou klient cítí ke každé osobě, se kterou přijde do kontaktu, je veliká. Vybíjí si ji tím, že si neustále na něco či někoho stěžuje. Nejčastěji jsou to zdravotní sestry a jejich nedokonalá péče. Rodinní příslušníci jsou tímto hněvem a neustávající nespokojeností zaskočení a především zarmouceni. Setkání s nemocným se tak stává bolestnou záležitostí, na

²³⁶ Srov. KÜBLER–ROSS, E. *O smrti a umírání*, s. 35–100.

²³⁷ Srov. tamtéž, s. 35–100.

kteřou rodina reaguje také hněvem, pláčem a v nejhorším případě zkrácením času, který s příbuzným jsou ochotni strávit.

Pro všechny zúčastněné je nezbytné „naučit se nemocným naslouchat, přijímat jejich někdy i „nespravedlivou“ zlost s vědomím, že úleva, jež se dostaví s jejím vyjádřením, jim snáze pomůže akceptovat poslední hodiny života.“²³⁸ Problém nastává, když se při kontaktu nesnažíme vcítit do situace nemocného a tím pádem se nesnažíme pochopit důvod jeho hněvu. Zlost, kterou klient šíří kolem sebe, si následně bereme příliš osobně.

Sociální pracovník by měl projevovat opravdový zájem o klienta, naslouchat mu, snažit se jej pochopit. Tím klientovi ukáže, že ho okolí stále bere vážně a záleží mu na něm. Mnohdy takový přístup vede ke zklidnění klienta.

Pokud nemocný má zájem, umožníme mu mluvit o jeho emocích. O vzteku, strachu, úzkostech a pocitech nespravedlnosti, o bezmoci, zoufalství, rezignaci, o smutku. Hněvivé výroky na adresu zdravých chápeme v kontextu jeho touhy žít a jeho zklamání, že nastala situace, která tolik změnila jeho život. Nesmíme to brát osobně.

3. fáze: Smlouvání

Toto stadium netrvá dlouho. Nemocní, stejně jako děti, se po negativní odpovědi na jejich dotaz či prosbu rozzlobí²³⁹ a později se uchýlí ke smlouvání. Např.: „*Když budu jíst spoustu vitamínů a přestanu kouřit, uzdravím se?*“ Častokrát, i když to málokdy přiznají, smlouvají nemocní s Bohem. Sliby také mohou být následkem pocitu viny, kterou klient může cítit za určité jednání, kterého se v minulosti dopustil.

Ten, kdo doprovází člověka ve fázi smlouvání, má významný úkol pomáhat mu vytvářet krátkodobé cíle a každý sebemenší splněný cíl ocenit. Cíl by měl být obsahový, nikoli časový. Ptá-li se nemocný, jestli se může dožít nějaké události za tři, čtyři roky, nikdy neříkáme: „*To sotva.*“ Mluvíme o tom, proč je to pro něj důležité a také o tom, že je to možné, ale že nikdo nemá „záruční list“ na další den. V této době je nemocný nejvíce otevřený nabídkám zázračných léků a léčitelů. Je třeba pečlivě zvažovat, za co je dobré platit penězi i časem.

²³⁸ Srov. KÜBLER–ROSS, E. *O smrti a umírání*, s. 49.

²³⁹ Viz druhé stádium vyrovnávání se smrtí

4. fáze: Deprese

Příchod smutku a deprese do života člověka, který umírá, je samozřejmý. Důvodů, proč je klient v depresi, může být několik. Např. pocit, že již není tím, kým býval, že ztrácí své role. Např. žena se po odstranění prsu může cítit méněcenná, ne jako žena. Dlouhodobý léčebný proces může klienta připravit o možnost pracovat, vydělávat peníze a tím pádem může mít deprese ze ztráty postavení v rodině, ve společnosti a sociálních kontaktů. Dalším důvodem depresivních stavů mohou být velké finanční náklady, které klient a rodina vydávají na léčbu.

V této fázi má sociální pracovník možnost klientovi a jeho rodině významně pomoci např. tím, že jim pomůže řešit problémy v rodině, které vznikly na základě onemocnění jejího člena. Nejvíce ohroženými osobami v rodině jsou osamělí staří lidé a děti. Kübler-Ross uvádí, že po odstranění problémů tohoto typu deprese u klientů rychle odezní.

Klientův psychický stav se také zlepší ve chvíli, kdy rodina začne akceptovat jeho rozhodnutí. Jestliže se pacient pomalu začíná smiřovat se svou smrtí, ale rodina stále trvá na tom, aby se dále léčil, může tento fakt vést k jeho depresivním stavům. Je vhodné, aby si sociální pracovník s rodinou promluvil, vysvětlil jim, že klient se již nechce více léčit a pomohl jim jeho rozhodnutí pochopit.

Pokud však umírající trpí depresemi a smutkem z nastávající ztráty, je namísto nechat ho tímto procesem projít bez našeho většího zásahu, neboť tímto smutkem se připravuje na blížící se ztrátu. Není vhodné mu říkat, ať myslí na hezké věci, ať se netrápí skutečnostmi, které se nadají změnit. Tyto chvíle jsou vhodné pro „pouhé“ sezení vedle umírajícího, držení ruky, společné pomodlení, či setrvání v tichosti. Vždy záleží na přání klienta.

Ve fázi deprese mají své místo antidepresiva, ale nejlépe pomáhá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu a provází jej těžkým obdobím na konci života. Pro umírajícího je důležité, aby měl s kým hovořit o strachu ze smrti a o všem, co mu jde hlavou. Dostane-li se mu podpory a pochopení, fáze deprese nemusí být dlouhá.

Je potřeba trpělivě naslouchat, co nemocného trápí. Pravděpodobně bude chtít např. urovnat případné špatné vztahy se svými blízkými. Je potřeba pomoci mu s tím, jako i s hledáním dalších řešení jeho problémů a úzkostí.

5. fáze: Smíření

Dosažení tohoto posledního stádia není pro všechny lidi stejné. Jedni ho dosáhnou poměrně rychle a sami, jiným k tomu pomáhá rodina či personál, tudíž jim to zabere mnohem více času. Při smíření klient necítí zlost, ale také to neznamená, že by byl šťastný. Mnohem častěji vyžaduje spánek i během dne. Není to však spánek, kterým by zaháněl smutek či bolest. Je to zkrátka potřeba, o kterou si tělo každého umírajícího řekne. Do stavu vnitřního míru, klidu a vyrovnanosti se zdaleka nemusí dostat každý. U nemocného může dojít k rezignaci, beznaději. Místo slov může často pomoci mlčenlivá lidská přítomnost, držení za ruku, utírání slz. To pomůže ujistit umírajícího, že i když s nikým nemluví, nezůstal osamocen.²⁴⁰ V těchto chvílích je nutné, aby se pozornost sociálního pracovníka soustředila také na rodinu, které umírá člen a která se taktéž dostává do krizové situace.

Výše uvedené fáze ukazují, že nemoc a umírání je složitý proces, kterým každý člověk prochází jinak a odlišně ho i prožívá. Pro sociálního pracovníka je nezbytné tyto fáze znát a umět odhadnout, ve které z nich se momentálně klient a jeho příbuzní nacházejí. Tyto znalosti mu při komunikaci s nimi velmi pomohou odhadnout psychické rozpoložení a mnohdy pomohou předejít zbytečným nedorozuměním.

6.2 Zapojení blízkých osob

Spolupráce s rodinou je nezbytnou součástí paliativní péče. Jelikož doprovázení blízkého člověka v závěru života je bezpochyby velmi náročným a bolestným obdobím, je potřeba poskytovat podporu a pomoc i blízkým osobám klienta. Velký význam rodiny spočívá v tom, že má možnost podílet se na přímé péči o svého blízkého, může se účastnit aktivizačních akcí, případně rehabilitačních činností, pokud to zdravotní stav klienta dovoluje. Nezbytná je možnost být s umírajícím do jeho poslední chvíle, to znamená možnost přistýlky na pokoji a zajištění stravy. Abychom mohli s rodinou co nejlépe spolupracovat a komunikovat, měli bychom se orientovat v potřebách jejích členů.

V publikaci *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči* shrnuli autoři potřeby členů rodiny do následujících bodů:²⁴¹

²⁴⁰ Srov. KÜBLER–ROSS, E. *O smrti a umírání*, s.35–100.

²⁴¹ Srov. BYDŽOVSKÝ J.; KLABÁT, J. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 36.

6.2.1 Potřeby členů rodiny umírajícího klienta

Tak jako každý umírající má své potřeby, které jsem uvedla v kapitole dvě, tak i jeho blízcí potřebují specifickou pomoc od personálu pro zvládnutí umírání svého blízkého.

- Obvykle se rodina snaží s umírajícím trávit co nejvíce času. Jsou však případy, že je přítomnost členů rodiny u umírajícího tak zraňující, že se tomuto kontaktu vyhýbají.
- Rodina se snaží být umírajícímu nápomocna ve všech úkolech péče a snaží se mu splnit každou maličkost, o kterou požádá. Jsou však případy, např. podávání farmak nebo péče o osobní hygienu, které jsou pro rodinné příslušníky velmi těžké vykonávat.
- Pečující rodinní příslušníci mají potřebu ujist'ovat se, že umírajícího nic nebolí, že je o něho dobře pečováno.
- Rodina chce být zpravidla dobře informována o zdravotním stavu umírajícího, a proto žádá vysvětlení lékařských zpráv, ošetrovatelských postupů apod.
- V případě velkých a rozvětvených rodin mohou nastat neshody týkající se aplikace paliativní péče namísto kurativní péče mezi blízkými pečujícími, kteří si přejí především kvalitní paliativní péči a vzdálenějšími příbuznými, kteří z neznalosti situace trvají na kurativní léčbě.
- Rodina je v závěrečné fázi života klienta ve velké nejistotě, a proto jsou časté dotazy na prognózu onemocnění, případně na období očekávané smrti.
- Pro blízké osoby umírajícího je velmi důležité mít možnost projevit svůj strach, obavy, pocity.
- Každý z doprovázejících členů rodiny potřebuje podporu, útěchu, uznání od ostatních členů rodiny i od personálu.²⁴²

Pokud výše uvedené potřeby rodiny jsou alespoň z části saturovány, rodina má potřebné informace, podporu a ocenění od personálu, pak jsou rodinní příslušníci schopni učinit i těžká rozhodnutí, která však budou pro klienta a potažmo i pro rodinu samotnou správná. Jsou také schopna lépe pečovat, využít dobře čas, který ještě umírajícímu zbývá, a zpravidla se lépe se vyrovnají se smrtí blízkého.²⁴³

²⁴² Srov. BYDŽOVSKÝ J.; KLABÁT, J. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 36.

²⁴³ Srov. tamtéž, s. 37.

6.2.2 Reakce na smrt klienta z pohledu blízkých

Po úmrtí blízkého člověka jsou pozůstalí často velmi duševně zraněni, na hranici přežití. Nastupuje právní, ekonomická a administrativní mašinerie v rámci vyřizování pohřbu a pozůstalosti. Vnější okolí mnohdy nebere zřetel na to, v jakém stavu se tento člověk s živými a hlubokými ranami nachází a že zpracování tématu smrti blízkého má vliv na další jeho důstojnost a životní etapy.²⁴⁴

Byock popisuje osobní zkušenost, která jej prostoupila po smrti otce. Hovoří o době, kdy otec umíral, především o posledních měsících a týdnech, které se mu v myšlenkách vracely a prostupovaly jeho sny. Vybavovaly se mu dojemné okamžiky z oné doby, které u něho vyvolávaly hluboký, bolestný smutek. Zároveň však hovoří o něčem drahocenném, co nelze popsat, ovšem zůstává navždy v člověku.²⁴⁵

Umírání člověka můžeme podle Byocka připodobnit k rozvíjení malého dítěte. Také umírající zažívá nové objevy, proniká k samotné podstatě věcí a přizpůsobuje se měnícím se okolnostem v rámci své osoby, ale i ve vztahu k prostředí. Mnohdy je přítomný tlak na přizpůsobení se nechtěným změnám a díky zhoršujícím se tělesným i psychickým schopnostem začne být okolí pro člověka ohrožující. Častým problémem také bývá reakce rodiny a přátel na sdělení nepříznivé prognózy. Mohou se začít chovat jinak, jsou smutní, zasmušilí, nebo se dokonce začnou umírajícímu, z důvodu vlastní emocionální bolesti, vyhýbat. *„Jakmile však umírající člověk dosáhne ve svém vývoji mezníků, v nichž zakusí lásku k sobě samému i k druhým, završení vztahů, přijetí konečnosti lidského života a dosažení nového smyslu pro sebe sama navzdory blížícímu se zániku, jeho vlastní života i životy jeho blízkých se obohatí.“*²⁴⁶

Zajímavý mi přijde názor, že soucítění znamená být s trpícím tiše, v plném soustředění na jeho osobu. Pak nemají naše negativní emoce, které nás i umírajícího často zatěžují, zbytečný prostor pro rozvoj. Nehrozí přílišné obrácení se sami k sobě, ke své citlivosti, plačtivosti, tklivého utrpení. Přichází pravé soucítění, které vychází spíše z mlčení a jednání podle potřeby. Zde, v tichém sdílení, vzniká prostor pro skutečnou a účinnou lásku. Je zřejmé, že

²⁴⁴ Srov. HÁJKOVÁ, D.; FUNK, K: *Provázení, aneb, Opřete se i o mne*, s. 5.

²⁴⁵ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 43.

²⁴⁶ Srov. tamtéž, s. 52.

přijetí utrpení druhého, je často velmi náročný úkol, který mnohdy může být až na hranici našich možností. Ovšem právě takovéto situace posouvají lidské hranice.²⁴⁷

Rozpoznání příležitostí pro osobní zrání a rozvoj, a pomoci umírajícímu je naplnit, je velkou výzvou pro doprovázející. Důležitá je odvaha. Odvaha hovořit i o věcech, kterým se obvykle vyhýbáme, o bolestných vzpomínkách, citech uložených v hlubokém nitru, ale i o pragmatických detailech týkajících se umírání a smrti. *„Čas umírání je temná zlověstná krajina: konec cesty, na které leží neznámý, hrůzu nahánějící terén. Ale rozpoznání úkolů a cílů, jichž se má dosáhnout, může poskytnout uklidňující mapu na cestě jinak temnou budoucností.“* Při hledání způsobů, jak na tuto pomyslnou cestu vykročit a jak naplnit úkoly a cíle, které má člověk před sebou, představují např. otázky typu: *„Co zůstane nedoděláno, kdybych dneska umřel?“* nebo *„Jak bych mohl prožít plněji čas, který mi zbývá?“*²⁴⁸

Je důležité si uvědomit, že pokud emočně nezvládneme sami utrpení blízkého člověka, nemůžeme pro něho být skutečnou oporou. Musíme se snažit o pochopení odcházejícího člověka v jeho celistvosti, v návaznosti na jeho předchozí život. V době umírání blízkého máme jedinečnou možnost prolistovat pomyslnou knihu života, která se pomalu uzavírá. Pro doprovázejícího je to vlastně pocta, být u toho a pomoci umírajícímu s jeho završením a bilancováním všech skutků.²⁴⁹

Shrnutí

V kapitole Doprovázení umírajících jsem se podrobněji věnovala této problematice z pohledu blízkých osob klienta, neboť práce s rodinou by měla být nedílnou součástí paliativní péče. V pobytových zařízeních je dle mých zkušeností tato práce mnohdy neprávem opomíjena, v horším případě chápána jako nežádoucí.

Podrobněji jsem se věnovala jednotlivým fázím vyrovnávání se smrtí dle Elisabeth Kübler-Ross, neboť právě senioři, a obzvláště ti umírající, jsou skupinou velmi citlivou a vnímavou k nejrůznějším změnám a tyto chápou jako náročnou situaci ve svém životě. Touto změnou bezesporu umírání je. Proto pokládám za nezbytné, aby se personál dobře orientoval v jednotlivých uvedených fázích, byl schopen adekvátně komunikovat a poskytnout potřebnou pomoc či podporu. Příklady komunikace s klientem v jednotlivých fázích uvádím

²⁴⁷ Srov. HÁJKOVÁ, D.; FUNK, K. *Provázení, aneb, Opřete se i o mne*, s. 20.

²⁴⁸ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 53.

²⁴⁹ Srov. HÁJKOVÁ, D.; FUNK, K. *Provázení, aneb, Opřete se i o mne*, s. 22an.

jako příklad dobré praxe. Klade značné požadavky nejen na psychiku samotného klienta, ale i těch, kteří mu stojí nejbližší. V tomto těžkém a bolestném období lze však žít i dobře. V případě aplikace konceptu paliativní péče mají všichni zúčastnění možnost vlastního obohacení a zbavení se strachu z umírání a smrti. Nezbytná je však vzájemná a otevřená komunikace, které se věnuji v následující kapitole.

*„Lítost sentimentální není nemocnému nic platná a v extrémních případech vede až k úvahám o usmrcení nemocného, k úvahám o eutanazii. Lítost tvůrčí je schopná plného nasazení a někdy až nadlidské oběti.“²⁵⁰*A o tom doprovázení umírajícího v paliativní péči přesně je.

²⁵⁰ SVATOŠOVÁ, M. Hospic a jeho místo ve společnosti. In *Sociální služby*, s. 27.

7 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

„Rána mečem se hojí vždy, rána způsobená slovem však nikdy.“²⁵¹

Verbální komunikace patří mezi základní schopnost, která je vlastní pouze člověku. Pouze člověk může druhým lidem slovně vyjádřit svá přání, vyslovit svůj názor, svůj postoj, ale může také svými slovy druhého posílit, povzbudit, srazit, zarmoutit či ranit.

V rámci sociální práce je komunikace nejen prostředek předávání informací, ale především nástroj k navázání a rozvíjení důvěrného vztahu a poskytnutí potřebné pomoci. Komunikace se zde stává stěžejní kompetencí pečujících. Úkolem je nejen dobře vnímat své klienty a posoudit, co je pro ně vhodné, ale také svým verbálním a neverbálním projevem umět získat důvěru, vytvořit atmosféru vhodnou k otevření klientova problému a trápení a konstruktivně hledat řešení. Měl by to být pečující, kdo umí klást otázky a hledat u klienta jeho silné stránky. Umění empaticky naslouchat klientovým verbálním i neverbálním signálům je schopnost, která pracovníkovi pomůže vcítit se do jeho problémů, pocitů a postojů. V souvislosti s těmito dovednostmi je pečujících schopen popsat a analyzovat klientovy prožitky, chování a pocity. Forma komunikace s umírajícími je obzvláště náročná, neboť *„...všechno, co je v čase očekávání konce života řečeno či konáno, je velmi důležité a má zvláštní váhu.“²⁵²*

Každou specifickou skupinu komunikujících ovlivňují různé faktory, na které je třeba předem myslet a které je nutné zohlednit. U seniorů patří mezi nejdůležitější věk, zdravotní stav, různé smyslové poruchy, stav kognitivních funkcí, ale i vzdělání a čas, jež pro rozhovor máme určený.²⁵³ Komunikace s umírajícími se často přesouvá do nonverbální roviny. Na významu nabývají gesta, dotyky, pohledy. Komunikace musí být citlivá, přirozená a otevřená, s maximálním respektem ke klientovi, jeho důstojnosti a autonomii.

Na straně pracovníka, mohou být různá omezení ovlivňující komunikaci s klientem. Nejčastěji se jedná o nedostatek času a s tím související neochota naslouchat, která samotného seniora blokuje v další ochotě komunikovat. Dále se může jednat o snahu hovořit o tématu, které je pro seniora nepříjemné, obtěžující, o kterém prostě hovořit nechce. Je tedy nutné

²⁵¹ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 134.

²⁵² Srov. BYDŽOVSKÝ, J.; KLABÁT, J. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 29.

²⁵³ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 229.

zaměřit se v hovoru na to, o čem klient sám hovořit chce, případně co navrhně. Také neochota ze strany personálu s klientem vůbec komunikovat vede často k jeho uzavření se do sebe.

Před samotným rozhovorem je vhodné si uvědomit, že se každý během kontaktu s druhým vyjadřuje také neverbálně. I při mlčení tedy klientovi mnohé sděluje pracovníkova mimika, pohledy, podání ruky či postoj. K získání klientovy důvěry je nezbytné, aby verbální a neverbální komunikace byla v souladu. V opačném případě jsou šance na získání klientovy důvěry mizivé.

Další velkou překážkou v komunikaci se seniory může být strach z otevření tématu jako je nemoc či smrt a s ní spojené obavy. Z výzkumů, které za poslední desetiletí proběhly, vyplývá, že dobrá komunikace může nejen pozitivně ovlivnit psychický stav a kvalitu života lidí v terminálním stádiu onemocnění, ale může také napomoci ve zmírnění tělesných symptomů.²⁵⁴

Rozhovor s umírajícím člověkem má svá jistá specifika. Na jedné straně je potřeba reagovat na téma, o kterém chce nemocný mluvit, na druhou stranu by se měl pracovník snažit zmírnit klientovu beznaděj, snažit se dosáhnout smíření klienta se stávající situací a podporovat jeho kladné sebehodnocení. Často v těchto situacích dochází k pocitům bezradnosti a ztráty smyslu existence. Úkolem pečujících je dát klientovi šanci, že se dá i přes jeho nepříznivý zdravotní stav něco dělat, dát mu jistou reálnou naději. Důležité je snažit se o již zmíněné smíření klienta s jeho situací, neboť právě toto smíření je krok k prožití kvalitnějšího a plnohodnotnějšího zbytku života.²⁵⁵

Pocit méněcennosti a nízkého sebevědomí umírajícího seniora může pramenit ze závislosti na druhé osobě a z neschopnosti vlastní sebeobsluhy. Tito lidé často byli celý život samostatní a najednou o tuto samostatnost přišli kvůli věku či nemoci. V rámci rozhovoru je nutné zdůraznění lidské důstojnosti, kterou člověku nemůže nikdo a nikdy vzít. Získání důvěry klienta je zřejmé zejména tehdy, když dochází k jeho otevření, když hovoří o tématech, která pro něho byla dříve tabu. Toto je výsledkem dobře vedeného rozhovoru pracovníka a značí to jeho vysokou profesionalitu v rámci komunikačních dovedností.²⁵⁶

²⁵⁴ Srov. POLLARD, A.; SWIFT, K. *Komunikační dovednosti v paliativní péči*, s. 29.

²⁵⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*, s. 91–101.

²⁵⁶ Srov. tamtéž, s. 91–101.

Zkušenost s umíráním a konfrontace s umírajícími lidmi k práci v rezidenčním zařízení pro seniory neodmyslitelně patří. Strach ze smrti je v životě člověka přirozený a nemizí ani při opakovaném kontaktu s umírajícími či truchlícími. Je důležité si uvědomit, že pečující personál denně jedná s lidmi, kteří si nějakým způsobem v sobě nesou osobní trauma. Pracovat s umírajícími pro pečující znamená mít v sobě vyřešenou otázku vlastní smrtelnosti. Je otázkou, zda personál přímé péče, který často absolvuje pouze kurz pracovníka v sociálních službách, a který často nemá zkušenosti s umíráním a se smrtí, dokáže „tváří v tvář“ čelit výzvěm paliativní péče.

7.1 Desatero komunikace se seniory a umírajícími

Janečková a Weiss uvádí desatero komunikace se seniory.²⁵⁷ Dodržování těchto pravidel je nesmírně důležité také při práci s umírajícími a jejich rodinami. Během mého působení v sociální sféře jsem se bohužel často s porušováním těchto pravidel nejednou setkala. Proto se pokusím u každého pravidla nastínit, jak by praxe měla a také neměla vypadat.

1. Respektujte identitu klienta a důsledně ho oslovujte jménem.

Je nezbytné zjistit, jak si klient přeje být oslovován, zda příjmením, jménem, titulem nebo jiným způsobem. Vždy klientům vykáme, výjimky jsou možné pouze v případě bližších rodinných či přátelských vazeb. V rámci poskytování sociální služby by jej takto měli oslovovat všichni, kdo se na péči podílí. Je nepřijatelné, aby klienti byli oslovováni „babi“, „dědo“, případně různými přezdívkami a zkomolenými jmény. Tento dříve poměrně častý jev se bohužel stále ojediněle u některých pracovníků objevuje.

2. Vyhýbejte se zdětinštění seniora, nehovořte s nimi jako s dětmi.

To, že klient je závislý na pomoci druhé osoby, u pracovníků někdy evokuje péči o malé děti a podle toho přizpůsobují svoji komunikaci. Především u klientů se syndromem demence se s tímto postojem někdy setkáváme. Při pomoci s přijímáním potravy jsou pak slyšet různé pokyny jako „ham“, „otevřeme pusinku“ apod. Je nezbytné si uvědomit, že se jedná o dospělého člověka a komunikovat s ním adekvátně k jeho věku.

²⁵⁷ Srov. JANEČKOVÁ, L.; WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*, s. 130.

3. Při komunikaci důsledně chráníme důstojnost seniora a vyhýbáme se podceňování.

K porušování tohoto pravidla dochází vždy, když klientovi říkáme: „*Tohle už nezvládnete.*“ „*Ukažte, já to udělám.*“ „*Vám to trvá.*“ „*Tomu nemůžete rozumět.*“ apod. Ovšem i zamlčení informací, které se klienta týkají, porušují jeho důstojnost. Také adekvátní oblečení a péče o vzhled seniorů je důležitým ukazatelem dodržování jejich důstojnosti.

4. Chraňte seniora před časovým stresem, vždy počítejte se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.

Chvátání na klienty z důvodu nedostatku času je nejlepším příkladem porušování tohoto pravidla. Seniorovi není dopřán dostatek času, aby v rámci svých možností, o sebe pečoval, případně vyjádřil svá přání. Pracovník raději vykoná všechny úkony za něho. To vede k prohlubování závislosti na péči a ke ztrátě stávajících schopností.

5. Důležité a závaznější informace několikrát zopakujte a napište na papír.

Je potřeba počítat s tím, že klient často není schopen zapamatovat si všechny informace najednou. Proto je ideální druhý den informace klientovi znovu zopakovat. Také různé informační tabulky a nástěnky s pokyny se jeví jako velmi vhodné.

6. Aktivně, ale taktně ověřte možné bariéry, které brání v komunikaci, podle těchto bariér přizpůsobte komunikaci.

Klienti se často za svá omezení stydí a nepřiznávají je. Úkolem pečujících je zjistit možná omezení na straně klienta a podle toho přizpůsobit styl komunikace. Vyhneme se pak tomu, že při rozhovoru klient pouze přikyvuje, avšak sdělené informace není schopen zpracovat.

7. Udržujte se vždy v zorném poli seniora, mluvejte srozumitelně, při pochybnostech ověřujte, zda je vše srozumitelné.

Největší chybou je hovořit na klienta zády k němu, nebo za jeho zády. V případě, že klient leží v lůžku či sedí v křesle, zaujme pracovník takovou pozici, aby byl ve stejné rovině jako klient. Stát nad ležícím seniorem a něco se mu snažit vysvětlit, je stejně neadekvátní, jako na něho hovořit od dveří či za rohem místnosti.

8. Bez ověření, zda je senior nedoslýchavý, nezvedejte hlas. Také nepřekřikujte hluk, který ruší vaši komunikaci, snažte se tento hluk odstranit.

Častou profesní deformací pečujících je nepřiměřené automatické zvedání hlasu při poskytování informací. Ideální je ještě před započítím, případně na počátku rozhovoru, zjistit případnou sluchovou vadu a podle toho dále postupovat. Při jednání s klientem je také

důležité eliminovat případné rušivé vlivy, např. televizor, rádio,... Neznamená to však přijít ke klientovi a beze slova rádio vypnout. Vždy je nutné jeho svolení.

9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu aj. nabízejte, nikdy se nevnucujte.

Toto souvisí s již zmíněným nedostatkem času pečujících a s prohlubováním závislosti seniorů. Žádoucí je ponechat klientům dostatek času na potřebné úkony a pečlivě rozlišovat mezi podporou a pomocí. Nebytné je, aby tento přístup dodržovali všichni zaměstnanci v pobytovém zařízení. Proto je velmi důležité plánování jednotlivých činností v rámci služby.

10. V ústavním ošetřování by komunikace a ošetrovatelská aktivita, měla směřovat k podpoře udržení soběstačnosti, nikoli předpokládat úplnou ztrátu.

Dosáhnout v praxi toho, aby všichni pracovníci týmu přistupovali ke klientovi stejně, je často velmi složité. Je potřeba si uvědomit, že pokud jeden pracovník udělá klientovi vše, neboť si chce ušetřit čas, a druhý se naopak snaží dopřát mu dostatek času, bude v očích klienta špatný paradoxně právě ten, který se snaží klienta podpořit v soběstačnosti.

7.2 Nejčastější chyby v komunikaci se seniory a umírajícími

Tak jako jsou definována pravidla pro komunikaci se seniory, existuje stanovení nejčastějších chyb, kterých se lidé dopouští v komunikaci právě s touto cílovou skupinou. Tyto chyby jsou časté jak ve verbální, tak i v neverbální komunikaci a jsou spojeny s automatickými reakcemi pracovníků. Přitom je důležité si uvědomit, že právě senioři jsou velmi vnímaví a citliví vůči jakémukoliv jednání, projevům chování a reakcím pracovníků.²⁵⁸ Přehled nejčastějších komunikačních zlovyků při práci se seniory přehledně shrnují autorky Klevetová a Dlabalová. Jedná se nejčastěji o následující pochybení:²⁵⁹

- odsuzování chování seniora a nezájem přijít na to, proč to dělá
- hledání řešení a poskytování rady v případě, kdy to senior nepotřebuje, to vyvolává zlost či smutek
- ukvapené utěšování seniora a neposkytnutí uvolnění napětí, sami sebe tím chráníme před emocemi
- máme tendenci seniora přesvědčovat
- vyhýbání se rozhovoru se seniory, protože nedokážeme unést jeho bolest
- klademe zbytečné otázky v případě, kdy senior nereaguje

²⁵⁸ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 231 an.

²⁵⁹ Srov. DLABALOVÁ, I.; KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 108.

- nabízení jiné možnosti úlevy, než senior očekává; senior si chce pouze postěžovat, že ho něco třeba bolí a my to vyřešíme léky
- máme tendenci moralizovat a kritizovat způsob reakce seniora
- nabízíme činnost místo naslouchání
- neverbální odmítnutí seniora; pokud mávneme rukou, senior to bere jako odmítnutí

Pokud chce pracovník předcházet těmto případným zlovykům, nebo je ze svého chování odstranit, je v první řadě nutné si je uvědomit a hledat jiné formy komunikace. Vhodnou alternativou je snažit se naslouchat tomu, co klient opravdu říká, nehodnotit, nekritizovat, nebrat si případný klientův hněv osobně, vyvarovat se impulzivních reakcí a otevřeně hovořit také o svých pocitech.²⁶⁰

7.3 Komunikace s rodinou umírajícího

Tak jako má svá pravidla komunikace s umírajícími, tak je vhodné orientovat se v pravidlech komunikace s jeho rodinou umírajícího. Jak jsem již uvedla, také blízcí klienta prochází jednotlivými fázemi reakce na umírání svého příbuzného a pracovníci by měli být schopni odhadnout, v jaké fázi se právě nachází. Také znalost vnitřních vztahů v rodině v komunikaci velmi pomáhá a je důležité, aby pracovník zůstal ke všem členům nestranný. Je podstatné akceptovat jejich případné projevy strachu a úzkosti, které pramení z beznaděje. Pouze tak lze nastavit atmosféru důvěry, ve které je prostor pro konstruktivní návrhy a rozhodnutí.²⁶¹

Pravidla pro komunikaci s rodinou umírajícího²⁶²

- s rodinou hovoříme přátelsky, nikoliv autoritativně, s maximálním pochopením pro danou situaci
- vyhýbáme se nesrozumitelným větám a výrazům, nepoužíváme odborné termíny
- nekritizujeme, chováme se s úctou a maximálním respektem
- sdělujeme pouze ty informace, které v rámci své kompetence smíme sdělit
- komunikujeme na klidném, důstojném místě
- zaměřujeme se na společný cíl (např. snížení bolesti), pomáhá nám nastolit důvěrnou atmosféru
- v případě potřeby opakovaně zodpovídáme dotazy příbuzných

²⁶⁰ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 233 – 235.

²⁶¹ Srov. BYDŽOVSKÝ, J. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 37an.

²⁶² Srov. tamtéž, s. 38an.

Přestože komunikace s rodinou představuje pro členy multidisciplinárního týmu náročný úkol, který je v ideálním případě založený na vzájemné důvěře, přináší důležitou zpětnou vazbu. Především ocenění náročné práce znamená pro doprovázející z řad personálu velké povzbuzení.²⁶³

7.4 Sdělování diagnózy a prognózy

„Nejnebezpečnější je ta lež, v níž jsou zrnka pravdy.“²⁶⁴

Základem dobré paliativní péče je pravdivá a otevřená komunikace, která je sice velmi těžká jak pro umírajícího, tak i pro jeho rodinu, zároveň je však nezbytná. I když se jedná o nesmírně náročnou životní situaci, možnost sdílet nemoc s druhým člověkem znamená mnohdy obrovskou úlevu pro všechny zúčastněné.

Je zřejmé, že právě na způsobu sdělení pravdy o zdravotním stavu pacienta a míry sdělených informací záleží mnohdy nejvíce. Potřeba informací úzce souvisí s potřebou pravdy.²⁶⁵ Otázky, které s tímto tématem souvisí, shrnula Haškovcová do šesti slov, které konkrétně vyjadřují podobu daného problému. Jedná se o slova: *„Komu, kdy, jak, co, kde a kdo.“* V zásadě se jedná o základní návod, jak sdělit negativní informace, které se týkají zdravotního stavu pacienta. Komu má být pravda sdělena, kdy má být sdělena, co konkrétně říci, jak to říci a kdo tyto informace může sdělit.²⁶⁶ Zásadou lékařské etiky je, že jako první by měl být informován pacient, kterého se to bezprostředně týká. Výjimky jsou možné v případech, kdy pacient není ve stavu, kdy je schopen svou situaci sám zvážit. Dalším důležitým faktorem je místo, kde sdělení informací proběhne. Rozhodně není důstojné sdělovat informace o závažném zdravotním stavu na chodbě čekárny, jak se bohužel někdy stává.²⁶⁷

Pravdu v našich podmínkách obvykle sděluje ošetřující lékař, který koordinuje jak tok informací, tak i míru a způsob jejich podání. Je zapotřebí citlivý, šetrný, vnímavý přístup v důvěryhodném prostředí. Formulovat, jak by měl optimální postup vypadat, nelze, neboť se vždy jedná o specifickou situaci. Důležité je však správné a včasné podání informací mezi lékařem a ošetřujícím personálem. Personál musí způsob informování klienta lékařem plně

²⁶³ Srov. BYDŽOVSKÝ, J. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 39an.

²⁶⁴ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 134.

²⁶⁵ Srov. tamtéž, s. 70.

²⁶⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika pro pomáhající profese*, s. 151–163.

²⁶⁷ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 200.

respektovat. Rodinným příslušníkům by informace měly být sděleny až po souhlasu nemocného, případně by je měl informovat sám nemocný.²⁶⁸

Pravidla při rozhovoru o diagnóze

- Prioritně je nutné znát míru informací, které klient zná a na základě jeho aktuálního stavu zvážit, jaké informace mu je vhodné poskytnout.
- Je vhodné vědět, zda klient chce být pravdivě informován ve všech otázkách týkajících se jeho zdravotního stavu, či zda existují témata, o kterých nechce hovořit.
- Vyjádření musí být jasné, upřímné a pravdivé a především citlivě podané.
- Informace je vhodné podávat pomalu, nechat klientovi prostor k jejich pochopení a případné dotazy.
- Klientovi je potřeba nechat prostor k vyjádření strachu a obavy a projevit adekvátně soucit.
- Nově sdělené informace je dobré shrnout, identifikovat s klientem jeho obavy a snažit se nalézt řešení.
- Důležité je ujistit klienta, že v dané situaci není sám a nabídnout mu vhodné řešení.

O tom, jak je těžké najít odvalu k řešení těchto otázek, vypovídal průzkum agentury STEM/MARK v roce 2013. Podle něj si nemocní přejí znát pravdu ve více než devadesáti procentech případů, zatímco lékaři a příbuzní pouze v sedmdesáti případech. U příbuzných je častou příčinou strach z toho, že vědomí špatné diagnózy a prognózy povede k beznaději a rezignaci klienta. Dle výzkumu se však většina nemocných naopak cítí být milosrdnou lží zrazená a po zjištění pravdy, k němuž z důvodu zhoršování zdravotního stavu nevyhnutelně dojde, přestane svému okolí důvěřovat. Aby mohl být klient lékařovi při léčbě partnerem, musí být pravdivě o svém zdravotním stavu informován.²⁶⁹

7.5 Fenomén naděje

Pokládám za důležité zmínit v krátkosti ještě jeden důležitý aspekt umírání a smrti, a to naději. Naděje by měla být součástí komunikace s klientem. Pečující personál, sociální pracovníci, lékaři i zdravotnický personál, ti všichni by měli být schopni dát umírajícímu naději. *„Je velmi pravděpodobné, že je člověk vlastně jediný tvor, který ví, že musí*

²⁶⁸ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 136an.

²⁶⁹ Srov. NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka: Prakticky o posledních věcech člověka*, s. 37.

zemřít.“²⁷⁰ Přesto bychom nikdy „...neměli říci, že situace je beznadějná. Lze popravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoliv na beznaději.“²⁷¹

Naděje pomáhá klientům snášet mnohá utrpení, která s sebou nemoc a umírání přináší. Dává jim sílu zvládnout svou bezbrannost a bezmoc. Doprovázející nesmí naději umírajícímu nikdy brát, ať je, či není reálná. Měl by mu jí naopak dodávat, ovšem ne donucením.²⁷²

Naděje je důležitým prvkem – zvláště u těžce nemocných lidí. Pomáhá pacientům snášet mnohá utrpení nemoci, přežít řadu bolestných vyšetření a léčebných zásahů. Dává jim sílu zvládat bezmocnost a bezbrannost. V praxi paliativní péče rozeznáváme různé druhy nadějí – naděje pravé i falešné. Kalvach jako nejčastější uvádí naději klienta, že se uzdraví, nebo že bude žít déle, než očekával. Dále je často přítomna naděje na lehkou smrt při úmrtí ve spánku. Nelze opomíjet ani naději transcendentální. Zde se jedná například o křesťanskou naději věčného života.²⁷³

A i když nelze klientovi zatajovat fakt, že situace je vážná, naděje umírá poslední. Vždy bychom měli mít na paměti míru reálných a nereálných možností a tím pádem i to, zda je naděje reálná, částečně reálná, popřípadě iracionální.²⁷⁴

Shrnutí

V kapitole komunikace se seniory a umírajícími jsem se snažila přiblížit základní obecné informace o komunikaci s touto cílovou skupinou a uvedla názorné příklady z praxe v rezidenčním zařízení. Zaměřila jsem se na pravidla, která by měla být dodržována a zároveň na chyby, kterých se pracovníci, často i nevědomky, dopouštějí. Když se nad výše uvedeným zamyslím, mnohé z uvedených chyb jsou bohužel stále často v praxi viděny. Podle mého názoru je nezbytné věnovat tématu komunikace dostatečný prostor a pozornost v rámci dalšího vzdělávání zaměstnanců. Také je důležité případné pochybení nepřehlížet a zaměstnance na něj upozornit.

I když je podle mého názoru nezbytné klientovi ponechat jistou naději, považuji za dobrou praxi sdělit pokud možno citlivě nemocnému pravdu. Je tím vyjádřena úcta k právu člověka

²⁷⁰ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 139.

²⁷¹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 31.

²⁷² Srov. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 31 an.

²⁷³ Srov. tamtéž, s. 31 an.

²⁷⁴ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese v pomáhajících profesích*, s. 136.

na rozhodování o vlastním životě. Pouze v případě obeznámení klienta s nevyhnutelností situace, má on i jeho rodina čas na uspořádání si osobních záležitostí a učinit potřebná závažná rozhodnutí.

8 ETICKÉ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

„Etika je činnost směřující k vnitřní dokonalosti lidské osobnosti.“

Albert Schweitzer

V praxi paliativní péče se setkáváme s řadou etických otázek, které se týkají běžného a profesního jednání členů multidisciplinárního týmu, klienta, nebo rodinných příslušníků a jeho posuzování v souvislosti s etikou. Častým etickým dilematem je rozhodnutí, jak dále jednat v případech, kdy je jasné, že kurativní léčba je už u klienta bezpředmětná. Nejednou je nutné učinit obtížná rozhodnutí, která, tváří v tvář očekávané smrti, mají obzvláště těžkou váhu. Nad podobou umírání máme daleko větší moc než dříve, a proto je také rozhodování o přístupu k umírajícím daleko těžší. Právě proto potřeba rozhodnutí o léčebných postupech koordinovat, odůvodňovat a stanovovat zodpovědnost.

Úlohou paliativní péče v domově pro seniory je snažit se zajisti co nejdůstojnější odchod umírajícího a pomoci mu dosáhnout fáze smíření. Toto však s sebou může přinášet různé etické problémy týkající se péče o umírajícího a jeho blízké. Jedná se např. o otázky prospěšnosti kurativní či paliativní péče, respektování osobnosti klienta a jeho autonomie, podávání informací klientovi a rodinným příslušníkům, navrhování ukončení neefektivní léčby, zjišťování přání u verbálně komunikujících osob apod.

Na otázku jak se správně v určitých situacích v rámci paliativní péče rozhodnout, se pokusím najít odpovědi v této kapitole. Jelikož etika nedílně souvisí s důstojností a autonomií jedince, v mnohém navazuje na informace uvedené v první kapitole.

8.1 Etika motivů a etika výsledků

Huneš zastává názor, že při poskytování paliativní péče lze v případě etického dilematu jednat podle dvou odlišných přístupů. Jedním z nich je etika motivů – úmyslů a druhý etika výsledků – následků. Podle etiky motivů jedná člověk, který jedná z povinnosti a neohlíží se na její důsledky. Podle tohoto názoru je špatně, jedná-li pracovník a v rozporu s povinností.

V praxi je však někdy nezbytné rozhodnout se vědomě pro čin, který je dobrý pro klienta, i když je povinnost porušena.²⁷⁵

Druhým přístupem je utilitaristická etika, která se zaměřuje na výsledky a následky jednání. Dobré je takové jednání, které je užitečné pro klienta, případně pro společnost a přináší co největší prospěch.²⁷⁶ Pro jaké jednání se člověk v praxi rozhodne, záleží na jeho morálce, osobní motivaci, jeho zkušenosti a hodnotovém žebříčku. Osobně při rozhodování v etických otázkách preferuji utilitaristickou etiku, která se mi v praxi sociální práce osvědčila.

Jednání zdravotnického personálu, který rozhoduje o osudu klienta v terminálním stádiu, vnímám často jako striktně zaměřené na rozhodování z povinnosti, která plyne ze stanovených manuálů, ošetrovatelských standardů a daných postupů. Vytrácí se stránka lidskosti a nehledá se odpověď na otázku, co je nejlepší pro klienta. Kdyby si ošetřující personál tuto otázku položil, mnohdy by klient mohl být v případě zhoršení zdravotního stavu ušetřen převozu do zdravotnického zařízení. Měl by možnost zemřít „doma“ (i když v náhradním prostředí zařízení sociálních služeb), obklopen svými věcmi, za přítomnosti známých tváří z řad personálu a své rodiny.

8.2 Etika čtyř principů

Užitečným rámcem pro chápání a především řešení etický problémů, které přináší práce ve zdravotnictví, je etika čtyř principů. Jejimi zakladateli jsou američtí filozofové Tom Beauchamp a James Childress, kteří hledali odpovědi na otázku, na jakých principech se může dnešní pluralistická společnost shodnout v rámci řešení konkrétních problémů týkajících se pacienta. Postupně definovali čtyři přístupy, které se staly klíčovými v oblasti lékařské etiky. Jsou v souladu s moderním přístupem k paliativní péči, která vnímá pacienta jako jedinečnou osobnost. Jelikož se domnívám, že uvedené principy lze výborně aplikovat i do praxe při užití paliativní péče v domovech pro seniory, popíši je podrobněji.²⁷⁷

²⁷⁵ Srov. HUNEŠ, R. Pilíře etiky v pomáhajících profesích. In *Sborník příspěvků mezinárodní odborné konference, Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče*, s. 21 an.

²⁷⁶ Srov. tamtéž, s. 22.

²⁷⁷ Srov. BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 82.

8.2.1. Princip autonomie

Autonomie specifikují podrobněji v kapitole jedna. V praxi se jedná o respektování názorů, osobních hodnot a přesvědčení klientů.²⁷⁸ Pokud si tento princip převedeme do praxe pobytových sociálních služeb, vidíme úzkou souvislost s individuálním plánováním. Zde je prostor pro tzv. „ušití služby klientovi na míru“. I přesto, že se kapacitně velká zařízení nemohou zcela režimovému způsobu fungování vyhnout, měla by se služba co nejvíce klientovi přizpůsobit a zohlednit jeho přání při plánování péče. Taktéž otázky umírní, smrti i zacházení s tělem zemřelého by měly být řešeny dle přání klienta.

8.2.2 Princip nonmaleficence

Tento princip nonmaleficence neboli neškození vychází ze staré lékařské zásady, která se odvíjí z hippokratovské tradice „primum non nocere“ – především neškodit. V praxi zahrnuje takové jednání lékaře, které zdravotní stav klienta nezhorší. Při jakémkoliv lékařském zákroku by měl lékař zvažovat všechna rizika a jejich přijatelnost. Lékař také musí zohlednit individualitu klienta a dohodnout, co je, nebo co má být, společným cílem.²⁷⁹ V praktickém užití paliativní péče v sociálních službách se jedná o zvážení, co je pro klienta přijatelné, případně co je pro něho již nepřijatelné. I zde je důležité individuálně naplánovat oblast péče a zohlednit všechny souvislosti týkající se umírajícího.

8.2.3 Princip benefice

Tento princip vyžaduje takové jednání lékaře, které aktivně posiluje pozitivní výsledky pro klienta. Při jednání vychází lékař i ostatní členové týmu z otázky, co dobrého je možné pro klienta udělat. V praxi se jedná o posilování blaha klienta, tišení projevu nemoci, apod. Také u tohoto principu je důležité zohlednit názor klienta a zaměřit se na komunikaci mezi ním a lékařem.²⁸⁰

8.2.4 Princip spravedlnosti

Poslední ze čtveřice principů souvisí především s rozdělováním finančních prostředků ve zdravotnictví. Jedná se o tzv. rovný přístup ke všem klientům. V praxi jde o situaci, která předchází indikaci paliativní péče u klientů, u nichž je zřejmé, že nákladná kurativní léčba

²⁷⁸ Srov. BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 82.

²⁷⁹ Srov. tamtéž, s. 83.

²⁸⁰ Srov. tamtéž, s. 83.

nepřinese pozitivní efekt, případně by mohla klientovi díky nežádoucím vedlejším účinkům uškodit.²⁸¹

8.3 Rozhodování v paliativní péči z pohledu profesní etiky

Profesní etika, která aplikuje obecná etická ustanovení na konkrétní profesionální činnost, je etickým kodexem dané profese. Cílem paliativní péče je zachování kvality života klienta, o které se zmiňují v první kapitole, v co nejvyšší možné míře. Tím, kdo rozhoduje o podobě péče je tedy klient, neboť pouze on ví, co činí jeho život kvalitním a co jej spíše komplikuje. Aby se klient mohl adekvátně rozhodnout, musí mít všechny potřebné informace. Z toho důvodu by měl být včas lékařem informován o diagnóze i prognóze nemoci, či v případě geriatrických klientů o svém zdravotním stavu. Je však nutné vycházet z aktuální situace klienta a z fáze, ve které se právě nachází.²⁸²

Problematika míry a způsobu sdělení informací o závažném zdravotním stavu nemocnému je eticky složitá. Musíme si uvědomit, že vážně nemocný člověk se nachází v mezní životní situaci a je mimořádně citlivý a vnímavý. V praxi jsou aplikovány dva způsoby. Jedním z nich je *sdělení pravdy*, druhým pak *taktika milosrdné lži*. Jestliže dříve bylo poměrně běžné, že lékař milosrdnou lež použil, dnes v západní Evropě dominuje přístup, kdy je lékařem sdělena pravda. Aktuálně je v ČR ošetřující lékař povinen nemocného přiměřeně informovat o jeho zdravotním stavu. Ovšem právě slovíčko „přiměřeně“ může být ošidné a dávat prostor i milosrdné lži.²⁸³

Jak jsem již uvedla, je nutné na každého klienta pohlížet individuálně, v rámci rozhodování týkající se paliativní péče hodnotit všechny drobné nuance a v týmu hledat nejlepší možná řešení. Jak uvádí autoři Jonsen a Siegler, je také možné na každou klientovu situaci ze čtyř úhlů pohledů:²⁸⁴

- *z pohledu medicínských indikací* → jde o činnosti lékaře jako odborníka, který přispívá k udržení či zlepšení kvality života klienta
- *z pohledu preferencí pacienta* → přání a potřeby klienta, které souvisí s jeho vlastní představou kvality života a souvisí s principem respektu k jeho osobní autonomii

²⁸¹ Srov. BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 83.

²⁸² Viz kapitola 6.1. Fáze vyrovnávání člověka se ztrátou dle Elisabeth Kübler-Ross.

²⁸³ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese v pomáhajících profesích*, s. 134an.

²⁸⁴ Srov. BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 84.

- z pohledu kvality života → uspokojení klienta ze života jako celku v souvislosti se změnou zdravotního stavu
- z pohledu kontextuálních charakteristik → sociální fungování klienta (sociální situace klienta, rodinné zázemí apod.)

8.4 Vybraná etická dilemata v paliativní péči

V následující části práce bych se v krátkosti zastavila u některých konkrétních etických dilemat, která jsou v literatuře uvedena jako nejčastější. Pochopitelně nelze uvést všechna, neboť v praxi mohou nastat různé situace, kdy je nutné se rozhodnout, co je pro klienta a jeho blízké optimální.

8.4.1 Okamžik přirozené smrti

Jedná se o stanovení momentu přirozené smrti v důsledku onemocnění, kterým klient trpí. Jde o to, aby smrt klienta nenastala dříve z důvodu jejího uspišení, kdy by se jednalo o eutanázii, ani později, z důvodu jejího oddalování, tedy dystanázii. V praxi se jde o stanovení časového úseku umírání přirozenou smrtí. Neznamená to však pouze intuitivní odhad, nýbrž odborný racionální úsudek lékaře a týmu. V otázce posuzování smysluplnosti života a užití život udržujících opatření se v paliativní péči můžeme setkat s termínem „lettingdie“ (nechat zemřít). Jedná se o aplikaci takových opatření, která umožní člověku důstojně zemřít, neboť umírání je chápáno jako přirozená součást lidského života.²⁸⁵

8.4.2 Rozhodování o život udržující léčbě

Jedná se „...o jakékoliv nástroje, které mechanicky, nebo uměle, udržují, obnovují nebo nahrazují některou z životně důležitých funkcí organismu, a tak mohou prodlužovat proces umírání terminálně nemocných pacientů.“²⁸⁶

Z informací, které jsem již uvedla ve své práci je zřejmé, že ne vždy je možné výše uvedená opatření využít pro dobro klienta a ke zvýšení jeho kvality života. Pokud ke zvýšení kvality života užitím některého z opatření nedojde, neměl by se v rámci léčby použít. Proto je nutné rozmyslet souvislosti mezi přínosem léčby, situací klienta a následky opatření, v kontextu s kvalitou života.

²⁸⁵ Srov. BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 85.

²⁸⁶ Srov. tamtéž, s. 87.

8.4.3 Marná léčba

Termínem marná léčba je označována taková léčba, která nedosáhne svého cíle. Při rozhodování o užití léčby lze použít tři přístupy:²⁸⁷

1. *Kvantitativní přístup* → Dosažení cíle je menší, než je obecně předpokládáno. Dochází zde k problému určení hranice dostatečně nízké nebo dostatečně vysoké pravděpodobnosti úspěchu léčby. Pro klienta může být důležité i to, co lékař považuje za nízkou pravděpodobnost. Konečné slovo by měl mít z etického hlediska klient. Lékař by mu měl podat dostatek adekvátních informací k rozhodnutí.

2. *Kvalitativní přístup* → Lékař by neměl provádět léčbu, která vede ke stavům obecně nepříznivým a nežádoucím. Jde o určení, která kvalita života je přijatelná a která již ne. Rizikem je diametrálně odlišný pohled lékaře a pacienta, který může nastat a subjektivní posuzování lékaře.

3. *Procedurální přístup* → Zaměřuje se na procesní správnost postupů, ne na dosažení přijatelné kvality života či určení pravděpodobnosti úspěchů léčby. Důležitá je diskuse lékaře s klientem a s rodinou.

8.4.4 Tlumení bolesti a zkrácení života

Častou etickou otázkou je případné zkrácení života podáváním léků na tlumení bolesti. Odpověď můžeme najít pomocí „principu dvojího účinku“, který říká, že jeden z důsledků přijímáme (tlumení bolesti), druhý efekt připouštíme (je nevyhnutelný), neboť jsou nevyhnutelně spojeny.

Musí však být splněny tři podmínky:²⁸⁸

- Jednání samo je eticky dobré, případně neutrální.
- Jednání musí zamýšlet dobrý efekt, ne špatný efekt, i když ten je také předvídan.
- Morálně pochybný vedlejší efekt se nemůže stát základem použití morálního prostředku (např. zhoršení dýchacích funkcí není cílem tlumení bolesti).

²⁸⁷ Srov. BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 88an.

²⁸⁸ tamtéž, s. 88an.

8.4.5 Další vybraná etická dilemata

V krátkosti bych zmínila ještě další dilemata, která na základě provedeného výzkumu v českých hospicích a jeho výsledků uvádí Tomeš. Výzkum se týkal mj. etických dilemat a otázek, které pracovníci vnímají ve vztahu ke své profesi. Zaměstnancům nejvíce vadilo následující:

1. Příbuzní často odepisují klienta dříve, než zemře a neakceptují jeho individuální situaci.
2. Komunikace s rodinou při prvním kontaktu a vyhodnocování přání rodiny namísto přání klienta.
3. Příbuzní často iniciují nejrůznější přání, která nejsou typická pro program hospice.
4. Rozhodování v otázce zachraňovat/nezachraňovat.²⁸⁹

Přestože uvedený výčet vyjadřuje dilemata pracovníků hospicové služby, v rámci sociální práce v domovech pro seniory jsou taktéž řešena. Uvedu nyní v krátkosti situace, o které se nejčastěji jedná.

Ad 1. Když se vrátím k výše uvedenému, velmi často jsou klienti umístěni do pobytového zařízení sociálních služeb z důvodu špatného zdravotního stavu a neschopnosti zajistit si potřebnou péči v domácím prostředí. Bohužel se však stává, že rodina původní klientův domov prodá, bez ohledu na jeho přání. Dochází tak k situaci, že klient ztrácí pocit, že se má kam vrátit. Přestože v praxi je návrat nereálný, vědomí, že má domov, klientovi psychicky velmi pomáhá. Při hledání východiska z tohoto dilematu je možné pokusit se v rámci sociální práce vyjednat s klientem a jeho rodinou nejlepší možný postup, který bude pro klienta přijatelný a nezpůsobí mezi ním a rodinnými příslušníky zbytečné neshody.

Ad 2. Toto je snad nejčastější dilema v sociální práci. Místo klienta vyjednává žádost o službu rodina. Sociální pracovník by měl vyjednávat přímo se zájemcem o službu, případně s jeho opatrovníkem, za jeho přítomnosti. Paradoxem je, že pokud do sociální služby klient „přijde po svých“ velmi často nesplňuje cílovou skupinu poskytovatele.

Osobně východisko z tohoto dilematu nevidím. Sociální pracovník z důvodu nadměrného počtu žadatelů o službu často vstupuje do jednání se zájemcem až při uvolnění vhodného místa v zařízení.

²⁸⁹ Srov. TOMEŠ, I. Sociální pracovník v hospicu. In *Listy sociální práce*, s. 20.

Ad 3. Také toto dilema je v praxi sociálních služeb velmi časté. Rodina vyslovuje za blízkého nejrůznější přání, která ale nejsou přáními klienta. Jedná se o návštěvu různých aktivit, kulturních akcí, rehabilitací, apod. Zde je nezbytné citlivé a empatické vysvětlení, že služba je určena potřebám a přáním klienta.

Východiskem může být etický princip, že každý klient je zodpovědný za své rozhodování a zároveň má poskytovatel pro klienta učinit vše, co je pro něho prospěšné. Až na druhém místě se může věnovat přáním blízkých klienta, která budou pro klienta akceptovatelná. Zde je však nezbytný jednotný postoj všech pracovníků v rámci týmu a především citlivé vysvětlení situace rodinným příslušníkům.

Ad 4. Jedná se o obecně velký etický problém, který se sociálních služeb velmi dotýká. Dle mého názoru úzce souvisí s překrýváním zdravotní a sociální úrovně péče v zařízeních sociálních služeb.

Shrnutí

Pobytová služba domov pro seniory je specifická tím, že na jedné straně jsou zde vnitřní předpisy, které jsou všeobecně platné pro všechny, na straně druhé se zde prolíná zdravotní a sociální pohled pečujícího personálu. Zdravotníci se snaží co nejdéle udržet klienta naživu, tedy zachraňovat jej. Byli za tímto účelem ostatně také vzdělávání.

Naproti tomu sociální pracovníci mají v náplni práce prioritně pečovat o klientovo sociální fungování, do kterého patří péče o jeho duši a vztah s okolím. Hlavním nástrojem sociální práce je rozhovor. Také díky teoretické a praktické přípravě v rámci vzdělávání jsou sociální pracovníci oproti personálu přímé péče v komunikaci s klientem v jisté výhodě. Prioritní je pro ně přání klienta a dokáží profesionálně zhodnotit etická dilemata a poté se fundovaně rozhodnout, zda zachraňovat či nezachraňovat.

Třetí skupinu tvoří pracovníci přímé péče. Jelikož se ve většině případů jedná o pracovníky bez specifického vzdělání, kteří mnohdy absolvovali pouze kurz pracovníků v sociálních službách, nesplňují charakteristiku ani jedné z výše uvedených skupin. U nich podle mne záleží na tom, jak je nastavena kultura v organizaci – zda sociálně či zdravotně.²⁹⁰ Zde vidím velkou příležitost pro vzdělávání v oblasti paliativní péče. Osobnostní předpoklady

²⁹⁰ Pozn. toto nastavení se odvíjí od nejvyššího managementu organizace a zodpovídá za něj ředitel organizace.

jednotlivých pracovníků k výkonu tak náročné profese, jako je práce v pobytovém zařízení pro seniory, lze velmi rychle v praxi zjistit pouhým pozorováním. Vybrat poté vhodné pracovníky do paliativního týmu, nabídnout jim možnost dalšího vzdělávání v této tématice, a s ní souvisejícím rozhodování v rámci etických dilemat, je již nasnadě.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem si kladla za cíl zmapovat aspekty paliativní péče v pobytovém zařízení pro seniory a v souvislosti s osobními zkušenostmi posoudit možnost implementace tohoto konceptu do praxe. Snahou bylo vytvořit ucelený obraz využití konceptu v pobytovém zařízení pro seniory se zaměřením na etický rámec dané problematiky.

Jak jsem již v úvodu avizovala, výběr tématu byl záměrný, neboť pracuji v pobytové službě pro seniory sedmnáctým rokem. Velmi výrazně se za toto období změnila skladba klientely v našem domově. Oproti minulým rokům je většina našich klientů ve vyšším stupni závislosti na péči, mnoho z nich je plně imobilních a výjimkou nejsou ani klienti s ošetrovatelsky náročnými diagnózami. Během roku zemře více jak čtvrtina našich obyvatel. Někteří u nás v domově, ale mnozí ve zdravotnickém zařízení. Jelikož jsem v kontaktu i s ostatními poskytovateli pobytových sociálních služeb v našem regionu, vím, že situace u nich je obdobná.

Transformace sociálních služeb zavedla do praxe standardy kvality sociálních služeb a zákonem stanovila povinnost jejich plnění. Umožnila tak nastavení požadované kvality v sociálních službách a velmi výrazně zkvalitnila poskytovanou péči. Jestliže od počátku transformace došlo k pozitivnímu posunu na úrovni materiálního vybavení domovů, zrušení vícekapacitních pokojů, zavedení individuálního plánování péče, kladení důrazu na dodržování lidských práva a důstojnosti klientů, apod. pak je zřejmé, že změny i v zaběhnuté praxi jsou možné. Jestliže umíme poskytovat kvalitní sociální péči našim klientům v době jejich života, je potřeba posunout se výš o pomyslnou laťku a zaměřit se na péči o ty nejkřehčí a nejzranitelnější naše klienty, na ty umírající. Čím dál naléhavěji vnímám potřebu změny stávající praxe týkající se péče o umírající v zařízeních sociální péče pro seniory a koncept paliativní péče se mi jeví jako ideální řešení.

Při bližším zkoumání dané problematiky jsem zjistila, že je již napsáno velké množství absolventských prací zabývajících se paliativní péčí. Při jejich pročítání mi přišly tematicky velmi obdobné, často zaměřené na fenomén umírání obecně, případně na jeho srovnání v kontextu s historickým hlediskem. Práce se věnují sociálním službám z pohledu zákonného vymezení, teoreticky popisují paliativní péči, okrajově zmiňují podstatné aspekty konceptu a etickou podstatu paradigmatu přístupu.

Snažila jsem se tedy problematiku paliativní péče v domovech pro seniory uchopit jako celek a věnovat svou pozornost všem aspektům, které se jí týkají. Pokusila jsem se o etické zaměření práce a o její provázání s osobními znalostmi a zkušenostmi z praxe. Přestože se jedná o práci teoretickou, je obsahově poměrně obsáhlejší. Důvodem je již zmíněná snaha o komplexnost uchopení dané problematiky, nalezení souvislostí mezi teoretickými závěry a osobními zkušenostmi a posouzení možnosti implementovat koncept paliativní péče do stávající praxe pobytových služeb.

Na základě zjištěných informací mohu konstatovat, že koncept paliativní péče přináší do praxe pobytových služeb přístup, který umožní umírajícímu člověku důstojnou a bezbolestnou smrt ve známém prostředí, za přítomnosti doprovázející osoby, s důrazem na naplňování jeho přání a potřeb v návaznosti na specificky vnímanou kvalitou života a umírání. Podpora klienta v jeho autonomii a rozhodování o jeho životě, ale i umírání a smrti, se mi jeví jako krok správným směrem ke zkvalitňování péče o umírající v institucionálních podmínkách.

Další pozitivum vidím v přístupu paliativní péče k blízkým osobám umírajícího, které jsou nedílnou součástí pečujícího týmu a jsou chápáni jako partneři, což mnohdy ve stávající praxi poskytování sociálních služeb chybí.

Koncept paliativní péče nabízí personálu nový pohled na tuto nedílnou fázi života a umožňuje v případě doprovázení konstruktivnější vyrovnání se smrtí klienta. Zaměstnancům, kteří jsou často prioritně nastaveni na pomoc a podporu klientů v co nejkvalitnějším možném životě a ne v umírání a doprovázení, poskytuje podporu v případě přítomné nejistoty, která vyplývá z rozhodování o poskytování péče o umírajícího. Zároveň nabízí i možnost argumentace v případných konfliktních situacích s rodinnými příslušníky.

Pracovníci mají mnohdy problém vyrovnat se s úmrtím klientů, ke kterým mají za dobu poskytování péče mnohdy vytvořen vřelý vztah, případně mají problém s osobním vyrovnáváním se smrtí obecně. Z důvodu snahy vyhnout se smrti klienta v zařízení, ze strachu z reakce rodinných příslušníků na úmrtí blízkého, případně ze zkratkovité snahy o záchranu jeho života, dochází mnohdy k nesmyslné hospitalizaci klienta v situaci, kdy smrt je již nevyhnutelná, nebo ještě v horším případě kdy se již umírající nachází na cestě mezi životem a smrtí.

Jelikož je v souvislosti s poskytováním paliativní péče nutná změna v celkovém nastavení organizace a její kultuře, je nezbytné, aby se s vizí organizace ztotožnil veškerý personál poskytovatele, případně aby nastavenou filosofii alespoň akceptoval a respektoval. Pro personál zařízení sociálních služeb, které uvažují o integraci paliativního přístupu do své praxe, se jedná o skutečnou výzvu. O výzvu překonat strach ze své vlastní smrti a umírání, nebát se klienty doprovodit na jejich poslední cestě a umožnit jim důstojnou a pokojnou smrt s plným respektem k jejich autonomii.

Velké pozitivum vidím v současné možnosti vzdělávání personálu v dané problematice, neboť v nabídce akreditovaných kurzů vzdělávacích organizací se téma kvality života, autonomie, důstojnosti a paliativní péče vyskytuje čím dál častěji. Z osobní zkušenosti mohu konstatovat, že je zmíněná problematika v rámci vzdělávání velmi dobře uchopena a přednášena erudovanými lektory.

Ve své práci jsem se nezabývala otázkou financování paliativní péče, neboť ta úzce souvisí se způsobem praktikovaným v konkrétním zařízení. Jiné bude financování paliativních lůžek přímo v organizaci poskytovatele a specificky nastavená úhrada bude v rámci spolupráce poskytovatele s mobilní hospicovou péčí. Také těmto způsobům poskytování paliativní péče v praxi pobytových služeb jsem se v práci záměrně nevěnovala, neboť přestože se jedná o zajímavé téma, stačilo by na další samostatnou absolventkou práci. Zajímavé by dle mého názoru jistě byly případové studie z jednotlivých zařízení, která paliativní péči praktikují a jejich následné zobecnění.

Paliativní péče je v současné době téma, které „hýbe“ společnosti. Její zavádění do praxe poskytovatelů sociálních služeb je poměrně diskutované téma v rámci komunitního plánování jak na úrovni regionální, tak na úrovni krajské. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihočeském kraji na období 2019–2021²⁹¹ téma rozvoje paliativní péče zmiňuje v souvislosti s pracovní skupinou pro osoby se zdravotním postižením. Také Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2016–2025²⁹² uvádí paliativní péči jako vysoce odbornou, v rámci poskytování sociálních služeb jako důležitou, avšak v praxi minimálně realizovanou. Důvodem je mimo jiné i absence koncepčního řešení zdravotně-sociálního pomezí.

²⁹¹ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb jihočeského kraje na období 2019–2021. Schváleno usnesením Zastupitelstva Jihočeského kraje č. 133/2018/ZK-13ze dne 17. 5. 2018.

²⁹² Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2016–2025. Praha: MPSV, 2015. ISBN 978-80-7421-126 - 3.

Naše západoevropská civilizace je formována křesťanstvím. Základní morální základy lze najít i v Desateru. Právě čtvrté přikázání „*Cti otce svého a matku svou*“²⁹³, jež je jedním z deseti zákonů života, nám říká, jak se postarat o své stárnoucí rodiče, potažmo seniory a umírající. Otázkou je, kdo se má postarat v případech, kdy rodina chybí, nebo se z nejrůznějšího důvodu postarat nemůže. Odpověď je jasná. Samozřejmě společnost, jejímž úkolem je adekvátně nahradit primární sociální společenství a zajistit důstojnou, plnohodnotnou péči o své stárnoucí a umírající členy. Domnívám se, že způsob péče o geriatricky křehké a umírající klienty, je odrazem toho, jaká společnost je.

Vrátím-li se k citovanému přikázání, co vlastně slovo „cti“ v praxi znamená? Jedná se o úctu, o úctu k neopakovatelné lidské bytosti, k její autonomii, lidským právům, důstojnosti, o uznání skutečné jedinečné hodnoty člověka. Na základě informací získaných psaním této diplomové práce spatřuji v paliativní péči jedinečný nástroj, jak tuto úctu implementovat do praktického života seniorů a umírajících v pobytových službách. Vidím v ní obrovský potenciál, který bohužel zatím není rozvíjen v takové míře, ve které by si to bez pochyby zasloužil.

²⁹³ (Ex 20,12)

ABSTRAKT

KOLÁŘÍKOVÁ, M.: *Paliativní péče v domovech pro seniory*. České Budějovice 2019. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce T. Veber.

Klíčová slova: paliativní péče, senior, klient, domov pro seniory, umírání, smrt, etika, důstojnost, autonomie, kvalita života, individuální přístup.

Diplomová práce se zabývá problematikou umírání v domovech pro seniory a jejího možného řešení v podobě systematického zavedení paliativní péče do praxe sociálního zařízení. Práce popisuje pojetí lidské důstojnosti, základní teoretická východiska paliativní péče a pojetí důstojného umírání. Dále představuje etické problémy při umírání a neopomíjí ani potřeby umírajících. V další části se věnují jednotlivým klíčovým aspektům paliativní péče a etickým dilematům.

Hlavním cílem této práce je ověření možností poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. Domovy pro seniory jsou zařízení, kde se běžně setkáváme se smrtí klientů. Pracovníci jsou připraveni na poskytování péče podporující kvalitní prožívání zbytku života, ale málokdy jsou připraveni poskytnout stejnou péči umírajícím. Paliativní péče se zaměřuje na uspokojení bio-psycho-socio-spirituálních potřeb umírajících, avšak v domovech pro seniory stále není běžnou praxí.

ABSTRACT

Palliative Care in Seniors' Homes.

Key words: palliative care, senior, client, home for the elderly, dying, death, ethics, dignity, autonomy, quality of life, individual approach.

The thesis deals with the issue of dying in homes for the elderly and its possible solution in the form of systematic introduction of palliative care into the practice of social facilities. The thesis describes the concept of human dignity, the foundations theoretical basis of palliative care and the concept of dignified dying. Furthermore, it presents ethical problems in dying and does not neglect the needs of dying. In the next section I deal with individual key aspects of palliative care and ethical dilemmas.

The main aim of this work is to verify the possibilities of providing palliative care in homes for the elderly. Retirement homes are facilities where we normally meet with the death of our clients. Workers are ready to provide care to support the quality of life, but rarely are they ready to provide the same care to the dying. Palliative care focuses on satisfying the bio-psycho-socio-spiritual needs of the dying, but it is still not common practice in the elderly.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

KNIŽNÍ ZDROJE:

ANTALOVÁ, B; KUBÁČKOVÁ, P. a kol. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*, Brno: Edika, 2018. ISBN 978-80-266-1279-7.

BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*. Praha: Slon, 2006. ISBN 80-86429-11-3.

Bible. *Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Praha: Zvon, 1991. ISBN 80-7113-009-5.

BOUZEK, P. Zamyšlení nad odcházením. *Rezidenční péče*, 2016, roč. 12, č. 1, ISSN 1801-8718.

BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3.

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

DLABALOVÁ, I.; KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

DRAŽILOVÁ, L. Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení sociální péče. *Sociální služby*, 2014, roč. 16, č. 5, ISSN 1803-7348.

FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakl. J. Kocourek, 1994. ISBN 809016014.

FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.

Gaudium et spes. Pastoralní konstituce o církvi v dnešním světě. *Dokumenty 2. vatikánského koncilu*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, ISBN 80-7192-467-9.

HÁJKOVÁ, D.; FUNK K. *Provázení, aneb, opřete se i o mě*. Písek: ICVD, rok neuveden, ISBN 978-80-260-2985-4.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-7109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika pro pomáhající profese*. 3. roz. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985. ISBN 11-094-85.

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

HAUKE, M. Etický problém – utrpení, smrt a umírání. *In Sociální služby*, 2010, ročník 12, č. 1, ISSN 1803-7348.

JAKEŠOVÁ R., Dříve vyslovené přání, *In Sociální služby*, 2018, roč. 20, č. 11, ISSN 1803-

7348.

JANÁČKOVÁ, L.; WEIS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

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

KISVETROVÁ, H.; KUTNOHORSKÁ, J. Umírání a smrt v historickém vývoji. In *KONTAKT*, 2010, č. 2, ISSN 1212-4117.

KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicem, 1989. ISBN 08-065-89.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.

LUKASOVÁ, M. Co nového v paliativní péči. In *Sociální služby*, 2014, roč. 12, č. 10, ISSN 1803-7348.

MACHULA T. Důstojnost, In *MATOUŠEK a kol., Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MACHULA, T. Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky. In *Sociální práce*, 2006, č.2, ISSN 1213-6204.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

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

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.

NEČASOVÁ, M. Mezinárodní etický kodex sociální práce-principy. In *Sociální práce*, 2004, č. 4, ISSN 1213-624.

NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka: Prakticky o posledních věcech člověka*. Praha: Paseka, 2016. ISBN: 978-80-7432-747-6.

- NIEDERMANN E.; PFLUGSHAUPT C. a kol. *Paliativní péče – Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. Tábor: APSS ČR, 2016. ISBN 978-80-906320-3-5.
- O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- Paliativní péče v domovech pro seniory. *In Rezidenční péče*, 2019, roč. 15, č. 1, ISSN 1801-8718.
- PESCHKE, K. H. *Křesťanská etika*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-331-0.
- POLLARD, A.; SWIFT, K. Komunikační dovednosti v paliativní péči. *In: O'CONOROVÁ, M.; ARANDA, S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha. Grada 2005, ISBN 80-247-1247-1295-4.
- PORTER, R. *Dějiny medicíny od starověku po současnost*. 2. vyd. Praha: Prostor, 2013. ISBN 978-80-7260-287-2.
- RÜEGGER, H. O hodnotě sebeurčení na konci lidského života. *In Sociální služby*, 2016, roč. 18, č. 6-7, ISSN 1803-7348.
- SKÁLA, B.; SLÁMA, O. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: ČLS JEP Společnost všeobecného lékařství, 2011. ISBN: 978-80-86998-51-0.
- STUDENT, J. CH.; MÜHLUM A.; STUDENT U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: Nakladatelství H&H. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
- SVATOŠOVÁ, M. Hospic a jeho místo ve společnosti. *In Sociální služby*, 2010, roč. 12, č. 11, ISSN 1803-7348.
- ŠOUREK D. Doprovázení umírajících v pobytových zařízeních. *In Sociální služby*, 2016, roč. 18, č. 2, ISSN 1803-7348.
- ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. *In Sociální práce*, 2016, roč. 16, č.2, ISSN 1213-6204.
- ŠTOLBOVÁ, H., Fenomén smrti. *In Sociální služby*, 2009, roč. 6, č. 2. ISSN 1803-7348.
- ŠVEHLOVÁ, A. APSS ČR podporuje rozvoj geriatrické a paliativní péče. *Sociální služby*, roč. 16, č. 3, ISSN 1803-7348.
- TOMEŠ, I.; SEDLÁROVÁ, K.; VODÁČKOVÁ D. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
- TOMEŠ, I. Sociální pracovník v hospicu. *In Listy sociální práce*, 2016, roč. 4, č.5, ISSN

2336-2332.

URBAN, L. *Sociologie*. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. ISBN 80-86861-45-7.

VIRT, G. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80 – 7021 – 330 – 2.

YALON D. I. *Pohled Do slunce. O překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-376-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

AsociaceHospicu.cz - Home [online]. Copyright © [cit. 08.02.2019]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>

Cesta domů [online]. Praha [cit. 5. 5. 2014]. *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících.“* Dostupné na [www: <http://elearning.cestadomu.cz/pohled-na-prava.html>](http://elearning.cestadomu.cz/pohled-na-prava.html).

ČLK > / Pro lékaře / Legislativa ČLK / Doporučení představenstev ČLK. [online]. Copyright © 2011, grafika [cit. 21.02.2019]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/doporuzeni-predstavenstev-clk-227.html>.

<https://www.paliativnimedicina.cz>

Uherek, P. *Epravo.cz* [online]. © EPRAVO.CZ – Sběrka zákonů, judikatura, právo, 2017, 14.2.2017 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/odmitani-zdravotni-pece-pacientem-a-aktualni-nalez-ustavniho-soudu-cr-105042.html>.

Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023. Jihočeský kraj.

https://www.krajjihocesky.cz/2509/koncepce_paliativni_pece_v_jihoceskem_kraji_na_obdobi_do_roku_2023.htm.

Proženy. *Proženy* [online]. Copyright © 1996 [cit. 13.02.2019]. Dostupné z: <https://www.prozeny.cz/clanek/novy-svedsky-trend-dostadning-uklid-pred-smrti-doporuceno-lidem-nad-50-39223>.

Paliativní medicína | Česká společnost paliativní medicíny. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. Copyright © 2016 [cit. 05.03.2019]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/>

Vláčil, J. *Sociologická encyklopedie* [online]. Sociologický ústav AV ČR, 2017 [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Organizace>

Vzdělávací programy - Paliativní medicína - subkatedra | IPVZ. *Úvod* | IPVZ [online]. Copyright © 2008 [cit. 05.03.2019]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/paliativni-medicina/vzdelavaci-programy>

ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V RÁMCI PROCESU TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. Doc. prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. Mgr. Monika Válková - PDF. *Představujeme Vám pohodlné a bezplatné nástroje pro publikování a sdílení informací.* [online]. Copyright © DocPlayer.cz [cit. 14.02.2019]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/1495645-Zajisteni-zdravotni-pece-v-ramci-procesu-transformace-socialnich-sluzeb-doc-prim-mudr-iva-holmerova-ph-d-mgr-monika-valkova.html>

OSTATNÍ ZDROJE:

Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům, *O organizaci paliativní péče*, místo vydání a rok neuvedeno.

Dotační program „Podpora paliativní péče v Jihočeském kraji“, 1. výzva pro rok 2019.

EGLIN A.; HUBER, E. a kol. *Spirituální doprovázení lidí s demencí*. Příručka. Diakonie ČCE, místo vydání a rok neuveden.

ERDINGER M. *Spirituální péče – mýty a skutečnosti*. [přednáška] Tábor: APSS. 11.10.2013.

HAŠKOVCOVÁ, H. Arsmoriendi – ztracené a nalezené. In *Sborník příspěvků mezinárodní odborné konference Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče a Asociácie hospicovej a paliatívnej starostlivosti Slovenska, Péče o umírající v 21. století. Hořet, ale nevyhořet aneb kde ostatní končí, hospice teprve začínají*. Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, místo vydání neuvedeno, 2018.

HRDÁ K., TOLLAROVÁ B. a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory* Metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST, místo vydání a rok neuvedeno.

HRDÁ, K. Multidisciplinární tým v akci. Místo vydání a rok neuvedeno. ISSN 978-80-907190-1-9.

HUNEŠ R. *Svět hospiců a svět vítězné medicíny*. [přednáška]. Písek: Domov pro seniory Světlo, pobočka Písek. IV. Geriatrická konference, 2.11.2017.

HUNEŠ, R. Pilíře etiky v pomáhajících profesích. In *Sborník příspěvků mezinárodní odborné konference Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče a Asociácie hospicovej a paliatívnej starostlivosti Slovenska, Péče o umírající v 21. století. Hořet, ale nevyhořet aneb kde ostatní končí, hospice teprve začínají*. Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, místo vydání neuvedeno, 2018.

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2016–2025. Praha: MPSV, 2015. ISBN: 978-80-7421-126 -3.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb jihočeského kraje na období 2019–2021.

Schváleno usnesením Zastupitelstva Jihočeského kraje č. 133/2018/ZK-13 ze dne 17. 5. 2018.

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění platném k 15. 3. 2019.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, ve znění platném k 15. 3. 2019.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, ve znění platném k 15. 3. 2019.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2017. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018, ISSN: 1210-9967.

Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2017. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018, ISSN: 1210-9967.