

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

Bakalářská práce

2017

Helena Brandová

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Terminální fáze života člověka
umírajícího v sociálním zařízení**

Bakalářská práce

Autor: Helena Brandová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální a charitativní práce
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Hradec Králové

2017



Zadání bakalářské práce

Autor: Helena Brandová

Studium: U146

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Název bakalářské práce: **Terminální fáze života člověka umístěného v sociálním zařízení**

Název bakalářské práce AJ: Terminal phase of human life placed in a social institution

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

V teoretické části bakalářské práce bude zpracována problematika smrti a umírání - přiblížení tématu umírání, definice smrti, terminální fáze života člověka, stručná charakteristika služeb, které se o tyto klienty starají. Cílem práce bude porovnání možností a limitací sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči pečujícími o klienty v terminální fázi života umístěného v sociálním zařízení. Zvolené metody a techniky: kvalitativní výzkumná strategie, polostrukturovaný rozhovor s pracovníky v přímé péči v sociálním zařízení.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: Mgr. Petr Lojan, MBA

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 29. 3. 2017

Helena Brandová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc. za ochotu, odborné vedení a cenné rady, kterými přispěla k vypracování této bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala celé své rodině a přátelům za podporu a pomoc, kterou mi po celou dobu studia poskytovali.

V Hradci Králové dne 30. 3. 2017

Helena Brandová

Abstrakt

BRANDOVÁ, Helena. *Terminální fáze života člověka umístěného v sociálním zařízení*. Hradec Králové, 2017. 58 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku péče o člověka v terminální fázi života umístěného v sociálním zařízení s důrazem na vliv umírání a smrti na sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách.

Teoretická část je členěna do několika podkapitol. První kapitola se zabývá umíráním a smrtí. Druhá kapitola přibližuje paliativní péči. Třetí kapitola se zabývá specifiky práce s klienty v domově pro seniory. Péči o pracovníky pomáhajících profesí se věnuje kapitola čtvrtá. Poslední, pátá kapitola, je věnována shrnutí celé problematiky.

Empirická část analyzuje názory pracovníků domova pro seniory na možnost péče o klienty v terminální fázi onemocnění a také vliv umírání a smrti na pracovníky v tomto zařízení (sociální pracovnice, pracovníci v sociálních službách). Cílem práce je posouzení možností a limitací péče sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, kteří pečují o klienty v terminálním stadiu.

Klíčová slova: umírání, terminální fáze, domov pro seniory, prevence syndromu vyhoření

Abstract

BRANDOVÁ, Helena. *Terminal phase of human life placed in a social institution*. Hradec Králové, 2017. 58 p. Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Institute of Social Work. Supervisor: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

This bachelor thesis is focused on the problematic of care of a person in terminal state in a social institution with impact dying and death on social workers and workers in social services.

Theoretical part is structured to several subchapters. The first chapter deals with dying and death. Palliative care is introduced in the second chapter. The third chapter deals with specifics of work with clients in a retirement home. The fourth chapter is devoted to the care for workers of assisting professions. The whole problematic is summarized in the last, fifth, chapter.

Empiric part analyzes opinions of workers in a retirement home on the possibility of care of clients in terminal phase of illness as well as impact of dying and death on the workers in such institution (social workers, workers in social services). The goal of the thesis is to assess possibilities and limitations of care of social workers and workers in social services taking care of clients in terminal state.

Keywords: dying, terminal state, retirement home, prevention of burn-out syndrome

Obsah

Úvod.....	10
Teoretická část	12
1 Umírání a smrt.....	12
1.1 Smysl utrpení	12
1.2 Umírání	13
1.3 Fáze vyrovnávání se s nemocí podle lékařky Elizabeth Kübler-Rossové	15
1.4 Smrt.....	17
2 Paliativní péče.....	19
2.1 Obecná paliativní péče.....	20
2.2 Specializovaná paliativní péče.....	20
2.3 Zásady a principy paliativní péče	21
2.4 Hospic	23
3 Specifika práce s klienty v domově pro seniory.....	24
3.1 Sociální služby.....	24
3.2 Domov pro seniory	24
3.3 Specifika práce s klienty v terminálním stádiu v domově pro seniory.....	26
3.4 Sociální práce a paliativní péče	26
3.5 Sociální pracovník	28
3.6 Pomáhající profese.....	28
3.7 Vzdělání a osobnostní předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka	29
3.8 Multidisciplinární tým	31
4 Péče o pracovníky pomáhajících profesí	32
4.1 Syndrom vyhoření.....	32
4.2 Prevence syndromu vyhoření.....	33
4.3 Supervize	34

5	Shrnutí teoretické části	35
6	Výzkumné šetření možností pracovníků pečujících o člověka v terminálním stadiu v sociálním zařízení	37
6.1	Formulace hlavního výzkumného cíle	37
6.2	Výzkumná strategie a metoda výzkumu	38
6.3	Charakteristika informantů	40
6.4	Popis organizace	41
6.5	Průběh sběru dat pro výzkumné šetření	41
7	Interpretace získaných poznatků dle dílčích otázek	42
7.1	Dílčí výzkumná otázka č. 1	42
7.2	Dílčí výzkumná otázka č. 2	43
7.3	Dílčí výzkumná otázka č. 3	44
	Závěr	46
	Seznam použitých pramenů a literatury	48
	Příloha A: Seznam tabulek	52
	Příloha B: Seznam obrázků	53
	Příloha C: Obrázek 1: Informační leták Domova U Biřičky	54
	Příloha D: Přepis rozhovoru – I1, sociální pracovníce	55
	Příloha E: Přepis rozhovoru – I6, pracovník v sociálních službách	57

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma, které se týká velmi citlivé oblasti lidského života. V teoretické části se věnuji problematice smrti a umírání, zamýšlím se nad smyslem utrpení. Mým cílem je přiblížit a vyzdvihnout potřebnost paliativní péče v naší společnosti, jaká byla její historie a jaká je stávající situace. Zdůrazňuji význam zainteresování osob v domovech pro seniory, jak zde pečovat o nevléčitelně nemocného či umírajícího člověka, přibližuji prostředí, ve kterém klienti pobývají. Kladu dále důraz na péči o pracovníky, kteří o tyto klienty pečují, a jsou ohroženi a syndromem vyhoření.

Obsahem empirické části práce je kvalitativní výzkum s použitím techniky polostrukturovaného rozhovoru, kde bude rozkryt vliv umírání a smrti na pomáhající pracovníky v domově pro seniory. Dále bude v praktické části řešena otázka, jak ovlivňuje umírání a smrt pracovníky v domově pro seniory. Toto téma jsem si zvolila z jednoho zásadního důvodu – již mnoho let pracuji v domově pro seniory, kde se s péčí o umírající denně setkávám. Svoje zjištění a poznatky o našich možnostech, jak jim pomoci co nejdůstojněji dožít svoje dny, jsem uplatnila při zpracování mé práce. Celá má práce mne nutí se zamyslet nad smrtí, umíráním. Připomíná mi fakt, že každému z nás je vyměřen na tomto světě jen určitý čas, který bychom měli, pokud možno, smysluplně využít. Smrt člověka nás vždy zraňuje a v pozadí je myšlenka, jestli jsme pro něj nemohli udělat mnohem víc, aby jeho těžké chvíle ještě nebyly umocněny pocity zklamání a osamění. Stále také narážím na fakt, jak je v našem životě vše, co se týče smrti, spíše tabuizováno. Většina z nás se smrti a umírání bojí, proto by pro každého nevléčitelně nemocného mělo být někde v dáli světlo, že i v přicházejících dnech bude kolem něj spousta empatie, lidského přístupu a účinných forem pomoci, které mu umožní ze života odcházet důstojným způsobem, že jim můžeme být neustále na blízku, být jim oporou a hlavně jistotou, že na své poslední cestě nebudou „sami“.

Neopomenuta musí být i péče o ty, kteří o terminálně nemocné klienty pečují. Nikdo z nás jistě nepochybuje o tom, že je práce s těmito klienty nejen fyzicky, ale i psychicky velmi náročná. Musíme v této souvislosti zmínit i možnost vzniku a rozvoje syndromu vyhoření. Je třeba se zaměřit na prevenci v podobě důsledné duševní hygieny, ale i kvalitní přípravu na specifika práce s umírajícími. Vždyť péče o psychický stav klienta se netýká jen toho, co děláme, ale především naší osobnosti. Uklidnit může jen ten, kdo sám je

klidný. Posílit může jen ten, kdo sám je silný. Ukazuje se, že velikou pomocí lidem v nejtěžších životních situacích jsou lidé s vysokou mírou právě této vnitřní síly.

Teoretická část

1 Umírání a smrt

Umírání je období nebo doba, které předchází vlastní smrti člověka. Člověk je bytost smrtelná, proto zemřeme jednou všichni bez rozdílu. Avšak můžeme umřít na nemoc, stářím či můžeme zahynout tragicky. Podíváme-li se na umírání z fyziologického hlediska, tak se vlastně smrti přibližujeme celý život. Ale takhle většinou člověk neuvažuje v běžném životě.

Umírání každého člověka je tedy jedinečné.

Dříve byla větší možnost setkat se s umírajícím. Mnohokrát bylo doloženo, že se lidé v minulosti dožívali jen nízkého, nebo relativně nízkého věku. Vysoká kojenecká a dětská úmrtnost, neléčitelné infekce, zranění a špatná výživa snižovaly reálné šance dožít se dospělosti. Představa o tom, jak vypadala v minulosti péče o umírající, bývá výrazně idealizována, a to do podoby tzv. domácího modelu umírání. Umíralo se nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez pomoci. Pouze bohatí lidé měli jistý materiální komfort. Smrt tedy bývala poměrně rychlá, bez oddalování pomocí lékařských zásahů. Pokud člověk umíral doma, tak se o něho starali členové jeho rodiny, kteří se vlastně stali jeho ošetřovateli a museli se naučit, co je potřeba. Velký význam měly také náboženské rituály, které jim poskytovaly důstojnou útěchu ve složitém životním období. Avšak s rozvojem medicíny lidé nabyli přesvědčení, že medicína je všemocná a dokáže zázraky a tudíž vždy existuje nějaká naděje.

V naší moderní společnosti jsou to zdravotníci, kteří se většinou setkávají s umírajícími a poskytují jim veškerou péči.

1.1 Smysl utrpení

Je usuzováno, že utrpení mívá vyšší morální či duchovní rozměr. Náboženství nám podsouvá, že utrpením je odčiněn hřích a že pozemský život plný utrpení a bolesti je předstupeň k životu věčnému. Podle mého názoru, nás každá bolest a utrpení vrací k zamyšlení, jak krásné je každodenně se radovat z obyčejných věcí. Učí nás vážit si nejvyšších hodnot, kterými jsou zdraví, rodina a život. Člověk si uvědomí, že nejsou důležité peníze a bohatství, ale především naše zdraví.

Haškovcová (2007, s. 172) uvádí, že sdělená bolest je poloviční bolest, a proto drtivá většina strádajících vítá laickou psychickou i odbornou psychologickou pomoc a někteří i pastorační péči.

1.2 Umírání

Lidský život není vždy jednoduchý a může nás postihnout těžká choroba, která je s námi až do konce našeho života. (Haškovcová, 1975, s. 84)

Nemoc nám vždy nabourá dosavadní způsob života, a to když se jedná pouze o dočasný stav a je jasné, že se život brzy vrátí do starých kolejí. Je nutné uvést, že každá nemoc určitým způsobem ovlivňuje i psychiku nemocného. Horší je to u pacientů, které postihne nějaká nevyléčitelná nemoc. Ve chvíli, kdy je nemocnému sdělena taková diagnóza, tak většinou nastává zlom jeho životních perspektiv. (Křivohlavý, 2002, s. 112)

Proces umírání ve většině případů předchází vlastní smrti. Tento proces je naprosto jedinečný a individuální a u každého člověka má jinou podobu, jinou délku trvání a jiný způsob prožívání. Je to považováno jako nejosobnější zkušenost, které se nemůže zúčastnit nikdo jiný. Kelnarová uvádí, že umírání je proces. Říká, že vývoj smrti je podmiňován životem a život je naopak umožňován smrtí. (Kelnarová, 2007, s. 10)

Z biologického hlediska je umírání považováno jako závěrečná fáze života a její časové hledisko je velmi individuální. Umírání může být velmi rychlé, ale naopak také může být dlouhé, trvajících i několik měsíců. Zjednodušeně můžeme říci, že čím delší je doba umírání, tím je pak umírání bolestivější. Pozitivně může být vnímán fakt, že nemocný má možnost se na smrt připravit, rozloučit se s životem a přijmout smrt. Umírání a následně smrt je z biologického hlediska zcela přirozené, kdy tělo je opotřebováno a vyčerpáno. (Tisovská, Běhanová, 2006, s. 29)

„Pojem umírání je v odborném lékařském slova smyslu synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu říká, že dochází k postupujícímu nevratnému selhávání životně důležitých funkcí, jehož výsledkem je zánik individua. Lze říci, že terminální stav je faktickým umíráním, tedy procesem, kdy se „kruh života svírá“ a postižený člověk je v situaci extrémního osamění, které vnímá málo nebo téměř vůbec ne. V těchto stadiích nelze prakticky nic vykonat ve smyslu psychologické pomoci a příbuzní či profesionálové mohou pouze sekundovat a být garantem důstojnosti lidského konce. Pojem umírání však nelze

redukovat pouze na terminální stav. Mluvíme-li o pomoci umírajícím, pak máme na mysli delší časový úsek předcházející terminálnímu stavu.“ (Haškovcová, 1985, s. 294)

Terminálně nemocným je ten, kdo vstupuje do druhé fáze umírání in finem, které se vyznačuje postupným selháváním životních funkcí. Tato fáze může trvat i několik dnů. Cílem je nemocnému umožnit klidnou a důstojnou smrt. Někteří autoři odborných publikací se zmiňují o výrazném zlepšení psychického i fyzického stavu pacientů v terminální fázi den či několik hodin před smrtí.

Proces umírání má tři fáze: (Svatošová, 1995, s. 132)

- první fáze: **pre finem** – zdravotní stav pacienta nereaguje na kurativní léčbu, přicházejí obtíže a nemocný si uvědomuje blížící se konec života, jeho rodina se vyrovnává s blízkostí ztráty milovaného člověka
- druhá fáze: **in finem** – nemocnému jedinci postupně ubývají fyzické i psychické síly, nemá zájem o okolí, nepřijímá per os, dostavuje se únava, slabost, spavost; příbuzní se loučí, potřebují v této fázi velkou podporu; tento termín se shoduje s lékařským pojetím terminálního stavu
- třetí fáze: **post finem** – důstojné rozloučení se zemřelým, péče o mrtvé tělo, ale také doprovázení pozůstalých

Fyzické jevy doprovázející umírání jsou obvykle předmětem pozornosti lékařů. Nejdůležitější orgány nezbytné pro život: činnost srdce, dechu a mozku. Jestliže se zastaví činnost kteréhokoliv z nich, znamená bezprostřední předzvěst smrti celého organismu. (Křivohlavý, 1991, s. 77)

Tělesné příznaky blížící se smrti: (Křivohlavý, 1991, s. 78)

1. Nedostatek vzduchu – tzv. kyslíková nouze

Nedostatek vzduchu budí u pacienta pocit ohrožení, děsu a strachu ze smrti.

2. Bolest

Neunesitelně silná bolest, kterou pozorujeme např. při infarktu myokardu. Ta přivádí pacienta mnohokrát k zoufalým pocitům záhuby.

3. Zúžené vedomí

Velmi často je možné pozorovat, že predmetem pacientovy mysli jsou jen obavy a strach z blížící se smrti.

Nejčastějšími příznaky, které mohou pozorovat lidé stojící kolem nemocného, jsou především vysoká horečka, totální apatie (lhostejnost, netečnost), fantazírování probíhající často při velikém zneklidnění, totální selhání senzomotorické koordinace (projevuje se nadměrnou nešikovností), slabost ve všech údech a částech těla, zežloutnutí pokožky, hluboké vyhubnutí, nahromadění vody v dolních končetinách, těžká celková ochablost, vpadlý obličej, zvracení krve, úporná zácpa, dosti nepravidelné dýchání. (Křivohlavý, 1991, s. 78)

Umírající pacient musí projít mnoha stádii svého zápasu, než se mu podaří vyrovnat se svou nemocí a přijmout nevyhnutelnou smrt. Může odmítat špatné zprávy a pokračovat ve své práci „jako kdyby byl stejně zdravý a silný jako dříve“. Může také zoufale navštěvovat jednoho lékaře za druhým v naději, že jeho diagnóza nebyla správná. Dříve či později se však musí postavit k této kruté skutečnosti čelem, a často může na svoji nemoc reagovat slovy „proč právě já“. (Kübbler-Ross, 1995, s. 21)

1.3 Fáze vyrovnávání se s nemocí podle lékařky Elizabeth Kübler-Rossově

E. Kübbler-Rossová v knize „O umírání a smrti“ popisuje stádia, kterými pacient prochází, jakmile je informován o konečnosti svého onemocnění. Tyto fáze jsou uvedeny chronologicky a nejčastěji přicházejí v tomto pořadí, ale může se stát, že již jednou prožitá fáze se opět vrátí, jindy pak nemusí nemocný až do poslední fáze dojít a zemřít tak dříve, aniž by se vyrovnal se smrtí a přijal fakt konce. Pro pochopení chování a jednání umírajícího, by měl každý, kdo pečuje o termálně nemocné, znát tyto jednotlivé fáze. Těmito fázemi prochází i rodina a blízcí umírajícího. Elisabeth Kübbler -Rossová díky své letité praxi mezi umírajícími lidmi stanovila pět stádií vyrovnávání se se smrtí: (Vodáčová a kol., 2002, s. 308 – 310)

1.3.1 První fáze: Šok a popření

V této fázi člověk zažívá šok, duševní bolest a nevěří, že se to děje právě jemu. Proto přichází strach, zhroucení, panika a zděšení. Pacient si často: „Proč zrovna já?“ Nedokáže tomu porozumět a nechápe, co slyší. Domnívá se, že jde o chybnou diagnózu a myslí si, že

to jsou výsledky někoho jiného. Snaží se popřít danou diagnózu, neslyší, co říká lékař a tvrdí, že nic neslyšel. Popírá danou situaci a říká si, že naděje umírá poslední. Nemocný pacient potřebuje čas, aby se vyrovnal se skutečností, že je nevyhléditelně nemocný a zvládl další fáze umírání.

1.3.2 Druhá fáze: Zlost a hněv

V této fázi je člověk zmatený a nechápe, proč zrovna on. Převládají u něho negativní emoce, které se projevují protestem, ukřivděností a pocitem viny. Nenávidí všechny zdravé a vlastně jim závidí. Často si vylévá zlost na druhých, i když ví, že ostatní za to nemohou. Pacient bývá frustrovaný, skleslý, pláče či nařiká. Ale zároveň se snaží bojovat o život, na který má dle svého názoru nárok. Jeho okolí by mu nemělo nic vyčítat a mělo by se ho snažit pochopit. Je důležité s umírajícím mluvit o jeho pocitech, strachu, úzkosti a bezmoci. Zájem o nemocného pacienta, naslouchání mu, pochopení a trávení času s ním mu ukáže, že ho jeho okolí bere vážně a záleží mu na něm. Poté se pacient trochu zklidní.

1.3.3 Třetí fáze: Smlouvání

V této fázi si umírající uvědomuje závažnost daného stavu a je smířen s tím, že nepřijde žádný zázrak. Proto přemýšlí, jak stráví čas, který mu zbývá a co by chtěl zažít. Soustřeďuje se na svůj čas a snaží se smlouvat, aby mohl stihnout a prožít vše, co si naplánoval. Čeká na setkání s blízkými osobami, aby se s nimi mohl rozloučit. Často také smlouvá s Bohem, denně se k němu modlí, aby mu dal více času.

Dle některých psychologů smlouvání pramení z pocitu viny. Nemocný hodnotí, co udělal ve svém životě špatně či co nestihl, a proto smlouvá o čas, aby mohl některé věci napravit či stihnout, co nestihl.

Pro tuto fázi je důležité, aby si umírající stanovil krátkodobé cíle, které se bude snažit plnit.

1.3.4 Čtvrtá fáze: Deprese

V této fázi se nemocnému velmi zhoršuje jeho zdravotní stav a on si uvědomuje, že ztrácí své zdraví. Ví, že jeho smrt se blíží a jeho budoucnost se mu vzdaluje.

Tuto fázi nemocný nejhůře zvládá. Nemocný si uvědomuje, že jeho smrt opravdu přichází a je nevyhnutelná, a proto nastává deprese. Umírající se loučí se svou přítomností,

se svými blízkými a se vším, co má rád. Je v zajetí svého smutku a často nevnímá, co prožívají jeho blízcí.

Tato fáze nemusí být dlouhá. Je důležité okolí a pomoc druhé osoby, která bude s umírajícím.

1.3.5 Pátá fáze: Smíření (rezignace)

Tato fáze je poslední. Umírající ví, že jeho stav je definitivní a přijímá pravdu. Je to velmi složitá a těžká fáze, kdy umírající se může vrátet k předchozím fázím.

Řada psychologů uvádí, že přijetí vlastní smrti je de facto nemožné. Umírající má stále naději na zázrak a na uzdravení. Následuje smíření se vším, co bylo a s bilancováním života.

V této fázi pak záleží na samotném člověku, zda najde vnitřní klid, smíření a vyrovnaní s danou situací. Nebo naopak, umírající může vše vzdát a rezignovat. Mělo by dojít k přijetí dané skutečnosti. Následují výkyvy zdravotního stavu, deprese a poté smrt.

1.4 Smrt

Smrt, latinsky exitus, je z biologického i lékařského hlediska zastavení životních funkcí v organismu, které jsou spojené s nevratnými změnami, jež obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je tudíž stav organismu po ukončení života, úplná a trvalá ztráta vědomí. Smrt nemůžeme zaměňovat s umíráním. Umírání je totiž jedna z fází života organismu. Smrt nastává u každého živého organismu a to v jiném věku a ve většině případů ji nemůžeme dopředu přesně určit. Smrt neodmyslitelně patří k člověku a je to jediná jistota, kterou máme. Kelnarová uvádí: „*Smrt je zánik jednotlivce.*“ (Kelnarová, 2007, s. 12)

1.4.1 Smrt z právního hlediska

V české legislativě je smrt popsána jenom v zákoně 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů ((transplantační zákon), §2 e): (Sbírka zákonů, Zákon 285/2002 Sb.)

„Pro účely tohoto zákona se rozumí smrtí nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene „

§ 10, odstavec téhož zákona pak dále uvádí, že:

Smrt (§ 2 písm. e)) se zjišťuje prokázáním:

- 1. nevratné zástavy krevního oběhu*
- 2. nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle (dále je „smrt mozku“)*

1.4.2 Strach ze smrti

Strach lze obecně popsat jako negativní, nepříjemný citový prožitek, který má definovatelný podnět. To znamená, že vzniká vjemem či představou budoucího ohrožení. To je zásadní rozdíl od úzkosti, která není spojena s představou konkrétního nebezpečí. Jestliže mluvíme o smrti, tak se tyto dvě složky prolínají, neboť smrt je situace, kterou neznáme. (Kübbler-Ross, 1995, s. 211-213)

Strach ze smrti je biologicky daný, tudíž je přirozený. Lidé, kteří jsou smíření se smrtí, tak v jejich tvářích můžeme pozorovat vyrovnanost a vnitřní důstojnost. Tito lidé „zkrásní“ a umírají s úsměvem na tváři. Je dobré povzbudit příbuzné. Mohou se jít podívat, pohládit, upravit vlasy, rozloučit se a propustit umírajícího. (Vodáčková, 2002, s. 307)

Tabuizace smrti většinou vede k odmítání péče o terminálně nemocné ze strany příbuzných. Je tu strach ze smrti, neschopnost a obavy z psychické tenze i tělesného vyčerpání, proto jsou nemocní v těžkém stavu často transportováni do nemocnice. Tím důvodem je, aby smrt nebyla rodině na očích. Institucionalizace smrti vede k tomu, že povinnost asistovat při posledních chvílích člověka přebírá personál nebo zdravotník. (Svatošová, 1995, s. 141)

2 Paliativní péče

Paliativní medicína je specifická lékařská péče o pacienty v pokročilém stádiu nemoci, jejichž prognóza je omezená, přičemž těžiště péče je kvalita života. Jde o součást paliativní péče.

Kalvach uvádí následující definici paliativní péče.

„Paliativní péči se rozumí cílevědomá, ucelená (tj. komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným příčinně neléčeným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem), také rodin těchto lidí.“ (Kalvach, 2010, s. 18)

Paliativní péče se tedy aktivně věnuje nemocným, kteří trpí nějakou nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem je zmírnění bolestí, tělesného i duševního stavu, zachování lidské důstojnosti v poslední etapě života a podpora blízkých nemocného. Neodvrací se od nevléčitelně nemocných, ale naopak jim podává pomocnou ruku. Paliativní péče neléčí, ale pomáhá zvládat bolest a zmírňovat utrpení člověka. Je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka. Integruje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty. (Firthová, 2007, s. 21)

Podstatné je odlišení paliativní a terminální péče, která je časově poslední kvalifikovanou službou umírajícímu. Dle názorů vyplývá, že paliativní péče má být poskytnuta nejen pravidelně v terminálním stadiu, ale také dříve, jestliže je to vhodné s ohledem na progresi nemoci. Vyskytují se skutečnosti, že mnozí nemocní se nacházejí v nevléčitelném stavu, ačkoliv jim smrt v bezprostředním časovém horizontu nehrozí. Jsou to nemocní, kteří sice trpí nevléčitelnou nemocí, ale ta je slučitelná s jejich životem. Jestliže má umírající člověk prožívat svůj individuální život kvalitně i ve fázi umírání, musí mu být dopřán komfort bezbolestnosti. (Haškovcová, 2007, s. 37-38)

Velmi důležitá je spolupráce s rodinou při poskytování paliativní péče. Pro nemocného jedince má velký význam zůstat se svými nejbližšími a zachovávat přirozené vazby. Toto paliativní péče zajišťuje. Nemocný zůstává v kontaktu se svými blízkými. Paliativní péče rovněž pomáhá přátelům a blízkým zvládat zármutek. Je pro ně oporou i po smrti nemocného. (Student, 2006, s. 63)

Paliativní péče neusiluje o oddálení smrti ani o její urychlení. Nesmí vést zákroky, které by vedly k předčasnému ukončení života. V obecném slova smyslu je paliativní péče součástí přístupu k lidem s onemocněním v pokročilém stádiu nezávisle na odbornosti zdravotnického personálu. Paliativní péče zahrnuje nejčastějších symptomů, respekt k nemocnému, empatickou komunikaci s nemocným a jeho blízkými, organizační zázemí při zajišťování péče a využití ostatních specialistů. Každé zdravotnické zařízení se musí snažit rozpoznat a ovlivnit to, co je důležité pro kvalitu života nemocného.

Podle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života rozlišujeme obecnou a specializovanou paliativní péčí. (Paliativní péče, 2017)

2.1 Obecná paliativní péče

To je klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Její podstatou je rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu života pacienta (např. léčba symptomů, respekt k pacientově autonomii, zajištění domácí ošetrovatelské péče, atd.). Obecnou paliativní péčí musí umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

2.2 Specializovaná paliativní péče

To je aktivní interdisciplinární péče, která je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzdělaní a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování specializované paliativní péče je hlavní pracovní náplní týmu odborníků.

Mezi zařízení specializované péče patří: (Skála, 2005, s. 8)

- oddělení paliativní péče
- domácí hospice - mobilní paliativní péče
- lůžkové hospice
- konziliární týmy paliativní péče
- ambulantní paliativní péče
- denní stacionáře
- zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek...)

Paliativní pacienty můžeme zařadit do jedné z těchto fází (z hlediska prognózy přežití a z toho plynoucích možných cílů léčby). (Paliativní péče, 2017)

1. **Fáze kompenzovaného onemocnění** (prognóza přežití v řádu měsíců a někdy i let)

Cílem léčby je co nejdelší udržení stavu kompenzace, udržení co nejvyšší funkční zdatnosti a co nejdelší délky života.

2. **Fáze nevratně progredujícího onemocnění** (prognóza přežití v řádu týdnů a měsíců)

Cíl léčby se často posouvá směrem k udržení co nejvyšší kvality života.

3. **Konečná fáze** (prognóza přežití v řádu několika týdnů, dnů, hodin)

Cílem léčby je důstojné umírání. To představuje minimalizace dyskomfortu, neprodlužování procesu umírání a maximální respekt k jedinečnosti konce každého lidského života.

2.3 Zásady a principy paliativní péče

Paliativní péče se v minulosti soustředila na péči o terminálně nemocné a umírající onkologické pacienty a na podporu jejich rodin a přátel. V současné době je paliativní péče určena pacientům v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob. Klinický obraz v terminální fázi je u většiny pacientů v podstatě podobný. Obecně platí, že paliativní péče je zahájena, když jsou negativní důsledky kurativní terapie větší než očekávaný přínos. Paliativní přístup důsledně respektuje potřeby umírajících, které se odlišují od potřeb nemocných s příznivou prognózou. (Haškovcová, 1990, s. 36)

Paliativní péče je multidisciplinárním oborem, ve kterém dochází ke spolupráci všech součástí zdravotnického systému. Správné fungování je založeno na dodržování následujících principů a hodnot: (O'Connor, 2005, s. 12)

- zachování důstojnosti pacienta a jeho rodiny
- účastné péče o pacienta a jeho rodinu
- rovnoprávnosti k přístupu k paliativní péči
- úctě k pacientovi, jeho rodině a pečovatelům

- obhajobě vyjádřených přání pacienta, rodiny a komunit
- snaze o dosahování výjimečné úrovně při poskytování péče a podpory
- odpovědnosti pacientovi, rodině a širší komunitě

Zdravotnická organizace stanovuje jako dodatek k definici paliativní péče základní principy paliativní péče: (Bystřický, 2004, s. 22)

- se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale naopak chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu jejich života
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění
- podporuje život a pohlíží na umírání jako na přirozený proces, neusiluje ani o urychlení ani i o oddálení smrti
- je založena na interdisciplinární spolupráci a na celkovém pohledu na nemocného člověka a integruje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existencionální a spirituální aspekty
- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel rodiny nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých
- nabízí všestrannou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka vychází z mnoha zkušeností, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí
- vychází z mnoha zkušeností, říká, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a utrpením

Dle autorky Kelnarové zahrnuje paliativní péče následující základní cíle: (Kelnarová, 2007, s. 49)

- symptomatickou léčbu
- zmírňující péči
- efektivní terapii fyzické a psychické bolesti
- emotivní podporu
- duchovní pomoc
- sociální zázemí
- individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc nejbližším příbuzným

2.4 Hospic

Hospic pochází z anglického slova a jeho překlad znamená „útulek“. Jde o zařízení, která poskytují svým pacientům paliativní péči. Tudiž jejich hodnoty a cíle vycházejí z hodnot a cílů paliativní medicíny. (Haškovcová, 1990, s. 39-40)

Pacient se do hospice nedostane proti své vůli. O umístění rozhoduje hospicový lékař, ale pouze se souhlasem pacienta. Při přijímání pacientů do péče, mají vždy přednost pacienti, u kterých se nejdříve očekává jejich úmrtí. Teprve poté jsou lůžka nabídnuta pacientům v méně akutním stádiu onemocnění.

V těchto zařízeních je většina lidí v terminálním stádiu nemoci, proto se péče zaměřuje hlavně na tlumení bolesti, která je s umíráním často spojena, a dodržování kvality pacientova života až do jeho posledních chvil. Umírající si může být jist, že v hospici po celou dobu pobytu nebude trpět nesnesitelnou bolestí a v posledních chvílích života se nestane, že by byl osamocen. (Hospice.cz, 2017)

3 Specifika práce s klienty v domově pro seniory

3.1 Sociální služby

Matoušek uvádí, že *„sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu života, případně je v maximální možné míře začlenit, nebo společensky chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“* (2007, s. 9)

Sociální služby obsahují jak sociální poradenství, tak služby sociální péče a služby sociální prevence. Jsou poskytovány ve třech formách, jako ambulantní, terénní a pobytové. Pobytové služby obsahují ubytování v zařízeních sociálních služeb, ambulantní služby jsou služby, za kterými osoba dochází, nebo je dopravována nebo doprovázena do zařízení sociálních služeb. Terénní služby jsou prováděny osobám v jejich přirozeném sociálním prostředí. (Zákon 108/2006 Sb. § 33, odst. 1-4)

3.2 Domov pro seniory

Senioři mají možnost využít služeb domova pro seniory, pokud nejsou schopni se sami o sebe postarat, zejména z důvodu poklesu svého funkčního potenciálu. Domov pro seniory může být definován, jako klasickou formu institucionální péče o seniory nabízející trvalé ubytování a spektrum služeb od péče o domácnost klienta, přes nejrůznější programy aktivit, až po náročnou ošetrovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající. (Matoušek, 2005, s. 179)

3.2.1 Služby poskytované v domově pro seniory

Podle zákona 108/2006 Sb. § 49 odst. 1 se *„v domovech pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“* (Zákon 108/2006 Sb.) Jsou to tedy služby ubytovací, stravovací, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Prováděcí vyhláška 505/2006 Sb. § 15, zákona 108/2006 Sb. Stanovuje rozsah služeb, které jsou poskytované v domově pro seniory. Úkony jsou zahrnuté do základních činností:

- poskytnutí ubytování – s tím i pravidelný úklid, praní a žehlení prádla
- poskytnutí stravy (3 hlavní a 2 vedlejší jídla)
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů při péči o vlastní osobu – oblékání, podávání jídla apod.
- pomoc při osobní hygieně – péče o vlasy, nehty, holení, použití WC
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – pomoc a umožnění užívání běžně dostupné služby, pomoc při kontaktu s rodinou
- sociálně terapeutické činnosti – zaměřeny k podpoře a rozvoji schopností a dovedností klienta
- aktivizační činnost – zahrnuje volnočasové a zájmové činnosti
- pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí klienta

3.2.2 Principy poskytování služeb v domově pro seniory

Každé pobytové zařízení pro seniory musí mít podrobně popsany proces přijímání nových uživatelů služeb. Senior musí být na přijetí do zařízení připraven. Sociální pracovník provádí rozhovory se zájemcem o službu a jeho rodinou, seznámí klienta se zařízením, s charakterem poskytovaných služeb, vyhodnotí jeho zdravotní a funkční stav, zjistí jeho zvyky, zájmy a povahové rysy. Pokud je senior přijat, tak se seznámí se svým osobním pracovníkem, který mu pomáhá jak v období adaptace, tak po celou dobu pobytu v domově pro seniory. Služby klientům v domově pro seniory jsou poskytovány na základě individuálního plánu.

Matoušek (2005) popisuje, že individuální plán vychází ze zhodnocení zdravotního a psychického stavu klienta, jeho soběstačnosti a posouzení potřeb. Plán obsahuje kroky, které by mohly pomoci zlepšit pacientův aktuální stav (rehabilitací, ošetřovatelskou péčí, medikací, výživou apod.) a kvalitu jeho života. Stanovuje také časový horizont, úkoly pro jednotlivé členy týmu a umožňuje hodnocení stavu a změn v potřebách klienta.

3.3 Specifika práce s klienty v terminálním stádiu v domově pro seniory

Domovy pro seniory mají obecně za cíl co nejdéle soběstačnost klientů, zachování kvality života, snižování závislosti na službě a rozvíjení spolupráce s rodinou klienta. Jde proto o dlouhodobější práci s klientem, ovšem nestává se často, že by klient službu opustil z důvodu návratu domů. Zde je i rozdíl mezi domovem pro seniory a hospicem, kde je spolupráce zařízení a klienta podstatně kratší a kam se klienti dostanou až v terminálním stádiu života.

Práce s umírajícím klientem je pouhou částí práce pečujících nikoliv jejich účelem, jak je k tomu v hospicových zařízeních. Pracovníci s klientem plánují, jak zajistit, aby klient zůstal co nejdéle soběstačný, aby změny související s přestěhováním byly co nejmenší a klient získal v domově pro seniory nový domov. Pečující doprovázejí klienty na kulturní vystoupení, ke kadeřníkovi, k lékaři, čímž také vzniká větší prostor pro vytvoření vztahu. Pro pracovníky je smrt klienta ukončením dlouhodobé spolupráce s klientem a vztahu s ním.

3.4 Sociální práce a paliativní péče

Sociální práce je činnost a opatření, která jsou prováděná specializovanými institucemi a organizacemi, směřující především k pomoci jedincům i skupinám a vrstvám obyvatelstva, kteří:

- se dostali do stavu trvalé i dočasné tísně v oblasti existenční, zdravotní či výchovné
- vykonávají společenskou roli či neprofesionální činnost z hlediska společnosti obzvláště potřebnou a zasluhující zvláštní podporu
- nezvládají běžné sociální povinnosti

Sociální práce je ve své podstatě krizová práce, tzn. že její kvalita se prokazuje v tom, jak je schopná přiměřeně zvládat krizové životní události nebo životní krize. Většina krizí je vyvolána ztrátou.

Nabídka sociální práce, čili odborný přístup k umírání, smrti a smutku, představuje:

- odbornost v teorii, vzdělávání a praxi
- být umírajícím a truchlícím lidem blízko a doprovázet je a podporovat

- zastupovat tuto myšlenku na veřejnosti

V české paliativní péči se sociální práce prosazovala postupně. Náplní práce sociálního pracovníka v paliativní péči jsou tyto úkoly: (Student, 2006, s. 9-19)

- informační a poradenská služba
- kontakt s pacientem a jeho rodinou
- péče o pozůstalé
- práce s dobrovolníky
- spolupráce s ostatními členy týmu
- administrativa
- vzdělávání v paliativní péči

Aby sociální práce v oblasti paliativní péče fungovala, tak tomu napomáhají specifické metody (individuální pomoc, sociální skupinová práce, komunitní práce, systémová práce) a její profesionální kompetence (schopnost komunikace, vedení rozhovorů, krizová intervence, schopnost doprovázet umírající podle dané fáze umírání, aktivizovat, uschopňovat a spojovat). Je vidět jak je sociální práce v paliativní péči provázána se sociální pedagogikou, která se zabývá podobnými, ne-li stejnými tématy. Jednotlivé úkoly pro sociální pedagogiku v souvislosti s umíráním, smrtí a smutkem jsou například: (Student, 2006, s. 107-111)

- vést umírající a jejich rodiny ke schopnosti překonávat situace umírání
- podporovat umírající a jejich nejbližší, aby si zachovaly právo na sebeurčení i v době umírání
- zastupovat zájmy umírajících a jejich blízkých, nabízet vzdělávání, práci s veřejností a kontakty s obcí a reprezentovat tak přání nemocných a učinit z umírání, smrti a smutku věc veřejnou a působit tak proti stigmatizaci
- radit a instruovat umírající a jejich rodiny, aby se s danou situací lépe vyrovnali

3.5 Sociální pracovník

Sociální pracovník je člověk, jehož profesí je sociální práce. Pro sociálního pracovníka jsou závazné dva etické kodexy – Mezinárodní etický kodex sociální práce a Etický kodex sociálních pracovníků České republiky. Zavazují sociálního pracovníka vykonávat danou profesi dle etických kritérií, kterými je v obou kodexech sociální práce definována. Jsou v nich rozpracována pravidla etického chování sociálních pracovníků. Sociální pracovník musí především: (Etický kodex, kapitola 2)

- respektovat jedinečnost každého člověka
- jednat s klientem jako s celostní bytostí
- chránit důstojnost a lidská práva klientů
- dát přednost zájmu klienta před svým vlastním zájmem
- podporovat v klientovi vědomí jeho vlastní odpovědnosti
- pomáhat všem klientům stejně
- chránit klientovo soukromí
- informovat širokou veřejnost o porušování zákonů a zájmů občanů
- podporovat změny zákonů, které vedou ke zlepšení sociálních podmínek a zvýšení spravedlnosti ve společnosti
- být empatičtí, mít zájem klientovi pomoci

3.6 Pomáhající profese

Podle autorky Géringové se pomáhající profese definuje jako „*skupina povolání, která jsou založená na profesní pomoci druhým lidem*“. (Géringová, 2011, s. 21) Mezi pomáhající profese patří například profese zdravotnické, pedagogické, profese zaměřené na sociální pomoc a dále také duchovní, psychologové a terapeuti. Všechny tyto profese patří pod kategorii označovanou jako „pomáhající“, protože jsou spojeny několika společnými rysy. K jejich vykonávání je zapotřebí vztah s klientem a zapojení vlastní osobnosti pomáhajícího do pracovního procesu. Pomáhající profese znázorňují systém, na

jehož jedné straně stojí pomáhající (učitel, zdravotní sestra, kněz, sociální pracovník, psycholog) a na straně druhé ten, jemuž má být pomoheno (žák, pacient, klient).

3.7 Vzdělání a osobnostní předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka

Každý kdo chce pracovat na pozici sociální pracovník, musí splňovat podmínky, které jsou jasně definovány v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v § 110. Musí být způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně způsobilý a mít požadované vzdělání. (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 110)

Není podmínkou mít k povinnému vzdělání další vzdělání ve zdravotní oblasti jako např. středoškolské zdravotní vzdělání nebo pečovatelský kurz, i když se jedná o práci ve zdravotnickém zařízení. Sociální pracovník však může pomoci pacientům s jídlom či s osobní hygienou. Požadované vzdělání však nemusí zajistit, že sociální pracovník bude své povolání vykonávat dobře. K tomu, aby byl dobrý pracovník, jsou nezbytné určité osobnostní předpoklady, kterými by měl disponovat jako například: (Svatošová, 2005, s. 205)

- **smíření se smrtí** – pracovník přichází se smrtí do styku mnohem častěji než sociální pracovníci působící na jiných pracovištích
- **schopnost spolupráce s lidmi** - spolupráce všech pečujících osob o pacienta (tzv. multidisciplinární přístup) je jeden ze základních znaků paliativní péče
- **komunikační dovednosti** - mimo komunikaci s personálem, úřady, nemocnicemi či veřejností přijde sociální pracovník do úzkého kontaktu s pacienty a jejich blízkými. Je důležité s těmito lidmi umět jednat, umět jim nabídnout pomoc, oporu či radu. Pacient či jeho blízcí se potřebují vypovídat z bolesti, která je tíží. V těchto chvílích jim musí být sociální pracovník k dispozici a trpělivě jim naslouchat.
- **upřímnost** – upřímný člověk si u lidí může získat důvěru. Ta je při péči o umírajícího nepostradatelná
- **trpělivost** – nezbytná při rozhovoru s pacienty a jejich blízkými, kteří cítí potřebu se svěřit.
- **autenticita** – při jednání s pacientem i jeho příbuznými je podstatné vystupovat jako člověk a teprve potom jako profesionál. Je důležité nebát se sdělit a projevit lítost či strach, ale vždy tak, aby to bylo pravdivé a ne hrané.

- **empatie** – neboli vcítění se do umírajícího člověka a do příbuzných, to je neodmyslitelná schopnost, kterou by měl sociální pracovník mít. Pracovníkům empatický přístup musí zajistit, že o pacienta, příbuzné i pozůstalé bude postaráno s citem a snahou vyhovět všem jejich potřebám a přáním.
- **respekt** – sociální pracovník musí respektovat etnické a náboženské zvyky pacienta a jeho rodiny. Tyto zvyky znamenají v jejich životě velikou roli a v tak náročné situaci jako je umírání, je nezbytné pacientům a jejich rodinám dopřát dostatek prostoru a porozumění k provozování náboženských úkonů.
- **psychická stabilita** – práce s umírajícími je psychicky velmi náročná a ne každý člověk je schopen ji vykonávat. Zdravotní stav pacientů se rychle mění a pracovník často přijde do situace, kdy mu pacient umře před očima. S tím se nese smutek příbuzných, s kterým pracovník také přichází každou chvíli do kontaktu.
- **etické uvědomění**
- **schopnost udržet si odstup** – ve chvíli kdy pacient a jeho příbuzní potřebují pomoc, je potřebné jim pomoc nabídnout, avšak vždy je dobré mít na mysli určité hranice, za které by pracovník neměl jít. Je to důležité pro udržení si psychické pohody a předcházení syndromu vyhoření.
- **pozitivní přístup k životu** – pozitivní myšlení dodá psychickou sílu nejen personálu, umírajícím a jejich blízkým, ale i samotnému sociálnímu pracovníkovi. Je to také jeden fakt, který může působit preventivně proti syndromu vyhoření.
- **zájem o vykonávanou profesi** – na pozici sociálního pracovníka by měl pracovat jen ten člověk, kterého tato profese baví a naplňuje. Služba, kterou sociální pracovník nabízí, musí být neustále prováděna na 100%, aby čas, který zbývá umírajícími a jeho příbuzným, jimi byl využit co nejefektivněji. Takovéto nasazení je dlouhodobě schopen podávat pracovník, který má své povolání rád.
- **zájem dále se v dané oblasti vzdělávat** – sociální pracovník je povinen sledovat novinky v legislativě. Je vhodné, aby se, i když není lékař, účastnil různých konferencí či přednášek z oblasti paliativní medicíny.

3.8 Multidisciplinární tým

Cílem pracovníků je doprovázet nemocného a pomoci zvládnout tento nelehký krok. Multidisciplinární tým věří, že paliativní doprovázení nemocného je zde proto, aby byl prodlužován život a nikoli urychlována smrt. Pracovníci chtějí nabízet tišení bolesti a jiných tíživých symptomů a také pomáhat zvládat nemocným jejich silné nechtěné pocity. Pomáhají umírajícím prozkoumat význam, cíl a hodnotu jejich života, nabízejí možnost uzdravení vztahů a usmíření s jejich blízkými lidmi. (Friedrichová, 2000, s. 15.)

Každý z multidisciplinárního týmu musí přesně znát svoje místo a má svůj úkol, vymezenou oblast, za kterou nese odpovědnost. Pracovní skupinu musí vést zkušený manager, který musí umět dobře rozdělit úkoly, odpovědnost a kompetence. V pracovní skupině je nýbrž podstatné vědět, kdo je komu nadřízený, a dodržovat postupy. (Matoušek, 2001, s. 328.)

Každý pracovník týmu má předem stanovenou náplň práce. Je velmi důležitá informovanost týmu při týmové spolupráci. Proto se uskutečňují pracovní porady, na kterých se rozdělují úkoly, probíhá kontrola úkolů, zpětná vazba. Členové týmu pracují na společných problémech, podporují se a mají snahu si navzájem prospět. Pracovníci si vzájemně pomáhají v řešení problémů. Každý člen je posilován prostřednictvím vzájemně prospěšných vztahů a stává se částí produktivního celku skupiny. (Matoušek, 2001, s. 329.)

4 Péče o pracovníky pomáhajících profesí

Práce s těžce nemocnými a umírajícími je nejen fyzicky, ale i psychicky náročná. Psychickou zátěž pocítují všichni, kteří pečují o umírající pacienty. Na druhou stranu může taková práce přinášet i uspokojení.

Pro kvalitní výkon a pomoc poskytujících profesí se nejvíce hodí lidé, kteří mají vlastnost altruismu, což je nesobecká láska k bližnímu, která se projevuje účinným, vstřícným a pomáhajícím chováním. Každý zdravotník nebo sociální pracovník by si měl být dobře vědom rizik, která se k němu vážou. (Haškovcová, 2000, s. 187-194)

4.1 Syndrom vyhoření

Nedodrží-li pracovník pomáhající profese zásady duševní hygieny, nebo je příliš dlouho vystaven nadlimitní zátěži, může se u něj projevit, tzv. *syndrom vyhoření* (burn-out syndrom). Pokud je syndrom vyhoření neléčený, může mít celou řadu nejen psychických, ale i somatických následků.

V psychické rovině se vyskytuje rozladěnost, podrážděnost, nebo naopak apatie. Postižený pracovník často lituje volby své profese.

Somatická rovina se vyznačuje celou škálou tzv. psychosomatických onemocnění. Patří mezi ně například vředová choroba, hypertenzi atd. Pokud je zdravotník postižený syndromem, je vhodné ho přeložit na jiné, méně stresující oddělení, s vědomím, že nejméně půl roku musí být člověk mimo traumatizující prostředí.

Někteří odborníci uvádějí, že se syndromu vyhoření nelze vyhnout a že si ho každý z reprezentantů pomáhajících profesí jednou prožije. Proto je vhodné mít základní znalost o jeho existenci a projevech a dbát na kvalitní prevenci. (Haškovcová, 1990, s. 187-200)

Syndromem vyhoření jsou ohroženi především ti, do:

- jsou zprvu nadšení pro určitou věc, avšak nadšení postupně ustupuje
- neustále zvyšují nároky, které na sebe kladou, a to bez ohledu na své schopnosti a možnosti
- nedokážou se distancovat od nadměrných nároků svého okolí

- nedokážou snížit množství práce na únosnou míru
- neumějí relaxovat a odpočívat
- mají nízké sebevědomí, ale vysoké ideály
- nepřenesou část své zodpovědnosti na ostatní, vše chtějí mít pod kontrolou
- neúspěch prožívají jako velké selhání
- jsou pod tlakem z více stran

Obecně byli definováni lidé, kteří jsou náchylní k syndromu vyhoření těmito vlastnostmi: empatií, sensitivitou, obětavostí, idealizmem, zaměřeností na druhé, úzkostí, pedantstvím, entuziasmem, tendencí výrazně až přehnaně se identifikovat s druhými atd.

4.2 Prevence syndromu vyhoření

Obranou proti syndromu vyhoření je především prevence. Důležitou roli hraje sociální opora, naslouchání a vyslechnutí jedince bez kritizování, rad a dlouhých komentářů. Podstatná je také emocionální opora, poskytnutí útěchy a empatie, odborné ocenění a uznání, kdy jedinec vnímá, že jeho úsilí je příznivě hodnoceno a že je doceněna jeho práce.

Některá preventivní opatření: (Kebza, 2003, s. 20)

- smysluplný život a přijetí skutečnosti, že člověk není dokonalý a může chybovat, stanovení základních životních cílů a jejich postupné realizace
- pozitivní emoce, vnitřní rovnováha
- pomoc druhým a mít radost a potěšení z vlastní práce
- pozitivní prožitky
- spoluvytvářet dobré pracovní podmínky, podílet se na týmové práci, vážit si spolupracovníků
- asertivita
- citové zázemí a fungující partnerský vztah a rodina, pozitivní mezilidské vztahy
- naučit se odpočívat, dělat si přestávky, doplňovat energii, mít své zájmy, relaxace

- pozitivní postoj k sobě samému, umět se pochválit, udělat si radost

4.3 Supervize

Supervize vyjadřuje nadhled nad tématy, která pracovníky v pomáhajících profesích tíží. Supervize je proces praktického učení. Supervizor pomáhá supervidovanému řešit konkrétní situace, vznikající při jeho práci s klienty. Jedná se o reflektování svých postojů, hodnot, pocitů a pracovních postupů. (Marková, 2010, s. 46-47)

Supervize by měla pomoci k získávání nových dovedností, dbá na profesionální růst pracovníků pomáhá při řešení obtížných situací a při zvládnání stresujících situací. (Venglářová, 2007, s. 86)

5 Shrnutí teoretické části

Téma umírání a smrti bývá v běžném životě tabuizováno a potlačováno. Řada pracovníků v pomáhajících profesích se však s umíráním a smrtí setkávají prakticky každý den tváří v tvář. Aktuálnost tohoto tématu dokládá mimo jiné i vznik oborů a věd, jako např. thanatologie, paliativní péče, hospicová péče, a publikační činnost v oblasti nejen odborné literatury, ale i v oblasti odborných časopisů a internetových zdrojů.

S klienty v terminálním stádiu se v praxi setkávají pomáhající pracovníci ve zdravotnických zařízeních, nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných a v zařízeních poskytující sociální služby ať už terénní, ambulantní či pobytové, kterými jsou např. poskytovatelé tzv. hospicové péče a poskytovatelé sociálních služeb domovů pro seniory.

Samotná sociální práce je svou podstatou profesí fyzicky i psychicky náročnou a konkrétní poskytovaná sociální služba a její klientela s sebou nese specifika a úskalí provázející praxi pomáhající profese.

Práce s klienty v terminálním stádiu v domovech pro seniory je od hospicové péče odlišná. V domovech pro seniory pečující s klientem dlouhodobě individuálně plánují, nastavují poskytování služby tak, aby klient mohl žít co nejvíce život podobný životu doma. Péče o klienta v terminálním stádiu není hlavním posláním této služby, ale je její nedílnou součástí. Smrt klienta tak pro pečující znamená ukončení dlouhodobé spolupráce, což může pomáhajícím přinést nemalou psychickou zátěž.

Role sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, je nezastupitelná a jsou spojovacím článkem v tzv. multidisciplinárním týmu nejen o klienta v terminálním stádiu. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách zodpovídají za uspokojení bio-psycho-socio-spirituálních potřeb klienta a za kvalitu poskytované péče.

Vzhledem k profesi, kam vstupuje lidský vztah mezi pečujícím a klientem, je práce se ztrátami klienta v průběhu umírání o to náročnější a vyžaduje i vzhledem k úskalím, kterým jsou pomáhající vystaveni, systém komplexní podpory pracovníků. Zařízení, kde se pečující setkávají s umíráním a se smrtí, je zde možnost podpory odborníka např. formou supervize.

Práce s umírajícími se řadí na první příčky v riziku syndromu vyhoření. Kvalitně poskytované sociální služby klientům vychází mimo jiné i ze spokojených, motivovaných

a vzdělaných pracovníků, což je nemalý úkol pro zaměstnavatele, stejně tak jako jejich podpora a pomoc, jak se vyrovnat se zátěží, kterou výkon pomáhající profese nese.

Teoretická část dodává podklady pro realizaci části praktické. Předkládá teoretické poznatky, které se prolínají s praxí.

Empirická část

6 Výzkumné šetření možností pracovníků pečujících o člověka v terminálním stadiu v sociálním zařízení

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na problematiku smrti a umírání v návaznosti na sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách v domově pro seniory. S ohledem na povahu dané bakalářské práce byly pro její praktickou část zvoleny 3 dílčí cíle, jež se komplexně zabývají přístupem k umírajícím klientům v domově pro seniory a následujícím vlivem umírání a smrti na pomáhající pracovníky.

6.1 Formulace hlavního výzkumného cíle

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit možnosti a limitace pracovníků v domově pro seniory pečujících o klienty v terminálním stadiu v návaznosti na syndrom vyhoření.

Hlavní výzkumný cíl byl přetransformován do hlavní výzkumné otázky: ***Jaké jsou možnosti a limitace péče o klienta v terminální fázi onemocnění v sociálním zařízení z pohledu pečujících pracovníků.***

Hlavní výzkumná otázka byla rozdělena do dalších tří dílčích výzkumných otázek.

DVO1 Jak ovlivňuje umírání a smrt klientů sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách v domově pro seniory?

Cílem této dílčí otázky bylo zjistit, jak se pracovníci vyrovnávají se smrtí klienta, jak je nynější profese ovlivnila při pohledu na umírání a smrt a co považují za nejnáročnější při výkonu své profese.

DVO2 Jaké jsou možnosti a limitace pomoci klientům a rodinám při péči o klienta v terminálním stadiu, kterou poskytuje sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách?

Cílem této otázky bylo zjistit, co můžou pracovníci udělat pro klienta v terminálním stadiu, jakou podporu a pomoc poskytují rodinným příslušníkům klientů v terminálním stadiu a co by změnili pro zkvalitnění péče o klienta v terminálním stadiu.

DVO3 Jaké prostředky využívají pracovníci v sociálním zařízení jako prevenci syndromu vyhoření?

Cílem této dílčí otázky bylo zjistit od pracovníků, jak si myslí, že jsou ohroženi syndromem vyhoření, jakou podporu a pomoc mají tito pracovníci od svého zaměstnavatele, co pracovníkům pomáhá v soukromém životě zvládat zátěžové situace, jakou mají pracovníci zkušenost se supervizí a jak vnímají přínos supervize na pracovišti.

6.2 Výzkumná strategie a metoda výzkumu

V praktické části bakalářské práce bylo využito kvalitativní výzkumné strategie a možnosti rozvíjení tématu formou polostrukturovaných rozhovorů. Pro účely sběru dat používám techniku polo strukturovaného rozhovoru.

Ten vychází z předem připravených otázek, které lze dále rozvíjet pro objasnění tématu, popř. pro správné porozumění odpovědi. (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Rozhovor je náročnější výzkumnou technikou především za časového hlediska a pro svou náročnost vyhodnocení získaných dat. (Gavora, 2010)

Dle Dismana je možné získat v rámci kvalitativního výzkumu dostatečné množství informací o malém počtu jedinců, s cílem odkrýt význam podkládaný sdělováním informací. (Disman, 1998, s. 285)

Nástrojem kvalitativního výzkumu je rozhovor, jehož cílem je získání detailních a komplexních informací. Pro tento rozhovor se používá označení hloubkový rozhovor, jehož účastníky jsou jeden účastník výzkumu a jeden badatel, který se dotazuje pomocí otevřených otázek. Pomocí těchto otázek lze porozumět z pohledu výzkumníků bez omezení pomocí výběru již daných odpovědí v dotazníku. Mezi hlavní typy hloubkového rozhovoru patří rozhovor polo strukturovaný, který vychází z předem připravených témat a otázek a rozhovor narativní, který vychází z jedné předem připravené otázky a badatel se dále dotazuje na základě dalších informací účastníka. Celý proces získávání informací nespočívá pouze v rozhovoru a jeho přepisu (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Tabulka 1: Transformace výzkumných cílů do tazatelských otázek

Hlavní výzkumný cíl	Informant	Dílčí výzkumné otázky	Tazatelské otázky
Jaké jsou možnosti a limitace péče o klienta v terminální fázi onemocnění v sociálním zařízení z pohledu pečujících pracovníků?	Pracovník v sociálních službách, sociální pracovník	DVO1: Jaký má vliv umírání a smrt klientů v sociálním zařízení na pracovníka v sociálních službách a sociálního pracovníka	TO1: Jak se vyrovnáváte se smrtí klienta?
			TO2: Změnila nebo ovlivnila vaše současná práce pohled na umírání a smrt - konkrétněji?
			TO3: Co považujete za nejnáročnější při výkonu vaší profese?
		DVO2: Jaké jsou možnosti a limitace pomoci klientům a rodinám při péči o klienta v terminálním stadiu, kterou poskytuje sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách	TO4: Co můžete udělat pro umírajícího klienta s ohledem na pracovní kompetence Vaší pracovní pozice?
			TO5: Jakou podporu a pomoc, poskytujete rodinným příslušníkům klientů v terminálním stadiu?
			TO6: Co byste změnili pro zkvalitnění péče o klienta v terminálním stadiu?
		DVO3: Jaké prostředky využívají pracovníci v sociálním zařízení jako prevenci syndromu vyhoření	TO7: Jak si myslíte, že jste ohrožen syndromem vyhoření?
			TO8: Jakou podporu a pomoc vám poskytuje zaměstnavatel při zvládnutí péče o umírajícího?
			TO9: Jakou máte zkušenost se supervizí?
			TO10: Co vám pomáhá v soukromém životě zvládat zátěžové situace z práce?
			TO11: Jak vnímáte přínos supervize na pracovišti?

Zdroj: vlastní

6.3 Charakteristika informantů

Informanty bylo 6 pracovníků domova pro seniory. Mezi nimi byly 3 pracovníce v sociálních službách a 3 sociální pracovníce, které jsou zaměstnány ve vybraném domově pro seniory různě dlouhou dobu. Pracovníci mají také rozdílný věk a rodinný stav. Sociální pracovníce splňují vzdělání dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Informanty jsem pro zachování anonymity označila pro výzkumné šetření I1 – I6.

Tabulka 2: Přehled informantů

Pracovnice	Pracovní pozice	Věk	Rodinný stav	Praxe v oboru na tomto pracovišti
I1	sociální pracovníce	28 let	Vdaná, bezdětná	3 roky
I2	sociální pracovníce	34 let	Vdaná, 2 děti	5 let
I3	sociální pracovníce	37 let	Svobodná, bezdětná	8 let
I4	pracovnice v sociálních službách	22 let	Svobodná, bezdětná	5 měsíců
I5	pracovnice v sociálních službách	50 let	Vdaná, 1 dítě	27 let
I6	pracovnice v sociálních službách	44 let	Rozvedená, 2 děti	19 let

Zdroj: vlastní

6.4 Popis organizace

Pro realizaci výzkumného šetření byl vybrán domov pro seniory - Domov U Biřičky v Hradci Králové. Jedná se o příspěvkovou organizaci, jejímž zřizovatelem je Královehradecký kraj. Tento domov poskytuje také službu domov se zvláštním režimem. Kapacita tohoto zařízení je 355 klientů. Zařízení se řadí mezi největší poskytovatele sociálních služeb v České republice. Své služby nabízí seniorům od roku 1965. Cílovou skupinou jsou senioři, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci a mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku. Je zde dbáno na individuální přístup a důstojnost každého klienta. (Příloha C)

6.5 Průběh sběru dat pro výzkumné šetření

Pro sběr dat byl k záznamu rozhovorů použit diktafon, všechny hovory byly se souhlasem informantů nahrávány a poté autenticky přepsány. S každým informantem byl proveden individuální rozhovor formou dialogu. Rozhovor se konal po předchozí domluvě ve společných prostorech v domově pro seniory. Délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí 30 až 40 minut. Rozhovory probíhaly po dobu 2 dnů v období 6. – 8. 2. 2017.

Každý z informantů byl informován, za jakým účelem se rozhovor uskutečnil, byli seznámeni s cílem mé bakalářské práce, a byli seznámeni i se zásadami publikační etiky.

Otázky byly kladeny na základě tabulky č. 1. Všechny otázky byly všemi 6 informanty zodpovězeny.

7 Interpretace získaných poznatků dle dílčích otázek

V této části práce budou vymezeny jednotlivé interpretace polostrukturovaných rozhovorů dle dílčích výzkumných otázek a budou řazeny dle rozhovorů s informanty

7.1 Dílčí výzkumná otázka č. 1

DVO1: Jak ovlivňuje umírání a smrt klientů pracovníky v domově pro seniory?

Cílem této dílčí otázky bylo zjistit, jak se pracovníci vyrovnávají se smrtí klienta, jak je nynější profese ovlivnila při pohledu na umírání a smrt a co považují za nejnáročnější při výkonu své profese.

Tazatelky se shodly, že smrt vnímají jako přirozenou součást života a vyrovnávají se s ní celkem snadno i díky tomu, že pracují s klienty, kteří jsou staří a mnohdy velmi nemocní. S výjimkou I2 „*Toto je pro mne stále velmi citlivé téma, nad kterým velmi často přemýšlím*“. Všechny tazatelky zmínily, že z jejich pohledu pro jejich klienty znamená smrt vysvobození.

Otázkou, jak jim současná profese změnila či ovlivnila život, se zdály ze začátku téměř všechny tazatelky zaskočený. I2 „*Moji práci toto zas tak moc neovlivňuje, nepřicházím do kontaktu se zesnulým klientem, řeším vše po úmrtí.*“ I4, I6 se shodly v tom, že nějak zásadně je neovlivnila a ani nezměnila.

Zajímavým faktem je, že žádná z dotázaných nevedla vyrovnávání se se smrtí klientů jako nejnáročnější část své profese. Naopak se odpovědi týkaly empatie a naslouchání klientům s často smutnými životními osudy (I1, I2), I4 zmiňuje problémy v kolektivu „*Nejnáročnější je asi se shodnout s kolegy na oddělení.*“ a o personální situaci mluví i I6, která ale vnímá problém hlavně v nedostatku personálu a následně klesající úrovni kvalitě péče „*Nejnáročnější pro mě je psychická zátěž, kdy je těžké se vyrovnat s tím, že z důvodu personálních tísni není mnoho času doprovázet klienty při umírání. Personál nemá čas na to, aby si ke klientovi v klidu sedl a doprovázel ho byť jen svou přítomností. Přijde mi to nedůstojné.*“

Shrnutí DVO1

Tato dílčí výzkumná otázka byla zaměřena na pocity a vnímání informantů. Na základě vyhodnocení odpovědí informantů se domnívám, že pro pracovníky je velmi důležitý

pracovní kolektiv na oddělení. Dále, že pracovníci danou vykonávanou práci vykonávají velmi zodpovědně a empaticky.

7.2 Dílčí výzkumná otázka č. 2

DVO2: Jaké jsou možnosti a limitace pomoci klientům a rodinám při péči o klienta v terminálním stadiu, kterou poskytuje sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách?

Cílem této otázky bylo zjistit, co můžou pracovníci udělat pro klienta v terminálním stadiu, jakou podporu a pomoc poskytují rodinným příslušníkům klientů v terminálním stadiu a co by změnili pro zkvalitnění péče o klienta v terminálním stadiu.

Všechny dotázané se shodly na tom, že umírajícímu pomáhají především útechou, nasloucháním i jen samotnou svojí přítomností a udržováním jejich čistoty a důstojnosti. Pouze I1 zmínila „*Pokud má klient nějaké přání, které by chtěl vyřídit před svou smrtí, (např. zařízení poslední vůle, sjednání příchodu duchovního či rodinného příslušníka).*“ Co se týče pomoci a podpory pozůstalým, panuje mezi informanty naprostá shoda – dle jejich názoru jim pomáhají až po smrti klienta a jde o pomoc v komunikační rovině, jak uvedla I5 „*Rodinní příslušníci většinou chodí a ptají se co se s jejich příbuzným děje. Toto jim může zodpovědět pouze lékař. Příbuzní se pak doptávají, jak mají přistupovat ke klientovi. Jak mohou pomoci. Podporu většině rodin poskytujeme po úmrtí klienta*“. Stejně tak návrh na zlepšení byl zvolen jednohlasně – v zařízení chybí místnost, pokoj, ve které by umírající mohl být sám se svými blízkými. I2 odpověděla „*Myslím si, že péče je zde odváděna velmi profesionálně, ale co mi tady chybí, je možnost rodinných příslušníků být s umírajícím o samotě a ne na pokoji s dalšími klienty, kteří to nevnímají moc dobře.*“ I6 nevnímá soukromí jako největší problém, ale „*Chtěla bych, aby pro klienty v terminálním stadiu, umírající, byl vytyčený pracovník, který by o ně pečoval. A hlavně, aby měl na tu péči čas. Aby mu byl oporou a klient se necítil sám a odstrčený.*“

Shrnutí DVO2

Domnívám se, že personál je velmi dobře proškolen, jak má pečovat a přistupovat ke klientovi v terminálním stadiu života. Dále si je vědom, že rodinní příslušníci v tuto těžkou chvíli potřebují hlavně morální a slovní útechu. Co se týče samostatné místnosti či pokoje, kde by rodinní příslušníci mohli trávit poslední okamžiky se svými nejbližšími považují za

velmi podnětné a tato informace bude předána vedení Domova U Biřičky. Personální nedostatek, jak je výše uváděn mi nenáleží hodnotit.

7.3 Dílčí výzkumná otázka č. 3

DVO3 Jaké prostředky využívají pracovníci v sociálním zařízení jako prevenci syndromu vyhoření?

Cílem této dílčí otázky bylo zjistit od pracovníků, jak si myslí, že jsou ohroženi syndromem vyhoření, jakou podporu a pomoc mají tito pracovníci od svého zaměstnavatele, co pracovníkům pomáhá v soukromém životě zvládat zátěžové situace, jakou mají pracovníci zkušenost se supervizí a jak vnímají přínos supervize na pracovišti.

Téměř všechny dotazované, s výjimkou I4, I6 si dle jejich odpovědí jsou vědomy rizika syndromu vyhoření v obecné rovině. I4 odpověděla tak, že sama vyhoření ještě necítí „*Já si myslím, že se mne to netýká, ale nevím*“. (lze usuzovat, že to souvisí s jejím mládím a krátkou dosavadní praxí) a I6 se v odpovědi opět spíše zaměřila na problém s nedostatkem pracovníků a její nespokojenost s možným dopadem na kvalitu péče (nicméně zmínila, že tato situace jí „unavuje“ a je tedy možné, že k potenciálnímu vyhoření přispívá, aniž by si to tazatelka přímo uvědomovala).

Není překvapující, že se zásadně neliší odpovědi na otázku č. 8; všechny tazatelky zmiňují školení a možnost supervize.

Liší se mírně ovšem zkušenosti se supervizí – I6 nepovažuje supervizi za přínosnou vůbec „*Na supervize chodím, ale nemyslím si, že by pro mne byly přínosné.*“ I4 se zdráhala přínos supervize hodnotit z důvodu nedostatku zkušeností, ale má od ní pozitivní očekávání „*Určitě to bude dobrá věc, když je třeba v týmu nějaký problém. Ted' nevím.*“; P1, P2, P3 i P5 shodně uvedly pozitivní zkušenosti se supervizí, nicméně P1 a P5 zmínily i negativní zkušenosti (obě jako důvod uvedly nevhodného supervizora). P2 a P5 navíc ještě zmínily averzi ke skupinové supervizi – P5 uvedla pouze „*to se mi nelíbilo*“, P2 ale konkrétněji zmínila „*Jak jsem ji uvedla, skupinová supervize mi nevyhovuje, je tam strach z vynášení*“.

V otázce vyrovnávání se s pracovní zátěží v soukromém životě panovala opět naprostá shoda, všechny tazatelky uvedly rodinu, přátele, případně děti nebo psa.

Shrnutí DVO3

Myslím si, že na základě výše uvedených poznatků se lze domnívat, že v otázce syndromu vyhoření panuje na pracovišti dobrá informovanost a je úspěšně aplikován institut individuální supervize. U některých pracovníků panuje obava ze skupinové supervize a bylo by tedy vhodné zaměřit se v dalším výzkumu důkladněji na její aplikaci.

Závěr

Problematika umírání a smrti je nedílnou součástí každého domova pro seniory. Avšak se v mnoha ohledech v zařízeních liší, záleží na mnoha faktorech, jako jsou např. velikost zařízení, personální a finanční zajištění, vnitřní předpisy apod. Jako jeden z faktorů je také důležité chování, profesionalita a empatie pomáhajících pracovníků. Tyto vlastnosti by měla organizace u svých pracovníků náležitě oceňovat a zvyšovat jejich kvalifikaci vzděláváním k dané problematice. Pokud tomu tak je, organizace i její pracovníci jsou naladěni na jedné vlně a péče o klienty v terminálním stádiu je prováděna dostatečně odborně.

Cílem bakalářské práce bylo rozkrýt vliv umírání a smrti na pracovníky v domově pro seniory. Posoudit v tomto kontextu jejich limitace. Cíl práce se podařilo naplnit mimo jiné i díky vytyčeným dílčím cílům, které byly obsáhlé a sloužily jako vodítko k naplnění cíle hlavního. Tři dílčí cíle spolu souvisely, první cíl měl za úkol vyspecifikovat vliv umírání a smrti klientů v sociálním zařízení na pracovníka v sociálních službách a sociálního pracovníka, druhý dílčí cíl se zabýval možnostmi a limitací pomoci klientům a rodinám při péči o klienta v terminálním stadiu, kterou poskytuje sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách, a třetí dílčí cíl vymezoval prostředky, které využívají pracovníci v sociálních zařízeních jako prevenci syndromu vyhoření. Výsledky všech tří dílčích cílů vyvstaly z použitých tazatelských otázek a z výpovědi tazatelek. Na základě právě výpovědi bylo zjištěno, že odpovědi na první dílčí cíl, kde byly důležité pocity pracovníků při práci s klienty v terminálním stádiu je délka profese, profesionalita, empatie a uvědomování si rizik, která právě pomáhající profese přináší. Odpovědi na položený druhý výzkumný cíl byla důležitost naslouchání, samotná přítomnost a komunikační rovina v pomoci umírajícím i pozůstalým. Byla také zmíněna nutnost prostoru, kde by se pozůstalí mohli důstojně rozloučit se svými blízkými. Třetí dílčí cíl si vytyčil zjistit využití prostředků k prevenci syndromu vyhoření u pracovníků v sociálním zařízení. Všechny tazatelky si jsou vědomi rizika syndromu vyhoření, jsou informovány o možnostech supervize, ale přesto panuje zvýšené riziko především z důvodu nedostatku personálu a tím vyčerpanost pomáhajících pracovníků.

Kvalitativní strategie se ve výzkumu osvědčila, a to právě díky polo strukturovaným rozhovorům. V kombinaci s pozorováním se podařilo nasbírat od tazatelek dostatečné

množství informací, které byly použity do odpovědí na hlavní cíl. Mezi slabší stránky zvolené techniky sem můžeme zařadit třeba aktuální stav tazatelek, kdy ne každá tazatelka má náladu na odpovídání na otázky, dále může vznikat nedůvěra k výzkumníkovi v očích tazatelek. Já jsem se však ve výzkumu s těmito slabšími stránkami zvolené techniky nesešla.

V teoretické části práce byl brán zřetel na vysvětlení základních pojmů, které se dané problematice týkají, byl zde popsán multidisciplinární tým a sociální pobytová služba, konkrétně domov pro seniory. V neposlední řadě popis pomáhajících profesí a úskalí, která se týkají pomáhajících pracovníků. Domov pro seniory, ve kterém byl prováděn výzkum, má velice dobře zpracované vnitřní předpisy a metodické pokyny, kterými se organizace řídí a tím teoreticky pomáhá svým zaměstnancům. Pracovníci jsou sice schopni postarat se o sebe, ale od organizace čekají pomoc formou odměňování, benefitů, skupinových a individuálních supervizí. Tato forma pomoci vyplynula z odpovědí tazatelek na tazatelské otázky.

Vliv umírání a smrti na pracovníky v sociálních službách a na sociální pracovníky se určitě od sebe liší několika důležitými aspekty, jako např. možnosti organizace, ve které pracují, personální obsazení, finanční prostředky, velikost zařízení. Jedním z nejdůležitějších aspektů je pro tazatelky délka vykonávané praxe u umírajících klientů, nepřenášet pracovní problémy do soukromého života, popovídat si o klientech v pracovním týmu, vhodné rozložení osobního volna jako prevence před syndromem vyhoření a profesionální pomoc od supervizora. Určitou obranou před syndromem vyhoření ze smrti klientů na pracovišti mohou být výlety, masáže, rodina a pohoda v pracovním týmu.

Velmi důležitým poznatkem v mé bakalářské práci, který vyplynul při jejím zpracování, je skutečnost, že i v jiné pobytové službě, než je hospic a oddělení paliativní péče, se dá důstojně pečovat o klienty v terminálním stádiu.

Seznam použitých pramenů a literatury

BYSTRICKÝ, Zdeněk. *O organizaci paliativní péče*. Praha: Hospicové občanské sdružení, Cesta domů, 2004, 46 s. ISBN 80-139-4332-4.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická zralost*. Praha: Karolinum, 1998, 374 s. ISBN 80-718-4141-2.

FIRTHOVÁ, Pam, LUFFOVÁ, Gill, OLIVIERE David. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno, 2007, 240 s. ISBN 978-80-87029-21-3.

FRIEDRICHOVÁ, Ing. hana. *Duchovní potřeby a hospic: SPIRITUELLE BEDÜRFNISSE UND HOSPIZ*. Ostrava, 2000, s. 79. Magisterská práce. Husitská teologická fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí práce Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu. 2.*, rozšířené české vyd. Přeložil Vladimír JÚVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese*. TRITON, 2011, s. 198. ISBN 978-80-7387-394-3

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2007, s 244. ISBN 978-80-7262-471-3, 244 s.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, s. 407. ISBN 80-7038-158-2

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života, líc smrti*. Praha: Orbis Pyramida, 1975, s. 161.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985, s. 376.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající klienty*. 1. vyd. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-954516-4-3.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: Tvorba, 1995.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. s.112. ISBN 978-80-85763-36-2.

MARKOVÁ, Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2010, s. 128. ISBN 978- 80247-3171-1.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. s. 324. ISBN 80-247-1295-4.

SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., MISCONIOVÁ, B. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. ISBN 80-86998-03-7

STUDENT, Christoph, MÜHLUM, Albert, STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2007. S. 161. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In: Matoušek, O. Kodymová, P. Koláčková, J.: *Sociální práce v praxi*. Praha. Portál 2005, ISBN 80-7367-002-X

ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TISOVSKÁ, Dagmar, BĚHANOVÁ, Jana. *Rozluč se, ale neříkej sbohem*. Tábor: Hospicové hnutí, 2006.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*, Praha: Grada Publishing, 2007, s. 96. ISBN 978-80-247-2170-5.

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

Internetové zdroje

Paliativní péče [online]. [cit.2017-02-25]. Dostupné z:
<https://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf>

Hospice.cz [online]. [cit. 2017-02-20]. Dostupné z:
<http://hospice.cz/hospice1/hospic.html>

Právní předpisy

Zákon 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách

Seznam příloh:

Příloha A: Seznam tabulek

Příloha B: Seznam obrázků

Příloha C: Obrázek 1: Informační leták Domova U Biřičky

Příloha D: Přepis rozhovoru – I1, sociální pracovníce

Příloha E: Přepis rozhovoru – I6, pracovník v sociálních službách

Příloha A: Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformace výzkumných cílů do tazatelských otázek

Tabulka 2: Přehled informantů

Příloha B: Seznam obrázků

Obrázek 1: Informační leták Domova U Biřičky

Příloha C: Obrázek 1: Informační leták Domova U Biřičky

DOMOV U BIŘIČKY
 příspěvková organizace Královéhradeckého kraje
 K Biřičce 1240 | 500 08 | Hradec Králové

IČ: 00579033
 bankovní spojení: 25535511/0100
 telefon: 495 405 311 recepce (spojovatelka)
 datová schránka: grckhsw
 e-mail: ddhk@ddhk.cz
 www.ddhk.cz

Lůžková kapacita celková: 355
 Kapacita domova pro seniory: 297
 Kapacita domova se zvláštním režimem: 58

HRADEC KRÁLOVÉ

NOVÝ HRADEC KRÁLOVÉ

DOMOV U BIŘIČKY

Posláním **DOMOVA U BIŘIČKY** je poskytování podpory, pomoci a péče seniorům, kteří z důvodu věku, zdraví a sociální situace potřebují pravidelnou pomoc druhého člověka, a ani za pomoci rodiny, přátel a terénních sociálních služeb nezvládají život v domácnosti. Posláním je poskytnutí bezpečí a péče na míru seniorův tak, aby důstojnost a veškerá lidská práva byla respektována.

**BEZPEČÍ
 A PÉČE
 na míru**

DOMOV U BIŘIČKY poskytuje dvě pobytové sociální služby – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, přičemž součástí těchto služeb je i ošetrovatelská péče. Seniorům je poskytován komplex činností sítých na míru podle aktuálních schopností jejich sebeobsluhy.

Služby jsou poskytovány seniorům zejména starším 60 let s bydlištěm v Královéhradeckém kraji, případně seniorům, kteří prokazatelně měli většinu svého života bydliště na území Královéhradeckého kraje nebo seniorům, jejichž rodinám příslušníci mají bydliště na území Královéhradeckého kraje.

Domov U Biřičky neuzavře smlouvu o poskytování sociální služby, jestliže:

- osoba žádá o sociální službu, kterou neposkytujeme, a to i s ohledem na vymezený okruh osob v registru poskytovatelů sociálních služeb;
- nemáme dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby (nemáme volná lůžka);
- osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, jsme vypověděli v době kratší než 6 měsíců před žádostí smlouvu o poskytnutí této sociální služby z důvodu porašování povinností vyplývajících ze smlouvy o poskytování sociální služby;
- zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí sociální služby, vyčleňuje poskytnutí takové sociální služby.

Domov U Biřičky má dvě budovy – Ypsillonka a Křížová, které jsou obklopeny rozlehlým parkem, poskytujícím chladivý stín v horkých dnech a příjemné posezení na lavičkách. Domov nabízí ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových a vícelůžkových pokojích, většinou s balkonem.

Kromě ubytování poskytujeme stravování (včetně diet), péči o osobní prádlo i lůžkoviny, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a při hygieně, podporu a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V domově jsou k dispozici služby praktického lékaře, nutriční terapeutky, pedikérky, kadeřnice, elektrikáře a občerstvení s kavárnou.

Více informací na www.ddhk.cz

Příloha D: Přepis rozhovoru – I1, sociální pracovnice

1. Jak se vyrovnáváte se smrtí klienta?

Smrt klienta vnímám jako fázi jeho života, která jednou přijde. Pro některé klienty je smrt ve většině případu vysvobození, protože jsou převážně ve velmi špatném zdravotním stavu.

2. Jak změnila nebo ovlivnila současná práce pohled na umírání a smrt?

Nějak zásadně neovlivnila ani nezměnila.

3. Co považujete za nejnáročnější při výkonu Vaší profese?

Komunikaci s klienty a empatii k nim (spoustu smutných životních příběhů).

4. Co můžete udělat pro umírajícího klienta s ohledem na pracovní kompetence Vaší pracovní pozice?

Pokud má klient nějaké přání, které by chtěl vyřídit před svou smrtí (např. zařízení poslední vůle, sjednání příchodu duchovního či rodinného příslušníka.

5. Jakou podporu a pomoc poskytujete rodinným příslušníkům klientů v terminálním stadiu?

V terminálním stádiu asi žádnou. Většina rodinných příslušníků jsou se smrtí blízkého smířeni. Pomoc a podpora přichází z mé strany až po smrti klienta.

6. Co byste změnila pro zkvalitnění péče o klienta v terminálním stadiu?

Pokud by bylo možné, aby rodina mohla být s klientem v posledních chvílích. (nějaký jednolůžkový pokoj k tomu určený).

7. Jak si myslíte, že jste ohrožena syndromem vyhoření?

Trochu nechápu otázku, jelikož pracuji jako sociální pracovník (pomáhající profese) a ty jsou nejčastěji postiženi syndromem vyhoření tak si myslím, že ohrožená jsem a to hodně.

8. Jakou podporu a pomoc Vám poskytuje zaměstnavatel při zvládání péče o umírajícího?

Tak klasicky školení na téma smrt klienta, paliativní péče atd. a popř. supervize, kde mohu probrat tuto problematiku

9. Jakou máte zkušenost se supervizí?

Zkušenost mám kladnou i zápornou...hodně záleží na supervizorovi (na jeho zkušenostech a jak celou supervizi pojme).

10. Co Vám pomáhá v soukromém životě zvládat zátěžové situace z práce?

Rodinné zázemí a blízcí přátelé.

11. Jak vnímáte přínos supervize na pracovišti?

Jako určité vypovídání a pročištění „vzduchu“ na pracovišti.

Příloha E: Přepis rozhovoru – I6, pracovník v sociálních službách

1. Jak se vyrovnáváte se smrtí klienta?

Se smrtí klienta se vyrovnávám docela dobře, protože pracuji se seniory a беру to jako přirozenou věc, průběh života. Prožili si to co měli, zažili vše co k životu patří a k němu patří i smrt. Ale to neznámá, že mě to nemrzí nebo že jsem bez jakéhokoliv citu. Kdybych pracovala s klienty mladšího věku nebo s dětmi, tak to by pro mě bylo složitější, ani si nedokážu představit, jak bych se s jejich smrtí vyrovnávala.

2. Jak změnila nebo ovlivnila současná práce pohled na umírání a smrt?

Asi nijak, protože naši klienti většinou umírají ve vysokém věku. Vždy naše rodina pečovala o prarodiče i praprarodiče, takže i u nás doma se o tomto tématu mluvilo a vždy jsem to brala jako přirozenou věc.

3. Co považujete za nejnáročnější při výkonu Vaší profese?

Nejnáročnější pro mě je psychická zátěž, kdy je těžké se vyrovnat s tím, že z důvodu personálních tísni není mnoho času doprovázet klienty při umírání. Personál nemá čas na to, aby si ke klientovi v klidu sedl a doprovázel ho byť jen svou přítomností. Přijde mi to nedůstojné.

4. Co můžete udělat pro umírajícího klienta s ohledem na pracovní kompetence Vaší pracovní pozice?

Co můžu udělat? Jedině mu mohu poskytnout pomoc základní péče. Postarat se o to, aby byl v čistotě. Na víc není čas.

5. Jakou podporu a pomoc poskytujete rodinným příslušníkům klientů v terminálním stadiu?

Snažíme se k rodinám být vstřícní a umožňujeme jim, aby se svými příbuznými trávil ty poslední chvíle. Ale jsou to případy ojedinělé, běžně se neseťkávám s rodinami, které by o toto měly zájem. Myslím, že je to pro ně samotné hodně psychicky zatěžující a veškerou péči přenechávají na personálu.

6. Co byste změnila pro zkvalitnění péče o klienta v terminálním stadiu?

Chtěla bych, aby pro klienty v terminálním stadiu byl vytyčený pracovník, který by o ně pečoval. A hlavně, aby měl na tu péči čas. Aby mu byl oporou a klient se necítil sám a odstrčený.

7. Jak si myslíte, že jste ohrožena syndromem vyhoření?

Zatím si nemyslím, že jsem z důvodu umírání klienta nějak ohrožena. Pouze tím, že není čas na tu péči, kterou si ti umírající zaslouží. Možná jsem ohrožena tím, že mě to vadí a svým způsobem i mrzí.

8. Jakou podporu a pomoc Vám poskytuje zaměstnavatel při zvládnání péče o umírajícího?

Byla jsem na školení paliativní péče a také máme každého čtvrt roku supervize a pokud chceme máme i možnost supervize individuální.

9. Jakou máte zkušenost se supervizí?

Na supervize chodím, ale nemyslím si, že by pro mě byly přínosné. Svoje problémy na pracovišti i s klienty probíráme v týmu a domlouváme se. A pokud je nějaký podnět směrem k vedení a všichni dají souhlas k tomu, aby supervizor předal výstup, nezaznamenala jsem, že by nastala změna k lepšímu či by se nějak řešil. Je to takové příjemné posezení a chvíle klidu na oddělení, pokud tedy klienti nezvoní.

10. Co Vám pomáhá v soukromém životě zvládat zátěžové situace z práce?

Pomáhá mi moje rodina i přátelé. Čas trávený s dětmi, kdy člověk nemyslí na práci. A pak i zábava s přáteli.

11. Jak vnímáte přínos supervize na pracovišti?

Spíš jako povinnost, která vyplývá i ze zákona, ale nejsem vyloženě proti jejich konání. Pokud člověk potřebuje, tak se vypovídá před někým nezaujatým. Ale myslím si, že na psychiku člověka, pokud je ve stavu, kdy hrozí syndrom vyhoření je lepší supervize individuální. Skupinová mi opravdu přijde jako posezení u kávy. Přínos, že by nastaly nějaké změny či řešení problémů jsem nezaznamenala.