

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Duchovní potřeby seniorů v terminálním stadiu života v pobytové sociální službě

Autor práce: Bc. Zuzana Hasalíková

Vedoucí práce: Ing. Dr. Alois Křišťan, ThDc.

Studijní obor: Etika v sociální práci

Rok: 2021/2022

2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V _____ Dne _____ Podpis _____

Poděkování

Děkuji za metodické vedení a cenné připomínky Dr. Ing. Aloise Křišťana, Th.D. a doc. Jakuba Sirovátky, Dr. phil. v průběhu psaní této diplomové práce, bez nichž by nemohla vzniknout. Ráda bych poděkovala rodině a přátelům za jejich podporu a trpělivost.

Obsah

ÚVOD	5
1 Vývojové období saenium	7
1.1 Gerontologie	11
1.2 Gerontopedagogika.....	12
2 Specifika období saenia.....	13
3 Hlavní potřeby seniorského věku.....	15
3.1 Základní potřeby seniorů	15
3.2 Senior a rodina.....	18
3.3 Potřeby těžce nemocných seniorů.....	22
3.3.1 Biologické potřeby	22
3.3.2 Psychologické potřeby	22
3.3.3 Sociální potřeby	23
3.3.4 Spirituální potřeby.....	24
3.3.5 Potřeba tišení bolesti	24
3.3.6 Kvalita života nevléčitelně nemocných.....	25
3.3.7 Etické aspekty v péči o nemocné seniory.....	26
3.3.8 Komunikace s nevléčitelně nemocnými.....	26
3.3.9 Komunikace s pozůstalými	27
3.3.10 Umírání, smrt a proces vyrovnávání se se smrtí	28
4 Sociální péče v zařízeních sociálních služeb napomáhající uspokojení duchovních potřeb.....	31
4.1 Krize ve stáří.....	31
4.2 Role sociálního pracovníka v rámci adaptačního procesu	32
4.2.1 Osobnostní předpoklady sociálního pracovníka.....	33
4.2.2 Profesní charakteristika sociálního pracovníka.....	35
4.2.3 Úkoly a kompetence sociálního pracovníka.....	37
5 Duchovní péče o umírající	40
5.1 Duchovní potřeby	42
5.2 Smysl života.....	43
5.3 Duchovní péče při provázení umírajících.....	46
6 Etické aspekty péče o umírající pacienty	49
6.1 Etika ve vztahu ke geriatrickému pacientovi	49
6.1.1 Etické problémy v geriatrii a práva geriatrického pacienta.....	50

6.1.2 Uspokojování potřeb u geriatrického pacienta.....	51
6.1.3 Komunikace s geriatrickým pacientem	53
6.2 Etické principy v péči o umírající.....	54
6.3 Etika v praxi v rámci nelékařských zdravotnických oborů.....	55
6.3.1 Utilitarismus.....	56
6.3.2 Existencialismus.....	56
ZÁVĚR	58
Abstrakt.....	59
Abstract	60
Seznam použitých zdrojů.....	61
Seznam použitých českých zdrojů	61
Seznam použitých zahraničních zdrojů	66
Internetové odkazy a zdroje	67
Přílohy.....	68

ÚVOD

Od narození se člověk snaží žít podle svých představ a být šťastný. Tato touha ho neustále posouvá dopředu a nutí ho zdokonalovat se. Štěstí je však velmi složitý fenomén, který by neměl být centrem lidského zájmu, ale jen vedlejší produkt jeho skutků a rozhodnutí. To, co si člověk skutečně přeje, není ani tak být šťastný, jak mít důvod být šťastný. Důvodů ke štěstí je samozřejmě nespočet a závisí to na osobních preferencích jednotlivce. Někomu velmi záleží na bohatství a slávě a někdo se naopak zajímá o své blízké nebo své koníčky. Každopádně, chce-li být člověk šťastný, měl by využívat celý svůj potenciál k naplňování svého životního smyslu, který pramení z jeho hodnot a celoživotních cílů. Smysl života tedy představuje velmi intenzivní motivaci člověka, která dává jeho životu směr.

Seniorský věk je završením lidského života. Senioři svými zkušenostmi a zpětným hodnocením životní zkušenosti obohacují celou naši společnost. Mají specifické potřeby, které se značně liší od potřeb dospělé populace. Na seniory nelze nahlížet jako na homogenní skupinu obyvatel. Jsou značně rozdílní jak ve svých potřebách, tak ve svých zkušenostech a zážitcích. Seniorská populace je výrazně různorodá. Senioři se od sebe liší věkem, zdravotním stavem, volnočasovými aktivitami, vzděláním, hodnotovým systémem, zdatností, soběstačností a mnoha dalšími faktory.

Každý člověk potřebuje někam patřit, mít své místo, roli, pozici v rodině a ve společnosti.

Se stářím přichází mnoho sociálních změn a ztrát, s nimiž se musí člověk vyrovnat, a mohou být velmi často těžce přijímány. Odchodem do důchodu dochází ke ztrátě pracovní role, může vzniknout až sociální izolace nebo osamělost. Na té se také do jisté míry podílí odchod dětí a snížení fyzických sil projevující se snížením soběstačností a závislostí na druhých.

Ideální pro seniora je, když může stáří prožívat doma, ve svém prostředí, kdy je obklopen blízkými lidmi a rodinou. Rodinné prostředí má pro seniora blahodárný vliv na duševní i tělesné zdraví. Pokud však toto není možné například z důvodu vážných zdravotních komplikací, přichází na řadu umístění seniora do některého ze zařízení sociálních služeb. Tato zařízení jsou pak pro člověka, jehož donutí problematické situace je využívat a stávají se tak důležitým činitelem v jeho životě. Poskytovaná péče umožní důstojné dožití jeho života. Ale ne každý klient je schopen přijmout tuto skutečnost. Jeho adaptační schopnosti nemusí stačit na to, aby situace přestěhování se do zařízení byla pro něj únosnou. Tehdy je odkázán na pomoc a péči odborníků, mezi které patří i sociální pracovníci, kteří pomáhají klientům prostřednictvím nejrůznějších metod.

V současnosti se zjišťuje, že uspokojování duchovních potřeb není jen výsadou věřících, ale má svůj význam i pro nevěřící, kteří hledají v posledních dnech či měsících význam a smysl svého života. Duchovní potřeby vstupují do popředí zejména v situacích, kdy člověk prožívá bolest a žal. Když je těžce nemocný, ztratí blízkou osobu, nebo když je nucen odstěhovat se ze svého přirozeného prostředí do zařízení sociálních služeb. Zvýšenou potřebu uspokojovat spirituální rozměr pocítují lidé v období stáří, zejména tehdy, když se dostává do popředí otázka blížící se vlastní smrti.

Smrt může představovat pro některé lidi subjektivně hluboce frustrující zážitek. Čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize, v níž dominuje fenomén strachu a

nejistoty. Smrt je jedinečná událost, kdy každý z nás umírá svou smrtí. Lidský život nesmí být definován bez smrti - ta k němu patří od začátku až do konce. Proces umírání znamená dekompenzaci, postupné slábnutí a emocionální soužení. Hranice mezi životem a smrtí se nám zdá velmi vzdálená, ale jen do okamžiku, než se smrt přiblíží. V terminální fázi nemoci jsou potřeby klientů modifikovány a jsou velmi specifické. Při osobní konfrontaci s utrpením se mnozí klienti dostávají do duchovní prázdnoty, ze které často vznikají pocity strachu, hrůzy z osudu.

Duchovní potřeby se spojují s vírou člověka. Člověk si často až s uvědoměním vlastního konce života klade otázky o jeho smyslu a směřování. Zjišťuje se, že uspokojování duchovních potřeb není výsadou jen věřících, ale má svůj význam pro všechny, jež hledají v posledních dnech či měsících význam a smysl svého života. Uspokojování duchovních potřeb je zaměřeno na respektování náboženské svobody poskytnutím možnosti účastnit se náboženských úkonů. Péče o duši je součástí tzv. pastorační péče.

Motivace pro výběr tématu diplomové práce vychází z mých běžných každodenních pracovních zkušeností. Den co den se setkávám s klienty v terminálním stadiu života. Do běžné praxe se snažím vnášet prvky péče, které předložím v této práci.

Cílem práce je prezentovat odborné poznatky týkající se problematiky potřeb seniorského věku s důrazem na potřeby těžce nemocných seniorů. Dalším cílem je popsat roli sociální péče v zařízeních sociálních služeb a duchovní péči o umírající. V první kapitole je popsána problematika vývojového období senescence. Ve druhé kapitole je pozornost zaměřena na specifika období senescence. Třetí kapitola pojednává o hlavních potřebách seniorského věku, tedy o základních potřebách seniorů včetně potřeb těžce nemocných seniorů. Čtvrtá kapitola pojednává o sociální péči v zařízeních sociálních služeb napomáhající uspokojení duchovních potřeb, pátá kapitola se potom zaměřuje na duchovní péči o umírající. Šestá kapitola je zaměřena na etické aspekty péče o umírající.

1 Vývojové období saenium

Stárnutí a stáří jsou významnou etapou ontogenetického vývinu jednatlivce a představují přirozenou součást životního cyklu člověka. Jsou jevem individuálním i společenským. Jelikož se soběstačnost se zvyšujícím věkem snižuje, starší člověk si tak nemůže své základní potřeby saturovat sám, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech a často směřuje k nucené životní změně.¹

Stáří tedy můžeme chápat jako čas, který uplynul od vzniku, zrodu objektu, ve kterém není automaticky zahrnuto hodnocení. Jde o závěrečnou etapu v životě člověka.²

Stáří začíná dobou, kdy skončí ekonomická aktivita a končí smrtí. Stáří se nazývá také třetím věkem. Toto období nelze definovat biologickým věkem, protože individuální rozdíly fyzického a psychického stavu stejně starých lidí jsou rozdílné. Stárnutí lze charakterizovat jako období, kdy u lidí nastávají postupné změny, v důsledku čehož se zmenšuje schopnost realizovat jednotlivé funkce organismu. V tomto období se snižuje schopnost adaptace.³

Stárnutí je nezvratný biologický proces, který se týká celé přírody. Délka života je geneticky podmíněná a pro každý živočišný druh specifická. Stejně je to i u člověka, kde je předpokládán multifaktoriální typ dědičnosti. Maximální délka života člověka je teoreticky asi 115-120 let, v praxi jde však jev o mimořádný.⁴

Na stárnutí můžeme nahlížet jako na kontinuální proces, který se neprojevuje stejnou rychlostí u všech lidí, ale ovlivňuje ho mnoho faktorů, například získané genetické vlastnosti, ale i prostředí, ve kterém člověk žije. Stárnutí není nemoc, ale fyziologický proces, tedy přirozené období života.⁵

Stárnutí je nezvratný fyziologický proces, který však můžeme cíleně řídit a spravovat z vlastního vnitřního a vnějšího prostředí. To znamená, že můžeme proces ovlivnit vlastní schematikou života, aktivním postojem k procesu regrese, udržovat si zdravou mysl a optimismus, vyvíjet přiměřené pohybové aktivity a rozvíjet psychospirituální stránku osobnosti.⁶

Stárnutí populace je nejdůležitějším fenoménem demografického vývoje v současném světě a projevuje se svými důsledky i v našich podmínkách.

Věk člověka lze dělit z několika aspektů:

1. chronologický věk - kalendářní věk odpovídající skutečně prožitému času bez ohledu na stav organismu,
2. biologický věk - je důsledkem geneticky řízeného programu, působení vnějšího prostředí a způsobu života a přítomnosti nemocí či úrazů,
3. funkční věk - odpovídá funkčnímu potenciálu člověka, je dán souhrnem biologických, psychologických a sociálních charakteristik,

¹ Srov. MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 13.

² Srov. MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 19.

³ Srov. *Tamtéž*, s. 20.

⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 22 – 23.

⁵ Srov. *Tamtéž*, s. 21.

⁶ Srov. MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 25.

4. psychologický věk - je důsledkem funkčních změn v průběhu stárnutí, individuálních osobnostních rysů a subjektivního věku,

5. sociální věk - zahrnuje přítomnost, resp. nepřítomnost životního programu a do jisté míry závisí na důchodovém věku.⁷

Příznaky stáří lze rozdělit podle různých kritérií, např. podle stavu tělesných orgánů, podle toho, zda jsou způsobeny involucí tkání, nebo spíše vnějšími faktory, a zda ovlivňují více tělesné funkce, respektive výkonnost tělesných orgánů nebo psychiku. Období stáří se v malé míře odlišuje od ostatních období lidského života, ačkoli samotný průběh stárnutí je fyziologický děj, většina jeho projevů (příznaků) je způsobena postupným selháváním jednotlivých orgánů. Toto selhávání je způsobeno změnami nejen funkcí, ale i morfologie orgánů; změnami, které těžko lze označit jinak než jako patologické, a pokud popisujeme příčiny a průběh těchto změněných (patologických) jevů, mluvíme vlastně o jejich patogenezi.⁸

Stárnutí doprovázejí patologické změny, které mnohdy souvisejí s regresí organismu, je třeba se s těmito změnami vyrovnat a úkolem společnosti je eliminovat symptomy tohoto regredujícího projevu.

Senior je člověk nacházející se ve finální životní fázi se specifickým postavením ve společnosti. Je to kategorie, v níž se prolínají biologicko-medicínské aspekty se sociologickými. Seniozem se člověk plynule stává přechodem ze střední generace. Seniorský cyklus završuje fáze smrti.⁹

Podle Haškovcové (2010) se za seniory označují skupiny osob znevýhodněné věkem, odkázané na pomoc jiných z hlediska svého věku, zdravotního stavu, nemožnosti zabezpečení vlastních životních potřeb, jejich ekonomickou, psychickou a sociální vázaností na dospělé a soběstačné osoby.

Seniorská populace vykazuje některé charakteristické rysy. Je to dáno především

- obecně platnou jedinečností vloh a osobnostních rysů, které se věkem neztrácejí,
- různou mírou rozvoje těchto vloh během mládí a středního věku,
- interindividuální variabilitou involučních biologických dějů,
- různou měrou chorobných změn,
- událostmi dlouhého života, zkušenostmi a návyky včetně vzdělání a profesní kariéry,
- hodnotovým systémem, životním názorem, aspirací, expektací,
- různým socioekonomickým zázemím včetně majetku, bytových podmínek a bytové situace.¹⁰

Podle Brzákové Beksové (2013) je znevýhodněné postavení seniorů zapříčiněné i celkovým postojem společnosti k nim. Už i základní společnost, ve které žijí, k nim zaujímá určité postoje, které je z ní vyrazují, například pokud se senior stane přítěží pro rodinu.

⁷ Srov. *Tamtéž*, s. 18.

⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 22 – 23.

⁹ Srov. *Tamtéž*, s. 16.

¹⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 15.

Domnívá se, že má stárnutí převážně charakter úbytku sil a funkčních rezerv, respektive zhoršování adaptability. Z morfoloického hlediska jde zejména o atrofii tkání.

Z hlediska teorií stárnutí lze vymezit dva základní okruhy:

1. stárnutí jako projev a důsledek genetické informace,
2. stárnutí jako projev opotřebení nebo nahromadění chyb, mutací a podobně.

Také uvádí, že lze souhrnně konstatovat, že stárnutí je specifický biologický proces charakterizovaný tím, že je dlouhodobě přednastaven, nezvratný, neopakuje se, je rozličného charakteru, zanechává trvalé stopy. Stárnutí doprovázejí morfoloické a funkční změny.

A doplňuje, že s přibývajícím věkem člověka podléhají orgány těla různým změnám na úrovni buněk a tkání, které pak způsobují různé druhy změn. Změny, které se na lidském organismu vyskytují v závislosti na zvyšujícím se věku jedince, lze srovnat a zařadit do následujících kategorií:

- primární stárnutí - tělesné změny stárnoucího organismu,
- sekundární stárnutí - změny, které se ve stáří objevují častěji, ale nejsou jeho nevyhnutelným průvodním znakem,
- terciární stárnutí - prudký a nápadný tělesný úpadek, bezprostředně předcházející smrti.¹¹

Prognózy biogenetické, psychologické i sociální inklinují k teorii nezařazování jedinců do kategorie seniorů, tj. starších občanů. Z důvodu takové současné kategorizace dochází k diskriminaci seniorů. Nevytváří to pozitivní chápání věkově staršího člověka. I člověk s vysokým chronologickým věkem může být „mladý“, dobře se cítit, být vitální a produktivní jak pro sebe, tak pro své okolí. Z hlediska prognostického, týkajícího se vývoje jedince, se nebude aktuálně mluvit o sekundárním stárnutí, které je spojeno s nemocemi, ale celá problematika ohledně stárnutí se zaměří na samotnou přípravu na stáří v rámci různých institucionálních modelů. I dnes se hovoří o stáří z hlediska preventivních aktivit, z hlediska přípravy na stárnutí, avšak tato příprava se realizuje bez konceptu a bez příslušných institucionálních a legislativních nástrojů.¹²

Podle Světové zdravotní organizace rozlišujeme tato období stáří:

- 60-70 let - časná stáří, starší nebo vyšší věk, mladá stáří,
- 75-89 let - vlastní stáří, pravé stáří, senium,
- 90 let a více - dlouhověkost.¹³

Členění období stáří jak uvádí Malíková (2011):

- a) stádium počáteční stáří (od 60. do 78. roku),
- b) stádium pokročilé stáří (od 78. roku do 90. roku),
- c) stádium vrcholného stáří (začíná 91. rokem života a končí smrtí).

¹¹ Srov. BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*, s. 32-33.

¹² Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 18-21.

¹³ Srov. *Tamtéž*, s. 14.

Stáří můžeme dále dělit na tři období:

- a) věk kritický – presenilní (45-60 let),
- b) období stárnutí (60-70 let) - s poklesem fyzické a psychické výkonnosti,
- c) období stařecké nebo vysokého věku (70 let a více).¹⁴

Podle Malíkové se začíná o stáří mluvit tehdy, když úbytek fyzických a psychických sil znemožňuje jedinci podávat plné výkony v procesech tělesné a duševní práce. Předmětné diferenciaci člověka z hlediska věku jsou pouze orientační a slouží pro kategorizaci z hlediska různých vědních disciplín, nejsou aktuální z hlediska individuálního vývoje konkrétního jedince. Tyto kategorizace obsahují popisy jednotlivých vitálních funkcí z hlediska fyziologického, psychického a sociálního. Jsou skutečně orientační, ale ne závazné. Postoj současné společnosti ke stáří a starším lidem je spíše negativní. Stáří je chápáno jako období, kdy může starší člověk jen chátrat, v nejlepším případě si zachováva část toho, co získal dříve. Jeho zkušenosti a kompetence ztrácejí svůj význam. Pro společnost také není takový člověk ničím přínosným. Toto negativní chápání stáří způsobila samotná společnost, která dlouhodobě ve vědomí lidí ukotvila představu negativního chápání procesu stárnutí. Společnost by měla k samotnému procesu stárnutí zaujímat výsostně jen pozitivní postoj, jak to dělali některé komunity v dřívějších společensko-ekonomických formacích, kde starší lidé byli uctíváni a těšili se své seniorské vážnosti a zaujímali nejdůležitější pozice ve společnosti. Identifikuje a definuje choroby, které se podílejí na fenotypu stáří:

1. arterioskleróza (kornatění cév a změny tepenného průtoku, ztráta pružnosti cév v důsledku patologického ztlustění a kalcifikace cévní stěny),
2. chronická obstrukční plicní nemoc (otok neboli edém plic),
3. osteoporóza (řidnutí kostí způsobující zmenšování postavy, bolesti v křížové oblasti, deformaci postavy),
4. osteoartróza (degenerativní onemocnění kloubových chrupavek),
5. poruchy zraku (šedý zákal oční čočky, změny oční sítnice),
6. Alzheimerova choroba (degenerativní onemocnění mozku způsobující četné případy demence),
7. ztráta chrupu (v důsledku nemocí včetně zubního kazu).

Zároveň se dá říci, že předmětná diagnóza nemusí souviset s procesem stárnutí a může být příznačná i pro mnohem mladší věkové skupiny, avšak pravděpodobnost výskytu v seniorském věku je procentuálně vyšší.¹⁵

Malíková charakterizuje šest úrovní funkční zdatnosti seniorů:¹⁶

- elitní senioři - zvládají mimořádnou zátěž, mnohdy lépe než většina mladých lidí. Jsou důkazem toho, že i ve vyšším věku může být člověk v dobré fyzické i psychické kondici,
- zdatní senioři - pravidelně se věnují náročnějším pohybovým aktivitám, udržují si velmi dobrou kondici. Vyžadují hlavně vytvoření podmínek pro své aktivity,

¹⁴ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 14-16.

¹⁵ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 19-22.

¹⁶ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 18-21.

- nezávislí senioři - zvládají běžnou denní zátěž, nepotřebují pomoc rodiny ani specializované služby, ale mají poměrně slabou kondici, jsou bez funkčních rezerv, což se může projevit v zátěžových situacích,
- „křehcí“ senioři - mají problémy se zvládnutím náročnějších činností běžného života (vaření, nakupování, úklid a podobně). Častěji u nich hrozí dekompenzace zdravotního a funkčního stavu. Tito lidé obvykle potřebují rodinnou, sousedskou či pečovatelskou pomoc,
- závislí senioři - mají problémy i se základními aktivitami (při jídle, provádění hygieny, pohybu a podobně), potřebují průběžnou podporu rodiny nebo pečovatelskou službu, často vyžadují trvalou institucionální péči (domov důchodců, léčebna pro dlouhodobě nemocné),
- zcela závislí senioři - jsou obvykle trvale upoutáni na lůžko, vyžadují trvalou asistenci, ošetřování a péči. Patří sem i osoby s pokročilým syndromem demence a se závažnými poruchami duševních schopností. Většina těchto lidí je umístěna ve specializovaných zařízeních.

Domnívá se, že nová paradigmatata věd vytvořila lepší předpoklady k pochopení stárnutí, ale i pochopení role a potřeb starších lidí. Je to dáno cílevědomým apelem na komplexnost, individualizaci, ucelenost, vzájemnou provázanost, etiku, mezioborovost a na hledání smyslu života. Při těchto zjištěných skutečnostech se vyžaduje formování nových struktur, přístupů, ale i nového vzdělávání pro oblast stárnutí, které je neoddelitelnou součástí důsledného týmového pojmenování.¹⁷

Vzhledem k tomu, že naše populace celosvětově stárne, všechny specializované vědní obory, které se zabývají problematikou starších osob, můžeme chápat jako obory budoucnosti.

K těmto oborům patří gerontologie a gerontopedagogika.¹⁸

1.1 Gerontologie

Gerontologie (řecký gerón = starý člověk, logos = nauka, slovo) je soubor poznatků o problematice starých lidí a života ve stáří. V konkrétním slova smyslu se jedná o vědu zabývající se změnami mysli a těla, které doprovázejí stárnutí a problémy s nimi spojené. Odborníci gerontologii chápou jako integrovaný vědní obor, který má interdisciplinární charakter zabývající se problematikou stárnutí a stáří.¹⁹ Gerontologie se dělí na:

1. teoretickou gerontologii – zabývá se otázkami, proč a jak živé organismy stárnou. Její součástí je také experimentální gerontologie, která doplňuje příčiny a mechanismy stárnutí živých organismů.
2. sociální gerontologii - zabývá se vzájemnými vztahy mezi staršími jedinci a společnostmi, tím co starší lidé požadují od společnosti, ale také tím, jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj.

¹⁷ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 20.

¹⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 259.

¹⁹ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 21.

3. klinickou gerontologii / geriatrie - zabývá se otázkami zdraví, nemoci, funkčním stavem a kvalitou života ve stáří. Nejčastěji se také označuje jako geriatrie (řecký iatró = léčím). V širším slova smyslu můžeme pojmenovat geriatrii celou geriatrickou medicínu, která provádí prakticky všechny klinické obory dospělého věku. V užším slova smyslu je geriatrie označením specializovaného lékařského oboru.

Cíle geriatrie:

- zkvalitnit šance starého klienta zachovat si dobré zdraví a včas zpozorovat akutní / chronické příznaky onemocnění, zahájit jejich léčbu,
- dopracovat se k nejvyšší aktivitě, soběstačnosti, nezávislosti a funkční zdatnosti klienta v domácím prostředí,
- udržovat kvalitu života v souvislosti se zdravotním stavem klienta.

1.2 Gerontopedagogika

Specializovaná andragogická disciplína, která je zaměřena na seniory. Základ slova tvoří gerón = stařec a agogé = vedení. Jde o pojmenování nové pedagogické disciplíny zabývající se rovněž edukací – výchovou a vzděláváním seniorů. Někteří odborníci tuto disciplínu pojmenovali geragogika a jiní využívají termín gerontopedagogika.²⁰

Gerontopedagogika představuje disciplínu, která zajišťuje podporu a pomoc seniorům při uspokojování jejich každodenních potřeb. Samotný obor lze rozdělit na:

- gerontopedagogiku v užším slova smyslu, která se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů,
- gerontopedagogiku v širším slova smyslu, která zajišťuje komplexní starostlivost a podporu při uspokojování potřeb seniorů.

Gerontopsychologie představuje vědní obor, který se zabývá stárnutím a stářím. Řeší individuální zvláštnosti týkající se psychických změn spojených s odchodem do důchodu, náplň volného času seniorů, schopnost přizpůsobit se různým psychickým změnám.²¹

Gerontopsychiatrie je vědní obor zabývající se duševními poruchami souvisejícími se stárnutím a stářím, prevencí, diagnostikou a léčbou duševně nemocných jedinců. Zde zařazujeme delirium, depresi a demenci.²²

²⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 259.

²¹ Srov. *Tamtéž*, s. 258.

²² Srov. MALÍKOVÁ E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 21.

2 Specifika období saenia

Na stárnutí se dá nahlížet jako na obecný jev, kterému podléhají všechny živé organismy, tedy i člověk. Je to přirozený, fyziologický děj, ačkoli s sebou přináší mnoho vážných společenských změn. Proto je dobré znát některé znaky přicházející stáří.²³

Haškovcová (2010) se zamýšlí nad tím, kdy vlastně stáří začíná a co je příčinou stárnutí. Proces stárnutí začíná již od narození, trvá tedy celý lidský věk, ale projevy stárnutí se začínají projevovat v období zralosti, což je asi přibližně po 60. roku života. Stárnutí je proces, kdy v buňkách vznikají degenerativní změny a nastávají také změny v jejich funkcích. Tyto změny jsou individuální, u někoho probíhají rychleji, u jiného pomaleji.

Charakterizuje stárnutí jako specifický biologický proces, který je naprogramovaný, nezvratný, neopakuje se a zanechává trvalé změny. Každý jedinec stárne jinak a ve stárnutí jsou velké individuální rozdíly. Rozptyl různých funkčních hodnot u stejně starých osob je v průběhu stárnutí velký a s věkem se zvyšuje. Rozdíly v kvalitě a dynamice stárnutí jednotlivých funkcí jsou příčinou toho, že pouze s obtížemi lze posoudit, která naměřená hodnota je vzhledem k věku normální a která již patologická.

Uvádí mimo jiné, že s věkem obecně klesá i vitalita a energie. Dochází tedy k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické funkční koordinace. Chůze se zvolňuje, gesta se zmenšují, je jich méně i co do počtu. Řeč starších lidí bývá pomalejší, jakákoliv činnost jim trvá déle. Jsou to všechno symptomy, které se neodrážejí negativně na osobnostním projevu seniora. Takový senior spíše působí na své okolí jako ustálený, s vyhraněným světovým názorem, vnitřním klidem a sebevědomím. Má zkušenosti, může učit a radit jiným, jeho rady jsou cenným zdrojem poznatků. Stárnutí podléhá i lidské vědomí, i když i zde pozorujeme individuální odlišnosti. Někteří lidé si udrží mentální svěžest až do vysokého věku, zatímco jiní ji ztratí dávno předtím, než zestárnou. Fyzické i mentální kvality jedince závisí na schopnosti člověka v mládí a v dospělosti. Lidé, kteří jsou vysoce inteligentní a tvořiví, mají lepší šanci úspěšně se chránit před mentálním stárnutím.

Dále popisuje stárnutí poklesem fyzické síly a výkonnosti. Nastávají funkční změny zraku, sluchu, zhoršuje se pohyblivost a paměť. Vnější změny jsou viditelné např. na pokožce, zpravidla je sušší, tvoří se vrásky, ve vlasech je stále více šedin. U některých mužů ubývá množství vlasů, vznikají holá místa. Změny můžeme zjednodušeně vyjádřit jedním slovem - úbytek. Ubývá pružnosti, ubývá podkožní vazivo, ubývá svalová hmota, i hmota vnitřních orgánů a kostí. Na postavě se to projeví zkrácením původní výšky. K tomu se může přidat ohnutí páteře vzhledem ke snížení meziobratlových plotének. Kůže mnoha starších lidí je poseta pigmentovými skvrnami (ruce, obličej). Suchá kůže má sklon praskat a infikovat se. Typickým znakem staršího věku je i snížená schopnost zachovat rovnováhu, vzácné nejsou závratě. Je to zapříčiněno opotřebením centra pro rovnováhu ve vnitřním uchu. Častým jevem starších lidí je poškození zraku šedým zákallem. Celkový úbytek tkáně se však nejvýrazněji projeví v souvislosti s poškozením mozkových buněk. Důkazem toho je, že mnoho lidí si stěžuje, že s přibývajícím věkem stále více zapomínají. Zdraví starších lidí nejvíce ohrožují nemoci srdce, cév, onkologické choroby, řídnutí kostí a jiné nemoci pohybového ústrojí, revmatismus, poruchy metabolismu a podobně.

²³ Srov. HAŠKOVCOVÁ H. *Fenomén stáří*, s. 31 – 32.

Typický a v praxi významný rys stárnutí je charakter funkčních změn. Jde o úbytek struktur a funkcí, jejich involuci a regresi. Involuce je všeobecný fenomén stárnutí, který je pravděpodobně geneticky zakódovaný jako primární proces (primární stárnutí) v samotné buňce, nebo je výsledkem sekundárních změn způsobených chorobami (sekundární stárnutí).

Je toho názoru, že medicína dnes nabízí mnoho návodů na to, jak odstraňovat tyto symptomy. Důležité v tomto ohledu je, aby se senior dokázal s tímto degenerativním procesem vypořádat a poskytnout tak sobě rovnocennou úroveň života s ostatními věkovými kategoriemi. Jde o proces náročný, protože je zde třeba se ztotožnit s realitou a umět jí čelit.

3 Hlavní potřeby seniorského věku

Každý z nás stárne a dostává se do důchodového věku bez ohledu na to, zda je s tím vyrovnaný nebo tuto skutečnost odmítá. Největším štěstím pro seniora v jeho životě je, pokud může svůj život dožít v prostředí, které zná, obklopen svými blízkými, aby jeho seniorský život byl naplněn pocitem lásky, důležitosti, vážnosti a potřeby jejich existence ze strany rodiny i okolí. Jedinec by měl být po celý svůj život až po existenční odchod v kontaktu se svou rodinou, měl by v ní žít, a když by to už z nějakých důvodů nebylo možné, tak alespoň udržovat určitý kontakt s rodinou. Člověk chce celý život někam patřit; jeho referenční skupinou, v níž se cítí dobře, by měla být primární sociální skupina, tedy rodina. Samozřejmě za předpokladu, pokud je rodina funkční. Dokonce i *thanatologie* (nauka o smrti) nás učí, že umírat by se mělo v rodinách, mezi svými, mezi nejbližšími. Tato skutečnost pozitivně ovlivňuje samotný proces umírání. V práci se seniory je vždy třeba mít na paměti jejich rodinu, která by měla být primárním zdrojem sociální opory seniorovi.²⁴

Starší lidé tedy představují velmi zranitelnou skupinu obyvatel, a proto jsou ve stáří i časté situace, které mohou mít někdy negativní dopad na lidskou důstojnost. Proto je stáří spojeno s vyšším výskytem různých chorob souvisejících se zvýšenými nároky na zdravotní a sociální péči.²⁵

3.1 Základní potřeby seniorů

Senior, tak jako každý člověk v určité fázi svého individuálního vývoje, má své potřeby, které jsou adekvátní k období, které prožívá. Není to období ohraničené určitou chronologií věku, ale období charakteristické vývojovým potenciálem fyzických, duševních a sociálních sil. I když organismus seniora regreduje, je významným zdrojem jeho pozemské, civilizační existence. Potřeby jsou okleštěné určitými limity, mezi ty nejzákladnější patří stav fyzického, psychického a sociálního zdraví. Materiálně ekonomické možnosti seniora závisí na velikosti jeho příjmu - čím je vyšší, tím lze do určité míry zvyšovat úroveň kvality života.²⁶

V rámci analýzy potřeb seniora blíže uvedu základní pojmy, které upozorňují na seniory v oblasti jejich potřeb. Potřeba je nedostatkem něčeho, projevem toho, co organismu chybí. Prožívání nedostatku nebo nadbytku ovlivňuje psychickou činnost. Potřeby slouží také jako motivační síla, která nás vede k určitému jednání a chování. Potřebou se nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také hlavně to, k čemu člověk prostřednictvím potřeby směřuje. Potřeba je projevem bytostného přání.

Někteří autoři (Svatošová, Bužgová) vysvětlují potřebu jako základní formu motivu ve smyslu biologické či sociální dimenze bytí. Vyjadřuje nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí člověka. Cílem chování je redukce těchto potřeb, která je prožívána jako různé druhy uspokojení. Potřeba je také to, co jedinci chybí k zajištění jeho organického života. Nedostatek pocíťovaný osobou nebo společností, jakož i touha něco získat. Tyto hodnoty pocíťují jako ohrožené, hodnoty budou záviset na podmínkách bydlení, na zdravotním stavu a jiných faktorech. Potřeby se v jednotlivých věkových obdobích mění. U osob nad 75 let oproti mladší generaci dochází ke změnám

²⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 142.

²⁵ Srov. BRZÁKOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*, s. 68.

²⁶ Srov. *Tamtéž*, s. 72.

v životních potřebách. V popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Zvýrazněné jsou potřeby fyziologické. Z psychosociálních potřeb jsou to potřeby bezpečí, jistoty, lásky či soužití.²⁷

Z fyziologických potřeb je důležitá potřeba chutně připraveného jídla. Ve stáří se totiž mění chuť v důsledku ubývání chuťových pohárků. Dále je to potřeba vyprazdňování. To se ve stáří objevuje velmi často. Senioři potřebují i více spánku. Spí proto nejen v noci, ale i v průběhu dne. Důležitá je také potřeba tepla a pohodlí. Některé fyziologické potřeby však ustupují do pozadí. Týká se to především přijímání tekutin, protože senioři mají snížený pocit žízně. Méně významné jsou i sexuální potřeby, hygienické potřeby nebo úprava zevnějšku. Rozsah potřeb a jejich uspokojování se však odvíjí od aktivity jedince.

Sociální potřeby v sobě obsahují možnosti a kontakty s jinými lidmi. Sociální potřeby v sobě zahrnují hned několik druhů potřeb, jako je např.

- Potřeba informovanosti - mít informace o světě, ve kterém člověk žije, vědět, co se děje ve městě a podobně.
- Potřeba náležitosti ke skupině - být členem nějaké skupiny - rodiny, přátel, klubu,
- Potřeba lásky - mít někoho rád a přijímat tento pocit od druhého,
- Potřeba vyjadřovat se a být slyšen - mít možnost s někým mluvit, konverzovat, vyjadřovat svůj názor.
- Potřeba autonomie ve smyslu být svobodný, rozhodovat sám za sebe.
- Potřeba uznání, vážnosti, pocitu, užitečnosti, potřeba někomu nebo něčemu sloužit.
- Potřeba seberealizace, rozvoj vlastní činnosti. V této potřebě člověk nachází smysl života, ať už ve spojitosti s rodinou, prací, zálibami, vírou, či jinými hodnotami.²⁸

Senioři prožívají i strach z onemocnění nebo ze ztráty partnera. Dominuje potřeba jistoty a bezpečí a ekonomické jistoty. Těžko se smiřují s tím, že jsou závislí na péči jiných. Je třeba seniorům vysvětlit, jak bude probíhat ošetření rány, kdy bude chodit na kontrolu ošetřovatel nebo lékař. Mnozí senioři pracují až do vysokého věku. Dohánějí to, co v době ekonomické aktivity nestihli. Jsou aktivní v klubech seniorů nebo na různých kulturních akcích. Intelektuální potřeby lze podporovat prostřednictvím univerzit třetího věku nebo jinými vzdělávacími programy a kurzy. Aktivní život je podporován i kulturními a společenskými akcemi, návštěvami hradů a historických míst.²⁹

Brzáková Beksová (2013) uvádí, že z hlediska životní změny, kterou senioři prožívají, se projevuje stále aktuálnější sociální potřeba, respektive potřeba sociálního kontaktu. Více než kdy jindy platí vztah životní přímé úměry, který je nezbytné mít stále na paměti - sociální prostředí je velmi silnou determinantou psychického zdraví, a psychické zdraví je velmi silnou determinantou fyzického zdraví. Starší člověk, více než člověk z jiného vývojového stadia, potřebuje sociální kontakt. Sociální kontakt je

²⁷ Srov. BUŽGOVÁ, R. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, s. 40.

²⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, M., *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 21.

²⁹ Srov. *Tamtéž*, s. 22.

největší potřeba seniora, ten mu mohou nahradit sociální pracovníci v zařízeních pro seniory. Nejlepší je, když je sociální kontakt přirozený, pramenící z rodinného prostředí, ne nadarmo se říká, že rodina je přirozeným zdrojem sociálních kontaktů. Bez sociálního kontaktu se výrazně urychluje proces stárnutí, organismus rychleji regreduje, upadají psychické funkce, jejich úpadek je důsledkem slabých nebo absentujících sociálních podnětů. Starší člověk by měl existovat v rodině, avšak jedním ze základních charakteristik postindustriální společnosti je i to, že mizí vícegenerační rodiny, v nichž senior koexistoval s ostatními členy domácnosti.³⁰

Haškovcová (2010) je toho názoru, že pro seniora má existence rodiny významnou a neocenitelnou hodnotu, zejména tehdy, když ho rodina pověřuje některými úkoly zajišťujícími chod domácnosti. Senior se tak cítí být významný, potřebný a vnitřně přechovává pocit, že plnohodnotně a hlavně smysluplně prožívá období stáří. Ve světě by mělo vše plynout přirozeným tempem, vše má svůj čas a smysl, přirozenost by měla zůstat při člověku i v jeho poslední etapě jeho pozemské existence, to chápeme v té souvislosti, aby senior, pokud je to jen trochu možné, zůstal se svými nejbližšími do konce svého života. Odborníci v oblasti thanatologie³¹ nás učí, že i umírat bychom měli doma, mezi našimi blízkými a ne v neosobních prostorách nemocnic, a zároveň při umírání by měli být přítomni naši nejbližší, naše rodina.

Podle Haškovcové by vše mělo mít přirozený průběh, uměle vytvářené alternativy s sebou přinášejí nejrůznější závažné problémy. Tím nejzávažnějším může být tzv. maladaptivní syndrom, který senioři získávají v zařízeních pro seniory v rámci oslabení jejich adaptačních mechanismů. Geriatrický maladaptivní syndrom je mimořádným nebezpečím pro staršího člověka, který z domácnosti přichází do dlouhodobé institucionální péče. Rizikovými faktory jsou psychická rizika (např. duševní nemoci, pasivní postoj k životu, neurózy a psychózy), biologická rizika (vysoký věk, těžká nemoc, imobilita, inkontinence), případně další rizika (např. hypertenze, kouření, obezita) a sociální rizika. K sociálním rizikům patří ztráta soběstačnosti, hrozba vzniku odkázanosti, osamělost, ztráta partnera, život v izolaci, nízký příjem, hrozba institucionalizace, změna bydliště a životního stylu, úpadek platných hodnot a ztráta životního programu.³²

Uvádím pět strategií vyrovnávání se s vlastním stárnutím, tak jak je popisuje Malíková.

a) Konstruktivní strategie - jde o optimální typ člověka smířeného s životem, který nemá strach ze stárnutí. Je vyrovnaný s realitou, kterou přináší vyšší věk. Usiluje o to komunikovat s ostatními lidmi, je stále aktivní a ani s přibývajícím věkem nepřestává mít radost ze života. Je snášenlivý, dokáže se přizpůsobovat novým okolnostem, má rád humor. Rozvíjí své zájmy a podle potřeby se dokáže prosadit, aniž byl vůči druhým agresivní.

b) Strategie závislosti nebo „osobnost na houpacím křesle“ - směřuje více k pasivitě a závislosti na druhých lidech, stáří považuje za čas odpočinku. Jde o lidi většinou bez ambicí, kteří raději nechávají odpovědnost na jiných. Často se uzavírají do svého soukromí. Muž nechává rozhodovat ženu, která získává podobnou dominanci, jakou zažila v dětství u své matky.

³⁰ Srov. BRZÁKOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*, s. 40.

³¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, 143.

³² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*, s. 252-253.

c) Strategie obranná - projevuje se přehnanou aktivitou, kterou chce své okolí přesvědčit, že je soběstačný a nepotřebuje pomoc druhých. Tito lidé se emočně nadměrně kontrolují, jednají přísně podle konvencí. Časté jsou neurotické projevy a přehnaná pedantnost.

d) Strategie hostility - člověk je naplněn hněvem a nepřátelským postojem vůči druhým. Obviňuje lidi z vlastního neštěstí, bývá agresivní, mrzutý, podezřívavý, stále si na něco stěžuje.

e) Strategie sebenenávisti - jde o nasměrování agresivity vůči sobě samému, člověk je k sobě nadměrně kritický. Svůj život chápe jako zklamání, zanedbává společenské styky.³³

Podle Brzákové Beksové (2013) osobnost člověka je rozhodujícím činitelem, zvláště to platí při adaptaci na stáří, která je ovlivňována celým kontextem činitelů. Adaptační schopností je vyzbrojen každý organismus. Člověk se musí ve stáří přizpůsobovat nejen řadě změn ve vlastním organismu, ale i mnohým vnějším změnám. Všechny tyto faktory se podílejí na tom, proč se jeden starší člověk adaptuje na stáří lépe a jiný hůře. Adaptace probíhá ve stáří pomaleji a každá nemoc či stres toto přizpůsobování zhoršují. Zásady duševní hygieny by měly být orientovány na udržování a posilování přizpůsobování.³⁴

V zařízeních pro seniory jsou pro jejich uživatele poskytovány kompletní sociální služby pro seniory, přesto jsou senioři mnohdy nespokojeni, depresivní a plačtiví. Jsou odtrženi od své rodiny a zařazeni do ústavních podmínek své existence. V této situaci mnohdy pomáhá sociální práce, která se snaží eliminovat a řešit sociální problémy seniorů v zařízeních pro seniory hlavně v oblasti adjustace (přizpůsobování se sociálním vztahům). Mnohdy se to podaří a doba, za kterou se tento problém vyřeší, je u každého seniora individuální a závisí na mnoha osobnostních vlastnostech seniora.³⁵

Předkládám předpoklady úspěšné adaptace seniora, tak jak je uvádí Malíková ve své publikaci *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*.

- a) Perspektiva - udržování orientace na budoucnost, realistický pohled na další život.
- b) Pružnost - pohotovost přijímat nové podněty, měnit životní návyky, schopnost přijímat sebekritiku.
- c) Prozíravost - včetně schopnosti organizovat si svůj život přiměřeně svým možnostem.
- d) Porozumění pro druhé - udržování a navazování sociálních vztahů, včetně tolerance odlišných názorů a postojů.
- e) Potěšení - schopnost udržet si zdroje radosti a spokojenosti.

3.2 Senior a rodina

V odborné literatuře se můžeme setkat s tvrzením, že v tradičních společnostech měl senior významný sociální status a jeho autorita rostla s jeho věkem, ale už v nastupující industriální a postmoderní společnosti jeho společenské postavení výrazně

³³ Srov. MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 25.

³⁴ Srov. BRZÁKOVÁ, K., *Geriatrická problematika v pastorální péči*, s. 40.

³⁵ Srov. MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 24.

pokleslo. Starší lidé byli a nadále jsou vnímáni jako příslušníci jisté „zvláštní“ kategorie, a to bez ohledu na jejich skutečné vlastnosti, intence a identitu.

Rodina umožňuje svým členům nejtímnější a nejtěsnější sociální kontakt. Ve vztahu ke svým členům i společnosti plní několik funkcí. Harmonické rodinné prostředí působí blahodárně na celkovou vyrovnanost člověka. Rodina, kterou si člověk utváří po celý svůj život, nabývá pro něj v různých životních obdobích různý význam. Senior si cení rodiny samotné, její samotné existence. Soužití a soulad s jednotlivými členy rodiny se hodnotí jako faktory podílející se na vytváření citového a sociálního zázemí pro poslední fázi života.

Haškovcová uvádí, že rodina tedy má a vždy měla pro seniora velký význam, od rodiny očekával určitou pomoc. Je důležité naučit se respektovat rytmus života starších lidí a následovat cestu, kterou nám ukazují, zároveň však netřeba podléhat touze dělat pro ně všechno co nejdokonaleji a nejoriginálněji. Pro seniory je velmi bolestivé, pokud existuje nesoulad mezi jejich vnitřním prožíváním a tím, jak na ně nahlíží ostatní. Špatné mezilidské vztahy jsou pro ně zdrojem konfliktů, deprese a duševního trápení. Velmi sklíčujícím dojmem na ně působí pocit, že jsou pro ostatní přítěží. Snaha rodiny postarat se o svého staršího nemocného člena bývá velkou fyzickou, psychickou, ale i ekonomickou zátěží. Tuto péči nelze nikomu nařídít, je dána morálními kritérii rodiny, žebříčkem hodnot jejich členů a momentální situací v rodině.³⁶

Co se týče charakteristiky stárnutí, je v pozitivním významu nejdůležitějším a nejsilnějším faktorem právě zmiňovaná rodina. Rodina má stále ve společnosti nejvyšší hodnotu. Byla, je a měla by být pro člověka hlavním citovým i společenským zázemím.

Rodina, která je nápomocná blízkému člověku v seniorském věku, je to nejvzácnější, co si člověk může přát. Přestože starší lidé usilují o to udržet si co nejdéle svoji domácnost, toto jejich úsilí je konfrontováno jejich touhou po blízkosti s jinými členy rodiny, zejména se svými dětmi. Proto starší lidé dávají přednost sice samostatnému bydlení, ale v blízkosti členů své rodiny. Oddělené bydlení ztěžuje širší rodinné péči o své členy.

Haškovcová uvádí jako příklad soužití tří generací - dětí, rodičů a prarodičů bylo v minulosti běžným jevem. Jejich vzájemné vztahy byly většinou založeny na úctě, toleranci a vzájemné pomoci. Starší člověk zpravidla neztrácel svou roli v rodině, měl v ní své čestné místo, byl garantem moudrosti, protože měl nejvíce zkušeností. Děti tak jakoby splácely svým rodičům „dluh“ za výchovu a podporu. Ekonomická zátěž se přenášela z jedné generace na druhou.

Také upozorňuje na situaci, kdy je starší člověk nucen žít s mladší rodinou. Starý člověk by měl cítit, že ve struktuře rodiny hraje určitou roli. Pokud je to možné, měl by přispívat na domácnost, ale nikdy nesmí mít pocit, že je dětmi „vykořisťován“. Vždy je prospěšná nějaká užitečná funkce, jako je posezení s rodinou u večeře, příprava jídel při určitých příležitostech, péče o pokojové či zahradní květiny, účast na nákupech a podobně. Staršího člověka je každopádně třeba neustále povzbuzovat, aby si zachoval své zájmy a koníčky. V druhé polovině 20. století došlo ke změně ve struktuře rodiny, třígenerační rodina se změnila na nukleární, ve které žijí jen rodiče a děti. I přesto se i dnes setkáváme s vícegeneračním typem rodiny často z důvodu nepříznivých podmínek pro osamostatňování mladých rodin. Naopak ve městech převládají jednogenerační typy rodin. Snaha mladých lidí osamostatňovat se přinesla nový jev - osamělost starších lidí.

³⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 53-79.

Nejvíce pomoci se dostává a bude dostávat seniorovi v rodině od jeho dětí při společném bydlení. Rodina má pro seniora významnou hodnotu i díky plnění ekonomických sociálně-zabezpečovacích služeb, jakož i z důvodu udržení si psychického zdraví.

Rodinné a příbuzenské vztahy mají velký význam v moderní společnosti, a to během celého života, nejen na sklonku života. Rodinné vztahy mají své aspekty etické a společenské. Pokud se však v rodině objeví eticko-sociální dysfunkce, dysfunkčním se stává i péče o seniora, který se v takové rodině cítí osamělý a opuštěný. Jako reakce na to mohou být různé psychosomatické poruchy. Zdaleka nejde jen o fyzickou přítomnost těchto členů rodiny (například jak často ho navštěvují, jestli ho nechávají v bytě či v pokoji samotného), jde tu také o to, zda člověk cítí upřímný zájem o vlastní osobu od svých blízkých. Neupřímnost a předstíraný zájem o jeho osobu je mnohdy horší než otevřený nezájem.

Síla mezigeneračního pouta a možnosti postarat se o své rodiče nebo prarodiče se výrazně projevuje právě v období stáří. V dnešní době převládá tendence izolování existence dětí a rodičů při snaze zachovat si vzájemné kontakty mezi generacemi. Představa samostatného bydlení seniorů se často spojuje s představou vlastního bydlení v blízkosti dětí a dalších příbuzných, přičemž se preferuje menší vzdálenost, která umožňuje častější kontakty. Na jedné straně tedy jde o představu odděleného bydlení, ale na druhé straně je potřeba intenzivnějších kontaktů.

Malíková je toho názoru, že senioři většinou obývají starší byty a domy s rizikem pádů a úrazů v domácnosti, často bez telefonu, tím pádem mají omezenou schopnost dovolat se pomoci v případě nouze. Pro změnu bydliště se senior většinou rozhodne proto, že svůj byt, který předtím obýval spolu s dětmi, je najednou prázdný a příliš velký. Údržba takového bytu je pro seniora nákladná, a to nejen z fyzického hlediska, ale také z finančního hlediska. Proto obvykle volí raději menší byt blíže k centru města, k lékařům, dětem a podobně, že nemusíme být neustále v přítomnosti svého blízkého staršího člena, dopřejme mu i samotu, ale buďme vůči němu upřímní, pravdiví (vyhýbejme se i tomu, čemu se obvykle říká „milosrdná lež“), nemusíme ho zahrnovat množstvím pozornosti, ale nezapomeňme mu posloužit ve věcech důležitých, například při úkonech, se kterými si sám neumí poradit.

Je žádoucí udělat vše proto, aby stárnoucí člověk mohl co nejdéle aktivně žít ve svém prostředí, ve svém domově a také, pokud mu to jeho zdravotní stav dovoluje, i ve své práci, v blízkosti svých kolegů a přátel.

Základní podmínkou a zárukou kvalitního života seniora v rodině je již zmíněné zdraví. V sekundárním stárnutí jsou průvodním znakem i nemoci, které vznikají jako proces regrese organismu. O nemocného a staršího člověka se většinou starali rodinní příslušníci a blízké okolí. Všechny životní události od narození po smrt se prožívaly v rodině. I dnes je pro člověka důležitá spjatost s rodinou, a to zvláště v těžkých životních obdobích, jako je nemoc a stáří. Domácí péče je nejstarší forma péče o člověka, jejíž kořeny sahají do dávné minulosti, kdy ústavní péče buď neexistovala, nebo se poskytovala v omezené míře. Pokud se chce rodina postarat o své rodiče, musí splňovat určité předpoklady. Je známo, že nemoc člena rodiny není záležitostí jedince, ale ovlivní nějakým způsobem celou rodinu. Tato zátěž je vždy testem rodinné soudržnosti, který ji buď potvrdí, nebo vede k jejímu rozpadu. Rodina je pro nemocného člověka jedinou sociální skupinou, která mu umožní přijatelnou integraci a poskytne potřebnou

emoční podporu. Je jediným sociálním prostředím, ve kterém zůstává seniorovi individuální specifická role, kde není anonymizovaný.³⁷

Rodina musí v první řadě chtít vědět, jak může tento úkol zvládnout a následně vytvořit vhodné předpoklady pro tuto péči.³⁸

1. Rodina se musí chtít postarat o svého staršího člena. Příbuzní často nechtějí převzít odpovědnost, převzít péči právě z důvodu, který se váže na předchozí způsob života člověka, například alkoholismus, agresivní chování k manželce a dětem, nezájem o ně, rozvodovost a podobně.

2. Rodina se může starat o staršího člena, nicméně jsou situace, které rodině brání postarat se o něho v případě, pokud je těžce nemocen a jeho péče by vyžadovala 24hodinovou pozornost. Nemožnost postarat se o nemocného odůvodňuje rodina trvalým zaměstnáním všech jejích členů, proto by pro intenzivní péči bylo nutné zrušit pracovní poměr, což by vedlo ke zhoršení finanční situace v takovém rozsahu, že by byla ohrožena soudržnost rodiny.

3. Rodina musí vědět, jak tuto péči poskytnout, neboť ošetřování nemocného člověka vyžaduje znalosti o daném onemocnění a všech možnostech péče.

³⁷ Srov. ONDRIOVÁ, I. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s. 81.

³⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 26.

3.3 Potřeby těžce nemocných seniorů

V dnešní době se stále více začíná prosazovat celostní /holistický / pohled na člověka. Je evidentní, že když přijmeme představu vícedimenzionálního člověka, tak potom musíme také přijmout názor, že pokud bude na člověka něco působit, tak to bude mít odezvu ve všech jeho dimenzích. Z toho vyplývá, že při léčbě pacientů musíme kromě biologické stránky vnímat i psychický, duchovní a sociální rozměr.

Je známo, že právě biologické potřeby jsou považovány při léčbě pacienta za nejdůležitější. Avšak z praxe víme, že velmi důležité je naplňování sociálních, psychologických a spirituálních potřeb pacienta. Navzdory specifčnosti jednotlivých dimenzí člověka je třeba zdůraznit jejich vzájemnou jednotu.

3.3.1 Biologické potřeby

Při péči o těžce nemocného poskytujeme všechno to, co by si sám dopřál, aby se cítil dobře. Jsou to především biologické potřeby zaměřené na péči o tělo, jeho pravidelná hygiena včetně prevence proleženin, vyprazdňování, defekace, močení, strava a tekutiny, spánek a odpočinek, komfort, pohodlí a teplo, dodržování přiměřeného pohybového režimu. Nejdůležitější je plnit přání nemocného. Pokud nemá žádné speciální přání, měl by být zachován jeho biologický rytmus. Přísně by se měl dodržovat noční klid, který by neměl být přerušován podáváním léků, které nejsou bezpodmínečně nutné nebo hlasitými nočními kontrolami. Potíže se mohou vyskytnout i při zanedbání potřebného příjmu tekutin. V této souvislosti má velký význam pravidelná hygiena dutiny ústní. Velmi důležitá je i tělesná hygiena pacienta. Přístup ošetřovatele k pacientovi během provádění hygieny by měl být založen na úctě a respektování lidské důstojnosti. Chodícím pacientům prospěje procházka po zařízení, kde se již s biologickou potřebou pohybu spojuje i potřeba sociálního kontaktu. Další přirozenou potřebou člověka je potřeba vylučování. Umírající pacienti jsou však ve většině případů inkontinentní. Ošetřovatelský personál by jim měl vždy zajistit čistotu a pohodlí. Při onemocnění srdce a plic vystupují do popředí potíže s dýcháním. Zde je velmi důležité polohovat pacienta, zajistit dostatečný přívod čerstvého vzduchu, případně poskytnout pacientovi kyslík.³⁹

Do biologických potřeb bych zařadila důležitou potřebu tišení bolesti, které se budu věnovat v samostatné části.

3.3.2 Psychologické potřeby

Velmi důležitou psychologickou potřebou je především respektování lidské důstojnosti. Abychom zachovali pacientovi jeho lidskou důstojnost, měli bychom ho akceptovat i s jeho negativními náladami. Důstojnost prezentována respektováním autonomie mravních a duchovních hodnot představuje záruku zachování osobní a společenské identity. Otázku důstojnosti a odpovědi, co je a co není důstojné, lze nalézt tehdy, pokud je problematika smyslu života dostatečně známa a pokud se změní postoje všech zainteresovaných k umírajícím.⁴⁰

³⁹ Srov. SVATOŠOVÁ, M., *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 21.

⁴⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*, s. 140.

Významná je potřeba bezpečí a potřeba být milován. To vyžaduje úctu, ohleduplné chování, taktní lidský dotek v pravou chvíli, který může dodat naději a sílu a upřímné a pravdivé jednání. Pro naplnění pocitu bezpečí je důležité dát pacientovi prostor, aby mohl mluvit o tom, čeho se bojí, co ho znepokojuje. Otevřeným rozhovorem můžeme pacienta osvobodit od nesnesitelné zátěže. Ošetřující personál nebo rodina by se v každém případě měli vyhnout tomu, aby pacientovi lhali. Takový čin může přivést pacienta do nejistoty, prohloubit jeho duševní osamělost. Může se stát, že nemocný k nim ztratí důvěru právě ve chvíli, kdy je její potřeba největší.⁴¹

Psychologickou péči můžeme poskytnout v několika úrovních. První, základní úroveň, je poskytnutí psychické podpory a doprovod. Měla by být nedílnou součástí péče o každého pacienta. Pacient potřebuje zejména jistotu, že o něj bude postaráno, že nebude trpět, nezůstane sám a jeho lidská důstojnost bude zachována. Tento druh psychologické péče neklade speciální požadavky na vzdělání nebo čas. Poskytovat ji mohou všichni, kteří přicházejí s pacientem do kontaktu. Je nutná vnitřní připravenost dát mu takovou podporu. Druhou úroveň je poskytování psychologické pomoci a poradenství. Jde o vytvoření prostoru, ve kterém mohou pacient a jeho nejbližší vyjadřovat své pocity, myšlenky, otevírat bolestivá témata, naslouchat pacientovi s cílem pomoci mu řešit problém, situaci nebo dilema, kterým čelí. Členové ošetřujícího týmu by měli disponovat základními znalostmi a dovednostmi v komunikaci s pacientem.⁴²

3.3.3 Sociální potřeby

Svatošová (2012) sociální potřeby definuje jako ty, které vyplývají ze statusu člověka, jako společenské bytosti, žijícího v jistém sociálním prostředí, který si plní svou roli, má rodinu, práci, své problémy, zájmy, závazky, sny a přání. Z důvodu nemoci je najednou z tohoto prostředí vytržen. Trpí odtržením od rodiny a mění své sociální postavení. Ztrácí řady kompetencí ve svém životě.⁴³

Bužgová (2015) zdůrazňuje, kdy nemocný potřebuje především druhého člověka, aby nemusel zůstat izolovaný v nepříjemné společnosti své nemoci. Nejsilnější vazbu má pacient obvykle na rodinu. Rodina se stává hlavním tématem, ke které se upíná mysl pacienta. Ošetřující personál nikdy nenechá volání pacienta po nejbližších bez odezvy. Kontaktuje rodinu, zprostředkuje alespoň telefonický rozhovor, usiluje o časté návštěvy, poskytuje možnost ubytování člena rodiny na pokoji pacienta. Pokud není možný častý kontakt s rodinou, personál sám věnuje pacientovi zvýšenou pozornost. Sociální pracovníci nebo dobrovolníci přicházejí často k takovým nemocným a poskytují jim svou přítomností pomoc podle jejich přání. Například možnost procházky po areálu nebo mimo zařízení, kde se pacient nachází.

Klient ve většině případů stojí o návštěvy a potřebuje je, ale ne vždy a ne všechny návštěvy chce přijmout. Měl by mít plné právo rozhodovat o svých návštěvách a zdravotnický personál by měl jeho rozhodnutí respektovat. Každý člověk má potřebu sociálního kontaktu a komunikace, vždy je třeba tento kontakt zabezpečit. Aby docházelo k naplňování sociálních potřeb, musí mít určitou sociální oporu, kterou

⁴¹ Srov. BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 60.

⁴² Srov. *Tamtéž*, s. 61.

⁴³ Srov. SVATOŠOVÁ, M., *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 22.

představuje samotný stát, určitá skupina lidí, kteří se podílejí na životě pacienta a osoba, která mu je nejbližší.⁴⁴

3.3.4 Spirituální potřeby

Haškovcová (2015) ve své publikaci zmiňuje Milana Salajku, který upozorňuje na inflaci pojmu spiritualita. Důvodem toho je, že termín spiritualita se zdá být vznešenější než prostý pojem zbožnost. Spiritualitu lze chápat širěji, tedy jako osvojený a životně uskutečňovaný hodnotový postoj, ovšem zřetelně vycházející z křesťanské tradice, a tou také prověřovaný. Potřeba duchovní pomoci dominuje u umírajících a jejich rodin. Zatímco věřící lidé si svoji cestu k pastoračnímu doprovodu najdou, nevěřící to mohou mít složitější.⁴⁵

Podle Svatošové se spirituální potřeby týkají mimo jiné smyslu života. Nenaplnění potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Spirituální potřeby pacienta nejsou totožné s psychologickými, s nimiž jsou často zaměňovány. Jde o hlubší a osobnější zájem ve sdílení s pacientem na té nejhlubší úrovni. To samozřejmě vyžaduje i vyšší míru soukromí. I z tohoto důvodu jsou jednolůžkové pokoje absolutní nutností. Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Na začátku jsou prvořadě biologické potřeby a v závěrečné fázi se dostávají do popředí spirituální potřeby. Ve většině případů je v posledním období života člověka nejdominantnější spirituální složka osobnosti. U mnoha lidí se v poslední fázi života dostává do popředí náboženská otázka. K důstojnému doprovodu těžce nemocných patří otevřený rozhovor o této otázce. Více než na slovech zde záleží na lidské blízkosti.⁴⁶

Dále je toho názoru, že péče o duchovní stránku člověka je v paliativní medicíně chápána jako součást holistického přístupu k pacientům a k jejich utrpení. Duchovní oblast může být zdrojem utrpení. Pro mnoho pacientů je však v životě i v situaci těžké nemoci zdrojem posily, útěchy a motivace. Je třeba, aby s tímto zdrojem zdravotníci počítali a přiměřeně ho u pacientů podporovali. Dále doporučuje neopomíjet kontakt klienta s duchovním, který by měl být jedním z prioritních cílů, které realizujeme v samém začátku hospicové péče. Obvykle je duchovní aktivní psychoterapeutickou podporou pro umírajícího klienta i jeho blízkých ve všech fázích umírání. Respekt k duchovnímu životu klienta je základním předpokladem shody, důvěry a skutečně humánní péče.

Bužgová (2015) je toho názoru, že duchovní péče o pacienty s pokročilým onemocněním může být plánována stejně jako všechny ostatní ošetrovatelské intervence.⁴⁷

3.3.5 Potřeba tišení bolesti

Brzáková Beksová (2013) popisuje bolest jako velmi nepříjemný subjektivní pocit, který prožívá člověk sám a nemůže se o něj podělit s jinými. Může být tak intenzivní, že zaujme celou jeho mysl a změní i celý život. Bolest je příznak, který se velmi často objevuje u nemocných v terminální fázi života. Má zásadní vliv na momentální komfort pacienta, náladu, na spolupráci při léčbě a celkovou motivaci k životu. Nedostatečné léčení a mírnění bolesti způsobuje pacientovi zbytečné utrpení, které se odráží jak v

⁴⁴ Srov. BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 85.

⁴⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 138.

⁴⁶ Srov. SVATOŠOVÁ, M., *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 23.

⁴⁷ Srov. BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 87.

rovině somatické, tak i psycho-sociálně-duchovní. Neléčená bolest vede k omezení hybnosti až k imobilitě, nechutenství, kachexii, k sociální dysfunkci a izolaci. Bolest je přítomna tehdy, když pacient tvrdí, že ji pociťuje. Jelikož jde o pocit subjektivní, je velmi nesnadné bolest hodnotit. Hodnocení bolesti někdy stěžují i sami pacienti, když popírají bolest nebo ji považují za neléčitelný příznak jejich onemocnění. Nedostatečné léčení může být způsobeno nesprávným hodnocením bolesti. Na hodnocení bolesti se používají různé škály, na kterých pacient vyznačí intenzitu bolesti. Bolest může vyjádřit i mírou schopnosti vykonávat každodenní činnosti. Je důležité, aby si sestra všimla i neverbálních projevů bolesti.⁴⁸

Tišení bolesti patří k prvořadým úkolům v paliativní medicíně. Úleva od bolesti všemi dostupnými prostředky umožňuje nemocnému zapojit se do běžných denních aktivit. Při dnešních farmaceutických pokrocích nemusí žádný pacient trpět nesnesitelnou bolestí.⁴⁹

Švatošová doporučuje správnou volbu analgetické léčby. Výhodnější je podávání analgetik podle časového rozvrhu, ne podle potřeby. Základním cílem léčby je, aby bolest neovlivňovala pacientův spánek, dalším stupněm je nepřítomnost bolesti v klidu a nejideálnějším cílem je bezbolestný pohyb. Nelze však u každého pacienta tohoto stupně dosáhnout.

Podle Ondriové (2021) jsou vnímání a reakce na bolest výsledkem interakce mnoha faktorů. Ošetrovatelský personál, který se stará o pacienty trpící bolestmi, si musí především uvědomit, že přichází do styku s širokou škálou biologických odlišností i odlišností v chování pacienta, které nelze vždy jednoznačně definovat.

Opatrný (2017) je přesvědčený, že bolest, která souvisí se závažným onemocněním, zatěžuje člověka trvale a dlouhodobě. Promítá se do všech oblastí a vrstev života, mezilidských vztahů i do vnitřního světa nemocného. Bolest limituje osobní a sociální možnosti člověka. Dá se říci, že nemocný se bolesti přizpůsobuje. Stává se pro něj významnou zátěží. Také pro okolí nemocného je tato situace náročná, mnohdy okolí nemusí vědět, jak s nemocným komunikovat, a tak se může stát, že se mu raději vyhýbají. Zejména při dlouhodobé bolesti se objevuje řada otázek. Nejčastěji se objevují otázky: „Co v mém životě vlastně zůstává?“ Oprávněné jsou tyto „Kam jdu? „S kým jdu?“ „Jaký to má všechno smysl?“ Odpovědi na tyto jsou nalézány jak v praktickém životě a běžných lidských vztazích, tak také v oblasti spirituální.⁵⁰

3.3.6 Kvalita života nevléčitelně nemocných

Základním konceptem v oblasti paliativní péče, je péče zaměřená na naplnění potřeb. Tato usiluje o zachování maximální kvality života až do smrti. Z hlavních cílů zdravotní péče je zlepšení kvality života nemocného. Abychom mohli zajistit kvalitu života pacienta, musíme znát jeho potřeby a přistupovat k němu holisticky.⁵¹

Péče o lidi, kteří umírají, je organizována ze dvou hlavních cílů. Prvním je zmírňování utrpení a druhým zvyšování kvality života pacienta i jeho příbuzných. Lidé jsou běžně zvyklí mluvit o délce, čili kvantitě života, která se uvádí velmi jednoduše. Mnohem méně však vzpomínáme kvalitu života a mnohdy ani přesně nevíme jak tento

⁴⁸ Srov. BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K., *Geriatrická problematika v pastorální péči*, s. 57-60.

⁴⁹ Srov. ONDRIOVÁ, I., *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s. 102-106.

⁵⁰ Srov. OPATRŇÝ, A., *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 88-90.

⁵¹ Srov. KISVETROVÁ, H., *Péče v závěru života*, s. 13-17.

pojmem definovat. Kvalita života je individuální vnímání vlastní pozice v kontextu kultury a hodnotových systémů s ohledem na cíle, očekávání, životní styl a zájmy. Na kvalitě života se podílejí následující faktory: fyzické zdraví, psychologické aspekty, stupeň nezávislosti, sociální vztahy, environmentální aspekty, spirituální potřeby.⁵²

Brzáková Beksová nabízí nejčastěji uváděné jednotlivé elementy klienty geriatrické péče založené na nejrůznějších etických a deontologických kodexech, apeluje na zvládání utrpení, citlivé zacházení, akceptaci různorodých potřeb apod. Zajímavé je tvrzení, které zdůrazňuje, že prodloužení života by nemělo být jediným cílem, ale také že je nutné respektovat právo na život a přitom uznat, že přání starého nemocného člověka nezakládá legální ospravedlnění úmyslu způsobujícího smrt žádajícího. Z teologického hlediska je otázka absence utrpení jednoznačná. Teologické východisko je zakotveno v biblických zprávách o bolesti a utrpení, jejichž břímě nesli mnozí proroci, spravedliví i sám Spasitel. Nepřipouští možnost eutanazie, ale nabízí příklady hledání smyslu utrpení a ukazuje, že pomoc má trpící hledat u bližních a u Boha. Brzáková hledá odpověď na otázku, kterou nachází z pohledu křesťanské církve. Kolikrát se člověk ptá po smyslu Božích cest stejně jako Jób: „Proč dává Bůh bédnému světlo, život těm, kdo mají v duši hořkost, kdo toužebně čekají na smrt- a ona nejde, ač ji vyhledávají víc než skryté poklady, těm, kdo radostí by jásali a veselili se, že našli hrob?“ Bůh nechává Jóba nadále jeho utrpení, neodlehčí mu smrtí. Bible odpovídá jednoznačně pro život, ať už je jeho podoba jakkoli stigmatizována trápením. Křesťanská církev postoj k utrpení a smrti dokládá zvěstí evangelia, kdy hovoří pro přirozený odchod ze života (je proti eutanázii i proti dystanázii). Spíše je to výzva k soucítění a k sebereflexi.⁵³

3.3.7 Etické aspekty v péči o nemocné seniory

Při rozhodování v závěru života je nezbytné odpovídat na objevující se etické otázky. Otázka umírání a smrti je spojena s osobními hodnotami a názory na utrpení. Význam smrti a její místo v životě každého jedince v rodině a ve společnosti je vysoce individuální. Paliativní péče usiluje o zajištění pohody a kvality života a zdůrazňuje, že koordinaci péče určuje sám nemocný. Při snaze dosáhnout pohodlí a kvalitu života prostřednictvím péče orientované na pacienta se často projevují rozdíly v názorech pacientů a zdravotnických pracovníků na to, co je pro daného pacienta nejlepší. Péče o nemocné v terminálním stádiu onemocnění vyžaduje citlivé zhodnocení etické, právní a morální perspektivy pacienta, jeho rodiny i zdravotnického personálu.⁵⁴

Základní východisko etiky je důstojnost a jedinečnost lidského života. Pojem lidské důstojnosti se v období osvícenství obohatil o morální hodnotu spojenou s kvalitou řízení a prožívání.⁵⁵

3.3.8 Komunikace s nevléčitelně nemocnými

Dobrá komunikace je důležitým základem interakce mezi zdravotnickými pracovníky a lidmi v terminálním stádiu onemocnění. Dobrá komunikace může

⁵² Srov. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 101.

⁵³ Srov. BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*, s. 72-74.

⁵⁴ Srov. *Tamtéž*, s. 13.

⁵⁵ Srov. ONDRIOVÁ, I. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s. 26

pozitivně ovlivnit psychický stav a kvalitu života nemocných, dokonce může být nápomocná v zmírnění tělesných symptomů.⁵⁶

Sestra při práci s nevyčísitelně nemocným pacientem dokáže v určitých případech více vyjádřit neverbální komunikací než verbální. Pacient ocení častokrát více dotyk rukou a milý úsměv na tváři. Neverbálními způsoby naznačujeme pacientovi především svůj citový stav. Proto je velmi důležité, aby sestra uměla vhodně kombinovat svůj verbální a neverbální projev.⁵⁷

Ať už tento proces probíhá jakýmkoliv způsobem, komunikující musí být schopni efektivně vyjádřit své myšlenky, protože pacienti i ti, kteří se o ně starají, jsou závislí na informacích od zdravotnických odborníků. Proto je efektivní komunikace v paliativní péči velmi významná. Neefektivní komunikace je zdrojem obtíží mnoha pacientů i těch, kteří se o ně starají.

Komunikace v paliativní péči zahrnuje aktivní poslech, otevřenou komunikaci, hodnocení pacientovy znalosti o onemocnění a prognóze, citlivé a empatické podávání informací, schopnost podávat informace po částech, schopnost říci pravdu bez potlačení naděje, zvládání těžkých otázek, podávání negativně působících zpráv, adekvátní reagování na strach klienta a jeho rodiny.

Je důležité uvědomit si, že umírající ve své osamělosti potřebují komunikaci a výměnu pocitů ještě naléhavěji, než jiní nemocní. Při péči o těžce nemocné nebo umírajících je třeba zvolit vhodný způsob komunikace, který volíme vzhledem k tomu, v jakém stádiu onemocnění se umírající nachází a v jaké je fázi zvládání a vyrovnávání se s onemocněním právě teď je. Komunikace je základem získání a vybudování důvěrného vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientem, který ve velké míře zlepšuje péči a pomáhá odstraňovat úzkost a stres pacienta a jeho blízkých.

3.3.9 Komunikace s pozůstalými

Mezi základní pilíře paliativní péče patří i spolupráce s rodinou pacienta. Rodina představuje významnou složku péče o umírajícího. Je její součástí a v období umírání blízkého vyžaduje rovněž pomoc. Členové rodiny terminálně nemocného pacienta trpí emoční nepohodou, která vzniká v důsledku jejich neschopnosti vyrovnat se s touto stresovou situací. Multidisciplinární tým paliativní péče představuje oporu rodině v tomto období i po úmrtí pacienta.⁵⁸

Malíková uvádí nezastupitelnost komunikace s rodinou, ta musí být založena na pravdě. Pokud jsou příbuzní pravdivě informováni, jsou schopni správně se rozhodovat, starat se o umírajícího, dokáží maximálně využít zbývající čas a lépe se vyrovnat se ztrátou.

Pozůstalí prožívají šok po oznámení úmrtí, i když to třeba bylo očekávané. Proto je třeba poskytnout jim dostatek času v klidném prostředí, nechat prostor na otázky, vypovídat se. Důležité je ujistit rodinu, že jejich příbuzný netrpěl. Každý pozůstalý prožívá fáze truchlení, jejichž intenzita a délka trvání je vysoce individuální. Procházejí fází otřesu, což je intenzivní fáze od úmrtí po pohřeb. Fáze truchlení trvá různě dlouho.

⁵⁶ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 228-231.

⁵⁷ Srov. *Tamtéž*, s. 233.

⁵⁸ Srov. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 113.

Obvykle nejbližší rodina zemřelého truchlí déle než osoby s větším odstupem. Často se v procesu truchlení vracejí na začátek, proto je nutné poskytnout pozůstalým možnost vyprávět se o svém žalu, dodat jim odvalu a ujistit je, že je to tak správně a smutek jednou odezní. Poslední fází je akceptace, přijetí skutečnosti a schopnost pokračovat v životě i bez milované osoby. V této fázi již přestávají pozůstalí vyhledávat pomoc od členů paliativního týmu⁵⁹.

Malíková dále uvádí, že jedním z cílů paliativní péče je zajistit poskytování služeb rodině až do jednoho roku po úmrtí jejího člena. V České republice v rámci hospicové péče na pomoc rodinám pozůstalých pořádají pravidelná setkání, která se uskutečňují do 12 až 18 měsíců po smrti jejich blízkého, a to každé 3 - 4 měsíce.

3.3.10 Umírání, smrt a proces vyrovnávání se se smrtí

Pro lidi bývá často představa konce našeho pozemského života nepochopitelná, málokdo se zamýšlí nad tím, že může kdykoliv z nějaké přirozené příčiny nebo věkem zemřít. Smrt je téma, o kterém se ve společnosti mnoho nemluví. Jako kdyby se lidé báli o smrti hovořit. Možná jen nevědí jak. Možná mohou mít pocit, že je to neslušné, či nevhodné. Pojmům smrt či umírání se raději vyhýbáme, neboť jsou znepokojující, obtěžující a traumatizující. Nicméně pokud se o tomto problému nemluví, neřeší se, stává se překvapující realitou každého člověka se zoufalým hledáním odpovědi na řešení tehdy, když už nic jiného nezbyvá. Smrt nelze chápat pouze jako ztrátu života, ale i jako poslední možnost člověka prožít život způsobem, který přináší smysl a zadostiučinění.

V širším pohledu je umírání viděno jako vyvrcholení procesu nemoci případně jako další fáze života nastupující po předcházejícím období stárnutí.⁶⁰

Vědní obor, který se zabývá smrtí, se nazývá thanatologie.⁶¹ Obsah tohoto oboru je rozptýlen do mnoha klasických oborů, jako je filozofie, medicína, sociální práce, psychologie a další. Pro medicínu představuje smrt normální fyzikální fenomén spojovaný se zánikem činnosti mozku. Nelze od sebe oddělovat smrt a umírání, protože umírání je v kompetenci paliativní medicíny.⁶²

Umírání je proces, který potřebuje široký interdisciplinární týmový přístup. Je to choulostivé období, kdy v ideálním případě může jít o duchovní usmíření a vnitřní smíření se se světem, nebo v opačném případě to může být období, v němž dominují nepříjemné příznaky nemoci a strachu z toho, co přijde. Umírající jsou závislí na lékařích, sestrách, pečovateli, psychologech, sociálních pracovnících, kteří je léčí, ošetřují a starají se o jejich důstojný odchod z tohoto světa. Umírání vyvolává mnohokrát větší obavy než samotná smrt. Je to způsobeno strachem z bolesti a utrpení.

Rozlišujeme tři fáze.

- Prae finem (před koncem) - je období, kdy zdravotní stav není možné kurativně zlepšit, může jít o období dlouhé měsíce až roky, nemocný a rodina se vyrovnávají s diagnózou nevléčitelného onemocnění, kombinace domácí péče a hospitalizace.

⁵⁹ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 266.

⁶⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 198.

⁶¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 142.

⁶² Srov. *Tamtéž*, 64-69.

- In finem (terminální stav) - dochází k ubývání fyzických i psychických sil, umírající nepřijímá nic per os, nastupuje únava, somnolence, rodina se loučí se svým blízkým.
- Post finem (krátce po smrti) - v rámci hospicové péče se sem řadí důstojné rozloučení se zemřelým, péče o mrtvé tělo a péče o pozůstalé.⁶³

Abychom porozuměli prožívání umírajících a jednali v souladu s jejich rozdílnou individualitou, musíme znát formy jejich chování. V této souvislosti je nejčastěji akceptované členění fází vyrovnávání se se smrtí podle Elisabeth Kübler-Rossové.

Ondřiová (2021) tyto fáze uvádí podle Elisabeth Kübler-Rossové ve své publikaci⁶⁴. Umírání se dá rozdělit, či rozlišit obvykle na 5 fází a zdůrazňuje, že jednotlivé fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, mohou probíhat v různém pořadí a s měnící se intenzitou.

- První fáze - negace - projevuje se úvodním šokem ze zjištění pacienta, že trpí nevléčitelnou nemocí. Nastává šok, nemocný neguje toto zjištění, popírá pravdu, stahuje se do izolace. V této fázi je důležité navázat s pacientem kontakt a získat si jeho důvěru.
- Druhá fáze - agrese - negace přechází do stavu hněvu a agrese, který si pacient vybijí na příbuzné nebo v případě hospitalizace cítí vztek vůči ošetřujícímu personálu. Dá se chápat, že agrese je směřována vůči všem zdravým a neumírajícím. Je pobouřen nespravedlností svého onemocnění.
- Třetí fáze - kompromis - je přechodná, vyznačuje se přáním odložit neodvratné, dosáhnout ještě stanovené cíle, významné životní události (svatba dětí, narození vnoučat, oslava narozenin ...). Člověk vyjednává a je ochoten udělat cokoli, jen aby se vyléčil.
- Čtvrtá fáze - deprese - depresivní stav bývá různě dlouhý, projevuje se uzavřením do vlastního nitra, navenek odmítáním pomoci, přičemž se pomoci dožaduje. Ve fázi smutku a deprese se příchod smrti stává stále jasnějším a doléhá na umírajícího. Loučí se se svým životem, má starost o osud svých blízkých, obává se samoty, bolesti a podobně. Někdy se deprese může prohloubit až do takového stavu, že vyústí do pokusu o sebevraždu nebo dokonanou sebevraždu.
- Pátá fáze - akceptace - může vyústit do stavu důstojného klidu, vyrovnání se se svým stavem, ale také k rezignaci nebo zoufalství.⁶⁵

Haškovcová a Svatošová shodně uvádějí, že na jednotlivé fáze reaguje pacient podle vlastní povahy, osobnosti, vzdělání, profese, vyznání, ale zejména podle věku a dosavadního způsobu života. Tak jako pacient i jeho rodina jimi prochází.

Dále Haškovcová popisuje, že mezi charakteristické znaky konečného stadia nemoci patří neléčitelné základní onemocnění, k němu přidružené závažné příznaky sekundárního onemocnění, těžko ovlivnitelný celkový stav, selhávání několika orgánových systémů, stále se zhoršující stav, vědomí, že pacient už nemá sílu ani vůli bojovat za zlepšení. Mezi známky blížící se smrti patří progresivní únava, kdy se

⁶³ Srov. ONDRIOVÁ, I. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s. 90 – 91.

⁶⁴ Srov. *Tamtéž*, s. 93-96.

⁶⁵ Srov. *Téže*, s. 93-96.

nemocný stává ležícím a je plně závislý na pomoci druhé osoby. Většinou u onkologicky nemocných je výrazná bledost a kachexie. V praxi můžeme pozorovat, že umírající většinu dne prospí, ztrácí zájem o okolí, není schopen soustředit se, spolupracovat s ošetřujícím personálem. Má problémy s polykáním, je neschopný spolknout léky, snižuje se příjem potravy a tekutin. Mezi další známky patří tachykardie, hypotenze, snižuje se vylučování moči, retence moči, změny dýchání, pacient není schopen odkašlávat, typický je chrčivý zvuk, apnoe. Tyto příznaky hovoří o tom, že zbývá pár dní života. O všech znamkách blížící se smrti a procesu jejich zmírnění je nutné mluvit s rodinou a připravit je na ně.

Je typické, že několik dní před smrtí nastává euforie, která je charakterizována jako přehnaný pocit dobré nálady, pohody a spokojenosti. Obecně je vnímána jako rozvoj posledních sil. Umírající je náhle ve zcela bdělém stavu, prokazuje zájem o život, zajímá se o druhé lidi nebo o události veřejného dění, projevuje různá přání, má potřebu posadit se, nebo dokonce vstát. Jsou to poslední okamžiky života člověka, který se po dlouhé době onemocnění a určitě naposledy chová jako kdysi. Rodina by měla znát tento stav a sdílet radost spolu s ním.

Posledním závěrečným aktem života je agonie, kdy jsou zachovány jen základní životní funkce. Oči ve stavu agónie mohou být polootevřené a upřené do jednoho místa. Nepravidelná srdeční akce a nehmatatelný puls signalizují smrt během několika hodin. Přítomny jsou apnoické pauzy, které budí dojem posledního nádechu. Končetiny jsou chladné, zpocené, na akrálních částech se objevuje cyanóza. Objevují se smyslové klamy, halucinace. Sluch jako poslední vjem zůstává zachován a umírající vnímá vše, co se kolem něj a s ním děje. Proto je velmi důležité vhodné chování ošetřovatelského týmu, ale i rodiny. Spolupráce s rodinou a samotná péče o ni je v této fázi velmi významná pro využití zbývajících času s umírajícím a následné smířování se se ztrátou blízké osoby.⁶⁶

V různých obdobích lidských dějin a také různorodých kulturách ale na smrt bylo pohlíženo jen jako na přechod do dalšího života. Má tedy mít člověk ze smrti strach? Elisabeth Kübler-Rossová ke strachu z umírání ve své knize Světlo na konci tunelu uvádí, že *„jakmile projdeme něčím, co symbolizuje přechod, proměnu – konkrétní podoba tohoto přechodu je kulturně podmíněnou záležitostí a zpravidla ji vnímáme jako bránu, most nebo tunel – začneme si uvědomovat světlo. Je to světlo, které se vymyká jakémukoli popisu. Je bělejší než bílé, nepředstavitelně jasné a v okamžiku, kdy se k němu přiblížíme, nás zcela obklopí dokonalá láska, láska bez podmínek a omezení. A jakmile jednou něco takového zakusíme, už nikdy, opravdu vůbec nikdy nemůžeme mít ze smrti strach. Smrt není děsivá. Problémem je pouze to, jak nakládáme se svým životem, v co jej proměníme.“*⁶⁷

Pokud by tedy platilo výše uvedené, není na místě se smrti bát.

⁶⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 66-69.

⁶⁷ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ E. *Světlo na konci tunelu*, s. 134

4 Sociální péče v zařízeních sociálních služeb napomáhající uspokojení duchovních potřeb

Aby péče nebyla jen technikou, schopností a zručností, nevyhnutelně se musí spojovat s láskou. Domnívám se, že nejlepší pro seniora je, když může stáří prožívat doma, ve svém prostředí, kdy je obklopen rodinou a blízkými. Rodinné prostředí má pro seniora blahodárný vliv jak na duševní, tak i na tělesné zdraví. Pokud však setrvání seniora v domácnosti není možné, například z důvodu zhoršeného zdravotního stavu nebo v případě, že se senior nachází v termálním stádiu života, přichází na řadu umístění seniora do některého ze zařízení sociálních služeb. Poskytovaná péče člověku umožní důstojné prožití posledních chvil jeho života.

Samozřejmostí je, že péče o seniory provádějí sociální pracovníci s odborným vzděláním. Pro seniory, kteří žijí v zařízeních sociálních služeb, je práce sociálních pracovníků velmi důležitá. Pomáhají zajistit každodenní potřeby seniorů počínaje nákupy a využívání volného času až po vyřizování různých úředních věcí. Pro seniory je důležitá pomoc sociálního pracovníka zejména při adaptaci na nové prostředí. Při péči by se mělo vycházet z toho, že člověk je bio-psycho-sociálně-spirituální bytost.

Prioritou pro sociální pracovníky by měla být snaha zajistit všem obyvatelům takovou péči, aby se pro ně domov důchodců stal opravdovým domovem.

4.1 Krize ve stáří

V průběhu lidského života přicházejí různé krize. Psychologie popisuje lidský život jako ustavičný sled krizí zrání a vývoje. Rozlišuje krizi narození, puberty, středního věku, odchodu do důchodu, stárnutí a konce života. Kromě uvedených rozlišuje i náhlé krize, které přicházejí zvenku: přírodní katastrofy, nehody, války, nezaměstnanost, smrt milovaného člověka. Krize ohrožuje vnitřní rovnováhu jednotlivce. Během krize jsme vystaveni rostoucímu duševnímu tlaku a z tohoto nepříjemného stavu se snažíme hledat východiska. Někteří lidé při řešení krizí využívají své vlastní vnitřní zdroje, někdo hledá pomoc u lékaře nebo u psychoterapeuta. Někomu pomůže při řešení krize spiritualita.⁶⁸

Na mnoho lidí dolehne krize tehdy, když ukončí svou profesní dráhu. Práce je naplňovala a najednou nevědí, co dává jejich životu smysl, jaká je jejich hodnota. Také každá nemoc s sebou přináší krizi. Vážnější krize nastane ve chvíli, kdy nás bez varování zasáhne těžká nemoc, např. rakovina. Všechny plány do budoucna jsou rázem pryč, člověk má obavu, zda přežije. Zejména v těžkých životních situacích, kdy člověk přemýšlí o tom, zda má víra v jeho životě místo, přichází na řadu krize víry.

Opatrný (2017) uvádí, že krizi víry někdy prožívají věřící křesťané. Začínají pochybovat o tom, zda vše, do čeho vkládali naděje, má skutečně ještě smysl. Mnozí mají za sebou bolestné zkušenosti. Ztratili manžela nebo dítě. Cítí se nemocní, osamělí a kladou si otázky: Co má pro mě ještě smysl? Nač je víra? Někteří se zatvrdí a drží se částí víry z dětství, jiní se odvrátí od víry a o Bohu už nechtějí nikdy slyšet. V dnešní době mnoha lidem uniká víra mezi prsty. Kdysi, když byli v kostele, pociťovali nadšení, ale nyní jim poselství křesťanství nic neříká. Krize víry vybízí k tomu, aby člověk

⁶⁸ Srov. SOVÁRIOVÁ SOŠOVÁ, M. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*, s. 12-15.

upustil od svých představ o Bohu. Zpochybňuje obraz Boha, někdy se připravuje o veškerou víru. Lidé pochybují o všem, čemu dosud věřili, Bůh jim najednou připadá vzdálený, protože neexistují žádné důkazy o Boží existenci.⁶⁹

Jako východisko nabízí modlitbu. Mnoho jedinců považuje modlitbu během krize jen jako nouzové řešení. Modlitba přichází na řadu až tehdy, když jsou všechny jiné možnosti řešení vyčerpány. Když se modlíme v době krize, mluvíme s Bohem o svých problémech, obavách a starostech. Svěřujeme se mu se svou bezradností a bezmocností. Modlitba dává naději, posiluje.

4.2 Role sociálního pracovníka v rámci adaptačního procesu

Malíková se domnívá, že ne každý klient je schopen přijmout skutečnost, že se ze svého domova náhle ocitl v některém ze zařízení sociálních služeb. Jeho adaptační schopnosti nestačí na to, aby pro něj byla taková situace únosnou. Tehdy je odkázán na pomoc a péči odborníků, mezi které patří i sociální pracovníci, kteří pomáhají klientům prostřednictvím vhodných metod, způsobů a postupů, aby tímto obdobím prošli bez negativních následků.

Adaptace znamená všeobecné přizpůsobování se vnějšímu prostředí. Proces přizpůsobování sociálním vztahům nazýváme adjustace. Může být:

- aktivní - pokud si jedinec přizpůsobuje prostředí, ve kterém žije,
- pasivní - pokud se jedinec přizpůsobuje prostředí, ve kterém žije.

Nicméně může dojít k tomu, že se člověk nepřizpůsobí a tehdy mluvíme o maladaptaci, respektive o maladaptivním geriatrickém syndromu.

Starší generace je pro snížené adaptační mechanismy starého organismu riziková. Pokud dojde k náhlým změnám životních podmínek nebo k náhlým změnám zdravotního stavu, rizikový starý člověk není schopen se rychle a účinně novým změnám přizpůsobit. Geriatrický maladaptivní syndrom představuje největší nebezpečí pro starého člověka, který přechází z domácnosti do dlouhodobé institucionální péče.

Pokud jsou senioři umístěni do domova důchodců proti vlastní vůli, adaptační proces na nové sociokulturní podmínky je doprovázen mnoha problémy a komplikacemi. Významnou roli v tomto náročném období pro klienta, který byl přijat do zařízení sociálních služeb, sehrává sociální pracovník.

V sociální práci se sociální pracovník – profesionál, angažuje celou svou osobností. Kromě teoretických poznatků a praktických zkušeností a dovedností jsou to jeho životní styl, světonázor, pozice a role, které ve společnosti zastává a ve významné míře i prožívání sociálního pracovníka v kontaktu s klientem.⁷⁰

Adaptační proces začíná dnem příjezdu seniora do zařízení. Proces přijetí nového obyvatele do zařízení je náročný a rizikový. Přináší mnoho problémů, včetně předčasných úmrtí seniorů krátce po přechodu do zařízení. Po přijetí klienta pokračuje proces adaptace na nové prostředí. V této době je potřeba, aby sociální pracovník věnoval klientovi maximální pozornost. Pro nového klienta je důležité, aby hned od začátku dostal svého klíčového pracovníka, osobu, která mu bude v zařízení nejbližší,

⁶⁹ Srov. OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 120-124.

⁷⁰ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 82-85.

keré může důvěřovat, na kterou se může obrátit a která mu bude zejména z počátku věnovat maximální pozornost. Také je pro nového obyvatele důležité, aby měl informace o prostředí, kde bude žít, měl podporu v navazování nových přátelských a sousedských kontaktů, aby získal členství v různých skupinách, aby dostal příležitost provádět aktivity, které považuje za smysluplné. Při adaptaci je vhodné, když je nápomocná rodina, přátelé, sousedé či známí. Spolu s příchodem seniora do zařízení vzniká individuální adaptační plán, který pomáhá zvládnout toto náročné období. Individuální plán péče vychází ze zhodnocení zdravotního a duševního stavu klienta, odhadu jeho soběstačnosti a posouzení potřeb. Plán zaznamenává nejzávažnější problémy klienta a určuje postupné kroky, které mohou pomoci zlepšit jeho aktuální stav (například rehabilitací, výživou, psychoterapií, úpravou kontaktu s rodinou, vytvořením příležitostí k aktivitě a podobně) nebo alespoň zlepšit kvalitu jeho života (paliativní péči, intenzivnější komunikací a podporou vztahů). Plán umožňuje pravidelné hodnocení stavu, případně nové stanovení konkrétního cíle.

Klíčovou podmínkou pro dosažení úspěchu je vytvoření dobrého a přirozeného vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem. Tento vztah se vytváří postupně. Sociální pracovník musí disponovat odbornými znalostmi a přitom musí dokonale zvládnout techniku vedení rozhovoru. Musí neustále zlepšovat schopnost pozorování a komunikace. Důležitá je i schopnost empatie - aby se sociální pracovník uměl vcítit do pocitů a řízení klienta. Tímto způsobem si sociální pracovník získává u klientů autoritu, ale zejména jejich důvěru, která je základním předpokladem úspěšné sociální práce vůbec. Klient musí vědět, že má někoho, kdo se zajímá o jeho život, že se má v případě potřeby na koho obrátit.

Důležitým nástrojem sociálního pracovníka v individuální práci s klientem je rozhovor. Staří lidé mají silnou potřebu vyprávět svůj životní příběh, hodnotit a vyrovnávat se s tím, co v životě prožili. Chtějí vyprávět o svých trápeních, řešit své problémy. Rozhovor umožní sociálnímu pracovníkovi získat mnoho informací o klientovi, o jeho minulých rolích, zaměstnání, zájmech, sociálních podmínkách, ve kterých žil. Rovněž může pomocí rozhovoru získat mnoho informací o rodinných vztazích klienta, identifikovat klíčové osoby v jeho rodině a v jeho nejbližším okolí.

Adaptace je důležitá i pro duchovní péči o starého člověka. V těžkých životních situacích, jakou je i adaptace na institucionální pobyt, když člověk prožívá bolest, vyrovnává se se změnami, vstupují do popředí duchovní potřeby. Uspokojování duchovních potřeb neznámá pouze uspokojování potřeb věřících. Každý člověk, i nevěřící, se potřebuje ujistit o tom, že jeho život má i na sklonku „životní dráhy“ ještě smysl. Je proto vhodné, aby v sociálních službách byli na činnost duchovní péče sociální pracovníci vzdělaní i v jiných náboženstvích, aby uměli reagovat na potřeby a požadavky klientů.

4.2.1 Osobnostní předpoklady sociálního pracovníka

Podle Mühlpachra (2004) sociální práce představuje určitou formu pomoci, která byla zpočátku charakterizována tím, že někdo druhému něco poskytne nebo pro někoho něco udělá. Začátky můžeme spatřovat v organizované charitativní a nápravné činnosti dobrovolných a převážně náboženských organizací. Postupem času se však začala už zabývat i nemocnými a umírajícími. Každý člověk má právo na důstojné umírání a smrt. Sociální práce představuje umění vycházet s lidmi a vést je, a to na základě získaných odborných vědomostí i praktických metod, ale také přirozený takt a etický zájem,

citlivost, upřímnost, lidskost a ušlechtilost, protože jde o umění zacházet s osobností člověka, který je ve společnosti znevýhodněn. Hlavním cílem práce s nevléčitelnými nemocnými je nutnost udržení kvality života až do jeho úplného konce. Sociální práce s nevléčitelně nemocnými je vysoce humánní činnost, která vyžaduje vysoce odborný přístup všech odborníků, kteří jsou zapojeni do celkové pohody nemocných a jejich rodin. Aplikace sociální práce v paliativní péči je přínosným, pomocným a humánním atributem při celkové péči o nemocné jedince, kteří ji potřebují.

Mühlpachr (2004) v následující tabulce shrnuje význam sociální práce v hospicové a paliativní péči:

Tabulka 1: Význam sociální práce v hospicové a paliativní péči

Zdroj: Hrdá a kol. (2018)

Kategorie	Popis kategorie
Péče a doprovázení klienta	Doprovázení klienta v posledních dnech, týdnech a měsících života, přijmout změny sociální, společenské, psychické, zdravotní, péče o příbuzné i po smrti klienta
Zabezpečení sociálních služeb	Poučení a informovanost klientů i rodiny ze strany sociálního pracovníka v zařízení a bližší kontakty s úřady
Výplň volného času	Sociální pracovník přijde, sedne si, popovídá si, pro ty klienty, kteří v podstatě mají před sebou pár dní, týdnů to má velmi velký přínos
Opora	Velmi důležitá je opora sociálního pracovníka, ať už jako opora pro samotného klienta a jeho příbuzné, ale také podporování samotných zaměstnanců

Být sociálním pracovníkem neznamena pouze mít profesionální znalosti, postoje a jednání. Sociální práce je v první řadě práce s lidmi, proto je nutným předpokladem, dokonce primárním vkladem člověka, který chce vykonávat profesi sociálního pracovníka, splnění jistých nároků na jeho osobnost a povahu.

Elichová (2017) se o osobě sociálního pracovníka vyjadřuje následovně: osobnost sociálního pracovníka je podmíněna kvalitním vzděláním, společenským rozhledem, integrovaným souborem povahových rysů (bezúhonnost, spravedlnost, počestnost, pravdomluvnost, pracovitost, vzbuzování důvěry u lidí), odbornými předpoklady a schopnostmi, způsobilostí komunikace s klientem, institucemi a společenskými organizacemi.

Na sociálního pracovníka jsou kladné velmi vysoké nároky.

Elichová (2017) dále uvádí následující předpoklady:⁷¹

- základní intelektové schopnosti; obecná lidská inteligence,
- kultivovanost jeho vystupování a jeho vzhled,
- krátkodobá i dlouhodobá paměť,

⁷¹ Srov. ELICHOVÁ, M. *Sociální práce : aktuální otázky*, s. 96.

- teoretické, samostatné, ale také praktické myšlení,
- pohotovost vystupování, písemný a slovní projev,
- schopnost komunikovat s klientem, ale také s kolegy a zainteresovanými organizacemi, přičemž slovní zásobu i vyjadřování musí umět přizpůsobit klientovi,
- schopnost motivovat lidi a vyjednávat, schopnost sociálního kontaktu,
- sebekontrola a sebeovládání, rezistence vůči psychické zátěži,
- samostatnost, kreativita, přesnost, preciznost, obětavost, empatie a životní optimismus,
- korektní a uctivé vystupování,
- schopnost přijmout zodpovědnost, analyzovat a řešit problémy,
- schopnost pracovat v týmu, organizační a plánovací schopnosti,
- finanční, ekonomická informační, matematická, technická a digitální (počítačová) gramotnost.

Někteří odborníci, jako například Gulová (2011), Jankovský (2018) zařazují i pružnost, rozhodnost, důraznost a schopnost improvizovat. Sociální pracovník by měl disponovat také zralou osobností, morálním statutem a schopností empatie.

Také uvádějí, že důležitým osobnostním předpokladem jsou i morální bezúhonnost, důvěryhodnost a mlčenlivost. V této souvislosti zmiňují také kongruenci, tzn. shodu vnějšího projevu s vnitřním prožíváním.

Ondrušová a Krahulcová (2019) tvrdí, že sociální pracovník, který se věnuje práci se seniory, by měl mít úctu a pozitivní vztah ke starším lidem, musí znát a respektovat jejich potřeby.

Pokud jde o sociálního pracovníka, který se věnuje seniorům v zařízeních pro seniory, je důležitým osobním předpokladem i tělesná zdatnost sociálního pracovníka, protože většina seniorů má sníženou pohybovou schopnost, případně jsou zcela imobilní, respektive připoutáni na lůžko, a proto je úkolem sociálního pracovníka pomáhat jim s přesunem z místa na místo, podepřením nebo s jinou pomocí, pokud to stav a situace vyžaduje. Stejně důležitým osobnostním předpokladem je duševní zdatnost, respektive psychická zralost, která spočívá v empatickém přístupu, životním optimismu, citové stabilitě a v ovládnutí nejen vlastních emocí, ale i klientových ataků, protože u některých seniorů se s věkem mění povaha – jsou nevrlí, kladou na sociálního pracovníka nesplnitelné požadavky nebo mu dávají najevo svou nevoli. Sociální pracovník musí být schopen klientovi porozumět a určit hranice.

4.2.2 Profesionální charakteristika sociálního pracovníka

Malíková (2020) uvádí, že profese sociálního pracovníka se objevila jako reakce na nutnost řešit nové nepříznivé sociální situace, které zapříčiňují problémy nejen jednotlivci, ale také celé společnosti. Roli sociálního pracovníka můžeme charakterizovat jako společenský úkol, a to zejména úkol napomáhat ke zlepšení narušených společenských vztahů v přirozeném prostředí, učit jednotlivce náležité životní postoje a chování, pomáhat jedinci ke svobodnému životu v demokratické a

svobodné lidské společnosti. Sociálního pracovníka bychom tedy mohli charakterizovat jako jisté „pojivo“ společnosti.

Legislativně je sociální pracovník charakterizován jako fyzická osoba, která získala vysokoškolské vzdělání ve studijním oboru sociální práce v prvním stupni, druhém stupni nebo má uznaný doklad o takovém vysokoškolském vzdělání vydaný zahraniční vysokou školou. Ondrušová a Krahulcová (2019) uvádějí následující předpoklady, které jsou podmínkou výkonu profese sociálního pracovníka:

- ukončené tříleté pomaturitní vzdělání (1. stupeň, bakalář) v oboru sociální práce, respektive pětileté (dosáhl magisterský titul),
- dosáhl věku potřebného pro výkon praxe (hranice je zpravidla určena věkem 21 let),
- splňuje osobnostní předpoklady kladené na tuto profesi,
- dosáhl požadované úrovně všeobecných i odborných specializovaných vědomostí a sociálních dovedností (například základy komunikace a komunikační dovednosti),
- je ochoten se celoživotně permanentně vzdělávat.

Pod prohlubováním vzdělávání rozumí i neustálé rozšiřování svých vědomostí v oblasti legislativních změn a změn v nástrojích možných intervencí; k permanentnímu vzdělávání řadíme například i čtení odborné literatury, návštěvu odborných akcí, ale také vlastní výzkumnou a vědeckou práci.

V souvislosti s permanentním vzděláváním považují za nutné uvést, že podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se další vzdělávání zaměstnanců, kteří vykonávají pracovní činnosti v oblasti sociálních služeb, může realizovat jako:⁷²

- a) specializační vzdělávání zajišťované středními školami nebo vysokými školami navazující na získanou kvalifikaci,
- b) účast na akreditovaných kurzech,
- c) účast na školicích akcích v sociální oblasti,
- d) účast na sociálně-psychologických výcvicích, nebo
- e) pravidelná lektorská činnost a publikační činnost.

Doplňuje, že sociální pracovník, který se věnuje práci se staršími lidmi, by měl disponovat alespoň základními poznatky z gerontologie. Zmiňuje také zásadu nepřehlížet potřeby starých lidí a nesoustředit se pouze na své povinnosti. Dále řadí k profesionálním dovednostem sociálního pracovníka i schopnost instrumentalizace (schopnost využívat sebe sama jako pracovní nástroj, využívat své znalosti, vlastnosti, schopnosti a dovednosti ve prospěch klienta).

Při výkonu své profese se sociální pracovník řídí etickým kodexem sociálních pracovníků. Kutnohorská a kol. (2011) uvádějí, že Etický kodex sociální práce je systematicky uspořádaný souhrn norem, sbírka předepsaných společenských pravidel. Kodex obvykle zahrnuje normy žádoucího chování a také ty, které se mnohdy porušují. Nejdůležitější funkce etického kodexu jsou podle autorů následující:

⁷² Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 41.

- můžeme ho označit jako průvodce etickou praxí pro profesionální sociální pracovníky (zvláště pro ty, kteří začínají pracovat v profesi),
- stanoví normy chování sociálních pracovníků, tzn. které chování lze posuzovat jako eticky akceptovatelné, a které ne,
- pomáhá zajistit ochranu klientů a členů společnosti,
- napomáhá k udržení disciplíny a usměrnění výkonu profese,
- upozorňuje na morální nebezpečí konfliktů vlastního a veřejného zájmu,
- pomáhá řešit morální dilemata,
- je kritériem pro hodnocení aktuální praxe,
- má význam pro profesionální identitu sociální práce na různých úrovních, ať už akademické, komunitní, politické nebo celospolečenské,
- představuje jeden ze společných jmenovatelů různých druhů sociálních služeb a je také důležitou zárukou jejich kvality.

Pilířem, na kterém stojí dodržování etického kodexu sociálním pracovníkem, je osobnost sociálního pracovníka, tzn. jeho osobnostní předpoklady, které představují primární a základní vklad do profese sociálního pracovníka.

4.2.3 Úkoly a kompetence sociálního pracovníka

Profese sociálního pracovníka podle Elichové (2017) vyžaduje osvojení mnoha úkolů (rolí), aby se zvýšila kvalita lidského života a rozvoj maximálního potenciálu každého jedince, rodiny a skupiny ve společnosti. Zprostředkovávají interakce mezi lidmi a jejich prostředím. Nikdy nepracují v izolaci a podílejí se na uplatňování multidisciplinárních přístupů. Posuzují, plánují a řídí poskytování péče a ochraňují sociální blaho nejvíce zranitelných lidí, seniorů a dětí. K tomu musí umět zvládnout dvě charakteristiky pomáhající osoby: zodpovědnost a autoritu (moc). Sociální práci nelze v žádném případě označit za lehké povolání.

Malíková (2020) jmenuje úkoly, které sociální pracovník vykonává v zařízeních sociálních služeb pro klienty - seniory na základě požadavků kladených na pozici sociálního pracovníka:

- řešení sociálně-právních problémů klienta,
- řešení klientových zdravotních problémů,
- provádění odborného a ekonomického zabezpečení zařízení sociálních služeb,
- zajišťování materiálního vybavení a pomůcek pro zařízení sociálních služeb a materiálního vybavení a pomůcek pro klienta,
- spolupráce při zprostředkování a zajištění odborné pomoci klientům,
- zabezpečování doprovodu klientovi,
- zajišťování vyřizování různých záležitostí klienta na úřadech a institucích,
- zajišťování rozvoje individuálních dovedností klienta,
- zajišťování provádění pohybových aktivit klienta,

- zajišťování fixování společenských a pracovních návyků postiženého klienta,
- zajišťování výkonu terapeutických postupů u klienta, jako například muzikoterapie, arteterapie, hippoterapie a jiné,
- spolupráce při tvorbě klientova individuálního plánu,
- spolupráce s příslušnými institucemi,
- spolupráce při sestavování klientova resocializačního plánu,
- zajišťování a výkon odborných, metodických, provozních a ekonomických činností zařízení sociálních služeb,
- vedení odborného týmu zařízení sociálních služeb,
- vedení příslušné dokumentace zařízení sociálních služeb,
- provádění odborné přípravy sociálního pracovníka na přímou práci s klientem v zařízení sociálních služeb,
- vybírání osob vhodných k přímé práci s klientem v zařízení sociálních služeb (Sociální pracovník).⁷³

Základní úkoly sociálního pracovníka v zařízeních sociálních služeb, zejména v zařízeních pro seniory, jsou zaměřeny na psychosociální pomoc staršímu člověku a sociálně-výchovné působení na seniora. Takovými úkoly je například zprostředkování kontaktu staršího člověka s jeho rodinou, usnadňování adaptace staršího člověka na nové institucionální prostředí, poskytování psychosociální opory staršímu člověku a zabezpečování styku s úřady za účelem vyřizování soukromých, respektive úředních záležitostí. Kromě toho sem patří i vedení agendy depozit, sledování a kontrola plateb obyvatel klientů zařízení sociálních služeb za poskytnuté služby, evidování klientů zařízení sociálních služeb a evidování jejich nepřítomnosti, zajišťování kompletní agendy pozůstalosti po zemřelých obyvatelích, plánování, organizování a výkon edukačních aktivit pro klienty zařízení sociálních služeb a vytváření a udržování pozitivní atmosféry v zařízení.

Ondrušová a Krahulcová (2019) uvádějí, že mezi úkoly sociálního pracovníka patří především:

- pomáhat jednotlivci, aby si vytvořil rovnováhu mezi možnostmi a požadavky sociálního prostředí a jeho potřebami a schopnostmi,
- nabádání k takovým životním postojům způsobem chování, které jsou správné nebo společensky vhodné,
- učit jednotlivce, jak rozvíjet a zlepšovat jejich schopnost řešit různé problémy,
- výchova jednotlivců k zodpovědnému přístupu k vlastní sociální situaci, respektive za situaci své rodiny.
- zajišťovat klientovi odbornou pomoc a sociálně-právní poradenství,
- zjistit individuální a skupinové potřeby klientů,
- vést odborný tým v sociální službě,

⁷³ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 86.

- zajišťovat a provádět odborné, metodické, provozní a ekonomické činnosti pečovatelské služby,
- poskytovat klientovi psychosociální péči,
- zajistit klientovi doprovod,
- zajistit klientovi vyřizování různých záležitostí na úřadech a institucích,
- spolupracovat při tvorbě individuálních plánů pro jednotlivé klienty,
- vést příslušnou dokumentaci v sociální službě.

Každý sociální pracovník vykonává při své profesi několik navzájem se prolínajících rolí. Řezníček (2004) rozlišuje několik činností v závislosti na požadované pracovní náplni, charakteru zařízení, stylu vedení organizace, cílů a prostředků jejich programu. V této souvislosti uvádí tyto činnosti:

1) Pečovatel nebo poskytovatel služeb napomáhá klientům při jejich běžném životě, když vzhledem k jejich handicapu, onemocnění, slabosti nebo jiné nezpůsobilosti sami nemohou vykonávat běžné činnosti. Takové služby lze uskutečnit v pobytovém zařízení nebo v domácnosti klientů.

2) Zprostředkovatel služeb napomáhá klientům získat kontakt s důležitými sociálními zařízeními. Sociální pracovník vystupuje v roli odhadce dostupných zdrojů, informátora klienta, zastávce jeho potřeb a koordinátora jedinců, kteří se účastní práce s klientem.

3) Učitel sociálních a adaptačních schopností, napomáhá klientům upravovat jejich chování tak, aby mohli efektivněji řešit své problémy.

4) Případový manažer, jelikož se snaží o zabezpečování, koordinaci, náležitou selekci a souvislé nabízení služeb, respektive jejich účinné sladění.

5) Manažer pracovní náplně v zařízení je ve skutečnosti organizátorem mnohdy obrovského objemu práce, který také monitoruje kvalitu služeb a průběžně vyhodnocuje informace.

6) Personální manažer, který zabezpečuje výcvik, výuku, dohled, konzultace a vedení zaměstnanců zařízení. Mnohdy se výkon této funkce pojí s funkcí administrátora.

7) Administrátor představuje vedoucího zaměstnance, který plánuje, rozvíjí a implementuje způsoby práce, služby a programy v sociálních zařízeních. K jeho funkcím se řadí především management.

8) Účastník sociálních změn se podílí zejména na určení a řešení širších společenských problémů. V rámci toho zastává funkci analytika společenských problémů, podněcovatele vůle společenství, skupinového obhájce, povzbuzovatele společenské iniciativy a případně i podněcovatele politických hnutí.

Je žádoucí zařadit sem i aktivity sociálního pracovníka coby poskytovatele duchovní péče v různých formách: buď ve formě rozhovorů, které dokáží posílit a správně nasměrovat klienta nebo jeho příbuzné, nebo prostřednictvím hledání odpovědi na různé duchovní otázky nebo prostřednictvím podání pomocné ruky při zvládání svých obav, strachu a nenaplněných úkolů.

5 Duchovní péče o umírající

V současnosti se zjišťuje, že uspokojování duchovních potřeb není jen výsadou věřících, ale má svůj význam i pro nevěřící hledající v posledních dnech či měsících význam a smysl svého života. Duchovní potřeby vstupují do popředí zejména v situacích, kdy člověk prožívá bolest a žal. Když je těžce nemocný, ztratí blízkou osobu, nebo když je nucen odstěhovat se ze svého přirozeného prostředí do zařízení sociálních služeb. Zvýšenou potřebu uspokojovat spirituální rozměr pocítují lidé v období stáří, zejména tehdy, když se dostává do popředí otázka blížíící se vlastní smrti.

Duchovní pomoc spočívá zejména ve schopnosti naslouchat a umět správně reagovat na duchovní potřeby člověka.

Pokud nahlížíme na člověka holistickým způsobem, k potřebám zcela neodmyslitelně patří a nemělo by se na tyto zapomínat, oblast spirituálních potřeb.

Duchovní péče je velmi široký pojem a spadá do oblasti praktické teologie.⁷⁴

Člověk potřebuje duchovní péči, protože, jak uvádí Kisvetrová (2018): „*Stáří nepředstavuje poslední článek řetězu, kterým končí životní cesta člověka, ale je poslední článek řetězu, kterým končí jeho pozemská pouť a začíná jiná forma existence ve věčnosti.*“⁷⁵ Kisvetrová dále odkazuje na jistou fenomenologickou studii zaměřenou na spiritualitu a život. Albaugh (2003) a uvádí, že klienti vnímají pocit komfortu z aspektů duchovního života, jako jsou víra v Boží podporu, pocit, že nejsou sami, síla modlitby a hlubší smysl života. Studie potvrzuje potřebnost uznat pacientovu spiritualitu. Právě tato spiritualita může pozitivně ovlivnit kvalitu života tím, že nabízí kontext, ve kterém je možné hledat a najít smysl i naději.⁷⁶

Aleš Opatrný (2017) podává vhled na spiritualitu nemocného z pohledu těch, kteří doprovázejí vážně nemocné. Jde o potřebné znalosti, schopnosti a ochotu vnímat a díky nim co možná nejlépe porozumět spiritualitě nemocného. Spiritualita by se v tomto smyslu dala vnímat jako doprovodná, jako pomoc respektující životní postoje a názory nemocného. Nelze ji tedy chápat jako přímo misijní práci, která by se snažila změnit životní cestu a spiritualitu nemocného podle předem daných představ. Jedná se o pomoc na cestě nemocného, která podporuje to, co je skutečně cenné a co je nemocí oslabeno či ohroženo. Péče o spiritualitu nemocného ovšem souvisí také se spiritualitou pomáhajícího. Ta je podle Opatrného (2017) ve hře i tehdy, není-li o ní v kontaktu s nemocným explicitně jednáno.⁷⁷

V současnosti se nacházejí buď přímo v zařízeních sociálních služeb, popř. v jejich blízkosti, adorační místnosti, nebo kaple, které se využívají pro bohoslužební aktivity, nebo se v nich setkávají klienti na modlitbách nebo ztišeníh.⁷⁸ Kaple nebo adorační

⁷⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 137.

⁷⁵ Srov. KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*, s. 99.

⁷⁶ Srov. *Tamtéž*, s. 95.

⁷⁷ Srov. OPATRŇÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 38.

⁷⁸ Srov. Dostupné online [Bohoshluzby \(domovmitrov.cz\)](http://bohoshluzby.domovmitrov.cz) cit. 12. 2. 2022

místnosti se využívají i při pastorálních návštěvách kněžími, duchovními, ale i laickými pracovníky z různých dobrovolnických křesťanských občanských sdružení.

Podle Kisvetrové (2018) je duchovní péče definována jako spiritualita zaměřená na psychickou stránku člověka. Charakterizuje spiritualitu jako hledání posvátného a zdůrazňuje, že to, co je považováno za posvátné, je zdrojem síly, která pomáhá lidem v těžkých chvílích. Odvolává se na výzkumné práce, ve kterých bylo prokázáno, že v těžkých životních situacích lidé čerpali sílu z duchovních zdrojů. Dochází k závěru, že spiritualita hraje důležitou roli při hledání odpovědi na otázku, co to znamená být člověkem.

Ukazuje se, že duchovní péče je důležitá zejména v období stáří, kdy se zhoršuje celková kvalita života, která je spojena s ubýváním sil a zhoršením zdravotního stavu. Velký význam má i při vyrovnávání se s myšlenkou vlastní smrti. Význam spirituality v životě seniorů je nesporný, protože mnoho starších lidí nachází naději a smysl svého bytí právě v Bohu, resp. v duchovní sféře. Proto lze považovat zastoupení náboženských aktivit v zařízeních sociálních služeb za relevantní a prospěšné. Nemůžeme však zapomínat ani na duchovní péči u nevěřících. I člověk bez vyznání má své duchovní potřeby: hledá smysl života, lásku, odpuštění, naději. Při duchovní péči u „jinověrců“ je třeba respektovat jejich individuální vyznání.⁷⁹

Brzáková Beksová (2013) považuje duchovní péči za multikomplexní službu společnosti, avšak dodává, že tento komplex služeb odlišujeme od poradenství, která vykonávají různé náboženské společnosti a příslušníci různých náboženských hnutí. Při duchovní péči nejde o pastorační poradenství, které se zaměřuje na obsah duchovního života, tedy na tradici, ze které je napájen duchovní život, který je rozvíjen typicky pro křesťanské komunity, ale péči zaměřenou na její kvalitu. Duchovní péči podporujeme klientův růst k osobnostní zralosti. Duchovní rozměr dává člověku pocit jistoty a bezpečí, ale duchovno musí pramenit z jeho osobního přesvědčení.⁸⁰

Elichová (2017) dochází k poznání, že k uspokojování duchovních potřeb v posledních dnech či měsících života není výsadou jen věřících, ale má značný význam i pro nevěřící, kteří hledají v posledních dnech či měsících význam a smysl svého života. Duchovní činností jsou pověřeni především kněží nebo duchovní, kteří vykonávají svou duchovní péči nejen ve farnostech, ale i mimo ně. Každý kněz (případně nemocniční kaplan či jiný duchovní) je pověřen duchovní péčí o nemocné, staré lidi, ale i lidi v sociální nouzi. Velmi významnou součástí na poli misijní a charitativní práce jsou ale také aktivity křesťanských laických pracovníků. To, co dříve vykonávali kněží a řeholní společenství, berou na sebe laické skupiny.

Podle Křivohlavého (2006) existuje dostatek důkazů o pozitivním vlivu víry na zvládání zdravotních potíží klientů. Náboženská víra, symboly a rituály poskytují zakotvení při procesu adaptace na změny spojené s procesem stárnutí. Rituály mohou být zdrojem chuti k životu. Člověk se odpoutá od starosti i radosti běžného života a hledá v tiché modlitbě a meditaci vnitřní klid.

Svatošová (2012) uvádí, že pokud jsou sníženy jednotlivé duševní, psychické a tělesné schopnosti u stárnoucího člověka, objeví se zvýšená potřeba duchovních schopností. Jedná se o nalezení smysluplnosti. Jedná se o otázky, které se týkají směřování života, jako je otázka smyslu života a světa, smyslu vlastního života a smyslu

⁷⁹ Srov. KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*, s. 97

⁸⁰ pozn.: V odborné literatuře se často pojem duchovnost a spiritualita zaměňuje - spiritualita vychází z lat. spiritualis = duchovní, spiritualitu tedy mnozí autoři chápou jako duchovnost. Tyto pojmy se proto v rámci této práce překrývají a zaměňují.

smrti. Duchovní oblast velmi závisí na předchozím postoji a názorech, na praktikování víry a na zkušenostech s Bohem. Nezastupitelným bohatstvím se stává praktická víra, která se v nemoci, stáří a při umírání jeví jako drahocenný dar. Čím jsme starší, tím si častěji uvědomujeme skutečnost, že ubývají možnosti kontaktů kromě jiného i z důvodu, že hůře slyšíme, vidíme a chodíme. To je bolestná ztráta, ale přirozená pozvánka jít hlouběji do sebe. To nás přivádí přirozeně k důležitému tématu modlitby ve stáří. Modlitba 80ti letého člověka bude jistě jiná než modlitba 25ti letého.

5.1 Duchovní potřeby

Duchovními potřebami jsou všechny potřeby související se smyslem života a smrtí. Umírající má velkou potřebu smířit se se sebou, se svým životem, s blížící se smrtí. Chce se smířit s blízkými lidmi, potřebuje se smířit s Bohem, s otázkami transcendentna. Pro úspěšné uspokojení všech potřeb a pro vytvoření atmosféry lásky a klidu je nutná týmová spolupráce. Členy týmu jsou sociální pracovníci, zdravotníci, duchovní, psychoterapeut, rodina umírajícího, přátelé i samotný umírající, který je středem zájmu. Všichni by měli táhnout za jeden provaz, sledovat dobro umírajícího, udělat vše, co přispěje ke zlepšení kvality jeho života.

Marie Svatošová (2012) popisuje důležitost respektování dynamiky postojů a potřeb u nemocných. Zejména u nemocných s infaustní prognózou. U těchto nemocných zmíněné potřeby vstupují do popředí a bývají prioritou. Často jde o potřeby usmíření, uzdravení vztahů jak s lidmi, tak s Bohem. Uvádí, že nerespektování této dynamiky je nebezpečné. Člověk v infaustním stadiu vyjadřuje potřeby týkající se vyřešení svých niterných záležitostí. Musíme mu být nápomocni, pokud toho sám není schopen. Jde o to vědět, kdy přivolat toho, koho potřebuje. Jednou to mohou být jeho nejbližší, jindy duchovní nebo psycholog. Svatošová (2012) nabízí cestu jak pracovat s pocitem viny u umírajících, jakým způsobem nemocnému vhodným způsobem říci, že lítost může smazat vinu. Je jisté, že to co se událo, nelze vymazat, to prostě zůstává. Zdůvodňuje to tím, že pokud by nebyla možnost opravného opatření, byl by to skutečně důvod k zoufalství. V takovém případě by mnohý z nás asi život neunesl. Člověk se mnohokrát nezachová, jak by měl. Nedělá jen dobro, páchá i zlo. Miluje, ale i nenávidí. Naštěstí opravné opatření existuje. A to je lítost. To je podle Svatošové důležité vědět, protože s výčitkami svědomí se u umírajících pacientů lze setkávat poměrně často.⁸¹

Svatošová (2012) zdůrazňuje dále i to, že zejména při dlouhodobé péči o staré lidi by sociální pracovníci neměli zapomenout na spirituální a náboženské potřeby seniorů. Ani jeden věřící člověk by po nástupu do sociálního zařízení neměl zůstat bez návštěv pastoračního pracovníka, kněze, duchovního nebo bratrů a sester z křesťanského společenství. Uspokojování duchovních potřeb není jen záležitostí víry v Boha. Do duchovních potřeb zahrnuje potřebu důvěry, sounáležitosti, při kterých může člověku v mnohém pomoci personál. Ten může plnit roli zprostředkovatele a v případě potřeby může na žádost klienta zavolat duchovního. I člověk bez vyznání má své duchovní potřeby - hledá smysl života, lásku, odpuštění a naději.⁸²

Bužgová (2015) potvrzuje důležitost pochopení těchto potřeb ze strany zdravotních a sociálních pracovníků. V závěrečné fázi života umírající bilancují, hodnotí svůj život a kladou si otázky o smyslu života. Přemýšlejí o tom, zda splnili vše, na čem si

⁸¹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 48.

⁸² Srov. *Tamtéž*, s. 41-43.

zakládali. Stává se, že nemají na všechny otázky odpovědi. Se svými myšlenkami se potřebují svěřit někomu, kdo je schopen aktivně naslouchat, kdo jim poskytne prostor k tomu, aby sami v sobě našli odpovědi na nezodpovězené otázky. Personál v zařízení může vhodným rozhovorem pomoci seniorovi, aby se svěřil se se svým trápením, nedostižnými chybami, které v životě udělal a smířit se s nimi. Mění se hodnotová orientace potřeb, v popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Zvýrazňují se psychosociální potřeby, zejména potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti.⁸³

Velmi praktický pohled podává Věra Suchomelová (2016) ve své knize *Seniori a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*, kdy zkoumá duchovní potřeby v životě seniorů, přičemž akcentuje jejich důležitost vedle potřeb, jako je zabezpečení volnočasového programu, zdravé stravy, moderního zařízení apod. Autorka zkoumá, co skutečně senioři potřebují, aby se mohli nadále rozvíjet a čerpat ze svého duchovního potenciálu a jakým způsobem se jim daří potřeby naplňovat. Výzkum autorky je zaměřen na podobu religiozity a spirituality u seniorů, jakož i na jejich duchovní potřeby, a jak se tyto potřeby projevují v běžném životě. Výzkumnou metodou byly rozhovory a pozorování, což umožnilo získat značný objem potřebných dat a dostatečně velký prostor ke sdílení. Otázky se vztahovaly k minulosti seniorů, religiózní socializaci a dalšímu religióznímu vývoji, k aktuálnímu stavu: rodinné vztahy, sociální vazby, spokojenost/nespokojenost, víra, zájmy; k pohledu do budoucnosti: očekávání, přání, plány, život po smrti; k celkovému postoji k životu: ohlédnutí zpět, vědomí smyslu a kontinuity životního příběhu. Autorka ve své publikaci zachycuje rozhovory se seniory, které se vztahují k výzkumnému problému, jakož i postřehy z pozorování seniorů během probíhajících rozhovorů.

Autorka přichází na základě výzkumu k závěrům, že duchovní složka osobnosti člověka se odráží ve všech atributech dobrého stáří. Proces adaptace na stáří je duchovním úkolem, pro člověka je důležitá i vnitřní aktivita, osobní spiritualita je důležitým zdrojem zvládnutí stáří a je významným prvkem tvorby vlastní identity. Podoba spirituality je formována osobní historií konkrétního člověka. Se zvyšujícím se věkem vzrůstá tendence k privátnímu prožívání religiozity. Cestu ke starému člověku otevírá rozhovor a aktivní poslech. Předpokladem zdravého duchovního rozvoje ve stáří je vzdělávání seniorů v této oblasti, jakož i vzdělávání všech, kteří přicházejí se seniory do kontaktu. Je proto důležité akceptovat potřeby religiozity a spirituality u seniorů, přičemž jejich konkrétní podoba a cesta k naplňování spirituálních potřeb je úzce spojena s osobním příběhem každého člověka.

5.2 Smysl života

Každý z nás si jistě už někdy v životě položil existenciální otázky, např. Kdo jsem? Kam směřuji? Jaký je můj smysl v životě? Nebo jak dlouho tu budu? Tyto otázky nabývají na důležitosti právě ve chvílích, kdy pochybujeme o naší existenci či něco ztrácíme.

Slova smysl života, smysluplný, smysluplná činnost se v našem jazyce nachází téměř denně. Pokud mluvíme o smyslu nebo o smysluplné činnosti, myslíme na cíl a

⁸³ Srov. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 41-42.

účel toho, co se právě děje. To, co směřuje k cíli, bývá zpravidla smysluplné. To, co nesměřuje k cíli, je nesmyslné.⁸⁴

Podle Svatošové (2012) si otázku směřování kladou všichni bez ohledu, zda je to mladý člověk, adolescent nebo senior při zamýšlení se nad svým životem, který je sice ve větší míře už za ním, ale uvědomuje si, že ještě má před sebou několik možností k smysluplné činnosti. U seniora dochází k definici, resp. k redefinování smyslu nejčastěji při odchodu ze zaměstnání, při vstupu do důchodu, při ztrátě partnera, při odchodu dětí a při nemoci, ale i při pozitivních událostech, jakými jsou např.: narození vnoučat, nová lukrativnější pracovní příležitost, možnost studia apod.

Krátká (2007) uvádí základní etické otázky v thanatologii⁸⁵, které si často kladou jak profesionálové, tak umírající.⁸⁶

- Je přístup individuální?
- Je ošetrovatelská péče a léčba důstojná?
- Léčíme osoby nebo jejich nemoc?
- Poskytujeme dostatečnou péči?
- Jsou dodržované bazální terapie?
- Jsme dostatečně empatičtí?
- Je poskytována péče a pomoc pozůstalým?

Dále uvádí, čeho se obává klient:

- bolesti a utrpení,
- zhoršení kondice, bezmocnosti, závislosti na pomoci jiných, bojí se ztráty kontroly nad tělem i vědomím,
- následků jeho smrti pro rodinu ve smyslu sociálního a materiálního zajištění,
- neurovnaných vztahů,
- neuskutečnění plánů,
- samoty a konce,
- co bude pak,
- změny vztahů v rodině.

A neodmyslitelně jsou na místě otázky, čeho se obává rodina?

- Neschopnosti zajistit nejlepší péči o blízkého,
- neschopnosti se o něj postarat,
- bolesti a utrpení, špatné zprávy,

⁸⁴ Srov. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 85-86.

⁸⁵ * význam slova uvádím v kapitole 3.3.9

⁸⁶ Srov. KRÁTKÁ, A. *Etika v ošetrovatelství*, s.30.

- své neschopnosti vypořádat se smrtí,
- neuskutečněných plánů a představ,
- finančních problémů,
- obrazu umírání a smrti,
- jak bude s jejich blízkým zacházeno.

Čeho se obává pečující osoba?

- Vyřčení špatných zpráv – mají-li informovat,
- komunikace s klientem a jeho rodinou,
- přílišné přilnutí ke klientovi,
- emocí, které nezvládnou vlastní vůlí,
- syndromu vyhoření,
- neřešitelných situací a ztráty kontroly nad sebou, nad svým chováním,
- projekce problémů klienta do svého života.

Autorka Suchomelová (2016) se domnívá, že pro mnohé seniory je období stáří obdobím jakéhosi přehodnocení svého života, kdy si intenzivněji uvědomují rychlost plynutí času. Stále více v jejich životě vyvstává otázka plnosti, sytosti života spolu s otázkou skutečného naplnění smyslu života, jeho hledání a dosahování. Snaží se dohnat zameškané, splnit si to, na co jim nezbýval čas, nebo na co neměli potřebné podmínky. U někoho jsou to materiální záležitosti, u někoho zas ty duchovní. V období stáří se člověk může plně věnovat svým zálibám, rodině, sobě samému. Někdo nemění své zažité způsoby, jiný udělá rovnou čáru a začíná žít jakoby znovu. Někdo se uzavírá více před světem a chce si v klidu užívat zasloužený odpočinek, někdo hledá nový vztah a vstupuje do manželství nebo si hledá druhu nebo družku na společné prožití tohoto období. Starší lidé mnohem intenzivněji prožívají duchovní život, jako kdyby doháněli zanedbané, to, na co dříve neměli čas.

Uvedla bych některé faktory na podporu udržování smyslu života ve starším věku podle Malíkové:⁸⁷

- konstruktivní reminiscence-vzpomínání. Jde o vzpomínkové zhodnocení vlastního života, které umožňuje vidět svůj život v smysluplnější souvislosti,
- vytváření závazků týkajících se vlastního života,
- aktivní zapojení se v aktivitách, hodnotách, udržování optimismu a kultivování spirituální pohody, tj. duchovní složky života, která patří mezi nejdůležitější faktory udržující požadovanou úroveň prožívání smyslu života.

Uvedla bych důvody, pro které je náboženství velmi silným zdrojem smyslu života, tak jak je popisuje Kisvetrová:⁸⁸

⁸⁷ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 238.

⁸⁸ Srov. KISVETROVÁ, H., *Péče v závěru života*, s 98.

- víra v nesmrtelnost, existence nebe a konečný smysl života poskytuje účinný protilek na úzkost ze smrti,
- náboženství podporuje nasměrování života a smrti do určité perspektivy,
- umožňuje lidem získat hlubší vhled do každodenních zážitků,
- poskytuje útěchu a smysl v utrpení.

Kisvetrová (2018) dodává, že v uvedeném psychologickém výzkumu (např. Bernardo et al., 2016) je vidět, že náboženská víra hraje v hodnotovém systému člověka významnou roli. Mnohé studie ukazují, že náboženská víra a duchovní život jsou často uváděny jako jeden z častých zdrojů smyslu života.

Svobodný a tvůrčí život, který jsme žili v produktivním věku, nám na sklonku života přináší pocity i vědomí, že pro nás, pro naše nejbližší i pro širší společnost měl náš život smysl.⁸⁹

5.3 Duchovní péče při provázení umírajících

Helena Haškovcová (2015) ve své publikaci *Thanatologie* odkazuje na Aleše Opatrného⁹⁰ a je toho názoru, že pastorační péči o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém respektujeme jeho jedinečnost, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v nemoci, utrpení či umírání v důstojnosti, pomoci zvládnout jeho situaci, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry. Rozumí se jí všeobecná křesťanská povinnost péče o duchovně-spirituální potřeby lidí. Jedná se spíše o individuální péči o člověka, který se ocitl v nestandardní životní situaci a potřebuje pomoc.

Haškovcová (2015) konstatuje, že smrt patří k životu. Člověk si je vědom konečnosti své existence, ale smrtí se nerad zabývá. Ve stáří však na ni myslí stále intenzivněji. V současnosti umíráme často osaměle a ne tam, kde si přejeme. Rozlišujeme dva modely umírání.

- Domácí model umírání „tradiční“ - umírání doma, v kruhu rodiny. V minulosti se o umírajícího starala především rodina, péče byla především laická.
- Institucionalizovaný model umírání („moderní“) - společnost odsouvá umírajícího do institucí, vzniká nový model péče. Umírajícím je sice poskytována potřebná péče, dominantou je ale praktikismus a profesionalita.⁹¹

Malíková (2020) zastává názor, že duchovní péče při doprovodu umírajících je důležitá, zvláště pokud vycházíme z přesvědčení, že člověka tvoří stránka fyzická, psychická, sociální a duchovní. Naše kultura stojí na křesťanských základech. Pro sociální práci v péči o umírajícího člověka je důležité mít poznatky z *thanatologie*,⁹² protože umírající lidé se ve větší míře zabývají existencí posmrtného života, smyslem života na tomto světě a existencí Boha. Duchovní péče podle ní při doprovodu umírajících neznamena ovlivňování náboženského přesvědčení člověka, není to vysvětlování příčin utrpení a smrti, není to obracení se umírajícího k Bohu. Jde o doprovázení umírajícího v jeho duchovním prožívání. Duchovní péče se týká vztahu

⁸⁹ Srov. *Tamtéž*, s. 63.

⁹⁰ Srov. OPATRNÝ, A. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 126.

⁹¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 26-29.

⁹² Význam *thanatologie* je vysvětlen v kapitole 3.3.9

umírajícího k transcendentnu, k Bohu, je to vnímání vlastního života, utrpení, smrti, umírání a jejich smyslu. Jsou to otázky víry, naděje, posmrtného života, odpuštění, spasení, komunikace s Bohem, společenství. Stará se o ně především duchovní, farář (se speciálním vzděláním a zkušenostmi) a kaplan. Doprovázející pomáhá svou přítomností, poslechem, trpělivostí, zprostředkováním kontaktu na duchovního a přitom odráží hodnoty, které sám ve svém životě uznává.⁹³

Svatošová (2015) uvádí hlavní duchovní potřeby těžce nemocného / umírajícího:

- Přijetí. Akceptovat umírajícího takového jaký je, přijmout jeho nálady a postoje. Každý člověk touží po tom, aby byl být přijímán rovnocenně.
- Důstojnost. Umírající má právo na úctu a respektování své důstojnosti, i když k němu nemusíme mít vždy sympatie.
- Pravdivost. Platí zásada mluvit o něm před ním, protože rychle vycítí přetvářku.
- Samota. Je něco jiného než ticho. Slouží k přemýšlení a modlitbě. Respektovat samotu, ale pokud by se nám jeho samota zdála neúměrná, je třeba projevit zájem, umožnit rozhovor na toto téma.
- Vnitřní klid. Mnoho těžce nemocných / umírajících umírá nesmířených s Bohem. I přesto tato potřeba zůstává. Pokud jsme získali klid od Boha my, pak tuto hodnotu nevědomě přinášíme i na těžce nemocného / umírajícího.
- Odpuštění. Tuto potřebu nemají všichni. Patří sem vyznání z viny, zpověď, jakož i odpuštění druhým, ale také sobě, což přináší velkou duchovní i duševní úlevu.
- Společenství. Bůh stvořil člověka pro život ve společenství, což platí až do smrti. Ve společenství je nutná komunikace. Svě místo má i mlčení. Je třeba mluvit k umírajícímu, i když není při vědomí.
- Dovolení zemřít. Nastane chvíle, kdy umírající pocítí potřebu vyslovit před druhými nebo i před sebou samým, že „už chce odejít“ a zemřít.
- Touha po věčnosti. Tato oblast potřeb zahrnuje: touhu po opětovném setkání se se svými blízkými, potřeba záchrany, spásy, Spasitele, věčného života, odplaty, odměny za snášení utrpení.

Podle Suchomelové (2016) má být pomáhající člověk autentický - ve styku s umírajícím se nemá skrývat za masku profese, ale přistupovat ke klientovi jako k člověku se všemi jeho silnými i slabými stránkami. Měl by umět vyprávět o svých pocitech, obavách, případně o svém hněvu vůči klientovi. Otevřenost pomáhajícího povzbuzuje klienta k tomu, aby se podělil se svým prožíváním. Rovněž je třeba „mluvit pravdu“. Umírající má právo vědět, jakým přibližným časovým rámcem může disponovat.

V práci s klientem již na začátku zjišťujeme (od něj nebo od rodiny) jeho světonázor a vztah k náboženství. Stává se, že původně ateisté se v posledních týdnech a dnech obracejí k Bohu. V péči o umírající sociální pracovník spolupracuje i s duchovními jednotlivých náboženství, proto by měl mít určité poznatky i o obsahu pastorační péče. Pastorační péči o nemocné a trpící rozumíme respektování konkrétního klienta, ke

⁹³ Srov. MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 269-272.

kterému se přistupujeme z pozice věřícího křesťana. Jde o jeho doprovod a napomáhání důstojného zvládnutí utrpení na jeho stupni víry.⁹⁴

Podle Svatošové (2012) je často možné setkat se s předpokladem, že věřící lidé se se smrtelností vyrovnávají lépe než nevěřící. Předpokládá se, že jim je víra posilou. Naopak, víra i nevíra se v procesu vyrovnávání se s blížící se smrtí prohlubují. To, kterým směrem se proces ubírá, je odrazem životních postojů a hodnoty duchovna v životě člověka. Platí zde Gaussova funkce, kde nejstabilnější jsou na jedné straně hluboce věřící a na druhé straně křivky přesvědčení nevěřící. Vlažní věřící „lavírují“ pod palbou existenciálních otázek buď směrem k prohlubování víry, nebo k její ztrátě. Dále uvádí, že sama nepreferuje dělení na věřící a nevěřící.⁹⁵

Umírající a trpící lidé se často cítí ukřivdění. Mnozí v takových chvílích ztrácejí víru v Boha. Jiní ji naopak nacházejí a přemýšlejí nad významem utrpení. Sociální pracovník podle konkrétní situace pomáhá klientovi hledat odpovědi, smysl života. Zajímá se, jak klient vnímá určité jevy. Na základě svých životních zkušeností může klientovi přiblížit své vidění, případně objasnit smysl bolesti, utrpení z pohledu křesťana. Klientovi však ponechává prostor svobodně se vyjadřovat, nikdy mu nesmí násilně vnucovat vlastní představy.

⁹⁴ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 285- 293.

⁹⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 13-15.

6 Etické aspekty péče o umírající pacienty

Etika se dostává do popředí zájmu všech oblastí současného života. Zdravotnický pracovník nesmí dopustit, aby nemocný nebo starý člověk ztratil důstojnost. Základem ošetrovatelské etiky v praxi je respektování principu rovnocennosti a dodržování odborného a lidského přístupu ke všem pacientům. K hodnocení ošetrovatelské péče dochází na základě respektování přirozených práv a lidských hodnot. Profesionální péče znamená úctu k lidskému životu od jeho počátku až do konce s respektováním důstojnosti lidského života, akceptováním osoby se všemi jejími potřebami.⁹⁶

Etika a morální zásady souvisejí s každou oblastí života společnosti. V současnosti stoupá zájem o etické otázky i v různých společenských odvětvích. Stárnutí populace na celém světě nastoluje nové etické otázky. Hlavní etickou normou v geriatrici je zachování důstojnosti člověka. Lidská důstojnost a její zachování ve stáří je hlavním prvkem ošetrovatelské etiky v geriatrici. Zdravotnický pracovník nesmí dopustit, aby starý člověk ztratil důstojnost. Základem ošetrovatelské etiky v praxi je respektování principu rovnocennosti a dodržování odborného a lidského přístupu ke všem pacientům. Kvalitu ošetrovatelské péče geriatrický pacient hodnotí nejen po materiální a technické stránce, ale hlavně na základě lidských hodnot. Profesionální péče znamená úctu k lidskému životu od jeho počátku až do konce s respektováním důstojnosti lidského života; akceptování osoby se všemi jejími potřebami.⁹⁷

6.1 Etika ve vztahu ke geriatrickému pacientovi

Etikou rozumíme pravidla nebo principy, které řídí náležité chování. Ve zdravotnictví se stále častěji používá termín bioetika. Jedná se o etiku ve vztahu k životu. Slovo morálka se často zaměňuje s etikou. Morálka je chování, které obsahuje úsudky, aktivity a postoje založené na racionálně osvojených a efektivně ustálených normách. Jinými slovy morálka vyznačuje, co je dobré a špatné v chování, v charakteru nebo v postoji, a co jednotlivci musí udělat pro život ve společenství.⁹⁸

Ondriová (2021) uvádí ve shodě s Haškovcovou (2015), že čtyřmi nejdůležitějšími principy deontologického přístupu jsou autonomie, neuškození jinému, dobročinnost a spravedlnost.⁹⁹

Stejně tak Haškovcová (2015) uvádí pravidla uplatňovaná v praxi. Dodává, že tyto mohou vyvolávat řadu obtížně řešitelných problémů. Uvádí následující příklady případných kolizí projevu svobodné vůle nemocného (autonomie) v souvislosti s informovaným souhlasem, nepoškozování a směřování k dobru v případech, kdy pacient např. odmítá navrhovanou léčbu (nebo její část), ačkoliv by z ní měl nesporný prospěch. Také spravedlivý přístup ke zdravotní péči, resp. ke zdravotnickým službám bývá vždy a všude problematickou alokací zdrojů. Také vztahy mezi právním a morálním pojetím dobra jsou složité a vyžadují zvláštní pozornost. Zdůvodňuje to tím, že zatímco etika respektuje dilematické situace, právní zákon dbá o jednoznačné postoje.

⁹⁶ Srov. ONDRIOVÁ, I. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s. 12.

⁹⁷ Srov. *Tamtéž*, s. 12 -13.

⁹⁸ Srov. *Tamtéž*, s. 17-23.

⁹⁹ Srov. *Téže*, s. 20.

V důsledku toho může docházet k neshodě morálního a mravního zákona, jak je popsáno v následujících fenoménech:¹⁰⁰

Respekt k autonomii - respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání bez vnějšího ovlivňování (autos - sám, nomos - zákon). Autonomie předpokládá schopnost zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy a schopnosti uskutečnit vlastní plán, který si člověk předsevzal. V kontextu lékařské etiky se týká především práva pacienta na seberealizaci doloženého informovaným souhlasem s jakýmkoli děním.

Princip neuškodit jinému (non maleficence) zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné a je podporou známého příkazu „nezabiješ“. Má vztah k zásadě „primum non nocere“ (především neuškodit). Záměrné poškození je v ošetrovatelství vždy nepřijatelné. Nicméně riziko poškození není tak jasné. Pacient může být vystaven riziku poškození během ošetrovatelského výkonu, jehož smyslem je pomoci.

Princip dobročinnosti (beneficence) představuje pozitivní dimenzi neuškodit: předchází poškození, odstraňuje jej a současně podporuje dobro, to znamená: tělesnou a duševní pohodu a jakýkoli prospěch pro nemocného včetně pomoci při realizaci jeho vlastních plánů. Je jisté, že zde mohou být konkrétní omezení, která se musí zvážit také s ohledem k profesionální povinnosti léčit.

Princip spravedlnosti (justice) má souvislost zejména s rozdělováním prostředků, dobra i zátěže a služeb. Jsou dvě přední formy uplatňování tohoto principu. Buď pomoc vyrovnání potřeb jedinců nebo skupin v případě limitovaných zdrojů, nebo na základě konkrétního klíče bez komparace (porovnání).

Dodává, že se ukazuje, že čtyři základní pravidla nestačí a je třeba je rozšířit. Z těchto důvodů vznikla Evropská charta lidské etiky, která obsahuje 15 etických principů, podle nichž je žádoucí uplatňovat je v lékařské praxi. Jmenovaná charta byla schválena na zasedání reprezentantů lékařských komor, které se konalo na ostrově Kos. Haškovcová dále odkazuje na publikaci, kde jsou uvedena základní pravidla bioetiky Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Bioethical Ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press 2009.

Dále upozorňuje, že v návaznosti na principy lékařské etiky a také na zdroje etického chování lékařů a zdravotníků, jsou nejčastěji uváděny: vzdělanost v lékařství i etice, lidská zkušenost (životní i profesní) a schopnost tvořivě reagovat na pestré problémy lékařské praxe.¹⁰¹

6.1.1 Etické problémy v geriatrici a práva geriatrického pacienta

Etika představuje určité normy, které úzce souvisejí s právem a spravedlností. Etika určuje náležité chování, zachází s tím, co by „mělo“ nebo „mohlo“ být. S právem má etika společné to, že obě disciplíny nakládají s pravidly chování, která odrážejí vnitřní principy dobra a zla i kodexy morálky. Etika je vytvořena na ochranu lidských práv. V ošetrovatelství etika odhaluje profesionální roviny ošetrovatelské praxe, které chrání jak sestru, tak pacienta.¹⁰²

¹⁰⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 48.

¹⁰¹ Srov. *Tamtéž*, s. 48.

¹⁰² Srov. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 45-47.

V Etickém kodexu práv pacientů v České republice je uvedeno, že práva pacientů se zakládají na právu člověka na lidskou důstojnost, na sebeurčení a na autonomii. Zvýrazňuje se právo na dostupnost, rovný přístup zdravotní péče, právo být srozumitelným způsobem informován o svém zdravotním stavu, souhlas pacienta – informovaný souhlas pacienta je podmínkou každého vyšetřovacího a léčebného výkonu. Všechny informace o zdravotním stavu pacienta, diagnózách, léčbě a prognóze a také všechny informace osobního charakteru jsou důvěrné během života i po smrti.¹⁰³

Světová zdravotnická organizace ve svém dokumentu „Zdraví pro všechny“ ve 21. století stanovila jako jeden z předních cílů „Zdravé stárnutí“. V tomto cíli jsou obsaženy požadavky na zdravý způsob života ve stáří a způsob poskytování péče při ztrátě zdraví.¹⁰⁴ Na tomto místě můžeme připomenout i dokument Ministerstva práce a sociálních věcí pod názvem Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021-2025.¹⁰⁵

Morální povinnost léčit a ošetřovat nemocného s úctou k jeho lidské důstojnosti předpokládá:

- respektovat potřebu sebeúcty jedince, obvykle sníženou sebehodnocením na základě závažné choroby a jejích důsledků,
- zmírňovat utrpení nemocného jedince v souladu s aktuálními poznatky o člověku jako celostní osobnosti,
- dostatečně připravené zdravotníky, kteří znají nejen komplikovanost patologických procesů v jejich převážně tělesných projevech, ale dokáží interdisciplinárně spolupracovat při léčení a ošetřování nemocného člověka.¹⁰⁶

Profese sestry – ošetřovatelky je tradičně spojena s morálními nároky. Nejde jen o odborné znalosti a dovednosti, ale také schopnost eticky jednat s lidmi a umět spolupracovat. Když sestra hledá blaho nemocného, nemusí to být také zájem pacienta a cíl rodiny pacienta. Cílem činnosti sestry je pomoci pacientovi co nejdříve a v co největší míře adaptovat se na změněné prostředí a získat samostatnost v uspokojování potřeb. Významným předpokladem spolupráce sestry a pacienta je akceptování jeho subjektivního prožívání při uspokojování potřeb, což vyžaduje od sestry holistický přístup k pacientovi.¹⁰⁷

6.1.2 Uspokojování potřeb u geriatrického pacienta

Základním předpokladem poskytování účinné pomoci starším lidem je zohledňování všech jejich potřeb.

Uspokojování biologických potřeb je zaměřeno na následující péči:¹⁰⁸

- tělo, jeho pravidelnou hygienu včetně prevence proleženin,

¹⁰³ Srov. PLEVOVÁ, I. *Ošetřovatelství II*, s. 84-99.

¹⁰⁴ Zdraví pro všechny v 21. století [online]. [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti/>

¹⁰⁵ Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021-2025 [online]. [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/strategicky-ramec-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2021-2025>

¹⁰⁶ Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*, s. 129-134.

¹⁰⁷ Srov. PLEVOVÁ, I. *Ošetřovatelství II*, s. 62-67.

¹⁰⁸ Srov. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, s. 52-54.

- příjem potravy a tekutin; pacient má předepsanou dietu podle ordinace lékaře; strava musí být teplá, esteticky upravená, z mikrobiologického hlediska nezávadná,
- vyprazdňování, močení a defekaci; poruchy ovlivňují tělesné i psychické pocity pacienta,
- spánek a odpočinek; vytvořit podmínky týkající se režimu a úpravy prostředí apod.,
- komfort a pohodlí; jde o úpravu, čistotu prostředí, pomůcek, zabezpečení soukromí při vyšetřování, léčení a ošetřování využíváním zástěn a závěsů,
- dodržování přiměřeného pohybového režimu,
- polohu; jde o správné uložení pacienta na posteli, jeho jednotlivých částí těla, které musí být ve fyziologické poloze; polohu pacienta je třeba měnit každé dvě hodiny a zajistit jeho včasnou mobilizaci.

Uspokojování psychických potřeb je zaměřeno na:¹⁰⁹

- odstraňování a zmírňování bolesti, protože bolest se odráží na všech složkách osobnosti, což od sestry vyžaduje trpělivé ošetřování, respektování individuální citlivosti na bolest a vytvoření klidného prostředí,
- předcházení a zmírňování strachu a úzkosti; úkolem je zabránění vzniku strachu a úzkosti, a pokud již existují, zmírnit jejich negativní účinky; strach by neměl přesáhnout hranici adekvátnosti, ale měl by být mobilizujícím faktorem,
- identifikace obav a nejistot z neznámého, například obavy o život, nejistoty v průběhu diagnostických a terapeutických úkonů; pacient potřebuje dostatečné informace o diagnostice a způsobu léčby a ošetřování,
- zabraňování ztráty sebeúcty při náročných onemocněních a terapeutických výkonech, které narušují vzhled těla.

Uspokojování sociálních potřeb je zaměřeno na:¹¹⁰

- zmírnění sociální izolace, účinnou komunikaci s pacientem, zajištění sociálních kontaktů s podpůrnými osobami; významné jsou kontakty rodičů s dětmi; důležité je vytvoření pozitivního klimatu, lidského kontaktu zejména u osob pokročilého věku,
- řešení problémů souvisejících se ztrátou zaměstnání, péče při doléčování, možnosti další seberealizace.

Uspokojování kulturních potřeb je zaměřeno na:¹¹¹

- umožnění sledování společenského a kulturního dění, zabezpečení tisku, poslechu rozhlasu, sledování televize,
- estetiku prostředí, tj. teplotu, vlhkost, cirkulaci vzduchu, osvětlení, boj proti hluku apod.

¹⁰⁹ Srov. *Tamtéž*, s. 55-57.

¹¹⁰ Srov. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 58.

¹¹¹ Srov. *Tamtéž*, s. 59-60.

Uspokojování duchovních a spirituálních potřeb je zaměřeno především na respektování náboženské svobody, a to poskytnutím možnosti účastnit se náboženských úkonů. Při uspokojování všech potřeb je třeba respektovat práva pacienta. Nemocný jedinec vnímá priority vlastních potřeb mnohdy jinak než zdravotnický personál. Spirituální potřeby mohou u některých nemocných mít vyšší prioritu v porovnání s potřebami biologickými. Je nutné s pacienty více komunikovat, aby se spirituální potřeby zejména umírajících nestaly pro zdravotníky přítěží.¹¹²

6.1.3 Komunikace s geriatrickým pacientem

Jednou z nejzákladnějších podmínek důstojného přístupu a optimálního vztahu mezi pacientem a jeho ošetřujícími je odstranění anonymity. Jedním z nejzávažnějších, často eticko-psychologicky nejtěžším problémem, je seznamování pacienta se zdravotním stavem a jeho prognózou, zejména v případech chronických a letálních onemocnění. Podávání informací v komunikaci vedoucí k porozumění je významné z několika důvodů:¹¹³

- je základním prostředkem uplatňování etického principu autonomie, poskytuje pacientovi možnost projevit svobodnou vůli, účastnit se rozhodovacích procesů a převzít část odpovědnosti za svůj zdravotní stav;
- je projevem úcty k osobnosti pacienta a prostředkem utváření a upevňování důvěry k ošetřujícím;
- má nezastupitelnou funkci ve snižování psychické zátěže, zejména míry nejistoty, strachu a úzkosti, ale také pocitu ostychu a nedůstojné manipulace s člověkem;
- je nutné i z hlediska právního, například k získání souhlasu pro invazivní zákrok.

Klidné, rozhodné a korektní jednání mezi zdravotnickým personálem navzájem a ve vztahu k pacientovi podporuje léčebný proces. Ve zdravotnických zařízeních není vždy dostatečně akceptován kulturou podmíněný vztah k nahotě, sexualitě, k uspokojování některých fyziologických potřeb a z nich vyplývající ostych pacienta při diagnostice, terapii, ošetřování a hygieně. V procesu péče nutně, i když ne záměrně, dochází k určitému porušování kulturních zvyklostí a norem.¹¹⁴

Podle Kutnohorské (2007) existují tři hlavní hodnoty v jednání s pacientem a to odpovědnost, spravedlnost a laskavost. Odpovědností se rozumí jednání, v němž se projevuje vědomí povinnosti a které svědčí o tom, že člověk nejedná náhodně, nýbrž v určitém vztahu nejen k vlastním zájmům a cílům, ale také k zájmu společensky širším. Je to tzv. morální zodpovědnost. Spravedlností se rozumí respekt, úcta k právu, k tomu, co je dáno zákonem a laskavostí se rozumí ohled na druhého účastníka jednání. Rozumí se pozornost jemu věnovaná, zájem o jeho potřeby, ošetřování a péči o něj. Etickým a psychologickým aspektům péče o nemocné seniory je v současnosti právem věnována velká pozornost, i když v praxi jsou mnohdy přehlíženy a nedoceny. Je pochopitelné, že při ošetřování jsou tyto disciplíny prioritní, ale v moderním pojetí péče, má-li být úspěšná,

¹¹² Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 268.

¹¹³ Srov. ONDŘIOVÁ, I. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s.91.

¹¹⁴ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 201.

musí mít znalosti o psychických a somatických procesech stejný podíl. Etické aspekty nelze přehlížet, neboť etika ošetřujícího personálu, přímo ovlivňuje terapii.¹¹⁵

6.2 Etické principy v péči o umírající

V oblasti poskytování zdravotní péče se uplatňují různé složky a sféry jako například medicína, ošetrovatelství, filosofie – etika, apod. Principy ovlivňující etiku a morálku v oblasti poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče v zásadě vycházejí z Hippokratovy přísahy.¹¹⁶

Autor Kánský (1998) ve svém díle *Principles and Norms in Ethics and Morals* uvádí, že etické normy a pravidla existovaly již u Homo erectus, předchůdce dnešního člověka, a to nejen jako instinktivní formy norem, ale i normy vzniklé na základě myšlení, vycházející z praxe a přizpůsobování se měnícímu prostředí. Normy a principy chování a jednání člověka patří do určité míry k jeho genetické výbavě, která podporovaná výchovou a vzděláváním člověka vede k vlastní sebereflexi a přehodnocování vlastních principů chování a ke komparaci s principy ve společnosti a tím dává možnost člověku, jako mravnímu subjektu na základě svobodné volby vybírat si takové principy, jejichž dodržování mu zajistí jeho osobnostní růst a harmonii ve vztahu s okolím.¹¹⁷

Základní etické principy, které je třeba respektovat vždy a za všech okolností, jsou:

Samostatnost

Každý člověk je zodpovědný za své zdraví a rozhodování, které bude realizováno na základě plné informovanosti. Přání jsou respektována, i když ve finální fázi onemocnění mohou být přímým důsledkem úmrtí pacienta (odmítnutí léčby).

Směřování k dobru

Princip beneficence vyjadřuje závazek lékaře pro pacienta, aby udělal vše, co mu je prospěšné. Dobro pro pacienta nemusí být shodné s představou zdravotníka, proto ideálním nástrojem je pravdivá a empatická komunikace.

Nepoškozování (non maleficence)

Znamená neškodit pacientovi. Jakékoliv zacházení s pacientem ho nesmí primárně a cíleně poškodit. V úvahu je třeba brát i jakékoliv nežádoucí poškození nebo vedlejší efekt pozitivní činnosti.

Spravedlnost (justice)

Je poměr mezi potřebami jedince a tím, co mu je společnost schopna poskytnout. Týká se například dostupnosti paliativní medicíny a kvality poskytované péče.¹¹⁸

Sýkorová (2008) je toho názoru, že etika je prakticky orientovaná věda, která si klade za cíl ne samoučelné hromadění poznatků, ale jejich aplikaci do praxe, kde má etika zajišťovat vědomě odpovědnější jednání lidí. Je však natolik obecná a rámcová, že není schopna poskytnout přesný návod jednání ve sporných situacích.¹¹⁹

¹¹⁵ Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 92-94.

¹¹⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, s. 55.

¹¹⁷ Srov. KÁNSKÝ, J. *Principles and Norms in Ethics and Morals*, s. 82-84.

¹¹⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 47-48.

¹¹⁹ Srov. SÝKOROVÁ, K., *Základy sociologie, filosofie, a etiky pro pomáhající profese*, s. 67.

Malíková (2020) se domnívá, že poskytování paliativní péče umírajícím osobám je velmi významnou oblastí, kde může dojít k porušování mnoha etických zásad a principů. Nejčastěji se objevují následující: ¹²⁰

- bagatelizování bolesti umírajícího a nedostatečné tišení bolesti,
- podávání nadměrných dávek sedativ a jiných léčiv vedoucích k celkovému útlumu umírajícího,
- nedostatečná péče o umírajícího z důvodu nedostatku času a nízkého personálního obsazení,
- neschopnost personálu komunikovat s umírajícím (neumí to, bojí se),
- nevhodné hovory u klienta s poruchou vědomí (zmatená osoba, člověk v bezvědomí),
- neposkytování některých služeb a úkonů v péči z důvodů, že to již není třeba, protože „stejně brzy zemře, bylo by to zbytečné,“
- propagování eutanazie,
- neúcta při manipulaci a zacházení s umírajícím a se zemřelým tělem,
- ztráta lidské důstojnosti umírajícího klienta v přístupu pracovníka.

6.3 Etika v praxi v rámci nelékařských zdravotnických oborů

Oblast profesní etiky a etického chování v pomáhajících profesích je velice zásadní pro všechny, kdo se v pomáhajících profesích vyskytují a setkávají. Tedy pro samotného pracovníka, klienta, celou organizaci a potažmo celou společnost. Z takového množství účastníků a jejich hodnotových orientací vyplývá, že je velmi obtížně rozlišitelné, co a za jakých okolností lze a nelze považovat za etické. Etické teorie, hodnotové orientace a etické kodexy vytvářejí užitečné rámce, které se stávají vodítkem v náročných pracovních a profesních situacích. ¹²¹

Kateřina Sýkorová (2008) se ve své publikaci zabývá a vysvětluje pojem etika s odkazem na Oldřicha Matouška. ¹²² Sýkorová je toho názoru, že je nutné komplexně pohlížet, jakým způsobem lze filosoficky přistoupit k hledání smyslu lidské existence, neboť různé kultury a různá historická údobí spatřovala smysl života jinde. Různě lze přistoupit k odpovědi na otázku, co je hnacím motorem lidského jednání. Etiku nahlíží jako prakticky orientovanou vědu, která si klade za cíl nikoli samoučelné hromadění poznatků, ale jejich aplikaci do praxe, kde má etika zajišťovat vědomé odpovědnější jednání lidí. Je však velmi obecná a rámcová, není schopna poskytnout přesný návod pro jednání ve sporných situacích.

Zmínila bych dvě teorie. Teorie utilitarismu a existencialismu, které mohou být použitelné v praxi. V běžné ošetrovatelské praxi mohou být vodítkem jak pojímat a nahlížet na člověka jako na bytost s jeho svobodou, možnost respektování jeho jedinečnosti. Osobně se přikláním k existenciální teorii.

¹²⁰ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v po bytových zařízeních sociálních služeb*, s. 293-294.

¹²¹ Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s.68-69.

¹²² Srov. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*, s.78.

6.3.1 Utilitarismus

Základní myšlenku utilitarismu lze charakterizovat jako kombinaci čtyř principů:¹²³

- princip následků;
- princip užitečnosti;
- princip hédonismu;
- sociální princip.

Utilitaristická etika říká, že žádné lidské jednání není hodnotné ani mravní samo o sobě. Je hodnoceno na základě následků, které z daného jednání vyplývají a lze je očekávat. Člověk má proto vždy jednat tak, aby svým jednáním vytvářel takové důsledky, které znamenají vždy větší množství dobra než zla pro všechny lidi. Stejně tak sociální pracovník nebo jiný pomáhající profesionál musí zvažovat pozitiva, tak i negativa svých rozhodnutí vůči klientovi, a jednat tak, aby pozitiva vždy převážila. Těžko lze však v každé situaci odhadnout, jaké budou následky jednání. Také morální příkaz – imperativ „*co nejvíce štěstí pro co nejvíce lidí*“ neříká nic o tom, že štěstí je relativní a znamená pro každého něco jiného. Opět v čisté podobě může být tato teorie pro sociální práci jen velmi rámcovým vodítkem.¹²⁴

Utilitarismus se v medicínské etice zabývá hodnocením konečného efektu, a to ze strany jak použitelnosti, tak i přinášeného dobra. Utilitaristé nepřihlízejí k základním principům - v tom je jejich slabost. Základem je získání co největšího a nejprospěšnějšího dobra z rozhodnutí i samotného činu. V současné době můžeme říci, že tento přístup dominuje v medicínské etice.¹²⁵

6.3.2 Existencialismus

Anzenbacher (2004) odkazuje na Kierkegaard, ¹²⁶ dle něhož existence je ústřední téma existencionalistů. Existencionalisté kladou člověku před oči jeho vlastní Já jako svobodu a možnost. Je daná každému vlastní subjektivita, svoboda, v níž vytváří sám sebe. Díky existenciálním prožitkům, v pochopení vlastního bytí ke smrti, v prožívání křehkosti bytí v mezních situacích života. Pro existencionalismus je rozhodující rozdíl mezi objektivní a subjektivní reflexí, mezi esencí a existencí. Jde o výzvu, abychom realizovali své nejvlastnější bytí, je také základním prakticko-etickým požadavkem. Člověk může reflektovat jednak tak, že může odhlížet sám od sebe, od své osobně individuální subjektivity a niternosti a zaměřovat svou pozornost na to, co je objektivně dáno. Pro tuto základní možnost je typické vědecko-technické zaměření. Filosofie se rozvíjela podle existencionalistů většinou ve znamení objektivní reflexe. ¹²⁷ A druhou možností je, že člověk může pojmout sám sebe jako možnost. V této subjektivní reflexi

¹²³ Srov. ANZENBACHER, A. Úvod do filosofie, s. 292-293.

¹²⁴ Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese* s. 71-72.

¹²⁵ Srov. STÖRIG, H. J. *Malé dějiny filosofie*, s. 544.

¹²⁶ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do filosofie*, s. 135.

¹²⁷ * reflexe může být objektivní, i když reflektuji sám sebe.

mu jde o vlastní Já, osobní, individuální, subjektivní bytí, o Já, které je nazýváno existencí. Jde o svobodu uchopit se jako možnost a sám sebe projektovat v existování.

Člověk je volán ze svého sebezapomenutí v každodenním bytí ve světě a je konfrontován se svou odpovědností jako svobodná existence. Člověk je vrhán do starosti a strachu, zoufalství, jež jsou vyvolány absurditou existence. Existencialisté nelítostně odkrývají problematiku smyslu lidského bytí. Kierkegaard (in Anzenbacher, 2004) viděl jedinou možnost jak překonat zoufalství, a to v existenciální vazbě člověka na Boha.¹²⁸

Lidé, kteří pomáhají nemocným a umírajícím, vnímají jejich náboženské a existenciální postoje, názory na život a smrt, naděje a obavy. Zaměřují se na klientovy hodnoty a přesvědčení, pocity viny, víru v posmrtný život, vztah k odpuštění a otázky týkající se smyslu života.

¹²⁸ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do filosofie*, s. 136.

ZÁVĚR

Otázka péče o umírající se dostává stále více do povědomí a také podléhá určitému vývoji. Do popředí se dostává jednání o samotné smrti člověka, jejíž pojetí je podmiňováno několika aspekty, jako je kultura země, společnost v dané zemi a jiné. Problematika hospicové a paliativní péče je v České republice pouze na počátku a čeká ji ještě dlouhá cesta, než se dostane na úroveň vyspělých zemí světa, kde jsou hospice již součástí života a ve velkém bývají upřednostňovány před jinými možnostmi péče o člena společnosti v poslední fázi života.

Vlastní zkušenost umírání však musí každý člověk získat sám a nemůže ji jakkoli předat. Asi stejně jako si musí každou jinou událost či životní okamžik prožít každý jedinec sám, protože každý z nás je svým a jediným originálem. Tato zkušenost chybí i zdravotnickým pracovníkům, proto je tento fakt velmi složitý, přináší mnohé problémy v rámci ošetřování nemocných a umírajících klientů. Lidé, kteří mají v sobě sílu, lásku a zůstanou s umírajícím sedět v hlubokém tichu, které se vymyká slovům, znají, že tento okamžik ve skutečnosti není strašný ani bolestivý, že je to klidný a postupný zánik tělesného fungování. Nezapomeňme projevit pochopení a soucit malými činy. Nejmenší skutky jsou často projevem největší lásky.

Duchovní či spirituální péče je nedílným prvkem při poskytování zdravotně-sociální péče, která má na zřeteli blaho člověka – v jeho biologické, psychické, sociální a duchovní rovině. Jedná se o takové jednání s člověkem, ve kterém respektujeme jeho jedinečnost, přistupujeme k němu s úctou k důstojnosti lidské osoby z pozice věřících křesťanů, věnujeme pozornost jeho sociálnímu okolí, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje. Duchovní péčí tedy rozumíme péči, při které klademe důraz na duchovní potřeby člověka; potřeby, se kterými se vážně nemocný člověk musí vyrovnávat. Jde o potřebu vztahu, lidského kontaktu a přítomnosti v náročných chvílích, usmíření a odpuštění, i o potřebu úcty, důvěry, respektu.

Nemít rád a nemít porozumění, znamená být mrtvý zaživa. Mít rád a porozumět je poklad, který je třeba pěstovat a opatrovat jako ten nejcennější šperk. Kdo tento šperk v životě má, má naději, že ho i na sklonku jeho životních cest bude doprovázet porozumění, které profesionální péči dodá dimenzi laskavého doprovodu.

Cílem diplomové práce bylo prezentovat nejnovější poznatky týkající se problematiky potřeb seniorů s důrazem na potřeby těžce nemocných seniorů, popsat roli sociální péče v zařízeních sociálních služeb a duchovní péči o umírající, zmínit etické aspekty péče o umírající. Tento cíl se kompilací dostupné literatury a pohledem na tyto poznatky očima zdravotníka doprovázejícího umírající v posledním úseku jejich cesty podařilo naplnit. Poznatky zmíněné v této práci lze využít při sociální práci se seniory i při komunikaci s osobami, které završují svou životní cestu.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá duchovními potřebami seniorů v terminálním stadiu života v pobytové sociální službě. Cílem práce je prezentovat nejnovější poznatky ohledně problematiky potřeb seniorského věku s důrazem na potřeby těžce nemocných seniorů, popsat roli sociální péče v zařízeních sociálních služeb a duchovní péči o umírající, zmínit etické aspekty péče o umírající. Práce se nejprve věnuje vývojovému období saenium, tedy období označující pozdní fázi ontogeneze a popisuje specifika tohoto životního období. Poté je pozornost zaměřena na hlavní potřeby seniorského věku, zejména pak potřeby těžce nemocných seniorů (např. potřeby biologické, psychologické, sociální, spirituální aj.). V rámci čtvrté kapitoly se v práci rozebírá problematika sociální péče v zařízeních sociálních služeb napomáhající uspokojení duchovních potřeb. Pátá kapitola je zaměřena na duchovní péči o umírající, rozebrána jsou témata jako např. duchovní potřeby, smysl života a duchovní péče při provázení umírajících. Poslední kapitola je věnovaná etickým aspektům péče o umírající.

Klíčová slova

Duchovní potřeby, senior, pobytová sociální služba, sociální péče, zařízení sociálních služeb

Abstract

The diploma thesis deals with the spiritual needs of seniors in the terminal stage of life in residential social services. The aim of the thesis is to present the latest knowledge about the needs of seniors with emphasis on the needs of seriously ill seniors, to describe the role of social care in social services and spiritual care for the dying. The work first deals with the developmental period of senium, that is, the period denoting the late phase of ontogenesis and the specifics of this period of life. Attention is then focused on the main needs of the senior age, especially the needs of seriously ill seniors (e.g. biological, psychological, social, spiritual needs, etc.). In the fourth chapter, the work examines the issue of social care in social service facilities that seek to provide spiritual needs. The fifth chapter focuses on spiritual care for the dying. Topics such as spiritual needs, meaning of life and spiritual care in accompanying the dying are discussed. The last chapter is devoted to the ethical aspects of caring for the dying.

Keywords

Spiritual needs, senior, residential social service, social care, social services facilities

Seznam použitých zdrojů

Seznam použitých českých zdrojů

ANZENBACHER, Arno. *Úvod do filosofie*. Praha, Portál 2004, 2. vydání přeprac. ISBN 80-7118-804-X.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva*. Grada Publishing a.s., 2019. ISBN 9788027124145.

BENEŠOVÁ, Dana. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2014. ISBN 9788074520396.

BLATNÝ, Marek. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 9788024734347.

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina. *Geriatrická problematika v pastorální péči: [postulát křesťanské etiky v péči o seniory]*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2296-5.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, Praha 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 9788024634043.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745442.

DEUS CARITAS EST = Bůh je láska: Encyklika nejvyššího Pontifika Benedikta XVI. / překlad Ctírad Václav Pospíšil, Praha: Paulínky : Česká biskupská konference, 4. vydání, 2012. ISBN 978-80-7450-043-5.

ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.

FRANKL, Viktor Emanuel. *Utrpení z nesmyslnosti života: psychoterapie pro dnešní dobu*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2016. ISBN 9788026210382.

GEORGI, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 9788024626284.

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*, vydání 2., podstatně přeprac. a doplněné, Praha, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*, čtvrté akt., rozšířené vydání, Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024752167.

HRDÁ, Karolína, Blanka TOLLAROVÁ, Alena HÁJKOVÁ, Helena KREJČÍŘÍKOVÁ, Tereza BRUNEROVÁ, Matěj LEJSAL, Alena GAUDLOVÁ a Kateřina HILDEBRANDOVÁ. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. [Česko]: [Domov Sue Ryder], 2018. ISBN 9788090719026.

JANKOVSKÝ, Jiří, *Etika pro pomáhající profese*, 2. aktualizované a doplněné vydání, Triton, 2018, 978-80-7553-414-9.

JANKOVSKÝ, Jiří, Martin HOLUB, Ivana MATOUŠKOVÁ, Dana VRABCOVÁ, Andrea TAJANOVSKÁ a Radka MICHELOVÁ. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. Sešit sociální práce. ISBN 9788074210884.

KIRKLAND, Kevin. *Circle: Spiritual Therapy for the Elderly*. Routledge, 2013. ISBN 9781317971214.

KISVETROVÁ, Helena., *Péče v závěru života*, Maxdorf, Praha, 2018, ISBN 97-80-7345-496-8.

- KRÁTKÁ, Anna. *Etika v ošetrovatelství*, Zlín, 2007, ISBN 978-80-7318-543-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 9788024713700.
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, Praha: Grada Publishing 2002, ISBN 80-247-0179-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth, *Světlo na konci tunelu*, Brno, Jota 2012, ISBN 978-80-7462-145-1.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 9788024712840.
- MÁLEK, Jiří a Jiří KNOR. *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 9788027105908.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: Grada Publishing, 2011, ISBN 978-80-247-3148-3.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MÁTEL, Andrej, *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*, 1.vyd. Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3323-1.

MPSV. *Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*, Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 9788086878652.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2

NIEDREMANN, Eva, a. kol., *Paliativní péče Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*, 2016, ASSČR, Tábor, ISBN 978-80-906320-3-5.

OLIVIEROVÁ, Rita. *Ošetrovatelství*. Martin: Osvěta, 2004. ISBN 8021705280.

ONDRIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, Grada, 2021, ISBN 978-80-271-4603-1.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 9788024643830.

OPATRŇY, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, Mervart 2017. ISBN 978-80-7465-269-1.

ORT, Jiří. *Kapitoly ze sociologie stáří: (společenské a sociální aspekty stárnutí)*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, Pedagogická fakulta, 2004. ISBN 80-7044-636-6.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

PETŘKOVÁ, Anna a Rozalia ČORNANIČOVÁ. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 8024408791.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada Publishing a.s., 2019. ISBN 9788027108893.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024732718.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.

ROSENKRANCOVÁ, Olga. *Lidská důstojnost- právně teoretická a filozofická perspektiva*. Leges Praha, 2019. ISBN 978-80-7502-412-1.

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-00-1.

SALIVAROVÁ, Jarmila a Jaroslav VETEŠKA. *Edukace seniorů v evropském kontextu: teoretická a aplikační východiska*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2014. ISBN 9788074521027.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Maria. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Grada Praha 2022. ISBN 978-80-271-3242-3.

STÖRIG, Hans Joachim. *Malé dějiny filosofie*, Kostelní Vydří, 2000. ISBN 80-7192-500-2.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN 978-80-7255-361-7.

SÝKOROVÁ, Kateřina. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*. Liberec, 2008. ISBN 978-80-7372-323-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024741079.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*, Praha, Grada, 2011, 978-80-247-3223-7.

ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 9788070135907.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VETEŠKA, Jaroslav. *Gerontagogika: psychologicko-andragogická specifika edukace a aktivizace seniorů*. 2. doplněné a rozšířené vydání. Praha: Česká andragogická společnost, 2017. Česká a slovenská andragogika. ISBN 9788090546073.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

Der Ackermann aus Bohmen. Orac z Cech / Petr (sefredaktor publikace) Simacek. -- Praha : Sdruzeni rodaku a pratel mesta Zatce, 2007.

Der Ackermann aus Bohmen (tagungsband) : Deutsch-tschechische Konferenz uber den Tod und das Sterben = Orac z Cech (konference) : Zatec, 14.-15.10.2006 / Cesko-nemecka konference o smrti a umirani. -- 1. vyd.. -- Praha : Sdruzeni rodaku a pratel mesta Zatce, 2007.

Achtzig lehrreiche und erbauliche Sterbe-Bilder von Priestern / nach wahrheitsgetreuen Quellen von Joseph Anton Keller. -- Mainz : Verlag von Franz Kirchheim, Aller Einkehr ist der Tod : Interreligiose Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer / Birgit Heller (Hrsg.). -- Freiburg im Breisgau : Lambertus, 2003. -- 210 s., viii s. obr. priloh : fot.. -- ISBN 3-7841-1410-5

Angst vor dem Tod? : die Wahrheit uber das Sterben / O.R. Siener. -- 1. Aufl.. -- Gelnhausen : Triga, 2002. ISBN 3-89774-248-9.

Ars moriendi : Kunst des heilsamen Sterbens : [Studienarbeit] / Karina Fuchs. -- 1. Aufl.. -- [Munchen] : GRIN, 2010.

Auf dem Weg mit Sterbenden : Alles hat seine Zeit / Elftraud von Klackreuth. -- 2. Aufl.. -- Mainz : Matthias Grunewald, 2002.

Bernardo, Allan & Clemente, Jose Antonio & Nalipay, Ma. (2016). What Personal Value Types are Associated with Beliefs on the Social Value of Religion?. *Psychological Studies*. 61. 10.1007/s12646-016-0359-5.

BOND, John. *Ageing in society: European perspectives on gerontology*. 3rd ed. Los Angeles: Sage Publications, 2007. ISBN 978-1412900201.

BOWLING, Ann. *Ageing well: quality of life in old age*. New York: Open University Press, 2005. ISBN 978-0335215096.

BÜSSING, Arndt. *Spiritual Needs in Research and Practice: The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care*. Springer Nature, 2021. ISBN 9783030701390.

Byock, Ira. (2020). *Caring for the Dying*. 10.4324/9781315229829-14.

CRANMER, Pam. *EBOOK: Ethics for Nurses: Theory and Practice*. McGraw-Hill Education (UK), 2013. ISBN 9780335241675.

EDMONDSON, Ricca. *Valuing older people: A humanist approach to ageing*. Policy Press, 2009. ISBN 978-1847422910.

GILL, Nichols. *Collaborative Change in Education*. Routledge, 2014. ISBN 978-0749421137.

KÁNSKÝ, Jiří. *Principles and Norms in Ethics and Morals*. Prešov, 1998. ISBN 80-88859-15-8.

Internetové odkazy a zdroje

Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021-2025 [online]. [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/strategicky-ramec-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2021-2025>

<https://www.domovmitrov.cz/bohosluzby> [online]. [cit. 2022-02-12].

Vývoj věkové struktury ČR v letech 2001–2017 [online]. [cit. 2022-01-16].

Dostupné z: www.czso.cz

Zdraví pro všechny v 21. století [online]. [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti/>

Přílohy

Příloha I: Obyvatelstvo podle pohlaví a věku, 2001 - 2017 (stav k 31. 12. 2017)

Zdroj: Czso.cz (2022)

Tab. 1: Obyvatelstvo podle pohlaví a věku, 2001–2017 (k 31. 12.)

Rok	Počet obyvatel (tis.)			Podíl žen (%)	Index maskulinity dle věku						
	Celkem	Muži	Ženy		celkem	0-14	15-64	65-74	75-84	85-94	95+
2001	10 206,4	4 968,0	5 238,5	51,3	95	105	100	74	53	37	23
2002	10 203,3	4 966,7	5 236,6	51,3	95	105	100	74	53	36	24
2003	10 211,5	4 974,7	5 236,7	51,3	95	105	100	75	53	36	25
2004	10 220,6	4 980,9	5 239,7	51,3	95	106	101	75	54	37	26
2005	10 251,1	5 002,6	5 248,4	51,2	95	106	101	76	55	38	25
2006	10 287,2	5 026,2	5 261,0	51,1	96	106	101	77	55	38	26
2007	10 381,1	5 082,9	5 298,2	51,0	96	106	102	78	56	38	27
2008	10 467,5	5 136,4	5 331,2	50,9	96	106	102	78	57	38	28
2009	10 506,8	5 157,2	5 349,6	50,9	96	105	102	79	58	38	27
2010	10 532,8	5 168,8	5 364,0	50,9	96	105	102	79	59	39	27
2011	10 505,4	5 158,2	5 347,2	50,9	96	105	102	80	60	39	26
2012	10 516,1	5 164,3	5 351,8	50,9	96	105	103	81	60	40	26
2013	10 512,4	5 162,4	5 350,0	50,9	96	105	103	81	61	40	26
2014	10 538,3	5 176,9	5 361,3	50,9	97	105	103	82	61	41	27
2015	10 553,8	5 186,3	5 367,5	50,9	97	105	103	82	63	42	26
2016	10 578,8	5 200,7	5 378,1	50,8	97	105	103	82	63	43	26
2017	10 610,1	5 219,8	5 390,3	50,8	97	105	103	82	64	43	26