

Diplomová práce

2011

Kateřina Adriana Berkiová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Diplomová práce

**TEOLOGICKÁ INSPIRACE PRO KVALITNÍ
OŠETŘOVATELSKOU DOMÁCÍ PÉČI**

Vedoucí práce: Dr. Ing. Alois Křišťan, Th.D.

Autor práce: Kateřina Adriana Berkiová
Studijní obor: Teologie služby, forma kombinovaná
Ročník 2.

2011

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

20. března 2011

Děkuji vedoucímu diplomové práce Dr. Ing. Aloisovi Křišťanovi, Th.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD	7
1 CESTA KE KVALITNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DOMÁCÍ PÉČI	
1.1 Úvod do ošetřovatelské domácí péče	10
1.2 Zdraví	11
1.3 Nemoc	12
1.3.1 Prožívání nemoci.....	13
Exkurz: Boží moc působící při tělesném a duchovním uzdravování.....	13
1.4 Ošetřovatelství	15
1.4.1 Role zdravotní sestry ve společnosti.....	16
1.4.2 Důležitost kvalitní komunikace s pacientem.....	17
1.4.2.1 Několik dalších zásad pro vedení rozhovoru s nemocným.....	18
1.4.2.2 Zvláštnosti vedení rozhovoru s umírajícím člověkem.....	19
1.5 Domácí péče	20
1.5.1 Rozsah ošetřovatelské domácí péče.....	22
1.5.2 Efektivita komplexní domácí péče.....	23
1.5.3 Proces plánování komplexní domácí péče.....	24
1.5.4 Potřeby klientů a pečujících v domácí péči.....	26
1.5.4.1 Potřeby nemocných.....	27
1.5.4.2 Potřeby pečujících.....	28
1.5.5 Shrnutí domácí péče.....	29
1.6. Role ošetřovatelské etiky v kvalitní domácí péči	30
1.6.1 Vymezení ošetřovatelské etiky.....	30
1.6.2 Hlavní požadavky ošetřovatelské etiky.....	32
1.6.3 Etický kodex sester.....	33
1.7 Význam charity v poskytování kvalitní domácí péče	34
1.7.1 O koho Charita pečuje.....	36
1.7.2 Poslání charitní služby.....	37
1.8 Kvalitu domácí ošetřovatelské péče může ohrozit syndrom vyhoření u sester	38
1.8.1 Symptomy vyhoření.....	38
1.8.2 Rizikové faktory syndromu vyhoření.....	39
1.8.3 Důsledky vyhoření.....	40

2 JAKÝM ZPŮSOBEM JE SPOLEČNOSTÍ HODNOCENA KVALITA POSKYTOVANÉ PÉČE

2.1 Ošetrovatelské standardy	41
2.1.1 Formulace standardu.....	41
2.2 Standard pro spolupráci nemocnic s agenturami domácí péče	42
2.3 Zavádění standardů kvality do praxe	43
2.4 Zásady pro přístup zdravotníků a ošetrovatelů ke klientům	45
2.5 Pět témat kvality	46
2.6 Hodnoty, o které se standardy opírají	46

3 TEOLOGICKY INSPIROVANÁ PÉČE O NEMOCNÉ V DOMÁCÍ PÉČI

3.1 Úvod ke třetí kapitole	49
3.2 Teologická inspirace pro řízení charitních organizací poskytujících domácí péči	50
3.3 Příspěvek encykliky Deus Caritas est k naplňování standardu kvality dostupných, flexibilních a vůči klientům vnímavých služeb	53
3.4 Naplňování standardu kvality v oblasti komunikace pomocí pastýřského rozhovoru s klientem sociálních služeb	54
3.4.1 Charakteristika pastýřského rozhovoru.....	56
3.4.2 Pravidla vedení pastýřského rozhovoru.....	57
3.4.3 Jak může pastorační rozhovor pomoci trpícímu v jeho těžké situaci...58	
3.4.3.1 <i>Postoj pastýře</i>	58
3.4.3.2 <i>Hledání smyslu utrpení a boj s ním</i>	59
3.4.4 Pastýřský rozhovor s umírajícím člověkem.....	60
3.5 Důstojnost a úcta	61
3.5.1 Přínos pastorační práce pro podporu hodnoty lidská důstojnost a úcta k člověku.....	62
3.5.2 Důstojnost a hodnota života, který končí.....	63
3.5.3 Lidská důstojnost a smysl utrpení.....	64
3.5.3.1 <i>Křesťanský pohled na lidské utrpení a jeho smysl</i>	65
3.6 Teologické impulsy pro podporu nezávislosti klienta sociálních služeb ...66	
3.7 Podpora práv a jejich teologický základ	68

3.8 Rovnoprávnost v rozmanitosti.....	70
Exkurz: Komentář ke stvoření člověka k Božímu obrazu.....	70
3.9 Souvislosti prožívání vlastní spirituality pomáhajícího pracovníka s kvalitou poskytování domácí péče.....	72
3.9.1 Kontemplace jako ochrana před syndromem vyhoření.....	73
3.9.2 Teologická inspirace při zotavování se ze syndromu vyhoření.....	74
ZÁVĚR.....	77
Seznam použité literatury.....	78
Seznam zkratek.....	81
Abstrakt.....	82
Abstract.....	83

ÚVOD

Otázka rozvoje domácí péče je i není nová. V minulosti bývalo přirozené, že až na určité výjimky, zůstávali nemocní lidé doma, pouze v domácím ošetřování. Taktéž lidé nějakým způsobem postižení, hlavně pak lidé staří, ti všichni pobývali až do konce života ve svém přirozeném prostředí. Moderní doba, zvláště v kombinaci s určitými ideologiemi, začala oddělovat lidi mladé, zdravé a výkonné od těch, výše zmíněných. V současnosti je patrná tendence tento trend opět zvrátit, i když moderní lůžková zařízení sociální péče mají ve společnosti samozřejmě své nezastupitelné místo.

Tato práce pojednává o domácí péči z více úhlů pohledu. Představuje ji jako holistickou péči, kde se uplatní odborné znalosti, etické principy a spirituální dimenze v provázání s moderními standardy zdravotní a sociální péče a přirozenou lidskostí a motivy pomáhat potřebným a trpícím. Ošetřovatelská domácí péče zaznamenává značný odborný růst, vyučuje se jako samostatný obor na vysokých školách, kde se pro svou profesi připravují zdravotní sestry a sestry mají také možnost se dále vzdělávat v oboru komunitní péče. Zde v této práci chceme poukázat mj. na další možnosti zkvalitňování ošetřovatelské domácí péče pomocí inspirací, jež nabízí teologie. Důvodem k tomu je poznatek, že spirituální potřeby má prakticky každý, i když každý možná jinak vyjádřené a uvědomované. Integrace teologických motivů do domácí péče může tedy přispět ke zvyšování kvality poskytované domácí péče. Cílem práce je poukázat na teologické aspekty, které mohou kvalitu péče, při jejich vhodném uplatňování, podporovat. Předpokladem je určitá spojitost s církevní naukou a praxí, což směřuje tuto teologicky inspirovanou péči zejména do oblastí charitních středisek domácí ošetřovatelské a sociální péče provozovaných církví, jichž je u nás v současnosti velké množství.

Je dobře, že se dnes najde v naší společnosti dost lidí, kteří chtějí pomáhat potřebným a tak podporovat domácí péči. Mohou to být jak dobrovolníci, tak profesionální sociální pracovníci a zdravotní sestry. Organizace poskytující domácí péči vybírají vhodné zaměstnance se zájmem o tuto práci. Zajišťují pro ně průběžně celoživotní vzdělávání a supervize. Náš zkoumaný problém je možnost zlepšování kvality péče pomocí teologických impulsů tak, aby byla kvalitní a přínosná pro klienty, tedy příjemce služeb, a také pro pečující pracovníky.

Cílem práce je poukázat na teologické aspekty, které mohou přispět kvalitě domácí ošetrovatelské péče. Postup přitom je následující: Nejprve je ve stručnosti charakterizován pojem zdraví a nemoci a způsoby prožívání nemoci. Poté je ošetrovatelská domácí péče představena ve všech svých podstatných dimenzích, je charakterizován samotný obor ošetrovatelství a úloha a práce sester, které péči zajišťují. Dále je představena samotná domácí péče jako obor, ve kterém se uplatní všechny dimenze ošetrovatelské péče, včetně spolupráce s dalšími obory. Důraz je přitom kladen na správné rozpoznání a naplňování potřeb nemocného, důležitost vhodné komunikace s ním a dodržování etických zásad, jež jsou uvedeny v etickém kodexu sester. Protože domácí péče je často organizována v rámci Charity, samostatný oddíl je věnován charitním zařízením domácí péče. Ve druhé části je pojednáno o kriteriích kvality, což jsou centrální a lokální standardy kvality. Zde konkrétně je pojednáno o standardech kvality pro zdravotní a sociální péči, zpracovaných pro severoirskou oblast, pro svou přehlednost a uvedení základních hodnot, o které se standardy opírají. Ve třetí části práce je pro určité, vybrané standardy a hodnoty nacházena teologická inspirace a podán návrh, jak může integrace teologie přispět ke kvalitě domácí ošetrovatelské péče. Mj. je zařazena kapitola o vedení pastýřského rozhovoru s nemocným člověkem nebo teologická pomoc při předcházení a léčení syndromu vyhoření pracovníků pomáhajících profesí.

Při zpracovávání této diplomové práce bylo čerpáno z rozličné literatury, která má vztah ke zkoumanému problému.

Použity byly některé učebnice pro vzdělávání sester a lékařů v oblasti ošetřovatelství, komunikace s nemocným člověkem a zdravotnické etiky. Pro přiblížení charitní ošetřovatelské služby posloužily publikace vydané v charitních střediscích nebo sborníky z různých konferencí. Standardy kvality pro zdravotní a sociální péči byly převzaty z publikace vydané severoirským resortem pro zdravotní a sociální služby a veřejné bezpečí. V teologické části je použito několik myšlenek Benedikta XVI., zveřejněných v jeho nástupní encyklice *Deus caritas est*, některé vybrané citáty z ekumenického překladu Bible, pojednání o hospicové a paliativní péči Marie Svatošové, teologická literatura našich i zahraničních teologů, a další.

1 CESTA KE KVALITNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DOMÁCÍ PÉČI

1.1 ÚVOD DO OŠETŘOVATELSKÉ DOMÁCÍ PÉČE

První kapitola této diplomové práce se bude zabývat problematikou poskytování kvalitní ošetrovatelské domácí péče převážně po stránce zdravotnické a organizační.

V moderním pojetí ošetrovatelství je péče o jedince i komunity zaměřena holisticky, chápe člověka jako celek ve zdraví i nemoci. V prvních podkapitolách bude proto stručně definováno nejprve zdraví a potom nemoc.

Společnost vyžaduje od agentur a ostatních organizací, poskytujících domácí péči, vysoký stupeň kvality. Na registrované sestry jsou kladeny nemalé profesní nároky. Ty vyplývají z nové koncepce ošetrovatelství, proto bude dále pojednáno o ošetrovatelství jako samostatném oboru, popsány jeho charakteristické rysy a cíle.

V terénní domácí péči se sestra setkává nejenom se svými pacienty, ale i s jejich příbuznými a blízkými, kteří její práci pečlivě pozorují a obracejí se na ni se svými starostmi, dotazy i sdílejí své různorodé poznatky a zkušenosti vyplývající ze soužití s nemocným. Znakem kvality domácí péče je nejenom pomoc těmto nemocným v jejich obtížích a plnění lékařských ordinací, ale sestra svým působením pomáhá vytvářet a upevňovat dobré návyky zdravého životního stylu i v okolí nemocného či jinak postiženého klienta. Proto další podkapitola bude věnována roli zdravotní sestry ve společnosti.

K dobré a kvalitní péči nepochybně patří dobrá komunikace mezi sestrou a pacienty. Důležitostí komunikace se zabývá následující podkapitola. Komunikaci bude věnována pozornost i v průběhu dalších, teologických částí práce.

1.2 ZDRAVÍ

Zdraví představuje v lidské společnosti tradičně jednu z nejvýznamnějších hodnot, uznávanou prakticky ve všech dobách a kulturách. V průběhu času se pojetí zdraví měnilo. Dnes se setkáváme s velmi pestrým pojetím zdraví. Světová zdravotnická organizace (WHO) přijala do své ústavy v roce 1947 tuto definici zdraví: *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“*¹

V roce 1984 zveřejnila WHO upravenou definici zdraví: *„Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života.“*²

Křivohlavý (2001, s. 40) definuje vztah zdraví a kvalitu zdraví s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života: *„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“*³

Zdraví nelze chápat jako něco definitivního, ale jako proces, který se mění spolu s proměnami systému organizmus – prostředí. Je tedy, pro své neustálé přizpůsobování se nárokům okolního přírodního a sociálního prostředí, dynamickou skutečností.⁴

¹ ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 15.

² Tamtéž, s. 16.

³ Tamtéž, s. 15.

⁴ Srov. tamtéž, s. 16.

1.3 NEMOC

Pojem nemoc prošel dlouhým vývojem. V posledních desetiletích se poukazuje na omezenost výslovně biologického přístupu k nemoci a požaduje se respektování také psychologických, sociálních a spirituálních dimenzí. Při vymezování tohoto pojmu je vhodné vycházet z pojetí jednoty a celistvosti organismu a prostředí. Tento přístup umožňuje chápat nemoc stejně jako zdraví v souvislosti s životními procesy člověka, které se odehrávají v systému člověk a prostředí. Nemoc potom chápeme jako poruchu tohoto systému.⁵

Nemoc znamená pro člověka radikální, někdy dočasnou, jindy trvalou změnu sociální situace a prostředí, v němž se nachází. Na tento stav reagují nemocní různě. Každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně. Abychom nemocnému porozuměli a mohli jej dobře ošetřovat, potřebujeme ho vidět jako celkového člověka. Tedy ne jen jako organizmus, ale také jako osobnost s psychickými vlastnostmi, vlastní spiritualitou a jako člena společnosti. Takovýto komplexní přístup k nemocnému člověku se nazývá *holistický přístup*.⁶

V období nemoci se mění některé potřeby. Vedle mnoha biologických potřeb, které se nemocí modifikují, mohou nastat omezení v sociálních kontaktech, spojená s pocity nejistoty a nezájmu, které dále ovlivňují duševní stav člověka, vyvolávají smutek, úzkost a berou nemocnému chuť k životu. Chronické, těžké a nevyлéčitelné onemocnění, představuje pro člověka velkou zátěž a zkoušku osobnosti. Nalézt správný přístup k vážně nemocnému, nebo dokonce umírajícímu člověku je velmi obtížné a vyžaduje od blízkých osob nemocného a od pečujících zdravotníků jednotný postup, schopnost spolupráce a vzájemné podpory při obrovském osobním nasazení a u zdravotníků navíc vrcholné profesionální dovednosti.⁷

⁵ Srov. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 16.

⁶ Srov. tamtéž, s. 19.

⁷ Srov. tamtéž, s. 23 – 31.

1.3.1 Prožívání nemoci

Každý člověk prožívá onemocnění poněkud odlišně. Určité společné znaky prožívání nemoci jsou ale typické a nacházíme je téměř u všech nemocných. Akutní nemoc, která má rychlý nástup a intenzivní průběh zpravidla člověka vyděsí. Obvykle ale rychle odezní a život pacienta se navrácí do obvyklých kolejí. Jinak je to ale s nemocí chronickou, která může mít plíživý začátek, často ale přetrvává po celý zbytek života nebo vede postupně k úmrtí pacienta. Na takovou nemoc se pacienti dlouze adaptují a ne každý se s ní dokáže plně smířit a najít smysl života a své nové sebepojetí v této náročné životní situaci. Jiní ale dokáží na změněnou situaci nahlížet pozitivně a nacházet v životě nové hodnoty, popř. svůj život přehodnotit, olitovat chyb, jichž se dopustili, odpustit jiným a smířit se s nimi i s celým životem. Tyto poznatky popisuje mj. Svatošová a týkají se převážně terminálně nemocných. U svých pacientů, zejména v hospicích, ale nejenom tam, pozoruje hledání smyslu života i v nejtěžších situacích, bilancování, pocit viny, výčitky svědomí. Uvádí, že nejlepším lékem, pomocí něhož se může pacient propracovat ke klidu, smíru a vnitřnímu pokoji je *opravdová, upřímná a poctivá lítost*.⁸

Exkurz: Boží moc působící při tělesném a duchovním uzdravování

V minulosti, v dobách, kdy bylo lidstvo souženo v morových epidemiích a dalšími utrpeními, se značně šířilo zejména uctívání čtrnácti svatých pomocníků. Ti posilovali důvěru v Boha, který může zmírnit lidskou nouzi a je ochoten stát při každém, kdo prosí o pomoc. Uctívání čtrnácti světců bylo pro středověkou lidovou zbožnost jakýmsi druhem terapie. Věřící se k Bohu modlili nejen, aby odvrátil jejich strasti a zhojil jejich rány, ale dokázali též v symbolice pomocníků, jež byli zároveň mučedníky, vidět vlastní rány, a proto je předkládali Bohu. Uctívání čtrnácti svatých pomocníků v nouzi, bylo v lidové slovesnosti po celé

⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. B. m., APPHP, 2008, s. 40 – 41.

věky dobrou a prospěšnou cestou jak proměňovat rány v perly. Lidé při něm odkrývali svoje rány a předkládali je v modlitbě Bohu. Čtrnáct pomocníků věřícím potvrdovalo, že zranění k životu patří, stejně jako nemoc nebo bezvýchodná situace, že k životu patří i strach překročit práh k novému životnímu úseku. Tím, že lidé poznávali jejich příběhy a obrazy, cítili, že nikoho od Boha nemohou odloučit ani různá poranění, ani jiné strasti a utrpení. Uctívání čtrnácti světců bylo s důvěrou, že Bůh, který proměnil jejich rány, může uzdravit a proměnit i naše.⁹

Legendy o čtrnácti svatých pomocnících jsou jakousi obraznou teologií a psychologií a přes svou historičnost zůstávají v mnohém aktuální a moderní. Je pouze zapotřebí nového pohledu, abychom lidovou moudrost dobře využili v naší době. Svatí pomocníci nás svým způsobem zvou k duchovní terapii, jež nic nevytěšňuje.¹⁰

Velké zázraky fyzického uzdravení jsou relativně vzácné. Většina nemocných se zhoubným nádorem, za které se modlíme, umírá. Většina slepých, za které se modlíme, zůstává slepými. Bůh tedy v tomto životě neuzdravuje každou fyzickou nemoc. Utrpení a oběť zaujímá velké místo v životě. Dle Herona používá Bůh k uzdravování lidí medicínu. Modlitba ze uzdravení a práce lékařů jdou ruku v ruce. Heron ale dodává, že skutečně jsme často svědky uzdravení jako odpověď na modlitbu, ať již jde o uzdravení ducha, duše či těla. Duchovní uzdravení přitom považuje za nejdůležitější oblast uzdravení vůbec. Říká, že všichni potřebujeme duchovní uzdravení a Ježíš nás chce vždy duchovně uzdravit. Věří, že Ježíš chce daleko více odpovídat na modlitby za uzdravení, i když ne každý bude uzdraven i fyzicky.¹¹

⁹ Srov. GRÜN, A. *Duchovní terapie a křesťanská tradice: Čtrnáct svatých pomocníků*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000, s. 5.

¹⁰ Srov. tamtéž, s. 74.

¹¹ Srov. HERON, B. M. *Katolická charismatická obnova. Pracovní text IV. charismatické konference v Českých Budějovicích*. Londýn: 1992, s. 17.

1.4 OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství je samostatný zdravotnický obor, samostatná vědní disciplína, která je zaměřena na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného i zdravého člověka. „*Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb nemocného člověka.*“¹²

Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako „*systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a celého společenství, v němž tito žijí, které jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu*“.¹³

Pojetí českého ošetřovatelství je v souladu s koncepcí Světové zdravotnické organizace a především se zaměřuje na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, navrácení a podporu soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Dále se zaměřuje na péči o rodinu nemocného a zabezpečení kvalitní a kvalifikované péče v domácím prostředí pacienta. Ošetřující zdravotníci pomáhají jednotlivci i rodinám uspokojovat fyziologické, psychosociální i duchovní potřeby. Součástí péče je i péče o pozůstalé.¹⁴

Nastínili jsme nyní pojem zdraví a nemoci, které oba prolínají celým lidským životem a představili ošetřovatelství jako obor, který se péčí o člověka v celém tomto rámci zabývá.

V příští podkapitole budeme věnovat pozornost roli sestry ve společnosti obecně a dále důležitosti kvalitní komunikace s pacienty.

¹² DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 7.

¹³ ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult*. Praha: Karolinum, 2002, s. 23.

¹⁴ Srov. tamtéž, s.23.

1.4.1 Role zdravotní sestry ve společnosti

Zdravotní sestry poskytují ošetrovatelskou péči jako reakci na lidské potřeby bez ohledu na sociální či ekonomickou situaci lidí, jejich vlastnosti, etnický původ nebo důvod potřeby péče.¹⁵

Sestry se zabývají člověkem jako komplexní bytostí, to je z hlediska bio-psycho-sociálního a duchovního. Jde o rozhodování na základě znalosti celé osobnosti nemocného. Tento přístup se nazývá holistický přístup. Vše, co bylo pro nemocného uděláno, musí být zaznamenáno v ošetrovatelské dokumentaci.

„Česká asociace sester přijala jako metodu ošetrovatelské praxe ošetrovatelský proces. Podporuje standardizovaný přístup k nemocnému, který zaručuje zvýšení kvality ošetrovatelské praxe.“¹⁶

Při rozhodování se a správném plánování péče musí brát sestra v úvahu především to, že pacient je lidskou bytostí se svébytnou hodnotou a důstojností a má právo na kvalitní péči, poskytovanou se zájmem, soucitem a zaměřenou na celkovou dobrou pohodu. Důležitou součástí procesu je terapeutický vztah mezi sestrou a pacientem.¹⁷

Obecně tedy lze říci, že zdravotní sestra pomáhá jednotlivci, jeho rodině a komunitě v prevenci onemocnění, během období nemoci, rekonvalescence či umírání, spolupracuje s rodinou a podává instrukce pro jednotlivé výkony prováděné v domácím prostředí. Pracuje také v terénní oblasti, což znamená zejména oblast primární a domácí péče.¹⁸

Velkou skupinu samozřejmě tvoří sestry pracující v ústavních zařízeních, o jejichž specifice zde nebude pojednáno, jelikož přesahuje rámec této práce.

¹⁵ Srov. FRY, S. T. *Etika v ošetrovatelské praxi*. B. m., Česká asociace sester, 1994, s. 72.

¹⁶ DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 7.

¹⁷ Srov. tamtéž, s. 11.

¹⁸ Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult*. Praha: Karolinum, 2002, s. 24.

1.4.2 Důležitost kvalitní komunikace s pacientem

Komunikace je při setkávání se s lidmi zdravými, nemocnými či nějakým způsobem postiženými pro zdravotní sestru velice důležitá. Již při prvním setkání s pacientem a jeho rodinou je možno správnou komunikací navodit vztah důvěry, který bude trvat po celou dobu trvání ošetrovatelské péče. Vhodně zvoleným rozhovorem je navíc možné, a často i nutné, získat údaje, nezbytné pro další, kvalitní péči. Sestra sama také poskytne pacientovi a jeho rodině nezbytné informace o tom, jakým způsobem bude péče probíhat, jak často bude pacienta navštěvovat a co můžou obě strany od těchto návštěv očekávat. Je důležité pacientovi poskytnout informace ve formě, které rozumí a brát přitom v úvahu i možné překážky v komunikaci. Těchto překážek může být celá řada, např. zhoršený sluch pacienta či poškozená vyjadřovací schopnost po prodělané cévní mozkové příhodě. Obecně platí, že s každým pacientem se má jednat zdvořile a ohleduplně, respektovat jeho důstojnost a soukromí, naslouchat pacientovi a respektovat jeho názory a respektovat a chránit důvěrné informace.¹⁹ Dále platí, že verbální vyjadřování by nemělo být v rozporu s neverbálním. Tento rozpor narušuje důvěryhodnost.

„Pacientovy představy by měly být známy a porozumění by mělo být efektivně zkontrolováno. Etickým důvodem k dosahování sdíleného porozumění je respekt k jedinci.“²⁰

Při rozhovoru s pacientem je dobré brát v úvahu, že se člověk vlivem nemoci mění. Tato změna bývá zpravidla směrem k negativním emocím, které doprovázejí bolest, obavy, úzkost a strach. Pro ošetřujícího je to vždy výzva k hledání vhodných forem komunikace, aby se dosáhlo vzájemného porozumění a rozhovor současně přinesl pacientovi úlevu. O vedení pastýřského rozhovoru bude více pojednáno v další části této práce.

¹⁹ Srov. TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře: Jak získat důvěru pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 126.

²⁰ Tamtéž, s. 123.

1.4.2.1 Několik dalších zásad pro vedení rozhovoru s nemocným

V teologicky inspirované sociální práci se klade důraz na vedení pastýřského rozhovoru. Kvalita vedení rozhovoru je důležitá i v domácí ošetrovatelské péči. Při každé návštěvě pacienta v domácnosti, sestra zvolí vhodnou formu komunikace podle individuální situace pacienta.

- Do nemocného se snažíme vcítit, lépe tak pochopíme jeho chování. Empatie hraje v komunikaci s nemocnými důležitou roli.
- Nemocného k rozhovoru povzbuzujeme.
- Závažnější rozhovor si musíme dobře načasovat.
- Neklademe nemocnému více otázek najednou.
- Nemocného v rozhovoru neodsuzujeme za něco, co řekl nebo udělal, jeho přání a názory respektujeme.
- Nenutíme nemocnému svou vlastní představu o tom, jak by se měl cítit.
- Pacientovi necháme dostatek prostoru pro jeho vyjádření.
- Pamatujeme, že i mlčení patří k verbální komunikaci.
- Pokud někdo používá naslouchadla, nezapomeneme mu je před rozhovorem nasadit.
- Jestliže člověk nemůže hovořit, ale může psát, poskytneme mu tužku a papír nebo tabulku s křídou. Můžeme zde být tvořiví.²¹

V rozhovoru dále hraje roli vedle slov a emocí i tzv. mimoslovní sdělení. Patří sem výraz obličeje, hlavně očí, postoj těla, vzdálenost, natočení se, gesta, a další prvky neverbální komunikace. Vztahu vzájemné důvěry a přátelství se ošetřujícím podaří dosáhnout tehdy, když se co nejpřesněji a nejplněji pokusí porozumět jak se pacient skutečně cítí, co ho trápí, s čím si neví rady, z čeho má strach, co si přeje, atp.²² Je úkolem každého pečujícího najít vhodný způsob komunikace se svěřenými pacienty.

²¹ Srov. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 13 – 15.

²² Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, s. 16 – 17.

1.4.2.2 Zvláštnosti vedení rozhovoru s umírajícím člověkem

Doprovázet těžce nemocného posledním úsekem jeho života patří k nejnáročnějším činnostem všech pečujících. Je proto velmi důležité být na tuto nesnadnou, ale vysoce záslužnou činnost dobře připraveni. Přitom nejde jen o správnou techniku ošetřování, ale také o umění správně s nemocným komunikovat. Neznalostí vhodné komunikace je možno nemocnému snadno ublížit. Nejrozšířenější chybou je stále ještě tzv. „milosrdná lež“. Druhým nevhodným extrémem je neomaleně, tvrdě a bez přípravy vyřčená „pravda“. Mezi těmito dvěma extrémy je velmi široké rozmezí. Situace jednotlivých lidí se od sebe navzájem liší, stejně jako se liší i osobnostní vlastnosti konkrétních jednotlivců. Je vždy tedy nutno pečlivě a citlivě vážit slova pronesená před nemocným.

*„Pravda má být řečena tak, jak ji může nemocný snést a jak se mu může v životě stát poslední pomocí. Nikdy nesmí zásadně vyloučit naději na uzdravení a ještě méně na spásu, tj. na život v plnosti, který zaslíbil milující Bůh svým dětem.“*²³

E. Kübler-Ross odpovídá na otázku, kdy je nejvhodnější začít s nemocným mluvit o smrti a na základě svých četných zkušeností doporučuje: *„Neotvírejte před nemocným tento problém sami od sebe. Vyčkejte, až sám nastolí téma smrti a umírání. Bude-li hovořit o bolesti, hovořte o jeho bolesti. Jestliže vyjádří strach ze smrti, usedněte, vyslechněte ho a zeptejte se ho, z čeho konkrétně má obavy.“*²⁴

Nemocnému má být uchována naděje. V komunikaci s ním má být váženo každé slovo. Jediné nešetrné slovo nebo chyba v mimoslovní komunikaci může způsobit pochybnost a nemocného připravit o naději. Nemělo by se nikdy říkat, že je situace beznadějná. Lze ale po pravdě přiznat, že je situace vážná. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoliv na beznaději.

²³ STOFF, G. *Dobré slovo u lůžka nemocných*. Kostelní Vydří: Karmelitánské naklad., 1994, s. 60.

²⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vyd., APHPP, 2008, s. 16.

1.5 DOMÁCÍ PÉČE

Komplexní domácí péče představuje otevřený systém individuální péče, zaměřený na podporu zdraví, prevenci a léčbu nemocí a rehabilitaci. Zdravotnické služby v rámci domácí péče řadíme do oblasti primární péče a zahrnují v sobě poskytování léčebných a ošetrovatelských úkonů v domácím prostředí. Tato terénní služba je poskytována zejména osobám, kteří mají z důvodu věku, nemoci nebo handicapu, sníženou soběstačnost, ale jejichž zdravotní stav i sociální podmínky umožňují, aby nadále zůstali ve svém domácím prostředí.

Cílem domácí péče je „vytvořit pro starého, nemocného a imobilního člověka klidné a příjemné prostředí a dorozumět se s ním“.²⁵ V současné době se také pomalu a postupně objevuje snaha postarat se doma o člověka umírajícího. Kvalitní profesionální péče je zde velkou pomocí pečující rodině.

V této práci se budeme zamýšlet nad tím, jak je možné domácí ošetrovatelskou péči co nejvíce zkvalitnit a kvalitu udržet. Na sestry jsou kladeny požadavky vyplývající z koncepce ošetrovatelské profese, jak již bylo napsáno výše. Dále je pro kvalitu nutné znát a dodržovat etické zásady vyplývající z etického kodexu sester a řídit se platnými standardy vydanými ministerstvem zdravotnictví. Ve třetí části této práce budeme hledat teologické impulsy, které mohou mít na kvalitu péče a celkový postoj k ní, příznivý vliv.

V domácím prostředí mohou být ošetřováni lidé, kteří k tomu mají bytové podmínky, jsou schopni přebývat alespoň část dne sami, nebo mají při sobě jiného blízkého člověka a jejich zdravotní stav je stabilizovaný. Nejčastěji se klienty agentur domácí péče stávají senioři. Další velkou skupinou jsou lidé mladšího věku, kteří jsou většinou těžce tělesně postiženi. Kvalitní domácí péčí je pro tyto občany, kteří by jinak byli odkázáni na ústavní zařízení, možné žít doma, ve vlastním bytě, se svou rodinou. U těchto klientů kvalitu péče podstatně zvýší

²⁵ HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 13.

používání vhodných kompenzačních pomůcek. Sestra by měla umět správně určit klientovy problémy a doporučit, které kompenzační pomůcky je třeba zajistit.

Pro klienty s omezenou hybností je velkou pomocí vhodné polohovací lůžko, mechanický nebo elektrický vozík, hydraulický nebo elektrický zvedák umožňující snadný přesun pacienta z lůžka na vozík, do vany, apod. Některé pomůcky je také možno zapůjčit na základnách agentur domácí péče. Jednotlivé charitní a soukromé domácí péče mají vybavený sklad těchto předmětů, dle svých možností a půjčují je za nízký poplatek na různě dlouhou dobu. I toto je jeden ze způsobů, jak učinit péči pro klienty a jejich rodiny co nejefektivnější.

Ošetrovatelská péče v domácím prostředí klienta musí být vždy ordinovaná příslušným ošetřujícím, nejčastěji praktickým lékařem. Jedná se o odbornou péči, poskytovanou registrovanými sestrami a je plně hrazena zdravotními pojišťovkami. Cílovou skupinou jsou klienti bez rozdílu věku, jejichž onemocnění nevyžaduje akutní lékařskou péči a mohou proto zůstat co nejdéle doma.²⁶ Možnost setrvat co nejdéle ve svém vlastním prostředí má řadu výhod, nemocný není traumatizován odloučením od domova a svých blízkých, nehrozí zde riziko nemocničních, tzv. nozokomiálních nákaz a tím dalších komplikací, rodina je vedena ke svépomoci a též ekonomické náklady na vynaloženou péči se snižují.²⁷

Ošetrovatelskou péči je možné u vybraných klientů vhodně kombinovat s pečovatelskou službou. Tato propojenost velmi dobře funguje u městských a farních charit, poskytujících domácí péči zejména seniorům. Vhodné je též zapojení rodinných příslušníků klientů a dobrovolníků. Pro dobrou kvalitu péče je někdy třeba pečovat i o potřeby pečujících členů rodiny a jejich vedení.

²⁶ Srov. *Městská charita České Budějovice: Výroční zpráva 2008*. České Budějovice: b.n., 2009, s. 6

²⁷ Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult*. Praha: Karolinum, 2002, s. 78.

1.5.1 Rozsah ošetrovatelské domácí péče

Registrované zdravotní sestry poskytují v domácím prostředí klienta základní i odbornou ošetrovatelskou péči.

- *Základní péče* v sobě zahrnuje zajištění osobní hygieny u nesoběstačných pacientů, dopomoc s osobní hygienou, oblékáním, obutím, jídlom a pitím u pacientů částečně soběstačných. Dále např. péče o lůžko a polohování imobilních pacientů. Tato péče se prakticky shoduje s péčí sociální, zajišťovanou pečovatelskou složkou a osobní asistencí.
- *Odborná péče*, kam patří hodnocení celkového stavu pacienta, monitorování základních životních funkcí, jako je tělesná teplota, tepová a dechová frekvence, krevní tlak, měření hladiny krevního cukru – glykemie, převazy, příprava a podávání léků, odběry krve a dalšího biologického materiálu, aplikace injekcí, infuzí, péče o stomie, prevence a léčba dekubitů a ošetrovatelská rehabilitace.²⁸
- Speciální složkou je *domácí paliativní péče*, která je indikována u nevléčitelně těžce nemocných pacientů v terminálním stadiu choroby. Tato péče je poskytována speciálně edukovanými pracovníky a je nejčastěji zřizována při lůžkových hospicích. Může fungovat i samostatně, jako např. domácí hospic „Cesta domů“ v Praze.

V rámci domácí paliativní péče musí být zabezpečeno především zvládnutí bolesti, zmírňování doprovodných symptomů onemocnění, jako např. nevolnost, závratě, apod. a samozřejmostí je i péče o duchovní dimenzi člověka. Po pacientově smrti bývá zajištěna přechodně i péče o pozůstalé. Takováto péče již vyžaduje multidisciplinární týmovou spolupráci.²⁹

²⁸ Srov. *Městská charita České Budějovice: Výroční zpráva 2008*. České Budějovice: b.n., 2009, s. 6

²⁹ Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult.*. Praha: Karolinum, 2002, s. 79.

1.5.2 Efektivita komplexní domácí péče

Česká domácí péče v tom rozsahu jak ji dnes známe, zaznamenala řadu organizačních a strukturálních změn, které byly vždy orientovány zejména na kvalitu poskytnuté péče. Z Popelky, která byla často přehlížena, podceňována a zaměňována s jinými formami péče, se stala uznávanou, vysoce hodnocenou a integrovanou, která má svou budoucnost zejména v oblasti komunitních forem péče.

Komplexní domácí péče je organizována formou horizontálního managementu, kde každý člen týmu má svou osobní odpovědnost za kvalitu, rozsah a plánování péče. Přenos a analýza informací se odehrává přímo mezi klientem a konkrétním pracovníkem. Jednotliví členové týmu tvoří funkční celek, který je organizován dle aktuálních potřeb klienta. Základním slovem vyjadřujícím horizontální management je – odpovědnost.³⁰

K tomu, aby byla komplexní domácí péče efektivní, je potřeba ji dobře naplánovat. V procesu plánování je základním předpokladem úspěchu vytvoření vztahu důvěry mezi klientem a členem týmu, nejčastěji sestrou. U té je očekáván vysoký stupeň profesionality, umožňující mj. rychlou adaptaci na různé nečekané situace, které jsou s poskytováním péče spojeny.³¹

Profesionalita a kvalita v komplexní domácí péči znamenají profesionální anamnestiku, profesionální diagnostiku a na jejich základě profesionální plánování a profesionální aplikaci péče. Všechny tyto fáze jsou předpokladem pro objektivní posouzení potřeb klienta a nasazení lidských zdrojů i finančních prostředků pro jejich saturaci.³²

³⁰Srov. MISCONIOVÁ, B. *Management Komplexní domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče České republiky, 1998, s. 4 - 5.

³¹Srov. tamtéž, s. 69.

³²Srov. tamtéž, s. 22.

1.5.3 Proces plánování komplexní domácí péče

Jak již bylo výše uvedeno, pro poskytnutí kvalitní a efektivní péče v domácím prostředí klienta – pacienta, je potřeba péči dobře naplánovat. Celý proces plánování je možno rozfázovat do šesti po sobě následujících kroků, které na sebe plynule navazují.

I. Anamnéza

Sesterská anamnéza v sobě zahrnuje sběr takových údajů o pacientovi, které jsou významné z ošetřovatelského hlediska. V této fázi také sestra s klientem navazuje vztah a získává si jeho důvěru.

II. Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelská diagnóza představuje formulování pacientova problému, který je třeba řešit a pro jehož řešení je sestra kompetentní. Ošetřovatelská diagnóza může být aktuální, kdy problém již nastal, nebo tzv. potencionální, kdy existuje jisté riziko a vhodnými intervencemi se snažíme problému předejít. Např. riziko pádu, riziko dehydratace, apod.

III. Určení cílů

Cíle, kterých se má dosáhnout je vhodné určovat společně s klientem. Dělíme je na cíle dlouhodobé, jejichž řešení je záležitostí dlouhodobou, někdy i trvalou a cíle krátkodobé, jichž je možno dosáhnout v relativně kratším časovém úseku. Všechny cíle by měly být realistické a měly by v sobě obsahovat kriteria, podle nichž by bylo možno měřit, jak dalece se nám daří cíle dosáhnout.

IV. Vlastní plánování péče

Na základě získaných informací o pacientovi, stanovení jeho aktuálních a potencionálních problémů a určení cílů, sestra sestaví plán ošetřovatelské péče. Součástí plánu může být i zapojení dalších osob do péče o pacienta. Nejčastěji to jsou rodinní příslušníci, ale může to být i jiný odborník, např. sociální pracovník, duchovní a další. Plán péče je dobré pravidelně, v určitých, předem stanovených intervalech, vyhodnocovat a aktualizovat, s přihlédnutím na nově vzniklé okolnosti.

V. *Aplikace*

Toto je již fáze vlastní realizace plánovaných opatření, provedení komplexní domácí péče. Spadají sem všechny provedené terapeutické a diagnostické výkony, edukace pacienta a jeho rodinných příslušníků, nácvik sebeobsluhy, vytvoření nových návyků při změněném zdravotním stavu, obzvláště jedná-li se o změny trvalé, a psychická podpora. Všechny intervence musí být provedeny bezpečně a v souladu s platnými ošetrovatelskými standardy.

VI. *Zhodnocení*

V závěrečné fázi ošetrovatelského procesu se vyhodnotí úspěšnost plnění plánu péče. Výsledky, kterých bylo dosaženo se porovnávají se stanovenými cíli. Určuje se zda se cíl podařilo, nepodařilo nebo podařilo částečně naplnit a podle toho se stanoví další postup. Celý proces se tak v podstatě opakuje.³³ Klienti, kteří ztrácejí motivaci a vůli ke spolupráci, často potřebují povzbuzení. Sestra pomáhá v domácím prostředí vytvořit přátelské a povzbudivé okolí, které jim dodá odvalu k tělesné a duševní aktivitě a udržení sociálních kontaktů.³⁴

Práce registrované sestry metodou ošetrovatelského procesu se již stává normou, která má své zakořenění v současné legislativě. „*Vzhledem k tomu, že ošetrovatelský proces je základem ošetrovatelských úkonů, je jádrem ošetrovatelství (...) a základem pro činnost sestry.*“³⁵

„*Smysl stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči, dovolí pacientovi podílet se na péči.*“³⁶

³³ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Management Komplexní domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče České republiky, 1998, s. 68 – 70.

³⁴ Srov. *Kvalita a efektivita domácí péče. Sborník příspěvků 3. mezinárodní konference sester domácí péče.* Brno: NCO NZO, 2005. s. 15.

³⁵ DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 12 – 13.

³⁶ ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult.* Praha: Karolinum, 2002, s. 30.

1.5.4 Potřeby klientů a pečujících v domácí péči

Poznání lidských potřeb je důležité proto, abychom při setkávání, komunikaci a práci s nimi uměli správně pochopit jejich postoje, prožívání, chování a jednání. Pro kvalitní domácí péči je důležité znát potřeby klientů přijímajících péči i potřeby těch, kdo péči poskytují. To jsou především zdravotní sestry pracující v terénní službě a potom také rodinní příslušníci pečující o pacienta v domácnosti. Poznáme-li dobře potřeby nemocných, můžeme jim věnovat kvalitnější péči, lépe péči plánovat a s nemocnými celkově lépe komunikovat. Poznání potřeb pečujících a věnování potřebné péče také jim napomůže v jejich motivaci při náročné službě a může hrát důležitou roli v předcházení syndromu vyhoření.

Americký psycholog Maslow sestavil lidské potřeby do sedmi stupňů, do známé „pyramidy potřeb“. Jednotlivé stupně po sobě následují v tomto pořadí:

1. Potřeby fyziologické.
2. Potřeby jistoty a bezpečí.
3. Potřeby sounáležitosti a lásky.
4. Potřeby uznání a sebeúcty.
5. Potřeby kognitivní.
6. Potřeby estetické.
7. Potřeby seberealizace.³⁷

V době nemoci je většina těchto potřeb frustrována. Na ošetřujících je, aby se snažili pacientovy potřeby poznat a v mezích možnosti co nejlépe uspokojovat. Spokojenost pacienta je jedním z nejvýznamnějších ukazatelů kvality poskytované péče. Také lidé v okolí pacienta, kteří prožívají jeho těžkou situaci s ním, bývají vyčerpaní a v mnohých svých potřebách deprivováni. Je třeba, aby se pomoci a podpory dostalo i jim, protože pokud by se u nich začaly objevovat známky syndromu vyhoření, hrozí, že péče ztratí na kvalitě. O syndromu vyhoření bude podrobněji pojednáno níže.

³⁷ Srov. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 130.

1.5.4.1 Potřeby nemocných

Oproti Maslowově pyramidě lidských potřeb, sestávající ze sedmi dimenzí, sestavila dr. Marie Svatošová model potřeb nemocných, zahrnující dimenze čtyři, které plně odpovídají holistickému pohledu na člověka.

1. Potřeby biologické

Mezi biologické potřeby patří všechno, co potřebuje nemocné tělo. Jedná se zejména o příjem potravy a tekutin, vyprazdňování, dýchání, spánek, potřeba tišit bolest a mít přiměřenou aktivitu.

2. Potřeby psychologické

K psychologickým potřebám patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Vychází se zde z poznání, že člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat. Důležitou roli zaujímá i mimoslovní komunikace. Dále potřebuje nemocný pocit bezpečí. To zahrnuje i důležitost sdělení pravdy, avšak podle zásady říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Málo lidí ví, jak důležitá je komunikace s pacientem v agonii. Pacient, který často již není schopen mluvit, je většinou schopen slyšet a vnímat, co se kolem něj děje. V této oblasti se stále ještě často chybí a tím současně klesá celková kvalita péče o pacienty v terminálním stavu.

3. Potřeby sociální

Nemocní často trpí sociální izolací. V těžkém období nemoci nebo ve stáří tyto lidé potřebují možná více než kdy jindy mít kolem sebe své blízké, rodinu, příbuzné, přátele, kteří při nich stojí v náročném, často závěrečném úseku života. V domácí ošetrovatelské péči tuto roli blízkých osob často sehrají sestřičky z charity, které za nemocným pravidelně docházejí.

4. *Potřeby spirituální*

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacientů více méně tabu. Mnoho lidí se proto stále ještě domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Je to jen částečná pravda. Věřící mají své duchovní potřeby, většinou ale ví, jak je uspokojovat. Lidé, kteří z víry nežijí se často až v průběhu vážné nemoci začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu života, zejména smyslu svého vlastního života. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze.³⁸ Tímto tématem se budeme ještě dále zabývat níže.

1.5.4.2 *Potřeby pečujících*

Každý, kdo pečuje o dlouhodobě nebo těžce nemocného člověka, ať už je to profesionální zdravotník nebo laik, to nemá jednoduché. Aby zachoval kvalitu poskytované péče a přitom se sám zcela nevyčerpal, potřebuje také umět relaxovat. Nejlépe je, pokud pečující má i pro sebe nějaké chápající zázemí, kde se jemu samému dostane podpory a kde si může dostatečně odpočinout. Vyčerpaný pečovatel nejen poškozují své vlastní zdraví, ale nemůže pak ani dobře pečovat o svého nemocného. Je tedy nutné, aby se každý doprovázející naučil energii nejen vydávat, ale také doplňovat. Musí dostatečně jíst a spát, občas také změnit prostředí, odreagovat se třeba se i od srdce zasmát.³⁹

Blízcí příbuzní umírajících pacientů sami potřebují být doprovázeni. I jim je třeba pomoci propracovat se ke smíření, k akceptaci, a to pokud možno co nejdříve, aby zbývající čas mohli spolu s nemocným prožít co nejplněji.⁴⁰ Je dobré, mohou-li se podělit o své obavy, a když nepotlačují v sobě své pocity. Tato speciální péče o pozůstalé se nyní rozvíjí především v hospicích. Je možné ji ale uplatňovat i v běžné domácí péči.

³⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. B. m., APPHP, 2008, s. 19 - 21.

³⁹ Srov. tamtéž, s. 75.

⁴⁰ Srov. tamtéž, s. 130.

1.5.5 Shrnutí domácí péče

V předchozích kapitolách jsme se zabývali obecně domácí péčí, abychom tento způsob péče přiblížili a nastínili jeho význam, poslání a hlavní charakteristiky. Domácí péči se budeme věnovat v průběhu celé této práce, resp. tím, jak ji učinit co možná nejkvalitnější a nejpřínosnější pro její příjemce a jak k zajištění této kvality motivovat její poskytovatele.

O potřebách nemocných bylo pojednáno proto, že jejich znalost a správné určení je pro kvalitní péči zásadní. Potřeby pečujících také není možno zanedbávat, u pečujících vzniká riziko vyčerpání a syndromu vyhoření, o kterém bude pojednáno dále.

Další kapitola pojednává o ošetrovatelské etice, která je nedílnou součástí ošetrovatelské praxe a prolíná tudíž i celou domácí péčí.

Dále bude pojednáno o charitě, především o organizaci Charita Česká republika, která slouží jako významný poskytovatel ošetrovatelské domácí péče a pečovatelské služby. V rámci charitní péče zejména, je prostor pro uplatňování teologických impulsů, díky nimž je možno domácí péči zkvalitňovat. Poukázání na provázanost teologických aspektů s kvalitou služeb je zase důležité vzhledem k cíli celé této práce.

1.6 ROLE OŠETŘOVATELSKÉ ETIKY V KVALITNÍ DOMÁCÍ PÉČI

1.6.1 Vymezení ošetřovatelské etiky

Ošetřovatelská etika se zabývá etickými problémy všech ošetřovatelských aktivit a je součástí zdravotnické a společenské etiky.⁴¹ Pro kvalitní domácí péči je velmi důležité, aby sestra pracující v terénu samostatně, tyto etické principy dobře znala a řídila se jimi. Často se totiž dostává do situací, kdy se musí sama rozhodnout jak se zachovat, co říci, jak jednat a to i za náročných okolností. Kvalita péče tedy s etickými zásadami souvisí. Etické principy musí být vždy zachovány, i když jejich aplikace může v terénu být velmi různorodá.

Chování a jednání zdravotnických pracovníků by se mělo řídit obecně platnými etickými a morálními zásadami vycházejícími z obecně platných etických principů, etických zásad, zdravotnické etiky a morálky. Zdravotnická etika pomáhá pochopit morální dimenze našeho jednání a chování v jakékoliv formě a v jakémkoliv způsobu péče o člověka v oblasti prevence, léčby, rekonvalescence i umírání. Od lékařů, sester a ostatních poskytovatelů péče o nemocné společnost očekává takové projevy chování a jednání, jež jsou v souladu s normami typickými pro tuto skupinu. Jako norma slouží etické principy, což jsou základní hlediska nebo stanoviska. Etický princip určuje směr v chování a jednání člověka. Ve zdravotnickém povolání se projevuje především v profesionálním chování, dodržování vlastních morálních hodnot, v úctě k člověku a k potřebám nemocných.

Základní principy etiky pro zdravotnické pracovníky jsou obecně nejdiskutovanějšími etickými principy. Patří mezi ně otázka autonomie nemocných, otázka limitů v poskytování péče, otázka plnění svěřených úkolů – zda dávat ze sebe i něco navíc, otázka spravedlnosti, pravdomluvnosti vůči pacientům, problematika eutanazie a asistované sebevraždy a mnohé další.⁴²

⁴¹ Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult.* Praha: Karolinum, 2002, s. 30.

⁴² Srov. tamtéž, s. 27 – 29.

V ošetrovateľskej etike je dôležité porozumieť obecnému pojetiu etiky a tradíciám, v nichž dochádza k etickému rozhodovaniu. Etika je disciplína, ktorá poskytuje teoretické prístupy pro etické rozhodovanie. Predmet etiky, metódy argumentácie používané v etických pojednaniach a etické princípy a pravidlá obsažené v rôznych etických teoriách pochádzajú z bohatej historickej a filozofickej tradície. Praxe v ošetrovatelstve vyžaduje osvojiť si teoretické základy tradičnej i súčasnej etiky. Sestry by mali vedieť aplikovať tradičné etické princípy v ošetrovateľskej praxi a brať pritom v úvahu ako etiku vo vlastnej starostlivosť, tak i etiku promítajúcu sa do medziľudských vzťahov. Použitie oboch prístupov pri riešení etických otázok súvisiacich s starostlivosťou o pacientov obohacuje ošetrovateľskú prax. *„Znalosťmi ošetrovateľskej etiky v starostlivosť o pacientov prispievajú sestry k rozvoju bioetiky ako disciplíny a stávajú sa účinnými činiteľmi v kvalite systému zdravotní starostlivosť svojej zeme.“*⁴³

Gadow (1985) uvádza, že *„ošetrovateľská etika dáva starostlivosť hodnotu, jež podporuje a ochraňuje ľudskú dôstojnosť pacientov, ktorým sa starostlivosť poskytuje“*.⁴⁴ Z tejto koncepcie vychádza Watson (1985): *„Starostlivosť je základom ľudskosti v ošetrovatelstve. Prináša povinnosť sestry chrániť ľudskú dôstojnosť a udržať ľudskosť. Starostlivosť je tiež profesionálny ideál, ktorý v ošetrovateľskej profesii ovplyvňuje činnosť, charakteristickú pro ľudskú civilizáciu.“*⁴⁵

Watson (1985) pohliži na starostlivosť ako na fenomén, ktorý sa vyskytuje vo spoločnosti, aby sloužil ľudským potrebám, Gadow (1985) vníma starostlivosť ako prostriedok k ochrane ľudskej dôstojnosti pacientov. Oba pohľady dávajú starostlivosť morálny význam tým, že ju demonštrujú ako ideál pro všetkých, ktorí majú povinnosť sloužiť potrebám ostatných. Práca sestier a profesie ošetrovatelstve sú proto silne spojené s morálnymi a spoločenskými ideálmi.⁴⁶ Jejich naplňovanie bedlivo pozorujú jednak sami pacienti a potom i jejich okolie, ve ktorom sa sestra pri poskytovaní domácej starostlivosť pohybuje.

⁴³ FRY, S. T. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. B. m., Česká asociácia sestier, 1994, s. 16.

⁴⁴ Tamtéž, s. 15.

⁴⁵ Tamtéž, s. 15.

⁴⁶ Srov. tamtéž s. 16.

1.6.2 Hlavní požadavky ošetrovatelské etiky

Sestra nese odpovědnost za to, že poskytovaná péče bude v souladu se standardy praxe a morálními normami. Za to co bylo nebo nebylo při poskytování péče vykonáno, je odpovědná pacientovi, profesi, zaměstnavateli a společnosti. Na tom, jak sestry v praxi plní své povinnosti a jak jsou zodpovědné, závisí důvěra veřejnosti k sestřské profesi. Veřejnost si vytváří obraz o ošetrovatelské praxi podle toho, jak v ní jsou aplikovány etické zásady a dodržovány odborné standardy a normy.

Z etického kodexu sester, který v roce 1973 přijala Mezinárodní rada sester vyplývají pro sestry čtyři hlavní oblasti zodpovědnosti:

1. Podporovat zdraví
2. Předcházet onemocněním
3. Navracet zdraví
4. Zmírňovat utrpení⁴⁷

Kodexy ošetrovatelské etiky poskytují mnoho návodů k ošetrovatelské činnosti v optimálních podmínkách. Nebyly však vytvořeny tak, aby poskytovaly jednoduché odpovědi na komplexní otázky z oblasti etiky, se kterými se člověk může setkat v různých situacích. Aplikaci etiky v ošetrovatelství mohou ovlivňovat také různé sociální, kulturní a politické faktory. Aby se sestra mohla správně rozhodnout, jaké kroky by měla v péči o určitého pacienta učinit, musí aplikovat svoje znalosti etiky v kontextu situace, ve které se právě nachází.⁴⁸

Do oblasti zdravotnické etiky patří v neposlední řadě právo každého člověka na důstojnou smrt. Na základě tohoto základního etického principu se rozvíjí myšlenka hospice a celé hospicové hnutí.⁴⁹

⁴⁷ Srov. FRY, S. T. *Etika v ošetrovatelské praxi*. B. m., Česká asociace sester, 1994, s. 29.

⁴⁸ Srov. tamtéž s. 60.

⁴⁹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. B. m., APPHP, 2008, s. 115.

1.6.3 Etický kodex sester

Etický kodex sester byl přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1973. Vyjadřuje základní standard pro jednání sester s pacientem a jeho rodinou, má kapitoly zaměřené též na profesionalitu v ošetrovatelské praxi.⁵⁰

- Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.
- Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.
- Sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.
- Sestra při poskytování péče respektuje životní hodnoty a obyčeje jednotlivce i jeho právo na sebeurčení.
- Sestra přijímá osobní odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetrování a za následné chování.
- Sestra uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností při vyhledávání konzultace, při přijímání a předávání sesterské činnosti jiným.
- Sestra usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezích možností dané situace.
- Sestra spolupracuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přínos a vyvíjí úsilí o patřičnou úroveň morálních vztahů zdravotnického týmu.

⁵⁰ ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult.*. Praha: Karolinum, 2002, s. 30.

- Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péči, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice či jejímu svědomí.
- Sestra na sebe klade při výkonu povolání vždy nejvyšší požadavky.
- Sestra má pro výkon své profese morální předpoklady a příslušné odborné znalosti a využívá každé vhodné příležitosti k udržení a ke zvýšení profesionálních znalostí a způsobilosti.
- Sestra svým příkladným chováním hraje velkou roli při zavádění žádoucích mravních zásad a kritérií do ošetrovatelské praxe.
- Sestra se podílí prostřednictvím profesní organizace na vytvoření, uskutečňování a zlepšování vhodných sociálních, ekonomických a pracovních podmínek v ošetrovatelství.
- Sestra se aktivně podílí na úsilí zdravotnictví chránit a uskutečňovat vysokou kvalitu sesterské péče.
- Sestra se se spoluobčany a ostatními zdravotníky zodpovědně podílí na iniciativním uspokojování bio-psycho-sociálně-ekologických potřeb veřejnosti.
- Sestra se podílí na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.
- Sestra svým životním stylem ovlivňuje tradice a zvyky společnosti, v níž žije a pracuje.⁵¹

Pozn.: Kromě etického kodexu sester je v domácí péči, která je provozována křesťanskou církví, platný ještě Kodex charitativního pracovníka. S etickým kodexem má mnoho společného. Navíc jsou zde zvýrazněny principy křesťanského pohledu na člověka a křesťanské lásky.

⁵¹ *Etický kodex sester* [online]. Vsetín: Nemocnice Vsetín, 2010. Dostupné na WWW:<<http://www.nemocnice-vs.cz?sekce=o-nemocnici&text=osetrotatelstvi&podtext=eticky-kodex-sester>>.

1.7 VÝZNAM CHARITY V POSKYTOVÁNÍ KVALITNÍ DOMÁCÍ PÉČE

Nezisková humanitní organizace Charita Česká republika je největším nestátním poskytovatelem sociálních a zdravotních služeb. Jejím krédem je pomoci bližním v nouzi, bez ohledu na jejich příslušnost k rase, národnosti a náboženství. Charita v České republice provozuje zejména *Charitní ošetřovatelskou službu – agentury domácí péče*. Dále provozuje Charitní pečovatelskou službu, která může i nemusí s ošetřovatelskou službou sdílet společné zázemí a management. Přímý vedoucí pracovník zdravotních sester je vrchní sestra a přímý nadřízený pečovatelů a pečovatelek je sociální pracovník. Charita si klade za cíl *„poskytování kvalitních a komplexních služeb svým klientům na základě principů křesťanské lásky k bližnímu a na základě standardů kvality sociálních služeb“*.⁵²

Byla to právě Česká katolická charita, která dala v březnu 1990 vznik prvnímu středisku ošetřovatelské domácí péče. V roce 1991 těchto středisek bylo již v Čechách 25. Od té doby počet agentur domácí péče, státních i nestátních, rychle narůstá.

Charitní pečovatelská služba poskytuje sociální služby seniorům a nemocným občanům v každodenních záležitostech běžného života. Za cíl si klade *„usnadnit lidem důstojný podzim života v jejich přirozeném domácím prostředí, zlepšit a udržet kvalitu života – podporovat je v zachování přiměřené soběstačnosti, motivovat v úsilí o samostatnost, podporovat udržení sociálních vazeb s jejich rodinami a blízkými osobami“*.⁵³

⁵² *Městská charita České Budějovice: Výroční zpráva 2008*. České Budějovice: b.n., 2009, s. 4.

⁵³ Tamtéž, s. 7.

1.7.1 O koho Charita pečuje

Charita Česká republika v naší republice kromě domácí ošetrovatelské a pečovatelské služby dále provozuje: domovy pro seniory, poradny, týdenní a denní stacionáře, denní a kontaktní centra, chráněné dílny, chráněné bydlení, osobní asistenci, hospice pro těžce nemocné, humanitární pomoc a azylové domy pro matky s dětmi a sociálně slabé rodiny.⁵⁴

Nejvíce zastoupenou skupinou klientů Charity jsou osamělí senioři. Je to proto, že je to vedle dětí, skupina nejkřehčích a nejzranitelnějších občanů. Ne ani tak ti, kteří žijí obklopeni láskyplným a pečujícím prostředím svých blízkých, ale právě ti osamělí. Osamělí mohou být zčásti nebo zcela. Důvodem tohoto osamění je buď fakt, že opravdu nikoho nemají, nebo se o ně jejich příbuzní z různých důvodů nemohou nebo nechtějí postarat. V rámci komplexní domácí péče, což je otevřený systém individuální péče, ve kterém jsou integrovány zdravotní, sociální i laické složky,⁵⁵ je jim poskytována péče v rozsahu, který vychází z jejich aktuálních potřeb v těchto třech oblastech:

- 1) Odborná zdravotní péče (léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační atd.), jejíž rozsah určuje indikace ošetrujícího lékaře.
- 2) Sociální péče a pomoc (pečovatelská, sociální dávky, řešení sociálních handicapů a krizí atd.), jejíž rozsah určuje sociální pracovník.
- 3) Laická péče (poskytovaná nejčastěji dobrovolníky).⁵⁶

Klientům je nabízena komplexní forma péče. To znamená, že smysluplné aktivity by měly kompenzovat jejich stav v oblasti zdravotní, sociální a v oblasti spirituálních potřeb.⁵⁷

⁵⁴ Caritas: *Adresář charitních agentur domácí péče*. B. m., b. n., 2009, s. 4.

⁵⁵ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Management Komplexní domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče České republiky, 1998, s. 14.

⁵⁶ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče, rok neuveden, s. 1.

⁵⁷ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Management Komplexní domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče České republiky, 1998, s. 15.

1.7.2 Poslání charitní služby

Posláním Charity je uvádět do života křesťanskou lásku, která slouží potřebným. Víru máme ukazovat především svými skutky. „*A dobrý strom se poznává podle ovoce. Křesťanské společenství poznáváme podle toho, že v něm nikdo nemá nedostatek, což neznamenaá bohatství, ale přítomnost lásky, která umí vidět potřebné a rozdělit se s nimi. Každým skutkem lásky, která umí vidět v potřebném Krista a pomoci mu, roste víra. Aby pracovníci a spolupracovníci Charity dovedli mít ve své službě správný postoj a svou práci současně duchovně rostli, je třeba jim pomáhat.(...) Charita jako součást církevní struktury pomáhá naplňovat některé úkoly farních společenství. Proto právem očekává od svých kněží pomoc duchovního vedení a povzbuzování.*“⁵⁸

Služba pracovníka Charity není vždy bez problémů a mezi perfektními lidmi. Podle C. M. Martiny (1996) má ale jednu velkou výhodu. „*Když totiž službu konáme poctivě, Pán Bůh nám pomůže. Pak naše pomoc potřebným bude i přes naše omezené lidské schopnosti a síly opravdu kvalitní.*“⁵⁹

Charita jako organizace má v jednotlivých diecézích velmi rozvětvenou strukturu. Tato struktura je ale především kolektiv lidí, kteří chtějí společnými silami být k pomoci potřebným lidem. Zároveň by pracovníci měli být ochotní vnímat všechno, čím charitní služba v přítomnosti žije a cítit spoluzodpovědnost za své spolupracovníky. Mezi sebou by měli vytvářet vztahy vzájemné důvěry, které i mohou převyšovat společenské normy chování. Takto současně oni sami mohou růst ve víře a vidět smysl své činnosti.⁶⁰ „*Křesťanská diakonie (...) nás vede k přemýšlení, čím bychom mohli svou službu učinit ještě užitečnější. Dále nás povzbuzuje dobře využít dobu, která nám byla dána k této službě, protože zahrnuje jak útěšné slovo, tak i konkrétní pomoc trpícím lidem.*“⁶¹

⁵⁸ GRAUBNER, J. Úvodní slovo. In *Vy jim dejte jíst: Materiály pro formaci charitních pracovníků*. Olomouc: Arcidiézní charita, 2005, s. 1.

⁵⁹ MARTINY, C. M. Křesťanský život jako služba Bohu a bližním. In *tamtéž*, s. 24.

⁶⁰ Srov. *tamtéž*, s. 24.

⁶¹ *Tamtéž*, s. 25.

1.8 KVALITU DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE MŮŽE OHROZIT SYNDROM VYHOŘENÍ U SESTER

V celé této práci se zabýváme kvalitou domácí ošetrovatelské péče a tím, jak kvalitu zajistit, uchovat a nebo zvýšit. Je mnoho faktorů, přispívajících ke kvalitě. Existují ale také faktory, které kvalitu snižují. Jedním z nejčastějších je syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí, v našem případě zdravotních sester.

Syndrom vyhoření nejčastěji vzniká jako reakce na dlouhodobou zátěž, dlouhodobé působení chronického stresu. Rush jej definuje jako „*druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled určitých událostí týkající se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky*“.⁶²

1.8.1 Symptomy vyhoření

Projevů syndromu vyhoření je mnoho. Dají se rozdělit do dvou hlavních skupin. Vnější, které jsou navenek na člověku pozorovatelné, především v jeho chování a jednání s druhými lidmi. Vnitřní nejsou navenek vždy patrné, ale postižený jimi sám velmi trpí. Nakonec i toto má vliv na sníženou kvalitu jeho práce, v našem případě péče o pacienty.

Mezi *vnější symptomy* vyhoření můžeme zařadit rychlou únavnost, nechut' k práci, podrážděnost, neochotu a lhostejnost vůči potřebám pacientů až necitlivé chování k nim, omezení se na stereotypní a rutinní práci, snížení kvality práce, nezájem o okolí, konfliktnost. Ve vyhraněných případech registrujeme i zvýšenou konzumaci alkoholu a užívání návykových látek a celkové zhoršení zdravotního stavu.⁶³ Je zřejmé, že takto postižená sestra nemůže dobře pečovat o druhé lidi, naopak sama pomoc potřebuje. Formy pomoci obětem vyhoření budou detailněji rozebrány níže.

⁶² RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003, s. 7.

⁶³ Srov. tamtéž, s. 40.

Vnitřní symptomy mají podobu neustálého napětí, emocionální vyčerpanosti, ztráty odvahy, ztráty osobní identity a sebeúcty, ztráty objektivnosti, člověk je bez nálady, bez nápadů a iniciativy, zaujímá negativní duševní postoj, cítí se nešťastný, zklamaný a plný obav. Vnitřní symptomy, ač je zpočátku nelze pozorovat, většinou vnějším symptomům předcházejí.⁶⁴

1.8.2 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Mnoho výzkumů naznačuje, že nebezpečí vyhoření a naprosté vyčerpanosti jsou nejvíce vystaveni jedinci, kteří se pohybují v prostředí silně zaměřeném na kontakt s lidmi a službu. I mezi nimi ale existují rozdíly, které mají vliv na to, zda se u nich syndrom vyhoření vyvine nebo ne. Vyhoření riskují zejména osoby vysoce výkonné a cílevědomé, které jakýkoli neúspěch v práci považují za svou osobní prohru. Tito lidé často přepínají svoje síly, neumí včas přibrzdit a odpočinout si, věnují přehnanou pozornost cizím problémům a mají přitom nereálná očekávání. Soustřeďují se na detaily a mají snahu udělat všechno sami.⁶⁵ Když navíc očekávaný výsledek nepřijde tak, jak by chtěli a dokonce se setkávají s odmítáním ze strany druhých, zklamání a vyhoření u nich může nastat velmi rychle. Pokud si totiž člověk nastaví cíl příliš vysoko, neschopnost naplnit jej pak u něj vyvolává frustraci a nízké sebevědomí. Odmítání zase, pokud si jej člověk bere osobně, způsobí negativní postoj k druhým lidem, k práci i k sobě samému.⁶⁶

U zdravotních sester je navíc situace často ztížená i faktem, že jsou to ženy, které vedle svého náročného zaměstnání mají své vlastní děti, o které pečují a domácnost, kde je také hodně práce, kterou musejí vykonávat ještě po příchodu ze zaměstnání, namísto odpočinku. Tento tlak špatného nastavení společnosti způsobuje, že právě pracující matky, navíc v roli zdravotní sestry, jsou k vyhoření velmi náchylné.⁶⁷

⁶⁴ Srov. RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003, s. 40.

⁶⁵ Srov. tamtéž, s. 18.

⁶⁶ Srov. tamtéž, s. 28.

⁶⁷ Srov. tamtéž, s. 33.

1.8.3 Důsledky vyhoření

Vyhořením daného člověka trpí on sám i lidé v jeho okolí. Takový člověk obtížně zvládá úkoly každodenního života, připadá si tělesně, duševně a duchovně vyčerpaný. Pro takto postiženého člověka představují i drobné úkoly, které předtím lehce zvládal, nepřekonatelný problém. Mění se i jeho chování k ostatním lidem a jednání s nimi. Vyhořelí lidé ztrácejí i chuť do života a někdy i smysl života. Vyhořením obvykle trpí i vztah dotyčného člověka s Bohem.⁶⁸

V domácí péči se syndrom vyhoření u sestry projeví nezájmem o klienty až nechutí k jejich navštěvování. Pokud sestra ve službě zůstane, vykonává svou práci pouze rutinně, z povinnosti a se sníženou kvalitou. Ve své práci už nevidí smysl, a pokud se jí nedostane pomoci, může postupně ztrácet i smysl života. V důsledku toho zase ztrácí energii a bludný kruh se uzavírá.

Dalším důsledkem vyhoření je ztráta pozitivního vnímání sebe, ztráta zdravého sebevědomí. Člověk si může připadat, že selhal, i když třeba vůbec neselhal. Má dojem, že je bezcenný a už není schopen ničím druhým lidem přispět být jim k užitku. Ve vztahu k ošetrovatelské praxi je tento pocit velmi deprimující, když sestra přichází k pacientovi s tím, že již předem ví, že její návštěva vlastně nemá smysl a nemůže mu být k žádnému užitku.

Navíc se vyhořelí lidé začínají cítit naprosto osamoceni a izolováni od druhých a od celého světa. Ve skutečnosti se druhých sami straní, protože nejsou schopni vyrovnat se jednak s tím, co považují za své selhání a také se svým nízkým sebevědomím.⁶⁹ Tím se vlastně izolují od možnosti přijetí pomoci a podpory od druhých. V pracovním týmu sester toto může představovat i praktický problém, jako nepředávání důležitých informací organizačních, včetně údajů o pacientových problémech a změnách stavu. Péče je pak nekompletní, neefektivní a její celková kvalita je značně snížena. Toto je velký problém pro klienty i sestry. O možnostech předcházení a léčení syndromu vyhoření bude pojednáno dále.

⁶⁸ Srov. RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003, s. 13.

⁶⁹ Srov. tamtéž, s. 53.

2. JAKÝM ZPŮSOBEM JE SPOLEČNOSTÍ HODNOCENA KVALITA POSKYTOVANÉ PÉČE

2.1 OŠETŘOVATELSKÉ STANDARDY

Definice kvalitní péče a její kritéria jsou stanoveny v ošetřovatelských standardech. Takto, na základě objektivně měřitelných kritérií, může být kvalita objektivně hodnocená a měřitelná. Standard je dohodnutá profesní norma kvality. Udává, co je nezbytné pro základní naplnění úkolu a určuje nutné, základní podmínky pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče.

Při vytváření standardů vychází každá země z vlastních podmínek, ale existují společné obecné normy, centrální standardy, doporučené Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Mezinárodní radou sester (ICN) a Evropskou unií. Tyto *centrální standardy* jsou v jednotlivých zemích vydávány Ministerstvem zdravotnictví. Na konkrétních pracovištích pak jsou zpracovány a přijaty *lokální standardy*, které vycházejí z potřeb a specifik těchto jednotlivých pracovišť. Lokální standardy mají svůj základ v rámcových standardech centrálních a v žádném případě s nimi nesmí být v rozporu.⁷⁰

2.1.1 Formulace standardu

V souvislosti se třemi charakteristikami kvality (*struktura, proces, výsledek*), má standard obsahovat tři typy kritérií:

- 1) *Strukturální kritéria* (stanovují materiální, organizační a personální požadavky).
- 2) *Procesuální kritéria* (stanovují postupy, vymezují činnosti sester).
- 3) *Kritéria výsledku* (stanovují cíl, ke kterému chceme dojít, a uvádí jakou kvalitu požadujeme od výkonu).⁷¹

⁷⁰ Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult.*. Praha: Karolinum, 2002, s. 32 – 33.

⁷¹ Srov. tamtéž, s. 33.

2.2 STANDARD PRO SPOLUPRÁCI NEMOCNIC S AGENTURAMI DOMÁCÍ PÉČE

Povědomí důležitosti domácí následné péče po propuštění pacienta z nemocnice je stále více rozšířeno i mezi lékaři.

V roce 2008 vydali MUDr. Marx a MUDr. Vlček manuál Národní akreditační standardy pro nemocnice, účinný od 1. 9. 2009. Jak je z názvu patrné, manuál se zabývá převážně různými úseky našich nemocnic.

Zde bude pojednáno pouze o jednom z mnoha těchto standardů pro nemocnice a to o standardu 40. Tento standard pojednává o spolupráci mj. s provozovateli domácí péče.

„STANDARD 40: Nemocnice spolupracuje s ambulantními zdravotnickými zařízeními, s lékaři primární péče a agenturami domácí péče, s cílem zajistit svým pacientům včas a správně další péči.“

Ve standardu se uvádí, že nemocnice se seznámí se spektrem zdravotnických zařízení ve spádové oblasti a s tím, jaké druhy a formy zdravotní péče tato zařízení poskytují a o jaké skupiny pacientů pečují. S těmito zdravotnickými zařízeními nemocnice naváže formální nebo neformální vztahy. Pokud do nemocnice přichází pacient z jiné spádové oblasti, při propuštění se mu nemocnice pokusí zajistit potřebnou péči v území, odkud přišel.

„Při propuštění může u některých pacientů trvat potřeba další lékařské či jiné péče. Dostupnost takové péče v terénu a její reálné využití může do značné míry ovlivnit potřebu další hospitalizace. Při plánování propuštění se zvažuje potřeba podpůrné péče a její dostupnost.“⁷²

⁷²MARX, D., VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice: Manuál a metodika plnění*. 2. vyd. účinné od 1. 9. 2009 [online]. Spojená akreditační komise, 2008 [cit. 2010-08-01]. Dostupné na WWW: <http://www.sakcr.cz/files/SAK_standardy_pro_nemocnice_verze_01-09-2009.pdf>.

2.3 ZAVÁDĚNÍ STANDARDŮ KVALITY DO PRAXE

Standardy kvality zdravotní a sociální péče musí mít v současné době vypracované každé zdravotně sociální zařízení, které žádá o udělení registrace. Tyto standardy slouží jako indikátory kvality poskytované péče a pomocí nich lze také kvalitu péče vyhodnocovat. Mají proto s nimi být seznámeni všichni zaměstnanci pracující v konkrétních zdravotních a sociálních zařízeních.

V našich evropských podmínkách, resp. v členských zemích Evropské unie, mají standardy kvality společnou platformu, jak můžeme vidět např. v úryvku z vyjádření ministerstva zdravotnictví k národnímu programu standardizace odborné péče v České republice:

(...) „Požadavek na zavádění standardů zdravotní péče či indikátorů kvality do zdravotnické praxe však nevychází výhradně z iniciativy Ministerstva zdravotnictví, nýbrž z dokumentů nadnárodního významu, jakým je například Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů, která byla všemi členskými státy EU schválena v roce 2005. Již o dva roky později byla tvorba a zavádění standardů zdravotní péče poprvé uvedena jako priorita ministerstva zdravotnictví. Zvolený postup je rovněž v souladu s obsahem a požadavky Doporučení Rady EU o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče.(...)”⁷³

O celoevropském pojetí zdravotně sociální péče hovoří také Dagmar Mastiliaková, přední teoretička ošetřovatelství u nás. Zmiňuje se též o nové politice péče o zdraví, která chce těžiště péče přesunout z nemocnic do primární péče, jejíž součástí je právě domácí péče:

„System péče o zdraví populace v evropském pojetí je koncipován jako veřejná služba.(...) Kvalita péče v systému veřejného zdravotnictví je definována z hlediska veřejného zájmu, a tím je uspokojení potřeb občanů a uživatelů péče. (...) Základním záměrem nové politiky péče o zdraví je přesunout těžiště současné

⁷³ Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: MZČR, Posl. úpravy 14. 03. 2010 [cit. 2010-07-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.mzcr.cz>>

zdravotní péče z nemocnic do primární péče, která by měla navazovat na občanské aktivity vedoucí k podpoře zdraví jedinců a celé populace.(...) Vytvoření účinných nástrojů řízení a dosažení efektivního fungování všech prvků v systému vyžaduje standardizaci.(...) Mezi účinné nástroje řízení patří nejen stanovené standardy v systému (vymezující oblast struktury, procesu a výsledku), ale i vymezení jejich vzájemných vztahů a fungování a standardní terminologie.“⁷⁴

Mezinárodní rada sester bere na zřetel současný trend zdůrazňování terénní zdravotní a sociální péče, spolupracuje na vytváření standardů kvality pro tento typ péče a prosazuje nutnost spolupráce jednotlivých poskytovatelů péče:

„Zvýšený důraz na základní zdravotní a sociální péči v terénu, programy propagace zdraví a opatření za účelem prevence nemocí vytvářejí nutnost spolupráce s jednotlivými komunitami a multidisciplinárními týmy poskytovatelů zdravotní péče.“⁷⁵

Hodnocení kvality záleží též na tom, kdo kvalitu hodnotí a z jakého pohledu. Způsob hodnocení kvality péče závisí u klientů na jejich očekávání, potřebách a požadavcích na zdravotní a sociální služby. Činnost sestry se soustřeďuje na kontakt s pacientem, jeho rodinou a jemu nejbližšími osobami, aby mohly být zjištěny a uspokojeny jeho bezprostřední potřeby. Výsledek úsilí sestry o uspokojení potřeb pacienta je zlepšení jeho fyziologických reakcí, verbálních a neverbálních projevů.⁷⁶

V této práci se později budeme snažit poukázat na teologické aspekty, které mohou ke kvalitě domácí péče přispět.

⁷⁴ MASTILIAKOVÁ, D. Profesionalizace ošetrovatelství – cesta k humanizaci, efektivitě a kvalitě péče o zdraví populace. In *Ošetrovatelství: Teorie a praxe moderního ošetrovatelství*, Hradec Králové: KU, 2000, roč. 1, č. 1 – 2, s. 4 – 6.

⁷⁵ STYLES, M. M., AFFARA, F. A. *ICN o regulaci ošetrovatelské profese: Sestra v 21. století*. B. m., Česká asociace sester, 1998, s. 13 – 14.

⁷⁶ Srov. tamtéž, s. 6.

2.4 ZÁSADY PRO PŘÍSTUP ZDRAVOTNÍKŮ A OŠETŘOVATELŮ KE KLIENTŮM

Jednotlivá zařízení a organizace poskytující zdravotní a ošetrovatelskou péči vypracovávají na svých pracovištích místní standardy pro kvalitní péči o své klienty. I když každé pracoviště a zařízení má svá specifika, všude nacházíme tyto společné prvky: *respektování základních etických pravidel, respektování znaků kvalitní ošetrovatelské péče o klienty a respektování složek pohody klientů.*

Respektování základních etických pravidel představuje zejména dodržování práv nemocných a etického kodexu sester. Respektování znaků kvalitní ošetrovatelské péče představuje soubor těchto činností:

- Vyhledávat co nejčastěji kontakt s nemocným.
- Zajistit včasnou a správnou informovanost nemocných a jejich rodinných příslušníků.
- Trpělivě přistupovat k nemocným a pozorně jim naslouchat.
- Zaměřit se též na sledování jejich neverbálních projevů.
- Uplatňovat individuální přístup k nemocným.
- Upřednostňovat aktivní ošetrovatelskou péči.
- Uspokojovat biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby nemocných.
- Snažit se o vybudování vztahu založeném na vzájemném respektu a důvěře.

Pohoda klienta má tedy být naplněna ve všech těchto složkách: tělesná, psychická, sociální (zejména vztahy sestra – nemocný – rodina), etická a duchovní.

Jak bylo již uvedeno výše, v názorech na kvalitu zdravotně sociální péče a v následné formulaci standardů, se evropské státy v zásadě shodují. Také v hodnotách, které tyto standardy podpirají. Proto nebude na překážku, když v dalších částech práce bude použito několik údajů ze severoirské publikace ‚Standardy kvality pro zdravotní a sociální péči‘.

2.5 PĚT TÉMAT KVALITY

Všechna zařízení, poskytující sociální péči u nás, mají zpracované standardy kvality v sociální práci. Někdy jsou zpracované společně standardy pro zdravotní a sociální péči, protože tyto oba aspekty péče bývají poskytovány paralelně. Pro potřeby této diplomové práce byla použita publikace standardů pro zdravotně – sociální práci zpracovaná v Severním Irsku. Důvodem je přehledný a výstižný přehled nejen samotných standardů, zejména zdravotnických, které jsou důležité při poskytování ošetrovatelské péče, ale i hodnot, o které se standardy opírají. Tyto hodnoty jsou obecně uznávané v západní evropské civilizaci. Standardy shrnují celkem pět témat kvality. Byly vypracovány v březnu roku 2006 severoirským resortem pro zdravotní a sociální služby a veřejné bezpečí. Ve třetí kapitole se budeme jednotlivými tématy podrobněji zabývat a hledat teologické inspirace pro jejich použití v praxi, které ke kvalitě péče mohou přispět. Jsou to:

- Jednotné vedení a zodpovědnost organizací,
- bezpečná a efektivní péče,
- dostupné, flexibilní a vůči klientům vnímavé služby,
- podpora, ochrana a zlepšování zdravotní a sociální pohody,
- efektivní komunikace a informace.

2.6 HODNOTY, O KTERÉ SE STANDARDY OPÍRAJÍ

Standardy kvality zdravotně sociální péče byly v zásadě vyvinuty na základě určitých hodnot, ke kterým se evropská civilizace obecně hlásí. Tyto hodnoty při jistém zestručnění můžeme shrnout do devíti oblastí:

1. DŮSTOJNOST A ÚCTA

Jedinečnost a vnitřní hodnota jedince je brána na vědomí a ke každému člověku je přístupováno s důstojností a úctou.

2. NEZÁVISLOST

Rovnováha mezi podporou nezávislosti a podstupováním rizika. Uživatelé služeb mají mít co možná nejvíce možnost řídit sami své životy. Mají být informováni o všech nebezpečích a zároveň před neodůvodněným riskováním chráněni.

3. PODPORA PRÁV

V rámci poskytování služeb mají být podporována a zabezpečována individuální a lidská práva uživatelů těchto služeb. V nutných případech má být zajištěn potřebný právní servis.

4. ROVNOPRÁVNOST V ROZMANITOSTI

Společenské a kulturní pozadí uživatelů služeb i členů pečujícího týmu je respektováno a ceněno. Mají mít rovnocenné možnosti při požadování služeb.

5. VOLBA A PODPORA VLASTNÍ KAPACITY

Podle možností a viditelných potřeb má být uživatelům služeb nabídnuta možnost svobodně si vybrat ze spektra nabízených služeb, na základě informací, které jsou srozumitelné jim i pečujícím.

6. SOUKROMÍ

Uživatelé služeb mají právo být uchráněni všech zbytečných zásahů do jejich soukromých záležitostí.

7. ZPLNOMOCNĚNÍ

Uživatelé služeb mají být podporováni v dosažení vlastního zdravotního a sociálního potenciálu. Také členové pečujícího týmu mají být podporováni v rozvíjení a realizaci jejich schopností a potenciálu.

8. DŮVĚRYHODNOST

S údaji o uživatelích i poskytovatelích služeb má být správně nakládáno. Každý, kdo je ve službách zapojen, respektuje a chrání důvěrné informace.

9. BEZPEČÍ

Cokoli je konáno, je konáno tak, aby byla zajištěna co největší možná bezpečnost jak uživatelů služeb, tak pečujících a všech ostatních. Ve všech aspektech služby musí být její uživatelé chráněni před vykořisťováním, zanedbáváním a zneužíváním.⁷⁷

V této kapitole jsme věnovali pozornost standardům kvality a také hodnotám, o které se standardy opírají. Tyto standardy slouží zároveň jako kritéria, podle kterých lze hodnotit dosažený stupeň kvality domácí ošetrovatelské péče. Následovat bude kapitola, kde pro vybrané standardy kvality budeme hledat teologickou inspiraci a teologické aspekty propojovat s jednotlivými, vybranými hodnotami.

⁷⁷ Srov. Department of Health, Social Services and Public Safety . *The Quality Standards for Health and Social Care: Supporting good Governance and best practice in the HPSS* [online]. Castle Building, Belfast BT4 3SQ (Northern Ireland), March 2006, s. 4-8 [cit. 2010-12-27]. Dostupné na WWW: http://www.dhsspsni.gov.uk/qpi_quality_standards_for_health_social_care.pdf.

3. TEOLOGICKY INSPIROVANÁ PÉČE O NEMOCNÉ

3.1 ÚVOD KE TŘETÍ KAPITOLE

Péčí o nemocné se zabývá u nás více institucí, většinou státních, ale i soukromých a církevních. Pacienti jsou ošetřováni ambulantně, v lůžkových zařízeních nebo v domácí péči. Právě domácí péči se zde chceme zabývat, konkrétně tím, co může přispět k její kvalitě.

V předchozí kapitole bylo pojednáno o standardech kvality. V této kapitole se budeme snažit nacházet pro tyto standardy a pro hodnoty, o které se standardy opírají, teologické impulsy, jež mohou ke kvalitní péči různými cestami přispět.

Hovoříme-li o kvalitní péči o nemocné, v popředí zájmu jsou tedy na prvním místě právě nemocní, trpící, souhrnně řečeno potřební lidé. Není ovšem bez zajímavosti, že k tomu, aby byla péče opravdu kvalitní a efektivní, je třeba, aby i pečující byli v dobré pohodě, rozumíme tím, kromě fyzické, též duševní a duchovní. Zdravotně sociální zařízení všech typů za tímto účelem zřizují supervizi, která je současně povinná ze zákona. Mimo jiné by supervize měla napomáhat předcházení syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích.

Zde se pokusíme prevenci syndromu vyhoření nastínit i z pohledu teologie. Pokud syndrom vyhoření již nastal nebo bezprostředně hrozí, pokusíme se navrhnout několik teologických inspirací, jež by mohly být v této situaci užitečné.

Vícekrát budou zmíněna témata, patřící v lidském životě mezi nejtěžší, a to problematika utrpení, umírání a smrti. Také na tato témata nahlédneme z pohledu teologického, ve smyslu vyrovnávání se s náročnou životní situací, kdy pomáhající pracovník, může být postiženému svou blízkostí a správným přístupem velmi nápomocen.

3.2 TEOLOGIKÁ INSPIRACE PRO ŘÍZENÍ CHARITNÍCH ORGANIZACÍ POSKYTUJÍCÍCH DOMÁCÍ PÉČI

Standardy kvality zdravotní a sociální péče vypracované resortem pro zdravotní a sociální služby v Irsku, uvádějí kvalitní a jednotné vedení a zodpovědnost zmíněných organizací, mezi prvními tématy kvality.⁷⁸ Jednotlivé organizace si pak tvoří vlastní interní standardy, které nejlépe vyhovují podmínkám konkrétní organizace. S centrálními standardy přitom nesmí být v rozporu. Všechny základní prvky kvality, zohledňující především holistický přístup k člověku a respektování lidské důstojnosti, jsou tedy přítomné jak v církevních, tak státních zařízeních. Zde zdůrazníme některé teologické aspekty vedení organizací, jež mohou pomoci naplňovat standardy kvality, které budou pravděpodobně bližší organizacím zřizovaným církví, nebo dokonce pro ně typické. Těmito organizacemi jsou především v našich podmínkách střediska katolické charity.

Ve své přednášce o správném řízení charitních středisek a služeb, kterou přednesl v květnu 2000 v Praze prof. Pompey, z výzkumného ústavu Charity při Univerzitě ve Freiburgu říká: „*Máme-li z křesťanského, tj. christologického hlediska odpovědět na otázku, jaké má být řízení Charity se zřetelem na současné problémy, je třeba porovnat smysl a praxi charitativní péče s biblickými zprávami o působení Ježíše Krista, jehož osoba je vzorem pro činnost církve.*“⁷⁹

V tomto stručném tvrzení je vyjádřen velmi hutný obsah, který je podrobně rozpracován v mnoha teologických spisech, publikacích, papežských encyklikách, a dalších dílech historických i současných.

⁷⁸ Srov. Department of Health, Social Services and Public Safety . *The Quality Standards for Health and Social Care: Supporting good Governance and best practice in the HPSS* [online]. Castle Building, Belfast BT4 3SQ (Northern Ireland), March 2006, s. 4-8 [cit. 2010-12-27]. Dostupné na WWW: http://www.dhsspsni.gov.uk/qpi_quality_standards_for_health_social_care.pdf

⁷⁹ POMPEY, H. Křesťanský přístup k řízení charitních středisek a služeb. In *Vy jim dejte jíst. Materiály pro formaci charitních pracovníků*. Olomouc: Arcidiézní charita, 2005, s. 3 – 6.

Obdobné stanovisko ke křesťanské charitní službě zastává i Pospíšil ve své knize nazvané stejně jako celý teologický obor: *Teologie služby*. Staví přitom na základu Trinitární teologie: „*Pravým kořenem křesťanské charitativní služby je Boží láska, jejímž vtělením a dokonalým vyjádřením je život, učení a dílo Muže z Nazareta, a tato láska je vylita do srdcí věřících, kde působí Duch Otce i Syna, Duch svatý. Pravý zdroj křesťanské charitativní služby, která je zviditelněním a jakýmsi vtělením lásky, je tedy nutno hledat v trojjediném Bohu a v jeho sklonění se k nám v Kristu a v Duchu svatém.*“⁸⁰

Výše uvedené citace tedy hovoří o tom, že v praktikování služby svým bližním máme napodobovat vzor Ježíše Krista. Správné vedení je tedy to, jež vytvoří pro své pracovníky takové podmínky, aby dokázali tento motiv ve své činnosti uvádět do praxe a svou službu tím učinili kvalitní po vnější i vnitřní stránce. Jde zejména o zvnitřnění hodnot křesťanství u zaměstnanců Charity, kteří mohou i nemusí být sami křesťany.

Touto problematikou se zabývá M. Opatrný v knize *Teorie a praxe charitativní práce*, konkrétně v kapitole o pastorační práci u křesťanských poskytovatelů sociálních služeb. Pastorační práce v Charitě má přispět práci a poslání Charity podle M. Opatrného tím, že bude podporovat u pracovníků hodnoty, které pracovníci společně uznávají a které mají svůj původ v Bohu. Těmito hodnotami jsou především hodnota lidského života a lidské důstojnosti. Pastorační práci má být tato hodnota pracovníků Charity přiváděna k jejímu božskému základu, k porozumění, že milovat bliženeckou láskou druhého je možné jedině proto, že láska nám byla Bohem už předem darována, že jsme Bohem milováni. Tak je možné nalézt ve svém životě Boha.⁸¹

⁸⁰ POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, s. 89.

⁸¹ Srov. OPATRŇÝ, M. Pastorační práce u křesťanských poskytovatelů sociálních služeb – mezi interní supervizi a coachingem. In *Teorie a praxe charitativní práce: Uvedení do problematiky: Praktická reflexe a aplikace*. České Budějovice: Michal Opatrný a Markus Lehner, 2010, s. 62 – 71.

Pokud pracovníci Charity zůstanou věrni hodnotám, pro které charitní službu začali vykonávat a skrze tuto službu dokonce budou moci ve svém životě nalézat Boha, pak jejich služba bude opravdu kvalitní a bude se v ní projevovat láska a skutečná lidskost. Od vedení charitních organizací se očekává, že tuto lidskost, lásku a prožívání křesťanských hodnot ve své práci, bude u svých zaměstnanců podporovat. Benedikt XVI. ve své první encyklice z roku 2005 věnuje charitativní práci značnou pozornost.

Ti, kdo pracují v charitativních institucích církve, se musí odlišovat tím, že se neomezují pouze na správné vykonání toho, co je v daném okamžiku třeba, ale že navíc věnují druhému pozornost, jak jim vnuká jejich srdce, a to takovým způsobem, aby ti druzí zakoušeli bohatství jejich lidskosti. Z uvedeného platí, že kromě odborné přípravy tyto pracovníci potřebují také a především ‚formaci srdce‘. Je třeba přivádět tyto pracovníky k onomu setkání s Bohem a Kristem, které by v nich probouzelo lásku a otevíralo jejich duši druhému, takže láska k bližnímu pro ně už nebude přikázání uložené, tak říkajíc zvenku, nýbrž důsledek vyplývající z jejich víry, která se stává činnou v lásce.“⁸²

Taková je křesťanská vize pro charitativní pomoc ve světě nemoci a nouze. Uplatnění nachází v našich podmínkách i v domácí péči. Nemocní, tělesně postižení, staří a opuštění lidé touží nejen po odborné pomoci, ale i po lásce a dobrotě. Provozovatelé charitních středisek a služeb mají spolu s vedoucími pracovníky odpovědnost za takto chápaný teologický charakter charitativní péče.

⁸² BENEDIKT XVI. *Deus Caritas est, encyklika o křesťanské lásce*. 2005, odstavec 31.

3.3 PŘÍSPĚVEK ENCYKLIKY DEUS CARITAS EST K NAPLŇOVÁNÍ STANDARDU KVALITY DOSTUPNÝCH, FLEXIBILNÍCH A VŮČI KLIENTŮM VNÍMAVÝCH SLUŽEB

Ve své nástupní encyklice věnuje papež Benedikt XVI. velkou pozornost křesťanské charitativní službě. Zde se zabýváme otázkou kvality domácí péče. Domácí péče je u nás poskytována zčásti soukromými agenturami a z velké části právě Charitou. Impulsy encykliky Deus Caritas est nacházejí tedy odezvu zejména u charitních organizací poskytujících sociální služby a domácí ošetrovatelskou a pečovatelskou službu. Naším cílem je poukázat na to, jak uplatňování těchto impulsů v praxi může přispět k poskytování péče v souladu se standardy kvality.

Pracovníci charity mají potřebným bližním věnovat pozornost, upřímně, ze srdce, aby druzí mohli cítit jejich skutečnou lidskost. Je to právě blízkost Boha a Krista, co inspiruje člověka, aby svou duši otevřel druhému, poznal jeho problémy a pomohl mu. „*Pomáhající musejí být formováni takovým způsobem, aby uměli vykonat dobře, co je třeba, a aby dokázali pokračovat v příslušné péči.*“⁸³
Programem křesťana, programem milosrdného Samaritána, Ježíšovým programem je ‚vnímavé srdce‘. Takové srdce vidí, kde je zapotřebí lásky, a podle toho také jedná.“⁸⁴

„*...Jedině má ochota vycházet v ústrety bližnímu a projevovat mu lásku mne činí vnímavým také vůči Bohu. Jedině služba bližnímu otevírá mé oči vůči tomu, co Bůh koná pro mne i vůči tomu, jak mne Bůh miluje. (...) Lásky je proto službou, kterou církev naplňuje, když ustavičně vychází v ústrety lidem v utrpení a v jejich potřebách...*“⁸⁵

⁸³ BENEDIKT XVI. *Deus Caritas est, encyklika o křesťanské lásce*. 2005, odstavec 31a.

⁸⁴ Tamtéž, odstavec 31b.

⁸⁵ Tamtéž, odstavec 18 - 19.

3.4 NAPLŇOVÁNÍ STANDARDU KVALITY V OBLASTI KOMUNIKACE POMOCÍ PASTÝŘSKÉHO ROZHOVORU S KLIENTEM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Efektivní komunikace a informace jsou uvedeny jako páté téma kvality v publikaci „Standards kvality pro zdravotní a sociální péči“.⁸⁶ O důležitosti kvalitní komunikace mezi klienty a poskytovateli zdravotních a sociálních služeb bylo již řečeno a napsáno hodně. O komunikaci s pacienty se zmiňují např. učebnice a skripta sloužící vzdělávání budoucích zdravotních sester a předmět komunikace je vyučován i na lékařských fakultách. U nás patří k nejznámějším autorům v této oblasti J. Křivohlavý, který se zabývá jednak komunikací obecně a pak zvláště komunikací s nemocnými. Že je to téma stále aktuální a dostalo se i mezi standardy kvality, poukazuje na fakt, že kvalitní komunikace i nadále není samozřejmostí, spíše představuje výzvu. V této kapitole se pokusíme nastínit, jak by mohla ke kvalitní komunikaci mezi klienty a pečujícími domácí péče přispět teologie.

V teologicky inspirované péči existuje tzv. *pastýřský rozhovor*. Pastýřský rozhovor je možno zahrnout do širšího rámce pastýřské péče. Pastýřská péče je určitý druh přístupu člověka k člověku, který pramení z evangelia a je jím inspirován. Cílem tohoto přístupu je žítí a umírání v tom vztahu spásy, který nám byl dán v Ježíši Kristu. Je to praktický důsledek působení evangelia a projevuje se všeobecným upřímným zájmem o druhého člověka, přejným postojem, radou, povzbuzením, potěšením, odpuštěním i praktickou pomocí. Smolík (1991) definoval pastýřskou péči v nejširším pojetí jako „*službu k víře a k životu z víry*“.⁸⁷

⁸⁶ Srov. Department of Health, Social Services and Public Safety . *The Quality Standards for Health and Social Care: Supporting good Governance and best practice in the HPSS* [online]. Castle Building, Belfast BT4 3SQ (Northern Ireland), March 2006, s. 4-8 [cit. 2010-12-27]. Dostupné na WWW: http://www.dhsspsni.gov.uk/qpi_quality_standards_for_health_social_care.pdf

⁸⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995, s. 49.

Pastýřská péče se uplatní na mnoha polích lidského života. Zde vybíráme pouze jeden z mnoha aspektů tohoto druhu pomoci, pastýřský rozhovor s nemocným člověkem.

Můžeme se ptát, zda je pastýřský rozhovor vhodný pro všechny nemocné a klienty domácí péče nebo ne. Pokud je klient nevěřící a o duchovní záležitosti nemá zájem, samozřejmě není vhodné jej přesvědčovat nebo se dokonce snažit využít jeho momentální těžké situace k tomu, aby přijal naše stanoviska. Otázkou tedy je, zda může pastorační rozhovor přispět ke kvalitní komunikaci a informovanosti klientů v domácí péči, a zda může být přínosný i pro ty, jež se sami považují za nevěřící. Lane ve své knize *„The experience of God“* uvádí, že donedávna byl koncept víry rozuměn jako primárně náboženská kategorie. Na víru bylo pohlíženo jako na něco, co mají pouze náboženští lidé, ale dnes se pohled mění. Víra už není pouze náboženská kategorie, můžeme ji nalézt též mezi lidmi, kteří nevyznávají nějaké náboženství.⁸⁸ Dále Lane hovoří o tom, že každý člověk nějakým způsobem vnitřně pociťuje Boží milost. Tento smysl pro pociťování Boží milosti se aktivuje během života jedince, kdy prochází různými zkušenostmi. Jsou to zvláště zkušenosti, kdy je konfrontován se smyslem své vlastní existence, což prožitek nemoci a jakéhokoli utrpení často bývá. Tyto zkušenosti pak člověka otevírají pro schopnost slyšet milost Božího slova.⁸⁹

Tedy v okamžicích, kdy člověk prochází určitými mezními situacemi vlivem těžké nebo dlouhodobé nemoci, bolesti nebo osamění, je dobře a citlivě vedený pastorační rozhovor v domácí péči vhodný. Člověk se díky jemu může podívat na svou situaci z jiné perspektivy, než byl možná dosud zvyklý, může se otevřít novým možnostem, které tato nová situace přináší a může začít ve svém životě pociťovat naději a smysl. Někdy již tímto život pacienta nabude vyšší kvality. Jindy se dokonce může začít dále zajímat a chtít slyšet více.

⁸⁸ Srov. LANE, D. A. *The experience of God: An invitation to do theology*. Dublin: Veritas, 2003, s. 74 – 75.

⁸⁹ Srov. tamtéž, s. 90.

3.4.1 Charakteristika pastýřského rozhovoru

Začátek pastýřského rozhovoru s pacientem se příliš neliší od každého jiného rozhovoru. Pokud se tak nestalo již dříve, obě strany se vzájemně seznamují. Ten, kdo s pacientem hovoří, by měl především pozorně naslouchat a snažit se přitom vyčíst z pacientových slov podstatné věci. Měl by odložit všechny předsudky, předem získané informace a odhlédnout od nepodstatných věcí. Pod pojmem ‚naslouchat‘ rozumíme i vidět, jak se pacient tváří, co dělá, co se mu odráží v obličeji. Pro naslouchajícího je dobré si uvědomit, že nejen on naslouchá pacientovi, ale i pacient současně vnímá a pozoruje jeho. Na tom, jaký si o naslouchajícím vytvoří obraz závisí, zda mu bude plně důvěřovat a dokáže mu upřímně říci vše, co jej trápí, co mu leží na srdci, popř. z čeho má strach, atd. V první fázi rozhovoru je tedy důležité vytvoření atmosféry vzájemné důvěry.⁹⁰

Ve druhé fázi již pastýřský rozhovor bývá hlubší, postupně se přechází od povrchu k jádru věci, od objektivních, věcných údajů k osobním, subjektivním záležitostem. Schoot (1980, s. 125) ukazuje, že pastýřský rozhovor je víc než jen rozhovor přátel. Podle něj je to činnost z pověření křesťanské církve. Účastníci hovoru takto tedy nejsou pouze ‚mezi čtyřma očima‘, ale oba si uvědomují, že současně je Bůh nad nimi. Rozhovor pak není o maličkostech, ale o nejzávažnějších věcech života a smrti. Jde zároveň o to, co se týká pacientovy duše, jeho nejvnitřnějšího nitra osobnosti. Schoot dále ukazuje, že duchovní procitnutí může být nejen kladem pro záchranu ducha, ale i velkým kladem pro uzdravení těla a duše pacienta. Říká, že rozhodující je přitom není pouze slovně formulované znění evangelia, ale především láskyplný způsob, jak je Boží zvěst vtělená do jednání pomáhajícího s pacientem.⁹¹

⁹⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, s. 32.

⁹¹ Srov. tamtéž, s 40 – 41.

3.4.2 Pravidla vedení pastýřského rozhovoru

Proto, aby byl pastýřský rozhovor pro pacienta přínosný, je třeba, aby byla zachována určitá pravidla. Tato pravidla jsou v podstatě shodná s pravidly terapeutického rozhovoru i nepastoračního, je zde ovšem navíc duchovní rozměr a vědomí, že náš hovor s nemocným či jinak trpícím člověkem není pouze mezi námi, nýbrž zahrnuje Boží hledisko, nemocný by měl mít příležitost pocítit Boží přítomnost a zájem o něho v jeho tíživé situaci. Během návštěvy pacientů v domácí péči, ošetřující sestra nebo pečovatelé, kteří jsou pro to připraveni, mohou k takovému hovoru najít vhodné momenty.

Koch (1982) doporučuje, aby pacient byl vždy v těžišti rozhovoru a mohl dostatečně vyjádřit své myšlenky a starosti.

- Na každý jeho dotaz má být bezprostředně odpovězeno, aby mu tím bylo dáno najevo, že je to on, pro koho jsme tady, že nám jde o jeho věci, o to, co se děje v jeho duši a co ho znepokojuje.
- Je dobré vyjadřovat se pokud možno krátce, aby měl pacient dostatek času pro formulování svých dotazů a sdělení.
- Ošetřující, který rozhovor vede, by neměl rychle sdělovat pacientovi své úsudky, svá hodnocení a stanoviska, ale snažit se poznat nejprve pacientova stanoviska, jeho myšlení, prožívání, domněnky a očekávání.
- Odpovídat na pacientovy výroky se doporučuje raději obrazně, nežli s použitím cizích slov, která pro pacienta mohou být ne příliš jasná.⁹²

Při zachování těchto několika pravidel je větší šance, že nemocný získá v ošetřujícího důvěru a pastýřský rozhovor tak bude moci výrazně přispět ke kvalitní komunikaci a celkově zvýší kvalitu domácí péče.

⁹² Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, s. 37.

3.4.3 Jak může pastorační rozhovor pomoci trpícímu v jeho těžké situaci

Při pastoračním rozhovoru, kdy chceme trpícího provést tímto těžkým úsekem jeho života, je důležité mít jeho naprostou důvěru. Pacient musí mít jistotu, že tomuto pečujícímu může plně důvěřovat a na jeho slova se spolehnout.

3.4.3.1 Postoj pastýře

Aby ten, kdo je v roli pastýře, byl opravdu tím, jemuž je možno se se vším svěřit, je potřeba, aby měl k pacientovi skutečně upřímný postoj. Pacient pak může vycítit, že ošetřující k němu má bezpodmínečnou úctu, bezpodmínečně jej akceptuje a pozitivně hodnotí, dokáže být empatický, neposuzuje a neodsuzuje, jeho postoj je poctivý a ryzí.⁹³

Scout (1980) uvádí další aspekty správného postoje osoby v roli pastýře:

- Dělá vše pro to, aby se pacient cítil svobodně, nikým neohrožen a nesouzen.
- Myslí na to, jaké myšlenky asi právě nyní pacient má a jaké city v dané chvíli prožívá.
- Jeho mluva má mít přátelskou, vřelou a klidnou intonaci.
- Dá ihned na začátku slovo pacientovi a nabídne mu, aby sám hovořil o tom, o čem hovořit chce, případně mlčel, o čem mluvit nechce.
- Je trpělivý, nespěchá, nesnaží se rozhovor urychlit.
- Dává pacientovi možnost stanovit odstup či sblížení v té míře, v jaké chce.
- Ponechává na pacientovi, aby sám rozhodl, kdy chce rozhovor ukončit, přičemž nechává „otevřené dveře“ k dalšímu setkání.⁹⁴

⁹³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, s. 33 - 35.

⁹⁴ Srov. tamtéž, s. 36.

3.4.3.2 *Hledání smyslu utrpení a boj s ním*

Nést tíži nemoci, bolesti a utrpení je vždy náročné. Mezi lidmi existují individuální rozdíly v prožívání a snášení utrpení. Někdo je raději sám, jiný potřebuje blízkého člověka, který těžkými chvílemi prochází společně s ním. U mnohých je to právě vztah s někým, kdo trpícího neopustí v nejtěžších chvílích, co jim pomůže nést tuto tíži. Obecně platí, že utrpení se dá lépe unést, podaří-li se v něm nalézt smysl. Pastorační rozhovor má mnoho možností pomoci nemocnému tento smysl nacházet. Křesťanský přístup k této problematice vychází z biblických příběhů mnoha svatých, ale nejenom jich. Zde je možno čerpat inspiraci pro konkrétní trpící, pacienty v naší péči.

Příkladem boje s nemocí může být i apoštol Pavel, který říká, že třikrát volal k Pánu, aby jej uzdravil: „*Kvůli tomu jsem třikrát volal k Pánu, aby mne toho zbavil...*“ (2 Kor 12,8).

Apoštol Pavel s nemocí nejen bojoval, nýbrž dokázal i nalézat její smysl: „*A abych se nepovyšoval pro výjimečnost zjevení, jichž se mi dostalo, byl mi dán do těla osten, posel satanův, který mne sráží, abych se nepovyšoval.*“ (2 Kor 12,7).

„*Ale on mi řekl: ‚Stačí, když máš mou milost; vždyť v slabosti se projeví má síla‘. A tak se budu raději chlubit slabostmi, aby na mě spočinula moc Kristova.*“ (2 Kor 12,9).

Nejvýraznějším příkladem postoje boje s utrpením je v Bibli patrně Job, který v pokoře a odevzdanosti přijímal z Božích rukou nejen dobré, ale i zlé: „*...To máme od Boha přijímat jenom dobro, kdežto věci zlé přijímat nebudeme?...*“ (Job 2,10). Přes všechno utrpení, kdy se Job mnohokrát přel s Bohem i přáteli, Bůh nakonec Joba milosrdně přijal (srov. Job 42,9).

Pozná-li trpící smysl toho, co se děje, může se s plnou důvěrou odevzdat do rukou toho, jemuž plně důvěřuje, do „dobrých rukou“ a říci : „*Staň se tvá vůle*“ (srov. Mar 14,36, Mat 6,10).⁹⁵

⁹⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, s. 58 – 60.

3.4.4 Pastýřský rozhovor s umírajícím člověkem

V domácí péči se pečující sestry setkávají také s umírajícími pacienty. Je to přání mnohých zemřít doma, ve svém vlastním prostředí. Domácí péče, zejména charitní domácí péče toto umožňuje tím, že sestry navštěvují klienty i několikrát denně, aby jim zajistily potřebnou ošetrovatelskou i odbornou péči a umožnily tak umírajícímu člověku zůstat doma bez nutnosti hospitalizace, pokud to podmínky dovolují. Kromě odborné zdravotnické a ošetrovatelské péče tedy musí umět s těmito klienty správně komunikovat, zejména ve smyslu vhodného rozhovoru. Takto se zajistí kvalitní, holistická péče.

Pastýřský rozhovor s umírajícím je nedílnou součástí kvalitní domácí péče. Blühm (1983) ve zkratce vyjadřuje cíl pastýřské péče o umírající slovy: „*Říci ,ano‘ k životu /bytí, na základě Božího ,ano‘ k jeho stvoření*“. Dále jej formuluje jako „*společenství s Pánem Bohem ve víře, osvobození od strachu a obav z odtržení od Pána Boha, (...) návrat k prameni života*“.⁹⁶ V pastýřské péči o umírající jde o pomoc přijmout nevyhnutelnou skutečnost, smířit se s tím, co přichází, neztrácet naději v zaslíbení věčného života.⁹⁷

V tuto dobu, kdy člověk, který ví o tom, že odchází, často přemýšlí o uplynulém životě a bilancuje jej. Pečující, který jej tímto náročným úsekem cesty doprovází, mu zde může být velkou oporou např. i tím, že mu vhodným rozhovorem a pastýřskou péčí dopomůže k tomu, aby se s uplynulým životem dokázal vyrovnat, smířil se se všemi lidmi a pokud možno, tam, kde je to třeba, jim odpustil. Pacient často tápe a klade otázky, které jej trápí. Pečující by měl být připraven s ním jít touto neznámou cestou. V Mt 5,41 čteme: „*Kdo tě donutí k službě na jednu míli, jdi s ním dvě.*“ Umírající pozná, zda ten, kdo s ním jde, to myslí upřímně a opravdově.⁹⁸

⁹⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995, s. 50.

⁹⁷ Srov. tamtéž, s. 51.

⁹⁸ Srov. tamtéž, s. 63.

3.5 DŮSTOJNOST A ÚCTA

Lidská důstojnost a úcta k lidskému životu patří mezi první hodnoty, o které se standardy kvality zdravotní a sociální péče opírají. Jedinečnost a vnitřní hodnota jedince je brána na vědomí a ke každému člověku je přístupováno s úctou. Tyto principy se vztahují bez rozdílu na uživatele služeb, pečující a všechny osoby, které se službou přijdou do kontaktu.⁹⁹

Přístupovat k člověku důstojně a s úctou by mělo být v zdravotních a sociálních službách samozřejmostí. Jenom tak je možné hovořit o kvalitě těchto služeb. V domácí péči, kdy se setkáváme s lidmi, kteří pro svou nemoc, postižení, vysoký věk nebo z jiných důvodů žijí někdy v bídných podmínkách a zanedbaní, či nekompetentní, je občas těžké tuto lidskou důstojnost vidět. Toto je ale výzva pro všechny, kteří se rozhodli těmto lidem pomáhat. Nejčastěji jsou to zaměstnanci charitních organizací, provozujících domácí péči. Práce těchto organizací vědomě vychází z hodnoty lidského života a lidské důstojnosti. Pro lidi, kteří se věnují sociální práci, je zpravidla první hodnotou druhý člověk a jeho život, zejména život v osamění, ve stínu smrti, život začínající, život utlačovaný a přehlížený, zkrátka život poznamenaný utrpením.¹⁰⁰

Hodnoty jako lidská důstojnost, úcta k člověku a lidskému životu jsou tedy pro kvalitní péči stěžejní. Z toho vyplývá, že podpora těchto hodnot u pracovníků charity, přispěje ke kvalitě poskytované domácí péče. Podporovat tyto hodnoty lze pomocí vhodné pastorační práce.

⁹⁹ Srov. Department of Health, Social Services and Public Safety . *The Quality Standards for Health and Social Care: Supporting good Governance and best practice in the HPSS* [online]. Castle Building, Belfast BT4 3SQ (Northern Ireland), March 2006, s. 4-8 [cit. 2010-12-27]. Dostupné na WWW: http://www.dhsspsni.gov.uk/qpi_quality_standards_for_health_social_care.pdf

¹⁰⁰ Srov. OPATRŇY, M. Pastorační práce u křesťanských poskytovatelů sociálních služeb – mezi interní supervizí a coachingem. In *Teorie a praxe charitativní práce: Uvedení do problematiky: Praktická reflexe a aplikace*. České Budějovice: Michal Opatrný a Markus Lehner, 2010, s. 68.

3.5.1 Přínos pastorační práce pro podporu hodnoty lidská důstojnost a úcta k člověku

Ten, kdo se rozhodl pracovat v sociálních službách, zejména v charitní domácí ošetrovatelské péči, je k tomu většinou motivován vnitřně, kdy hodnota jako lidský život a lidská důstojnost, jsou pro něho na prvním místě. Pastorační práce, podporuje člověka k tomu, aby zůstal věrný hodnotám, které ve svém životě rozpoznal jako dobré, případně, aby se snažil tyto hodnoty celoživotně hledat a přibližovat se k nim. Věrnost těmto hodnotám, i v náročných situacích, kdy není snadné tyto hodnoty vidět a zdá se, jako by vytrácely, zajistí kvalitu sociální a zdravotní domácí péče.

Pastorační práce může pomoci tyto hodnoty upevnit zejména tím, že je přivádí k jejich Božskému původu. Pomáhá ozřejmit pracovníkům charity, že hodnoty, ke kterým se hlásí, mají Božský základ. Podle křesťanské víry je Bůh původcem všeho dobrého v člověku i ve světě. Pastorační práce klade důraz na lidskost víry a lidskost při péči o klienty. Tím je přímo ovlivněna i kvalita a samotný výkon sociální práce. Spiritualita pracovníka má na výkon jeho práce často velký vliv, takže je dobré, aby člověk svou spirituální stránku rozvíjel a pracoval s ní.¹⁰¹

Nauka křesťanské víry spatřuje odedávna význačnost v tom, že člověk má díky bezprostřednosti svého vztahu k Bohu v rámci stvořeného světa zvláštní postavení, které je charakterizováno jako lidská důstojnost (*dignitas hominis*).¹⁰² Posílení nebo alespoň přiblížení křesťanské víry u pečujících může takto zkvalitňovat sociální práci a domácí péči.

¹⁰¹ Srov. OPATRŇY, M. Pastorační práce u křesťanských poskytovatelů sociálních služeb – mezi interní supervizí a coachingem. In *Teorie a praxe charitativní práce: Uvedení do problematiky: Praktická reflexe a aplikace*. České Budějovice: Michal Opatrný a Markus Lehner, 2010, s. 68 – 71.

¹⁰² Srov. SOUSEDÍK, S. *Svoboda a lidská práva: Jejich přirozenoprávní základ*. Praha: Vyšehrad, 2010, s. 22.

3.5.2 Důstojnost a hodnota života, který končí

V dnešní době je u nás běžné, že většina nemocných umírá v nemocnicích. Také velké množství starých lidí, kteří nemocniční zařízení ani nepotřebují, je tam v závěrečné fázi života umístěna a umírá tam. Pro nevléčitelně nemocné pacienty v terminálních stádiích choroby se zřizují hospice, které dobře fungují již i u nás. Pro ostatní, zvláště staré lidi, kteří netrpí nemocí a bolestí a přejí si zemřít doma je vhodné zavedení domácí péče, která člověku poskytne během závěrečného období života potřebnou zdravotně – ošetrovatelskou a sociální péči. Během této péče je vždy plně respektována důstojnost člověka a úcta k němu. Tyto hodnoty podpirají standardy zdravotní a sociální péče, jež se v našich evropských podmínkách ve většině zemí shodují.¹⁰³ Je to zejména díky vlivu křesťanské kultury, na jejíž základech je budována západní civilizace. Přesto se poslední dobou objevují i jiné tendence, kdy hodnota lidského života není absolutní a člověk jej může libovolně ukončit, pokud to uzná za vhodné, prostřednictvím euthanasie.

Důvod pro prosazování euthanasie je mj. strach nejen z utrpení a smrti, ale také z neznámých situací, ve kterých se člověk cítí bezradný. Dle Opatrného je jeden z motivů pro euthanasii šok z bezmoci. Ptá se, zda je možné vyřešit těžkosti nevléčitelně nemocných a někdy mnohem víc duchovně či duševně trpících zajištěním svobody ukončit vlastní život. Uvádí, že je potřeba mnohem více přemýšlet o tom, jak trpícímu pomoci kromě v biologické rovině, také v rovině psychologické, sociální a spirituální. V tom vidí pravou humanitu.¹⁰⁴ Domácí ošetrovatelská služba, zejména charitní, uplatňováním skutečně lidského přístupu k umírajícím, podporuje hodnotu lidské důstojnosti a tím zajišťuje, aby péče byla skutečně holistická a kvalitní.

¹⁰³ Srov. Department of Health, Social Services and Public Safety . *The Quality Standards for Health and Social Care: Supporting good Governance and best practice in the HPSS* [online]. Castle Building, Belfast BT4 3SQ (Northern Ireland), March 2006, s. 4-8 [cit. 2010-12-27]. Dostupné na WWW: http://www.dhsspsni.gov.uk/qpi_quality_standards_for_health_social_care.pdf

¹⁰⁴ Srov. OPATRŇY, A. Euthanasie z pohledu teologa. In *Euthanasie nebo paliativní péče versus práva nevléčitelně nemocných. Sborník přednášek konference u příležitosti 3. Světového dne hospice a paliativní péče*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje, 2007, s. 34 – 37.

3.5.3 Lidská důstojnost a smysl utrpení

Život lze smysluplně utvářet jedině uskutečňováním hodnot v jednotlivých přítomných okamžicích. Nenaplněnost potřeby smysluplnosti vede ke stavu duchovní nouze. V těžkých situacích, jakou nevyhléditelná choroba nebo prožívání bolesti určitě jsou, lidé často ztrácí smysl života - dle Svatošové zbytečně. Jak zdůrazňuje, člověk je schopen si uvědomit, že každá situace mu umožňuje naplňovat život vytvářením hodnot a najít tak jeho smysl i v té nejtěžší situaci. Tyto hodnoty, které může člověk vytvářet i v situaci neodvratnosti smrti, nazývá hodnoty postojové. Řadí je mezi hodnoty nejvyšší a přirovnává je ke křesťanskému ‚ano‘ vůči Kristově výzvě: „Vezmi svůj kříž a následuj mě.“¹⁰⁵

Dle Sousedíka se na náklonnosti k pochopení smyslu dokonce zakládá důstojnost lidské osoby.¹⁰⁶ Pochopit smysl utrpení je nesnadné. Nejvíce se touto otázkou zabývá filosofie a teologie. Oproti filosofii má teologie tu výhodu, že může osvětlovat smysl utrpení pomocí utrpení Ježíše Krista a jeho následovníků, zejména prvních křesťanů, svatých a dalších mučedníků.

V následující podkapitole bude podán podrobnější křesťanský pohled na lidské utrpení a jeho smysl. Tento náhled a následný postoj k lidskému utrpení může pomoci jak trpícím samotným, tak i jejich ošetřovatelům při zvládání někdy krajně náročných situací.

¹⁰⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vyd., APHPP, 2008, s. 38 - 39.

¹⁰⁶ Srov. SOUSEDÍK, S. *Svoboda a lidská práva: Jejich přirozenoprávní základ*. Praha: Vyšehrad, 2010, s. 66.

3.5.3.1 *Křesťanský pohled na lidské utrpení a jeho smysl*

V životě existuje utrpení, jehož smysl zcela nechápeme. Máme-li ale přijmout život, musíme přijmout i taková zdánlivě nesmyslná utrpení. Podle křesťanské nauky toto ale nejde bez Krista. Když selže rozumová úvaha, zbývá jediná věc, na kterou se můžeme odvolat a to je příklad jeho života. Bojuje se zlem, které napadá jiné, ale nebrání se před zlem, které napadá jeho samého. V protikladu k Bohu Starého zákona, který zlo vždy potírá, souhlasí Ježíš s tím, aby ho zlo napadlo. Přijmout vlastní život znamená přijmout utrpení, přijmout to, že nás zlo může napadnout. Toto všechno přijmout není možné bez spojení s trpícím Kristem, proto je nutné rozjímání nad Ježíšovým utrpením a smrtí. Toto utrpení, prožívané s Ježíšem již není prázdné, naopak, může se stát životodárným. V Janově evangeliu se píše: „*Amen, amen, pravím vám, jestliže pšeničné zrna nepadne do země a nezemře, zůstane samo. Zemře-li však, vydá mnohý užitek*“ (J 12,24).¹⁰⁷

V novozákonní tradici se završuje pozitivní postoj k náboženské interpretaci smyslu utrpení. Utrpení je chápáno jako radikální forma životní existence na základě Kristova kříže: „*Kdo chce jít za mnou, zapři sám sebe, nes každého dne svůj kříž a následuj mne*“ (Lk 9,23). Odměnou za smysluplně přijímané vědomé a tedy svobodné utrpení ve smyslu Ježíšova kříže, je po vzkříšení z mrtvých věčný a blažený život. To je podstata radostného poselství a osvobozující moci milosti Boží skrze smírnou oběť Ježíše Krista.¹⁰⁸

Raban došel k závěru, že když už člověk není schopen žádného výkonu a neexistuje naděje na jeho uzdravení, může si být vědom ještě Božské naděje, tj. Boží milosti.¹⁰⁹ Raban také přijímá Franklovo zjištění, že utrpení se nestaví na odpor údělu člověka, ale pokud je v přijetí zdoláno, pomůže člověku, aby dozrál ve svém údělu.¹¹⁰

¹⁰⁷ Srov. AUGUSTIN, J.; SLUP, L. *Umět přijmout vlastní život*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, s. 49 – 52.

¹⁰⁸ Srov. RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*. Praha: Vyšehrad, 2008, s. 250 – 251.

¹⁰⁹ Srov. tamtéž, s. 141.

¹¹⁰ Srov. tamtéž, s. 217.

3.6 TEOLOGICKÉ IMPULSY PRO PODPORU NEZÁVISLOSTI KLIENTA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Nezávislost je po důstojnosti a úctě považována společností za další hodnotu, o kterou se opírají vypracované standardy kvality zdravotní a sociální péče. U klientů má být zajišťována rovnováha mezi podporou nezávislosti a podstupováním rizika. Uživatelé služeb mají mít co možná nejvíce možnost řídit sami své životy. Klientům musí být dána možnost, aby se podíleli na veškerém rozhodování a plánování, které ovlivňuje jejich životy. Přitom mají být informováni o všech nebezpečích a zároveň chráněni před neodůvodněným riskováním.¹¹¹

Při poskytování domácí zdravotní a sociální péče je tedy nutné podporovat klienta v přebírání zodpovědnosti za svůj život. Není třeba a ani není správné za klienta všechno vykonat. V konečném důsledku by to znamenalo zbavení jej jeho osobní svobody. Podle církevní nauky pravdivá láska ponechává člověku jeho svobodu, možnost se rozhodovat a jednat za sebe, žít svůj život, naplňovat svoji zodpovědnost. V tom je dobré klienta podporovat, posilovat jej, aby nerezignoval a naplňoval svoji svobodu. Přitom jej ale nenechávat samotného, být mu nablízku, připraveni pomoci. Tento přístup představuje naplňování zásady subsidiarity v otázce lidské svobody. Zásada subsidiarity, kromě na osobní rovině, při péči o jednotlivé klienty, platí i na rovině celospolečenské: „...*Nikoli stát, který by řídil všechno, je tím, co potřebujeme, nýbrž takový stát, který by na základě principu subsidiarity velkodušně uznával a podporoval iniciativy pocházející od různých společenských sil, jež propojují bezprostřednost s blízkostí k lidem, kteří potřebují pomoc. Církev je jednou z těchto živých sil, v ní pulzuje dynamika lásky vzbuzené Kristovým Duchem. Uvedená láska neposkytuje lidem pouze materiální pomoc, ale také občerstvení pro duši a péči o ni, což bývá často potřebnější než*

¹¹¹ Srov. Department of Health, Social Services and Public Safety . *The Quality Standards for Health and Social Care: Supporting good Governance and best practice in the HPSS* [online]. Castle Building, Belfast BT4 3SQ (Northern Ireland), March 2006, s. 4-8 [cit. 2010-12-27]. Dostupné na WWW: http://www.dhsspsni.gov.uk/qpi_quality_standards_for_health_social_care.pdf

materiální podpora. ¹¹² Svatý otec Benedikt XVI. ve své nástupní encyklice, jejíž druhou část věnuje právě charitativní práci, hovoří mj. o subsidiaritě a respektování nezávislosti občanů: „...*Posláním věřících laiků je proto pracovat na spravedlivém uspořádání společenského života. Mají při tom respektovat oprávněnou autonomii a spolupracovat s ostatními občany podle příslušných kompetencí a na základě vlastní odpovědnosti.*“¹¹³

U klienta sociálních služeb má být tedy podporována nezávislost a svoboda podle principu subsidiarity a tím naplňovat zároveň standardy kvality. Samozřejmě je třeba ke každému přistupovat individuálně, posoudit jeho momentální zdravotní a duševní stav, jehož zhoršení může samostatné rozhodování klienta učinit problematickým.

Na tomto místě nyní hledáme možnosti, jak mohou teologické impulsy přispět k naplňování standardů kvality a podpořit hodnoty, které lidé obecně přijali jako dobré. Vycházíme ze stavu duševního zdraví, kdy jsou rozumové schopnosti klienta neporušeny. Encyklika „Deus Caritas est“ se zmiňuje na jednom místě o tom, že pro správné rozhodování, tedy pro správné jednání rozumu je třeba, aby byl rozum stále znovu očišťován. Tímto „očišťováním rozumu“ je míněno zejména jeho usměrňování etickými zásadami, vyplývajícími z křesťanské morálky a víry.¹¹⁴ Víra, očišťující rozum a dávající člověku správné nasměrování v životě, z něhož plyne správné rozhodování, takto nepřímou může podpořit lidskou svobodu a autonomii. V tomto smyslu píše i Rhiza ve své studii o Tomáši Akvinském: „*Pro rozvinutí správného smyslu pro autonomii je třeba směřovat síly duše k jejich správnému konci*“.¹¹⁵

¹¹² BENEDIKT XVI. *Deus Caritas est, encyklika o křesťanské lásce*. 2005, odstavec 28b.

¹¹³ Tamtéž, odstavec 29.

¹¹⁴ Srov. tamtéž, odstavec 28a.

¹¹⁵ RHIZA, J. *Perfecting Human Actions: St. Thomas Aquinas on Human Participation in Eternal Low*. Washington, D.C.: The Catholic University of America Press, 2009, s. 270.

3.7 PODPORA PRÁV A JEJICH TEOLOGICKÝ ZÁKLAD

V rámci poskytování služeb mají být podporována a zabezpečována individuální a lidská práva uživatelů těchto služeb.¹¹⁶ V našich evropských podmínkách a v současné době je podporování a respektování lidských práv aktuální záležitost. Je již téměř nemyslitelné, aby na veřejném poli byla lidská práva porušována. Přesto je to i nadále citlivá otázka a zřejmě ne zcela samozřejmá záležitost. Je proto stále třeba si lidská práva připomínat a podporovat je. Také v oblasti zdravotní a sociální péče. Proto hodnota jako lidská práva a jejich podpora, stojí v základech standardů kvality zdravotní a sociální péče. Znamená to, že respektováním a podporováním práv, mj., zajišťujeme kvalitu zdravotních a sociálních služeb, v našem případě v oblasti domácí péče. Naší otázkou nyní je, jak může teologie k podpoře práv přispět. V podstatě ideová východiska lidských práv je možno nalézt právě v mravních naukách velkých náboženství, zejména ve Starém a Novém zákoně, ale i jinde. Teologii je proto možno v tomto smyslu chápat jako základnu pro lidská práva.

Idea lidských práv, jež jsou v ústavě nazývána jako „přirozená“, vyrostla na základě přirozenoprávní teorie. V polovině 19. století ztratila přirozenoprávní teorie v evropsko – americké společnosti vůdčí postavení a idea lidských práv se ocitla ve stavu argumentační nouze. Prof. Sousedík ve své studii obhájí tezi, že je třeba přirozenoprávní teorii obnovit, což je možné pouze předchozí obnovou metafyziky, v níž jediné lze tuto teorii bezpečně ukotvit a touto cestou upevnit otřesenou důvěru v lidská práva.¹¹⁷ Dle Sousedíka je jednou z nejdůležitějších etických otázek, souvisejících s lidskými právy, jejich zdůvodnění. Dospívá k závěru, že idea lidských práv se proto tak rozvinula v evropsko – americké kulturní oblasti, že v tomto civilizačním okruhu byly nejpřesvědčivější a nejjasněji formulované odpovědi na problém jejich zdůvodnění. Tyto odpovědi

¹¹⁶ Srov. Department of Health, Social Services and Public Safety . *The Quality Standards for Health and Social Care: Supporting good Governance and best practice in the HPSS* [online]. Castle Building, Belfast BT4 3SQ (Northern Ireland), March 2006, s. 4-8 [cit. 2010-12-27]. Dostupné na WWW: http://www.dhsspsni.gov.uk/qpi_quality_standards_for_health_social_care.pdf

¹¹⁷ Srov. SOUSEDÍK, S. *Svoboda a lidská práva: Jejich přirozenoprávní základ*. Praha: Vyšehrad, 2010, s. 9 – 10.

pocházely ze dvou zdrojů. Jedním byla křesťanská, na judaismus navazující náboženská tradice se svým vysokým hodnocením lidské důstojnosti a druhým řecká filosofická tradice s myšlenkou, že mravní zákony plynou v nějakém smyslu z lidské přirozenosti a že tyto zákony mimo jiné stanoví, jaké má člověk na základě této přirozenosti vůči jiným lidem práva a povinnosti.¹¹⁸

Sousedík ve své práci zastává tezi, že přirozenoprávní teorie je vhodným prostředkem k náležitému zdůvodnění lidských práv a jejich obhajobě v interkulturním dialogu. Ve svém výkladu přirozenoprávní nauky se inspiruje mimo jiné dílem Tomáše Akvinského.¹¹⁹ Ten soudí, že platnost přirozeného zákona je založena na zákonu vyšším, jemuž říká ‚věčný zákon‘ – *lex aeterna*. Přirozený zákon je tedy jakýmsi vyhlášením vůle nejvyššího zákonodárce člověku. V tom, co má člověk dělat se přirozený zákon shoduje se zákonem věčným.¹²⁰

O díle Tomáše Akvinského a jeho učení o věčném zákoně píše i Rziha. Věčný zákon souvisí s milostí, která je součástí Boží přirozenosti. Milost vede duši k tomu, aby se podílela více na věčném zákoně tím, že koná dobré skutky a vede intelekt a vůli skrze psaný zákon Písma a inspiraci Ducha svatého. Dary Ducha svatého také uschopňují lidi k tomu, aby jednali v souladu s věčným zákonem.¹²¹

¹¹⁸ Srov. SOUSEDÍK, S. *Svoboda a lidská práva: Jejich přirozenoprávní základ*. Praha: Vyšehrad, 2010, s. 12.

¹¹⁹ Srov. tamtéž, s. 15.

¹²⁰ Srov. tamtéž, s. 44.

¹²¹ Srov. RHIZA, J. *Perfecting Human Actions: St. Thomas Aquinas on Human Participation in Eternal Law*. Washington, D.C.: The Catholic University of America Press, 2009, s. 282.

3.8 ROVNOPRÁVNOST V ROZMANITOSTI

Hodnota rovnoprávnosti všech lidí je ve společnosti uznávána a tvoří i základ pro standardy kvality zdravotní a sociální péče. Zdravotní a sociální péče má být dostupná všem lidem bez rozdílu.

V teologii je rovnoprávnost lidí odvozována od společného původu v Bohu, kdy člověk byl stvořen, aby byl Božím obrazem (srov. Gn. 1,26 – 28). Člověk je dále podle nauky víry považován za bytost schopnou života jen v rámci nějakého společenství.¹²² Je tedy nevyhnutelné, že vedle sebe ve společnosti žijí různí lidé a činí společnost skutečně rozmanitou.

Exkurz: Komentář ke stvoření člověka k Božímu obrazu

Podle tradiční křesťanské exegeze, kterou podal již sv. Irenej přibližně v roce 180 po Kr., představují obraz a podoba dva odlišné aspekty lidské přirozenosti. Obraz se vztahuje na přirozené lidské vlastnosti, které činí člověka podobného Bohu, zatímco podoba souvisí s nadpřirozenou Boží milostí, která vykoupeného člověka připodobňuje Bohu. Jiný výklad vztahuje Boží obraz na rozumové a duchovní schopnosti, které má člověk společné se svým Stvořitelem. Tento pohled se zdá pravděpodobný, přestože je těžké k pojmu obraz připojit zamýšlené schopnosti. Malá četnost popisu Božího obrazu u člověka v Písmu, neumožňuje potvrdit některý z těchto návrhů. Na pozadí takového výkladu vzniká podezření, že komentátor vidí svoje vlastní hodnoty v biblických textech, jako nejtypičtější rysy člověka. Z tohoto důvodu většina moderních komentátorů opouští definování Božího obrazu v člověku. Někteří předpokládají, že jeho povaha byla příliš známá, a proto ji písmo nevykládá. Jiní hledají klíče k pochopení Božího obrazu v knize Genesis.¹²³

¹²² Srov. SOUSEDÍK, S. *Svoboda a lidská práva: Jejich přirozenoprávní základ*. Praha: Vyšehrad, 2010, s. 21.

¹²³ Srov. *Genesis: Komentáře k Starému zákonu*, I. svazok. Trnava: Dobrá kniha, 2008, s. 74.

Pomoc potřebným, tedy i ošetrovatelská domácí péče, může být kvalitnější, je-li inspirována láskou k bližnímu. Benedikt XVI. v tomto smyslu ve své nástupní encyklice říká:

„...Láska k bližnímu v tom smyslu, jak je hlásána v Bibli a jak ji předkládá Ježíš, je možná. Tato láska spočívá v tom, že já miluji v Bohu také osobu, která mi není příjemná nebo kterou dokonce neznám.(...) Láska pochází od Boha a sjednocuje nás s Bohem, a prostřednictvím tohoto sjednocovacího procesu nás proměňuje v ‚my‘, které překonává naše rozdělení a utváří z nás jedno.¹²⁴

V předchozích kapitolách jsme se zabývali tím, jak mohou teologické impulsy přispět ke kvalitní péči o nemocné a potřebné. Tyto teologické aspekty jsou provázané s mnoha, společností uznávanými hodnotami, které také leží v základech standardů kvalita zdravotní a sociální péče. Následovat bude kapitola, ve které je pozornost věnována zejména těm, kdo péči poskytují, pracovníkům pomáhajících profesí, v případě domácí ošetrovatelské péče jsou to hlavně sestry a pečovatelky.

¹²⁴ BENEDIKT XVI. *Deus Caritas est, encyklika o křesťanské lásce*. 2005, odstavec 18.

3.9 SOUVISLOSTI PROŽÍVÁNÍ VLASTNÍ SPIRITUALITY POMÁHAJÍCÍHO PRACOVNÍKA S KVALITOU POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE

V první části této práce byla představena domácí péče jako poměrně široký obor, vyžadující od pracovníků plné nasazení tělesné, duševní i duchovní. Pokud v některé z těchto oblastí převládají nedostatky, péče je méně přínosná jak pro příjemce služby, tak i pro pečující sestru či jiného zaměstnance sociálních služeb. Pečující člověk je navíc vystaven riziku, že u něj dříve či později může nastat syndrom vyhoření. S pomocí teologických impulsů se v této kapitole pokusíme najít některé možné způsoby jak tomuto nebezpečí předejít, nebo zmírnit důsledky již probíhajícího syndromu vyhoření.

Každý, kdo se rozhodne z vlastní vůle pomáhat potřebným, ať už jako dobrovolník, a třeba jen na krátký čas, nebo si pomáhající obor zvolí jako svou celoživotní profesi, je k této volbě nějakým způsobem vnitřně motivován. V křesťanských charitách, poskytujících domácí péči, se setkávají zdravotní sestry a pečovatelky s křesťanským zázemím ve svém osobním životě i bez něho. Pomáhání a služba potřebným, je na půdě charitativních organizací myšlenkově spojuje. I ti pracovníci, kteří náboženský život aktivně neprožívají a sami se považují za nevěřící, uznávají hodnotu lidského života a lidské osoby.

3.9.1 Kontemplace jako ochrana před syndromem vyhoření

Pomáhajícím pracovníkům obecně bývá doporučováno, aby si ve svém životě našli hodnotné zdroje, ze kterých by mohli čerpat sílu pro svou náročnou službu.

V křesťanské spiritualitě a teologii zaměřené na hlubiny tajemství člověka a Boha se výraz *kontemplace* vyskytuje poměrně často. Jedná se o spojení dvou latinských výrazů. *Cum* vyjadřuje sjednocení a jakousi souběžnost, *templum* značí posvátný prostor, chrám. V tomto spojení tedy slovo kontemplace naznačuje jakési hlubinné a vědomé přebývání člověka v tomto světě, vnímaném jako posvátný prostor.¹²⁵

Kontemplativní člověk, který se snaží nazírat na svou službu jako na možnost setkání se v ní s Bohem, bude lépe vidět její smysluplnost i v těžkých situacích. Skrze vnímání přítomnosti Boha ve všedním životě může i náročná služba přinášet pomáhajícímu pracovníkovi radost a být i zdrojem inspirace a nových sil. Není to vždy snadné, ale i pokus o takovýto postoj může sloužit jako ochrana před nebezpečím vyčerpání se a zmiňovaným syndromem vyhoření.

Raban zase chápe vyhoření jako krizi smyslu a uvádí, že nejspolehlivěji před ním chrání vědomí, že vlastní práce je součástí většího, smysluplnějšího celku. Pokud již vyhoření nastane, možnost vyléčení se z něho vidí zase ve vypořádání se s otázkami smyslu života nebo s postrádáním smyslu života a smrti a opětovnému přístupu sám k sobě, k ostatním lidem a ke všemu, co nás obklopuje, s láskou.¹²⁶

¹²⁵ Srov. POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, s. 44 – 45.

¹²⁶ Srov. RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*. Praha: Vyšehrad, 2008, s. 205.

3.9.2 Teologická inspirace při zotavování se ze syndromu vyhoření

Pokud vlivem neustálého pracovního i osobního stresu, přepínání sil a často i rozličných zklamání k syndromu vyhoření dojde, je nutné jej včas rozpoznat a začít se z něho léčit. Snaží-li se pomáhající pracovník i ve stavu osobní krize a vyčerpání dál pokračovat ve službě, může sobě i svým klientům více uškodit než pomoci. U sester a pečovatelů domácí péče, kteří často bývají ve službě v terénu sami, navíc hrozí riziko, že se budou snažit svůj stav tajně překonávat i pomocí alkoholu nebo různých drog a tak ve falešné naději, že vyhoření sami překonají, jim hrozí i vážné následky tohoto rizikového chování. Dnes již existují psychologové a jiní odborníci, speciálně vyškolení pro profesionální pomoc při stavu vyhoření. Někteří autoři, např. Raban, nicméně efektivitu jejich působení zpochybňují: „*Strategie zvládání situací jako psychohygienu nebo supervize, nemohou v konečném důsledku vyléčit syndrom vyhoření...*“¹²⁷

Rush zjistil, že se v Bibli nacházejí odpovědi na všechny životní problémy. Svou knihu nazvanou právě Syndrom vyhoření, věnuje celou podrobnému popisu tohoto syndromu a zabývá se i praktickou pomocí takto postiženým jedincům, přičemž důraz klade na vztah člověka s Bohem, případně obnovu tohoto vztahu, vyhořením narušeného. Pro různé situace a nesprávný životní styl, jež se na vzniku syndromu vyhoření podílely, nachází vedení a nové nasměrování v biblických citacích. Např. v situaci, kdy mají lidé neustálý pocit zklamání v důsledku svých nereálných cílů, používá verš z Přísloví 19,2, kde se praví: „*Bez poznání nemůže být nikdo dobrý, kdo je zbrklý, hřeší.*“ Jinými slovy – člověk nemá být horlivý bez moudrého vyhodnocení situace. Jinak mu hrozí, že v důsledku nepochopení, proč nedosáhl rychle svých cílů, pracuje stále víc, nerozumně přepíná síly, až dojde k vyhoření a kolapsu. Takový člověk někdy službu zcela opustí, často unáhleně a navždy.¹²⁸

¹²⁷ RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*. Praha: Vyšehrad, 2008, s. 205.

¹²⁸ Srov. RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003, s. 26.

Jiným důvodem, proč člověk polevuje v konání dobra je podle Rushe fakt, že při práci s lidmi často dlouho trvá, než vidíme pozitivní výsledky svého úsilí. Jako inspirace by zde mohla posloužit slova apoštola Pavla z listu Galatským, kde píše: „*V konání dobra neumdlévejme; neochabneme-li, budeme sklízet v ustanovený čas*“ (Gal 6,9). Z tohoto verše můžeme vyčíst nabádání k trpělivosti, kterou dle Rushova pozorování mnozí výkonní lidé právě neoplývají.¹²⁹

V knize Přísloví 15,15 nacházíme povzbuzení pro obnovu pozitivního postoje k životu: „*Všechny dny utištěného jsou zlé, kdežto kdo je dobré myslí, má hody každodenně.*“ Pozitivní postoj nám může pomoci projít různými bouřemi života. Je dobré soustředit myšlenky na pozitivní věci: „*Konečně, bratří, přemýšlejte o všem, co je pravdivé, čestné, spravedlivé, čisté, cokoli je hodno lásky, co má dobrou pověst, co se považuje za ctnost a co sklízí pochvalu*“ (Fil 4,8).

Při zotavování se z vyhoření je tedy dobré získat pozitivní postoj, přičemž je třeba vyhnout se návratu ke starým zvyklostem, které vyhoření způsobily. Doporučuje se stanovit si nové, krátkodobé i dlouhodobé cíle, číst Bibli a konzultovat se svým pastorem.

Rush nabádá, aby člověk během zotavování se, místo sebe samého a svých schopností něčeho dosáhnout, nechal Boha, aby se stal zdrojem pozitivního postoje: „*Musíme se naučit nechat ho v sobě jednat a vzdát se pocitu, že jsme to my, kdo pro Boha může něco udělat. Místo na možnosti svých zdrojů se musíme soustředit na moc zdrojů Božích.*“¹³⁰ I zde je možno citovat z listu Filipským 4,13: „*Všecko mohu v Kristu, který mi dává sílu*“.

Jedním z nejlepších způsobů, jak si osvojit a udržet pozitivní postoj je podle Rushe „*sytit svou mysl Božím slovem*“¹³¹. Z Písma pro toto tvrzení uvádí verš z knihy Jozue: „*Knihá tohoto zákona at' se nevzdálí od tvých úst. Rozjímej nad ním ve dne v noci, abys mohl bedlivě plnit vše, co je v něm zapsáno. Potom tě bude na tvé cestě provázet zdar, potom budeš jednat prozíravě*“ (Joz 1,8).

¹²⁹ Srov. RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003, s. 23.

¹³⁰ Tamtéž, s. 109.

¹³¹ Tamtéž, s. 112.

Z výše uvedeného vyplývá, že osobní prožívání spirituality, vztah s Bohem, nebo v případě nekřesťanů, víra v dobro, v jakousi vyšší moc, která člověka přesahuje, působí do značné míry jako ochranný faktor proti syndromu vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí a napomáhá čerpat sílu a smysl života při zotavování se z případného vyhoření.

Raban ve své knize nazvané *Duchovní smysl člověka dnes*, vychází především ze své zkušenosti duchovního a psychoterapeuta. Jeho postřehy je však možno s jistou modifikací vztáhnout i pro situaci charitních pracovníků, v našem případě ošetřovatelů domácí péče, protože i ti se setkávají s lidmi trpícími a v rozličných mezních situacích. Autor se zamýšlí nad problematikou spirituality služby: „*Při práci s lidmi v mezních situacích nás může ochránit před odvrácením se nebo cynismem jenom spirituální zakotvení.*“ Má zde na mysli především takový spirituální postoj, který se osvědčuje ve všedním životě. Propojení spirituality a služby považuje za základní: „*Duchovní cesta, která nevede do všedního dne a k bližnímu je bludná cesta.*“¹³²

Pro Rushe je zase prevencí vyhoření udržování vyváženosti v životě. Pro tuto vyváženost považuje za podstatné zahrnutí duchovní dimenze do celého prožívání života. Doporučuje postavit vztah s Bohem na první místo: „*Jsme duchovní bytosti, a pokud nebudeme počítat s Bohem, bude náš život nevyvážený.*“¹³³ Myslí se zde osobní vztah, spíš než množství náboženských aktivit. Rush dokonce považuje za chybné, myslí-li si člověk, že musí všechnu práci učinit sám. Tento postoj podle něj často ústí právě ve vyhoření. Doporučuje proto všem, kteří se denně nasazují ve službě druhým, denně se modlit a prosit Boha o pomoc, sílu a vedení.¹³⁴

¹³² RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes*. Praha: Vyšehrad, 2008, s. 120.

¹³³ RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003, s. 121.

¹³⁴ Srov. tamtéž, s. 121.

ZÁVĚR

V této práci jsme se zabývali ošetrovatelskou domácí péčí a tím, jak je možno přispět pomocí teologické inspirace k její kvalitě.

V první části bylo pojednáno o ošetrovatelské domácí péči v její komplexitě a náročnosti a bylo poukázáno na její různé odborné i praktické aspekty.

Druhá část představovala souhrn kritérií, podle kterých je možno kvalitu domácí péče hodnotit, zejména standardy zdravotních a sociálních služeb.

Třetí část integruje do praxe domácí péče teologii, kdy hledáme k určitým vybraným tématům kvality a hodnot, o které se standardy opírají, teologické impulsy, jejichž uplatňování může v mnoha aspektech péči obohatit a zkvalitnit a být přínosem pro klienty i poskytovatele komplexní domácí péče. Ukázalo se, že největší pole působnosti má teologie při setkávání se s pacienty v konečném úseku života, s lidmi trpícími, kteří hledají odpovědi na otázky po smyslu svého utrpení a lidmi osamělými, kteří touží po vřelosti srdce, blízkosti druhého člověka a celkovým přijetím. Hodně co říci má teologie také k otázce důstojnosti lidské osoby, úcty k člověku a jeho životu.

Pro pracovníky náročných pomáhajících profesí, což práce sestry i pečovatelky v domácí péči bezesporu je, zase teologické impulsy mohou pomoci vidět ve své práci smysl, vykonávat ji s láskou a zapojit vlastní kreativitu, což jsou významné ochranné faktory při předcházení syndromu vyhoření.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AUGUSTIN, J.; SLUP, L. *Umět přijmout vlastní život*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-349-4.

BENEDIKT XVI. *Deus Caritas est, encyklika o křesťanské lásce*. 2005.

Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona, ekumenický překlad. Praha: Česká biblická společnost, 1991.

Caritas: Adresář charitních agentur domácí péče. B. m., b. n., 2009, ISBN neuvedeno.

Department of Health, Social Services and Public Safety . *The Quality Standards for Health and Social Care: Supporting good Governance and best practice in the HPSS* [online]. Castle Building, Belfast BT4 3SQ (Northern Ireland), March 2006, [cit. 2010-12-27]. Dostupné na WWW: http://www.dhsspsni.gov.uk/qpi_quality_standards_for_health_social_care.pdf.

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0248-8.

Etický kodex sester [online]. Vsetín: Nemocnice Vsetín, 2010. Dostupné na WWW:<<http://www.nemocnice-vs.cz?sekce=0-nemocnici&text=oseatrovatelstvi&podtext=eticky-kodex-sester>>.

FRY, S. T. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. B. m., Česká asociace sester, 1994. ISBN neuvedeno.

Genezis: Komentáre k Starému zákonu, I. zväzok. Trnava: Dobrá kniha, 2008, ISBN 978-80-7141-626-5.

GRÜN, A. *Duchovní terapie a křesťanská tradice: Čtrnáct svatých pomocníků*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. ISBN 80-7192-425-3.

HERON, B. M. *Katolícká charizmatická obnova. Pracovní text IV. charizmatické konferencie v Českých Budějovicích*. Londýn: 1992, s. 17.

HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0212-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. ISBN neuvedeno.

KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.

Kvalita a efektivita domácí péče. Sborník příspěvků 3. mezinárodní konference sester domácí péče. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-418-6.

LANE, D. A. *The experience of God: An invitation to do theology*. Dublin: Veritas, 2003. ISBN 0-86217-179-2.

MARX, D., VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice: Manuál a metodika plnění*. 2. vyd. účinné od 1. 9. 2009 [online]. Spojená akreditační komise, 2008 [cit. 2010-08-01]. Dostupné na WWW: <http://www.sakcr.cz/files/SAK_standardy_pro_nemocnice_verze_01-09-2009.pdf>.

MASTILIAKOVÁ, D. Profesionalizace ošetrovatelství – cesta k humanizaci, efektivitě a kvalitě péče o zdraví populace. In *Ošetrovatelství: Teorie a praxe moderního ošetrovatelství*, Hradec Králové: KU, 2000, roč. 1, č. 1 – 2, s. 4 – 6.

Městská charita České Budějovice: Výroční zpráva 2008. České Budějovice, b. n., 2009. ISBN neuvedeno.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: MZČR, Posl. úpravy 14. 03. 2010 [cit. 2010-07-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.mzcr.cz>>.

MISCONIOVÁ, B. *Management Komplexní domácí péče*. Praha: Národní centrum domácí péče, 1998. ISBN neuvedeno.

MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče, rok neuveden, ISBN neuvedeno.

OPATRNÝ, A. Euthanasie z pohledu teologa. In *Euthanasie nebo paliativní péče versus práva nevléčitelně nemocných. Sborník přednášek konference u příležitosti 3. Světového dne hospice a paliativní péče*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje, 2007, s. 34 – 37.

OPATRNÝ, M. Pastorační práce u křesťanských poskytovatelů sociálních služeb – mezi interní supervizi a coachingem. In *Teorie a praxe charitativní práce: Uvedení do problematiky: Praktická reflexe a aplikace*. České Budějovice: Michal Opatrný a Markus Lehner, 2010, s. 62 – 71.

POMPEY, H. Křesťanský přístup k řízení charitních středisek a služeb. In *Vy jim dejte jíst. Materiály pro formaci charitních pracovníků*. Olomouc: Arcidiézní charita, 2005, s. 3 – 6.

POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-748-1.

RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes: Od objektivního k existenciálnímu a věčnému*. Praha: Vyšehrad, 2008. ISBN 978-80-7021-933-1.

RHIZA, J. *Perfecting Human Actions: St. Thomas Aquinas on Human Participation in Eternal Law*. Washington, D.C.: The Catholic University of America Press, 2009. ISBN 978-0-8132-1672-0.

RUSH, M.D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8.

SOUSEDÍK, S. *Svoboda a lidská práva: Jejich přirozenoprávní základ*. Praha: Vyšehrad, 2010. ISBN 978-80-7429-036-7.

STOFF, G. *Dobré slovo u lůžka nemocných*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994. ISBN 80-85527-54-5.

STYLES, M. M., AFFARA, F. A. *ICN o regulaci ošetrovatelské profese: Sestra v 21. století*. B. m., Česká asociace sester, 1998, ISBN nevedeno.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vyd. B. m., APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0477-9.

TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře: Jak získat důvěru pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0911-2.

Vy jim dejte jíst: Materiály pro formaci charitních pracovníků. Olomouc: Arcidiézní charita, 2005, ISBN nevedeno.

ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

SEZNAM ZKRATEK

APHPP – Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

Gal – Galatským (jedna z knih Nového zákona).

Gn – Genesis (jedna z knih Starého zákona).

HPSS – Department of Health, Social and Public Safety (Oddělení pro zdravotní, sociální a veřejné bezpečí).

ICN – International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester).

J – Jan (jedna z knih Nového zákona).

Joz – Jozue (jedna z knih Starého zákona).

Kor – Korintským (jedna z knih Nového zákona).

Lk – Lukáš (jedna z knih Nového zákona).

Mar – Marek (evangelium podle Marka).

Mat – Matouš (evangelium podle Matouše).

NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace – SZO).

ABSTRAKT

BERKIOVÁ, K. A. *Teologická inspirace pro kvalitní ošetrovatelskou domácí péči*. České Budějovice 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce A. Kříšťan.

Klíčová slova: domácí péče, ošetrovatelství, sociální služby, komunikace, kvalita péče, standardy kvality, teologická inspirace, charita

Práce se zabývá celostním pojetím komplexní domácí ošetrovatelské péče. Nejprve jsou popsány jednotlivé charakteristické aspekty domácí péče, kdo péči poskytuje, v jakém rozsahu, jakými zásadami se přitom musí řídit, pozornost je věnována zejména potřebám klientů a správné komunikaci s nimi. Protože domácí péči často zajišťují charitní církevní organizace, je pojednáno také o Charitě České republiky. Poslední kapitola první části se zabývá častým problémem pracovníků v pomáhajících profesích, syndromem vyhoření.

Pro kvalitní provádění zdravotní a sociální péče byly ve společnosti vypracovány standardy kvality, které jsou při poskytování péče závazné a pomocí nichž se dá kvalita poskytnuté péče hodnotit. Naší otázkou je, jak může teologie přispět kvalitě domácí péče. Pro naplňování určitých prvků kvality jsou v této práci nabídnuty teologické impulsy, které mohou pomoci při poskytování kvalitní holistické domácí péče klientům.

Abstract

The Theological Inspiration for Quality Nursing Home Care.

Key words: home care, nursing, social services, communication, quality of care, quality standards, theological inspiration, caritas

The work deals with the holistic concept of comprehensive home care. First, it deals with different characteristic aspects of home care, who provides the care, the extend to which care is provided, principles to be followed when caring, attention is paid to the needs of clients and a good communication with them. Because home care often provide religious charitable organizations, it is also dealt with the Caritas Czech Republic. The last chapter of the first part deals with the common problem of workers in the helping professions, the burnout syndrome.

For the implementation of quality health and social care were developed in the society quality standards, that are binding in providing care and assistance which can evaluate the quality of care provided. Our question is, how can theology contribute to the quality of home care. To implement certain elements of quality are in this work offered theological impulses, that can assist in providing quality holistic home care to clients.