

Umírání a smrt z pohledu pracovníků v sociálních službách

Bc. Lada Grmelová

Diplomová práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Bc. Lada Grmelová
Osobní číslo: H21277
Studijní program: N0111A190013 Sociální pedagogika
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Umírání a smrt z pohledu pracovníků v sociálních službách

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti umírání, smrti a paliativní péče.
Příprava empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.
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:

- BYOCK, Ira, 2013. Dobré umírání: možnosti pokojného konce života. Praha: Vyšehrad. Cesty. ISBN 9788074281340.
CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2012. Úvod do psychologie osobnosti. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4033-1.
PŘIBYL, Hugo, 2015. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ, 2008. Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb. Praha: ASPI. ISBN 978-80-735-7316-4.
ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **10. ledna 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **21. dubna 2023**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

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

Ve Zlíně dne 10. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – 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.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20.3.2023



Univerzita Tomáše Bati
Fakulta humanitních studií

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce zabývající se problematikou umírání a smrti z pohledu pracovníků v sociálních službách, se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části jsou vysvětleny a definovány pojmy umírání, smrt, paliativní péče, její formy, multidisciplinární tým. Závěrečná kapitola teoretické části je věnována pracovníkům v sociálních službách, které definuje, popisuje náplň práce a také vymezuje etická úskalí v péči o umírající. V praktické části je kompletní metodika. Vymezen je výzkumný problém, výzkumný cíl a také výzkumné otázky. Použit byl kvalitativní výzkum a metoda polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky v sociálních službách. Hlavním cílem je zjistit, jaký je pohled pracovníků v sociálních službách na umírání a smrt.

Klíčová slova: smrt, umírání, paliativní péče, pracovník v sociálních službách

ABSTRACT

The diploma thesis dealing with the issue of dying and death from the perspective of workers in social services consists of a theoretical and a practical part. The theoretical part explains and defines terms of dying, death, palliative care, its forms, multidisciplinary team. The final chapter of the theoretical part is devoted to workers in social services, which it defines, describes the job description and also defines the ethical pitfalls in the care of the dying. The ethical pitfalls that may occur in this profession are also defined. In the practical part there is a complete methodology. The research problem, the research objective and also the research questions are defined. Qualitative research and a method of semi-structured interview with workers in social services were used. The main objective is to find out what is the view of workers in social services on dying and death.

Keywords: death, dying, palliative care, social services worker

Děkuji paní PhDr. Zuzaně Hrnčířikové, PhD. za profesionální a metodickou pomoc, podporu, cenné rady a náměty, které mi při zpracování diplomové práce poskytla, za její vstřícný a trpělivý přístup a podporu.

Velké poděkování patří všem osobám, které se zúčastnily empirického výzkumu a poskytly mi pro účely diplomové práce své osobní zkušenosti a také všem, kteří se na mé práci jakkoliv podíleli.

Také děkuji zejména manželovi, svým dvěma dětem, celé své rodině a všem blízkým za trpělivost a oporu, kterou mi poskytovali během celého studia.

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

Motto: *“V péči o štěstí druhých nacházíme své vlastní.”*

Platón

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	12
1.1 UMÍRÁNÍ	12
1.1.1 Fáze umírání.....	14
1.1.2 Tělesné příznaky umírání.....	16
1.2 SMRT.....	17
1.2.1 Příčiny a diagnostika smrti.....	18
1.2.2 Postoje ke smrti	20
2 PALIATIVNÍ PÉČE	23
2.1 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE	25
2.2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PALIATIVNÍ TÝM	27
3 PRACOVNÍCI V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	29
3.1 NÁPLŇ PRÁCE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ	31
3.2 ETICKÁ ÚSKALÍ V PÉČI O UMÍRAJÍCÍ.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	40
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE	40
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
4.4 METODOLOGIE VÝZKUMU	42
4.5 DESIGN VÝZKUMU.....	42
4.6 TECHNIKA SBĚRU DAT	44
4.7 VÝZKUMNÝ SOUBOR	47
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	48
5.1 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ	48
5.2 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ	49
5.3 INTERPRETACE DAT	50
6 DISKUZE NAD VÝSLEDKY VÝZKUMU	61
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	70
SEZNAM OBRÁZKŮ	71
SEZNAM TABULEK.....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Diplomová práce se věnuje tématu umírání a smrti z pohledu pracovníků v sociálních službách. Cílem je zjistit, jaký mají pracovníci v sociálních službách pohled na umírání a smrt, jestli o tom vůbec přemýšlejí, jaké mají pocity při této myšlence a zda po těchto zkušenostech přehodnotili životní hodnoty. Zaměření na pracovníky v sociálních službách není náhodné. Pracovníci sociálních služeb, zejména služeb pobytových, se při své práci často setkávají s umíráním a se smrtí. Nikdo se nemůže na smrt zcela připravit, nelze se s ní smířit ani ji ignorovat, je a bude součástí našich životů, je a bude součástí sociální péče. Umírání a smrt jsou nedílnou součástí lidského života. S jistotou lze říct, že nic není v životě jistějšího, nežli smrt. Byť se o této problematice hovoří stále častěji a otevřeněji, nic se nemění na tom, že je toto téma velmi citlivé a pro mnohé, dá se říct, až intimní.

Smrt je velmi tabuizované téma. Většina populace si ji představuje jako náhlý odchod v pozhnaném věku někde na nemocničním lůžku za plentou, avšak pravda nemusí být vždy taková. Pracovníci setkávající se se smrtí jsou každodenně vystaveni náročným životním situacím, ve kterých je testována jejich odolnost vůči stresu. Aby mohli svoji profesi co nejlépe vykonávat, je potřeba si od práce umět odpočinout, odprostit se od pracovních a životních záležitostí a načerpat novou energii, která je potřebná pro další výzvy nebo překážky v životě. Každý si může najít ten svůj způsob, kterým dokáže psychickou zátěž zvládnout. Někomu pomáhá sport jinému meditace. V diplomové práci zmiňuji některé důležité a nejčastější způsoby zvládnání psychické zátěže, jako je supervize, stravovací návyky, pohybová aktivita, duševní hygiena, relaxace, náboženská víra, sociální opora a v neposlední řadě odpočinek a spánek. Téma jsem si vybrala zejména z toho důvodu, že je potřebné poukázat na náročnost takového povolání a uvědomit si, že pracovníci při svém povolání prožívají řadu nepříjemných a náročných momentů. Společnost by si měla uvědomit, že by měla k těmto pracovníkům přistupovat s větším respektem a obdivem a ke smrti samotné se nestavět naprosto odměřeně, jako by umírající člověk byl méněcenným.

Diplomová práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se budeme zabývat tématy smrti a umírání a dalšími, s tímto úzce spjatými. Zaměříme se na paliativní péči, zejména na péči o umírajícího v sociálním zařízení. Budeme se snažit přiblížit oblast pečujících pracovníků v poslední fázi lidského života.

Cílem praktické části této diplomové práce je zjistit, jak oslovení pracovníci v sociálních službách vnímají umírání a smrt. Jak na ně celá situace působila, jak je tato zkušenost ovlivnila při další práci, ale i v jejich soukromém životě.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

V této kapitole budou vysvětleny základní pojmy z oblasti umírání a smrti, které je předmětem trvalého zájmu každé kultury v historickém vývoji po celém světě. Je středem zájmu filozofie bytí od jejího počátku do současnosti. Každá civilizace a každé společenství řeší otázky spojené s umíráním i smrtí a spojuje je s celou škálou různých rituálů, které se v jednotlivých civilizacích výrazně odlišují a vypovídají o kultuře společnosti. Péče o terminálně nemocné a umírající v širokém pojetí patří k základním principům lékařské, ošetrovatelské i sociální péče. Vypěstlost kultury každé společnosti můžeme hodnotit i podle toho, jak se dokáže postarat o své umírající členy. Stejně jako příchod na tento svět je i odchod součástí života. Ať milovaní či nenávidění, všichni jednou dojdou na konec cesty. Zabývat se příznaky blízkého skonu člověka nemá žádný morbidní a děsivý podtext. Naopak. Cílem lékařské „osvěty“ v této oblasti je v co největší možné míře umožnit pochopení procesu umírání, co se v té chvíli s člověkem děje. Zároveň tak starým či nemocným jejich poslední chvíli „zpříjemnit“, a tím i usnadnit pozůstalým vyrovnat se se smrtí blízkého člověka. Umírání nemusí být bolestivé, tělesnou bolest umíme zmírnit. Je potřebné, aby lidé neumírali sami. Starostlivá přítomnost druhého člověka, dokáže utišit úzkost umírajícího (Byock, 2013, s. 18).

Lidské tělo stárne v průběhu celého života, ale jedinec si z počátku neuvědomuje v zásadě žádné omezení. Člověk se snaží udržet přijatelnou míru tělesných i duševních schopností. Z počátku si senioři žijí bez nutné pomoci od společnosti nezávisle a spokojeně. Na stáří se nelze připravit, pro každého je to zcela nová osobní a jedinečná zkušenost. Příbyl (2015, s. 9) označuje stárnutí a stáří jako poslední etapu života, která končí smrtí.

1.1 Umírání

„Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu, při němž dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt“ (Haškovcová, 2002, s. 204).

Jde o proces, na jehož konci je smrt. Jedná se o přirozený konec života, který je vždy jedinečný. Ke smrti může dojít v důsledku zavinění zvenčí nebo jako fyziologické ukončení života. Umírání předchází smrti s klasickými klinickými příznaky, toto období nazýváme též terminální stádium. Každý si zaslouží důstojný odchod s co nejpříjemnějšími

podmínkami. Umírání k životu patří a je stejně důležité, jako narození nové bytosti (Stiborová, Frei, 2018, s. 51).

Umírání je postupný proces, na jehož konci je smrt. Smrt nelze zaměňovat s umíráním, neboť umírání je jedna z fází života organismu. O umírání lze hovořit mnohem dříve než v terminálním stádiu, jelikož se jedná o dlouhodobější proces. Umírající lidé vyžadují specifickou péči již bezprostředně po propuknutí závažné choroby nebo akutního stavu, které jsou smrtelné, život ohrožující nebo nevléčitelné, přičemž by si dotyční lidé měli být vědomi nenávratnosti svého stavu. Toto téma není zrovna pozitivní, ale i to patří neoddělitelně do našeho života. Umírání není rychlé, nějakou dobu trvá a tvoří ho určité fáze a období. Z toho důvodu je obvykle dlouhodobým procesem, s nímž se vše, co je živé postupně připravuje na smrt. Samotný finální proces přípravy trvá zhruba 3 – 4 týdny. Vše doprovází viditelné změny ve vzhledu, ale i v chování.

Kupka (2014, str. 107) definuje jednotlivá období. Období „pre finem“ (období předterminální), které může trvat týdny, měsíce vysvětluje jako dobu, kdy je nemocný seznámen se svou závažnou diagnózou. Nemocný a jeho rodina se vyrovnávají s velmi těžkou situací, mění se jejich životní hodnoty, životní styl. Zde sehraje roli osobnost pacienta, jeho psychický stav. Velmi důležité je, aby nemocnému byla sdělena šetrně diagnóza, pravda o jeho nevléčitelné nemoci, neboť to ovlivňuje jeho důvěru v lékaře a ošetrovatelský tým. V této fázi je možnost nabídnout i pomoc psychologa, nebo pastoračního pracovníka, aby nemocný mohl otevřeně mluvit o svých obavách a dostalo se mu emoční podpory. Tato podpora je důležitá i pro rodinu pacienta. Psycholog jim může pomoci ohledně komunikace s nemocným. Nejvíce se cítí osamělí a izolovaní právě ti umírající nemocní, kteří nemůžou mluvit se svými nejbližšími otevřeně o své nemoci a blížícím se konci života. Obdobím „in finem“ (období terminální) vyznačující se bezprostřední blízkostí smrti se rozumí takové období, kdy už je nemocný většinou závislý na péči svého okolí, může se nacházet v různých stavech vědomí, ve stavech neklidu a zmatenosti. Důležité je, poskytnout útěchu i přesto, že se domníváme, že nás umírající už nevnímá. Je potřeba, aby cítil lidskou blízkost. Důležité je respektovat jeho potřeby, ale neměl by umírat sám. V tomto období často spí, bývá unaven, proto je někdy vděčný za chvíle samoty, není nutná stálá přítomnost blízké osoby u lůžka. Zvláštním jevem v tomto období je tzv. předsmrtná euforie, kdy u umírajících dojde ke zlepšení stavu, je náhle bdělý, může dostat chuť na své oblíbené jídlo, má sílu se posadit nebo i vstát, adekvátně komunikuje s okolím. Tato euforie se zpravidla objevuje pár dní před koncem života a poté

je vystřídána upadnutím nemocného do tzv. smrtelného kómatu, kdy už nereaguje na okolí a umírá. Období „post finem“ (období po smrti) začíná smrtí člověka a souvisí s pietní péčí o tělo zemřelého. Součástí je také péče o pozůstalé, s čímž souvisí citlivé sdělení zprávy o úmrtí, nabídnutí psychické podpory rodině a blízkým. Je velmi důležité a potřebné je v jejich bolesti a truchlení podpořit. Pozůstalým velmi pomůže ujištění, že zemřelý měl veškerou možnou péči, netrpěl a zemřel v klidu, a tím lze u nich zmírnit pocity viny, pokud nemocný umíral sám (Kupka, 2014, str. 109).

Malíková (2020, s. 294) k tomuto tématu dodává velmi důležitý poznatek: „*Dodržování morálních zásad, etického kodexu pracovníka a práv umírajících a jiných osob je nezbytné pro práci všech pečujících o umírající osoby a zemřelé tělo.*“



Obrázek 1 Ruku V Ruce Hospic Trpěliví. Zdroj: Pixabay fotografie, © 2023

1.1.1 Fáze umírání

Elisabeth Kübler – Ross, která pracovala přes 30 let s umírajícími, zaznamenala, že se vyjadřují pomocí symbolů. Každý člověk sice reaguje na těžké životní situace různým způsobem, ale zjistila, že určitá zákonitost zde funguje. Je třeba znát jednotlivé fáze procesu

umírání, které Elisabeth Kübler – Ross popsala a jsou důležité k tomu, abychom mohli umírajícího doprovodit na jeho poslední cestě (Kutnohorská, 2007, s. 72).

První fáze – negace, šok, popírání je charakterizována odmítáním nemocného vzít fakt smrtelnosti na vědomí. Člověk je šokován sdělením nepříznivé diagnózy, je zmatený, nemusí vůbec chápat, co se kolem něj děje. Jakmile šok odezní, objeví se popírání skutečnosti. Lidé si nechtějí připustit nepříznivost situace. Vybírají si pouze ty informace, které zapadají do jejich scénáře. Velmi často přesvědčují sami sebe, že jich se to netýká a muselo dojít k omylu. Pacienti se postupně začínají stahovat do ústraní, aby se mohli s touto těžkou situací vyrovnat (Kutnohorská, 2007, s. 73).

Po této fázi následuje druhá fáze – agrese, kdy nemocný, plný negativních emocí, jen těžce ovládá své chování. Má pocit hněvu na všechno a na všechny. Velmi často hledá viníka, objevují se pocity viny a otázky typu: „Proč zrovna já?“ Nemocný nemůže pochopit, proč tato nemoc postihla právě jeho. Trápí ho pocity viny, křivdy, zlobí se na své okolí. Typické pro toto období bývá sekýrování, agrese vůči druhým, agrese vůči těm, kteří jsou milí a úslužní. V této fázi je velmi důležité, abychom nemocnému umožnili mluvit o jeho emocích. Velmi důležitá je také podpora okolí (Kutnohorská, 2007, s. 73).

Ve fázi třetí, která je popisována jako smlouvání - si již nemocný uvědomuje nezvratnost dané situace. Začíná uvažovat nad smyslem života, přemýšlí, jak nejlépe naplnit čas, který mu ještě zbývá. Charakteristické je smlouvání o čas, kdy si nemocný přeje zažít ještě nějakou událost, například svatbu dcery, promoci, dožít se vnuka apod. Pro doprovázející osobu je důležité, aby pomáhala nemocnému stanovovat krátkodobé cíle. Následující čtvrtou fází je deprese, kdy dochází ke zhoršování stavu nemocného. Již není pochyb o tom, že se jeho život chýlí ke konci. Přichází velká únava a smutek. Jde o období, kdy se dostávají prázdné pocity, hluboký smutek nad ztrátou zdraví, nových možností, zármutek v duši. Nemocný je konfrontován se skutečností, že se blíží smrt, konec všeho. Nemocný může také nabýt dojmu, že toto období trvá navěky. Stejně jako v ostatních fázích i zde je důležitá přítomnost člověka, který bude nemocnému oporou (Umírání. © 2015).

Konečnou, poslední fází je smíření. Člověk dokázal přijmout skutečnost, akceptuje ji. Fázi nesmíme chápat jako šťastný stav, ale jde o stav, kdy je nemocný osvobozen od krutých pocitů a přišel čas posledního klidu před dlouhou cestou. V tomto období rodina nemocného potřebuje více pomoci a podpory než umírající. V této fázi může rodina umírajícího nebo návštěvník poznat, že umírání není tak strašné, jak se mnozí domnívají. Do této fáze se nemusí dostat zdaleka každý. Fázi smíření je třeba umět odlišit od rezignace. Ačkoliv jsou

jednotlivé fáze seřazeny za sebou, tak jak obvykle přicházejí, tato posloupnost nemusí být vždy zachována. Některé fáze se vracejí a některé mohou naopak zcela chybět (Kutnohorská, 2007, s. 73).

Haškovcová doplňuje těchto pět fází vyrovnávání s nevy léčitelnou nemocí další fází, kterou označila jako fázi nulitní, nulovou, jež nastupuje v období, ve kterém jedinec začíná pociťovat různé zdravotní problémy. Na základě různých signálů si začíná uvědomovat, že není něco v pořádku. V této fázi se jedinec většinou začíná rozhodovat, zda má navštívit lékaře nebo ještě počká, protože se podle jeho mínění může jednat o nějaké banální onemocnění, při kterém tyto signály zažil již v minulosti (Haškovcová, 2015, s. 151).

1.1.2 Tělesné příznaky umírání

Naši předci tak nějak intuitivně věděli, že se blíží konec jejich blízkých. Už i oni chtěli být po jejich boku alespoň v poslední chvílce. Možná netušili, že je to i úlevou nejen pro umírající, ale i pro ně samotné. Občas je u starších lidí těžké poznat, zda se jen necítí dobře, či jsou nemocní nebo už skutečně umírají. Lékaři definovali několik zásadních průvodních příznaků blížící se smrti a popsali tělesné příznaky a procesy, které nastávají během umírání.

Názna toho, že se člověk vydal na svou poslední cestu životem, může být nechut' trávit čas ve společnosti, neochota stýkat se s lidmi a ztráta zájmu o své koníčky a zájmy. Prvním z příznaků, který může být předzvěstí blížící se smrti, je snížená chuť k jídlu a poté i její úplná ztráta. Několik dní před smrtí člověk většinou přestává jíst i pít. Tělo potřebuje jen velmi málo energie. Tu čerpá ze zásob. Nelze mít pocit, že člověka necháváme umřít hladem a žízní. S ubývající energií a slábnoucím metabolismem umírající člověk potřebuje daleko víc spát. Spánkem však už „nedobíjí energii“ jako zdravý člověk po únavném dni či v době nemoci a během rekonvalescence. Pokud není trvale upoután na lůžko, měl by se pečující snažit přimět ho alespoň k nějakému pohybu a případně i na chvílku vstát, aby se předešlo proleženinám. Pokud se mu ale chce spát, měli by ho nechat a snažit se udělat mu pohodlí. S úbytkem energie souvisí i ochabování svalstva. Mnohdy pár dní před smrtí není člověk schopen ani drobných úkonů a se vším potřebuje pomoc svých blízkých (Mannix. © 2021).

Vzhledem k tomu, že umírající méně jí a pije, dalším souvisejícím příznakem umírání je změna vyměšování. Orgány pomalu přestávají pracovat. Tedy i ledviny a střeva. Moč tmavne, vyměšování pomalu ustává a pár dní před smrtí úplně ustane. Nejen to, všechny vnitřní orgány fungují hůř, protože klesá krevní tlak, čímž se snižuje i tlukot srdce. Srdeční tep začíná být nepravidelný, někdy pro laika až téměř neznatelný. Se snižováním krevního

oběhu klesá i tělesná teplota. Krev zásobuje především vnitřní orgány, do končetin jí proudí stále méně, jsou tak na dotek studené. Kůže je bledá až namodralá, můžou se objevit modré až fialové skvrny, nehty tmavnou. Sám umírající nemusí pociťovat chlad, je však nutné přikrývat ho. Podstatná je změna dechu. Jak se blíží okamžik posledního výdechu, dech se značně zpomaluje a je nepravidelný. Může docházet i k dlouhým pauzám mezi nádechem a výdechem. Dech se může na okamžik i zastavit. Je těžký a mnohdy i sípavý, hlučný. Říká se mu „chrapot smrti“. Postupně se stává dýchání „mělkým“, zpomaluje se, až se nakonec zastaví. V důsledku nedostatku kyslíku přestane pracovat srdce (Mannix, 2019, s. 48).

I když člověk umírá, mozek stále pracuje. Člověk může být v posledních okamžicích života zmatený a ztrácet pojem o tom, co se děje. Někdy i zdánlivý spánek je vlastně krátkodobé bezvědomí, které se může prodlužovat. Umírající často trpí halucinacemi, zkreslenými představami. Pečující by se tím neměli znepokojovat, ale snažit se to usměrnit. Dle nejnovějších výzkumů bylo zjištěno, že do poslední chvíle mozek i v bezvědomí reaguje na zvuky. Sice není jasné, zda to jsou hlasy či hudba a jaký přesně mají význam, ale v každém případě je doporučováno, pokud je to možné, aby s umírajícím byli bližní do poslední chvíle a mluvili s ním, drželi ho za ruku. Umírající možná neví a nemá tušení, co se děje, ale slyší a zbytky svého posledního vědomí nevědomě vnímá a cítí, což je důležité nejen pro klidný odchod umírajícího, ale v mnohých případech i pro pozůstalé (Mannix, 2019, s. 48).

1.2 Smrt

Téma smrti je v naší kultuře a společnosti stále tabu. Lidé se instinktivně vyhýbají každé zmínce o smrti i umírání, protože jim to připomíná vlastní smrt. Vědomí smrti narušuje člověku i jeho hierarchii hodnot, kterými se ve svém životě řídí. Dalším zdrojem úzkosti ze smrti je fakt, že smrt nemůžeme hlouběji analyzovat, protože je mimo naši smyslovou zkušenost. Fenomén tabuizované smrti se stal obecným jevem zejména v době po druhé světové válce. Lidé, kteří přežili válečné hrůzy a smrt milionů nevinných lidí, už nechtěli slyšet o smrti. Upínali všechnu svou naději ke všemocné medicíně, která je schopná zvítězit nad každou nemocí. A tak se o smrti mlčelo, jako kdyby přestala existovat (Haškovcová, 2007, s. 22).

Rosypal (2003, s. 458) říká, že smrt, úmrtí, skon, latinsky exitus, je (z biologického a lékařského hlediska) zastavení životních funkcí v organismu spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je tedy stav organismu po

ukončení života, úplná a trvalá ztráta vědomí. Umírání je postupný proces, na jehož konci je smrt. Smrt nelze zaměňovat s umíráním, neboť umírání je jedna z fází života organismu. Smrt nastává u každého živého organismu v jiném věku a ve většině případů ji nelze dopředu přesně určit. Nicméně délka života je charakteristická pro každý druh organismu; vychází z jeho genetického základu, ale poměrně výrazně ji ovlivňují i vnější okolnosti.

Kašáková (2015, s. 357) k této problematice doplňuje: „v běžné mluvě se pojem smrt používá prakticky výhradně ve vztahu k celému organismu, ale v přírodních vědách a lékařství se běžně lze setkat například s pojmem buněčná smrt, kde se slovo smrt vztahuje k části organismu. Zastavení životních funkcí, které lze ještě včasným vhodným zásahem zvrátit, se nazývá klinická smrt. Pojem smrt se užívá také v přeneseném významu pro zánik – kultury, politického systému, živočišného druhu apod.“



Obrázek 2 Náboženství Rozjímání Víra. Zdroj: Pixabay fotografie, © 2023

1.2.1 Příčiny a diagnostika smrti

Příčiny smrti jsou obecně definovány jako všechny choroby, chorobné stavy nebo úrazy, které buď vedly k smrti, nebo k ní přispěly, a okolnosti nehody nebo násilí, které takové úrazy přivodily. Zaznamenávání údajů o příčinách smrti je umožněno na formuláři List

o prohlídce mrtvého, který je vyplňován příslušným lékařem o každé zemřelé osobě, a to zejména v jeho diagnostické části určené k tomuto účelu.

Statistika příčin smrti má rozsáhlé využití. Na jejím základě lze hodnotit a predikovat další vývoj nemocnosti a úmrtnosti, a tím i potřebu a zaměření zdravotní péče, spotřebu léků, hodnotit a podporovat cíleně zaměřený rozvoj diagnostických a léčebných metod, hledat etiologii onemocnění a podmínky, které jej ovlivňují. Využívají ji především lékaři a další odborníci pro své výzkumné účely, slouží však také jako podklad pro politická rozhodnutí a řízení v oblasti zdravotnictví. Je využívána i pro srovnání na mezinárodní úrovni. Statistika úmrtnosti a zejména příčin smrti (střední délka života, struktura zemřelých podle příčin smrti, úmrtnost na vybrané diagnózy apod.) má v České republice dlouhodobou tradici a o tyto informace je značný zájem (Statistika úmrtnosti. © 2006).

Příčiny smrti (ale i nemoci obecně) jsou klasifikovány a kódovány podle "Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů" (zkráceně MKN) vydané Světovou zdravotnickou organizací (WHO). První pokus o takovou klasifikaci (neboli systematické uspořádání nemocí) učinil v roce 1893 Jacques Bertillon. Klasifikace je přibližně v desetiletých intervalech inovována, v současné době je v ČR v platnosti její 10. revize z roku 1994. V případě zájmu věnovat se příčinám smrti důkladněji, je možné informace nalézt v již výše zmíněné klasifikaci, kde je možné veškeré příčiny smrti vyhledat podle hlavních skupin, do kterých tyto příčiny spadají.

V předchozí části této kapitoly jsme se věnovali příčinám smrti a v té následující zmíníme její diagnostikování. Dříve se smrt diagnostikovala na základě zástavy dechu a srdečního tepu a i dnes se těchto ukazatelů používá nejčastěji. Podstatný rozdíl je ovšem v tom, že oproti dřívějšku víme, že zástava dechu a srdce nemusí být definitivní, takže se smrt na základě těchto ukazatelů určuje teprve, když je lékař přesvědčen, že dané funkce nelze obnovit. Pokud neexistují jiné významné okolnosti prokazující úmrtí, je na místě pokus o obnovení obou funkcí.

Především z těchto důvodů se zavedl termín mozková smrt, jež je definovaná jako nevratné vymizení všech funkcí celého mozku. Za normálních okolností mozek odumírá během několika málo minut po zastavení dýchání nebo srdečního tepu, ale v případě, že je člověk podchlazen (například v ledové vodě), může se mozková smrt oddálit (jsou zaznamenány případy, kdy byl za těchto okolností topící se člověk oživen až po 20 minutách, aniž by to zanechalo nějaké následky. Vzhledem k tomu, že různé negativní vlivy (např. hypoxie, otřes mozku) postihují nejdříve vývojově mladší části mozku (šedou kůru mozkovou), může dojít

k tzv. apalickému syndromu, kdy ani EEG nezaznamenává žádné mozkové vlny, a přesto hluboká životně důležitá mozková centra stále fungují. Proto se pro stanovení mozkové smrti vyšetření EEG doplňuje ještě např. vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů, které zaznamenávají např. funkčnost sluchových drah na úrovni mozkového kmene (BAEP).

Člověk může být tedy právně prohlášen za mrtvého na základě zástavy srdce, dechové zástavy, zjištěním dilatace (rozšíření) zorniček nereagujících na světlo či diagnózou mozkové smrti. Informační teorie používá termín informačně teoretická smrt pro stav, kdy není možné žádnými přístroji obnovit či zachovat život a u dané osoby není možno obnovit mysl a osobnost.

1.2.2 Postoje ke smrti

V dnešní době se nesetkáváme s jedním univerzálním rámcem umírání. Vedle sebe existuje více modelů postoje k umírání. Můžeme se setkat s modely postoje ke smrti, které Kisvetrová, Kutnohorská (2010) popisují termíny:

- Smrt jako tabu.
- Smrt jako samota.
- Smrt jako dovršení.

Smrt jako tabu - umírání a smrt je z hlediska individuálního lidského života násilným ukončením a přetržením všeho, s čím se člověk důvěrně sžil. Proto není pro lidského jedince smrt pouhým přechodem z bytí do nebytí, ale skokem do prázdna (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010). Téma smrti je v naší civilizaci tabu. Lidé se instinktivně vyhýbají každé zmínce o smrti i umírání, protože jim to připomíná vlastní smrt. Vědomí smrti narušuje člověku i jeho hierarchii hodnot, kterými se ve svém životě řídí. Dalším zdrojem úzkosti ze smrti je fakt, že smrt nemůžeme hlouběji analyzovat, protože je mimo naši smyslovou zkušenost. Fenomén tabuizované smrti, jak připomíná Haškovcová (2007, s. 22), se stal obecným jevem zejména v době po druhé světové válce. Lidé, kteří přežili válečné hrůzy a smrt milionů nevinných lidí, už nechtěli slyšet o smrti. Upínali všechnu svou naději ke všemocné medicíně, která je schopná zvítězit nad každou nemocí. A tak se o smrti mlčelo, jako kdyby přestala existovat.

Smrt jako samota - důsledkem tabuizace smrti je osamělost umírajícího člověka. V dnešní době se umírá většinou ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení, v neznámém prostředí a mezi neznámými lidmi. Pohled na umírajícího člověka je pro zdravotníky podvědomě

traumatizující, proto zkracují instinktivně dobu svého pobytu u něj na minimum. Umírající člověk je tak postupně vyloučen z komunikace s ostatními lidmi, je izolován, zapomenut. V posledních letech se tento fenomén označuje také jako „sociální smrt“. Problém sociální smrti patří do širšího tematického okruhu tzv. psychologie smrti, která především studuje chování lidí k sobě navzájem v nějaké situaci, která připomíná smrt (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010).

Smrt jako dovršení - podle toho, jaký má člověk názor na smrt, jak se na svoji smrt dívá, prožívá také umírání. Existují lidé, kteří umírají s vnitřním pokojem, jistotou a beze strachu. Bůh, s kterým žijí v osobním společenství, je pro ně zdrojem jistoty, že s nimi bude i v hodinách umírání a odchodu duše z těla. Mají před sebou jasnou vizi, že tělesná smrt je přechodem do nebeského domova. Jejich víra jim pomáhá a vede je ke statečnosti a naději. Tento postoj ovlivňuje nejen umírajícího, ale i zdravotnický personál. Podobně mohou umírat i lidé, kteří podle svého přesvědčení žili pro velké ideály a bojovali za tzv. „smělé cíle“ – i když nebyli věřící. Musíme si ale připustit, že jen málo lidí dostane šanci prožít svou smrt jako důstojné dovršení života.

V souvislosti s postoji ke smrti se můžeme také setkat s termínem zakázaná smrt, který důkladně popsal Ariès (2000, s. 382). V dnešní době touží člověk po rychlé a bezbolestné smrti, aby se vyhnul útrapám dlouhého bolestného umírání a osamělosti. Ariès mluví v této souvislosti o „zakázané smrti“. Smrt, která byla dříve tak důvěrně známá a lidé si její přítomnost uvědomovali, se najednou jakoby ztrácí v nemocnici a stává se něčím cizím, neznámým, obávaným. Na rozdíl od středověku si dnes člověk přeje náhlou smrt, aby se vyhnul útrapám bolestného umírání. Tento přístup však neodstranil ze světa ani smrt, ani strach a úzkost ze smrti. Naopak, umožnil potměšilý návrat staré divokosti smrti pod maskou lékařské techniky (Ariès, 2000b, s. 382).

Právo na smrt bývá v současnosti interpretováno jako právo na důstojnou smrt. Obsah tohoto pojmu není zatím zcela ustálený. Ve světě byla založena řada společností, které se touto problematikou zabývají a hledají možnosti, jak učinit odchod člověka z tohoto světa důstojný. Většina společností pro důstojné umírání se jednoznačně shoduje v tom, že stávající proces institucionalizovaného umírání musí projít kvalitativní změnou a je potřeba vhodně implementovat tradice ritualizované péče o umírající do stávajícího systému zdravotní a sociální péče. Z toho důvodu si myslím, že je vhodné níže zmínit pojem eutanazie, který s těmi všemi slovy velmi úzce souvisí.

Eutanazie je slovo pocházející z řeckého jazyka: εὐθανασία (euthanasia) a v prvním přiblížení znamená „dobrá smrt“. Samotný výraz však neoznačuje pouze dobrou smrt, ale také snadnou smrt, šťastnou smrt, nenásilnou či bezbolestnou smrt. V obecné rovině znamená nějakou osobu usmrtit či ji nechat zemřít, přičemž je toto jednání vedeno starostí o zájmy této osoby. (Černý a kol., 2015, s. 3).

Standardně se rozlišují následující formy eutanazie: vyžádaná (voluntary); nevyžádaná (non-voluntary); nedobrovolná (involuntary). O vyžádané eutanazii se hovoří tehdy, pokud k ní dojde na základě vlastní žádosti pacienta. Nevyžádaná eutanazie je aplikována na pacienty, kteří již nejsou schopni vyjádřit své přání nebo naopak, ještě toho nejsou sami schopni, jako například novorozenci, lidé v kómatu či perzistentním vegetativním stavu, pacienti v pokročilém stadiu neurodegenerativních chorob apod. Za nedobrovolnou eutanazii bývá označována situace, kdy lékař usmrtí nebo ponechá zemřít pacienta, aniž by s ním své rozhodnutí konzultoval. Někteří autoři jsou toho názoru, že nedobrovolná eutanazie je totéž co vražda. Je však třeba připomenout, že smrt musí být za každou cenu a v první řadě ku prospěchu pacienta. Lze si zřejmě představit situaci, kdy pacient není schopen pochopit, že nejlepší alternativou pro něj je včasnější smrt, takže lékař sice rozhodne v pacientův prospěch, ale proti jeho vůli. Také jsou používány termíny jako aktivní a pasivní eutanazie. Toto rozlišení se opírá o rozdíl mezi usmrcením (killing) a ponecháním zemřít (letting die). Aktivní eutanazie spočívá v tom, že lékař usmrtí pacienta – např. injekcí KCL do žíly –, zatímco pasivní eutanazie znamená, že lékař ponechá pacienta zemřít tak, že nezahájí nebo přeruší život udržující léčbu. Aktivní forma eutanazie je tudíž považována za morálně problematičtější než pasivní forma. Rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií jde napříč shora zmíněným rozlišením mezi vyžádanou, nevyžádanou a nedobrovolnou eutanazií. To znamená, že vyžádaná, nevyžádaná a nedobrovolná eutanazie mohou mít aktivní i pasivní formu. Někteří současní bioetici navíc rozlišují mezi aktivní vyžádanou eutanazií a tzv. lékařsky asistovanou sebevraždou. Rozdíl mezi těmito dvěma akty spočívá v tom, že zatímco v případě aktivní vyžádané eutanazie lékař usmrtí pacienta na jeho žádost, v případě lékařsky asistované sebevraždy pacient usmrtí sám sebe s tím, že lékař mu k tomu poskytl prostředky (např. smrtící dávku opioidů), ale pacient si tyto prostředky aplikuje sám. V případě lékařsky asistované sebevraždy tedy lékař přísně vzato nikoho neusmrcuje, neboť tento krok vykoná pacient. V tomto má spočívat podstatný rozdíl mezi oběma těmito formami asistované smrti (Černý a kol., 2015, s. 4 – 5).

2 PALIATIVNÍ PÉČE

V této kapitole budou vysvětleny základní pojmy z oblasti umírání a smrti. V textu této kapitoly se dozvíme, co pojem paliativní péče znamená, jaké jsou její formy a také, co se skrývá pod pojmem multidisciplinární paliativní tým.

Termín paliativní péče je odvozen z latinského slova *palliare*, což v překladu znamená skrýt, ulehčit, usnadnit. Jedná se o formu péče, která se soustředí na komplexní léčbu, zmírnění a úlevu od symptomů nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, spíše než na snahu zastavit onemocnění či zvrátit jeho progresi. Jejím cílem je zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin. K hlavním zásadám se řadí maximální možné omezení všech invazivních metod, a to metod vyšetřovacích, ale i léčebných. Jedná se o přístup nedirektivní, respektující vůli pacienta. Pokud pacient ví, že do určité míry může svoji léčbu korigovat, umožňuje to návrat pocitu bezpečí, který nemocný svojí nemocí ztrácí (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010, s. 199).

Paliativní péče by měla umírajícím přinášet co nejvyšší kvalitu života, respektovat jejich svobodná rozhodnutí. Nemocný by měl obdržet seriózní informace o svém zdravotním stavu. Celkově důležitým kritériem při posuzování léčebných situací je prospěch pacienta (Goldmann, Cichá, 2004, s. 108).

Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů, kteří čelí výzvám spojeným s život ohrožujícím onemocněním, prostřednictvím prevence a zmírnění utrpení prostřednictvím včasné identifikace a bezvadného posouzení a léčby bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních a duchovních. Paliativní péče zahrnuje podporu rodin a dalších osob, které jsou umírající osobě blízké, a snaží se zlepšit zbývající životní příležitosti. Termíny „paliativní medicína“ a „paliativní péče“ jsou v ČR i ve světě užívány v různých významech a kontextech. V nejširším slova smyslu se jako „paliativní léčba“ někdy označují všechny léčebné postupy, které nejsou kurativní, tj. nevedou k trvalému vyléčení. Pojem „paliativní péče“ je v ČR většinou užíván k označení péče o umírajícího pacienta. Jediným cílem takto chápané paliativní péče je zajištění komfortu při umírání. Mezi zdravotníky je obsah takto chápané péče často vymezen převážně negativně. Jde o výčet činností a postupů, které již u pacienta „v paliativní péči“ nejsou indikovány a v tomto pojetí znamená především dostatek analgetik, anxiolytik a antidepresiv a ošetrovatelskou péči (Sláma, 2022, s. 13). Aby byly potřeby umírajícího člověka naplněny, nestačí jen medicínsky tišit bolest. Péči můžeme rozdělit do čtyř oblastí. Péče

zdravotní – zde se jedná o naplnění fyziologických potřeb jako je přijímání potravy, vyměšování, aktivita pacienta, zmiňované tišení bolesti a další. Péče psychologická – důležité je respektování lidské důstojnosti, pocit bezpečí, komunikace, atd. Péče sociální – opora v rodině, doprovázení nejbližšími lidmi. Péče spirituální – duchovní doprovázení, důvěra, sdílení (Jankovský, 2003, s. 144).

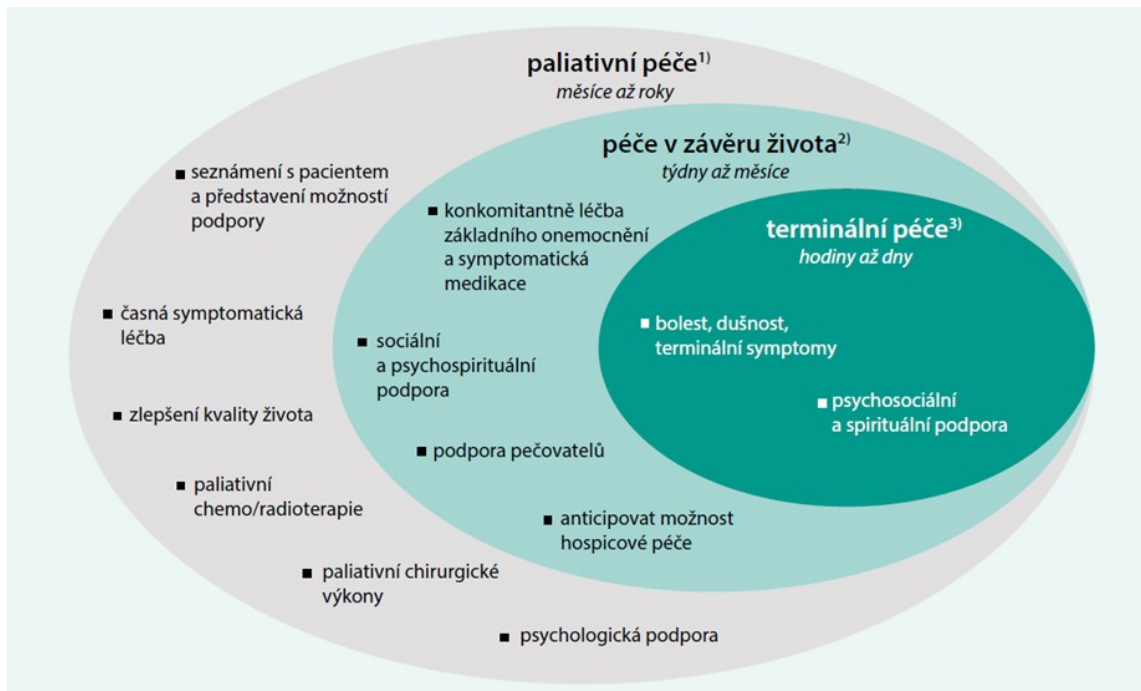
Paliativní péče se nezaměřuje pouze na bolest, či na konkrétní symptomy, ale zejména se zabývá způsobem, jak tyto těžkosti zvládat. Zabývá se např. také únavou, která má u chronické nebo smrtelné nemoci jiný ráz. Na tento typ únavy nestačí si odpočinout, nebo se vyspat, a tak může být velmi stresující a vyčerpávající. V případě, že je pro pacienty obtížné svěřit se se svými těžkostmi svému okolí, naskýtá se notný prostor pro paliativní péči. Pro pacienta je přínosem, pokud může se zdravotníky, či jinými osobami v ošetrovatelské péči, o těchto skutečnostech otevřeně hovořit a druhý mu naslouchá, nebagatelizuje jeho pocity a stavy, vyjadřuje empatii a porozumění, je trpělivý (Payne, Seymour, Ingleton, 2008, s. 265).

O'Connor (2003, s. 12) k této problematice dodává, že v současné době panuje shoda o tom, že nemocní lidé nejsou povinni podstupovat léčbu, která je pro ně zbytečná a lékaři nejsou povinni tuto léčbu zahajovat nebo v ní pokračovat. Terapie tedy může být ukončena, ale nikdy nesmí dojít k péči o pacienta. Z radikální léčby se nastupuje na paliativní péči, kde musí být přesně daná strategie a potřeby umírajících a jejich rodin.

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že paliativní péče (Kupka, 2014, s. 27):

- Poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení.
- Přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces.
- Neusiluje ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti.
- Integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty.
- Nabízí systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti.
- Nabízí rovněž systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i vlastním zármutkem.
- Pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí.

- Podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění.
- Je použitelná i v časně fázi onemocnění současně s jinými postupy léčení, které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje všechna vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobujících utrpení.



Obrázek 3 Vzájemný vztah a náplň podpůrné a paliativní intervence v jednotlivých fázích závažného onemocnění. Zdroj: Gallagher, 2019

Výše zmíněný obrázek ukazuje paliativní intervenci v jednotlivých fázích závažného onemocnění a pro vysvětlení doplňujeme význam horních indexů:

- 1) Časná podpůrná a paliativní péče od okamžiku diagnózy (měsíce až roky).
- 2) Péče v závěru života (týdny až měsíce).
- 3) Terminální péče u bezprostředně umírajících pacientů (hodiny až dny).

2.1 Formy paliativní péče

Podle komplexnosti péče potřebné k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou

a sociální péči o pacienty s pokročilým onemocněním, která je poskytována zdravotníky a pracovníky sociálních služeb v rámci rutinní činnosti. Její součástí je základní léčba symptomů, podpurná komunikace s pacientem a jeho rodinou a přiměřené organizační zajištění péče zohledňující specifika pokročilého onemocnění. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. Indikátory, podle kterých lze posoudit úroveň obecné paliativní péče v daném zdravotnickém zařízení, ale také na úrovni zdravotního systému jako celku, jsou (Sláma, 2012, s. 30):

- Kvalita komunikace o diagnóze život ohrožující nemoci, o prognóze, cílech a rozsahu léčby.
- Znalosti a dovednosti zdravotníků v ambulantním i lůžkovém prostředí při řešení obtíží spojených s nevléčitelnou nemocí (např. léčba bolesti a dalších symptomů).
- Kvalita ošetrovatelské péče (v lůžkových zařízeních i v domácím prostředí).
- Dostupnost léků a zdravotnických pomůcek.
- Dostupnost sociálního poradenství a sociální péče.
- Dostupnost psychologické péče a poradenství v ambulantní i ústavní péči.
- Dostupnost pastorační a duchovní péče i poradenství v ambulantní i ústavní péči.
- Kvalita „hotelových služeb“ v lůžkových zařízeních (např. počet lůžek na pokojích, kvalita lůžek i ostatních pomůcek, kvalita stravy).
- Kontinuita a koordinace péče v závislosti na aktuálních potřebách pacienta.

Specializovaná paliativní péče je interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni. Tento tým tvoří lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník a dle potřeby další odborníci. Poskytování paliativní péče a konziliární činnost je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Specializovaná paliativní péče slouží k zajištění péče u těch nemocných, kde intenzita a dynamika obtíží přesahuje možnosti řešení v rámci obecné paliativní péče.

Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy např. (Sláma, 2012, s. 31):

- Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP).
- Lůžkový hospic.

- Oddělení paliativní péče v rámci nemocnice.
- Ambulance paliativní medicíny (péče).
- Konziliární tým paliativní péče.

2.2 Multidisciplinární paliativní tým

Člověk není jen soubor diagnóz, z nichž si s každou jednotlivou má poradit jeden specialista. Často spolu jednotlivé složky naší osobnosti (fyzické, psychické, sociální a spirituální) vzájemně souvisí, ovlivňují se, v dobrém i zlém. Na tento fakt moderní medicína reaguje zlepšením spolupráce mezi jednotlivými profesemi a lepší výměnou informací. Paliativní medicína má v tomto výhodu, protože multidisciplinární způsob práce je jejím základem.

„V paliativní medicíně už si nevystačíme jen s biomedicínským modelem tak, jak se učí na lékařských fakultách. Nestačí jen řešit buňky, krvinky a hormony. Nemoc je třeba vnímat jako událost lidskou – ne jen biologickou. Lékař by měl umět pohlížet na člověka nejen jako na pacienta, ale jako na zajímavou osobu, která má jen tu smůlu, že trpí nějakou vážnou nemocí.“ (Sláma, 2012, s. 25)

Na tento fakt reaguje paliativní medicína zapojením různých profesí, které svůj postup vzájemně koordinují: lékaři, sestry, sociální pracovníci, psychoterapeuti a psychologové, pečovatelky a duchovní pracují jako jeden tým pod jedním vedením.

Lékař je vždy tím, kdo nese celkovou odpovědnost za nastavení léčby, její kvalitu a odbornou úroveň celého týmu. Jen on také může předepisovat léky, měnit medikaci, dávkování a podobně. A je to také lékař, kdo posuzuje takzvaná indikační kritéria, tedy odpověď na otázku, zda pacient splňuje podmínky například pro zařazení do péče mobilního hospice. Lékař je také ten, kdo s pacientem a jeho rodinou sestavuje plán péče podle přání a životních postojů pacienta. Týmy specializované paliativní péče vede v pozici primáře nebo vedoucího lékaře vždy lékař atestovaný v oboru paliativní medicíny.

Sestra má v paliativní péči většinou významnější postavení, než je zvykem v jiných medicínských odvětvích. Je to dáno tím, že jejím úkolem je neustálé hodnocení nejen pacientova zdravotního stavu, ale i jeho dalších potřeb: psychické pohody, rodinných a sociálních vztahů a vazeb, spirituálních potřeb. Právě sestra je pacientovi nejvíce nablízku, rozumí jeho životnímu příběhu, má v reálném čase možnost sledovat vývoj jeho nemoci.

Sestra je také u většiny pacientů tím členem paliativního týmu, s nímž sdílí své obavy, otázky, nejistoty ohledně nemoci a budoucnosti. Sestra také často slouží jako přirozený centrální prvek péče, který má přehled o činnosti dalších profesí u pacienta a zná všechny relevantní informace.

Sociální pracovník je průvodcem pacienta v otázkách dostupných služeb, systému finanční podpory, zajišťování návazných služeb v komunitě apod.

Psycholog nebo psychoterapeut je k dispozici jak pacientovi, tak jeho blízkým pro rozhovor o obavách, nejistotách nebo jakýchkoliv tíživých tématech, která situace do života nemocného přinesla.

Kaplan – duchovní se do péče o pacienta zapojuje na přání pacienta či jeho rodiny, podporuje zúčastněné ve hledání naděje a víry.

Dalšími členy multidisciplinárních týmů, zejména těch mobilních, jsou pak dále odlehčovací asistenti, kteří pomáhají pečujícím s každodenní péčí a provozem domácnosti, nebo dobrovolníci, kteří často poskytují jak odlehčovací služby, tak možnost rozhovoru či „pouhé“ blízkosti (Misconiová, 2005, s. 86–89).

3 PRACOVNÍCI V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Pro účely diplomové práce jsou v této kapitole vymezena nejdůležitější fakta, která se týkají pozice pracovníka v sociálních službách, náplní jeho práce, kvalifikačními předpoklady.

O pracovnících v sociálních službách pojednává zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, který říká, že **pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává:**

Přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb, která spočívá v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.

Pracovník v sociálních službách také vykonává základní výchovnou nepedagogickou činnost, která spočívá v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků. Pracovník v sociálních službách také působí na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy a v neposlední řadě dle tohoto zákona zabezpečuje zájmové a kulturní činnosti.

Provádí i pečovatelskou činnost v domácnosti osoby, která spočívá ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence.

Pod dohledem sociálního pracovníka vykonává činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (ČESKO. © 2006. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).

Podmínky výkonu činnosti

Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona. Bezúhonný

je ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen pro úmyslný ani jiný trestný čin. Bezúhonnost se dokládá výpisem z rejstříku trestu, který nesmí být starší 3 měsíců. Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a u zaměstnanců poskytovatel pracovnělékařských služeb (Králová, Rážová 2007, s. 136).

Požadavky odborné způsobilosti

Požadavkem odborné způsobilosti k výkonu práce pracovníka v sociálních službách pro přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb je základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Pro základní výchovnou nepedagogickou činnost je požadavek středního vzdělání s výučním listem nebo středního vzdělání zakončeného maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Pro pečovatelskou činnost v domácnosti je požadavek základního vzdělání, středního vzdělání, středního vzdělání s výučním listem, středního vzdělání zakončeného maturitní zkouškou nebo vyššího odborného vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu (Králová, Rážová 2007, s. 136–137).

Další vzdělávání

Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníku v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Účast na dalším vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace podle zvláštního právního předpisu. Další vzdělávání se uskutečňuje formami uvedenými v § 111 odst. 2. Ustanovení § 111 odst. 1 vět druhé až čtvrté a odst. 3 až 6 a 8 platí obdobně s tím, že program akce odborného charakteru podle § 111 odst. 6 se týká oboru činnosti pracovníka v sociálních službách. Povinnost účasti na dalším vzdělávání podle věty první se nevyžaduje za kalendářní rok, v němž pracovník v sociálních službách absolvoval akreditovaný kvalifikační kurz (ČESKO. © 2006. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).

3.1 Náplň práce sociálních pracovníků

Tato kapitola vymezuje a definuje pracovní náplň a činnosti pracovníků v sociálních službách, které z této pozice vyplývají a jak definuje zákon. Pracovníci v sociálních službách vykonávají:

- **Obslužnou péči o osoby** – vykonává se v ambulantních a pobytových zařízeních sociálních služeb. Jedná se o pomoc klientům při denních činnostech, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, posilování životní aktivizace, podporu soběstačnosti, uspokojování psychosociálních potřeb a vytváření základních sociálních a společenských kontaktů.
- **Základní výchovnou nepedagogickou činnost** – jedná se o prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků klientů, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků klientů, manuální zručnosti a pracovní aktivity klientů, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů a znalostí, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti.
- **Pečovatelskou činnost v domácnosti osoby** – vykonává se v domácnosti klienta. Spočívá ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence.
- **Činnosti vykonávané pod dohledem sociálního pracovníka** – jedná se o základní sociální poradenství, depistážní činnosti (= vyhledávání osob ohrožených sociálním vyloučením), výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (= zajištění co nejvyšší kvality života klientům), činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Sokol, Trefilová, 2008, s. 177 – 179).

Sociální pracovník

V rámci této kapitoly můžeme vzít v potaz i sociálního pracovníka, jehož také vymezuje zákon č. 108/2006 Sb. Dle paragrafu 109 sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. Plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost je předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka. Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktický lékař pro děti a dorost a u zaměstnanců poskytovatel pracovnělékařských služeb.

Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je:

a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.

Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.

Při uznávání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie se postupuje podle zvláštního právního předpisu (ČESKO. © 2006. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).

Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání dle § 111 v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Pokud pracovní poměr sociálního pracovníka u téhož zaměstnavatele netrvá celý kalendářní rok, činí rozsah dalšího vzdělávání jednu dvanáctinu částky rozsahu uvedeného ve větě první za každý kalendářní měsíc trvání pracovního poměru. V případě nepřítomnosti v práci v rozsahu delším, než jeden kalendářní měsíc se rozsah dalšího vzdělávání krátí o jednu dvanáctinu celkové částky rozsahu. Povinnost zabezpečení dalšího vzdělávání se nevztahuje na zaměstnance ve zkušební době.

Formy dalšího vzdělávání jsou:

- a) Specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka.
- b) Účast v kurzech s akreditovaným programem – další vzdělávání se uskutečňuje na základě akreditace vzdělávacích programů udělené ministerstvem na vysokých školách, vyšších odborných školách a ve vzdělávacích zařízeních právnických a fyzických osob (dále jen „vzdělávací zařízení“).
- c) Odborné stáže – dalším vzděláváním se rozumí výkon odborné činnosti na základě písemné smlouvy mezi zaměstnavatelem a zařízením zajišťujícím odbornou stáž.
- d) Účast na školicích akcích – dalším vzděláváním se rozumí vzdělávací akce v maximálním rozsahu 8 hodin ročně organizovaná zaměstnavatelem nebo odbornou organizací, jejíž je zaměstnavatel členem.
- e) Účast na konferencích – dalším vzděláváním se rozumí akce odborného charakteru v maximálním rozsahu 8 hodin ročně, jejíž program se týká oboru činnosti sociálního pracovníka.

Účast na dalším vzdělávání podle odstavce 2 se považuje za prohlubování kvalifikace podle zvláštního právního předpisu. Dokladem o absolvování dalšího vzdělávání podle odstavce 2 písm. a) a b) je osvědčení vydané vzdělávacím zařízením, které další vzdělávání pořádalo. Dokladem o absolvování dalšího vzdělávání podle odstavce 2 písm. c) a d) je potvrzení vydané zařízením, ve kterém byla zajišťována odborná stáž, nebo zaměstnavatelem jako organizátorem odborné stáže nebo školicí akce. Dokladem o absolvování dalšího vzdělávání podle odstavce 2 písm. e) je potvrzení vydané organizátorem konference (ČESKO. © 2006. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).

3.2 Etická úskalí v péči o umírající

Paliativní péče se v současnosti stala synonymem pro specializovanou péči o umírající, která zahrnuje fyzický, psychologický, sociální a duchovní aspekt a pokračuje i po smrti pacienta, kdy se zaměřuje na rodinu. Péče je v době zármutku proto součástí paliativní péče stejně jako péče při umírání. Změny v péči o nevléčitelně nemocné přinesly potřebu ošetřovat pacienta jako osobnost, u které musíme respektovat všechny zdravotnické principy. Paliativní péče má být založená na určitých principech a hodnotách (Firth, Luff, Oliviere, 2005, s. 21).

Prvořadě je zachovávat důstojnost pacienta až do posledních chvil jeho života a je nesmírně důležité, aby byly v péči o pacienty v terminálním stadiu uplatňovány základní etické principy. Nesmírně důležitý je princip autonomie, což znamená, že zdravotníci musejí respektovat samostatné a nezávislé konání jedince až do jeho smrti. Musejí dodržovat princip beneficence či nonmaleficence, a tedy podle svých možností vždy konat dobro a vyhnout se způsobení škod (Munzarová, 2005, s. 42).



Obrázek 4 Objímání babičky v parku. Zdroj: Stock fotografie, © 2023

Spravedlnost a informovanost jsou další důležité principy, které jsou neoddělitelnou součástí péče o pacienty v terminálním stadiu. Potřeba chránit důstojnost člověka a jeho přirozená

práva probudila zájem i o problematiku profesní etiky. Po staletí ve své předvědecké i vědecké podobě medicína i ošetrovatelství zasahovaly a stále zasahují do nejintimnějších sfér člověka. Tato výsada její představitelů – zdravotnické pracovníky – zavazuje reagovat citlivěji a ve větším časovém předstihu než v jiných oblastech lidských aktivit. Proces humanizace zdravotní péče se projevuje úsilím o realizaci základních etických principů v medicíně a ošetrovatelství. Poskytování zdravotní péče je vymezené čtyřmi etickými principy, které se vzájemně doplňují, a tak tvoří jednotu. První dva principy byly vyjádřeny již ve starověku. Kromě starověkých etických principů jsou základem nové kvality vztahů mezi zdravotníky a pacientem další dva principy – princip autonomie (úcta k autonomní osobnosti pacienta, k jeho lidské důstojnosti a schopnosti o sobě rozhodovat), princip spravedlnosti (právo každého člověka na dostupnost kvalitní zdravotní péče, která je poskytována bez diskriminace). Uplatňování etických principů v mezilidských vztazích zdravotník/pacient je zakotveno i ve více dokumentech, jako jsou práva pacientů či etický kodex sestry (Kutnohorská, 2007, s. 18).

Princip autonomie (svébytnosti) – jedná se o etický princip, který poukazuje na to, že každý by měl mít právo určovat své chování a jednání, a to podle svých osobních etických zásad. Ctít autonomii jednotlivce vlastně znamená připustit jeho volbu podle osobních hodnot a přesvědčení. Autonomie jedince má také sociokulturní kontext, včetně náboženství.

Autonomie pacienta je protikladem paternalistického přístupu, kde lékař rozhodoval o pacientovi a realizoval své medicínské plány, a to na základě vědomostí a přesvědčení, že koná dobro, a tak pacienta nepoškozují. Paternalistický model se v rozvinutých demokraciích postupně překonává jako nevyhovující, protože není v souladu s uplatňováním lidských práv, a to hlavně s principem autonomie pacienta, neaktivizuje pacienta a nevede ho k přebírání zodpovědnosti za sebe sama (Kasanová, 2009, s. 76).

Paternalismus je vlastně rozhodování lékaře v otázkách diagnostického i léčebného postupu bez respektování autentické autonomie pacienta a bez ohledu na konkrétní postoje a přání pacienta. Tento paternalistický postoj je oprávněný pouze v případech akutního ohrožení života, kdy se lékař musí urychleně rozhodovat o urgentních stavech, jako je bezvědomí či šok.

Princip beneficence (prospěšnosti) – tento princip představuje pozitivní dimenzi neškodit, předcházet poškozením, odstraňovat je a současně podporovat dobro, což znamená tělesnou a duševní pohodu a prospěch pro nemocného včetně pomoci při uskutečňování jeho vlastního plánu. Dalo by se říci, že beneficence je závazek konat dobro a vyhnout se

způsobení škod. Sestry jsou vázány povinností podnikat takové kroky, které prospívají pacientovi. Někdy to znamená nezůstat nečinný, ale aktivně se zabírat potřebami pacienta, realizovat aktivní léčebnou a ošetrovatelskou péči (Munzarová, 2005, s. 42).

Princip nonmaleficence (neškodnosti) - nonmaleficence, tzn. princip neškodit, zakazuje ublížit, poškodit anebo dokonce usmrtit jiné, a je tedy podporou známého přikázání „nezabiješ“. Má vztah k zásadě „primum non nocere“, což znamená především neškodit. Toto pravidlo bývá často citované a upřednostňované i před principem prospěšnosti a vyplývá z něho omezení autonomie každého vzhledem k dobru ostatních. Jsou však určité situace, kdy může dojít k neúmyslnému poškození nemocného i bez toho, aby to bylo v rozporu s tímto principem. Je proto potřeba zkoumat podmínky, kdy je možné určité riziko tolerovat (Munzarová, 2005, s. 42).

Princip spravedlnosti (justice) – jedná se o princip vyžadující stejné jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci, a diferencované jednání s lidmi, kteří jsou v různých situacích. To znamená, že pokud mají pacienti stejné potřeby v záležitostech zdraví, mělo by o ně být postaráno stejně (Kutnohorská, 2007, s. 18).

Princip spravedlnosti má souvislost především s rozdělováním prostředků, dobra i zátěže a služeb. Jsou dvě formy uplatňování tohoto principu: buď pomocí srovnávání potřeb jednotlivců anebo skupin lidí v případě omezených zdrojů, nebo na základě určitého klíče bez komparace. Spravedlnost a rovnoprávnost znamená, že nikdo nemá dostávat více než jiní, a sice z hlediska osobních výhod. Jde o rovnost možností, a to bez znevýhodňování určitého pacienta, což je podmíněno i mírou a obsahem podávaných informací. Z morálního hlediska jsou při práci s pacientem nepřijatelné formy diskriminace na základě těchto charakteristik: věku, pohlaví, informovaného odmítnutí, národnosti, příslušnosti k etnické skupině anebo rase, sociálního statusu, náboženství, charakteru onemocnění (Kasanová, 2009, s. 77).

Informovaný souhlas pacienta – je bezesporu jedním z nejdůležitějších etických principů, které si postupně nacházejí své uplatnění v novém vztahu lékař/pacient a následně i v etických kodexech, např. Deklaraci práv pacientů, je princip informovaného souhlasu. Koncem roku 1972 Americká asociace nemocnic schválila zákonný projekt o právech pacientů. Mezi právy pacienta, která byla tímto přijata, má prvořadý význam „právo na informaci, která tvoří základ informovaného souhlasu“ – „informovaný souhlas je základem vyváženosti vztahu mezi pacientem a lékařem“. Informovaný souhlas je souhlas s poskytnutím zdravotní péče a tomu předcházelo poučení. Důvodem k získávání

informovaného souhlasu by neměla být pouze právní ochrana zdravotníka, ale především zabezpečení autonomie pacienta a zlepšení jeho schopnosti rozhodovat se. Z právního hlediska jakýkoli dotyk bez předcházejícího souhlasu pacienta se může považovat za použití násilí. Neposkytnutí informací, poučení či nevyžádání informovaného souhlasu lze považovat za projev neúcty k sebeurčení pacienta, což je projevem nedůstojného přístupu k němu. Zdravotnický pracovník je povinný informovat o účelu, povaze, následcích i rizicích poskytnutí zdravotní péče a o možnostech volby navrhovaných postupů a rizicích odmítnutí zdravotní péče osobu, které má být zdravotní péče poskytnuta (Kasanová, 2009, s. 78).

Nejtěžším úsekem společné cesty lékaře, sestry a pacienta je podávání informací o zdravotním stavu při nepříznivé prognóze. Argumentem, který se často používá v neprospěch informovanosti pacienta, jsou obavy z jeho psychického selhání. Pacient, který není informovaný o nepříznivé prognóze svého zdravotního stavu, ztrácí možnost vyrovnat se se svojí situací, která je skutečná a nezvratná bez ohledu na to, zda se o ní hovoří anebo ne. Velmi důležitá je veracita, tzn. Pravdomluvnost, což je závazek říkat druhým pravdu a neklamat je. V jistém smyslu lze hovořit o pravdivosti vůči sobě samému. V minulosti nebylo respektované právo pacienta na poskytnutí pravdivých informací. Důvodem byl strach převzít psychologickou péči o nemocného, který je na konci svého života. Milosrdné lži, které byly používány, byly vysvětlovány tak, že by pacient nebyl schopný unést pravdu. Psychologové tvrdí, že jde o projekci a ten, kdo by neunesl pravdu, by byl zdravotník. Lékaři brali umírání jako svoji léčebnou prohru. V západních státech je oznamování pravdy pacientovi o jeho zdravotním stavu samozřejmostí, a to i když se jedná o nevyléčitelné onemocnění. V současné době se ještě neřeší otázka, zda se má pacientovi oznámit pravda, ale řeší se, kdo, kdy, kde a jak tuto pravdu pacientovi oznámí (Munzarová, 2005, s. 43).

Důstojné umírání a smrt – v tomto případě lze důstojnost chápat jako pojem morálního vědomí, který vyjadřuje představy o hodnotě lidského jedince jako rovnocenné, rovnoprávné, svobodné a autonomní bytosti. Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je osobní blízkost druhého. Nikdo by neměl umírat sám, důstojná smrt má mít charakter sociálního aktu. Tohoto cíle lze dosáhnout pouze tehdy, jsou-li stanovena pravidla, kdo a co bude dělat. Je nutné určitým způsobem závěr lidského života ritualizovat a současně využít zkušenosti domácího, ale i institucionalizovaného modelu péče (Munzarová, 2005, s. 44).

Léčit či ošetřovat pacienta s úctou k jeho lidské důstojnosti je morální povinností lékaře i sestry. Měly by být dodržovány následující zásady:

- Respektovat potřebu sebeúcty člověka, která je často snižena právě pro závažné onemocnění a jeho následky či pro nedůstojné podmínky a podřízené postavení. Zabraňovat jakékoli diskriminaci pacienta.
- Umožňovat projevy svobodné vůle a volbu zodpovědného konání na základě obsáhlého informování o podstatě onemocnění, diagnostických, léčebných či ošetřovatelských postupech.
- Zmírňovat utrpení nemocného, a to v souladu s aktuálními poznatky o člověku jako celostní osobnosti, a kromě instrumentální terapie mu poskytovat i emocionální a duchovní podporu. A to vše v souladu s jeho světonázorovou orientací a individuálními potřebami, které souvisejí s onemocněním. Takový přístup je předpokladem důstojného umírání.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Tato část diplomové práce se zabývá vymezením výzkumného problému, formulací a vymezením výzkumného cíle, výzkumných otázek a také organizaci výzkumného šetření. Nedílnou součástí této kapitoly je popis použitých metod, díky kterým jsme byli schopni analyzovat výsledky výzkumného šetření.

4.1 Výzkumný problém

Jaký je pohled na umírání a smrt pracovníků v sociálních službách?

Každý jde blížící se smrti vstříc svým vlastním způsobem a vtiskuje tak svému umírání jedinečnost. Smrt je tak jedinečná, jak jedinečný je každý člověk. V současné společnosti je smrt jakoby neviditelná, snažíme se na ni nemyslet, a proto se jí mnohdy o to víc bojíme. Často vytěšňujeme fakt, že jsme smrtelní a že smrt může přijít v kterémkoli věku a čase, jelikož lidská psychika se brání myšlence na smrt. Proto středem našeho zájmu bylo zjistit, jak na umírání a smrt nahlíží lidé, kteří jsou s ní dennodenně v kontaktu. Výzkumný problém této diplomové práce byl formulován: Umírání a smrt z pohledu pracovníků v sociálních službách.

4.2 Výzkumné cíle

Hlavním cílem diplomové práce bylo pomocí výzkumného šetření:

- Zjistit, jak na umírání a smrt pohlížejí pracovníci v sociálních službách.

Jako dílčí cíle jsme stanovili následující:

- Zjistit, jak vnímají umírání a smrt pracovníci v sociálních službách.
- Zjistit, jak zkušenosti s umíráním a smrtí mohou ovlivnit profesní život pracovníků v sociálních službách.
- Zjistit, jak zkušenosti s umíráním a smrtí mohou ovlivnit soukromý život pracovníků v sociálních službách.

4.3 Výzkumné otázky

Na samotném začátku výzkumného šetření jsme si stanovili hlavní výzkumnou otázku a otázky dílčí, abychom dokázali dojít ke stanovenému cíli. Hlavní výzkumná otázka zní:

Jaký je pohled pracovníků v sociálních službách na umírání a smrt?

Cílem této otázky je zjistit, jaký mají pracovníci v sociálních službách pohled na umírání a smrt, jestli o tom vůbec přemýšlejí, jaké mají pocity při této myšlence a zda po těchto zkušenostech přehodnotili životní hodnoty.

Dílčí otázky:

DVO 1

Jak vnímají umírání a smrt pracovníci v sociálních službách?

TO 2–3 (tazatelské otázky)

TO Setkal/a jste se ve své profesi s umíráním a se smrtí?

TO Jak na Vás celá situace působila?

DVO 2

Jak pracovníka v sociálních službách tato zkušenost ovlivnila v jeho profesi?

TO Mluví s Vámi klienti o umírání nebo o smrti?

TO Jak zkušenost s umíráním a se smrtí ovlivňuje Váš přístup k ostatním klientům?

DVO3

Jak pracovníka v sociálních službách tato zkušenost ovlivnila v jeho soukromém životě?

TO Jak ovlivnila zkušenost s umíráním a se smrtí Váš přístup k životu?

TO Jak se změnila Vaše priority ve Vašem životě?

TO Je něco, co byste rád/a k této problematice dodal/a?

4.4 Metodologie výzkumu

Hendl (2005, s. 49) uvádí, že v sociálních vědách pojem kvalitativní výzkum označuje výzkum, který se zaměřuje na to, jak jednotlivci a skupiny nahlízejí, chápou a interpretují svět. Podle jiných kritérií může být jako kvalitativní výzkum označován takový výzkum, který neuvádí statistických metod a technik. V tomto pojetí je v opozici k výzkumu kvantitativnímu, v praxi psychologického a sociologického výzkumu jsou oba přístupy nejčastěji doplňkem jeden druhého. Impulsem pro rozšíření kvalitativního výzkumu byla reakce výzkumníků na dominanci kvantitativních metod zkoumání, které se opírají o přírodovědný a pozitivistický způsob řešení výzkumných otázek, hypoteticko-deduktivní paradigma, strukturovaný sběr dat a statistické metody testování hypotéz. Kvalitativní výzkum se snaží interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný předmět tím, že výzkumník přejímá jejich perspektivu. Využívá se podrobný popis každodenních situací. Jde o porozumění akcím a významům v jejich sociálním kontextu. Při kvalitativním výzkumu se neredukuje počet proměnných ani vztahy mezi nimi, o jejich redukci rozhodují samy zkoumané subjekty. Jsou upřednostňovány otevřené a nestrukturované výzkumné plány, analýza vychází z velkého množství informací o malém počtu jedinců. Převažuje zájem o reálné celky, interakce mezi aktéry a individuální osudy. Kvalitativní výzkum je ve své povaze orientován celostně, člověk, skupina lidí, nebo událost je zkoumaná (podle možností) ve všech rozměrech, návaznostech, souvislostech. Podstatou kvalitativního výzkumu je tedy zkoumání způsobu, jakým lidé interpretují sociální okolí a své prožívání a zkušenosti. V kvalitativním výzkumu pracujeme s mnohočetnými, ale špatně operacionalizovatelnými proměnnými. Základem je induktivní analýza dat (narativní – slovní materiál) a proces vytváření nových hypotéz a teorií, výsledky jako takové nelze zobecňovat (Hendl, 2005, s. 50).

4.5 Design výzkumu

Design představuje rámec nebo průvodce (guide) pro plánování, implementaci a analýzu výzkumu. Jedná se o způsob, jakým zjišťujeme odpověď na výzkumnou hypotézu nebo otázku, ale také o charakteristiku postupu (blueprint), kterým se dopracujeme k odpovědi na výzkumné cíle. Design výzkumu jednoznačně úzce souvisí s vymezenými cíli výzkumu, jelikož podle cíle výzkumu musíme zvolit adekvátní design výzkumu.

V případě našeho výzkumu jsme použili zakotvenou teorii, která má základy v sociologickém výzkumu. V průběhu jejího dlouholetého vývoje se rozšířila do mnoha dalších disciplín a vznikly její různé verze nebo modifikace. Nepředstavuje jednoduší přístup nebo metodu, ale bývá označovaná jako „rodina metod“ (Driessnack et al., 2007). Hlavním cílem je vybudovat „novou“ teorii zkoumaného jevu na základě samotných dat (jde o vytváření teorií pevně zakotvených v datech). Jedná se o způsob, který nám umožní daný jev pojmenovat, lépe mu porozumět v různých souvislostech a výsledkem je teorie nebo pracovní model, který nám poskytuje vysvětlující rámec na pochopení zkoumaného jevu. Výzkumné otázky jsou zaměřeny na identifikaci a teoretické uchopení jevu nebo především procesu a zákonitostí tohoto procesu (Driessnack et al., 2007). Z praktického hlediska může být potřebná teorie na vysvětlení životních zkušeností osob se zkoumaným jevem a výzkumník chce poskytnout všeobecný rámec. Proces analýzy dat můžeme rozdělit do 3 fází:

- Tvorba konceptů.
- Hledání teoretických vztahů mezi koncepty.
- Volba ústředního konceptu a formulace teorie.

Daný proces není lineární, ve skutečnosti se jednotlivé fáze mohou překrývat, často se výzkumník vrací do předchozích fází, aby doplnil data či hledal nové kategorie. Zakotvená teorie zahrnuje progresivní identifikaci a integraci významových jednotek, konceptů ze získaných dat; poskytuje usměrnění, jak identifikovat koncepty, vytvářet propojení a vztahy mezi nimi. Na dosažení uvedených cílů byly vytvořeny specifické klíčové strategie nebo postupy: teoretické vzorkování (theoretical sampling), neustálé porovnávání (constant comparative analysis), otevřené (open coding), zaměřené (focused coding), selektivní (selective coding) a axiální (axial) kódování (Driessnack et al., 2007).

Prvním krokem v tvorbě konceptů je nalezení významových jednotek (kódů) prostřednictvím otevřeného kódování ze získaných dat (nejčastějšími zdroji dat jsou polostrukturovaný rozhovor, případně pozorování). Kód by měl výstižně shrnovat podstatu významové jednotky tak, jak ji v dané chvíli chápou výzkumníci. V dalším kroku výzkumník soustřeďuje pozornost na rozvíjení vlastností a dimenzí existujících konceptů a z otevřeného kódování se stává zaměřené nebo selektivní kódování. V celém procesu výzkumník neustále systematicky porovnává vzniklé koncepty (neustálé porovnávání). Podstatou teorie není

jenom deskriptivní popis konceptů nebo kategorií, které byly vytvořené na základě otevřeného kódování ze získaných dat. Jádrem je teoretické uchopení procesů, průběhu dění – tedy vysvětlení vztahů mezi koncepty (axiální kódování). V této fázi pokračuje tvorba dat a výzkumník vyhledává nové respondenty s cílem zachytit další různé projevy zkoumaného jevu. Tento proces shromažďování dat na základě konceptů, vytvořených v předcházejících krocích, se nazývá teoretické vzorkování. Končí ve fázi, kdy v procesu analýzy nezískáváme nové informace a dosáhli jsme teoretické nasycenosti. V poslední fázi – volbě ústředního konceptu a formulace teorie - dochází k volbě ústředního konceptu (hlavního tématu analýzy) a jeho propojení s dalšími koncepty (selektivní kódování) (Driessnack et al., 2007).

4.6 Technika sběru dat

V našem případě, jsme použili jako techniku ke sběru dat hloubkový rozhovor neboli in-depth interview, který je jednou z nejvýznamnějších a nejčastěji využívaných metod sběru dat v rámci kvalitativního výzkumu. Lze jej definovat jako nestandardizované dotazování obvykle jednoho informačního partnera jedním tazatelem. Cílem sběru dat v kvalitativním výzkumu je zjistit nejen, jak se informační partneři chovají, ale především důvody jejich chování. Typické pro kvalitativní výzkum jsou otázky Kdo, Proč, případně Jak. Hloubkový rozhovor umožňuje informačnímu partnerovi vyjadřovat své názory na zkoumanou problematiku, díky čemuž výsledky takového výzkumu přináší detailní informace o zkoumaném jevu. Jedná se o individuální rozhovor tazatele a informačního partnera zaměřený na zvolené téma, při kterém se tazatel snaží proniknout do nitra informačního partnera a objevit klíčové postoje, motivy a vztahy. Tazatelem u tohoto typu výzkumu zpravidla bývá zkušený psycholog či sociolog, jehož úkolem je vést respondenta k tomu, aby na dané téma volně hovořil. Pokud se v jeho vyprávění vyskytne nějaká zajímavá informace, tazatel ho povzbuzuje k rozvinutí myšlenky. Pomocí co nejvolnějších, ale tematicky předem vymezených asociací, zjišťuje specifické relevantní obsahy, které lze najít na všech úrovních vědomí (Hendl, 2005, s. 166).

Následně jsme jako vhodnou metodu zvolili polostrukturovaný rozhovor. Hendl (2005, s. 166 – 169) zmiňuje že, má předem daný soubor témat a volně přidružených otázek, ale jejich pořadí, volba slov a formulace může být pozměněna, případně může být něco dovysvětleno. Konkrétní otázky, které se zdají tazateli nevhodné, mohou být dokonce i vynechány; jiné naopak mohou být přidány. Polostrukturované rozhovory jsou flexibilnější

a volnější než strukturované, ale jsou organizovanější a systematictější než nestrukturované rozhovory. Při správně vedeném interview cítí jak tazatel, tak jeho partner, že jde o dvoustrannou rovnocennou komunikaci. Úkolem tazatele je jasně sdělovat, jaké informace požaduje a proč jsou pro něho důležité. V interview hrají důležitou roli dva aspekty. Jde o přístup k dotazovanému a postoj vůči obsahu sdělení. Během rozhovoru musí tazatel udržovat motivaci dotazovaného k vyprávění tím, že se chová určitým způsobem, ale zároveň nesmí ovlivnit obsah sdělení tím, že kladně nebo záporně reaguje na odpovědi. „Ačkoli tazatel zůstává neutrální vůči obsahu, musí vhodně podněcovat respondenta, aby mu svěřoval další podrobnosti. Tento přístup znamená dávat dotazovanému najevo, že se jeví tazateli jako velmi zajímavá osoba. To se týká i obsahu jeho sdělení.“ (Hendl, 2005, s. 170)



Obrázek 1 Mimo Smrt Víra Nebe Bůh Náboženství Lesk Záře.

Zdroj: Pixabay fotografie, © 2023

Hendl (2005, s. 172) také uvádí zásady pro vedení interview, které jsou formulovány tímto způsobem:

- 1) Zajišťujeme důkladnou přípravu a nácvik provedení rozhovoru.
- 2) Účel výzkumu určuje celý proces interview.
- 3) V interview máme vytvořit rámec, v němž se bude moci dotazovaný vyjadřovat pomocí svých vlastních termínů a svým vlastním stylem.

- 4) Vytváříme vztah vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu. Jsme citliví k pohlaví, k věku a kulturním odlišnostem dotazovaného.
- 5) Při přípravě a provedení rozhovoru si uvědomujeme, že otázky v rozhovoru nejsou totožné s výzkumnými otázkami.
- 6) Otázky formulujeme jasným způsobem, kterému dotazovaný rozumí.
- 7) Klademe vždy jenom jednu otázku.
- 8) Otázky doplňujeme sondážními otázkami.
- 9) Dotazovanému dáváme jasně na vědomí, jaké informace požadujeme, proč jsou důležité a jak interview postupuje.
- 10) Nasloucháme pozorně a odpovídáme tak, aby dotazovaný poznal, že o něj máme zájem. Necháváme dotazovanému dostatek času na odpověď.
- 11) Udržujeme si neutrální postoj k obsahu Sdělovaných dat. Sbíráme data, ale neposuzujeme osobu.
- 12) Jsme pozorní a citliví k tomu, jak je dotazovaný rozhovorem ovlivněn a jak odpovídá na různé otázky.
- 13) Zohledňujeme časové možnosti dotazovaného.
- 14) Jsme reflexivní, sebekriticky monitorujeme sami sebe.
- 15) Po rozhovoru kompletujeme a kontrolujeme své poznámky, jejich kvalitu a úplnost.

Otázky, které byly položeny v našem rozhovoru:

- 1. Setkal jste se ve své profesi s umíráním a se smrtí?**
- 2. Jak se na Vás celá ta situace působila?**
- 3. Mluví s Vámi klienti o umírání nebo o smrti?**
- 4. Jak zkušenost s umíráním a se smrtí ovlivňuje Váš přístup k ostatním klientům?**
- 5. Jak ovlivnila zkušenost s umíráním a se smrtí Váš přístup k životu?**
- 6. Jak se změnila Vaše priority ve Vašem životě?**

Je něco, co byste ráda k této problematice dodal/a?

4.7 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo šest respondentů, z toho 4 ženy a 2 muži. Pro lepší přehlednost jsou potřebné údaje uvedené v tabulce.

Tabulka 1 Údaje respondentů, Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Respondent	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe	Rodinný stav	Profese
R1	Žena	25	Základní	5 let	Svobodná	Pracovník v přímé péči
R2	Muž	36	Středoškolské s maturitou	3 roky	Ženatý	Pracovník v přímé péči
R3	Muž	32	Středoškolské	2,5 roku	Svobodný	Pracovník v přímé péči
R4	Žena	40	Středoškolské	1 rok	Svobodná	Pracovník v přímé péči
R5	Žena	46	Středoškolské	10 let	Vdaná	Pastorační asistentka v sociálních službách, koordinátorka humanitárních a dobrovolnických aktivit, poradce pro pozůstalé, zdravotní sestra domácí hospicové péče
R6	Žena	61	Středoškolské	14 let	Vdaná	Pracovník v přímé péči

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje.

5.1 Axiální kódování

Při axiálním kódování se výzkumník nejdříve ptá, zdali nelze některé koncepty sloučit do kategorií či zda není vhodné sloučit určité kategorie. Poté provádí analýzu vztahů mezi kategoriemi. Snaží se postihnout tu kategorii, která propojuje všechny ostatní (fenomén). Těmi podle obecného kódovacího paradigmatu jsou kontext, kauzální podmínky, intervenující podmínky, následky a strategie jednání. V předchozím textu by se nejdříve vytvořila kategorie aktivity ke zlepšení, do které by byly zahrnuty koncepty (zvaní autorů, výlet). Poté by výzkumník zkoumal vztahy mezi kategoriemi. Fenomémem by byla klesající vzdělanost, příčinnou podmínkou nezáměr o čtení, strategií aktivity ke zlepšení a následkem lepší studijní výsledky (Hendl, 2016, s. 252 – 254).

Z námi získaných informací jsme stanovili následující kódy:

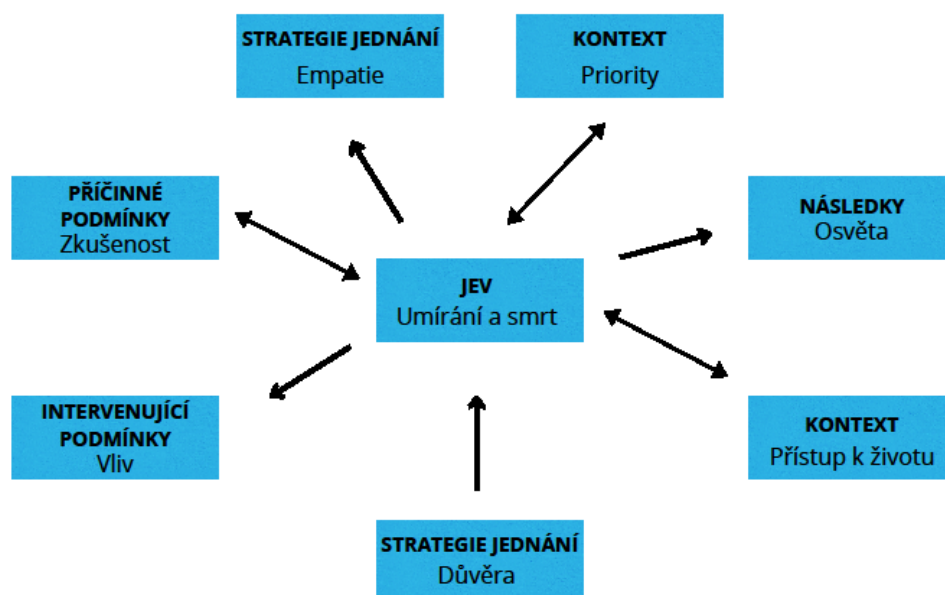
- Setkání s umíráním a smrtí.
- Empatie.
- Kontakt.
- Důvěra.
- Přístup.
- Vliv.
- Změna.
- Uvědomění.
- Priority.
- Osvěta.
- Soukromí.

5.2 Selektivní kódování

Selektivní kódování se používá většinou v samém závěru analýzy. Východiskem je axiální kódování, které poskytuje přehled o vztazích kategorií v textu. Cílem selektivního kódování je stanovení hlavních kategorií, které budou ústředním zdrojem vznikající teorie a které budou zahrnovat všechny kategorie ostatní. Z hlavních kategorií je následně třeba získat jednu ústřední. Metaforou vyjádřeno: selektivním kódováním hledáme hlavní postavu děje (Hendl, 2016, s. 254 – 257).

Na základě axiálního kódování jsme stanovili následující stěžejní kódy:

- Zkušenost.
- Vliv.
- Důvěra.
- Empatie.
- Přístup k životu.
- Priority.
- Osvěta.



Obrázek 2 Paradigmatický model výzkumu. Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

5.3 Interpretce dat

V této kapitole diplomové práce představíme získaná data, kterým jsme přiřadili kategorie a odpovíme na stanovené výzkumné otázky.

Zkušenost

První námi stanovená kategorie představuje zkušenost. Jedná se o zkušenost respondentů s umíráním a smrtí. První otázka rozhovoru zjišťovala, zda měli naši respondenti možnost se s umíráním a smrtí již setkat. Všichni naši dotazovaní se shodli a uvedli, že ano, během své profese se s nimi setkali. Respondent R3 se setkal se smrtí i v osobním životě a vyjádřil se, že tato smrt byla mnohem horší, že při výkonu své profese se setkal se smrtí klidněji. Doslova na naši otázku uvedl odpověď, která zněla takto: *„Hmm..., jo. V osobním i profesním životě, jsem se se smrtí setkal. V tom osobním životě to asi bylo moje první setkání se smrtí. Byla to tehdy dost stresová situace. Hmm..., kdy se volala i záchranná služba a musel jsem poskytovat resuscitaci. Hmm...a bohužel teda neúspěšně, toho dotyčného se mi nepodařilo zachránit a potom ani vlastně se to nepodařilo ani záchranné službě, která potom přijela. To bylo hodně stresové, no. Potom jsem se setkal se smrtí i na pracovišti, vlastně v rámci své profese, kde to teda bylo.... Hmm.... v uvozovkách klidněji, kdy jsem vlastně přišel k lůžku klienta a on vlastně byl už po smrti. No, člověk vlastně viděl už jenom to tělo, neviděl ten samotný, samotný okamžik smrti.“* Z vyjádření bylo patrné, že se respondentovi nemluvílo lehce a bezesporu to není jednoduché téma, při osobní zkušenosti to bylo o to těžší, že se jednalo o rodinného příslušníka dotazovaného. Také respondent R1 zmínil, že se se smrtí setkal několikrát a někdy to bylo dobré, jindy složité. Respondent R6, který má nejdelší praxi, nám poskytl naprosto upřímnou odpověď, která zněla: *„Ano, setkala, jelikož pracuji v sociálních službách čtrnáct let, tak se smrtí jsem se setkala nejvíce, asi když jsem pracovala v hospici, byla jsem tam jako na dohodu. Tam bohužel, teda jsem se se smrtí setkávala víceméně denně. Ale určitě je to rozdíl hospic a sociální služby a řeknu, proč. Protože v hospici bohužel řeknu to tak, jak to je...tam je prostě umírání, jak se řekne na běžícím pásu, takže k těm lidem si člověk nevytvoří nějakou tu vazbu. Takže ani, ani to tam tak nějak nevnímá, že, že by, ta lítost tam prostě není taková, ale v těch sociálních službách, tam jsme s lidmi týden, čtrnáct dní, měsíc s některýma i roky a určitě si s nimi vytvoříte vztah...s některýma. S některýma si vytvoříte vztah, protože když ten člověk umře, tak se vás to dotkne. Určitě se vás to dotkne hodně, protože k někomu máte blíž, k někomu máte dál*

a člověk potom má takový pocit, že to je rodinný příslušník, a proto i to umírání, ještě když je k tomu člověk přítomen, tak ho se to určitě dotkne a zasáhne.“ Respondent R4 se rovněž setkal se smrtí nejen v pracovním, ale také osobním životě, když pečoval o svou babičku v domácím prostředí. Respondent R5 se vyjádřil následujícím způsobem: „Jako zdravotní sestra, jsem si říkala častokrát...s umíráním, protože moje profese na začátku byla sestra na onkologickém oddělení, takže tam smrt a umírání bylo dost časté, i když už tehdy před těmi deseti lety se snažilo, aby ti pacienti umírali doma. Ale i tak bylo dost pacientů, kteří umírali na oddělení.“

Vliv

Jedná se o vliv toho, jak na respondenty tento kontakt či zkušenost se smrtí působila. Ve všech případech vyšlo najevo, že první zkušenost byla pro všechny velice těžká a ovlivnila každého respondenta. Jako prvotní se objevily pocity deprese, strachu, paniky. Je nutno říci, že tento fakt lidí vždy svým způsobem ovlivní, ale s postupujícími léty praxe jsou respondenti na tyto situace připravenější a vstřebávají své pocity rychleji. Respondent R2 narovinu přiznal, že postupem času se člověk jakoby „otupí“. Doslova uvedl: „*No, asi to první umírání je takhle pro mě nebo ne jenom první, ale jako by těch umírání prvních jako by pro mě bylo docela takový, jako těžký to vstřebat. Ale postupně prostě se člověk nějak otupí a už to bere tak, jak to je, že to prostě je součást života. No, že všechno je konečný.*“ Respondent R1 nám sdělil, že ze začátku se potýkal s pocity deprese, jak byla pro něj situace náročná. Ovšem dále přiznal, že s dalšími zkušenostmi se člověk k tomu přizpůsobil a bral to profesionálně, protože jinak by to ani nešlo. Zcela otevřeně k nám mluvil respondent R3 a zmínil i porovnání mezi smrtí rodinného příslušníka a smrtí v pracovním prostředí. Co se týče rodinného příslušníka, uvádí: „*No, tak v první chvíli v životě člověk cítí velký, velký stres. Hm...máte vztah, ta situace působila až tak trochu jako z nějakého, nějakého.... z televize, nebylo to nic příjemného. Naštěstí jsem při té situaci nebyl sám, kdy jedna osoba vedle mě mluvila se záchranáři na telefonu a já teda jsem potom vykonával ty pokyny, které, které udělovala záchranka, nebo ta služba na telefonu. No, jak říkám, no. Později, až odezněla ta hrůza, kterou člověk zažil v těch prvních minutách, tak potom už tím, že se jednalo tehdy o rodinného příslušníka, tak se dostavil smutek a jako...hmm...bylo to tehdy...hmm, no, bylo to tehdy velmi, velmi smutné.*“ Naopak o vlivu na pracovišti hovořil takto: „*Hmm, na pracovišti jsem se setkal se smrtí několikrát. A možná díky tomu, že jsem předtím už zažil smrt v osobním životě, takže se s tím dokážu nějak vypořádat na tom*

pracovišti. Jo, myslím si, hmm..., že pakliže ta situace nastane, tak jsem schopný nějak jako...hmm... psychicky to zvládnout. Rozhodně u mě nevyvolává nějaké, nějaké pocity paniky nebo extrémního stresu. Možná díky tomu, že jsem měl takovou nepříjemnou zkušenost v osobním životě.“ Naprosto upřímnou a velice otevřenou odpověď nám poskytl respondent R6: „Snažila jsem se, nebo, spíš jsem byla tak jako... ne...nepřítomná. Ne, nechtěla jsem, abych to na sebe nějak moc vztahovala. Samozřejmě, že se mě to dotklo, když stojíte u zemřelého člověka a teď musíte ho umýt, obléct, určitě se vás to dotkne, ale pořád jsem se snažila být tak nějak mimo, mimo, abych to vlastně všechno zvládla. A potom vlastně, až je ten člověk umytý a oblečený, tak potom, jak kdyby to ze mě všechno spadlo. A pak, pak jsem to teda pustila. Můžu říct, že, že opravdu jsem plakala, protože ty emoce tam opravdu jsou a myslím si, že málokdo by to prošel jenom mávnutím ruky, nebo nevím, jak to prostě říct. Proto, proto říkám, že to je horší v těch sociálních službách horší, ne horší jsem říct nechtěla, ale že ten vztah tam je. Proto, proto se to prožívá víc intenzivně...ty vztahy. A i to kolem té smrti. A snažíme se pro toho člověka i ještě po té smrti pro něho udělat hodně. Upravit, umýt, aby i po té smrti vypadal dobře a aby vlastně i ti rodinní příslušníci, pokud mají možnost se s ním přijít rozloučit tak, aby viděli, že je v pořádku. Že jsme se o něj starali vlastně až do konce.“ Respondent R4 nám poskytl výstižnou odpověď, že blízký rodinný příslušník je určitě citlivější než klient, který je umístěn do zařízení, ale nicméně smrt je jedna životní etapa, do které jednou všichni přijdeme a musíme mít pro druhé pochopení. S velice silnými pocity a vlivem situace se potýkal respondent R5 u svého prvního pacienta: „Hmm..., pamatuji si na prvního pacienta, který mi opravdu umíral v náruči. A byla to vlastně moje úplně ne první, ale taková blízká zkušenost, ...blízký kontakt se smrtí. Byla jsem tam z toho hodně rozčarovaná a byla jsem z toho taková hodně špatná, protože to umírání nebylo úplně hezké. A docela dlouho jsem se tady s tou zkušeností vyrovnávala, protože tomu člověku jsem nemohla já, jako zdravotní sestra pomoci. Ale měla jsem kolem sebe výborné učitele, nebo spíš jednu učitelku, která mě potom ukazovala, jak můžu doprovázet ty umírající, takže pak už to nebylo pro mě nic jakoby tak náročného, a tak složitého i se s tím potom vyrovnat, když jsem věděla, že přestože tomu člověku nemůžu pomoci po té profesní stránce, že mu nemůžu pomoci od té vysoké horečky, kterou prožívá, od toho ztíženého dýchání, ale můžu mu pomoci po té lidské stránce. To, že jsem tam blízko něho a že cítí moji přítomnost.“

Zkušenost a vliv. Tyto dvě kategorie nám poskytly odpověď na výzkumnou otázku, která zněla: „**Jak vnímají umírání a smrt pracovníci v sociálních službách?**“ Z odpovědí všech

účastníků výzkumu je zřejmé, že každý respondent vnímá umírání a smrt „po svém“. Mohli jsme však z poskytnutých informací zjistit, že většina došla dříve či později k názoru, že smrt a umírání je naprostou součástí života, kterou náš život končí a nezbyvá nic jiného, než se s tímto faktem smířit, jelikož tak to opravdu je. Z logického hlediska je naprosto pochopitelné, že prvotní setkání s umíráním a smrtí může dle slov respondentů s člověkem „zamávat“ a vyvolat pocity strachu. Umírání a smrt může být dle zkušeností respondentů klidná, důstojná, ale také velmi citlivá a depresivní. Naprostá shoda nastala v tom, že pracovníci v sociálních službách se snaží svým klientům při blížícím se konci jejich života věnovat velmi citlivý přístup a zvýšenou pozornost. Chtějí, aby měl umírající pocit, že i v posledních chvílích je zde někdo, kdo dokáže být pro ně oporou a na této poslední cestě je doprovodit.

Důvěra

Jako další kategorii jsme si stanovili důvěru, jelikož jedna z otázek zjišťovala, zda klienti s respondenty o své smrti mluví. Bylo zjištěno, že téměř se všemi respondenty klienti o smrti mluví, jen respondent R3 uvedl, že málokdy a dodal vysvětlení: „*Málokdy nebo možná patřím k lidem, kteří toto štěstí nemají, že s nimi klienti mluví o smrti nebo o umírání. Často mluví o stáří všeobecně, o zhoršení prostě svého fyzického stavu, často bývají i takoví jako lítostiví. Litují věci, které, které třeba udělali v minulosti, ale vyloženě o smrti...se mnou většinou nehovoří.*“ Respondent R5 nám přiznal, že toto téma otevírá sám. Konkrétně nám poskytl následující odpověď: *Vzhledem k tomu, že jezdím k umírajícím...i jako domácí sestra domácí hospicové péče, tak já často otvíráám to téma, protože vidím, že to tam rezonuje, že to tam je, že o tom chtějí mluvit, ale mají určité zábrany. Buďto nechtějí o tom mluvit před tím svým pečujícím, nebo naopak ten pečující nechce mluvit o tom před pacientem nebo před blízkým. Ted' už v této situaci před svým blízkým. Takže já to téma otvíráám a někdy vidím, jak se oběma stranám uleví, jak to prostě někdo otevřel a že se o tom můžou pobavit, protože před tou smrtí jsou určité věci, které si chtějí lidé říct, které si chtějí vykomunikovat, které si chtějí i možná urovnat. A když se konečně otevřeně o tom promluví, tak už vím, že já nemusím hrát určitý divadlo před tím blízkým, který mi umírá a ten umírající, nemusí hrát divadlo před tím pečujícím, že už všichni víme, že prostě odchází. Takže já to téma většinou otvíráám. Někdy se stane, že mě pacient řekne: „Sestři, já už umírám?“ Tak v tu chvíli se bavíme o tom procesu toho umírání, čeho se nejvíce bojí. Jaké jsou jeho obavy. Nebo možná i takové nějaké strachy a zas na druhou stranu častokrát bývá, že pečující, když odcházíme,*

...jmenuje se to, říká se tomu i odborně předsíňové rozhovory, že v té předsíni najednou mě osloví a řekne: „Sestřičky, tak na jak dlouho to vidíte, nebo jak to vidíte?“ A v tu chvíli se bavíme o tom umírání, ale taky bývá někdy i ta situace, kdy vidím, že na to ta rodina ještě není připravená, že chce ještě bojovat a vůbec si to nepřipouští, tak v tu chvíli vidím, že při první návštěvě se toto téma nemůže, nemůže otevřít.“ Respondent R6 otevřeně přiznal: „Někteří klienti ano, ale spoustu klientů vůbec se nechce o smrti bavit. Je to pro ně tabu, nebo něco nepředstavitelného, protože většina klientů se smrti bojí, ...což asi se bojíme všichni. To je pravda, i když, i když někdo tvrdí, že ne, ale myslím si, že všichni se bojíme smrti. Je to tady v těch sociálních službách, ano, ale teda ne, ale když jsem byla v hospici, tak tam už vlastně většina lidí si uvědomovala, že k té smrti jsou hodně blízko. A tam o té smrti mluvili, mluvili o ní vlastně neustále. A právě, že se té smrti báli. Báli, bylo to na nich vidět, že se bojí, protože kdykoliv jsme za nimi přišli, drželi nás za ruku a bylo na nich vidět, prostě, že se bojí. I když jsme našli nebo setkali jsme se i s takovýma, kteří už byli smíření. Byli smíření, byli to většinou věřící. Kteří byli smíření, přáli si zavolat duchovního, prostě to poslední pomazání udělat a ti lidé opravdu už byli klidní, v pohodě a bylo to na nich poznat, že jsou, že jsou opravdu připravení...odejít.“ Odpovědi ostatních respondentů byly relativně strohé, ale shodné. Ano, klienti o smrti mluví, nejčastěji z obavy a strachu blížícího se konce.

Empatie

Tuto kategorii jsme zvolili na základě otázky, která mapovala jak zkušenost s umíráním a se smrtí ovlivňuje přístup respondentů k ostatním klientům. Nutno podotknout, že zkušenost se smrtí a umíráním ovlivnila každého respondenta. Respondent R2 sám dodal: „*Hmm...no, asi. Možná to ve mně rozvíjí trošku víc empatie, než dřív. Že to člověk bere prostě opravdu tak, že ta věc je konečná a že ti lidé tady jsou prostě už opravdu třeba jenom chvíli, tak se jim to člověk snaží nějakým způsobem zpříjemnit.*“ Respondenti R1 i R3 se shodli, že tyto zkušenosti ovlivňují přístup k ostatním klientům pozitivně. Respondenti R4 a R5 uvedli, že nijak extra není jejich přístup ovlivněn, že se ke všem klientům snaží chovat stejně. Konkrétně respondent R4 říká: „*Můj přístup ke všem klientům je stejný, ...úcta, pokora, cit pro pochopení toho druhého, tak by to měl mít každý nastavené.*“ Respondent R5 zmiňuje: „*Hm...bych řekla, asi mě to nějak neovlivňuje. Ke každému klientovi přistupuji stejně..., přestože teda vidím, že klienti mají třeba někdy už méně toho času. Hmm, ... na druhou stranu, když, když vidím, že ten, ten klient opravdu už umírá, tak se mu snažím věnovat větší*

pozornost a větší péči. A častokrát se tak bavím i s ostatními pracovníky, oni vědí, že pokud se blíží konec některého klienta, tak, že mě tam můžou poslat a že se můžeme o tom víc pobavit. Myslím si, že každý člověk by měl mít takovou nějakou pomoc tady v té, v té fázi, protože je to těžké někam odcházet, nebo je těžké umírat, protože nevíme, co tam bude. Nevíme, jaký to bude, nevíme, nevíme, jestli nás to bude bolet, jestli to bude příjemný, nebo, nebo složitý nebo těžký. Každý má z tohoto neznáma obavu a je dobré, když si může o těch svých obavách, myšlenkách, strachu s někým promluvit. Takže bych řekla, že, ...se snažím k těm klientům, které víme, že prostě mají méně času, nebo že umírají, tak tu naši péči zintenzivnit a opravdu být jim víc nablízku a navštívit je třeba vícekrát. Jo, že přijede tam pracovník, ale pak tam přijedu ještě já. Výhodou toho je, že jsem taky sestra, že jsem tam vlastně na začátku jakoby zdravotní sestra a pak jako pastorační asistentka se můžeme víc pobavit. A výhodou je to, že já mám na ně víc času než ostatní pracovníci, kteří mají ještě dalších někdy i více než dvanáct klientů, za kterými musí jet, tak tam nemohou vést hovor, třeba hodinový, dvouhodinový.“ Respondent R6 je toho názoru, že zkušenosti ho jednoznačně ovlivňuje a konkrétně uvádí: „Hmm,...určitě ovlivňuje, protože vlastně ti klienti, ať si to uvědomují, oni asi ne, ale my si to uvědomujeme, že vlastně, ten domov nebo i ten hospic...tam, tam úplně si to uvědomuje, že to je vlastně jejich poslední štace, jak se říká a že už jsou tam vlastně na to...vlastně, že to je, že to je, ta poslední zastávka před tou smrtí, a proto se vlastně snažíme těm lidem ten pobyt zpříjemnit, hmm, ... aby ještě ty poslední chvíle prožívali v pohodě, v klidu a snažíme se je prostě nějak zabavit, aby se vyloženě jenom na tu smrt nepřipravovali. Snažíme se, aby měli i nějaké jiné cíle, pokud ti lidi můžou, aby měli i nějakou zábavu, nějakou práci. Jako je spousta lidí, kteří o to vůbec nestojí. To je pravda jako anebo nemůžou, nebo nemůžou, jsou tam ležící klienti. Ale setkáváme se hodně i s klienty mladšího věku, a ti třeba mají zájem o nějakou o práci. V domácí péči je to jinak, protože ti lidi jsou doma a prostě si to nějak nepřipouští tu smrt. Protože když se někdo přesadí z domova do, do toho domova důchodců, tak tam už je mu to jasné, že už je to tam konečná, kdežto doma člověk je ve svém prostředí, pokud může, dělá věci ty, co dělal dřív a tu smrt si prostě neuvědomuje. I když byli tam lidé ležící, ke kterým jsme jezdili, a bylo na nich vidět, že pořád přemýšlí, že, že ještě to se všechno zlepší, že budou zase dělat to, co budou dělat. Hmm... mnohdy nám s tím pomáhali vlastně rodinní příslušníci. Že, že i oni se starali, že to nenechávali vyloženě jenom na nás, takže u těch lidí to prostě tam bylo cítit, že je to jinak, že o smrti nepřemýšlí. A myslím si, že vyloženě si nepamatují, že by mi nějak kladli otázky ohledně umírání a smrti, ne opravdu ne, spíš jsme se bavili o tom, co dělali, co mají rádi a že by se k tomu chtěli zase vrátit. Mluvili jsme různě, třeba že měli rádi zahrádku,

že se starali o zvířata, že chodili do lesa. Prostě o takových věcech, co dělali a co by chtěli dělat dál.“

Důvěra a empatie. Velice důležité pojmy, z kterých jsme vytvořili kategorie v našem výzkumném šetření, nám pomohly nalézt odpověď na další námi stanovenou výzkumnou otázku, která zněla: „**Jak pracovníka v sociálních službách tato zkušenost ovlivnila v jeho profesi?**“

Všichni respondenti přiznali, že čím více se se smrtí ve své profesi setkávají, tím lépe si na ni „zvykají“. Jsou schopni se svými klienty o tématu smrti otevřeně hovořit. Ve své profesi se snaží ke svým klientům přistupovat stejně, nedělat rozdíly, věnovat potřebnou stejně důkladnou péči všem. Někteří respondenti dokáží díky častějším zkušenostem se smrtí a umíráním lépe pracovat. Snaží se o to, aby je to příliš nesvazovalo, jelikož během své práce si ke klientovi vytvoří pochopitelně určitý vztah. Někteří respondenti se cítí silnější, klidnější, rozvážnější během své práce s klienty.

Přístup k životu

U tohoto kritéria nastala u všech respondentů naprostá shoda a všichni účastníci výzkumu potvrdili, že zkušenost s umíráním a se smrtí ovlivnila jejich přístup k životu. U respondenta R1 došlo k uvědomění, že nebere věci jako samozřejmost a snaží se více užívat život a brát ho tak, jak je. U respondenta R2 se změnila priority takovým způsobem, že si začal více uvědomovat tu konečnost, že tady nebudeme věčně a můžeme se také ocitnout jednoho ne v roli klientů. Respondent R6 byl sdílnější a doslova nám sdělil: „*Určitě to ovlivní každého, kdo se setká se smrtí. Něco jiného je, když se setká se smrtí někoho blízkého, to se samozřejmě dotkne velice, což samozřejmě mě potkalo taky. Zemřel mi tatínek, tak to mě ovlivnilo, ovlivnilo hodně. A pokud je to smrt klientů v zařízení, tak jak jsem říkala, ..., někteří lidi mě přirostou, jak se říká k srdci a mám k nim blízko, takže se mi to dotkne taky. Taky mám pocit, jak kdyby mi umřel někdo z rodiny, ale...nezůstane mi to asi tak v srdci, jako když je to ten rodinný příslušník, samozřejmě člověk si řekne, ...musí jít dál. Ale, určitě, určitě mě to ovlivnilo. Mám pocit, že vnímám každý den trošku jinak. Mám takový pohled, že se snažím užívat si každého dne, protože tím, že taky už nejsem nejmladší, tak přemýšlím trošku jinak. A určitě si užívám každého dne a děkuji za každý den, protože říkám si, zítra tady nemusím být, protože vidím to kolem sebe, protože dneska tady někdo je a zítra tady není. A proto se snažím, ... prostě si užívat každého dne. Nepřemýšlím nad novým moc.“* Respondenta R3

ovlivnila situace takovým způsobem, že našel určitý klid. Konkrétně nám řekl: „*Tak určitě je to do určité míry nějaký, nějaký pocit vnitřního, možná i klidu, nebo, nebo odchod určité nejistoty, kterou smrt představovala, že předtím člověk, předtím, než jsem se setkal se smrtí, to vlastně bylo něco neznámého, co člověka, tak jako uvádí trochu do nejistoty. Nevidí to snad. Neví, o co se jedná. No a potom, když už se člověk setkal se smrtí, tak už to tak trochu bere jako součást té životní cesty. Závěr, který prostě k životu patří.*“ Vzhledem ke své víře má respondent R5 následující vyjádření: „*Asi tím, že mám osobní zkušenost, že po té smrti opravdu něco je. Takže, takový... určitě to utvrdilo moji víru, určitě můžu něco ze své zkušenosti předat i těm právě klientům, kteří mají obavu z toho umírání a můžu i klienty, kteří klienti nebo pacienti, kteří opravdu nevěří, že něco po smrti je, tak díky těm mým zkušenostem jim můžu říct, samozřejmě je to na zvážení, jestli tomu věří nebo ne, ale můžu jim říct některé případy umírání, když jsem očividně viděla, že si pro ně někdo jde, že se na někoho usmívají, že s někým komunikují, že už jsou na tom druhém břehu, ale ještě jsou třeba tělesně tady.*“ Velmi citlivě se vyjádřil respondent R4, který řekl: „*Smrt.... Tak...ta znamená konec života... určitě každého, který má v sobě alespoň kousek citu ovlivní tak, že si začne vážit maličkostí, mít radost z každého dne a zkrátka zaobírat se věcmi, které nejsou prioritou. A ty odkládá, protože nejsou důležité. Každý si priority ale musí nastavit sám.*“

Priority

Toto kritérium jsme stanovili na základě přímé otázky, jak se změnily priority u respondentů. Odpovědi byly překvapivé a zajímavé. U respondentů R2 a R6 se dle jejich slov priority rozhodně změnilly. Konkrétně uvedli: „*No, změnilly se. Předtím jsem měl takový ten pocit jako asi každý, že jsem trošku nesmrtelný a že jednou začnu prostě já nevím, já nevím, přestaň třeba pít, když to blbě řeknu, nebo kouřit...a takhle. Ale tohle mě přinutilo prostě k tomu některý ty kroky, třeba k zdravějšímu životnímu stylu, jako by urychlit, no...možná i nastolit něco jinak, než jsem předtím měl jakoby v plánu. Hmm..., asi nevím, co bych tam nějak jako dodal a jinak mám asi všechno.*“ A respondent R6 zmínil: „*Určitě změnilly, samozřejmě, ale podotýkám zase znovu, že to je i věkem, že jinak, jinak...jinačí priority má člověk ve dvaceti ve třiceti a jinačí v šedesáti, takže momentálně pro mě je nejdůležitější rodina, zdraví. Práci taky potřebuju. Nedovedu si představit, že bych asi tady tuto práci neměla. I když pracuji v sociálních službách čtrnáct let, myslím si, že nejsem vyhořená, že pořád mě to baví. Asi bych to už jinak nemohla, nemohla tady pracovat. Pracuji s lidmi ráda, i když vlastně teďka, když jsem teď v zařízení, kde jsou klienti i s psychickým onemocněním,*

že je rozdíl, když jsem jezdila do rodin domů jako terénní pečovatelka. Tam doma prostě lidi nám byli vděční za to, že co pro ně děláme. Tady je to přesně naopak, tady jsou lidi nevděční, mockrát s námi nemluví moc hezky, ale, ale i přesto se jako opravdu snažím pro ně udělat maximum, protože říkám si, ti lidi si to zaslouží. Dělán to ráda, prostě dělám to ráda, ale ty priority tak, jak jsem říkala, určitě mám jinak. Rodina, život, zdraví, samozřejmě zdraví, moje i rodiny. To je pro mě nejdůležitější.“, kdežto u respondentů R1, R3 a R5 se vůbec nezměnily. Respondent R1 se nad změnou priorit nijak zvlášť nezamýšlí a myslí si, že zůstanou stejné. Dle slov respondenta R3 možná člověk klade větší důraz na ty priority, které měl už předtím, ale u něj také ke změně nedošlo. Respondent R5 nám sdělil následující: „Nezměnily, nezměnily... moje priority, setkání se smrtí nebo s umírajícími nezměnily nic. Snažím se pořád žít s tou myšlenkou, že, že může být tento den poslední. Hmm, samozřejmě večer může být den, kdy vidím, že se mě třeba věci některé nepovedly a některé věci mě mrzí a o to víc můžu třeba poprosit za odpuštění, kdyby to byl můj poslední den. Takže, moje priority se nezměnily zkušeností se smrtí.“ Respondent R4 nám své priority vyjmenoval a mezi ně patří zajít si s rodinou na výlet, mít rád sám sebe, rozdávat radost druhým a negativa odsunout a vytěsnit ze života.

Přístup k životu, priority. Rovněž tyto kategorie nám pomohly získat odpověď na další výzkumnou otázku, která zněla: „**Jak pracovníka v sociálních službách tato zkušenost ovlivnila v jeho soukromém životě?**“ Je na místě říci, že jednoznačně všechny respondenty zkušenost s umíráním a smrtí ovlivnila. Některé více, jiné méně, jak jsme měli možnost zjistit z analýzy výsledků výzkumného šetření. Respondenti si začali vážit více „běžného“ života, všedních okamžiků. Velmi si uvědomují, že co je dnes, zdaleka nemusí být zítra. Začali se radovat z maličkostí, trávit více čas s rodinou, věnovat se sami sobě a neřešit zbytečně „hlouposti“ a malicherné věci, které nejsou důležité a podstatné. Díky zkušenostem se změnil pohled na jejich život, u některých i samotný způsob života. S tím úzce souvisí životní priority. Některým respondentům totiž zkušenost s umíráním a smrtí zasáhla i do této roviny. Přehodnotili svůj žebříček hodnot, začali si vážit věcí, které brali jako samozřejmost. Jeden respondent se nám zmínil, že jeho priority se nezměnily, ale snaží se rozvíjet ty, které již vyznával, klade na ně větší důraz.

Osvěta

Toto kritérium bylo stanoveno na základě doplňující otázky, která se ptala, zda je něco, co by respondenti k této problematice doplnili a hlavním problémem se zdá být právě ta osvěta

a šíření této problematiku do povědomí veřejnosti. Respondent R1 by si přál, aby toto téma nebylo stále takové tabu, stejně jako respondent R2, který dodal následující: „*No, asi taky to, že vlastně ta smrt, je vlastně všude tabu, že opravdu se o tom jako nikde třeba nějak takhle nemluví, že se to bere jako něco špatného jako extrémně negativního. A ono to tak zákonitě být nemusí i ta smrt může být jakoby ve své podstatě dobrá. Když my budeme dobře vykonávat svou práci, tak ten klient vlastně může odejít poměrně klidně. Nemusí být až tak nervózní...může se vyklidnit. No, to je asi tak. Ten pohled prostě na tu smrt je negativní, ale nemusí to tak být, no, nemusí se to tak stabilizovat. A možná bychom měli o tom víc mluvit i ve veřejném prostoru, prostě v televizi a tady takhle, protože...já nevím, no, tak jak to je teďko postavený, prostě, že se tváříme, že to neexistuje. To podle mého prostě není dobře.*“ Naprosto totožně to vnímají respondenti R3: „*Hm...trochu jsem se s tím setkal už víckrát, trochu i člověka mrzí, že myslím, že v naší společnosti je pořád smrt docela tabuizovaná. Kdy i celkově i lidé, možná i oni se trochu bojí mluvit, bojí se mluvit o lidech, kteří jsou v závěrečné fázi života. Tak to je, ...myslím, že skutečně stále, stále tabu v naší společnosti a je to škoda. Myslím si, že v tom skutečně máme, ještě rezervy. A mohlo by se to v budoucnu změnit.*“ i R4, pro které je společností stále smrt vnímána jako tabu, i respondent R5 by si přál, aby se o smrti více mluvilo a řekl nám následující: „*Já bych si přála, aby, hmm...přála bych si, aby se o smrti víc mluvilo a aby bylo víc lidí, kteří jsou ochotní doprovázet umírající. Aby když už potom umírají v sociálních službách, tak, aby tam vždycky byl někdo, kdo je bude držet za ruku a kdo je bude doprovázet a kdo nebude mít strach se o tom bavit s nimi a doprovodit je na ten druhý břeh. Myslím si, že pořád, pořád je to v sociálních službách i v nemocnici, ...kde lidi umírají osamocení a když už musí být v těchto zařízeních tak, aby tam byli lidi, kteří je nenechají samotné v té, v té chvíli toho...v té chvíli té smrti.*“

Respondenta R6 velmi mrzí přístup v sociálních službách, o kterém se také příliš nemluví a konkrétně se jedná o následující: „*Nevím, možná, hmm, ...přemýšlím, že trošku by se mohl změnit přístup právě tady v těch sociálních službách. Protože je třeba problém, to je ale asi problém tady celostátní, že ti lidi by měli nebo by potřebovali víc soukromí, je, je hrozně, hrozně špatně, že ti lidi jsou třeba na čtyřlůžkových pokojích, nemají soukromí, úplně ztratí nějakou tu intimitu. To, to je pro mě jako úplně nepředstavitelné, protože nedovedu si představit, že bych se tam někdy octla a musela být se čtyřmi cizími lidmi na jednom pokoji a musí se navzájem přizpůsobovat. Jsou tu už staří, nemocní lidi, kteří se nechtějí přizpůsobovat. Mají nějaký, nějaký návyky z domova a myslím si, že je to hrozně špatně, ale bohužel asi tady s tímto se nedá nic dělat, ale... Protože to slyším...ted'ka zrovna jsme měli*

školení a říkala paní, že byla v Brně. Bylo to právě o paliativní péči, o péči vlastně pro umírající a ta nám právě říkala, že v Brně, někde v domově, jsou pokoje, kde jsou po pěti lidech. A je to něco nepředstavitelného a zvlášť třeba pro lidi, kteří umírají, tak na to, na to na to umírání vlastně nemají absolutně soukromí a je to i pro toho člověka, že potřebuje být sám, potřebuje být oddělený už, aby za ním mohla přijít ta rodina. No, a třeba se s ním rozloučit, pro toho člověka je to špatný, i pro tu rodinu a potom je to strašně špatně i pro ty lidi, co tam s ním jsou na tom pokoji, když se musí na něho dívat, jak ten člověk odchází a uvědomí si, že vlastně něco takového je čeká. Myslím si, že to je strašně špatně nastavené. Tady tohle, bohužel.“

Na závěr jsme si nechali naši hlavní výzkumnou otázku, která zní: „**Jaký je pohled pracovníků v sociálních službách na umírání a smrt?**“ Cílem této otázky bylo zjistit, jaký mají pracovníci v sociálních službách pohled na umírání a smrt, jestli o tom vůbec přemýšlejí, jaké mají pocity při této myšlence a zda po těchto zkušenostech přehodnotili životní hodnoty. Na tuto otázku by se dalo odpovědět následujícím způsobem. Pracovníci v sociálních službách si umírání a smrt plně uvědomují, chápou, že je součástí našich životů, a proto je smutné, že smrt je naší společností stále vnímána jako tabu. Samozřejmě díky specifické profesi je v jejich myšlenkách umírání a smrt stále, ale s přibývajícimi zkušenostmi a léty praxe dokáží tyto myšlenky kvalitně zpracovat. Někteří respondenti jsou již schopni se odprostit od toho, aby se jich umírání a smrt klientů dotýkala osobně, naučili se tyto skutečnosti vnímat jako téměř každodenní součást jejich práce. Co se týče myšlenek a pocitů při vybavení si umírání a smrti, pracovníci v sociálních službách jsou s těmito skutečnostmi opravdu smíření. Řekla bych, že jejich pohled je naprosto objektivní a střízlivý. V mnohých z nás mohou tyto myšlenky vyvolat pocit strachu, což je obvyklé a pochopitelné, ale pracovníci v sociálních službách vnímají umírání a smrt jako přirozenou součást života a poslední cestu, při které jsou schopni své klienty doprovázet. Jak již řekli i naši účastníci výzkumu, pracovníci v sociálních službách, tento proces nastane dříve či později u nás všech, proto bychom měli žít život tak, abychom na jeho konci něčeho nelitovali, s čímž úzce souvisí životní hodnoty, které se díky těmto zkušenostem u některých respondentů razantně změnily.

6 DISKUZE NAD VÝSLEDKY VÝZKUMU

Diplomová práce se zabývá postoji pracovníků v sociálních službách k umírání a smrti. Dle analýzy výsledků a kódování jsme si stanovili hlavní kategorie, kterých bylo sedm. Jednalo se o pojmy jako zkušenost, vliv, důvěra, empatie, přístup k životu, priority a osvěta. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký mají pracovníci v sociálních službách pohled na umírání a smrt, jestli o tom vůbec přemýšlejí, jaké mají pocity při této myšlence a zda po těchto zkušenostech přehodnotili životní hodnoty.

Zkušenost a vliv. Právě tyto dvě kategorie nám dokázaly poskytnout odpověď na výzkumnou otázku, která zněla: „***Jak vnímají umírání a smrt pracovníci v sociálních službách?***“ Z odpovědí účastníků výzkumu bylo patrné, že každý respondent vnímá umírání a smrt svým způsobem. Z poskytnutých informací bylo možné zjistit, že většina respondentů došla dříve či později k názoru, že smrt a umírání je naprostou součástí života, kterou náš život končí a nezbyvá nic jiného, než se s tímto faktem smířit, jelikož tak to opravdu je. Z logického hlediska je naprosto pochopitelné, že prvotní setkání s umíráním a smrtí může dle slov respondentů člověka šokovat a vyvolat pocity strachu. Umírání a smrt může být dle zkušeností respondentů klidná, důstojná, ale také velmi citlivá a depresivní. Naprostá shoda nastala v tom, že pracovníci v sociálních službách se snaží svým klientům při blížícím se konci jejich života věnovat velmi citlivý přístup a zvýšenou pozornost. Chtějí, aby měl umírající pocit, že i v posledních chvílích je zde někdo, kdo dokáže být pro ně oporou a na této poslední cestě je doprovodit.

Důvěra a empatie. Tyto dva velice důležité pojmy, z kterých jsme vytvořili kategorie v našem výzkumném šetření, nám pomohly nalézt odpověď na další námi stanovenou výzkumnou otázku, která zněla: „***Jak pracovníka v sociálních službách tato zkušenost ovlivnila v jeho profesi?***“ Všichni respondenti přiznali, že čím více se se smrtí ve své profesi setkávají, tím lépe ji dokáží zpracovat a na tento fakt si zvyknout. Jsou schopni se svými klienty o tématu smrti otevřeně hovořit. Ve své profesi se snaží ke svým klientům přistupovat stejně, nedělat rozdíly, věnovat potřebnou stejně důkladnou péči všem. Někteří respondenti dokáží díky častějším zkušenostem se smrtí a umíráním lépe pracovat. Snaží se o to, aby je to příliš nesvazovalo, jelikož během své práce si ke klientovi vytvoří pochopitelně určitý mnohdy bližší vztah. Někteří respondenti se díky nabytým zkušenostem cítí silnější, klidnější a rozvážnější během své práce s klienty.

Přístup k životu, priority. Tyto kategorie nám pomohly získat odpověď na další výzkumnou otázku, která zněla: „*Jak pracovníka v sociálních službách tato zkušenost ovlivnila v jeho soukromém životě?*“ Jednoznačně všechny respondenty zkušenost s umíráním a smrtí ovlivnila. Některé více, jiné méně, jak jsme měli možnost zjistit z analýzy výsledků výzkumného šetření. Respondenti si začali vážit více „běžného“ života, všedních okamžiků. Velmi si uvědomují, že co je dnes, zdaleka nemusí být zítra. Začali se radovat z maličkostí, trávit více času s rodinou, věnovat se sami sobě a neřešit zbytečně nepodstatné a malicherné věci, které nejsou důležité a významné. Díky zkušenostem se změnil pohled na jejich život, u některých i samotný způsob života. S tím úzce souvisí životní priority. Některým respondentům totiž zkušenost s umíráním a smrtí zasáhla i do této roviny. Přehodnotili svůj žebříček hodnot, začali si vážit věcí, které brali jako samozřejmost. Jeden respondent se nám zmínil, že jeho priority se nezměnily, ale snaží se rozvíjet ty, které již vyznával, klade na ně větší důraz, takže i takovýmto způsobem mohou zkušenosti s umíráním a smrtí ovlivňovat soukromý život.

Naši hlavní výzkumnou otázku, která zněla: „*Jaký je pohled pracovníků v sociálních službách na umírání a smrt?*“, jsme si nechali na závěr. Cílem této otázky bylo zjistit, jaký mají pracovníci v sociálních službách pohled na umírání a smrt, jestli o tom vůbec přemýšlejí, jaké mají pocity při této myšlence a zda po těchto zkušenostech přehodnotili životní hodnoty. Na tuto otázku by se dalo odpovědět následujícím způsobem. Pracovníci v sociálních službách si umírání a smrt plně uvědomují, chápou, že je součástí našich životů a proto je smutné, že smrt je naší společností stále vnímána jako tabu. Samozřejmě díky specifické profesi je v jejich myšlenkách umírání a smrt stále, ale s přibývajícemi zkušenostmi a léty praxe dokáží tyto myšlenky kvalitně zpracovat. Někteří respondenti jsou již schopni se odprostit od toho, aby se jich umírání a smrt klientů dotýkala osobně, naučili se tyto skutečnosti vnímat jako téměř každodenní součást jejich práce. Co se týče myšlenek a pocitů při vybavení si umírání a smrti, pracovníci v sociálních službách jsou s těmito skutečnostmi opravdu smíření. Řekla bych, že jejich pohled je naprosto objektivní a střízlivý. V mnohých z nás mohou tyto myšlenky vyvolat pocit strachu, což je obvyklé a pochopitelné, ale pracovníci v sociálních službách vnímají umírání a smrt jako přirozenou součást života a poslední cestu, při které jsou schopni své klienty doprovázet. Jak již řekli i naši účastníci výzkumu, pracovníci v sociálních službách, tento proces nastane dříve či později u nás všech, proto bychom měli žít život tak, abychom na jeho konci ničeho nelitovali, s čímž úzce

souvisí životní hodnoty, které se díky těmto zkušenostem u některých respondentů razantně změnily.

V moderní společnosti je smrt do značné míry chápána tragicky a očekávána s obavami. Proces umírání a smrti může být pozitivně či negativně ovlivněn mnoha socio-kulturními faktory jak samotného umírajícího, tak těch, kteří jsou právě přítomni. Mohou to být nejen lidé osobně blízcí, jako je rodina a přátelé, ale velmi často to bývají osoby umírajícímu cizí, jako např. záchranáři, lékaři, sestry, ošetrovatelský personál, sociální pracovníci, ale i dobrovolníci, občané (Pelikánová. © 2011). S touto teorií bychom se mohli ztotožnit a potvrdit ji, jak je z analýzy výsledků zřejmé. Tato slova potvrzují i naši respondenti, kteří se v naprosté většině shodli na tom, že ač je již naše doba moderní a vyspělá, téma smrti je stále tabu a společností nebývá přijímáno pozitivně.

Pelikánová (2011, online) říká, že v moderní společnosti je smrt do značné míry chápána tragicky a očekávána s obavami. Proces umírání a smrti může být pozitivně či negativně ovlivněn mnoha socio-kulturními faktory jak samotného umírajícího, tak těch, kteří jsou právě přítomni. Mohou to být nejen lidé osobně blízcí, jako je rodina a přátelé, ale velmi často to bývají osoby umírajícímu cizí, jako např. záchranáři, lékaři, sestry, ošetrovatelský personál, sociální pracovníci, ale i dobrovolníci, občané. S touto teorií bychom se mohli ztotožnit a potvrdit ji, jak je z analýzy výsledků zřejmé. Tato slova potvrzují i naši respondenti, kteří se v naprosté většině shodli na tom, že ač je již naše doba moderní a vyspělá, téma smrti je stále tabu a společností nebývá přijímáno pozitivně.

Přítom sami pracovníci nám sdělili a přiznali, že proces umírání a smrti může být „hezký“. Nejen vzhledem k nabízené citlivé péči, zkušenostem, pozornosti, ale také určitému empatickému přístupu můžeme umírajícímu poslední chvílky jeho života zpříjemnit a poskytnout mu tak pocity podpory. Goleman (2011, s. 41) k tomuto uvádí, že v podstatě všichni máme k dispozici určité předpoklady, jako jsou emocionální dovednosti, osvobození se od samotného strachu a destruktivních emocí. Kvality doprovázejících osob spočívají ve „výjimečnosti“, bez rozdílu náboženského vyznání, mezi které patří schopnost vyzařovat pocit dobroty, podmanivá osobitá přítomnost, nesobeckost, což znamená člověka, který se příliš nestará o své postavení, slávu nebo ego, a v neposlední řadě úžasná schopnost pozornosti a soustředění.

O smrti je proto velmi důležité hovořit. Jak také zmiňuje Virt (2000, s. 42), „*do rozhovoru s umírajícím by měli být zapojeni i jeho blízcí a podle možnosti i celý léčebný tým. Jak proces umírání pokračuje, ubývá těch, s nimiž je pacient schopen komunikovat. Důležitější než to,*

co se umírajícímu říká, je ten, kdo mu to říká a co tento člověk pro pacienta znamená. Pacient potřebuje čas, aby mohl to, co slyšel, pro sebe zpracovat. Tým, který umírajícího doprovází, by se měl naučit chápat, že přijetí smrti vyžaduje čas. S umírajícím bychom neměli jednat jako s nesvéprávnou bytostí. V pasivní bezmocnosti svého umírání může člověk ještě vykonat rozhodující čin svého života - smířit se se svým uplynulým životem, uvést do pořádku svůj vztah k blízkým, případně k Bohu. Doprovázející mají obtížný úkol, aby našli rovnováhu mezi empatií a věcností a aby nebyli sami vtaženi do deprese - to by pak nebyli schopni umírajícímu pomáhat.“ Jedna z otázek našeho rozhovoru se přímo tázala, zda klienti s pracovníky v sociálních službách o smrti mluví. Z výsledků vyšlo najevo, že ano a pokud se někdo ostýchá, téma smrti otevře sám pracovník v sociálních službách, když cítí, že je to potřeba. U umírajícího se poté mohou dostavit pocity uklidnění, může se zbavit strachu i určitých obav, které umírání a smrt přináší.

ZÁVĚR

Diplomová práce zabývající se problematikou umírání a smrti z pohledu pracovníků v sociálních službách se skládá z teoretické a praktické části. V té teoretické jsou vysvětleny a definovány pojmy umírání, smrt, paliativní péče, její formy, multidisciplinární tým. Závěrečná kapitola teoretické části se věnuje pracovníkům v sociálních službách, které definuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, popisuje náplň práce a také vymezuje etická úskalí v péči o umírající. V praktické části je kompletní metodika. Vymezen je výzkumný problém, výzkumný cíl a také výzkumné otázky. Použit byl kvalitativní výzkum a metoda polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky v sociálních službách.

Cílem této závěrečné práce bylo poskytnout pohled pracovníků v sociálních službách na téma umírání a smrti. Konkrétně jsme si kladli za cíl zjistit, jaký mají pracovníci v sociálních službách pohled na umírání a smrt, jestli o tom vůbec přemýšlejí, jaké mají pocity při této myšlence a zda po těchto zkušenostech přehodnotili životní hodnoty. Vzhledem k výsledkům získaným a zpracovaným v empirické části této práce bychom mohli konstatovat, že cíl byl naplněn a pohled na tuto problematiku nám byl odkryt.

I přesto, že nemyslet na konec života díky určité obavě či strachu patří zřejmě k lidské přirozenosti. Někdy je blíž, jindy dál. Jakákoliv smrt však zasahuje více lidí než pouze samotného umírajícího. Vytěšňovat smrt ze svého života však není možné tam, kde se jedná o profesní kontakt s umírajícími a proto, jak již bylo zmíněno ze slov výše, pracovníci v sociálních službách jsou schopni opravdu umírání a smrt díky své profesi vnímat jako něco zela přirozeného, nepochybně patřícího k součásti života.

Veliký nedostatek, který z výzkumného šetření vyplynul je spatřován v nedostatečné osvětě, což má za následek, že smrt je v naší společnosti stále převážně vnímána jako tabu. Stoický filozof Seneca napsal, že člověk se může zbavit strachu ze smrti tehdy, když bude na ni často myslet, protože jen toho, co je nám známé, se nebojíme. Jsem názoru, že nejen myslet, ale také otevřeně o umírání a smrti hovořit by bylo obrovským přínosem a možná také úlevou. V paměti mi utkvěla věta jednoho psychologa, která zní: „*Smrt je tabu, a přitom je to jediná jistota života.*“ I přesto, že mnohé z nás může tato věta vystrašit, rozhodně má hloubku a zakládá se na pravdě.

Závěrem bych chtěla dodat, že pokud tato práce pomůže udělat komukoliv ucelený pohled na umírání a smrt, účel splnila. Vzhledem k obsáhlé teoretické části a části výzkumné by také mohla sloužit jako podklad pro další výzkumy s touto problematikou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARIÈS, Phillipe, 2000. *Dějiny smrti*. Díl 2. Zdivočelá smrt. Praha: Argo. ISBN 80-7203-293-3.
- [2] BYOCK, Ira, 2013. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad. Cesty. ISBN 978-80-7429-134-0.
- [3] CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4033-1.
- [4] FIRTH, P., G. LUFF a D. OLIVIERE, 2004. *Loss, Change and Bereavement in Palliative Care*. Open University Press. ISBN 978-0335213238.
- [5] GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ, 2004. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. ISBN 80-244-0907-0.
- [6] GOLEMAN, Daniel, 2011. *Emoční inteligence*. Praha: Metafora. ISBN: 978-80-7359-334-6.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.
- [8] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [9] HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80- 7367-040-2.
- [10] HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [11] JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-329-6.
- [12] KASANOVÁ, A, 2009. *Až za hranice života*. II. díl: Hospicová a paliativní starostlivost v komplexu zdravotního a sociálního systému. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa. ISBN 978-80-8094-526-8.
- [13] KAŠÁKOVÁ, E., M. VOKURKA a J. HUGO, 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.

- [14] KISVETROVÁ, Helena a Jana KUTNOHORSKÁ, 2010. *Umírání a smrt v historickém vývoji*. Kontakt, roč. 2010, č. 2, ISSN 1212- 4117.
- [15] KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2007. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. Olomouc: Anag. ISBN 978-80-7263-405.7.
- [16] KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [17] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s.. ISBN 978-80-247-2069-2.
- [18] MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2712-030-7.
- [19] MANNIX, Kathryn, 2019. *With the End in Mind? How to Live and Die Well*. HarperCollins. ISBN 978-1-61039-950-0.
- [20] MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ, 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [21] MISCONIOVÁ, Blanka, 2005. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče. ISBN 80-239-1915-6.
- [22] MUNZÁROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1024-2.
- [23] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2003. *Palliative Care Nursing: A Guide to Practice*. London: Routledge. ISBN 9781315378473.
- [24] PAYNE, S., J. SEYMOUR a CH. INGLETON, 2008. *Palliative care nursing: Principles and evidence for practice*. Open University Press. ISBN 978-0-335-22181-3.
- [25] PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
- [26] ROSYPAL, Stanislav, 2003. *Nový přehled biologie*. Praha: Scientia. ISBN 80-7183-268-5.
- [27] SLÁMA, Ondřej, 2012. *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR: General and specialist palliative care in Czech republic*. Paliativna medicína a liečba bolesti. Bratislava: SOLEN, 5(1), 10-12. ISSN 1337-6896.

- [28] SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK, 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.
- [29] SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ, 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI. ISBN 978-80-735-7316-4.
- [30] STIBOROVÁ, Denisa a Jiří FREI, 2018. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice. ISBN 978-80-270-3719-3.
- [31] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [32] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [33] VIRT, Günter, 2000. *Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-330-2.

Internetové zdroje:

- [1] ČERNÝ, D., A. DOLEŽAL, T. HŘÍBEK, P. PAFKO, O. SLÁMA a P. ŠEVČÍK, © 2015. *Eutanazie - ano, či ne? Aktuální medicínské, filozofické a právní perspektivy*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, v.v.i., pro Kancelář Akademie věd ČR. Strategie AV21. Špičkový výzkum ve veřejném zájmu [online]. [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.academia.cz/uploads/media/preview/0001/04/a27fb1cb670407b95dd2a14a2d699c1cdf9c1499.pdf>
- [2] DRIESSNACK, M., V. D SOUSA a I. A. C. MENDES, © 2007. *An overview of research designs relevant to nursing: part 2*. Revista Latino-Americana De Enfermagem [online]. 15(4), 684–688 [cit. 2023-03-29]. ISSN 1518-8345. DOI: 10.1590/S0104-11692007000400025
- [3] MANNIX, Kathryn, © 2021. *What does dying feel like?* [online]. [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.sciencefocus.com/the-human-body/what-happens-when-we-die/>
- [4] PELIKÁNOVÁ, Iva, © 2011. *Holistický pohled na umírání* [online]. [cit. 2023-03-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/holisticky-pohled-na-umirani/>
- [5] Umírání, © 2015. *Fáze vyrovnávání se s těžkou nemocí a ztrátou* [online]. [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html>

- [6] Objímání babičky v parku stock fotografie, © 2023. In: *IStockphoto* [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://www.istockphoto.com/cs/fotografie/obj%C3%ADm%C3%A1n%C3%AD-babi%C4%8Dky-v-parku-gm846435062-138643641>
- [7] Ruku V Ruce Hospic Trpěliví pixabay fotografie, © 2023. In: *Pixabay* [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: https://cdn.pixabay.com/photo/2016/09/22/09/59/hand-in-hand-1686811_960_720.jpg
- [8] Mimo Smrt Víra Nebe Bůh Náboženství Lesk Záře pixabay fotografie, © 2023. In: *Pixabay* [online]. pixabay [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://pixabay.com/cs/photos/mimo-smrt-v%C3%adra-nebe-b%C5%afh-3265854/>
- [9] Náboženství Rozjímání Víra pixabay fotografie, © 2023. In: *Pixabay* [online]. [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://pixabay.com/cs/photos/mimo-smrt-v%C3%adra-nebe-b%C5%afh-3265854/>

Legislativní dokumenty:

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů ČR*. Dostupné také z: <https://108/2006> Sb. Zákon o sociálních službách (zakonyprolidi.cz)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DVO dílčí výzkumná otázka

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

R1 Respondent č. 1

R2 Respondent č. 2

R3 Respondent č. 3

R4 Respondent č. 4

R5 Respondent č. 5

R6 Respondent č. 6

TO Tazatelská otázka

WHO World Health Organization

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Ruku V Ruce Hospic Trpělivi. Pixabay fotografie, © 2023	14
Obrázek 2 Náboženství Rozjímání Víra. Pixabay fotografie, © 2023	18
Obrázek 3 Vzájemný vztah a náplň podpůrné a paliativní intervence v jednotlivých fázích závažného onemocnění. Zdroj: Gallagher, 2019	25
Obrázek 4 Objímání babičky v parku. Zdroj: Stock fotografie, © 2023	34
Obrázek 5 Mimo Smrt Víra Nebe Bůh Náboženství Lesk Záře. Zdroj: Pixabay fotografie, © 2023	45
Obrázek 6 Paradigmatický model výzkumu. Zdroj: Vlastní zpracování, 2023	49

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Údaje respondentů, Zdroj: Vlastní zpracování, 2023	47
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Informovaný souhlas

Příloha P II. Ukázka rozhovoru včetně analýzy dat

Příloha P III. Etický kodex

PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu ve formě písemné nebo audio nahrávky pro účely diplomové práce na téma „Umírání a smrt z pohledu pracovníků v sociálních službách“. Diplomová práce má za cíl objasnit pohled pracovníků v sociálních službách na umírání a smrt. Důraz bude kladen na přehodnocení priorit v životě pracovníků v sociálních službách, kteří se setkali s umíráním a se smrtí. Získané údaje budou analyzovány a následně stanoveny hypotézy, které se stanou výstupem zpracování.

Vzhledem k soukromé povaze zkoumané problematiky jsou zde uvedena následující opatření, která se týkají etiky výzkumu a zajistí bezpečí informantů. Důraz je kladen na následující oblasti:

- 1) Anonymita účastníků výzkumu – účast ve výzkumu je anonymní a data v něm získaná budou použita jen pro účely diplomové práce. To znamená, že nikde nebude uváděno jméno a příjmení účastníků výzkumu ani žádné jiné identifikační údaje mimo těch údajů, které jsou dotazovány na začátku rozhovoru a podle nichž nelze účastníka blíže identifikovat – tj. pohlaví, věk, rodinný stav, děti, profese, stupeň dosaženého vzdělání. Účastník může v průběhu výzkumu (tj. od kontaktování respondenta až po ukončení výzkumu) od něj kdykoli odstoupit.
- 2) Účastník výzkumu má právo rozhodovat, o kterých tématech chce v průběhu mluvit či psát a o kterých nikoli. V případě, že je pro něj téma moc citlivé, nemusí se k němu vyjadřovat.
- 3) Záznam rozhovoru i písemná forma jsou přístupny pouze výzkumníkovi.
- 4) Po přepsání dojde k autorizaci textu, tzn., že výzkumník má právo vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je. Přepisy rozhovorů budou po anonymizaci a následné autorizaci tvořit přílohy diplomové práce.
- 5) Výzkumník se zavazuje k mlčenlivosti ohledně osobních údajů o účastnících výzkumu, s výzkumným materiálem bude pracovat výhradně on.
- 6) Účastník výzkumu se zavazuje k souhlasu s použitím materiálu v této diplomové práci, ale i v dalších odborných pracích.

Děkuji za pozornost věnovanou těmto opatřením a žádám Vás o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Moje jméno

Podpis:

Jméno a příjmení respondenta:

Podpis:

V dne

PŘÍLOHA P II: UKÁZKA ROZHOVORU VČETNĚ ANALÝZY DAT

UMÍRÁNÍ A SMRT
VLIV
DŮVĚRA
OSVĚTA

ROZHOVOR - Respondent R4

KUŠENOST

1. Setkala jste se ve své profesi s umíráním a se smrtí?

Ano, nejprve svém životě, když jsem v domácím prostředí pečovala o babičku, která odcházela v našem rodinném kruhu. Když jsem nastoupila do současného zaměstnání, tak to bylo asi tři měsíce po nástupu. SETKÁNÍ SE SMRTÍ

POCHOPENÍ

2. Jak na Vás celá situace působila?

Tak blízký rodinný příslušník je určitě citlivější než klient, který je umístěn do zařízení. Nicméně smrt je jedna životní etapa, do které jednou všichni přijdeme a musíme mít pro druhé pochopení.

3. Mluví s Vámi klienti o umírání nebo o smrti?

Klienti, kteří jsou vážně nemocní nebo staří tak logicky o smrti mluví. Je to pomyslná čára konce života. Nejčastěji žádají návštěvu rodiny k rozloučení a pana faráře nebo společnou modlitbu. KONTAKT, DŮVĚRA

EMPATIE

4. Jak zkušenost s umíráním a ze smrtí ovlivňuje Váš přístup k ostatním klientům?

Můj přístup ke všem klientům je stejný, ... úcta, pokora, cit pro pochopení toho druhého, tak by to měl mít každý nastavené.

VLIV

5. Jak ovlivnila zkušenost s umíráním a se smrtí Váš přístup k životu?

Smrt... Tak... ta znamená konec života... určitě každého, který má v sobě alespoň kousek citu ovlivní tak, že si začne vážit maličkostí, mít radost z každého dne a zkrátka zaobírat se věcmi, které nejsou prioritou. A ty odkládá, protože nejsou důležité. Každý si priority, ale musí nastavit sám.

6. Jak se změnily Vaše priority ve vašem životě?

Moje priority jsou... zajít si s rodinou na výlet, mít rád sám sebe, rozdávat radost druhým a negativa odsunout a vytěsnit ze života. PRIORITY

Je něco, co byste ráda k této problematice, dodala?

Smrt je pro lidi stále jednou velkou neznámou, kterou si lidé nepřipouští k tělu. Ale až přijde, tak jsou v šoku. Nikdy nikdo neví, kdy ta smrt přijde a kdy člověk odejde.

čeho se nejvíc bojí. Jaké jsou jeho obavy. Nebo možná i takové nějaké strachy a zas na druhou stranu častokrát bývá, že pečující, když odcházíme, ...jmenuje se to, říká se tomu i odborně předsínové rozhovory, že v té předsíni najednou mě osloví a řekne: „Sestřičko, tak na jak dlouho to vidíte, nebo jak to vidíte?“ A v tu chvíli se bavíme o tom umírání, ale taky bývá někdy i ta situace, kdy vidím, že na to ta rodina ještě není připravená, že chce ještě bojovat a vůbec si to nepřipouští, tak v tu chvíli vidím, že při první návštěvě se to toto téma nemůže, nemůže otevřít. **OBAVY**

4. Jak zkušenost s umíráním a se smrtí ovlivňuje Váš přístup k ostatním klientům?

VLIV
PŘÍSTUP
EMPATIE

Hm... že bych řekla, že bych řekla, že nějak, nějak, asi mě nějak neovlivňuje. Ke každému klientovi přistupuji stejně..., přestože je teda vidím, že klienti mají třeba někdy už méně toho času. Tak pokud nechtějí, tak to téma opravdu neotvírám.

Hmm, ... na druhou stranu, když, když vidím, že ten, ten klient opravdu už umírá, tak se mu snažím věnovat větší pozornost a větší péči. A častokrát se tak bavím i s ostatními pracovníky, a oni vědí, že pokud se blíží konec některého klienta, tak, že mě tam můžou poslat a že se můžeme o tom víc pobavit. Myslím si, že každý člověk by měl mít takovou nějakou pomoc tady v té, v té fázi, protože je to těžké někam odcházet, nebo je těžké umírat, protože nevíme, co tam bude. Nevíme, jaký to bude, nevíme, jestli nás to bude bolet, jestli to bude příjemný, nebo, nebo složitý nebo těžký. Každý má z tohoto neznáma obavu a je dobré, když si může od těch svých obavách, myšlenkách, strachu s někým promluvit. Takže bych řekla, že, ...se snažím k těm klientům, které víme, že prostě mají méně času, nebo že umírají, tak tu naši péči zintenzivnit a opravdu být jim víc nablízku a navštívit je třeba vícekrát. Jo, že přijede tam pracovník, ale pak tam přijedu ještě já. Výhodou toho je, že jsem taky sestra, že jsem tam vlastně na začátku jakoby zdravotní sestra a pak jako pastorační asistentka se můžeme víc pobavit. A výhodou je to, že já mám na ně víc času než ostatní pracovníci, kteří mají ještě dalších někdy i více než dvanáct klientů, za kterými musí jet, tak tam nemohou vést hovor, třeba hodinový, dvouhodinový. **POCHOPENÍ**

5. Jak ovlivnila zkušenost s umíráním a se smrtí Váš přístup k životu?

VLIV
POCHOPENÍ
ODVAHA

Asi tím, že mám osobní zkušenost, že po té smrti opravdu něco je. Takže, takový... určitě to utvrdilo moji víru, určitě můžu něco ze své zkušenosti předat i těm právě klientům, kteří mají obavu z toho umírání a můžu i klienty, kteří klienti nebo pacienti, kteří opravdu nevěří, že něco po smrti je, tak díky těm mým zkušenostem jim můžu říct, samozřejmě je

to na zvážení, jestli tomu věří nebo ne, ale můžu jim říct některé případy umírání, když jsem očividně viděla, že si pro ně někdo jde, že se na někoho usmívají, že s někým komunikují, že už jsou na tom druhém břehu, ale ještě jsou třeba tělesně tady.

6. Jak se změnila Vaše priority ve vašem životě?

Nezměnili, nezměnili... moje priority, setkání se smrtí nebo s umírajícími nezměnili nic. Snažím se pořád žít s tou myšlenkou, že, že může být tento den poslední. Hmm, samozřejmě večer může být den, kdy vidím, že se mě třeba věci některé nepovedly a některé věci mě mrzí a o to víc můžu třeba poprosit za odpuštění, kdyby to byl můj poslední den. Takže, moje priority se nezměnily zkušeností se smrtí. PRIORITY, VLIV

Je něco, co byste ráda k této problematice, dodala?

OSVĚTA
DOPROVÁZENÍ
Já bych přála, aby, hmm...přála bych si, aby se o smrti víc mluvilo a aby bylo víc lidí, kteří jsou ochotní doprovázet umírající. Aby když už potom umírají v sociálních službách, tak, aby tam vždycky byl někdo, kdo je bude držet za ruku a kdo je bude doprovázet a kdo nebude mít strach se o tom bavit s nimi a doprovodit je na ten druhý břeh. Myslím si, že pořád, pořád je to v sociálních službách i v nemocnici, ...kde lidi umírají osamocení a když už musí být v těchto zařízeních tak, aby tam byli lidé, kteří je nenechají samotné v té, v té chvíli toho...v té chvíli té smrti.

PŘÍLOHA P III: ETICKÝ KODEX

ETICKÝ KODEX PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

1. ETICKÉ ZÁSADY

1.1. Činnost pracovníků v sociálních službách je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Pracovníci dbají na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, tak jak jsou vyjádřeny v Listině základních práv a svobod (součást ústavního pořádku ČR), která vychází z Všeobecné deklarace lidských práv (1948) a dalších mezinárodních dohod.

1.2. Pracovník v sociálních službách respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1.3. Pracovník v sociálních službách respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1.4. Pracovník v sociálních službách pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Pracovník v sociálních službách dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. PRAVIDLA ETICKÉHO CHOVÁNÍ PRACOVNÍKA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

VE VZTAHU K UŽIVATELI

2.1 Pracovník v sociálních službách podporuje své uživatele k vědomí vlastní odpovědnosti.

2.2 Pracovník v sociálních službách jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých uživatelů.

2.3 Pracovník v sociálních službách pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem uživatelům. Pracovník v soc. službách jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Pracovník

v soc. službách se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

2.4 Chrání právo uživatele na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být uživateli poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o uživateli neposkytuje bez jeho souhlasu.

2.5 Pracovník v sociálních službách podporuje uživatele při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení a to ze všech zdrojů. Poučí uživatele o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje uživatele při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2.6 Pracovník v sociálních službách podporuje uživatele při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2.7 Pracovník v sociálních službách je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s uživatelem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Pracovník v soc. službách jedná s uživateli, kteří používají jejich služby s účastí, empatií a péčí.

3. PRAVIDLA ETICKÉHO CHOVÁNÍ PRACOVNÍKA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH VE VZTAHU KE SVÉMU ZAMĚSTNAVATELI

3.1 Pracovník v sociálních službách odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

3.2 V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní pracovníkům v soc. službách v ní zaměstnaných přijmout a uplatňovat úroveň služeb poskytovaných uživatelům.

4. PRAVIDLA ETICKÉHO CHOVÁNÍ PRACOVNÍKA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH VE VZTAHU KE SVÝM SPOLUPRACOVNÍKŮM

4.1 Pracovník v sociálních službách respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

4.2 Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

4.3 Pracovník v sociálních službách iniciuje a zapojuje se do diskuzí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

5. PRAVIDLA ETICKÉHO CHOVÁNÍ PRACOVNÍKA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH VE VZTAHU KE SVÉMU POVOLÁNÍ A ODBORNOSTI

5.1 Pracovník v sociálních službách dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

5.2 Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně své práce a uplatňování nových přístupů a metod.

5.3 Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

5.4 Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti své práce.

6. PRAVIDLA ETICKÉHO CHOVÁNÍ PRACOVNÍKA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH VE VZTAHU KE SPOLEČNOSTI

6.1 Pracovník v sociálních službách má právo i povinnosti upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

7. ZÁVĚR

7.1 Etický kodex je pro každého pracovníka v sociálních službách závazný a jeho nedodržování by bylo posuzováno jako porušení pracovní kázně se všemi vyplývajícími důsledky.

7.2 Všichni pracovníci v sociálních službách pečují o uživatele ve smyslu etického kodexu. Práce pracovníků v sociální péči nemůže být vykonávána pouze podle předpisů a norem, ale ještě více záleží na etice, chování, trpělivosti a obětavosti při péči o naše obyvatele.