

# **Paliativní péče a její možnosti v Domě pokojného stáří Zlín**

Bc. Jana Chovancová

---

Diplomová práce  
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2009/2010

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Jana **CHOVANCOVÁ**

Studijní program: N 7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: **Paliativní péče a její možnosti v Domě pokojného stáří Zlín**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti paliativní péče a péče o seniory.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu v Domě pokojného stáří Zlín.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie -- nauka o smrti a umírání. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETNOVÁ, CH. (eds.) Paliativní péče : principy a praxe. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

SLÁMA, O., KABELKA, L. a kol. Paliativní medicína pro praxi. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

STUDENT, J.CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Jinočany : H & H, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakl., 2008. 140 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zuzana Tichá, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **12. ledna 2010**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2010**

Ve Zlíně dne 12. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*vedoucí katedry*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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<sup>(1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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<sup>(2)</sup>;
- podle § 60<sup>(2)</sup> 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<sup>(2)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze se studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 20.4.2010



.....

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 učebních děl.

2) Účastní škola nepřijímá ani zveřejňuje díla autorů diplomů, bakalářských a magisterských prací, a k jejich publikaci či kopírování, aniž je osobně poskytnou a následně obhajobu prezentací učebních kvalifikačních prací, kterou uzavírá. Právní úpravou související s tímto předpisem může být.

(1) Pracovník, diplomatický funkcionář a veřejný pracovník, zaměstnanec občanské a dobrovolné armády, který se nevymáhl při práci smrtí, dle předložených obřadních protokolů, vzhledem k povaze a místu výkonu služby přispívá vysoké mzdy nebo není k tak určeno. V případě pracovního úrazu nebo při úmrtí na pracovním místě, když se má k tomu občanská práce, která je součástí zaměstnání, práce vykonávané na své volné chvíli, vyřízení, správy nebo organizování.

(2) Platí se ustanovení předchozího odstavce rovněž pro pracovníky veřejné služby, kteří jsou na úřadě nebo v podobě úřadní služby.

(3) Zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorů a o právu souvisejících s ním a v právních odstavcích zákona (autorský a v právních odstavcích zákona (autorský a v právních odstavcích zákona) v rámci právních předpisů, § 37 odst. 3.

(4) Do práva autorského také nevstupuje dílo nebo dílo, které je vzhledem k povaze, účelu nebo místa, kde bylo vytvořeno nebo upraveno, bezohledně nebo občasně, například k výuce, učení, školení, předání, dle v právních odstavcích zákona nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů.

(5) Zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském a v právních odstavcích zákona (autorský a v právních odstavcích zákona) v rámci právních předpisů, § 37 odst. 3.

(6) Dílo nebo dílo, které je vzhledem k povaze, účelu nebo místa, kde bylo vytvořeno nebo upraveno, bezohledně nebo občasně, například k výuce, učení, školení, předání, dle v právních odstavcích zákona nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů.

(7) Dílo nebo dílo, které je vzhledem k povaze, účelu nebo místa, kde bylo vytvořeno nebo upraveno, bezohledně nebo občasně, například k výuce, učení, školení, předání, dle v právních odstavcích zákona nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů.

(8) Dílo nebo dílo, které je vzhledem k povaze, účelu nebo místa, kde bylo vytvořeno nebo upraveno, bezohledně nebo občasně, například k výuce, učení, školení, předání, dle v právních odstavcích zákona nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů.

(9) Dílo nebo dílo, které je vzhledem k povaze, účelu nebo místa, kde bylo vytvořeno nebo upraveno, bezohledně nebo občasně, například k výuce, učení, školení, předání, dle v právních odstavcích zákona nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů.

(10) Dílo nebo dílo, které je vzhledem k povaze, účelu nebo místa, kde bylo vytvořeno nebo upraveno, bezohledně nebo občasně, například k výuce, učení, školení, předání, dle v právních odstavcích zákona nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů, nebo v rámci právních předpisů.

## **ABSTRAKT**

Ve své diplomové práci se věnuji tématu paliativní péče, především pak možnostem jejího poskytování v Domě pokojného stáří Zlín. Diplomová práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Hlavním cílem této práce je ověření možností poskytování paliativní péče v domově pro seniory a na základě zjištěných skutečností vytvoření vnitřního předpisu Domu pokojného stáří Zlín.

Klíčová slova:

Paliativní péče, senior, geriatrie, domov pro seniory, hospice, umírání, smrt.

## **ABSTRACT**

I have dedicated my graduation theses to the subject matter of palliative care especially to the possibilities of its provision in the Home of the peaceful old – age Zlin. My graduation theses have been divided into the theoretical and practical parts. The main goal of this work presents the verification of possibilities of palliative care provision in the old –people´s home and based on the detected facts the creation of some internal rule of our Home of the peaceful old-age Zlin.

Keywords:

Palliative care, old-man, geriatrics, Old-people´s home, hospice, dying, death.

Děkuji paní PhDr. Zuzaně Tiché, PhD., za její ochotu, pomoc, podporu, povzbuzení a odborná doporučení, kterými mě provázela po celou dobu zpracovávání mé diplomové práce.

Také děkuji všem uživatelům, rodinným příslušníkům a kolegům, kteří mi ochotně poskytli rozhovory a spolupracovali se mnou při zpracovávání praktické části diplomové práce.

Motto:

„Smrt patří k životu – tak jako narození. Chůze se uskutečňuje jak zvedáním, tak i pokládáním nohy.“

*Rabíndranáth Thákur*

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 PALIATIVNÍ MEDICÍNA A PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>14</b>
1.1 HISTORIE A VÝVOJ PALIATIVNÍ PÉČE.....	16
1.1.1 Vývoj paliativní péče v ČR a perspektivy demografického vývoje .....	18
1.2 ÚKOLY A CÍL PALIATIVNÍ PÉČE .....	19
1.2.1 Multidisciplinární přístup k paliativní léčbě .....	19
1.2.2 Potřeby nevléčitelně nemocných.....	20
1.3 UMÍRÁNÍ A SMRT .....	21
1.3.1 Co prožívá a potřebuje umírající.....	23
1.3.2 Bolest, naděje a duchovní aspekty paliativní medicíny.....	26
1.3.3 Ztráta a zármutek v paliativní péči.....	27
1.3.4 Péče o zemřelého a první kontakt s rodinou .....	28
<b>2 PALIATIVNÍ PÉČE V GERIATRII</b> .....	<b>31</b>
2.1 GERIATRIE JAKO MEDICÍNSKÝ OBOR.....	31
2.1.1 Geriatrická křehkost a geriatrické syndromy.....	32
2.1.2 Geriatrická paliativní péče .....	33
<b>3 FORMY POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>35</b>
3.1 HOSPICOVÁ PÉČE.....	36
3.1.1 Historie hospicové péče .....	37
3.1.2 Legislativní zakotvení hospiců v České republice .....	37
3.1.3 Personální obsazení hospiců, způsoby poskytování péče a cílová skupina .....	38
3.2 PALIATIVNÍ PÉČE V DOMOVĚ PRO SENIORY .....	39
3.2.1 Legislativní zakotvení domovů pro seniory v České republice.....	39
3.2.2 Personální obsazení domovů pro seniory, způsoby poskytování péče a cílová skupina.....	40
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>42</b>
<b>4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ V DOMĚ POKOJNÉHO STÁŘÍ ZLÍN</b> .....	<b>43</b>
4.1 VÝBĚR ZAŘÍZENÍ PRO VÝZKUM.....	44
4.1.1 Charakteristika Domu pokojného stáří Zlín .....	44
4.2 VÝBĚR RESPONDENTŮ PRO VÝZKUM .....	46
4.3 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT, DRUH A METODA VÝZKUMU.....	48
4.3.1 Výzkumný problém, výzkumná otázka.....	49
4.3.2 Zajištění validity výzkumu .....	50
<b>5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT</b> .....	<b>51</b>
5.1 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT .....	51
5.2 ROZHOVORY S UŽIVATELI SLUŽEB – ANALÝZA DAT.....	52
5.2.1 Odpovědi na výzkumné otázky – skupina uživatelů služeb.....	53



5.3	ROZHOVORY S RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY – ANALÝZA DAT .....	56
5.3.1	Odpovědi na výzkumné otázky – skupina rodinných příslušníků.....	57
5.4	ROZHOVORY SE ZAMĚSTNANCI – ANALÝZA DAT.....	60
5.4.1	Odpovědi na výzkumné otázky – skupina zaměstnanců .....	61
<b>6</b>	<b>SHRNUTÍ VÝZKUMU .....</b>	<b>64</b>
6.1	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK .....	66
6.1.1	Odpověď na výzkumný problém.....	67
6.2	NÁVRHY A DOPORUČENÍ.....	68
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>78</b>

## ÚVOD

Volba tématu diplomové práce je velmi důležitá a závažná věc. Rozhodnutí se pro určité téma znamená, že se tato oblast stane na dlouhou dobu mým stálým společníkem, neboť je nutno nastudovat množství literatury, promýšlet souvislosti, pátrat po různých novinkách a dalších informacích. Pro mě osobně je také velmi důležité, aby téma, kterým se zabývám, nebylo odtrženo od mého běžného života, ale aby mě nejen zajímalo, ale především aby mi zpracování těchto informací a celé diplomové práce přineslo užitek v mé profesi.

Vzhledem k tomu, že již několik let pracuji v sociálních službách, konkrétně v domově pro seniory (nejprve jako sociální pracovnice, posléze jako vedoucí), hledala jsem téma, vztahující se k této oblasti. Součástí mé práce je jednak péče o zaměstnance, ale také zajištění kvalitní péče o naše obyvatele. Rozhodnutí věnovat se paliativní péči ve mně uzrálo po několika osobních zkušenostech s umírajícími klienty a také při rozhovorech s jejich blízkými. Dalším důvodem mého rozhodnutí bylo, že jsem se chtěla věnovat oblasti, která se týká nikoliv zaměstnanců v sociálních službách, ale přímo seniorů. Společně se všemi zaměstnanci pracujeme na zavádění a dodržování standardů kvality, na tvorbě a úpravě metodiky poskytování našich služeb. Jsem přesvědčena o tom, že i péče o naše umírající je odrazem kvality poskytovaných služeb. Proto již dlouhou dobu přemýšlím o tom, jakým způsobem by se dalo zlepšit poskytování našich služeb v oblasti paliativní péče, tzn. péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Přestože si tuto skutečnost hodně lidí neuvědomuje, v domovech pro seniory jejich obyvatelé nejen nějaký čas žijí, ale také umírají. Mnoho lidí, včetně rodinných příslušníků našich uživatelů, si nechce nebo není schopno připustit, že jejich blízké trápí spousta nemocí, a že se – i svým vysokým věkem – již blíží okamžiku, kdy nás opustí. Toto téma je pro mnoho lidí nepříjemné, někteří se podvědomě brání připustit si možnost smrti jejich blízkého a tím pádem dokonce i svou vlastní. Ale moje zkušenost říká, že je velmi důležité a ve svém důsledku i obohacující pro pečující osobu, když může svému blízkému pomoci vyrovnat se s bolestí, nejistotou, úzkostí apod. Jsem přesvědčena o tom, že pokud se naučíme správným způsobem přistupovat k umírajícím, pomůže to nejen jim, ale především nám osobně! Vzhledem k tomu, že přímo v domově pro seniory umírá většina jejich obyvatel, velmi intenzivně vnímám potřebu začít se tímto opomíjeným tématem zabývat. Zcela jistě je také potřebné vzdělávat v této oblasti nejen personál, ale i rodinné příslušníky a blízké našich uživatelů. To lze jen na základě dobrého vzájemného vztahu, důvěry a samozřejmě také patřičných znalostí.

Dosud jsme se s kolegyněmi tomuto tématu příliš nevěnovaly, v situacích, které nastávají, postupujeme spíše intuitivně a myslím si, že i erudovaně, nicméně jasný postup, cíl a smysl této péče zpracován nemáme.

Cílem mé diplomové práce je nalézt skutečné možnosti personálu v poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín, kde pracuji, zjistit, jaké jsou tužby, představy a přání uživatelů, jejich blízkých a také najít možnosti jejich intenzivnějšího zapojení a vzájemné spolupráce. Proto bude konkrétním výstupem mé diplomové práce vytvoření vnitřního předpisu domova, týkajícího se přístupu personálu k umírajícím uživatelům, který bude zohledňovat výsledky mého výzkumného šetření. Byla bych také ráda, kdyby se mi podařilo nejen vytvořit konkrétní předpis, ale především najít a postupně „vychovat“ citlivé a dostatečně vnímavé pracovníky, kteří budou mít cit a pochopení pro umírající a dokáží jim pomoci v prožívání jejich posledních chvil.

Diplomová práce je členěna na část teoretickou, praktickou a závěr a čítá celkem 6 kapitol. V teoretické části své diplomové práce se nejprve věnuji teoretickým východiskům paliativní péče, jejímu historickému vývoji a také úkolům a cílům paliativní péče. Neméně důležité je seznámení se s potřebami umírajících a jejich pochopení. Druhou kapitolu teoretické části jsem věnovala specifikům poskytování paliativní péče v geriatrii. Vysvětluji zde pojmy geriatrie, geriatrická křehkost a geriatrické symptomy. Třetí kapitola je věnována formám poskytování paliativní péče, historii hospicového hnutí a také legislativnímu rámci, ve kterém je tato péče poskytována v České republice. Součástí této kapitoly je také vymezení rozdílů mezi hospici a domovy pro seniory, a to jak po stránce legislativní, tak po stránce cílových skupin, kterým tato zařízení poskytují své služby.

V praktické části diplomové práce jsem nejprve popsala metodologii prováděného výzkumu, to znamená způsob a důvod výběru zařízení, ve kterém výzkum probíhal. V jedné z podkapitol stručně popisuji charakteristiku tohoto zařízení, tzn. Domu pokojného stáří Zlín. Dále se věnuji vysvětlení způsobu výběru respondentů a objasňuji jeho specifika. Také zde formuluji své výzkumné otázky, popisuji druh výzkumu a způsob zpracování získaných dat. V kapitole páté se zabývám konkrétním zpracováním dat, získaných pomocí výzkumného šetření a tato data analyžuji. Šestá kapitola mé diplomové práce je věnována vyhodnocení a shrnutí provedeného výzkumu, zodpovídám v ní na výzkumné otázky a výzkumný problém. V podkapitole této kapitoly jsem potom shrnula svá doporučení, ke kte-

rým jsem dospěla na základě informací a údajů, získaných z výzkumných interview a která by mohla přispět ke zlepšení poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín.

Diplomová práce je ukončena závěrem a doplněna seznamem použité odborné literatury, seznamem obrázků, tabulek, použitých zkratk a také přílohami.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PALIATIVNÍ MEDICÍNA A PALIATIVNÍ PÉČE

Chceme-li znát definici paliativní medicíny, musíme se smířit s tím, že jednoznačná a vyčerpávající definice paliativní medicíny neexistuje. Haškovcová (2007, str. 37) například píše, že: „*Obsah pojmu paliativní medicína není ustálen, a tak se můžeme v odborné literatuře setkat s celou řadou definic, jejichž obsah se více či méně překrývá. V každém případě je slovo pallium latinského původu a znamená „plášť“ nebo „obal“ (původně pontifikální symbol patriarchů a arcibiskupů, též svrchní roucho starých Římanů). Použití slova paliativní v kombinaci s péčí symbolicky znamená, že cílem je, poskytnout nemocnému ochranu (plášť) v extrémně nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku*“.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je pak: „*...paliativní medicína celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Haškovcová, 2007, str. 37).

Paliativní péče se dříve soustředila především na péči o terminálně nemocné a umírající onkologické pacienty a také na podporu jejich příbuzných a blízkých. „*Světová zdravotnická organizace ve své definici paliativní péče v roce 1990 uvádí, že se jedná o „komplexní péči o nemocné, jejichž onemocnění neodpovídá na péči kurativní (léčbu, jejímž cílem je úplné vyléčení*“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 24). V posledním desetiletí se však pozornost odborníků více obrací i směrem k těm nemocným, kteří trpí jinými (neonkologickými) chronickými a potenciálně letálními (vedoucími ke smrti) chorobami. „*Postupy a zkušenosti získané v kontextu hospicové paliativní péče o onkologické pacienty se ukazují jako velmi efektivní rovněž u jiných skupin pacientů. Dochází tak k určitému rozšíření konceptu paliativní péče, a to ve dvou dimenzích:*

- *první dimenzí je rozšíření spektra diagnóz, pro které jsou postupy paliativní péče relevantní. Paliativní péče není určena pouze onkologicky nemocným, ale všem, kteří trpí nějakou progresivní chronickou nemocí (např. ischemickou chorobou srdeční, chronickou obstrukční plicní nemocí, neurodegenerativním onemocněním, demencí atd.).*
- *druhou probíhající změnou je rozšíření časového úseku v průběhu nemoci, ve kterém jsou postupy paliativní péče použitelné. Hospicová paliativní péče chápala se-*

*be sama především jako péči o terminálně nemocné a umírající (poslední týdny a dny života). Nová definice paliativní péče (WHO, 2002) již nepracuje s konceptem terminálního onemocnění, ale konceptem onemocnění ohrožujícího život. U všech nemocných s onemocněním život ohrožujícím (bez ohledu na aktuální prognózu) je třeba včas identifikovat a účinně mírnit utrpení ve všech jeho dimenzích“ (Kalvach a kol., 2004, str. 8).*

**Paliativní medicína**, potažmo paliativní péče, se liší od tzv. léčby **kurativní**. Smyslem kurativní léčby je úplné vyléčení pacienta. Naproti tomu paliativní léčba klade na první místo zlepšení celkového stavu pacienta. Postupy paliativní medicíny se nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta zlepší. Podle Haškovcové se *„paliativní medicína zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života“ (Haškovcová, 2007, str. 37). Paliativní péče smrt ničím neurychluje ani neoddaluje, mírní bolest a jiné symptomy, začleňuje do komplexní péče i psychologický, sociální a duchovní aspekt. Paliativní péče zahrnuje i péči o rodinu nemocného. „Paliativní péče tedy znamená určitou **filozofii péče** (důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka, nerozlučná propojenost somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání), ale také **konkrétní organizaci péče**, která by umožnila saturaci potřeb nemocného ve všech výše zmíněných oblastech. **Paliativní medicína se v posledních letech profiluje jako samostatný lékařský obor**, který se snaží studovat a léčit tělesné i duševní potřeby a projevy pokročilého onemocnění metodami medicíny založené na důkazech (evidence based medicine)“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, str. 25).*

**Principy paliativní medicíny** se shodují s potřebami nemocných a umírajících a zahrnují tyto základní cíle:

- symptomatickou léčbu;
- zmírňující péči;
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti;
- emotivní podporu;
- spirituální pomoc;
- sociální zázemí;

- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající;
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího. (srov. Haškovcová, 2007).

Také **Světová zdravotnická organizace (WHO)** konstatuje, že „*paliativní péče*:

- *poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení;*
- *přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces;*
- *neusiluje ani o urychlení ani o nepřiměřené zadržování smrti;*
- *integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty;*
- *nabízí systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti;*
- *nabízí rovněž systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i s vlastním zármutkem;*
- *pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí;*
- *podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění;*
- *je použitelná i v časně fázi onemocnění současně s jinými způsoby léčení, které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje všechna vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobujících utrpení“ (Haškovcová, 2007, str. 38).*

Z výše uvedeného je zřejmé, že ústředním bodem paliativní péče je její celostní zaměření – pohled na člověka ve všech rovinách a kladení důrazu nejen na fyziologické potřeby, ale také na potřeby sociální, psychologické a duchovní.

## 1.1 Historie a vývoj paliativní péče

Paliativní péče v širokém slova smyslu byla vždy jednou z důležitých součástí lékařské a sociální péče. Medicína vždy ve větší či menší míře přijímala, že její možnosti vyléčit nemocné nebo alespoň prodloužit jejich život jsou omezené. Zároveň si byla vědoma toho, že možnosti medicíny ani zdaleka nekončí tam, kde končí její schopnost uzdravit či zásadním způsobem prodloužit život pacienta. Chápala, že zcela zásadní součástí lékařské péče je také tišit bolest a jiné formy utrpení a poskytnout nemocnému v tomto utrpení útěchu.



„Koncept celostní péče o těžce nemocného pacienta, tedy nejen o jeho „tělo“, ale také o „duši“ a sociální prostředí byl v tradici evropské medicíny přítomen po staletí. Při některých kláštřích vznikaly již ve středověku útulky pro těžce nemocné a zmrzačené“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 19). Od dávných časů si lidé uvědomovali, že život člověka je omezen, a že se všichni musíme řídit biologickými zákonitostmi. Jak píše Haškovcová (2007, str. 24): „to, co dnes vnímáme jako „kulisu dobrého umírání“, je však spíše poplatné naší idealizované představě než někdejší prosté realitě. Smrt byla běžnou součástí života a byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez jakékoli pomoci... Velmi lapidárně lze říci, že lidé krátce stonali a rychle umírali“. Součástí dřívějšího postoje k umírání a smrti byly také různé církevní rituály, které pomáhaly rodině a blízkým vyrovnávat se se ztrátou milovaného člověka. V beletrii a ve filmech bývá často vykreslováno umírání v dřívějších dobách velmi idylicky, v domácím prostředí a za přítomnosti těch nejbližších... Nicméně o „**domácím modelu umírání** můžeme hovořit až v posledních dvou stoletích... Vzhledem k tomu, že smrt nebyla tabuizována, lidé věděli, jak se mají vůči umírajícímu chovat, a dokonce i umírající věděl, co se od něj očekává“ (Haškovcová, 2007, str. 26). Postupně docházelo k rozvoji chudobinců, chorobinců a špitálů a model domácího umírání se měnil na **model institucionální**. Ovšem rozvoj paliativní péče se v jednotlivých zemích poměrně hodně lišil. Záleželo především na kulturních zvyklostech, na způsobech organizace péče, na způsobech a možnostech financování a také na možnostech začlenění paliativní péče do systému zdravotnictví a sociálních služeb (srov. Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

„První moderní zařízení paliativní péče, hospic sv. Kryštofa, byl založen v Anglii v roce 1967. Od té doby jsme svědky rychlého rozvoje různých organizačních forem paliativní péče a nárůstu počtu osob využívajících paliativní péči. Odhaduje se, že dnes ve světě existuje přes 7000 zařízení hospicové a paliativní péče, která působí ve více než 90 zemích. Původní forma hospice jako samostatně stojícího lůžkového zařízení byla později s ohledem na potřeby nevyčísitelně nemocných rozvinuta do dalších podob“ (Kalvach a kol., 2004, str. 11).

V souvislosti s léčbou nemocných je dobré si uvědomit a ujasnit, co to vlastně znamená „nemoc“ a „zdraví“? Od tohoto uvědomění si, se potom také může odvíjet náš přístup k nemocným a umírajícím... „Chápeme-li pojem zdraví jako perfektně fungující stroj a nemoc jako stroj porouchaný, který je nutno opravit, promazat, případně vyměnit ná-

*hradní díly, jsme velice daleko od skutečnosti a nemáme téměř žádnou šanci být nemocnému opravdu prospěšní. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako **plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka***“ (Svatošová, 2008, str. 14).

### 1.1.1 Vývoj paliativní péče v ČR a perspektivy demografického vývoje

V České republice nastal rozvoj paliativní medicíny a péče poměrně velmi pozdě, v podstatě až po roce 1989. Zcela jistě to bylo dáno politicko-společenskou situací v naší zemi. Teprve v roce 2000 a 2001 byl v České republice proveden rozsáhlý výzkum, který se zabýval situací a veřejným míněním na téma úrovně poskytování péče nevléčitelně nemocným a umírajícím v systému českého zdravotnictví. Shrňme-li si údaje, získané z tohoto výzkumu, dozvíme se následující: „*Celková mortalita a hlavní příčiny úmrtí v ČR jsou analogické stavu v ostatních rozvinutých zemích. Podle názoru veřejnosti není péče o nevléčitelně nemocné a umírající dostatečně kvalitní... Relativně nejlépe je hodnocena léčba somatických problémů a bolestí, nejhůře je hodnocena péče o psychický stav umírajících a jejich rodin... Více než dvě třetiny (68%) lidí umírá ve zdravotnických zařízeních (nemocnice a LDN), 4% lidí končí svou pouť v sociálních zařízeních (domovy důchodců). V hospicích dochází k méně než 1% úmrtí. Uvedená fakta o **institucionalizovaném způsobu umírání ostře kontrastují s přáním občanů zemřít doma nebo v domácnostech svých blízkých...***“ (Haškovcová, 2007, str. 35). Další důležitou informací, získanou díky tomuto průzkumu je to, že drtivá většina dotázaných (91%) je přesvědčena o tom, že je nutné zlepšit péči o umírající.

Uskutečněný výzkum také jasně ukázal, že „*ze všech zemřelých je polovina starší 75 let a tři čtvrtiny starší 65 let. Mluvíme-li o paliativní péči, pak je třeba mít na paměti, že se ve většině případů jedná o pacienty ve fázi časného nebo pokročilého stáří*“ (Skála, 2004, str. 18).

Součástí úvah nad možnostmi a rozvojem paliativní péče by měla být a je také prognóza demografického vývoje v České republice. Podle nejnovějšího odhadu vývoje obyvatelstva České republiky, kterou vypracoval Český statistický úřad v roce 2003, dojde do roku 2050 ke zdvojnásobení počtu lidí, starších 65 let.

Z těchto údajů je zřejmé, že význam paliativní péče bude v nejbližších letech narůstat, a že se musíme naučit, jak nejlépe pomáhat těm, kteří se blíží ke sklonku života. Zcela jistě tomu nepomáhá tabuizování smrti a umírání. Ba naopak. „*Co je pro naši generaci tabu, to*

*bylo pro generaci našich prababiček naprosto normální součástí života“ (Svatošová, 2008, str. 16).*

## 1.2 Úkoly a cíl paliativní péče

Zamyslíme-li se na základě výše popsaných skutečností nad hlavními cíly paliativní péče, můžeme říci, že cílem je poskytnout nevyčísitelně nemocným a umírajícím úlevu od bolesti, laskavou a odbornou péči, podporu, společnost, jistotu, že nebudou osamoceni. Nebo, slovy knihy „Paliativní medicína“ je *„cílem paliativní léčby provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného“* (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 25).

Krásně a jednoduše vyjádřila cíle paliativní péče Svatošová, v knize „Hospice a umění doprovázet“. V kapitole „Ujasnit si cíl“ píše: *„Je potřeba si uvědomit, že lékařská věda zmůže hodně, ale není všemocná. Lpění na nereálném cíli musí dříve nebo později skončit zklamáním.... Cíl je tedy nutno jasně formulovat. Může jím být:*

- **úplné uzdravení;**
- **snášení útrap chronického onemocnění;**
- **důstojné a klidné umírání.**

*To vůbec neznamená, že v průběhu nemoci nemůžeme cíl znovu ujasňovat a měnit.... V určité fázi však uděláme pro nemocného víc, pomůžeme-li mu vyrovnat se s tím, co se prokazatelně ukázalo jako nezměnitelné.... Není pochyb o tom, že tak náročný úkol je schopen splnit jenom ten, kdo se vyrovnal s vlastní smrtelností. Ideální je, dokážou-li se na společném cíli shodnout všichni zúčastnění: lékař, rodina pacienta i sám pacient. Je dobré si sednout a vytřídit mezi problémy ty, které změnit mohu – tam musím bojovat. Ty, které změnit nemohu, je nutno prostě přijmout“* (Svatošová, 2008, str. 15).

### 1.2.1 Multidisciplinární přístup k paliativní léčbě

Již několikrát jsem v předchozích kapitolách zmínila, že paliativní medicína se vyznačuje tím, že zohledňuje celou osobnost nemocného. Bere v úvahu nejen jeho fyziologické potřeby a bolest, ale dbá také na naplňování sociálních, psychologických a spirituálních potřeb. Z toho je zřejmé, že na poskytování paliativní péče se musí podílet celý tým odborných pracovníků za přispění rodiny a blízkých nemocného. *„Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým. Tvoří ho řada odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a diskutují jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemoc-*

ného“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 27). Konkrétně jsou součástí týmu lékaři různých specializací, zdravotní sestry, dietní sestra, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, psychiatr, duchovní, další pracovníci dle potřeby, členové rodiny, přátelé a dobrovolníci.

### 1.2.2 Potřeby nevléčitelně nemocných

Celostní pohled paliativní medicíny a péče o nemocného a umírajícího člověka znamená nejen zapojení velkého množství odborníků a blízkých, ale vychází především ze znalosti základních potřeb člověka. Proto je nutné umět se vcítit do nemocného, přiblížit se mu, nebát se s ním být jako člověk s člověkem... Musíme si stále uvědomovat, jak moc se změnil život nemocného od doby, kdy se například dozvěděl výsledky vyšetření nebo kdy zůstal upoután na lůžku. *„Dokud to člověk sám nezažije, možná si ani dost dobře neuvědomuje, co všechno nemocný ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost aktivity atd. K tomu všemu naopak přibyla bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření a možná i nepříjemní spolupacienti a mnoho dalšího, převážně ne příjemného“* (Svatošová, 2008, str. 18).

Jak jsem již zmínila v subkapitole 1.1., podle Světové zdravotnické organizace a její definice zdraví odvozujeme čtyři základní potřeby nemocných – **biologické, psychologické, sociální a duchovní**. Pro potřebu osob pečujících, ale také pro odborníky, je dobré si toto rozdělení neustále připomínat, protože potom si lépe uvědomíme, v jakých oblastech podpory můžeme být nemocnému ku pomoci. *„Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadé potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální“* (Svatošová, 2008, str. 19).

**Potřeby biologické** – do této oblasti zahrnujeme vše, co se týká fyziologie člověka. Každý člověk (tedy i nemocný) potřebuje přijímat potravu (pro nemocného je mnohdy nutné ji např. krájet nebo mixovat a také uzpůsobit její složení), potřebuje přijímat dostatečné množství tekutin (opět je jistě příjemnější přijímat je ústy než za pomoci zavedených infúzí, proto musíme hledat různé způsoby, jak tekutinu nemocnému podat). Další základní biologickou potřebou je dýchání a vylučování odpadních produktů našeho metabolismu. Proto je nutné dbát na dostatečný přísun kyslíku a podporovat správné vylučování raději přirozenými metodami než klystýry apod. Každý člověk, a nemocný zvláště, potřebuje jistě dostatečný prostor pro klidný odpočinek. Měli bychom tedy dbát na individuální zvyklosti

spánku.

O tyto potřeby se zcela jistě odborníci (lékaři, sestry, pečovatelky) starají v první řadě.

**Potřeby psychologické** – každý člověk je jedinečnou bytostí, kterého takto musíme chápat stále, i ve chvílích nemoci a bolesti. *„Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a my často zapomínáme, že více než naše slova mluví naše mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči i naše oblečení apod. ... Každý potřebuje pocit bezpečí. I proto je důležité nemocnému nikdy nelhat, tj. neříkat něco, co by člověk musel později odvolávat. Vymstilo by se to, nemocný by k takovému „dobrodinci“ ztratil důvěru právě ve chvíli, kdy ji bude nejvíce potřebovat.... Další zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Škoda, že tak málo lidí ví, jak důležitá je komunikace s pacientem v agonii“* (Svatošová, 2008, str. 20).

**Potřeby sociální** – každý člověk, i zaměřením více introvertním, je tvor společenský. Celý svůj život od narození prožívá ve společnosti jiných lidí. Proto i ve chvílích, kdy je upoután na lůžko, potřebuje a touží po společnosti dalších osob. Samozřejmě jsou kolem něj lékaři a sestry, ale nemocný potřebuje také kontakt se svými blízkými a přáteli. Jistě ho trápí nedokončené pracovní nebo soukromé úkoly, které chce probrat. Měl by mít tedy jistě prostor pro návštěvy kdykoliv, tak, aby si sám mohl regulovat jejich četnost, čas apod.

**Potřeby spirituální (duchovní)** – o těchto potřebách si mnohdy mylně myslíme, že se jedná jen o potřeby pro věřící. Není tomu tak. Především s postupem nemoci nabírají tyto potřeby na důležitosti u všech lidí. Nevyléčitelně nemocný člověk přemýšlí, jaký je vlastně smysl jeho života, zda udělal, co mohl, co ho čeká po smrti, trápí se mnohými věcmi, které neudělal nebo udělal špatně... *„Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu i sám odpouštět. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí, a to tak, že si někdy i zoufá“* (Svatošová, 2008, str. 21).

### 1.3 Umírání a smrt

Zabýváme-li se tématem paliativní péče, nemůžeme pominout samotný proces umírání a smrti. Jde o velmi citlivé a choulostivé téma, které je v našich zeměpisných šířkách stále ještě trochu tabuizováno. To je zřejmé i z rozhovorů, které vedu s příbuznými uživatelů služeb v domově pro seniory – málokdo je ochoten a schopen připustit a přijmout myšlen-

ku, že jeho blízký, ačkoliv je mu už třeba 90 let, se ocitá na prahu smrti a jeho čas se nacyluje... Mnohdy je tomu tak hlavně proto, že konfrontace se smrtí nám blízkého člověka znamená konfrontaci se smrtí vlastní...

*„O životě člověka je možno hovořit jako o cestě. Každá cesta – ať jde o výlet nebo o návštěvu u známého či známé – má svůj začátek (start), svůj průběh a konec (cíl). Se životem je tomu do určité míry obdobně. I ten má svůj začátek – narození, svůj průběh – dětství, dospívání a dospělost, a nakonec svůj závěr“ (Křivohlavý, 1995, str. 3).*

Setkáme-li se s umírajícím tváří v tvář, stojíme mnohdy zcela bezradně. Toto období je pro všechny zúčastněné obdobím velkého emocionálního vypětí a nejistoty. Je dobře, mají-li ve své blízkosti někoho, na koho se mohou obrátit o radu, o pomoc, kdo jim poskytne oporu. Proto jsou důležité multidisciplinární týmy pečující nejen o nemocného, ale pomáhající alespoň radou i příbuzným.

První fází umírání je fáze **pre finem**, která může být dlouhá i několik let. I v této fázi je pro umírajícího nesmírně důležitá pomoc a podpora blízkých, důvěra v lékaře a poskytnutí komplexní lékařské péče. V tomto období jde především o psychologickou podporu nemocným, pomoc při přijetí skutečnosti, že jsem vážně nemocen. Druhou fází umírání je tzv. **fáze in finem**. Řečeno lékařskou terminologií, *„je pojem umírání synonymem terminálního stavu. Ten je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Terminální stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popř. týdnů. Jinými slovy řečeno, jedná se o „vlastní umírání“, o stav, který bývá též označován pojmem in finem. Konkrétní závěr lidského života bývá velmi individualizován a odborníci se shodují v tom, že každý umírá „svou smrtí“.... V širších souvislostech je pak umírání především časově delším úsekem, než odpovídá terminálnímu stavu. Jeho počátek můžeme spatřovat v okamžiku, kdy vejde v odbornou (tedy lékařovu) a následně i laickou (tedy pacientovu) povědomost, že nemoc, která vstoupila do života konkrétního jedince, je perspektivně neslučitelná se životem“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 435).*

*„Rozhodnutí, že stav pacienta hodnotíme jako terminální, je třeba přiměřeným způsobem prodiskutovat s pacientovou rodinou a v některých případech také s pacientem. Rozhodnutí je třeba zdůvodnit a zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Nejde o zbytečnou formalitu. Stanovení diagnózy „umírání“ vytváří nový klinický obraz péče. Cílem je pacientovi*

*umožnit klidnou a důstojnou smrt, a nikoli tuto smrt za každou cenu oddálit“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, str. 304).*

Období **post finem** „*je charakteristická péčí o mrtvé tělo a zahrnuje též péči o pozůstalé, zejména patří-li do některé z rizikových skupin“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 436).* Jednotlivé fáze umírání jsou odlišné jak ve své délce, tak v tom, co při nich umírající prožívají.

### 1.3.1 Co prožívá a potřebuje umírající

Jak je výše uvedeno, umírání rozdělují někteří odborníci do tří fází (pre finem, in finem a post finem). Ovšem abychom věděli, jak můžeme umírajícímu v jednotlivých obdobích tohoto procesu pomoci, musíme se zamyslet i nad tím, co umírající prožívá. Již bylo řečeno, že paliativní péče v sobě mimo jiné zahrnuje také celkovou laskavou péčí o osobu nemocného. Co to přesně znamená „laskavá péče“? Co si pod tímto pojmem představuje nemocný? Na tuto otázku odpovídá Svatošová (2008, str. 21): „*Aby péče nebyla jen technikou, dovedností a zručností, musí být nutně spojena s láskou. Na otázku, co si představuje pod pojmem „laskavá péče“, odpověděl krátce před svou smrtí pacient v jednom britském hospici takto:*

*„Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.*

*Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profesí, které selhaly v zajištění mého uzdravení.*

*Když ke mně přijdete a věříte ve mne, uzdravení – neuzdravení.*

*Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit.*

*Když mě berete jako individualitu.*

*Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké.*

*Když se zajímáte o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.*

*Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu.*

*Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.*

*Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.*

*Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnu i okamžik smrti, až přijde“.*

A podobně píše i Kübler-Rossová (1993, str. 34): *„Čeho si naši pacienti vážili patrně nejvíc, to byl smysl pro empatii a vcítění – pociťovali jej silněji a působil na ně víc, než bezprostřední tragédie sdělení. Byli vděční za ujištění, že lékař pro ně udělá vše, co se udělat dá, že nejsou odvrženi a opuštěni, že existuje léčba a s ní také záblesk naděje – i v těch nejtěžších a nejpokročilejších případech“.*

Proces umírání je zcela jednoznačně velmi individuální. U někoho trvá déle, u jiného je velmi rychlý. Rozdílný je přístup k jídlu, k okolí, k návštěvám... Umírající se postupně přestává zajímat o okolní dění, je mnohdy rád sám. A i v případě, že je rád ve společnosti svých blízkých, nepotřebuje hovořit – chce jen vnímat přítomnost někoho milého a oceňuje ticho. Mnoho rodinných příslušníků se velmi diví, že jejich blízcí najednou prudce mění chuť, nebo začnou odmítat stravu úplně. Je to zcela přirozený proces, kdy nemocní nejprve odmítají maso, poté další těžce stravitelná jídla, zeleninu a nakonec nechtějí jíst vůbec. Je to proto, že organismus umírajícího již nemá potřebu doplňovat energii, už ji nepotřebuje... Ovšem nesmírně důležité je dbát na hydrataci umírajícího, protože ani žízeň již sám nepociťuje. Proto musí nejen odborný personál, ale i příbuzní vědět, jaké jsou možnosti doplňování tekutiny, podle stavu nemocného (podávání tekutin po lžičkách, stříkačkou, zvlhčování úst, cucání zmrzlých kostek ananasové šťávy apod.).

Již od 70. let minulého století jsou díky americké lékařce, Elisabeth Kübler-Rossové, známy jednotlivé fáze přijímání nemoci neslučitelné se životem a umírání tak, jak je prožívá velká většina nemocných (viz tabulka 1). Podobnými fázemi ovšem procházejí také příbuzní umírajících. Pochopení zákonitostí prožívání je důležité pro všechny, kteří se podílejí na péči o nemocné a umírající. Také musíme vědět, *„že tyto fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždycky zachovávat tento sled. Naopak, často se některé z nich opakovaně vracejí a střídají a mohou se i dvě nebo tři, někdy i v jediném dni, prolínat. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některá chybí. Nemělo by nás to překvapit. Stačí si uvědomit, že každý člověk je jiný“* (Svatošová, 2008, str. 24).



## Tabulka č. 1

*Fáze procesu umírání podle Kübler-Rossové (in Svatošová, 2008, str. 25)*

FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
NEGACE, ŠOK, POPÍRÁNÍ	„Ne, já ne, to na mě neplatí.“ „To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
AGRESE, HNĚV, VZPOURA	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky, vyčítá nespravedlnost.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
SMLouvÁNÍ, VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
DEPRESE, SMUTEK	Smutek z utržené ztráty, z hrozící ztráty. Strach z účtování, strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.)
AKCEPTACE, SMÍŘENÍ, SOUHLAS	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest“ „Do Tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utírat slzu.  Pozor – rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

Někdy se může stát, že sám nemocný prožívá jednotlivé fáze zcela jinak, než jeho rodina. Ačkoliv on sám se již například přenesl přes fázi agrese a vyjednávání až do fáze přijetí, jeho blízcí se mohou nacházet stále ještě ve fázi vyjednávání. Mohou nutit svému nemocnému další a další léčebné procedury, snažit se jej v dobré víře vyburcovat „k boji“. To mu může spíše ubližovat, než pomáhat. Vždy by mělo být snahou příbuzných, aby co nejrychleji dosáhli stejného stupně jako jejich umírající. *„Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi“* (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, str. 301).

### 1.3.2 Bolest, naděje a duchovní aspekty paliativní medicíny

Hovoříme-li o nemoci a umírání, nelze pominout bolest. „*Bolest je sestrou nemoci. Někdy při odchodu je tou silnější sestrou. Má svou stránku fyzickou i psychickou. Když někoho něco trápí (např. svědomí), prožívá i tížeji svou fyzickou bolest. Proto je třeba spolu s tiše- ním bolesti pečovat i o pokoj (šálom) duše a ducha*“ (Křivohlavý, 1995, str. 28).

Jak vyplynulo z výzkumu, provedeného v letech 2000 a 2001 v České republice (viz. sub- subkapitola 1.1.1), velká většina respondentů má strach z bolesti a bolestivého umírání, přestože si myslí, že o tuto stránku umírání je relativně nejlépe postaráno. Pokud nemocný trpí chronickou bolestí, tato mu nedovoluje myslet na nic jiného, vyčerpává jej a podstatně snižuje kvalitu jeho života. Přestože dnešní medicína je již v tišení bolesti hodně daleko, stále ještě se stane, že nemocný či umírající zbytečně trpí. Proto je nutné, abychom se sna- žili bolest zvládnout všemi dostupnými prostředky.

**Naděje** – přestože toto slovo může znít ve spojitosti s nevléčitelně nemocnými a umírají- cími poněkud zvláště, neodmyslitelně k nim patří. „*Láska, naděje, smích a smysl pro humor jsou dobře známým zdrojem sil. Všechny souvisí s pozitivními emocemi, především s radostí. Vždycky jde o kombinaci pozitivních emocí vrozených a získaných*“ (Svatošová, 2008, str. 29).

Pro nevléčitelně nemocné a umírající je nesmírně důležité, abychom je stále povzbuzovali a **nikdy jim nebrali naději!** Jinak, v jiném duchu, samozřejmě můžeme mluvit s lidmi na počátku jejich nemoci, kdy můžeme posilovat **naději dlouhodobou**. V pozdějších fázích, „*není-li již naděje na uzdravení, je nutno taktikou malých kroků a drobných splnitelných cílů nemocného držet nad vodou. Nejdřív se těší na promoci dcery, která bude za půl roku, pak na vnouče, které se má narodit za měsíc, pak se upne k něčemu, co má být za týden nebo zítra. Raduje se ze spousty malých, ale dosažitelných cílů, a i když krůčky jsou stále kratší, naděje zůstává*“ (Svatošová, 2008, str. 30).

**Duchovní aspekty paliativní medicíny** – duchovní (spirituální) potřeby jsou legitimní potřeby každého člověka. Ve fázích umírání, především v terminálním stadiu, se tyto po- třeba dostávají do popředí. „*Spirituálním aspektům paliativní medicíny je věnována samo- statná kapitola ve Zprávě komise expertů Světové zdravotnické organizace o léčení nádor-ové bolesti a paliativní péči z roku 1990*“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 449). Období nemoci, utrpení, bolesti a umírání přináší každému nemocnému (věřícímu i nevěřící-

címu), i jeho blízkým mnoho otázek, týkajících se smyslu života, pátrání po smyslu utrpení a nemocní prožívají také vnitřní zmatek, nejistotu a mnohdy zklamání z toho, co je potkalo. A zde se otevírá prostor pro ty, kdo je doprovázejí – ať jsou to lékaři, kněží, příbuzní nebo přátelé... „*V paliativní medicíně se dnes plně doceňuje, jak velký význam má vnitřně prožívaná náboženská víra pro pacienta i jeho blízké. Víra dává odpověď na existenciální otázky a dovoluje, aby těžce nemocný prožíval poslední období svého života v metafyzickém bezpečí*“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 453). V duchovní (pastýřské) péči o nevléčitelně nemocné jde především o „*pomoc lidem k dosažení pokoje, který převyšuje veškerý rozum lidský*“ (Křivohlavý, 1995, str. 49).

### 1.3.3 Ztráta a zármutek v paliativní péči

Přestože se může zdát, že pocity pozůstalých již nepatří k tématu paliativní péče, opak je pravdou... Jak vyplývá z již zmíněného, základem paliativní medicíny a péče je spolupráce multidisciplinárního týmu včetně rodiny a blízkých nemocného. Proto je velmi důležité dbát na osobní kontakt s rodinou. „*V rámci služeb paliativní péče je na smrt pohlíženo jako na integrální součást života. Život sám ve všech svých aspektech formuje kontext truchlení, ztráty a změny*“ (Firthová, Luffová, Oliviere, 2007, str. 21). Abychom se správně naučili přistupovat k pozůstalým bezprostředně po úmrtí jejich blízkého, je třeba mít na paměti některé zásady. Bohužel se stává, že svým chováním vůči příbuzným, rádo by profesionálním, napácháme nechtěně mnoho chyb z neznalosti.

„*Ke škodě věci je u nás doposud věnováno málo pozornosti chvílím, které bezprostředně následují po smrti. Hra je dohrána, život jednoho ze smrtelníků se uzavřel. O mrtvé tělo je postaráno předepsaným a standardním způsobem a pozůstalí zůstávají se svou strastí sami. Mnozí odborníci se shodují v tom, že první okamžiky po skonu jsou pro pozůstalé také mimořádně významné. Je pravděpodobné, že se v těchto chvílích rozhoduje také o tom, zda proces zármutku a žalu bude mít fyziologický nebo patologický charakter*“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 443).

Mnoho zbytečných problémů spojených se ztrátou milovaného člověka je v dnešní době způsobeno také tím, že jsme si během posledních desetiletí přestali vážit rituálů obecně a rituálů spjatých s úmrtím zvláště... „*Během dvacátého století nastal posun od doby, kdy společné rituály a zvyklosti spolu s náboženskou vírou poskytovaly rámec pro jednání truchlících, k času, v němž se pozornost soustředila (a stále soustřeďuje) především pouze*

*na jednotlivce, jejich vnitřní pocity a vlastní osobní reakce“* (Firthová, Luffová, Oliviere, 2007, str. 41). Je velmi důležité, abychom si znovu uvědomili, čím jsou pro nás důležité rituály a také to, že zármutek a truchlení není nic, za co bychom se měli stydět a co bychom měli před ostatními schovávat. Bohužel, *„naše chápání zármutku ovlivnila i skutečnost, že ve dvacátém století se na smrt pohlíželo jako na selhání medicíny. Podobně jako smrt bylo i truchlení vyčleněno z normálního běhu života a stalo se něčím, čemu se máme vyhýbat“* (Firthová, Luffová, Oliviere, 2007, str. 41).

Vzhledem k tomu, že v současné době narůstá počet těch, kteří si neumí nebo nemohou se svou ztrátou a s emocemi, které toto období provází, pomoci sami, rozvíjí se nový obor, nazvaný poradenství pro pozůstalé. Tento obor v sobě zahrnuje veškerá specifika práce s lidmi v období zármutku a truchlení. *„Péče o pozůstalé může mít nejrůznější podobu – od soucitné a empatické komunikace, přes krizovou intervenci, nejrůznější poradenství až po psychiatrickou péči. Pomoc pozůstalým tedy zahrnuje poměrně široké spektrum – od laické pomoci až po profesionální aktivity“* (Špatenková, 2008, str. 13). V kontextu paliativní péče se podpoře pozůstalých cíleně věnují především hospicová zařízení, která toto poradenství ve velké míře poskytují.

#### **1.3.4 Péče o zemřelého a první kontakt s rodinou**

Velmi důležitou oblastí, která souvisí s tématem paliativní péče, je období krátce po úmrtí klienta či pacienta. Co máme správně dělat? Jak bude dál žít a fungovat rodina, které zemřel milovaný člověk? A jak mají sestry, pečovatelky a další ošetřující personál (v případě, že klient zemřel v nemocnici nebo zařízení sociálních služeb) postupovat, aby co nejlépe pomohli jeho blízkým zvládnout první chvíle po úmrtí? Toto jsou jen některé z otázek, se kterými se setkávám a které také vidím jako zásadní pro dobré fungování celého procesu péče o klienty a také pro zachování dobrých vztahů a vazeb s rodinnými příslušníky...

Po formální stránce je stanoveno, že úmrtí člověka může konstatovat jedině přivolaný lékař. V případě úmrtí klienta v domově pro seniory je to většinou lékař rychlé záchranné služby nebo ošetřující praktický lékař, který byl přivolan. Ten vyplní formulář *List o prohlídce mrtvého*. Nesmírně důležité je v každém případě **zajistit intimitu zemřelého**. V případě úmrtí klienta na vícelůžkovém pokoji ve zdravotnickém zařízení nebo v zařízení sociálních služeb je to možné **použitím zástěny**, případně převezením zemřelého klienta do **pietní místnosti**.

*„Péči o mrtvé tělo provádí zdravotní sestra. Ta má povinnost zavřít zemřelému oči, podvázat bradu, svlečené tělo uložit do vodorovné polohy na čisté prostěradlo a omýt je. Dále vyjmout snímatelnou zubní protézu a sejmut všechny ozdobné předměty (hodinky, prsteny, náramky, náušnice a řetízky)... Další povinností sestry je zkrátit všechny eventuální drény, cévky a kanyly tak, aby je bylo možné dodatečně vyjmout a současně aby nemohly vypadnout. Čistě převázat případné rány. Zajistit náležitou identifikaci zemřelého...“ (Haškovcová, 2007, str. 96).*

Při úmrtí klienta v zařízení (ať již zdravotnickém nebo sociálním) je v ideálním případě tělo zemřelého po jeho omytí převezeno do pietní místnosti nebo místnosti, k tomuto určené. *„V souhlase s tradicí je vhodné otevřít okno. Věřící lidé se mohou pomodlit nahlas nebo v duchu, nevěřící mohou asociativně vzpomínat na chvíle, které prožili s umírajícím, a někteří mohou rekapitulovat společný život“ (Haškovcová, 2007, str. 95).* Dalším úkolem zdravotní sestry, případně jiného určeného člena týmu, je informovat neprodleně po úmrtí rodinu zemřelého. Je dobré, pokud je s rodinou předem dohodnuto, zda si přejí informovat např. i během noci, nebo až v ranních hodinách. V současné době je neodkladné informování rodiny stanoveno zákonem. Rozhovor s příbuznými by měl vždy probíhat citlivým způsobem! Již při informování rodiny je vhodné nabídnout možnost osobního rozloučení se se zemřelým, nejlépe v místnosti, kam bylo předtím převezeno tělo zemřelého, a která je k tomu určena. Tato místnost může být vhodným způsobem vyzdobena (např. květiny, kříž, obraz, několik židlí, svíčka...). O výběru pohřební služby, která zajistí následný převoz zemřelého, rozhoduje rodina. K vyřízení pohřbu je nutné mít s sebou občanský průkaz zemřelého.

Nesmírně citlivou záležitostí je poslední rozhovor personálu zařízení s rodinou zemřelého. *„Pozůstalý žádá nejen potvrzení toho, co se stalo, protože „nemůže uvěřit“, ale chce být také ujištěn, že smrt byla klidná a bezbolestná. Neposkytne-li takovou informaci zdravotník, nezřídká se pozůstalí vyptávají spolupacientů na pokoji“ (Haškovcová, 2007, str. 98).* V zařízení sociálních služeb bývá praxe různá, někde tyto záležitosti vyřizuje zdravotní nebo vrchní sestra, jinde sociální pracovník... Musíme mít ovšem na paměti rozdíl mezi zdravotnickým zařízením (kde pacient většinou netráví roky života) a domovem pro seniory, kde jeho klienti žijí povětšinou delší čas a s nimiž (i s jejich rodinami) navázali zaměstnanci bližší vztah... *„Někteří pracovníci jsou přesvědčeni, že obsahem „posledního rozhovoru“ s pozůstalým je kondolence, tedy společenské a účastné vyjádření soustrasti. To je*

*sice možné, ale často nevhodné. Pozůstalý ještě „nepochopil“, že blízká osoba skutečně nežije, a proto není schopen přijmout i dobře míněný projev soustrasti. Každý člověk potřebuje určitý čas, ve kterém je schopen akceptovat ztrátu, která jej postihla. Doba bezprostředně po úmrtí je charakteristická především tzv. **ohlušením** a není příznivá pro přijetí soustrasti. V časovém úseku mezi úmrtím a pohřbem, který trvá obvykle 3-5 dní, dochází zpravidla k akceptaci ztráty, a tím i k ochotě přijmout projev soustrasti“* (Haškovcová, 2007, str. 99). Toto je potřeba si uvědomovat a podle toho také postupovat. Dalším úkolem personálu zařízení, ve kterém zemřel klient, je potřeba domluvit s rodinou přebrání osobních věcí zemřelého, případně vyklizení celého pokoje. To je také nesnadný úkol, ke kterému je nutno přistupovat s nesmírným taktem a citem. Přestože většina zařízení na uvolnění pokoje netrpělivě čeká, aby mohla své služby nabídnout dalšímu zájemci, **nesmí** tato skutečnost přehlušit nutnost citlivého a individuálního přístupu k pozůstalým. Nesmíme zapomínat ani na administrativně správné předání pozůstalosti. Součástí rozhovoru s pozůstalými by měla být také naše nabídka pomoci, vyjádření pochopení pro bolest a zármutek a nabídka možného dalšího setkání.

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE V GERIATRII

Druhá kapitola mé diplomové práce je věnována specifikům paliativní péče u seniorů, neboli paliativní péči v geriiatrii. Důvod je jednoznačný a vyplývá již z názvu diplomové práce. Pracuji v domově pro seniory a chci zjistit, jaké jsou specifické požadavky kladené na paliativní péči u seniorů. „*Geriatrická specifčnost paliativní péče není dána pouze samotným věkem, ale přítomností okolností, které se stářím souvisejí (age-related) a které se v mladším věku nevyskytují, či jen s malou frekvencí. Bez takové geriatrické modifikace zdravotního a funkčního stavu se poskytuje seniorům paliativní péče ve stejném rozsahu a podle stejných zásad jako mladším pacientům, ať jde o terminální fáze onemocnění onkologických, či neonkologických. Nesmí jít o věkovou segregaci, ale o respektování křehkosti, zranitelnosti a zvláštnosti potřeb*“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, str. 266).

### 2.1 Geriatrie jako medicínský obor

Co to vlastně znamená **geriatrie**? „*Geriatrie je medicínská disciplína, zaměřená na léčení chorob ve stáří*“ (Stuart-Hamilton, 1999, str. 258). Také můžeme říci, že geriatrie je synonymem slova **gerontologie**. „*Gerontologie je věda o stárnutí a stáří. Název je odvozen od řeckého slova gerón = starý člověk, stařec a logos = nauka. Klasicky bývá členěna na tři nestejně, ale velmi důležité části:*

- *gerontologie experimentální, zabývá se mechanismem biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů...*
- *gerontologie sociální tematizuje sociální dopady stárnutí a stáří člověka...*
- *gerontologie klinická se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří i specifických aspektů léčby starých lidí. Bývá též nazývána geriatrií*“ (Haškovcová, 2004, str. 9).

Je obecně známou věcí, že seniorský věk má svá specifika – a to v jakékoli oblasti života. V průběhu stárnutí dochází ke změnám v oblasti anatomické a fyziologické, v oblasti psychologické i kognitivní. Nesmíme zapomenout také na změny v oblasti sociální a emoční. Mnoho seniorů má psychické problémy, které mohou být projevem neschopnosti vyrovnat se s vlastním stárnutím. Tyto problémy se potom mohou transformovat do oblasti fyzické. Pro vnitřní pohodu a spokojenost je velmi důležité pochopit a přijmout fakt, že „*žít znamená stárnout*“ (Křivohlavý, 2002, str. 146). Zde si také můžeme klást otázku, kdy je člověk vlastně starý? Od kdy můžeme mluvit o seniorech? Stručně bychom mohli říci, že

každý stárne již od okamžiku narození. „*Proces stárnutí je zákonitý a fyziologický a nikdo živý se mu nemůže vyhnout. Je třeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemoc, nýbrž přirozený fyziologický proces*“ (Haškovcová, 2004, str. 10). Nicméně „*Experti Světové zdravotnické organizace se shodli na základní klasifikaci vyššího věku, podle které je:*

*45 – 59 let – střední, nebo též zralý věk;*

*60 – 74 let – vyšší věk, nebo také rané stáří;*

*75 – 89 let – stařecký věk neboli senium (vlastní stáří);*

*90 let a výše – dlouhověkost*“ (Haškovcová, 2004, str. 10).

### **2.1.1 Geriatrická křehkost a geriatrické syndromy**

Již bylo v předchozí kapitole zmíněno, že seniorský věk má svá specifika. S ohledem na ně bychom také měli postupovat i v poskytování paliativní péče. Přestože stáří obecně není nemocí, je zcela zřejmé, že staří lidé nemocní jsou a to podstatně více, než lidé v mladším věku. A jejich nemoci jsou mnohdy chronického rázu. „*Pro nemocné staré lidi je charakteristická polymorbidita, tedy výskyt více nemocí současně. Nezřídka se uplatňuje tzv. sumační efekt, kdy jedna choroba má za následek řetězovitý vznik dalších chorob*“ (Haškovcová, 2004, str. 29). Častým jevem u seniorů a také jedním z indikátorů geriatrické paliativní péče patří geriatrická křehkost. „*Geriatrická křehkost (frailty) je důsledek involučních změn (atrofie, úbytek funkčních rezerv), multimorbidity a životního způsobu (dekondice, atrofie z nečinnosti, malnutrice)*“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, str. 266). Geriatrická křehkost se může projevovat mnoha způsoby – jako vetchost, nízká odolnost k zátěži, pokles zdraví, snížená soběstačnost, potřeba dopomoci se základními životními potřebami a v běžných denních aktivitách, problematická chůze, častější pády, zhoršující se cukrovka apod. „*Geriatrická deteriorace a křehkost produkují tzv. geriatrické syndromy.... Ty vystihují, že různé kombinace mnoha příčin vyvolávají stereotypní projev či problémový okruh, k jehož řešení je zapotřebí komplexní a kompenzační přístup. Jsou to:*

- *syndrom instability s pády;*
- *syndrom imobility (imobilizační syndrom);*
- *syndrom dekonidice a hypomobility;*
- *syndrom geriatrické anorexie a kachexie;*



- *syndrom inkontinence;*
- *syndrom kombinovaného smyslového postižení se smyslovou a komunikační deprivací;*
- *syndrom kognitivního deficitu a delirantních stavů;*
- *syndrom zanedbávání a týrání starých lidí;*
- *syndrom zanedbávání sebe sama“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, str. 268).*

### 2.1.2 Geriatrická paliativní péče

Vzhledem k uvedeným skutečnostem a specifikům seniorů je zřejmé, že tak jako v jiných oblastech života, i při poskytování paliativní péče této skupině nemocných bude nutné zohledňovat jejich zvláštnosti. „*Paliativní péče o zvyšující se počet křehkých starých pacientů patří mezi největší problémy, kterým čelí zdravotní systémy západních zemí. Představitelé zdravotnictví musí investovat více peněz do výzkumu v této oblasti a musí začít vyvíjet nové způsoby poskytování péče“ (O'Connor, Aranda, 2005, str. 253).*

Naprostou nezbytností je pečlivě dbát na individuální přístup ke každému ze seniorů, protože „*až do nejvyššího věku zůstává zachován koncept života člověka. Vesměs důležitou roli v něm hraje důstojnost. Ztráta sebeúcty, pocit, že se člověk stává přítěží pro své okolí, je i jednou z nejvýznamnějších příčin sebevraždy ve stáří“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, str. 270).* Podíváme-li se na tuto skutečnost optikou paliativní péče, musíme konstatovat, že „*Geriatrická paliativní péče by proto měla cílevědomě chránit důstojnost seniorů a kompenzovat jejich osamělost, především zapojením dobrovolníků (komunikace, zprostředkování lidské blízkosti, sounáležitosti a solidarity, validace života, reminiscence, u zcela osamělých lidí prohoření organizace pohřbu a jiných „posledních záležitostí“).* Umírající geriatrickí pacienti, zvláště se smyslovým, komunikačním či kognitivním deficitem (závažná nedoslýchavost, fatická porucha, syndrom demence) jsou nejvíce **ohroženi fenoménem zvěcnění**, kdy s nimi ošetřující personál prakticky nekomunikuje, ale nakládá (byť třeba šetrně) jako s neživou věcí“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, str. 271). V těchto slovech se skrývá vše podstatné, co by měla zahrnovat paliativní péče v geriatрии – jde především o ochranu důstojnosti seniora a jeho podpora ve všech oblastech života! Umírající senior (v domově pro seniory obzvláště) si musí být naprosto jistý, že si na něho vždy najdeme čas, že tady vždy budeme a že pro něho také budeme mít vždy vlídné slovo! Ne-

smírně důležitá je také vzájemná komunikace, která dbá na omezené možnosti ze strany seniora. Jak píše Kalvach (2009, str. 29): „*Paliativní péče je jen jedna z forem podpory – nesmí se stát dominantou přístupu v dlouhodobé péči o křehké a závislé staré lidi. Trajektorie umírání je v pokročilém stáří specifická, její predikce a stanovení životní prognózy mohou být ve stáří a zvláště v pokročilém stáří obtížné*“. Kalvach dále ve svém příspěvku, předneseném na Odborné konferenci u příležitosti Mezinárodního dne seniorů v říjnu 2009 uvádí: „*U křehkých seniorů zvláště v dlouhodobé ústavní péči může být mnohdy obtížné stanovit prognózu a tím i zaměření péče na priority animační či paliativní. Důležité je proto, že existují jejich obecné gerontologické svorníky, že právě v gerontologii nejde o protiklady, nýbrž o prolnuté postupy*“ (Kalvach, 2009, str. 29).

Je také důležité mít na paměti, že trajektorie umírání u geriatrických pacientů bývá diametrálně odlišná od trajektorie umírání mladších, např. onkologických pacientů a lze velmi těžko předvídat, kdy přesně nastává terminální fáze života a „kolik času nám ještě zbývá“. „*Vzhledem k obtížné identifikovatelnosti terminálního stavu dochází k překrývání úlevné péče paliativní s animačními přístupy u lidí se závažnou disabilitou především v rámci dlouhodobé ústavní péče. V obou případech, bez ohledu na to, zda pacientovi zbývají týdny, či roky křehkého nezdatného života, jde o důraz především na kvalitu života, ochranu osobnosti a důstojnosti s ponecháním kompetencí a kontroly nad děním, o bránění osamělosti a utrpení, o validaci a smysluplnost zbývajících života, o zprostředkování libých pocitů a prožitků*“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, str. 269).

Samostatnou kapitolou je také poskytování paliativní péče seniorům se syndromem demence (např. Alzheimerova choroba), kde je ještě více potřeba zohledňovat individualitu a dbát na co možná největší zachování důstojnosti, minimalizovat utrpení, odstraňovat bolest a také pomáhat zprostředkovávat příjemné pocity.

„*Z mého pohledu teď patří mezi místa nejvíce ohrožená neúctou k umírání domovy pro seniory, mj. proto, že jsou ohroženy neúctou k životu. Je-li senior beze jména a bez historie natolik, že nikdo z personálu neví, co by při rozloučení s ním mělo zaznít, zemřel už dříve sociálně. Přivítala bych, kdyby domovy pro seniory spolupracovaly s terénními hospicovými sestrami, které by se staly obhájkyňmi práv a zájmů umírajících seniorů a byly by například schopny zadržet zbytečné odvozy do nemocnice „na poslední noc“*“ (Baštecká, 2009, str. 37).

### 3 FORMY POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Ze skutečností, popsaných v předchozích kapitolách, zcela jednoznačně vyplývá, že paliativní péče není vhodná jen pro onkologicky nebo jinak vážně nemocné mladé lidi, ale že se týká také seniorů, kteří trpí jakoukoli nemocí a jejichž čas se nachyluje. Vzhledem k tomu, že se věnuji práci se seniory, zaměřuji tímto směrem i svoji pozornost týkající se paliativní péče. Proto také chci zjistit, zda je vůbec možné a vhodné poskytovat paliativní péči i v domově pro seniory nebo zda může být poskytována jen ve specializovaných zařízeních. Jak píše Haškovcová (2007, str. 44) „není pochyb o tom, že náležitou, odbornou a efektivní paliativní péči by měl dostat každý, kdo ji potřebuje. Organizační schéma poskytovatelů paliativní péče není jednotné a v jednotlivých zemích se liší. **Typickými a specializovanými poskytovateli paliativní péče jsou nepochybně hospice.** Jejich kapacita však je a bude nedostačující, nehledě k tomu, že by z mnohých důvodů nebylo žádoucí, aby k současným zdravotnickým a sociálním organizacím (zejména nemocnicím a domovům důchodců) budoval paralelní systém pro umírající (hospice). O tom, že je nutné integrovat paliativní péči do stávajících systémů zdravotnických zařízení, jsme se už zmínili...“. Z těchto slov je zřejmé, že každý, kdo potřebuje paliativní péči, pomoc a podporu v těžkých chvílích, měl by ji dostat. A je jedno, v jakém zařízení či jakou formou to bude. Ovšem existuje **základní organizační členění forem specializované paliativní péče.** Těmito formami jsou:

- Zařízení **domácí paliativní péče** (tzv. mobilní hospic), poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientům formou návštěv lékaře – specialisty, sester, ošetřovatelů, dobrovolníků či dalších členů hospicového týmu. Garantuje trvalou dostupnost hospicové péče (7 dní v týdnu, 24 hodin denně). Důležitou součástí je práce s pacientovou rodinou a blízkými, kteří se obvykle aktivně přímo podílejí na péči...
- **Lůžkový hospic** je obvykle samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění (obvyklá délka pobytu je několik týdnů). Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného...
- **Konziliární tým hospicové péče** v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny) přináší interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče do lůž-

kových zařízení různého typu. Posiluje pocit kontinuity péče (pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen)... Součástí, často krystalizačním jádrem týmu, je **ambulance paliativní medicíny**. V ČR zatím konziliární týmu nejsou rozšířeny.

- **Oddělení paliativní péče (OPP)** v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny) pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní a paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice... V ČR zatím OPP ve výše popsaném smyslu neexistuje.
- V zahraničí existují ještě některé další formy specializované paliativní péče, např. **denní hospicový stacionář a specializovaná hospicová poradna**“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, str. 31, 32).

### 3.1 Hospicová péče

Jak již bylo zmíněno, paliativní péče je poskytována především ve specializovaných zařízeních, které se nazývají **hospice**. V našich podmínkách se jedná především o hospice lůžkového typu. „Anglický výraz *hospic* znamená **útulek** nebo **útočiště**. Termín byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Vyhledávali je zejména unavení poutníci, směřující do Palestiny“ (Haškovcová, 2007, str. 45).

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí;
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost;
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen“ (Svatošová, 2008, str. 115).

Hospic je tedy specializované zdravotnicko-sociální zařízení, poskytující specializovanou paliativní péči, péči zaměřenou na úlevu od bolesti, na naplnění biologických, psychologických, sociálních i spirituálních potřeb nemocného. To znamená, že před tím, než se těžce nemocný člověk dostane do hospice, již byly vyčerpány všechny ostatní možnosti kurativní léčby. Hospic je určen pro terminálně nemocné. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. Před tím, než nemocný do hospice nastoupí, musí být o svém zdravotním stavu informován a podepisuje také tzv. **plný informovaný**

**souhlas**, ve kterém stvrzuje, že je o svém stavu a o možnostech a službách hospice informován.

### 3.1.1 Historie hospicové péče

Původní hospice, které nejdříve působily spíše jako útulky pro poutníky, postupně zanikly. Po dlouhou dobu se na ně zapomnělo, až v polovině 18. století jejich myšlenku oživila Mary Aikdenheadová, která v Dublinu otevřela zvláštní nemocnici pro umírající. Po několik let zůstala tato její myšlenka osamocena, až „v roce 1905 příslušnice Charity irských sester uvítaly první nemocné v St. Joseph's Hospice v Hakney ve východní části Londýna“ (Haškocová, 2007, str. 46). To byly úplné počátky hospicového hnutí.

Další propagátorkou a zakladatelkou tohoto hnutí je dr. Cecily Saundersová, která kvůli své myšlence dokonce vystudovala medicínu a v roce 1967 otevřela opět v Londýně první hospic moderního typu, St. Christopher Hospice. Tento hospic dodnes zajišťuje metodickou podporu pro zájemce z celého světa! Ve světě je v současnosti asi 3.000 hospiců. „Hospice mají podle místních podmínek různé formy, ale jejich myšlenka je stejná“ (Svatošová, 2008, str. 123).

Historie hospicového hnutí v České republice je poměrně krátká. Propagátorkou hospicového hnutí u nás a také zakladatelkou prvního hospice je lékařka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí hospicové péče a hospicového hnutí s všeříkajícím názvem „Ecce homo“ (Ejhle, člověk). První hospic (Hospic Anežky České v Červeném Kostelci) byl otevřen v roce 1995. V současnosti u nás působí celkem 14 lůžkových hospiců.

### 3.1.2 Legislativní zakotvení hospiců v České republice

Jak jsem již zmínila, hospice jsou zdravotnicko-sociální zařízení. V České republice bohužel trvalo velmi dlouho, než byla tato forma poskytování péče také ukotvena v zákoně. Stalo se tak až v roce 2006, po téměř 10 letech fungování prvního hospice, kdy byl do zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen zákon) vložen § 22a.

V § 22 zákona se uvádí, že: „Zvláštní ambulantní péče

*Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a zá-*

*vislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako*

- a) domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu“.*

Dále se v § 22a uvedeného zákona uvádí: *„Zvláštní ústavní péče - péče paliativní lůžková.*

*Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu“.*

### **3.1.3 Personální obsazení hospiců, způsoby poskytování péče a cílová skupina**

Vzhledem k tomu, že hospic je zařízení zdravotnicko-sociální, které je vedeno dle zákona jako „zvláštní ústavní péče“, je zřejmé, že se personální obsazení hospice bude více podobat personálnímu obsazení v nemocnici než personálu v zařízeních sociálních služeb. *„V čele hospice stojí lékař a skladba zdravotnických pracovníků je obdobná jako v nemocnicích (sekundární lékaři, lékaři konziliáři, hlavní, popř. staniční sestry, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, ošetřovatelky atd.). Důraz je kladen na přítomnost **sociální pracovníce a psychologa a dále kněze, pastoračního asistenta atd.**“* (Haškovcová, 2007, str. 62). Jak jsem zmiňovala v předchozích kapitolách, paliativní péči je nutné poskytovat společně s celým multidisciplinárním týmem, jehož součástí jsou také dobrovolníci a který úzce spolupracuje s blízkými nemocného. Proto je v hospicích kladen velký důraz na tuto vzájemnou spolupráci. A co je dalším důležitým předpokladem pro práci v hospici? Svatošová (2008, str. 116) píše: *„Určitě nestačí být jenom lékařem, zdravotní sestrou, ošetřovatelkou; **odbornost** je sice bezpodmínečně nutná, celoživotní vzdělávání je samozřejmou povinností všech, ale to samo o sobě nestačí. V hospici může pracovat jen ten, kdo má skutečně a bezvýhradně **rád lidi**. Ale i to je nedostatečné. V hospici nikdy dlouho nevydrží pracovat ten, kdo **není vyrovnán se svou vlastní konečností, se svou vlastní smrtelností**“.*

Způsoby poskytování péče v hospici vychází především z formy poskytování této péče – lůžkové nebo domácí. Veškerá péče vychází především z individuálních potřeb nemocných a zohledňuje nejen jejich zdravotní stav, ale také jejich potřeby psychologické a spirituální.

Kdo se může stát klientem hospice? „*Do do hospice je zpravidla přijímán nemocný, který splňuje tyto čtyři podmínky:*

- *postupující choroba ohrožuje nemocného na životě;*
- *potřebuje paliativní, především symptomatickou léčbu a péči;*
- *momentálně nepotřebuje akutní nemocniční ošetření;*
- *nestačí nebo není možná péče domácí (event. dočasně – pobyty respitní)“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, str. 512).*

## **3.2 Paliativní péče v domově pro seniory**

Je vůbec možné poskytovat paliativní péči mimo zdravotnické zařízení? Mimo hospic? Lze to i v prostředí domova pro seniory, kde není stálá lékařská služba ani drahé lékařské vybavení? Již v úvodu 3. kapitoly jsem zmínila, že paliativní péči by měl dostat v odpovídající míře každý, kdo ji potřebuje... Haškovcová (2007, str. 37) také píše: „*Paliativní neboli útěšná medicína představuje ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Lze ji poskytovat ve zvláštních zařízeních, která se jmenují hospice, a je nutné i možné ji v přiměřené míře inkorporovat i do stávajícího systému vítězné medicíny. Do péče o umírající je třeba opět zapojit rodinu“.*

Z výše uvedeného je zřejmé, že paliativní péči lze při splnění určitých minimálních podmínek poskytovat prakticky v jakémkoli zařízení, tedy i v domovech pro seniory.

### **3.2.1 Legislativní zakotvení domovů pro seniory v České republice**

Základním právním rámcem, podle kterého se v České republice řídí sociální služby (ke kterým patří i domov pro seniory) je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jeho novela č. 206/2009 Sb., která vešla v platnost 1. srpna 2009. Zákon o sociálních službách stanovuje jasné podmínky pro fungování sociálních služeb, rozlišuje základní druhy a formy poskytování těchto služeb a také ukládá poskytovatelům základní činnosti při poskytování jednotlivých služeb.

Domov pro seniory je na rozdíl od hospice sociálním zařízením, konkrétně službou sociální péče a jeho činnost je popsána v § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Základními službami, které je domov pro seniory povinen zajistit, je poskytnutí stravy, ubyto-

vání, pomoc při zvládnání 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 a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zdravotnická péče, poskytovaná v domově pro seniory, je ovšem (stejně jako je tomu u hospice), dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění chápána jako **zvláštní ambulantní péče**.

### **3.2.2 Personální obsazení domovů pro seniory, způsoby poskytování péče a cílová skupina**

Personální obsazení domovů pro seniory je dáno jednak cílovou skupinou osob, pro které jsou určeny a jednak zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten v části deváté – Předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách, § 115 – Okruh pracovníků říká, odst. 1 říká: „*V sociálních službách vykonávají odbornou činnost*

- a) sociální pracovníci za podmínek stanovených v § 109 a 110,*
- b) pracovníci v sociálních službách,*
- c) zdravotničtí pracovníci,*
- d) pedagogičtí pracovníci,*
- e) manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby“.*

I tady je zřejmé (stejně jako u hospice), že personální obsazení v domově pro seniory je multidisciplinární, a že se na péči o seniory podílí zdravotničtí i sociální pracovníci. Ovšem poměr jednotlivých profesí se značně liší – převládají pracovníci v sociálních službách nad zdravotnickými pracovníky. V domově pro seniory také není nutná nepřetržitá lékařská péče a přítomnost lékaře. Ale stejně jako v hospici, i v domově pro seniory je vhodná a přínosná přítomnost dobrovolníků, kteří pomáhají klientům trávit volný čas a také mnohdy naplňují jejich potřebu komunikace a společnosti. Nezbytnou součástí péče o klienta je i v domově pro seniory kontakt s rodinou a blízkými, nicméně tento kontakt nemusí být tak intenzivní, jako je tomu v hospici.



Domovy pro seniory jsou službou sociální péče, to znamená, že poskytují svým klientům pobytové služby. Základní činnosti ukládá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zmínila jsem je v subsubkapitole 3.2.1.

Cílovou skupinu domovů pro seniory najdeme také v zákoně o sociálních službách, § 49 - domovy pro seniory, odst. 1: „*V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou schopnost soběstačnosti zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby*“.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ V DOMĚ POKOJNÉHO STÁŘÍ ZLÍN

Cílem mé diplomové práce je nalézt skutečné možnosti personálu v poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín a zjistit, jaké jsou tužby, představy a přání uživatelů, jejich blízkých a také najít možnosti jejich intenzivnějšího zapojení a vzájemné spolupráce. Konkrétním výstupem mé diplomové práce bude vytvoření vnitřního předpisu domova, týkajícího se přístupu personálu k umírajícím uživatelům, který bude zohledňovat výsledky mého výzkumného šetření.

V teoretické části práce jsem se zabývala stručným shrnutím základních otázek, týkajících se paliativní péče tak, abych v praktické části mohla na získané znalosti navázat a využít je nejen při vlastním výzkumném šetření, ale také při plnění druhého cíle mé práce, tj. při tvorbě vnitřního předpisu o poskytování paliativní péče uživatelům služeb v Domě pokojného stáří Zlín. Tento předpis by měl stanovit základní pravidla poskytování paliativní péče uživatelům služeb v Domě pokojného stáří a zároveň umožnit pracovníkům lepší orientaci v těchto situacích a poskytnout jim oporu pro jejich vlastní chování vůči umírajícím a jejich blízkým.

Vzhledem k tomu, že jde o poměrně novou oblast, která se do nedávné doby na veřejnosti vůbec neobjevovala a ve které také nebyl příliš vzděláván personál v přímé péči na domově, uvědomovala jsem si, že to nebude cesta jednoduchá. První problémy nastávají už tím, že chci, aby se zaměstnanci více zamýšleli nad smrtí a umíráním. To, že si více připouštíme smrt, a více sledujeme proces umírání našich uživatelů, nutí nás zamýšlet se nad vlastní smrtelností. A to je zcela jistě věc náročná a pro mnohé téměř nepřekonatelná... Vždyť je nutné se smířit s tím, že i já jednou zemřu, uvědomit si, jak bych se asi chtěla cítit, až budu umírat...

Přesto jsem přesvědčena o tom, že je nutné se tomuto opomíjenému tématu začít intenzivněji věnovat. Myslím si, že je dobré i uvnitř naší organizace vyvolat diskuzi mezi zaměstnanci na zmíněné téma, protože jedině tímto způsobem můžeme začít pracovat na vlastních pocitech, na vlastní osobnosti. Posléze také můžeme, díky získaným znalostem a ujasnění si vlastních možností, začít skutečně lépe pomáhat našim uživatelům. Již během psaní této diplomové práce jsem se několikrát přesvědčila, že mé znalosti, které jsem získala z odborných knih a které doplnily moje intuitivní chápání této problematiky, pomohly našim umírajícím a jejich rodinám.

## 4.1 Výběr zařízení pro výzkum

Vzhledem k tomu, že jsem od prvopočátku chtěla diplomovou práci zaměřit na svoji profesi a do svého současného působiště, bylo zřejmé, že i výzkum budu provádět přímo na svém pracovišti. Důvod je prostý – chci, aby tato diplomová práce byla přínosem nejen pro mě osobně, ale aby se také stala odrazovým můstkem ke zlepšení poskytování paliativní péče uživatelům v Domě pokojného stáří Zlín. A toho mohu docílit jedině tak, že získám informace přímo od „místních“, tedy od uživatelů, jejich rodin a také zaměstnanců domova. Z těchto základních úvah tedy vycházel výběr zařízení, ve kterém jsem prováděla výzkum a také výběr respondentů, kterými se stali jednak uživatelé služeb v Domě pokojného stáří Zlín, dále jejich rodinní příslušníci a do třetice pracovníci přímé péče – zaměstnanci domova.

### 4.1.1 Charakteristika Domu pokojného stáří Zlín

Dům pokojného stáří Zlín je pobytovým zařízením sociálních služeb, které provozuje Naděje, o.s., pobočka Zlín, na největším zlínském sídlišti Jižní Svahy. Podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „zákon“), poskytuje Dům pokojného stáří dvě sociální služby. Jednak dle §49 zákona domov pro seniory a také domov se zvláštním režimem (§50 zákona). Své služby poskytuje celkem 65 seniorům. Kapacita domova pro seniory je 48 lůžek a domova se zvláštním režimem 17. Rozdíl mezi těmito dvěma sociálními službami je především v cílové skupině uživatelů – od ní se potom odvíjí poskytovaná péče, vzdělávání personálu, úprava prostředí apod.

**Cílovou skupinou domova pro seniory** jsou občané starší 65 let, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Jejich nepříznivá sociální situace je dána: vysokým věkem, nepříznivým zdravotním stavem, osamělostí, poklesem schopnosti se o sebe postarat, poklesem schopnosti orientace v každodenním životě, nechtěnou závislostí na rodině, pocitem ohrožení a nejistoty, potřebou pravidelné každodenní pomoci nebo dohledu nad zdravotním stavem, imobilitou nebo výrazně sníženou schopností pohybu a sebeobsluhy, nedostatkem možnosti uspokojování osobních potřeb (základních, společenských, duchovních).

**Cílovou skupinou domova se zvláštním režimem** jsou občané starší 65 let **postižení Alzheimerovou chorobou nebo jiným druhem demence**, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Jejich nepříznivá sociální situace je dána: vysokým věkem, nepříznivým

zdravotním stavem, osamělostí, poklesem schopnosti se o sebe postarat, poklesem schopnosti orientace v každodenním životě, nechtěnou závislostí na rodině, pocitem ohrožení a nejistoty, potřebou pravidelné každodenní pomoci nebo dohledu nad zdravotním stavem, imobilitou nebo výrazně sníženou schopností pohybu a sebeobsluhy, nedostatkem možnosti uspokojování osobních potřeb (základních, společenských, duchovních).

**Dům pokojného stáří Zlín** je třípodlažní podsklepená budova, jejíž součástí je také vlastní kuchyň, prostorná jídelna, pokoj pro hosty, zahrada, pietní místnost (pro rozloučení se se zemřelým) a kaple. Pokoje domova pro seniory jsou dvoulůžkové, s vlastní koupelnou včetně sprchového koutu a toalety. Na domově se zvláštním režimem jsou pokoje dvou i jednolůžkové, taktéž s vlastním sociálním zařízením. Pro provádění hygieny ležících uživatelů slouží na každém patře společná koupelna, která je vybavena nejen lůžkem pro koupání ležících uživatelů, ale i kvalitní vanou. Na každém patře je také prostor pro společné trávení volného času (je vybaven sedací soupravou, křesly, malou knihovnou a televizí) a menší jídelna s kuchyňskou linkou, ledničkou, mikrovlnou troubou apod.

Domov poskytuje svým uživatelům všechny základní služby, které jsou definovány zákonem o sociálních službách, a které jsem popsala v subsubkapitole 3.2.1. Nad rámec stanovených služeb jsou uživatelům nabízeny služby fakultativní, jako je pedikúra, masáže, kaděrnice. V domově se pravidelně konají katolické i evangelické bohoslužby, probíhají aktivizační skupinky (ergoterapie, tréninky paměti, povídání, čtení, poslech hudby apod.), každý týden dochází za uživateli canisterapeutka se svým psem. Také probíhají různé společné programy, jako je promítání filmů, besedy na různá témata, vystoupení dětských souborů, posezení u harmoniky apod. Velmi důležitou součástí života jsou návštěvy dobrovolníků, kteří přicházejí za konkrétními uživateli. Návštěvy na domově nejsou omezeny.

**Posláním domova pro seniory** je vytvořit přátelské domácí prostředí starším občanům, kteří již nemohou zůstat ve své domácnosti. Obyvatelé zde díky vlídné péči a podpoře mohou žít důstojný život.

**Obrázek č. 1:**

*Dům pokojného stáří Zlín*



## 4.2 Výběr respondentů pro výzkum

V předchozí subkapitole jsem stručně popsala zařízení, ve kterém jsem prováděla výzkumné šetření. Nyní chci objasnit výběr respondentů tohoto výzkumu. Jak jsem již napsala, ve svém výzkumu jsem chtěla zjistit jednak možnosti a schopnosti zaměstnanců domova poskytovat paliativní péči a také názory, tužby a přání samotných uživatelů a jejich rodinných příslušníků. Z těchto důvodů jsem si respondenty rozdělila do **tří skupin (uživatelé, rodiny, zaměstnanci)**, přičemž každá skupina měla mít pět respondentů. Důležitým aspektem, který je nutno zmínit, je, že jsem svůj výzkum zaměřila **pouze na uživatele služeb domova pro seniory**, přestože v Domě pokojného stáří je poskytována i sociální služba domov se zvláštním režimem. Jak jsem již zmínila, uživatelé obou služeb mohou využívat veškeré prostory a služby, které Dům pokojného stáří nabízí. Vzhledem k tomu, že jsem chtěla pomocí výzkumu získat relevantní data, rozhodla jsem se pomocí **metody záměrného výběru** obrátit svoji pozornost jen na uživatele služeb domova pro seniory. Důvodem tohoto záměrného výběru bylo především komunikační omezení uživatelů domova se zvláštním režimem, které je dané jejich diagnózou – především Alzheimerovou chorobou.

Dalším kritériem výběru respondentů - **uživatelů služeb** - byla především jejich schopnost a ochota komunikovat, rozdílnost pohlaví a délky pobytu v domově pro seniory. Také zde musím zmínit, že výběr respondentů byl poměrně složitý, a to zcela jednoznačně kvůli

zdravotnímu stavu uživatelů. Přestože se může zdát celkový počet 48 uživatelů jako naprosto dostatečný pro výběr zamýšlených pěti respondentů, opak byl pravdou... Při získávání respondentů jsem měla veliké potíže, abych získala alespoň těchto 5 rozhovorů. Velká většina uživatelů v domově pro seniory má z důvodu vysokého věku, různých zdravotních a psychických potíží velké komunikační problémy, které neumožňovaly smysluplně vést zamýšlený rozhovor na téma poskytování paliativní péče. Proto jsem cíleně oslovila ty uživatele, u kterých jsem dle svých dosavadních zkušeností a znalostí předpokládala alespoň částečnou schopnost samostatného racionálního myšlení a verbální komunikace. Bohužel ani u oslovených respondentů neproběhl rozhovor vždy tak, jak jsem si představovala. Bylo nutné zohledňovat schopnosti jednotlivých respondentů a přizpůsobovat otázky jejich možnostem, případně je více vysvětlit.

U skupiny **rodinných příslušníků** (4 respondenti) jsem postupovala obdobně – vzhledem k tomu, že v Domě pokojného stáří pracuji necelý rok, neměla jsem ještě dostatečnou možnost osobního seznámení se se všemi rodinami. A také zdaleka ne všichni rodinní příslušníci navštěvují své blízké pravidelně a samozřejmě také nejsou všichni ochotni zapojit se do výzkumu. Jedním z respondentů se stal i manžel naší uživatelky, která ovšem již zemřela. Protože jsme spolu dříve mnohokrát hovořili, dovolila jsem si ho o tento rozhovor požádat. Zpětně jsem velmi ráda, protože si myslím, že tento rozhovor krásným způsobem dokresluje situaci, která v našem domově je v současnosti a také dokládá možný způsob spolupráce domova a rodiny.

Přestože mým původním záměrem bylo propojit tyto dvě skupiny respondentů tak, abych hovořila jak s uživatelem, tak s jeho rodinným příslušníkem, z výše uvedených důvodů to nebylo možné... Tam, kde byla rodina ochotna zapojit se do mého výzkumu, nebylo možné uskutečnit rozhovor s uživatelem a naopak... Nicméně si myslím, že tyto drobné zádrhele a nedostatky podstatným způsobem neovlivnily data, získaná z výzkumu.

Skupinu **zaměstnanců** (celkem 5) – respondentů, tvoří 4 pečovatelky, neboli pracovnice v přímé péči, které se nejvíce podílejí na konkrétní péči o uživatele a vedoucí přímé péče. Také zde jsem oslovila konkrétní pracovnice, s cílem pohovořit si s těmi, které mají dlouholeté zkušenosti i s těmi, které v této profesi teprve začínají. Cíleně jsem oslovila jednu vedoucí pracovnici, protože si myslím, že je nesmírně důležité vědět, jaké představy má člověk, který se velkou měrou podílí na zavádění nových věcí do praxe, vede tým pracovníků přímé péče a tudíž na ně má také největší vliv a který také patří k mým nejbližším

spolupracovníkům. U všech oslovených pracovníků jsem se setkala s ochotou a vstřícným přístupem. Myslím si, že pro obě strany byly tyto výzkumné rozhovory přínosem. Nejen z hlediska získávání dat pro tento výzkum, ale také proto, že jsme měly příležitost hovořit mezi čtyřma očima o velmi zajímavém tématu a navzájem se sobě přiblížit. Téměř každý rozhovor se protáhl do delší debaty, i když již třeba na jiné téma... Toto byla „přidaná hodnota“ k výzkumu, která mě velmi potěšila.

Výzkum byl proveden v Domě pokojného stáří Zlín během měsíce března 2010 a všichni respondenti byli předem seznámeni s tím, za jakým účelem se tento výzkum uskutečňuje, že jsou jejich odpovědi nahrávány, že jsou anonymní a jejich jména nebudou nikde zveřejněna.

### 4.3 Metody získávání dat, druh a metoda výzkumu

Vzhledem k tématu mé diplomové práce jsem při volbě druhu výzkumu příliš neváhala... Protože bylo mým úmyslem poznat a pochopit vnitřní pohnutky a prožívání respondentů a také jsem chtěla zjistit jejich názory na danou problematiku, zvolila jsem **výzkum kvalitativní**. Ten totiž daleko více než výzkum kvantitativní umožňuje nahlédnout „respondentovi do duše“ a poznat jeho názory. Vzhledem k cílové skupině respondentů a velmi citlivému tématu jsem si jako metodu získávání dat zvolila **polostrukturované interview**. K tomuto rozhodnutí jsem dospěla také z důvodu možnosti osobního kontaktu s respondenty. Zcela v duchu předchozích slov se nese i moje zkušenost z provedeného výzkumu. Během každého jednoho interview bylo nutno zohledňovat specifika a odlišnosti každého respondenta. Především interview s uživateli služeb byla v tomto směru hodně náročná.

Rozhovory se zaměstnanci a rodinnými příslušníky probíhaly v soukromí mé kanceláře a rozhovory s uživateli služeb dle jejich přání a fyzických možností buď přímo v jejich pokoji, nebo na zahradě domova, případně v mé kanceláři. Všichni respondenti s rozhovorem souhlasili a svůj souhlas vyjádřili podpisem. Tyto souhlasy ovšem jako přílohu k diplomové práci nepřikládám, a to z důvodu nutnosti zachování anonymity (příloha č. 2 – vzor).



### 4.3.1 Výzkumný problém, výzkumná otázka

Na počátku výzkumu bylo ovšem nutné specifikovat **výzkumný problém**. Nad výzkumným problémem jsem se zamýšlela opravdu důkladně. Jako hlavní a nejdůležitější bod z výzkumného tématu se mi jeví zjištění toho, jestli **je vůbec možné poskytovat paliativní péči v prostředí domova pro seniory?** Proto toto zjištění považuji za hlavní výzkumný problém. Tento hlavní výzkumný problém jsem si rozčlenila na dílčí výzkumné problémy (otázky):

- **Mají vůbec uživatelé a jejich rodinní příslušníci zájem o poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří?**
- **Jsme schopni paliativní péči v našem Domě pokojného stáří nyní poskytovat?**
- **Pokud nejsme, co bychom museli udělat pro to, abychom toho byli schopni?**

**Výzkumné otázky** jsem si z důvodu přehlednějšího zpracovávání rozdělila do skupin podle jednotlivých skupin respondentů.

#### **Skupina 1 - uživatelé služeb:**

- Rozumí uživatelé pojmu paliativní péče a vědí, co znamená?
- Mají uživatelé v domově zájem o poskytování paliativní péče?
- Co vnímají uživatelé služeb v Domě pokojného stáří jako nejdůležitější ve chvílích umírání?

#### **Skupina 2 - rodinní příslušníci:**

- Uvítali by rodinní příslušníci poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín?
- Byli by se rodinní příslušníci ochotni podílet na péči o svého blízkého ve fázi umírání?
- Co by bylo potřeba udělat pro zajištění pobytu rodinných příslušníků?

#### **Skupina 3 – zaměstnanci Domu pokojného stáří Zlín:**

- Jsme schopni v Domě pokojného stáří poskytovat našim uživatelům paliativní péči?

- Na co bychom při poskytování paliativní péče měli nejvíce dbát a co je nutné zlepšit?
- Měli by zaměstnanci domova zájem o vzdělávání v této oblasti?

#### 4.3.2 Zajištění validity výzkumu

Z důvodu zajištění validity výzkumu jsem využila metodu **triangulace**. Pro kontrolu validity získaných dat jsem se rozhodla oslovit tři skupiny respondentů, kteří mají vztah k Domu pokojného stáří Zlín. Každá z uvedených skupin je vůči domovu v jiné pozici, nicméně všech se otázky týkající se poskytování paliativní péče týkají. Také jsem k rozhovorům využila různá místa (kancelář, vlastní pokoj uživatele, zahradu domova). Neméně důležité z hlediska validity získaných dat se mi jeví také to, že prostředí Domu pokojného stáří za své téměř roční působení již dobře znám, stejně jako jeho zaměstnance a uživatele a tito znají také mne.

## 5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Jak jsem zmínila výše, získávala jsem data pro své výzkumné šetření pomocí polosktruovaných interview. Abych mohla s těmito daty dále pracovat, bylo nutné si je nějakým způsobem uložit – **fixovat**. Díky moderní technice jsem se rozhodla využít možnosti **fixovat data** pomocí audio záznamu na záznamové zařízení – diktafon. Tento audio záznam mi umožnil opakovanou práci s daty i zaznamenání podrobností, kterých bych si při pouhém písemném zpracování (psaní poznámek během interview) nemusela povšimnout. Také mi tento způsob záznamu dovolil dělat si při rozhovoru drobné vlastní poznámky a hlavně lépe naslouchat dotazovanému.

Protože jsem potřebovala se získanými daty dále pracovat, bylo nejprve nutné je převést do písemné podoby – to znamená, že jsem použila metodu **transkripce** (příloha č. 10). Během procesu přepisování dat do písemné podoby (elektronické), jsem mohla již částečně provádět systemizaci získaných dat. Vzhledem k tomu, že v průběhu transkripce může dojít k chybám a může zde být také znát vliv mé osoby jako výzkumníka, pokusila jsem se co nejvíce těmito chybám zamezit.

Jako kontrolní metodu jsem zvolila tu, která byla vhodná pro můj konkrétní výzkum, a to metodu kontroly transkripce opakovaným poslechem. Vzhledem k tomu, že jsem výzkum prováděla sama a také jsem vázána slibem zachování anonymity, nemohla jsem o kontrolu požádat nikoho jiného. Kontrolní metoda, při které bych text procházela znovu společně s respondenty, se mi jevila v tomto konkrétním výzkumu jako nereálná, neboť bych tím velmi zatížila účastníky výzkumu.

### 5.1 Analýza výzkumných dat

Chceme-li získat odpovědi na výzkumné otázky, je nutné získaná data analyzovat. To lze dělat mnoha způsoby. Pro svoji práci jsem zvolila **metodu zakotvené teorie**. Získaná data jsem po přepisu audio záznamu nejprve zpracovávala pomocí **kódování**. V této fázi jsem přiřazovala jednotlivým částem textu – **významové jednotky** – kódy. Podle těchto kódů, které jsou přiřazovány ke konkrétním (významově totožným) částem textu, lze potom tato data uspořádat, třídit, sjednocovat. Kódy jsem si zvolila pro každou skupinu respondentů samostatně. Seznam těchto kódů uvádím v příloze (příloha č. 6, 7 a 8).

Teprve po zjištění významových jednotek jsem mohla přistoupit k tvorbě **kategorií**, do kterých jsem shrnula informace, získané pomocí výše zmíněné metody. Pomocí výroků, roztríděných v jednotlivých kategoriích jsem postupně odpovídala na výzkumné otázky, potažmo na výzkumný problém, který jsem popsala v subsubkapitole 4.3.1. Výsledky, získané těmito metodami popisují a vysvětlují v kapitole šesté, zde pro přehlednost uvádím jen stručný výčet kategorií:

**Kategorie pro skupinu uživatelů** – paliativní péče, základní potřeby uživatelů, umírání a smrt, vnitřní pocity (příloha č. 6).

**Kategorie pro skupinu blízkých a rodinných příslušníků** – paliativní péče, osobní potřeby, vzájemná blízkost, duchovní život, zajištění péče (příloha č. 7).

**Kategorie pro skupinu zaměstnanců** – znalosti o paliativní péči, podněty, potřeby umírajících, kontakt s rodinami (příloha č. 8).

## 5.2 Rozhovory s uživateli služeb – analýza dat

Již v kapitole 4.2 jsem popsala některá specifika, která provázela výběr respondentů v Domě pokojného stáří Zlín. Přes všechny počáteční těžkosti se mi podařilo uskutečnit všech pět plánovaných rozhovorů. Je však třeba podotknout, že dva původně oslovení uživatelé rozhovor odmítli s tím, že si na to netroufají, že na to již nemají, že tomu nerozumí. Rádi si se mnou pohovořili i na téma umírání, jejich potřeb apod., ale nikoliv formou rozhovoru k výzkumu, ale „jen tak“... Všichni uživatelé byli (tak jako ostatní respondenti) seznámeni s účelem rozhovoru, s tím, že budu rozhovor nahrávat a také se slibem zachování anonymity. **Věk respondentů** se pohybuje v rozmezí od 67 let do téměř devadesáti let. Mezi respondenty byl 1 muž a 4 ženy. Také **délka pobytu** v domově se u oslovených respondentů liší a pohybuje se od 3 měsíců, přes rok až po 6 a půl roku. Jedním z poznatků tohoto výzkumu bylo mimo jiné také to, že věk ani délka pobytu v domově žádným výrazným způsobem neovlivnila postoj respondentů k jejich vnímání vlastních potřeb, postojů k umírání a ke smrti ani ke vnímání potřebné péče. Snad jen malou roli hrálo období adaptace na prostředí domova a přivykání novým tvářím a zvykům.

Otázky k rozhovoru jsou přiloženy (příloha č. 3), nicméně u této skupiny respondentů bylo více než jinde nutné podrobněji vysvětlovat, vracet se k tématu apod. Přestože jsem měla především před prvním rozhovorem obavy, zda přeci jen nebude toto téma příliš citlivé,

smutné a zda nezanechá v dotazovaném nějakou nepříjemnou pachuč či bolest, obavy nebo strach, případně zda neotevře nějaké doposud skrývané bolesti, nestalo se tak. Nikdo z respondentů neodmítl rozhovor z důvodu tématu, nikdo neměl strach nebo problém hovořit o smrti a umítání. Což je dle mého názoru důkazem, že senioři o těchto věcech přemýšlí, že jsou součástí jejich životů a že je zbytečné se těmito tématům vyhýbat... („*No normálně to беру...*“, „*Já nad tím nepřemýšlím, já to беру, jak to ide...*“, „*Ne, ne že bych nepřemýšlela, ale nedělá mi to žádné problémy*“, „*Nebojím se, беру to jako přirozené a nějak se tím nezabývám, netrápí mě to, ne*“, „*Ne, nemám strach, je to přeci přirozená součást života*“).

Za nechutí či obavou hovořit nahlas o těchto věcech je spíše naše obava, abychom se někoho nedotkli a také daleko více náš strach z vlastní smrtelnosti, než strach našich seniorů. Pro respondenty bylo podstatně větším problémem vůbec pochopit význam pro ně naprosto cizího slova „paliativní péče“ („*Tak opatrování, opatrování s celým zaopatřením*“, „*No já to беру všeobecně, jako všechnu péči, která je nám věnovaná...že se přizpůsobí nám. Pro ty nemocné*“), a také smysl mých otázek... ne že by nerozuměli jejich významu, ale spíše jim přišlo jakoby samozřejmé, že se o ně postaráme a dávali najevo, že vlastně žádné další věci nepotřebují... („*Já si uvědomuji, že dostávám tu péči, kterou mi děti nemohly dát*“, „*Jistěže, co můžete dělat, nemůžete víc dělat. Víím, že umyjí, nakrmí, všecko v pořádku, víc už nemohou dělat!*“). Až při dalších otázkách většinou podotkli, že by např. uvítali častější kontakt s rodinou apod. („*No když někdo přijde, tak to potěší, ta návštěva... že jako člověk není sám*“, „*Tož byla bych ráda, kdyby se děcka přišly podívat*“, „*No že tady mám známé kolem sebe, můžu se na ně spolehnout, to je důležité...i podpora ze strany personálu...*“).

Bylo pro mě potěšujícím zjištěním, že jsem si mohla s uživateli popovídat v soukromí, přiblížit se jim a u některých se také dozvědět mnohé okolnosti jejich dřívějšího života, které je utvářely a které v nich zanechaly někdy hodně hluboké stopy...

### 5.2.1 Odpovědi na výzkumné otázky – skupina uživatelů služeb

#### 1. Rozumí uživatelé pojmu paliativní péče a vědí, co znamená?

Jak jsem předeslala v předchozí subsubkapitole, již během přípravy a domlouvání rozhovorů jsem si potvrdila svoji domněnku, že výraz „paliativní péče“ bude pro uživatele služeb v Domě pokojného stáří neznámý. Odpověď na výzkumnou otázku tedy je, že **uživatelé pojmu paliativní péče nerozuměli**. („*Tož to nemám šajnu, to nevím*“, „*To slovo jsem ještě neslyšela, nevím... ale myslím, že by to poskytování, když už ten člověk je nemožný*“).

*nebo nemá se o něho kdo starat, tak že je to tady toto“, „Jsme tady jako v pečovatelské službě, v sociální, a stane se, že někteří lidé umřou, někteří dřív, někteří později...“, „Tak opatrování, s celým zaopatřením...určitě i duchovní i psychologická a to všechno! Celkově, dohromady“).*

Jak je patrné z uvedených vyjádření, oslovení uživatelé měli přeci jen alespoň rámcovou představu o tomto pojmu, i když to bylo dle mého názoru dáno hlavně tím, že jsme o tom hovořili spolu při domlouvání rozhovoru. Přesto jsem v další fázi rozhovoru všem respondentům obsah pojmu znovu vysvětlila tak, aby mu porozuměli. Proto si myslím, že v současné době alespoň těchto pět uživatelů ví, co paliativní péče znamená. Nicméně je jasné, že obecně můžeme říci, že tento cizí pojem senioři neznají.

## *2. Mají uživatelé v domově zájem o poskytování paliativní péče?*

Odpověď na druhou výzkumnou otázku v této skupině respondentů je stejně jednoznačná, jako u první otázky- **ano, uživatelé mají zájem o poskytování paliativní péče**. Všech pět respondentů odpovědělo, že by byli rádi, kdybychom se o ně postarali a kdybychom jim tuto péči zajistili (*„No jistě, ano“, „No já myslím, že ano! Staráte se velice, zatím, co su tady, od toho jara, tož vidím, že jste šikovní, velice“, „Tak to bych přivítal“, „Ano, ale já myslím, že to v podstatě běží...“*).

Jedna z respondentek dokonce zmínila, že *„já si říkám, že dokud budu moct a necháte mě tu, tak tady budu...“* a dále potom na připomínku, že pokud by nebylo nutné být trvale v nemocnici, zda by chtěla být raději tady, zareagovala: *„No to jistě! To bych byla raději tady než v nemocnici!“* Z rozhovorů jednoznačně vyplynulo, že uživatelé chtějí být pokud možno až do své smrti v nyní už pro ně známém a víceméně domácím prostředí, tzn. v domově. Mají obavy a strach z přesunů do nemocnice, ze změny režimu, z neznámého prostředí i z nových tváří... Jak podotkla jedna z respondentek – *„Já si myslím, že v první řadě je potřeba, aby si personál osvoji, aby věděli o těch lidech, kdy reagují přiměřeně a kdy se ztrácí. Aby se s nimi jednalo podle toho, jaké mají fáze. Ne každý má stejné myšlení a nakonec i já můžu říct, že někdy ta únava zabere anebo ty pěkné chvílky jdou taky na odpočinek, takže holt, aby se o těch lidech vědělo, jaký mají fáze a jak na ně v té chvíli reagovat...Je potřeba, aby si personál plně osvoji, a aby věděl, jak v té které době s těma lidma jednat...“*.

Myslím si, že všechny odpovědi potvrdily, že přestože senioři nemusí dobře rozumět cizím slovům a nemusí znát výklad slova „paliativní“, je pro ně nesmírně důležitá jistota, že o ně bude postaráno po všech stránkách a v každé situaci, tzn. i ve chvílích umírání a smrti! Tyto odpovědi se shodují s výsledky výzkumu, který se uskutečnil v České republice v roce 2004 a ve kterém většina dotazovaných odpovídala, že chce zemřít doma – viz subsubkapitola 1.1.1.

3. *Co vnímají uživatelé služeb v Domě pokojného stáří jako nejdůležitější ve chvílích umírání?*

Odpověď na tuto otázku je nesmírně důležitá pro možné další poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín, protože nám ukazuje směr, kterým se máme vydat, na které potřeby našich uživatelů nesmíme zapomínat a na které máme dbát nejvíce...

Jako **nejdůležitější ve chvílích umírání vnímají uživatelé následující:**

- „*Poklid, žádné stresové situace, pravidelný kontakt s rodinou*“;
- „*Jistota, známi kolem sebe, to, že se na ně můžu spolehnout, podpora personálu*“;
- „*Nejvíc přítomnost někoho blízkého, péče je dostačující*“;
- „*Dodržování léčebné péče, když někdo přijde, tak to potěší, že není člověk sám, podpora blízkých a personálu, vztahy*“;
- „*Zpověď, poslední pomazání, péče je dostatečná*“.

Odpovědi všech respondentů byly zcela jednoznačné, a jak je patrné, zaměřené daleko více na vztahy, přítomnost blízkých a podporu ze strany personálu než na zajištění zdravotní péče, soukromí apod. K mému velkému překvapení se mezi odpověďmi vůbec neobjevilo slovo „bolest“ nebo „úleva od bolesti“ apod. Ale jak někteří respondenti poznamenali, péče je dostatečná a je tedy pravděpodobné, že trvalou pečovatelskou a ošetrovatelskou péčí považují uživatelé zcela správně za samozřejmou věc.

Potřeba **duchovní** podpory je zřejmá u věřících osob. Nicméně vzhledem k tomu, že na domově jsou pravidelné katolické i evangelické bohoslužby a také dle potřeby přichází kněz či jáhen, je možné, že tuto oblast uživatelé vnímají jako již samozřejmou...

### 5.3 Rozhovory s rodinnými příslušníky – analýza dat

Rozhovory s rodinnými příslušníky probíhaly, tak jako většina ostatních, v soukromí mé kanceláře. Jak jsem psala v subkapitole 4.2, výzkumné rozhovory (příloha č. 4) jsem uskutečnila s celkem čtyřmi respondenty. Tři z těchto respondentů mají v Domě pokojného stáří svoji maminku či manželku. Čtvrtého respondenta jsem si dovolila oslovit, přestože jeho manželka již zemřela. Nicméně vzhledem k tomu, že jsme spolu před časem hodně hovořili a paní u nás strávila krátké, ale velmi intenzivní chvíle závěru svého života, jsem ráda, že jsem mohla uskutečnit i tento rozhovor. **Věk** příbuzných těchto respondentů se pohybuje v rozmezí od 75 do 98 let. Liší se také **doba pobytu** v Domě pokojného stáří, která činí v době provádění výzkumu od 1,5 měsíce do cca 2 let. „*Měsíc. A bylo to bezvadné, ano. Ve srovnání s nemocnicí to bylo o třídu, o dvě lepší. Z těch důvodů, že v nemocnici, tam je čistě profesionální přístup, že. A plus u vás je, ano, je, že tam je ještě ten přístup takový lidský, duchovní, osobní*“.

Také je nutné zmínit, že o rozhovor jsem požádala z pochopitelných důvodů ty rodinné příslušníky, kteří chodí za svými blízkými hodně často a se kterými se již známe. „*Já jsem to tak pojal, když je maminka tady, tak denně má návštěvu. Když tu nejsou já, je to manželka nebo dcera nebo syn nebo sem přijede sestra od manželky*“. Z jejich častých návštěv lze samozřejmě také odvodit, jaké vztahy asi panují v těchto rodinách... Je zřejmé, že i odpovědi na některé otázky vycházejí z těchto vztahů – tzn., že je poznat, že členové těchto rodin jsou si blízcí, že jim na sobě záleží, že se mají rádi a proto také více přemýšlí, jak by mohli být svým blízkým ku pomoci... „*My tady žijeme dost dlouho a ona měla jednak hodně přátel a známých v nemocnici, jednak máme ve sboru, v církvi hodně přátel, tak si myslím, že je tady nejnavštěvovanější klient*“.

Nikdo z oslovených respondentů v první chvíli neznal pojem paliativní péče, nebo alespoň jeho přesný význam, proto bylo nutné jej předem vysvětlit. „*Ted' už vím...a díky tomu, že jste mi trochu přiblížila, o co jde, tak už si to dovedu představit...*“. Jeden z respondentů si dokonce předem prostudoval některé knihy, aby přesně věděl, o čem si budeme povídat... „*Paliativní péče mi nic neříkala, jak jsem Vám říkal při domluvě rozhovoru, ale doma jsem vyhledal slovník, abych se v tom zorientoval*“.

Celkové vyznění všech uskutečněných rozhovorů bylo pozitivní, velmi mě potěšila otevřenost dotazovaných a jejich důvěra v naši práci! „*Já vidím tu péči, že je opravdu obětavá,*



*děvčata jsou trpělivé, snaží se, krmí, v čistotě jsou všichni...já mám prostě takový pocit, že nic nechybí, že je to takové, jako opravdu zajištění napořád“. Také nám myslím tyto rozhovory pomohly ke vzájemnému sblížení, což bude jistě přínosné i v dalším období. Při některých rozhovorech jsem byla až dojatá, když jsem slyšela, jak spolu manželé (přes rozdílnost místa pobytu a přes zdravotní potíže) krásně komunikují a jak společně prožívají některé chvíle u nás na domově. To pro mě byla nová zjištění, která mě naplnila hlubokým obdivem... „Oba si uvědomujeme, že jsme staří, a že nás může Pán Bůh kdykoliv povolát s časnosti na věčnost. Při mých návštěvách máme takový rituál, a v něm mimo jiné chodíme do kaple, kde jsme obvykle sami. Tam si zazpíváme náboženské písně, přečteme si z Písma a pomodlíme se...“.*

Velkým obohacením a „bonusem navíc“ byl pro mě také rozhovor s manželem naší bývalé uživatelky... Přestože jsem byla „přímým účastníkem“ pobytu paní u nás a s rodinou jsem několikrát hovořila, slova, která jsem slyšela nyní a postoje pána, který je ve věku našich uživatelů, pro mě byly nesmírným potěšením a nezbývá mi, než obdivovat... Na moji připomínku, zda paní brala smrt jako přirozenou součást života odpověděl: „Ano, ale ona byla vysoce inteligentní, ona byla rozumově na úrovni, ano. No, takže o tom přesně věděla a potom hovořila i s těmi přáteli, co tam chodili, i s námi, a vždycky říkala, co máme dělat, co nemáme dělat, mně napovídala, co mám dělat. Říkala: ‚Byt hned předej klukům, ať už je to jejich starost, že, a ty si tam jenom budeš bydlet...‘. Po této stránce ona byla do poslední chvíle výjimečná... No a bylo zajímavé, že když už třeba nemohla mluvit, komunikovat, tak jenom naznačila nebo řekla, že klidně ať se baví před ní o všem...a ona jenom chvílemi dala na vědomí souhlas s něčím apod. .... A občas k tomu měla jednoslabičný komentář“.

### 5.3.1 Odpovědi na výzkumné otázky – skupina rodinných příslušníků

1. *Uvítali by rodinní příslušníci poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín?*

Podíváme-li se do tabulky kódů (příloha č. 7) na kód **paliativní péče**, zjistíme, že odpovědi na otázky, vztahující se k tomuto tématu jsou jednoznačné... „Já této péči fandím, ta mi imponuje“, „Pod tímto slovem se určitě u každého člověka dá shromáždit velký kopec jiných starostí, protože každý je na tom trochu jinak“, Já určitě! Právě z toho důvodu, že ona už sama říká, že je tady doma, tak si myslím, že když doma, tak doma!“ „byla by urči-

*tě možná, je to krásné, moderní zařízení a jsou tady i místnosti, kde by se dala zřídit místnost pro příbuzné...“*, „*Já si myslím, že by to bylo dobré, byli jsme opravdu spokojení“*.

Někteří z respondentů šli dokonce ještě dál a uvažovali, co by to přineslo za problémy domovu... „*Myslím si, že by ty náklady na provoz paliativní péče výrazně prodražily...“*.

Z pěti oslovených respondentů se nikdo nevyjádřil proti smyslu poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří, ba naopak, všichni si ve větší či menší míře umí představit, že o jejich blízké bude po všech stránkách postaráno až do smrti... Někteří si dokonce myslí, že tuto péči v podstatě poskytujeme už nyní... „*Ano, a prakticky se dá říci, že moje žena tu paliativní péči už dostává, že už je jí poskytována...“*

Odpověď na výzkumnou otázku, zda by rodinní příslušníci uvítali poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří je tedy zcela jednoznačně **ano, rodinní příslušníci by poskytování této péče uvítali.**

2. *Byli by se rodinní příslušníci ochotni podílet na péči o svého blízkého ve fázi umírání?*

Zjištění odpovědi na tuto otázku patří k pozitivům mého výzkumu. A to především proto, že je potěšující vědomí, že existují lidé, kteří jsou ochotni být nablízku svým rodičům či rodinným příslušníkům i ve chvílích nejtěžších. A také proto, že jsou ochotni vůbec přemýšlet nad tématem umírání a smrti... tedy nad oblastí, o které se zatím na veřejnosti příliš nemluví a která je hodně zasunutá do pozadí. Vždyť o čem jiném svědčí např. tato vyjádření: „*Určitě ano, ale nevím, jakým způsobem – přítomnost by mi nedělala žádný problém“*, „*Já si dokážu představit, že bych se na tom podílel a určitě by se mi víc líbilo, než doma, že je to tady... podle toho, co by bylo potřeba“*, „*Já si myslím, že určitě! Zřejmě nic odborného neumím, bych nedokázala, ale to, co běžně, to určitě!“*.

Z některých odpovědí byla znát obava, že si moc neví rady nebo netuší, jakým způsobem by mohli být prospěšní, ale když jsme si povídali dál, v podstatě všichni odpověděli, že největší pomocí a přáním jejich blízkých by bylo, aby měli kolem sebe právě rodinu, své nejbližší... a to byl okamžik, kdy všichni zareagovali téměř stejně, že ano, že to by zvládli. Krásný byl komentář respondenta, který už u nás vlastně tuto fázi s manželkou prožil... „*No, tak to bylo silné, že!... Tak to bylo perfektní, hoši dojížděli z Prahy, tak toho času moc neměli, takže syn tam byl ten večer (pozn. když paní zemřela) až do devíti hodin večer nebo*

*ještě déle. Odcházel a mluvili spolu a potom říkal, že hluboce usnula, že to byl takový velmi hluboký spánek... a potom v ranních hodinách skončila život.... A jinak, když jsem u ní býval třeba celé odpoledne nebo až do večera, tak jí bohatě stačilo, když jsem ji držel za ruku. Ano, a toho si byla vědoma a byla v klidu“.*

Proto i odpověď na tuto výzkumnou otázku zní **ano, rodinní příslušníci by byli ochotni podílet se na péči o svého blízkého ve fázi umírání.**

### 3. Co by bylo potřeba udělat pro zajištění pobytu rodinných příslušníků?

V odpovědích na otázky, týkající se zajištění pobytu a požadavků rodin na pomoc a podporu ze strany personálu se respondentům odpovídalo docela těžko. Nejprve většinou konstatovali, že nic nepotřebují... Nicméně poté, co se nad tímto tématem zamysleli trochu hlouběji, objevilo se přeci jen pár konkrétních vyjádření. Některá z nich zde uvádím:

*„Já bych tu nemusel zařízení nijak zatěžovat, protože bydlím kousíček, je to 20 minut. Já bych nemusel vyžadovat třeba to lůžko nebo stravu, protože bych tam zůstal přes noc v křesle, to stejně člověk prosedí a neprospí, že. A dole je automat, to nejnutnější, aby člověk načisto nezkolaboval, to by tam vždycky našel“.*

*„To umístění a tak, to bylo pro nás ideální! Zázemí – bylo pěkné...“.*

*„To bych tam s ní mohla být? Třeba i přespát? No kdyby toto bylo možné, aby si člověk přeci jen trošičku odpočinul, i fyzicky i psychicky a myslím si, že když bych tady mohla přespát, to by bylo takové...“.*

*„Pokud by to nebylo přespání, nepotřebuju nic. Trochu je mi líto, že nemáte jednolůžkové pokoje... No kdybych spával, tak někde přespát. Ale protože to mám z města 10 minut autem, tak já bych na noc domů“.*

Z výše uvedených komentářů je zřejmé, že pro rodinné příslušníky je **důležité místo k odpočinku, případně zajištění drobného občerstvení.** Soukromí na dvoulůžkových pokojích, které je nyní zajištěno teleskopickou zástěnou, se zdá třem ze čtyř respondentů dostatečné. Na nabídku zajištění nějakého odborníka, např. psychologa, dotazovaní příliš pozitivně nereagovali, větší důraz kladli na případnou návštěvu kněze. Důležitá se jim jevila **dostatečná a včasná komunikace** s personálem domova. *„Vzhledem k tomu, že vy máte zkušenosti, že víte, nebo že vám řekne třeba ošetřující paní doktorka, že už se blíží ke konci*

*nebo něco, tak připravit, nebo připravit to ani nejde, ale říct prostě té rodině, aby s tím počítala, že to vypadá tak a tak a právě říct, co by bylo vhodné nebo co se může pro toho člověka udělat. No a pak už bohužel záleží na té rodině, jestli ani nebo ne, jestli bude ochotná spolupracovat...“*

#### **5.4 Rozhovory se zaměstnanci – analýza dat**

Jak je patrné z „Otázek k rozhovoru se zaměstnanci Domu pokojného stáří Zlín“ (příloha č. 5), každý rozhovor jsem začínala nejprve otázkami na pracovní pozici a délku zaměstnání daného respondenta. Čtyři respondentky pracují jako pracovnice v přímé péči a jedna pracuje jako vedoucí přímé péče. Doba zaměstnání v domově je od půl roku do čtyř let. Další otázky jsem kladla většinou dle připraveného materiálu, nicméně samozřejmě jsem také musela reagovat na konkrétní situaci a vývoj rozhovoru.

Obecně mohu říci, že rozhovory se všemi respondenty z řad zaměstnanců byly zajímavé a přínosné. Velmi mě potěšilo zjištění, že většina (4) pracovnice z pěti oslovených nad tímto tématem přemýšlí, a co je hlavní, přemýšlí nad tím, co bychom mohli pro naše uživatele udělat. (*„Jsme skoro součástí rodiny, ti lidé vám nejsou lhostejní...“*, *„Mají již odžitě, zažili toho v životě strašně moc a člověk chce, aby si to užili až do konce, v klidu, jak se patří na člověka“*, *„Chytnout ho za ruku, vlídné slovo, povykládat si s ním...“*).

Některé nápady, které se v rozhovorech objevily, jsou velmi podnětné a zcela jistě se jimi budu v budoucnu ve své práci zabývat. (*„Kdybychom třeba byli 3 na patře, tak už ten jeden tam může být víc...“*, *„Třeba kdyby si k němu někdo z těch mladých, co teď chodí – dobrovolníci, k němu sedl, ale nesmělo by mu to samozřejmě dělat potíže...“*, *„Bylo by dobré vyčlenit dva tři pokoje k tomuto účelu“*). Velmi pěkná reakce byla od jedné kolegyně, která již má zkušenost s doprovázením umírajícího, a která sama poznala, že tato zkušenost byla nejen bolestná, ale také obohacující, a také poznala, že její přítomnost byla pozitivní pro umírajícího (*„Byla jsem už několikrát a dokázala jsem to... já to mám zkušené z praxe, a myslím si, že jsem to dokázala, že jsem u toho člověka byla, než zemřel... prostě odešel v klidu, byl úplně vyrovnaný... ano, poznala jsem to, protože se usmíval... Víte, každá zkušenost, i když je taková smutná, je obohacující...“*). Další kolegyně dokonce sama nabídla, že kdyby věděla, že je to potřeba, tak klidně na nějakou dobu přijde i mimo svoji službu, aby jich bylo víc a mohly se více věnovat umírajícímu... (*„Jo, byla bych ochotná klidně přijít a říkám, tu hodinku nebo dvě, podle toho na jak dlouho by to bylo, bych klidně při-*

šla...“). Tato zjištění budou základním kamenem, na kterém mohu do budoucna stavět a které mne naplňuje optimismem, protože vím, že v týmu zaměstnanců domova jsou pracovníci, kterým na našich uživatelích skutečně záleží a kteří svoji práci dělají nejen jako svoji povinnost, ale hlavně srdcem...

Na otázku, zda si myslí, že v současnosti již paliativní péči v domově poskytujeme, odpověděly respondentky takto – „*Hlubkově se tomu nevěnujeme, spíš jenom tak letmo*“..... „*Samozřejmě, ano, to bylo od prvopočátku*...“, „*No určitě, já si myslím, že co můžeme pro ně udělat, opravdu uděláme*...“, „*Jsmo tam víc než normálně, ale je fakt, že ta péče ještě není taková, abychom tam mohly být tak dlouho, co by si ten člověk mohl přát*...“, „*Tak nevěnujeme se tomu tak, jako na tom hospicu*...“).

Velmi zajímavý postřeh měla jedna respondentka ohledně toho, jak a zda vnímají tuto „zvýšenou“ péči sami uživatelé... Řekla: „...*když jsme nedávno dali paní X. na to lehátko (kardio křeslo) a dali jsme ji mezi ostatní, tak třeba i paní V. zjistila, že tam je a přitom už nechodila mezi ně, tak říkala: „Tu ruku jí tam musíte dát, to jí musíte spravit... až tak budu ležet já, tož to mě taky tak nemůžete nechat*...“. Pár z nich to vnímá, že co když já budu na jejím místě, tak aby se i o mě tak postaraly... ptali se, jestli se jí leží dobře, jestli na ten druhý bok nebo na rovno nebo ji položit víc nebo do sedu, jo. Takže tak nějak uvažovali o tom, jestli až oni na tom budou tak špatně...“ Je zřejmé, že i samotní uživatelé velmi dobře vnímají, jak se chováme k těm, kteří jsou na tom zdravotně hůř a podle toho si také samozřejmě odvozují, jak se budeme jednou chovat k nim.

#### 5.4.1 Odpovědi na výzkumné otázky – skupina zaměstnanců

1. *Jsmo schopni v Domě pokojného stáří poskytovat našim uživatelům paliativní péči?*

Z analýzy získaných dat (příloha č. 8) vyplynulo, že **jsme schopni tuto péči poskytovat, ale spíše jen v určité míře a za splnění několika podmínek.** („*Určitě, dá se to nějakým způsobem zvládnout, ale musí k tomu být hlavně čas*“; „*Já si myslím, že v určité míře ano, ale rozhodně ne v takové míře, jak třeba v tom hospici*“, „*Určitě, aspoň trošku. Na nějaký plný plyn ještě ne, ale určitě aspoň trošku jo*“). Největším problémem je dle respondentů **nedostatek personálu pro tuto péči, nedostatek jejich vzdělání, bylo by dobré vytvořit např. pozici jakéhosi asistenta nebo člověka, který by měl tuto oblast na starosti.**

Dalšími oblastmi, kterých se respondenti v této souvislosti dotkli, jsou: vyčlenění alespoň jednoho nebo dvou pokojů za účelem poskytování paliativní péče a zvýšení soukromí uživatelů, více lékařské péče a zapojení dobrovolníků.

2. *Na co bychom při poskytování paliativní péče měli nejvíce dbát a co je nutné zlepšit?*

Díky rozhovorům se podařilo najít několik nápadů na zlepšení a zkvalitnění této služby. Jako nejdůležitější vidí respondenti to, aby uživatelé **neumírali v bolestech** („*Aby přístup nějakých těch medikamentů byl. Protože umírat v dnešní době v bolestech, si myslím, že to je hloupost...*“, „*Aby nebyli v bolestech, aby byli v pohodě, v klídečku...*“). Dalším důležitým faktorem pro zlepšení paliativní péče je **navýšení množství personálu** („*Kdybychom tam byli třeba tři, tak už ten jeden tam může být víc, pokud je takový stav, samozřejmě*“, „*...hlavně se to odvíjí od personálu, nedostatku...*“).

Jako další zazněly návrhy na navázání užší spolupráce s kněžími z blízké farnosti, na kontakt s odborníky, na větší kontakt s rodinami a jejich lepší informovanost o naší práci a také se nebát s nimi mluvit o zdravotním stavu jejich blízkého, pozvat je, nabídnout jim různé alternativy...

3. *Měli by zaměstnanci domova zájem o vzdělávání v této oblasti?*

Odpověď na tuto výzkumnou otázku je zcela jednoznačná – čtyři z pěti respondentů odpověděli, že **ano** („*Ano, určitě.*“, „*Tak určitě. Pokud bychom s touto problematikou pracovali a měli tady ty možnosti to nějakým způsobem víc realizovat, tak určitě.*“). Jedna respondentka odpověděla, že **ne**. („*Já už ne. Ne. Já už mám roky. Já už jsem tam těch pět roků (pozn. práce v hospici), celkem ze zkušeností...*“). Z odpovědí také vyplynulo, že všechny dotazované pracovnice mají povědomí o paliativní péči, i když mnohdy jen povrchní a ne zcela přesné... nicméně po krátkém dovysvětlení jim byl význam tohoto pojmu jasný. („*Ano, vím. Znamená vlastně péči o umírajícího člověka, který už je v tom posledním stadiu.*“, „*Je to vlastně péče o nemocné ve stadiu jeho vlastně životního sklonku, kdy má bolesti, trápení...*“, „*Je to vlastně i o psychické stránce, aby si s tím člověkem povídal...*“, „*To je vlastně péče v terminálním stadiu.*“).

Zajímavým zjištěním byla souvislost mezi spokojeností v práci, tím, že mě práce naplňuje a baví a chutí se dále vzdělávat, i v oblasti paliativní péče.

## 6 SHRNU TÍ VÝZKUMU

Vzhledem k tomu, že jsem si hlavní výzkumný problém – **Je vůbec možné poskytovat paliativní péči v prostředí domova pro seniory?** - rozdělila na dílčí výzkumné problémy, je nutné nejprve zodpovědět právě na tyto dílčí problémy. Ve vyhodnocování vycházím pochopitelně ze zjištění, která jsem udělala pomocí výzkumných interview. Pro lepší možnost zpracování jsem si jednotlivé rozhovory rozdělila pomocí kódů a kategorií (příloha č. 6,7,8):

**Kategorie pro skupinu uživatelů** – paliativní péče, základní potřeby uživatelů, umírání a smrt, vnitřní pocity (příloha č. 6).

**Kategorie pro skupinu blízkých a rodinných příslušníků** – paliativní péče, osobní potřeby, vzájemná blízkost, duchovní život, zajištění péče (příloha č. 7).

**Kategorie pro skupinu zaměstnanců** – znalosti o paliativní péči, podněty, potřeby umírajících, kontakt s rodinami (příloha č. 8).

Shrnu-li informace, získané od **skupiny respondentů – uživatelů služeb**, zjistila jsem, že uživatelé služeb v Domě pokojného stáří Zlín příliš **nerozumí** pojmu paliativní péče, nicméně po jeho vysvětlení jednoznačně **mají zájem** o poskytování této péče v našem domově. Jako jednoznačně nejdůležitější se pro uživatele našich služeb jeví **pocit jistoty, zabezpečení a vědomí toho, že již nemusí „nikam jinam“**. Je pro ně také nesmírně důležitá podpora jejich blízkých, potažmo také zaměstnanců domova a také jistota, že o ně bude postaráno po všech stránkách až do smrti. Ze všech uskutečněných rozhovorů jsem si odnesla pocit, podpořený také mnoha slovními vyjádřeními, že nám – jako poskytovatelům péče a služeb – uživatelé nesmírně důvěřují. Druhým důležitým bodem pro mě bylo poznání, že doba adaptace na život v domově je u jednotlivých uživatelů rozdílná a trvá mnohdy déle, než se obecně předpokládá a než bývá také zvenčí znát... Nicméně potěšilo mě, že oslovení uživatelé se na domově skutečně cítí „jako doma“ a již nechtějí tento nový domov opouštět. Tato zjištění jsou na jedné straně potěšující a potvrzují naši snahu o vytvoření domácího prostředí, na druhou stranu jsou ovšem velmi zavazující!



Druhou skupinou, kterou jsem oslovila s prosbou o výzkumné interview, byli **rodinní příslušníci našich uživatelů**. Podívám-li se komplexně na informace, které jsem získala, je z nich na první pohled znát, že těmto rodinným příslušníkům velmi záleží na kvalitě poskytované péče, což může být považováno za samozřejmé. Ovšem co je pro mě částečně novou informací, je to, že by rodinní příslušníci **ocenili podstatně lepší, častější a hlavně včasnou informovanost** nejen o zdravotním stavu jejich blízkého, ale také o různých dalších možnostech a co víc, i o tom, co si my, jako odborníci myslíme o dalším možném vývoji zdravotního stavu apod. To znamená, že se musíme naučit správným způsobem komunikovat s rodinnými příslušníky a také se nebát sdělovat jim i nepříjemné a bolestivé skutečnosti!

Zde musím zmínit, že pro mě osobně je toto zjištění, ověřené pomocí osobních rozhovorů, jakýmsi „zlegalizováním“ mého vnitřního přesvědčení a pocitu. Je zřejmé, že toto je jedna z oblastí, na kterých musíme společně s kolegyněmi zapracovat. Dalším důležitým, a velmi potěšujícím, momentem v rozhovorech s rodinnými příslušníky pro mě bylo zjištění toho, že **existují lidé, kteří se nebojí a jsou ochotni doprovázet** svého blízkého v době umírání... jen potřebují podporu, pomoc, radu a možná i povzbuzení v tom, že doprovázet maminku či tatínka je možné a dokonce velmi dobré a obohacující! A co víc – že to lze uskutečnit i u nás, v domově pro seniory.

Poslední skupinou, se kterou jsem uskutečňovala výzkumné rozhovory, byli **zaměstnanci domova – pracovníci přímé péče**. Shrnu-li informace, které vzešly z těchto rozhovorů, zjistím následující:

- Zaměstnanci vidí poskytování paliativní péče v našem domově jako dobrou věc, které se ovšem nyní ještě nemůžeme věnovat naplno;
- Máme v pracovním týmu zaměstnance, kteří jsou dostatečně vnímaví, citliví k potřebám uživatelů, umírajících obzvláště a také takové, kteří jsou ochotni věnovat se této práci i v době svého volna, protože jim na uživatelích nesmírně záleží a také vnímají, že uživatelé nás berou jako svoji mnohdy jedinou fungující rodinu; toto zjištění je obzvláště potěšující a dává naději do budoucnosti!
- Oslovení pracovníci se nebojí přicházet s novými nápady a názory, jsou povětšinou otevření novým myšlenkám a ochotni se vzdělávat i v oblasti paliativní péče, podpory umírajícím a pozůstalým;

- Jako nejdůležitější pro umírající vidí oslovení zaměstnanci **včasnou úlevu od bolesti**, dále přítomnost někoho blízkého a zajištění klidu a soukromí;
- Největším handicapem se jim jeví jednoznačně **nedostatek personálu**, případně nemožnost zajistit umírajícímu (případně společně s rodinou) samostatný pokoj, kde by bylo naprosté soukromí.

Jak jsem již uvedla, rozhovory s mými kolegyněmi na toto téma byly pro mě osobně velkým darem, protože jsem měla možnost poznat alespoň některé z pracovníků blíže a také výsledky těchto rozhovorů jsou pro mě celkově spíše povzbudivé, přestože je zřejmé, že nás čeká hodně práce. Ale vědomí toho, že máme na čem stavět, že máme mezi sebou citlivé, ochotné a vnímavé bytosti, je velmi potěšující!

## 6.1 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

V předchozí kapitole jsem shrnula informace, které jsem pomocí výzkumných interview získala u jednotlivých skupin respondentů. Nyní chci díky těmto informacím odpovědět na jednotlivé výzkumné otázky, potažmo na výzkumný problém, který jsem si stanovila, a který jsem popsala v subsubkapitole 4.3.1.

První výzkumnou otázkou, kterou jsem si kladla, je otázka týkající se smyslu poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří a zájmu o tuto speciální péči ze strany uživatelů a jejich rodinných příslušníků. Otázka zněla:

- **Mají vůbec uživatelé a jejich rodinní příslušníci zájem o poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří?**

Odpověď na tuto otázku je zcela jednoznačná – všichni dotazovaní odpověděli, že **mají zájem o poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín**, přičemž nejdůležitějším důvodem pro tuto odpověď se jeví to, aby uživatelé nemuseli (mimo naprosto nezbytné případy) odcházet ze svého nového domova nikam jinam – myšlena byla především nemocnice. Zázemí domova, znalosti prostředí i personálu a jistota, že jim bude zajištěna veškerá péče a podpora až do posledních okamžiků je nesmírně důležitá především pro samotné uživatele služeb. Takto jednoznačná odpověď je velkým závazkem pro nás, per-

sonál domova, k tomu, abychom se skutečně cíleně zaměřili i na tuto doposud opomíjenou oblast péče.

Druhou výzkumnou otázkou bylo:

- **Jsme schopni paliativní péči v našem Domě pokojného stáří nyní poskytovat?**

Vyjdou-li z odpovědí jednotlivých skupin respondentů, musím konstatovat, že v současné době tuto péči **již poskytujeme**, ovšem **jen v omezené míře**. Obecně mohu říci, že z odpovědí vyplynulo **ano, jsme v domově pro seniory schopni poskytovat paliativní péči**. Ale zároveň jsem zjistila, že ke kvalitnímu poskytování této péče bychom museli splnit ještě několik podmínek. K tomu, abychom poskytování paliativní péče mohli zlepšit, navrhuji několik doporučení. Ta jsou popsána v subkapitole 6.2.

Vzhledem k tomu, že odpověď na otázku o poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří v současné době v sobě skrývá i jakési „ale“, mohu odpovědět i na třetí výzkumnou otázku, kterou jsem si položila. Ta zněla:

- **Pokud nejsme, co bychom museli udělat pro to, abychom toho byli schopni?**

Odpověď na tuto otázku jsem se dozvěděla v rozhovorech s respondenty všech oslovených skupin. Proto mohu nyní na výzkumnou otázku č. 3 odpovědět.

Abychom mohli v plné míře poskytovat paliativní péči, museli bychom jednoznačně **navýšit počet personálu**, zajistit **větší soukromí umírajícím a jejich rodinám (vyčlenit alespoň jeden pokoj pro paliativní péči)**, **klid, více podporovat rodiny v doprovázení jejich blízkých a také zajistit vzdělání personálu v této oblasti**.

### 6.1.1 Odpověď na výzkumný problém

Díky odpovědím na jednotlivé výzkumné otázky mohu nyní odpovědět i na hlavní výzkumný problém, který jsem si v tomto výzkumu stanovila.

Znění výzkumného problému je následující:

### **Je vůbec možné poskytovat paliativní péči v prostředí domova pro seniory?**

Velmi stručná odpověď by mohla znít – **ano, je.**

K tomuto zjištění jsem dospěla jednak díky teoretickým znalostem a ve velké míře také díky výzkumným rozhovorům ať již s uživateli, rodinnými příslušníky nebo zaměstnanci Domu pokojného stáří Zlín. Z výzkumného šetření je ovšem také zřejmé, že poskytování paliativní péče v prostředí domova pro seniory, kde chybí stálá lékařská služba i technické vybavení, bude mít svá specifika a odlišnosti od poskytování paliativní péče v hospici, případně na specializovaném oddělení nemocnice. Ovšem také cílová skupina (senioři), se výrazným způsobem liší od běžné klientely hospice či nemocnice. Nicméně odlišnost cílové skupiny a specifické potřeby seniorů zdaleka neznamenaají, že bychom měli na poskytování paliativní péče v domově pro seniory rezignovat! Ba naopak! Vždyť s celého výzkumného šetření potřeba této péče jednoznačně vyplynula...

*„Pro starého člověka je ale smrt blízka, velice reálná, ale úzkost z ní je menší, neboť již prošel všemi údobími života, jeho život jako by již byl „vyžit“, vydal své plody – hlavní úkoly jsou splněny. Ve stáří nás čeká jen opakování a spíše zhoršování fyzického a duševního stavu, a proto, žil-li člověk dobře a hezky, pak snad ani úzkost z odchodu nepociťuje. Mladí se ostýchají s námi mluvit o smrti, protože si myslí, že se jí bojíme tolik jako oni. A to je omyl“ (Šiklová, 2003, str. 95).*

Můžeme tedy konstatovat, že **poskytování paliativní péče v prostředí domova pro seniory je možné, ale je nutné brát ohled na specifické potřeby cílové skupiny, a také na reálné možnosti domova pro seniory.**

**Poskytovat paliativní péči v těchto specifických podmínkách se musíme teprve naučit!**

## **6.2 NÁVRHY A DOPORUČENÍ**

Díky prostudování odborné literatury a v neposlední řadě díky výzkumnému šetření, jsem získala odpovědi na svůj výzkumný problém a také na dílčí výzkumné otázky. Z uskutečněných rozhovorů nevyplývaly ovšem jen „suché“ odpovědi, ale povětšinou šlo o rozhovory velmi plodné, zajímavé a v mnoha směrech i poučné, které přinesly i mnoho

zajímavých informací z osobních životů respondentů, daly mi nahlédnout do jejich prožívání těžkých chvil a u některých také přinesly pochopení pro některé zvláštnosti v chování dotyčných osob. Velmi milým překvapením byly informace, které jsem díky rozhovorům získala od zaměstnanců domova.

Výsledkem je zjištění, že o poskytování paliativní péče v našem domově by byl zájem mezi všemi skupinami respondentů, tzn. mezi uživateli, rodinnými příslušníky i zaměstnanci. Ale jak jsem již zmínila v předchozí kapitole, ke skutečnému poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín máme ještě dlouhou cestu... Doposud nebyla této oblasti věnována naprosto žádná pozornost, veškerá péče a činnost, která je věnována umírajícím uživatelům se dělá sice s dobrým úmyslem a zcela jistě i zodpovědně a kvalitně, ale k dokonalosti ještě hodně chybí... Přestože pracovníci v přímé péči mají jakési základní znalosti z kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách, zdaleka to není dostačující... Chybí především odborné znalosti a kompetence jednotlivých zaměstnanců, ale také osobní přijetí a pochopení důležitosti této problematiky a schopnost vcítění se do našich uživatelů a jejich blízkých... To jsou ovšem věci, které se nenaučíme v žádném kurzu ani na školení... Nicméně načerpání teoretických znalostí a vůbec kontakt s někým, kdo s touto problematikou pracuje a kdo ji má takříkajíc „v malíčku“, může být dobrým stavebním kamenem a odrazovým můstkem k přemýšlení o vlastním postoji a přístupu. Prvním počinem, který se k tomuto tématu uskutečnil, bylo uspořádání semináře na téma „Péče o klienta v terminálním stadiu“, který proběhl na domově na podzim loňského roku – musím říci, že o tento seminář byl mezi zaměstnanci velký zájem.

Z výše uvedených důvodů jsem pro zlepšení poskytování paliativní péče popsala některá svá doporučení:

- Zajistit zaměstnancům domova (pracovníkům v sociálních službách, zdravotním sestram i sociálním pracovníkům) kvalitní vzdělávání v oblasti paliativní péče; zorganizovat pro pracovníky v přímé péči návštěvu v zařízení hospicového typu;
- Zároveň zajistit dostatečnou podporu pro zaměstnance formou supervizních setkání, věnovaných tématu umírání, smrti, doprovázení umírajících; pomocí vzdělávání i supervizí předcházet syndromu vyhoření;

- Zvážit možnost navýšení personálu v přímé péči a vytvoření pracovní pozice „specialisty – asistenta pro paliativní péči“; vytipovat a nabídnout tuto práci současným pracovníkům s ohledem na jejich osobnostní předpoklady a zájem;
- Zvýšit informovanost rodinných příslušníků i blízkých uživatelů o paliativní péči, jejích možnostech a o možnostech poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín, např. zveřejněním vnitřního předpisu o poskytování paliativní péče (příloha č. 9) nebo zveřejněním Charty umírajících (příloha č. 1) v prostorách domova a především osobním kontaktem se zaměstnanci domova;
- Zvýšit také informovanost o možné pomoci pro rodinné příslušníky, kteří doprovázejí své blízké (zajištění přespání, stravy, možnost kontaktu na psychologa apod.);
- Zlepšit komunikaci mezi domovem, rodinnými příslušníky (včasné sdělování informací) a také mezi domovem, rodinnými příslušníky a ošetřující lékařkou;
- Dbát na lepší zvládnutí bolesti nejen u umírajících uživatelů (nutná kvalitní spolupráce s lékařkou)!
- Zvážit vytvoření alespoň jednoho pokoje pro umírající uživatele, abychom mohli zajistit dostatečnou míru soukromí pro ně i pro přítomné rodiny;
- Navázat užší spolupráci s kněžími blízké římsko-katolické farnosti i se sborem Církve československé evangelické, abychom mimo pravidelných bohoslužeb mohli duchovní péči nabídnout uživatelům intenzivněji a častěji – dle jejich přání;
- Prodiskutovat s personálem Domu pokojného stáří Zlín návrh vnitřního předpisu „O poskytování paliativní péče“ a poté jej uvést v platnost a dbát na dodržování uvedených zásad.

Osobně věřím tomu, a výsledky z výzkumného šetření mě k tomu opravňují, že jsme schopni v našem domově v budoucnosti poskytovat kvalitní službu našim umírajícím uživatelům a také rodinným příslušníkům. Jen je zapotřebí nebát se tohoto tématu, otevřít do široka oči i srdce, nebát se cítit s lidmi a nabídnout všem, kteří u nás našli svůj nový domov, svoji podporu a pomoc! Nejen formální, pro splnění povinností, ale opravdovou, která potěší a zahřeje...

## ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se věnovala paliativní péči, především možností jejího poskytování v prostředí domova pro seniory, konkrétně potom v Domě pokojného stáří Zlín, kde pracuji. Pomocí teoretických poznatků, načerpaných četbou odborné literatury a také pomocí vlastního výzkumného šetření jsem se snažila zjistit, zda jsme schopni tuto péči v našem domově kvalitně poskytovat.

Práci jsem rozčlenila na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se nejprve zabývala historií a vývojem paliativní péče, věnovala jsem se jejím cílům, úkolům a také funkci multidisciplinárních týmů, které tuto péči poskytují. V další kapitole jsem se zaměřila na potřeby umírajících, jejich bolest, strach, ale i duchovní potřeby a také na potřeby pozůstalých a jejich zármutek. Vzhledem k tomu, že jsem svoji práci zaměřila na poskytování paliativní péče seniorům, popsala jsem v další kapitole specifika této péče, vysvětlila pojmy geriatric, geriatrická křehkost a geriatrické syndromy. Poslední kapitolu teoretické části jsem věnovala možným formám poskytování paliativní péče, jejich legislativnímu zakotvení v České republice a rozdílům mezi zařízeními hospicového typu a domovem pro seniory.

V praktické části jsem se již věnovala konkrétně oblasti, ve které pracuji a na kterou jsem zaměřila svoji pozornost především. V úvodu této části jsem stručně charakterizovala zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření, tzn. Dům pokojného stáří Zlín. Dále jsem popsala způsob výběru respondentů a jeho specifika. V dalších kapitolách praktické části diplomové práce jsem popsala zvolenou výzkumnou metodu, průběh výzkumu, jeho validitu, a také jsem zanalyzovala získaná výzkumná data a zodpověděla položené výzkumné otázky. Pomocí výzkumu jsem se snažila odpovědět především na otázku, zda jsme schopni poskytovat paliativní péči v prostředí domova pro seniory. Součástí praktické části jsou také návrhy a doporučení, která jsem popsala na základě načerpaných teoretických znalostí i z uskutečněných rozhovorů se třemi skupinami respondentů – uživateli služeb, rodinnými příslušníky a zaměstnanci domova.

Jedním z cílů mé diplomové práce bylo nalézt skutečné možnosti personálu v poskytování paliativní péče v prostředí domova pro seniory, konkrétně na mém vlastním působišti, v Domě pokojného stáří Zlín. Také jsem chtěla zjistit, jaké jsou přání, představy a touhy našich uživatelů, které se týkají posledních měsíců, týdnů či dní života. Výsledkem tohoto

mého zkoumání je jednak odpověď na výzkumný problém, ale také návrh vnitřního předpisu Domu pokojného stáří Zlín (příloha č. 9). Tento vnitřní předpis je vůbec prvním materiálem, který se v našem zařízení konkrétně a cíleně zabývá oblastí paliativní péče a péče o umírající vůbec. Proto předpokládám, že se k tomuto návrhu budou ještě vyjadřovat zaměstnanci domova, a že ho podrobíme společné diskuzi. Je zřejmé, že tento návrh je jen prvním krokem k otevření rozpravy na téma umírání a smrt, potažmo péče o umírající...

Z těchto důvodů jsem přesvědčena, že se mi stanovený cíl diplomové práce podařilo naplnit.

Jsem přesvědčena o tom, že to, jak se staráme o své stárnoucí a umírající blízké, je výrazem naší kulturní vyspělosti. Proto vidím jako nesmírně důležité, především pro tvorbu klimatu na domově – začít otevřeně hovořit o tématech umírání a smrti, nastavit jasná pravidla pro chování k chování k umírajícím, jejich rodinám, ale také k zemřelým uživatelům. Dodržení piety, rozloučení se se zemřelým a nabídka téhož pro rodinné příslušníky, vyvěšení parte na důstojném místě, a pokud je to v našich silách, pak také účast na pohřbu zemřelého, to vše je odrazem našeho vztahu a úcty nejen k zemřelému, ale také k jeho rodině... Je zapotřebí nebát se zapojit naše prožívání a nabídnout se celým srdcem našim umírajícím uživatelům!

Velmi pěkně to vyjádřil ve své knize Virt (2000, str. 90): *„Jak mají lidé umírat? Doprovázení laskavou péčí a s pomocí lékařského umění, především paliativní medicíny, nebo odstraňování „eutanazií“? Pomocí moderních mediálních prostředků lze hravě vyvinout společenský tlak, pod nímž pak lidé budou skutečně o eutanazii žádat. Kdo má dostatečně silnou víru a mravní sílu, bude se angažovat zvláště za takové společenské a individuální poměry, jež by umožňovaly a usnadňovaly život i umírání a v nichž by byla umírajícím poskytována potřebná pomoc“.*

Věřím tomu, že je v silách všech zaměstnanců Domu pokojného stáří Zlín nabídnout v budoucnosti opravdu kvalitní péči všem uživatelům až do jejich posledních dní!



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] FIRTHOVÁ, P. LUFFOVÁ, G. OLIVIERE, D. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3.
- [2] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o smrti a umírání*. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [3] HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- [4] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha : Portál, s.r.o., 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [5] KALVACH, Z. a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR (Situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha : Hospicové sdružení Cesta domů, 2004. 101s. ISBN 80-239-2832-5.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, J. KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha : Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [8] KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Turnov : Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
- [9] KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové : SIGNUM UNITATIS, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
- [10] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- [11] O'CONNOR, M. ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- [12] SLÁMA, O. KABELKA, L. VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [13] STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha : Portál, s.r.o., 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

- [14] STUDENT, J-CH. MŮHLUM, A. STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany : Nakladatelství H&H, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
- [15] SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
- [16] ŠIKLOVÁ, J. *Deník staré paní*. Praha : Kalich, nakladatelství a knihkupectví, s.r.o., 2003. 183 s. ISBN 80-7017-865-5.
- [17] ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-1740-1.
- [18] ŠVEC, V. HRBÁČKOVÁ, K. *Průvodce metodologií pedagogického výzkumu*. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. 129 s. ISBN 978-80-7318-547-3.
- [19] THEOVÁ, A.-M. *Paliativní péče a komunikace*. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 241 s. ISBN 978-80-87029-24-4.
- [20] VIRT, G. *Žít až do konce*. Praha : Vyšehrad, spol. s.r.o., 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.
- [21] VORLÍČEK, J. ADAM, Z. POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 540 s. + 4 s. příloh. ISBN 80-247- 0279-7.
- [22] Kolektiv autorů. *Životní bilance ve stáří – sborník z Odborné konference u příležitosti Mezinárodního dne seniorů*. Praha : Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové, 2009. 44 s. ISBN neuvedeno.
- [23] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.
- [24] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO Světová zdravotnická organizace (v textu str. 14, 15, 16)

ČR Česká republika (v textu str. 18, 36)

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných (v textu str. 18)

OPP Oddělení paliativní péče (v textu str. 36)

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Dům pokojného stáří Zlín (v textu str. 46)

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 – Fáze procesu umírání podle Kübler – Rossové (v textu str. 25)

**SEZNAM PŘÍLOH**

- PŘÍLOHA č. 1      Charta umírajících (v textu str. 70)
- PŘÍLOHA č. 2      Souhlas s poskytnutím interview (v textu str. 48)
- PŘÍLOHA č. 3      Otázky k rozhovoru s uživateli služeb (v textu str. 52)
- PŘÍLOHA č. 4      Otázky k rozhovoru s blízkými a rodinnými příslušníky (v textu str. 56)
- PŘÍLOHA č. 5      Otázky k rozhovoru se zaměstnanci (v textu str. 60)
- PŘÍLOHA č. 6      Seznam kategorií a kódů – skupina uživatelů služeb (v textu str. 51, 52, 64)
- PŘÍLOHA č. 7      Seznam kategorií a kódů – skupina blízkých a rodinných příslušníků (v textu str. 51, 52, 57, 64)
- PŘÍLOHA č. 8      Seznam kategorií a kódů – skupina zaměstnanců (v textu str. 51, 52, 61, 64)
- PŘÍLOHA č. 9      Vnitřní předpis pro Dům pokojného stáří Zlín – návrh (v textu str. 70, 72)
- PŘÍLOHA č. 10     Vložené CD – přepisy rozhovorů (v textu str. 51)

## PŘÍLOHA Č. 1: CHARTA UMÍRAJÍCÍCH

*Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí;*

*Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva;*

*Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti;*

*Mám právo podílet se na rozhodování týkajících se péče o mě;*

*Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení mé nemoci mění na zachování pohodlí a kvality života;*

*Mám právo nezemřít opuštěn;*

*Mám právo být ušetřen bolesti;*

*Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky;*

*Mám právo nebýt klamán;*

*Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti;*

*Mám právo zemřít v klidu a důstojně;*

*Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů;*

*Mám právo být ošetřen pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.*

## PŘÍLOHA Č. 2: SOUHLAS S POSKYTNUTÍM INTERVIEW

### Souhlas s poskytnutím interwiev

Já, níže podepsaný / á, **souhlasím** s poskytnutím interwiev paní Janě Chovancové, za účelem výzkumu v rámci její diplomové práce, která se týká možností poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín.

Souhlasím s tím, že interwiev bude zaznamenáno na záznamové zařízení – diktafon a poté dále zpracováváno.

Jsem si vědom / a toho, že mnou sdělené informace budou použity k výzkumnému účelu.

Ve Zlíně dne:

Dotazovaný:



## PŘÍLOHA Č. 3: OTÁZKY K ROZHOVORU S UŽIVATELI SLUŽEB

### Otázky k rozhovoru s uživateli služeb v Domě pokojného stáří Zlín o možnostech poskytování paliativní péče

Věk:

Jak dlouho žijete v Domě pokojného stáří:

1. Rozumíte pojmu paliativní péče?
2. Víte, co to znamená?
3. Pokud ne, mohu Vám to vysvětlit?
4. Jestliže tomuto výrazu rozumíte, myslíte si, že by pro Vás osobně bylo důležité a přínosné, kdyby Vám tato péče byla v domově poskytována v celé své šíři?
5. Většina seniorů alespoň někdy myslí na umírání a smrt – je to přirozená součást života.... míváte také takové myšlenky? Jak vnímáte tyto otázky? Pociťujete obavy, strach, ať už z bolesti, ze samoty, z neznámého?
6. Přestože jsou myšlenky na umírání a smrt spojovány se smutkem, mohou to být i chvíle klidu a míru... Co si myslíte, že by pro Vás bylo v těchto chvílích nejdůležitější?
7. Jakou pomoc a podporu byste uvítal/a? (zvýšení soukromí, podporu ze strany rodiny, přítomnost blízkých, podporu a přítomnost personálu, duchovní podporu, klid ...).
8. Myslíte si, že by Vám pomohlo vědomí a znalost toho, co znamená paliativní péče, že ji v domově poskytujeme a co konkrétního můžete očekávat? Bylo by to pro Vás povzbudivé a přínosné?
9. Řekněte mi prosím Váš názor na celou tuto problematiku, tak jak Vy to cítíte a vnímáte...

Děkuji Vám za Váš čas, ochotu a odpovědi na mé otázky.

## **PŘÍLOHA Č. 4: OTÁZKY K ROZHOVORU S BLÍZKÝMI A RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY**

### **Otázky k rozhovoru s blízkými a rodinnými příslušníky uživatelů služeb v Domě pokojného stáří Zlín k možnostem poskytování paliativní péče**

1. Jak dlouho žije Váš blízký v Domě pokojného stáří ve Zlíně?
2. Hovoříte spolu někdy o otázkách umírání a smrti?
3. Jak vnímáte tyto otázky? A jak je vnímá podle Vašeho názoru Váš blízký?
4. Hovořili jste někdy společně například o možnosti doprovázení blízkého v umírání?
5. Víte, co znamená pojem „paliativní péče“? Co všechno v sobě zahrnuje?
6. Pokud ano, myslíte si, že by bylo pro Vás osobně a především pro Vaše blízké přínosné poskytování paliativní péče v našem domově? Uvítal/a byste tuto péči?
7. V případě, že budeme schopni tuto péči nabídnout a zajistit, byl/a byste ochotna se na péči o Vašeho blízkého podílet?
8. Jakým způsobem?
9. Co si myslíte, že by bylo nutné k zajištění Vašeho případného pobytu v domově?
10. Co si myslíte, že by Váš blízký nejvíce uvítal? Co by ho nejvíce potěšilo, podpořilo?

Děkuji Vám za Váš čas, ochotu a odpovědi na mé otázky.

## PŘÍLOHA Č. 5: OTÁZKY K ROZHOVORU SE ZAMĚSTNANCI

### Otázky k rozhovoru se zaměstnanci o možnostech poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín

Pracovní pozice:

Počet let v organizaci:

1. Máte nějaké informace nebo znalosti o paliativní péči?
2. Víte, co taková péče znamená?
3. Co všechno v sobě zahrnuje?
4. Které oblasti nebo oblastem starosti o nemocného se paliativní péče věnuje?
5. Myslíte si, že v současné době v našem domově tuto péči poskytujeme?
6. Myslíte si, že je možné paliativní péči poskytovat i v našem zařízení? Pokud ano, co bychom pro to museli udělat? (úprava pokojů, navýšení personálu, vzdělávání personálu, navázání spolupráce s odborníky, spolupráce s duchovními...)
7. Můžete podle vašich pracovních zkušeností říci, jestli by dle vašeho názoru byl o tuto péči mezi seniory domova zájem?
8. Myslíte si, že by bylo dobré tuto péči uživatelům v našem domově poskytovat?
9. Ráda bych slyšela váš názor na konkrétní možnosti poskytování této péče u nás....
  - Co můžeme udělat pro zvýšení soukromí uživatelů na dvoulůžkových pokojích?
  - Můžeme nějakým způsobem více zapojit rodinné příslušníky do péče o umírající?
  - Jsme schopni nabídnout v těchto chvílích více osobní asistence a podpory?
  - Měla byste vy konkrétně zájem o vzdělávání se v paliativní péči?
  - Jakým způsobem dle vašeho názoru můžeme zajistit duchovní péči a podporu?

Děkuji Vám za Váš čas, ochotu a odpovědi na mé otázky.

## PŘÍLOHA Č. 6: SEZNAM KATEGORIÍ A KÓDŮ – SKUPINA UŽIVATELÉ

Kategorie	Kódy	Výrazy
Paliativní péče	Chápání pojmu paliativní péče	Tak opatrování, s celým zaopatřením; i duchovní i psychologická; celkově dohromady; poskytování, když už je člověk nemožný; беру to všeobecně, jako všechnu péči, která je nám věnovaná; péče o ty, co potřebují trvalou péči.
	Potřeba paliativní péče	Cítím to jako pozitivní, že je to ta starostlivost; byla bych radši tady než v nemocnici; úplně to přijímám, s velkou láskou a radostí; myslím, že ano; uvědomuji si, že tady dostávám péči, kterou mi děti nemohly dát; nevím; ano, ale myslím, že to v podstatě běží.
Základní potřeby uživatelů	Potřeby fyziologické	Dodržování léčebné péče; vím, že umyjí, nakrmí, víc už nemůžete dělat.
	Potřeby ostatní	Tož podporu těch blízkých; já bych to nechala, jak to je; nic speciálního; mám svůj režim, upravuju si to podle toho, co mi vyhovuje.
Umírání, smrt	Pocity ze smrti, z umírání	Tož já se zatím smrti vyhýbám; ne, když to přijde, tak to přijde; nemám strach; je to přirozená součást života; беру to normálně, ani sem nikdy nemyslela, že bych se tak dlouho dočkala; беру to jako přirozené, netrápí mě to; nedělá mi to žádné problémy, je to běh života.
	Obavy	Samota je zlá; abych dlouho neležela; ne, už jsem to zažila, když zemřel manžel.
	Nejdůležitější věc	Jistota; setkání, zpověď; přítomnost někoho blízkého; snad takový ten poklid.
	Podpora personálu	To je jasné!; i podpora ze strany personálu; aby poznal, jak na koho reagovat, osobní vztah, zapojení personálu.
Vnitřní pocity	Vztahy	No, když někdo přijde, tak to potěší...; dobrý kolektiv; když děcka za mnou chodí; mám podporu rodiny, vyhovuje mi to; byla bych ráda, kdyby se děcka přišly podívat.
	Touhy uživatelů	Tady mám známé kolem sebe, můžu se na ně spolehnout; přítomnost někoho blízkého.
	Víra	Ano, však sem duchovní chodí; poslední pomazání; zpověď; každý si může vybrat, co mu vyhovuje.

## PŘÍLOHA Č. 7: SEZNAM KATEGORIÍ A KÓDŮ – SKUPINA RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI

Kategorie	Kódy	Výrazy
Paliativní péče	Znalost pojmu paliativní péče	Díky slovníku už vím přesně, co tato péče v sobě zahrnuje; nevím, co všechno tam patří; teď už vím...tuším; ano, rozumím.
	Názor na paliativní péči	Já této péči fandím, imponuje mi; já bych to určitě uvítala; zatím netuším, co by se mělo zlepšovat; ano, je to dobré.
	Paliativní péče v domově	Byla by určitě možná; náklady na provoz by výrazně stouply; určitě by se mi líbilo, že je to tady, než doma; bylo to velmi dobré! Maminka by byla ráda, že nemusí nikam jít.
	Představy o paliativní péči na domově	Na pokoji druhá postel pro doprovázejícího; to nejnужnější už je teď; říct rodině, že to vypadá tak a tak a co by bylo vhodné udělat; když bych nepotřeboval přespaní, tak nic; odborný personál – podávání infúzí apod.
	Ochota podílet se na paliativní péči	Určitě ano, ale nevím jak; dovedu si to představit; určitě, hlavně přítomností; přítomnost není žádný problém, ale je to velikánská psych. zátěž, zvlášť pro mě.
Osobní potřeby	Potřeby blízkého ve chvílích umírání	Aby se sešla rodina, účast na Večeři Páně; soukromí, trochu je mi líto, že nemáte jednolůžkové pokoje; nedovedu si představit, že by měla ještě jinou potřebu než se najíst, vyspat se...; přítomnost – stačilo jí, když jsem ji držel za ruku, to byla v klidu.
	Nejdůležitější věc	Když se sjedou nejbližší a doprovází ho a mají možnost se rozloučit; přítomnost rodiny; morální opora; utišující prostředky.
Vzájemná blízkost	Hovory o umírání a smrti	Oba si uvědomujeme, že jsme staří a že nás Pán Bůh může kdykoliv povolát; nyní už ne, dříve ano – maminka často říkala, že už chce umřít; nehovořily jsme, mám strach o tom mluvit; jste spokojená a jste usmířená s tím, odejít z tohoto života; ano, v tom byla manželka vyjímečná, mimořádná!
	Doprovázení	Přímo nehovoříme; má zafixované – děti musí rodiče dohovět a pochovat; no tak to bylo silné! Bylo to perfektní – bohatě stačilo, když jsem ji držel za ruku a toho si byla vědoma a byla v klidu.
	Návštěvy, rodina	Je asi nejnavštěvovanější klient; chodím, jak je potřeba; když je maminka tady, tak má denně návštěvu; hoši jsou v Praze, ale mohli tady být i do 9 hodin večer.
Duchovní život	Víra	Společně se modlíme, zpíváme, jdeme do kaple; důvěřujeme Pánu Bohu a jeho péči; byla by to útěcha – velebný pán, farář; byli jsme oba vděční, že mohla být na bohoslužbách v kapli.
Zajištění péče	Význam domova	Bylo to pro mě veliké osvobození, ohromně jsem si oddechнул; je to ulehčení; nechtěla si to připustit, ale doma to nešlo; vidím tu péči, je opravdu obětavá...; zařízení je bezvadné.

## PŘÍLOHA Č. 8: SEZNAM KATEGORIÍ A KÓDŮ – SKUPINA ZAMĚSTNANCI

Seznam kategorií a kódů – skupina zaměstnanců

Kategorie	Kódy	Výrazy
Znalosti o paliativní péči	Teoretické znalosti	Zevrubně z kurzu, skýtá praxe, zvýšená péče před úmrtím, péče v terminálním stadiu, péče o umírajícího, aby si s tím člověkem více povídal, duchovní péče...
	Praktické dovednosti	Více polohujeme, zajištění klidu, více se staráme, zajištění pitného režimu, empatie, udržování čistoty, klidu, mazání, masáže, pohlazení, být s nimi, vytírat ústa...
	Doprovázení	Přínos, pozitivní zkušenost, usmíval se...
	Vzdělávání	Určitě ano, tak určitě...
Podněty	Nápady na zlepšení	Navýšení personálu, vyčlenit pokoje, mít asistenta, mít člověka jen na tuto péči, aby neumírali v bolestech...
	Přítomnost odborníka	Psycholog spíše pro rodiny, větší kontakt s duchovním, lepší spolupráce, ano, nevidíme do člověka, aby nám někdo poradil...
	Soukromí	Vyčlenit pokoje, nechat tak, zástěny stačí, sami by se báli, jsou zvyklí na současný stav...
Potřeby umírajících	Touhy uživatelů	Popovídat si, aby neměli bolesti, bezpečí, jako v prenatálním stavu, farář, aby nebyl sám, aby se nebáli, klid, zůstat na domově – nejít pryč...
	Potřeby uživatelů	Být v čistotě, suchu, pitný režim, duševní, medikamentózní léčba, polohování, aby neměli bolesti, bezpečí...
Kontakt s rodinami	Současnost	Mohou tady být, je to individuální, mohou tady přespat, jak kdo, ani je nechtějí moc vidět...
	Informovanost	Více s nimi mluvit, nebát se jim říct, mohou kdykoliv přijít, popovídat si, nabídnout jim odborníka, podporu, určit člověka pro komunikaci...

## PŘÍLOHA Č. 9: VNITŘNÍ PŘEDPIS PRO DŮM POKOJNÉHO STÁŘÍ ZLÍN – NÁVRH



### VNITŘNÍ PŘEDPIS PRO POBOČKU ZLÍN

#### NÁVRH

ze dne 1.4.2010

### O POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V DOMĚ POKOJNÉHO STÁŘÍ ZLÍN

1. Tímto vnitřním předpisem se stanovují pravidla pro poskytování paliativní péče uživatelům v Domě pokojného stáří Zlín a je součástí Metodiky poskytování sociálních služeb v Domě pokojného stáří Zlín.
2. Paliativní péčí je myšlena celková (komplexní) péče o nemocné a umírající uživatele. Jedná se o zajištění péče ve všech oblastech potřeb jedince, tzn. fyzické, sociální, psychologické i duchovní a také emotivní podpory. Součástí této péče je také podpora a starost o rodinu umírajícího. Hlavním cílem je léčba bolesti a dalších příznaků, důraz je kladen na zajištění kvality života.
3. Cílem poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín je zlepšení péče o umírající obyvatele domova. Naším cílem je na základě všech dostupných informací poskytnout uživatelům maximální možnou a kvalitní péči až do konce jejich dnů. Poskytování paliativní péče se řídí obecnými principy hospicové péče (naším uživatelům zaručujeme, že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí, bude vždy zachována jejich lidská důstojnost a v posledních chvílích nezůstanou osamoceni) s přihlédnutím k možnostem a specifikům domova pro seniory a v souladu se standardy kvality a s metodikou poskytování sociálních služeb v Domě pokojného stáří Zlín.
4. Paliativní péče se poskytuje všem uživatelům v Domě pokojného stáří Zlín, pokud se na vhodnosti a potřebnosti poskytování této specializované péče shodne multidisciplinární tým pracovníků Domu pokojného stáří Zlín společně s uživatelem a také ve spolupráci s jeho rodinnými příslušníky. Multidisciplinární tým tvoří vedoucí domova, vrchní sestra, vedoucí přímé péče, sociální pracovník, klíčový pracovník uživatele, ošetřující a odborný lékař (gerontolog, psychiatr). Důraz je kladen také na spolupráci s psychologem a s duchovním. Poskytování paliativní péče

v Domě pokojného stáří Zlín vychází z potřeb a přání našich uživatelů a jejich rodin.

5. Uživatel, kterému bude paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín poskytována, podepíše s tímto informovaný souhlas. Pokud uživatel není způsobilý k právním úkonům, a je mu přidělen opatrovník, podepisuje tento souhlas opatrovník. Za uživatele, který není omezen nebo zbaven způsobilosti k právním úkonům, ale přesto není z důvodu svého zdravotního stavu schopen souhlas podepsat, podepisuje souhlas zmocněnec (rodinný příslušník). Tento musí být zletilý a plně způsobilý k právním úkonům. *K diskusi – zda je nutné k poskytování paliativní péče podepsaný souhlas? Nebo souhlas s tím, že umírající nebude převezen do nemocnice?*
6. Paliativní péči poskytuje v součinnosti celý multidisciplinární tým, který intenzivně spolupracuje s rodinnými příslušníky nebo blízkými uživatele, dále s duchovním a s dalšími odborníky, pokud si to situace vyžaduje. Potřeba zajištění kontaktu a péče duchovního a psychologa se řídí zcela a výhradně přáním uživatele a rodiny. Všechny přání a potřeby uživatele jsou zaznamenány v jeho individuálním plánu a z něj vycházejí.
7. Pravidla poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín:
  - K umírajícím uživatelům se chováme **vždy s úctou a respektem!** Při péči o umírající uživatele se řídíme Chartou práv umírajících;
  - Uživatelé, rodinní příslušníci i blízcí jsou informováni o tom, že tuto péči poskytujeme;
  - Rodina je **vždy včas** kontaktována a **informována** o změně zdravotního stavu svého blízkého a také oslovena s nabídkou poskytování paliativní péče, je jí nabídnuta podpora, pomoc odborníka, rozhovor s ošetřujícím lékařem, jsou jí vysvětleny další možnosti doprovázení umírajícího; teprve na základě souhlasu (viz bod 3) je rozhodnuto o poskytování paliativní péče; na základě souhlasu může být také rozhodnuto o převozu uživatele do nemocničního zařízení;
  - Dle zájmu rodiny jsou zváženy všechny možnosti spolupráce – pobyt příbuzných na domově, možnost přespání na pokoji pro hosty, stravování, pomoc s vyřízením potřebných záležitostí, spolupráce s kontaktní osobou z řad personálu, nabídka zajištění přítomnosti duchovního apod.;
  - Prvořadým úkolem je zvládnutí bolesti u umírajícího a zajištění veškerých základních fyziologických potřeb, dále také klidu, soukromí, pocitu bezpečí a blízkosti druhého člověka;
  - Na pokoji, kde leží umírající, dbáme ve větší míře na zachování maximálního soukromí a nezapomínáme také na podporu pro spolubydlícího; pokud to dovolí provozní podmínky a spolubydlící o to projeví zájem, přestěhujeme ho dočasně na jiný pokoj; hlavním cílem je respektování tělesných, psychických, sociálních i duchovních potřeb umírajícího;
  - Součástí poskytování paliativní péče v Domě pokojného stáří Zlín je také pravidelný osobní kontakt s příbuznými v době umírání jejich blízkého a také nabídka podpory a kontaktu v době po úmrtí uživatele. Kontaktní osobou je pro příbuzné vedoucí domova nebo vedoucí přímé péče. *K diskusi – zvážit vytvoření pracovní pozice „asistenta“, který by se cíleně věnoval našim umírajícím a jejich rodinám...*



8. Postup po úmrtí uživatele (i období po úmrtí uživatele, kontakt s rodinou apod. je součástí kvalitní péče):
- K zemřelému uživateli se chováme **vždy s úctou a podle etických zásad!**
  - Službu konající personál volá ošetřující lékařku, pokud již neordinuje, volá LSPP. V nočních hodinách (22 – 06 hodin) volá RSPP – tel. 155;
  - Zdravotní sestra tělo zemřelého omyje, sundá šperky (bezpečně je uloží), podváže zemřelému bradu, odstraní veškeré katétry, cévky apod., čistě převáže rány, uloží ho do polohy na zádech, přikryje a poté převezde na lůžku do pietní místnosti; v pietní místnosti otevře okna, zapne ventilátor a zavře dveře;
  - Pokud rodina není osobně přítomna v době úmrtí, je o úmrtí **neprodleně** informována vrchní sestrou, případně službu konající zdravotní sestrou; o úmrtí uživatele informuje službu konající personál ihned také vedoucí domova (tel. 603 281 676);
  - Službu konající personál připraví rodině zemřelého potřebné doklady, především občanský průkaz;
  - Rodině jsou vysvětleny všechny náležitosti, je jí v první řadě nabídnuta možnost osobního rozloučení se zemřelým v pietní místnosti domova a poskytnuta maximální možná podpora, případně nabídnut kontakt na odborníky; při následném osobním setkání je jí také nabídnuta možnost sloužení bohoslužby za zemřelého v kapli domova, které se může zúčastnit i rodina zemřelého;
  - Osobní věci zemřelého zůstávají na pokoji tak, jak je zemřelý zanechal, personál uklidí jen lůžko zemřelého; věci si přebírá rodina v termínu, který si dohodne s vedoucí domova nebo s vedoucí přímé péče; při každém jednání bereme ohled na citlivost situace a v maximální možné míře se snažíme vyjít rodině vstříc!
  - Výběr pohřební služby je zcela věcí rodiny, pokud si to rodina přeje (např. z důvodu velké vzdálenosti a časové náročnosti příjezdu rodiny do domova), může pracovník domova, na základě pověření od rodiny, pohřební službu zavolat;
  - Nezapomínáme ani na kontakt se spolubydlícím, který také potřebuje naši podporu a pomoc!
  - Naši úctu k zemřelému a jeho rodině projevujeme také tím, že důstojným způsobem informujeme ostatní obyvatele domova o úmrtí (parte s kytičkou vyvěsíme vždy na tom patře, na kterém zemřelý žil) a pokud to provozní podmínky dovolí, zúčastňujeme se pohřbu zemřelého. V případě bohoslužby za zemřelého je účast na ní nabídnuta všem uživatelům.

.....  
ředitel pobočky