

Klíčový pracovník a jeho zkušenosti s péčí o umírajícího klienta v domovech pro seniory

Eva Kašpárková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Kašpárková**
Osobní číslo: **H16136**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Klíčový pracovník a jeho zkušenosti s péčí o umírajícího klienta v domovech pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti umírání a smrti v domovech pro seniory.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření v domovech pro seniory.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

KABELKA, Ladislav. Geriatrická paliativní péče. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4225-3.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání. Brno: Jota, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.

REITH, Margaret and Malcolm PAYNE. Social work in end-of-life and palliative care. Bristol: Policy Press, 2009. ISBN 978-1-84742-414-3.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. *Anežka* Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 13.5.2019

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou péče o umírající klienty v domovech pro seniory z pohledu klíčových pracovníků. Skládá se z části teoretické a praktické. Teoretická část se zaměřuje na umírání a smrt, na péči o umírající v domovech pro seniory, kvalitu v sociálních službách, individuální plánování a paliativní péči. Praktická část zjišťuje pomocí dotazníkového šetření zkušenosti klíčových pracovníků v oblasti péče o umírající klienty.

Klíčová slova: umírání, smrt, klíčový pracovník, paliativní péče, individuální plánování

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the care of dying clients in retirement homes from the perspective of key workers. It consists of a theoretical and a practical part. The theoretical part focuses on dying and death, on the care of a dying patient in retirement homes, quality in social services, individual planning and palliative care. The practical part investigates the experience of key workers in the care of dying clients using a questionnaire survey.

Keywords: dying, death, key worker, palliative care, individual planning

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí diplomové práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za vstřícný přístup a poskytnuté cenné rady při vedení této práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině za podporu a také všem respondentům, kteří se účastnili výzkumného šetření.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	12
1.1 PROCES UMÍRÁNÍ.....	13
1.2 SMRT.....	15
2 POHLED NA INSTITUCIONÁLNÍ PÉČI O SENIORY.....	16
2.1 DOMOVY PRO SENIORY	17
2.2 ZMĚNA SKLADBY KLIENTŮ A JEJICH OČEKÁVÁNÍ.....	19
3 KVALITA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	20
3.1 ZAMĚSTNANCI DOMOVŮ PRO SENIORY V ROLI KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA	20
3.1.1 Osobnostní předpoklady pracovníků přímé péče	21
3.1.2 Odborná způsobilost a další vzdělávání pracovníků přímé péče	22
3.2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ	23
3.2.1 Zjišťování potřeb u klienta	24
4 PALIATIVNÍ PÉČE	27
4.1 OBECNÁ A SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE, JEJÍ PRINCIPY A FORMY	28
5 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO V DOMOVECH PRO SENIORY.....	30
5.1 PALIATIVNÍ PÉČE VERSUS INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	31
5.2 PROČ KOMUNIKOVAT O UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	32
5.3 PŘÍSTUP K POTŘEBÁM UMÍRAJÍCÍHO ČLOVĚKA	33
5.3.1 Biologické potřeby umírajícího člověka	34
5.3.2 Psychické potřeby umírajícího člověka	36
5.3.3 Sociální potřeby umírajícího člověka.....	36
5.3.4 Spirituální potřeby umírajícího člověka.....	37
5.4 PODPORA RODINY A BLÍZKÝCH OSOB	38
5.5 PODPORA PERSONÁLU	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
6 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	42
6.1 PŘÍPRAVNÁ FÁZE VÝZKUMU.....	42
6.2 TECHNIKA VÝZKUMU	42
6.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	42
6.4 CÍLE VÝZKUMU	43
6.5 METODA SBĚRU DAT	43
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	45

7.1	ZPRACOVÁNÍ A GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	45
8	DISKUZE	67
8.1	ZHODNOCENÍ CÍLŮ VÝZKUMU	69
ZÁVĚR	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	77
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	81
SEZNAM GRAFŮ	82
SEZNAM TABULEK.....	83
SEZNAM PŘÍLOH.....	84

ÚVOD

V naší společnosti dochází ke stárnutí populace. Neustále se zvyšuje věk dožití, narůstá počet seniorů vysokého věku. K tomu přispívají především životní podmínky obyvatel a s tím související poskytovaná zdravotní péče. Lékaři za pomoci moderní techniky a vědeckých poznatků jsou dnes schopni diagnostikovat, léčit či zmírňovat průběh u nemocí v minulosti smrtelných. Bohužel tato skutečnost s sebou přináší i určitá negativa. Lidé se dnes dožívají vysokého věku, ale často je tento fakt vykoupen různými chronickými onemocněními a častým řetězením nemocí s mnoha komplikacemi. Na to navazuje možná postupná ztráta soběstačnosti a potřeba pomoci a podpory poskytnuté druhou osobou. Podmínky vytvořené naší společností jsou velmi častým důvodem skutečnosti, že rodina nemůže o seniora pečovat v domácím prostředí. Ale není to jediný důvod. Můžeme jen spekulovat o tom, jestli rozhodnutí rodiny záleží hlavně na těchto podmínkách, nebo větší roli zde sehrála nefunkčnost rodiny, či neochota jejích členů se o seniora postarat z důvodu individuálního nastavení priorit a představ o životě. V každém případě už léta trvá zájem obyvatel o sociální službu poskytovanou domovy pro seniory. Zde staří lidé tráví poslední roky svého života a často také umírají. Kvalita v sociálních službách je průběžně kontrolována a sledována podle nastavených legislativních opatření. Jako hodnotící nástroj kvality v sociálních službách byly vytvořeny standardy, které mimo jiné zavazují poskytovatele sociálních služeb individuálně plánovat průběh služby s klientem. Prostředníkem a dá se říci i osobou v novém prostředí nejbližší má pro klienta být tzv. klíčový pracovník. Jde o zaměstnance sociálních služeb, který je zodpovědný za správné nastavení poskytované péče a podpory klientovi dle jeho konkrétních potřeb. Klíčový pracovník má reagovat na celkové změny stavu u klienta a nabízet mu potřebnou pomoc ve všech oblastech jeho života. Vztah klíčového pracovníka a klienta by měl být založen na vzájemné důvěře. Tato bakalářská práce se zabývá problematikou péče o umírajícího člověka v domovech pro seniory právě z pohledu klíčových pracovníků, jakožto osob klientovi v zařízeních sociálních služeb „nejbližších“. Téma umírání a smrti není tabuizováno jen v našich soukromých životech. Bohužel je někdy umírání a smrt tématem potlačovaným a negativně vnímaným i v profesním životě lidí, kteří se s těmito fenomény setkávají osobně. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké mají klíčoví pracovníci zkušenosti v této oblasti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

„...nikdo z nás neví, kdy se tak stane, ani jakým způsobem se tak stane.“ (Haškovcová, 2010, s. 316) Umírání a smrt – dvě slova, která budí v lidech řadu pocitů, převážně však negativních. Každému člověku je jasné, že jednou přijde konec života na tomto světě, nikdo o tom nepochybuje. Většinou lidé doufají, že umírání bude trvat krátce, bez utrpení, bez bolesti, že smrt bude rychlá, ale ne předčasná. Jen někteří z nás však dokáží své obavy či představy o umírání a smrti vylíčit někomu blízkému. Rozhovoru o umírání a smrti se lidé vyhýbají. Budí dojem neslušnosti a nepatřičnosti.

Snažíme se děti „chránit“ před pohledem na smrt. Příchod na svět je naopak dnes již dětem osvětlován v co nejranějším věku. Odchod ze světa je tabuizován. Dříve se tabuizovala sexualita. Dnes je tomu právě naopak. Zdravý stud z nahoty a sexu mizí, ale o přirozeném odchodu člověka z tohoto světa, který byl dříve věcí veřejnou, je neslušné hovořit. Uvědomění si konečnosti života je základním předpokladem k odpovědnému hospodaření s časem, který máme. Tabuizace umírání a smrti znemožňuje přístup občanům k základním informacím o potřebách umírajících, a tím i možnost ovlivnit důstojný závěr života nás všech. Pokud si přejeme dobrou smrt, je důležité nejen o ní přemýšlet. Musíme se naučit o umírání a smrti otevřeně hovořit. (Haškovcová, 2007, s. 15; Funk, 2014, s. 107; Volandes, 2015, s. 22)

Pokud dojde k potlačování myšlenek na smrt a umírání, hrozí, že si nebudeme vážit času a nebudeme dělat to, co je důležité. Připuštění smrtelnosti s sebou přináší realistické zvážení situace a osvobození od zbytečných starostí. (Kupka, 2014, s. 14)

Smrt je v dnešní době dehumanizována, umíráme často v nemocnici, v ústavu a jen málokdy doma. V zařízeních poskytujících zdravotní nebo sociální služby je dnes stále těžké navodit podmínky k odcházení člověka. Je důležité zajímat se o období umírání a jeho specifika, abychom byli schopni porozumět potřebám umírajícího člověka. (Funk, 2014, s. 104-105)

Výzkum agentury STEM/MARK z roku 2011 s názvem Smrt a péče o umírající se zabýval mimo jiné otázkou: Čeho se lidé na umírání nejvíce obávají? V populaci byla nejčastější odpovědí ztráta důstojnosti (soběstačnosti). Druhá nejčastější odpověď byla bolest, dále odloučení od blízkých, osamocení, psychické strádání a obava z toho, co bude následovat po smrti. (Smrt a péče o umírající, 2011) Největší obavy u člověka vzbuzují většinou věci neznámé, či neovlivnitelné. Proces umírání je pro člověka velmi individuální a nepře-

nosnou zkušeností. Každá informace, která se dostane do povědomí veřejnosti, alespoň částečně přispěje k detabuizaci procesu umírání.

1.1 Proces umírání

Za ikonu v boji proti tabuizaci umírání a smrti je považována Elisabeth Kübler-Rossová. Ve své přelomové knize *O smrti a umírání* poprvé popsala pět stadií vyrovnávání se se ztrátou. Její teorie je výchozím podkladem nejen pro teoretickou část práce, ale především vysvětlením důležitých životních pochodů pro všechny, kteří se snaží pochopit člověka v neblahé životní situaci. Sama Kübler-Rossová (2012, s. 62) však napsala, že označení tohoto procesu jako fáze umírání, není zcela přesné. Těmito fázemi si prochází každý člověk, který čelí určité nepříjemné, krizové situaci. Například i má-li opustit místo, které mu bylo dlouhá léta domovem.

✓ Popírání a izolace

Kübler-Rossová (2015, s. 52-55) konstatuje, že ať je pacient náležitě informován lékařem o svém stavu, či nikoli, nastává první stádium v podobě popírání skutečnosti. Lidé nevěří, že se to mohlo stát právě jim. Důvodem popírání je fakt, že ve svém podvědomí se všichni cítíme být nesmrtelnými. Skutečnost, že po počátečním šoku z nepříznivé zprávy přichází odmítání, je potom logickou reakcí. Způsob podání informace pacientovi o jeho stavu může být příčinou až úzkostného odmítání diagnózy. A to v případě, pokud je informován předčasně, stroze a necitlivě. Odmítání skutečnosti však má svůj význam. Popírání můžeme vnímat jako nárazník, který má tlumit účinky přijaté šokující zprávy. Jde o dočasnou obrannou strategii, kterou vystřídá částečné přijetí nepříznivého stavu. Někteří lidé mohou setrvat ve fázi popírání až do konce života. V této fázi není vhodné otevírat rozhovor na téma smrti. Rozhovor se musí konat tehdy, kdy to vyhovuje pacientovi.

✓ Zlost

Další fáze v podobě zlosti je obtížnější na zvládnutí pro personál pečující o umírajícího pacienta a také pro jeho rodinu. Veškerá činnost prováděná v zájmu pacienta je pro něj obtěžující a špatně provedená. Rodina projevy zlosti těžko nese a častou reakcí je omezení návštěv u nemocného. Je těžké vcítit se do situace umírajícího a ptát se na důvody, které jsou příčinou jeho zlosti. Pohled na svět v tento moment je ovlivněn tím, že veškeré jeho vědomé či podvědomé plány do budoucna nebudou naplněny. Lidé kolem umírajícího mu svojí přítomností neustále připomínají skutečnost, že on sám už nebude moci užívat si radosti ze života stejně jako oni. Stačí respekt, pochopení a čas věnovaný těžce nemocné-

mu, aby zlost postupně odcházela. Snaha blízkých poskytnout pomoc vzbudí u nemocného pocit ceněné bytosti. Důležité je nebrat si projevy zloby osobně a neoplácet je. Vznikne tak začarovaný kruh, kdy agresivita nemocného stoupá. (Kübler-Rossová, 2015, s. 64-67; Svatošová, 2011, s. 18)

Zlostné projevy chování mohou v pečujících osobách vyvolávat odpor, který je třeba překonat. Umírající člověk s takovými projevy chování potřebuje nejvíce duchovní podporu. Pečující či blízká osoba by měla věnovat nemocnému každou volnou chvíli, i když by se mu nejraději vyhýbala. Izolaci nemocného můžeme chápat jako projev pasivní agrese vůči jeho osobě. (Kupka, 2014, s. 101) „*Ke zvládnutí takové nepříjemné situace úplně stačí docela obyčejná lidská, avšak bezpodmínečná láska a trpělivost – není to žádná velká věda.*“ (Svatošová, 2012, s. 55)

✓ **Smlouvání**

Ve fázi smlouvání se pacientovi vybaví životní zkušenost, kdy ví, že za slušné, dobré chování přichází odměna. Splněné přání v podobě delšího života. Pacient smlouvá, že by se chtěl dožít určité důležité životní události, nebo alespoň prožít pár dnů navíc bez bolesti. (Kübler-Rossová, 2015, s. 98-100)

✓ **Deprese**

Kübler-Rossová (2015, s.101-104) rozlišuje depresi na reakční a přípravnou. Reakční deprese vychází z utrpené ztráty. Například když pacient podstoupí operaci, následkem které už jeho tělo nevypadá, či neslouží jako dříve. Deprese přípravná spočívá v očekávaných ztrátách. Jde o přípravu na ztrátu svých nejbližších. U deprese reakční je žádoucí pacienta povzbuzovat, rozveselovat, což je typická lidská reakce. Tato reakce však není namístě u deprese přípravné. Pacient si uvědomuje, že ztrácí všechny milované osoby a má právo vyjádřit svůj žal. Reakce okolí by měla proběhnout v podobě společného sdílení, často i tichého, není třeba hovořit. Stačí „být“ u pacienta, držet jej za ruku, pohladit.

✓ **Akceptace**

V této fázi už člověk necítí zlost, nemá depresi. Pacient často upadá do spánku, je unavený. Jde o postupnou ztrátu vědomí, umírající člověk ve spánku cítí úlevu od bolesti a dalších nepříjemností. Přeje si být častěji sám, nežádá si početné návštěvy. Rozhovory by neměly být hlučné a často postačí neverbální komunikace. Pacient nám sám naznačí, kdy uvítá naši přítomnost. Nyní potřebuje více podpory rodina umírajícího pacienta. Okruh zájmů člověka ocitajícího se ve fázi akceptace je velice zúžen. (Kübler-Rossová, 2015, s. 127-129)

Umírající pacient, který z pohledu blízkých osob už jen spí, možná ve svém nitru řeší minulost. Zatímco pečující osoba pociťuje soucit, neuvědomuje si důležitost daného okamžiku. (Svatošová, 2011, s. 41)

1.2 Smrt

Konstatovat smrt člověka může jedině lékař. Proto za klíčovou definici smrti můžeme považovat definici z medicínského pohledu. Smrtí se rozumí zástava srdeční činnosti, popřípadě ukončení neodkladné kardiopulmonální resuscitace. Pokud je resuscitace zakončena úspěšně a život člověka pokračuje, potom hovoříme o klinické smrti. Díky technickému pokroku v medicíně existuje velké množství lidí navracených do života. Často se vrací s příběhem, který má následně dopad na jejich život, na vztahy k sobě, ostatním lidem a světu. V opačném případě po zástavě oběhu následuje cerebrální smrt, smrt mozku, o které se hovoří jako o smrti individua. (Kupka, 2014, s. 154; Špatenková, 2014, s. 35) Nastává několik minut po zástavě dechu a srdečního tepu. Může také nastat situace, kdy žádné mozkové vlny nejsou rozpoznatelné, mozková kůra není aktivní, ale základní životní funkce řízené hluboko uloženými mozkovými centry pracují. Tento stav se nazývá apalický syndrom. (Thorová, 2015, s. 475)

V 20. a 21. století se hovoří o institucionalizaci a medikalizaci smrti. Institucionalizace znamená odsunutí smrti do institucí a pojem medikalizace smrti značí přechod od smrti jako přirozené záležitosti ke smrti pod dohledem lékařů. (Špatenková, 2014, s. 27-28)

Smrt v 21. století není přirozeným procesem, který se odehrává v domácím prostředí mezi nejbližšími. Bohužel v současné době není smrt vnímána jako přirozené ukončení života na tomto světě, které by mělo probíhat důstojně v přítomnosti blízkých, pokud si to jedinec přeje. Nejčastěji lidé umírají ve zdravotnických zařízeních za přítomnosti cizích lidí, snažících se člověku pomoci, aniž by byl zhodnocen přínos dané intervence. Člověk je často do posledních okamžiků „zachraňován“ zdravotnickým personálem, kteří na smrt nahlíží jako na prohru, přestože to jinak skončit nemohlo. (Kabelka, 2017, s. 77-78; Svatošová, 2011, s. 15; Volandes, 2015, s. 14)

2 POHLED NA INSTITUCIONÁLNÍ PÉČI O SENIORY

Zdraví mladí lidé nechtějí o stáří vůbec uvažovat. Vytvářejí rozpor mezi svým uvažováním a skutečností. Častým negativním jevem je přehlížení seniorů, jejich podceňování, a dokonce agrese v podobě slovní a bohužel i fyzické. Přitom ve svých myšlenkách uznávají uctivost v chování vůči starým lidem. Ekonomicky aktivní senioři jsou mladými kolegy akceptováni. Jakmile přestanou pracovat a začnou pobírat starobní důchod, postoj mladých se mění negativním směrem. Pohled mladých lidí je velmi ovlivněn médii, ve kterých se neustále řeší problematika důchodového zabezpečení seniorů. Jen málokdy je zmíněno, že si staří lidé podporu státu zaslouží, protože také mnoho let pracovali a přispívali do společných financí prostřednictvím daní. (Haškovcová, 2012, s. 11-12)

Dle Klevetové (2008, s. 12-13) v dnešní společnosti vládne tvrdý individualismus. Mění se struktura rodiny, starý člověk zde zatím nenalézá novou roli. Mladá generace nemá pochopení pro odlišnosti druhých lidí, což pramení z nedostatku vzájemné lásky. Staří lidé se dožívají vysokého věku a nejsou na úskalí s tímto spojené připraveni. Stát se k problematice potřebné péče o seniorskou populaci často staví do role přímého pečujícího. Místo podpory rodinných příslušníků a blízkých osob ochotných se péče o seniora ujmout, svým přístupem zvyšuje tlak na institucionalizaci těchto osob.

Pobyt seniorů v institucích však nelze vnímat pouze negativně. Kvalita systému sociální péče je v České republice na vysoké úrovni. Pobyt v instituci je často nejlepším řešením složité životní situace u člověka s potřebou pomoci. V zařízeních sociálních služeb je péče o klienta na profesionální úrovni, což je přínosem nejen přímo pro obyvatele. Díky profesionalizaci institucionální péče se vyvinulo spousta nových přístupů, technik a pomůcek usnadňujících péči o člověka odkázaného na pomoc druhé osoby. Informace původně určené pro profesionální pečovatele jsou dnes běžně dostupné i veřejnosti. (Kabelka, 2017, s. 292; Špatenková, 2014, s. 67)

Podle Haškovcové (2010, s. 58) je pohled na historii ohledně péče o staré členy rodiny popisován nerealisticky. V dobách minulých sice sdílelo více generací společnou domácnost. To ovšem ještě neznamenalo kvalitní péči o starého, nemohoucího člena rodiny. Výhodou společných domácností bylo, že děti přebíraly vzorce chování od svých rodičů a viděly na vlastní oči, jak vypadá stáří, umírání a smrt. Ale vzor vytvářený rodiči nemusel být vždy správný a projevy chování vůči starým lidem nebyly pokaždé pozitivní.

V každém případě společná či blízko stavěná obydlí usnadňovala ochotným rodinným příslušníkům poskytovat péči seniorům.

Často se hovoří o stárnoucí populaci a problémy s tímto spojenými. Společnost usiluje o deinstitucionalizaci, buduje a rozvíjí se terénní sociální služby, které podpoří rodinu v péči o seniora a jemu samotnému umožní zůstat doma, ve svém přirozeném prostředí. Jde však o dlouhodobý proces. V praxi je zřetelné, že se situace v posledních letech díky příspěvku na péči významně změnila. Člověk, který se rozhodne o někoho pečovat v domácím prostředí, již nezůstane bez finančních prostředků. Finanční podpora státu v podobě tříměsíčního ošetrovného je dalším posunem v možnostech pečujících osob. Ač bude úsilí společnosti sebevětší, vždy zbude určitá skupina seniorů, kteří z důvodu ztráty soběstačnosti budou závěr svého života trávit v zařízeních sociálních služeb, v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem. Ne každý senior je součástí funkční rodiny. Někteří lidé nejsou vůbec součástí rodiny, zůstali ve stáří sami, úkolem společnosti potom je, aby v čase nemoci a nesoběstačnosti, ale také během umírání nezůstávali osamoceni a bez potřebné podpory.

2.1 Domovy pro seniory

Domov pro seniory je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách řazen mezi pobytové sociální služby. V praxi to znamená, že senior mění své dosavadní místo bydliště a zařízení poskytující sociální služby se mu stává domovem. Tato změna bývá pro každého člověka velmi zásadní. Nemění se pouze místo, které má být pro člověka domovem. Mění se také způsob života a lidé, se kterými bude senior nejčastěji v kontaktu, se kterými bude nejčastěji komunikovat, kteří mu budou zajišťovat potřebnou péči a podporu. Je vytržen z dosavadního sociálního prostředí a ve věku, kdy je adaptace na nové daleko náročnější, musí nalézt novou cestu. Cestu, jak spokojeně prožít závěrečnou fázi svého života v novém prostředí. Častým kritériem ovlivňujícím volbu zařízení je jeho vzdálenost od místa bydliště. Senior si přeje být v častém kontaktu s rodinou i přáteli.

Mezi zájemce o tuto sociální službu patří osoby, které z nějakých důvodů nejsou schopni se o sebe postarat sami a ani za pomoci rodiny či blízkých osob. Tito lidé potřebují určitou míru pomoci a podpory druhé osoby v různých oblastech života. Stávají se buď částečně nebo zcela závislými na pomoci druhých. V dnešním pojetí sociálních služeb se pro obyvatele domovů pro seniory zažil název klient či uživatel sociální služby. Tedy klient, který si

sjednává míru dopomoci vzhledem ke svému celkovému stavu, vzhledem ke svým zachovaným schopnostem. Jedním z úkolů a cílů domovů pro seniory je snažit se alespoň částečně vytvořit klientům pocit domova.

Vždy je důležité, aby kompetentní osoba individuálně prodiskutovala se zájemcem o službu jeho představy ohledně poskytování péče, objektivně zhodnotila jeho požadavky a schopnosti. Poté je ve spolupráci s klientem sestavován plán péče týkající se všech oblastí péče o jeho osobu. Jde o následující oblasti vyjmenované v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- ✓ poskytnutí ubytování,
- ✓ poskytnutí stravy,
- ✓ pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- ✓ pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- ✓ zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- ✓ sociálně terapeutické činnosti,
- ✓ aktivizační činnosti,
- ✓ pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů,
- ✓ pomoc při obstarávání osobních záležitostí. (ČESKO, 2006a)

Dalším důležitým legislativním článkem týkajícím se oblasti sociálních služeb, je vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Zde se mimo jiné můžeme dočíst o rozsahu úkonů, které se v domovech pro seniory poskytují v rámci výše jmenovaných základních činností.

Lorencová (2018, s. 37) upozorňuje na skutečnost, že v základních činnostech není uvedena oblast související s umíráním a smrtí klientů v domovech pro seniory. Realita si však žádá aktivní přístup samotných poskytovatelů dané sociální služby k této oblasti péče o klienta. Řešení vidí především ve vzdělávání svých zaměstnanců a otevřené komunikaci mezi všemi aktéry. Překonat počáteční ostych a uspořádat hromadné setkání klientů, rodinných příslušníků, zaměstnanců a případně dalších osob zasvěcených do problematiky umírání a smrti, je dobrým začátkem cesty k poskytování paliativní péče v zařízeních tohoto typu.

2.2 Změna skladby klientů a jejich očekávání

Odpovězme si nejdříve na otázku, kdo jsou dnes klienti domovů pro seniory? Jaké problémy či potíže přivádí v dnešní době člověka za brány těchto zařízení? Haškovcová (2010, s. 242-243) vzpomíná, že v domovech důchodců, předchůdcích domovů pro seniory, žili v podstatě zdraví senioři. Dříve se jednalo výhradně o sociální zařízení bez zdravotnické péče. O seniory zde pečovali výhradně sociální pracovníci. Tito obyvatelé domovů důchodců postupně zestárlí a přirozeně přicházeli nemoci. Realita v podobě střídání hospitalizace v nemocnici a opětovného návratu do domovů přinesla spásnou myšlenku. Součástí domovů důchodců se stali také zdravotničtí pracovníci, konkrétně zdravotní sestry. Bohužel v 90. letech minulého století se z ekonomických důvodů opět začaly zdravotní sestry z domovů pro seniory stahovat. Argumenty týkající se úspory finančních prostředků za mzdové náklady přispěly k opětovnému návratu myšlenky rozdělení zdravotní a sociální péče. Klienty domovů pro seniory by neměli být lidé s potřebou zdravotní, ale sociální pomoci. Domov pro seniory má být chápán především jako domov a neměl by evokovat pocit pobytu v nemocničním zařízení.

Z praxe můžeme potvrdit, že tlak na snižování mzdových nákladů se řeší stále a stále přetrvávají nekonečné rozpory v názorech ohledně potřebnosti zdravotnických pracovníků v domovech pro seniory. Nově přicházející klienti jsou často lidmi plně odkázanými na pomoci druhých osob. Pomoc vyžadují nejen v oblasti sociální, ale potřebují i řadu zdravotnických intervencí. Představa jejich i představa rodinných příslušníků o poskytovaných službách automaticky zahrnuje alespoň základní zdravotní péči, která by nemohla být poskytována bez přítomnosti všeobecných sester.

V domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem se za posledních deset let výrazně změnila klientela. Jde často o klienty v určité fázi syndromu demence, imobilní, s nutričními problémy a různými chronickými onemocněními. Do těchto zařízení přichází dnes většinou klienti s rozvinutým syndromem geriatrické křehkosti, často na poslední měsíce života. Nutnost zvýšené zdravotní péče je u nich tedy samozřejmostí. Bohužel často domovy pro seniory nejsou schopny zajistit potřebnou zdravotní péči a senior musí být k nelibosti všech zúčastněných převážen do nemocnice a zpět i několikrát v závěru života. Jde o tzv. syndrom ping-pongového míčku, kdy dochází k neustálému přemísťování klienta. Zajištěním zdravotní hospicové péče se nepříjemné situaci spojené s převážením klienta dá předejít. (Funk, 2014, s. 23; Kabelka, 2017, s. 292)

3 KVALITA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Hodnotícím nástrojem kvality v sociálních službách jsou tzv. standardy kvality. Umožňují porovnávat kvalitu jednotlivých druhů služeb na celonárodní úrovni. Jde o nástroj sloužící jednak institucím, které sociální služby financují, poskytovatelům v konkurenčním boji a také uživatelům, aby měli dostatek informací k výběru služby. Standardy kvality mají za úkol také stimulovat poskytovatele služeb k dobré praxi a ochraně lidských práv. Standardy kvality usilují o pozitivní přístup k uživatelům služeb a celkově napomáhají rozvoji oblasti poskytování sociálních služeb. Hlavním měřítkem kvality služeb by měl být z pohledu standardů klient, uživatel služby. Ten si má stanovit cíl, z kterého pramení nastavení rozsahu poskytované pomoci v domově pro seniory. (Dvořáčková, 2012, s. 91-92)

Standardy kvality sociálních služeb jsou rozděleny do patnácti oblastí. Každá oblast má vyjmenována kritéria, podle kterých se jednotlivé oblasti poskytované služby posuzují. Všechny hodnocené oblasti jsou pro kvalitu sociální služby velmi důležité. Z důvodu zaměření této práce na oblast přímé péče o umírající klienty se budeme dotýkat problematiky týkající se standardu č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby, č. 9 – Personální a organizační zajištění sociální služby a také č. 10 – Profesní rozvoj zaměstnanců.

3.1 Zaměstnanci domovů pro seniory v roli klíčového pracovníka

Všichni zaměstnanci domovů pro seniory se buď přímo nebo nepřímo podílejí na spokojenosti klienta se sociální službou, ovlivňují tedy celkovou kvalitu a úroveň zařízení. Skutečnost, že týmová spolupráce všech je základním předpokladem úspěchu, je nepopiratelná. Zkušenosti z praxe ukazují na důležitost všech lidí v týmu, jejich všímavost, vnímavost a ochotu komunikace jak s klientem, tak i s ostatními pracovníky v zařízení.

Přímá péče o klienta se skládá ze dvou důležitých a vzájemně propojených složek: zdravotní a sociální. Přestože nikde není zakotvena povinnost zaměstnávat zdravotnické pracovníky v domovech pro seniory, jsou běžnou součástí všech zařízení tohoto typu. Zdravotní část je obvykle tvořena vrchní či vedoucí sestrou a všeobecnými sestrami. Někdy se také do zdravotní péče o klienty zapojuje fyzioterapeut či ergoterapeut. Lékař nebývá stálým zaměstnancem, ale do zařízení dochází. Sociální složku tvoří sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Pro všechny pracovníky přímé péče o klienta platí podmínka plné svéprávnosti, bezúhonnosti, zdravotní a odborné způsobilosti k výkonu povolání.

Práce je zaměřena na problematiku péče o umírajícího klienta z pohledu klíčových pracovníků. Proto následující řádky budou věnovány zaměstnancům domovů pro seniory, kteří se přímo podílí na péči o klienta, jsou s ním nejčastěji v kontaktu a stávají se tzv. klíčovými pracovníky.

Vysvětlení termínu klíčový pracovník není součástí žádného s příslušných legislativních opatření dotýkajících se sociálních služeb. Jde o dnes již zažitý název pro zaměstnance sociálních služeb, který je stěžejní osobou v procesu individuálního plánování služby s klientem. (Horecký, 2011, s. 107)

Klíčového pracovníka můžeme chápat jako koordinátora péče o klienta. Je zodpovědný za nastavení individuálního plánu ve spolupráci s klientem, ale nelze po něm požadovat, aby všechny vyjednané cíle naplňoval sám. Musí být schopen zapojit se do týmové práce, ochotný komunikovat a zapojovat podle potřeby všechny členy týmu za účelem dosažení cíle. (Malíková, 2011, s. 163)

3.1.1 Osobnostní předpoklady pracovníků přímé péče

Matoušek (2013, s. 50-51) pojmenoval obecné předpoklady a dovednosti pracovníka v pomáhající profesi. Zařadil sem: zdatnost a inteligenci, přitažlivost, důvěryhodnost, komunikační dovednosti. Kabelka (2017, s. 296) mezi důležité podmínky k výkonu profese pracovníka přímé péče o nemocného řadí: mít rád svoji profesi a mít ji jako poslání, být dostatečně vzdělán, mít zkušenost s průběhem nemocí, znát jejich symptomy.

Role pečovatele klade velké nároky na osobnost člověka. Takový člověk by měl být vyrovnaný se svým životem i se svojí smrtelností. Důležité je uvědomění, že nemoc a umírání je přirozeným jevem, že to není vina pečovatele. Život umírajícího člověka začal bez jeho zásluhy a končí bez jeho zodpovědnosti. Jeho zodpovědnost je v kvalitně prováděné péči o umírajícího klienta. Měl by být schopen na sobě kriticky pracovat. Stává se, že klient pečovatele svým chováním vyvede z míry. Pro pečujícího to znamená, že klient narazil na něco nevyřešeného v jeho životě. Potom je důležité, aby pečující osoba zapracovala na nevyjasněném problému. Je důležité přijmout svůj život takový, jaký je, se vším, co k němu patří. (Kaňová, 2018, s. 19; Kübler-Ross, 2012, s. 83; Svatošová, 2012, s. 47)

Cesta k nemocnému vede nejprve přes nalezení cesty k sobě. Poté je důležité zapojit autenticitu, empatii, komunikační schopnosti a práci s emocemi vlastními i druhých osob. (Kabelka, 2017, s. 270)

3.1.2 Odborná způsobilost a další vzdělávání pracovníků přímé péče

Důležitým prvkem v zajištění kvality a profesionality v sociálních službách je vzdělání a další vzdělávání pracovníků přímé péče. Odborná způsobilost pracovníků přímé péče je upravena příslušnými zákony. Další povinné vzdělávání zaměstnanců přímé péče o klienta je nastavováno podle cílů organizace a vzdělávacích osobních cílů každého pracovníka. Je povinností každého poskytovatele sociálních služeb mít vypracovaný program dalšího vzdělávání zaměstnanců, což je jedním z kritérií standardu kvality č. 10 – Profesní rozvoj zaměstnanců.

✓ Všeobecná sestra

Některá zařízení se uchylují ke krajnímu řešení nedostatku pracovních sil schopných vykonávat roli klíčového pracovníka tím, že zapojí do procesu individuálního plánování všeobecné sestry. Tato skutečnost by však neměla být pravidlem vzhledem k jejich odborným kompetencím. (Malíková, 2011, s. 162)

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry je upravena v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních ve znění pozdějších předpisů. Všeobecná sestra poskytuje ošetrovatelskou péči a také ve spolupráci s lékařem se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné a dispenzární péči. Další vzdělávání v podobě kreditového systému, kdy všeobecné sestry měly za povinnost nasbírat účastí na odborných školeních určitý počet kreditů, bylo v loňském roce zrušeno. Vzdělávání všeobecných sester v průběhu výkonu povolání je tak momentálně pouze v rukou zaměstnavatele. Záleží na jeho přístupu a požadavcích ke vzdělávání všeobecných sester. (ČESKO, 2004)

✓ Sociální pracovník

V praxi je nejčastějším jevem, že role klíčového pracovníka se ujímají pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci, kteří jsou v každodenním kontaktu s klienty. Vždy záleží na zařízení poskytující sociální služby, jak má písemně nastavená vnitřní pravidla pro individuální plánování. (Horecký, 2011, s. 107)

Vzdělání sociálního pracovníka je zakotveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zaměstnavatel je dále povinen v průběhu výkonu profese sociálního pracovníka mu umožnit 24 hodin ročně dalšího vzdělávání. Povinné vzdělávání sociálního pracovníka může mít podobu specializačního vzdělávání zajišťovaného vysokými školami a vyššími

odbornými školami, kurzů s akreditovaným programem, odborných stáží, školicích akcí a konferencí. Cílem povinného vzdělávání je obnovování a prohlubování dosavadních odborných znalostí a dovedností sociálního pracovníka. (ČESKO, 2006a)

✓ **Pracovník v sociálních službách**

Pracovníci v sociálních službách jsou nejpočetnější skupinou pracovníků přímé péče a nejčastěji plní roli klíčového pracovníka. Jejich odborná způsobilost a další vzdělávání je rovněž popsáno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pro výkon daného povolání je zásadní absolvovat kurz pracovníka v sociálních službách v rozsahu 150 hodin. Obsah kurzu je vymezen ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Kurz pracovníka v sociálních službách je rozdělen na obecnou a zvláštní část. Obecná zahrnuje tematické okruhy týkající se kvality v sociálních službách, komunikace, základů psychologie, somatologie, ochrany zdraví, etiky, prevence vzniku závislosti na sociálních službách, sociálně právního minima a metod v sociální práci. Ve zvláštní části se pracovníci v sociálních službách seznámí se základy péče o nemocné, s výchovnými a vzdělávacími technikami, prevencí týrání a zneužívání osob, výukou péče o domácnost, krizovou intervencí, problematikou zdravotního postižení a některými prvky sebeobrany. Vyhláška také uvádí názvy oborů odborného vzdělání, jejichž absolventi jsou od povinnosti absolvovat kurz pracovníka v sociálních službách osvobozeni. Další vzdělávání pracovníka v sociálních službách spočívá v povinnosti každoročního školení o celkové délce 24 výukových hodin stejně jako u sociálního pracovníka. (ČESKO, 2006b)

Vojtíšek (2016, s. 21) konstatuje, že individuální plánování je odbornou disciplínou náležící do rukou sociálních pracovníků. Pokud roli klíčových pracovníků plní pracovníci v sociálních službách, úkolem sociálního pracovníka je nastavit realizovatelný systém individuálního plánování. Sociální pracovník musí pracovníky v sociálních službách metodicky vést během procesu individuálního plánování. Také je důležité, aby sociální pracovník co nejvíce zjednodušil dokumentaci týkající se tohoto procesu. Písemný záznam by měl co nejméně odvádět klíčové pracovníky od přímého kontaktu s klientem a měl by být přehledný a pochopitelný pro všechny zúčastněné.

3.2 Individuální plánování

Jde o dialog mezi klíčovým pracovníkem v roli zástupce poskytovatele sociální služby a uživatelem služby. Dialog by měl být veden na partnerské úrovni, měl by respektovat indi-

viduální potřeby uživatele, chránit jeho práva, důstojnost, nezávislost. Individuální plánování je důležitým prostředkem k dosahování kvality a rozvoji kultury organizace. (Haicl a Haiclová, 2011, s. 23)

Při plánování služby se klíčový pracovník s uživatelem domlouvají na postupech, které povedou k dosažení nastaveného cíle. V praxi se vyskytuje více způsobů realizace plánování sociální služby. Všechny musí respektovat zásady vycházející ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o následující čtyři základní modely plánování služby:

- ✓ **Model zaměřený na dosahování cílů** znamená, že klíčový pracovník s uživatelem dojednávají změnu, která nastane při poskytování dané sociální služby. Klíčový pracovník radí a stanovuje s uživatelem kroky vedoucí k dosažení změny (cíle). Jde o podrobně zaznamenávaný, administrativně náročný způsob, na druhou stranu jeho výhodou je aktivní účast klienta.
- ✓ **Model zaměřený na dialog a uživatele služby** se snaží co nejvíce respektovat klienta při řešení situace. Rozhovor mezi klíčovým pracovníkem a klientem je zaměřen na jeho potřeby. Pracovník díky partnerskému, nedirektivnímu přístupu vzbuzuje u klienta pocit bezpečí. Problém u tohoto modelu může vzniknout z nepříteliš velkého tlaku na změnu u klienta, na řešení jeho nepříznivé situace.
- ✓ **Model vycházející ze schémat počítačové podpory** vytvářejí softwarové firmy. Na základě dojednané sociální služby klíčový pracovník zpracovává možnosti podpory v počítači. Nevýhodou tohoto modelu je omezený osobní kontakt mezi pracovníkem a klientem, počítač vytváří určitou bariérou vztahu mezi oběma stranami.
- ✓ **Model expertní** znamená expertní pozici pro pracovníka. Klíčový pracovník získává osobní a sociální anamnézu, klade důraz na práci s dokumentací uživatele. Výhodou je odborný náhled na klienta, nevýhodou mocenský vztah pracovníka ke klientovi. (Haicl a Haiclová, 2011, s. 27-33)

3.2.1 Zjišťování potřeb u klienta

Úspěch individualizované péče spočívá v poznání klienta, jeho potřeb a požadavků na saturaci jeho potřeb. Důležitou roli zde hraje získávání informací o klientovi. Následující

body vedou ke správnému postupu při zjišťování potřeb u klienta a následnému sestavení plánu péče¹:

- ✓ Získat co nejvíce informací z dostupných zdrojů.
- ✓ Vysvětlit význam osobního cíle a individuálního plánování klientovi v klidných podmínkách.
- ✓ Získat důvěru klienta prostřednictvím klidného, profesionálního chování.
- ✓ Nespolehat na získání informací potřebných k individuálnímu plánování během prvního rozhovoru, dopřát klientovi čas na přemýšlení.
- ✓ Správně, citlivě a respektujícím způsobem klást otázky.
- ✓ Upozornit klienta na možnost kdykoliv nastavený osobní cíl změnit vzhledem k jeho aktuálním schopnostem.
- ✓ Při dalším setkání formulovat s klientem jeho osobní cíl a zapsat jej do dokumentace.²
- ✓ Dodržet termíny hodnocení individuálního plánu s klientem, pokud není možné termín dodržet, domluvit s klientem jiný. (Malíková, 2011, s. 173-174)

Darovat svůj čas klientovi v pravý okamžik a „jen“ naslouchat, může být nejúčinnější způsob získávání informací. Umožníme nemocnému člověku sdělit svá trápení nahlas a uvolnit tak energii vzniklou neuspokojením jeho životních potřeb. Nemusíme radit, poučovat, stačí respektovat klientův způsob řešení konkrétní situace. (Klevetová a Dlabajová, 2008, s. 94)

V praxi se však často setkáváme s klienty s poruchou komunikace či vědomí. Malíková (2011, s. 176-177) rozděluje klienty s potřebou specifických postupů při individuálním plánování do tří kategorií: klienti s poruchou komunikace se zachovaným vědomím, klienti s kombinovanou poruchou komunikace a vědomí a klienti bez verbální komunikace s těžkou poruchou vědomí.

Mezi techniky a způsoby zjišťování potřeb u nekomunikujících klientů můžeme zařadit:

¹ Velmi důležitou součástí individuálního plánování s klientem je sestavení podrobného plánu péče, podle kterého je mu poskytována podpora v rámci dané sociální služby.

² V individuálním plánu by mělo být na základě souhlasu klienta specifikováno následující: seznam dohodnutých činností, jejich frekvence a doba provádění, místo provádění, pracovníci podílející se na realizaci činností, způsob angažovanosti klienta, zapojení dalších osob, plán krátkodobý a dlouhodobý, termín hodnocení, problémové oblasti plnění cíle a jejich prevence, rizikové situace při realizaci cíle a jejich prevence. (Malíková, 2011, s. 174)

- ✓ Pozorování klienta v reálné situaci – pracovník jen tiše sedí a nechá na sebe působit prostředí i samotného klienta minimálně 15 minut, vnímá svoje příjemné i nepříjemné pocity, následně vše zhodnotí sám i v týmu.
- ✓ Empatická fantazie – pracovník se vcítí do situace klienta.
- ✓ Imaginativní rozhovor – rozhovor s klientem si pracovník představuje a jeho schopnosti v oblasti představivosti zde hrají zásadní roli.
- ✓ Modelový rozhovor mezi dvěma pracovníky (pracovník – pracovník-empatik) – stanoví si předem role a pracovník-empatik v roli klienta zaujímá polohu klienta a spontánně, bez přemýšlení odpovídá na otázky.
- ✓ Analýzy uspokojení potřeb – zde není zapojována intuice pracovníka, ale naopak logická úvaha vycházející ze znalostí o potřebách člověka.
- ✓ Rozhovor s referujícími osobami, studium dokumentace.
- ✓ Využití elektronické komunikační tabulky, počítačové techniky.
- ✓ Augmentativní a alternativní komunikační techniky. (Malíková, 2011, s. 178-180)

4 PALIATIVNÍ PÉČE

V dřívějších dobách patřilo k základním etickým pravidlům plnění posledních přání umírajícího člověka. V 19. a 20. století byl praktikován postoj tzv. zbožné lži. Umírajícím se tajila diagnóza, aby byli chráněni před úzkostí z poznání pravdy. Těžce nemocní tak ztráceli možnost uspořádat si osobní záležitosti a poslední vůli týkající se majetkového vypořádání. Umírající člověk trávil poslední chvíle života v nemocničním prostředí, byl vytržen z přirozeného prostředí, odloučen od blízkých osob a vystaven diagnostickým a léčebným úkonům, které nezlepšovaly kvalitu jeho života. Rozvoj paliativní péče ve druhé polovině 20. století však přinesl změnu. Dnes je naopak prosazováno právo člověka na pravdivé a srozumitelné informace o diagnóze a prognóze. (Kalvach, 2013, s. 374)

Agentura STEM/MARK ve svém výzkumu z roku 2013 zjistila, že 79 % laické veřejnosti netuší, co znamená pojem paliativní péče. Oproti tomu zdravotníci tento pojem znají téměř všichni (99 %). (Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II, 2013) Paliativní péče je v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách definována jako jeden z druhů zdravotní „péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“.

Paliativní péči můžeme definovat jako kompletní profesionální péči o člověka s nevléčitelným onemocněním v pokročilém či terminálním stádiu a jeho rodinu. Paliativní péče vychází z úcty k lidskému životu. To především znamená, že proces umírání zakončený smrtí člověka je chápán jako přirozená součást našich životů. Smrt je jednoduše přijímána, jak přirozeně přichází. Paliativní péče neusiluje o její urychlení (eutanazii), ani oddálení (dystanazie³). Cílem paliativní péče je vytvořit co nejlepší podmínky pro závěrečnou fázi života prostřednictvím úlevných, podpůrných a adaptačních postupů. Paliativní péče by měla být klientovi poskytována v místě, kde si ji žádá. (Kalvach, 2013, s. 144-145)

„Paliativní medicínu a péči je třeba nabízet tam, kde si nemocný s chorobou přeje žít – široká systémová dostupnost je tedy zásadní.“ (Kabelka, 2017, s. 25) Úkolem rozvoje široké systémové dostupnosti se v České republice zabývá Národní program paliativní péče.

³ K oddálení smrti lékaře mohou vést následující důvody: tlak pacienta (chce přežít za každou cenu), tlak rodiny pacienta, obavy z odpovědnosti za smrt pacienta, nahlížení na smrt pacienta jako na vlastní prohru, nebo užití život udržujících prostředků jako nejjednodušší řešení (lékař se vyhne rozhodování o dalších možnostech a tím i odpovědnosti hovořit o nich s nemocným či jeho rodinou). (Kupka, 2014, s. 146)

Mezi základní cíle patří: dostupnost paliativní péče každému nevléčitelně nemocnému ve všech částech zdravotního a sociálního systému v České republice, dostupnost psychologické a sociální podpory pečujícím rodinám a možnost volby místa, kde chce člověk prožít život s nevléčitelnou chorobou a závěr života. (Národní program paliativní péče, ©2016)

4.1 Obecná a specializovaná paliativní péče, její principy a formy

Paliativní péče je poskytována ve dvou úrovních: **obecná** a **specializovaná**. Do obecné paliativní péče řadíme péči poskytovanou zdravotnickými pracovníky v rámci svojí odbornosti. Zajišťovat ji může například praktický lékař s agenturami domácí péče a lékaři specialisté. Dále do obecné paliativní péče patří sociální poradenství, sociální služby, psychologické poradenství, dobrovolnická činnost a pastorační činnost jakožto nezdravotnická, ale nedílná součást paliativní péče. Specializovanou paliativní péči potom mohou poskytovat odborníci, kteří jsou formálně vzděláni v oboru paliativní péče. Tato péče by měla nastoupit tehdy, pokud potřeby nemocného člověka přesahují možnosti obecné paliativní péče. Obě formy paliativní péče by měly být dostupné lidem v nemocnicích, zařízeních LDN, domovech pro seniory a v domácím prostředí také. (Kabelka, 2017, s. 21; Kalvach, 2013, s. 145)

Poskytování paliativní péče se řídí principy, mezi které můžeme zařadit:

- ✓ Individualizovaná péče o pacienta, jeho blízké a pečující.
- ✓ Péče o kvalitu života na úrovni všech potřeb člověka (tělesná, psychická, sociální a spirituální).
- ✓ Prolínání paliativních a léčebných (kurativních) postupů.
- ✓ Předem stanovený plán o péči na konci života.
- ✓ Nejvýše položenou prioritou je úleva a léčba symptomů.
- ✓ Upuštění od diagnostických, vyšetřovacích metod a léčby, pokud neovlivní kvalitu života k lepšímu.
- ✓ Společné rozhodování všech zúčastněných (pacient, příbuzní, pečující, zdravotnický tým).
- ✓ Návaznost obecné a specializované paliativní péče.
- ✓ O člověka v průběhu života s nevléčitelnou nemocí a v závěru života pečuje odborný tým. Každý člen tohoto týmu je formálně vzdělán v paliativní péči. (Kabelka, 2017, s. 24-25)

- ✓ Paliativní péče klade důraz na kontakt s rodinou a nejbližšími přáteli, kterým zároveň poskytuje podporu při zvládnání zármutku.
- ✓ Vychází z myšlenky, že umírání nemusí být provázeno strachem z bolesti a utrpení na konci života. (Paliativní péče, 2016)

Specializovaná paliativní péče může být poskytována na různých místech. Z tohoto pohledu paliativní péči u nás rozdělujeme do tří základních forem. Mobilní hospic, který poskytuje specializovanou paliativní péči 24 hodin denně v domácím prostředí. Tato služba je určena lidem, kteří chtějí závěr života strávit doma mezi svými nejbližšími. Další formou je lůžkový hospic. Jedná se o pobytovou službu, kde tráví závěr života lidé, kteří doma zůstat nechtějí. Hospice se snaží navodit pocit domácího prostředí a umožňují rodinným příslušníkům navštěvovat nemocného kdykoliv. Poslední formou je nemocniční paliativní péče. Ta může mít podobu konziliárního paliativního týmu, nebo lůžkového oddělení paliativní péče. Konziliární paliativní tým je expertní poradenský tým, který pomáhá svým kolegům s péčí o pacienty na různých odděleních nemocnice. Lůžková oddělení paliativní péče jsou specializovaná oddělení nemocnic s hospicovými lůžky. (Paliativní péče)

5 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO V DOMOVECH PRO SENIORY

Řešením situace v péči o umírající není budování dalších zařízení hospicového typu. Důležitá je podpora společnosti poskytovaná rodinám, které se odhodlají umožnit svému blízkému strávit poslední chvíle svého života doma, mezi nejbližšími. (Kübler-Ross, 2012, s. 104)

Pokud rodina nemůže z jakýchkoliv důvodů pečovat o seniora v domácím prostředí, potom se senior často ocitá v zařízeních sociálních služeb. Domovy pro seniory jsou pro něj náhradním domácím prostředím. Domovy pro seniory poskytují kvalitní profesionální péči, tak proč by klienti měli strávit závěr života v nemocnici. Zatím však není v silách těchto zařízení poskytnout veškeré zdravotní služby včetně specializované paliativní péče. Je třeba podpořit tuto profesionální péči o umírajícího člověka pomocí dalších zdravotních služeb s cílem zabránit nechtěnému převážení do nemocnice v závěru života. Rozdílné financování zdravotních a sociálních služeb způsobuje, že spousta potencionálních klientů domovů pro seniory pobývá v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v nemocničních odděleních následné péče. Přitom žádoucí se jeví situace, kdy je poskytována v domovech pro seniory zdravotní ošetrovatelsko-rehabilitační péče a také péče hospicová. (Janečková, 2013, s. 436; Kabelka, 2017, s. 292)

Koubová (2019) uvádí, že v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem na začátku roku 2017 žilo více než 53 tisíc lidí. 15 tisíc z nich během roku zemřelo. Ovšem pouhá polovina z těchto osob mohla dožít přímo v daném zařízení. Druhá polovina osob zemřela v nemocnicích, ačkoliv by zřejmě raději dožívali ve svém domově. Umožnit klientům závěr života podle jejich přání a zabránit tak jejich terminální hospitalizaci však často není v silách těchto zařízení. Mezi nejčastější překážky poskytování dobré paliativní péče v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem patří finance a obavy personálu.

Pohlová (2016, s. 27) do obecné paliativní péče v domovech pro seniory zahrnuje komunikaci s nemocným a rodinou, péči a léčbu orientovanou na kvalitu života, léčbu symptomů a psychosociální podporu. Spolupráce multidisciplinárního týmu je zásadní. Specializovaná paliativní péče může být klientům nabídnuta jako návazný zdroj. Může jít o formu pobytové služby, kdy je klient přemístěn na závěr života do hospice, nebo terénní služby (tzv. mobilní hospic).

5.1 Paliativní péče versus individuální plánování v sociálních službách

Prátová (2017, s. 34-35) klade otázku, zda je opravdu dobré zavádět paliativní péči vzniklou původně ve zdravotnických zařízeních do sociálních služeb v dnešním pojetí. V domovech pro seniory dnes již funguje kvalitní péče poskytovaná na základě individuálního plánování. Základem individuálního přístupu je detailně vypracovaný plán péče o klienta, který je vyhodnocován a konzultován s klientem, s jeho rodinou, s praktickými a odbornými lékaři a s kolegy zapojenými do přímé péče o klienta. Při individualizované péči v zařízeních sociálních služeb je důležité se nejen ponaučit z minulých zkušeností, ale hlavně vcítit se do konkrétního klienta, sledovat jeho individuální projevy a vyhodnocovat je v týmu. Péče o klienta musí vycházet z pohledu na jeho jedinečnou osobnost, jeho zvláštnosti a priority. Rozdíl mezi paliativní a kvalitně nastavenou individuální péčí Prátová vidí v sledování a vyhodnocování možných projevů bolesti. V péči paliativní se snažíme předcházet i ostatním trýznivým příznakům. Častěji je indikováno polohování, užití anti-dekubitní matrace, sledování příjmu tekutin, úprava skladby a formy stravy. Je kladen důraz na citlivý přístup ke všem vyjádřeným přáním klienta, na podporu v dořešení osobních záležitostí, případně na zajištění duchovních služeb. Tento pohled na skutečnost ukazuje, že prvky paliativní péče se s individualizovanou péčí o klienta výrazně překrývají. Zásadním rozdílem je, že při individuálním plánování péče se díváme na klienta s cílem ještě něco prožít, ještě něčím naplnit život a paliativní péče vidí člověka, který touží odejít z tohoto světa v pokoji, uzavřít všechny své záležitosti. Neustálá motivace k životu a dobře míněné přemlouvání v tomto případě může způsobit odcizení a apatii. Velmi důležitá je schopnost pracovníků přímé péče rozpoznat dobu, kdy se klient pravděpodobně blíží ke svému konci a přizpůsobit tomu jeho individuální plán péče.

Možnosti a cíle domovů pro seniory jsou však oproti zařízením zdravotnickým jiné. Není zde trvale přítomen lékař, není možnost kdykoliv realizovat různá vyšetření či jakoukoliv léčbu nemocného. Personál přímé péče může zjistit dvěma způsoby, že se s klientem něco děje, a to prostřednictvím evidentní změny stavu, nebo na základě jeho sdělení, že má nějaké potíže. Sledování fyziologických funkcí u klienta nás také může upozornit na nově vzniklou situaci. Při péči o umírajícího klienta v domovech pro seniory je velmi důležitá kvalitní spolupráce s ošetřujícím lékařem, vzdělávání personálu přímé péče a kvalitní komunikace mezi všemi zúčastněnými. (Kaňová, 2018, s. 18-19)

5.2 Proč komunikovat o umírání a smrti

„Komunikace je základním nástrojem péče.“ (Kabelka, 2017, s. 287)

Chceme-li poskytovat profesionální, kvalitní a individualizovanou péči člověku v poslední fázi jeho života, musíme s ním co nejvíce komunikovat. Jen tak se můžeme dozvědět, v jakém rozpoložení se zrovna nachází, co ho nejvíce trápí a jak mu můžeme pomoci. Pokud nebudeme vědět, jak si klient závěr života představuje, co by si přál, rozhodne za něj o podobě péče někdo jiný. Mluvit o umírání také často pomůže člověku vyrovnat se s faktem konce života. (Kaňová, 2018, s. 19) *„I rozhovor s nemocným, empatie, pojmenování priorit a podpora jsou mnohdy zásadní a efektivní postupy léčby.“ (Kabelka, 2017, s. 145)*

Z výzkumu s názvem *Dříve vyslovená přání* z roku 2015 agentury STEM/MARK vyplývá, že sice většina lidí (70 % populace) alespoň někdy přemýšlela o tom, jak by měla vypadat péče o jejich osobu v posledních chvílích života. Ale na druhou stranu o svých představách a přáních s nikým druhým nehovoří (64 % populace). Ve výše uvedeném výzkumu je také uvedeno, že stejně jako v letech 2011 a 2013, tak i v roce 2015 si většina populace myslí, že v naší společnosti se o smrti nemluví dostatečně, že témata smrti a umírání jsou stále tabuizována. (*Dříve vyslovená přání*, 2015) Úkolem pracovníků, kteří jsou v každodenním kontaktu s umírajícími lidmi potom je, naučit se o tak těžkých tématech hovořit. Hovořit nejprve v rámci pracovního týmu a poté i s klienty, pacienty.

Rozhovor s nemocnými a jejich rodinnými příslušníky nelze naučit jinak než dlouhou praxí. Vzhledem k vysoce stresující profesní situaci se často stává, že se zdravotník raději začne věnovat „naléhavějším“ úkolům. (Vollandes, 2015, s. 35) Komunikaci s umírajícími klienty můžeme považovat za vrchol profesního umění. Ke komunikaci dochází při každém kontaktu s klientem. Při rozhovoru o umírání často profesionální pečující cítí nejistotu, která pramení z citlivosti tématu a strachu z ublížení. Právě pracovníci přímé péče jsou nejpřirozenějším komunikačním partnerem klienta, protože s ním tráví nejvíce času. Při rozhovoru s klientem je důležité řídit se základními pravidly jako partnerský postoj (i když je klient v posteli a v pyžamu), adekvátní forma komunikace a respekt k jedinečnosti klienta. Je dobré znát také obecná doporučení pro rozhovor s člověkem blížícím se ke konci

života.⁴ Cílem rozhovoru může být zmírnění úzkosti klienta, využití volného času, který zbývá, plán pro krizové situace či ujasnění ryze praktických věcí jako je například průběh pohřbu, ošacení. (Kaňová, 2018, s. 20-21)

Svatošová (2012, s. 55) hovoří o nutnosti zlepšovat komunikační dovednosti u pečujících například prostřednictvím osvojování komunikačních zásad. Nikde se však nedočteme, jak vést konkrétní rozhovor s konkrétním klientem, co říct či neříct. O klientovi víme velmi málo, neznáme celý jeho životní příběh. Víme jen to, co nám sdělí sám, co nám sdělí jeho blízcí.

Proto je důležité, aby se klient cítil v naší přítomnosti bezpečný a respektovaný. Během rozhovoru sleduje stejně on nás, jako my jeho a pozná, jestli mu skutečně nasloucháme, jestli ho v duchu kritizujeme, jestli nám na něm záleží. (Svatošová, 2012, s. 50)

5.3 Přístup k potřebám umírajícího člověka

„Závěr života je vždy jedinečný, tak jako je jedinečný život sám.“ (Kabelka, 2017, s. 303)

Potřeby umírajících nelze standardizovat. I v závěru lidského života je nutno na člověka nahlížet jako na jedinečnou bytost s jeho individuálními potřebami. V rozporu s myšlenkou individualizované péče je vytváření obecně platných schémat pro poskytování ošetrovatelské péče. Důvodem standardizace ošetrovatelských postupů je úsilí o kvalitu, její udržení a možnost kontroly. Lepší způsob zatím neznáme. Lékaři donuceni okolnostmi přistupují často k umírajícímu jako k množině medicínských problémů. A tyto problémy je třeba z jejich pohledu řešit. Tento pohled na nevyléčitelně nemocného, umírajícího člověka v sobě zahrnuje pouze fyzickou bolest a tragédii. Zprávy o umírání nejdou obvykle dál za zdravotní kartu. Pro umírajícího je důležité zahrnout do péče emocionální a psychické aspekty událostí. (Byock, 2013, s. 54; Špatenková, 2014, s. 56)

Signalizací neuspokojení všech jeho potřeb je vyslovení přání skoncovat co nejrychleji se životem. Poté by se měli pečující zamyslet nad příčinou takové žádosti. Špatně zvládnutá

⁴ Mezi obecná doporučení patří klid k rozhovoru i v našem vystupování, znalost kompetencí, správné oslovení, respekt intimity, nepřerušování dialogu, ponechání prostoru k vysvětlení, dodávání odvahy, zaměření na pozitiva, poskytování zpětné vazby, zodpovídání otázek, nehodnotit nemocného, nebagatelizovat vyjádření nemocného, respektovat jeho hodnotový žebříček a emoce, neodvádět řeč, dávat prostor k rozhodnutí, hlídat tón hlasu, vyjádřit svoji účast, emoce, spolupracovat v týmu, nesoudit kolegy, vzdělávat se, důležité rozhovory zaznamenat v dokumentaci. (Kaňová, 2018, s. 20-21)

péče se může týkat kterékoliv z oblastí holistického pojetí člověka: biologické, psychologické, sociální či spirituální. (Svatošová, 2011, s. 31; Svatošová, 2012, s. 57)

5.3.1 Biologické potřeby umírajícího člověka

Pokud chceme s umírajícím pracovat na úrovni emocí a spirituality, je důležité, aby měl vyřešeny všechny fyzické potřeby. Velkým fyzickým utrpením je bolest. Její tišení je jednou z hlavních úloh paliativní péče. K odstranění fyzické bolesti musí být přistupováno velmi citlivě. Jde o nelehký úkol s cílem najít takovou míru analgesie, aby klient bolest necítil, ale zároveň byl schopen komunikace. (Kübler-Ross, 2012, s. 76)

Bolest může mít formu fyzickou, psychickou, sociální a spirituální. Bolest může na člověka působit zároveň ve všech těchto podobách, obzvlášť jde-li o bolest chronickou. Bolest je součástí našich životů a bez ní bychom nebyli schopni vážit si všeho kolem nás, včetně sama sebe. (Kabelka, 2017, s. 16) Byock (2013, s. 79) vidí ironii v tom, že fyzické utrpení v podobě bolesti, které je spojováno s umíráním, lze obvykle zvládnout pomocí medikamentů. Přesto se fyzické bolesti během umírání lidé bojí nejvíce. Oproti tomu stojí opomíjené vnitřní utrpení spojené s emocionální a psychickou bolestí člověka, které je intenzivnější a vyžaduje citlivé zasahování.

Je zásadně věcí lékaře, jaké moderní prostředky k odstranění nebo zmírnění bolesti u nemocného použije. Poněvadž existuje mnoho příčin bolesti, nejsou jenom analgetika tisícím prostředkem. Bolest může být tišena různými operativními zákroky, ozařováním, chemoterapií, hormonální léčbou, bloádou nervů, ale také láskyplnou péčí a pochopením. (Svatošová, 2011, s. 26) Přijmout bolest je základním předpokladem jejího zmírnění. Žádný zdravotník by neměl pacientovi pocity bolesti bagatelizovat. Bolest je velmi subjektivní. Už jen samotná možnost nemocného otevřeně o ní hovořit snižuje tělesně prožívanou bolest. Bolest lze tedy předem mírnit formou péče, komunikace a podpory. (Kabelka, 2017, s. 139; Kupka, 2014, s. 100)

Člověk v závěrečné fázi života přestává mít chuť k jídlu a pokud nemá formulované své představy o péči, ocitá se často na umělé výživě. U klienta nekomunikujícího, neschopného vyjádřit svá přání v závěru života, je důležitý postoj rodinných příslušníků, kteří by měli být informováni o přirozeném snižování pocitu hladu a žízně. Pokud se jim informací o potřebách umírajícího člověka nedostává, mají tendenci bojovat o prodloužení jeho života za každou cenu. Tedy i za cenu operativního zavedení sondy na umělou výživu. Rodinní

příslušníci si bez dostatku informací neuvědomují, že podávání umělé výživy možná prodlouží život umírajícího blízkého člověka, ale poté zemře například na infekci, mrtvici, embolii do plic, nebo při epileptickém záchvatu či nepříjemném ataku dušnosti. Je třeba hovořit s lidmi, kteří se ocitnou v tak nelehké situaci. Rozhodovat o léčebných postupech u blízkého člověka, když nevědí, jaká by byla jeho volba, je velmi náročné. Nechat člověka bez příjmu stravy se zdá být nepřijatelné. Mají pocit, že nechávají svého blízkého umírat o hladu, na podvýživu. (Byock, 2014, s. 209; Kabelka, 2017, s. 110)

Stejně je to i v případě zajištění hydratace u nemocného. Obsluhující personál i rodinní příslušníci by měli akceptovat, že často není možné zajistit dostatečný příjem tekutin podávaný ústy (per os). Úkolem pracovníků přímé péče je pravidelně nabízet tekutiny, které má klient rád a zvlhčovat dutinu ústní pomocí navlžených štětiček. Někdy se lékaři snaží předejít dehydrataci člověka na konci života nitrožilním podáváním roztoků. Častým následkem je nutnost zavedení močového katetru, čímž vzniká další nepohodlí u umírajícího. Paliativní péče je ovšem zaměřena na pohodlí, a proto v závěrečné fázi života přistupujeme pouze ke zvlhčování rtů a úst. (Pohlová, 2016, s. 28; Reith a Payne, 2009, s. 23)

Závažnou komplikací u nemocných seniorů jsou nehojící se rány. Mohou způsobovat bolest, infekci, komplikovat ošetrovatelskou péči a výrazně snížit kvalitu života. Prevence dekubitů u umírajících klientů by měla být v popředí péče o nemocného. Mezi tyto preventivní opatření můžeme zařadit promazávání kůže a její udržování v čistotě a suchosti, kontrola hydratace, upravené lůžko, polohování, používání antidekubitních systémů, podpora výživovými přípravky. (Kabelka, 2017, s. 117-120)

Polohováním klienta můžeme také ovlivnit jeho dýchání. Zvýšená poloha horní části těla uvolňuje dýchací cesty a usnadňuje volný odtok případného sekretu. (Pohlová, 2016, s. 30)

Zdravotní potíže jsou nepříjemným faktorem ovlivňujícím život seniora. I přes tuto skutečnost nesmí zařízení poskytující sociální služby zapomínat na uspokojování jiných než fyzických potřeb u těžce nemocného či umírajícího seniora. „*Přistupujme k našim nemocným či odcházejícím blízkým s vědomím, že mají být ošetřováni a léčeni, aby kvalitně žili, nikoliv že žijí, aby na nich bylo uskutečňováno ošetřování a léčení. Když umíme přidávat léta životu, tak přidejme i život k těmto létům.*“ (Funk, 2014, s. 32) Funk (2014, s. 32-33) upozorňuje na skutečnost, že bychom měli život našim seniorům naplňovat aktivními nebo důstojně prožitými dny. Záleží na možnostech a schopnostech každého člověka v pokročilém věku. I kdyby cílem naší péče bylo „jen“ udržení dosavadního stavu klienta, rozhodně

to má smysl. Měli bychom starého člověka brát vážně, chválit ho a uvědomovat si jeho životní zkušenosti.

5.3.2 Psychické potřeby umírajícího člověka

Dnešní společnost vyznává kult mládí, vitality. Tyto vlastnosti jsou rovnítkem důstojnosti. Naopak ztráta schopností a nezávislosti je považována za nedůstojné postavení člověka. K tomuto pocitu nedůstojnosti přispívá častá potřeba pomoci umírajícímu v základních, intimních oblastech života, jako je hygienická péče, oblékání, stravování. Člověk už nedokáže plnit své role a ztrácí pocit vlastní hodnoty. V závěrečném období života bychom měli v člověku tento pocit probouzet. (Byock, 2013, s. 108-109)

K zachování lidské důstojnosti je důležitá citlivá komunikace s člověkem komunikujícím i nekomunikujícím. Někteří lidé v závěru života upadají do kómatu, to však neznamená, že neslyší. Měli bychom před umírajícím mluvit tak, jako by byl při vědomí. Nejspíš slyší vše, co říkáme, protože sluch mizí jako poslední mezi smysly. (Pohlová, 2016, s. 30)

Špatenková (2014, s. 70) řadí mezi psychické obtíže umírajícího člověka úzkost, strach, depresi, osamělost, schopnost adaptace na životní prognózu a zmatenost. Saturací potřeby jistoty a bezpečí, která je u umírajících velmi silně vyjádřená, zajistíme zmírnění výše uvedených obtíží. Důležitou roli zde sehrává schopnost rodinných příslušníků poskytnout nemocnému sociální oporu, protože profesionální pečující přes veškerou snahu rodinu nenahradí. (Cichá, 2014, s. 59).

5.3.3 Sociální potřeby umírajícího člověka

Sociální opora zmíněná již v souvislosti s psychologickými potřebami umírajícího člověka je účinná a důležitá k řešení potřeb v sociální dimenzi. Člověk jako společenský tvor nechce žít ani umírat osamoceně a přirozeně v těžkých chvílích očekává přítomnost nejbližších osob⁵. Důležitá je také zmínka o ekonomickém zabezpečení nemocného i jeho rodiny, o vyřešení majetkových záležitostí. (Dorková, 2014, s. 84-85)

⁵ Špatenková (2014, s. 70) upozorňuje na velmi opatrnou interpretaci potřeby umírajících nebýt sám. Prožívání této chvíle je jako celý život člověka velmi individuální a stává se, že umírající opustí tento svět zrovna ve chvíli, kdy doprovázející osoba na chvíli opustí místnost. Na tuto skutečnost nelze reagovat jinak než pochopením. Je zbytečné se trápit výčitkami a otázkou „proč“.

Úkolem sociálního pracovníka je pravidelná komunikace s rodinou umírajícího a vybízení k častým návštěvám. Návštěvy nejbližších by měly být umožněny kdykoliv. (Pohlová, 2016, s. 30) Rozhodně není v zájmu člověka, i když zdánlivě vypadá, že nevnímá, aby s ním rodina přerušila veškeré kontakty. Pro neinformované rodinné příslušníky, kteří nedostávají od umírajícího zpětnou vazbu při rozhovoru, či při pouhé přítomnosti, je těžké vytrvat v návštěvách. Někdy člověka považují za mrtvého ještě dříve, než skutečně zemře. Svým okolím není již přijímán jako osobnost. Tehdy hovoříme o tzv. sociální smrti. (Funk, 2014, s. 111; Špatenková, 2014, s. 34)

5.3.4 Spirituální potřeby umírajícího člověka

Spirituální potřeby pacienta bývají mylně zaměňovány s potřebami psychickými. Na strádání nemocného člověka v oblasti duchovních potřeb nás upozorní existenciální otázky. Jedná se o otázky týkající se smyslu nemoci, života, utrpení. V těchto chvílích by doprovázející osoba měla spíše naslouchat než mluvit, nemusí hovořit vůbec. Stačí s umírajícím „být“. Sdílením společných chvil (na té nejhlubší úrovni) dochází k uspokojování duchovních potřeb i u doprovázející osoby, umírající člověk se mu stává učitelem. Díky uzrání osobnosti prostřednictvím životních zkušeností předává pečujícímu vzácný dar. (Svatošová, 2011, s. 134; Svatošová, 2012, s. 31-32)

Pracovníci přímé péče by měli citlivě zjišťovat klientovy spirituální hodnoty a orientaci, názory a rituály. Pomoc poskytovaná v závěru života by měla být poskytována způsobem odpovídajícím individuálním i rodinným, kulturním a náboženským zvyklostem daného klienta. U některých forem spirituální podpory poskytované klientům není nutná přítomnost duchovního. Jde například o validaci končícího života, ujištění klienta, že život měl smysl. (Pohlová, 2016, s. 30)

Také zmírňování pocitu strachu je jednou ze spirituálních potřeb člověka blížícího se ke konci života. Nejjednodušším řešením v této situaci je pocity strachu pojmenovat a nahlas přiznat. Pomoc pečujícího spočívá v kladení docela obyčejných otázek. Pokud pacient bude o svém strachu povídat, obvykle zmizí. (Svatošová, 2011, s. 127)

Při naplňování většiny spirituálních potřeb umírajícího člověka je nutná spolupráce zdravotnických pracovníků s duchovními. Oboustranná spolupráce je cestou k poskytování kvalitní péče o umírající klienty. (Svatošová, 2012, s. 27)

Malíková (2011, s. 275) vidí jako důležité formulovat a zahrnout naplňování duchovních potřeb klienta do individuálního plánu. Zajišťování spirituálních potřeb klienta může velmi pozitivně ovlivnit život seniora v pobytových zařízeních sociálních služeb. Do takového osobního cíle můžeme zahrnout návštěvy duchovního, účast na bohoslužbách, ale také řešení duchovních potřeb na hluboké úrovni. Pokud klient nalezne odpovědi na své otázky ohledně smyslu života, je připraven na odchod z tohoto světa.

5.4 Podpora rodiny a blízkých osob

Podporu poskytnutou rodině nelze podceňovat. Komunikací s rodinnými příslušníky umírajícího podpoříme jejich kvalitní přístup k péči, schopnost rozhodovat ohledně další péče a snadnější vyrovnávání se ztrátou blízké osoby. (Kaňová, 2018, s. 27)

Členové rodiny již nekomunikujícího nemocného člověka bývají postaveni před nelehký úkol. Prožívají náročnou emotivní situaci a zároveň musí rozhodovat o způsobu péče o osobu blízkou v závěru života, pokud tento člověk sám dopředu nezpracoval a nepředal své vlastní představy o umírání. (Vollandes, 2015, s. 37)

Často rodinám pomůže ujištění, že udělali, co mohli. Chtějí slyšet, že jejich milovaná osoba netrpí. Je důležité podpořit je v komunikaci, či případně jen v jejich přítomnosti u umírajícího člověka, který už není schopen jakýchkoliv reakcí. Vysvětlit, že nemocný je stále vnímá. I minimální péči rodinných příslušníků je nutno ocenit a nabídnout podporu nejenom v těchto chvílích, ale také po úmrtí blízkého člověka. (Kabelka, 2017, s. 303)

Pro personál je důležité uvědomění, že příbuzní umírajícího prožívají velmi stresové období. V rodině nastalo přerozdělení rolí už s příchodem stáří, případně vážné nemoci jednoho z členů. Teď se musí vyrovnat s umíráním. A pokud umírá rodič, jde o životní zlom v každém věku. Každý člen rodiny má jinou schopnost adaptace na novou situaci, což může způsobovat problémy v komunikaci nejen uvnitř rodiny, ale i v komunikaci mezi rodinou a ošetřujícím personálem. Intervence personálu pramení z potřeb rodiny umírajícího člověka. Jedná se o následující potřeby:

- ✓ Potřeba komfortu nemocného - rodina potřebuje vědět, že je o jejich člena dobře postaráno.
- ✓ Potřeba dostatku informací – je důležité, aby pečující personál podával jasné a pravdivé informace. Lidé se bojí neznámého a když nemají dostatek informací, nastupuje fantazie.

- ✓ Potřeba emoční podpory – často postačí člena rodiny vyslechnout, vyjádřit pochopení, což se následně odrazí v jeho pocitech a chování.
- ✓ Potřeba praktické pomoci – jedná se o jednotlivé pracovní úkony. (Kaňová, 2018, s. 26)

Fungující vztahy v rodině jsou důležitým předpokladem schopnosti doprovázet umírajícího člena rodiny až do úplného konce. Smrt blízkého člověka je pro rodinné příslušníky velkým zlomovým okamžikem. Pozůstalí jsou nuceni vyrovnat se s novým životem. (Kupka, 2014, s. 54) Špatenková (2008, s. 12) hovoří o tom, že není rozhodující, zda podporu pozůstalým poskytne vysoce vzdělaný psychoterapeut nebo proškolený dobrovolník. Důležité je osobní nastavení daného jednotlivce. Tento člověk musí rozumět tomu, co pozůstalí prožívají. Musí být obeznámen s jejich potřebami a být vůči nim citlivý.

Velmi těžkým okamžikem pro obě strany je předávání informace o úmrtí. Pracovník pověřený nelehkým úkolem ohlášení smrti nejbližším osobám musí jednat citlivě, vyjádřit osobní účast. Velkou roli by zde měla sehrát schopnost empatie. (Kabelka, 2017, s. 305)

5.5 Podpora personálu

Hlavním prostředkem vzdělávání a podpory zaměstnanců v sociálních službách je supervize. Manažer sociální služby je zodpovědný za odborný dohled nad zaměstnanci včetně poskytnutí odborné supervizní podpory. Profesionální pomáhající pracovníci, kteří se často setkávají se smrtí a umíráním, by se měli pravidelně zúčastňovat supervizních setkání, aby nedošlo k nepříznivému ovlivnění jejich pracovního života. (Reith a Payne, 2009, s. 177)

Haicl a Haiclová (2011, s. 190) hovoří o třech hlavních funkcích supervize:

- ✓ Vzdělávací – rozvíjení schopnosti, dovednosti a vědomosti supervidovaných osob.
- ✓ Podpůrná – zvyšování důvěry pracovníka v sebe prostřednictvím zpracování pocitů a emocí.
- ✓ Normativní – stanovování a udržování hranice prostřednictvím kontroly kvality.

V souvislosti s tématem této práce je třeba popsat supervizi z pohledu užitečnosti pro klíčové pracovníky. Klíčoví pracovníci v domovech pro seniory se často setkávají s umíráním a smrtí, což jsou velmi emotivně silné okamžiky lidského života. Aby byli schopni takto

těžké situace zpracovat a pokračovat dále v kvalitní praxi, potřebují supervizi zejména ve dvou souvislostech:

- ✓ Při přípravě na roli klíčového pracovníka – jedná se o supervizní podporu zejména pro vedení rozhovoru o plánování služby, osvojení technik plánování s nekomunikujícím klientem, komunikaci před týmem, zpracování témat vyplývajících z kontaktu s klientem a pro dovednost zapisovat výstupy z plánování.
- ✓ Při řešení náročných situací – jedná se hlavně o podporu pracovníka, aby byl schopen nalézt kroky k řešení náročných situací, přičemž klade důraz na sebedůvěru a vlastní kompetence. Supervize nabízí možnost nahlédnout na danou situaci z více úhlů pohledu a také uvědomit si hlubší podstaty problémů. (Haicl a Haiclová, 2011, s. 191)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

6.1 Přípravná fáze výzkumu

Přípravná fáze výzkumu byla zahájena v květnu roku 2018, kdy jsme vybrali téma bakalářské práce. Následoval výběr a nastudování odborné literatury zabývající se zkoumanou problematikou. Cílem bylo získat dostatečné množství teoretických poznatků z české i zahraniční odborné literatury. Mezi další zdroje informací patřily odborné webové stránky. Na podkladě nashromážděných a zpracovaných informací byly stanoveny cíle výzkumu, charakteristika zkoumaného vzorku a metoda sběru dat.

6.2 Technika výzkumu

Pro výzkum jsme vypracovali jednu variantu nestandardizovaného dotazníku. Tato varianta dotazníku byla v rámci předvýzkumu ověřena u 15 klíčových pracovníků. Zjistili jsme, že dotazník je formulován srozumitelně, klíčoví pracovníci neuváděli žádné problémy s vyplňováním. Po úpravě úvodního oslovení respondentů v dotazníku, byl následně použit v rámci samotného výzkumného šetření. Dotazník byl rozdán v lednu 2019 v domovech pro seniory v písemné podobě v počtu 145 kusů. Výzkum byl anonymní a určen pro klíčové pracovníky v zařízeních sociálních služeb – domovech pro seniory, kteří pečují i o umírající klienty. Návratnost byla poměrně vysoká – 95 %. Zpět jsme dostali 137 dotazníků. Z tohoto počtu však bylo 25 dotazníků pro výzkum nepoužitelných. Někteří respondenti dotazník nevyplnili celý, jako důvod uváděli například, že téma umírání a smrti nemají v sobě ještě zpracováno. Počet plnohodnotných dotazníků je **112**, což činí 77 % z celkového množství.

6.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro výzkum této bakalářské práce byli zvoleni za respondenty klíčoví pracovníci z některých domovů pro seniory Zlínského kraje. Ne všechna zařízení si přála být zveřejněna, tuto skutečnost respektujeme. Důvodem zaměření se přímo na klíčové pracovníky byla skutečnost, že tito pracovníci by měli znát potřeby klientů nejlépe. Existuje zde předpoklad bližšího vztahu s klientem, a tím pádem citlivějšího vnímání závěrečné fáze klientova života.

6.4 Cíle výzkumu

Hlavní výzkumný cíl:

Zjistit názory a zkušenosti klíčových pracovníků na péči o umírajícího klienta v domovech pro seniory.

Vedlejší výzkumné cíle:

1. Zjistit, jestli se klíčoví pracovníci cítí dostatečně připraveni na práci s umírajícími klienty.
2. Zjistit, jestli klíčoví pracovníci vnímají pozornost vlastní organizace věnovanou problematice péče o umírajícího klienta jako dostatečnou.
3. Zjistit, je-li téma umírání a smrti (rozhovory s klientem na toto téma) součástí vedení záznamů při individuálním plánování s klientem, případně v plánu péče.

6.5 Metoda sběru dat

V bakalářské práci jsme využili kvantitativního výzkumu, který byl proveden prostřednictvím dotazníku. Dotazník obsahuje krátký úvodní text a dále samotné otázky. Do úvodního textu jsme zařadili představení autorky dotazníku, obor a univerzitu, kterou studuje, dále také zkoumané téma a ujištění respondentů, že se jedná o dotazník anonymní, který slouží pouze pro potřeby této práce. Nezapomněli jsme ani na poděkování respondentům za vyplnění dotazníku. Dotazník obsahuje 19 položek.

Otázky byly vytvořeny ve dvou formách:

Uzavřené otázky – respondent vybírá vhodnou odpověď z nabízených variant. Jedná se o otázky č.: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19.

Polootevřené otázky – respondent buď vybírá odpověď z nabízených variant, nebo sám odpověď formuluje. Jedná se o otázky č.: 2, 10, 15, 20.

Pracovníci přímé péče o klienta v zařízeních sociálních služeb bývají často zatíženi dotazníkovým šetřením. Z tohoto důvodu jsme volili otázky hlavně v uzavřené formě, která často vede respondenty k ochotě dotazník vyplnit. U otázek, kde jsme cítili, že předem určený počet a druh odpovědí je nedostatečný, byla nastavena forma otázky na polootevřenou. Prostřednictvím volby odpovědi „jiné“ se mohli respondenti volně vyjádřit.

Tři uzavřené otázky měli také za úkol vyselektovat jedince, kterých se netýká problematika zahrnutá v následující dotazníkové položce. Jedná se tedy o **otázky filtrační** – č. 5, 13, 17.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části bakalářské práce jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření v grafické i písemné podobě.

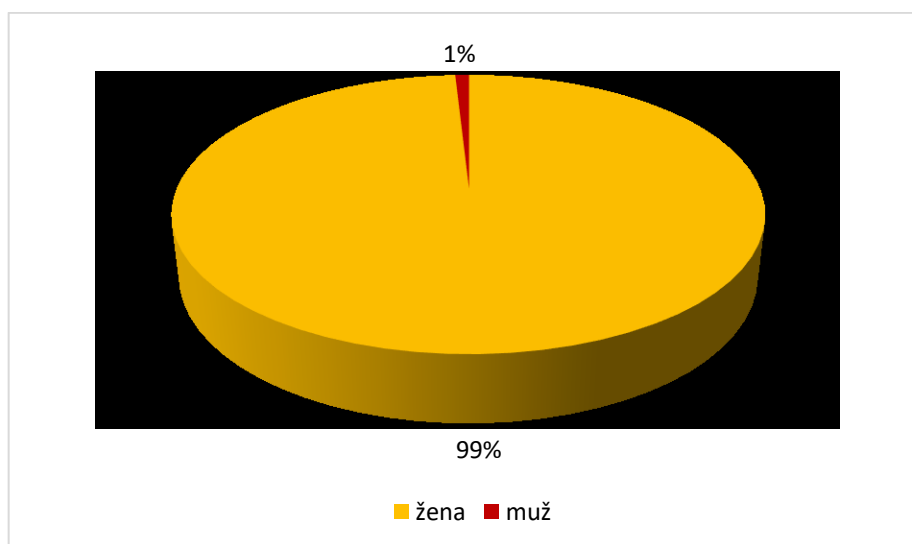
7.1 Zpracování a grafické znázornění získaných dat

Položka č. 1: Jste:

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
žena	111	99 %
muž	1	1 %
celkem	112	100 %

Graf 1 – Pohlaví respondentů

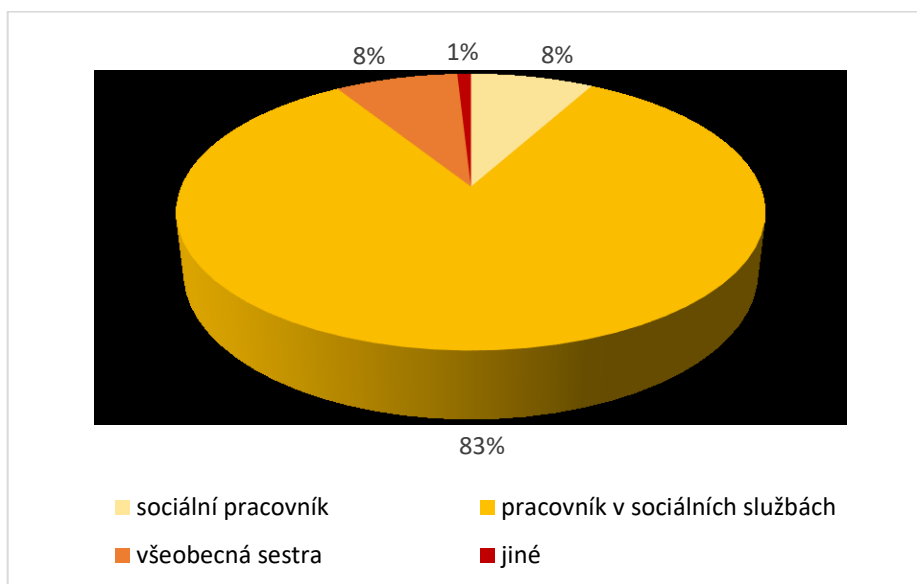


Komentář:

Položka číslo 1 je zaměřená na zjištění pohlaví respondentů. 99 % (111) respondentů bylo ženského pohlaví, pouze 1 %, tj. 1 respondent byl muž.

Položka č. 2: Vaše pracovní zařazení:*Tabulka 2 – Pracovní zařazení*

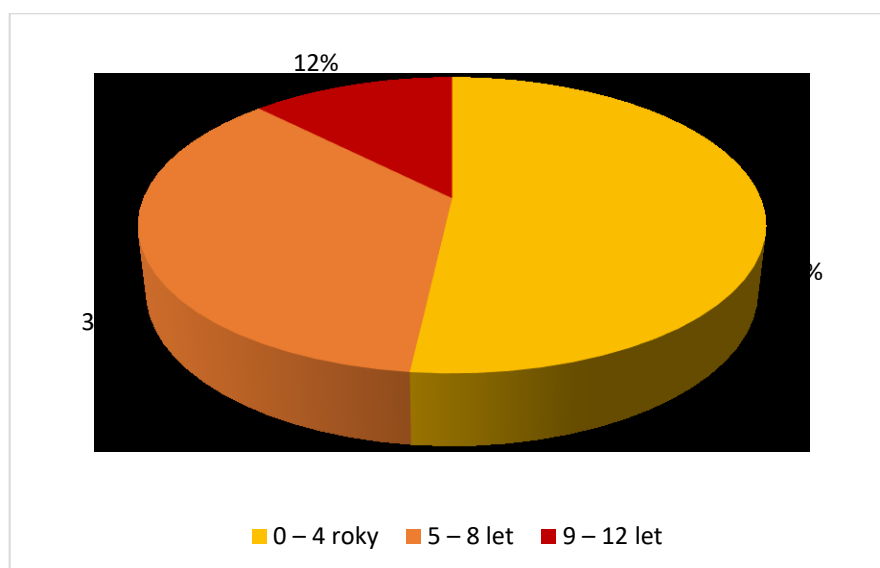
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
sociální pracovník	9	8 %
pracovník v sociálních službách	93	83 %
všeobecná sestra	9	8 %
jiné	1	1 %
celkem	112	100 %

Graf 2 – Pracovní zařazení**Komentář:**

Druhá dotazníková položka zjišťuje pracovní zařazení osob, které naplňují roli klíčového pracovníka v jednotlivých organizacích. Stejným dílem se podílí na individuálním plánování s klientem v roli klíčového pracovníka sociální pracovníci (9 respondentů, tj. 8 %) a všeobecné sestry (9 respondentů, tj. 8 %). V jednom případě naplňuje roli klíčového pracovníka také vedoucí zařízení (1 %), kterého nalezneme v možnosti odpovědi „jiné“. Nejpočetnější skupinu tvoří pracovníci v sociálních službách - 83 % (93 respondentů) zkoumaného vzorku respondentů.

Položka č. 4: Kolik let zastáváte roli klíčového pracovníka?*Tabulka 3 – Počet let v roli klíčového pracovníka*

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
0 – 4 roky	58	52 %
5 – 8 let	40	36 %
9 – 12 let	14	12 %
celkem	112	100 %

Graf 3 – Počet let v roli klíčového pracovníka**Komentář:**

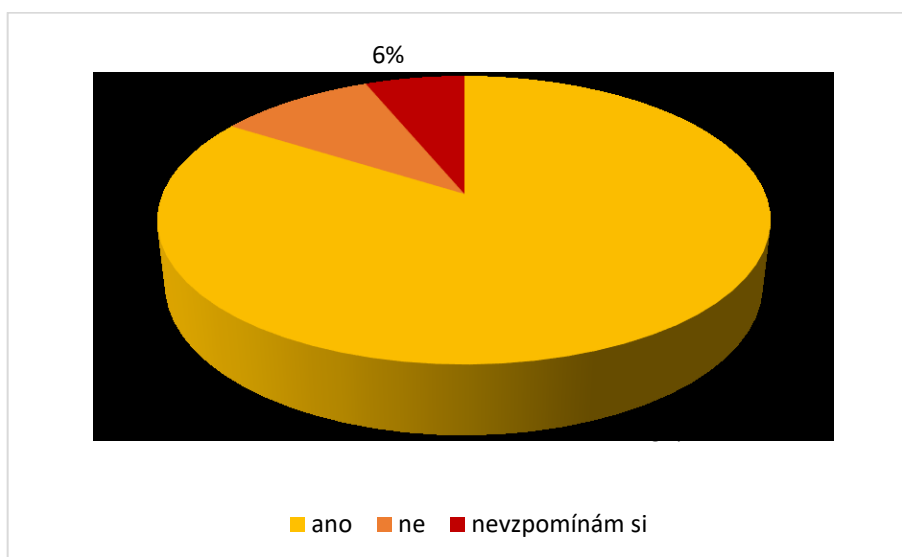
Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jak dlouhé období respondenti zastávají roli klíčového pracovníka. Nejpočetnější skupinou jsou klíčoví pracovníci zabývající se individuálním plánováním s klientem 0 – 4 roky, kteří čítají 52 % (58) z celkového počtu respondentů. 36 % (40) dotazovaných jsou klíčovými pracovníky 5 – 8 let. Nejmenší skupinu tvoří klíčoví pracovníci zastávající danou roli 9 – 12 let. Jde o 12 % (14) respondentů z celkového počtu zúčastněných osob.

Položka č. 5: Setkal/a jste se během své profesní přípravy (škola, kurz) s tematikou umírání a smrti, příp. s tematikou paliativní péče?

Tabulka 4 – Tematika umírání a smrti v profesní přípravě

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	94	84 %
ne	11	10 %
nevzpomínám si	7	6 %
celkem	112	100 %

Graf 4 – Tematika umírání a smrti v profesní přípravě



Komentář:

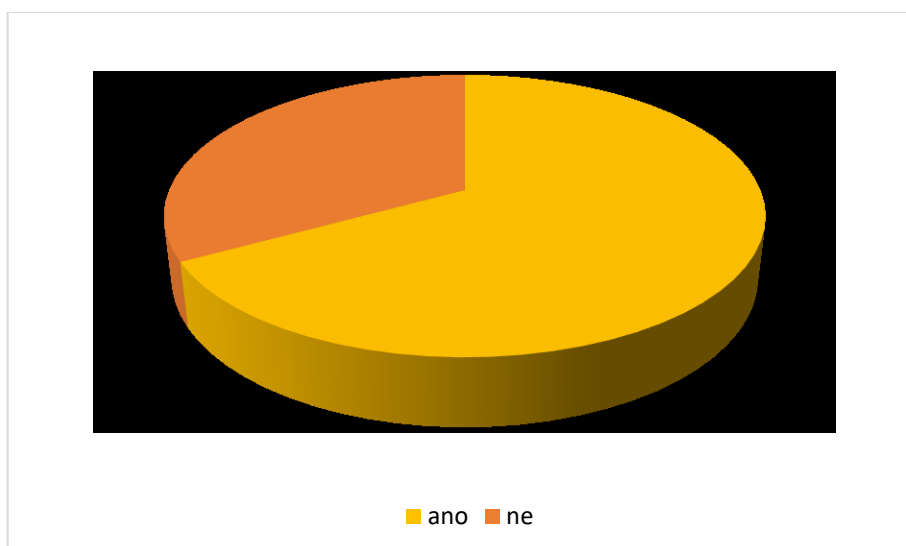
Otázka je zaměřena na profesní přípravu klíčových pracovníků. Zjišťuje, zda klíčoví pracovníci mají teoretický základ k tematice umírání, smrti a péče o umírajícího člověka. Graf č. 4 znázorňuje, že 84 % (94) dotazovaných uvádí, že se během své profesní přípravy setkali s tematikou umírání, smrti, případně paliativní péče. 10 % (11) zvolilo odpověď „ne“ a 6 % (7) náleží k poslední skupině osob, kteří uvádějí, že si nevzpomínají.

Položka č. 6: Pokud ano, byly pro vás získané informace dostačující pro praxi?

Tabulka 5 – Přínos získaných informací pro praxi

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	63	67 %
ne	31	33 %
celkem	94	100 %

Graf 5 – Přínos získaných informací pro praxi



Komentář:

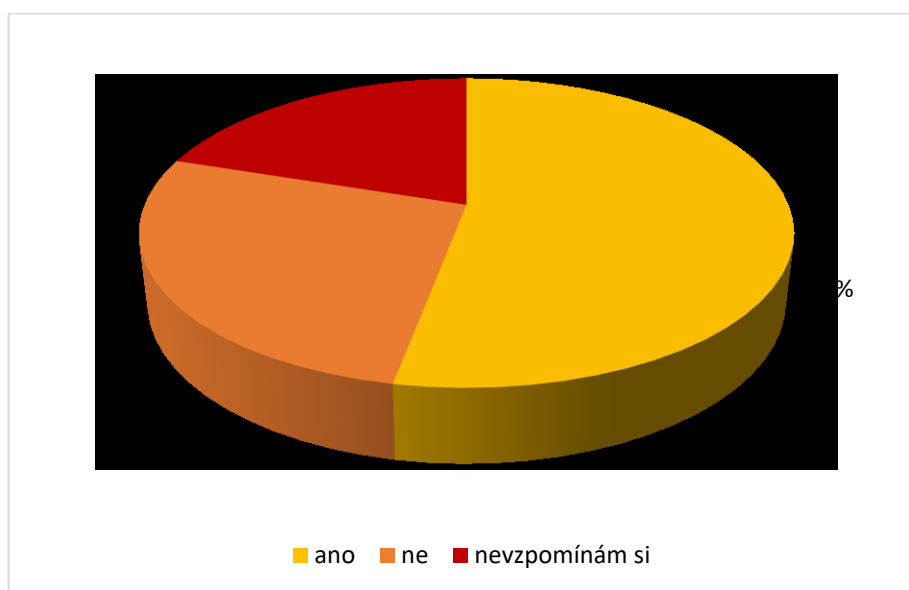
Na tuto otázku měli odpovědět respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď „ano“, tj. 94 respondentů. Zjišťovali jsme, zda profesní přípravu v tématicke umírání, smrti a péče o umírajícího člověka vidí klíčoví pracovníci jako dostačující pro svoji praxi. 67 % (63) respondentů odpovědělo kladně. 33 % (31) respondentů vidí svoji připravenost v dané tématicke jako nedostatečnou.

Položka č. 7: Hovořil s vámi zaměstnavatel před nástupem mimo jiné o tom, že budete pracovat s umírajícími?

Tabulka 6 – Tématika péče o umírajícího klienta součástí přijímacího pohovoru

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	59	53 %
ne	30	27 %
nevzpomínám si	23	20 %
celkem	112	100 %

Graf 6 – Tématika péče o umírajícího klienta součástí přijímacího pohovoru



Komentář:

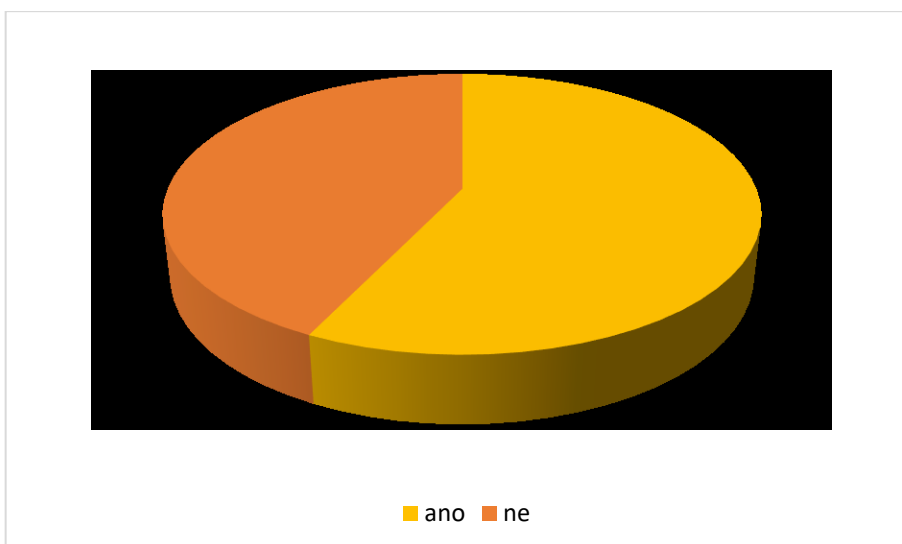
Otázka je zaměřena na informovanost nových pracovníků ohledně náplně práce. Zajímalo nás, zda zaměstnavatelé ještě před nástupem nového pracovníka s ním hovoří o tom, že bude konfrontován s umíráním a smrtí klientů, o které bude pečovat. 53 % (59) respondentů odpovědělo, že byli informováni o této skutečnosti. 27 % (30) dotazovaných nebylo informováno a 20 % (23) respondentů si nevzpomíná, zda ano či ne.

Položka č. 8: Je práce s umírajícími klienty přímo uvedena ve vaší pracovní náplni?

Tabulka 7 – Péče o umírajícího klienta v náplni práce

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	64	57 %
ne	48	43 %
celkem	112	100 %

Graf 7 – Péče o umírajícího klienta v náplni práce



Komentář:

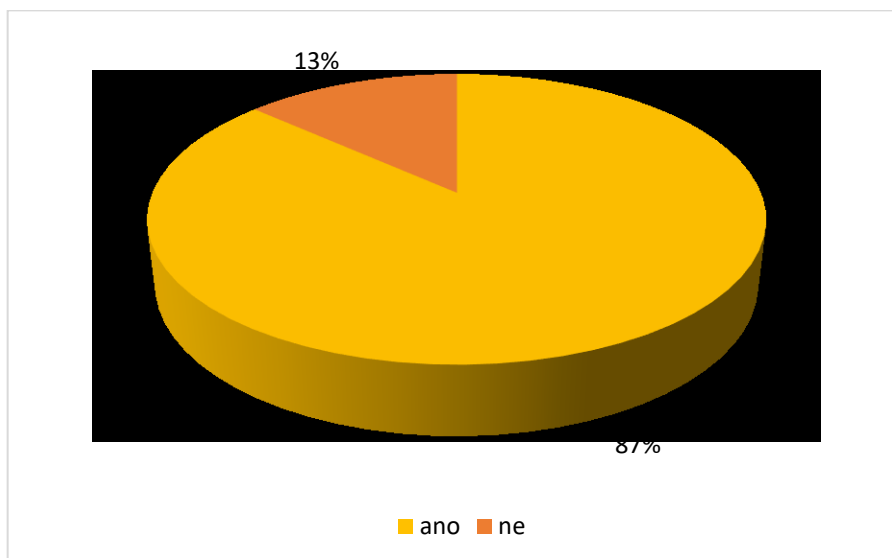
Graf č. 7 znázorňuje, zda je práce s umírajícími klienty přímo uvedena v pracovní náplni klíčových pracovníků. 57 % (64) respondentů uvádí, že danou činnost mají uvedenou v pracovní náplni. 43 % (48) respondentů odpovědělo, že práce s umírajícími klienty není zapracována do jejich pracovní náplně.

Položka č. 9: Je obvyklé ve vaší organizaci, že všichni pracovníci otevřeně mezi sebou hovoří o problematice smrti, umírání a péči o umírající klienty?

Tabulka 8 – Otevřenost v problematice smrti a umírání

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	97	87 %
ne	15	13 %
celkem	112	100 %

Graf 8 – Otevřenost v problematice smrti a umírání



Komentář:

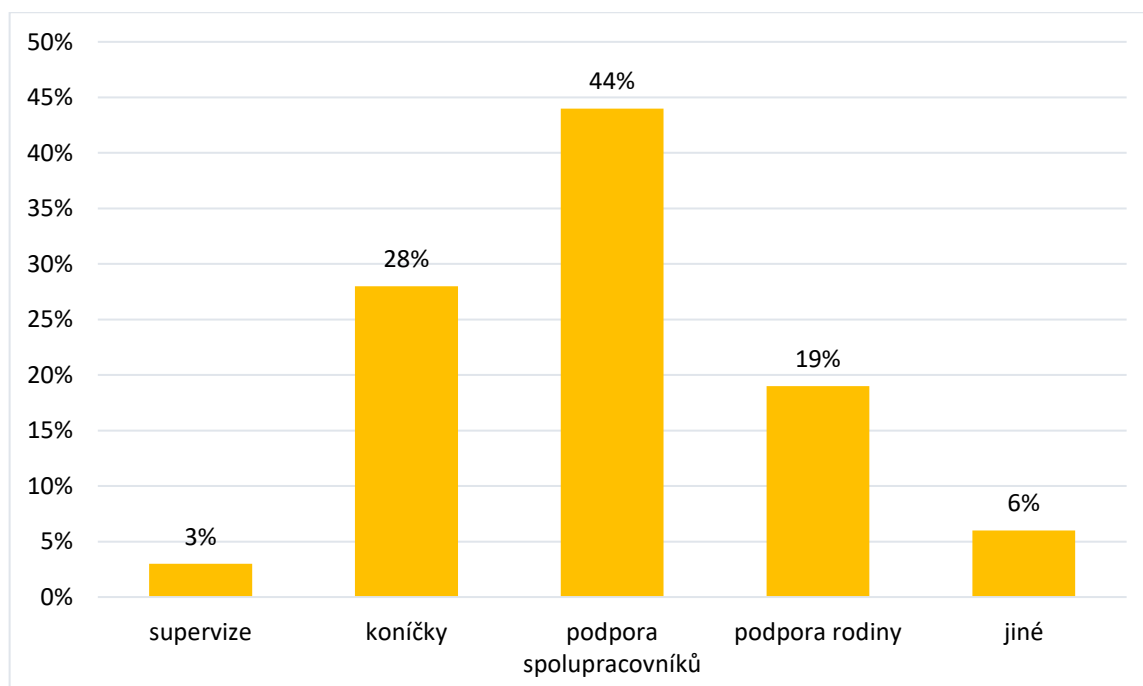
Touto otázkou se ptáme na skutečnost, zda si respondenti myslí, že v jejich organizaci dochází k otevřené komunikaci mezi pracovníky o problematice smrti, umírání a péči o umírajícího klienta. 87 % (97) dotazovaných klíčových pracovníků uvádí, že v jejich organizaci je obvyklé hovořit mezi sebou o dané tématice. 13 % (15) dotazovaných je opačného názoru, na otázku odpověděli záporně.

Položka č. 10: Co vám nejvíce pomáhá zvládat psychickou zátěž spojenou se setkáváním s umíráním a smrtí?

Tabulka 9 – Pomoc se zvládáním psychické zátěže

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
supervize	3	3 %
koníčky	31	28 %
podpora spolupracovníků	50	44 %
podpora rodiny	21	19 %
jiné	7	6 %
celkem	112	100 %

Graf 9 – Pomoc se zvládáním psychické zátěže



Komentář:

Záměrem otázky č. 10 bylo zjistit, co nejvíce pomáhá klíčovým pracovníkům zvládat psychickou zátěž spojenou s konfrontací s umíráním a smrtí. Největší počet respondentů – celkem 44 % (50) - vidí útěchu v „podpoře spolupracovníků“. 28 % (31) klíčových pra-

covníků uvádí „koníčky“ jako prostředek podpory ke zvládnání těchto zátěžových situací, pro 19 % (21) respondentů je to „podpora rodiny“, 6 % (7) volí odpověď „jiné“ a pouhé 3 % (3) nalézají útěchu při „supervizi“.

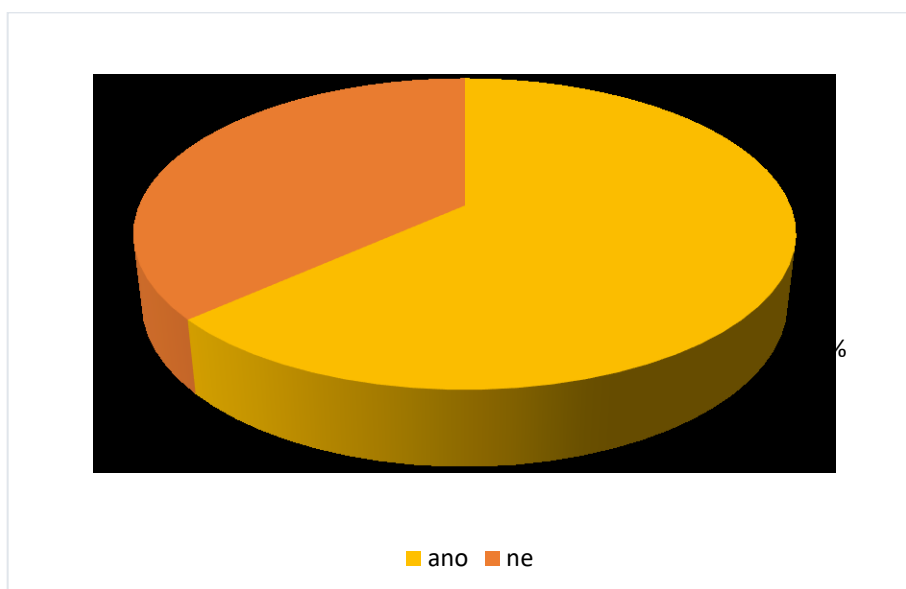
Respondenti, kteří zvolili odpověď „jiné“ (6 %), napsali: „*Smíření s tím, že pracuji s lidmi, kteří mají život naplněný a jsou ve vysokém věku.*“, „*Volno.*“, „*Pochopení a přijetí smrti.*“, „*Není to pro mne zátěž.*“, „*To je život.*“, „*Většinou konec utrpení člověka, kterého jsem měla ráda.*“, „*Vnímám to jako jejich vysvobození z bolesti.*“.

Položka č. 11: Máte ve vaší organizaci zpracovány postupy, metodiky týkající se péče o umírajícího klienta (paliativní péče)?

Tabulka 10 – Péče o umírajícího klienta součástí metodických postupů

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	71	63 %
ne	41	37 %
celkem	112	100 %

Graf 10 – Péče o umírajícího klienta součástí metodických postupů



Komentář:

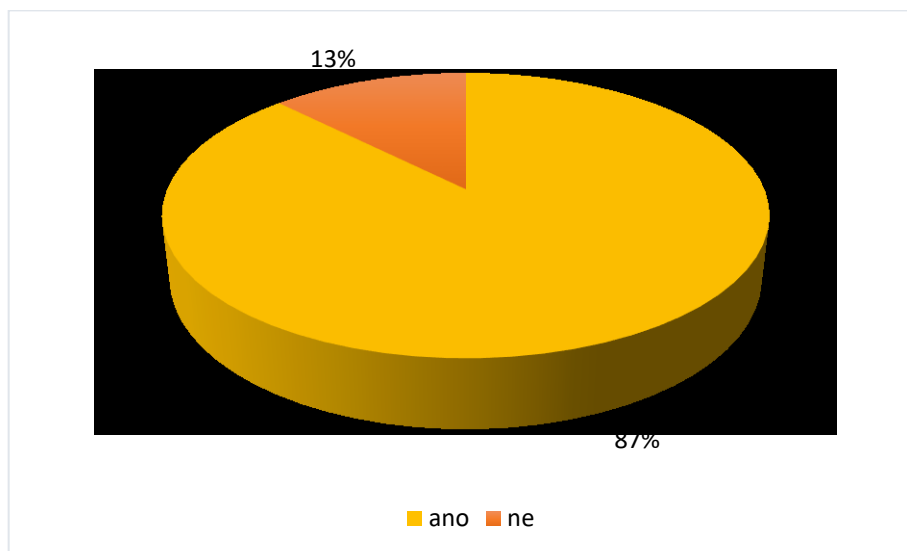
Cílem této otázky bylo zjistit, zda mají klíčoví pracovníci v organizaci metodickou podporu k péči o umírajícího klienta. 63 % (71) respondentů odpovědělo „ano“, 37 % (41) odpovědělo „ne“.

Položka č. 12: Je někdo v zařízení, na koho se můžete obracet o radu v otázkách umírání a smrti klientů?

Tabulka 11 – Možnost porady v otázkách umírání a smrti

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	98	87 %
ne	14	13 %
celkem	112	100 %

Graf 11 – Možnost porady v otázkách umírání a smrti



Komentář:

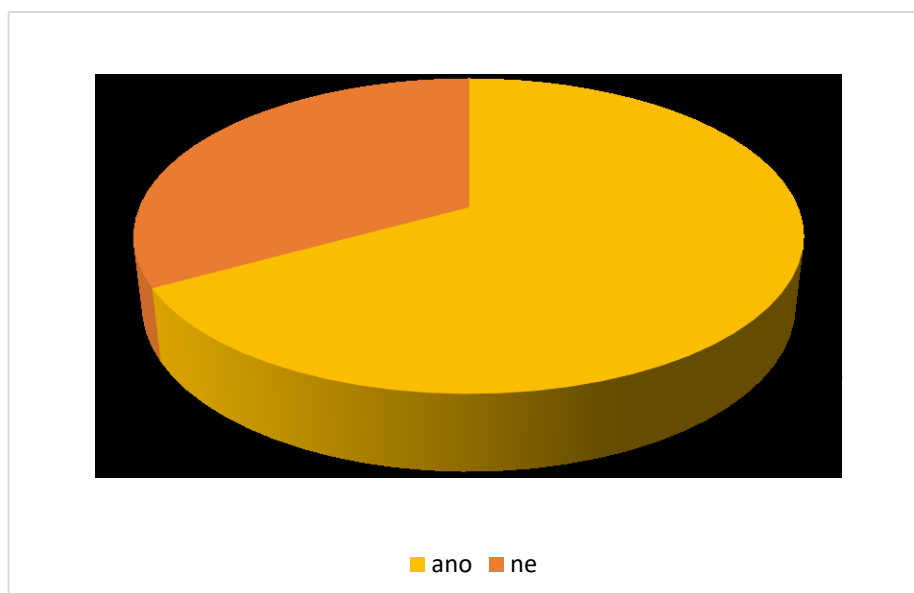
Otázkou č. 12 jsme zjistili, že 87 % (98) respondentů má ve své organizaci osobu, na kterou se může obracet v otázkách ohledně umírání a smrti klientů. 13 % (14) respondentů neví o nikom, kdo by v rámci organizace mohl poskytnout takovou radu.

Položka č. 13: Bývá tematika umírání, smrti a paliativní péče součástí vašeho povinného vzdělávání?

Tabulka 12 – Povinné vzdělávání

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	75	67 %
ne	37	33 %
celkem	112	100 %

Graf 12 – Povinné vzdělávání



Komentář:

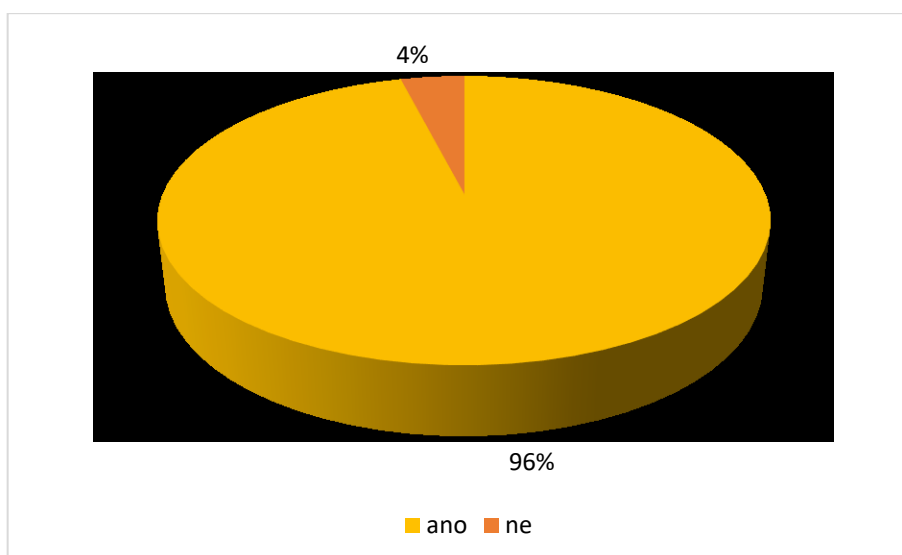
67 % (75) dotazovaných klíčových pracovníků uvádí, že mívá zahrnuto do povinného vzdělávání tematiku umírání, smrti a paliativní péče. 33 % (37) naopak zvolilo odpověď „ne“.

Položka č. 14: Pokud ano, aplikujete získané poznatky při vaší práci?

Tabulka 13 – Aplikace poznatků do praxe

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	72	96 %
ne	3	4 %
celkem	75	100 %

Graf 13 – Aplikace poznatků do praxe



Komentář:

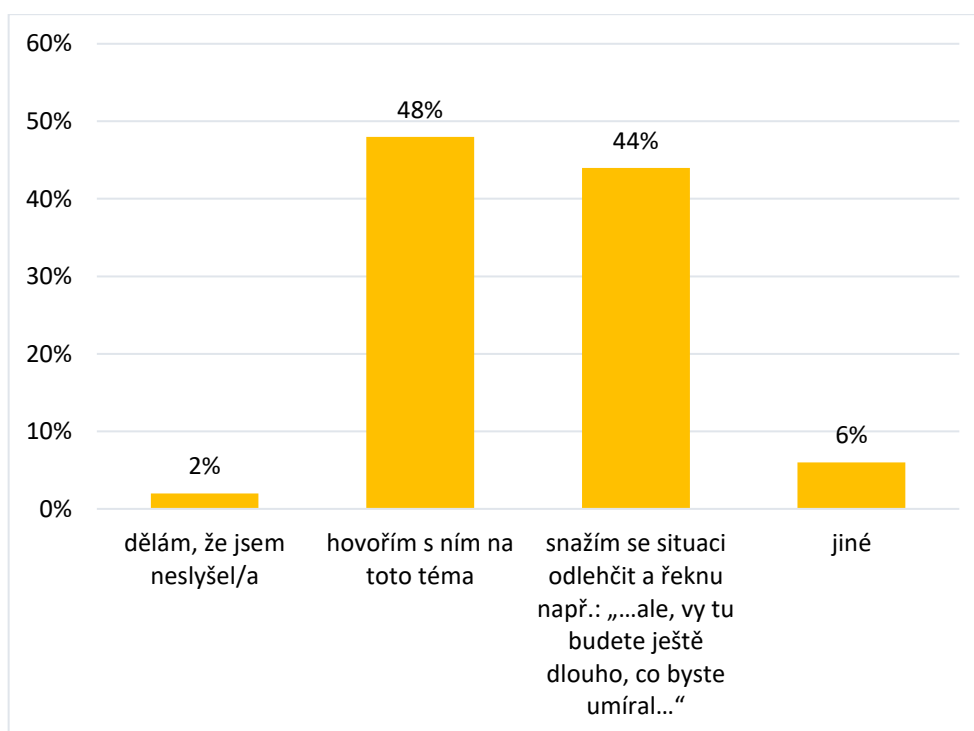
Na tuto otázku měli odpovídat pouze respondenti, kteří v otázce č. 13 označili odpověď „ano“, tedy celkem 75 respondentů. 96 % (72) těchto osob následně získané poznatky ze školení aplikují do praxe. 4 % respondentů (3) označila odpověď „ne“.

Položka č. 15: Pokud klient řekne, že si už přeje zemřít, jak reagujete?

Tabulka 14 – Reakce klíčových pracovníků

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
dělám, že jsem neslyšel/a	2	2 %
hovořím s ním na toto téma	54	48 %
snažím se situaci odlehčit a řeknu např.: „...ale, vy tu budete ještě dlouho, co byste umíral...“	49	44 %
jiné	7	6 %
celkem	112	100 %

Graf 14 – Reakce klíčových pracovníků



Komentář:

Otázkou se snažíme zjistit přístup klíčových pracovníků k potřebě klienta hovořit o smrti. Klienti se s klíčovými pracovníky v mnoha případech setkávají a hovoří častěji než s rodinnými příslušníky. Často mají tendence svěřit jim věci, které by ani rodinám neřekli.

48 % (54) respondentů s klienty hovoří na toto téma. 44 % (49) respondentů se snaží situaci odlehčit a 6 % (7) klíčových pracovníků zvolilo odpověď „jiné“, která nabízí volně se k otázce vyjádřit. 2 % (2) respondentů předstírá, že klientovu zmínku o přání zemřít neslyšela.

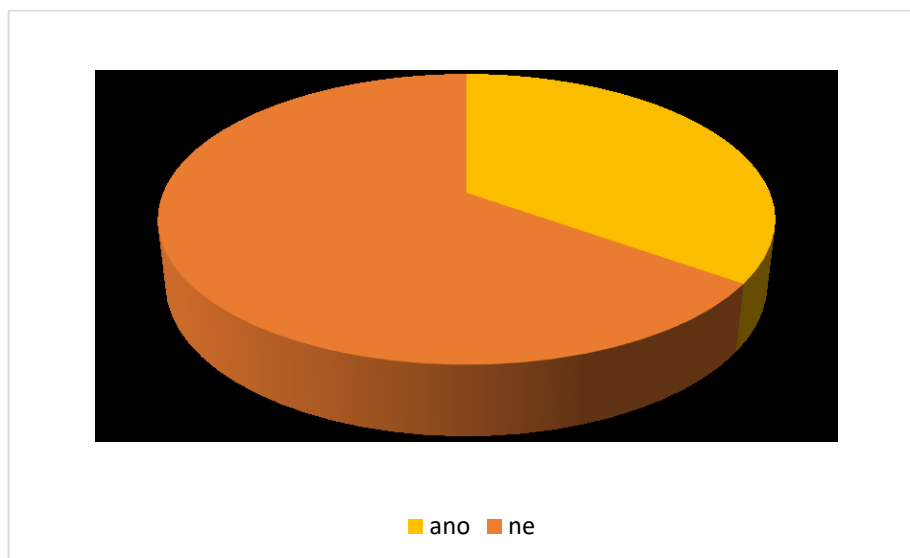
Klíčový pracovníci, kteří zvolili odpověď „jiné“, napsali: „*Snažím se mu to rozmluvit.*“, „*Záleží na povaze klienta (i zdr. stavu).*“, „*Každý má svoji svíčku, až dohoří, tak dohoří a nikdo neví kdy.*“, „*Záleží na situaci.*“, „*Jak kdy a hlavně u koho.*“, „*Snažím se odpoutat od tématu a klienta navést na jiné myšlenky.*“

Položka č. 16: Zpracováváte klientovy zmínky o umírání a smrti, nebo rozhovory s klientem o umírání a smrti do záznamů individuálního plánování?

Tabulka 15 – Záznam rozhovoru s klientem do individuálního plánu

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	39	35 %
ne	73	65 %
celkem	112	100 %

Graf 15 – Záznam rozhovoru s klientem do individuálního plánu



Komentář:

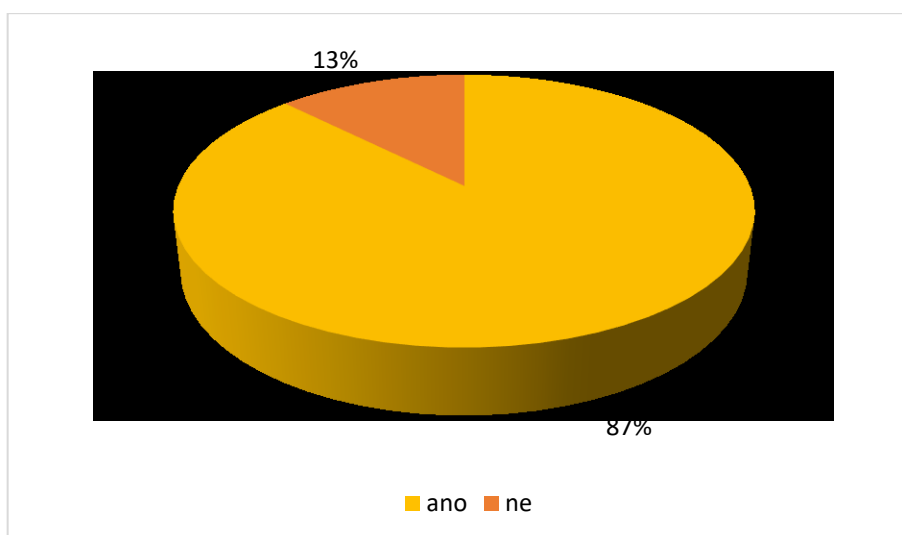
Graf č. 15 ukazuje, že 35 % (39) klíčových pracovníků zpracovává klientovy zmínky o umírání a smrti do záznamů individuálního plánování. 65 % (73) respondentů tyto hovory nikam nezaznamenává.

Položka č. 17: Pokud klient umírá, měníte přístup v péči o jeho osobu?

Tabulka 16 – Změna přístupu v péči o klienta

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	98	88 %
ne	14	12 %
celkem	112	100 %

Graf 16 – Změna přístupu v péči o klienta



Komentář:

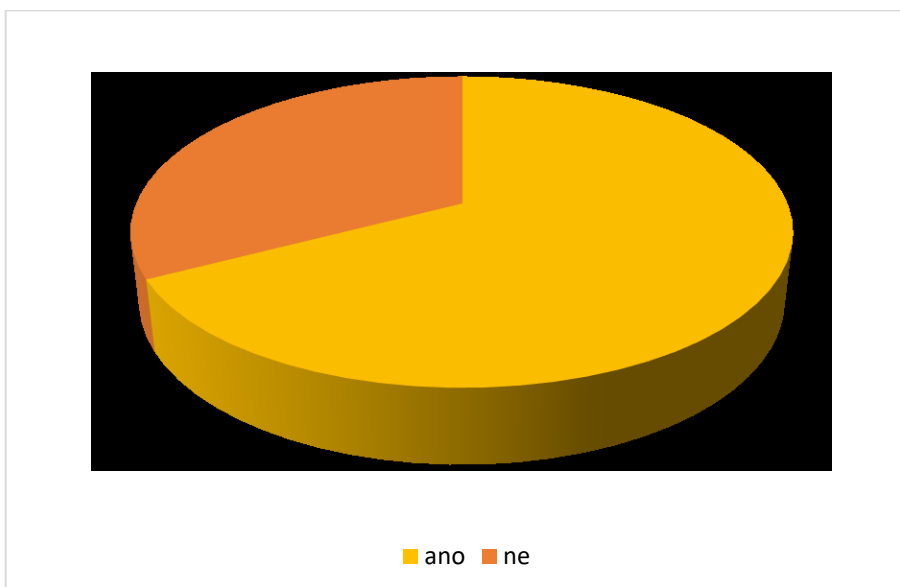
Pokud klient umírá, 88 % (98) klíčových pracovníků mění přístup v péči o jeho osobu. 12 % (14) poskytuje klientovi dále péči stejným způsobem, přístup nemění.

Položka č. 18: Pokud ano, jsou vámi případné změny zpracovány do individuálního plánu, plánu péče klienta?

Tabulka 17 – Zpracování změn v individuálním plánu, plánu péče klienta

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	66	67 %
ne	32	33 %
celkem	98	100 %

Graf 17 – Zpracování změn v individuálním plánu, plánu péče klienta



Komentář:

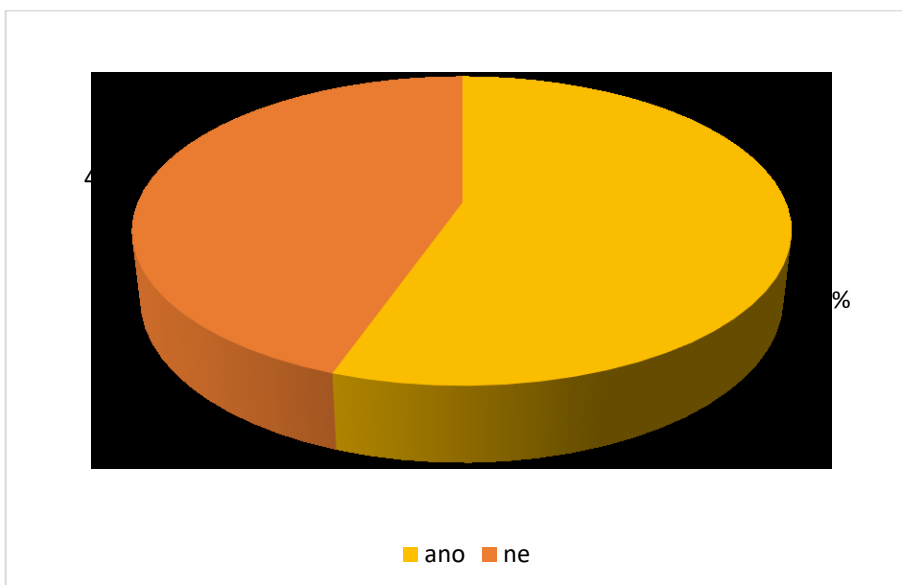
Otázka se opět dotýká vedení záznamů při individuálním plánování. Otázka č. 16 zjišťovala, zda vedou klíčovní pracovníci záznamy ohledně zmínek, rozhovorů o smrti s klientem. V této otázce řešíme záznamy ohledně změny péče o klienta, který umírá. Měli na ni odpovědět ti klíčovní pracovníci, kteří v otázce č. 17 odpověděli kladně, tedy celkem 98 respondentů. Z těchto respondentů 67 % uvedlo, že případné změny přístupu v péči o klienta během umírání zaznamenávají do individuálního plánu. 33 % respondentů změny nezaznamenává.

Položka č. 19: Myslíte si, že problematice umírání klientů je ve vašem zařízení věnována dostatečná pozornost?

Tabulka 18 – Pozornost organizace věnovaná problematice umírání klientů

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	62	55 %
ne	50	45 %
celkem	112	100 %

Graf 18 – Pozornost organizace věnovaná problematice umírání klientů



Komentář:

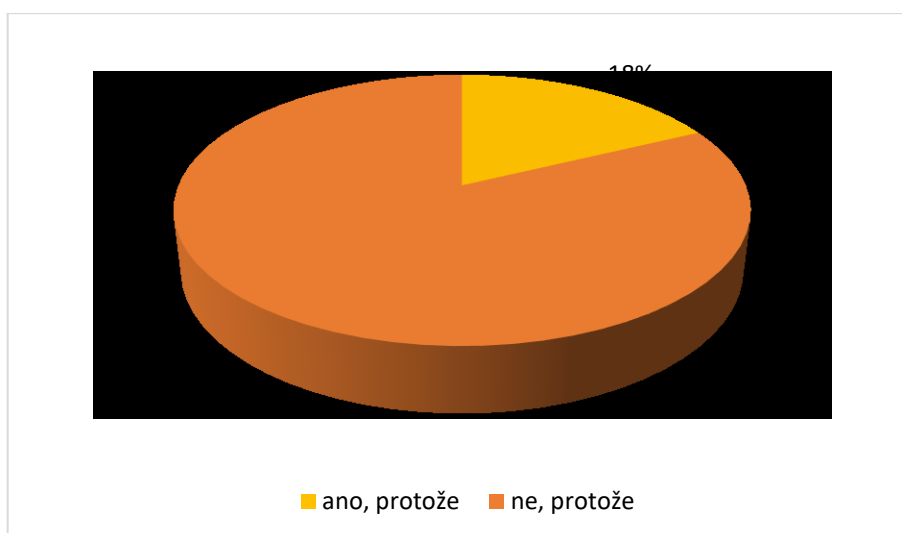
Otázka se ptá, zda si klíčoví pracovníci myslí, že problematice umírání klientů je v jejich zařízení věnována dostatečná pozornost. Z celkového počtu 112 respondentů odpovědělo 55 % (62) „ano“ a 45 % (50) odpovědělo, že nepocítují dostatečnou pozornost organizace věnovanou této tématice.

Položka č. 20: Chtěl/a byste umírat v domově pro seniory?

Tabulka 19 – Umírání v domově pro seniory

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano, protože	20	18 %
ne, protože	92	82 %
celkem	112	100 %

Graf 19 – Umírání v domově pro seniory

**Komentář:**

Závěrečná otázka byla více na tělo. Záměrem bylo, aby si klíčoví pracovníci představili sami sebe na místě klientů. Respondenti měli odpovědět, zda oni sami by chtěli umírat v domově pro seniory a také mohli svoji odpověď odůvodnit. Otázka nabízela možnost dokončení věty, což podněcuje respondenty k hlubšímu zamyšlení nad tématem.

18 % (20) ze všech dotazovaných odpovědělo na otázku kladně. Z toho 60 % respondentů (12) využilo možnosti odůvodnění, vysvětlení. Chtěli by umírat v domově pro seniory, protože: „bych nebyl sám“, „jsem více pod kontrolou“, „z vlastní zkušenosti vím, jaká péče v DS je“, „nechtěla bych být sama nebo v nemocnici“, „je tu zodpovědná péče“, „je přítomen zdravotnický personál“, „nechci zatěžovat rodinu, v domově je to běžné“, „je to lepší než v nemocnici“, „jsou kolem mě lidé, které znám a není to jen na mé rodině“, „si

myslím, že je lepší péče než v nemocnici“, „v případě, že se mnou bude rodina“, „pokud bych žila v domově pro seniory, raději bych umírala tam, než v nemocnici“.

Ovšem 82 % (92) dotazovaných klíčových pracovníků odpovědělo, že by v domově pro seniory umírat nechtělo a 50 % z nich (46) využilo možnosti uvést odůvodnění. Napsali: „*raději doma*“, „*bych chtěla umírat doma*“, „*chci umírat doma v kruhu nejbližších*“, „*raději s rodinou*“, „*bych chtěla být v kruhu rodiny*“, „*je to cizí prostředí, není to domov*“, „*bych chtěla usnout doma a nezbudit se*“, „*chci umírat v rodinném kruhu*“, „*se toho ani nedožiju*“, „*nechci umírat sama, být přehlížena*“, „*Mám 3 dcery, tak doufám, že u některé z nich zůstanu až nebudu moct. Jsem zvyklá na domek se zahradou a pejska.*“, „*tu nejsem doma*“, „*chtěla bych umírat v domácím prostředí*“, „*chci umřít doma a rychle-náhle*“, „*bych si přála (tak jako všichni) být co nejdéle soběstačná a zemřít doma ve spánku*“, „*domácí péče*“, „*bych se cítila sama*“, „*chtěla bych raději doma*“, „*je vždy lepší zemřít v prostředí, kde jsem žila se svými blízkými*“, „*nechci být udržována při životě za každou cenu*“, „*není to domácí prostředí*“, „*doma*“, „*vidím přístup dnešní generace*“, „*bych ráda umírala doma s nejbližšími*“, „*chci být doma s rodinou*“, „*bych chtěla být doma s rodinou*“, „*se toho ani nedožiju*“, „*nevím*“, „*chci být s lidma, které mám ráda a o které se starám teď já*“, „*doma je doma*“, „*instituce*“, „*neosobní*“, „*neosobní*“, „*chci být doma*“, „*chci umírat doma! A nemám to v sobě zpracované!*“, „*bych chtěla být v domácím prostředí*“, „*bych chtěla umírat u blízkých*“, „*chci být doma*“, „*není se mnou rodina*“, „*chtěla umřít doma obklopena rodinou*“, „*chtěla bych být v domácím prostředí*“, „*domácí prostředí je příjemnější*“, „*v rodinném kruhu*“, „*chci umírat doma s rodinou*“, „*bych tam nechtěla nikdy být, chtěla bych být doma u rodiny*“, „*doma je doma*“.

8 DISKUZE

V této kapitole budeme diskutovat o výsledcích výzkumu a budeme hodnotit nastavené cíle. Informace byly získány metodou dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány klíčovým pracovníkům v domovech pro seniory, kteří by měli mít z této pozice ke svým klientům nejbližší, měli by nejlépe znát jejich přání a potřeby. Jsou s klienty v každodenním kontaktu a poskytují jim často podporu i v nejjintimnějších oblastech péče o vlastní osobu. Jsou organizací pověřenými prostředníky k nastavení individualizované péče o klienta.

Součástí diskuze je konfrontace některých výsledků s výstupy diplomové práce s názvem „Postoj pracovníků přímé péče k umírání a smrti“ studentky UTB oboru Sociální pedagogika Barbory Urbanové z roku 2015. Dotazníková položka č. 20 je srovnána s výsledky výzkumů provedených agenturou STEM/MARK v roce 2011 a 2013 s názvy „Smrt a péče o umírající“, „Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II“.

Prostřednictvím první části dotazníkového šetření byly zjišťovány **demografické údaje** týkající se klíčových pracovníků. Dotazníková položka č. 1 zjišťovala pohlaví respondentů. Z celkového počtu 112 respondentů bylo **111 žen** (99 %) a pouze **1 muž** (1 %). I když výsledek nebyl nikterak překvapivý, navádí k zamyšlení. Péče o klienty v domovech pro seniory dnes je stále náročnější nejen po stránce psychické, ale především fyzické. Výkonost pečujících osob musí být často nadlidská, přestože technická a materiální vybavenost v zařízeních tohoto typu je na dobré úrovni. Dnešní domovy pro seniory pečují ve většině případů o osoby s vysokou mírou potřebnosti pomoci druhé osoby, o osoby s velmi omezenou nebo žádnou schopností sebezpečí. Už jen zajištění základních biologických potřeb těmto klientům má vyčerpávající potenciál. Často pečujícím profesionálům nezbyvá energie a ani čas zamýšlet se nad zbývajícími lidskými potřebami. Pravděpodobnou příčinou převažující ženské složky personálu v těchto zařízeních je nejen přirozená touha pečovat, ale také finanční ohodnocení dané profese.

Položka č. 2 byla zaměřena na pracovní zařazení klíčových pracovníků. Důvodem dotazování se na tuto oblast bylo mapování formy vzdělání, profesní přípravy na výkon role klíčového pracovníka. Odpovědi se opět shodovaly s předpokladem. **93** respondentů (83 %) ze 112 vykonává činnost v sociálních službách z pozice **pracovníka v sociálních službách**. **9** respondentů (8 %) uvedlo, že působí na pozici **sociálního pracovníka**, **9** respondentů (8 %) pracuje na pozici **všeobecná sestra** a **1** respondent (1 %) zastává funkci **vedoucího pracovníka**. Nejpočetnější část klíčových pracovníků tvoří pracovníci

v sociálních službách s profesní přípravou ve formě kurzu pracovníka v sociálních službách s povinnou časovou dotací 150 hodin. Časová dotace kurzu není příliš vysoká vzhledem k předem stanoveným oblastem, kterým se účastníci kurzu musí věnovat.

Poslední položka týkající se demografických údajů byla zaměřena na délku praxe na pozici klíčového pracovníka. Klíčoví pracovníci začali působit v sociálních službách s účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Nejdelší možná praxe je tedy 12 let, kterou jsme rozdělili do tří skupin po čtyřech letech. První rozmezí je **0 až 4 roky** praxe na dané pozici, které označilo **58** respondentů (52 %) ze 112. Druhé rozmezí je **5 až 8 let** praxe a týká se **40** respondentů (36 %) z celkového počtu. Zbývajících **14** respondentů (12 %) se zařadilo do časového rozmezí **9 až 12 let** praxe na pozici klíčového pracovníka. Z médií můžeme vědět, že sociální služby celkově se potýkají s nedostatkem pečovatелů. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem ohledně náročnosti výkonu této profese není překvapením, že klíčoví pracovníci v prvním časovém rozmezí (0 až 4 roky) tvoří nejpočetnější skupinu. Naopak nejmenší skupinu tvoří respondenti, kteří působí nejdéle jako klíčoví pracovníci (9 až 12 let). Z počtu let praxe se dají předpokládat zkušenosti klíčových pracovníků s péčí o umírající klienty. Mohou být přínosem nejen pro klienty, ale také pro nově příchozí spolupracovníky. Respondenti s víceletými zkušenostmi tvoří však menšinu. Otázkou je, zda se dá fluktuace zaměstnanců pracujících v přímé péči a zároveň zastávajících pozici klíčového pracovníka zaměstnavateli ovlivnit, či je-li náročnost výkonu této činnosti v sociálních službách tak vysoká, že změna zaměstnání je přirozeným procesem.

Položka č. 20 v závěru dotazníkového šetření měla za cíl zjistit, zda zkušenosti klíčových pracovníků ovlivňují jejich pohled na umírání v institucích a liší se od široké veřejnosti. Agentura STEM/MARK provedla v letech 2011 a 2013 výzkumná šetření, jejichž součástí bylo zjištění, že 78 % respondentů z laické veřejnosti si přeje zemřít v domácím prostředí. S tímto výsledkem se naše zjištění téměř shodovalo. 82 % respondentů (92) ze 112 si nepřeje umírat v domově pro seniory a dále uvádí, že si přejí umírat doma, mezi svými blízkými, s rodinou. 18 % respondentů (20) by si přálo umírat v domově pro seniory. Pokud by zde žili, chtějí zemřít v domově pro seniory raději než v nemocnici, někteří pak uvádí, že je zde kvalitní péče, přítomen zdravotnický personál nebo že nechtějí, aby péče o jejich osobu zatížila jen rodinu. Přímé zkušenosti s péčí o umírajícího klienta v zařízeních sociálního typu evidentně ale neovlivňují velkou touhu lidí umírat doma, obklopeni rodinou.

8.1 Zhodnocení cílů výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit názory a zkušenosti klíčových pracovníků na péči o umírajícího klienta v DS. Na základě cíle hlavního byly nastaveny tři vedlejší výzkumné cíle:

Výzkumný cíl č. 1: Zjistit, jestli se klíčoví pracovníci cítí dostatečně připraveni na práci s umírajícími klienty.

K výzkumnému cíli č. 1 se vztahují položky v dotazníku č. 5, 6, 13, 14, 15.

Průzkumem bylo zjišťováno, zda se klíčoví pracovníci během své profesní přípravy setkali s tematikou umírání a smrti, případně s tematikou paliativní péče. Ne všichni respondenti uvedli, že tomu tak bylo. 94 respondentů (84 %) odpovědělo na otázku kladně. Následně měli v dotazníkové položce č. 6 zodpovědět, jestli získané informace byly pro praxi dostačující. 63 respondentů (67 %) z 94 si myslí, že jejich příprava na setkávání se s danou problematikou v praxi byla dostačující, 31 respondentů (33 %) z 94 si naopak myslí, že nebyli adekvátně připraveni. Vzhledem k tomu, že většinu výzkumného vzorku klíčových pracovníků tvoří pracovníci v sociálních službách, můžeme hovořit o nedostatečném věnování se tematice umírání a smrti během kurzu pracovníka v sociálních službách. Během 150 hodin teoretické výuky a širokému spektru témat, které musí kurz obsahovat, se nedá předpokládat, že by tomu bylo naopak. I když by došlo ke zvýšení časové dotace kurzu pracovníka v sociálních službách, nelze tvrdit, že hlubší teoretická příprava by klíčové pracovníky dostatečně připravila na přímou konfrontaci s umíráním a smrtí. Jednotlivé organizace mají možnost dále své klíčové pracovníky vzdělávat v potřebných oblastech během různých školicích akcí v rámci povinného vzdělávání. Z diplomové práce Barbory Urbanové je zřejmé, že sami pracovníci přímé péče vidí školení a literaturu jako důležitou podporu v procesu zvyšování kvality doprovázení umírajících. Tyto odpovědi se ve výsledcích zmíněné diplomové práce umístily na druhém a třetím místě hned za dostatkem času u umírajícího, což je základním předpokladem kvalitní péče o klienta. Zda se tomu tak děje a obsahem povinného vzdělávání bývá tematika umírání, smrti a paliativní péče jsme prověřovali dotazníkovou položkou č. 13. 75 respondentů (67 %) se zúčastnilo takového druhu školení, 37 respondentů (33 %) nikoliv. Dnešní nabídka školicích akcí bývá velmi často zaměřená na problematiku paliativní péče v zařízeních sociálních služeb. Zaměstnavatelé by měli zjišťovat vzdělávací potřeby svých pracovníků individuálně a zaměřovat se na témata, kde se pracovníci cítí nejistými. Přičemž umění doprovázení umírajícího klienta by

mělo být jednou ze základních dovedností klíčových pracovníků v domovech pro seniory. Není možné poskytnout umírajícímu člověku kvalitní podporu v posledních chvílích života, když nejsme dostatečně připraveni teoreticky a k tomu nemáme ani žádné osobní zkušenosti. O efektivitě nabízených školicích akcí vypovídá průzkumem zjištěný výsledek týkající se položky č. 14. Jejím cílem bylo zjistit, zda klíčoví pracovníci, kteří absolvují školení na danou tematiku, aplikují získané poznatky při své práci s klienty. 72 respondentů (96 %) ze 75 odpovědělo kladně, což je velmi vysoký podíl dotazovaných. Jen 3 respondenti (4 %) ze 75 uvedli, že získané poznatky při přímé práci s klientem nevyužívají. Další dotazníková položka, která se vztahovala k výzkumnému cíli č. 1 byla ověřovací. Jejím cílem bylo zjistit, jak klíčoví pracovníci reagují, pokud klient během rozhovoru řekne, že už si přeje zemřít. Zda jsou klíčoví pracovníci připraveni a schopni rozvinout rozhovor s klientem ohledně jeho představ o umírání a smrti. Z výsledků získaných průzkumem vyplývá, že více než polovina respondentů nedokáže na vážné téma s klientem navázat a hovořit s ním, či mu naslouchat. Dokonce se našli 2 respondenti (2 %) ze 112, kteří reagují tak, že předstírají přeslechnutí klientových slov. 54 respondentů (48 %) ze 112 uvedlo, že s klientem na toto téma hovoří. 49 klíčových pracovníků (44 %) ze 112 se snaží situaci odlehčit, čímž pravděpodobně zastaví klientovu touhu rozpovídat se na dané téma. Taková reakce může v klientovi vzbudit pocit nepochopení, nezájmu a bagatelizace. 7 respondentů (6 %) ze 112 zvolilo odpověď jiné, kde mohli napsat své reakce na klientova slova. Z těchto sedmi respondentů dva uvedli, že se snaží odvést klientovy myšlenky od tématu a další napsali, že svoji reakci uzpůsobí až konkrétní situaci, konkrétnímu klientovi. Rozvinout rozhovor s klientem ohledně umírání a smrti by měl dokázat každý profesionální pečující. Jenom tak lze klientovi poskytnout individualizovanou péči v závěrečných chvílích jeho života. Klíčoví pracovníci v domovech pro seniory jsou často jedinými důvěrnými osobami klientů a mají možnost získat informace ohledně klientových představ o této životní etapě. Umění rozhovoru lze nacvičit, nelze však očekávat, že každý klíčový pracovník bude schopen hovořit s klientem o tématu, které často nemá v sobě sám zpracováno. Každá organizace by se však měla postarat o to, aby v zařízení byla osoba, na kterou mohou klíčoví pracovníci klienta odkázat. Klíčoví pracovníci, kteří nejsou takového rozhovoru schopni, by se měli naučit klientovi situaci vysvětlit a nabídnout mu podporu svého kolegy. A na tuto myšlenku navazuje průzkum týkající se výzkumného cíle č. 2.

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit, jestli klíčoví pracovníci vnímají pozornost vlastní organizace věnovanou problematice péče o umírajícího klienta jako dostatečnou.

K výzkumnému cíli č. 2 se vztahují položky v dotazníku č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 19.

Nejdůležitější podporu při setkávání se s umíráním klientů v zařízeních sociálních služeb by měli pracovníkům poskytovat sami zaměstnavatelé. Podpora pracovníků by měla zahrnovat hlavně informovanost a odbornou radu, případně psychickou podporu. Přičemž proces předávání informací ohledně péče o umírajícího klienta je důležité spustit již před nástupem pracovníka, během přijímacího pohovoru. Zda tomu tak ve skutečnosti je bylo cílem zjištění dotazníkové položky č. 7. Ptali jsme se na rozhovor pracovníka se zaměstnavatelem před nástupem do práce, zda již v tuto chvíli byli informováni, že součástí náplně práce je i péče o umírající klienty. 59 respondentů (53 %) tyto informace dostalo, 30 respondentů (27 %) tvrdí opak a 23 dotazovaných klíčových pracovníků (20 %) si nevzpomíná. Z výsledku je zřejmé, že ne všechny organizace představující profesionální péči o seniory dokáží otevřeně hovořit s nově příchozími pracovníky o práci s umírajícími klienty. I profesionálové často dané téma tabuizují.

To je dokázáno i díky další položce. Jedná se o dotazníkovou položku č. 8, která se ptá na obsah písemně zpracované náplně práce klíčových pracovníků. Konkrétně jsme zjišťovali, zda je práce s umírajícími klienty přímo uvedena v jejich pracovní náplni. 64 respondentů (57 %) ze 112 má práci s umírajícími klienty uvedenou v pracovní náplni, 48 respondentů (43 %) ale ne. Pracovní náplně profesionálních pečujících bývají velmi rozsáhlé, přesto práce s umírajícími klienty bývá opomenuta, či vynechána, což tento výsledek stvrzuje. Tabuizace umírání a smrti je ještě stále pěstována i profesionály.

Položka č. 9 se zaměřuje na komunikaci všech pracovníků organizace týkající se problematiky smrti, umírání a péče o umírající klienty. Cílem bylo zmapovat, zda je běžné, že o tak těžkých pracovních situacích mezi sebou zaměstnanci domovů pro seniory hovoří. 97 respondentů (87 %) uvádí, že tato komunikace je u nich běžná, 15 respondentů (13 %) to takto necítí a odpovědělo „ne“.

To, že komunikaci s kolegy o zátěžových pracovních situacích spojených s umíráním klientů přikládají klíčoví pracovníci velkou váhu, dokazuje i dotazníková položka č. 10. Respondenti měli vybrat jednu z nabízených forem pomoci, které jim pomáhají při zvládnutí psychické zátěže spojené se setkáváním s umíráním a smrtí. Nejčastěji volenou odpovědí byla „podpora spolupracovníků“ označená 50 respondenty (44 %). 31 respondentů (28 %) zvolilo „koníčky“, 21 respondentů (19 %) „podporu rodiny“. Součástí dotazníkového šetření v diplomové práci studentky Urbanové v roce 2015 byla otevřená otázka: „Kdo nebo

co pomáhá pracovníkům přímé péče ke zvládnutí vyrovnání se s umíráním a smrtí“. Stejně jako v našem výsledku je nejčastější odpovědí podpora kolegů a komunikace s nimi. Další odpovědi byly: relaxace, rodina, vycházky do přírody. Ani jedna odpověď nebyla supervize, přestože v předešlých otázkách diplomové práce byla supervize samostatně řešena a téměř polovina pracovníků přímé péče zde uvedla, že jim supervize pomáhá zvládat umírání klientů. V našem dotazníkovém šetření označilo podporu ve formě „supervize“ nejméně respondentů. Pouze 3 klíčoví pracovníci (3 %) ze 112 cítí, že supervize jako prostředek psychické podpory zaměstnanců v sociálních službách je v této situaci účinná. 7 respondentů (6 %) zvolilo poslední možnost odpovědi, tj. „jiné“. Zde se mohli klíčoví pracovníci sami rozepsat o další formě podpory, která nebyla v položce nabízena. Z odpovědi 6 respondentů vyplývá, že situace, kdy se setkávají s umíráním a smrtí, pro ně nejsou zátěžovými. Cítí se být s danou problematikou vyrovnáni. 1 respondent napsal, že mu pomáhá pracovní volno. Výsledek jasně vypovídá o tom, že profesionální podpora poskytovaná ze strany organizace ve formě supervize není samotnými pracovníky vnímána jako účinná. Na druhém a třetím místě v počtu zvolených odpovědí jsou „koníčky“ a „podpora rodiny“. Obojí znamená, že klíčoví pracovníci se s těžkými zátěžovými situacemi spojenými s umíráním klientů vyrovnávají v soukromí. Vítěznou volbu odpovědi „podpora spolupracovníků“ vnímáme jako dobrou praxi, kdy situace v organizaci je dobře nastavená pro otevřenou komunikaci v dané tématice. Pochopení osob, které se ocitají ve stejných situacích, jejich rada nebo jen možnost se vypovídat, je všeobecně u lidí vnímáno jako výborný prostředek k zvládnutí jakékoliv psychické zátěže. Úkolem organizace je, vytvářet zaměstnancům příjemné pracovní prostředí, zázemí pro společná setkání během pracovní doby, kde si mohou vzájemně vyměňovat zkušenosti, názory a pohovořit o prožívaných situacích.

I další dotazníková položka (č. 11) se týká podpory poskytované organizacemi klíčovými pracovníkům při práci s umírajícími klienty. A to sice, zda mají klíčoví pracovníci k dispozici metodiku práce, či pracovní postupy k péči o umírajícího klienta. 71 respondentů (63 %) tuto formu podpory v organizaci má, ale 41 respondentů (37 %) nikoliv.

Prostřednictvím položky č. 12 jsme však zjistili, že 98 respondentů (87 %) ze 112 ví, kdo je v jejich organizaci schopen poskytnout radu v otázkách umírání a smrti klientů. 14 respondentů (13 %) nezná osobu v organizaci schopnou poskytovat adekvátní informace. Pokud v organizaci existuje osoba kompetentní poskytovat klíčovými pracovníkům podporu při péči o klienta v jeho závěrečné fázi života, bylo by dobré alespoň základní informace a rady zpracovat do písemné podoby. Klíčoví pracovníci by tak měli kdykoliv k dispozici

alespoň základní informace a rady k poskytování péče o umírajícího klienta. Organizace tímto opatřením chrání sebe, pracovníky a také klienty.

Dotazníková položka č. 19 je poslední, která se dotýká druhého výzkumného cíle. Ptá se přímo, zda si klíčoví pracovníci myslí, že v jejich zařízení je věnována dostatečná pozornost problematice umírání klientů. 62 klíčových pracovníků (55 %) si myslí, že ano. 50 respondentů (45 %) odpovědělo záporně. Z výsledku vyplývá, že téměř polovina klíčových pracovníků nevnímá pozornost organizace věnovanou tématice umírání a smrti jako dostatečnou. Výsledek téměř koresponduje s výsledky dotazníkových položek č. 7 a 8 a také se blíží k výsledku dotazníkové položky č. 11. Zde bychom tedy mohli vidět souvislosti. Pokud by zaměstnavatel informoval nově příchozí pracovníky o péči o umírající klienty, zahrnul ji do pracovní náplně klíčových pracovníků a také do metodických pokynů organizace, zvýšila by se podpora organizace poskytovaná pracovníkům v této nelehké pracovní situaci a možná poměrně s tím i pocit pracovníků, že jejich organizace tématice umírání a smrti svých klientů věnuje více pozornosti.

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit, je-li téma umírání a smrti (rozhovory s klientem na toto téma) součástí vedení záznamů při individuálním plánování s klientem, případně v plánu péče.

Výzkumný vzorek práce představují klíčoví pracovníci domovů pro seniory. Důvodem výběru klíčových pracovníků do role respondentů byla skutečnost, že jsou určitými „obhájci“ klienta, jeho zájmů, přání a potřeb. Mají za úkol nastavit pomoc a podporu poskytovanou v rámci zařízení klientovi podle jeho individuálních potřeb. Předpokladem takového fungování klíčových pracovníků je vzájemná důvěra mezi nimi a klienty. Proto nás zajímá jejich pohled na péči o umírajícího klienta. Samozřejmě nelze očekávat, že klíčoví pracovníci budou osobami, které péči o klienta naplánují a také vše sami vykonají. Jejich úkolem je naplánovanou péči vykomunikovat a dohodnout v týmu. V tomto procesu je důležité, aby docházelo k vzájemnému kvalitnímu předávání informací podle nastavených pravidel. Každá organizace si sama tyto pravidla nastavuje. Důležité je, aby se informace vyplývající z procesu individuálního plánování dostaly ke kompetentním osobám. Úkolem klíčových pracovníků je získané informace od klientů dále distribuovat a podle nich aktualizovat plán péče. Veškeré zmínky klienta o jeho přáních a potřebách by měly být písemně zaznamenány v individuálním plánu péče a zohledněny v dalším přístupu ke klientovi. Zda je tomu tak v praxi jsme zkoumali prostřednictvím dotazníkových položek č. 16, 17 a 18.

Položka č. 16 zjišťuje, zda klíčoví pracovníci zpracovávají klientovy zmínky o umírání a smrti, nebo rozhovory na toto téma do záznamů individuálního plánování. Výsledek byl překvapující. Jen 39 respondentů (35 %) ze 112 tyto zmínky, rozhovory zaznamenává. 73 respondentů (65 %) si klienta vyslechne, případně s ním pohovoří a dále informace nezpracovává. Otázkou je, jestli se jim zdají být takové záznamy nepatřičné vzhledem k tématu, nebo nedůležité. V každém případě může dojít k ignoraci klientových představ o způsobu prožívání závěrečné fáze jeho života, nebo nebudou brány v potaz jeho návrhy řešení praktických záležitostí, které mívají lidé tendenci si v závěru života uspořádat.

Dotazníkové položky č. 17 a 18 se také týkají vedení záznamů péče o umírajícího klienta v individuálním plánu péče. V položce č. 17 jsme se zajímali, zda klíčoví pracovníci mění způsob poskytování péče klientovi, pokud je zřejmé, že umírá. 98 respondentů (88 %) ze 112 mění přístup v péči o umírajícího klienta, 14 respondentů (12 %) zůstává při stejném způsobu poskytování péče. Na další položku měli odpovídat pouze respondenti, kteří v předešlé odpovědi kladně. Ptali jsme se tedy 98 respondentů, zda změnu přístupu v péči o klienta v závěrečné fázi jeho života zpracovávají do jeho individuálního plánu. 66 respondentů (67 %) změny do individuálního plánu klienta zpracovávají, 32 respondentů (33 %) informace o změně přístupu v péči o umírajícího klienta nezpracovávají. Většina klíčových pracovníků reaguje správně a mění způsob poskytování péče o člověka, který prožívá závěrečnou fázi svého života. Je však škoda, že ne všichni správný přístup zaznamenávají a nepředávají tak dále informace, kterými by se měli řídit i další pracovníci podílející se na přímé péči o klienta. Také studentka Urbanová ve svojí diplomové práci uvádí jako doporučení pro praxi zaměřit se na předávání informací v rámci zařízení a hovoří o tom, že díky kvalitnímu předávání informací může druhý pracovník zjistit něco, co jinému uniklo. Vedení záznamů v procesu individuálního plánování péče s klienty je právě prostředkem předurčeným k předávání informací v týmu pečujících osob. Klíčoví pracovníci by měli být vedeni k zaznamenávání důležitých informací, které se týkají klientových představ o jeho životě. Neméně důležité jsou informace o prožívání závěrečné fáze lidského života a starostmi s tím spojenými.

ZÁVĚR

Bakalářská práce nese název „Klíčový pracovník a jeho zkušenosti s péčí o umírajícího klienta v domovech pro seniory“. Jedním z důvodů výběru tohoto tématu byla osobní zkušenost z minulosti, kdy v rámci přijímacího pohovoru nedošlo k předání adekvátních informací o pracovní náplni. Zaměstnavatelé se často ve snaze získat pracovníka orientovali na informace typu: jde o smysluplnou práci, pomoc a podporu seniorům v úkonech péče o vlastní osobu a s úkolem je aktivizovat, naplňovat jejich volný čas. Tato slova mohou v člověku bez zkušeností vzbudit představy o stále se usmívajících seniorech, kterým bude zpříjemňovat život. Těžké chvíle spojené s odcházením klientů a péčí o ně nezasvěcenému pracovníkovi vůbec nepřijdou na mysl.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a praktické. V teoretické části jsou popsány jednotlivé fáze procesu umírání a smrt. Díky kapitole věnující se institucionální péči o seniory mají čtenáři možnost uvědomit si rozdíly mezi dnešní klientelou a klientelou dřívějších tzv. domovů důchodců. Dozví se, jaké činnosti jsou povinny domovy pro seniory v rámci své služby poskytovat. Další kapitola hovoří o kvalitě v sociálních službách a prostřednictvím koho a čeho je jí dosahováno. Jsou zde vysvětleny pojmy individuální plánování a klíčový pracovník. Neméně důležitá je část bakalářské práce věnovaná paliativní péči. Součástí poslední kapitoly je zamyšlení nad rozdíly v paliativní a individualizované péči o klienta, komunikace o umírání a smrti, přístupy k potřebám umírajícího, podpora rodiny umírajícího a podpora personálu. Praktická část se vztahuje k cílům bakalářské práce. Na začátku práce byl stanoven jeden hlavní cíl a tři vedlejší cíle. Hlavním cílem bylo zjistit názory a zkušenosti klíčových pracovníků na péči o umírajícího klienta v domově pro seniory. K dosažení stanovených cílů byl vytvořen dotazník pro klíčové pracovníky. Jejich pohled na tuto problematiku je velmi důležitý, protože oni se stávají osobami zodpovědnými za nastavení individualizované péče o klienta a nejvíce pocítují možné překážky vyplývající ze svojí případné nepřipravenosti i nepřipravenosti organizace.

Průzkumem jsme zjistili, že 50 respondentů ze 112 vidí pozornost své organizace věnovanou problematice umírání klientů jako nedostatečnou. Výsledným doporučením do praxe je cílené vedení klíčových pracovníků ke znalostem v oblasti paliativní péče a doprovázení umírajících klientů. Doporučujeme již před nástupem zaměstnance informovat o práci s umírajícími a tuto činnost také zaznamenat v pracovní náplni. Dále je informovat o možnostech podpory, kterou organizace v těžkých pracovních situacích nabízí. Důležité je mít

zpracovány základní myšlenky a rady v metodických postupech. Pracovník organizací pověřený vedením a koordinací klíčových pracovníků by se měl v dané problematice orientovat a směřovat ostatní ke kvalitnímu zaznamenávání důležitých informací, na jejichž základě je zpracováván individuální plán péče klienta.

Průzkum také dokazuje, že klíčoví pracovníci aplikují poznatky získané během povinného vzdělávání do praxe, což je jasným impulzem pro zaměstnavatele k soustředění pozornosti na vzdělávací plány zaměstnanců. Školení první pomoci bývá nedílnou součástí vzdělávání v sociálních službách a zrovna tak by se mělo přistupovat k umění doprovázet klienty v závěrečné fázi jejich života. Je morální lidskou povinností poskytnout člověku pomoc, když se ocitá v ohrožení života. Stejnou povinnost bychom měli pociťovat ve chvíli, kdy člověk opouští tento svět. Nikdo si nezaslouží umírat sám a bez respektu k jeho představám o konci života. Jak prozrazují výzkumy veřejnosti i výzkum náš, většina lidí si přeje umírat doma. Pokud se domovy pro seniory snaží být svým klientům domovem, je jejich povinností být i profesionály v jejich doprovázení v konečné fázi života.

Na závěr bychom rádi zmínili možnost certifikace paliativního přístupu v sociálních službách. Jde o nový projekt APSS ČR, prostřednictvím kterého mohou organizace získat odbornou podporu při zavádění konceptu paliativní péče. Bližší informace jsou k nalezení na webových stránkách APSS ČR.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BICKOVÁ, Lucie a kol., 2019. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [2] BYOCK, Ira, 2013. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-134-0.
- [3] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [4] FUNK, Karel, 2014. *Provázení stářím a umíráním, aneb: O prolínání obou světů*. Praha: Malvern. ISBN 978-80-87580-70-7.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [7] LORENCOVÁ, Lída, 2017. Jít konci života naproti. *Sociální služby*. **20(2)**, 37. ISSN 1803-7348.
- [8] KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.
- [9] KAŇOVÁ, Michaela, 2018. Komunikace v péči o umírající. *Sociální služby*. **20(4)**, 18-19. ISSN 1803-7348.
- [10] KAŇOVÁ, Michaela, 2018. Komunikace v péči o umírající: Komunikace s osobami v závěru života. *Sociální služby*. **20(5)**, 20-21. ISSN 1803-7348.
- [11] KAŇOVÁ, Michaela, 2018. Komunikace v péči o umírající: Komunikace s rodinou klienta. *Sociální služby*. **20(6-7)**, 26-27. ISSN 1803-7348.
- [12] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169.
- [13] KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

- [14] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- [25] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2012. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota. ISBN 978-80-7462-145-1.
- [36] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [47] MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [58] MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [19] POHLOVÁ, Lucie, 2016. Péče o klienty v terminálním stádiu. *Sociální služby*. **18**(6-7), 27-30. ISSN 1803-7348.
- [20] PRÁTOVÁ, Jiřina, 2017. Paliativní péče v sociální službě pro seniory aneb Otázky, konfrontace s realitou a možné odpovědi. *Sociální služby*. **19**(5), 34-35. ISSN 1803-7348.
- [21] REITH, Margaret a Malcolm PAYNE, 2009. *Social work in end-of-life and palliative care*. Bristol: Policy Press. ISBN 978-1-84742-414-3.
- [22] SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Vyd. 7. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- [23] SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- [24] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.
- [25] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2008. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1740-1.
- [26] THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
- [27] VOJTÍŠEK, Petr, 2016. Sociální pracovník a metodické vedení individuálního plánování v sociální službě. *Sociální služby*. **18**(11), 21. ISSN 1803-7348.

- [28] VOLANDES, Angelo E, 2015. *Umění rozhovoru o konci života*. V Praze: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-03-4.

Elektronické příspěvky a články

- [29] Smrt a péče o umírající: Pohled laické i zdravotnické veřejnosti, 2011. In: *Umírání: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Stem/Mark [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>
- [30] Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II: Závěrečná zpráva, 2013. In: *Umírání: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Stem/Mark [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>
- [31] Dříve vyslovená přání: Závěrečná zpráva, 2015. In: *Umírání: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Stem/Mark [cit. 2019-02-23] Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>
- [32] *Národní program paliativní péče* [online], ©2016. [cit. 2018-10-15]. Dostupné z: <https://www.nppp.cz/>
- [33] Paliativní péče, 2016. *Umírání: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. [cit. 2018-11-16]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>
- [34] Paliativní péče. *Centrum paliativní péče* [online]. [cit. 2018-12-17]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>
- [35] KOUBOVÁ, Michaela, 2019. Překážky kvalitní paliativní péče v domovech pro seniory? Strach ze smrti i nedostupnost lékaře. *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 2019-01-20]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2019/01/prekazky-kvalitni-paliativni-pece-domovech-seniory-strach-ze-smrti-i-nedostupnost-lekare>

Zákony

- [36] ČESKO, 2006a. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

- [37] ČESKO, 2006b. Vyhláška č. 505/2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
- [38] ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

APSS ČR Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

č. číslo

kol. kolektiv

příp. případně

s. strana

Sb. Sbírký

tj. to je

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 – Pohlaví respondentů</i>	45
<i>Graf 2 – Pracovní zařazení</i>	46
<i>Graf 3 – Počet let v roli klíčového pracovníka</i>	47
<i>Graf 4 – Tématika umírání a smrti v profesní přípravě</i>	48
<i>Graf 5 – Přínos získaných informací pro praxi</i>	49
<i>Graf 6 – Tématika péče o umírajícího klienta součástí přijímacího pohovoru</i>	50
<i>Graf 7 – Péče o umírajícího klienta v náplni práce</i>	51
<i>Graf 8 – Otevřenost v problematice smrti a umírání</i>	52
<i>Graf 9 – Pomoc se zvládnutím psychické zátěže</i>	53
<i>Graf 10 – Péče o umírajícího klienta součástí metodických postupů</i>	55
<i>Graf 11 – Možnost porady v otázkách umírání a smrti</i>	56
<i>Graf 12 – Povinné vzdělávání</i>	57
<i>Graf 13 – Aplikace poznatků do praxe</i>	58
<i>Graf 14 – Reakce klíčových pracovníků</i>	59
<i>Graf 15 – Záznam rozhovoru s klientem do individuálního plánu</i>	61
<i>Graf 16 – Změna přístupu v péči o klienta</i>	62
<i>Graf 17 – Zpracování změn v individuálním plánu, plánu péče klienta</i>	63
<i>Graf 18 – Pozornost organizace věnovaná problematice umírání klientů</i>	64
<i>Graf 19 – Umírání v domově pro seniory</i>	65

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 – Pohlaví respondentů</i>	45
<i>Tabulka 2 – Pracovní zařazení</i>	46
<i>Tabulka 3 – Počet let v roli klíčového pracovníka</i>	47
<i>Tabulka 4 – Tématika umírání a smrti v profesní přípravě</i>	48
<i>Tabulka 5 – Přínos získaných informací pro praxi.....</i>	49
<i>Tabulka 6 – Tématika péče o umírajícího klienta součástí přijímacího pohovoru</i>	50
<i>Tabulka 7 – Péče o umírajícího klienta v náplni práce</i>	51
<i>Tabulka 8 – Otevřenost v problematice smrti a umírání</i>	52
<i>Tabulka 9 – Pomoc se zvládnutím psychické zátěže</i>	53
<i>Tabulka 10 – Péče o umírajícího klienta součástí metodických postupů</i>	55
<i>Tabulka 11 – Možnost porady v otázkách umírání a smrti.....</i>	56
<i>Tabulka 12 – Povinné vzdělávání</i>	57
<i>Tabulka 13 – Aplikace poznatků do praxe</i>	58
<i>Tabulka 14 – Reakce klíčových pracovníků</i>	59
<i>Tabulka 15 – Záznam rozhovoru s klientem do individuálního plánu.....</i>	61
<i>Tabulka 16 – Změna přístupu v péči o klienta</i>	62
<i>Tabulka 17 – Zpracování změn v individuálním plánu, plánu péče klienta</i>	63
<i>Tabulka 18 – Pozornost organizace věnovaná problematice umírání klientů</i>	64
<i>Tabulka 19 – Umírání v domově pro seniory</i>	65

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážení klíčový pracovníci,

jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotně sociální pracovník na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a obracím se na vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zaměřen na jednu z náročných oblastí z vašeho profesního života - na práci s umírajícími klienty. Dotazník je anonymní a výsledky budou využity pouze v rámci mé bakalářské práce.

Vámi zvolené odpovědi zakroužkujte. V případě volby odpovědi jiné doplňte text. Za vaši ochotu a čas věnovaný dotazníku děkuji já i vaši klienti.

Eva Kašpárková

1. Jste:

- a) Žena
- b) Muž

2. Vaše pracovní zařazení:

- a) Sociální pracovník
- b) Pracovník v sociálních službách
- c) Všeobecná sestra
- d) Jiné.....

4. Kolik let zastáváte roli klíčového pracovníka?

- a) 0-4 roky
- b) 5-8 let
- c) 9-12 let

5. Setkal/a jste se během své profesní přípravy (škola, kurz) s tematikou umírání a smrti, příp. s tematikou paliativní péče?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

6. Pokud ano, byly pro vás získané informace dostačující pro praxi? *(odpovězte pouze v případě předešlé kladné odpovědi)*

- a) Ano
- b) Ne

7. Hovořil s vámi zaměstnavatel před nástupem mimo jiné o tom, že budete pracovat s umírajícími?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

8. Je práce s umírajícími klienty přímo uvedena ve vaší pracovní náplni?

- a) Ano
- b) Ne

9. Je obvyklé ve vaší organizaci, že všichni pracovníci otevřeně mezi sebou hovoří o problematice smrti, umírání a péči o umírající klienty?

- a) Ano
- b) Ne

10. Co vám nejvíce pomáhá zvládat psychickou zátěž spojenou se setkáváním s umíráním a smrtí?

- a) Supervize
- b) Koníčky
- c) Podpora spolupracovníků
- d) Podpora rodiny
- e) Jiné

11. Máte ve vaší organizaci zpracovány postupy, metodiky týkající se péče o umírajícího klienta (paliativní péče)?

- a) Ano
- b) Ne

12. Je někdo v zařízení, na koho se můžete obracet o radu v otázkách umírání a smrti klientů?

- a) Ano
- b) Ne

13. Bývá tematika umírání, smrti a paliativní péče součástí vašeho povinného vzdělávání?

- a) Ano
- b) Ne

14. Pokud ano, aplikujete získané poznatky při vaší práci? *(odpovězte pouze v případě předešlé kladné odpovědi)*

- a) Ano

b) Ne

15. Pokud klient řekne, že si už přeje zemřít, jak reagujete?

a) Dělán, že jsem neslyšel/a

b) Hovořím s ním na toto téma

c) Snažím se situaci odlehčit a řeknu např.: „...ale, vy tu budete ještě dlouho, co byste umíral...“

d) Jiné.....

16. Zpracováváte klientovy zmínky o umírání a smrti, nebo rozhovory s klientem o umírání a smrti do záznamů individuálního plánování?

a) Ano

b) Ne

17. Pokud klient umírá, měníte přístup v péči o jeho osobu?

a) Ano

b) Ne

18. Pokud ano, jsou vámi případné změny zpracovány do individuálního plánu, plánu péče klienta? *(odpovězte pouze v případě předešlé kladné odpovědi)*

a) Ano

b) Ne

19. Myslíte si, že problematice umírání klientů je ve vašem zařízení věnována dostatečná pozornost?

a) Ano

b) Ne

20. Chtěl/a byste umírat v domově pro seniory?

a) Ano, protože.....

b) Ne, protože.....