



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Paliativní péče a její možnosti v pobytových službách pro seniory

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
REHABILITACE

Autor: Zuzana Homolová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Paliativní péče a její možnosti v bytových službách pro seniory*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 7. 2021

.....

Zuzana Homolová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D., za její rady, ochotu a vedení. Dále bych chtěla poděkovat rodině za podporu v průběhu studia. Také děkuji ředitelům, vrchním zdravotním sestřám a pracovníkům ze sociální služby za spolupráci při rozhovorech.

Paliativní péče a její možnosti v pobytových službách pro seniory

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na možnosti poskytované obecné paliativní péče v pobytových službách pro seniory. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké principy aplikují pracovníci v pobytových službách pro seniory při poskytování obecné paliativní péče. Téma paliativní péče je velmi aktuální, protože stárnutí populace je čím dál tím značnějším jevem ve společnosti z důvodu nízké porodnosti a prodlužování naděje dožití.

Bakalářská práce je rozčleněna na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část zahrnuje pojmy spojené s tématem paliativní péče, které byly čerpány z odborné literatury a legislativy. Praktická část se zaměřuje na výzkum a jeho výsledky. Prostřednictvím výzkumu se zjišťovalo, zda se pobytové služby pro seniory setkávají s paliativní péčí, popřípadě jaké principy a koncepty při péči aplikují, a zda se setkávají s možnými limity. Pro zpracování praktické části byla využita kvalitativní metoda. Výzkum byl realizovaný pomocí metody dotazování prostřednictvím techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Z výzkumu vyplynulo, že pracovníci se běžně setkávají s obecnou paliativní péčí v pobytových službách pro seniory. Pracovníci se řídí základními principy paliativní péče, jako je: princip důstojnosti, princip doprovázení, klidový režim, naplnění přání a potřeby klienta, tišení bolesti, důraz na kvalitu života. Dále bylo zjištěno, že při péči o klienty se využívá následujících konceptů péče: psychobiografický model péče, bazální stimulace, smyslová aktivizace, Namaste Care. Bakalářská práce poslouží jako feedback pro vybrané informantky. Dále poslouží jako podpůrný zdroj informací pro vybrané pobytové služby pro seniory.

Klíčová slova:

obecná paliativní péče; principy paliativní péče; pobytová služba pro seniory; koncepty péče

Palliative care and its possibilities in residential services for seniors

Abstract

The bachelor thesis is focused on the prospects of providing general palliative care in residential services for the elderly. The objective of the bachelor's thesis is to find out what principles are applied by workers in residential services for the elderly when providing general palliative care. The issue of palliative care is very topical, as the aging of the population is an increasingly visible phenomenon of our society due to low birth rates and longer life expectancy.

The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part covers concepts related to the topic of palliative care, which were collected from the literature and legislation. The practical part focuses on research and its findings. The research examined whether residential services provided to seniors use palliative care, what principles and concepts they apply to care, and whether they reach their potential limits. For the elaboration of the practical part, a qualitative method was used. The research was carried out using the method of questioning through the technique of semi-structured interview.

The research has indicated that workers experience general palliative care in residential services for the elderly quite commonly. Employees are guided by the basic principles of palliative care, such as: the principle of dignity, the principle of accompaniment, rest regime, satisfaction of the client's wishes and needs, providing pain relief, emphasis on quality of life. Moreover, it was found that the following concepts of care are used in client care: psychobiographic model of care, basal stimulation, sensory activation, Namaste Care. The bachelor thesis will also serve as feedback for selected informants. At the same time, it will do the work of a supporting source of information for selected residential services for the elderly.

Keywords:

general palliative care; principles of palliative care; residential service for the elderly; care concepts

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Paliativní péče.....	10
1.1.1 Historie paliativní péče ve světě.....	11
1.1.2 Historie paliativní péče v ČR	12
1.1.3 Dělení paliativní péče	13
1.1.4 Specializovaná paliativní péče	14
1.1.5 Cíle paliativní péče	14
1.1.6 Formy poskytování paliativní péče	14
1.1.7 Potřeby umírajících	16
1.1.8 Maslowova pyramida potřeb	18
1.2 Umírání.....	18
1.2.1 Fáze vyrovnávání člověka se ztrátou dle Elisabeth Kübler-Ross.....	19
1.3 Pobytové služby pro seniory.....	22
1.3.1 Paliativní péče v pobytových službách pro seniory	22
1.3.2 Kdy zahájit paliativní péči?	23
1.3.3 Principy paliativní péče	23
1.4 Vybrané koncepty péče v pobytové službě pro seniory	24
1.4.1 Bazální stimulace	25
1.4.2 Smyslová aktivizace	25
1.4.3 Psychobiografický model péče dle Erwina Böhma.....	26
2 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	27

2.1	Operacionalizace pojmů	27
3	METODIKA	28
3.1	Výzkumné metody a technika sběru dat	28
3.2	Charakteristika souboru informantů a sběr dat	29
3.3	Zpracování dat	30
3.4	Etika výzkumu	30
4	VÝSLEDKY	31
4.1	Rozhovory s ředitelkami	31
4.2	Rozhovory s vrchními sestrami	37
4.3	Rozhovory s pracovníky v sociálních službách	41
5	DISKUSE.....	45
	ZÁVĚR	49
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	51
	SEZNAM PŘÍLOH.....	55
	SEZNAM ZKRATEK	56

ÚVOD

Téma paliativní péče by mělo být nedílnou součástí zdravotnických a sociálních služeb. Jde o citlivou problematiku, kdy se rodinní příslušníci a blízcí přátelé loučí, a zároveň doprovází milovanou osobu v závěru života. V dnešní moderní společnosti se stále rozvíjí paliativní péče a dochází ke vzniku nových služeb v podobě domácích či kamenných paliativních hospicových zařízení. Toto téma je velmi aktuální a zajímavé. Důvod výběru tématu byl uskutečněn na základě absolvované praxe v pobytové službě pro seniory, kde jsem se poprvé s paliativní péčí setkala. Paliativní péče se zabývá tím, aby člověk mohl dožít kvalitně a důstojně až do posledního okamžiku. Umírání chápe jako jeho přirozenou součást. Snaží se splnit přání nemocného, pečuje o bio-psycho-socio-spirituální potřeby člověka. Paliativní péče se skládá z multidisciplinárního týmu odborníků a jejich úzké spolupráce.

Bakalářská práce se v teoretické části okrajově zajímá i o otázky smrti a umírání, protože otázka smrti a umírání úzce souvisí s paliativní péčí. Jde o proces, kterým si projde každý z nás, a je důležité, aby člověk došel smíření a klidu. Paliativní péče se zabývá poslední etapou života a snaží se připravit umírajícího i jeho blízké na nadcházející konec. Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaké principy aplikují pracovníci v pobytových službách pro seniory při poskytování obecné paliativní péče.

První kapitola pojednává o současném stavu paliativní péče. Druhá kapitola se hlouběji zabývá historií paliativní péče ve světě a v České republice, dále dělením a formami paliativní péče. Ve třetí kapitole jsou popsány potřeby umírajících, včetně fáze vyrovnání člověka se ztrátou dle Elisabeth Kübler-Ross. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na pobytové služby pro seniory, poskytování paliativní péče, zahájení paliativní péče, aplikované principy a koncepty péče. Následující kapitoly se zabývají empirickou částí, ve které je popsán cíl, výzkumné otázky a zvolená metodika, vyhodnocování polostrukturovaných rozhovorů, dále následuje diskuse a závěr. Informantkami byly dvě ředitelky, dvě vrchní sestry a dvě pracovnice v sociálních službách ve dvou pobytových službách pro seniory.

1 SOUČASNÝ STAV

Klevetová a Dlabalová (2008) ve své publikaci uvádí, že věková struktura lidské populace se proměňuje. Jedná se o celosvětový fenomén, že populace stárne. Důvodem je prodlužující se délka života. Díky tomu se populace dožívá vysokého věku. Dle prognóz má být 21. století stoletím seniorů. Údajně během 50 let bude poprvé v historii, kdy bude na zemi více lidí starších 60 let než osob mladších 15 let. Je tedy pro společnost zásadní, aby považovala geriatrickou péči za důležitou (Klevetová, Dlabalová, 2008). V současnosti významné celosvětové instituce apelují na rozvoj v oblasti paliativní péče, aby mohla být poskytnuta každému jedinci, který tuto péči potřebuje. Světová zdravotnická organizace usiluje o poskytování a rozvoj kvalitní paliativní péče od počátku 90. let 20. století (Sláma, Špinka, 2004).

Podle Malíkové (2011) k první změně došlo v poskytování sociálních služeb v České republice po roce 1989, kdy se situace částečně proměnila. Nyní je časté přejímání ověřeného funkčního modelu ze zahraničí, především ze zemí Evropské unie. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nastavil provozovatelům sociálních služeb nová pravidla. Z hlediska problematiky seniorů a pobytových sociálních služeb je nezbytné uvést pojem deinstitucionalizace, tedy změnu k poskytování sociálních služeb orientovaných na individualitu člověka v jeho přirozeném prostředí (Malíková, 2011). Moderní medicína si stanovuje ctižádostivé cíle, kterými je udržitelnost dobré kvality života v případě pokročilého onemocnění. Dobrou kvalitou si představuje více, než „pacient nemá nesnesitelné bolesti, nezvrací, a pravidelně vylučuje.“ Vedle fyziologických obtíží je kvalita života dána stupněm saturace potřeb v oblasti psychické, sociální a duchovní (Sláma et al., 2011).

Autorka Kaňová (2014) apeluje na fakt, že paliativní péče se nevztahuje pouze na onkologicky nemocné. V současné době každý jedince, který trpí progredujícím pokročilým onemocněním má nárok na poskytnutí paliativní péče (Kaňová, 2014). Autoři Sláma, et al. (2016) jsou toho názoru, že lůžková zdravotnická zařízení, kde velké procento chronicky nemocných umírá poskytují rozličnou kvalitu paliativní péče. Mobilní specializovaná paliativní péče a hospice může využít pouze omezené procento pacientů (Sláma, et al., 2016).

1.1 Paliativní péče

Tato bakalářská práce se zaměřuje na paliativní péči poskytovanou v pobytových službách pro seniory. Definice paliativní péče je nespočet a ve výsledku se doplňují nebo shodují. V definicích je kladen důraz na kvalitu života a holistický přístup. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí: *Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení, co nelepší kvality života nemocných a jejich rodin* (Kupka, 2014, s. 28). Definice paliativní medicíny dle Haškovcové (2007, s. 37) je následující: *Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.*

Dle Plevové et al. (2011) je základní podstatou definice holistické pojetí člověka, kdy se jedná o celostní péči o nemocného a jeho nejbližší, po celou dobu nemoci. Paliativní péči lze vnímat jako celkovou, totální péči. Důležitou součástí je multidisciplinární přístup k nemocné osobě. V některých případech je medikace již zbytečná, proto ji lze ukončit. Nelze však ukončit péči o pacienta (Plevová et al., 2011). V definicích se neuzivá pojem terminální péče nebo péče o umírající, protože principy a praktická stránka paliativní péče se užívají až do konce pacientova života. Často je apelováno na multidisciplinární tým, který může pacientovi poskytovat péči v hospici, nemocnici nebo doma (Sláma et al., 2011). Autoři Mitchell et al. (2008) ve své publikaci uvádí, že výsledky u pacientů se zlepšují, když funguje spolupráce paliativního týmu. Speciálně účast praktického lékaře vede ke zkvalitnění diagnostické přesnosti aplikace léčby (Mitchell et al., 2008). Dále autoři, jako např. Pastrana et al., rozebírali definice paliativní péče v odborné literatuře. Analyzovali 37 definic v anglickém jazyce a 26 definic v německém jazyce. I přesto, že se definice obsahově rozcházejí, v hlavní myšlence a cíli byly totožné, tedy v tišení a zmírňování utrpení a zvyšování kvality života umírajících a jejich rodin (Bužgová, 2015). Autor Matzo (2018) uvádí, že paliativní péče začíná tam, kde ostatní skončí, jedná se o podporu života a kvality života. Nacházející konec neodkládá, jen zmírňuje symptomy onemocnění (Matzo, 2018).

1.1.1 Historie paliativní péče ve světě

Dle Haškovcové (2007) je paliativní péče jednou z nejstarších typů medicíny, která se od nepaměti snažila medicína ulevovat umírajícím od bolesti a usnadňovat jim odchod. V 19. století proběhla industrializace, která měla velký vliv na stěhování lidí do měst. Díky tomu narůstaly i počty pacientů, kteří umírali mimo svůj původní domov. Proces umírání se přesouvá z domácího prostředí do chorobinců. Jde tedy o rozvoj institucionalizace. Narůstal počet chorobinců, později kolem 20. století tento pojem vystřídal moderní nemocnice a ústavy, kde se uplatňovala především kurativní léčba. V případě, že léčba neměla výsledky a bylo patrné, že pacient umírá, zdravotní personál pacientovi dopřál čisto, teplo a soukromí (Haškovcová, 2007). Clark (2016) uvádí, že umírající byli v rostoucích lékařských institucích odsunováni do pozadí, protože neúspěšná léčba jedince se považovala za nezdár medicíny (Clark, 2016). V období před druhou světovou válkou bylo běžné, že se blízká rodina postarala o umírajícího člena rodiny za přítomnosti rodinného lékaře nebo ošetřovatelky a kněze, který dal poslední pomazání (Marková, 2010). Paliativní péče ve smyslu zdravotnického a sociálního systému měla především rozvoj ve druhé polovině 20. století. Umírajícím do té doby nebyl udělován takový profesionální zájem ze strany institucí (Haškovcová, 2007). Na začátku 20. století 60. let si nelze nepovšimnout podnětů, které byly odezvou na nečinnost v minulosti. Jedním z průlomových pojetí byl koncept totální bolesti od zakladatelky hospicového hnutí Cicely Saundersonové. Jedná se o koncept, který pojednává o bolesti fyzické, sociální, emoční a spirituální. Následně vznikaly inovační ideje v oblasti hospicové péče, jako je zavedení nového pojetí z pohledu kvality života, dále zvládání bolesti a symptomů, psychosociální péče (Bužgová, 2015). Pokrok moderní medicíny byl patrný v léčbě infekčních chorob, celoplošného očkování, rozvoje diagnostiky. Díky pokroku bylo zachráněno mnoho životů i u onemocnění, které do té doby nebylo možné vyléčit. Ve 20. století 60. let zdravotnictví naráží na etické dilema, které se nazývá dystanazie neboli zadržaná smrt. Dystanazie je stav, kdy pacient je naživu jen díky přístrojům a medikaci, bez kterých by jinak zemřel. Jako reakce na tuto situaci se lidé domáhají eutanazie. Dále se po celém světě rozvíjí hospicové hnutí (Marková, 2010).

Dle Bužgové (2015) moderní paliativní péče sebou přinesla pokroky, kterým bylo i založení prvního moderního zařízení v Anglii roku 1967, jímž je Hospic sv. Kryštofa. Revoluce a vývoj v paliativní péči a hospicové péči proběhly relativně v krátkém

časovém úseku. Bylo založeno mnoho specializovaných institucí (Bužgová, 2015). Založení prvního hospice v Americe bylo roku 1974 v New Haven v Connecticutu. Hospicové hnutí podpořilo vznik samostatného lékařského oboru paliativní medicíny. Velká Británie vytyčila pět zásad pro vývoj paliativní medicíny:

- Vznik sekce paliativní medicíny, kde poskytují multidisciplinární péči o jedince, včetně profesionální lékařské péče.
- Progres v oblasti edukace lékařského personálu, který je součástí multidisciplinárního paliativního týmu a vývoj v multidisciplinární domácí paliativní péči.
- Vznik hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, přivádějí multidisciplinární paliativní péči opět do nemocničního chodu.
- Rozvoj poradenských a konzultačních služeb na téma paliativní medicíny ve veškerých nemocnicích.
- Edukace zdravotnického personálu v celostní péči o jedince (Vorlíček et al., 2004).

1.1.2 Historie paliativní péče v ČR

Dle Slámy et al. (2013) se v ČR začala paliativní péče vyvíjet jako samostatná péče o nevléčitelně nemocné kolem roku 1989, kdy poskytovaná péče nemá tak starou tradici jako u jiných vyspělých zemí. Prvotní snaha o vybudování lůžkového oddělení paliativní péče byla v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Lékařka Marie Svatošová se významně podílela na rozvoji hospicového hnutí, kdy v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí jménem Ecce homo (Ejhle člověk). Roku 1995 díky občanskému sdružení vznikl první samostatný lůžkový hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Roku 2013 bylo registrováno 16 lůžkových hospiců a vznikají další (Sláma et al., 2013).

Autoři Sláma a Špínka (2004) ve své publikaci uvádí, že po roce 1989 se objevila v odborné literatuře jako jeden z prvních autorů zabývajících se tématem umírání a smrti profesorka Helena Haškovcová, která se ve svých člancích a knihách zabývala problematikou thanatologie, důstojného umírání a péče o pacienty. Dalším prolomovým momentem v paliativní péči byl rozsáhlý výzkum v letech 2003–2004 sdružením Cesta domů, který se zabýval péčí o umírající pacienty. Výzkum poukázal na možná zlepšení v dané oblasti. Poté byla schválena Koncepce paliativní péče v ČR. Koncepce měla vést

ke zvýšení kvality a účinnosti poskytování paliativní péče (Sláma, Špinka, 2004). V roce 2009 vznikla Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM). Hlavní prioritou bylo vzdělávání a podpora klinické praxe v obecné a specializované paliativní péči. ČSPM je součástí Evropské asociace paliativní péče (EAPC). Mimo konferencí o paliativní medicíně se angažovala na konceptu *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011–2015*. Tento dokument je významný pro svůj záměr posílit péči o umírající a jejich rodiny. Hlavním cílem je zprostředkování důstojného odchodu s co nejkvalitnější péčí o pacienty s pokročilým stadiem nevléčitelné nemoci. Důležitým činem ČSPM bylo vytvoření *Standardů paliativní péče 2013* (Sláma et al., 2013). Další významný pokrok v oblasti paliativní péče byl vznik Centra paliativní péče v Praze roku 2014. Prvotním záměrem centra je výzkum, na jehož výsledcích se staví podklad pro legislativní opatření a zkvalitnění péče o pacienty, dalším cílem je edukace v paliativní péči (Bužgová, 2015).

1.1.3 Dělení paliativní péče

Dle Markové (2010) se paliativní péče dá dělit podle komplexnosti na obecnou a specializovanou paliativní péči. V laické společnosti se traduje, že paliativní péče se rovná hospicová péče. Dobrou obecnou paliativní péčí by měla poskytovat všechna pobytová zdravotní nebo zdravotně sociální zařízení. Dále se předpokládá, že paliativní péči by měli poskytovat všichni zdravotníci, což plyne z Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“. Rozdělení na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči plyne z rozsahu její komplexnosti. Doporučení Rady Evropy nabádá, aby jednotlivá zařízení byla způsobilá k výkonu obecné paliativní péče, dále také apeluje na zakládání zařízení specializované paliativní péče (Marková, 2010).

1.1.1 Obecná paliativní péče

Autorka Bužgová (2015) uvádí, že obecná paliativní péče je poskytovaná zdravotníky na základě jejich jednotlivých odborností. Je nutné včasné identifikovat nemoc, sledovat a jednat ve prospěch pacientovo zdravotnímu stavu. Zdravotníci by měli zachovat respekt, pacientovu autonomii, zvážit možnosti další medikace a správně s pacientem komunikovat (Bužgová, 2015). Obecná paliativní péče by měla být součástí každého zdravotnického zařízení. Předpokladem této služby je dosažení co možná největší kvality pacientova života prostřednictvím léčby a péče. Důležitý je respekt k pacientově

funkční samostatnosti, utišení bolesti a dalších přidružených symptomů spojených s nemocí, podpora doprovázející osoby a rodiny (Marková, 2010).

1.1.4 Specializovaná paliativní péče

Sláma et al. (2011) uvádí, že specializovanou paliativní péči poskytuje tým odborníků, kteří jsou úzce zaměřeni na obor paliativní péče. Odborný tým by měl být schopný zajistit péči o pacienta v jakémkoli zařízení, kde již obecná paliativní péče nestačí. Specializovaná paliativní péče může být poskytována u pacienta doma, v nemocnicích, denních stacionářích, v pečovatelském domě, v ambulantní péči nebo specializovaném oddělení paliativní péče (Sláma et al., 2011). Jedná se o tým profesionálně vyškoleného personálu. Počet zaměstnanců by měl být vyšší v poměru k pacientům. Specializovaná zařízení paliativní péče jsou přínosná v podpoře a v edukačním procesu vzdělávání ostatních zdravotníků v problematice paliativní péče. Zdravotníci mohou požádat o podporu nebo konzultaci u poskytovatele specializované paliativní péče (Marková, 2010). V České republice je nejčastější formou poskytované specializované paliativní péče hospic a zařízení, která poskytují specializovanou domácí paliativní péči (Plevová et al., 2011).

1.1.5 Cíle paliativní péče

Kalvach et al. (2019) uvádí, že cílem paliativní péče je tlumení bolesti, podpora v oblasti důstojnosti, smysluplnosti a osobnosti umírající osoby. Cílem je také zmírňování komplikací spojených s nemocí, aby mohl pacient prožít závěr svého života co nejkvalitněji a v co největším pohodlí. Paliativní péče má zahrnovat chráněný prostor, kde umírající osoby se sníženými příležitostmi a funkčními deficity a komplikacemi si mohou zachovat svou identitu a být v kontaktu se svou rodinou a blízkými. Paliativní péče by měla být podpůrným a přínosným prostředkem, dále by měla přinášet možnosti a naplnění přání umírající osoby. Odborný zdravotnický tým je proškolen, jak nejlépe pacienta vyšetřit, léčit či ošetřit. Je důležité, aby dílčí zdravotnické odborné specializace uměly vhodně pracovat a pomáhat lidem v daných situacích a zrenovat srozumitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost života (Kalvach et al., 2019).

1.1.6 Formy poskytování paliativní péče

Dle Haškovcové (2007) odborná a efektivní paliativní péče by se měla dostat každému, u koho to zdravotní stav vyžaduje. Struktura a organizace poskytované paliativní péče

se u každé služby i země odlišuje. Nezáleží na zařízení nebo formě. Důležité je, aby se péče dostalo každému (Haškovcová, 2007).

Sláma et al. (2011) uvádí, že dle zahraniční praxe by měla paliativní péče obsahovat následující formy:

1. Lůžkový hospic: by měl spíše napodobovat domácí prostředí než nemocniční zařízení. Lůžkový hospic je zaměřený na kvalitu života nemocného. Pokoje bývají jednolůžkové s možností přistýlky pro blízké doprovázející osoby. Návštěvní hodiny nejsou pevně dané, pacient si organizuje své návštěvy. Obvyklá doba pobytu je přibližně 3 týdny s možností opakované hospitalizace.
2. Domácí hospic: jedná se o zdravotně sociální službu, která je poskytována pacientům za přítomnosti rodiny a v domácím prostředí. Pokud je pacient přijat do domácího hospice, je mu poskytována nepřetržitá péče. Tato služba se neobejde bez přítomnosti pacientovy rodiny, která úzce spolupracuje a komunikuje s domácím hospicem.
3. Ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým: jedná se o tým složený z lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Jedná se o odborné poznatky, které jsou aplikovány do ostatních lůžkových zařízení. Tato komplexní skupina zkvalitňuje paliativní péči a přináší nové poznatky.
4. Oddělení paliativní péče: oddělení paliativní péče se nachází ve zdravotnickém zařízení, uplatňuje se zde konziliární paliativní tým, který často funguje jako expertní poradenský tým pro pacienta a jeho rodinu.
5. Stacionární paliativní péče: smyslem je odlehčit rodině náročnou situaci, nebo jsou to také psychoterapeutické či terapeutické důvody. Stacionární paliativní péče poskytuje služby od rána do večera, kdy se poté pacient vrací zpět domů. Služba je vhodná pro pacienta, který pobývá nedaleko hospice.
6. Speciální hospicová poradna: poskytuje odborné poradenství, které zahrnuje psychologickou a duchovní podporu. Této službě lze využít po internetu, telefonu, nebo i přímé služby pro pacienty doprovázející osoby nebo pozůstalé.

1.1.7 Potřeby umírajících

Bužgová (2015) popisuje člověka, jako jedinečný originál, který má své potřeby biologické, psychologické, duchovní a sociální, které jsou obsaženy v holistickém přístupu. Komplexní holistický přístup je základem pro nemocného pacienta. Součástí kvalitní péče o pacienta je komunikace o jeho potřebách (Bužgová, 2015). Pojem holismus a holistický mají původ z řeckého slova, které znamená celek. Koncept holistického přístupu vnímá jedince celistvě, jako součet všech jeho částí a pokud dojde k poruše jedné části dojde k narušení další části, popřípadě celého systému. Pečující osoba musí vnímat ošetřovaného člověka, jako komplex, tedy bio-psycho-socio-spirituální bytost (Trachtová et al., 2013). Holistický přístup zkvalitňuje závěr života. Potřeby jedince jsou navzájem propojené a na sobě závislé jde o potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Uspokojením těchto čtyř oblastí se v jedinci probouzí pocit jistoty a vyrovnanosti (Lugton, McIntyre, 2005).

Skála et al. (2011) uvádí, že součástí biologické neboli tělesné péče u nevléčitelných onemocnění je snížení symptomů, tedy snížení bolesti, nevolnosti, dušnosti, slabosti a dalších symptomů. Dosáhnoutí, co možná největší míry fyzické pohody jedince. Je vhodné, aby pacient konzultoval své potřeby se specialistou na konkrétní zdravotní potíže. Z hlediska ošetřující osoby je nutná péče o pokožku pacienta, prevence dekubitů, polohování, nutriční výživa, péče o pitný režim a vyprazdňování (Skála et al., 2011). Podle Grofové (2009) snížená chuť k jídlu a úplné nechutenství je častým symptomem, který se vyskytuje u osob v paliativní péči. Je třeba předejít podvýživě a dehydrataci, neboť léčba podvýživy a hydratace může snížit počet komplikací. (Grofová, 2009). Biologická péče se odvíjí od biologických potřeb, které lze vysvětlit, jako stav narušené rovnováhy (Trachtová et al., 2013).

Psychologická péče podle Kalvacha et al. (2019) zahrnuje psychoterapii a krizovou intervenci. Péče se poskytuje, jak umírajícím pacientům, tak jejich rodinám a blízkým. Psychoterapeut pracuje s rodinami i po úmrtí pacienta, jeho úkolem je provázet pozůstalé v období vyrovnávání se se ztrátou. Stěžejní je podpora v komunikaci. V ideálním případě by měl být psychoterapeut součástí paliativního týmu, aby pracoval s pacientem a jeho rodinou a stejně tak s jednotlivými členy paliativního týmu. Psychoterapeut by měl být na blízku v situacích, kdy členové týmu potřebují podporu a pomoc v řešení zásadních otázkách, které spadají do jejich kompetencí (Kalvach et al.,

2019). U pacientů s nevy léčitelnou nemocí je často zatížena především psychika, kdy vznikne psychická zátěž jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Je vhodné sledovat pacientovo psychické stavy, reakce a je třeba průběžně je hodnotit. Dále je důležité být v kontaktu pacientovo rodinou, podporovat ji a komunikovat o nadcházejících možných situacích (Skála et al., 2011).

Skála et al. (2011) ve své publikaci uvádí, že další částí komplexního přístupu je sociální péče, která je také nezbytnou součástí uceleného přístupu, protože dochází ke změně sociální pozice v důsledku závažného onemocnění. Sociální péče by měla být zaměřena na vyhodnocení sociální oblasti. Součástí sociální oblasti jsou vztahy v rodině, kulturní vazby, životní styl pacienta s tím spojené zvyklosti, finanční situace a životní podmínky pacienta (Skála et al., 2011). Dle Haškovcové (2007) je nejdůležitějším aspektem důstojného umírání přítomnost a blízkost další osoby, kdy umírání tak činí sociálním aktem. Dále uvádí, že základní sociální potřebou umírajícího jedince je ve většině případech četnost návštěv rodinných příslušníků, což vyvolává v člověku pocit bezpečí a jistoty. Dle Nakonečného (1996) sociální kontakt a pocit blízkosti, redukuje míru úzkosti a strachu u umírajícího jedince.

Dle Kalvacha et al. (2019) je poslední částí holistického přístupu spirituální neboli duchovní péče je stejně, jako psychologická péče poskytována, jak pacientovi, tak jeho rodině. Duchovní podpora můžeme mít nesčetných forem, které se odvíjí od pacientova kulturního a náboženského prostředí, stejně tak jeho rodiny. Důležité je správně pochopit pacientovo vnímání zvyků, tradic a smyslu života. Doménou duchovní péče je akceptování a respektování pacientova výslovného přání, dále podporovat jeho rozhodnutí a dbát na jeho důstojnost. Je vhodné, aby paliativní tým měl možnost rozličných církví ve svém okruhu působení, eventuálně, aby byl duchovní přímým členem paliativního týmu (Kalvach et al., 2019). Duchovní aspekt by měla ošetřující osoba probrat s pacientem a respektovat jeho názory, rituály a potřeby. Téma konce života by mělo být otevřeno citlivě a bez rozporu rodinných kulturních nebo náboženských přesvědčení (Skála et al., 2011). Duchovní podporu může poskytnout i ošetřující osoba, která není duchovním. Jde o tzv.: validizaci končícího života. Tato podpora je nápomocná pro pochopení, že pacientův život stál za to, byl smysluplný a pacient dosáhl pocitu životní koherence neboli soudržnosti. I Přesto, že se o duchovních potřebách často autoři zmiňují v literatuře, v praxi se příliš nezjišťují (Kalvach et al., 2019).

Definice potřeby dle Dostálové (2016, s. 68) je *stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro organismus nebo osobnost. Požadavky nezbytné pro biologický, psychický a sociální život člověka*. Hartl a Hartlová (2000, s. 491) chápou potřebu, jako *nutnost organismu něco získat nebo něčeho se zbavit, aby bylo dosaženo požadované rovnováhy*. Matoušek (2003) popisuje potřebu nejen jako nedostatek něčeho, co má být uspokojeno, ale především jako vztahový, intencionální fenomén. Každá potřeba má svůj cíl. Je to propojení člověka se světem.

1.1.8 Maslowova pyramida potřeb

Nakonečný (1996) ve své publikaci zmiňuje, že dělením a členěním potřeb se zabývalo mnoho autorů. Jednu z nejznámějších teorií potřeb vytvořil americký psycholog Abraham Maslow, který seřadil potřeby podle jejich důležitosti do pyramidy. Dělí se na dvě části, na nižší potřeby (základní) a vyšší (potřeby růstu). Hierarchie se stupňuje s přirozenou důležitostí potřeb člověka. Prvotní potřebou dle Maslowa je potřeba fyziologická (Nakonečný, 1996). Maslow se zabýval členěním v rozsáhlém kontextu, který obsahuje všechny oblasti života. Díky širokému kontextu je Maslowova pyramida přínosná ve zdravotnictví, ošetrovatelství a sociálních službách, ale i v běžném životě (Malíková, 2011). Jde o potřeby: fyziologické, potřeba bezpečí úcty a uznání, až po seberealizaci. Potřeba je subjektivní prožitek napětí, který reaguje na objektivní nedostatek. Tento stav vede k saturaci potřeby. V praxi se objevuje i jiné chování než jen vyrovnání nedostatku. Například člověk konzumuje potravu nejen za účelem nasycení, ale i z jiných důvodů, než je odezvou objektivní potřeby nasytit se (Jankovský, 2003).

1.2 Umírání

Lidský život začíná narozením a končí smrtí, to ví každý, ale málo kdo si uvědomuje vlastní smrtelnost. Smrt je nedílnou součástí našich životů. Je to hlavní jistota, kterou každý člověk má. Lidé, kteří mají nevléčitelnou nemoc, řeší myšlenku konce života, snaží se dojít nějakých poznatků a zkušeností od jiných lidí, kteří řešili podobnou životní situaci a jak se s danou situací vyrovnávali, což je zcela pochopitelné. Moderní pojetí smrt a historické pojetí jsou dvě odlišné věci. Dříve byla smrt ve smyslu vykoupení se z bídného pozemského života. Smrt znamenala věčný život v ráji.

Akceptace smrti se ze společnosti časem vytratila a smrt se stala spíše pojmem, kterého se lidé děsí (Haškovcová, 2007). Autoři Baldwin a Woodhouse (2011) vnímají pojem smrti více, jako proces než událost. V tomto procesu jde o úplné ukončení či zastavení nervové, srdeční, dýchací a další soustavy. Smrt můžeme označit jako, zánik jedince. Dle Kübler-Ross (2015) soudobý problém, smíření se se smrtí má několik komplikací. Prvním důvodem je osamělost umírajících a dalšími jsou, jiná podoba a časté vytrhnutí umírajícího z jeho přirozeného prostředí, kdy je převezen z domova na pohotovost. Pacienti po fyzické stránce netrpí více než dřív, spíše naopak. Pacienti ale stále trpí po stránce prožívání. Potřeby umírajících jsou stejné, mění se pouze přístup a vstřícnost k nim (Kübler-Ross, 2015). Umírání je konečným stadiem chronického onemocnění. Dle patofyziologie se jedná o postupné nebo rychle progresivní nevratné selhávání funkčních systémů lidského ústrojí. K tomuto selhání může dojít náhle během pár minut, nebo během několika dní. Mezi příčiny náhlé smrti lze zařadit například akutní infarkt myokardu. Dalším typem je očekávané selhání životně důležitých orgánů, a to může mít za důsledek například metastatický karcinom. Lékař hodnotí pacientův klinický stav a podle toho se aplikuje kurativní přístup nebo paliativní přístup. V případě, že je pacientův stav natolik vážný a je jisté, že kurativní léčba nepomůže, je prvotním cílem, aby byl zajištěn pacientovi co největší komfort (Kalvach, 2004).

1.2.1 Fáze vyrovnávání člověka se ztrátou dle Elisabeth Kübler-Ross

Tento model od psycholožky Elisabeth Kübler-Rossové (2015) je podložený jejím výzkumem a rozhovory s umírajícími pacienty. Pro pochopení umírajícího pacienta je velmi důležité znát tyto fáze, abychom mohli co nejlépe pochopit a doprovodit jedince v závěrečné fázi života. Proces je popsán 5 fázemi, jak se pacienti vyrovnávají se smutkem a tragédií při diagnostikovaném závažném onemocnění nebo ztrátě. Kübler-Ross (2015) uvádí, že u každého jedince jsou fáze jinak dlouhé a nemusí jít přesně za sebou tak, jak jsou seřazeny. Fáze se mohou opakovat, některé se vůbec nemusí objevit, záleží na osobnosti jedince. Fáze jsou seřazeny v určitém pořadí za sebou od prvotní informace, tedy diagnostiky nevyléčitelné nemoci, až po fázi umírání.

Kübler-Ross (2015) popisuje ve své publikaci první fázi, kdy dochází k popírání a izolaci jedinec pochybuje o diagnostikovaném stavu. Přemítá o chybnosti a omylnosti lékaře či zdravotnického zařízení. Popírání bývá obranou reakcí na skutečnost, následně bývá vystřídáno relativní akceptací zdravotního stavu. Při jednání s pacientem je

nezbytné si uvědomovat vlastní reakce a postoje, protože ty se poté odrážejí v pacientově chování. Mohou na něj působit pozitivním vlivem, ale stejně tak negativním (Kübler-Ross, 2015).

Kübler-Ross (2015) tvrdí, že druhou fází je zlost. Ta nastává převážně v momentě, kdy pacient překlene prvotní fázi popírání. Pak nastává pocit zlosti, vzteku, závisti a rozmrzelosti. Tato fáze je většinou náročná pro všechny jak pro pacienta, tak pro jeho okolí, protože negativní pocity si pacient vybíjí na komkoli, kdo je v jeho blízkosti. Měli bychom si uvědomit, že zlost, kterou pacient vyzařuje, není mířená nám osobně, je to pouze obranná reakce na psychicky náročnou situaci. Důležité v této fázi je umět naslouchat nemocnému a snažit se pochopit jeho reakce a ukázat mu, že na něm záleží. V takovém případě může dojít ke zklidnění a k úlevě ze strany pacienta (Kübler-Ross, 2015).

Kübler-Ross (2015) uvádí, že třetí fází je smlouvání, které ve většině případů nastává po vzteku, tato fáze je krátkodobá. Když nepomohlo vzteklé chování, pacient začíná smlouvat. V mnohých případech pacienti smlouvají směrem k Bohu, snaží se o dohodu. V této fázi je dobré, když doprovázející osoba pomůže pacientovi se soustředit na splnění jeho cílů (Kübler-Ross, 2015).

Autorka Kübler-Ross (2015) uvádí, že čtvrtá fáze deprese zahrnuje příznaky nemoci a s tím spojené operace, hospitalizaci a další projevy, jako jsou silné bolesti a zhoršení zdravotního stavu. Pocity smutku a deprese přerůstají ve ztrátu, jedinec se již necítí být tím, kým býval. V této fázi hraje významnou roli i sociální pracovník nebo duchovní, který pomáhá především nejbližším v těžké době, která je ovlivněna pacientovou nemocí. Dle Kübler-Rossové (2015) jsou ohroženou skupinou děti a senioři, kdy je nutné se o ně postarat. Po vyřešení této problematické situace nastává úleva od tohoto typu deprese. Dalším typem deprese je deprese ze ztráty, kdy se jedinec připravuje na závěr svého života a na fázi akceptace. V tomto typu deprese je zbytečné snažit se rozveselit nebo vzbudit pozitivní myšlenky v jedinci. Při tomto zármutku je důležitý především kontakt s nejbližšími, například pohlazení po vlasech, ruce, netřeba mnoha slov (Kübler-Ross, 2015).

Kübler-Ross (2015) popisuje poslední fázi, kterou je akceptace. Ta nastává v případě, kdy jedinec měl dostatek času a podpory od okolí, aby si prošel fázemi. Jedince již nepociťuje vzdor, vztek, závist ani depresi. Prošel si různými pocity a stavy a nastává útlum doprovázený únavou, která vede ke spánku. Preferuje především samotu a klid, dochází k útlumu jedince, aktivita a reakce se zpomalují. Jedná se o stadium, kdy je důležité se zaměřit na rodinu nemocného, která potřebuje podporu a pomoc v těžké situaci (Kübler-Ross, 2015).

1.3 Pobytové služby pro seniory

1.3.1 Paliativní péče v pobytových službách pro seniory

Dle Malíkové (2011) pobytová sociální zařízení v České republice z 85 % zřizují kraje, obce nebo nestátní neziskové organizace. Příjem sociálních pobytových služeb tvoří více zdrojů, kdy jedním z nich jsou finance od klientů a jejich příspěvek na péči, na které má zařízení nárok. Aby se zařízení stalo právoplatným poskytovatelem sociálních služeb, musí být registrovaným poskytovatelem sociálních služeb. Registrovaný poskytovatel sociálních služeb musí splnit přesně dané podmínky, aby byla zaručena kvalita poskytovaných sociálních služeb, která se udává prostřednictvím standardů sociálních služeb (Malíková, 2011).

Sociální pobytové služby pro seniory mají povinnost dodržet legislativní rámec zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dle § 49, dílu 3, odst. 1 domovy pro seniory poskytují pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností především z důvodu věku, kdy si situace žádá o pomoc jiné fyzické osoby. Obsahem činnosti služby jsou následující činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Malíková (2011) uvádí, že každý klient v sociálním pobytovém zařízení má svůj vlastní individuální plán. Sociální standardy a individuální plán zajišťují zachování práv klientů. Klient není pasivním členem, nýbrž aktivním spoluautorem sociální služby společně s pracovníky v sociálních službách. Důležité je zachování klientovy autonomie, jde o co nejdelší udržení klientovy soběstačnosti. Nezbytná je opora a pomoc klientům, aby byli motivovaní, měli sebedůvěru a jistou míru vlastní důležitosti (Malíková, 2011).

1.3.2 Kdy zahájit paliativní péči?

Dle autora Kabelky (2008) je důležitou otázkou: kdy zahájit paliativní péči? Tato otázka je v odborném prostředí velmi diskutovaná. Osoby s život ohrožující nemocí nemají identický zdravotní stav ani kondici nebo prostředí. Paliativní péči lze aplikovat před terminální fází, je to spíše vítané (Kabelka, 2008). Paliativní péče by měla být poskytnuta všem lidem, kteří očekávaně a neodvratně umírají. V podstatě se jedná o tři oblasti, jednou z nich jsou lidé s onkologickým onemocněním, kdy jde o nejčastější případy. Z prognózy a průběhu lze odhadnout časovou trajektorii umírání. Dále jsou to lidé v konečných fázích nenádorových onemocnění. Především jde o selhání orgánů: srdce, plíce, játra a ledviny. Trajektorie umírání je u každého jedince odlišná. Posledním okruhem jsou lidé v dlouhodobě nepříznivém a zásadně nezlepšitelném stavu, který se zhoršuje. Časová trajektorie umírání je nepředvídatelná. Jedná se především o pokročilá stadia syndromu demence, neurodegenerativních onemocnění, myopatií, AIDS a další. V tomto případě je aplikovaná dlouhodobá péče (Kalvach et al., 2019). Paliativní péče se aplikuje v případě, že nepříznivé důsledky kurativní péče jsou větší než předpokládaný přínos. U této péče není jasně daný typ nemoci, kdy ji lze aplikovat. Může být poskytována pacientům všech věkových skupin. Paliativní péče je užita na základě individuálních potřeb a za předpokladu, že nelze zdravotní stav pacienta zlepšit (Plevová et al., 2011).

1.3.3 Principy paliativní péče

Autoři Sláma, Kabelka, Vorlíček et al. (2011) zmiňují, že paliativní péče má za úkol přispívat nevyлéčitelně nemocným a umírajícím jedincům zachovat kvalitu života i v případě závažného onemocnění. Zásadní roli hraje empatie a otevřená komunikace ve vztahu mezi pečujícím zdravotnickým personálem, pacientem a jeho blízkými a rodinou. Tyto prvky jsou nezbytné pro správné fungování (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011). Principy paliativní péče jsou ve vzájemném vztahu s potřebami umírajících. Cíli především na symptomatickou léčbu, tišící péči, emotivní podporu, duchovní podporu, sociální zázemí, aktivizační individuální program pro umírající, doprovod jedince v závěru života a jeho rodiny (Haškovcová, 2007).

Principy paliativní péče:

- orientace na kvalitu života,
- klade ohledy na přání jedince a na jeho osobu, včetně soběstačnosti, celistvosti a důstojnosti,
- dbá na jednotlivé složky osobnosti bio-psycho-socio-spirituální potřeby, holistický přístup k jedinci, zahrnující multidisciplinární tým odborníků, kteří by měli úzce spolupracovat,
- poskytuje úlevu od bolesti,
- potřebuje lékařský dohled nad daným vývojem zdravotního stavu jedince,
- je nutná odpovídající péče k současnému zdravotnímu stavu jedince týkající se polohování, výživa, aktivizační činnosti,
- obsahuje péči o jedince v důstojném prostředí,
- doprovází rodinu a blízké umírajícího jak při nadcházejícím konci, tak po něm (Kalvach, 2004).

1.4 Vybrané koncepty péče v pobytové službě pro seniory

Malíková (2011) ve své publikaci upozorňuje na fakt, že využití konceptů péče v pobytových zařízeních lze zlepšit zdravotní stav klienta. V některých případech podpora klienta může velmi pozitivně ovlivnit jeho stav nebo alespoň částečně podpořit stávající kondici. Zlepšení je patrné po tělesné stránce, kdy klesá počet zdravotních problémů, od kterých se odvíjejí omezení. Jedná se například o lepší pohyblivost, pohybovou koordinaci, soběstačnost nebo procesy jednotlivých ústrojí (trávení, vyprazdňování) nebo kvalitu spánku. Dále se zkvalitňují kognitivní funkce, psychická pohoda, komunikativnost a iniciativa klienta (Malíková, 2011). Cílem pobytové služby by mělo být plné přizpůsobení se klientovi. Výhodiskem, jak dosáhnout tohoto cíle je aplikace různých konceptů při péči o klienta. Pokud pobytová zařízení pro seniory pracují s koncepty zaměřenými na klienty, bude bez pochyb, že realizace paliativní péče bude snazší. Koncepty i samotná paliativní péče mají stejný primární princip a tím je bytí od člověka k člověku (Hrdá, Tollarová et al., 2018).

1.4.1 Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace vytvořil profesor Andreas Fröhlich, který byl speciálním pedagogem ve Spolkové republice Německo v 70. letech 20. století. Tento koncept se ukázal být prospěšný pro všechny věkové kategorie, ať zdravým, nebo nemocným jedincům (Malíková, 2011). Koncept se nejprve zabýval dětmi s těžkým tělesným i duševním postižením. Bazální stimulace pozitivně ovlivnila rozvoj osobnosti a zlepšení komunikace. Později začala s autorem spolupracovat profesorka Christel Biensteinová, zdravotní sestra, která se zabývala tématem ošetrovatelské péče (Friedlová, 2007). Bazální stimulace se zaměřuje na podpůrnou péči z hlediska komunikace, vnímání a pohybu u jedinců s těžkým postižením. Bazální stimulace podněcuje v jedinci podněty, které vychází z okolí, ale i jedince, dále uspokojuje skrz činnosti, které jsou zahrnuty v ošetrovatelské péči. Jedná například o stravu, vyprazdňování nebo zajištění náležitého spánku (Veverková et al., 2019).

Jednotlivé prvky bazální stimulace popisuje Friedlová (2007) jako:

1. Somatická stimulace (stimulace pomocí vjemů).
2. Vestibulární stimulace (podpora rovnováhy a svalového tonu).
3. Vibrační stimulace (stimulace receptorů v kůži pro vnímavost vibrací).
4. Optická stimulace (zrak).
5. Auditivní stimulace (sluch).
6. Orální stimulace (chuť).
7. Olfaktorická stimulace (čich).
8. Taktilně-haptická stimulace (hmat).

Autorka Friedlová (2007) uvádí, že k aplikaci bazální stimulace není zapotřebí velké množství pomůcek ani přístrojů. Důležité jsou však zkušenosti z praxe a znalosti z teorie (Friedlová, 2007).

1.4.2 Smyslová aktivizace

Autoři Wehner a Schwinghammer (2013) smyslovou aktivizaci chápou jako uvedení do pohybu pomocí všech smyslů. Cílem je podpoření sféry komunikace dále pohybové, kognitivní části a dojít k celistvé aktivizaci. Stejně tak Vojtová (2018) tvrdí, že smyslová aktivizace se často využívá u jedinců s demencí. Aktivizace má podpořit motivaci klienta k jeho vlastní činnosti má podnítit schopnosti nabitě a využívané,

ale i ty opomíjené a nevyužité. Autorka zmiňuje, že jestliže není u jedinců s demencí saturována paměť, dochází k regresi (Vojtová, 2018).

Autoři Wehner a Schwinghammer (2013) ve své publikaci popisují, že díky smyslové aktivizaci se přenáší impulzy ze smyslových receptorů do center uložených v mozku. Tam se třídí a připojují na získané údaje. Skrze podněty jedinec vnímá teplotu, orientaci v prostředí, čas, dále dochází ke zlepšení komunikace verbální i neverbální, podporuje nalézání slov a slovní zásoby. Hlavním předmětem jsou základní smysly, jako je: čich, hmat, sluch, zrak, chuť. Činnosti cílí na aktivizaci motoriky, aktivizaci mozkové aktivity, navrácení informací z dlouhodobé paměti a podporu tělesné a psychické pohody (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.4.3 Psychobiografický model péče dle Erwina Böhma

Autorka Procházková (2019) ve své publikaci zmiňuje, že Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma se poprvé objevil v ošetrovatelské péči v 70. letech v Rakousku. Dominantou modelu je životní příběh seniora, který vede pečující osobu jako mapu k pochopení vzorců chování, které mohou být v některých případech odlišné od běžného chování. Tento humanistický model se soustřeďuje na psychickou stránku seniora a s tím spojené potřeby (Procházková, 2019). Cílem je revitalizace duševní stránky seniora a revitalizace porozumění a zájmu o klienta ze strany pečující osoby. Zároveň by psychobiografický model měl saturovat potřebu pečující osoby z dobře vykonané práce a motivovat k získání nových znalostí, profesnímu růstu a dalšímu vzdělání (Böhm, 2015).

Dle autorky Procházkové (2019) můžeme biografii popsat jako souhrn údajů o jedinci. Psychobiografie reprezentuje jedincův životní příběh s citově zbarveným obsahem, se kterým se dále pracuje (Procházková, 2019).

2 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké principy aplikují pracovníci v pobytových službách pro seniory při poskytování obecné paliativní péče.

Výzkumné otázky

V bakalářské práci jsem operovala s následujícími výzkumnými otázkami:

Výzkumná otázka č. 1

- Jaké principy paliativní péče aplikují pracovníci v pobytových službách pro seniory?

Výzkumná otázka č. 2

- Jak pracovníci v pobytových službách pro seniory pečují o klienty v obecné paliativní péči?

Výzkumná otázka č. 3

- Jakými způsoby pobytová zařízení zkvalitňují kompetence svých pracovníků?

2.1 *Operacionalizace pojmů*

Princip

Základní myšlenka, zásada (Havránek, 2011). Tímto pojmem se bakalářská práce zabývala ve spojení se základní podstatou paliativní péče. (viz VO č. 1)

Pobytová služba pro seniory

Pobytovou službou pro seniory se v této bakalářské práci rozumí konkrétní místo, kde se paliativní péče aplikuje. Pobytovou službu pro seniory může provádět registrovaný poskytovatel. V rámci této služby je poskytována např. paliativní péče (Malíková, 2020).

Péče

V této bakalářské práci je pojem péče spojován s ošetřováním klientu v pobytových službách pro seniory. (viz VO č.1, č.2)

3 METODIKA

3.1 Výzkumné metody a technika sběru dat

Ke zpracování bakalářské práce byl využit kvalitativní typ výzkumu, protože dle mého názoru je příznačný vzhledem k charakteru zkoumaných faktorů. Hendl (2016) uvádí, že při kvalitativním výzkumu má výzkumník spíše roli detektiva. Výzkumník hledá a zpracovává data, která objasňují odpověď na výzkumné otázky, využívá dedukce a indukce. Výzkumník pracuje s lidmi přímo v terénu, kde se vše odehrává. Sběr dat a analýza trvají delší dobu, ale probíhají ve stejnou dobu. Po provedení analýzy dat musí výzkumník rozpoznat, která data jsou klíčová a která naopak pro daný výzkum nejsou potřebná a pokračuje ve sběru informací. Současně při těchto opakujících se etapách si výzkumník prověřuje své domněnky a závěry.

Olecká a Ivanová (2010) říkají, že kvalitativní výzkum má procesuální charakter, který následně charakterizují jako postup, který se ztvárňuje během sběru dat. Zkoumané skutečnosti jsou studované podrobně a do hloubky. Díky tomu získáváme mnoho informací o relativně malém počtu jedinců. Sám informant rozhoduje o tom, kolik informací výzkumník dostane. V rámci kvalitativního výzkumu sbíráme „všechna data“ a hledáme mezi nimi spojitost, pravidelnost a strukturu.

Kvalitativní výzkum je používán především v následujících situacích:

- je-li zásadní porozumět lidem v sociálních situacích,
- za podmínky, že sledování zkoumaného jevu, který je rozložen v populaci, není důležité,
- zabýváme se problematikou, o které nemáme předběžnou znalost,
- pokud jde o předvýzkum pro kvantitativní výzkum,
- pro studium fenoménů, které mají takový charakter, který apriorní operacionalizaci eliminuje (Olecká, Ivanová, 2010).

Vojtíšek (2012) uvádí, že výběrový soubor by měl být homogenizovaný, jednotlivé segmenty by mělo téma výzkumu propojovat. Jedná se například o klienty určité instituce, uživatele a zaměstnance stejných služeb a další (Vojtíšek 2012).

Hendl (2016) uvádí, že společenskovední výzkum zahrnuje etické otázky, které jsou nezbytnou součástí. V rámci výzkumu je nutné dodržet etické zásady. Je třeba získat poučný informovaný souhlas. Informant musí být poučený o průběhu výzkumu a musí souhlasit s podílením se na studii. Aktivní souhlas je podepsání poučného informovaného souhlasu, pasivní souhlas se nemusí nutně stvrzovat podpisem. Informant má právo odmítnout podílení se na výzkumu a může spolupráci kdykoliv ukončit. V ideální situaci je zajištěna anonymita informantů (Hendl, 2016).

Vlastní výzkum byl uskutečněn ve dvou pobytových službách pro seniory v Jihočeském kraji. Pro kvalitativní výzkumné šetření byla aplikována metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Reichel (2009) uvádí, že polostrukturovaný rozhovor vyniká připraveností souboru témat nebo otázek, které budou dotazovány v neurčitém pořadí. Prioritní je, aby byly otázky probrány všechny. Jejich formulace není pevná a může dojít k přeformulování. Lze využít doplňující otázky nebo dané tematické okruhy, které jsou předem strukturované a mají určitou podobu, nebo může tazatelé nechat volný prostor. Komunikace může probíhat jednodušeji a informace se dají lépe třídit. Je přínosné se držet nějaké struktury pro rychlejší třídění dat (Reichel, 2009).

Autor Reichel (2009) uvádí, že základem dotazování je pokládání otázek ve formě mluvené (rozhovor), nebo písemné (dotazník). Autor apeluje na fakt, že by otázky měly vystupovat z předem vyjasněných záměrů, které s výzkumem zamýšlíme. Během získávání dat neklademe zbytečné otázky, ani na ty, které se můžeme dovědět jinak, například pohlaví informanta a podobně. Dalším důležitým faktem je formulace otázek. Měly by být jednoznačné, srozumitelné a psychologicky přijatelné (Reichel, 2009).

3.2 Charakteristika souboru informantů a sběr dat

Výběr zařízení, která jsem o spolupráci při sběru dat oslovila, se odvíjel od jejich lokality, dostupnosti a zkušeností s těmito zařízeními. Všichni mi ochotně vyhověli. Zkoumaný soubor tvořilo šest náhodně vybraných informantek z dvou pobytových služeb pro seniory. Informantky byly dvě pracovnice ze sociální služby, dvě vrchní zdravotní sestry a ředitelé dvou pobytových zařízení pro seniory v Jihočeském kraji. Informantky jsou ve věku od 40–65 let s průměrnou praxí v sociálně zdravotní oblasti 5–30 let. Data byla získávána v období od 20. 2. 2021 do 20. 3. 2021. Sběr dat byl ukončen na základě saturace tématu z důvodu dostatečného množství informací a vyčerpání nových dat od dotazovaných informantů.

3.3 Zpracování dat

Jednotlivé rozhovory s informantkami byly nahrávány se souhlasem na mobilní telefon. Poté byly přepsány a jednotlivá data byla roztríděna na důležité a nedůležité informace. Získaná data byla vyhodnocena vytvořením trsů (skupin). Jednotlivé rozhovory byly přepsány do programu Microsoft Word, kde jsem si zvýraznila dílčí otázky a podtrhala k nim odpovědi. Následně byly vytvořeny diagramy, kde jsou položené otázky zvýrazněné modrou barvou a okolo nich jsou vypsány odpovědi informantů bílou barvou. Podle Miovského (2006) jsou trsy (skupiny) tematicky či prostorově shodné pojmy, kdy se zachycují informace od obecných ke konkrétním, utvářejí se kategorie.

3.4 Etika výzkumu

Vzor žádosti o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce je součástí přílohy č. 2, kdy v žádosti nejsou uvedeny žádné údaje z důvodu anonymity pobytového zařízení pro seniory. Všechny informantky souhlasily s poskytnutím rozhovoru, souhlasy jsou nahrány na mobilním zařízení. V rámci zachování anonymity pobytových zařízení pro seniory a informantek nebyly uvedeny žádné názvy ani jména. Součástí přílohy č. 1. je osnova polostrukturovaného rozhovoru. Součástí přílohy č. 3 je seznam tabulek a obrázků.

4 VÝSLEDKY

Realizací výzkumu bylo zjišťováno, jaké principy aplikují pracovníci v pobytových službách pro seniory při poskytování paliativní péče. V kapitole výsledky jsou uvedena data získaná od informantů z pobytových služeb pro seniory, které byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru s šesti informantkami. Informantkami byly dvě ředitelky dvou pobytových služeb pro seniory, dvě vrchní sestry a dvě pracovnice v pobytových službách (viz tabulka č. 1). Výsledky jsem analyzovala a vyhodnocovala v následujících kapitolách. Přes složitou epidemiologickou situaci se mi podařilo uskutečnit všech šest rozhovorů, některé proběhly přes mobilní telefon a zbytek přímo v pobytové službě pro seniory. Všechny informantky byly milé a vstřícné, neměly problém s poskytnutím rozhovoru.

Tabulka č. 1 Informanti

Označení	Pohlaví	Pracovní pozice
I1	Žena	Ředitelka
I2	Žena	Ředitelka
I3	Žena	Vrchní sestra
I4	Žena	Vrchní sestra
I5	Žena	Pracovnice v sociálních službách
I6	Žena	Pracovnice v sociálních službách

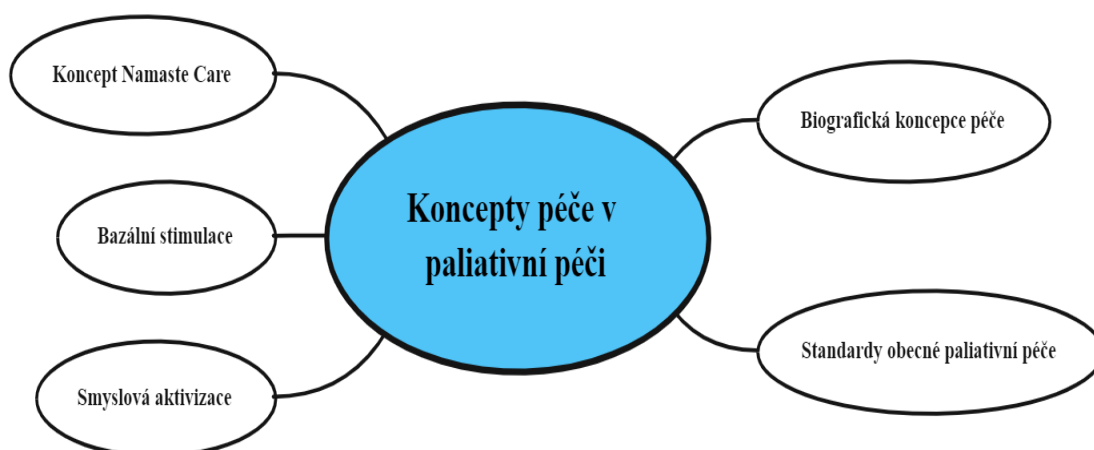
Zdroj: vlastní výzkum, 2021

4.1 Rozhovory s ředitelkami

Dané rozhovory probíhaly smíšeně, jeden z rozhovorů byl realizován přes mobilní telefon a druhý osobně v pobytovém zařízení pro seniory. Ředitelky pobytových služeb pro seniory mi ochotně nastínily situaci s poskytováním obecné paliativní péče. Ředitelky stejně jako ostatní informantky byly seznámeny s účelem a využitím rozhovoru a byly obeznámeny s nahráváním a slibem zachování anonymity. S ředitelkami bylo velmi jednoduché rozhovory vykonat, protože se dobře orientovaly

v problematice paliativní péče a měly široké znalosti a zkušenosti s poskytováním obecné paliativní péče. Nejprve bylo zkoumáno, zda se pracovníci v pobytových službách pro seniory vůbec setkávají s paliativní péčí. Na tuto otázku jsem dostala od obou informantek kladné a shodné odpovědi. I1 uvedla: *Ano, setkáváme. Dokonce si myslím, že valná část klientů, kteří k nám přicházejí dožít, tak si zaslouží paliativní péči. Paliativní péče klientům poskytuje méně bolestivé dožití v klidném prostředí a v kruhu svých blízkých.* I2 sděluje: *Ano, setkáváme. Paliativní péče se v pobytových službách pro seniory běžně poskytuje a je běžně využívána.* Na základě odpovědí bylo potvrzeno, že se paliativní péče aplikuje v pobytových službách pro seniory a při péči o klienty se v obou službách využívá bazální stimulace v paliativní péči I1 uvádí: *Ano, v rámci zkvalitňování poskytovaných služeb v zařízení máme všechny zaměstnance proškolené v bazální stimulaci výjimkou nově nastoupených, kteří si tento základní kurz bazální stimulace musí dodělat.* I2 potvrzuje: *Ano, bazální stimulace je jeden z prvků každodenní péče o klienta, je důležitý v rámci soběstačnosti, podpoře možností a schopností, což vede ke zlepšení kvality života klienta.* Z odpovědí informantek vyplynulo, že při práci s klienty se dále využívá dle I1 ... *psychobiografický model, smyslová aktivizace, koncept Namaste Care.* I2 sdělila že, aplikují: *bazální stimulace, smyslová aktivizace, standardy obecné paliativní péče* (viz obrázek č. 1).

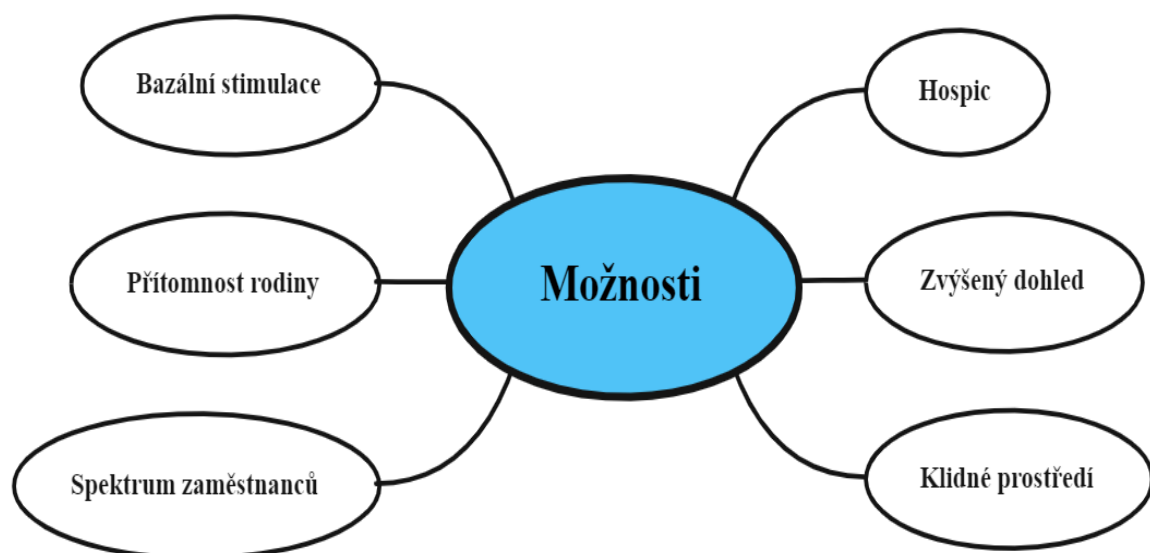
Obrázek č. 1 – Aplikovaná péče



Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Na otázku: Jaké jsou současné možnosti poskytování obecné paliativní péče v pobytových službách pro seniory? I1 sděluje, že: *Nezákladnější možností je bazální stimulace, možnosti jsou dané spektrem zaměstnanců, které máme. Máme všeobecné sestry, které poskytují obecnou paliativní péči a nově jsme spolupracovali i s hospicem, protože klientka potřebovala odborný a častý dohled lékaře z důvodu její diagnózy.* I2 odpovídá: *Klientovi v konečné fázi nabízíme možnost mít u sebe příslušníky rodiny, zajišťujeme klidné prostředí, zvýšený dohled zdravotních sester a pracovníků v sociálních službách, dohled na hydrataci a komunikace s rodinou.* V rámci odpovědi I2 vyplynula doplňující otázka, zda pobytové zařízení pro seniory spolupracuje také s hospicem? I2 doplňuje: *Víme o sobě, v našem zařízení máme tři zdravotní sestry, které předtím v hospicové péči pracovaly, ale že bychom konkrétně vyloženě tady měli hospicovou péči, to nemáme.* Jak vyplývá z výpovědi I1, lze tedy spolupracovat s hospicem v rámci pobytových zařízení pro seniory, avšak tuto službu si musí klient hradit. Tato spolupráce není častá, využívá se jí ve většině případů pouze okrajově, pokud klient má zdravotní diagnózu, která potřebuje nadstandardní zdravotnický dohled. Možnosti poskytování obecné paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory jsou znázorněny na obrázku č. 2.

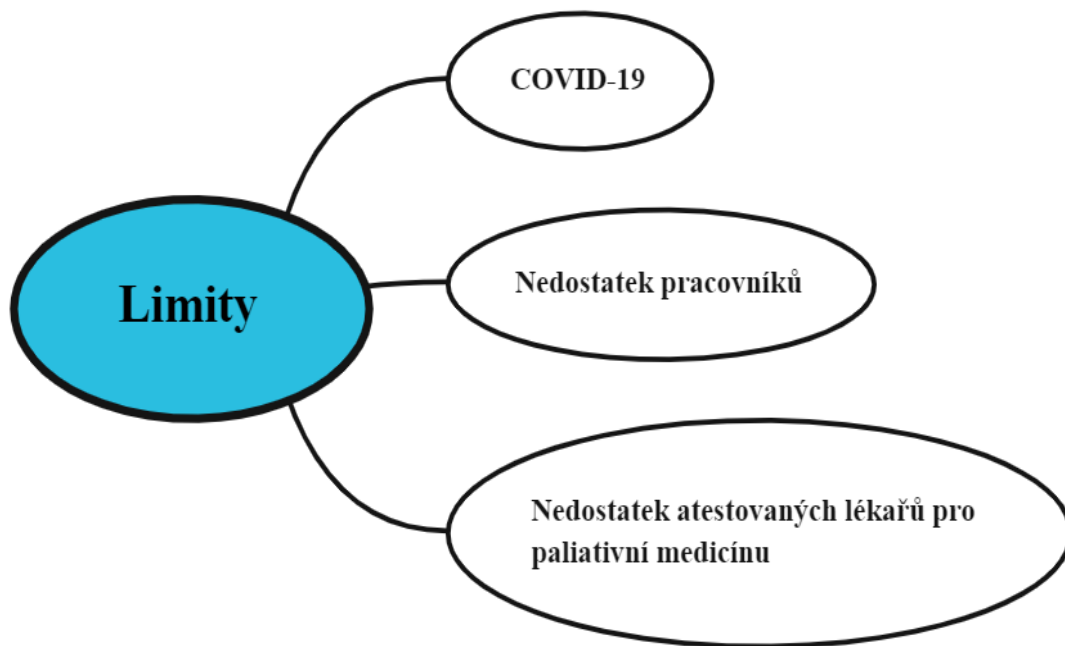
Obrázek č. 2 – Možnosti poskytování péče



Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Dále byla položena otázka: Jaké jsou současné limity poskytované obecné paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory? Dle informantky 1 je možným limitem v poskytování paliativní péče počet zaměstnanců, od kterého se odvíjí kvalita poskytované péče. Výpovědi se u obou informantek shodovaly, kdy bylo odpovězeno, že pobytové služby pro seniory nepocitují limity v poskytování paliativní péče. Avšak podle výpovědí, bylo řečeno, že v obou dotazovaných zařízeních pro seniory měli a stále mají problém s nalezením ošetřujícího lékaře. Z odpovědi I1 vyplynulo, že v rámci malého města, kde se pobytové zařízení pro seniory nachází měli problém s ochotou lékařů vykonávat paliativní péči v pobytovém zařízení, tento problém byl však vyřešen nástupem nové lékařky a z tohoto důvodu informantka 1 nevidí limity. Ve druhém případě byla odpověď I2 podobná pouze se lišila výpovědí v rámci nedostatku atestovaných lékařů pro paliativní medicínu. Dále I1 sděluje: *Limity jsou vždy dány obsazeností personálu, pokud nebudete mít všeobecné sestry a pracovníky v sociálních službách nemůžete poskytovat paliativní péči. Při poskytování paliativní péče je důležité mít dostatečné množství personálu, který poskytne klientům nepřetržitou péči, kterou potřebují.* I1 poté dodává: *My jsme na našem úplném startu naráželi na neschopnost spolupráce s lékařem. A to si myslím, že je značný problém. Ne každý lékař tuhle oblast považuje za důležitou, my ji za důležitou považujeme velmi, protože pro nás je prioritní, aby klient odcházel z tohoto světa z domova tedy i našeho zařízení v klidu, aby klient nebyl zbytečně traumatizován anonymním zařízením nemocničního typu, pokud to samozřejmě nevyžaduje jeho zdravotní stav.* Z výpovědi I2 vyplynulo, že největším limitem v rámci poskytování paliativní péče je zajištění lékaře. *Vzhledem k momentální epidemiologické situaci, která je spojená s onemocněním covid-19 se snažíme i přes těžkosti a zákaz návštěv, aby naši klienti v paliativní péči měli možnost shledání se svými blízkými a rodinou. Kdy návštěvníky otestujeme, změříme jim teplotu a vybavíme je bezpečnostními pomůckami. Návštěvníky pouštíme v případě, kdy se klient nachází v závěru svého života, aby měl možnost rozloučit se se svojí rodinou. Dále je problém získat lékaře, který by nám zajišťoval fungování paliativního týmu v medicínské složce, což se moc nedaří, protože lékař musí být atestován pro paliativní medicínu. Do našeho pobytového zařízení pro seniory dochází obvodní lékař, právě z důvodu nedostatku atestovaných lékařů pro paliativní medicínu. Když se zamyslím, tak v poskytování paliativní péče limity v podstatě nemáme (viz obrázek č. 3).*

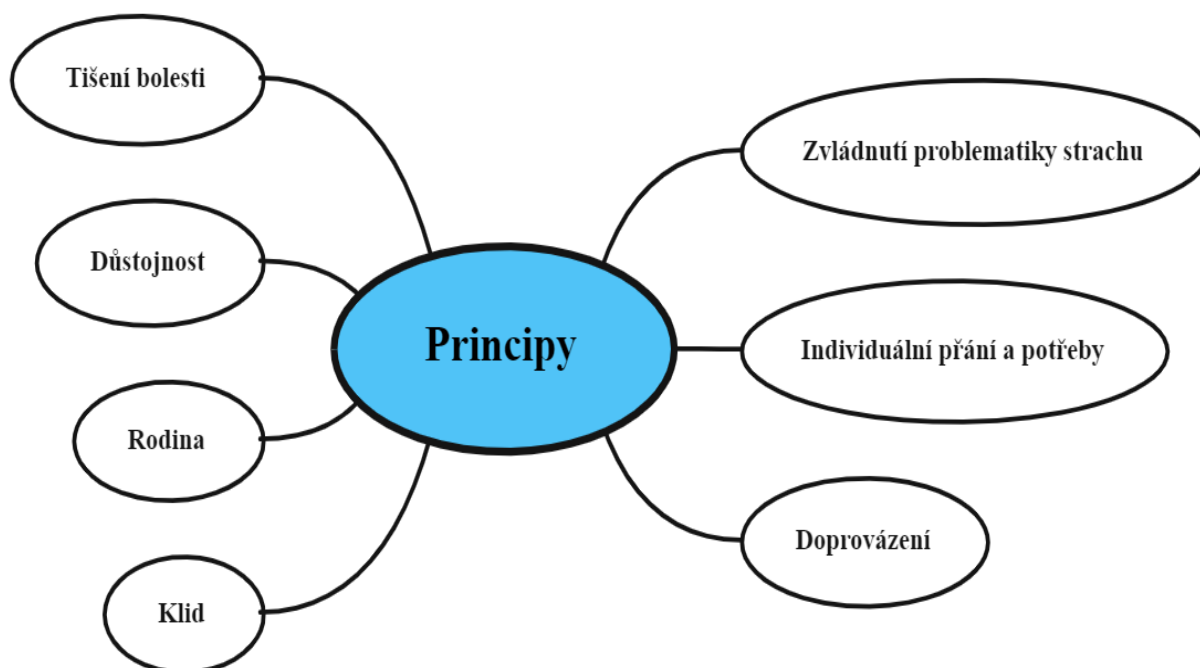
Obrázek č. 3 – Limity



Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Další otázkou se zjišťovalo, jaké principy se aplikují v daných pobytových službách pro seniory. Principy paliativní péče obsáhly ve výpovědích obě informantky. Zahrnuly nejdůležitější aspekty paliativní péče. Odpovědi se z velké části shodují. I1 tvrdí: *V naší pobytové službě aplikujeme základní principy paliativní péče, jako je důstojný odchod, klid, zakládáme si na individuálních přáních a potřebách našich klientů, doprovázíme klienta, stejně tak jeho rodinu, jelikož je smrt blízké milované osoby velkou krizí v životě, snažíme se připravit blízké na nadcházející odchod klienta, v samotném závěru života klienta poskytujeme možnost rodině krátkodobého ubytování s klientem, aby se mohli rozloučit.* I2 uvedla principy, které jsou klíčové pro kvalitní poskytování paliativní péče: *„Princip doprovázení, žádný z klientů neumírá sám, vždy má svého klíčového pracovníka, který s ním může strávit větší časovou dotaci v případě, že klient nemá rodinu nebo blízké, když je patrné, že se blíží klientovi poslední chvíle. Snažíme se minimalizovat jakékoliv větší zákroky ze strany lékařů medicíny, po dohodě s rodinou a klientem. Práce s rodinou, klid, důstojnost, tišení bolesti.“* V rámci rozhovoru vyplynula otázka *Jak jednáte s klientem, který je v závěru života?* I1 odpověděl, že *Klient potřebuje pociťovat osobitost, přívětivost a upřímnost. Snažíme se, aby klienti měli zvládnutou problematiku strachu ze smrti, aby bylo ke klientům přístupováno lidsky a jejich odchod byl co nejpříjemnější. Dále se snažíme naplnit přání odcházejícího klienta* (viz obrázek č. 4).

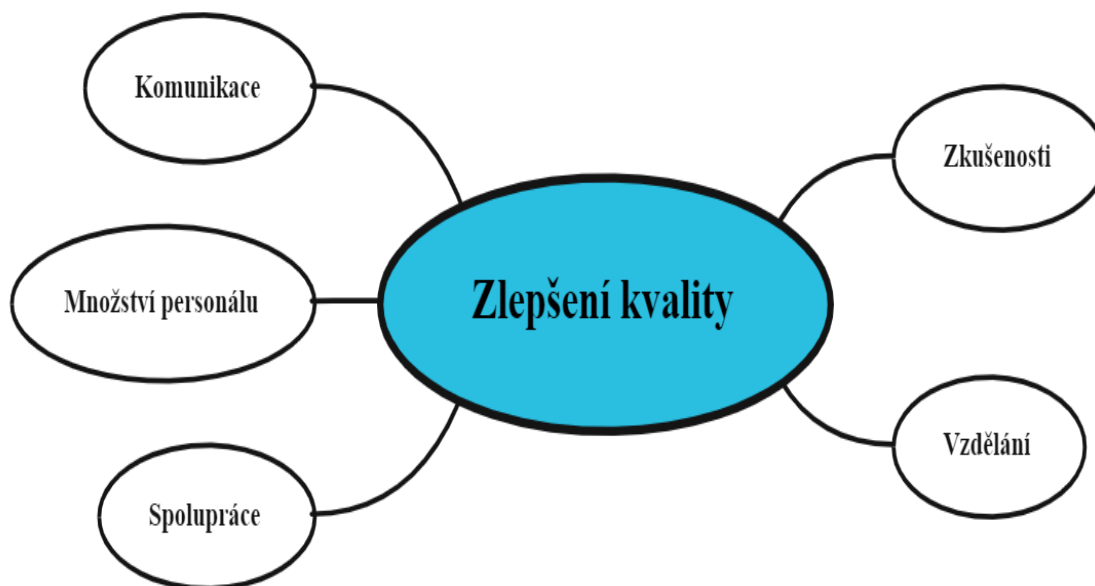
Obrázek č. 4 – Principy paliativní péče



Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Dále se zjišťovalo, co by mohlo zlepšit kvalitu poskytované obecné paliativní péče. Z odpovědí informantek bylo zjištěno, že úroveň paliativní péče se odvíjí od vzdělání a počtu personálu. I1 uvedla: *O čem jsem přesvědčená, je vzdělání v tomto směru a množství personálu. Bylo by ideální, kdybychom měli v naší službě fyzioterapeuta na sedm dní v týdnu. Kvalitu by mohlo pozvednout i vzdělávání v oblasti komunikace.* I2 pak tvrdí: *Určitě vzdělávání a personál, a v našem případě bychom se chtěli dostat do systému certifikované paliativní péče.* I1 dále sdělila: *Je potřeba personál, který si uvědomuje, že paliativní péče potřebuje klid, čas, péči, aby byl naplněn rámec poskytování paliativní péče.* Dle I2 se jedná o: *Týmovost, vzdělání, předávání si zkušeností mezi sebou, množství personálu.* Dle odpovědí informantek kvalitu poskytované paliativní péče lze pozvednout edukací, kooperací a komunikací uvnitř specializovaného pracovního týmu (viz obrázek č. 5).

Obrázek č. 5 – Zlepšení kvality poskytované paliativní péče

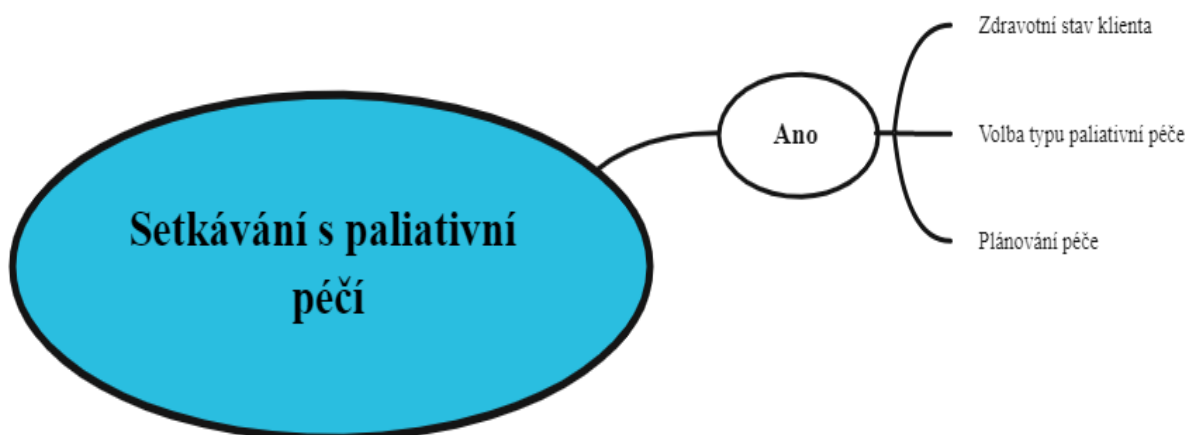


Zdroj: vlastní výzkum, 2021

4.2 Rozhovory s vrchními sestrami

Dále byly uskutečněny rozhovory s vrchními sestrami z obou pobytových služeb pro seniory. V rámci rozhovoru bylo zjišťováno, zda se setkávají vrchní sestry v pobytových službách pro seniory s klienty v paliativní péči. I3 uvádí: *Samozřejmě, pakliže to vyžaduje zdravotní stav klienta, tak je lékařem indikována paliativní péče obecná a pokud to vyžaduje stav a jsou tam diagnózy a lékař se rozhodne, že je vhodná specializovaná paliativní péče, tak i ta možnost tady je.* I4 potvrzuje: *Ano, setkáváme. V případě, že je indikovaná obecná paliativní péče s klientem se začne plánovat následující péče, kdy zjišťujeme u blízkých osob přání klienta a možnosti budoucí péče, aby bylo dosaženo co největší kvality života, klient se nachází v paliativním režimu (viz obrázek č. 6).*

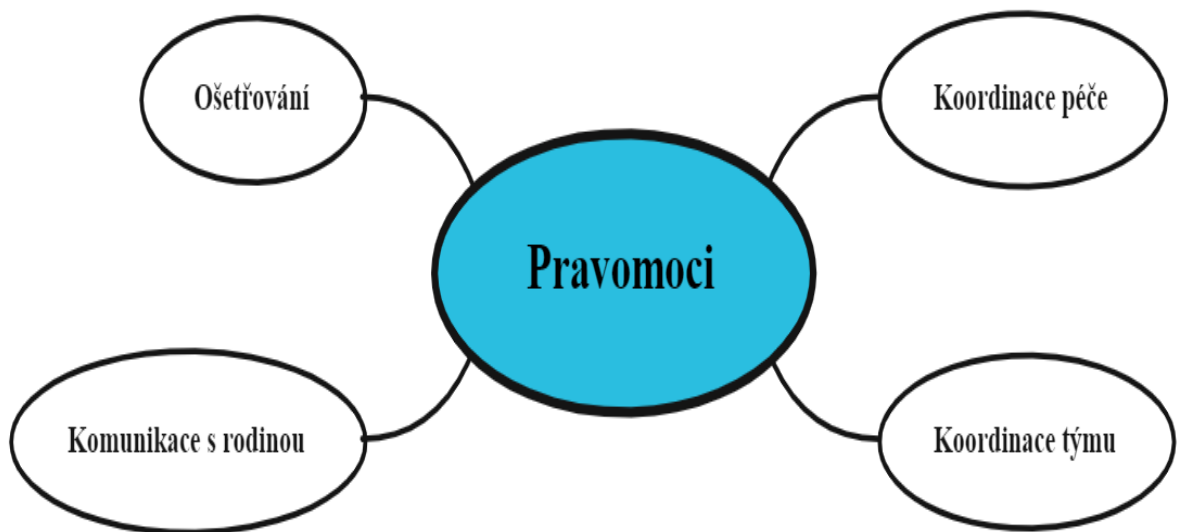
Obrázek č. 6 – Setkávání s paliativní péčí



Zdroj: vlastní výzkum, 2021

I3 na otázku: Jaké pravomoci máte při poskytování obecné paliativní péče u klienta? odpověděla následovně: *Jak jsem se zmínila, tak jsem vrchní sestra a jsem i koordinátorem paliativní péče, to znamená, že koordinuji veškeré informace, kam, kdy, informace k personálu, tak s klientem, tak s rodinou a s lékařem i s ostatními pracovníky. Informuji management, který je důležitý při poskytování paliativní péče. V podstatě všechny složky, které jsou u nás.* I4 odpověděl: *Rozhodovat o léčbě nemůžeme, o té rozhoduje lékař, ale co se týká stravy, výživy, ošetřování, tak to je v naší režii. Medikamentní léčbu upravuje lékař, ale co se týká ošetrovatelské péče, to je na nás. Já jako vrchní sestra koordinuji pečující tým v péči o klienty.* Z výpovědí vyplývá, že vrchní sestry jsou klíčové pro poskytování paliativní péče, jelikož jsou organizátory paliativní péče v pobytových službách pro seniory. O rozhodnutí, že klientovi bude udělena obecná paliativní péče, rozhoduje lékař, stejně tak v případě medikace, ale o ošetrovatelské péči klienta rozhoduje vrchní sestra, která řídí celý multidisciplinární tým (viz obrázek č. 7).

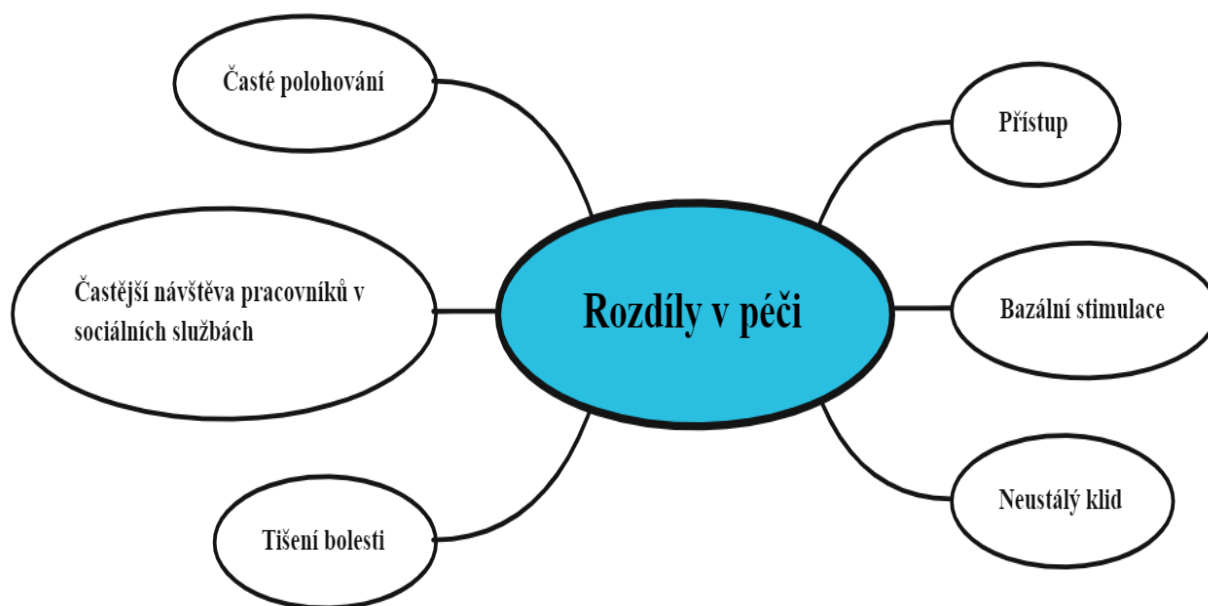
Obrázek č. 7 – Pravomoci



Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Na další otázku, jaký je rozdíl v péči o běžného klienta a klienta v paliativní péči, odpověděla I3 následovně: *Určitě přístupem, to bez pochyby. Každý klient vyžaduje individuální péči, tu škálu nabídky máme a pro klienty v paliativní péči jsme plně připraveni poskytnout veškerou péči.* I4 uvedla konkrétní rozdíly: *Musí se sledovat více věcí..., jestli má klient bolesti, jak se cítí. Když je klient v paliativní péči tak musí být v neustálém klidu a bez bolesti, to je taková ta priorita paliativní péče, aby neměl proleženiny atd. Častější je i návštěva pečovatelek u klienta. U klienta aplikujeme prvky bazální stimulace, polohování do hnízda, aby bylo uleveno klientům od bolesti.* Rozdíly, které vyplynuly z odpovědí informantek, jsou vyobrazeny na obrázku č. 8.

Obrázek č. 8 – Rozdíly v péči o běžného klienta v paliativní péči

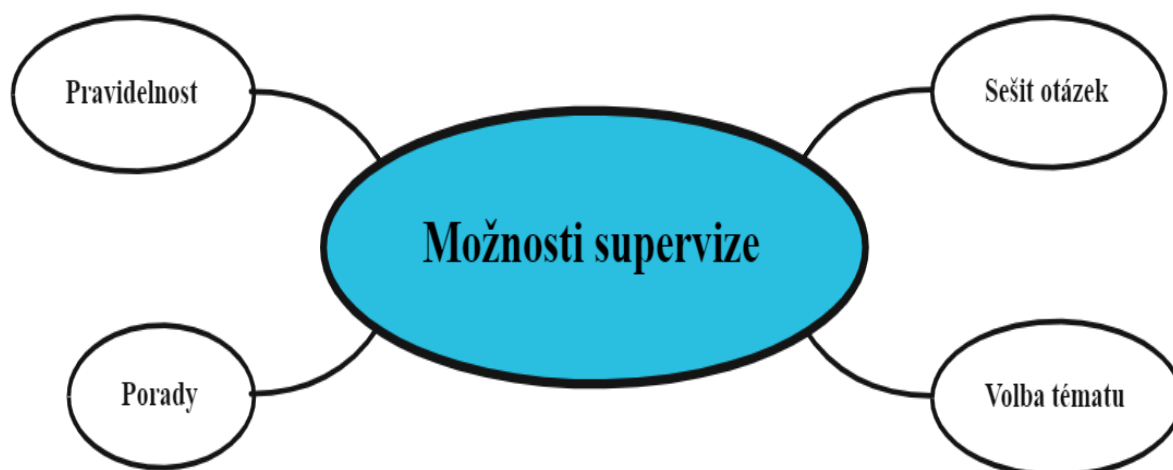


Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Dále rozhovor směřoval k možnostem supervize, která je nezbytná v sociálních službách, aby si mohli zaměstnanci odlevit a preventivně předejít možnému syndromu vyhoření, který je častý v tomto druhu sociální služby. Následující otázka zněla: Máte možnost supervize ve vašem zařízení na téma paliativní péče? I3 uvedla: *Máme a supervize pravidelně provádíme. Supervizi můžeme otevřít na jakékoli téma...* I3 dodává: *a dokonce mají jak pečovatelé, tak i sestry na oddělení mají tzv.: sešit otázek, s tím že tam můžou kdykoliv učinit dotaz, co by jim bylo nepříjemné nebo nechtěli, aby jejich otázku museli veřejně zmiňovat, nicméně my máme každý den porady, jsou to takové mini porady na oddělení, kde si říkáme, co a jak bude v ten den probíhat. Supervize u nás v zařízení probíhají většinou dvakrát ročně.* I4 odpovídá: *Máme možnost supervize, průměrně se koná dvakrát do roka. Na supervizi můžeme rozebrat, jakékoli téma. Myslím, si že je to důležité, jelikož můžeme sdílet své pocity s ostatními, práce v rámci paliativní péče není snadná, a ne vždy je lehké se s touto situací vyrovnat sám, avšak supervize nám s vyrovnáním velmi pomáhají.* Obě informantky uvádí, že v pobytových službách pro seniory se supervize koná, také se shodují na tom, že supervizi mají dvakrát za kalendářní rok. Supervize není zaměřená přímo na paliativní péči, ale pokud by pracovníci potřebovali, lze ji otevřít i na téma

paliativní péče (viz obrázek č. 9). Dále se dle výpovědi I3 každodenně dělají porady o průběhu dne.

Obrázek č. 9 – Možnosti supervize



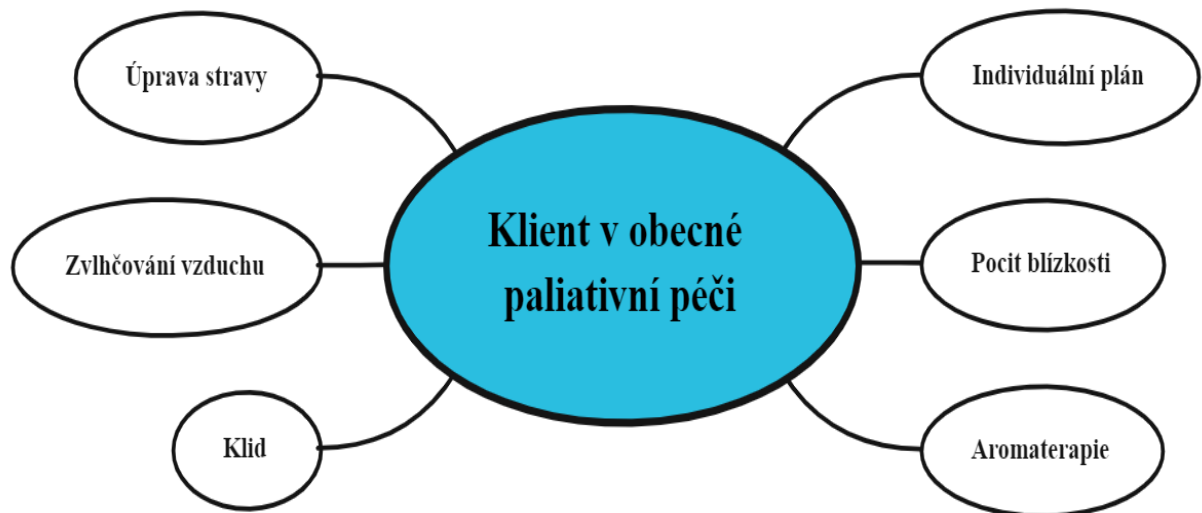
Zdroj: vlastní výzkum, 2021

4.3 Rozhovory s pracovníky v sociálních službách

Další otázkou bylo zjišťováno, zda se setkávají pracovníci v sociálních službách s paliativní péčí, a jak o klienty v paliativní péči pečují. Obě informantky odpověděly shodně, že se s paliativní péčí v rámci své práce setkávají. I5 sdělila: *Při péči se dbá na spolupráci s rodinou a pečovatelé komunikují s klientem tak, aby se cítil co nejlépe a měl uspokojené své potřeby. Klient je často polohován do různých poloh, aby mu bylo odleveno od bolesti, dbá se na pitný režim, používá se aromaterapie, uklidňující hudba a je zapojován do programu Namaste care. Z odpovědi I5 vyplývá, že péče se odvíjí od potřeb klienta a základních principů paliativní péče. I5 dále uvedla: Je nejlepší, když klienta známe delší dobu a poznáme jeho zvyklosti, povahu a přání. I6 uvedla: Vlastně každý klient má svůj individuální plán, který se s ním tvoří, a z toho vycházíme i v případě, že je klientovi nastavena paliativní péče. Stejně tak sestry, ty mají zase ošetrovatelský plán. I6 popsala další činnosti, které se aplikují v péči o klienta: ... aby se klientovi co nejlépe dýchalo, zvlhčujeme vzduch, sestřičky podávají klientovi kyslík, zahušťuje se klientům strava, aby se nedusili a líp se jim polykalo. Když jsou klienti*

v závěru života, tak je chytíme za ruku, pohládíme, jménem je oslovíme, aby cítili nějakou tu blízkost a tak...(viz obrázek č. 10).

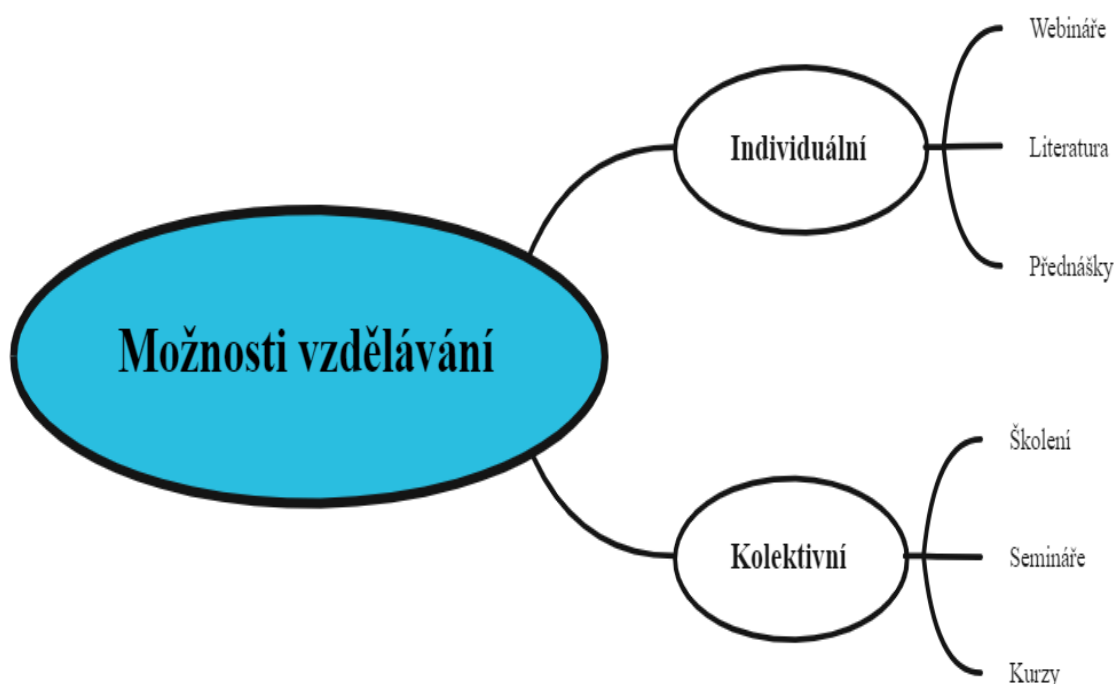
Obrázek č. 10 – Klient v obecné paliativní péči



Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Další otázka se zabývala možnostmi edukace v pobytových zařízeních pro seniory v oblasti paliativní péče. Z výpovědí vyplynulo, že se pobytové služby snaží vzdělávat své zaměstnance v oblasti paliativní péče pomocí seminářů. Dále je dle zákona zaměstnavatel povinen zabezpečit dodatečné vzdělávání v rozsahu minimálně 24 hodin za kalendářní rok. I5 *Ano, v našem zařízení funguje každoroční vzdělávací školení na téma paliativní péče, ale i na jiná témata. Školí nás buď ředitelka nebo většinou někdo z jiných zařízení.* I6 potvrzuje: *Určitě, taky. Máme semináře a kurzy, musíme mít ze zákona 24 hodin za rok.* Doplňující otázkou bylo zjišťováno, zda se pracovníci v sociálních službách individuálně vzdělávají. I5 *Ano, zajímám se o literaturu, která se zabývá paliativní péčí a dále se účastním různých webinářů nebo různých přednášek na téma paliativní péče pro můj karierní rozvoj.* I6 *Občas mi kolegyně doporučí nějakou knížku na téma paliativní péče* (viz obrázek č. 11).

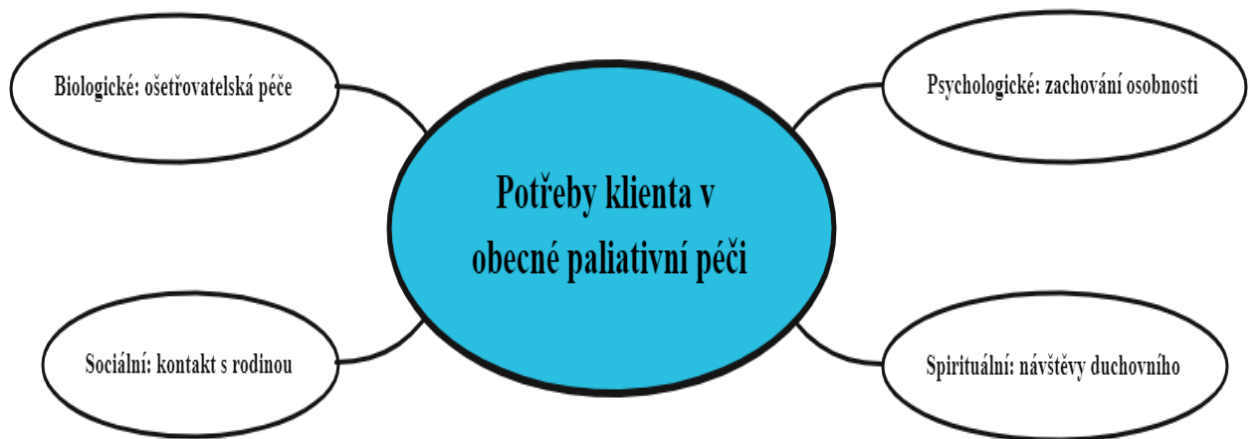
Obrázek č. 11 – Možnosti vzdělávání



Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Následující otázka zněla: Jaké jsou potřeby klienta v paliativní péči? I5 uvedla, *holistické pojetí jedince a důležitost faktu, pokud pečující osoby znají klienta před nástupem paliativní péče, mohou lépe identifikovat klientovy potřeby a přání. Klient v paliativní péči má potřeby biologické, psychologické, sociální, spirituální. Je dobré, když klienta známe delší dobu později, pokud má klient nastavenou paliativní péči, jeho potřeby se odvíjí od jeho dřívějších potřeb a přání. Dbá se na stimulační a klidový režim.* I6 uvedla: *Tam se jedná u těch sociálních potřeb například o kontakt s rodinou, aby je chodila navštěvovat i v době covidu. Měli výjimky, rodina mohla navštívit klienta. V případě, že je klient věřící, tak duchovní je může přijít navštívit, aby byl v klidu a netrpěl. No v případě těch biologických, tak o ty se staráme my pečovatelky no a psychologický, tak se snažíme zachovat jeho osobnost. Z výpovědí je patrné, že se pracovníci v sociálních službách snaží v péči o klienta pojmout celostní přístup a saturovat všechny dimenze osobnosti klienta. Potřeby klienta v paliativní péči lze vidět na obrázku č. 12.*

Obrázek č. 12 – Potřeby klienta v paliativní péči



Zdroj: vlastní výzkum, 2021

5 DISKUSE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké principy aplikují pracovníci v pobytových službách pro seniory při poskytování paliativní péče. Od tohoto cíle se odvíjely výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla, *Jaké principy paliativní péče aplikují pracovníci v pobytových službách pro seniory*. Druhá výzkumná otázka měla zjistit *Jak pracovníci v pobytových službách pro seniory pečují o klienty v obecné paliativní péči* a poslední třetí výzkumná otázka zněla *Jakými způsoby pobytová zařízení zkvalitňují kompetence svých pracovníků?*

První část otázek byla pokládána za účelem zjištění, zda se pracovníci v pobytových službách setkávají s paliativní péčí. Prvotní snaha o založení lůžkového oddělení paliativní péče v ČR byla v roce 1989. Roku 2013 bylo registrováno 16 lůžkových hospiců a vznikají další (Sláma et al., 2013). Informantky potvrdily, že se v pobytových službách pro seniory pracovníci běžně setkávají s obecnou paliativní péčí. Dle Malíkové (2011) lze obecnou paliativní péči poskytovat i v pobytových zařízeních, kdy péče obsahuje různé činnosti, především ošetrovatelskou péči.

Na otázku, *Jaké znají pracovníci v pobytových službách pro seniory principy paliativní péče?* Bylo zjištěno, že pracovníci znají principy paliativní péče jak teoreticky, tak prakticky, a umějí je využívat při práci s klientem v obecné paliativní péči. Z odpovědí bylo identifikováno, že informantky znají následující principy: princip důstojnosti, princip doprovázení, péče se odvíjí od individuálních přání a potřeb klientů, klid, tišení bolesti, spolupráce s klientovou rodinou. Dle autorů Slámy et al. (2011) jsou klíčovými principy: ochraňovat důstojnost, respektovat přání a potřeby jedince, důležité je vytvoření příjemného prostředí, ve kterém se člověk prožije zbytek života v klidu a přítomnosti své rodiny a blízkých. Základem je prodloužení života, který bude mít takovou úroveň a kvalitu života, jaká je jedinci přijatelná (Sláma et al., 2011). V rámci třetí výzkumné otázky, *Jakými způsoby pobytová zařízení zkvalitňují kompetence svých pracovníků?*, jsem chtěla zjistit, zda jsou pracovníci vzděláváni i v oblasti obecné paliativní péče. Problematika paliativní péče je stále na okraji medicíny, ale různé sociální a zdravotní služby se snaží apelovat na důraz a potřebu vzdělávání v oblasti paliativní péče. Podle mého názoru je toto vzdělání velmi důležité pro práci v pobytových službách pro seniory z důvodu zkvalitnění poskytované péče. S tímto se shoduje i Svobodová (2018), kdy uvádí ve svých výsledcích, že vzdělávání vede ke

zkvalitnění poskytované paliativní péče. Z výpovědí informantek jsem dostala odpověď na výzkumnou otázku č. 3, kdy informantky vypověděly, že pracovníci se pravidelně vzdělávají, a to jak v sociální oblasti, tak konkrétně v paliativní péči. Informantka 5 odpověděla, že absolvují různé vzdělávací semináře, které probíhají v pobytové službě od interních pracovníků, nebo prostřednictvím lektorů. Dané vzdělávání probíhá buď individuálně, kdy si pracovník sám vyhledává kurzy, semináře a webináře nebo v rámci kolektivního vzdělávání v zařízení. Dále informantka 6, odpověděla, že vzdělávání pracovníci absolvují dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který vymezuje 24 hodin pro vzdělávání za rok. Podlé mého názoru je 24 hodin nedostačující. Pracovníci by měly absolvovat co nejvíce kurzů a seminářů pro své zkvalitnění znalostí. Motivací pro následující vzdělávání pracovníků by mohl být vytvořen plán odměn, který by vedl pracovníky k absolvování těchto kurzů. Pokud by pracovníci nesplnili stanovený plán, odrazilo by se to na jejich platovém ohodnocení.

Na otázku *Jak pečujete o klienta v obecné paliativní péči?* Odpověděly informantky, že péče o klienta vychází z potřeb a přání klienta, dále také jeho individuálního plánu, kterým se řídí pečující pracovníci v sociálních službách. Stejného názoru je i autorka Malíková (2020) která uvádí, že individuální plán je tvořen ve spolupráci s klientem, kdy klient je činným spolutvůrcem. Individuální plán spolu se sociálními standardy jsou garancí záštity a zachování práv klientů (Malíková, 2020). Dle mého názoru, je každý člověk jedinečný a má jiné potřeby, z tohoto důvodu si myslím, že je důležité ke každému klientovi přistupovat individuálně podle jeho potřeb. Základním aspektem péče o klienta je tedy individuální plán a samotné ošetřování klienta, které uspokojuje primární potřeby, jako je: podávání stravy, přebalování, polohování, tyto činnosti zabezpečují pracovníci v sociálních službách. Autoři Sláma et al. (2011) uvádí, že ošetrovatelská péče je primární dispozicí řádné komplexní péče. Z výpovědí informantek jsem zjistila, že pečující sestry sestaví tzv. ošetrovatelský plán. Kde je popsán zdravotní stav pacienta, medikace a jeho individuální péče. Stejného názoru je autorka Marková (2010) která uvádí, že je žádoucí sestavit vhodný ošetrovatelský plán. Doménou pečující sestry by měla být správná identifikace klientových potřeb. To lze provést pomocí komunikace s klientem, s jeho rodinou a dále také ve spolupráci s pečujícím týmem (Marková, 2010). V každém pobytovém zařízení se můžeme setkat s pracovníkem v sociálních službách. Z vlastní zkušenosti vím, že pracovník

v sociálních službách nepřichází tak často do kontaktu s klientovou rodinou. Tuto komunikaci zabezpečuje vrchní sestra, což vyplynulo z výpovědi informantky 3.

Při práci s klientem v paliativní péči využívají pracovníci v sociálních službách následujících konceptů: bazální stimulace, smyslové aktivizace, psychobiografického modelu, a v případě pobytové služby pro seniory i Namaste Care. Autoři Sláma et al. (2011) uvádí: koncept bazální stimulace u klientů v paliativní péči je velmi důležitý (Sláma et al., 2011). Bylo zjištěno, že obě pobytové služby pro seniory běžně využívají prvků bazální stimulace, které především využívají pracovníci v pobytových službách prostřednictvím relaxačních koupelí, polohování do hnízda a mumie, kontaktní dýchání apod. Smyslová aktivizace je dalším často využívaným konceptem v péči o klienta v paliativní péči, kdy se pracovníci v pobytových službách snaží stimulovat klientovy vjemy skrze výběr barev v místnosti, relaxační hudbu, ovzduší v místnosti, doteky při kontaktu s klientem. Autoři Wehner a Schwinghammer (2013) popisují smyslovou aktivizaci, jako je vnímání všemi smysly, což v jedinci vzbuzuje pocit aktivního života, a tedy pomáhá ke zkvalitnění života a pocitu pohody. Následujícím využívaným konceptem je psychobiografický model, ze kterého můžou pečující osoby čerpat informace o klientovi, které by se například již nemohli dozvědět přímo od klienta z důvodu zhoršeného zdravotního stavu. Dle Procházkové (2019) v případě, že je klientovi nastavena paliativní péče mohou poznatky z biografie užitečně sloužit v procesu doprovázení. Biografie je důkazem zájmů o klienta (Procházková, 2019). Dále informantky zmínily koncept Namaste Care, který je inovačním konceptem v sociální oblasti a je využíván i v oblasti paliativní péče.

Na otázku *Setkáváte se ve vaší pobytové službě s paliativní péčí a jak pečujete o klienta v obecné paliativní péči?* Odpověděly obě informantky z dotazovaných pobytových zařízení, že jsou schopny poskytovat obecnou paliativní péči svým klientům, díky vzdělávání pracovníků a atestovaným lékařům. Klient je často polohován, je dodržován pitný režim, klienti mají nepřetržitý dohled pracovníků sociálních služeb i sester. Klientům je podávána medikace na utlumení bolesti. Kalvach et al. (2019) potvrzuje, že obecná paliativní péče by měla být poskytnuta ve všech zařízeních, kde se nacházejí lidé v závěru života a kde chtějí, aby o ně bylo pečováno, dodrží-li se primární předpoklady obecné paliativní péče (Kalvach et al., 2019). I přes 21. století se i dnes setkáváme s tabuizovanou smrtí v blízkosti rodinného kruhu v domácím prostředí. Pro umírajícího jedince je nejhorší se smířit s nastávajícím koncem života a strachem z něj.

Z tohoto důvodu se přikláním k názoru, že nikdo by neměl umírat sám v anonymizovaném prostředí, např. v nemocnici. Můj názor se shoduje s autorkou Malíkovou (2020), která uvádí, že o smrti a umírání se stále ve společnosti otevřeně nehovoří. V moderní společnosti není příliš mnoho informací a pochopení pro význam paliativní péče. Poměry této problematiky se pomalu zlepšují díky vývoji služeb spojených s paliativní péčí (Malíková, 2020). Jak vyplynulo z výpovědi Informantky č.1, pobytová zařízení mohou spolupracovat i s jinými zařízeními, jako je např. hospic, který zabezpečí prvky péče, které pobytové zařízení pro seniory nemůže poskytnout. Informantka č. 1 vypověděla, že v dotazovaném zařízení poskytují rodině možnost rozloučení se s klientem v rámci poskytnutí lůžka. Rodina může trávit společné poslední chvíle spolu s klientem a tím mu usnadnit a zpříjemnit proces odchodu.

Další otázka zněla: *Jaké jsou současné limity poskytované obecné paliativní péče v pobytových službách pro seniory?* Z odpovědí informantek vyplynulo, že pracovníci nepocítí'ují limity v možnostech péče o klienta. Zřejmým limitem je pro pobytové služby v dnešní době epidemiologická situace spojená s onemocněním Covid-19 a nedostatek atestovaných lékařů pro paliativní péči. Autoři Ondrušová et al. (2019) potvrzují, že o atestované lékaře se specializací v paliativní medicíně je nouze, a proto některá zařízení využívají spolupráci s praktickým lékařem (Ondrušová et al., 2019). Bylo zjištěno, že případným limitem může být nedostatečné množství kvalifikovaného personálu a špatná komunikace v pracujícím týmu. Od toho faktu se odvíjí úroveň kvality poskytované obecné paliativní péče. Podle mého názoru za limit můžeme považovat i nedostatek času na komunikaci s klientem. Z výpovědí informantek, avšak nevyplývalo, že by byl čas na komunikaci limitem v poskytování paliativní péče. S tímto však nesouhlasím, jelikož z vlastní zkušenosti vím, že chybějící čas na komunikaci se odráží v kvalitě poskytované péče. S mým názorem se shoduje i Černá (2019), která uvádí, že při nedostatku času na klienta dochází k traumatizaci a stresu klienta. Dále se s autorkou ztotožňuji v názoru, že je velice důležité mít dostatek personálu, což informantky vidí také jako limit.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena především na téma paliativní péče v pobytových službách pro seniory, specificky se věnovala možnostem poskytování obecné paliativní péče v pobytových službách pro seniory. Prostřednictvím odborné literatury a vlastního výzkumu jsem se snažila zjistit, jaké principy aplikují pracovníci v pobytových službách pro seniory při poskytování obecné paliativní péče. K cíli bakalářské práce se pojily tři výzkumné otázky. VO₁: Jaké principy paliativní péče aplikují pracovníci v pobytových službách pro seniory? VO₂: Jak pracovníci v pobytových službách pro seniory pečují o klienty v obecné paliativní péči? VO₃: Jakými způsoby pobytová zařízení zkvalitňují kompetence svých pracovníků?

Výzkum pro bakalářskou práci byl realizován ve dvou pobytových službách pro seniory, které se nacházejí na území Jihočeského kraje. Výzkum byl uskutečněn pomocí polostrukturovaného rozhovoru se šesti informantkami. Z výzkumu vyplývá, že se pracovníci v pobytových službách běžně setkávají s obecnou paliativní péčí. Pobytové služby vychází ze standardů obecné paliativní péče a využívají základních principů paliativní péče, jako je: princip důstojnosti, princip doprovázení, klidový režim, naplnění přání a potřeby klienta, tišení bolesti, důraz na kvalitu života. Pracovníci úzce spolupracují také s rodinou klienta. Dle výpovědí pobytové služby využívají vybrané koncepty v péči o klienty, jako je: psychobiografický model péče, bazální stimulace, smyslová aktivizace, Namaste Care. Z rozhovorů vyplynulo, že pracovníci v pobytových službách využívají jednotlivých konceptů, často v kombinované formě, kdy se koncepty v péči prolínají a tvoří komplexnější péči. Při výzkumu bylo zjištěno, že pracovníci pobytových služeb pro seniory nazývají odborné pojmy jinými výrazy. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že se pracovníci v pobytových službách vzdělávají. Z tohoto zjištění je přínosné podporovat edukaci pracovníků v sociálních službách v třibení jednotlivých konceptů péče, pro lepší orientaci a péči o klienty v pobytových službách. Dále se výzkumu projevila důležitost vrchních sester, které mají důležitou roli v koordinaci paliativní péče a komunikují se všemi pracovníky, kteří jsou v kontaktu s klientem, ale stejně tak s klientovou rodinou. Bylo zjištěno, že pracoviště nepocítují žádné limity, co se týče možností pobytové služby. Možné limity pocítují z důvodu nedostatečného množství atestovaných lékařů pro paliativní péči a momentální epidemiologické situace s covid-19.

Výsledky této Bakalářské práce by mohly posloužit pracovníkům v sociálních službách a sestřám jako feedback pro vybrané informantky, které si přály zaslat kompletní práci. Dále poslouží jako podpůrný zdroj informací pro vybrané pobytové služby pro seniory, popřípadě pro další zařízení, kdy si prostřednictvím bakalářské práce mohou zvýšit povědomí o aktuálních možnostech poskytování obecné paliativní péče. Dále může být bakalářská práce použita jako doporučení pro vybraná zařízení s navázáním spolupráce se zařízeními, které se zabývají péčí o tišení bolesti jako je např. hospic.

V případě, že by byl výzkum znovu uskutečněn, bych se více soustředila na praktickou stránku poskytování paliativní péče. Díky odborným praxím jsem se setkala v pobytové službě pro seniory s klienty v obecné paliativní péči i s koncepty této péče, ale pouze okrajově. Prohloubení teoretických znalostí z literatury bylo velmi nápomocné při realizaci výzkumu, ale v některých případech z praktického hlediska nedostačující. Při výzkumu v dané pobytové službě mi bylo umožněno se podívat na koncept Namaste Care v praxi. To mi bylo velmi nápomocné při představě, jak je tento koncept realizován. Musím říct, že na první pohled bylo vidět, že klienti jsou stimulováni, vyznačují pohodou a klidem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALDWIN, A. M., WOODHOUSE, J., 2011. *Key Concepts in Palliative Care*. London: SAGE Publications. 235 s. ISBN 978-1-84860-871-9.

BÖHM, E., 2016. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta. 208 s. ISBN 978-80-204-3197-4.

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

CLARK, D., 2016. *To Comfort Always: A history of palliative medicine since the nineteenth century*. Oxford: OUP Oxford. 255 s. ISBN 978-0-19-967428-2.

ČERNÁ, M., 2018. *Bariéry v poskytování paliativní péče pohledem pomáhajících pracovníků ve vybraném domově pro seniory*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

GROFOVÁ, Z., 2009. Paliativní péče. *Medicína pro praxi*. 6(5), 276–278. ISSN 1214-8687.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

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

HAVRÁNEK, B., 2011. Slovník spisovného jazyka [online]. Ústav pro jazyk český [cit. 2021-03-16]. Dostupné z: <https://ssjc.ujc.cas.cz/search.php?db=ssjc>

HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HRDÁ, K., TOLLAROVÁ, B. et al., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče* [online]. Praha: Domov Sue Ryder. 202 s. [cit. 2021-29-06].

ISBN 978-80-907190-2-6. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf

JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 219 s. ISBN 80-7254-329-6.

KALVACH, Z., 2004. *Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky*. Praha: Cesta domů. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.

KALVACH, Z. et al., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2. vydání. Praha: Cesta domů. 155 s. ISBN 978-80-88126-54-6.

KAŇOVÁ, M., 2014. Nemylme se v paliativní péči. *Florence*. 3(14), 36–37. ISSN 1801-464.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2. vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

LUGTON, J., MCLNTYRE, R., 2005. *Palliative Care: The Nursing Role*. 2. vydání. Edinburgh: Elsevier Health Sciences. 436 s. ISBN 9780443074585.

MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.

MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, O., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. 379 s. ISBN 80-717-8548-2.

- MATZO, M., 2018. *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. 5. vydání. New York City: Springer Publishing. 308 s. ISBN 978-0-8261-2719-8.
- MIOVSKÝ, M. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MITCHELL, G. et al., 2008. *Palliative Care: A Patient-Centered Approach*. London: CRC Press. 144 s. ISBN 9781315378480.
- NAKONEČNÝ, M., 1996. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
- OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K., 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. 43 s. ISBN 978-80-87240-33-5.
- ONDRUŠOVÁ, J. et al., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum. 370 s. ISBN 978-80-246-4383-0.
- PLEVOVÁ, I. et al., 2011. Paliativní péče. In: BUŽGOVÁ, R. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, s. 106–126. ISBN 978-80-247-3558-0.
- PROCHÁZKOVÁ, E., 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-1008-7.
- REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SKÁLA, B. et al., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP: Praha. 20 s. ISBN 978-80-86998-51-0.
- SLÁMA, O., et al., 2016. Paliativní péče v ČR v roce 2016. *Časopis lékařů českých*. 155(8), 445–450. ISSN 0008-7335.
- SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vydání. Praha: Galén. s. 363. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SLÁMA, O., ŠPINKA, Š., 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů. 43 s. ISBN 80-239-4330-8.

SVOBODOVÁ, E., 2018. *Paliativní péče v domovech pro seniory*. Olomouc. Diplomová práce. CARITAS-Vyšší odborná škola sociální Olomouc.

TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 4. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-2747-9.

VOJTÍŠEK, P., 2012. *Výzkumné metody: metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol* [online]. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní. 54 s. [cit. 2021-03-13]. ISBN 978-80-905109-3-7. Dostupné z: <https://docplayer.cz/629195-Vyzkumne-metody-metody-a-techniky-vyzkumu-a-jejich-aplikace-v-absolventskych-pracich-vyssich-odbornych-skol-phdr-petr-vojtisek.html>

VORLÍČEK, A. et al., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.

WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. 146 s. ISBN 978-80-247-4423-0.

WHO, 2020. *Definition of Palliative Care* [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2020-06-11]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. 2019. [online]. [cit. 2021-03-11]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 19, s. 433–434. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://www.mkcr.cz/doc/cms_library/novela-az-50-2019-sb-10316.pdf+&cd=9&hl=cs&ct=clnk&gl=cz

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2021-03-11]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730–4801. ISSN 1802-8012. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zakon-c-372-2011-sb-o-zdravotnich-sluzbach-poskytovani-zdravotnich-sluzeb-nezletilemu-pacientovi/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Osnova rozhovoru
Příloha č. 2	Vzor žádosti o provedení výzkumu
Příloha č. 3	Seznam tabulek a obrázků

SEZNAM ZKRATEK

ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
EAPS	European Association for Palliative Care
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

Příloha č. 1 Osnova rozhovoru

Otázky do rozhovoru s ředitelkami
<ol style="list-style-type: none">1. Setkáváte se ve vaší pobytové službě s klienty v paliativní péči?2. Aplikuje se při péči ve vaší pobytové službě pro seniory bazální stimulace?3. Jaké koncepty využívá pobytová služba pro seniory v péči o klienta v obecné paliativní péči?4. Jaké jsou současné možnosti poskytování obecné paliativní péče v pobytových službách pro seniory?5. Jaké jsou současné limity poskytované obecné paliativní péče v pobytových službách pro seniory?6. Jaké principy paliativní péče se aplikují ve vaší pobytové službě?7. Co by dle Vašeho názoru mohlo zlepšit kvalitu poskytované obecné paliativní péče v pobytových pro seniory?
Otázky do rozhovoru s vrchními sestrami
<ol style="list-style-type: none">1. Jaké je vaše pracovní zařazení?2. Jak dlouho pracujete v pobytové službě pro seniory?3. Setkáváte se ve vaší pobytové službě pro seniory s klienty v obecné paliativní péči?4. Jaké pravomoci máte při poskytování obecné paliativní péče u klienta?5. Jaký je rozdíl v péči o běžného klienta a klienta v obecné paliativní péči?6. Máte možnost supervize ve vašem zařízení na téma paliativní péče?
Otázky do rozhovoru s pracovníky v sociálních službách
<ol style="list-style-type: none">1. Jaké je vaše pracovní zařazení?2. Jak dlouho pracujete v pobytové službě pro seniory?3. Setkáváte se ve vaší pobytové službě s paliativní péčí a jak pečujete o klienta v obecné paliativní péči?4. Poskytuje vaše pobytová služba pro seniory možnost vzdělávání v oblasti paliativní péče?5. Jaké jsou potřeby klienta v obecné paliativní péči?

Příloha č. 2 Vzor žádosti o provedení výzkumu

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta:

Studijní program/obor:

Jméno a příjmení studentky:

Kontaktní údaje:

Název instituce:

Název práce:

Výzkumné otázky:

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Předpokládané výstupy:

Vyjádření vedoucí bakalářské práce:

Jméno:

Podpis:

Vyjádření kompetentní osoby instituce:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis:

Příloha č. 3 Seznam tabulek a obrázků

Tabulka č. 1	Informanti
Obrázek č. 1	Aplikovaná péče
Obrázek č. 2	Možnosti poskytování péče
Obrázek č. 3	Limity
Obrázek č. 4	Principy paliativní péče
Obrázek č. 5	Zlepšení kvality poskytované paliativní péče
Obrázek č. 6	Setkávání s paliativní péčí
Obrázek č. 7	Pravomoci
Obrázek č. 8	Rozdíly v péči o běžného klienta v paliativní péči
Obrázek č. 9	Možnosti supervize
Obrázek č. 10	Klient v obecné paliativní péči
Obrázek č. 11	Možnosti vzdělávání
Obrázek č. 12	Potřeby klienta v paliativní péči