

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Diplomová práce

PODSTATNÉ FAKTORY ŘEŠENÍ ETICKÝCH DILEMAT V HOSPICOVÉ PÉČI
SV. KLEOFÁŠE, O.P.S.

Autor práce: Bc. Simona Novotná

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Zvánovcová, Ph.D.

Studijní program: Etika v sociální práci (ESP)

2022

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

V Českých Budějovicích dne 29. 3. 2022.

.....
Bc. Simona Novotná

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Veronice Zvánovcové, Ph.D., za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Také děkuji všem vybraným pracovníkům zařízení Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s. za ochotný a otevřený přístup při výzkumu. Také děkuji mé rodině, která mi byla po celou dobu psaní diplomové práce oporou.

Obsah

ÚVOD	6
1 Vývoj hospicové péče	7
1.1 Význam hospicové péče	7
1.2 Paliativní péče	8
1.2.1 Mobilní hospic	9
1.3 Multidisciplinární tým domácí hospicové péče	11
1.3.1 Supervize	12
2 Význam sociální práce v hospicové péči	13
2.1 Sociální pracovník v hospicové péči	13
2.1.1 Znalosti a dovednosti sociálního pracovníka v prostředí hospicové péče	15
2.2 Syndrom vyhoření u pracovníků v hospicové péči	16
2.2.1 Prevence syndromu vyhoření	18
3 Etická problematika	20
3.1 Etika	20
3.2 Morálka, hodnoty, normy	20
3.3 Etika sociální práce	21
3.3.1 Hospicová etika	22
3.4 Etický kodex	22
3.5 Etický problém, etické dilema	24
4 Hodnoty Hospicové péče sv. Kleofáše, o.p.s	26
4.1 Základní občanská práva a svobody	26
4.2 Lidská důstojnost	26
4.3 Autonomie	27
4.4 Kvalita práce	27
5 Podstatné faktory ovlivňující řešení etických dilemat u pracovníků Hospicové péče sv. Kleofáše, o.p.s	29
5.1 Kvalitativní výzkum	29
5.2 Polostrukturovaný rozhovor a sekundární analýza dat	29
5.3 Cíl výzkumného šetření	30
5.4 Otázky polostrukturovaného rozhovoru	30
5.5 Výběr aktérů	30

5.6	Popis sběru dat.....	31
5.7	Struktura polostrukturovaného rozhovoru.....	32
5.8	Etické riziko výzkumu	32
6	Výsledky	34
7	Diskuse	38
	Závěr	41
	Seznam použitých zdrojů	43
	Seznam příloh	50
	Přílohy	51
	Abstrakt	81
	Abstract	82

ÚVOD

Cílem mé práce je zjistit, jaké podstatné faktory¹ ovlivňují řešení etických dilemat v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s. a zda se nějaké ze zjištěných faktorů shodují s vybranými hodnotami z Etického kodexu pracovníků hospice. Pro zpracování právě tohoto tématu jsem se rozhodla, protože jsem v neziskové organizaci absolvovala praxi týkající se etických dilemat. Na základě vypracování Zprávy z praxe a velmi milého přístupu všech zaměstnanců zařízení Hospicové péče, sv. Kleofáše, o.p.s. jsem se rozhodla nejen pro dané téma, ale také pro prostor (organizaci), kde bude probíhat výzkumné šetření nutné pro splnění cíle diplomové práce. Díky souhlasu vedoucí organizace paní magistře Ireně Kalné mi to bylo umožněno, stejně jako umístění Etického kodexu pracovníků hospice do příloh mé diplomové práce. Tímto ji také velmi děkuji.

Pro působení práce jako celku považuji za nutné mimo jiné zmínit definici pojmů etické dilema a etický kodex. Jde o pojmy, které vystihují hlavní myšlenku diplomové práce. Ačkoli je hlavním tématem zjištění podstatných faktorů řešení etických dilemat, je u každé kapitoly důležité představit, jakou roli dané téma (název kapitoly) hraje právě v organizaci Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s. Vždy tak budu vytvářet kapitoly začínající obecnými informacemi a končící konkrétními fakty.

Ačkoli všichni zaměstnanci organizace hospicové péče disponují znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi, mohou nastat situace, kdy si nevědí rady a potřebují pomoc. Otázkou je, podle čeho se v takových situacích rozhodují. Tuto odpověď bych měla nalézt v rámci otázek polostrukturovaného rozhovoru, který byl zvolen spolu se sekundárním sběrem dat jako technika výzkumného šetření. V předposlední kapitole budou výsledky zhodnoceny pomocí otevřeného kódování a bude také vytvořena diskuse, která má za úkol potvrdit či vyvrátit získaná data.

Pro diplomovou práci jsem získala informace především z knihy, kterou napsal Johann-Christoph Student, Albert Mühlum a Ute Student v roce 2006 s názvem *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Kniha zmiňuje všechny informace v souvislosti hospicové a paliativní péče. Toto dílo mi pomohlo pochopit některé nejasnosti, které jsem na začátku psaní diplomové práce měla. Další využívanou literaturou byla kniha Martina Kupky s názvem *Psychosociální aspekty paliativní péče*, kde je zmíněn pojem smrt, paliativní péče, hospic, syndrom vyhoření nebo eutanazie. Další použitou literaturou byla odborná kniha Marie Svatošové *Umění doprovázet*, ze které jsem vzhledem k problematice získala informace o umírání a lidské důstojnosti. Co se týká vybraných hodnot z *Etického kodexu pracovníků hospice*², využila jsem samozřejmě tento dokument, který mi byl poskytnut ze strany paní vedoucí magistry Ireny Kalné. Velmi užitečné mi také byly některé zákony, internetové stránky, časopisy nebo má Zpráva z praxe ze zařízení Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.

¹ Pro potřeby diplomové práce lze faktory charakterizovat jako to, co ovlivňuje a formuje naše rozhodnutí, při kterém by neměly být opomenuty emoce, mysl a fyzické a sociální prostředí. Srov. *Forbes* [online]. Co ovlivňuje vaše rozhodování a na co se při něm dát pozor? Posl. úpravy 18. 3. 2022[cit. 2022-03-18]. Dostupné na [www: < https://forbes.cz/co-ovlivnuje-vase-rozhodovani-a-na-co-si-pri-nem-dat-pozor/>](https://forbes.cz/co-ovlivnuje-vase-rozhodovani-a-na-co-si-pri-nem-dat-pozor/)

² Srov. KALNÁ, I. *Etický kodex pracovníků hospice*. Třeboň, 2021. Nepublikovaný rukopis.

1 Vývoj hospicové péče

Dříve, než vnikla současná podoba hospicového hnutí, hospic, který lze z angličtiny přeložit jako útulek či útočiště, byl ve středověku užíván jako označení pro tzv. domy odpočinku. Ty vedl člověk znalý v základní lékařské pomoci, aby dokázal poutníky mířící do Palestiny zotavit. Tato středověká podoba hospice však s úbytkem poutníků a se změnou životního stylu postupem času zanikla.³ Hospicové hnutí se rozvinulo ve Velké Británii a do západních zemí vneslo myšlenky nového modelu péče o umírající. V roce 1967 byl otevřen první britský hospic St. Christophers v Londýně Sydenhamu, jehož zakladatelkou byla anglická lékařka a protagonistka hospicového hnutí Cicely Mary Saundersová. Následně v roce 1974 vznikl první hospic v Americe v New Havenu v Connecticutu.⁴

Co se týká hospicové péče v České republice, první zařízení, které poskytovalo paliativní péči, bylo založeno v nemocnici v Babicích nad Svitavou v roce 1992, které se později změnilo na léčebnu pro dlouhodobě nemocné. Velký vliv na propagaci hospicového hnutí měla po roce 1990 v České republice doktorka medicíny Marie Svatošová, kdy založila Sdružení na podporu domácí péče a hospicového hnutí Ecce homo.⁵ V roce 1996 se jí podařilo založit první kamenný hospic, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Poté vzniklo plno dalších hospiců⁶ a také se dostavila snaha o poskytování domácí péče a za pacienty dojíždět do jejich domovů nebo alespoň zapůjčit pomůcky, které by ulehčily pobyt v domácím prostředí.⁷

Iniciativa založit Hospic sv. Kleofáše, o.p.s. vznikla v roce 2012, kdy po získání prostor od města Třeboně a vzniku loga hospice se v září 2013 vše stalo skutečností.⁸

1.1 Význam hospicové péče

Základní myšlenka hospicového hnutí vychází z úcty k člověku a z respektu k jeho životu. Hospic jako zařízení a specifický typ péče pomáhá umírajícím a jejich blízkým prožít závěr života pokud možno bez bolesti, v klidu a bezpečí. Hospic jako takový garantuje, že pacient nebude nesnesitelně trpět, vždy bude respektována jeho důstojnost a v posledních chvílích svého života nezůstane osamělý.⁹ Podstatný je také duchovní rozměr péče o nemocné, který je v hospicích pěstován.¹⁰ Jde tedy o speciální typ zdravotnické péče, která je zaměřena na zkvalitnění konce života nemocného.¹¹

Hospicovou práci lze definovat buď jako staromódní zvyk, což znamená, že se prostřednictvím hospicové péče důstojně nahlíží na nevyhnutelný konec života¹² nebo také jako: „...komplexní multidisciplinární paliativní péči, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti klasické léčby, u kterých ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat

³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 30.

⁴ Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 14-15.

⁵ Srov. ŠPAČEK, M. *Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů*, s. 11.

⁶ Srov. TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K., VODÁČKOVÁ, D. *Rozvoj Hospicové péče a její bariéry*, s. 39.

⁷ Srov. STUDENT, J., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*, s. 8.

⁸ Srov. HOSPIC SV. KLEOFÁŠE, o.p.s. *O nás*, [online].

⁹ Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 30.

¹⁰ Srov. ŠPAČEK, M. *Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů*, s. 11.

¹¹ Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 31.

¹² Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*, s. 22.

bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající se základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující biologické, psychologické a sociální potřeby nemocného“.¹³

Znakem hospicové péče je, že člověku je umožněno zemřít ve známém prostředí a za přítomnosti svých blízkých, a nemusí se tak přizpůsobovat novému prostředí, protože rodina je přítomna na každém místě, kde člověk umírá. Jedná se tedy o holistický¹⁴ koncept podpory umírajícímu člověku nacházejícímu se v terminálním stádiu svého onemocnění a jeho rodiny, kdy se jedná o možnost umírat a zemřít v bezpečí a klidu. Těžištěm hospicové péče je paliativní medicína spolu s doprovázením ke smrti, a to jak psychosociálním, tak spirituálním.¹⁵ Paliativní péče je v hospicové péči poskytována na profesionální úrovni a je její neoddelitelnou součástí.¹⁶ Pojmy hospicová a paliativní péče lze užívat jako synonyma, protože se oba snaží člověka respektovat v jeho jedinečnosti a celistvosti a považovat za stejně důležité a hodné zájmu všechny dimenze jeho života (fyzickou, psychickou, sociální, spirituální¹⁷).¹⁸ I přesto je podstatné si pojem paliativní péče přesně definovat.¹⁹

1.2 Paliativní péče

Latinské slovo pallium se překládá jako maska nebo pokrytí pláštěm. „*Hlavním smyslem péče je maskovat účinky choroby, která je nevléčitelná, a zároveň se postarat o člověka, který trpí nesnesitelnými bolestmi (tj. přikrýt ho pláštěm) a umožnit mu i přes jeho nemoc vést život relativně upokojujícím způsobem.*“²⁰ Paliativní péče se řadí k moderním celosvětovým typům péče, která lidem nevléčitelně nemocným a jejich blízkým rodinným příslušníkům nabízí kvalitní a fungující pomoc.²¹ Tato aktivní péče je přístup zlepšující kvalitu života klienta a jeho rodiny, kteří společně čelí problému spojeným s život ohrožující nemocí. Děje se tak prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení.²² Jinými slovy lze také paliativní péči vyjádřit jako specializovanou péči pro umírající, která obsahuje fyzický, psychologický, sociální a duchovní aspekt. Péče však dále pokračuje i po smrti pacienta a je součástí paliativní péče,²³ která je profesionální, holistická²⁴ a dívá se na člověka jako na nedotknutelnou jedinečnou bytost.²⁵ Jde tedy o druh zdravotnické péče s účelem zmírnění utrpení a zachování kvality života klienta.²⁶ Mezi hlavní zásady paliativní péče patří podpora života, pohlížení na smrt jako na přirozený proces, neoddalování ani neurychlování smrti, poskytování úlevy od bolesti, psychologické a duchovní aspekty a systém podpory.²⁷

¹³ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající - hospicová péče*, s. 28.

¹⁴ Holistický znamená celostní pohled na člověka – od tělesné stránky přes emoce až k duchovnu. Srov. BEDNÁŘOVÁ, M. *Psychosomatika jako holistický pohled na zdraví těla a duše*, s. 37.

¹⁵ Srov. STUDENT, J., MÜHLUM A., STUDENT, U. *Sociální práce s hospici a paliativní péče*, s. 15.

¹⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 34.

¹⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Také pozůstalí potřebují péči*, s. 8.

¹⁸ Srov. KABELKA, L., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 24.

¹⁹ Srov. STUDENT, J., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*, s. 42.

²⁰ STÁHALOVÁ, V. *Paliativní medicína*, s. 1.

²¹ Srov. Tamtéž, s. 1.

²² Srov. MALKOVSKÁ, N. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů*, s. 61.

²³ Srov. QUINNOVÁ, A. *Kontext ztráty, změny a zármutku v paliativní péči*, s. 21.

²⁴ Srov. ONDŘIOVÁ, I. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s. 84.

²⁵ Srov. STÁHALOVÁ, V. *Paliativní medicína*, s. 12.

²⁶ Srov. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění platném k 8. 12. 2011, § 5, odst. 2, v písm. h).

²⁷ Srov. ŠPAČEK, M. *Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů*, s. 12.

Cílovou skupinou paliativní péče jsou pacienti onkologicky nemocní, pacienti v terminálních stádiích nenádorových onemocnění a pacienti ve zdravotním stavu, který je nepříznivý a postupně se zhoršuje.²⁸ Pacienti paliativní péče nejčastěji trpí syndromem geriatrické deteriorace.²⁹ Jde o termín označující skupinu klientů, kteří jsou zatíženi kombinací neurologických diagnóz, kde není možné odhadnout prognózu právě pro četnost různých onemocnění.³⁰ Paliativní péče se zaměřuje na prodloužení a stabilizování života člověka tím způsobem, aby byl co nejpříjemnější a vycházel čistě z přání a potřeb umírajícího.³¹

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou. Cílem obecné paliativní péče je zaměření se na sledování a ovlivňování života nemocného člověka a jeho kvality spolu s rozpoznáním jeho aktuálních potřeb. S obecnou paliativní péčí souvisí také kvalitní léčba symptomů onemocnění člověka a přímá jasná komunikace s ním a jeho blízkými.³² Za specializovanou paliativní péčí je považována taková péče poskytovaná týmem odborníků se vzděláním v paliativní medicíně, kterou můžeme nazývat jako interdisciplinární paliativní péči. Specializovaná paliativní péče je poskytovaná v následujících formách, které jsou definovány ve Standardech hospicové paliativní péče³³: hospic jako lůžkové paliativní zařízení, oddělení paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení, konziliární tým paliativní péče jako součást zdravotnického zařízení zajišťující multidisciplinární paliativní péči, specializovaná ambulantní paliativní péče, denní stacionář paliativní péče, zvláštní zařízení specializované paliativní péče a mobilní paliativní péče.³⁴ Pro domácí paliativní péči musí být splněny tyto tři podmínky:

1. rodina, která je schopna a ochotna převzít celodenní péči o nemocného,
2. souhlas nemocného s touto formou péče,
3. tým odborníků, který je k dispozici při náhle vzniklých komplikacích pacientova stavu, tak i podporou rodině samotné 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Na tento personál jsou kladeny specifické nároky – tým musí umět rychle a zodpovědně zhodnotit a zasáhnout v obtížných situacích, nést smutek a bolest pacienta a jeho rodiny obvykle bez bezprostřední podpory ostatního personálu.³⁵

V následující kapitole bude věnováno více pozornosti mobilnímu hospici, jehož formu zastává také Hospic sv. Kleofáše, o.p.s.

1.2.1 Mobilní hospic

Domácí péče jako taková se začala rozvíjet až v posledních letech na základě hospicového hnutí. O umírající se v tomto případě starají buď členové ošetřujícího týmu jakékoli agentury domácí péče, nebo té, která organizačně spadá pod hospic.³⁶ Jádrem mobilního hospice je tým terénních pracovníků poskytující komplexní péči nevyčísitelně nemocným pacientům a jejich rodinám. Cílem práce paliativního týmu je, aby klient mohl zůstat v domácím prostředí, dostal co nejkvalitnější specializovanou paliativní péči a aby byla naplněna jeho přání a očekávání v oblasti sociální,

²⁸ Srov. KALVACH, Z. A KOL. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 15.

²⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 365.

³⁰ Srov. SKÁLA, B. A KOL. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*, s. 20.

³¹ Srov. SLÁMA, O. A KOL. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 25.

³² Srov. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š., VORLÍČEK, J. *Koncept paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*, s. 30-31.

³³ Srov. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*, [online].

³⁴ Srov. Tamtéž.

³⁵ Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 21-24.

³⁶ Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 79.

psychologické i duchovní.³⁷ To znamená, že cílem je celostní péče, která může mít i ze strany rodiny své hranice.³⁸ Rodina umírajícího se může například vyčerpat celodenní péčí o něj nebo další překážkou může být fakt, že je stále velký počet rodin, které neví nebo nechtějí vědět o terminálním stádiu svého nemocného a bohužel často ani on sám se svým stavem není, nebo nechce být, seznámen.³⁹

Mobilní hospic je nejlepší alternativou pro většinu lidí, pro které umírání doma splňuje představu dobré smrti.⁴⁰ Je to pro nemocné ideální forma péče, protože se snaží zajistit maximální komfort a pomoc v domácím prostředí a navíc může také sloužit jako určitý předstupeň péče v lůžkovém hospici. Podstatnými jsou v tomto případě iniciativy, které se snaží principy hospicové péče přenést do nemocnic, domovů seniorů či léčeben pro dlouhodobě nemocné. V souvislosti s těmito pobytovými zařízeními by se dalo říci, že se kamenným hospicům daří v českém prostředí lépe než domácím hospicové péči. Důvodem je zejména to, že určitá část nákladů je hrazena zdravotním pojištěním, zatímco domácí hospicová péče tuto finanční oporu nemá a finanční prostředky musí získávat nejen z dotací resortních ministerstev, ale také z regionálních a městských úřadů a sponzorských darů.⁴¹

Tuto překážku se neustále snaží překonávat i třeboňský mobilní hospic, Hospic sv. Kleofáše, o.p.s., který je nestátní neziskovou organizací a je odkázán na příjmy z darů, grantů a na podporu obcí. Hospic sv. Kleofáše, o.p.s. podporují jak osoby soukromé, tak osoby právnické. Opomenout nemůžeme ani samotné platby klientů. Veřejnost může této neziskové organizaci pomoci nákupem v prodejním stánku na trzích nebo v dobročinném obchůdku přímo v hospici, kdy veškerý výtěžek z prodeje je vkládán na účet veřejné sbírky Hospicové péče sv. Kleofáše, o.p.s. Další podpora ze strany veřejnosti může probíhat prostřednictvím portálu Darujme.cz, dárcovské SMS pro hospic, nákupem na GIVT.cz nebo nabídky firemní spolupráce. Všechny tyto formy pomoci jsou pro hospic existenčně důležité.⁴² Od ledna 2022 však nastalo lepší financování prosazené jihočeským hejtmanem Martinem Kubou a hejtmankou Plzeňského kraje Ilonou Mauritzovou na jednání komise pro zdravotnictví Rady Asociace krajů ČR. První změnou je navýšení částky za celkový výkon při péči o paliativního pacienta a druhou změnou je prodloužení doby, kdy je péče o pacienta hrazena zdravotní pojišťovnou. Úhrada za mobilní hospicovou péči se zvýší z 1648 na 1905 korun za den a doba péče, která je kryta z pojištění se prodloužila z 30 na 45 dní. Mobilní hospice včetně toho třeboňského tak pocítují větší finanční stabilitu a jistotu.⁴³

V Hospici sv. Kleofáše, o.p.s. se sešli lidé rozhodnutí svůj pracovní život naplnit tím, že budou podporou a pomocí druhým. To znamená všem, které potkala nevléčitelná nemoc, těm, kterým stáří, onemocnění či zdravotní postižení brání žít samostatně a všem jejich blízkým, kteří se o ně starají. Tuto podporu a pomoc poskytují v rámci poskytovaných služeb: domácí hospicová péče, terénní sociální služby, sociální poradna, psychologická poradna, poradna pro pozůstalé a poradna pro pečující či hospicový kaplan.⁴⁴

³⁷ Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient c paliativní péči*, s. 12.

³⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 105.

³⁹ Srov. Tamtéž, s. 149.

⁴⁰ Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 21.

⁴¹ Srov. STUDENT, J., MÜHLUM A., STUDENT, U. *Sociální práce s hospici a paliativní péče*, s. 8-9.

⁴² Srov. HOSPIC SV. KLEOFÁŠE, o.p.s. *Lidé*, [online].

⁴³ Srov. JINDŘICHOHRADSKÝ DENÍK, *Zprávy*, [online].

⁴⁴ Srov. HOSPIC SV. KLEOFÁŠE, o.p.s. *Lidé*, [online].

1.3 Multidisciplinární tým domácí hospicové péče

Hlavním pečujícím subjektem domácí hospicové péče je multidisciplinární hospicový tým⁴⁵. Běžný tým mobilního hospice je složený z lékaře, zdravotních sester, sociálního pracovníka, ošetrovatele, psychoterapeuta nebo psychologa, někdy koordinátora dobrovolníků, terapeuta pro pozůstalé a pastoračního pracovníka.⁴⁶ V Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s. jde konkrétně o: zdravotní sestry, kdy některé z nich zastávají také pozici podpůrné pracovníce pro pečující nebo poradkyně pro pečující; lékaře, fyzioterapeuta, psychologa, psychoterapeuta, sociální pracovníce s kombinací poradkyně pro pečující nebo pozůstalé, pečovatelky ojedinele s pozicí pracovníce půjčovny kompenzačních pomůcek nebo koordinátorky pečovatelek, duchovního, dobrovolníky, pracovníce administrativy, PR pracovníka, fundraisera a vedení.⁴⁷

Personál hospicového týmu nespojuje pouze společná filosofie, ale především požadované vysoké nároky, mezi které patří odborná kvalifikace, odborné znalosti a dovednosti a osobnostní předpoklady. Nárok je také kladen nejen na rychlé rozhodování a zodpovědné zhodnocení situace, ale také na profesionální a osobnostní zralost.⁴⁸ V hospicové péči nemůže pracovat člověk, který má pouze rád lidi, ale musí být také vyrovnaný se svou vlastní konečností, se svou vlastní smrtelností.⁴⁹ Dále je pochopitelně vyžadován hluboce lidský přístup, profesionální přístup a dobrá týmová práce pro působení organizace jako celku. Mezi jednotlivými profesemi v týmu je důležitá komunikace a potřeba, aby každý člen týmu zodpovědně plnil vše, co souvisí s jeho odborností, nepřekračoval své kompetence a uctíval a respektoval profesionalitu, znalosti a zkušenosti svých kolegů⁵⁰, kterými nejsou pouze zástupci jednotlivých profesí, ale také sám nemocný a jeho rodina a přátelé. Přítomnost nejbližších nelze vypustit z týmu, i když si své úlohy nejsou často dostatečně vědomi.⁵¹ Všichni společně tak v rámci svých vymezených kompetencí sledují především dobro pacienta, kdy rozdíl mezi profesemi může být i při vzniklé konfrontaci nepodstatný. I přes rozmanitost profesí v rámci multidisciplinárního týmu a existenci nepřesného ohraničení činností každé z nich by nikdo neměl pociťovat nadřazené či podřazené postavení. Přesto je nastavení určitých hranic důležité, jak pro bezpečí klienta, tak jeho blízkých.⁵²

Při každém setkání s klientem by měl každý člen reprezentovat svou organizaci a její hodnoty.⁵³ Mezi hlavní hodnoty v mobilním Hospici sv. Kleofáše, o.p.s. patří lidskost, respekt, porozumění a důstojnost, autonomie a kvalita práce.⁵⁴ Zároveň profesionalita a odborná úroveň musí vždy hrát tu největší roli stejně jako úcta k životu, respekt lidských práv a důstojnosti bez ohledu na věk, pohlaví, národnost, rasu, víru, sociální postavení a politické přesvědčení. Zaměstnanci se navzájem podporují, jsou odpovědní za kvalitu poskytované péče a nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání. Nejen zaměstnanci, ale také dobrovolníci mobilních hospiců se snaží předcházet vzniku etických dilemat a usilují o jejich identifikaci. V případě nevyřešeného etického

⁴⁵ Z tohoto důvodu jsem se také rozhodla výzkumné šetření udělat v rámci multidisciplinárního týmu.

⁴⁶ Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 12.

⁴⁷ Srov. KALNÁ, I. *Etický kodex pracovníků hospice*. Třeboň, 2021. Nepublikovaný rukopis.

⁴⁸ Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 10-20.

⁴⁹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 124.

⁵⁰ Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 12-15.

⁵¹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*, s. 24-25.

⁵² Srov. KALVACH, Z. A KOL. *Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky*, s. 69.

⁵³ Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 12-15.

⁵⁴ Srov. KALNÁ, I. *Etický kodex pracovníků hospice*. Třeboň, 2021. Nepublikovaný rukopis.

dilematu či potřeby komunikace o této problematice mohou zaměstnanci využít možnost pravidelné supervize.⁵⁵

1.3.1 Supervize

Pojem supervize by se dal ze slovníku cizích slov popsat jako Odbor Ministerstva vnitra zabývající se kontrolou. Z anglického slovníku by se jednalo spíše o vrchní dozor či dohled. V pomáhajících profesích má však tento pojem mnohem širší rozměr. Nejlépe tak vystihuje latinské *supra* video - vidím shora. Tento překlad vyjadřuje nadhled nad tématy, ze kterých mohou pracovníci v pomáhajících profesích tížit.

Formálním prostorem pro reflektování svých postojů, hodnot, pocitů a pracovních postupů může být právě supervize, k jejímuž rozvinutí v naší společnosti došlo především v psychoterapii.⁵⁶ Ke vzniku konkrétních situací, se kterými zaměstnanci mobilního hospice potřebují nejvíce pomoc od učitele supervizora, dochází právě při práci s klienty.⁵⁷ „*Supervize je intenzivní, interakční mezilidský vztah, do kterého bezprostředně vstupují supervizor, supervidovaní a zprostředkovaně i klient či klienti. Jejím cílem je zlepšit schopnost pomáhat lidem.*“⁵⁸ Supervizi lze tedy chápat jako nástroj zkvalitnění práce⁵⁹ a formálně vytvořený čas a prostor pro reflexi vlastní práce.⁶⁰ Supervizi můžeme nazvat také pojmem reflexe, která má čtyři podmínky: zastavení se u významného momentu zkušenosti, zaměření se na něj, vystoupení z obvyklého rámce nahlížení a otevření se něčemu novému, co se v mysli vynoří.⁶¹ Supervize se dá dělit podle toho, kdo se supervize zúčastní (individuální x skupinová), kdo supervizi poskytuje (externí x interní), jaký účel supervize sleduje (vzdělávací x podpůrná x administrativní), na co je supervize zaměřena (případová x poradenská x programová) a podle časového schématu (pravidelná x nepravidelná).⁶²

⁵⁵ Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 12-15.

⁵⁶ Srov. Tamtéž, s. 47.

⁵⁷ Srov. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 136.

⁵⁸ BAYEROVÁ, M. *Supervízia pracovnej skupiny*, s. 47.

⁵⁹ Srov. HAVRDOVÁ, Z., KALINA, K. *Supervize*, s. 47.

⁶⁰ Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 47.

⁶¹ Srov. HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. *Praktická supervize*, s. 30.

⁶² Srov. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 48-50.

2 Význam sociální práce v hospicové péči

Sociální práce jako jedna z profesí multidisciplinárního týmu má v hospicové péči svůj nenahraditelný prostor. Sociální práce u lidí nevyléčitelně nemocných je stejně jako u jiných cílových skupin prováděna především pod hlavičkou sociálních služeb, které: „...musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“⁶³ Sociální práci v hospicové péči lze označit jako sociálně emoční podporu, kterou sociální práce musí zastávat.⁶⁴

Hospicovou sociální práci lze charakterizovat vedle prosvětlení a určení života především jako vypořádání se s životem, neboť je zpochybněna sama existence umírajícího člověka, který si musí tuto etapu osobního života prožít.⁶⁵ Na člověka se jako na autonomní bytost, která má hodnotu za všech okolností, soustředí humanistické a existenciální teorie zabývající se zejména vnitřním světem a otázkou po smyslu života. Do těchto teorií patří přístup orientovaný na klienta, transakční analýza, existenciální analýza a logoterapie. Člověka zasaženého vážným onemocněním omezuje v plnění dosavadní role, aktivit a délce života fakt, že zemře. Tato skutečnost nezasahuje pouze do jeho vnitřního světa, ale také do prostředí rodiny, do vztahových vazeb a vztahů mimo prostředí rodiny. Proto je sociální práce zaměřena na sociální fungování klienta v jeho prostředí a aplikaci přístupů z příbuzných disciplín pro zlepšení sociálního fungování či udržení stávajícího. Jde o přístup psychosociální, systematický nebo ekologický.⁶⁶

Sociální práce je v hospicové péči nejméně vyhraněnou profesí a její rozvoj záleží především na přístupu a rozhodnutí konkrétního hospice, jakým směrem nechá ubíhat kompetence sociálních pracovníků, jak moc budou nechání u administrativních činností nebo jak moc jim bude umožněna spolupráce s ostatními doprovázet umírající. Na všechny tyto kompetence má jistě vliv i samotná angažovanost sociálních pracovníků.⁶⁷

V české hospicové péči se sociální práce prosazovala velmi postupně a rozvinula se prakticky bez sociálních pracovníků. I když se na jedné straně projevovala vysoká profesionalizace sociální práce, na druhé straně ležela obecná představa veřejnosti o sociálním pracovníkovi. Dlouho se tak sociální práce spojovala pouze s výkonem úřednické kontroly a byla považována za daleko více nahraditelnou a převoditelnou než ostatní profese. S přibývajícimi zkušenostmi sociálních pracovníků s odborným vzděláním se však náplň sociální práce určitým způsobem zformovala a ustálila,⁶⁸ stejně jako v domácí hospicové péči v České republice, kde se postavení sociální práce pomalu, ale pozitivně a jistě mění.⁶⁹

2.1 Sociální pracovník v hospicové péči

Sociální pracovník může v rámci své profese pomoci rozhodovat, které věci jsou životně důležité, které je nutné řešit hned, či které mohou naopak počkat. Důležitou roli také sociální pracovník sehraje při aktivizaci širšího rodinného kruhu a přátel nemocného.⁷⁰ Sociální pracovník není kontrolující úředník, ale poradce, který se zabývá

⁶³ Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 14. 3. 2006, § 2, odst. 2.

⁶⁴ Srov. STUDENT, J., MÜHLUM A., STUDENT, U. *Sociální práce s hospici a paliativní péče*, s. 130.

⁶⁵ Srov. Tamtéž, s. 130.

⁶⁶ Srov. ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, K., VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína*, s. 488.

⁶⁷ Srov. PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, s. 11-15.

⁶⁸ Srov. STUDENT, J., MÜHLUM A., STUDENT, U. *Sociální práce s hospici a paliativní péče*, s. 8-11.

⁶⁹ Srov. ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, K., VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína*, s. 488.

⁷⁰ Srov. KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 51-52.

sociálním fungováním nemocného v rámci rodiny a širšího okolí⁷¹, protože nemoc omezuje člověka nejen v jeho aktivitách a vztazích, ale dokonce i společensky uznávaný přirozený výkon, kterým se myslí práce nebo budování rodinného života. Nemocný člověk mění svoji roli v momentě, kdy žádá o pomoc, na které je v poslední fázi svého života plně závislý. Jeho role se tedy mění na roli podřízenou. Díky této proměně dochází k sociální izolaci nemocných, které se snaží hospicová péče předejít. Sociální pracovník však musí přijmout jak jeho nemoc tak to, že onemocnění klienta změnit nelze. Sociální pracovník by měl pacienta s přijetím reality, že nemoc je součástí jeho života, podporovat a to jak jeho samotného, tak jeho rodinu.⁷² Pokud k tomu nemocný dospěje sám, měl by mu sociální pracovník pomoci k tomu, aby se orientoval na co nejkvalitnější prožívání jeho zbývajících času. Ve spolupráci s klientem se sociální pracovník snaží najít činnosti, které jsou při jeho stavu možné.⁷³

Umírající prochází jednotlivými fázemi (1. popření, odmítnutí, 2. hněv, zloba, 3. vyjednávání, smlouvání, 4. deprese, smutek, 5. přijetí, akceptace), ve kterých se mění jeho pohled na nemoc. Postupně začne přijímat bezprostřední blízkost své smrtelnosti a sociální pracovník na to musí umět reagovat.⁷⁴ Sociální pracovník významně ovlivňuje svým jednáním klienta i jeho rodinu a celkovou atmosféru spojenou se situací konce života klienta. Je podstatné, aby vnímal umírajícího člověka celostně a neorientoval svou pozornost pouze na nemoc. Měl by zjistit, zda klient netrpí pocitem viny, výčitkami, neodpuštěním, osamělostí, nebo strachem. Sociální pracovník často řeší vztahy v rodině, pokud si to situace žádá, a pokud je to zakázkou v rámci sociální práce s rodinou. Vyřešení vztahových situací může klientovi velmi ulevit od bolesti, kterou zažívá. Je důležité, aby sociální pracovník pomohl klientovi najít pro něj přijatelné východisko z toho, co ho niterně tíží.⁷⁵

V Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s práce sociálního pracovníka zahrnuje nejen širokou administrativu, ale i samotnou terénní práci a navíc každý sociální pracovník zastává pozici vedoucího terénních služeb (dle oblastí: Třeboň, Jindřichův Hradec).⁷⁶ Mezi další hlavní činnosti patří komunikace s odbornou i laickou veřejností, budoucími klienty a jejich blízkými. Většinou do organizace sociálnímu pracovníkovi volají pečující osoby, které péči o svého blízkého nezvládají a potřebují pomoci. Na základě této domluvy provede sociální pracovník u rodiny sociální šetření a poté dojde k podepsání smlouvy, ve které je konkrétně zmíněno, jaké úkony budou v rodině vykonávány, jak pravidelně a v jakém rozsahu. Mezi další činnosti sociálního pracovníka v této organizaci může patřit:

1. vyjednávání dalších nabízených sociálních služeb⁷⁷,
2. vedení půjčovny kompenzačních pomůcek,
3. zastoupení práce asistentek v sociálních službách (díky vystudovanému oboru nebo absolvování kurzů)

⁷¹ Srov. STUDENT, J., MÜHLUM A., STUDENT, U. *Sociální práce s hospici a paliativní péče*, s. 11-15.

⁷² Srov. ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, K., VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína*, s. 492.

⁷³ Srov. Tamtéž, s. 395.

⁷⁴ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*, s. 10-12.

⁷⁵ Srov. ČÍPKOVÁ, I. *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče*, s. 10.

⁷⁶ To znamená, že vytváří jakýsi rozvrh kam, v jaký den a v jaký čas se má jednotlivá asistentka v sociálních službách či zdravotní sestra dostavit ke klientovi. Srov. NOVOTNÁ, S. *Zpráva z praxe*. Třeboň, 2021. Nepublikovaný rukopis.

⁷⁷ Sociální službou se myslí činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Srov. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, ve znění platném k 14. 3. 2006, § 3, v písm. a).

4. zprostředkování dovážky jídla,
5. sociální poradenství⁷⁸ v oblasti čerpání výloh ze zdravotního pojištění nebo vyřizování sociálních dávek (příspěvek na péči⁷⁹ nebo dlouhodobé ošetrovné⁸⁰),
6. práce s dobrovolníky,
7. plánování a koordinace překladů pacienta mezi jeho domovem a zdravotnickým zařízením,
8. podpora a pomoc pečující rodině při obtížných rozhodnutích (přerušeni léčby, udržování při životě),
9. péče o pozůstalé (plánování pohřbu, majetkové uspořádání),
10. ve spolupráci s ošetrujícím personálem zjištění potřeb, které daný klient i rodina má a zároveň napomáhání při jejich uspokojování,
11. účast na pravidelných týmových poradách – spolupráce s ostatními členy týmu,
12. vedení dokumentace o klientech.⁸¹
13. podporování vnitřního potenciálu (víry v sebe, schopnosti rozhodovat se, trvat na svém názoru).

2.1.1 Znalosti a dovednosti sociálního pracovníka v prostředí hospicové péče

Činnosti sociálního pracovníka v hospicové péči jakékoli formy vyžadují znalost legislativy - Listina základních práv a svobod, Všeobecná deklarace lidských práv a svobod, Ústava ČR, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Etický kodex pracovníků hospice, Etický kodex sociálních pracovníků České republiky, zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, Vyhláška č. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách, Charta práv umírajících, Standardy specializované mobilní paliativní péče⁸² a občansko – právní dovednosti. Důležité jsou však také výborné komunikační schopnosti, které jsou odbornou výbavou sociálního pracovníka.⁸³ Mezi osobnostní předpoklady sociálního pracovníka by měla tedy určitě patřit schopnost vedení empatického rozhovoru, úcta a pozitivní vztah ke klientovi. Sociální pracovník by měl být výborným řečníkem, chápat klientovu i neverbální komunikaci, měl by umět aktivně naslouchat⁸⁴, parafrázovat jeho výroky a shrnovat obsah řečeného proto, aby mu takto vyjádřil pochopení v tom, co a jak říká. Klientovi říká jasné a srozumitelné informace, měl by

⁷⁸ Sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Jde o základní činnost všech poskytovaných druhů sociálních služeb. Srov. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, ve znění platném k 14. 3. 2006, HLAVA I, § 37, odst. 2.

⁷⁹ Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. U osob nad 18 let se rozlišují 4 stupně závislosti (lehká, středně těžká, těžká, úplná). Srov. Tamtéž, HLAVA I, § 7, odst. 1, § 8, odst. 2.

⁸⁰ Dlouhodobé ošetrovné je finanční příspěvek, jehož posláním je pomoci rodinám překlenout nepříznivou situaci spojenou s potřebou poskytovat celodenní péči blízkému. U terminálních pacientů se od ledna 2022 nevyžaduje žádná předcházející hospitalizace. U ostatních pacientů se požadovaná doba hospitalizace zkracuje na 4 dny. Nově je možné vydat rozhodnutí o potřebě ošetřování do 8 dnů po ukončení hospitalizace. Srov. *UMÍRÁNÍ* [online]. Dlouhodobé ošetrovné, Posl. úpravy 17. 3. 2022 [cit. 2022-03-17]. Dostupné na [www: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/dlouhodobé-oseetrovne-platne-od-1-1-2022>](https://www.umirani.cz/rady-a-informace/dlouhodobé-oseetrovne-platne-od-1-1-2022)

⁸¹ Srov. NOVOTNÁ, S. *Zpráva z praxe*. Třeboň, 2021. Nепublikovaný rukopis.

⁸² Srov. Tamtéž.

⁸³ Srov. KALVACH, Z. A KOL. *Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky*, s. 189.

⁸⁴ Aktivní naslouchání je schopnost plně se soustředit na mluvčího, porozumět jeho sdělení a zamýšleně reagovat. Srov. *APLIKACE PRÁCE* [online]. Aktivní naslouchání, Posl. úpravy 17. 3. 2022 [cit. 2022-03-17]. Dostupné na [www: <https://aplikaceprace.cz/magazin/aktivni-naslouchani-jako-zasada-uspesne-komunikace>](https://aplikaceprace.cz/magazin/aktivni-naslouchani-jako-zasada-uspesne-komunikace)

vhodně zahajovat a ukončovat rozhovor a věnovat klientovi určitý omezený čas. Sociální pracovník by měl být slušný, trpělivý, umět seriózně vystupovat a dokázat klienta motivovat a stimulovat ke spolupráci.⁸⁵ Vyjádření zájmu o něj a o vše, co říká, je známkou jeho přijetí jakkoliv nemocný je.⁸⁶

Mezi další osobnostní předpoklady sociálního pracovníka v prostředí hospicové péče patří při kontaktu s klientem schopnost rozpoznat, nakolik v rámci plánování poskytovaných služeb klient potřebuje praktickou pomoc a asistenci, a nakolik svými potřebami vyjadřuje touhu po rozhovoru, pochopení a naslouchání jeho nejnítěžnějších věcí. Vyslechnutí může být velmi silnou posilující složkou. Mnohdy je tou největší pomocí právě jen prožitek těžkého osudu umírajícího. Sociální pracovník by měl toto vědět a chápat.⁸⁷

Dalšími předpoklady pro vykonávání povolání sociálního pracovníka jsou svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost, odborná způsobilost podle zákona o sociálních službách⁸⁸ a minimálně vyšší odborné vzdělání. Mezi vlastnostmi sociálního pracovníka by neměla chybět trpělivost, zvládání stresu a emocionálně náročných situací. Lidé, kteří jsou výbušní, neklidní, nevlídní a nevyrovnaní, by neměli v oblasti paliativní péče pracovat.⁸⁹

I v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s. je pro sociálního pracovníka nutné vyšší odborné vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci a sociálně právní a charitativní činnost. Možné je také vysokoškolské vzdělání zaměřené na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.⁹⁰

Ačkoli jsou sociální pracovníci v Hospicové péči sv. Kleofáše i pracovníky terénními, je nezbytnou podmínkou vlastnit řidičský průkaz skupiny B. Je důležité, aby byl sociální pracovník schopen pracovat s tématy umírání, smrt a bolest ze ztráty. Pro správné fungování nabízených sociálních služeb by všichni, nejen sociální pracovník, měli být schopni pracovat týmově a být ochotni se učit novým dovednostem a vzdělávat se. Proto je velmi vhodná dřívější praxe v sociální oblasti. Pro práci s jakoukoli cílovou skupinou je jistě užitečný výcvik v krizové intervenci nebo výcviky v psychosociální oblasti. Nutná je orientace v zákonech, legislativách a opatřeních potřebných pro zákonem schválený postup řešení. Jako odborník by měl být také připraven na situace možného výskytu etického dilematu nebo etického problému, které jsou součástí náročné práce⁹¹. Více bude těmto pojmům věnována pozornost v následující kapitole 3 Etická problematika.

2.2 Syndrom vyhoření u pracovníků v hospicové péči

Pojem syndrom vyhoření byl poprvé použit v roce 1974 Herbertem Freudenbergem v časopise *Journal of Social Issues*. V 80. letech 20. století nastal rozvoj pozornosti

⁸⁵ Srov. PARKES A KOL. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, s. 60.

⁸⁶ Srov. KALVACH, Z. A KOL. *Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky*, s. 189.

⁸⁷ Srov. ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, K., VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína*, s. 492.

⁸⁸ Srov. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, ve znění platném k 14. 3. 2006, *HLAVA I*, § 110, odst. 1.

⁸⁹ Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 46.

⁹⁰ Srov. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, ve znění platném k 14. 3. 2006, *HLAVA I*, § 110, odst. 4, v písm. a), b).

⁹¹ Srov. ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, K., VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína*, s. 492.

věnující se syndromu vyhoření, kterým se už během 80. a 90. let 20. století zabývala radioložka Olga Dostálová.⁹²

Burn-out neboli syndrom vyhoření je reakce na mimořádně zatěžující práci, během které dochází k fyzickému, emočnímu i duševnímu vyčerpání sil. Pokud člověk cítí tento pocit beznaděje, dochází k závěru, že už nemůže dál. Syndrom vyhoření neboli vyhaslost má svá stádia. První fází je fáze nadšení, kdy člověk přemýšlí, jak zpestřit poskytovanou službu, hlídá si trendy a literární zdroje a v práci zůstává přesčas. Poté nastává fáze stagnace, ve které nedochází k naplnění ideálů, vrůstá pocit neuspokojení a zklamání. Fáze frustrace obsahuje vzrůstající pocity nespokojenosti a nechut' učit se něco nového. Při předposlední fázi, fázi apatie, člověk počítá, kolik hodin zbývá do konce pracovní doby, převážně má starost pouze o peníze a odměny a má odlišné vnímání kolegů a klientů. Poslední fáze vyhoření znamená úplné vyčerpání, problémy doma i v zaměstnání, tělesné obtíže, sebevražedný pokus a možný rozvoj závislosti.⁹³ Klíčovým vnitřním faktorem, díky kterému může člověk odolat vůči negativnímu účinku stresu, je jeho osobnost. Za vnější sociální faktor je pokládána sociální opora jako systém sociálních vztahů a vazeb.⁹⁴

Příčinou syndromu vyhoření je působení dlouhodobého stresu pracovní povahy. Hlavní stres vychází z podstaty onemocnění, podstaty léčby, jejích vedlejších účinků (vysílení, zdroje bolesti), problémů smrti a umírání, v dovednostech zacházet s reakcemi pacienta, jeho sebevražedných myšlenek, zlosti, závislosti, nespokojenosti ze strany pacienta a jeho rodinných příslušníků a důsledků konfliktu mezi členy personálu kvůli neustálému vypětí.⁹⁵ Mezi projevy syndromu vyhoření patří emoční únava, depresivní ladění a podrážděnost. Příznaky jsou psychické, fyzické i sociální.⁹⁶ Dochází tak ke ztrátě zájmu o klienta i o zaměstnání, kdy je jeho výkon spíše formální. Člověk všechno dělá jako robot, bez zájmu a potěšení, nedokáže se smát a je na úplném dně.⁹⁷ Velmi extrémním případem je drogová závislost či sebevražedné myšlenky.⁹⁸ Rizikové rušivé vlivy pro rozpuštění syndromu vyhoření mohou být vyjádřeny neustálým řešením vztahů v týmu na pracovišti, dále nadměrnou emoční vnímavostí k utrpení, se kterým se pracovník denně setkává, denním stykem s umírajícími a s nemocnými v terminálním stádiu nemoci, denním stykem s příbuznými těchto nemocných, přetížením administrativními úkony a přetížením denní rutinou, tedy stereotypní prací. Za neutrální faktory z hlediska rozvoje syndromu vyhoření lze považovat inteligenci, vzdělání, věk, délku praxe v oboru a dobu, po kterou je zastávána pracovní pozice.⁹⁹

Nejvíce ohroženi syndromem vyhoření jsou lidé zaměstnaní v pomáhajících profesích a osoby motivované ke své práci, s vysokými ambicemi.¹⁰⁰ Syndrom vyhoření může postihnout i členy rodiny, kteří se dlouhodobě a bez odpočinku starají doma o své nemocné.¹⁰¹ Syndrom vyhoření nepostihuje malou část profesionálů, naopak se zdá, že počet lidí trpících syndromem vyhoření narůstá, ať jde o muže, nebo ženy. Příčina

⁹² Srov. BOLELOUCKÝ, Z., SVOBODA, M. *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*, s. 13.

⁹³ Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 43-44.

⁹⁴ Srov. Tamtéž, s. 44.

⁹⁵ Srov. Tamtéž, s. 37-38.

⁹⁶ Srov. BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*, s. 49.

⁹⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*, s. 33.

⁹⁸ Srov. BOLELOUCKÝ, Z. *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*, s. 98.

⁹⁹ Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 10,45.

¹⁰⁰ Srov. KEBZA, V. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*, s. 30.

¹⁰¹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*, s. 33.

tohoto nárůstu je v kladení stále větších požadavků na odbornost, osobnostní zralost a profesionalitu.¹⁰²

Pro pečující je péče o umírajícího člověka, která patří z hlediska zátěže k nejvýraznějším nebo člověka starého a imobilního s postupující demencí velmi náročná.¹⁰³ Péče o chronicky nemocné a nevléčitelně nemocné může být extrémně zatěžující aktivitou. Vypjaté emoční reakce, hněv a agrese se už tak v obtížné situaci zvládají velmi těžce. Stejně tak pracovníci pomáhajících profesí jsou vystaveni nadměrným psychickým a emočním nátlakům vedoucím k emočnímu vyčerpání.¹⁰⁴ Veškerý personál je každodenně na jejich pracovišti vystaven situacím, které musí z hlediska své odbornosti i své lidské kvality řešit.¹⁰⁵ Jde o celkový mentální i emoční vyčerpání postihující pracovníky z oboru školství, zdravotnictví a sociální práce, tedy disciplíny vyžadující denní mezilidský kontakt.¹⁰⁶ Jde o náročnou situaci, která má vliv na odolnost a schopnost situaci zvládnout. Základem úspěchu je vyrovnání se s pocity související s faktem smrtelnosti a supervizí kontakt zaměřený na tuto problematiku. Způsobené napětí a stres v zaměstnání může mít také vliv na osobní život. Konflikty s rodinou, partnerem nebo přáteli mohou mít za následek snížení subjektivní spokojenosti s kvalitou života.¹⁰⁷ Zátěží mohou být i úvahy a nejistoty o správnosti zvoleného přístupu terapie. Z hlediska paliativní péče jde o vyrovnání se s neúspěchem terapie a nemožností uzdravení.¹⁰⁸

2.2.1 Prevence syndromu vyhoření

Aby byla zajištěná prevence před syndromem vyhoření, zaměstnavatel pomáhajících profesí je povinen implementovat do pracovní náplně již zmíněnou psychohygienicky působící supervizi. Supervizor nabízí svůj objektivní a neangažovaný pohled zvenčí a měl by pracovníky přesvědčit, že pracují dobře a ve prospěch klienta. Během komunikace se supervizorem vzniká prostor k reflexi problému či etického dilematu a jsou podporovány pozitivní změny v chování pracovníka, který se může o sobě a svém činnosti hodně naučit. Supervidování sami přinášejí na setkání témata, která potřebují řešit. Před syndromem vyhoření chrání také to, že supervizor podporuje dobrou spolupráci na pracovišti.¹⁰⁹

Základní doporučení pro prevenci syndromu vyhoření vychází ze zásad duševní hygieny, která zahrnuje pravidelný pohyb, relaxační cvičení a dodržování denního režimu. Dále z psychologického hlediska je velmi důležitá atraktivita provozované činnosti, díky níž je jedinec aktivitou plně pohlcen.¹¹⁰ Za prevenci vyhoření jedince a systému, v němž se jedinec nachází, se také považují důslednost a odvaha rozpoznat včas rušivé elementy, a to i tehdy, když se na první pohled zdá, že vhodné řešení neexistuje. Je také nutné být disciplinovaný a přes spory a rozpory se nepřenášet a nevolit únik před nimi, ani je před sebou nesunout, ale naopak je včas nazývat pravým

¹⁰² Srov. SCHMIDTBAUER, W. *Syndrom pomocníka*, s. 15.

¹⁰³ Srov. KEBZA, V. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*, s. 54.

¹⁰⁴ Srov. MASLACH, C., GOLDBERG, J. *Prevention of burnout. New perspectives, applied and preventive psychology*, s. 63-74.

¹⁰⁵ Srov. DUNLOP, R., HOCKLEY, J. *Terminal care support teams the hospital- hospice interface*, s. 5-6.

¹⁰⁶ Srov. SCHMIDTBAUER, W. *Syndrom pomocníka*, s. 15.

¹⁰⁷ Srov. KEBZA, V. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*, s. 40.

¹⁰⁸ Srov. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, s. 18.

¹⁰⁹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*, s. 56.

¹¹⁰ Srov. ŠAUEROVÁ, M. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*, s. 280.

jménem, dokud se nevyřeší.¹¹¹ Další možností prevence může být kvalitní příprava na profesi zahrnující výcvik, jasná definice poslání organizace a metod práce, jasné vymezení profesionální role pracovníka a náplň práce, existence systému zácviku nových pracovníků, existence programu osobního rozvoje, podpora dalšího vzdělávání a omezení administrativní zátěže.¹¹²

Podmínkou výkonu sociální práce a práce v pomáhajících profesích obecně, musí být pozitivní vztah k sobě samému a vědět, co tento vztah posiluje. Kdo zanedbává péči o sebe, ten nedokáže svůj velký výdej energie ničím vyrovnat a nedovede pozitivní energii přijímat. Stejně tak, kdo nedovede přijímat své často i nepříjemné vlastnosti, nedovede je přijmout ani u těch, kterým pomáhá.¹¹³

Proto základem prevence syndromu vyhoření je dobrý výběr personálu. Ten, kdo práci v hospicové péči nechápe jenom jako službu, ale jako dobrodružství lásky a účasti na něčem, co nás nekonečně spojuje, nevyhoří nikdy.¹¹⁴ Pro pracovníky začínající v paliativní péči, by měl existovat služebně starší kolega (psycholog nebo sociální pracovník), kterému se může nově příchozí svěřovat se svými pocity a problémy, jež vyplývají z jeho nové práce. Tento kolega by mu měl dopomoci k porozumění skutečné motivace ke zvolené práci a pomoci mu pochopit jeho vlastní postoje k umírání a smrti samotné.¹¹⁵

Za hlavní faktory předcházení vyhaslosti lze považovat nalezení smysluplné pracovní činnosti, získání a převzetí profesionální autonomie a opory a vytváření přirozeného vztahu k práci.¹¹⁶ Faktory, které moderují vliv psychosociálního stresu na zdraví člověka, moderují i možný vznik vyhaslosti.¹¹⁷ Osoby s vysokou úrovní nezdolnosti se vnímají a hodnotí jako kompetentnější ve zvládání každodenních nároků a příznivě hodnotí své psychické i fyzické síly. Činí tak pozitivní hodnocení situací a vybírají přiměřené strategie k jejich zvládnutí, což vede k příznivějšímu hodnocení situace. Vliv sociální opory má také své opodstatnění. Sociální opora má hlavní zdroje v rodině, v zaměstnání a u přátel, se kterými je možno trávit volný čas.¹¹⁸

¹¹¹ Srov. PRIEß, M. *Jak zvládnout syndrom vyhoření*, s. 176.

¹¹² Srov. HROŽENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*, s. 192.

¹¹³ Srov. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 22.

¹¹⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*, s. 33-34.

¹¹⁵ Srov. MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*, s. 38.

¹¹⁶ Srov. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostická a intervenční možnosti. Československá psychologie*, s. 427-429.

¹¹⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*, s. 46.

¹¹⁸ Srov. PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*, s. 10.

3 Etická problematika

3.1 Etika

Etymologicky se termín etika odvozuje z řeckého éthos vyjadřující obvyklé místo bydlení, obyčej, zvyk nebo mrav.¹¹⁹ Etika je filosofická disciplína, která se zabývá mravními jevy. Jde o nauku mravnosti, o původu a podstatě morálního svědomí a jednání. Řeší základní mravní postoje a problémy lidského života z hlediska svědomí, učí rozlišovat dobro a zlo, mravné a nemravné, čestné a nečestné.¹²⁰ Etiku jako odvětví filosofie ovlivňují obecné otázky o životě a jeho smyslu, které si filozofové kladou. Na jejím utváření se podílí sociální, politická a náboženská kultura, ve které se vyvinula.¹²¹

Etikou se rozumí filozofická reflexe, která hledá všeobecně platné morální principy. Navíc také prověřuje jak normativní nároky jednotlivce i společnosti, tak se také ptá po dobrém životě a odpovědném jednání.¹²² Etika je spojena s člověkem, s odpovědností člověka v jeho jednání s člověkem, ale také se vším, co k životu člověka patří. Etika tedy může být definována jako hledání pravidel soužití člověka s člověkem.¹²³

Etika jako vědní disciplína je rozdělena podle čtyř přístupů na deskriptivní (sociologie etiky, význam morálek), normativní (obecné zkoumání principů dobrého a zlého jednání), metaetiku (logika etiky, význam morálních pojmů) a aplikovanou etiku (speciální zkoumání konkrétních oblastí života).¹²⁴

Při pohledu do historie se nesetkáváme pouze s přístupy Aristotela a Platóna (myšlenka dobrého života, ideálních lidských vlastností a vztahem mezi ctností a hledáním štěstí) nebo Tomáše Akvinského (ucelený obraz toho, co je správné a přirozené), ale také s několika dalšími: etika založena na citech (Hume), etické chování založeno na kategorickém imperativu (Kant), etika postavena na rozhodnutích silného státu (Hobbes) nebo etika vycházející z očekávaných výsledků (utilitaristé).¹²⁵ Morální chování a principy se tedy objevily již na samém počátku lidských dějin jako praktické zvyky a vysoce potřebné jednání pro skupinové soužití. Etické problémy hrály významnou roli v životě a myšlení lidí již před vznikem samotné filosofie a také předtím, než se mravní principy, kategorie, hodnoty a normy staly předmětem filosofického zkoumání.¹²⁶

3.2 Morálka, hodnoty, normy

Termín morálnost se odvozuje z latinského mos, které původně vyjadřovalo vůli, potom mrav, předpis, zákon, vlastnost, charakter a nakonec vnitřní podstatu.¹²⁷ Pod pojmem morálka se chápou sociálně platná morální práva a povinnosti, které s normami společenského chování určují životní praxi (mravně jednat).¹²⁸ Tato soustava předpisů lidského jednání je založena na rozlišení správného či nesprávného a schopnosti rozlišit dobro a zlo. Morálku lze také definovat jako životní zkušenost vyúsťující v životní

¹¹⁹ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 17.

¹²⁰ Srov. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. *Akademický slovník cizích slov*, s. 835.

¹²¹ Srov. THOMPSON, M. *Přehled etiky*, s. 14.

¹²² Srov. STUDENT, J., MÜHLUM A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 123-124.

¹²³ Srov. KOHÁK, E. *Svoboda, svědomí, soužití – Kapitoly z mezilidské etiky*, s. 14.

¹²⁴ Srov. THOMPSON, M. *Přehled etiky*, s. 11-13.

¹²⁵ Srov. SEDLÁK, J., HODOVSKÝ I. *Antologie z etiky*, s. 162.

¹²⁶ Srov. SEMRÁDOVÁ, I. *Etika*, s. 7.

¹²⁷ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 17.

¹²⁸ Srov. STUDENT, J., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce s hospici a paliativní péče*, s. 123.

moudrost a vyrovnanost, jako vykonávání Božích přikázání, jako službu ideálu, ctnosti či spolu s Kantem jako respektování kategorického imperativu.¹²⁹

Člověk je nositelem svobodné vůle a sám se rozhoduje, jak bude jednat. Jeho volba se stává volbou morální až tehdy, když se rozhoduje s ohledem na jiné lidi. Morálka představuje smysl pro spravedlnost. Každý člověk by měl být schopen za normálních sociálních podmínek a při určité intelektuální vyspělosti rozpoznat, co je spravedlivé a co nespravedlivé. Každý člověk pak chce jednat spravedlivě a totéž chování očekává od ostatních lidí.¹³⁰ Morálka je soubor morálních norem, které stanovují, jaké chování je považováno za dobré či špatné v rámci společnosti nebo sociální skupiny a lidé se jimi řídí z vnitřních pohnutek, z podnětu svědomí a mravního cítění, ale i pod tlakem veřejného mínění.¹³¹ Morálka je tak nejen systémem normativním, ale především systémem hodnotícím.¹³²

Morální hodnoty určují základní rámec našeho chování a jsou vždy přijímány jako norma. Zatímco jiné hodnoty jsou krátkodobé a proměnlivé, morální hodnoty mají trvalou platnost.¹³³ Jsou výsledkem aktu hodnocení, které je nezbytnou součástí lidského prožívání a myšlenkových pochodů.¹³⁴ Z morálních hodnot vycházejí základní normy mezilidského soužití.¹³⁵

Normy stanovují zvláštní obecně závazný řád, který uspokojuje potřebu orientace člověk ve světě. Člověk se normám učí v rámci lidské společnosti v důsledku nejrůznějších forem sociálního tlaku.¹³⁶ Za mravní normu je většinou považováno jakési nepsané pravidlo¹³⁷, které platí v určité společnosti nebo v dané společenské skupině. Mravní norma je určována např. tradicí a je podporována silou veřejného mínění a jedince zavazuje v jeho svědomí.¹³⁸

3.3 Etika sociální práce

Etiku ve spojení sociální práce můžeme označit jako soubor mravních zásad, které by měl sociální pracovník dodržovat. Tyto mravní zásady lze v dnešní době označit za schválené standardy profesní komorou či jinou národní asociací sociálních pracovníků, které upevňují žádoucí způsob profesionálního chování.¹³⁹

Pro účely sociální práce by mělo studium etiky u budoucích sociálních pracovníků vytvářet schopnost kritické analýzy profesních situací, které mají vztah k dobru nebo újmě všech zúčastněných. Zároveň musí napomoci zdravému sebevědomí sociálního pracovníka a k jeho vědomí zodpovědnosti vůči klientům, zadavateli zakázky i sobě samému. To vše při zachování pracovní pohody a osobní integrity. Etika se tak pro sociální práci stává obecnou disciplínou, která vyžaduje schopnost odstupů od vyhodnocené pracovní situace, abstraktního uvažování k vytvoření hypotézy eticky

¹²⁹ Srov. SEMRÁDOVÁ, I. *Úvod do etiky*, s. 54.

¹³⁰ Srov. RAWLS, J. *Teorie spravedlnosti*, s. 38-39.

¹³¹ Srov. ŠIMEK, J. Úvod do lékařské etiky- jak dnes rozumět hippokratovské tradici. *Praktický lékař*, s. 555-557.

¹³² Srov. ZOUBEK, V. *Právověda a státověda: úvod do právního a státovědního myšlení*, s. 700.

¹³³ Srov. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*, s. 82.

¹³⁴ Srov. ROSENZWEIG, M. *Životní hodnoty: příručka pro učitele občanské nauky*, s. 28.

¹³⁵ Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 67.

¹³⁶ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 43.

¹³⁷ To neznamená, že by mravní norma nemohla mít podobu příkazu, předpisu či pokynů.

¹³⁸ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 43.

¹³⁹ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 62-63.

přijatelného řešení a analýzy budoucího scénáře nebo všech již uskutečněných řešení z pohledu všech etických vlivů na hodnotu řešení a jeho dopad na zúčastněné.¹⁴⁰

Takto navržené pojetí etiky dává prostor pro kriticky posuzované aplikování výchozích principů, zákonů, kodexů a specifických zásad sociální práce. Je tedy důležité, aby etika zůstala pro sociální práci profesní disciplínou zohledňující principy jednání a jejich kontext. Musí tak spojit vědomí principů a hodnot s konkrétní situací konkrétních případů v praxi. Podstatou etiky v sociální práci je sociálnímu pracovníkovi umožnit, aby byl schopen rozeznat příslušné principy a hodnoty a dovedl s nimi pracovat. Etika také uschopňuje sociálního pracovníka kriticky posuzovat problémy a dilemata své praxe.¹⁴¹ Tvrzení, že sociální pracovník, který stojí před dilematem, se musí rozhodnout a vybrat si jedno z řešení, je nesprávné, protože se zde zdůrazňuje neslučitelnost možností, mezi nimiž je třeba volit.¹⁴² Kdyby se přesto rozhodl pro jednu z možností, nedá se odhadnout, jaké řešení se v budoucnu ukáže jako přijatelnější.¹⁴³

Sociální práce musí daleko více než jiná „nepomáhající“ profese udržovat rovnováhu mezi profesionalitou, lidským přístupem a co nejmenší mírou manipulace. V tom sociálním pracovníkům, ale i ostatním členům hospicového týmu pomáhá etický kodex a právní normy.¹⁴⁴

3.3.1 Hospicová etika

Hospicová práce spočívá na zásadách, které jsou ve vzájemném souladu s odborně etickými principy sociální práce. Každý, kdo se rozhodne pro jakoukoli pozici a činnost v hospicové péči, musí si být těchto zásad plně vědom. Etické principy hospicové péče jsou založeny na uvědomění si skutečnosti, že nevléčitelně nemocný není biologický zůstatek, který by vyžadoval anestezii, resuscitaci nebo prodlužování života, ale o osobu, která je schopná integrovat se do vztahů, získávat osobní zkušenosti a osobnostně růst. Důraz je kladen na rozpoznání limitů medicíny a vyvarování se zbytečné léčby, tedy takové, která již neslouží žádnému cíli.¹⁴⁵

3.4 Etický kodex

Etické normy a principy, které jsou společně uspořádány do přehledných definic a požadavků se nazývají etické kodexy.¹⁴⁶ Díky etickému kodexu mají všichni členové organizace možnost plně si uvědomit morální pravidla a požadavky stanovené organizací. Etický kodex obsahuje základní hodnoty profese, které by měl každý profesionál dodržovat.¹⁴⁷ Jedná se o nejčastější způsob implementace etiky do organizační struktury. Organizace svým zavedeným etickým kodexem dává najevo, že etika je její důležitou součástí. Etický kodex je vnímán jako oficiální cesta k definování očekávaného chování zaměstnanců, managementu, ale i celé společnosti. Tento dokument vyjadřuje vzor chování v konkrétní situaci, což může zaměstnancům organizace pomoci při procesu rozhodování. Je tak důležité, aby byl volně přístupný

¹⁴⁰ Srov. FISCHER, O. *K pojetí etiky pro sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. ET AL. *Etika pro sociální práci*, s. 19.

¹⁴¹ Srov. Tamtéž, s. 18.

¹⁴² Srov. MUSIL, L. „*Ráda bych Vám pomohla, ale*“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*, s. 3.

¹⁴³ Srov. OPATRŇY, M. Etická dilemata vyplývající z odpovědnosti sociálních pracovníků k sobě samým a dilemata v nastavení hranic vůči klientům, *Sociální pomoc*, s. 42-46.

¹⁴⁴ Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 81.

¹⁴⁵ Srov. ONDRIOVÁ, I. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s. 85.

¹⁴⁶ Srov. IVANKOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 64.

¹⁴⁷ Srov. NEČASOVÁ, M. *Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. ET AL. *Etika pro sociální práci*, s. 83.

zaměstnancům, klientům i veřejnosti. Etický kodex lze také vnímat jako komunikační nástroj, prostřednictvím kterého může organizace garantovat svůj závazek vůči dodržování etických a právních norem.¹⁴⁸ V praxi se etické kodexy osvědčily jako vodítka ve svízelných situacích (etické problémy, etická dilemata).¹⁴⁹

Význam etického kodexu lze shrnout do následujících bodů:

1. kodex vyjadřuje poslání profese ve formě ideálu nebo základního cíle;
2. zabezpečení vedení a inspirace členům profese, kodex poskytuje také pravidla správného jednání, je průvodcem dobré praxe;
3. vytváření a udržování profesní identity - pomocí vyhlášení ideálu služby, základních etických principů a způsobu jednání, které očekávají od profesionála členové profese;
4. zdůraznění statusu profese - díky samostatné existenci kodexu, protože je považován za charakteristický znak profese;
5. kodex slouží jako měřítko pro hodnocení aktuální praxe - jako podklad pro posouzení stížností a k disciplinárním účelům v případě profesionálního pochybení;
6. kodex chrání klienty před zneužitím úřední moci a zanedbáním péče.¹⁵⁰

Kodexy mohou obsahovat:

1. poslání;
2. prohlášení týkající se osobnosti profesionála a hodnot profese;
3. etické zásady (principy);
4. etická pravidla;
5. zásady (principy) profesní praxe;
6. pravidla profesní praxe.¹⁵¹

Etický kodex pracovníků hospice v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s shrnuje nejdůležitější zásady chování a jednání zaměstnanců a dobrovolníků ve smyslu vystupování vůči klientům a veřejnosti, ve vztazích v pracovním týmu, k vlastní osobě, k zaměstnavateli a v některých specifických situacích.¹⁵² Co se týká struktury, první částí tohoto etického kodexu je úvod, ve kterém je zmíněna svoboda a rovnost člověka.¹⁵³ Dalšími částmi jsou: obecné zásady, zásady práce v hospicovém týmu, přístup ke klientům a veřejnosti, vztah k zaměstnavateli, vztah ke spolupracovníkům, vztah k sobě, jednání s dárci a závěr, jehož obsahem je, že etický kodex pracovníků hospice je závazný pro všechny pracovníky hospice, kteří jsou s jeho obsahem i významem seznámeni a mají možnost do něj kdykoli nahlédnout. Samozřejmě jsou všem pracovníkům k dispozici také ostatní dokumenty obsažené v příloze Etického kodexu pracovníků hospice: Základní práva umírajících osob, Charta práv umírajících, Práva pacientů ČR, Charta práv a svobod starších občanů, Etický kodex sester vypracovaný mezinárodní radou sester, Etický kodex české lékařské komory, Etický

¹⁴⁸ Srov. ONDRIOVÁ, I. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s. 24-25.

¹⁴⁹ Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 77.

¹⁵⁰ Srov. NEČASOVÁ, M. *Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. ET AL. *Etika pro sociální práci*, s. 84.

¹⁵¹ Srov. Tamtéž, s. 84-85.

¹⁵² Srov. HOSPIC SV. KLEOFÁŠE, o.p.s. *O nás*, [online].

¹⁵³ Srov. *Usnesení č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod*, ve znění platném k 1. 1. 1999.

3.5 Etický problém, etické dilema

Při výkonu pomáhající profese i v průběhu běžného života se každý z nás někdy ocitl v situaci, kdy byl nucen učinit rozhodnutí. Toto rozhodnutí může být definováno jako etický problém nebo etické dilema. Jedná se o dva zcela rozdílné pojmy, které společně však vyjadřují fakt, že každý jedinec má své hodnoty postaveny jinak a také situaci odlišně chápe. Proto vzniklá situace může být pro jednoho pracovníka etické dilema, pro druhého etický problém a pro třetího úplně běžnou formalitou. Záleží tedy na osobnosti pracovníka a jeho morálních zkušenostech.¹⁵⁵

Etický problém se dá vyložit jako konflikt, kde je možné poměrně jednoznačně stanovit jeho účastníky, kteří mají možnost svobodné volby. Rozhodnutí má pak ve výsledku podobu ano – ne. Jde o situaci, kdy je jasné, jak se má jedinec rozhodnout, jak má jednat, ale je to v rozporu s jeho morálními zásadami. Rozhodnutí jednat určitým způsobem se mu osobně příčí a s danou situací se těžce vyrovnává. Pokud je jednatel hodnocen svým okolím, problém se stává ještě obtížnějším. Etické problémy jsou ale na rozdíl od etických dilemat řešitelné a každému je umožněno uplatnit alespoň jednu verzi řešení, která je v souladu s jeho morálními ideály.¹⁵⁶

Etické dilema je možné charakterizovat jako situaci, kdy je nutnost volby mezi dvěma stejně nepřijemnými nebo navzájem se vylučujícími možnostmi, ale také jako volbu mezi dvěma či více stejně přijatelnými možnostmi, u nichž není zcela jasné, jaké rozhodnutí bude vhodnější. Podíl na hodnocení situace má v tomto případě větší počet subjektů a jejich rozhodnutí má vliv na větší počet lidí. Podoba rozhodnutí pak již není ano – ne, ale buď – anebo. Každé možné řešení představuje konflikt morálních principů a nekorespondují s hierarchií hodnot těch, kterých se rozhodnutí týká.¹⁵⁷ Etické dilema představuje každou situaci, kdy je člověk konfrontován s tím, co může udělat z právního nebo administrativního hlediska, ale současně s tím, co by měl dělat z hlediska etického.¹⁵⁸ V těchto vzniklých případech může při rozhodování napomoci mnoho faktorů: mravní závazky, etické teorie, etické principy nebo osobnost jednatelova člověka a jeho hodnoty včetně zkušeností.¹⁵⁹

Pokud chce hospicová péče dbát na důstojnost člověka i v posledních etapách života, stále na problém rozhodování, kvůli překrývání různých zájmů a způsobů pohledu na hodnoty, naráží. V hospicové oblasti péče jsou zvláště zatěžující ty konflikty, které skutečně či zdánlivě zpochybňují autonomii pacienta. Mezi zásadní existenciální problém v hospicové péči patří rozhodování, zda má být nevyléčitelně nemocnému člověku, i přes jeho vůli, objasněna jeho situace. Ošetřující lékař má sice povinnost podat informace, ale pacient si sám rozhodne, zda vůbec a do jaké míry chce být informován. Nemocný potřebuje sám pro sebe čas, aby si nastalou situaci dokázal připustit a dovolit svým bližním, aby tu tíhu mohli nést společně s ním. Mezi ještě častější a problematičtější patří v hospicové oblasti přání pomoci zemřít. Do konfliktu se v tomto případě dostávají hodnoty práva na sebeurčení pacienta a nedisponovatelnost

¹⁵⁴ Srov. KALNÁ, I. *Etický kodeks pracovníků hospice*, Třeboň, 2021. Nепublikovaný rukopis.

¹⁵⁵ Srov. MATOUŠEK, O. A KOL. *Metody a řízení sociální práce*, s. 24.

¹⁵⁶ Srov. ONDŘIOVÁ, I. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*, s. 14-15.

¹⁵⁷ Srov. Tamtéž, s. 14.

¹⁵⁸ Srov. BANDIT, R. Etická dilemata vyplývající z limitovaných zdrojů v sociální práci. *Sociální práce*, s. 19.

¹⁵⁹ Srov. MATOUŠEK, O. A KOL. *Metody a řízení sociální práce*, s. 24.

života. Strach z dlouhého umírání, nesnesitelných bolestí a z toho, že se člověk stane přítěží ostatním, může vést k myšlence rychlého ukončení života. Hospicová etika výslovně odmítá úmyslné zkrácení života. V tomto ohledu je snaha Evropské rady o legitimizaci eutanazie alarmující. Aktivní eutanázie je uzákoněna v Nizozemsku, Španělsku, Belgii, Lucembursku, Kolumbii, Kanadě, na Novém Zélandu a v některých australských státech. Paradoxem je, že eutanázie pochází z řeckého slova euthanasia, které znamená dobrou nebo dokonce krásnou smrt. Hospicová nabídka nespočívá v pomoci ukončit život, ale v komunikaci s umírajícím člověkem o jeho životě a smrti, čímž uchovává šanci se emočně i duchovně připravit na smrt a snad ji i přijmout.¹⁶⁰

¹⁶⁰ Srov. STUDENT, J., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce s hospici a paliativní péče*, s. 131-134.

4 Hodnoty Hospicové péče sv. Kleofáše, o.p.s

Hodnoty a zvyklosti každého pacienta a jeho rodiny jsou všemi pracovníky Hospicové péče sv. Kleofáše respektovány a brány vážně stejně jako potřeby pacienta, kterým pracovníci vycházejí vstříc. Hodnoty jsou vždy nadřazeny nad zájmy pracovníků, kteří zachovávají úctu k životu, respektují lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení. Současně se zaměstnanci organizace snaží vytvořit vztah založený na důvěře, který by měl být spolu s respektem ke znalostem, zkušenostem a k rozdílným názorům součástí vztahů nejen mezi nimi a pacienty, ale také mezi kolegy a dalšími odborníky.¹⁶¹

4.1 Základní občanská práva a svobody

Pracovníci v hospici by měli znát různé etické a právní předpisy, které ochraňují nejen klienta, ale i samotné pracovníky. Z důležitých právních předpisů, ve kterých by se měli pracovníci orientovat, můžeme jmenovat Listinu základních práv a svobod, Všeobecnou deklaraci lidských práv a svobod, Ústava ČR a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.¹⁶² Umírající má právo na důstojné zacházení, řádnou péči, respekt ke své osobnosti, citlivý přístup a férovou, empatickou a zároveň pravdivou a otevřenou komunikaci. I když jsou osoby v konečném stádiu nemoci často fakticky závislé na poskytované péči, je třeba respektovat jejich práva, která vyplývají především z Listiny základních práv a svobod a ze zmíněných mezinárodních dokumentů.¹⁶³ Mezi základní hodnotu Etického kodexu pracovníků hospice patří právě uznávání a zachování základních občanských práv a svobod. Lidé jsou si před sebou rovní a svobodní jak v důstojnosti, tak v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.¹⁶⁴ Každý má právo na život (je hoden ochrany již před narozením) a nikdo ho nesmí být zbaven.¹⁶⁵

4.2 Lidská důstojnost

Pojem důstojnost patří k základním hodnotám lidské existence. Považuje se za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života podmíněnou zdravotním stavem, zdravotním postižením a poskytováním zdravotnických či sociálních služeb. Nikdo nesmí být podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení. Z tohoto důvodu je tak nezbytné respektovat skutečnost, že každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost. Existují čtyři formy pojmu důstojnost (důstojnost zásluh, důstojnost mravní síly, důstojnost osobní identity, důstojnost lidské bytosti), kdy největší význam ve zdravotních a sociálních službách (tedy i v paliativní péči) má právě ta, která se týká narušení osobní identity.¹⁶⁶

Myšlenka lidské důstojnosti je mnohem starší, než myšlenka lidských práv. Lidská důstojnost je důležitý koncept, který zakládá prioritu lidské bytosti nad kolektivními právy. Věvodí tak komplexu základních práv obsažených v ústavním pořádku. Lidská důstojnost představuje objektivní ústavní hodnotu, která státu ukládá pozitivní závazek

¹⁶¹ Srov. KALNÁ, I. *Etický kodex pracovníků hospice*, Třeboň, 2021. Nепublikovaný rukopis.

¹⁶² Srov. NEČASOVÁ, M. *Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. ET AL. *Etika pro sociální práci*, s. 88-90.

¹⁶³ Srov. UMÍRÁNÍ. *Etické principy*, [online].

¹⁶⁴ Srov. Usnesení č. 2/1993 Sb. *Listina základních práv a svobod*, ve znění platném k 1. 1. 1999, čl. 1.

¹⁶⁵ Srov. Tamtéž, čl. 6 (1,2).

¹⁶⁶ Srov. KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 32-33.

zajistit, aby se stala integrální součástí právního řádu.¹⁶⁷ Lidskou důstojnost lze interpretovat jako nejvyšší ústavní princip. Listina uznává rovnost hodnoty všech lidských bytostí, a proto by lidská důstojnost měla být zaručena všem. Právě lidská důstojnost je to, co je u pacientů potřebujících paliativní péče ohroženo nejvíce.¹⁶⁸ Pro většinu lidí neexistuje horší bolest, žádné větší utrpení, než když cítí, že přišli o svou důstojnost.¹⁶⁹ Takový člověk postupně ztrácí schopnosti, které mu umožňovaly žít sociální život. Podle stanovené diagnózy je odkázán na pomoc druhých, bez nichž je jeho život mnohem těžší až v některých situacích nemožný.¹⁷⁰ Stane se závislým a odkázaným na každodenní péči svých blízkých nebo cizích lidí (mobilní hospicová péče). V důsledku této závislosti může pomalu ztrácet svou identitu a pocit své vlastní ceny. Vše, co dávalo člověku smysl, se pomalu vytrácí i s lidskou důstojností.¹⁷¹ Za ztrátu důstojnosti může být také považováno psychické strádání způsobené změnou psychiky z důvodu léků s vedlejšími účinky. Neuznání a nerespektování klienta jako autonomní bytosti může způsobit pocit méněcennosti.¹⁷²

4.3 Autonomie

Osobní autonomie je jev zahrnující nezávislost a svobodu. Autonomní jedinec by měl řídit své vlastní aktivity bez cizí pomoci, sám uspokojovat své fyziologické potřeby, stát si za vlastními názory a nevnucovat si blízkost, souhlas a emocionální podporu. Neměl by být zatížen strachem z druhých lidí ani pocitem viny vůči nim.¹⁷³

Ztráta autonomie patří k nejčastějším a nejzávažnějším problémům umírajících lidí. Domácí hospice by ji tak v rámci terénních služeb měly podporovat. Zejména tedy to, aby člověk mohl o sobě co nejvíce rozhodovat včetně toho, zda, jak a kde bude ošetřován. U autonomie nastává dilema v situaci, kdy má pacient sníženou schopnost racionálního uvažování.¹⁷⁴ V tomto případě (ztráta kompetence) jsou rozhodnutí učiněná předem eticky i právně velmi problematické. V České republice jsou pro tyto situace uzákoněna předem vyslovená přání. Vzhledem k posilování autonomie má přednost podpora k sebeobsluze a k prožívání relativní soběstačnosti. Pacient by měl také být stále a opakovaně tázán na svůj názor.¹⁷⁵ Respekt k právu pacienta na sebeurčení je nezbytně nutné dodržovat, ale vždy je třeba také pamatovat na vyváženost a širší souvislosti.¹⁷⁶

4.4 Kvalita práce

Kvalitní, dostupná a komplexní péče o nevyлéčitelně nemocné a umírající pacienty je možná pouze za předpokladu kvalitní týmové spolupráce zdravotníků s reprezentanty ostatních profesí, včetně duchovních.¹⁷⁷ Na kvalitu poskytované paliativní péče má vliv povaha prostředí, ve kterém se mohou měnit i vztahy mezi členy týmů a složení týmů

¹⁶⁷ Srov. BARAK, A. *Human dignity: the constitutional value and the constitutional right*, s. 12-14.

¹⁶⁸ Srov. WAGNEROVÁ, E. A KOL. *Listina základních práv a svobod: komentář*, s. 60.

¹⁶⁹ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání. Možnosti pokojného konce života*, s. 108.

¹⁷⁰ Srov. WAGNEROVÁ, E. A KOL. *Listina základních práv a svobod: komentář*, s. 61.

¹⁷¹ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání. Možnosti pokojného konce života*, s. 108.

¹⁷² Srov. SKOBLÍK, J. *Přehled křesťanské etiky*, s. 27.

¹⁷³ Srov. KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 34.

¹⁷⁴ Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 319.

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

¹⁷⁶ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. A KOL. *Paliativní medicína*, s. 426.

¹⁷⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných*, s. 23.

věnujících se paliativní péči.¹⁷⁸ Kritérií k posouzení kvality péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty v hospicích je v České republice pět a popisují podstatnou myšlenku hospicové práce:

1. umírající člověk a jeho blízcí stojí v centru hospicové služby,
2. klienti mají k dispozici mezioborový tým,
3. zapojení dobrovolníků,
4. dobré znalosti a schopnosti diagnostikovat příznaky,
5. kontinuita péče o dotyčnou skupinu.

Dále tyto znaky kvality péče o umírající pacienty naznačují, do jaké míry může být koncept celostní péče o klienty hospice a jejich blízké plodný, v případě, že se propojí s péčí a specifickými odbornostmi. Navíc také mohou představovat kritéria kvality kultury umírání. Tato kultura umírání by měla být měřítkem pro péči, zacházení a opatrování nevléčitelně nemocných osob a jejich rodin ve všech zdravotnických zařízeních. Kvalitu péče o nevléčitelně nemocné a umírající vymezují standardy a normy hospicové a paliativní péče.¹⁷⁹

Pracovníci v hospicové péči jsou odpovědní za kvalitu jimi poskytované služby a za vysokou úroveň své odbornosti. Všichni zaměstnanci dodržují příslušné legislativní předpisy, usilují o kvalitní práci na vysoké a odborné úrovni, kterou si průběžně doplňují studiem. V rámci kvality práce dbají na efektivitu práce, nestrannost, neúplatnost a poctivost. Svou organizaci vždy v kontaktu s pacientem, rodinami, spolupracovníky, návštěvami hospice, při jednání s odbornou veřejností i veřejností laickou, s úřady a s kolegy v hospici ctí a pečují o její dobrou pověst a dbají na zásady slušného chování a komunikace.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Srov. PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, Ch. *Principy a praxe paliativní péče*, s. 453.

¹⁷⁹ Srov. STUDENT, J. Ch., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 40.

¹⁸⁰ Srov. KALNÁ, I. *Etický kodex pracovníků hospice*, Třeboň, 2021. Nepublikovaný rukopis.

5 Podstatné faktory ovlivňující řešení etických dilemat u pracovníků Hospicové péče sv. Kleofáše, o.p.s

Jako metoda pro sběr dat v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s byl zvolen kvalitativní výzkum. Ačkoli se názory na kvalitativní výzkum mohou u jednotlivých metodologů velmi lišit, v poslední době začal kvalitativní výzkum získávat rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu.¹⁸¹

5.1 Kvalitativní výzkum

Každému kvalitativnímu výzkumu náleží určitá teorie, na jejímž základě se stylizují odpovídající výzkumné otázky a techniky.¹⁸² Ihned na začátku je pro kvalitativní výzkum nejdůležitější výběr tématu a určení základních výzkumných otázek, které výzkumník může upravovat či doplňovat jak během výzkumu, tak během sběru a analýzy dat. Jak výzkumné šetření bude probíhat, si autor výzkumného šetření určuje prostřednictvím výzkumného plánu, jehož obsahem je místo, kde se výzkum odehraje, s jakými aktéry, za jakých okolností a v jakém časovém intervalu.¹⁸³ V průběhu sběru dat a jejich vyhodnocování se pomalu vytváří představa, ze které výzkumník postupně promítá to, co zjistil. Badatel nehledá pouze odpovědi na dané otázky, ale také hledá veškeré spojitosti mezi informacemi, které v průběhu šetření nasbíral. To, které informace při svém šetření zohlední, záleží na subjektivním rozhodnutí. Cílem je tedy vysvětlení toho, jak se lidé v určitém prostředí a situaci chovají, proč se tak chovají a jak organizují své každodenní aktivity v průběhu celého dne.¹⁸⁴ Každý výzkum v terénu se ve spojitosti se sledovaným problémem liší, tedy má svá specifika, která jsou viditelná ve všech fázích výzkumného šetření.¹⁸⁵

5.2 Polostrukturovaný rozhovor a sekundární analýza dat

Polostrukturovaný rozhovor jako technika výzkumného šetření obsahuje připravené otázky, které systematicky směřují k identifikaci výzkumného tématu pomocí detailních odpovědí. Tato technika výzkumného šetření je oblíbená pro svou dostupnost, pochopitelnost a flexibilitu. Jde o nejefektivnější a výhodný prostředek k získání informací na základě konverzace obsahující otázky, jež mají za úkol vyvolat dostatečně obsáhlé odpovědi účastníků.¹⁸⁶ Běžnou pomůckou pro dodržení struktury, připomínání stavu rozhovoru a jeho časového průběhu je jeho osnova. Má to i dobrý psychologický dopad na aktéry samotné, když vidí, že se výzkumník pečlivě věnoval přípravě rozhovoru.¹⁸⁷

Sekundární sběr dat je výzkum zaměřený na získávání a vyhodnocení dat, které již existují. Tyto data byly sesbírány někým jiným a za jiným účelem. Stala jsem se tak již sekundárním uživatelem dat¹⁸⁸, protože jsem pro výběr hodnot (viz kapitola 4 Hodnoty Hospicové péče sv. Kleofáše, o.p.s) a tvorbu otázek polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha I.) využila Etický kodex pracovníků hospice od autorky magistry Ireny Kalné.

¹⁸¹ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, s. 49.

¹⁸² Srov. MIŠOVIČ, J. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*, s. 29-30.

¹⁸³ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, s. 50.

¹⁸⁴ Srov. SKUTIL, M. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*, s. 70.

¹⁸⁵ Srov. MIŠOVIČ, J. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*, s. 39.

¹⁸⁶ Srov. Tamtéž, s. 80.

¹⁸⁷ Srov. KUBÁTOVÁ, H. *Metodologie sociologie*, s. 117.

¹⁸⁸ Srov. BURIÁNEK, J. K pojetí sekundární analýzy. *Sociologický časopis*, s. 5.

5.3 Cíl výzkumného šetření

Výzkumný cíl jinými slovy znamená zamyšlená aktivita vědeckých aktérů, která je v čase rozložená plánovaná výzkumná činnost a očekávaný výsledek zkoumání. Tato aktivita má podobu plánu výzkumných činností, projektu výzkumné činnosti s definováním očekávaných výstupů a výsledky výzkumné činnosti.¹⁸⁹

Cílem výzkumného šetření bylo zjištění faktorů, které ovlivňují pracovníky v rámci multidisciplinárního týmu při řešení etických dilemat. Výzkumné šetření bylo zrealizováno v Hospici sv. Kleofáše, o.p.s. v Třeboni.

V rámci splnění cíle výzkumného šetření byly také zvoleny dvě výzkumné otázky:

1. Jaké faktory nejvíce ovlivňují pracovníky multidisciplinárního týmu při řešení etických dilemat v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s?
2. Jaké zjištěné faktory se shodují s vybranými hodnotami z Etického kodexu pracovníků hospice?

5.4 Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Pro polostrukturovaný rozhovor bylo stanoveno deset otevřených a na sebe navazujících základních otázek (viz Příloha I.). Výzkumné otázky se týkaly jak informací o pracovnících multidisciplinárního týmu a jejich zkušeností s etickým dilematem, tak konkrétních situací představující etické dilema, kdy podstatná byla především reakce aktérů na to, jak by se zachovali. U některých základních otázek byly přidány doplňující otázky (viz Příloha II. Doplňující otázky), které přispěly k mnohem lepšímu uchopení problému, o který jsem se zajímala.

Pro všechny aktéry byly otázky stejné a u každého rozhovoru byly pokládány ve stejném pořadí, aby byla diskuze udržena v chodu a neodbočila od tématu. Prvních pět otázek bylo zvoleno nejen kvůli nastartování rozhovoru a rozproudění konverzace, ale také kvůli lepšímu způsobu navázání vzájemného porozumění či pozitivního vztahu. Druhá část se týkala spíše otázek specifikujících a vyvolávajících přímé odpovědi.¹⁹⁰

Šlo tedy zejména o získání odpovědí, v nichž docházelo k zaměření se na určitou stránku aktérů (faktory ovlivňující řešení etických dilemat). Díky otázkám a jednotlivým odpovědím aktérů bylo možné odhalit zkoumaný jev (faktory řešení etických dilemat).¹⁹¹

5.5 Výběr aktérů

Vhodný výzkumný soubor v kvalitativním výzkumu podléhá jiným pravidlům než výzkum kvantitativní. Zvolený vzorek zde reprezentuje výzkumný problém nikoli určitou populaci a nevzniká náhodně nýbrž cíleně s hledem na problematiku výzkumu. Výběr respondentů je odvozen od toho, jak je definován výzkumný problém a výzkumné otázky.¹⁹² Aktéři byli vybráni záměrně pomocí účelového výběru. Účelový výběr je veden záměrem výzkumníka, který rozhoduje, kdo bude nejlépe odpovídat potřebám a záměru výzkumu.¹⁹³

Skupinu aktérů tvořili zástupci jednotlivých profesí multidisciplinárního týmu Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s. Mezi tyto profese patří zdravotní sestra, lékař, fyzioterapeut, psycholog, psychoterapeut, sociální pracovníce, pracovníce v sociálních

¹⁸⁹ Srov. OCHRANA, F. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*, s. 25.

¹⁹⁰ Srov. MIŠOVIČ, J. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*, s. 89.

¹⁹¹ Srov. Tamtéž, s. 90.

¹⁹² Srov. ŠVARŤÍČEK, J. A KOL. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla*, s. 72-75.

¹⁹³ Srov. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*, s. 67.

službách (pečovatelka), duchovní, dobrovolník, pracovnice administrativy, PR pracovník, fundraiser, poradkyně pro pečující, pracovnice půjčovny kompenzačních pomůcek a vedení.¹⁹⁴ Zabývala jsem se otázkou, jak a podle čeho mám pracovníky vybírat. V tomto ohledu jsem kontaktovala vedoucí organizace, zda souhlasí s tím, že osloven bude vždy zástupce každé profese, který v organizaci pracuje nejdéle a má tedy nejvíce zkušeností. Vybraní aktéři jsou tak ti, kdo splnili určitá kritéria¹⁹⁵, mezi která patřilo: aby byl aktér zaměstnán v organizaci Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s. a aby byl nejdéle pracující zástupce své vykonávané profese v zařízení. Nakonec se počet aktérů snížil o tři, protože psychoterapeut se v rámci služeb mobilní hospicové péče v Třeboni moc nevyskytuje, pracovní činnosti PR pracovníka a fundraiser zastává jeden člověk a dobrovolník se angažuje pouze při pomoci na trzích a benefičních akcích. Dále pracovnice administrativy a PR pracovník usoudili, že z hlediska své pozice by mi pro výzkum nebyli užiteční. Více jsem nenaléhala a k rozhovoru jsem je nenutila. V podstatě až na vedení se tedy jedná o zaměstnance, kteří přichází do přímého kontaktu s klientem. Bude se tedy jednat o devět žen a jednoho muže.

Pro potřeby výzkumu budou aktéři označováni zkratkami: Ak1, Ak2, Ak3, Ak4, Ak5, Ak6, Ak7, Ak8, Ak9, Ak10. Mé otázky na aktéry budu označovat zkratkou: VK.

5.6 Popis sběru dat

Samotný sběr dat a jejich analýza s cílem zodpovědět výzkumné otázky neboli provedení studie se řídí výzkumným plánem. Ten lze však měnit, pokud to je potřebné a možné. Jak moc je tato fáze podrobná, závisí na zvolené metodologii.¹⁹⁶

Po výběru tématu začala první fáze v červenci 2021, kdy jsem oslovila paní ředitelku Hospicové péče sv. Kleofáše, o.p.s. paní magistru Irenu Kalnou. Následně jsem paní ředitelku informovala o konceptu výzkumu a požádala o zaslání dokumentů, kterými se v organizaci řídí. Zanedlouho mi byl zaslán Etický kodex pracovníků hospice, Příloha etického kodexu a Strategický rámec sv. Kleofáše. Postupně jsem začala promýšlet a připravovat výzkum. Bylo nutné seznámit se s možnostmi, které kvalitativní výzkum nabízí a vybrat nejvhodnější metodu. Zejména Etický kodex pracovníků hospice byl zdrojem jak pro otázky druhé části výzkumného šetření, tak pro vybrané hodnoty (viz kapitola 4 Hodnoty v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s.). Byla tak využita další metoda sběru dat, tzn. sekundární sběr dat (viz kapitola 1.1 Polostrukturovaný rozhovor a sekundární analýza dat). Po schválení otázek do výzkumu ze strany vedoucí diplomové práce docházelo k domluvě s paní ředitelkou organizace, zda výběr aktérů nechá čistě na mně či mi konkrétní zástupce profesí multidisciplinární týmu sama doporučí. Vybraní aktéři byli kontaktováni e-mailem, byl s nimi dohodnut termín zrealizování rozhovorů a byli obeznámeni s celým konceptem diplomové práce. Některé rozhovory mohly díky dodržení všech epidemiologických opatření probíhat *face to face*, některé musely proběhnout online díky pracovní vytíženosti zástupce určité profese. Rozhovory *face to face* byly uskutečněny v prázdné kanceláři organizace a trvaly přibližně 30 minut. Domluva ohledně výzkumného šetření probíhala v prosinci 2021 a samotné výzkumné šetření (rozhovory) v lednu 2022.

Ve třetí fázi byly všechny plánované rozhovory zrealizovány dle popsaného postupu. Postupně byly přepsány do osobního notebooku a nebyly žádným způsobem dál šířeny. Ponecháno bylo především podstatné jádro rozhovoru a úvod či závěr

¹⁹⁴ Srov. *HOSPIC SV. KLEOFÁŠE*, o.p.s.[online]. Třeboň: Lidé Hospice sv. Kleofáše, o.p.s., Posl. úpravy 22. 2. 2022 [cit. 2022-02-22]. Dostupné na [www: <https://www.kleofas.cz/lide>](https://www.kleofas.cz/lide)

¹⁹⁵ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, s. 150-154.

¹⁹⁶ Srov. Tamtéž, s. 41.

polostrukturovaného rozhovoru, který byl u každého aktéra jinak dlouhý či pomlky u přemýšlení nebyly zaznamenány při tvorbě poznámek ani při samotném prepisování rozhovorů. Nebyl tak narušen význam odpovědí a bylo využito techniky shrnujícího protokolu.¹⁹⁷ Vychází se z předpokladu zbytečných míst a nákladnosti při naprosto přesném prepisu rozhovoru.¹⁹⁸ Po přepsání všech rozhovorů byly veškeré záznamy smazány a poznámky na papírech skartovány. Pro účel diplomové práce byla každá otázka podrobena shrnutí odpovědí všech aktérů. Metodou vyhodnocení bylo zvoleno otevřené kódování. Jde o operaci, kdy jsou údaje rozebrány a složeny novým způsobem.¹⁹⁹ Kódování v kvalitativním výzkumu znamená stále srovnávání případů, pojmů, fenoménů atd. a formulaci otázek ohledně textu (proces srovnávání). Přitom se k jednotlivým částem empirického materiálu (získaným údajům) přiřazují označení neboli kódy.²⁰⁰ Nahrané rozhovory byly tedy přepsány, vytisknuty, získané údaje rozebrány, prostudovány a porovnáním zjištěny podobnosti a rozdíly.²⁰¹

5.7 Struktura polostrukturovaného rozhovoru

Rozhovor jako takový začíná přípravou setkání s aktéry, kdy během prvního kontaktu (e-mailovou cestou) se každý informujeme o tom, proč žádáme jejich čas, představí se všechny nezbytné informace o diplomové práci a získá se souhlas s uskutečněním rozhovoru a se způsobem zpracování dat. Cílem prvotního kontaktu *face to face* je také nenarušit chod příslušné organizace.²⁰²

Před provedením rozhovoru byli všichni aktéři pro jistotu seznámeni s názvem, strukturou a cílem diplomové práce. Ačkoli jsem v průběhu studia vykonávala odbornou praxi v organizaci Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s., neznala jsem nikoho natolik, abych nemusela zmínit své jméno a svůj studijní obor. Každý rozhovor byl tak započat neformálním rozhovorem neboli spontánním kladením otázek v rámci individuálního přístupu k aktérovi²⁰³, během kterého jsem zmínila průběh rozhovoru, připomněla anonymitu, nahrávání, psaní poznámek a následné prepisování. Teprve poté se přešlo k samotným otázkám, které byly zvoleny na základě již zmíněného cíle výzkumného šetření. Po zodpovězení poslední otázky proběhlo krátké rozloučení a v případě zájmu bylo domluveno, že po dokončení diplomové práce bude respondentům elektronicky zaslána na jejich osobní e-mail k přečtení.

5.8 Etické riziko výzkumu

Abych se vyhnula etickým rizikům výzkumu, jednala jsem tak, aby byla splněna základní pravidla. Před zahájením výzkumu, tedy rozhovoru, byl získán informativní souhlas a veškeré informace o výzkumném šetření byly aktérům sděleny. Otázky byly koncipovány tak, aby se dotýkaly pouze pracovního života aktérů a aby bylo respektováno jejich soukromí.²⁰⁴ Stejně jako důležitost informovaného souhlasu jsem měla na paměti emoční bezpečí svých informátorů. Tento požadavek je významný zejména pokud jde o citlivé téma, stejně jako je to u etických dilemat v Hospicové péči

¹⁹⁷ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, s. 407.

¹⁹⁸ Srov. Tamtéž, s. 209-211.

¹⁹⁹ Srov. LOJDOVÁ, K.. *Analýza dat v kvalitativním výzkumu*, [online].

²⁰⁰ Srov. HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*, s. 195.

²⁰¹ Srov. STRAUSS, CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*, s. 43.

²⁰² Srov. OCHRANA, F. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*, s. 86.

²⁰³ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, s. 175.

²⁰⁴ Srov. Tamtéž, s. 154-156.

sv. Kleofáši, o.p.s. Vytvoření bezpečného prostoru bylo stejně jako důvěra a navázání vzájemného vztahu jednou z klíčových částí pro sdělování reálných pocitů.²⁰⁵

²⁰⁵ Srov. PONOCNÁ, P. Empatie a emoce v etnografickém výzkum. *Lidé města*, 2018, roč. 20, č. 1, s. 89.

6 Výsledky

Hlavním cílem a první výzkumnou otázkou mé diplomové práce bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují řešení etických dilemat v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s. Aby bylo možné na tuto otázku odpovědět, byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu a technika polostrukturovaného rozhovoru, v rámci které bylo osloveno devět žen a jeden muž. Byli vybráni ti zástupce své profese, kteří v organizaci sv. Kleofáše pracují nejdéle a mají tak nejvíce zkušeností (viz kapitola 5.5 Výběr aktérů). Odpověď na první výzkumnou otázku budu tedy hledat v následujících odstavcích pomocí odpovědí aktérů na jednotlivé otázky.

Otázka č. 1

Z výsledků první otázky polostrukturovaných rozhovorů vyplývá, že se 8 aktérů z 10 shoduje na podstatné důležitosti Etického kodexu pracovníků hospice a zásadách v něm obsažených. Je zde vidět **jednání podle daných pravidel** a v malé míře také podle svého vlastního přesvědčení.²⁰⁶

Otázka č. 2

Při dotazu na význam pojmu etické dilema jsem dostala plno odpovědí téměř se shodujících s definicemi obsaženými v této práci (viz kapitola 3.5 Etický problém, etické dilema). To znamená, že si 7 aktérů z 10 myslí, že se etické dilema dá řešit mnoha způsoby, ale pracovníci organizace by se měli při vzniklém etickém dilematu rozhodovat vždy ku prospěchu klienta. Tedy pro to, co nenarušuje jeho lidskou důstojnost.²⁰⁷ **Znalost pojmu** je tak patrná a zcela na místě.

Aktéři Ak1, Ak3 a Ak7 nejsou ve výsledné odpovědi zahrnuti z několika důvodů. U Ak1 zřejmě došlo k nepochopení otázky: „*Je to situace, kdy z nějakého důvodu nejde zachovat především lidskou důstojnost druhého člověka.*“²⁰⁸, Ak3 si myslí, že jeho názor je v tomto ohledu upozaděn²⁰⁹ a Ak7 i přes několikaleté zkušenosti žádné etické dilema nezažil.²¹⁰

Otázka č. 3

Na otázku týkající se konkrétních etických dilemat se z jedné odpovědi vyvinul spíše etický problém. Nakonec se i přes tuto odpověď u ostatních 9 aktérů ukázalo, že řešení etických dilemat by bylo ovlivněno **přáním a blahem pacienta**.²¹¹

Otázka č. 4

Ohledně receptu na řešení etického dilematu byly odpovědi velmi rozličné. V případě vzniku etického dilematu by velikým pomocníkem byl **etický kodex**, setkání týmu mobilní specializované paliativní péče (porada) nebo také supervize či intervize. Jako další návod se ukázalo **naslouchání klientům** nebo také **uvědomění si svých kompetencí** a s vyhodnoceným řešením přijímat způsobené následky. Dalo by se říci, že každému v tomto případě vyhovuje něco zcela jiného.²¹²

²⁰⁶ Srov. Příloha č. IV. - XIII., otázka č. 1.

²⁰⁷ Srov. Příloha č. V, VII., VIII., IX., X., XII., XIII., otázka č. 2.

²⁰⁸ Příloha č. IV., otázka č. 2.

²⁰⁹ Srov. Příloha č. VI., otázka č. 2.

²¹⁰ Srov. Příloha č. V., otázka č. 2.

²¹¹ Srov. Příloha č. IV. - XIII., otázka č. 3.

²¹² Srov. Příloha č. IV. - XIII., otázka č. 4.

Otázka č. 5

Celý **tým** Hospice sv. Kleofáše, o.p.s se ukázal jako velmi **podstatný**. Komunikace s druhými může dle názorů aktérů přinést jednotlivci nový pohled na věc, díky kterému lze učinit rozhodnutí na lepší úrovni. Další funkcí se ukázala určitá podpora a jistota, že na vzniklé situace nejsou jednotliví zaměstnanci sami. Nikdy mě nenapadlo, že by konzultace v týmu mohla být vnímána také jako určitá pomoc s prožívaným pocitem a podpora zodpovědnosti za již zvolené rozhodnutí. Někdo se cítí zřejmě natolik jistý, že v rámci procesu rozhodování nepotřebuje různé úhly pohledů, ale pouze a jen ten svůj. Poté v rámci týmu chce být pouze ujistěn, že konal správně.²¹³

Otázka č. 6

Co se týká eutanazie, všichni z aktérů jí **odmítli**. Důvodů, proč tomu tak je se ukázalo několik: riziko zneužívání, dostatek paliativních řešení (analgosedace), nesprávná cesta nebo to, že je proti přísaze zdravotníků i Bohu. Je však důležité si připustit, jak bychom se rozhodli, kdybychom se v situaci velmi špatného zdravotního stavu nacházeli sami. Zatímco v tomto ohledu aktér Ak7 připustil, že neví, jak by o tomto tématu mluvil, kdyby se ho osobně týkalo, aktér Ak10 přiznal, že si dovede představit případ/y kdy by s **eutanazií souhlasil**.²¹⁴

Otázka č. 7

Že jsou zaměstnanci jednotlivých profesí zcela oddáni pravidlům organizace, dokazuje jasně **odmítnutí porušení slibu mlčenlivosti** a případné porušení označeno za zločin. Jediným připuštěným důvodem bylo zmíněno vyhrožování.²¹⁵

Otázka č. 8

U etického dilematu zda klientovi říci pravdu o jeho zdravotním stavu nebo milosrdně lhát nastala otázka, pro koho je lhát vlastně milosrdné. Pro toho, kdo to říká nebo pro toho, koho se to týká? Myslím si, že jde o zajímavou otázku a vhodný podnět k zamyšlení. Kromě jednoznačného názoru **říci o zdravotním stavu pravdu** se objevily i jiné postřehy. Podle sociální pracovnice (Ak7) klient vstupuje do služeb hospice již s tím, že svou diagnózu zná. Vzhledem k nemocem, se kterými se hospicoví pacienti potýkají, si myslím, že ne všichni si uvědomují svou nemoc a jsou s ní smířeni. To je podle poradkyně pro pečující jádro problému. Klientům, kteří nevědí, co hospic znamená a nejsou smířeni se svým zdravotním stavem, se údajně ta pravda říct úplně nedá. Za velmi důležitý nástroj je v tomto případě brána komunikace. Pravdu tak jde podle Ak9 říci vhodným a citlivým způsobem neboli se před klientem nemusí skrývat a ani není nutné ji případně rozmlouvat. Aktérem Ak10 by byla zvolena lež, u těch pacientů, co by pravda, pouhá myšlenka na ní, mohla přivodit symptomy.²¹⁶

Otázka č. 9

Respektovat přání klienta či nikoli? Pro 10 z 10 rozhodně ano. Ačkoli by byly hledány cesty, jak klientovo rozhodnutí pro jeho dobro změnit a byla by snaha zjistit, proč tomu tak je, ve finále by bylo přání klienta, které bylo vysloveno za plného vědomí, **respektováno**. Dále by tato problematika byla probírána s přímým nadřízeným, lékařem či celým týmem. Někdy je naopak komunikace s rodinou, která za klienta

²¹³ Srov. Příloha č IV. – XIII., otázka č. 5.

²¹⁴ Srov. Příloha č IV. – XIII., otázka č. 6.

²¹⁵ Srov. Příloha č IV. – XIII., otázka č. 7.

²¹⁶ Srov. Příloha č IV. – XIII., otázka č. 8.

rozhoduje, pokud sám již nemůže, velmi problematická. Když s některými názory rodiny zástupci oslovených profesí nesouhlasí, snaží se jim vysvětlit, co by si podle nich klienti přáli. Pokud se však rodina rozhodne jednat jinak, je třeba i to podle zaměstnanců respektovat.²¹⁷

Otázka č. 10

Při otázce na půjčovnu kompenzačních pomůcek bylo vidět, že někteří z aktérů v podstatě neznají provoz této služby, protože se tím nemusejí zabývat a nepatří to k náplni jejich práce. I tak by byl zdravotní stav, co by rozhodoval o tom, komu by byla pomůcka poskytnuta. Ti, co o provozních záležitostech měli informace, odpověděli v podstatě stejně ale jinou formou: hospic má vše dobře zajištěné díky dvěma samostatně fungujícím půjčovnám, pro veřejnost a pro hospicové klienty. Navzájem se nemíchají a ani na jednu z půjčoven nemohou být dvě poptávky najednou (nikdy se nedovolají dva lidé ve stejný čas). Teoreticky jde tedy podle Ak10 čistě o pořadí. Kdyby se ale náhodou ozval klient, pro kterého by již určitá pomůcka nebyla k dispozici, nezůstane bez pomoci. Byla by oslovena jiná půjčovna kompenzačních pomůcek, která by rodině poskytla to, co právě potřebuje. **Došlo by tak k uspokojení obou dvou stran.**²¹⁸

Ve finále této celé kapitoly bych ještě chtěla zmínit, že u všech oslovených, kteří se nad danou problematikou zamýšleli, jsem cítila zájem a lásku ke své profesi. Tedy hodnoty, které se nedají žádným způsobem předepsat. Ty musí mít člověk ze své povahy v sobě.

Druhou výzkumnou otázkou bylo zjistit, zda se nějaké zjištěné faktory z první výzkumné otázky shodují s vybranými hodnotami z Etického kodexu pracovníků hospice (viz kapitola 4 Hodnoty Hospicové péče sv. Kleofáš, o.p.s). Tuto shodu jsem hledala pomocí zjištěných faktorů (nejčastějších odpovědí), které jsem v každém předešlém odstavci zvýraznila. Následně jsem tyto jednotlivé vlivy na pracovníky mobilního hospice seskupila a roztrídila do několika kategorií a přiřadila k nim kód neboli název hodnoty:

jednání ku prospěchu klienta,	┌	Lidská důstojnost
jednání dle stanovených pravidel: nepřijatelnost euthanasie, odmítnutí porušení slibu mlčenlivosti,	┌	Respekt vůči poslání hospice
respektovat přání klienta,	┌	Autonomie
recepty na řešení etických dilemat,	┌	Individualita
pravda o zdravotním stavu klienta,	┌	Základní práva a svobody
pomoc za každou cenu, znalost pojmu, podstata týmu.	┌	Kvalita práce

²¹⁷ Srov. Příloha č. IV. – XIII., otázka č. 9.

²¹⁸ Srov. Příloha č. IV. – XIII., otázka č. 10.

Zjištěné faktory (hodnoty) se tedy shodují s vybranými hodnotami z Etického kodexu pracovníků hospice: základní práva a svobody, lidská důstojnost, autonomie a kvalita práce. Dalšími zjištěnými hodnotami, které nebyly v kapitole 4 Hodnoty Hospicové péče sv. Kleofáše definovány, ale jsou součástí Etického kodexu pracovníků hospice²¹⁹, jsou respekt vůči organizaci a individualita.

²¹⁹ KALNÁ, I. *Etický kodex pracovníků hospice*, Třeboň, 2021. Nепublikovaný rukopis.

7 Diskuse

První výzkumná otázka

Z první otázky polostrukturovaného rozhovoru vyplynulo, že Etický kodex pracovníků hospice je jakési vodítko, směrník a záchytný bod, díky kterému všichni vědí, jak se mají chovat a prostřednictvím kterého mohou dostat odpovědi na nejasné otázky například ohledně přístupu ke klientům.²²⁰ Lukášová potvrzuje, že stanovený etický kodex organizace je formální stránkou hodnot, které jsou pokládány za jádro organizační kultury,²²¹ ale Nečasová naopak upozorňuje na to, že profesní etické kodexy sice obsahují základní hodnoty, ale žádný z nich není detailní kuchařkou, kde by pracovník dané profese našel postupy řešení, podle kterých by jednal. Prostor pro vlastní úsudek a rozhodování by zmizel a etická dimenze by se vytratila.²²² V rámci této otázky mě zaskočila odpověď vyjadřující nedůležitost etického kodexu pro vykonávání profese, v tom smyslu, že vše, co Etický kodex pracovníků hospice obsahuje, by měl mít podle Ak10 člověk přeci v sobě- vnitřní inteligenci, citlivost a vnímavost (viz Příloha XIII. otázka č. 1). Toto odlišné vnímání Etického kodexu pracovníků hospice je v knize Janotové, Schiellea a Schelleové popsáno tak, že etická stránka nastalé situace působí vždy na subjektivní stránku člověka tak, aby morální chování vycházelo z jeho nitra. Jinými slovy, aby každý vycházel z vlastního přesvědčení²²³, které u aktéra Ak10 hrálo hlavní roli.

Dále bych se v diskusi chtěla vyjádřit k tvrzení Ak1 u druhé otázky, že etické dilema je situace, kdy z nějakého důvodu nejde zachovat lidská důstojnost druhého člověka.²²⁴ Ačkoli šlo zřejmě o nepochopení otázky, je důležité si znovu připomenout, že porušení nebo nedodržení lidské důstojnosti se neshoduje se základními hodnotami obsaženými v Etickém kodexu pracovníků hospice.²²⁵ Její důležitost vyjadřuje také Hendrych, který zmiňuje, že lidská důstojnost je pojmem chráněným Listinou základních práv a svobod, mezinárodními smlouvami o lidských právech a základních svobodách a dalšími předpisy, kdy jde tedy především o ochranu před zacházením snižujícím důstojnost člověka jako lidské bytosti.²²⁶ Podle Popovičové se lidská důstojnost realizuje zastáváním hodnoty lidského života, zastáváním hodnoty člověka a respektováním jeho potřeb fyzických, duchovních, duševních i sociálních a vyjadřováním úcty člověka k člověku na základě jeho lidství.²²⁷

U otázky č. 3 se ukázala neznalost pojmů etické dilema a etický problém, nebo by se dalo říci, že nepozornost samotného aktéra způsobila zkreslenou odpověď. Že dochází k častým záměnám těchto dvou pojmů, uvádí i Mátl, podle kterého je důležitá definice těchto pojmů pro jejich rozlišení.²²⁸ V rámci této otázky mě také jako budoucí vykonavatelku sociální práce asi nejvíce zajímalo, s jakým etickým dilematem přijde sociální pracovnice. K mému zklamání mi bylo řečeno, že asi nikdy žádné neřešila. To mě jako člověka, který se téměř pátým rokem učí, co etické dilema v sociální práci znamená, hodně překvapilo. Vždy jsem si myslela, že v oblasti paliativní péče je

²²⁰ Srov. Příloha č. IV. – XIII., otázka č. 1.

²²¹ Srov. LUKÁŠOVÁ, R. *Organizační kultura a její změna*, s. 21.

²²² Srov. NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*, s. 71.

²²³ Srov. JANOTOVÁ, H., SCHELLE K., SCHELLEOVÁ I. *Profesní etika*, s. 16.

²²⁴ Srov. Příloha č. IV., otázka č. 2.

²²⁵ Srov. Příloha č. I. *Etický kodex pracovníků hospice*.

²²⁶ Srov. HENDRYCH, D. A KOL. *Právní slovník*, s. 339.

²²⁷ Srov. POPOVIČOVÁ, D. *Lidská důstojnost jako filosoficko-právní pojem*, s. 225.

²²⁸ Srov. MÁTEL, A., SCHAVEL, M., MHÜLPACHR, P. ROMAN T. *Aplikovaná etika v sociální práci*, s. 109.

etických dilemat k řešení nespočet. Na základě ostatních odpovědí zřejmě ano²²⁹, ale ne na pozici sociálního pracovníka. I Standardy domácí paliativní péče obecně zmiňují, že etické otázky se v rámci paliativní péče objevují často.²³⁰

Jako další jedinečnou odpovědí se stala ta, která se týkala problematiky eutanazie. Případný souhlas v ojedinělých případech s tímto způsobem smrti byl vyjádřen aktérem Ak10 na základě zkušenosti s pacienty trpícími zejména psychicky (viz Příloha XIII. otázka č. 6). Pollard jako jeden z mnoha autorů se argumentem pro povolení eutanazie, snahou milosrdně zbavit člověka utrpení, zabývá a zmiňuje, že k emocionálnímu soužení a zbytečnému utrpení dochází z důvodu nedostatečného léčebného vzdělání.²³¹ Jaký názor je ten správný, se ovšem nedá říct. Vždy budou existovat jak argumenty pro, tak argumenty proti, kterými se zabývá Vácha. Ten uvádí jedenáct argumentů jak pro eutanazii, tak proti eutanazii.²³² Nejčastějším důvodem ve veškerých publikacích je autonomie pacienta, díky které může rozhodovat o svém životě podle své vůle. Vácha tuto skutečnost rozděluje do tří bodů: každý má právo se rozhodnout, každý má právo na autonomii a tělo je majetkem člověka.²³³ Naopak Loučka mluví o druhém a nejčastějším argumentu pro eutanazii, a to pomoc trpícímu člověku.²³⁴ Třetím a hlavním důvodem je z pohledů pacientů podle Váchy snaha o důstojnou či milosrdnou smrt, protože nikdo z pacientů nechce ztratit svou tvář a svůj život chtějí ukončit co společensky nejmorálněji.²³⁵ Je ovšem důležité zmínit, že i když je někdo pro nebo proti, téměř každý se bojí zneužití eutanazie při jejím případném uzákonění. Právě hrozba zneužití je nejsilnějším argumentem proti legalizaci eutanazie, ačkoli jich existuje daleko více. Ptáček uvádí například finanční obohacení nebo pohodlnost lidí, kteří se již nechtějí starat o svého blízkého. I když to zní hodně absurdně, je třeba na tyto skutečnosti dbát zřetel.²³⁶

V druhé výzkumné otázce byla zjištěna podoba získaných hodnot a vybraných hodnot z Etického kodexu pracovníků hospice. Mezi 4 hodnotami byla výsledná shoda stoprocentní a navíc byly zjištěny další dvě hodnoty (respekt vůči organizaci, individualita).

Vybrané a definované hodnoty v textu:

Získané hodnoty:

základní práva a svobody,

=

základní práva a svobody,

lidská důstojnost,

=

lidská důstojnost,

autonomie,

=

autonomie,

kvalita práce.

=

kvalita práce,

respekt vůči organizaci,

individualita.

²²⁹ Srov. Příloha č. IV., V., VI., VII., VIII., IX., XI., XII., XIII., otázka č. 3.

²³⁰ Srov. ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče*, s. 22.

²³¹ Srov. POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?*, s. 88-89.

²³² Srov. VÁCHA, M. *Základy moderní lékařské etiky*, s. 248-250.

²³³ Srov. VÁCHA, M. *Eutanazie*, s. 52-53.

²³⁴ Srov. LOUČKA, M., ŠPINKA, Š., ŠPINKOVÁ, M. *Eutanazie: víme, o čem mluvíme?*, s. 27-30.

²³⁵ Srov. VÁCHA, M. *Eutanazie*, s. 54-56.

²³⁶ Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Eutanazie- pro a proti*, s. 266.

Co se týká těchto dvou nově získaných hodnot, jde v podstatě o předpoklad určitého chování všech zaměstnanců jak k organizaci, tak navzájem k sobě samým, protože každý člověk je jedinečný a jeho způsoby řešení mohou být velmi individuální. To se ukázalo právě u otázky č. 4²³⁷, kdy každý z aktérů měl svůj vlastní recept na to, jak etické dilema řešit. Respektován musí být nejen pracovní tým a každý pacient, ale také osobnost každého jedince (kolegy), která nesmí být ignorována. To je obsaženo ve dvou kapitolách Etického kodexu pracovníků hospice, ve kterých se pojednává o vztahu mezi spolupracovníky a o tom, jaké možnosti v organizaci každý zaměstnanec má (např. supervize).²³⁸ Šimíčková-Čížková vyjadřuje osobitost a individualitu jako zvláštnost člověka, kterou se každý odlišuje od jiných lidí. Člověk tak musí být vnímán jako originál mezi originály.²³⁹

Že získané hodnoty shodující se s hodnotami vybranými (viz kapitola 6 Výsledky) nejsou v Etickém kodexu pracovníků hospice zvoleny náhodou, dokazuje fakt, že existuje konkrétní filosofie paliativní péče, která počítá i s tím, že existují určité rozdíly v přístupu k paliativní péči. Tímto tématem se zabývá Radbruch, Paynová a správní rada Evropské asociace pro paliativní péči, kteří vnímají, že existují společné principy a hodnoty hospicové a paliativní péče, ale zároveň připouštějí rozdílnost v přístupu k paliativní péči v různých zemích. I přesto uvádějí uznávaný společný soubor hodnot všech evropských zemí, který zahrnuje autonomii, lidskou důstojnost, potřebu individuálního plánování a rozhodování a zásadu holistického přístupu k pacientovi.²⁴⁰ Neliší se však pouze jednotlivé přístupy k paliativní péči, ale také etický kodex každé profese (viz Příloha III. Etický kodex pracovníků hospice) a etický kodex každé organizace. To znamená, že každý profesní etický kodex je pouze jakousi nadstavbou běžných zákonů, které jsou doplněny pouze dle potřeb organizace. Touto rozdílností se zabývá Nečasová, která říká, že každá profese obsahuje kodex, který reguluje jednání svých členů, protože by moc a privilegia mohla být zneužita.²⁴¹ Jak uvádí Hartl a Hartlová, každá profese má své vlastní nároky na etiku, morálku, chování a jednání.²⁴²

²³⁷ Příloha č. IV. – XIII.

²³⁸ Srov. Příloha č. III, kapitola Vztah ke spolupracovníkům, Vztah k sobě.

²³⁹ Srov. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Osobnost a její vývoj (distanční výuková opora)*.

²⁴⁰ Srov. RADBRUCH, L., PAYNE, S., A EAPC. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*, s. 21-26.

²⁴¹ Srov. NEČASOVÁ M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*, s. 63.

²⁴² Srov. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 144.

Závěr

Má diplomová práce se věnovala tématu podstatné faktory řešení etických dilemat v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s., kdy hlavním cílem bylo tedy zjistit, jaké faktory ovlivňují zaměstnance při řešení etických dilemat v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s.

Všechny kapitoly zmíněné ihned v Úvodu jsem pro obsah diplomové práce použila. To znamená, že jsem nejprve objasnila význam hospicové a paliativní péče a následně jsem zmínila důležitost multidisciplinárního týmu a supervize používané zejména u pomáhajících profesí. Dále jsem se v druhé kapitole zabývala významem sociální práce v hospicové péči a osobností sociálního pracovníka. Jinými slovy jsem tedy zjišťovala, jaké znalosti a dovednosti musí sociální pracovník v oblasti hospicové péče mít. Poslední část druhé kapitoly byla věnována fyzickému i emocionálnímu vyčerpání sociálních pracovníků neboli syndromu vyhoření a jeho prevenci. Poté jsem přešla na kapitolu, která byla vyhrazena pouze pro etickou problematiku této oblasti. Abych se mohla věnovat podstatným pojmům této práce, etickému dilematu a etickému kodexu, musela jsem nejprve věnovat pozornost jak etice samotné, tak specifické etice sociální práce. Pro celistvost celé kapitoly jsem definovala související pojmy, kterými byly morálka, hodnoty a normy.

Pro splnění cíle diplomové práce nebyly zvoleny pouze již zmíněné kapitoly, ale také byly stanoveny dvě výzkumné otázky:

1. Jaké faktory nejvíce ovlivňují pracovníky multidisciplinárního týmu při řešení etických dilemat v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s.?

2. Jaké zjištěné faktory se shodují s hodnotami z Etického kodexu pracovníků hospice?

Aby bylo možné naplnit druhou výzkumnou otázku a bylo možné získané hodnoty porovnat, bylo nutné vybrat hodnoty vyplývající z Etického kodexu pracovníků hospice. Těmito hodnotami se staly základní občanská práva a svobody, lidská důstojnost, autonomie a kvalita práce. Pro lepší porozumění a účely této práce jsem každou hodnotu ve spojitosti s Hospicovou péčí sv. Kleofáše, o.p.s. charakterizovala. Dále jsem popsala celý postup nalezení faktorů ovlivňujících řešení etických dilemat ve zvolené organizaci. To znamená, že jsem zmínila veškeré náležitosti nutné k realizaci kvalitativního výzkumu: polostrukturovaný rozhovor a sekundární analýza dat, cíl výzkumného šetření, otázky polostrukturovaného rozhovoru, výběr aktérů, popis sběru dat, struktura polostrukturovaného rozhovoru a etické riziko výzkumu.

V kapitole 6 Výsledky byly díky otevřenému kódování zjištěny hodnoty ovlivňující řešení etických dilemat v Hospicové péči sv. Kleofáše o.p.s.: základní občanská práva a svobody, lidská důstojnost, autonomie, kvalita práce, respekt vůči organizaci a individualita. Následným porovnáním s vybranými hodnotami z Etického kodexu pracovníků hospice byla dokázána jejich totožnost a navíc byly nalezeny další dvě nové hodnoty, které se nevyskytovaly v kapitole výběru hodnot z Etického kodexu pracovníků hospice. Zjistila jsem tak nejen faktory ovlivňující řešení etických dilemat v Hospicové péči sv. Kleofáše, ale také to, že zjištěné faktory (hodnoty) se shodují s vybranými hodnotami z Etického kodexu pracovníků hospice. Dalo by se tedy říci, že na zaměstnance Hospicové péče sv. Kleofáše, o.p.s. má vliv při řešení etických dilemat to, co je obsahem Etického kodexu pracovníků hospice. Nemusí to však být pouze z důvodu povinnosti, ale podle Šilera proto, že obsah etického kodexu jakékoli organizace zprošťuje pracovníka pocitu výčitek svědomí za to, že někdy může nebo dokonce musí udělat právě to, co jde nad rámec jeho tzv. deontologického kodexu^{243, 244}

²⁴³ Deontologické kodexy znamenají soubory povinností. Srov. ŠILER, V. *Etika pro žurnalisty*, s. 58.

Jediným problémem, se kterým jsem se během psaní celé diplomové práce sešla, se objevil při výzkumném šetření s aktérem Ak3, jehož odpovědi jsem téměř do jednotlivých výsledků vůbec nezahrnovala, protože se nejčastěji jednalo o odpovědi: můj názor je upozaděný, nemám tuto oblast na starosti - netýká se mě to, nedokážu posoudit, nechci odpovídat. Všechny odpovědi samozřejmě respektuji nehledě na poslední odpověď, která se týkala problematiky eutanazie. Zřejmě se aktéra týkala osobně, a proto jsem se víc nevyptávala. V celku na mě všechny zmíněné odpovědi působily tak, že se aktér zřejmě necítí být součástí týmu a myslí si, že na jeho názoru nikomu nezáleží. I přesto, že se s některými skutečnostmi v náplni své práce opravdu pravděpodobně nesetká, nemyslím si, že by jeho názor nebyl pro nikoho důležitý. I pouhé zamyšlení se nad etickými dilematy, by určitě nebylo na škodu.

Tato práce by mohla být užitečná nejen pro zúčastněné aktéry, ale také pro ostatní zaměstnance Hospicové péče sv. Kleofáše, o.p.s. Myslím si, že by se všichni mohli zamyslet nad tím, jak se vlastně cítí ve společnosti ostatních kolegů multidisciplinárního týmu a jak jsou spokojeni se svými postupy řešení etických dilemat a se svými znalostmi ohledně pojmů etické dilema, etický problém a etický kodex. Vedení organizace by výsledky výzkumného šetření mohly inspirovat například ke změnám provozním i ke změnám strategickým. Tato práce by se tak mohla stát důležitým podnětem pro zkvalitnění všech nabízených služeb Hospicové péče sv. Kleofáše, o.p.s.

Na závěr mohu říci, že jsem úspěšně splnila obě výzkumné otázky a tím i cíl celé mé diplomové práce.

²⁴⁴ Srov. ŠILER, V. *Etika pro žurnalisty*, s. 58.

Seznam použitých zdrojů

Literatura

ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, K., VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2014. ISBN 80-0279-7.

ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia 1, 2001. ISBN 80-200-0917-5.

ANZENBACHER, A. *Úvod do filosofie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0291-2

BARAK, A. *Human dignity: the constitutional value and the constitutional right*. Cambridge: Cambridge University Press, 2015, ISBN 978-1- 107-09023-1.

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Avicenum: Grada Publishing, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

BEDNÁŘOVÁ, M. *Psychosomatika jako holistický pohled na zdraví těla a duše*. Plzeň: Fakulta zdravotnických studií, 2017, Diplomová práce.

BYOCK, I. *Dobré umírání. Možnosti pokojného konce života*. Praha: Cesta domů, 2005. ISBN 80-7021-797-9.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2000, ISBN 80-246-0139-7.

DUNLOP, R., HOCKLEY, J. *Terminal care support teams the hospital- hospice interface*. Oxford: University Press, 1990, ISBN 978-0192619150.

FISCHER, O. *K pojetí etiky pro sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. ET AL. *Etika pro sociální práci*. Praha: JABOK, 2008, ISBN 978-80-904137-3-3.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-569-1.

HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. *Praktická supervize*. Praha: Galén, 2008, ISBN 978-80-7262-532-1.

HAVRDOVÁ, Z., KALINA, K. *Supervize*. Praha: Rada Evropy/Úřad vlády ČR, ISBN 92 - 9168 - 088 – 5.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-040-2.

HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1997, ISBN 382-230-97.

HENDRYCH, D. A KOL. *Právní slovník*. Praha: C. H. Beck, 2003, ISBN 80-7179-740-5.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4130-0.

IVANKOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-069-6.

JANOTOVÁ, H., SCHELLE K., SCHELLEOVÁ I. *Profesní etika*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-42-2.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2018, ISBN: 978-80-7553-414-9.

KABELKA, L., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011, ISBN 9788072628490.

KALNÁ, I. *Etický kodex pracovníků hospice*, Třeboň, 2021. Nepublikovaný rukopis.

KALVACH, Z. A KOL. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2019, ISBN 978-80-88126-54-6.

KALVACH, Zdeněk A KOL. *Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky*. Praha: Cesta domů, 2004, ISBN 8023928325.

KEBZA, V. *Psychická zátěž, stres a psychohygiena v lékařských profesích*. Praha: Grada Publishing, 2013, ISBN 978-80-247-4569-5.

KOHÁK, E. *Svoboda, svědomí, soužití – Kapitoly z mezilidské etiky*. Praha: SLON, 2004, ISBN 80-86429-35-0.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000. ISBN 978 80 262 1147-1.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.

KUBÁTOVÁ, H. *Metodologie sociologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007, ISBN 978-80-2441-549-9.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Praha: Signum Unitatis, 1992. ISBN 80 85439-04-2.

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

LOUČKA, M., ŠPINKA, š., ŠPINKOVÁ, M. *Eutanazie: víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2015, ISBN 978-80- 88126-08-9.

LUKÁŠOVA, R. *Organizační kultura a její změna*. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2951-0.

MALKOVSKÁ, N. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů*. Praha: České vysoké učení technické, 2007, ISBN 978-80-01-03800-0.

- MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3171-1.
- MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978 80-262-0180-9.
- MÁTEL., A. SCHAVEL, M. MHÜLPACHR, P. ROMAN T. *Aplikovaná etika v sociální práci*. Brno: Institut mezioborových studií, 2010. ISBN 978-80-87182-13-0.
- MATOUŠEK, O. A KOL. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2013, ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2016, ISBN 978-80-262-1154-9.
- MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče, 2005. ISBN 80-239-1915-6.
- MÍŠOVIČ, J. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019, ISBN 978-80-7419-285-2.
- MUSIL, L. „*Ráda bych Vám pomohla, ale*“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-93070-1-9.
- NEČASOVÁ, M. *Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. ET AL. *Etika pro sociální práci*. Praha: JABOK, 2008, ISBN 978-80-904137-3-3.
- NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, ISBN 80-210-2673-01.
- NOVOTNÁ, S. *Zpráva z praxe*. Třeboň, 2021. Nепublikovaný rukopis.
- OCHRANA, F. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*. Univerzita Karlova: Karolinum, 2019, ISBN 978-80-246-4200-0.
- ONDŘIOVÁ, I. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2021, ISBN 978-80-271-1696-6.
- PARKES a kol. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2008, ISBN 80-87029-23-2.
- PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2017, ISBN 978-80-247-5646-2.
- PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, Ch. *Principy a praxe paliativní péče*. Barrister & Principal, 2008, ISBN 978-80-87029-25-1.
- PETŘÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: AV ČR, 2000, ISBN 80-200-0607-9.

- POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?* Praha: Dita, 1996, ISBN 80-85926-07-5.
- PRIEB, M. *Jak zvládnout syndrom vyhoření.* Praha: Grada, 2015, ISBN 978-80-247-5394-2.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník.* Praha: Portál, 2013, ISBN 978-80-262-0403-9.
- PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext.* In STUDENT, J., CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* Praha: Nakladatelství H a H Vyšehradská s.r.o., 2006, ISBN 80-7319-059-1.
- PTÁČEK, R., BARTŮNEK, P. *Eutanazie- pro a proti.* Praha: Mladá fronta, 2019, ISBN 978-80-204-5339-6.
- QUINNOVÁ, A. *Kontext ztráty, změny a zármutku v paliativní péči.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-21-3.
- RADBRUCH, L., PAYNE, S., A EAPC. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě.* Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, ISBN 978-80-904516-1-2.
- RAWLS, J. *Teorie spravedlnosti.* Victoria Publising, 1995, ISBN 80-85605-89-9.
- ROSENZWEIG, M. *Životní hodnoty: příručka pro učitele občanské nauky.* Praha: Komenium, 1991, ISBN 80-85426-07-2.
- SEDLÁK, J., HODOVSKÝ I. *Antologie z etiky.* Olomouc: Univerzita Palackého, 1995, ISBN 80-7067-428-8.
- SEMRÁDOVÁ, I. *Etika.* Gaudeamus, 2009, ISBN 978-80-7041-575-7.
- SEMRÁDOVÁ, I. *Úvod do etiky.* Gaudeamus, 2007, ISBN 978-80-7041-309-8.
- SCHMIDTBAUER, W. *Syndrom pomocníka.* Praha: Portál, 2015. ISBN 978 80 262 0865-5.
- SKÁLA, B. A KOL. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci.* Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0.
- SLÁMA, O., ŠPINKA, Š., VORLÍČEK, J. *Koncept paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi.* Praha: Cesta domů, 2004, ISBN 80-239-4330-8.
- SLÁMA, O. A KOL. *Paliativní medicína pro praxi.* Praha: Galén, 2011, ISBN 978-80-7262-849-0.
- SKOBLÍK, J. *Přehled křesťanské etiky.* Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-357-1.
- SKUTIL, M. A KOL. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství.* Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-778-7.

STÁHALOVÁ, V. *Paliativní medicína*. Praha: Liga proti rakovině, 2010, ISBN 1-227.372.

STRAUSS, CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 199, ISBN 80-85834-60-X.

STUDENT, J. Ch., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. H & H Vyšehradská, 2006, ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. Ecce Homo, 1998, ISBN 80-902049-1-0.

SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných*. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-4107-9.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

ŠÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*. Liberec: Technická univerzita, 2008, ISBN 978-80-7372-323-1.

ŠAUEROVÁ, M. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018, ISBN 978-80-247-5255-6.

ŠILER, V. *Etika pro žurnalisty*. Olomouc, 2007, ISBN neuvedeno.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Osobnost a její vývoj (distanční výuková opora)*. Ostrava: Repronis, 2008, ISBN 978-80-7368-515-7.

ŠPAČEK, M. *Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů*. Praha, 2007. Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze. Evangelická teologická fakulta. Teologie křesťanských etik. Vedoucí práce J. Lachman.

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2004, ISBN 80-239-4329-4.

THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-806-6.

TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K., VODÁČKOVÁ, D. *Rozvoj Hospicové péče a její bariéry*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2015, ISBN 978-80-246-2941-4

VÁCHA, M. *Eutanazie*. Praha: Grada Publishing, 2019, ISBN 978-80-271-2575-3.

VÁCHA, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, ISBN 978-80-7367-780-0.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. A KOL. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0279-7.

VORLÍČEK, J. *Koncept paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-740-X.

WAGNEROVÁ, E. A KOL. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2012, ISBN 978-80-7357-750-6.

ZOUBEK, V. *Právovéda a státověda: úvod do právního a státovědního myšlení*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2010, ISBN 978-80-7380-23-2

Časopisy

BANDIT, R. Etická dilemata vyplývající z limitovaných zdrojů v sociální práci. *Sociální práce*, 2015, č. 4, ISBN: 978-80-7421-089-1.

BOLELOUCKÝ, Z. Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně. *Universitas*. 1998, roč. 1, č. 1, ISSN 1211-3387.

BURIÁNEK, J. K pojetí sekundární analýzy. *Sociologický časopis*. Praha: Filozofická fakulta. 1988, č. 1.

ČÍPKOVÁ, I. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče. *Sociální práce*. 2015, roč. 12, č. 4, ISSN 1213-6204.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*. 1998, roč. 42, č. 5.

MASLACH, C., GOLDBERG, J. Prevention of burnout. *New perspectives, applied and preventive psychology*. USA: Cambridge University Press, 1998.

OPATRŇÝ, M. Etická dilemata vyplývající z odpovědnosti sociálních pracovníků k sobě samým a dilemata v nastavení hranic vůči klientům. *Sociální práce*, 2015, č. 4, ISBN: 978-80-7421-089-1.

PONOČNÁ, P. Empatie a emoce v etnografickém výzkum. *Lidé města*, 2018, roč. 20, č. 1.

POPOVIČOVÁ, D. Lidská důstojnost jako filosoficko-právní pojem. *Časopis pro právní vědu a praxi*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, č. 3.

SVATOŠOVÁ, M. Také pozůstalí potřebují péči. *Katolický týdeník*. 2005, roč. 16, č. 42, ISSN 0862-5557.

ŠIMEK, J.. Úvod do lékařské etiky- jak dnes rozumět hippokratovské tradici. *Praktický lékař*, 2012, roč. 92, č. 10-12.

ŠVAŘÍČEK, J. A KOL. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla*. Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-313-0.

Internetové zdroje

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ [online]. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Posl. úpravy 22. 2. 2022 [cit. 2022-02-22].

Dostupné na www: <<https://www.asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice>>

HOSPIC SV. KLEOFÁŠE, o.p.s. [online]. Třeboň: O nás, Posl. úpravy 22. 2. 2022 [cit. 2022-02-22]. Dostupné na www: <<https://www.kleofas.cz/o-nas>>

HOSPIC SV. KLEOFÁŠE, o.p.s. [online]. Třeboň: Lidé Hospice sv. Kleofáše, o.p.s., Posl. úpravy 22. 2. 2022 [cit. 2022-02-22].

Dostupné na www: <<https://www.kleofas.cz/lide>>

JINDŘICHOHRADECKÝ DENÍK [online]. Jindřichův Hradec: Zprávy z regionu, Posl. úpravy 4. 3. 2022 [cit. 2022-03-04].

Dostupné na www: <https://jindrichohradecky.denik.cz/zpravy_region/domaci-hospice-ceka-zmena-k-lepsimu-od-noveho-roku-se-navysi-uhrady-20211207.html>

LOJDOVÁ, K. [online]. Analýza dat v kvalitativním výzkumu, Posl. úpravy 22. 2. 2022 [cit. 2022-02-22]. Dostupné na www:

<https://is.muni.cz/el/1451/jaro2018/d011/um/Lojdova_Analyza_dat_v_kvalitativnim_vyzkumu_JS2018.pdf>

MOJE MEDICÍNA. [online]. Péče o umírajícího pacienta, Posl. úpravy 22. 2. 2022 [cit. 2022-02-22]. Dostupné na www:

<<https://www.mojemedicina.cz/pruvodce-pacienta/pece-o-pacienta/pece-o-umirajiciho-pacienta-1.html>>

UMÍRÁNÍ. [online]. Etické principy, Posl. úpravy [cit. 2022-02-22]. Dostupné na www:

<<https://www.umirani.cz/clanky/uplatnovani-eticky-principu-v-paliativni-peci>>

UMÍRÁNÍ [online]. Dlouhodobé ošetrovné, Posl. úpravy 17. 3. 2022 [cit. 2022-03-17].

Dostupné na www: <<https://www.umirani.cz/rady-a-informace/dlouhodobе-osetrovne-platne-od-1-1-2022>>

ÚSTAVA A LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD [online]. Praha, Olomouc: Česká lékařská komora, Posl. úpravy 22. 2. 2022 [cit. 2022-02-22]. Dostupné na www:

<<https://www.lkcr.cz/ustava-a-listina-zakladnich-prav-a-svobod-433.html>>

Zákony

Usnesení č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod, ve znění platném k 1. 1. 1999.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění platném k 8. 12. 2011.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 14. 3. 2006.

Seznam příloh

- Příloha I. Otázky polostrukturovaného rozhovoru
- Příloha II. Doplnující otázky
- Příloha III. Etický kodex pracovníků hospice
- Příloha IV. Přepis rozhovoru s Ak1
- Příloha V. Přepis rozhovoru s Ak2
- Příloha VI. Přepis rozhovoru s Ak3
- Příloha VII. Přepis rozhovoru s Ak4
- Příloha VIII. Přepis rozhovoru s Ak5
- Příloha IX. Přepis rozhovoru s Ak6
- Příloha X. Přepis rozhovoru s Ak7
- Příloha XI. Přepis rozhovoru s Ak8
- Příloha XII. Přepis rozhovoru s Ak9
- Příloha XIII. Přepis rozhovoru s Ak10

Přílohy

Příloha č. I. Otázky polostrukturovaného rozhovoru

1. Jaký význam pro Vás má při vykonávání Vaší profese Etický kodex pracovníků hospice?
2. Jak chápete pojem etické dilema?
3. Jaké etické dilema se Vám v rámci Vaší práce v Hospici sv. Kleofáše vybaví?
4. Máte nějaký návod na to, jak etické dilema řešit?
5. Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, kdekerým mimo jiných patří neurychlovat ani neoddalovat smrt. Jaký je Váš názor na euthanasii, jako možnost smrti?
6. Jak moc a v čem je Vaše řešení etických dilemat ovlivněno pravidelnými týmovými poradami neboli ostatními názory Vašich kolegů?
7. Existuje něco mimo zákon, kvůli čemu byste se rozhodl/a porušit slib mlčenlivosti?
8. Zamýšlel/a jste se někdy nad tím, zda je lepší říct pravdu o zdravotním stavu klienta/klientky nebo milosrdně lhát?
9. Představte si, že by si Váš klient přál/a snížit dávky podávaných sedativ a byl/a byste svědkem toho, jak klient/klientka trpí, probudilo by to ve Vás něco, co by Vás donutilo toto přání porušit nebo byste bez váhání a s respektem jednal/a tak, jak si klient/klientka přál/a?
10. Kdyby v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek nastala situace, že by o jednu kompenzační pomůcku měli zájem dva klienti, pro koho byste se rozhodl/a? Pro toho kdo volal jako první nebo pro toho, kdo kompenzační pomůcku potřebuje se zdravotních důvodů více?

Příloha č. II. Doplnující otázky polostrukturovaného rozhovoru

1. Řídíte se vždy tím, co Vám ukládá zákon, standardy nebo etický kodex?
2. Co nakonec ovlivnilo Vaše rozhodnutí?
3. Jaký?
4. Stál/a jste někdy před rozhodnutím, zda slib mlčenlivosti porušit?
5. Proč?

Příloha č. III. Etický kodex pracovníků hospice

Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.
IČO 227 07 328
IČZ 34 500 000
Svatopluka Čecha 20, 379 01 Třeboň
www.kleofas.cz

ETICKÝ KODEX PRACOVNÍKŮ HOSPICE

Úvod

„Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství.“ /Všeobecná deklarace lidských práv-OSN/

„Jednej tak, aby účinky tvého jednání byly slučitelné s pokračováním vpravdě lidského života na Zemi.“ /H. Jonas, Princip odpovědnosti/

Etický kodex shrnuje nejdůležitější zásady chování a jednání zaměstnanců a dobrovolníků Hospicové péče sv. Kleofáše, o.p.s. (dále jen pracovníků) ve smyslu vystupování vůči klientům a veřejnosti, ve vztazích v pracovním týmu, k zaměstnavateli, k vlastní osobě a v některých specifických situacích.

Obecné zásady

Pracovníci uznávají a zachovávají základní občanská práva a svobody, respektují lidskou důstojnost v souladu s Ústavou ČR, zákony a dalšími právními předpisy. Řídí se obecnými společenskými zásadami a hodnotami lidství, komunikují vždy s nejvyšší možnou mírou slušnosti, porozumění a ochoty.

Při své práci se pracovníci snaží předcházet častým a obtížným etickým problémům, usilují o včasnou identifikaci a řešení těchto dilemat (např. při osobní či týmové supervizi). Jde o rozhodování v situacích, kdy se jedná například o ustoupení od invazivní léčby (včetně výživy a hydratace), dodržení vyjádřených přání pacientů týkajících se možné resuscitace a použití sedativ v paliativní péči aj.

Naše práce stojí na hodnotách organizace – lidskost, respekt a porozumění, důstojnost, které podněcují lásku k člověku, respekt k životu, smysluplnost života až do jeho konce.

Zásady práce v hospicovém týmu

- Do multidisciplinárního týmu hospicové péče patří zdravotní sestry, lékaři, fyzioterapeut, psycholog, psychoterapeut, sociální pracovníce, pečovatelky, duchovní, dobrovolníci, pracovníce administrativy, PR pracovník, fundraiser a vedení.
- Středem zájmu týmu je pacient/klient. Jeho potřeby a přání tvoří základ plánu péče/služby. Každý člen týmu, který ke klientovi přichází, reprezentuje svoji organizaci a její hodnoty.

- V kontaktu s pacienty/klienty, rodinami, spolupracovníky, návštěvami hospice, při jednání s odbornou i laickou veřejností, s úřady i s kolegy v hospici pracovník dbá na zásady slušného chování a komunikace např. nepoužívání vulgárních výrazů.
- Při poskytování péče/služby pracovníci vždy nadřazují potřeby pacientů/klientů nad své zájmy
- Pracovníci jsou odpovědní za kvalitu jimi poskytované služby a za co nejvyšší úroveň své odbornosti.
- Pracovníci respektují pravomoc a zodpovědnost svých kolegů i dalších odborných pracovníků.
- Při své práci pracovníci zachovávají úctu k životu, respektují lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.

Přístup ke klientům a veřejnosti

- V rozsahu své odbornosti a svých pravomocí pracovníci poskytují klientům a rodinám informace, které jim pomáhají rozhodovat o dalších postupech a vědomě přebírat spoluzodpovědnost (v záležitostech ošetrovatelských, léčebných, osobních, sociálních aj.). Pracovníci vědomě neuvádí v omyl pacienty/klienty a veřejnost tím, že by podali nepravdivé nebo zavádějící informace.
- Při poskytování péče se pracovníci snaží vytvořit vztah založený na důvěře, kdy jsou ctěna práva pacienta/klienta a je respektováno jeho aktuální rozpoložení. Současně dbají, aby byla respektována práva a povinnosti zaměstnanců jako poskytovatelů péče.
- Informace o klientech a rodině jsou považovány za důvěrné a pracovníci jsou vázáni slibem mlčenlivosti.
- Případné poskytování informací třetím stranám se řídí zákonem. Právo pacienta/klienta na soukromí a důvěrnost jeho sdělení je vždy chráněno.
- Při své práci pracovníci vytváří takové prostředí, které zajišťuje diskrétnost a zachovává lidskou důstojnost. Při poskytování péče dbají v maximální možné míře o zajištění intimity. Pracovníci respektují hodnoty pacienta/klienta a jeho rodiny. Zásadně aktivně neovlivňují politické, kulturní či náboženské přesvědčení pacientů/ klientů. Vnímají nutnost jednat v této oblasti zvláště citlivě a zdrženlivě, aby nebyla zneužita důvěra a situační závislost. Služba je poskytována se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem pacientům/klientům.
- Pracovníci ctí platné právní normy ČR, základní morální a etické normy a v jejich rámci za svoji organizaci jednají. Dbají také na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, Charty práv pacientů a Charty práv umírajících a další dokumenty, které tvoří přílohu Etického kodexu. Jako obecné principy je volena autonomie a důstojnost pacienta/klienta, individuální plánování a rozhodování, celostní (komplexní) přístup k pacientovi/klientovi.

Vztah k zaměstnavateli

- Pracovníci plní odpovědně povinnosti vyplývající ze závazku k svému zaměstnavateli. Pracovníci dodržují příslušné legislativní předpisy, usilují

o kvalitní práci na vysoké odborné úrovni, průběžně doplňované studiem. Dbají na efektivitu práce. Zachovávají nestrannost, neúplatnost a poctivost.

- Zastupují-li pracovníci svou organizaci v rodině či jinde na veřejnosti, ctí její platné předpisy a pečují o její dobrou pověst; v tomto smyslu také komunikují s pacientem/klientem a jeho rodinou.
- Pokud pracovníci mají výhradu týkající se naší organizace, řeší svou záležitost standardním interním postupem.
- Žádá - li pacient/klient úkony, které se neslučují se standardy hospice, s platnou legislativou ČR a se základními morálními a etickými normami nebo poškozují dobré jméno organizace, pracovníci mají povinnost takové požadavky odmítnout vykonat a informovat o tom svého zaměstnavatele.
- Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, ke kterým patří: podporovat život, považovat umírání za normální proces, neurychlovat, ani neoddalovat smrt, poskytovat úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů, začleňovat do péče o pacienta/klienta fyzické, psychické, sociální a duchovní aspekty a vytvářet podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou/klientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti.

Vztah ke spolupracovníkům

- Pracovníci respektují znalosti a zkušenosti svých kolegů i dalších spolupracujících odborníků; mají úctu k práci druhých. Rozvíjí vzájemnou spolupráci a tím zvyšují kvalitu poskytované služby.
- Pracovníci respektují rozdíly v názorech a v praktické činnosti kolegů, kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě a vhodným způsobem (při poradách, v osobním či týmové supervizi), nikoli v rodině klienta či na veřejnosti.
- Pracovníci si jsou vědomi možností i mezí své vlastní odbornosti. Svou úlohu plní tak, aby za ně nemuseli pracovat jiní, zároveň nezasahují tam, kam jejich kompetence nesahají
- Pracovníci kladou důraz na týmovou práci založenou na důvěře a vzájemné úctě.

Vztah k sobě

- Pracovníci se v rámci svých možností a systému vzdělávání v organizaci snaží o svůj profesní rozvoj a zvýšení své odborné úrovně. Využívají možnosti supervize.
- Pracovníci znají své limity, pracovní nasazení kompenzují odpočinkem, osobním volnem. Po dohodě s nadřízeným si vybírají řádnou dovolenou tak, aby nedošlo k narušení provozu organizace.
- Pracovníci rozlišují profesní a osobní rovinu svého života, chrání své soukromí a dbají o své zdraví. Dbají na dodržování pracovní doby.

Jednání s dárci

- Získané dary jsou využity v souladu s posláním organizace a s vůlí dárců vyjádřené písemně nebo ústně. Pokud víme, že bychom dar takto nedokázali využít, odmítneme ho.

- O všech přijatých darech informujeme otevřeně, pravdivě a úplně. Za dar vždy adekvátní formou poděkujeme a ručíme za to, že se získanými údaji o dárcích bude nakládáno diskrétně a bezpečně v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.
- Přijaté dary jsou využity účelně, hospodárně a v souladu s platnou legislativou. Jsou využívány nástroje transparentnosti, především zveřejnění stanov (statut, zřizovací listinu), výročních zpráv a zpráv o každoročním auditu.
- Osoba pověřená ke komunikaci s dárci nevyvíjí žádnou formu nátlaku. Oslovujeme výlučně takové dárce, kteří jsou pro naši organizaci přijatelní.
- V rámci fundraisingových aktivit jednáme tak, abychom neohrozili organizaci, její dobré jméno a abychom nepoškodili jiné organizace.

Závěr

Etický kodex je závazný pro všechny pracovníky hospice, jsou seznámeni s jeho obsahem i významem, mají možnost do něj kdykoli nahlédnout.

Přílohou tohoto etického kodexu jsou:

ZÁKLADNÍ PRÁVA UMÍRAJÍCÍ OSOBY

CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

PRÁVA PACIENTŮ ČR

CHARTA PRÁV A SVOBOD STARŠÍCH OBČANŮ

ETICKÝ KODEX SESTER

ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

ETICKÝ KODEX ASOCIACE KLINICKÝCH PSYCHOLOGŮ

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR

ETICKÝ KODEX FUNDRAISINGU

Platnost dokumentu k 1. 3. 2021

Mgr. Irena Kalná

Ředitelka o.p.s.

Příloha č. IV. Přepis rozhovoru s Ak1

1. VK: Jaký význam pro Vás má při vykonávání Vaší profese Etický kodex pracovníků hospice?

Ak1: Etický kodex naší organizace je pro mě takový záchytný bod. Pokud bych si v některých situacích nevěděla rady, vím, že do něho mohu nakouknout.

VK: Podotázka: Řídíte se vždy tím, co Vám ukládá zákon, standardy nebo etický kodex?

Ak1: Doufám, že ano.

2. VK: Jak chápete pojem etické dilema?

Ak1: Je to situace, kdy z nějakého důvodu nejde zachovat především důstojnost druhého člověka.

3. VK: Jaké etické dilema se Vám v rámci Vaší práce v Hospici sv. Kleofáše vybaví?

Ak1: Vybavuje se mi situace v domově seniorů, kdy jsem pomáhala klientce s chůzí, která vždy probíhala na chodbě DS, protože tam bylo zábradlí a klientka se ho zdravou rukou přidržovala. Na sobě měla jen anděla se svetrem. Začaly jí padat plenkové kalhotky. Zavolala jsem sestřičku a ta klientku opřela o zábradlí, vytáhla bandela na záda, vyměnila plenu a odešla. Nejtěžší bylo mlčet.

VK: Podotázka: co nakonec ovlivnilo vaše rozhodnutí?

Ak1: Strach, aby se ke klientce, která žila v DS a zároveň si platila naše služby, protože se jí prý v DS tak nevěnovali, nezačal personál mstít. Pracovala jsem tehdy v Oblastní charitě.

4. VK: Máte nějaký návod na to, jak etické dilema řešit?

Ak1: Asi ano.

VK: Podotázka: Jaký?

Ak1: V hospici máme skvělý team a skvělé vedení. Kdykoliv mohu přijít a požádat o pomoc při řešení situace. Někdy je dobré se poradit, protože každý jsme jedinečný a každou situaci můžeme vnímat jinak. V nejasných případech je fajn se poradit.

5. VK: Jak moc a v čem je vaše řešení etických dilemat ovlivněno pravidelnými týmovými poradami neboli ostatními názory vašich kolegů?

Ak1: Někdy více, někdy méně. Názory ostatních někdy dokáží tzv. otevřít oči a podívat se na situaci i z jiného úhlu pohledu.

Někdy stačí jen podpora od týmu, že se člověk zachoval správně.

6. VK: Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, ke kterým mimo jiných patří neurychlovat ani neoddalovat smrt. Jaký je Váš názor na euthanasii, jako možnost smrti?

Ak1: Nesouhlasím s euthanasií, pokud člověk chce a vyhledá pomoc, je dobře postaráno o všechny jeho potřeby, nemusí trpět nesnesitelnou bolestí, může si ještě vyřešit spoustu věcí.

Euthanasie je nebezpečná i v tom, že se může začít zneužívat. Bude přístupná i lidem, kteří budou třeba jen unavení životem apod.

Nedokázala bych se dívat na svého blízkého ani jiného člověka, jak si aplikuje smrtící injekci.

7. VK: Existuje něco mimo zákon, kvůli čemu byste se rozhodla porušit slib mlčenlivosti? Co by to bylo a proč?

Ak1: Všichni v našem týmu jsme vázání slibem mlčenlivosti. Já jako pečovatelka, nebo zaměstnanec půjčovny pomůcek, mohu vše diskutovat s ostatními členy týmu a řešit bych tak v týmu takto závažné situace.

VK: Podotázka: Stála jste někdy před rozhodnutím, zda slib mlčenlivosti porušit?

Ak1: Ne.

8. VK: Zamýšlel/a jste se někdy nad tím, zda je lepší říct pravdu o zdravotním stavu klienta/klientky nebo milosrdně lhát?

Ak1: Nikdy jsem v takové situaci nebyla, takže jsem o tom nikdy nepřemýšlela.

9. VK: Představte si, že by si váš klient/klientka přál/a snížit dávky podávaných sedativ a byla/a byste svědkem toho, jak klient/klientka trpí, probudilo by to ve Vás něco, co by Vás donutilo toto přání porušit nebo byste bez váhání a s respektem jednal/a tak, jak si klient/klientka přál/a?

Ak1: Pokud by byl klient schopen komunikovat, snažila bych se vykomunikovat navýšení léků, nebo hledat jinou cestu úlevy, vždy s respektem k rozhodnutí klienta.

Pokud by klient upadl do stavu, ve kterém by nebyl schopen komunikovat a zjevně trpěl bolestí apod., záleželo by na komunikaci s rodinou. Pokud by rodina nebyla přítomna a já byla v roli sestry, konzultovala bych situaci s lékařem. Pokud mají sestry pravomoc navýšení léků, navýšila bych je.

Nejsem zdravotní sestra ani lékař, ale myslím, že k podobným situacím se vždy přistupuje velmi citlivě a zodpovědně.

10. VK: Kdyby v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek nastala situace, že by o jednu pomůcku měli zájem dva klienti, pro koho byste se rozhodla? Pro toho kdo volal první nebo pro toho, kdo kompenzační pomůcku potřebuje ze zdravotních důvodů více?

Ak1: V této situaci bych se snažila domluvit s rodinou, která volala první o uvolnění pomůcky.

Většinou je to ale tak, že pomůcku potřebují všichni, kteří mají zájem o její půjčení.

VK: Podotázka: Proč?

Slušnost, respekt.

Příloha č. V. Přepis rozhovoru s Ak2

1. VK: Jaký význam pro Vás má při vykonávání Vaší profese Etický kodex pracovníků hospice?

Ak2: Zásadní – v našem Hospici je etický kodex nedílnou součástí přístupu k našim klientům.

VK:Podotázka: Řídíte se vždy tím, co Vám ukládá zákon, standardy nebo etický kodex?

Ak2: Myslím, že ano.

2. VK: Jak chápete pojem etické dilema?

Ak2: Více možností, jak se rozhodnout.

3. VK: Jaké etické dilema se Vám v rámci Vaší práce v Hospici sv. Kleofáše vybaví?

Ak2: Rozpor mezi přáním rodiny a přáním klienta - terminální analgosedace.

VK: Podotázka: co nakonec ovlivnilo vaše rozhodnutí?

Ak2: Klientovo přání zvítězilo.

4. VK: Máte nějaký návod na to, jak etické dilema řešit?

Ak2: V rámci celého multidisciplinárního týmu. Máme 1x týdně MSPP (mobilní specializovaná paliativní péče) tým, kde sporná dilemata můžeme řešit.

5. VK:Jak moc a v čem je vaše řešení etických dilemat ovlivněno pravidelnými týmovými poradami neboli ostatními názory vašich kolegů?

Ak2: Dosti zásadně, komunikujeme spolu dosti intenzivně a nasloucháme si navzájem.

6. VK:Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, ke kterým mimo jiných patří neurychlovat ani neoddalovat smrt. Jaký je Váš názor na euthanasii, jako možnost smrti?

Ak2: Já jsem proti - při dobře probíhající paliativní péči a dostatečně zaléčených symptomech provázejících umírání není k euthanasii důvod.

7. VK: Existuje něco mimo zákon, kvůli čemu byste se rozhodla porušit slib mlčenlivosti? Co by to bylo a proč?

Ak2: nevím

VK: Podotázka: Stála jste někdy před rozhodnutím, zda slib mlčenlivosti porušit?

Ak2: ne

8. VK: Zamýšlel/a jste se někdy nad tím, zda je lepší říct pravdu o zdravotním stavu klienta/klientky nebo milosrdně lhát?

Ak2: Lépe říci pravdu, jen pokud klient vyloženě nesouhlasí, nechce mluvit o své nemoci, je třeba to respektovat.

9. VK: Představte si, že by si váš klient/klientka přál/a snížit dávky podávaných sedativ a byla/a byste svědkem toho, jak klient/klientka trpí, probudilo by to ve Vás něco, co by

Vás donutilo toto přání porušit nebo byste bez váhání a s respektem jednal/a tak, jak si klient/klientka přál/a?

Ak2: Toto přání bych se snažila respektovat, ale toto dilema bych řešila v týmu pro jiný náhled na danou situaci.

10. VK: Kdyby v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek nastala situace, že by o jednu kompenzační pomůcku měli zájem dva klienti, pro koho byste se rozhodla? Pro toho kdo volal první nebo pro toho, kdo kompenzační pomůcku potřebuje ze zdravotních důvodů více?

Ak2: Pro toho, kdo jí potřebuje více.

VK: Podotázka: Proč?

Ak2: Jsou určité priority a k nim patří zdravotní stav, a ne pořadí.

Příloha č. VI. Přepis rozhovoru s Ak3

1. VK: Jaký význam pro Vás má při vykonávání Vaší profese Etický kodex pracovníků hospice?

Ak3: Z mého pohledu je Etický kodex velmi důležitý.

VK: Podotázka: Řídíte se vždy tím, co Vám ukládá zákon, standardy nebo etický kodex?

Ak3: ano

2. VK: Jak chápete pojem etické dilema?

Ak3: Z pozice pečovatelky se mě etické dilema ani netýká. Můj osobní názor je upozaděn.

3. VK: Jaké etické dilema se Vám v rámci Vaší práce v Hospici sv. Kleofáše vybaví?

Ak3: U nás je zřejmě nejtěžší etické téma euthanasie, ale v pozici pečovatelky se mě pracovně netýká.

4. VK: Máte nějaký návod na to, jak etické dilema řešit?

Ak3: Ano.

VK: Podotázka: Jaký?

Ak3: „Pracovní“ i „osobní“ pohled mohu probrat s kolegy v týmu, zeptat se našich zdravotních sestřiček na odborné věci. Zřejmě bych využila i možnosti supervize.

5. VK: Jak moc a v čem je vaše řešení etických dilemat ovlivněno pravidelnými týmovými poradami neboli ostatními názory vašich kolegů?

Ak3: Popravdě se tak závažnými tématy nezabývám, protože se mě netýkají

6. VK: Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, ke kterým mimo jiných patří neurychlovat ani neoddalovat smrt. Jaký je Váš názor na euthanasii, jako možnost smrti?

Ak3: K této otázce odpovídat nechci.

7. VK: Existuje něco mimo zákon, kvůli čemu byste se rozhodla porušit slib mlčenlivosti? Co by to bylo a proč?

Ak3: Nedokážu posoudit.

VK: Podotázka: Stála jste někdy před rozhodnutím, zda slib mlčenlivosti porušit?

Ak3: Ne.

8. VK: Zamýšlela jste se někdy nad tím, zda je lepší říct pravdu o zdravotním stavu klienta/klientky nebo milosrdně lhát?

Ak3: V roli pečovatelky mi to nenáleží. Můj osobní názor je upozaděn

9. VK: Představte si, že by si váš klient/klientka přál/a snížit dávky podávaných sedativ a byla byste svědkem toho, jak klient/klientka trpí, probudilo by to ve Vás něco, co by Vás donutilo toto přání porušit nebo byste bez váhání a s respektem jednala tak, jak si klient/klientka přál/a?

Ak3: Pečovatelky léky nepodávají, určitě bych informovala přímého nadřízeného pracovníka.

10. VK: Kdyby v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek nastala situace, že by o jednu kompenzační pomůcku měli zájem dva klienti, pro koho byste se rozhodla? Pro toho kdo volal první nebo pro toho, kdo kompenzační pomůcku potřebuje ze zdravotních důvodů více?

Ak3: Naštěstí půjčovnu kompenzačních pomůcek na starosti nemám.

Příloha č. VII. Přepis rozhovoru s Ak4

1. VK: Jaký význam pro Vás má při vykonávání Vaší profese Etický kodex pracovníků hospice?

Ak4: Zásadní. Víím, že mám oporu v kodexu a jistotu, že se jím všichni řídíme.

VK: Podotázka: Řídíte se vždy tím, co Vám ukládá zákon, standardy nebo etický kodex?

Ak4: Snažím se.

2. VK: Jak chápete pojem etické dilema?

Ak4: Hledání řešení situace, která nemá jasné a eticky přijatelné řešení. Všechny možnosti se jeví jako nesprávné.

3. VK: Jaké etické dilema se Vám v rámci Vaší práce v Hospici sv. Kleofáše vybaví?

Ak4: Pokračovat ve zbytečné a pro pacienta unavující aktivizaci nebo poslechnout rodinu, která má radost z mé práce a věří, že je má práce momentálně velmi prospěšná a zlepšuje stav.

VK: Podotázka: Co nakonec ovlivnilo vaše rozhodnutí?

Ak4: Projevy a názor pacienta.

4. VK: Máte nějaký návod na to, jak etické dilema řešit?

Ak4: Ano

VK: Podotázka: Jaký?

Ak4: Mít co nejvíce informací, určit si své postavení a kompetentnost v situaci, porovnat všechny možnosti řešení, které mě napadnou, logicky vyhodnotit, nečekat dokonalost a počítat s následky.

5. VK: Jak moc a v čem je vaše řešení etických dilemat ovlivněno pravidelnými týmovými poradami neboli ostatními názory vašich kolegů?

Ak4: Nevím. Z části jistě ano.

6. VK: Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, ke kterým mimo jiných patří neurychlovat ani neoddalovat smrt. Jaký je Váš názor na euthanasii, jako možnost smrti?

Ak4: Totálně s ní nesouhlasím. Jsem přesvědčená, že pokud má nemocný zajištěné potřeby a netrpí bolestí, nechce rychle a pomocí medicíny umřít. Zároveň je to proti přísaze zdravotníků a proti Bohu.

7. VK: Existuje něco mimo zákon, kvůli čemu byste se rozhodla porušit slib mlčenlivosti? Co by to bylo a proč?

Ak4: Nevím, asi ne.

VK: Podotázka: Stála jste někdy před rozhodnutím, zda slib mlčenlivosti porušit?

Ak4: Ne.

8. VK: Zamýšlela jste se někdy nad tím, zda je lepší říct pravdu o zdravotním stavu klienta/klientky nebo milosrdně lhát?

Ak4: Ano. Myslím si, že u lidí, kteří si dokáží velmi rychle přivodit symptomy pouhou myšlenkou, je lepší milosrdná lež. V zásadních věcech nejsem pro. Každý má právo na pravdu, pokud ji chce znát.

9. VK: Představte si, že by si váš klient/klientka přál/a snížit dávky podávaných sedativ a byla byste svědkem toho, jak klient/klientka trpí, probudilo by to ve Vás něco, co by Vás donutilo toto přání porušit nebo byste bez váhání a s respektem jednala tak, jak si klient/klientka přál/a?

Ak4: Rozhodně bych se opakovaně snažila nabízet vyšší dávku. Ale naštěstí jsem v pozici, která tuto kompetentnost nemá, a tak to nemusím řešit.

10. VK: Kdyby v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek nastala situace, že by o jednu kompenzační pomůcku měli zájem dva klienti, pro koho byste se rozhodla? Pro toho kdo volal první nebo pro toho, kdo kompenzační pomůcku potřebuje ze zdravotních důvodů více?

Ak4: Pro toho, kdo ji potřebuje více, druhému bych sehnala z jiné půjčovny, co nejrychleji druhou.

VK: Podotázka: Proč?

Ak4: Pro mě je důležitější smysluplnost a ne pořadí.

Příloha č. VIII. Přepis rozhovoru s Ak5

1. VK: Jaký význam pro Vás má při vykonávání Vaší profese Etický kodex pracovníků hospice?

Ak5: Je to běžná a samozřejmá součást mé práce, ale nijak konkrétně o něm nepřemýšlím.

VK: Podotázka: Řídíte se vždy tím, co Vám ukládá zákon, standardy nebo etický kodex?

Ak5: Spíše ano - snažím se postupovat k co největšímu prospěchu pacienta.

2. VK: Jak chápete pojem etické dilema?

Ak5: Jako rozpor mezi tím, co je obecně akceptováno či doporučeno a tím, co považuji za správné a užitečné pro pacienta, případně jako rozpor mezi obecně uznávanými postupy a přáním pacienta.

3. VK: Jaké etické dilema se Vám v rámci Vaší práce v Hospici sv. Kleofáše vybaví?

Ak5: Opakovaně - nasazení terminální analgosedace.

VK: Podotázka: co nakonec ovlivnilo vaše rozhodnutí?

Ak5: Maximální snaha zmírnit subjektivně udávané utrpení pacienta.

4. VK: Máte nějaký návod na to, jak etické dilema řešit?

Ak5: Ano.

VK: Podotázka: Jaký?

Ak5: 1. Opakovaně se sama sebe dotazuji, je-li toto řešení v nejlepším zájmu pacienta se snahou o náhled z různých úhlů pohledu a s pokusem vžít se do celkové situace pacienta.

2. Představuji si, jak bych tuto situaci řešila, kdyby se týkala mého blízkého nebo mě samé.

3. Konsultace v týmu.

5. VK: Jak moc a v čem je vaše řešení etických dilemat ovlivněno pravidelnými týmovými poradami neboli ostatními názory vašich kolegů?

Ak5: Částečně, spíše méně, vždy se konkrétní případy liší, konsultace v týmu považuji spíše za pomoc a podporu v prožívání pocitu zodpovědnosti za učiněná rozhodnutí.

6. VK: Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, ke kterým mimo jiných patří neurychlovat ani neoddalovat smrt. Jaký je Váš názor na euthanasii, jako možnost smrti?

Ak5: Euthanasii odmítám, při možnosti nasazení paliativní terminální analgosedace dle mého soudu institut euthanasie není vůbec zapotřebí.

7. VK: Existuje něco mimo zákon, kvůli čemu byste se rozhodla porušit slib mlčenlivosti? Co by to bylo a proč?

Ak5: Ne, jednalo by se o jasný zločin.

VK: Podotázka: Stála jste někdy před rozhodnutím, zda slib mlčenlivosti porušit?

Ak5: ne

8. VK: Zamýšlela jste se někdy nad tím, zda je lepší říct pravdu o zdravotním stavu klienta/klientky nebo milosrdně lhát?

Ak5: Ano, často u seniorů a pacientů s demencí či kognitivním deficitem. Pokaždé je situace jiná.

9. VK: Představte si, že by si váš klient/klientka přál/a snížit dávky podávaných sedativ a byla byste svědkem toho, jak klient/klientka trpí, probudilo by to ve Vás něco, co by Vás donutilo toto přání porušit nebo byste bez váhání a s respektem jednala tak, jak si klient/klientka přál/a?

Ak5: Pokud je to rozhodnutí při plném vědomí, bez porušení rozhodovacích schopností, pak je potřeba přání pacienta respektovat.

Osobní dyskomfort personálu by neměl hrát roli v péči o pacienta, ale teorie je jedna věc a praxe druhá - selhání oběma směry je asi možná vždy.

10. VK: Kdyby v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek nastala situace, že by o jednu kompenzační pomůcku měli zájem dva klienti, pro koho byste se rozhodla? Pro toho kdo volal první nebo pro toho, kdo kompenzační pomůcku potřebuje ze zdravotních důvodů více?

Ak5: Spíše bych upřednostnila pacienta s větší potřebou.

VK: Podotázka: Proč?

Ak5: Protože by pomůcku více potřeboval.

Příloha č. IX. Přepis rozhovoru s Ak6

1. VK: Jaký význam pro Vás má při vykonávání Vaší profese Etický kodex pracovníků hospice?

Ak6: Význam veliký. Víím, jak se mám správně chovat. Etický kodex pracovníků hospice neobsahuje nic, co by se mi přičilo. Se vším souhlasím, což je asi samozřejmý, jinak by podle toho člověk nejel. Je to důležitý, protože někdy se i třeba s kolegy setkááme, protože ne úplně všechno si pamatují, ví a něčemu se i diví, tak se k tomu znovu vracíme, že na začátku si každý etický kodex přečetl a podepsal. Důležitý je etický kodex tedy velice, protože je to takový gró toho hospice, čím se vlastně zabývá.

VK: Podotázka: Řídíte se vždy tím, co Vám ukládá zákon, standardy nebo etický kodex?

Ak6: Ano.

2. VK: Jak chápete pojem etické dilema?

Ak6: Nejsem si úplně jistá, ale tak první co by mě napadlo je, že samozřejmě každý můžeme vnímat věci jinak a v tom pak může být samozřejmě i rozpor. Jde o dva názory, které třeba nejsou úplně špatně, a ne každý se s tím stejným názorem ztotožňuje.

3. VK: Jaké etické dilema se Vám v rámci Vaší práce v Hospici sv. Kleofáše vybaví?

Ak6: Někdy bývá trošičku rozpor nebo právě dilema, když je někdo věřící a někdo není věřící. Pak třeba určitá skupina lidí, která se má nějakým způsobem chovat, protože to tak očekáváme, se najednou chová úplně jinak. Třeba věřící se upne fakt k něčemu, co věřící většinou jakoby nemají a pro druhého věřícího je to něco jako nepřijatelného, protože on je přece věřící a měl by se přece chovat podle těch jejich pravidel a najednou on chce zachraňovat nějakým nepředstavitelným způsobem svého blízkého.

4. VK: Máte nějaký návod na to, jak etické dilema řešit?

Ak6: Ano.

VK: Podotázka: Jaký?

Ak6: Většinou to neřešit úplně hned, protože mám pocit, že v tu chvíli má každý ten svůj názor a navzájem bychom si neporozuměli. Takže to řešit s odstupem. Někdy to opravdu dopadne tak, že musíme respektovat názor toho druhého. Všechno by se ale mělo točit kolem toho našeho pracovního etického kodexu a nemělo by to moc vybočovat.

5. VK: Jak moc a v čem je vaše řešení etických dilemat ovlivněno pravidelnými týmovými poradami neboli ostatními názory vašich kolegů?

Ak6: Při pravidelných setkáních hovoříme o různých věcech, a pokud právě nějaký to dilema nastane, tak většinou je k tomu přizvaný i někdo, kdo nás vede. Většinou když je nějaký etický dilema nebo jakýkoli jiný dilema, tak je důležitá supervize.

6. VK: Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, ke kterým mimo jiných patří neurychlovat ani neoddalovat smrt. Jaký je Váš názor na euthanasii, jako možnost smrti?

Ak6: Rozhodně nestojím za euthanasií. Myslím si, že se spousta věcí dá vyřešit rozhovorem, léky, tím, že můžu být člověk v těch posledních chvílích doma a osvětou, protože spousta lidí se bojí a chce euthanasii, protože vlastně do takové situace ještě nikdy nepřišli a neví, jak se to dá řešit. Viz můj tatínek, který si vždycky myslel, že kdyby umíral a měl třeba rakovinu, tak že bude trpět bolestí. Nevěděl, že existuje třeba i analgesedace, kdy člověk si to prostě prospí, ale není to euthanasie, je to umělé navození do spánku, kdy člověk nepocítuje bolest a vlastně není tady s námi přítomen. Tohle když jsem mu řekla, tak se mu hrozně ulevilo, že to taky jde, kdy uspat člověka není samozřejmě vždy tou hlavní prioritou. Myslím si, že v našem státě by byla euthanasie hodně zneužívána. Kdybychom byli normální lidi, tak by se to všechno řešilo jinak a byly by i jiný postoje.

7. VK: Existuje něco mimo zákon, kvůli čemu byste se rozhodla porušit slib mlčenlivosti? Co by to bylo a proč?

Ak6: Nic mě nenapadá. Asi by mi musel dát někdo nůž na krk nebo vyhrožovat někomu mě blízkému. Pak by člověk asi polevil.

VK: Podotázka: Stála jste někdy před rozhodnutím, zda slib mlčenlivosti porušit?

Ak6: Ne.

8. VK: Zamýšlel/a jste se někdy nad tím, zda je lepší říct pravdu o zdravotním stavu klienta/klientky nebo milosrdně lhát?

Ak6: Tady do hospice do určité doby chodili klienti, kteří věděli co je hospic a byli s tím smíření. Teď od té doby co se hospic rozjel a někteří klienti jsou také přes pojišťovnu, se do hospice hlásí lidé, kteří tu službu a 24 hodin na telefonu chtějí, ale neví, co je hospic a není tam takové to smíření. Takže teď je to takové, že třetině lidí se pravda o jejich zdravotním stavu říct nedá. Samozřejmě sama bych chtěla vědět, jak na tom jsem a kolik času mi zbývá.

9. VK: Představte si, že by si váš klient/klientka přál/a snížit dávky podávaných sedativ a byla/a byste svědkem toho, jak klient/klientka trpí, probudilo by to ve Vás něco, co by Vás donutilo toto přání porušit nebo byste bez váhání a s respektem jednal/a tak, jak si klient/klientka přál/a?

Ak6: Já bych to respektovala, ale samozřejmě bych se snažila zjistit, proč to tak chce. Jestli je to kvůli tomu, aby neměl ovlivněné vědomí nebo kvůli jinému důvodu. Pokud je člověk schopen tu bolest snášet, tak má asi taky třeba jiný prach bolesti. Určitě bych se ale pídila po důvodu a respektovala bych to. Samozřejmě kdyby to bylo hodně neúnosné, tak je to i ze strany hospice porušení léčebného režimu, takže se může ukončit vztah mezi hospicem a tím klientem. Ale v první řadě by byl respekt a zjištění, proč to tak je. Většinou to má své důvody.

10. VK: Kdyby v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek nastala situace, že by o jednu kompenzační pomůcku měli zájem dva klienti, pro koho byste se rozhodla? Pro toho kdo volal první nebo pro toho, kdo kompenzační pomůcku potřebuje ze zdravotních důvodů více?

Ak6: Pokud by volali lidi z veřejnosti, tak je tam pořadník, takže ten, kdo by volal první. Pokud bych tam měla nějaký dilemma, tak bych třeba těm lidem vysvětlila situaci, možná bych řešila i odkud jsou a jestli mají jinou možnost nebo bych zavolala do jiné půjčovny a snažila bych se třeba uspokojit oba dva, byť ne oba dva z naší strany, ale

jinou půjčovnou. Samozřejmě pokud by šlo o našeho hospicového klienta tak ti mají vždycky přednost.

Příloha č. X. Přepis rozhovoru s Ak7

1. VK: Jaký význam pro Vás má při vykonávání Vaší profese Etický kodex pracovníků hospice?

Ak7: Tak podle Etického kodexu pracovníků hospice se musíme všichni v organizaci řídit, takže je to důležité.

VK: Podotázka: Řídíte se vždy tím, co Vám ukládá zákon, standardy nebo etický kodex?

Ak7: Musím.

2. VK: Jak chápete pojem etické dilema?

Ak7: Tak je to nějaký problém, o kterém není asi dobrý ani špatný rozhodnutí. Jde o to, aby se ta situace nějak nejlépe vyřešila ku prospěchu skupiny, jednotlivce, ale vlastně nikdy není dobrý a špatný rozhodnutí v etice. Je to vždycky nějaký problém nebo danost, která se musí řešit, je na ní spousta náhledů. Etika není černá a bílá.

3. VK: Jaké etické dilema se Vám v rámci Vaší práce v Hospici sv. Kleofáše vybaví?

Ak7: Já jsem asi žádný neřešila.

4. VK: Máte nějaký návod na to, jak etické dilema řešit?

Ak7: Ano.

VK: Podotázka: Jaký?

Ak7: Tak to by záleželo na tom, co by to bylo. V etice musíte mít vždycky konkrétní situaci, ty konkrétní danosti tam musí být daný. Řídila bych se Etickým kodexem pracovníků hospice. I kdybych na to měla osobně jiný názor, tak já nemůžu přestoupit pravidla daný organizace.

5. VK: Jak moc a v čem je vaše řešení etických dilemat ovlivněno pravidelnými týmovými poradami neboli ostatními názory vašich kolegů?

Ak7: Určitě, protože pracujeme jako tým, nepracujeme každý sám za sebe a pokud by bylo něco etického k řešení (příjmy, analgesedace), tak rozhodnutí by proběhlo na základě názoru všech a na základě konsenzu, který by z toho vzešel.

6. VK: Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, ke kterým mimo jiných patří neurychlovat ani neoddalovat smrt. Jaký je Váš názor na euthanasii, jako možnost smrti?

Ak7: Já s euthanasií nesouhlasím, myslím si, že jsme si život nedali a ani si ho nemůžeme vzít. V dnešní době je dost paliativních řešení, která mohou pomoci v situacích, kdy se rozhoduje o euthanasii. Já nepovažuju za euthanasii, když někdo leží deset let v kómatu a jestli euthanasie ano nebo ne. Tam to je, že selhala totálně celá rodina a nikdo nepřemýšlel (osobní zájmy rodiny a ne benefit toho pacienta). Celá problematika euthanasie je v tom, že lidi si nechtějí připouštět smrt. Myslím si, že smrt k nám nepatří, že jsou omezeni a jsou nemoce, které nelze změnit. Můžeme je zmírnit, ale euthanasie je osobní rozhodnutí a je otázkou jak to nese rodina a blízcí, že teď jsem a za pět minut nejsem. Samozřejmě kdybych ležela někde třicet let nebo byla na vozíku, nefungoval by mi mozek a nemohla bych nic, třeba bych mluvila jinak.

7. VK: Existuje něco mimo zákon, kvůli čemu byste se rozhodla porušit slib mlčenlivosti? Co by to bylo a proč?

Ak7: Ne, to nemůžeme (Etický kodex pracovníků hospice).

VK: Podotázka: Stála jste někdy před rozhodnutím, zda slib mlčenlivosti porušit?

Ak7: V hospici ne. Člověk si spíš musí dát někdy pozor, aby se s něčím neprořekl (GDPR).

8. VK: Zamýšlel/a jste se někdy nad tím, zda je lepší říct pravdu o zdravotním stavu klienta/klientky nebo milosrdně lhát?

Ak7: Jako sociálnímu pracovníkovi mi nepřísluší sdělovat zdravotní stav. Hlavně pacient, když ho přijímáme do péče, tak už musí znát svojí diagnózu a nějakou prognózu, protože mi ho vlastně jinak nepřijímáme. Musí vědět, že přijde hospic, nějaký závěr života. Nemůžeme říkat, že jsme nějaké sestry. Klient podepisuje smlouvu a informovaný souhlas, takže ví, do čeho jde.

9. VK: Představte si, že by si váš klient/klientka přál/a snížit dávky podávaných sedativ a byla/a byste svědkem toho, jak klient/klientka trpí, probudilo by to ve Vás něco, co by Vás donutilo toto přání porušit nebo byste bez váhání a s respektem jednal/a tak, jak si klient/klientka přál/a?

Ak7: Je to v díci sester a zdravotníků. Nám se to nestává. Vždycky pracujete s rodinou a s pacientem. Toho pacienta nemáme samotného, hospic znamená přítomnost rodiny. Když o sobě klient nemůže rozhodnout, tak se to rozpovídá s rodinou. Vůbec nevím, jestli tato situace může v hospici nastat, protože paliativní medicína je od toho, aby tišila bolesti. Takže, když někdo souhlasí s hospicem, tak přijímá i podmínky, že mu budou podávány medicínský a psychologický, psychosociální prostředky, aby všechny potřeby byly naplněny a aby to utrpení se zmírnilo. Takže tam není prostor proto, aby klient trpěl nesnesitelnou bolestí. To by bylo proti principům hospice. To je také důvod, proč si lidé hospic vybírají, protože v nemocnici bolestmi trpí. Klient se může rozhodnout, že chce přestat přijímat potravu, dříve než si to řekne samo tělo a to je třeba respektovat (vědomé rozhodnutí nejíst a nepít= forma odcházení). Dokud klient může komunikovat, sám si řekne, že nechce vysoké dávky opiátů, že chce vnímat ještě svět kolem sebe, mluvit rodinou a že část té bolesti ještě vydrží. To je potřeba také respektovat. Může se stát, že se klient i rodina ze začátku bojí užívání opiátů, ale je jim potřeba vysvětlit (jde se postupně), že je to pro klienta benefit. Ne vždy se opiáty využívají, někteří klienti přicházejí kvůli své nemoci onkologického druhu již se svými léky.

10. VK: Kdyby v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek nastala situace, že by o jednu kompenzační pomůcku měli zájem dva klienti, pro koho byste se rozhodla? Pro toho kdo volal první nebo pro toho, kdo kompenzační pomůcku potřebuje ze zdravotních důvodů více?

Ak7: To se řeší docela často. Pokud víme, že máme poslední, tak se nechává vždy pro hospicové pacienty a nepůjčí se veřejnosti. Pokud je poslední pro veřejnost, tak jí má ten kdo zavolá jako první, protože se nestane, že by byly zároveň dvě žádosti (telefon). Část pomůcek je vyhrazena pro naše pacienty a část pro veřejnost. Když dojdou ty pro veřejnost, tak se nemohou půjčovat ty pro hospicové pacienty. Pokud by se opravdu stalo, že by bylo více žádostí z veřejnosti, vybírala bych podle zdravotního stavu, naléhavosti.

Příloha č. XI. Přepis rozhovoru s Ak8

1. VK: Jaký význam pro Vás má při vykonávání Vaší profese Etický kodex pracovníků hospice?

Ak8: Význam má zásadní, protože je to směrník, podle kterého jednáme.

VK: Podotázka: Řídíte se vždy tím, co Vám ukládá zákon, standardy nebo etický kodex?

Ak8: Ano.

2. VK: Jak chápete pojem etické dilema?

Ak8: Etické dilema chápu tak, že mám dvě nebo více možností, kdy každá je z jednoho pohledu fajn a dobrá a já si z toho musím vybrat tu jednu.

3. VK: Jaké etické dilema se Vám v rámci Vaší práce v Hospici sv. Kleofáše vybaví?

Ak8: Těžko říct jestli bych to nazvala etickým dilematem, protože eticky je prvotní vždy zájem toho pacienta i když rodina to vidí jinak. My jsme někdy v roli ambasadora, když už pacient nemůže vyslovit svoje přání, tak abychom to té rodině vysvětlili, ale na druhou stranu, pokud pacient nemůže, tak rodina se stává našim partnerem, ať se nám to líbí nebo ne a respektujeme jí. Samozřejmě za určitou hranici nejdem a to je hranice euthanasie. Tam je jasně tlustá čára. Je důležité pevně stát na své pozici, kdy nás stále chrání zákon. Až u nás bude uzákoněna euthanasie, tak to bude mnohem těžší. Hodně důležitá je komunikace, co je za tím přáním euthanasie.

4. VK: Máte nějaký návod na to, jak etické dilema řešit?

Ak8: Ano.

VK: Podotázka: Jaký?

Ak8: V každé situaci hodně naslouchat těm lidem, zjišťovat, co za tím je. To je podobné jako se sebevraždou. Pokud tam není nějaké vážné psychické poškození, kdy se ztrácí náhled na tu reálnou situaci, tak vždycky za tím něco je, nějaká velká nespokojenost nebo nějaká velká únava nebo něco, čemu se chceme vyhnout.

5. VK: Jak moc a v čem je vaše řešení etických dilemat ovlivněno pravidelnými týmovými poradami neboli ostatními názory vašich kolegů?

Ak8: Myslím si, že hodně. Já mohu mít nějaký osobní názor a pohled, ale vždycky vystupujeme za celou organizaci, proto je tam ten Etický kodex pracovníků hospice tak důležitý, protože na tom jsme se shodli a k tomu musíme společně vždycky dospět. Také je to důležité proto, že si myslím, že kdokoli z nás jako jednotlivec nemůže postřehnout všechny úhly pohledu na tu situaci. Kolegiální rozpravy nad dilematy si moc vážím. Vždycky to člověku rozšíří obzory a musí se zamyslet nad tím, co ho ještě nenapadlo.

6. VK: Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, ke kterým mimo jiných patří neurychlovat ani neoddalovat smrt. Jaký je Váš názor na euthanasii, jako možnost smrti?

Ak8: V žádném případě nepovažuji euthanasii za dobrou věc.

7. VK: Existuje něco mimo zákon, kvůli čemu byste se rozhodla porušit slib mlčenlivosti? Co by to bylo a proč?

Ak8: Pouze kvůli nahlašovací povinnosti. Jinak si jiný důvod nedokážu představit. Člověk se učí respektovat lidi v čemkoli. Člověk se učí mít takovou vnímavost a rozšiřovat každou rodinu, kterou potká. Člověk by neměl pasovat svoje hodnoty na jiný rodiny.

VK: Podotázka: Stála jste někdy před rozhodnutím, zda slib mlčenlivosti porušit?

Ak8: Ne.

8. VK: Zamýšlel/a jste se někdy nad tím, zda je lepší říct pravdu o zdravotním stavu klienta/klientky nebo milosrdně lhát?

Ak8: Přišla rodina, která má na starosti pani s demencí. Zatím poznává, ale neví o své diagnóze, která je infaustní a blíží se to ke konci. Nastala tedy otázka, jestli jí to říct nebo ne. Doporučení od lékaře znělo neříkat, tak jsem se ptala rodiny, jakou mají představu, jak by to pro ně bylo komfortní. Shodli jsme se na tom nebo já jsem nabídla, že pokud by se nás paní přímo nezeptala, tak bychom diagnózu neskrývali. Z hlediska kognitivních schopností už to nedokáže posoudit asi jako objektivně a hodně by jí to zúzkostnilo. Na druhou stranu, pokud ona, a to já jsem si jistá, že člověk vnímá, že je u konce života, vyše nějaký signál „já už tady dlouho nebudu“, tak jí to nerozmlouvat, ale vlastně jí v tom jakoby jít po boku. Říct třeba: „To nikdo nevíme, jak dlouho tady bude, vidíme, že ti ubývají síly a my se o tebe budeme starat až do konce dní“. Slíbit jí to, co můžeme splnit a nevymlouvat jí, že už se blíží konec. Třeba člověk není schopen říct, já už umírám. To je někdy těžký vyslovit a hodně se to dá říct přes to ubývání sil. Člověk cítí sám, že mu ty síly ubývají.

9. VK: Představte si, že by si váš klient/klientka přál/a snížit dávky podávaných sedativ a byla/a byste svědkem toho, jak klient/klientka trpí, probudilo by to ve Vás něco, co by Vás donutilo toto přání porušit nebo byste bez váhání a s respektem jednal/a tak, jak si klient/klientka přál/a?

Ak8: Toto rozhoduje jenom lékař. Pro nás je důležité respektovat přání toho člověka, i za cenu diskomfortu. Je třeba se doptávat toho benefitu, proč to dělá. Čas pro něj může být větší hodnota, když je v bdělém stavu s těmi ostatními, než být utlumen a nemít bolesti. Znamená to skousnout plno bolestí a určitý dyskomfort, ale stojí jim to za to, být s těma svýma blížkýma. Měli jsme jednoho kněze, který odmítal sedativa (morfium úplně) a pro něj byly ty hodnoty ani ne bych řekla, aby zůstal s těma svýma blížkýma, ale opravdu, a on umíral zrovna na Velikonoce, projít to své utrpení a spojit to s tím Kristovým utrpením. Bylo by to tak i kdyby umíral jindy, ty Velikonoce to jenom umocnily. Naši zdravotníci to dávali strašně těžko, protože jako nevěřící to nemohli pochopit. Bylo strašně těžký, když viděli, že by tomu člověku mohli pomoci, ale on si pomoci nenechá. Na to jsme pak měli i supervizi. Pani doktorka hezky říkala, že už to je nějaký level, kam nevidí a je to třeba respektovat.

10. VK: Kdyby v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek nastala situace, že by o jednu kompenzační pomůcku měli zájem dva klienti, pro koho byste se rozhodla? Pro toho kdo volal první nebo pro toho, kdo kompenzační pomůcku potřebuje ze zdravotních důvodů více?

Ak8: U nás vždycky na ty pomůcky mají přednost naši pacienti, než veřejnost. To, co zbude, je pro veřejnost, když to tak ošklivě řeknu. My už to máme rozdělený dopředu.

Pro veřejnost máme třeba tři postele jako pro naše pacienty. Ty postele pro naše pacienty, když zrovna nejsou využity a veřejnost zrovna potřebuje a už tam postele pro veřejnost nejsou, tak my stejně řekneme, že nejsou a dáme jim kontakty na jiné půjčovny. Máme v podstatě dvě půjčovny a ty se nemíchají.

Příloha č. XII. Přepis rozhovoru s Ak9

1. VK: Jaký význam pro Vás má při vykonávání Vaší profese Etický kodex pracovníků hospice?

Ak9: Etický kodex jako obecně i spíš jako práce psychologa je takový vodítko v tom smyslu, když člověk váhá, jak se v nějaké situaci zachovat nebo jak to vlastně jako pojmout, tak ten etický kodex mu může odpovědět na ty otázky. Může mu pomoci se rozhodnout.

VK: Podotázka: Řídíte se vždy tím, co Vám ukládá zákon, standardy nebo etický kodex?

Ak9: Já jsem člověk, který není moc organizovaný z principu své osobnosti, takže to rozhodně není tak, že bych seděla a ležela v těch pravidlech. Mám spíš najetý etický kodex psychologa, protože mi přijde, že je totožný ve většině bodů s etickým kodexem hospicové organizace. Neříkám, že nepřijdou situace, kdy je fajn to revidovat v těch sporných situacích nebo dilematech. Člověk si potřebuje zjistit, jak je to vlastně psaný a je jim to oporou.

2. VK: Jak chápete pojem etické dilema?

Ak9: Etické dilema chápu jako situaci, kterou je možné řešit více způsoby a není jakoby jasný, který to řešení je na první rozhodnutí to správný.

3. VK: Jaké etické dilema se Vám v rámci Vaší práce v Hospici sv. Kleofáše vybaví?

Ak9: Tím, že hospic má klienta nejen toho pacienta, ale i celou rodinu, tak asi nejčastější etický dilema a nevím, jestli se to dá takto klasifikovat, jsou osobní potřeby, přání a blaho jednotlivých členů rodiny, který se mohou vzájemně odlišovat a rozcházet. Co já jako pracovník mám následovat nebo kam mám tu rodinu vést, v tom vidím nejčastější etický dilema v hospici. Pak další etické dilema je kompetence a cíl služby, protože tím, že se v takové citlivé chvíli dostáváme do rodiny dost na blízko, tak odlišit ještě to, co je v naší kompetenci, co je cílem, zakázkou a co už v rámci té rodiny není v naší kompetenci.

4. VK: Máte nějaký návod na to, jak etické dilema řešit?

Ak9: Univerzální není určitě. Myslím si, že často etická dilemata vznikají taky tím, že se nás ta situace nějak osobně dotýká, osobní složka převažuje nad tou profesní. Mě osobně pomáhá o tom mluvit, dobrý nástroj mi přijde supervize nebo intervize, kdy se v rámci dialogu hledá ta správná nebo ta nejlepší cesta z těch všech možných cest a hledat svoje hranice (kde kdo stojí) a supervize je taková nastavba toho, že to můžu sdílet s nějakým odborníkem, supervizorem, který stojí mimo tu organizaci a zase v tom rozebírání té situace mi může pomoci nějak se zorientovat. Pak si myslím, že jsou etická dilemata, která úplně jako rozhodnout nejdou, takže i ta supervize a rozhovor jsou prostředkem, jak přijmout, že se rozhodnout nemůžu, srovnat se s tím, že ta situace nemá správné řešení.

5. VK: Jak moc a v čem je vaše řešení etických dilemat ovlivněno pravidelnými týmovými poradami neboli ostatními názory vašich kolegů?

Ak9: Myslím si, že jako to, že to dilema nastane, tím není ovlivněno nebo do malé míry, jak ten tým vlastně je ošetřený v tomhle smyslu. Asi ano, asi těch rozporů vznikne třeba méně, pokud se pravidelně o sobě pečuje, pravidelně témata probírá a je pod

nějakou supervizi nebo intervizi. Ty etická dilemata, která nejsou etickými dilematy, se vyfiltrují a jsou nějakou provozní otázkou (rozdílný přístup, hranice, kompetence). K práci s klienty to pomáhá velikou mírou.

6. VK: Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, ke kterým mimo jiných patří neurychlovat ani neoddalovat smrt. Jaký je Váš názor na euthanasii, jako možnost smrti?

Ak9: Rozumím té lidské potřebě jako rozhodnout si o svém životě jakoby do konce a těch argumentů je tam prostě spousta pro i proti, Myslím si, že to není jako téma, které by se dalo uzavřít nějakým univerzálním řešením (zákonem). Vždycky je stejně jako narození i smrt věc toho jednotlivce. Tím, že jsem v hospici, který se nějakým způsobem vyvíjel, docela dlouho, sledávám nebezpečným a potencionálně rizikovým euthanasii jako takovou ukotvovat v nějakém právním systému, zákonech. Přejde mi vlastně zásadní role těch zdravotníků. Jako deklarace téhle odpovědnosti za život někoho jiného do rukou těch zdravotníků, to mi přijde jako veliký etický dilema, že se to primárně neslučuje s Hippokratovou přísahou chránit život. Tudíž zdravotník není podle mě osoba, která by k tomu měla být kompetentní nebo nějakým způsobem jako vlastně právně nucená nebo zmocněná. Přejde mi, že když je dobře nastavená paliativní péče, tak v 95 procentech se ta poptávka po té euthanasii rozplyne, pokud je tomu člověku nabídnutá alternativa v podobě paliativní péče. Vnímám to, že ta hranice je hodně tenká, že pro laiky, kteří se nepohybují v hospicové péči nebo kteří nemají o tom paliativním způsobu léčby pojem, tak se jim to špatně vysvětluje. Mám zkušenost i z vlastní rodiny. Strašně málo lidí chápe rozdíl mezi paliativní sedací a euthanasii. Jediný rozdíl vlastně je v tom přístupu v zátěži těch ostatních osob ze stran pracovníků a postoj k životu. Zvenku to však může vypadat stejně, ale jediný rozdíl pro mě je tam ten etický rozměr. Existuje také institut dříve vysloveného přání, který se u nás moc nespojuje s euthanasii a ani se moc zatím nevyužívá, ale je to o tom, že člověk nepřichází o svobodu rozhodovat o svém životě. Za úplného vědomí si může rozhodnout, jaké kroky se s ním mají dít, když už o sobě rozhodovat nebude. Může to nechat na rodině, opatrovníkovi, poručíkovi, zmocněné osobě blízké, ale vlastně ta zátěž tam může být podobná jako na toho zdravotníka. Ne každý ji chce na sebe brát. Myslím si, že to není cesta.

7. VK: Existuje něco mimo zákon, kvůli čemu byste se rozhodla porušit slib mlčenlivosti? Co by to bylo a proč?

Ak9: Já jako psycholog jsem vázaná mlčenlivostí i ze své profese. Je to docela striktní, kdy každý svéprávný občan má povinnosti ohlašovací a v jistých případech, který se netýká jen soc. pracovníků a nejsou zahrnutelný pod tu mlčenlivost. Tím, že vlastně jedna ze zásad je pro mě nejdůležitější pracovat v souladu a v souhlasu s potřebami a přáními klienta. Často se stává, že komunikujeme s jinými institucemi, s jinými organizacemi a ve prospěch toho klienta. Neexistuje, aby se to dělo bez vědomí klienta. I ústní souhlas vnímám jako povolení k tomu ty informace sdílet a vždycky já konkrétně komunikuju jen to, co je žádostí (např. se školou). Žijeme ale na malém městě, takže čistota té mlčenlivosti je náročná v tom smyslu, že ty vazby tady jsou. Naši klienti mají široké pole známých nebo jsou veřejně známí. Samozřejmě ta mlčenlivost platí.

VK: Podotázka: Stála jste někdy před rozhodnutím, zda slib mlčenlivosti porušit?

Ak9: Ne.

8. VK: Zamýšlel/a jste se někdy nad tím, zda je lepší říct pravdu o zdravotním stavu klienta/klientky nebo milosrdně lhát?

Ak9: Myslím si naprosto jasně, že je lepší říct pravdu pacientovi o jejím zdravotním stavu, ale hrozně záleží na způsobu komunikace. Pokud je člověk ve stavu, kdy je schopen přijímat informace, tak má právo je vědět a podle nich se rozhodnout. Milosrdná lež je pro mě takový ožehavý termín, protože přemýšlím, pro koho je milosrdná. Jestli pro toho, kdo to říká nebo pro toho, koho se to týká. Velmi často se stává, že pacient ví pravdu a hlavně nechce, abychom to říkali rodině- já vím, jak to se mnou je, ale oni by to nezvládli a ta rodina říká- my víme, jak to je, ale hlavně mu to neříkejte, protože on by to vzdal. Hospicová práce je hodně i o čištění a otevírání těchto komunikačních kanálů, aby mohli být spolu v pravdě, užívat si ten čas a pracovat na tom smíření a klidu na konci života.

9. VK: Představte si, že by si váš klient/klientka přál/a snížit dávky podávaných sedativ a byla/a byste svědkem toho, jak klient/klientka trpí, probudilo by to ve Vás něco, co by Vás donutilo toto přání porušit nebo byste bez váhání a s respektem jednal/a tak, jak si klient/klientka přál/a?

Ak9: Nejsem zdravotník, takže mi tato kompetence moc nepřísluší. V tom je to jako pro mě snažší odpovědět v tomhle smyslu. Asi se to děje v rodinách, různí klienti to mají různě (jak pracují s bolestí, jak přistupují k chemickým zásahům do svého těla). V tom já vidím velikou jejich svobodu, že vždycky naše služba je jako nabídka možností, jak s tím pracovat a je to o jejich jako volbě. Děje se třeba, že nedodržují předepsanou medikaci. Jsou i klienti, kteří nenastoupí léčbu nebo řeknou, tohle není nic pro mě, tohle já nechci a jsou ochotni zvládat tu bolest a pracují s ní jinak. Příbuzní jsou pak ze zásady proti těm lékům (zdravotní životní styl) nebo mají pocit, že ten jejich blízký je oblbý a spavý a je to vlastně jako výraz nepřijímání toho odcházení toho blízkého, to postupné ztrácení kontaktu s ním. Je to o komunikaci, psychologické práci. Klient má právo nevyužít naší nabídku.

10. VK: Kdyby v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek nastala situace, že by o jednu kompenzační pomůcku měli zájem dva klienti, pro koho byste se rozhodla? Pro toho kdo volal první nebo pro toho, kdo kompenzační pomůcku potřebuje ze zdravotních důvodů více?

Ak9: Naštěstí mi to také nepřísluší rozhodovat. V organizaci jsou určité pojistky, které fungují. V tom smyslu, že máme nějaký počet klientů a většinou zůstávají tyhle nezbytné pomůcky v nějaké rezervaci, kdyby se objevila rodina, která ho právě nutně potřebuje. Reálně by k této situaci docházet nemělo, vždycky se počítá s tím, že tam nějaká rezerva je, ale čistě hypoteticky, teoreticky je to čistě o tom pořadí. Je fajn, že naše republika je tak malá, že dojezdové vzdálenosti nejsou velké. Hospiců je v Jihočeském kraji několik a cestou by v tomto případě bylo shánět pomůcku někde jinde. Tohle uvažování o dilematech nás nutí otevírat i covid (ventilátory). Jedna možná varianta je koukat na to pořadí, kdo se dřív dovolá, což samozřejmě neznamená, že tu rodinu necháme bez pomoci nebo bez snahy to řešit jinak. Ale nemyslím si, že se to někdy v hospici stalo právě, že funguje mechanismus, kdy máme nějaký pomůcky v nějakém dostatečném množství, které se půjčují nehospicovým rodinám, a ta půjčovna funguje samostatně. A pak jsou nějaké rezervy, když by akutně přišla nějaká rodina. Předchází se tak takovým situacím.

Příloha č. XIII. Přepis rozhovoru s Ak10

1. VK: Jaký význam pro Vás má při vykonávání Vaší profese Etický kodex pracovníků hospice?

Ak10: Ježda to já vůbec nevím, co je. Já osobně si myslím, že etiku má člověk mít především v sobě, v duši a já se přiznám, že jsem takový neřád na ty standardy. To, že existují nějaký etický kodexy, to je jako pěkný. Četl jsem spoustu etických kodexů a nevím, jestli speciálně hospicový. Etika je věc, kterou se člověk učí dlouhodobě na konkrétních případech, a v podstatě si myslím, že má mít hlavně takovou vnitřní inteligenci, citlivost a vnímavost pro druhého člověka. To já bych považoval za nejdůležitější z celého etického kodexu.

VK: Podotázka: Řídíte se vždy tím, co Vám ukládá zákon, standardy nebo etický kodex?

Ak10: Myslet si, že mě etický kodex někam posune, čtení etického kodexu, který má každá organizace, mě nikdy neposunulo. Vždycky mě posouvá každý setkání s druhým člověkem, když začnu vnímat jeho potřeby a jeho stanovisko, jeho postoje a uvědomovat si to, co mi říká, to je pro mě nejdůležitější. Není podle mě nejpodstatnější to, co je někde strukturováno.

2. VK: Jak chápete pojem etické dilema?

Ak10: Etické dilema někdy nastává v situaci, kdy člověk vidí, že by měla nastat nějaká pomoc druhému a ono to z nějakých objektivních důvodů nejde (např. rodinná podmínky, jiné vnitřní nastavení). Já vím, že bych mu mohl nějak pomoci, ale on je jinak nastavený.

Příklad: Požádala mě o spolupráci, nebo abych se jí věnoval paní, která byla v terminálním stavu, a celý její život se odvíjel od toho, že si nechávala vykládat karty a nechala dát na nějaký věštkyňě a dělala takovéhle věci. Mě si pozvala, abych jí to všechno poželal. No tak já jsem jí řekl, že tomu nerozumím, co říkají karty nebo ty věštkyňě, že tomu nevěřím, ale že jí mohu poželat jako člověku a dát jí najevo, že Pán Bůh jí má rád, že i v této situaci, ve které je, jí chce být na blízku. To bylo pro mě etické dilema, já jsem jí nemohl schválit to, co ona dělala, ale na druhou stranu jsem jí chtěl vnitřně pomoci, povzbudit jí.

3. VK: Jaké etické dilema se Vám v rámci Vaší práce v Hospici sv. Kleofáše vybaví?

Ak10: Někdy mám dilema, jestli tomu člověku například za každou cenu říkat, že nejsem katolík. On očekává katolického kněze a já jsem evangelík, tak se snažím dát tomu člověku najevo, že mu zpřítomňuju boží lásku a boží milosrdenství a ani mu to nesdělím, že nejsem katolík. Jsem ochoten si s ním zazpívat i Mariánskou píseň, kterou mi evangelíci v podstatě nezpíváme, ale vím, že to tomu člověku udělá dobře, takže si myslím, že se tím snažím být tomu člověku na blízku a pomoci mu v té jeho situaci i když tím překračuji nějaké své vnitřní pravidla, které jsem získal od dětství, výchovou a vzděláním. Tak prostě v tu chvíli to dělám pro toho člověka. Jde o vnitřní etický problém v tom, že to odporuje tomu, co jsem se naučil a tomu čemu jsem vnitřně přesvědčen. Ale dělám všechno proto, abych tomu člověku zprostředkoval nějakou boží milost a boží blízkost.

4. VK: Máte nějaký návod na to, jak etické dilema řešit?

Ak10: Ano.

VK: Podotázka: Jaký?

Ak10: Jednoznačně se ptám vnitřně, co tomu člověku může prospět. Snažím se podle toho řídit. To, co by mu prospělo. Rozhodně se snažím vyvarovat něčemu, co by mu ublížilo.

5. VK: Jak moc a v čem je vaše řešení etických dilemat ovlivněno pravidelnými týmovými poradami neboli ostatními názory vašich kolegů?

Ak10: Vždycky na to má vliv komunikace s druhými lidmi, protože někdy si udělám o člověku nějaký obrázek a potom teprve po konzultaci s někým druhým, kdo to vidí z jiného úhlu pohledu, tak mi na to nastaví komplexní pohled. Takže si o tom člověku udělám lepší obrázek a můžu udělat rozhodnutí, řekl bych na lepší úrovni.

6. VK: Ve společnosti pracovníci prosazují cíle paliativní péče, ke kterým mimo jiných patří neurychlovat ani neoddalovat smrt. Jaký je Váš názor na euthanasii, jako možnost smrti?

Ak10: V současné době se touto otázkou hodně zabývám. Myslím, si, že každému člověku je potřeba vysvětlit, co to euthanasie je. Euthanasie je z řeckého slova euthanatos, dobrá smrt. A vzpomínám si, že jsem jednou takhle navštívil jednu pacientku a ta mi řekla, že by si přála euthanasii. Já jsem jí řekl, ano to já taky, já bych taky chtěl euthanasii. Protože euthanasie je vlastně dobrá smrt. Kdo by si nepřál dobrou smrt. A pak jsem jí začal vyprávět o tom, že dobrá smrt je závěr dobrého života. Ptal jsem se, co ona dobrého v životě zažila. Ona mi to tam krásně začala vyprávět a tak jsem se jí pak zeptal, jestli by chtěla ještě něco, teď v závěru života dobrého, aby se jí ještě stalo. Řekla mi, že by se chtěla rozloučit se svými přáteli. Ptal jsem se jí, jakou hudbu by chtěla teď slyšet, tak mi to všechno říkala. A pak jsem se jí ptal, jestli je něco, co má ráda, co by chtěla ještě ochutnat. Vzpomněla si z dětství na chuť pikaa. Mluvili jsme ještě o dalších věcech. V závěru se mě ptala, jestli mě může o něco poprosit. Za dveřmi čekali její rodiče a já jsem jim měl všechno, co jsme si řekli povědět, protože už na to neměla sílu. Já jsem jim to samozřejmě všechno řekl a dověděl jsem se, že druhý den jí zanesli pikao, nějakou hudbu, pozvali kamarády, se kterými se chtěla rozloučit a ona za dva dny zemřela. Pak zamnou přišli ti rodiče a požádali mě jestli bych jim neudělal rozloučení v obřadní síni normálně v krematoriu, tak jsem jim vyšel vstříc a musím říct že to bylo velmi intenzivní setkání s těma pozůstalýma v tom směru, že jsem mohl říct, že prožila euthanasii, dobrou smrt. Samozřejmě, že vím a rozumím tomu, co se myslí euthanasií v našem slova smyslu. Ta diskuse se o tom rozvíjí. Uvažuje se i o tom že i u nás by se to schválilo. Asi si dovedu představit případy, kdy bych s tím souhlasil, ale je tady veliký nebezpečí zneužívání a proto nevím, jak se přesně legislativcům podaří to nastavit tak, aby se tady toho zneužití nedospělo třeba pod tlakem rodiny. Když už se rodina nechce starat o svého blízkého, tak ho přemluví k euthanasii, to bych považoval za zručnost. Na druhé straně jsem se setkal s lidmi, kteří prožívali veliké utrpení hlavně psychické, ne ani ne tak fyzické, tu umějí lékaři odstranit. Takovým lidem už jsem přál, aby si je Pán Bůh vzal.

7. VK: Existuje něco mimo zákon, kvůli čemu byste se rozhodla porušit slib mlčenlivosti? Co by to bylo a proč?

Ak10: Nevím, takovou situaci jsem naštěstí nikdy nemusel řešit. Asi bych to neudělal, že bych to porušil.

8. VK: Zamýšlel jste se někdy nad tím, zda je lepší říct pravdu o zdravotním stavu klienta/klientky nebo milosrdně lhát?

Ak10: Určitě, jednoznačně říci pravdu o zdravotním stavu. Každý pacient by měl vědět pravdu o svém stavu a ne jenom on, ale i jeho příbuzný, jeho rodina. Naopak, myslím si, že mi doprovázející bychom měli klást těm umírajícím a jejich nejbližší rodině otázky: Pochopili, rozuměli jste tomu, co vám bylo sděleno? Rozumíte tomu, že umíráte? Protože si myslím, že spousta lidí tvrdí oni mi nic neřekli, ale ono to tak není. Ty lidi jim řekli, že mají například rakovinu v terminálním stavu, ale ten člověk to nepochopil. To znamená, měli bychom, my co doprovázíme, se snažit s těmi lidmi velmi otevřeně hovořit. Zeptat se jich, co ještě chtějí vysvětlit nebo jak to chtějí lépe vysvětlit, aby to pochopili.

9. VK: Představte si, že by si váš klient/klientka přál/a snížit dávky podávaných sedativ a byl byste svědkem toho, jak klient/klientka trpí, probudilo by to ve Vás něco, co by Vás donutilo toto přání porušit nebo byste bez váhání a s respektem jednal/a tak, jak si klient/klientka přál/a?

Ak10: Já si myslím, že je třeba respektovat přání pacienta. Pokud on si přeje něco, co já považuju za nesmyslné nebo špatné, tak je na mě, abych se s ním snažil komunikovat a vysvětlit mu to. Vím, že někdy se to nemusí podařit. Pak bych se snažil hledat druhou cestu, jak mu pomoci a poradil bych se s lékařem.

10. VK: Kdyby v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek nastala situace, že by o jednu kompenzační pomůcku měli zájem dva klienti, pro koho byste se rozhodla? Pro toho kdo volal první nebo pro toho, kdo kompenzační pomůcku potřebuje ze zdravotních důvodů více?

Ak10: To bych se rozhodl podle toho, kdo by jí potřeboval víc. Tedy kvůli zdravotnímu stavu.

Abstrakt

NOVOTNÁ, S. Podstatné faktory řešení etických dilemat v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s. České Budějovice 2022. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce V. Zvánovcová.

Klíčová slova: hospicová péče, paliativní péče, mobilní hospic, sociální práce, etika, Etický kodex pracovníků hospice, hodnoty, Hospic sv. Kleofáše, o.p.s

Diplomová práce se zaměřuje na téma podstatných faktorů ovlivňující konečné řešení etických dilemat v Hospicové péči sv. Kleofáše, o.p.s. Práce podává přehled o specifikách hospicové péče a neziskové organizace Hospic sv. Kleofáše, o.p.s. Cílem je zjistit jaké podstatné faktory ovlivňují řešení etických dilemat v této organizaci a které ze zjištěných faktorů se shodují s vybranými hodnotami z Etického kodexu pracovníků hospice. Diplomová práce popisuje hospicovou péči, sociální práci v mobilním hospici, etickou problematiku a vybrané hodnoty z Etického kodexu pracovníků hospice. Dále také popisuje postup zjištění faktorů ovlivňující etická dilemata a výsledky polostrukturovaných rozhovorů. Snahou práce je ukázat problematiku rozhodování etických dilemat.

Abstract

NOVOTNÁ, S. Significant factors in solving ethical dilemmas in Hospice care of St. Kleofáše, o.p.s. České Budějovice 2022. Diploma thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of Social and Charitable Work. Thesis supervisor V. Zvánovcová.

Key words: hospice care, palliative care, mobile hospice, social work, ethics, Code of Ethics of Hospice Employees, values, Hospice of St. Kleofáše, o.p.s.

The diploma thesis focuses on the topic of significant factors influencing the final solution of ethical dilemmas in Hospice Care St. Kleofáše, o.p.s. The thesis provides an overview of the specifics of hospice care and non-profit organization Hospice St. Kleofáše, o.p.s. The aim is to find out significant factors influence the solution of ethical dilemmas in this organization and which of the identified factors coincide with selected values from the Code of Ethics for Hospice Employees. The diploma thesis describes hospice care, social work in a mobile hospice, ethical issues and selected values from the Code of Ethics for Hospice Employees. It also describes the process of identifying factors influencing ethical dilemmas and the results of semi-structured interviews. The aim of the work is to show the issue of decision-making ethical dilemmas.