

### **Eliška Johnová: Dystanázie. Domácí péče jako jedna z prevencí dystanázie**

Předložená bakalářská práce čítá celkem 69 stran, sestává z části teoretické a praktického kvalitativního výzkumu, k nimž je připojen seznam použité literatury a dvě přílohy. Formálně splňuje všechny požadavky na kvalifikační práci bakalářské úrovně. Překlepů či stylistických nešikovností obsahuje minimum.

Práce je vystavěná logicky, postupuje v kratších svižných kapitolkách a velmi dobře se čte. Autorka prokázala, že je schopna kriticky a strukturovaně pracovat s českou i zahraniční literaturou a se zdroji různého původu i zaměření: čerpá z literatury z oblasti sociální práce, lékařství, práva i státní správy. Velmi dobře se v problematice orientuje, dokáže stručně vystihnout východiska, problémy i rizika pojednávaných témat. Většinou se drží literatury, na mnohé otázky či nejednoznačné problémy, které v práci zmiňuje a které nejsou přímo jejím tématem, nedává odpovědi, pouze mapuje dané pole (např. kap. 1.4. o smrti), ale přitom se cíleně drží svého tématu, u nějž svoji odpověď má a přináší pro ni důvody podložené argumenty z literatury, praxe i výzkumu. Zároveň nezůstává na obecné rovině, ale dokáže být velmi konkrétní, zvláště v líčení možností paliativní domácí péče, přičemž vhodně navazuje na své vlastní zkušenosti. Předložená práce je tak dle soudu recenzenta příkladem toho, jak má bakalářská práce vypadat v pohledu na míru vhodně strukturované rešerše k danému problému na jedné straně a vlastních závěrů na straně druhé.

Argumentační oblouk, který autorka v práci překládá, je jasný: 1. život člověka je omezen smrtí. 2. Současná lékařská péče dokáže život prodlužovat až i přes únosnou míru (problém dystanázie). 3. Proto vzrůstá důležitost paliativní péče, jejíž nejvhodnější podobou je 4. domácí paliativní péče. To je zároveň i struktura jednotlivých kapitol teoretické části.

Tento argumentační oblouk podpírá autorka jasnými a zdůvodněnými tezemi: smrt je přirozené omezení lidského života, člověk zemřít musí. V poslední době už však člověk neumírá doma, ale ve zdravotnických zařízeních, kde lékaři dokáží smrt na jednu stranu díky vyspělé medicíně výrazně oddálit a resuscitací odsouvat stále dál (28), na druhou stranu se tak mnohdy děje na úkor důstojnosti a kvality lidského života, protože vše se soustředí jen na zápas lékaře se smrtí (27). Pak mluvíme o dystanázii, o prodlužované či zadržované smrti (anotace, 15, 27n). Většina lidí si přitom přeje zemřít v domácím prostředí, i za cenu, že péče nebude maximální možná (21), než umírat v cizím prostředí v obklopení cizích lékařských profesionálů. Ideálem je mít pod kontrolou své symptomy a příliš nezatěžovat rodinu (28). Proto je třeba se z pohledu péče snažit o „vyvážení spolupráce sociálně-zdravotnických služeb s rodinou“ (22), z pohledu medicíny pak je třeba individuálně promýšlet mez, kdy je třeba přejít od léčby kurativní k léčbě paliativní (25), vyhnout se tzv. „marné léčbě“ (29) a nechat člověka co možná v klidu a bez bolesti zemřít může představovat „optimální východisko“ (26). Autorka přitom ví, že nežijeme v ideálním světě a svůj vliv má také ekonomické hledisko (31n). Nejlepší odpovědí na problém dystanázie je proto paliativní péče, která se stále více rozvíjí a je

multidisciplinární (33n). Ideálem je, aby se paliace se všemi svými možnostmi (35-37) stala přirozenou součástí zdravotní péče (37). Nejlepší podobou paliativní péče je dle autorky domácí paliativní péče, která jednak předchází problému dystanázie a jednak naplňuje většinové přání zemřít doma navzdory možné nižší kvalitě péče (38). Domácí péče má svá rizika, o nichž autorka ví, a kvůli nimž není možná a vhodná pro každého (39), ale také mnoho možností, často neúplně využívaných (40-42).

Poukázat na možnosti, podoby a rizika domácí paliativní péče je proto také cílem praktické části, která vychází z rozhovorů se šesti osobami, které doma pečovaly o své umírající blízké. Autorce se potvrdil její předpoklad, že domácí péče je náročná, ale zároveň obohacující, protože přináší zásadní zkušenost, jež proměňuje pohled na smrt, na smysl života i na roli rodinných vztahů (55). Autorka tak dokáže velmi konkrétně zdůraznit jak zaměření na každého jedince individuálně, tak sociální a vztahové prostředí péče.

V závěru dochází autorka k doporučení zahrnout do terapeutických cílů při stanovování dalšího postupu léčby také možnost nezahájení, nerozšiřování či ukončení nepříznivé léčby, přejít na péči paliativní a zvážit možnost domácí péče, která ovšem vyžaduje mnohostrannou podporu (57n).

Kritických poznámek má recenzent jen málo:

Citát o důstojném umírání od ČLK na s. 26 by zasloužil lepší zasazení do kontextu, resp. nějaký komentář.

Na s. 29 se autorce vloudila redundance, dvakrát opakuje totéž (a dvakrát cituje totéž).

Na stejné straně je uvedena definice marné léčby, která je dle soudu recenzenta příliš široká. Z kontextu je zřejmé, oč autorce jde, ovšem pokud by marná léčba byla definována jako postup „dostupný a technicky možný, ale v dané situaci není schopen pacienta vyléčit“, spadala by do takto široké definice veškerá symptomatická léčba nevléčitelných nemocí a především samotná paliativní léčba, jejímž přiznaným cílem právě není vyléčit, ale doopatrovat za co nejpříznivějších podmínek.

Práci hodnotím jako vynikající, **doporučuji ji k obhajobě a navrhuji hodnocení A.**

Možné otázky k obhajobě práce:

1. Někteří odborníci tvrdí, že „utrpení má smysl“ (s. 20). Lze bez dalšího říci, že utrpení má smysl?

2. V kapitole o smrti (s. 23) se autorka nepřiklonila na žádnou z uvažovaných pozic v pohledu na smrt. Je smrt proces, anebo naopak náhlý přechod? A je výstižné definovat smrt jako „zánik organismu“?

V Praze, 12.5.2023

Petr Gallus