

Zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory

Bc. Adéla Kylarová

Diplomová práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Adéla Kylarová
Osobní číslo:	H23136
Studijní program:	N0111A190013 Sociální pedagogika
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domova pro seniory

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti vývojové psychologie, paliativního přístupu a sociálních služeb pro seniory.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou případové studie.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

CIMRMANNOVÁ, Tereza, 2020. Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku: u osob s mentálním postižením. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1575-2.
KUPKA, Martin, 2014. Psychosociální aspekty paliativní péče. Psyché. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4650-0.
PECHOVÁ, Karolína a Matěj LEJSAL, 2020. Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-01-5.
SAK, Petr a Karolína KOLEŠÁROVÁ, 2012. Sociologie stáří a seniorů. Sociologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.
ŠVARČÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2010. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Portál. ISBN 978-80-262-0273-8.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **8. ledna 2025**
Termín odevzdání diplomové práce: **25. dubna 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení diplomové práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na diplomové práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Cílem diplomové práce je zmapovat pomocí případové studie průběh zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory. Teoretická část vymezuje téma seniora a jeho potřeb, období stárnutí a stáří ve spojitosti se změnami a aspekty. Dále se věnuje tématu paliativní péče a paliativní péči v domovech pro seniory. V praktické části diplomové práce jsou definovány výzkumné cíle a otázky. Výzkum je pojat kvalitativně. Je zpracován pomocí případové studie záměrně vybraného domova pro seniory, jež implementuje paliativní přístup. Data jsou vyhodnocena pomocí obsahové analýzy procesů, dokumentů a záznamů organizace. Je zpracována případová studie z období od prosince 2023 do dubna 2025. Dle získaných informací docházíme k závěru, že se paliativní přístup organizaci domova pro seniory daří implementovat s pomocí koordinátora paliativní péče. Proces zavádění paliativního přístupu se nám podařilo zmapovat. Zajímavým zjištěním je jistě časová náročnost poskytované paliativní péče u klientů a jejich blízkých v domově pro seniory.

Klíčová slova: paliativní přístup, paliativní péče, senior, domov pro seniory, dříve vyslovené přání, plán budoucí péče

ABSTRACT

The aim of the thesis is to map the process of implementation of palliative care in retirement homes. The theoretical part defines key concepts related to aging, the needs of the elderly, and the physical, psychological, and social changes associated with this stage of human life. It also provides an overview of palliative care, with a specific focus on its application in retirement homes. The empirical section outlines the research objectives and questions. And is centered on a case study of a selected retirement home where palliative care is being implemented. Data were collected and analyzed using content analysis of the facility's processes, internal documentation, and records. The case study covers the period from December 2023 to April 2025. Based on the information gathered and the data analysis, the study concludes that the facility has been implementing palliative care successfully. Primarily but not only thanks to an external palliative care coordinator. Also, the implementation process was successfully mapped here. One notable finding is that the retirement home selected dedicates a significant amount of time to this activity. And only then can palliative care really help its clients and families.

Keywords: palliative approach, palliative care, elderly, retirement home, advance directives, future care planning

Poděkování patří PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za vedení a odbornou pomoc při zpracování diplomové práce.

Děkuji také organizaci domova pro seniory a koordinátorovi paliativní péče za spolupráci a poskytnutí podkladů pro zpracování případové studie. Děkuji, že jsem mohla být součástí začátků implementace paliativního přístupu.

„V péči o štěstí druhých nacházíme své vlastní.“

– Platón

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 SENIOR A JEHO POTŘEBY	13
1.1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	13
1.1.1 Členění dle věku.....	14
1.1.2 Změny ve stáří.....	15
1.1.3 Aspekty stárnutí	16
1.1.4 Adaptace na stáří	18
1.2 POTŘEBY SENIORA	19
1.2.1 Potřeba stimulace	20
1.2.2 Potřeba sociálního kontaktu	20
1.2.3 Potřeba citové jistoty a bezpečí.....	21
1.2.4 Potřeba seberealizace	21
1.2.5 Potřeba otevřené budoucnosti a naděje	22
1.2.6 Spirituální potřeby.....	22
2 PALIATIVNÍ PÉČE	24
2.1 STANDARDY PALIATIVNÍ PÉČE.....	27
2.1.1 Základní struktura a průběh péče	28
2.1.2 Péče o tělesný stav a potřeby	28
2.1.3 Psychologické a psychiatrické aspekty péče.....	29
2.1.4 Sociální aspekty péče	29
2.1.5 Existenciální, spirituální, náboženské a kulturní aspekty péče	29
2.1.6 Péče o umírajícího pacienta	30
2.1.7 Etické a právní aspekty péče	30
2.2 DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ	32
2.3 PLÁN BUDOUCÍ PÉČE	33
3 PALIATIVNÍ PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY	35
3.1 PRACOVNÍCI V DOMOVĚ PRO SENIORY	38
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
4 METODOLOGIE VÝZKUM	40
4.1 CÍLE VÝZKUMU	40
4.2 DESIGN A METODOLOGIE VÝZKUMU	41
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	41
4.4 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	42
4.5 METODY SBĚRU DAT	42
4.6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	42
4.7 LIMITY VÝZKUMU	45
4.8 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	46

4.9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	49
5	PALIATIVNÍ PŘÍSTUP V DOMOVĚ PRO SENIORY	51
5.1	CHARAKTERISTIKA PŘÍPADU	51
5.1.1	Metodický postup práce	52
5.1.2	Multidisciplinární tým paliativní péče	55
5.1.3	Odborné znalosti personálu	56
5.1.4	Setkání paliativní péče.....	56
5.1.5	Individuální práce s klienty domova pro seniory	57
5.1.6	Doprovázení klientů v terminálním stádiu	59
5.1.7	Konference paliativní péče	60
	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	65
	SEZNAM OBRÁZKŮ	70
	SEZNAM TABULEK.....	71
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Paliativní péče významně přispívá ke zvýšení kvality života nejen seniorů, ale také jejich blízkých. Více než 80 % osob ve věku starší 65 let se potýká s chronickým onemocněním, které je zodpovědné za 86 % všech úmrtí (Centrum paliativní péče, © 2025). Trendem je zavádět paliativní přístup také do pobytových sociálních služeb, jako jsou domovy pro seniory. Pomocí zavádění paliativního přístupu dochází ke zvyšování důstojnosti života jedince v období, kdy se potýká s životem ohrožujícím onemocněním. Péče je poskytována individuálně na základě fyzických, psychických i sociálních potřeb nemocného. Cílem tohoto přístupu a péče je zmírnit bolest a další příznaky nemoci, a to včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou klienta a jeho rodinu trápit. Dle průzkumů každoročně zhruba třetina seniorů jejichž domovem jsou pobytové sociální služby, např. domov pro seniory, umírá ve zdravotnických zařízeních, tedy mimo své přirozené prostředí (Lejsal, 2022, s. 18-19). Jestliže má mít klient domova pro seniory či jiné pobytové sociální služby možnost důstojného dožití, je potřeba se paliativnímu přístupu i samotné paliativní péči věnovat.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, a to na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do tří kapitol. První kapitola se věnuje tématu Senior a jeho potřeby, popisuje období stárnutí a stáří, které je spojováno s různými aspekty a změnami. Druhá kapitola teoretické části vymezuje samotnou paliativní péči a její standardy. Zaměřujeme se i na Dříve vyslovené přání a Plán budoucí péče. Třetí kapitola se zabývá poskytováním paliativní péče v domovech pro seniory, popisuje specifika této oblasti.

Praktická část diplomové práce se věnuje samotnému výzkumu a jeho realizaci, je členěna do dvou kapitol a je zpracována pomocí případové studie. Cílem diplomové práce je zmapovat pomocí případové studie průběh zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory. Nejprve je zde charakterizován případ a popsány jednotlivé události a zjištění z praxe zavádění paliativního přístupu v domově pro seniory. Praktická část se opírá o dokument Metodického postupu práce, uvádí 2 příklady klientů organizace, u nichž probíhá tzv. pilotní projekt zavádění paliativního přístupu. Poslední kapitola se věnuje samotné metodologii výzkumu. Jsou zde specifikovány cíle a otázky výzkumu, jeho design. Výzkumným souborem je záměrně vybraný domov pro seniory, v němž probíhá implementace paliativního přístupu. Praktická část popisuje i metoda sběru dat, jejich analýzu a samotnou interpretaci. Jsou zde uvedeny možné limity výzkumu. V poslední řadě jsou shrnuty výsledky analýzy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SENIOR A JEHO POTŘEBY

Za seniora obecně považujeme osoby od 65 let věku. Tuto hranici vymezuje většina poskytovatelů sociálních služeb pro seniory. Přesnou definici seniora v českém právním řádu nenalezneme. Seniozem se stává jedinec zpravidla tehdy, kdy ukončuje pracovní činnost a odchází do starobního důchodu. Vymezení pojmu senior spojujeme s pojmy **stárnutí** a **stáří**.

1.1 Stárnutí a stáří

Vývoj života člověka probíhá v určitých etapách, které mají své zákonitosti, dávají nám určité možnosti, zároveň nás však limitují. Samotné stáří je ve společnosti chápáno spíše negativně, s určitými obavami. Často jej vnímáme jako období, kdy je člověk závislý na pomoci jiné osoby. V důsledku ztráty soběstačnosti očekáváme omezení a problémy, postupné zhoršování kognitivních funkcí, omezení kontaktu se sociálním prostředím a ztrátu možností seberealizace. Stárnutí je proces, jehož důsledkem je dosažení různé ontogenetické vývojové etapy – stáří. Jedná se o závěrečnou fázi vývoje jedince. Věda, jež se zabývá problematikou seniorského věku, zákonitostmi, příčinami, mechanismy a projevy stárnutí se nazývá gerontologie. Výzkum se zaměřuje na odhalení procesu stárnutí, vymezuje společné rysy stáří a hledá řešení pro jeho bio-psychosociální problémy (Zavázalová, 2001, s. 7). Weber a kol. (2000, s. 13) definuje stárnutí a stáří jako etapu, která je na konci přirozeného vývoje jedince. Stárnutí je proces, kdy přicházejí specifické degenerativní, morfologické a funkční změny, které závisí mimo jiné na genetickém kódu. Rozlišujeme fyziologické a patologické stárnutí, kterým se mimo jiné zabývá Pacovský. Fyziologické stárnutí probíhá přirozeně, je součástí života člověka, jeho vývoje od oplození až po zánik (ontogeneze). Patologické stárnutí se může projevovat různými způsoby, např. sníženou soběstačností při předčasném stárnutí, stárnutí, kdy je věk kalendářní nižší než funkční (Pacovský, 1990, s. 30). Haškovcová (2010) charakterizuje toto období také jako přirozené a součást života člověka, které je často vztahováno k období dětství, mládí i zralosti. Haškovcová klade důraz na to, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které se vyvíjí v průběhu celého života, ale patrné jsou teprve v pozdějším věku. Nejčastěji měříme stárnutí pomocí chronologického věku, který však nemusí odpovídat věku biologickému. Sociální věk je pojem, který vymezil Stuart-Hamilton a Krejčí (1999, s. 19), jedná se o očekávání společnosti, která jsou spojena s věkem. Stárnutí je přirozený, cyklický a konečný proces (Tomeš, 2005, s. 25). Je popisováno jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho

zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 202). „Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou ztráta soběstačnosti“ (Mühlpachr, 2004, s. 39). S přibývajícím věkem dochází k postupnému snižování soběstačnosti a zvyšování závislosti na pomoci jiné fyzické osoby (Mühlpachr, 2004, s. 39).

1.1.1 Členění dle věku

Světová zdravotnická organizace (WHO) často uvádí obecnou hranici stáří ve věku 60+ let. Přestože neexistuje žádný konkrétní dokument, ve kterém by WHO stanovovala věkovou hranici dle vyspělosti států, můžeme se v souvislostech s demografickými a sociálními podmínkami s tímto členěním setkat. Ve vyspělých zemích se za začátek stáří považuje věk 65 let. Tento věk je obecně spojován s odchodem do důchodu. Naopak v rozvojových zemích je hranice stáří nižší, a to 60 let. Vágnerová (2007) uvádí členění do tří kategorií. **Rané stáří** (60-74 let), někdy označováno také jako *mladé stáří*. **Vlastní stáří**, nebo jiným slovem *pravé* (75-89 let). V poslední řadě **dlouhověkost**, která je spojována s věkem 90+ let.

Dalším, v současnosti velmi rozšířeným, je členění stáří podle Mühlpachra (2004, 20-21). Mühlpachr člení seniory do tří skupin. První jsou **mladí senioři**, jejichž věkové rozhraní je 65-74 let. U mladých seniorů se řeší zejména otázky aktivizace a volného času, dominantní je i problematika seberealizace seniorů. Jedná se o období odchodu do penze. **Staří senioři** ve věku 75-84 let, u kterých dochází ke změnám ve funkční zdatnosti, jedná se o pokročilé stáří. V tomto období se výrazněji objevují onemocnění související se stárnutím. Problémy spojené se soběstačností a zabezpečeností se potýkají **velmi staří senioři**, kterým připisujeme věkovou hranici 85 let a více. Obě předchozí dělení souvisejí s tzv. kalendářním stářím, které je dáno datem narození. Dělení je nepřesné, slouží k orientaci a poskytuje srovnání involučních změn většiny populace v určitém vývojovém období. Sám Mühlpachr uvádí obtížnost vymezení počátku stáří i jeho samotné periodizace. Podobně jako Mühlpachr vyčleňuje stáří Čevela a kol. (2012).

Jestliže nahlédneme na stárnutí z hlediska zájmů a potřeb jedince, je funkční stav důležitější než samotný věk. Čevela a kol. uvádí členění, které právě funkční stav zohledňuje. **Elitní senioři**, stejně jako osoby mladšího věku, jsou schopni vysokých výkonů bez ohledu na vysoký věk. **Zdatní** rovněž zvládají náročné aktivity, ať už pohybové, pracovní, nebo i život v nepříznivém prostředí. Dále autoři hovoří o tzv. **nezávislých**, kteří

zvládají nároky života, ale mají již obtíže související se zdatností, odolností či adaptací. **Křehcí** se nachází v labilním funkčním a zdravotním stavu, kdy vyžadují včasnou intervenci. **Závislí** se potýkají se závažnějšími zdravotními obtížemi, potřebují podporu a pomoc jiné osoby, služby, dlouhodobou péči. **Zcela závislí** vyžadují trvalý dohled a dopomoc v péči o vlastní osobu, často jsou imobilní, trpící syndromem demence, nutná je ošetrovatelská a pečovatelská služba. Poslední skupinou jsou **umírající senioři**, kteří vyžadují paliativní péči (Čevela a kol., 2012).

1.1.2 Změny ve stáří

S obdobím stáří jsou spojovány různé životní změny a ztráty, které jsou pro seniory často obtížně přijímané. Venglářová popisuje změny tělesné, psychické a sociální. **Tělesné změny** jsou spojovány se změnami fyzického vzhledu osoby. Jedná se např. o úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, činnosti smyslů, trávicího systému, sexuální aktivity. Projevuje se úbytek fyzických sil, snižuje se výkonnost, zvyšuje se potřeba odpočinku, poskytování pomoci. **Psychické změny** pozorujeme nejčastěji v rámci zhoršování kognitivních funkcí (zhoršování paměti), emoční labilita, změny vnímání, obtížnosti při osvojování nových znalostí či dovedností a další. Rovněž dochází ke změnám v žebříčku hodnot, kdy se setkáváme s vyšší potřebou pocitu lásky, jistoty, bezpečí. Psychickými změnami ve stáří se podrobně zabývá gerontopsychologie. Mezi **sociální změny** patří odchod do penze (starobního důchodu), ztráta blízkých osob a s tím související osamělost, ekonomické obtíže, změna životního stylu (Venglářová, 2007, s. 12).

Tabulka 1 Změny a ztráty ve stáří

<i>Změny</i>	<i>Ztráty</i>
pracovní role	ztráta pracovního kolektivu a navyklých pracovních činností v závislosti na čase
role otec – matka – prázdné hnízdo	odchod dětí
společenská role – odchod do důchodu	sociální izolace
rozvod – nemoc – smrt partnera	osamělost vs. samota
bydlení – odchod do nemocnice, domova pro seniory	soukromí, vlastní domov
snížení fyzických sil	neschopnost sebepečce – závislost na druhých
změna fyzického vzhledu	ochota něco nového si koupit, zkrášlit svůj obličej i tělo, jít do společnosti
smyslové funkce	okamžitá orientace a jednání

(Kleветová a Dlabalová, 2008, s. 69)

Změny v životě stárnoucího jedince a to, jak se s těmito změnami zvládne vyrovnat, jsou ovlivněny několika faktory: osobností, zkušenostmi, výchovou a vzděláním, sociálním prostředím. Psychologická adaptace na stáří začíná tehdy, kdy si jedinec začne uvědomovat, že stárne, může k těmto změnám přistupovat konstruktivně nebo zaujmout spíše nepřátelský postoj (Venglářová, 2007, s. 15). Setkáváme se také se spojením sociálních a psychologických aspektů, nazýváme je aspekty psychosociálními. Je třeba zmínit i vliv tělesných (biologických) změn na psychiku člověka. Jednotlivé změny a aspekty jsou vzájemně propojeny.

1.1.3 Aspekty stárnutí

Aspekty stárnutí se zabývá Jarošová, která uvádí, že **biologické aspekty** stárnutí souvisejí se vznikem a výskytem onemocnění, která jsou ve stáří obvyklá. Celkově dochází ke snížení výkonnosti funkcí organismu, objevuje se atrofie (zmenšení či zakrnění orgánu), snižuje se elasticita orgánů a tkání, objevují se změny na kůži, dochází k hormonální nerovnováze, zvyšuje se obsah tělesného tuku, objevují se poruchy spánku, zhoršuje se funkce smyslových orgánů a mnoho dalších. **Psychické aspekty** také ovlivňují stáří jedince. Psychické aspekty jako takové neovlivňují významně negativně kvalitu života stárnoucího člověka. Poukazujeme na ně v souvislosti se změnami tělesnými, které jsou stárnoucím člověkem vnímány negativně a projevují se změnami psychickými, přičemž může dojít i k intelektovým změnám. Mezi typické psychické změny patří např. snížení kognitivních

a gnostických funkcí (zapomínání, koncentrace...), fatických funkcí (schopnost pojmenovat), emoční nestabilita, povahové změny, pokles zájmu (apatie, rezignace...), snížená schopnost adaptace, a jiné. **Sociální aspekty** stárnutí mohou být jak nepříznivé, tak i pozitivní. Nepříznivými sociálními aspekty stárnutí jsou: odchod do důchodu, omezení sociální integrace, zhoršení finančního zabezpečení, zhoršení participace, kontaktu s přáteli, sociální izolace, strach z osamělosti a nesoběstačnosti. Pozitivními mohou být funkční rodinné vztahy, ekonomická příprava na zabezpečení ve stáří, efektivní náplň volného času, možnosti uspokojení potřeb seniora (Jarošová, 2006, 22-31).

Etapa stárnutí se může stát pozitivním a plnohodnotným obdobím života. Jestliže člověk přijme svůj věk, užívá si odpočinek, naplňuje volný čas smysluplnými činnostmi, přijímá změnu životního stylu. Přijímá tuto novou situaci, a to i přes možné zdravotní či jiné obtíže, jež se se stářím pojí. Často se setkáváme s jevem, kdy se člověk staví ke stáří stejně tak, jako se v průběhu života vypořádával s náročnými situacemi, kterými si musel projít a zvládnout je. Postoj každého je ovlivněn řadou okolností. Je třeba však říct, že nemůžeme předem odhadnout, jaký postoj bude konkrétní jedinec zaujímat, jaká bude jeho adaptace na změny, které vyplývají ze stáří. První okolností, determinantou, je sociální prostředí, ve kterém člověk žije, postoj komunity ke stáří. Dále má na jeho postoj vliv typ osobnosti, zkušenosti, rodinné a sociální zázemí, výchova, vzdělání, kulturní a společenské vlivy, zdravotní stav, míra emoční inteligence, celková situace člověka (např. ekonomická), vrozené dispozice a schopnosti vyrovnávat se se situacemi, jež jsou náročné (Venglářová, 2007, s. 15).

Pacovský uvádí, že stárnutí je podmíněno jak genetickými faktory, tak i vlivy prostředí, jehož byl člověk součástí v průběhu celého života. Stejně jako Jarošová uvádí sféru biologickou, psychologickou a sociální. U **biologického stárnutí** uvádí zpomalující se regulační funkce, snižující se schopnosti adaptace a odolnosti vůči zátěži, pokles imunity, zpomalující se psychomotorická tempa a zhoršující se smyslové vnímání, úbytek svalové hmoty a další. Biologické stáří je podmíněno zdatností a vitalitou seniora, nikoli kalendářním věkem. **Psychologické stárnutí** spojuje s osobnostními rysy každého jedince v souvislosti s jejich možnými změnami ve stáří. Pozorujeme změny ve schopnostech poznávání, zpomalování psychomotorického tempa, zejména v náročných situacích. Nejčastěji se setkáváme se zhoršením kognitivních funkcí, naopak vzpomínky z minulosti se vybavují snadno. Senior ztrácí koncentraci. **Sociální stárnutí** souvisí se samotnou reakcí a adaptací na stáří, které jsou ovlivněny zkušenostmi z dosavadního života. Osoby, které měly v minulosti obtíže se zvládáním náročných situací, s přizpůsobením se, se budou

pravděpodobně hůře adaptovat také na vlastní stáří. Naopak jedinci, kteří mají schopnost vytěžit maximum ze svých zkušeností, zvládají adaptaci a situace, které se stářím přicházejí, snadněji (Pacovský, 1994).

1.1.4 Adaptace na stáří

Adaptace na stáří je podmíněna různými okolnostmi, při čemž největší vliv má samotná osobnost jedince. Dalším faktorem je míra aktivity člověka v průběhu jeho dosavadního života, filozofie života a zkušenosti, které nabyl (Mlýnková, 2011).

Venglářová (2007) představuje model adaptace na stáří. Adaptace je jednou z vlastností člověka, která umožňuje se přizpůsobit změnám. To, jakým způsobem je senior schopen reagovat na změny, je ovlivněno jeho osobností, sociálním prostředím, možnostmi pomoci v oblasti, ve které pomoc potřebuje.

Člověk se může již v produktivním věku (20-64 let) připravovat na stáří tak, aby toto období bylo prožito plnohodnotně a kvalitně. Senior se může věnovat stejným nebo podobným aktivitám, jako tomu bylo v průběhu života, s ohledem na zdravotní stav. Zavázalová rozlišuje přípravu na stáří na **přípravu dlouhodobou** (celoživotní), **střednědobou**, která se uvádí cca od 45 let věku a **krátkodobou**, jež probíhá 2-3 roky před odchodem do důchodu (Zavázalová, 2001, s. 78).

V rámci přípravy na stáří jedinec navazuje a upevňuje přátelské i rodinné vztahy, počítá s oporou svých blízkých. Jeví zájem o volnočasové aktivity, které jej naplňují a může z nich těžit i ve stáří. Senior dokáže akceptovat omezení, které se stárnutím přicházejí. Naopak disponuje svými současnými schopnostmi a dovednostmi, umí je efektivně využít. Stanovuje si přiměřené cíle, kterých lze dosáhnout. Tento přístup ke stáří nazýváme jako **konstruktivní**. Konstruktivní strategie má za předpoklad spokojené dětství a tvořivou dospělost. Tato skupina seniorů se bude snadno adaptovat na využívání vhodných kompenzačních pomůcek, jejich snahou bude vytváření vhodných podmínek pro svá omezení. Druhou formou adaptace na stáří je vytvoření závislosti na okolí neboli **strategie závislosti**. Dochází k závislosti na přítomnosti a pomoci druhé osoby. Jedinec je v tomto případě spíše pasivní, spoléhá na pomoc druhé osoby, nechce samostatně činit rozhodnutí, neví, jaké je pro něj nejlepší možné řešení. Dochází k předávání zodpovědnosti na osoby v okolí. Tato strategie je škodlivá zejména v případě, kdy se názor a rozhodnutí druhých osob, rodiny a blízkých seniora, ocitne v rozporu s jeho skutečnými potřebami. Senior může zaujmout nepřátelský postoj, tehdy hovoříme o **strategii hostility**. Nepřátelské chování

senior může projevovat k širokému okolí, přátelům, rodinným příslušníkům či osobě, která mu pomáhá se zajištěním péče. V tomto případě je senior obětí vlastního života, vyžaduje lítost okolí. Vyhledává konflikty, viníky svého neúspěchu. Často si také nerozumí s mladými lidmi (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 31-32).

Čtvrtý model adaptace na stáří nazýváme **obrannou strategií**. Při této formě dochází k popírání a neakceptování stárnutí, které je spojeno s jeho přirozenými projevy. Osoby zaujímající obrannou strategii nepřijímají myšlenku odchodu nebo oddalují odchod do důchodu, odmítají přijmout změny spojené se stářím. Senior má potřebu si dokazovat, že je soběstačný, nikoli závislý na pomoci druhé osoby. Často se jedná o osoby, které byly ve svém životě úspěšné profesně i společensky (Klevetová a Dlabalová, 2008; Malíková, 2010; Mlýnková, 2011). **Strategie sebenenávisti** popisuje nepřátelský až nenávistný a kritický postoj člověka k sobě samému a ke svému životu. Po většinu případů je jedinec smířený se samotným stářím, ale nedokáže jej vnímat konstruktivně. Jsou pro něj charakteristické pocity osamělosti, zbytečnosti, také omezování kontaktu se společností a navazování sociálních vztahů. Častým tématem je pro seniora smrt ve smyslu vysvobození. Nemá snahu či touhu dělat činnosti, jež by ho naplňovaly. V tomto případě je doporučena psychoterapie, která pomůže s novým začátkem (Jarošová, 2006; Klevetová a Dlabalová, 2008; Mlýnková, 2011).

1.2 Potřeby seniora

Abychom mohli reagovat na potřeby seniora a uspokojovat je, je nutností znát biologické a sociální změny, se kterými se ve stáří setkáváme. Ze změn v období stárnutí vychází mnoho potřeb seniora. Znalost potřeb uplatňujeme v zařízeních sociálních služeb, jako jsou např. domovy pro seniory. Senior, který vyžaduje pomoci formou domova pro seniory, má specifické potřeby, které nezvládá naplňovat samostatně nebo s pomocí druhé osoby v jeho přirozeném sociálním prostředí. Nenaplňování potřeb může vést ke zklamání, demotivaci či uzavření seniora (Hauke, 2014, s. 11). Péče na konci života má holistický charakter a věnuje pozornost fyzickým, psychologickým, sociálně-kulturním a spirituálním potřebám osob umírajících i jejich blízkých (přátel, rodiny, pečujících) (van Vliet et al., 2024). Období stáří nechápeme pouze jako involuční proces, ale také jako proces zrání osobnosti, který vede ke kvalitnímu životu. Celková péče o seniora by měla vycházet jak z hodnocení fyzických změn, tak i ze změn prožívání, sociálních rolí a životní perspektivy. Velký význam mají psychosociální potřeby, jejichž naplňování působí na tělesné zdraví a motivaci jedince. Tělo

seniora Klevetová a Dlabalová nazývají jako dům, o který je třeba pečovat. **Tělesný dům** vyznačuje základní potřeby přijímání tekutin, stravy a mít dostatečný pohyb. **Citový dům** je spojen s potřebou prožívání příjemných pocitů a pozorováním krásného. Spadá zde i poznání nepříjemného. Citový dům nám napomáhá rozpoznat, co potřebujeme, kde to nalezneme. **Sociální dům** člověka potřebuje lásku a vztah s osobou, které dělá radost, sdílí s ní šťastné i smutné. Radíme zde i přátelství, sousedské vztahy, kontakt se společenským prostředím či zaměstnání. Je třeba pamatovat i na to, že součástí života je i utrpení a bolest. **Dům přání a nadějí** objevuje různé možnosti, díky kterým lze nepříjemné situace zvládnout (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 57). V souvislosti s paliativní péčí u seniorů je třeba se zaměřit na zkoumání specifických potřeb. Díky tomu přispějeme lepšímu pochopení této cílové skupiny v rámci paliativní péče. Dosáhneme pochopení, jak na tyto potřeby mohou reagovat zdravotnické i sociální zařízení (Llop-Medina et al., 2022).

1.2.1 Potřeba stimulace

Přizpůsobuje se každému člověku individuálně, jelikož u každého jednotlivce probíhají změny odlišně. Množství informací a změn u seniorů může způsobit dezorientaci a nepříjemné pocity, které bývají následkem snižování kompetencí s rostoucím věkem. Senior často vyhledává pocity klidu a vzpomíná na minulost. I senior potřebuje dostatečné množství podnětů. Stimulaci je třeba přizpůsobit každému jedinci na míru. Poměrně častou překážkou bývá nižší schopnost percepce či omezení v oblasti mobility. Zajištění stimulačních podnětů se věnují v sociálních službách aktivizační pracovníci, kteří s klienty pracují přiměřeně a volí činnosti dle individuálních potřeb klienta. Potřeba stimulace je spojena se smyslovými orgány, tedy se zrakem, sluchem, čichem, chutí a hmatem. Šestým smyslem je pak vnímání polohy těla v prostoru. Změny smyslových funkcí, se kterými se senioři potýkají, ovlivňují jejich poznávací schopnosti, schopnost informovanosti a orientace. Dochází ke zhoršování schopnosti adaptace (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 57-61; Vágnerová, 2007, s. 344).

1.2.2 Potřeba sociálního kontaktu

Souvisí s předchozí potřebou stimulace. Kontakt se sociálním prostředím potřebuje člověk v průběhu celého života. Senior se většinou rád setkává a komunikuje s blízkými lidmi, jako je např. rodina, přátelé, pečující osoba či zaměstnanec sociální služby a jiní. Z důvodu zdravotních omezení je pro seniora často komunikace obtížná a její schopnost se snižuje. Je třeba se zaměřovat na kvalitu sociálního kontaktu. Důležitý je také kontakt s vrstevnickou

skupinou. Vrstevníci se potýkají se stejnými nebo podobnými obtížemi, míra vzájemného porozumění je tedy vyšší. Sociální kontakt zmírňuje pocity osamělosti, které jsou u seniorů časté. V domově pro seniory klienti mají spoustu příležitostí a možností se setkávat právě se svými vrstevníky, např. v rámci skupinových aktivizačních činností dané organizace. Naopak v domácím prostředí je senior většinu času izolovaný od okolního prostředí (Vágnerová, 2007, s. 345).

1.2.3 Potřeba citové jistoty a bezpečí

V seniorském věku je významná právě tím, že senioři vnímají zvyšující se riziko onemocnění, úbytku soběstačnosti či ztráty blízkých osob jako je životní partner či partnerka, případně přátelé. Onemocnění, pád nebo také úraz může být příčinou zhoršení celkového stavu seniora a zároveň tedy snížení schopnosti zajištění péče o svou vlastní osobu. V tomto případě je třeba, aby senior měl pocit, že může požádat o pomoc druhou osobu. Nejprve se jedná v domácím prostředí o přímé příbuzné, dále pak o pomoc formou sociálních služeb terénních, které docházejí poskytovat přímou obslužnou péči do domácnosti seniora. V případě, kdy není možné péči zajistit v přirozeném prostředí přichází na řadu pobytové sociální služby, např. domov pro seniory. Pro seniora zde hraje významnou roli fakt, že je stále na blízku pomoc, o kterou může kdykoli požádat pečující osobu. Senior v rámci potřeby citové jistoty a bezpečí potřebuje vědět, že je součástí sociální skupiny, zvyšuje se jeho závislost na partnerovi a rodině. Ztráta nejbližších osob bývá nemyslitelná. Poměrně častým jevem v seniorském jevu je zvýšená úzkost či změna chování vůči členům rodiny. Senior potřebuje mít pocit jistoty a opory, a to jak formou blízkých osob, tak i formou kompenzačních pomůcek. Kompenzační pomůcky slouží k zajištění bezpečného prostředí pro seniora. Jedná se o bezbariérovost nebo využití chodítka a jiných pomůcek (Vágnerová, 2007, s. 307, 345-346).

1.2.4 Potřeba seberealizace

Potřeba seberealizace většinou odchodem do důchodu bývá upozaďována a snižuje se. Snahou jiných je naopak vysoká míra aktivity a naplnění volného času smysluplně a jinak, než tomu bylo při zaměstnání. Senior se může potýkat s pocitem ztráty vlastní hodnoty, dochází ke zdůrazňování a vzpomínání na úspěch v průběhu dosavadního života (Vágnerová, 2007, s. 346-347). Vágnerová a Sýkorová uvádějí spojitost mezi potřebou seberealizace a autonomií jedince. Člověk si udržuje autonomii z hlediska vlastní samostatnosti a schopnosti se postarat o svou vlastní osobu, měl by být schopný rozhodovat

o sobě svobodně, v souladu se svými potřebami. Je třeba i fyzicky znevýhodněného jedince vést k udržení autonomie, aby nedošlo k její ztrátě. Senior, který již není schopen zajistit sebezpečí a stává se závislým na pomoci druhé osoby, se může rozhodovat pomaleji a může být snadněji ovlivnitelným ze strany druhé osoby. Senior se může své autonomie vzdát, a to tehdy, kdy si uvědomí a přizná, že již nezvládá zajištění běžných úkonů péče o vlastní osobu či plánování smysluplných a zvládnutelných činností. Pro seniora je náročné plánovat svůj volný čas. V rámci poskytování sociální služby je senior podporován v činnostech, které zvládá lépe a nejsou pro něj tolik náročné (Sýkorová, 2004, s. 46-48).

1.2.5 Potřeba otevřené budoucnosti a naděje

Bývá spojována s naleznutím jiného smyslu života a přizpůsobení aktuálnímu stavu. Spolu se stárnutím dochází k postupnému úbytku sil a zvýšení rizika onemocnění. Budoucnost a naději senior spatřuje ve svých dětech a vnoučatech, zároveň si stále váží vlastních hodnot a potřeb, které dokáže samostatně uspokojovat. V období stárnutí dochází ke změně hodnot, nebo jejich přeskupení. Méně významné hodnoty pro člověka mohou mít v seniorském věku vyšší váhu, než tomu bylo dříve. Další, dříve významné hodnoty, pak mohou být již nepodstatné (Vágnerová, 2007, s. 305, 347). Je také třeba, aby se měl senior vždy na co těšit, ať už jde o maličkosti spojené se všedním dnem. Důležitá je víra ve vlastní schopnosti a naděje, mít osobu ve své blízkosti, na kterou se může spolehnout (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 70-71).

1.2.6 Spirituální potřeby

Tyto potřeby nazýváme také jako duchovní. Člověk je naplňuje během celého života a nemusí být spojovány s konkrétním náboženstvím. Tyto potřeby jsou zařazovány také do paliativní péče. Jedinec prostřednictvím spirituality může poznávat svoji osobnost. Spiritualita může také pomoci při hledání smyslu života či odpovědi na základní existenciální otázky. Spiritualita dle Suchomelové je proces hledání a zažívání posvátna, v průběhu celého života jedince se vyvíjí stejně jako jiné složky osobnosti. Religiozita je odlišná od spirituality tím, že již představuje konkrétní podobu tohoto hledání. V případě religiozity se tedy jedná o náboženství a osoby, které mají stejné náboženské zaměření. Můžeme říct, že nezáleží na tom, zda se jedinec ztotožňuje s některým z náboženství, ale je důležité, aby si byl senior vědom toho, že jeho život měl a stále má smysl. Senior se chce cítit užitečný, stále se může na něco těšit. Důležité je mít poblíž osobu, které se může svěřit, od které cítí lásku, respekt a důstojný přístup. K upřesnění spirituálních potřeb seniora

potřebujeme znát jeho životní příběh. Spiritualita by měla vést k pozitivním pocitům, určité harmonii, aby byla přínosná. V pobytových zařízeních pro seniory by měl být k dispozici klientům odborník oboru psychologie či duchovní (Suchomelová, 2016, s. 85, 118, 120-121).

Význam duchovního v pobytových sociálních službách zmiňuje také Opatrný, který uvádí, že právě pastorační péče napomáhá v závěru cesty života člověka. Pomoc je vnímána zejména ve smíření se se sebou samým, se svými bližními i Bohem. Tato péče chápe spiritualitu člověka, reaguje na jeho potřeby, respektuje jedinečnost a doprovází ho v nemoci. Pastorační péče probíhá v souladu s vírou, jež je vlastní klientovi. V závěru života je také důležité vyrovnávání se blízkých s onemocněním seniora. V případě, kdy jsou blízcí smíření s onemocněním, případně umíráním, jsou schopni kvalitně pomoci při naplnění jeho sociálních i biologických potřeb (Opatrný, 2003, s. 6-8).

2 PALIATIVNÍ PÉČE

„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým“ (Sláma a kol., 2013, s. 5). Pomocí paliativní péče poskytované v domově pro seniory je možné řešit některé problémy, které jsou spojeny s odchodem blízké osoby. Paliativní přístup a medicína se zaměřuje na osoby, které trpí nevléčitelným onemocněním v pokročilém nebo terminálním stadiu nemoci. S paliativní péčí se setkáváme zejména v hospicích, nemocnicích nebo také v domácím prostředí, kde je poskytována formou terénních služeb. Za důležité se v péči o umírajícího považuje zapojení rodiny a blízkých. Důraz je kladen zejména na kvalitu života nemocného a jeho nejbližších, jelikož si procházejí těžkou životní situací. Paliativní péče pomáhá při léčbě bolesti, řešení psychologických, sociálních a spirituálních otázek jedince. Období umírání totiž provází pocity nejistoty, starostí, úzkosti, strachu, otázky finančního zajištění, pocit viny nebo selhání, frustrace z nesoběstačnosti a podobné. Pro osoby blízké je paliativní péče stejně důležitá jako pro samotného umírajícího. Stejně jako umírajícímu, se i blízkým díky poskytování paliativní péče dostává poradenství z hlediska plánování a zajištění péče, dále emoční a psychická podpora (Haškovcová, 2007, s. 89-91).

Velký důraz je kladen na důstojnost člověka, která patří k základním hodnotám. Je považována za jednu z nejdůležitějších hodnot, která souvisí se zdravím a je podmíněna kvalitou života s nemocí. Uvádí se několik okolností, které můžou zasáhnout důstojnost osobní identity člověka. První je ztráta kontroly nad vlastním fungováním, jež zahrnuje zejména ztrátu soběstačnosti, zhoršení mobility, inkontinence, komunikační deficit apod. Poruchy kognitivních funkcí související se ztrátou paměti a tím i vzpomínek. Další je ztráta kontroly nad vnějším děním, do které spadají určitá omezení související s volností pohybu, nerespektování osobní vůle a volby člověka, studu a intimity. Ztráta respektu je popsána ve spojitosti s ponížením, nevhodným oslovováním nebo např. infantilizací (zdětinšťování). Důstojnost člověka může být zasažena narušením tělesného schématu (amputace, zdravotnické výkony vedoucí k znetvoření...) (Kalvach, a kol., 2011).

Sláma a kolektiv popisuje ve své publikaci pojem paliativní medicíny. Jedná se o poskytování paliativní péče jako klinické péče o pacienta ve fázi pokročilého onemocnění. Stejně jako jiní autoři zdůrazňuje kvalitu života a psychosociální podporu. Z medicínského hlediska uvádí i účinnou léčbu symptomů, na které pracují odborní lékaři. „Paliativní

medicína má za cíl pomáhat nevléčitelně nemocným a umírajícím udržet dobrou kvalitu života i v situaci těžkého onemocnění. Otevřená empatická komunikace mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou je pro dosažení tohoto cíle nezbytná“ (Sláma a kol., 2007, s. 33). Zahraniční studie zdůrazňují potřebu lepší přípravy pracovníků v oblasti zvládání komunikace v paliativní péči se seniory (Saretta et al., 2022). V našem případě, kdy hovoříme o paliativním přístupu v domově pro seniory, či jiných pobytových sociálních službách, můžeme mimo zdravotníky uvést také pracovníky v sociálních službách a sociální pracovníky, případně jiné zaměstnance sociální služby, kteří se přímo podílejí na paliativní péči o klienta s nevléčitelným onemocněním. Potřebnou rolí je koordinátor paliativní péče, na kterého se mohou klienti, rodiny i jiní pracovníci zařízení v případě potřeby obracet.

Účelem paliativní péče je „zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“ (zákon č. 372/2011 Sb.). Podobně jako Sláma a kol. definuje cíl paliativní péče také Haškovcová, která uvádí, že cílem je mírnit bolest, tělesná a duševní utrpení nemocného až do poslední chvíle, zachovávat jeho důstojnost, udržovat nejvyšší možnou kvalitu života z hlediska všech dimenzí, a to: fyzické, psychické, sociální a spirituální. S těmito dimenzemi mimo jiné souvisí také prostředí, ve kterém se jedinec na konci svého života nachází. Velmi malé procento nemocných má možnost umírat ve svém přirozeném domácím prostředí. Přitom prostředí, ve kterém je paliativní péče poskytována, má přímý vliv na kvalitu života v tomto období. Paliativní péče je propojována se samotnou léčbou nemoci. Oba typy péče mohou být tedy poskytovány současně a individuálně na základě vývoje nemoci a potřeb jedince. Důležité je podporovat nemocného v hledání toho, co je pro něj v životě s nevléčitelnou nemocí důležité. Paliativní péče se začíná poskytovat v momentě zjištění diagnózy. Její poskytování končí podporou a doprovázením rodinných příslušníků a blízkých v období zármutku (Haškovcová, 2007, s. 89-91).

Definujeme jednotlivé principy paliativní péče. Pomocí paliativního přístupu chápeme umírání jako součást života člověka. Tento přístup vychází z myšlenky, že každý jedinec svůj závěr života prožívá individuálně na základě fyzických, psychických, sociálních, spirituálních a kulturních aspektů. Vychází z přání a potřeb nemocných a jejich rodiny, respektuje jejich hodnoty a priority. Paliativní péče je založena na multiprofesní spolupráci a nabízí oporu blízkým osobám umírajícího, a to včetně pomoci se zvládáním zármutku po jeho smrti (Sláma a kol., 2013, s. 5).

Jak bylo již výše zmíněno, v domácím prostředí je možné poskytovat specializovanou paliativní péči formou mobilního hospice. Tyto terénní služby využívají také domovy pro

seniory. Ať už jde o domácí prostředí či domov pro seniory, považujeme obě tato bydlení za přirozené prostředí seniora. Prostor je zohledňováno při poskytování paliativní péče. Tým mobilního hospice je multidisciplinární, jeho součástí jsou lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelky, sociální pracovník, duchovní, případně také dobrovolníci. Paliativní péče formou mobilního hospice zajišťuje rodina s pomocí zdravotnického týmu, jež je k dispozici 24 hodin denně. Stav jedince lze konzultovat telefonicky, dále osobní návštěvou zdravotních sester v přirozeném prostředí nemocného, a to dle jeho potřeby. Při péči je kladen důraz na individuální potřeby a přání nemocného. Snažíme se vytvořit vhodné podmínky pro to, aby byl v kontaktu se svou rodinou a blízkými až do konce (Sláma a kol., 2007).

Paliativní péče je poskytována osobám, které se nachází v pokročilých či konečných stádiích nevléčitelných onemocnění. Obvykle do cílové skupiny patří osoby s nádorovým onemocněním, neurodegenerativním onemocněním (např. demence, Parkinsonova nemoc), konečná stadia chronických orgánových onemocnění (srdeční, plicní, jaterní, ledvinová), polymorbidní geriatrickí pacienti (více souběžně přítomných onemocnění u seniora) a další. Všichni, kteří se potýkají s onemocněním, které ohrožuje jejich život, by měli mít právo na paliativní péči, a to bez ohledu na základní diagnózu. Paliativní péče zahrnuje i rodiny a další blízké osoby nemocných (Sláma a kol., 2013, s. 5).

Česká společnost paliativní medicíny se věnuje mimo jiné také geriatrické paliativní péči. Byla založena v roce 2008, je součástí České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Její snahou je zajistit pro seniory, kteří se potýkají s život omezujícím či ohrožujícím onemocněním, a jejich blízké, co nejvyšší možnou kvalitu života. Stanovuje si za cíl napomoci zajišťovat dostupnost paliativní péče pro seniory (geriatrické pacienty). Pro seniora potýkajícího se s nevléčitelným onemocněním a jeho rodinu by měla být na všech úrovních dostupná péče i v domácím prostředí. Sekce geriatrické paliativní péče mapuje stav, provádí analytickou činnost, navrhuje dílčí cíle a stanovuje priority, strategie a postupy, jež směřují k rozvoji paliativní péče pro seniory. Sekce se podílí na zvyšování odbornosti jejích členů, podporuje činnost vědy a výzkumu, spolupracuje s dalšími organizacemi a institucemi v České republice i v zahraničí (Česká společnost paliativní medicíny, © 2008–2025). Výzkumy v současné době prokazují, že díky zahrnutí paliativní péče o závažně nemocného člověka do celkové péče, dochází ke zvýšení prospěchu nemocného i jeho blízkých. Jestliže je paliativní péče zahrnuta včas, může nemocný žít spokojenějším a mnohdy delším životem než v případě, kdy mu je poskytována pouze běžná nemocniční péče (Temel et al., 2010, s. 733–742).

2.1 Standardy paliativní péče

Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vydala v roce 2013 standardy paliativní péče, které představují její základní předpoklady. Prvním předpokladem je, že závěrečná fáze života, tedy období posledních měsíců a týdnů s nevléčitelným onemocněním, představuje specifickou klinickou situaci. V této době je nutné přehodnotit léčebné a ošetrovatelské postupy a ve spolupráci s nemocným i jeho blízkými stanovit nové priority a cíle péče. Také uvádíme existenci rozdílu mezi dobrou a špatnou péčí o osoby, které se potýkají s nevléčitelným onemocněním. Ačkoli pacienti, kterým je poskytována kvalitní paliativní péče svému onemocnění podlehnou, mohou díky ní v závěru života zažívat úlevu od fyzických obtíží, dále psychickou a sociální podporu, a zároveň zachovávat svou důstojnost a autonomii. Paliativní péče se řídí platnými profesními a etickými normami jako je Etický kodex České lékařské komory. Odpovídá platné legislativě, a to zákonu č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Jakožto součást zdravotnického systému podléhá stejným standardům jako jiné druhy zdravotní péče, včetně bezpečnosti, prevence chyb a rizik, správného vedení zdravotní dokumentace a efektivního řízení péče (Sláma a kol., 2013, s. 6).

Díky standardům paliativní péče rozlišujeme dvě úrovně jejího poskytování, a to obecnou a specializovanou péči. **Obecná** paliativní péče zahrnuje osvědčené klinické postupy poskytované zdravotníky v rámci jejich odbornosti. Klíčovým prvkem je včasná identifikace nevléčitelného charakteru nemoci a zaměření se na aspekty ovlivňující kvalitu života jedince, jako je symptomatická léčba, efektivní komunikace či zajištění vhodných zdravotních a sociálních služeb. Tuto úroveň péče by měl být schopen zajistit každý zdravotník s ohledem na svou odbornost. **Specializovaná** paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků, kteří mají speciální vzdělání a zkušenosti s paliativní medicínou. Je určena pacientům, jejichž fyzické či psychosociální potřeby přesahují možnosti obecné paliativní péče. Organizační formy specializované paliativní péče v České republice zahrnují např. mobilní paliativní péči, jež se poskytuje v přirozeném domácím prostředí nemocného), ambulance paliativní medicíny, lůžková hospicová zařízení, oddělení paliativní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních. V zahraničí jsou budovány další formy specializované paliativní péče, kterými se můžeme inspirovat, a to např. denní stacionář paliativní péče, poradny, tísňové linky a další (Sláma a kol., 2013, s. 6-7).

2.1.1 Základní struktura a průběh péče

První ze standardů vymezuje, že lékaři všech specializací by měli u nemocných včas identifikovat pokročilé stadium nemoci, které by mohlo představovat život ohrožující riziko. Jestliže je prognóza kratší než šest měsíců, jedná se o situaci, kdy je klíčovým cílem zachování co nejvyšší kvality života. Lékař by měl pacientovi vhodným způsobem podat informace o průběhu nemoci, který se očekává a společně stanovit další kroky léčby a péče. Ošetřující lékař nemocného je zodpovědný za vytvoření a navržení plánu paliativní péče, který vychází z potřeb, přání a preferencí, které vyjádřil nemocný a jeho rodina. Zohledňovány jsou poruchy vnímání a kognitivních funkcí nemocného. Jestliže se u pacienta neobjevují tyto poruchy je základním rámcem poskytování péče jejich přání a vůle. Naopak v případě kognitivních poruch či změn vnímání je třeba řádně posoudit, zda je pacient způsobilý k rozhodování, poté se péče poskytuje společně se zákonným zástupce a blízkými. Paliativní péče je realizována v pacientově nejlepším zájmu. Dále právě ošetřující lékař rozhoduje, zda je pro nemocného dostačující obecná paliativní péče nebo je třeba poskytnout specializovanou paliativní péči. Lékař je zodpovědný za stanovení a samotnou realizaci paliativní péče. První ze standardů pojednává také o realizaci paliativní péče multiprofesním týmem, jehož základními členy jsou lékař, sestra a sociální pracovník. V týmu spolupracují také psycholog, duchovní, případně dle potřeb nemocného fyzioterapeut, ergoterapeut a nutriční specialista. Dalšími, kdo se podílejí na paliativní péči jsou edukovaní dobrovolníci, kteří procházejí základním školením a musejí se pravidelně účastnit supervize. Činnost dobrovolníka je popsána ve smlouvě, která zahrnuje typ činnosti, její rozvrh a rozsah. Dalším bodem prvního ze standardů je prostředí, ve kterém je paliativní péče poskytována. Mělo by jít o místo, které odpovídá přání a potřebám nemocného. Přednost má vždy přirozené sociální prostředí. Posledními dvěma body je poskytování systematické podpory členům týmu, aby zvládali emoční zátěž, který vyplývá z péče o osoby s nevléčitelným onemocněním. Jedná se o případové či týmové supervize nebo vzájemné intervize členů týmu. Členové multiprofesního týmu mají podporu ve vzdělávání a jsou jim pro to vytvářeny podmínky (Sláma a kol., 2013, s. 8-10).

2.1.2 Péče o tělesný stav a potřeby

Paliativní péče zahrnuje všechny léčebné postupy, které se zaměřují na zachování života v co nejvyšší možné kvalitě. Péče je sestavována individuálně dle aktuálního stavu nemocného, jeho prognózy a preferencí, a to vždy s ohledem na dopad na kvalitu života. Ve druhém standardu je také zmíněn jeden z hlavních cílů paliativní péče, a to bezpečně

a včasné odstranění bolesti či jiných symptomů nemoci. Zodpovědnost za zajištění léků a pomůcek ke zmírnění tělesných a psychických obtíží nese ošetřující lékař nemocného (Sláma a kol., 2013, s. 11).

2.1.3 Psychologické a psychiatrické aspekty péče

Dalším důležitým aspektem je psychický stav nemocného a jeho nejbližších, kdy dochází k pravidelnému hodnocení psychického stavu v souvislosti s adaptací na život s nevyléčitelnou nemocí. U nemocného se nejčastěji setkáváme s úzkostnými stavy, depresí, poruchami spánku či deliriem. Rodinní příslušníci jsou často psychicky vyčerpaní, stejně jako nemocní mohou trpět úzkostí nebo depresemi. Aktuální psychický stav je vhodné konzultovat s psychologem, psychiatrem či jiným specialistou. Tento standard se rovněž zaměřuje na podporu a péči rodinám v období zármutku, což je nedílnou součástí poskytování paliativní péče. Jedná se o podporu a komunikaci s rodinou nemocného před jeho úmrtím a bezprostředně po něm. V případě potřeby je zprostředkována odborná pomoc prostřednictvím psychologa, případně jiného speciálního poradce. V rámci specializované paliativní péče zajišťuje péči pro pozůstalé zejména koordinátor paliativní péče. S pozůstalými však mohou pracovat i další členové týmu a dobrovolníci, kteří jsou této péči proškoleni. Paliativní péči o pozůstalé zahrnuje podporu v období umírání jejich blízkého i po něm, poradenství, rozhovory, vzpomínkové ceremoniály a ceremoniály rozloučení (pohřby), duchovní a pastorační služby, odkaz na podpůrné skupiny a jiné organizace (Sláma a kol., 2013, s. 12).

2.1.4 Sociální aspekty péče

Sociální aspekty paliativní péče zahrnují zhodnocení sociálních potřeb jedince a jejich efektivní řešení. V závěru života se setkáváme se strádáním v různých sociálních dimenzích, proto je třeba zprostředkovat nebo zajistit sociální poradenství a péči. Z hlediska specializované paliativní péče identifikují psychologické a sociální potřeby osob kvalifikovaní zdravotně – sociální pracovníci či sociální pracovníci v období jak před smrtí, tak i po ní (Sláma a kol., 2013, s. 13).

2.1.5 Existenciální, spirituální, náboženské a kulturní aspekty péče

Paliativní péče zahrnuje také potřeby spirituální a snaží se s nimi ve spolupráci s nemocným a jeho blízkými pracovat. Ošetřující lékař respektuje duchovní potřeby v souvislosti s prožíváním a zvládáním nevyléčitelného onemocnění, zároveň je schopen zajistit pomoc

kvalifikované spirituální péče pro nemocného a jeho blízké. U specializované paliativní péče je spirituální péče její nedílnou součástí. Členem multiprofesního týmu je např. kaplan. Jsou respektovány názory, hodnoty i náboženství nemocného. Péče je proto poskytována individuálně na základě těchto hodnot. Tým, který zajišťuje paliativní péči o nemocného a jeho rodinu, respektuje rituály spojené s jejich náboženským či duchovním zaměřením, to i ve chvíli úmrtí. Dále standardy paliativní péče popisují také aspekty kulturní, kdy je plán péče o umírajícího a jeho blízké realizován v souladu s jejich kulturou, uznávanými zvyky, tradicemi a rituály. Je nutné respektovat specifika kulturní příslušnosti (Sláma a kol., 2013, s. 14).

2.1.6 Péče o umírajícího pacienta

Skutečnost terminálního stavu, tedy umírání, je identifikována včas a citlivě sdělena umírajícímu a jeho rodině. Hlavním cílem je zmírnit tělesné projevy onemocnění a dosáhnout co možná nejvyšší možné míry komfortu. V případě, kdy postup léčby uměle oddaluje úmrtí, dochází ke zvyšování utrpení umírajícího i jeho blízkých. S nemocným je třeba komunikovat možné komplikace a možné prodloužení života pomocí léčebných postupů. Respektujeme přání a potřeby nemocného. Stejně tak je třeba respektovat vůli vyjádřenou formou vypracovaného dokumentu dříve vysloveného přání. Znamky a symptomy blížícího se úmrtí by měly být umírajícímu i jeho blízkým sděleny způsobem, který odpovídá úměrně jejich věku, chápání a kulturnímu zázemí. Na prostředí, ve kterém by měla probíhat péče, by se měli shodnout nemocný s rodinou i ošetřujícím lékařem. Je třeba zohlednit přání poskytování paliativní péče v domácím prostředí, v lůžkovém zařízení umožnit rodině a blízkým osobám přítomnost u nemocného. U umírajícího musí být vyhodnocována a mírněna bolest, dušnost, úzkost a delirium. Symptomy je třeba řešit v souladu s léčebnými postupy a preferencemi nemocného. Plán péče musí být přehodnocován tak, aby byl aktuální vůči potřebám umírajícího a jeho blízkých. Po úmrtí je třeba nakládat s tělem zemřelého s úctou a respektem v souladu s kulturními a náboženskými zvyky a platnými zákony (Sláma a kol., 2013, s. 15).

2.1.7 Etické a právní aspekty péče

Přání nemocného a jeho preference jsou respektovány, pokud nedochází k porušování zákonných norem či nejsou v rozporu s dobrými mravy. Zejména je kladen důraz na prostředí, ve kterém je poskytována paliativní péče, dále na poskytovatele péče, cíle a postupy péče. Součástí poskytování paliativní péče není eutanázie nebo asistovaná

sebevražda. Při tvorbě plánu paliativní péče se diskutuje o rozsahu diagnostických a léčebných metod, včetně těch život prodlužujících. Je důležité udržet život nemocného v přijatelné kvalitě, zvažovat přínos pro pacienta a zohledňovat rizika, která jsou s postupy spojovány. Nemocný musí být informován o přínosech a rizicích. Klíčovou součástí plánu paliativní péče je tzv. dříve vyslovené přání. Jedná se o vyslovené přání nemocného, které je třeba dokumentovat s platným právním řádem, a to zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Dokument dříve vysloveného přání se využívá v případě, kdy se nemocný nachází v situaci, kdy není schopen vyslovit své přání. Poskytovatel je povinen znát a respektovat etická pravidla a zákonné normy, které upravují péči o osobu s nevléčitelným onemocněním a v případě, kdy nemocný nachází v závěru života (Sláma a kol., 2013, s. 16).

Rada Evropy vydala **Chartu práv umírajících**, jedná se o Doporučení č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ (viz. Příloha P I). Tento dokument udává povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob. Lidská důstojnost je nedotknutelná ve všech obdobích života, stěžejní je respekt a ochrana, poskytnutí přiměřeného prostředí pro důstojné umírání. Dle Doporučení Rady Evropy (1999) uvádíme základní práva umírajících, která zahrnují:

- právo na důstojné zacházení jako s lidskou bytostí až do smrti
- právo dostat všechny potřebné informace týkající se nemoci a smrti
- právo podílet se na rozhodnutí týkajících se nemoci a péče
- právo na citlivou, kvalitní a profesionální péči multiprofesního týmu
- právo na stálou zdravotnickou péči, přestože jejím cílem již není *uzdravení*, nýbrž *zachování pohodlí a kvality života*
- právo na vyjádření svých pocitů, spirituálních potřeb, které se týkají blíží se smrti, a to s ohledem na kulturní a duchovní hodnoty
- právo na kvalitní léčbu bolesti a ostatních symptomů
- právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím smrti
- právo zemřít v klidu a důstojně v přítomnosti osob, které si přeje mít umírající u sebe

2.2 Dříve vyslovené přání

Dokument dříve vysloveného přání obsahuje popis, jakou léčbu a péči si osoba v budoucnosti přeje či nepřeje v případě, kdy bude v takovém zdravotním stavu, jež mu nedovolí vyjádřit svou vůli. Může ho popsat každý občan České republiky, který dosáhl plnoletosti (18 let). Je ukotveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, občanském zákoníku a Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Úmluva o lidských právech a biomedicíně hovoří o dříve vysloveném přání tak že „Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání“ (zákon č. 96/2001 Sb. m. s.). Dříve vyslovené přání je možné využít například tehdy, kdy osoba trpí syndromem demence v pokročilém stádiu, je v dlouhodobém bezvědomí nebo se ocitne v jiném zdravotním stavu, kdy nebude schopen o sobě samostatně rozhodovat. V případě, kdy má člověk sepsané dříve vyslovené přání, jeho rodina a ošetřující lékař by ho měli znát a zohledňovat při potřebě rozhodování dalších léčebných postupů. Institut dříve vysloveného přání umožňuje osobám vyjádřit své přání předem pro případ, kdy by se nacházeli v situaci, ve které by nedokázali rozhodovat o svém zdravotním stavu a následné léčbě. Dříve vyslovené přání je sepsáno tehdy, kdy člověk může mít obavy o svůj zdravotní stav a neschopnosti učinit rozhodnutí o další léčbě. Zároveň tato osoba ví, co by bylo jeho přáním a naopak, co by si v dané situaci nepřál. Cílem bývá neprodlužovat za všech okolností život bez ohledu na to, jaká by byla jeho kvalita. Je vhodné v dříve vysloveném přání pojmenovat a popsat, co si jedinec pod kvalitou života představuje. Je také dobré pojmenovat, které aspekty jsou pro jednotlivce vnímány jako významně snižující kvalitu jeho života. Často je v předem vysloveném přání formulováno, zda si člověk přeje resuscitaci, umělou plicní ventilaci nebo zavedení vstupu pro podávání výživy, dále poskytnutí adekvátní léčby bolesti či přivolání záchranné služby k převozu do nemocnice a další. Za vhodné se považuje jej vyhotovit ve vícero kopiích tak, aby u sebe jednu kopii měl přímo nemocný, druhou jeho obvodní lékař, a další pak jiné blízké osoby, které by v případě potřeby dříve vyslovené přání předaly zdravotníkům. Důležité je, aby blízcí věděli, kde je dokument uložen a co je jeho obsahem (Umírání.cz, © 2024).

Je nutné, aby dříve vyslovené přání bylo v písemné formě, musí obsahovat úředně ověřený podpis nemocného. Přílohou dříve vysloveného přání je písemné poučení dle zákona o zdravotních službách. Dříve vyslovené přání může nemocný vytvořit i tehdy, kdy má zajištěnu potřebnou péči u poskytovatele nebo při hospitalizaci, kdy jsou mu poskytovány služby zdravotní péče. V tomto případě nemusí být podpis nemocného ověřen

notářem, nicméně jej musí podepsat nemocný, zdravotnický pracovník a svědek. Toto vyslovené přání je zaznamenáno do dokumentace nemocného. Každá osoba má nárok na to, aby jej lékař dle zákona poučil o možných následcích dříve vysloveného přání a zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.). Dokument nemá nijak omezenou platnost. Doporučuje se však jej aktualizovat tehdy, kdy dojde ke změně ve zdravotním stavu nemocného či změnám v jeho přáních. Stejně tak je vhodné dříve vyslovené přání aktualizovat spolu s vývojem metod léčby stanovené diagnózy. Jakmile je dokument aktualizován, je vhodné do něj uvést, že nahrazuje předchozí verzi dříve vysloveného přání. Tuto skutečnost uvádíme proto, aby nedocházelo k možným pochybnostem, která verze přání je aktuální a relevantní. Informace v dříve vysloveném přání by měly být co možná nejpodrobnější a v souladu se skutečným zdravotním stavem jedince. V případě, že dokument obsahuje podrobný popis a konkrétní situace, které by mohly nastat v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, je snazší jej aplikovat. Jestliže přání obsahuje pouze obecné informace, může dojít častěji ke vzniku pochybností, které s jeho aplikací v dané situaci souvisejí. Přestože je snahou mnohých o co nejpodrobnější formulaci dříve vysloveného přání, nelze nikdy obsáhnout všechny možné situace, které by mohly spolu s vývojem zdravotního stavu nastat. V těchto případech dochází k rozhodování v zastoupení (Umírání.cz, © 2024).

Existují však případy, kdy není třeba respektovat dříve vyslovená přání. Jde například o situaci, kdy od doby jeho sepsání došlo k takovému vývoji poskytování zdravotních služeb, že by nemocný aktuálně souhlasil s poskytnutím zdravotní péče. V případě, kdy dojde k nerespektování dříve vysloveného přání, je třeba důvody tohoto rozhodnutí řádně zaznamenat do zdravotní dokumentace nemocného. Dále jej nelze respektovat tehdy, kdy by se jednalo o aktivní způsobení smrti nebo u nezletilých osob či osob s omezenou svéprávností (č. 372/2011 Sb.). V případě, že nebylo respektováno dříve vyslovené přání, a to i přes to, že nebyly splněny podmínky pro nerespektování ze zákona, je možné se obrátit na soud. Na soud se může obrátit jak osoba, jež se dříve vyslovené přání týká, tak i její blízcí. Mohlo by se totiž jednat o jednání, které je posuzováno jakožto neoprávněný zásah do integrity člověka (Umírání.cz, © 2024).

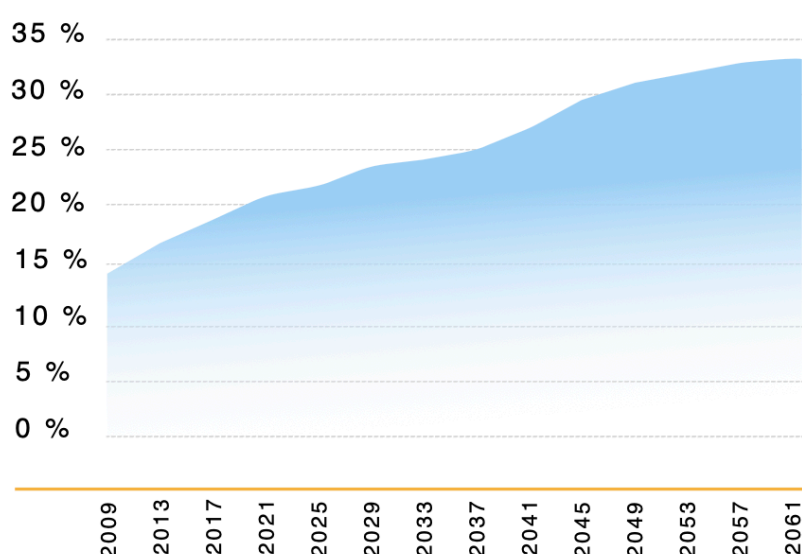
2.3 Plán budoucí péče

Plán budoucí péče je dokument, který je založen na rozhovoru s člověkem a jeho blízkými za účelem zjišťování informací, zejména přání a představ, o péči, které se jim bude dostávat v budoucnosti. Stejně tak získáváme informace o tom, co znamená pro nemocného „kvalita

života“. Plán budoucí péče je sestavován za účelem naplnění přání jedince v závěru jeho života s nevyléčitelným onemocněním. Tento plán má předem určený postup a cíle, také jsou zde popsány možná rizika péče v závěru života. Aplikuje se v momentě indikované terminální fáze nemoci ošetřujícím lékařem nebo v případě nečekaného zhoršení stavu člověka. Samotné plánování budoucí péče je proces, který pomáhá nemocnému nezávisle na jeho věku při rozhodování, jak by měla vypadat péče o jeho osobu v budoucnosti. V průběhu tohoto procesu podporujeme nemocného, aby byl schopen vyjádřit své hodnoty, životní cíle a preference tím způsobem, aby byly v souladu s jeho léčbou. K těmto informacím přicházíme na základě konkrétních komunikačních technik, z nichž jsou důležité samotné rozhovory o cílech péče. Výsledkem plánu budoucí péče může být i dříve vyslovené přání. Oproti dříve vyslovenému přání je však plánování budoucí péče kontinuálním procesem, do kterého jsou zapojeni i pečující pracovníci a blízcí nemocného. Tento proces by měl začít v době diagnostikování nemoci, která by mohla vést ke ztrátě schopnosti rozhodování či vyjádření přání. Plán je průběžně aktualizován. Při stanovení diagnózy je podstupována léčba, která směřuje k uzdravení a prodloužení života. Při zhoršujícím se stavu člověka lékař indikuje paliativní péči, která může být poskytována v řádu let, měsíců či týdnů. Následuje nastavení hospicové péče, období umírání klienta, které se uvádí v řádu týdnů, dnů či hodin. Po smrti jedince je poskytována pozůstalostní péče rodině a blízkým (sue-ryder.cz, © 2021).

3 PALIATIVNÍ PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY

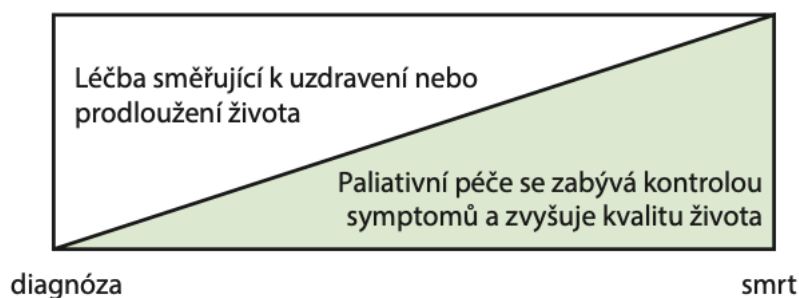
Domov pro seniory je pobytová sociální služba, jejíž cílovou skupinou jsou osoby, které mají sníženou soběstačnost a jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (zákon č. 108/2006 Sb.). Ve většině zařízení se poskytuje osobám ve věku 65+ let. Senior tedy potřebuje pomoc se zvládáním běžných úkonů péče, se zajištěním základních potřeb. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách popisuje základní činnosti domova pro seniory. S přibývajícím věkem a celkovým zhoršením zdravotního stavu dochází ke ztrátě soběstačnosti. Toto období často provází onemocnění různého typu demence či přímo Alzheimerova choroba. V souvislosti s tímto onemocněním dochází nejen ke ztrátě kognitivních schopností, ale také zhoršení v oblasti mobility, deficit dostatečného příjmu stravy a tekutin, či inkontinence. Dochází ke strádání ve všech výše zmiňovaných potřebách seniora, a to: fyzických, psychických, sociálních a spirituálních (Kalvach a kol., 2011). Dle průzkumů více než 80 % osob ve věku starší 65 let se potýká s chronickým onemocněním, které je zodpovědné za 86 % všech úmrtí. Paliativní péče je považována za jedno z klíčových zdravotnických odvětví, které pomáhá při zvládání nemoci, jež je důsledkem stárnutí. Díky paliativní péči je zajištěna péče odpovídající potřebám a přáním nemocného. Jedním z důležitých argumentů pro zavádění paliativního přístupu a paliativní péče je, že její dostupnost snižuje celkové výdaje na zdravotní péči. Tento fakt je vzhledem ke stárnutí populace zásadní pro hlubší začlenění paliativní péče. Prognóza stárnutí populace pro Českou republiku je uvedena níže (Centrum paliativní péče, © 2025).



Obrázek 1 Prognóza: podíl lidí starších 65 let v ČR

(zdroj: Centrum paliativní péče, © 2025)

Zatímco v minulosti se soustředila paliativní péče zejména na osoby s onkologickým onemocněním, v posledních letech dochází k rozšíření tohoto konceptu i na osoby s jiným typem onemocnění. Cílovou skupinou jsou tedy i klienti domova pro seniory. Proto může být paliativní péče poskytována i v řádu několika let, nejlépe již od diagnostikování nemoci. Níže je uveden model časného integrování paliativní péče.



Obrázek 2 Model časné integrace paliativní péče

(zdroj: Temel a kol., 2010)

V kapitole 1 jsme již popsali období stárnutí a stáří a s nimi spojené změny, potřeby a aspekty. Toto období provází změny organismu, které způsobují vyšší míru zranitelnosti, sníženou schopnost a výkonnost seniora. Ve společnosti dochází ke stárnutí populace, což se znatelně odráží i ve věkovém složení obyvatel v České republice. Jsou kladeny vyšší nároky na sociální i zdravotní systém z hlediska zajištění péče, včetně té paliativní. V souvislostech s péčí o seniory se setkáváme s pojmem geriatrické křehkosti. Tento pojem je spojován s poklesem zdatnosti, odolnosti a adaptability. Jsou pozorovány projevy únavy, pokles nejen pohybových aktivit, ale také nestabilita postoje, zpomalení psychomotorických funkcí, úbytek svalové hmoty, poruchy kognitivních funkcí, chronická bolest a další. U geriatrických pacientů často dochází k selhávání nejkřehčího orgánu, obvykle se jedná o mozek, setkáváme se také s komplikacemi typickými pro seniory a odlišnou strategií léčby (Kalvach, 2008). Paliativní péče o seniora bere ohled na věk a specifika onemocnění. Nejde však pouze o odstoupení od léčby, za důležitou je vnímána právě komplexnost péče. Paliativní přístup je možná provádět v případech dobré znalosti klienta, je třeba zapojit všechny pečující a ošetřující osoby, a to včetně rodinných příslušníků (Kalvach, Onderková, 2006). Je nutné brát ohled i na odlišné vnímání blízkosti smrti u seniora. Ve stáří se osoby častěji setkávají s úmrtím svých známých, přátel i rodiny. Vlivem zhoršujícího se zdravotního stavu a přibývajících komplikací se může umocňovat strach ze smrti. Jednou z nejčastějších chorob v období stárnutí je demence. Toto

onemocnění může trvat v řádu let a jejími znaky jsou porucha řeči, chůze a neschopnost provádět běžné denní činnosti. Pro seniory jsou poskytovány různé sociální i zdravotní služby. K časté imobilitě, inkontinenci a psychiatrickým příznakům onemocnění vyžadují ústavní péči, jsou kladeny vysoké nároky na poskytovatele pomoci. Péče bývá náročná jak pro rodinu, tak i personál. Paliativní péče pro seniory je poskytována tak, aby se odhalila příčina onemocnění a rovněž zmírnění jejích příznaků. Právě zaměřením se na příznaky, se snažíme zachovávat život seniora v dostatečné kvalitě a důstojnosti (Kalvach, 2008).

V domově pro seniory a podobných zařízeních pobytových sociálních služeb pro seniory má plán budoucí péče přínos nejen pro klienty, ale také pro jeho blízké a personál, který poskytuje celodenní péči. Plán budoucí péče je sestavován v rámci přímé spolupráce s rodinou, případně jinými blízkými osobami klienta, které se následně podílejí i na samotném rozhodování. V případě, že nastane moment, kdy je třeba učinit rozhodnutí personálu o případné intervenci, má se personál díky poskytnutým informacím od klienta a jeho rodiny o co opřít. Pracovníci mají i pocit vyšší míry jistoty při rozhodování. Díky tomuto procesu je podporována autonomie klienta, je budován důvěrný vztah mezi personálem organizace, rodinou a klienty domova pro seniory. Dochází také ke snižování počtu hospitalizací a lékařských intervencí. Při utváření plánu budoucího péče u seniora, který využívá sociální službu domova pro seniory, je třeba zohledňovat různá specifika související s tímto prostředím i osobami (sue-ryder.cz, © 2021).

Uvádíme specifické znaky prostředí, které se přímo podílejí na procesu plánování budoucí péče. Specifickým jevem je, že se u seniorů např. vlivem onemocnění, stárnutí a dalších možných okolností snižuje schopnost rozhodnutí týkající se péče o vlastní osobu. Liší se míra zapojení rodinných příslušníků do péče o klienta, přístup k personálu, a zároveň přístup personálu k rodině. Rovněž má na péči vliv prostředí, v tomto případě kolektivní zařízení, ve kterém má každý klient svá přání a potřeby. Personál zajišťující přímou péči, má své kapacitní limity. V této souvislosti zohledňujeme riziko, kdy senior není zapojen do rozhodování o péči, jelikož mu není poskytována na základě jeho individuálních potřeb, ale stane se předmětem zavedeného řádu a pravidel dané organizace. Střetávají se různé názory odborníků multidisciplinárního týmu, jejich náhled na témata související se závěrem života, formu komunikace, odborné znalosti. V České republice nacházíme zpravidla omezenou dostupnost lékaře a finančních zdrojů (sue-ryder.cz, © 2021).

3.1 Pracovníci v domově pro seniory

Při poskytování paliativní péče je kladen důraz jak na ošetrovatelské, tak i pečovatelské aspekty. Ošetrovatelská a pečovatelská péče je stěžejní pro seniory, kteří se potýkají s imobilitou, inkontinencí a psychiatrickým onemocněním (Topinková, 2004). V domovech pro seniory a podobných typech zařízení sociálních služeb jsou zaměstnaní pracovníci v sociálních službách, jejichž předpoklady k vykonávané profesi jsou popsány v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, dále pak zdravotnický personál, který je ukotven v zákoně č. 96/2004 Sb. V domově pro seniory najdeme profese vedoucí úseku sociální péče a vedoucí přímé obslužné péče. Sociálního pracovníka, který se řídí platným zákonem, vnitřních pravidel organizace, metodickými postupy, směrnicemi, standardy a etickým kodexem. Sociální pracovník spolupracuje s externími pracovníky, informuje zájemce o službu, je poskytovatelem základního odborného poradenství, vytváří smlouvu a plán péče, na základě individuálních potřeb klienta, koordinuje přijetí do zařízení, komunikuje s rodinou, v případě úmrtí poskytuje poradenství a podporu pozůstalým. Pracovník v sociálních službách zajišťuje přímou obslužnou péči – pomoc při hygieně, stravování, oblékání, zajištění sociálního kontaktu, přesunu či změnou poloh. Vrchní sestra koordinuje zdravotní a ošetrovatelskou péči o klienta, zodpovídá za výsledky ošetrovatelských úkonů, koordinuje nakládání s medikamenty, opiáty a zajišťuje jejich bezpečné skladování, zajišťuje zásobu zdravotnického materiálu, dodržování hygienických předpisů a další. Všeobecná sestra provádí specializovanou zdravotní, ošetrovatelskou péči o klienta, pečuje citlivě o umírajícího, doprovází a poskytuje podporu příbuzným, podílí se na péči o zemřelé tělo, informuje o úmrtí. Dále zařízení spolupracuje s praktickým lékařem, duchovním, fyzioterapeutem nebo např. se službou mobilního hospice (Malíková, 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUM

V této kapitole již popisujeme zvolený postup a fáze výzkumu. Výzkum se zabývá **zaváděním paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory**. Jedná se o záměrně vybraný domov pro seniory, jehož poskytovatel se rozhodl zavést paliativní přístup v organizaci. Díky poskytování paliativní péče v pobytových sociálních službách přispíváme ke zvýšení kvality života jak seniorů, tak i jejich blízkých. Přestože již více než 60 000 seniorů jsou klienty domovů pro seniory, nebo i jiných sociálních služeb s trvalým pobytem, stále 40 % osob této cílové skupiny umírá ve zdravotnických zařízeních. Není jim tak umožněno své poslední chvíle života strávit ve svém známém prostředí (Sue-ryder.cz, © 2025).

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je **zmapovat průběh zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory**. Tento výzkum se zaměřuje na téma udržení co nejvyšší možné kvality života seniora, který využívá sociální službu domova pro seniory a potýká se s nevyléčitelným onemocněním, a to pomocí paliativního přístupu. Právě díky paliativnímu přístupu mají i senioři možnost prožít poslední chvíle svého života kvalitněji, bez bolesti, utrpení a nejlépe také bez pocitu strádání. Pomocí paliativního přístupu v pobytových sociálních službách se snažíme zamezit opakovaným hospitalizacím v nemocničním prostředí. Umožňujeme tak seniorům strávit poslední fázi svého života spolu s rodinou a jejich blízkými v pohodlí přirozeného prostředí a prostřednictvím péče domova pro seniory.

Stanovili jsme také dílčí cíle výzkumu: Popsat stěžejní aspekty zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory. Vymezit ukotvení paliativního přístupu v metodických postupech organizaci typu domov pro seniory. Analyzovat faktory ovlivňující zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory.

Hlavní výzkumná otázka přímo navazuje na stanovený cíl výzkumu a zní následovně:
Jaký je průběh zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory?

Dílčí výzkumné otázky:

- DVO1: Jaké jsou stěžejní aspekty zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory?

- DVO2: Jak je paliativní přístup ukotven v metodických postupech organizace typu domov pro seniory?
- DVO3: Jaké faktory ovlivňují zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory?

4.2 Design a metodologie výzkumu

Pro tuto diplomovou práci jsme zvolili design výzkumu **případovou studii**. Případová studie je považována za jednu ze základních výzkumných designů, tedy způsobů, jakými lze porozumět složitým sociálním jevům. Patří mezi tzv. empirické designy, v souvislosti se kterými dochází k podrobnému zkoumání jednoho či několika málo případů. Základem je sběr skutečných dat, která se vztahují k danému případu – objektu výzkumu. Objektu výzkumu by mělo být porozuměno v jeho přirozeném prostředí. Případovou studii zpracováváme pomocí více informačních zdrojů a pomocí dostupných metod sběru dat (Švaříček a Šedřová, 2010, s. 96-99). Případ je zde hlavním předmětem zkoumání. Zkoumáme-li jeden konkrétní případ, hovoříme o tzv. jednopřípadové studii (Mareš, 2015, s. 115). Existují však i případové studie, jejichž předmětem je vícero případů (Miovský, 2006, s. 95). Naše případová studie pracuje pouze s jedním případem, který se zaměřuje na zavádění paliativního přístupu v konkrétní organizaci typu domov pro seniory.

4.3 Výzkumný soubor

Při výběru výzkumného souboru jsme použili účelový výběr. Miovský (2006, s. 135) popisuje účelový výběr jako přístup, kdy „cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium (nebo soubor kritérií) splňují“.

Účelově byla vybrána konkrétní organizace, která poskytuje pobytové sociální služby typu domov pro seniory, a zároveň zde probíhá zavádění paliativního přístupu. Výzkumným souborem je tedy tento domov pro seniory. Výzkumný soubor také zahrnuje klienty tohoto domova pro seniory a jejich blízké, u nichž probíhal tzv. pilotní průběh zavádění paliativního přístupu. Tito klienti se potýkají s nevléčitelným onemocněním, zároveň jsou odkázáni na pomoc druhé osoby. Do procesu zavádění paliativního přístupu jsou zahrnuti i zaměstnanci organizace: zdravotní personál, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, vedoucí pracovníci. Spolupráce probíhala také s externím koordinátorem paliativní péče.

4.4 Etické aspekty výzkumu

Paliativní péči zavádíme z důvodu zvýšení kvality života v jeho samotném závěru. Téma paliativního přístupu a péče je velmi citlivé, výzkumník musí tedy adekvátně přistupovat ke všem účastníkům výzkumu, zejména k seniorům a jejich blízkým. Autorka diplomové práce považuje za důležité stanovit a dodržet následující etické aspekty výzkumu.

Stěžejním je objasnit záměr prováděného výzkumu a diplomové práce. K výzkumu je udělen souhlas organizace, ve které je výzkum prováděn. Z důvodu toho, že nebyly prováděny rozhovory s personálem či klienty domova pro seniory, nebylo třeba zajistit žádný informovaný souhlas. Důležité však je zajistit anonymitu klientů domova pro seniory, rodin i zaměstnanců organizace. Proto jsou u příkladů klientů uvedena písmena, např. pan N. Získaná data výzkumu jsou bezpečně uložena. Celý výzkum provází empatický a respektující přístup ke všem zúčastněným osobám. Doporučení pro praxi, které je součástí výzkumu, bude předloženo vedení organizace z důvodu zlepšení a zkvalitnění poskytovaného paliativního přístupu a paliativní péče.

4.5 Metody sběru dat

Sběr dat je proveden pomocí metody obsahové analýzy dokumentů. Tato metoda se často využívá pro pochopení významu textů. Byl vytvořen Metodický postup práce paliativního přístupu a paliativní péče v organizaci. Každý klient má rovněž zpracován plán péče, který obsahuje individuální a podrobné informace. Další data jsou poskytnuta ze záznamů porad multidisciplinárního týmu a záznamů péče klienta v sociální dokumentaci (Švaříček a Šed'ová, 2010).

4.6 Analýza a interpretace dat

Vzhledem k tématu výzkumu a stanovenému hlavnímu cíli jsme zvolili deskriptivní analýzu dat a obsahovou analýzu dokumentů. Analyzujeme také postupy a procesy implementace paliativního přístupu. Naší snahou je zmapovat průběh zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory a vyhodnotit, zda a jak jsou paliativní přístup a péče ukotveny v dokumentech organizace. Analyzujeme Metodický postup práce paliativní přístup a paliativní péče, který vydala organizace. Dokument je aktuální a popisuje stěžejní východiska implementace paliativního přístupu. Pomocí tematické analýzy generujeme nejprve počáteční kódy neboli prvky, které se opakují nebo jeví jako důležité pro

implementaci paliativního přístupu. Dále identifikujeme hlavní témata a podtémata. Níže uvádíme tabulku, která představuje jednotlivé kategorie.

Tabulka 2 Přehled kategorií

Kategorie 1	Metodický postup práce
Kategorie 2	Multidisciplinární tým paliativní péče
Kategorie 3	Předání informací o paliativním přístupu
Kategorie 4	Proces adaptace klienta
Kategorie 5	Komunikace s klienty a rodinami
Kategorie 6	Klíčový paliativní pracovník
Kategorie 7	Posouzení zařazení do paliativní péče
Kategorie 8	Doprovázení klienta v terminálním stádiu
Kategorie 9	Péče o pozůstalé
Kategorie 10	Výzvy v implementaci paliativní péče

Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů z Metodického postupu práce

Multidisciplinární tým paliativní péče hraje klíčovou roli v zavádění paliativního přístupu. Zahrnuje samotnou koordinaci a spolupráci mezi různými profesemi (lékaři, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky a dalšími). Jedná se o pravidelné schůzky týmu, které mají koordinační funkci zavádění paliativního přístupu. Pomocí pravidelných schůzek multidisciplinárního týmu dochází k individuálnímu plánování péče klienta, jsou specifikovány role pracovníků dle potřeb klienta, např. klíčový paliativní pracovník. Individuální přístup zajišťuje respekt přání klienta a jeho specifických potřeb. Proces adaptace klienta zahrnuje právě vyhodnocování individuálních potřeb. Komunikace personálu s klienty a jejich rodinami je především empatická, respektující přání klienta, a to i pokud téma paliativní péče odmítá. Klíčový pracovník a klíčový paliativní pracovník je pro klienta důvěrnou osobou. Role paliativního klíčového pracovníka je zásadní v implementaci zavádění paliativního přístupu v domově pro seniory, plánuje a dokumentuje péči v souladu s přáním klienta. Posouzení zařazení do paliativní péče doprovází tři slova: *rozjíst, rozchodit, zaktivizovat*. Pomocí rozhovorů s klienty a jejich rodinnými příslušníky jsou sdělovány pozitiva paliativního přístupu. Rozhovory vedou k samotnému sestavení plánu budoucí péče a dříve vysloveného přání. Doprovázení klienta v terminálním stádiu nemoci se zaměřuje na

mírnění symptomů, které nemoc doprovází. Prioritou je zajistit klientovi pohodlí v závěru jeho života. Pro tyto potřeby byl vybudován také rodinný pokoj v organizaci domova pro seniory. Po úmrtí klienta přichází již péče o pozůstalé, často se jedná o rodinné příslušníky. Těmto osobám je poskytnuta podpora personálu, zejména sociálního pracovníka, který aktivně nabízí podporu a pomoc, či externího poradce. V rámci zavádění paliativního přístupu do domova pro seniory se setkáváme také s výzvami v implementaci. Je potřeba paliativní péči přizpůsobit specifickým potřebám klienta, vhodně komunikovat a podporovat klienta i rodinu, správně vyhodnocovat a rozhodovat o zařazení klienta do paliativní péče.

Všechny uvedené kategorie a témata, která se s kategoriemi pojí, jsou vzájemně propojeny a utváří tak celek v implementaci paliativního přístupu v organizaci typu domova pro seniory. Metodický postup práce se opírá o teoretická východiska paliativního přístupu a paliativní péče, dále také vývojové psychologie v období stárnutí. Je základem pro poskytování paliativní péče a podporuje doporučení práv umírajících dle platné legislativy a Doporučení Rady Evropy. Dokument vymezuje principy, které jsou uplatňovány v paliativní péči. Pracuje s aspekty a potřebami seniora. Je jasně strukturovaný do kapitol a podkapitol, podrobně a zároveň výstižně popisuje činnost jednotlivých pracovníků, jejich spolupráci a individuální přístup ke každému klientovi. Nedílnou součástí dokumentu je spolupráce s mobilním hospicem. Můžeme konstatovat, že organizace domova pro seniory je díky této spolupráci flexibilní v poskytování péče. Díky této spolupráci mezi domovem pro seniory a mobilním hospicem se významně zvyšuje kvalita života seniorů, kteří se nachází v paliativní nebo hospicové péči.

Z hlediska komunikace s klienty a rodinnými příslušníky organizace klade důraz na empatii a citlivý přístup při předávání informací. Pracovníci respektují klienta i jeho blízké. Informace o paliativním přístupu a paliativní péči jsou předávány individuálně a s ohledem. Sociální pracovník zde zaujímá důležitou roli, jelikož podává prvotní informace a navazuje vztah s klientem a rodinou ještě před zahájením služby. Tato interakce je základem pro budoucí spolupráci. Po zahájení služby domova pro seniory nastává tzv. adaptační období. Toto období vyžaduje trpělivý přístup personálu organizace. Nový klient si zvyká na nové sociální prostředí, které zahrnuje prostor i osoby. Pro mnohé klienty je tato změna v životě velmi náročná. Nedílnou součástí adaptačního období je individuální přístup, pochopení a podpora klienta. Organizace přímo pracuje s životním příběhem klienta, díky kterému může být péče poskytována i na základě životních zkušeností, hodnot a osobních preferencí seniora. Personál domova pro seniory má možnost lepšího porozumění klientovi, jeho

reakcím na určité situace. Metodický postup práce jasně definuje plánování budoucí péče a sepsání dokumentu dříve vysloveného přání. V obou případech jde o důležité kroky při poskytování paliativního přístupu. Klient má možnost vyjádřit své přání a potřeby. Organizace se poté ve spolupráci s blízkými klienta snaží jeho přání dle situace vyhovět. Dříve vyslovené přání napomáhá udržení autonomie klienta, a to i v období, kdy již není schopen sám sdělit své přání a rozhodnutí. Organizace tak podporuje důstojnost a respektuje vyslovenou vůli jedince. Metodický postup práce koresponduje s filozofií paliativní péče rovněž v oblasti péče o pozůstalé. Klade důraz na péči o rodinu a blízké zesnulého klienta. Závěrem můžeme interpretovat, že organizace typu domov pro seniory přistupuje k zavádění paliativního přístupu komplexně. Je prostředím profesionálním, lidským a podporujícím nejen klienta, ale také jeho rodinu.

4.7 Limity výzkumu

V souvislosti s prováděným výzkumem se objevují i limity výzkumu. V průběhu zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory od začátku roku 2024 docházelo průběžně ke změnám, které mohly získaná data ovlivnit. Tyto změny a rozhodnutí byly především neformálního charakteru, zejména zpočátku implementace paliativního přístupu. Organizace hledala vhodný postup zavádění a upevňovala spolupráci s externím koordinátorem paliativní péče. Citlivé téma, kterým paliativní péče je, zamezovalo jít u klientů více do hloubky. Zavádění paliativního přístupu je dlouhodobý, složitý a vícevrstvý proces. Zahrnuje mnoho proměnných. Přestože byla data získávána po dobu více než jednoho roku, nemusela zachytit všechny relevantní změny v organizaci. Výzkum nepředstavuje tedy dlouhodobé účinky implementace paliativní péče na kvalitu života klientů domova pro seniory a samotné prostředí organizace. Domov pro seniory, ve kterém je paliativní přístup zaváděn by mohl mít nedostatek personálu pro zavádění paliativní péče. Dle metodického postupu práce organizace uvádí pozici koordinátora paliativní péče, která není blíže specifikována. Aktuálně je navázána spolupráce s externím koordinátorem paliativní péče, který v rámci školení personálu doporučoval minimálně jednoho interního koordinátora paliativní péče na budovu organizace. Tento fakt by mohl zkomplikovat poskytování paliativního přístupu v praxi. Překonání výše zmiňovaných limitů by mohlo zahrnovat použití více kvalitativních a kvantitativních metod a prodloužení časové dotace výzkumu.

4.8 Shrnutí výsledků výzkumu

Kvalitativní výzkum je zpracován pomocí případové studie. Data jsou získaná z procesů, dokumentů a záznamů záměrně vybrané organizace domova pro seniory, která se rozhodla implementovat paliativní přístup. Hlavním cílem výzkumu je zmapovat průběh zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory. Z hlediska množství dostupných dat pro realizaci výzkumu se nám podařilo zmapovat počátek zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory.

Průběh implementace paliativního přístupu je v organizaci strukturovaný. **Stěžejní aspekty zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory** jsou popsány v následujícím odstavci. Ze získaných dat lze vyčíst, že organizaci záleží na odborném proškolení základů paliativního přístupu a paliativní péče u všech zaměstnanců. Dalších etap akreditovaných školení se účastní zaměstnanci, kteří o danou problematiku projeví vyšší zájem a chtějí ho významněji uplatňovat v praxi, v péči o klienta a jeho blízké. Mezi pracovníky, jež jsou do paliativního přístupu významně zapojeni nejčastěji nalezneme zdravotní sestry, sociální pracovníky či pracovníky v sociálních službách. Je kladen důraz zejména na komunikační dovednosti, schopnost citlivě a s empatií mluvit o umírání, přáních a potřebách klienta i jeho rodiny. Organizace má již po dobu několika let navázanou spolupráci s mobilním hospicem a ambulancí bolesti. Pro účely poskytování paliativní péče v domově pro seniory vznikl multidisciplinární paliativní tým. Jedná se o pravidelné schůzky, které jsou založeny na týmové spolupráci koordinátora paliativní péče, zdravotních i sociálních pracovníků. Je projednáván zdravotní stav klienta, jsou zjišťovány individuální přání a potřeby, které jsou dále zpracovávány do dříve vysloveného přání a plánu budoucí péče. Péče je plánována individuálně. Organizace respektuje hodnoty, přání a životní příběh klienta, se kterými aktivně pracuje. Důraz je kladen na důstojný život s nemocí bez bolesti a utrpení. Je pečováno o potřeby fyzické, psychické, sociální i spirituální. Organizace se zaměřuje rovněž na šíření osvěty v oblasti paliativní péče. Pořádá setkání, kterých se mohou účastnit zaměstnanci, klienti, rodinní příslušníci i samotná veřejnost. Za účelem zvýšení povědomí o poskytování paliativního přístupu a paliativní péče byla uspořádána konference. Organizace myslí samozřejmě i na rodinu a blízké osoby klienta. Rodinným příslušníkům je věnována podpora personálu, zejména sociálních pracovníků. Rodina je považována za partnera v péči o seniora. Je zapojena do plánování péče i do samotného doprovázení umírajícího. Po úmrtí je poskytována ze strany personálu podpora pozůstalým. Práci s pozůstalými zahrnuje organizace také v pravidelných setkání v období svátku zesnulých,

kdy je na zemřelé klienty vzpomínáno. Pro účely doprovázení umírajícího byly vybudovány rodinné pokoje. V těchto pokojích mohou mít klienti a jejich rodinní příslušníci dostatek soukromí a pohodlí v posledních společných chvílích. Paliativní přístup a paliativní péče jsou ukotveny ve vnitřních směrnících, záznamech a dokumentaci organizace. Jedná se např. o metodický postup práce, který je podrobněji popsán v kapitole 5.1.1. Pro organizaci je důležitá rovněž evaluace, která slouží ke zkvalitňování poskytované péče. Zpravidla je zpětná vazba zjišťována od hlavní kontaktní osoby klienta. V průběhu poskytované sociální služby je vyhodnocována i spokojenost samotných klientů. Celkově bychom mohli vymezit 9 aspektů, které vzešly ze zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory. Pro přehlednost jednotlivých aspektů je vytvořena následující tabulka.

Tabulka 3 Aspekty zavádění paliativního přístupu

Aspekt 1	Odborné znalosti, schopnosti a dovednosti personálu
Aspekt 2	Spolupráce s mobilním hospicem, ambulancí bolesti
Aspekt 3	Role Multidisciplinárního týmu paliativní péče
Aspekt 4	Individuální přístup, respektování přání a potřeb
Aspekt 5	Plánování budoucí péče, dříve vyslovené přání
Aspekt 6	Šíření osvěty
Aspekt 7	Spolupráce s rodinou
Aspekt 8	Péče o pozůstalé
Aspekt 9	Ukotvení paliativní péče ve vnitřních dokumentech

Zdroj: Vlastní zpracování

Paliativní přístup je v organizaci domova pro seniory ukotven prostřednictvím metodického postupu práce. Metodický postup práce paliativní přístup a paliativní péče je komplexní dokument, který slouží k práci se seniory. Zabývá se paliativní péčí v každé jednotlivé fázi poskytování sociální služby. Napomáhá tomu, aby byl paliativní přístup součástí každodenní péče o klienta domova pro seniory. Definuje teoretická i praktická východiska paliativní péče a role jednotlivých pracovníků. Opírá se o principy paliativního přístupu, vývojovou psychologii v období stáří a práva umírajících dle Doporučení Rady Evropy. Není opomenut význam paliativní péče v kontextu sociálních služeb. Nalezneme zde podrobně popsanou roli multidisciplinárního týmu paliativní péče, klíčových

a paliativních klíčových pracovníků. Předání informace o paliativním přístupu v organizaci již při sociálním šetření, důraz na přání klienta pro zpracování individuálního plánu péče. Individuální přístup je uplatňován po celou dobu využívání sociální služby. Jsou respektovány hodnoty a přání seniora, s ohledem na jeho životní příběh. Metodický postup práce popisuje rovněž spolupráci rodinou a péči o pozůstalé. Úmrtím klienta spolupráce s rodinou nekončí. Je důležité poskytnout podporu pozůstalým, včetně kondolence a individuálního poradenství. Pro organizaci je nezbytná zpětná vazba rodinných příslušníků, která napomáhá ke zkvalitnění poskytované paliativní péče. Metodický postup práce vymezuje rovněž práci s plánem budoucí péče a dříve vysloveným přáním. V elektronické sociální dokumentaci klienta je možné vytvořit záznam paliativní péče, který je podbarven růžovou barvou pro přehlednost. Každý z pracovníků poskytujících přímou ošetrovatelskou, zdravotní či obslužnou péči byl s metodickým postupem práce seznámen. Dále je zpracován i Metodický postup práce při úmrtí klienta. Své náležitosti mají standardy kvality sociálních služeb, jejichž obsahem jsou cíle a způsoby poskytované sociální služby, jednání se zájemcem o sociální službu, individuální plánování průběhu sociální služby a další dle vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb.

Faktory, které ovlivňují zavádění paliativního přístupu by mohly být dle získaných dat následující. Velmi důležitým faktorem je postoj vedení organizace k paliativnímu přístupu. Organizace se rozhodla pro implementaci paliativního přístupu a učinila zásadní kroky pro dosažení tohoto cíle. Zajistila odborná školení personálu, navázala spolupráce s mobilním hospicem a nemocnicemi, tvoří vnitřní směrnice, metodické postupy, šíří osvětu a účastní se konferencí a událostí spojených s tématem paliativní péče. Míra informovanosti a odborných znalostí personálu zásadně ovlivňuje implementaci paliativního přístupu. Je třeba sdílet i dobrou praxi. Organizace domova pro seniory má jasně vymezeny své hodnoty v péči o klienta, které napomáhají i samotnému procesu. Dalším důležitým faktorem je efektivní multidisciplinární spolupráce mezi jednotlivými profesemi. V domově pro seniory jsou zajištěny pravidelné schůzky multidisciplinárního týmu paliativní péče, je tak zvyšována kvalita poskytování a plánování paliativní péče. Z hlediska komunikace s klientem a jeho rodinnými příslušníky je v organizaci kladen důraz na empatický přístup. Sociální pracovníci rovněž včas komunikují možnosti paliativního přístupu a paliativní péče, a to ještě před zahájením sociální služby. Sociální pracovník zjišťuje přání, potřeby a rituály klienta. O paliativní péči jako takové je hovořeno s klientem zpravidla po uplynutí doby adaptace (tedy 3 měsíců) po zahájení služby, popřípadě dle individuálního vyhodnocení

vhodnosti otevření tohoto tématu. Je třeba dbát na to, aby pracovníci organizace disponovali dostatečnými komunikačními schopnostmi a dovednostmi. Dle informací, které nám organizace poskytla, prošli zaměstnanci školením firemní kultury i školením komunikačních dovedností.

V domově pro seniory se setkáváme zejména s časovou náročností zajišťování celodenní péče u klientů. Zajištění základních potřeb je stěžejní. Při poskytování paliativní péče je však kladen důraz na individuální práci s klientem. Zásadní je zachování důstojnosti a kvality života, naplnění potřeb a přání. Pro dosažení pozitivních výsledků zavádění paliativního přístupu a paliativní péče je třeba dostatek personálu. Běžné personální obsazení neumožní poskytnout paliativní péči dle individuálních potřeb klienta, a to nejen z hlediska přímé obslužné péče, ale také z důvodu časové náročnosti vedení rozhovorů a plánování péče.

Hlavním cílem výzkumu diplomové práce je zmapovat průběh zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory. Organizace se zaměřuje na komplexní zavedení paliativního přístupu a poskytování paliativní péče klientům i jejich rodinným příslušníkům. Jsou zpracována získaná data z období od prosince 2023 do dubna 2025. Diplomová práce popisuje zavádění paliativního přístupu v domově pro seniory od samotného začátku. Můžeme konstatovat, že proces implementace je stále v počátcích a organizace se správně opírá o teoretická východiska paliativní péče. Dle zjištění, které jsme získali můžeme vyhodnotit, že se nám podařilo zmapovat dosavadní průběh zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory.

4.9 Doporučení pro praxi

Organizace klade důraz na zpětnou vazbu k hodnocení kvality poskytované péče. Často se zpětná vazba získává prostřednictvím rozhovoru sociálního pracovníka s klientem či s jeho rodinnými příslušníky. Zpětná vazba, poděkování, připomínky či stížnosti mohou být podávány ústně a písemně ve formě dopisu nebo elektronicky (e-mailem). Organizace vyhodnocuje zpětnou vazbu k využití služeb každoročně. Z hlediska paliativní péče, vyhodnocování bolesti a symptomů klienta organizace domova pro seniory využívá vizuální analogovou škálu VAS.

V České republice se neseťkáme s jednotnou metodikou, která by sloužila k hodnocení kvality života a symptomové zátěže. Některá zařízení poskytující paliativní či hospicovou péči využívají metodu ESAS jako nástroj pro sledování intenzity symptomů (bolest, únava,

nevolnost, deprese a další). Jako ideální metoda byl však konsenzuálně zvolen dotazník **IPOS**, který je komplexnější, než je tomu např. u ESAS. Na jednotné metodice spolupracovali Centrum paliativní péče a poskytovatelé paliativní péče. Celkem se jednalo o 3 hospice a 3 nemocnice (např. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Cesta domů, Hospic sv. Štěpána...). Projektu se účastnilo 144 pacientů (Centrum paliativní péče, © 2018).

Doporučením pro praxi by v tomto ohledu bylo zavedení systematické evaluace paliativní péče pomocí standardizovaných nástrojů, kterým je dotazník IPOS. Tento dotazník slouží k vyhodnocení efektivity paliativní péče, která je poskytována v České republice. Dotazník je určen pro klienty a personál, pomáhá měřit kvalitu života v paliativní péči. Umožňuje také srovnání dle typu zařízení, včetně mezinárodního kontextu. Sleduje tělesné, psychické, sociální, duchovní i jiné potřeby, díky kterým je zjednodušeno plánování péče. Dotazník IPOS, např. oproti ESAS, umožňuje lépe sledovat stav jedince v delším časovém horizontu, sleduje celkovou kvalitu života a zaujímá komplexní pohled na potřeby nemocného. Využíváním dalšího evaluačního nástroje by organizace zkvalitnila a zefektivnila plánování a poskytování paliativní péče. Dotazník IPOS by mohl být pomocníkem při formulaci cíle péče, umožnil by zlepšení kvality života seniorů i jejich blízkých. Manuál k dotazníku je dostupný ke stažení online, stejně tak i samotný dotazník IPOS pro pacienty a pro pečovatele. Dotazníky jsou k dispozici online ve verzi týkající se stavu v posledním týdnu nebo uplynulých tří dnů. V manuálu je podrobněji popsán proces jeho standardizace. Vizi je, aby se tento dotazník stal běžným nástrojem sloužící pro hodnocení poskytované paliativní péče v České republice. Měl by sloužit jako pomocník pro poskytovatele paliativní péče, umožnit lépe formulovat její cíle, ověřit efektivitu, zlepšit kvalitu života nemocných i jejich nejbližších. Přílohou P IV diplomové práce je Dotazník IPOS pro pacienty – 3 dny, P V Dotazník IPOS pro personál – 3 dny (Centrum paliativní péče, © 2018).

5 PALIATIVNÍ PŘÍSTUP V DOMOVĚ PRO SENIORY

Pro případovou studii byl záměrně vybrán domov pro seniory, jehož snahou je implementovat paliativní přístup a paliativní péči do dosavadně poskytované péče. V této kapitole se věnujeme již samotné charakteristice případu a popisujeme průběh zavádění paliativního přístupu v organizaci, jednotlivé události a kroky.

5.1 Charakteristika případu

Případová studie je zaměřena na zavádění paliativního přístupu v záměrně vybrané organizaci typu domov pro seniory. Tato organizace a její poskytovatel se na konci roku 2023 rozhodli pro postupné zavedení paliativního přístupu, jakožto součást péče, kterou organizace již svým klientům poskytuje. Organizace poskytuje sociální služby pobytové, ambulantní i terénní. Mezi poskytovanými pobytovými sociálními službami organizace nalezneme jak již zmíněný domov pro seniory, tak i domov se zvláštním režimem a odlehčovací službu. Paliativní péče byla doposud v organizaci poskytována pouze formou služeb mobilního hospice, tedy terénní služby. Mobilní hospic poskytuje péči klientům nacházející se v paliativní či hospicové péči. Organizace nyní pracuje dle modelu *časné integrace paliativního přístupu a následně paliativní péče*. V praxi tento model můžeme popsat tak, že organizace při poskytování péče o klienty soustavně přemýšlí o kvalitě jejich života. Rovněž zvažuje, které postupy využívat. Volí mezi využíváním postupů, které směřují buď ke zlepšení celkového stavu klienta nebo těch, které se zaměřují spíše na minimalizaci příznaků onemocnění, se kterým se senior potýká. Zároveň se mu snaží ulevit. Soustavně s postupným vývojem života klienta s nevléčitelným onemocněním se organizace více zaměřuje na tlumení projevů nemoci. V průběhu poskytované péče je důležité respektovat vůli seniora, a to, pokud je schopen se samostatně rozhodovat. Organizace přímo spolupracuje a komunikuje s rodinnými příslušníky klienta, případně jinými jemu blízkými osobami. Spolu se zaváděním paliativního přístupu v organizaci byl vytvořen také metodický postup práce Paliativní přístup a paliativní péče v organizaci. Organizace pracuje s těmito dvěma základními pojmy. Je třeba si uvědomit rozdíl mezi paliativním přístupem a paliativní péčí.

Paliativní přístup lze využít v kterékoli fázi života jedince a představuje péči, jejíž filozofie může být součástí jakéhokoli typu léčby nebo poskytované péče. Tento přístup mohou uplatňovat všichni, kteří se pohybují ve zdravotnické a sociální oblasti. Přístup je implementován na všech úrovních péče. Bývá diskutován a projednáván v rámci

multidisciplinárního týmu, jehož se nemusí nutně účastnit lékařské a jiné specializované profese. Paliativní přístup představuje způsob, jak je jedinec vnímán z pohledu jeho fyzických, emocionálních, spirituálních a sociálních potřeb. Je třeba brát ohled na potřeby klienta i jeho blízkých. Můžeme jej aplikovat spolu s léčbou, která je zaměřena na uzdravení.

Paliativní péče je specializovanou péčí, která je poskytována týmem odborníků. Paliativní péče je určena pro pacienty, kteří se potýkají s nevléčitelnou nemocí. Tuto péči projednává multidisciplinární paliativní tým, jehož součástí je lékař a další odborníci. Péče zahrnuje i křehké pacienty. Paliativní péče chápe závěrečnou fázi života, umírání, jako přirozenou součást života každého člověka. Každý jedinec prožívá toto období individuálně na základě svých tělesných, duševních, sociálních, spirituálních a kulturních aspektů. Cílem je zlepšit kvalitu života člověka v jeho závěrečné fázi, zmírnit symptomy spojené s onemocněním, zachovat jeho důstojnost. Součástí paliativní péče je také podpora rodinných příslušníků, pomoc se zvládáním zármutku po úmrtí jejich blízké osoby. Můžeme říct, že oba výše popsané pojmy mají stanovený stejný cíl, a to zlepšit kvalitu života klientů a pacientů. Pojmy se však liší svým rozsahem a zaměřením. Více teoretických východisek je pospáno v kapitole 2.

5.1.1 Metodický postup práce

Z důvodu zavádění paliativního přístupu v organizaci poskytující mimo jiné pobytovou sociální službu domova pro seniory byl vypracován metodický postup práce Paliativní přístup a paliativní péče v organizaci, který je uplatňován v praxi. Dokument se opírá o teoretická východiska paliativního přístupu a péče, rovněž také o poznatky vývojové psychologie v období stárnutí a stáří. Jsou zde vyčleněny základní práva umírajících dle Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999. V úvodu metodického postupu práce nalezneme základní vymezení pojmů paliativní přístup a péče, jejich hlavní znaky. Dále se zde objevuje multidisciplinární tým paliativní péče, včetně popisu jeho funkce a složení zaměstnanců organizace i externích pracovníků. Je zde vymezen pacient v paliativní a hospicové péči a diagnózy, se kterými se může potýkat. Organizace popisuje spolupráci s mobilním hospicem.

Druhá část již pojednává o předání informací o paliativním přístupu v rámci jednání se zájemcem a žadatelem o sociální službu. Jedná se o první krok, navázání vztahu a následně spolupráce. Poskytovatele zastupuje sociální pracovník při jednání se zájemcem i žadatelem. Sociální pracovník předává prvotní informace o paliativním přístupu v organizaci, předává

základní leták. Nejčastěji jsou tyto informace zprostředkovány při prvotním sociálním šetření, které probíhá zpravidla v přirozeném domácím prostředí žadatele, většinou za přítomnosti jeho rodinných příslušníků. Samotnému zahájení sociální služby předchází pak druhé sociální šetření, které nazýváme dojednáváním. Zde sociální pracovník s žadatelem dojednává náležitosti smlouvy, cíl spolupráce, plán péče v souvislosti s přáními a potřebami žadatele. Sociální pracovník se zaměřuje také na biografické informace žadatele z důvodu základního přehledu o jeho každodenních potřebách, aktivitách, které jej naplňují či v minulosti naplňovaly, zda si uvědomuje své rituály a zvyklosti. Při dojednání těchto náležitostí je součástí také předání podrobnější informace o paliativním přístupu. Žadateli je zapůjčena Informační složka, která obsahuje fotodokumentaci zařízení, vzor smlouvy a další informace, včetně výše zmíněného letáku o paliativním přístupu.

Důležitou součástí je také informovanost samotných klientů o paliativním přístupu a paliativní péči. Klient se po zahájení sociální služby typu domov pro seniory potýká s poměrně náročným procesem adaptace na nové prostředí. Jedná se o zásadní změnu v jeho životě. V tzv. adaptačním období, které trvá zpravidla tři měsíce, je velmi důležitá podpora klienta personálem, pravidelné vyhodnocování jeho přání a potřeb, empatický, obezřetný a zcela individuální přístup. Individuálně je posuzováno, zda a kdy je vhodné vést rozhovor, jehož obsahem je paliativní péče. Předmětem rozhovoru může být téma dříve vysloveného přání či plánu budoucí péče. Primární úlohu zde hrají sociální pracovníci, kteří nového klienta znají nejlépe z předchozích jednání, vědí, jak jedinec již dříve na informace o paliativním přístupu reagoval při sociálním šetření. O paliativním přístupu začínáme s klientem hovořit zpravidla po ukončené adaptaci. V případě, že je téma pro klienta či členy jeho rodiny nepříjemné, tento postoj pracovník respektuje a nevnučuje další informace. Důležitou roli v komunikaci s klientem hrají také aktivizační pracovníci, kteří mohou téma paliativní péče s klienty otevřít při individuálních či skupinových aktivizacích. I v tomto případě je vždy respektováno přání a zájem klienta. Aktivizační pracovníci využívají např. karty *Řekni mi*. Ošetřující lékař informuje klienta a jeho rodinu o zdravotním stavu. Staniční sestra navrhuje u klienta nastavení paliativní či hospicové péče, jedná s klientem i jeho rodinou. Staniční sestra je stěžejním zaměstnancem při jednání se službou mobilního hospice. Další významnou roli v organizaci při poskytování paliativního přístupu hrají klíčoví pracovníci, což jsou v případě domova pro seniory pracovníci v sociálních službách. Klíčový pracovník má být pro klienta důvěrnou osobou. V rámci přehodnocení plánu péče a cíle spolupráce klíčový pracovník uvádí postoj klienta vůči tématu paliativní péče, a to

jeho otevřenost i uzavřenost. Informace, které klíčový pracovník získá, předá členům multidisciplinární týmu paliativní péče organizace. Několik pracovníků, kteří projeví hlubší zájem o téma paliativního přístupu a péče, figurují v organizaci jako tzv. *paliativní klíčoví pracovníci*. V praxi se jedná o to, že tento zaměstnanec doplňuje či nahrazuje funkci klíčového pracovníka u klienta, u kterého je prováděna paliativní péče. Situace každého klienta je z tohoto hlediska individuálně posouzena, je třeba brát zřetel zejména na úzký a důvěrný vztah s dosavadním klíčovým pracovníkem. V péči o klienta je nutné přistupovat individuálně. Je důležité správně vyhodnotit, kdy a jestli vůbec je klient připraven mluvit o paliativní péči. Rovněž tak je důležité, s kterým z pracovníků by toto téma sdílel. Klíčoví pracovníci zaznamenávají do plánu péče otevřenost klienta k paliativní péči. Pracovníci zdravotního úseku sepisují s klientem dříve vyslovené přání, komunikují s lékaři, navrhuji klienta do paliativní či hospicové péče. Paliativní klíčový pracovník má za úkol s klientem sepsat plán budoucí péče.

U klienta se posuzují tři schopnosti, tzv. trio pro posouzení zařazení do paliativní péče (rozjíst, rozchodit, zaktivizovat). Jestliže se klient již není schopen zapojovat, nereaguje na snahu personálu či dochází k častým hospitalizacím, je mu nabídnut paliativní přístup. Je nutné provést rozhovor s klientem, při kterém mu jsou vysvětleny principy a výhody tohoto přístupu nebo péče. Poté je uskutečněna schůzka s rodinou nebo opatrovníkem klienta. V případě zařazení klienta do paliativního přístupu je sestavován Plán budoucí péče, sepíše se i Dříve vyslovené přání. Vývoj stavu klienta je pečlivě sledován, změny jsou zaznamenávány elektronicky do dokumentace v systému IS Cygnus 2, ve kterém je možnost vkládat záznamy paliativní péče.

Organizace pracuje s životním příběhem klienta, který obsahuje stěžejní životní události, a to ty pozitivní i negativní. Informace, které tento dokument obsahuje, pomáhají pracovníkům pochopit, jak se daný člověk vyrovnával se zátěžovými i novými událostmi, jaký postoj má k životu. Pomocí poznání životního příběhu se otevírá pracovníkům prostor pro poznání klienta, lepší rozpoznání jeho potřeb, reakcí na nové situace. Důležitou roli zde zaujímá sociální pracovník. Sociální pracovník zjišťuje již na sociálním šetření informace o klientovi, včetně informací z minulosti. Základní informace (povolání, záliby, zvyklosti...) jsou zapsány v plánu péče. Jestliže se klient potýká s onemocněním typu demence, je stěžejní spolupráce s jeho blízkými. Péče je zaměřena na udržení kvality života využitím prvků bazální stimulace. Informace o tom, co měl klient v minulosti rád, a naopak,

poskytuje primárně rodina. Tyto poznatky mohou pomoci pro plánování budoucí péče o klienta trpícího demencí.

Metodický postup práce zahrnuje také **péči o pozůstalé**, kterými jsou zpravidla rodinní příslušníci, případně i personál či ostatní klienti poskytované služby, se kterými byl zemřelý klient v úzkém kontaktu. Po úmrtí je vhodné zavzpomínat na okamžiky, které jsme s klientem prožili. Péče o pozůstalé zahrnuje také zpětnou vazbu k poskytované paliativní péči. Se zúčastněnými je nutné hovořit s empatií, vycítit jejich potřeby, sociální pracovníci předávají rodině písemnou osobní kondolenci. Organizace má externího poradce pro pozůstalé, se kterým je možné si sjednat osobní schůzku či využít telefonickou intervenci. Sociální pracovník nabízí tuto možnost blízkým zemřelého klienta. Po několika týdnech sociální pracovník znovu kontaktuje rodinu, zajímá se o aktuální pocity a potřeby, znovu nabízí podporu svou či poradce pro pozůstalé. Péče o pozůstalé v organizace zahrnuje také každoroční *Dušičkové setkání*, na které jsou zváni blízcí zesnulých klientů.

5.1.2 Multidisciplinární tým paliativní péče

Multidisciplinární tým pro paliativní péči se setkává pravidelně a jeho schůzky organizace dělí do tří částí – praktická, koordinační a edukační. Nejprve je v týmu projednáván zdravotní a psychický stav klientů, především těch, kteří mají nastavenou paliativní péči. Společně dochází i k projednávání případného zařazení klienta do paliativní péče. Koordinační část souvisí s plánováním péče u jednotlivých klientů, projednávají se také role pracovníků dle individuálních potřeb klienta. Edukační část je zaměřena na předávání nových informací z oblasti paliativní péče, práce a komunikace s klientem v terminálním stádiu nemoci. Edukatorem je koordinátor paliativní péče.

Pravidelně se schází také personál zdravotního úseku. V rámci spolupráce s rodinou je komunikace rozdělena na oblast sociální a zdravotní. Spolupráce začíná před samotným zahájením služby domova pro seniory, probíhá po celou dobu využití služby i po jejím ukončení. Oblast sociální zahrnuje plánování budoucí péče, zjišťování přání a potřeb klienta, zvyklostí, rituálů apod. Zdravotní oblast zahrnuje dříve vyslovené přání. Oba tyto dokumenty jsou uloženy v elektronické podobě v kartě klienta. Tištěné dokumenty v pracovně zdravotních sester, přičemž plán budoucí péče také v pracovně přímé obslužné péče.

5.1.3 Odborné znalosti personálu

Všichni zaměstnanci mají organizací zajištěno základní akreditované školení ve věci paliativního přístupu. Školitelem je odborník na paliativní péči a doprovázení nemocných v závěru jejich života s více než 25letou praxí. Odborný školitel dále vzdělává a prohlubuje informace u těch pracovníků, kteří se paliativním přístupem v organizaci přímo zabývají. Zpravidla se jedná o vedoucí pracovníky, sociální pracovníky, všeobecné i praktické sestry, pracovníky v sociálních službách. Možnost mají i další zaměstnanci, jež projeví o danou problematiku větší zájem a chtějí se v ní více vzdělávat. Své odborné znalosti pak mohou uplatňovat v praxi. Obsahem školení byly základní teoretické informace, které zahrnovaly mimo jiné popis a rozdíl pojmů paliativní přístup a paliativní péče nebo např. zákonné ukotvení. Byl specifikován cíl paliativní péče, zdůrazněny hodnoty respektu, zachování důstojnosti a kvality života seniora. Nesměl chybět důraz na empatický přístup a správnou komunikaci s klientem i jeho rodinou. Čas školení byl věnován i péči o pozůstalé. Školitel personálu představil vhodné pomůcky pro zavádění paliativního přístupu. Jednalo se především o informační letáky a brožury, ale také o aktivity spojené s tímto tématem. Personál měl možnost vyzkoušet karty *Řekni mi*, vyplnit dokument *Moje smrt*, představen byl i dokument plánu budoucí péče či dříve vysloveného přání. V rámci školení měli pracovníci možnost se zamyslet nad tím, co by sami chtěli či nechtěli, kdyby se nacházeli v situaci závěru jejich života. Své myšlenky a zkušenosti mohli mezi sebou pracovníci sdílet. Školitel uváděl také průběžně několik případů dobré praxe, které se pojily vždy s další aktivitou. Všechna školení, kterých se personál účastnil, byla založena na teoretických východiscích a příkladech dobré praxe. Byla pojata prakticky a aktivně. Dle dostupných informací organizace jsou plánována další akreditovaná školení prohlubující znalosti a dovednosti paliativního přístupu a péče. Školení se mají uskutečnit na jaře a na podzim roku 2025.

5.1.4 Setkání paliativní péče

Organizace uskutečnila prozatím dvě setkání týkající se paliativní péče. První setkání proběhlo v lednu 2024, druhé v lednu 2025. Setkání se mohli účastnit zaměstnanci organizace, rodiny klientů, samotní klienti i veřejnost. Obě setkání byla vedena externím koordinátorem paliativní péče. Tématem prvního setkání bylo *Poslední věci člověka*. Druhé setkání provázelo téma, a zároveň motto *Konec dobrý, všechno dobré*. Cílem těchto setkání je rozšířit povědomí o paliativní péči, informovat veřejnost a rodiny klientů o zavádění paliativního přístupu v organizaci. V úvodu bylo všem zúčastněným představeno legislativní

ukotvení tématu. Dokumenty Dříve vyslovené přání a Plán budoucí péče byly popsány pomocí definice legislativy i z pohledu praxe, včetně potřebných náležitostí. Kdokoli může být součástí paliativního přístupu, je třeba vždy respektovat přání klienta (nemocného), respektovat zájem o poskytování péče v přirozeném prostředí, nikoli v nemocnici. Koordinátor paliativní péče hovořil např. o důstojném odcházení v domově pro seniory, možnostech tišení bolesti, důležitosti přítomnosti blízkých (rodiny) umírajícího proto, aby neodcházel sám. Klientům domova pro seniory je možnost paliativního přístupu a péče aktivně nabízena pověřenými zaměstnanci. Na setkání byla zmíněna také možná úskalí paliativní péče, kterými mohou být např. eutanázie, nerespektování přání klienta rodinou nebo ošetřujícími, případně časová tíseň poskytnutí péče. Doporučeno, co by lidé mohli ještě pro nevyléčitelně nemocného udělat, např. sanitka přání. Lidé, kteří se účastnili setkání, měli možnost klást dotazy a diskutovat nad nimi. Setkání se účastnil také jeden ze zaměstnanců rychlé záchranné služby, který byl dotázán na to, *kdy zachraňovat a kdy ne* neboli, jak rozpoznat kritickou situaci. Závažnost situace a kritický stav nemocného je velmi obtížné rozpoznat, je třeba individuální přístup a znalost celkového zdravotního stavu.

Ve spojitosti s rodinou a blízkými se hovořilo o práci s rodinou po úmrtí klienta v domově pro seniory. Organizace pořádá v období Svátku zesnulých **setkání s pozůstalými rodinnými příslušníky** klientů. Při této příležitosti dostanou zaměstnanci i blízcí zesnulého možnost zavzpomínat na zemřelé. Blízkým je předána vzpomínková karta s fotografiemi a krátkým textem. Za každého zemřelého klienta je zapálена svíčka. Personál organizace i po úmrtí klienta vyjadřuje podporu rodinám, a to dle metodického postupu práce. Tato setkání jsou pro pozůstalé i přítomný personál emotivní. Vzpomínání na zesnulé klienty je spojováno se slzami i smíchem. Každý ze zúčastněných rodinných příslušníků, známých či personálu dostává možnost se podělit o vzpomínku na klienta. Setkání vede externí koordinátor paliativní péče.

5.1.5 Individuální práce s klienty domova pro seniory

Případová studie zahrnuje příklady zavádění paliativního přístupu u několika klientů domova pro seniory. Tito klienti, včetně jejich rodinných příslušníků, projevíli zájem o využívání paliativního přístupu a péče dříve, než bylo původně plánováno. Právě proto byl spuštěn tzv. *pilotní projekt zavádění paliativního přístupu* u vybraných klientů. Individuálně s každým z těchto klientů byl vypracován plán budoucí péče a dříve vyslovené přání. Na zjištění a zpracování dokumentů se podíleli zaměstnanci organizace a externí koordinátor paliativní péče.

Příklad 1

Prvním z případů je situace manželského páru. Paní N je klientkou domova pro seniory, zcela závislá na pomoc druhé osoby ve všech úkonech péče o vlastní osobu. Pan N se nachází v situaci, kdy se stává rovněž závislým na pomoci druhé osoby. S panem N byl vyplněn dokument Plán budoucí péče (Příloha P III), ve kterém je zpracováno to, co považuje za důležité, ať už pro sebe nebo pro život ve společnosti své manželky. Informace, které klienti poskytl jsou z období února až listopadu 2024. Pro klienta pana N je velmi důležité mít možnost být se svou ženou a mít jistotu, že se o ně někdo postará. Doma už to pro manžele bylo nezvládnutelné, dcera již nedokázala zajistit celodenní péči. Jelikož paní N zahájila službu domova pro seniory dříve než její manžel, bylo pro pana N toto odloučení velmi náročné. Nyní jsou oba manželé rádi, že mohou být spolu, přestože si již nepopovídají tak, jako dřív z důvodu zhoršení stavu paní N. Pro pana N je důležité, že vedle své manželky může každý den sedět, držet ji za ruku. Oba manželé projeví zájem o možnost podepsání Dříve vysloveného přání (Příloha P II). Manželé se shodli, že by nechtěli čas v závěru jejich života strávit v nemocnici, ale v domově pro seniory, kde je poskytována paliativní péče. Pro oba je důležité, aby je nic nebolelo a mohli být v domově, kde je o ně postaráno, a hlavně být spolu. Pan N také sdělil, že pro něj bylo velmi důležité, aby přání jeho i paní N pochopila i jejich dcera. Díky setkání na téma paliativní péče pořádaného organizací, kterého se všichni ze zmíněných účastnili, dcera pochopila důvody, proč pan a paní N chtějí svůj závěr života prožít v domově pro seniory, nikoli v nemocnici. Jsou si vědomi, že to jednou a možná i brzy přijde. Z počátku manželé nedokázali definovat své přání. V listopadu 2024 však pan N uvedl, že jedna věc by je s manželkou potěšila, a to podívat se na jejich chalupu. Na chalupě to mají rádi, v důchodu zde trávili spoustu času, rádi by se s tímto místem „rozloučili“. Pro manželé je však otázkou, jak by se na chalupu dopravili, jelikož je paní N imobilní a pan N uvádí také zhoršenou mobilitu. Toto přání organizace domova pro seniory eviduje. Pan N by nadále rád navštěvoval skupinové aktivity a společenské akce pořádané organizací. Rád tráví čas ve společnosti.

Ve druhé části plánu budoucího péče s podtitulem *poté* již manželé uvedli, koho by měl personál organizace informovat a času odcházení, popř. po úmrtí. Manželé uvedli kontakt na svou dceru. Pan N již přemýšlí o tom, jak by si přál mít zorganizovaný pohřeb. Raději by o tomto hovořil s důvěrným pracovníkem organizace (např. koordinátorem paliativní péče, klíčovým pracovníkem), než se svou dcerou. Manželé mají obavy, že by se jejich dcera

tohoto tématu zlekla. Manželé jsou nyní šťastní, že mohou stáří trávit spolu v domově pro seniory. Plán budoucí péče manželů i dříve vyslovené přání je průběžně aktualizováno.

Příklad 2

Paní Š je také klientkou domova pro seniory. Klientka je imobilní, většinu času tráví v lůžku. To, co považuje ve svém životě nyní za nejdůležitější je, že může být v domově pro seniory, kde je o ni dobře postaráno. Je ráda, když za ní přijde na návštěvu dcery a jiní rodinní příslušníci. Uvádí, že by už chtěla zemřít, protože ji život v posteli už nebaví. Paní Š vyslovila přání, že by si chtěla koupit a obléct šaty s krajkou, ty měla vždy ráda. Toto přání bylo klientce splněno. Byly jí zakoupeny letní krajkové šaty. Paní ráda dodržuje své rituály. Ráda si vypije kávu u stolu v pokoji. Personál vždy s přípravou kávy klientce pomůže. Ráda se cítí dobře a čistě, pomoc s péčí o vlastní osobu jí zajišťuje pečující personál, přání se týká zejména oblasti osobní hygieny. Jako kontaktní osobu pro období odcházení, případně úmrtí, paní Š uvedla svou dceru a syna. Klientka by si přála mít tradiční pohřeb, jelikož „její generace není na nějaké novinky zvyklá“. Také si pohřeb nedokáže představit bez trachty v hospodě. Je přesvědčená o tom, že dcera ví, jak by si pohřeb přála zorganizovat. Paní Š by chtěla, aby si na ni její blízcí občas vzpomněli, až tady nebude. Ráda by, aby za ní občas zašli na hřbitov, např. na Dušičky nebo Vánoce. Přála by si, aby na ni blízcí vzpomínali v dobrém.

V rámci Dříve vysloveného přání paní Š uvedla, že v případě zhoršení zdravotního stavu, ve kterém se bude předpokládat hospitalizace, souhlasí s tím, aby jí byla poskytována péče: kvalitní léčba bolesti a dalších příznaků, které provázejí závěr života. „Nechci žádné hadičky – infúze“. Naopak paní Š nesouhlasí s převozem do nemocnice, ráda by zemřela v domově pro seniory. Odmítá infúze a sondy. Plán budoucí péče i Dříve vyslovené přání paní Š je evidováno a průběžně aktualizováno.

5.1.6 Doprovázení klientů v terminálním stádiu

Doprovázení klientů v terminálním stádiu je vyčleněno v metodickém postupu práce organizace. Je třeba poskytovat péči v souladu s jejími aspekty. Ze zdravotního hlediska se jedná o průběžné hodnocení stavu klienta, léčbu bolesti a jiných symptomů onemocnění. Stav je konzultován dle potřeby s odbornými lékaři. U klientů se projevují nejčastěji tyto symptomy: bolest, nevolnost, zácpa, dušnost, slabost, nespavost, úzkost, zmatenost, deprese, včetně jiných psychických symptomů. Péče o klienta domova pro seniory, který se nachází v terminálním stádiu nemoci, je poskytována v souladu s biologickými, psychickými,

sociálními a spirituálními potřebami. Doprovázení znamená provést umírajícího měnícími se stavy vědomí. Nejdůležitějším je, aby umírající nebyl v posledních chvílích svého života sám. Velkým darem je také odcházet v domácím prostředí, popřípadě v domově pro seniory. Člověk se v dané chvíli nachází v náročné psychické situaci. Klienti organizace mají možnost ubytování buď v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích. V případě jednolůžkového pokoje zde klient zůstává, má poskytnuto dostatečné soukromí. Pro klienta ubytovaného na dvoulůžkovém pokoji a současně se nacházejícího v terminální fázi nemoci je připraven pokoj, který slouží pro potřeby jeho i jeho rodiny. Organizace tyto místnosti nazývá tzv. *rodinné pokoje*. Tento pokoj je označen obrázkem odlétající labutě, na dvoulůžkovém pokoji je tak označeno lůžko klienta. Klientům je poskytována veškerá potřebná péče, do které spadá i péče o pokožku, včetně takového polohování a manipulace, které nepůsobí bolest. Důležité je pečovat o spánek a odpočinek klienta, dle jeho potřeb. Z hlediska výživy a hydratace jsou zajišťovány potraviny a tekutiny dle přání klienta, a to i za cenu porušení ordinované diety. Nejčastěji se nabízejí oblíbené nápoje. Dále je poskytována péče o vyprazdňování, při nevolnosti či zvracení. Péče o dýchání a bolest. Jestliže je klient schopen komunikace, zjišťuje se bolest cílenými dotazy. Využívá se také metoda VAS, která obsahuje lokalizaci bolesti, její typ, intenzitu a průlomovou bolest. Cílem paliativní péče je mírnit bolest a utrpení klienta.

5.1.7 Konference paliativní péče

Do případové studie jsme zařadili i část zavádění paliativního přístupu, kdy organizace domova pro seniory uspořádala konferenci s podtitulem *Spolu až do konce* zaměřenou na paliativní péči v sociálních službách. Program byl rozdělen na dva dny. Den první provázela samotná konference s nabytým programem přednášejících odborníků na paliativní péči. Druhý den si účastníci mohli zvolit, zda se zúčastní kulatého stolu na téma *Sdílení dobré praxe zavádění paliativního přístupu v sociálním zařízení* či workshopu, který nesl název *Poslední věci člověka*.

Cílem konference bylo předání zkušeností v oblasti paliativní péče a poskytnout informace o zavádění paliativní péče v sociálních zařízeních, jež jsou poskytované v pobytové formě. Důležitá je také návaznost a spolupráce sociálního zařízení s nemocnicí, dobrou praxí v paliativní péči, a to jak v nemocnici, tak právě v sociálním zařízení. Do cílové skupiny konference byli řazení vedoucí a sociální pracovníci sociálních zařízení, obecních a krajských úřadů veřejné správy, popř. pracovníky Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) a Ministerstva zdravotnictví a další. Na konferenci bylo přítomno cca

430 účastníků. Mezi účastníky jsme mohli najít poskytovatele sociálních služeb, zejména sociální a zdravotní pracovníky, ředitele domovů pro seniory nebo domovů se zvláštním režimem, zástupce nemocnic a zařízení hospice. Účastnili se rovněž lékaři a odborníci na paliativní přístup a péči. Pozváni byli také zástupci městských a krajských úřadů. Přirozeně nesměli chybět organizátoři, partneři a samotní přednášející.

O pestrý program konference se postarali přednášející, kterých bylo celkem 12. Prvním byl lékař mobilního hospice, který se ve svém životě věnuje osobám se závažným chronickým onemocněním a jeho primárním oborem je geriatric. Svou prezentaci zaměřil na roli paliativní medicíny na zdravotně-sociálním pomezí. Druhým, koho si mohli účastníci poslechnout byl lékař, který působí v Rakousku a zabývá se primárně paliativní péčí v oblasti kardiologie. Další lékařka se věnuje paliativní medicíně na interním hematologickém oddělení jedné z nemocnic v České republice, osobám s onkologickým onemocněním, podílela se rovněž na založení jednoho z center paliativní péče. Svou prezentaci založila na představení možností spolupráce ambulancí paliativní medicíny a domácího hospice s domovem pro seniory. Docent a lékař, který je odborníkem v urgentní medicíně, mohl zaujmout účastníky tématem paliativní nebo intenzivní péče z pohledu záchranných služeb. Své zkušenosti nabyl u záchranné služby, operačních sálech i na samotném urgentním příjmu. Další lékařka se zasloužila o rozvoj paliativní péče v jedné z nemocnic v České republice, jiná se s účastníky konference podělila o zkušenosti z její praxe primářky oddělení geriatrické a následné péče. Tato doktorka se zaměřuje na poskytování komplexní péče o pacienty v seniorském věku. Nechyběla ani přednáška primářky centra pro léčbu bolesti a paliativní medicínu. Posledním přednášejícím lékařem byl anesteziolog a specialista na léčbu bolesti působící v jedné z nemocnic. Konferenci svou přednáškou obohatila odbornice na oblast hospicové a paliativní péče s více než 25letou aktivní praxí. Jejím tématem bylo důstojné odcházení v zařízení pro seniory. Nechybělo ani povídání kaplana, jež působí v nemocničním a hospicovém prostředí více než 10 let. Posledními přednášejícími byli ředitelka a ředitel organizací sociálních služeb, kteří se aktivně podílejí na integraci paliativní péče do těchto zařízení a vzájemně spolu spolupracují.

Konference napomohla k prohloubení nejen teoretických znalostí, ale také praktických schopností a dovedností. Organizace a osoby, které se pohybují v oblasti paliativního přístupu a péče by měly disponovat určitými kompetencemi, zejména těmi komunikačními, které jsou spojovány s empatickým přístupem, respektem a důstojností. Sdílení dobré praxe

napomáhá ke zlepšení kvality poskytované paliativní péče, je inspirací pro mnohé organizace a poskytovatele, přispívá a motivuje k rozvoji do dalších let. Konference splnila svůj účel i z hlediska šíření osvěty. Pomocí konference a sdílením tématu se do povědomí veřejnosti dostává implementace paliativního přístupu v zařízeních sociálních služeb, nikoli pouze v hospicích či nemocničních zařízeních. Samotná událost sklídila jak u přednášejících, tak i účastníků velký úspěch. Proto organizace domova pro seniory a její vedení plánuje v následujícím roce uspořádat konferenci znovu.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zmapovat průběh zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory. Tento domov pro seniory byl záměrně vybrán pro zpracování kvalitativního výzkumu pomocí případové studie. Případová studie byla provedena pomocí obsahové analýzy dat procesů, dokumentů a záznamů, které byly poskytnuty samotnou organizací. Data byla sbírána v časovém období od prosince 2023 do dubna 2025.

První část diplomové práce se zabývala teoretickými východisky pro realizovaný výzkum. Nejprve se věnovala tématu seniora a jeho potřeb, kde byly zdůrazněny zejména změny, které přicházejí se stářím, aspekty stárnutí a potřeby seniora. Druhá kapitola vymezovala paliativní péči, její standardy, dříve vyslovené přání a plán budoucí péče. V poslední řadě se teoretická část diplomové práce zabývala poskytováním paliativní péče v domovech pro seniory.

Praktická část diplomové práce se věnovala samotnému výzkumu, který byl pojat kvalitativně. Byly stanoveny výzkumné cíle a na ně navazující výzkumné otázky. Tyto otázky byly ověřovány následně v rámci analýzy dat. Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat průběh zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory a následně vyhodnotit, zda a jak jsou paliativní přístup a péče ukotveny v dokumentech organizace. Byly zjišťovány stěžejní aspekty zavádění paliativního přístupu v organizaci typu domov pro seniory a faktory, které tento proces ovlivňují. Pro účely diplomové práce byla zpracována případová studie, která se zabývala postupy organizace, stěžejními událostmi, dokumenty a specifiky samotné implementace. Byly zde rovněž uvedeny dva příklady z praxe paliativního přístupu s klienty. Praktická část vymezila limity výzkumu i doporučení pro praxi.

Z výsledků a závěrů, které byly vymezeny v praktické části vyplývá, že organizace považuje za nezbytné odborné proškolení v oblasti paliativního přístupu a paliativní péče u všech zaměstnanců. Prohlubování znalostí a dovedností, vlastní zájem a nadšení personálu o tuto problematiku vnímá organizace jako stěžejní pro úplnou implementaci. Pro účely poskytování paliativní péče v domově pro seniory vznikl multidisciplinární paliativní tým, organizace pracuje s příslušnými dokumenty, a to dříve vysloveným přáním, plánem budoucí péče a životním příběhem klienta. Důraz klade mimo jiné na individuální potřeby a důstojný život s nemocí bez bolesti a utrpení. Zabývá se potřebami seniora, pořádá pravidelná setkání s klienty, rodinnými příslušníky, zaměstnanci a šíří osvětu. Byly

definovány jednotlivé aspekty, které vyplývají ze získaných dat. Mezi tyto aspekty byla zařazena i péče o pozůstalé. Organizace vydala komplexní dokument *Metodický postup práce paliativní přístup a paliativní péče*. Dosáhla tak řádného ukotvení paliativního přístupu a paliativní péče. Vymezuje stěžejní východiska, napomáhá tomu, aby byl paliativní přístup součástí každodenní péče o klienta i jeho blízké. Dále nalezneme ve směrnících, standardech a postupech organizace další dokumenty, které s paliativní péčí nepřímo souvisejí. Pomocí získaných dat byly vymezeny faktory, které ovlivňují implementaci paliativního přístupu. Mezi tyto faktory patří i samotný postoj vedení organizace k paliativnímu přístupu. Organizace učinila zásadní kroky pro to, aby proces implementace probíhal plynule, počítala se všemi náležitostmi a za poměrně krátké časové období dosáhla výsledků, které byly v této diplomové práci popsány. K dosažení výsledků napomohla jistě spolupráce s externím koordinátorem paliativní péče, jež je odborníkem s více než 25letou praxí. Přestože organizace domova pro seniory odvedla velký kus práce, zavádění paliativního přístupu je zde stále v počátcích.

Diplomová práce by mohla být dále obohacena o rozhovory s klienty, kterým je poskytována paliativní péče. Dále by mohly být osloveni i zaměstnanci organizace a rodinní příslušníci klientů za účelem sdělení evaluace a názoru na paliativní přístup v domově pro seniory. Zajímavým by rovněž bylo zpracování tématu komparace mezi pobytovými zařízeními sociálních služeb pro seniory v souvislosti s poskytováním paliativní péče.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BYSTRICKÝ, Zdeněk, 2010. *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících, "Charta práv umírajících"*. Dostupné také z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2010-2.pdf>.
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Paliativní péče* [online]. [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>.
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Standardizace dotazníku IPOS* [online]. [cit. 2025-04-02]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/standardizace-dotazniku-ipos>.
- CIMRMANNOVÁ, Tereza, 2020. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku: u osob s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1575-2.
- ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- GEORGI, Hana; DRAGOMIRECKÁ, Eva a JAROLÍMOVÁ, Eva, 2024. *Psychologie stárnutí a stáří*. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-5065-6.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie*. Galén. ISBN 978-80-7492-058-5. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-gerontologie-3657/>.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9. Dostupné také z: http://toc.nkp.cz/NKC/201011/contents/nkc20102131796_1.pdf.
- HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2475-216-7.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2. Dostupné také z: <http://kramerusndk.nkp.cz/search/handle/uuid:420089f0-934b-11e5-ac67-005056827e51>.
- KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Care. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Zdeněk, a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk; JIRÁK, Roman; ZAVÁZALOVÁ, Helena; HOLMEROVÁ, Iva et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Grada. ISBN 978-80-247-6642-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/motivacni-prvky-pri-praci-se-seniory-1492/>.

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

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání*. Grada. ISBN 978-80-247-9085-5. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/vyvojova-psychologie-51/>.

LEJSAL, Matěj, 2022. Program Rozvoj paliativní péče v pobytových sociálních službách: podporuje vzdělávání v oblasti paliativní péče. *Sociální služby: odborný časopis*. Roč. 24, č. 8–9/2022 SRPEN–ZÁŘÍ, s. 18-19. ISSN 1803-7348. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1682583341_srpen-zari-final.pdf

LLOP-MEDINA, Laura; FU, Yu; GARCÉS-FERRER, Jorge a DOÑATE-MARTÍNEZ, Ascensión, 2022. Palliative Care in Older People with Multimorbidities: A Scoping Review on the Palliative Care Needs of Patients, Carers, and Health Professionals. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Roč. 19, č. 6. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph19063195>. [cit. 2025-03-09].

MALÍKOVÁ, Eva, 2010. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Grada. ISBN 978-80-247-7506-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/pece-o-seniory-v-pobytovych-socialnich-zarizenich-436/>.

MAREŠ, Jan, 2015. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*. Roč. 65, č. 2, s. 113-142. [online] Dostupné z: https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?attachment_id=11271&edmc=11271. [cit. 1. 3. 2025].

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Psyché. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. V Brně: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.

OPATRNÝ, Aleš, 2003. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 3. (doplněná) verze. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském.

PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0076-8.

PACOVSKÝ, Vladimír, 1994. *Geriatric: Geriatrická diagnostika*. Medicína a praxe. Praha: Scientia medica. ISBN 80-85526-32-8.

PECHOVÁ, Karolína a LEJSAL, Matěj, 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-01-5.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Grada. ISBN 978-80-247-6603-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-se-seniory-475/>.

PTÁČKOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek, 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0876-3.

SAK, Petr a KOLESÁROVÁ, Karolína, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.

SARETTA, Michela; DOÑATE-MARTÍNEZ, Ascensión a ALHAMBRA-BORRÁS, Tamara, 2022. Barriers and facilitators for an effective palliative care communication with older people: A systematic review. Online. *Patient Education and Counseling*. Roč. 105, č. 8, s. 2671-2682. ISSN 07383991. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.003>. [cit. 2025-02-04].

Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně (2025). *Zákony pro lidi* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96#f5322980>. [cit. 2025-02-16].

SLÁMA, Ondřej, ŠPINKOVÁ Martina, KABELKA Ladislav, 2013. *Standardy paliativní péče* [online]. [cit. 2025-02-01]. Dostupné z: http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf

SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

STUART-HAMILTON, Ian a KREJČÍ, Jiří, 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.

Sue-Ryder.cz, 15. 11. 2021. *Proces plánování budoucí péče v domově pro seniory*. Dostupné z URL: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/Proces_planovani_budouci_pe_e_15.11.2021.pdf.

SUCHOMELOVÁ, Věra, 2016. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-361-7.

SÝKOROVÁ, Dana a CHYTIL, Oldřich (ed.), 2004. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7326-026-3.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál. ISBN 978-80-262-0273-8.

TOMEŠ, Igor; DRAGOMIRECKÁ, Eva; SEDLÁROVÁ, Katarina a VODÁČKOVÁ, Daniela, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VAN VLIET, Lindy; GRASSAU, Pamela; MERCER, Lorraine; MILOFF, Hayley; NELSON-JAMES, Anthea et al., 2024. Belonging, care, and support: findings from Ottawa's healthy end of life project. Online. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. Roč. 36, č. 4, s. 424-438. ISSN 1552-8030. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/15528030.2024.2375355>. [cit. 2025-04-10].

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (2025). *Zákony pro lidi* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505?citace=1>. [cit. 2025-04-02].

WEBER, Pavel, 2000. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-314-7.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2025). *Zákony pro lidi* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p49>. [cit. 2025-02-23].

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (2025). *Zákony pro lidi* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p5-2-h>. [cit. 2025-02-23].

ZAVÁZALOVÁ, Helena, 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0326-8.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Prognóza: podíl lidí starších 65 let v ČR.....	35
Obrázek 2 Model časně integrace paliativní péče.....	36

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Změny a ztráty ve stáří	16
Tabulka 2 Přehled kategorií.....	43
Tabulka 3 Aspekty zavádění paliativního přístupu.....	47

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
Cca	Přibližně
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
IPOS	Intagrated Palliative Outcome Scale
IS	Informační systém
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
Např.	Například
Tzv.	Tak zvaný
VAS	Vizuální analogická škála

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Charta práv umírajících

Příloha P II: Dříve vyslovené přání

Příloha P III: Plán budoucí péče

Příloha P IV: Dotazník IPOS pro pacienty – 3 dny

Příloha P V: Dotazník IPOS pro personál – 3 dny

PŘÍLOHA P I: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících" ("Charta práv umírajících").

Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, "že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel." V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že "prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení."

Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti.
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby.
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného.
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči.
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích.
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží.
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli.
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících.
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení atd.).
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli.
- Umírání o samotě a v zanedbání.
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží.
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů.
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

- Že uznají a budou hájit nárok nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
 - Aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech.
 - Aby byl všem nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči.
 - Aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče.
 - Aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevyléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně.
 - Aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
 - Aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevyléčitelně nemocné nebo umírající.
 - Aby zajistily, že nevyléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince.
 - Aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevyléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy.
 - Aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii.
 - Aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti.
 - Aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

- Tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:
 - Aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován.
 - Aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího.
 - Aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem.
 - Aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v "pořízení" nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji krátce, než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.
 - Aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností.

- Aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.
- Že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
 - Uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že "nikdo nemá být úmyslně zbaven života".
 - Uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby.
 - Uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Z anglického originálu © Cesta domů přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický.

PŘÍLOHA P II: DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ

DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ

Já, níže podepsaný/á, r. č.
pro případ, že bych se dostal/a do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen/schopna vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, vyslovuji následující dříve vyslovené přání dle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., resp. předběžné prohlášení dle § 38 zákona 89/2012 Sb., o zdravotních službách:

Článek I.

Pro případ, že

.....
.....
.....

(např.:

1. má schopnost vnímat a chápat okolí bude podstatným způsobem narušena tak, že budu i v běžných každodenních úkonech závislý/á na dopomoci jiné osoby,

2. můj stav bude vyžadovat přístrojovou podporu životních funkcí včetně umělé výživy a hydratace,

3. se budu nacházet v terminální fázi nevyлéčitelného onemocnění nebo v jiném medicínsky nadále neovlivnitelném nepříznivém stavu bez naděje na jeho zlepšení apod.)

- **souhlasím** s tím, aby mi byla poskytována péče:

.....
.....
.....

(např. tišení obtíží, tedy bolesti, neklidu, strachu, dušnosti nebo nevolnosti, podávání antibiotik, umělé výživy, dialýzy atd.) a tuto péči požaduji.

- **nesouhlasím** s péčí:

.....
.....
.....

(např. nasogastrická sonda, PEG sonda, umělá plicní ventilace, antibiotika atd.) a tuto péči odmítám.

Článek II.

Součástí tohoto dříve vysloveného přání je i písemné poučení mým lékařem v oboru , MUDr. , o důsledcích mého rozhodnutí.

.....
.....

Článek III.

S tímto mým dříve vysloveným přáním byl/a seznámen/a , který/á je plně informován/a o mých životních postojích podstatných pro výklad mého dříve vysloveného přání.

Pro případ, že by nastala situace nepředvídaná v tomto mém dříve vysloveném přání či by nastaly pochybnosti o aplikovatelnosti tohoto dříve vysloveného přání, činím dle § 38 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, předběžné prohlášení v tom smyslu, že si přeji, aby v případě mé nezpůsobilosti rozhodovat o mé další zdravotní péči rozhodoval/a o této péči v intencích tohoto mého dříve vysloveného přání ,
r. č.

Článek IV.

Toto dříve vyslovené přání platí od a bylo sepsáno ve vyhotoveních, kdy jedno vyhotovení je součástí mé zdravotnické dokumentace vedené u MUDr. a zbylá jsou uložena

V dne

Podpis.....

.....

svědek (vč. identifikačních údajů)

.....

svědek (vč. identifikačních údajů)

PŘÍLOHA P III: PLÁN BUDOUCÍ PÉČE

PLÁN BUDOUCÍ PÉČE nyní

Tento průvodce je nástrojem pro zachycení Vašich hodnot a preferencí o tom, jakou péči byste si do budoucna přál/a a čemu byste se naopak rád/a vyhnul/a. Tento plán tak může být prostředkem, jak zajistit, abyste až do konce svého života mohl/a rozhodovat o své péči.

Jméno a příjmení, datum narození

--

1. Co je pro Vás v tuto chvíli v životě velmi důležité? Ať už v oblasti fyzického zdraví, vztahů, osobních záležitostí nebo čehokoli jiného? Co potřebujete k tomu, abyste mohl/a prožívat životní pohodu?

--

2. Máte ještě nějaké nesplněné přání? Např. navštívit nějaké pro Vás významné místo, setkat se s někým, nebo cokoli jiného?

--

3. Je ještě něco dalšího, co je pro plánování Vaší péče důležité a chcete to sdělit? Např. Vaše každodenní rituály apod.

--

4. Chtěl/a byste určit konkrétní osobu, se kterou by lékaři a další personál konzultovali Váš plán péče v případě, že byste toho Vy sám/sama z nějakého důvodu nebyl/a schopen/schopna?

ANO

NE

V případě, že odpovíte ANO, vyplňte Předběžné prohlášení – závěrečná část tohoto dokumentu.

Pokud takto určíte konkrétní osobu, její stanoviska budou pro lékaře závazná i v případě, že by jiný člen vaší rodiny měl odlišný názor.

PLÁN BUDOUCÍ PÉČE poté

5. Koho bychom měli informovat v době Vašeho odcházení, nebo po úmrtí? Např. rodinu, duchovního, přátele?

Jméno _____

Vztah k Vám _____ tel. kontakt _____

Jméno _____

Vztah k Vám _____ tel. kontakt _____

6. Lidé často přemýšlí o tom, jak by si přáli mít zorganizovaný pohřeb. Předem to však nikomu neřeknou, a tak to nakonec může vypadat jinak, než by si sami přáli. Pokud i Vy máte ohledně pohřbu nějaká přání, můžete je uvést zde.

7. Máte nějaký vzkaz, nebo myšlenku, kterou byste chtěli předat Vaším blízkým v době, až tady nebudete?

Datum:

Plán budoucí péče sepsal:

PŘEDBĚŽNÉ PROHLÁŠENÍ

Předběžné prohlášení Vám umožňuje určit osobu, která má za Vás v případě, že Vy toho nebudete schopen/schopna

- rozhodovat o Vaší další péči
- spravovat Váš majetek

PŘEDBĚŽNÉ PROHLÁŠENÍ

Dle ustanovení §38 a násl. občanského zákoníku, zák. č. 89/2021 Sb., ustanovení §31 a násl. Zákona o zvláštních řízeních soudních, zák. č. 292/2013 Sb.

Já (jméno, příjmení): _____

nar.: _____

ustanovuji následující:

- **V případě, že by se můj zdravotní stav natolik zhoršil, že bych byl/a omezená ve svéprávnosti, žádám soud, aby ustanovil mým opatrovníkem**

Jméno a příjmení: _____

nar.: _____

bytem: _____

který bude po celou dobu respektovat obsah toto předběžného prohlášení a obsah mých dříve vyslovených přání.

- **V případě, že by nemohl být ze závažných důvodů ustanoven mým opatrovníkem, přeji si, aby na jeho místo byl povolán**

Jméno a příjmení: _____

nar.: _____

bytem: _____

- **V případě, že nebudu v důsledku omezené svéprávnosti schopen spravovat svůj majetek, pověřuji jeho spravováním:**

Jméno a příjmení: _____

nar.: _____

bytem: _____

a to v rozsahu _____

V _____ dne _____

Podpis ustanovitele: _____

V _____ dne _____

Jméno svědka: _____

Rodné číslo svědka _____

Podpis svědka _____

V _____ dne _____

Jméno svědka: _____

Rodné číslo svědka _____

Podpis svědka _____

PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK IPOS PRO PACIENTY – 3 DNY

Pro personál – Číslo pacienta:					

IPOS Formulář pro pacienty

Jméno a Příjmení:											
Datum: (dd/mm/rrrr)				/			/				

Vyplňte, prosím, čitelně. Do každého políčka vepište jedno písmeno či číslici.
Vaše odpovědi nám pomohou zlepšovat péči o vás i o další pacienty. Děkujeme.

Otázka 1. – Jaké byly vaše hlavní problémy či obtíže v posledních 3 dnech?

1a.
1b.
1c.

Otázka 2. – Zde je seznam obtíží, které jste u sebe mohli – ale nemuseli – pozorovat.
Pro každou obtíž, prosím, zaškrtněte jedno políčko, které nejlépe vystihuje, jak vás tato obtíž ovlivnila během posledních 3 dnů.

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
Bolest	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Dušnost	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Slabost či nedostatek energie	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Nevolnost (pocit na zvracení)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Zvracení	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Nechutenství	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Zácpa	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Bolesti či sucho v ústech	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Ospalost	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Snížená pohyblivost	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Zapište, prosím, jakékoliv jiné obtíže neuvedené výše a zaškrtnutím jednoho políčka označte, jak vás tyto obtíže v posledních 3 dnech ovlivnily.

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
2a	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2b	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2c	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

V posledních třech dnech:

	Vůbec	Výjimečně	Občas	Většinu času	Pořád
Otázka 3. Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Otázka 4. Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Otázka 5. Cítil jste se depresivně?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

	Pořád	Většinu času	Občas	Zřídka	Vůbec
Otázka 6. Pociťujete vnitřní klid?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Otázka 7. Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Otázka 8. Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

	Problémy řešeny / žádné problémy	Problémy většinou řešeny	Problémy částečně řešeny	Problémy spíše neřešeny	Problémy vůbec neřešeny
Otázka 9. Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z vašeho onemocnění?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

	Sám/a	S pomocí někoho z přátel či příbuzných	S pomocí někoho z ošetřujícího personálu
Otázka 10. Jak jste vyplnil/a tento dotazník?	☐	☐	☐

Pokud ve vás některé z otázek položených v dotazníku vyvolávají obavy, promluvte si, prosím, s někým z lékařů či sester.

PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK IPOS PRO PERSONÁL – 3 DNY

Pro personál – Číslo pacienta:					

IPOS Formulář pro personál

Jméno a Příjmení:											
Datum: (dd/mm/rrrr)				/			/				

Otázka 1. – Jaké byly pacientovy hlavní problémy či obtíže v posledních 3 dnech?

1a.
1b.
1c.

Otázka 2. – Pro každou obtíž, prosím, zaškrtněte jedno políčko, které nejlépe vystihuje, jak byl pacient ovlivněn touto obtíží během posledních 3 dnů.

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
Bolest	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Dušnost	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Slabost či nedostatek energie	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Nevolnost (pocit na zvracení)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Zvracení	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Nechutenství	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Zácpa	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Bolesti či sucho v ústech	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Ospalost	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Snížená pohyblivost	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Zapište, prosím, jakékoliv jiné obtíže neuvedené výše a zaškrtnutím jednoho políčka označte, jak pacienta tyto obtíže v posledních 3 dnech ovlivnily.

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
2a	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2b	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2c	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

V posledních třech dnech:

	Vůbec	Výjimečně	Občas	Většinu času	Pořád
Otázka 3. Cítil/a úzkost nebo obavy ze své nemoci nebo léčby?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Otázka 4. Cítil někdo z její/jeho rodiny úzkost nebo obavy o ní/něj?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Otázka 5. Myslíte si, že se cítil/a depresivně?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

	Pořád	Většinu času	Občas	Zřídka	Vůbec
Otázka 6. Myslíte si, že pociťuje vnitřní klid?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Otázka 7. Byl pacient schopen hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítí?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Otázka 8. Dostal pacient tolik informací, kolik si přál mít?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

	Problémy řešeny / žádné problémy	Problémy většinou řešeny	Problémy částečně řešeny	Problémy spíše neřešeny	Problémy vůbec neřešeny
Otázka 9. Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z jejího/jeho onemocnění?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐