

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Fenomén umírání z pohledu pracovníků hospicové  
péče a pracovníků LDN**

**The phenomenon of dying from the perspective of  
hospice care workers and LDN workers learners for  
patients with long term diseases**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Tereza Palánová

Autor:  
Barbora Güntherová

Praha 2021

## **Poděkování**

Zde bych ráda poděkovala Mgr. Tereze Palánové za rady, které mi pomohli při psaní této bakalářské práce. Mé poděkování patří také mé rodině za psychickou podporu, bez které bych to nezvládla. Především babičce, která mi dodala poznatky z domácí péče o umírající a mamince, která pracuje na Oddělení následné péče, která mi též poskytla cenné rady.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Fenomén umírání z pohledu pracovníků hospicové péče a pracovníků LDN“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10. 05. 2021

Barbora Güntherová

# Obsah

Úvod.....	7
1. kapitola: Umírání a smrt.....	8
1.1    Co je umírání a smrt.....	8
1.1.1    Fyzická.....	8
1.1.2    Psychická.....	8
1.1.3    Sociální.....	8
1.2    Fáze umírání.....	9
1.2.1    Fáze první – šok, negace.....	9
1.2.2    Fáze druhá – zloba.....	9
1.2.3    Fáze třetí – vyjednávání.....	10
1.2.4    Fáze čtvrtá – deprese.....	10
1.2.5    Fáze pátá – smíření.....	10
1.3    Umírání dnes a dříve.....	11
1.3.1    Tradiční (domácí) umírání.....	11
1.3.2    Institucionální umírání.....	12
1.4    Potřeby umírajících a jejich uspokojování.....	12
1.4.1    Definování.....	13
1.4.2    Biologické potřeby.....	13
1.4.3    Psychické potřeby.....	13
1.4.4    Sociální potřeby.....	13
1.4.5    Spirituální potřeby.....	14
1.5    Etika péče o umírajícího člověka.....	14
1.6    Otázka víry pro nemocného.....	17
1.7    Komunikace s klientem.....	19
2. kapitola: Léčebna dlouhodobě nemocných.....	21
2.1    Co je Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN).....	21
2.2    Historie a filozofie.....	22
2.3    Složení multidisciplinárního týmu.....	23
3. kapitola: Hospic a hospicová péče.....	25
3.1    Historie hospiců.....	25
3.2    Hospic význam a formy.....	26
3.3    Hospicové hnutí.....	27
2.2    Myšlenka hospice dle Svatošové.....	28
2.3    Formy hospicové péče.....	28

2.3.1	Domácí hospicová péče.....	28
2.3.2	Stacionární hospicová péče .....	29
2.3.3	Lůžková hospicová péče.....	29
4.2	Financování hospiců.....	30
4.3	Strategie pro budoucnost.....	30
4.4	Pastorační péče v hospicích.....	34
4.	Kapitola: Paliativní péče.....	37
4.1	Co to je paliativní péče a medicína.....	37
4.2	Smysl a cíle .....	38
4.2	Obecná paliativní péče .....	40
4.3	Specializovaná paliativní péče .....	40
4.4	Realizace paliativní péče .....	41
5.	Kapitola: Péče o pečující.....	43
5.1	Požadavky na pečující.....	43
5.2	Syndrom vyhoření .....	43
5.3	Pravidla duševní hygieny .....	44
5.4	Role osob blízkých .....	45
5.5	Doprovázení pozůstalých .....	46
	Závěr.....	47
	Seznam použité literatury .....	49

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá fenoménem umírání z pohledu pracovníků hospicové péče a pracovníků LDN. Práce měla být rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou, kde jsem měla připravený dotazník, ale z důvodu pandemie COVID-19 je má práce více teoretická. Psala jsem o umírání a smrti, o zařízení hospice a oddělení LDN, paliativní péči. V té praktičtější části jsem se snažila popsat vztah k umírání mezi pracovníky hospiců a pracovníky LDN. Také jaká je tato péče, vycházející z mé praxe v sociálních službách.

## **Klíčová slova**

Umírání, paliativní péče, hospicová péče, léčebna dlouhodobě nemocných, doprovázení nemocných, péče o pečující

## **Annotations**

The bachelor's thesis deals with the phenomenon of dying from the perspective of hospice care workers and LDN workers. The work was to be divided into two parts, theoretical and practical, where I had a questionnaire ready, but due to the COVID-19 pandemic, my work is more theoretical. I wrote about dying and death, about hospice facilities and LDN wards, palliative care. In the more practical part, I tried to describe the relationship to dying between hospice workers and LDN workers. Also what is this care based on my practice in social services.

## **Keywords**

Dying, palliative care, hospice care, hospital for long term sickness, accompanying the sick, caregive

# Úvod

Při výběru tématu pro svou bakalářskou práci jsem zvolila název: Fenomén umírání z pohledu pracovníků hospicové péče a pracovníků Léčeben pro dlouhodobě nemocné. Toto téma je pro mě velmi důležité a to hned z několika hledisek. Jedno z nich je, že se s tématem nemocných, starých, umírajících setkávám už od mala, protože celá má rodina pracuje v oblasti péče o druhé. Další impuls pro mě byl naučit se lepší komunikace s klientem a ucelit si přehled o dané problematice. Cílem práce je porovnání péče o umírající a personál mezi dvěma zařízeními. První z nich je hospicové hnutí a druhým oddělení LDN. Dále, jaké jsou požadavky na pečující a péče o ně v těchto zařízeních a v neposlední řadě, vnímání umírání a smrti z jejich pohledu. Nicméně má práce dopadla jinak, než byla zamýšlena a to z důvodu pandemie COVID-19, který uzavřel zařízení vybrané pro mou práci, a zneschopnil provést daný průzkum vedený metodou rozhovoru. Obsah práce se tedy zabývá nejen teorií umírání, smrti, ale i praktickými věci, do kterých počítám např.: potřeby klientů, otázku víry, jak probíhá pastorační péče a financování hospiců. Mnoho zajímavých témat k zamyšlení, ke kterým bych se vůbec nedostala, kdybych nebyla nucena přehodnotit obsah své práce. Má práce pojednává od procesu umírání až po péči o pečující v pomáhajících profesích. Vycházela jsem z odborné literatury. K metodám práce patří analýza. Skrze moji práci jsem chtěla upozornit na odborníky, vztahy a prostředí, které jsem chtěla porovnat. Ve dvou zařízeních, kde se můžeme setkat se smrtí. První kapitola bude hodně analogická, kde se bude srovnávat dvě stěžejní zařízení mé práce. Druhá a třetí kapitola je metodicky analýzou oddělení LDN a hospicové péče. Zbylé kapitoly jsou metodicky syntézou, kde se pojí předešlá analýza.

# **1. kapitola: Umírání a smrt**

## **1.1 Co je umírání a smrt**

Nejprve se podíváme na pojetí umírání a smrti od Kalvacha (2004), který píše následující. Existence člověka vždy končí umíráním a smrtí. Pojdme se na tuto poslední fázi lidského života podívat podrobněji. Většinou přichází jako závěrečné vyústění již přítomného chronického onemocnění. Je charakterizováno postupným, nebo náhle vzniklým nevratným selháváním funkčních systémů lidského organismu a poruchou regulace těchto systémů. Můžeme jí rozdělit na rychlou (náhlou) a pomalou. Ve své práci se budu zajímat o smrt přirozenou a pomalou, způsobenou nemocí nebo věkem. Existuje mnoho nemocných, u kterých je rozpoznání nevratného charakteru orgánového selhání a zhoršení klinického stavu velmi obtížné. Přehodnocení klinického stavu musí lékař učinit během několika dní, někdy i hodin. Je-li stav pacienta zhodnocen jako umírání, mělo by se hlavním a jediným cílem léčby stát, aby pacient netrpěl a nepocíťoval diskomfort.<sup>1</sup> Podívejme se na smrt a její dělení: fyzickou, psychickou a sociální, jak ji popisuje Vymětal (2003).

### **1.1.1 Fyzická**

Smrt fyzická je stav, v němž ustává tlukot srdce, přestává fungovat krevní oběh, mozkové buňky už nedostávají živiny a odumírají.

### **1.1.2 Psychická**

Smrt psychická může nastat, když je člověk zoufalý, rezignuje a cítí beznaděj. Předchází smrti fyzické.

### **1.1.3 Sociální**

Smrt sociální nastává, když je člověk odsunut ze sociálních a mezilidských vztahů. Někdy smrti fyzické předchází smrt sociální. Často k těmto stavům dochází, když je starý a nemocný člověk

---

<sup>1</sup> Kalvach, Z. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004.



odsunut do nemocnic nebo domovů. Dlouhověcí také mohou ztratit mnoho vrstevníků a okolí o ně nemá zájem a tak nemají motivaci dál žít.<sup>2</sup>

## **1.2 Fáze umírání**

Zde chci čtenáře seznámit s fázemi prožívání umírání dle modelu Elisabeth Kübler-Ross (1992). Tato psychiatricka měla dlouholeté zkušenosti s umírajícími a úzce s nimi spolupracovala. Zjišťovala, co v této situaci prožívají, čím si prochází a chtěla tyto poznatky předat dalším lidem, kteří přicházejí do styku s umírajícími. Jde o to, abychom byli schopni pochopit jejich mentalitu a dokázali s nimi jednat v různých situacích. Dokážeme tak dát psychickou podporu a případné negativní emoce ze strany pacienta nevztahovat na sebe. Největší radost z řad ošetřovatelů působí právě ta situace, v níž se dokázali naladit na stejnou vlnu s umírajícím a poskytli laskavý doprovod. Tyto fáze lze uplatnit nejen na umírání, ale i na diagnózu závažné choroby, i když diagnóza nemusí končit fatálně.

### **1.2.1 Fáze první – šok, negace**

Člověk zavírá oči před skutečností blízké smrti. Mnoho pacientů reaguje podobně. Nechápu co se děje, myslí si, že je to jen nedorozumění nebo záměna výsledku. Někdo si vyhledá i jiného lékaře v domnění, že ten první udělal chybu. Takové jednání může být z nedostatku zkušenosti při podávání diagnózy, špatné komunikační dovednosti, neomalenost. Takové jednání je přirozeností, reflexivní obrana. Nicméně je důležité pacienta držet při dobré mysli a nebrat mu naději.

### **1.2.2 Fáze druhá – zloba**

Tady se snažíme nemocnému pomoci, ale mnohdy je to neúspěšné. Umírající reaguje úplně jinak, než jsme očekávali. Je deprimovaný a rezignuje. Nechce moc spolupracovat a my musíme hledat cestu jak s umírajícím jednat. V této fázi se často ptá: „Proč já? Proč ne ten druhý?“ A my jsme právě v této chvíli u klienta nejbliže. Vypadá to, že jsme jako hromosvod, na kterém si můžete vybit zlost. Naší práci, jako např.: úpravu lůžka, pomoc při hygieně a jiné služby, vidí jako obtěžování. Tato situace je často velmi nepříjemná, jak pro nás tak klienta. Proto musíme zůstat profesionální a na prvním místě myslet na klienta. Mít potřebnou empatii a nikdy neoplácet stejnou mincí.

---

<sup>2</sup> Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003.

### **1.2.3. Fáze třetí – vyjednávání**

Tato fáze nastává, když vyprchá zloba. Bývá velmi důležitá, i když málo známá. Pacient si musí přiznat skutečný stav věci. Uvědomuje si, že i přes nepřízeň osudu, jenž ho v životě potkává, nechce nechat života. Chtěl by oddálit příchod nevyhnutelného a hledá všemožné způsoby jak zůstat co nejdéle naživu. Mohli bychom to přirovnat k dětské reakci. Když budu hodný, dostanu více času. Někdy se i přes nepříznivou prognózu daří plnit krátkodobé cíle a nemocní prožijí krásný zbytek života. Např.: vidět úspěšné zakončení školy svého syna, být přítomný na jeho svatbě, dožít se narození vnoučete, atd.

### **1.2.4 Fáze čtvrtá – deprese**

Začínají přicházet deprese a člověk si uvědomí, že si celou dobu jen něco nalhával. Nemocný pendluje mezi nemocnicí, svým domovem nebo domovem pro seniory. Jindy je jen na nemocničním oddělení, což je ta nejhorší varianta. Vidí tam kolem sebe utrpení a spekuluje nad svým vlastním osudem poznamenaným nemocí. Projevuje se to různě, záleží na každé osobnosti. Někdo to dusí v sobě, jiný pláče a další prožívá ataky úzkosti a utápí se v negativismu. Nemusí to být jen otázky spojené s nemocí, ale také strach o svou rodinu, děti, práci, rozdělení majetku, atd. Může dojít i ke snížení finančního zabezpečení rodiny, proto hledáme sociální organizace, sociální dávky, když má rodina zájem.

### **1.2.5 Fáze pátá – smíření**

K této fázi by měli optimálně všichni dlouhodobě nemocní dojít. Je to překonání všech předchozích fází. Umírající se zde se svou nemocí vyrovnal a je klidný. V této fázi potřebuje většinou více podpory jeho rodina. Klient už prožívá svůj klid, ale i teď je důležité nenechat ho o samotě. Většina klientů této fáze před smrtí dosáhne.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Kübler-Rossová, E. *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992.

## 1.3 Umírání dnes a dříve

Podle Haškovcové (2007) si konečnost svého života lidé vždy uvědomovali. Také lidé umírali v nižším věku, medicína ještě nebyla na takové úrovni. Dnes máme jedny z nejlepších výsledků na světě v záchraně kojenců. V době, kdy nebylo očkování, byl nedostatek stravy, málo vitamínů ani antibiotika, špatná hygiena, měl člověk štěstí, když se dožil dospělého věku. Mohli bychom říci, že lidé byli více spjati se smrtí a tolik se jí nebáli. Byla to přirozená realita a snadněji přijatelná. Snad dokázali i poskytovat lepší psychickou oporu s laskavostí a vírou v posmrtný ráj.<sup>4</sup>

Dle Vymětala (2003) se dnešní lékaři vžili do role profesionálů, kteří mají technické vymoženosti, a smrt znamená prohru. Bohužel se může i zdát, že paliativní medicína je méně hodnotná. Lidé se snaží smrt vytěsnit, zapomínat na ní. Možná je to důsledek ekonomického růstu a určitě i úrovně zdravotní péče, která zvýšila průměrný věk obyvatelstva. Začalo to v minulém století, kdy se z pojmu umírání stalo neslušné slovo, jako takový relikt z dob světových válek. Není se čemu divit. Zemřely miliony lidí, takže stěží najdeme rodinu, kterou by smrt nezasáhla. Dnes se můžeme setkávat se smrtí nejčastěji v médiích. Televizní zprávy jsou jimi přeplněné, když ne z domova tak ze světa. Tzv. Krimi seriály, horory, thrillery, akční nebo dokonce sci-fi filmy jsou také plné umírání a to většinou nepřirozeného a děsuplného a násilného. Zde se divák nemůže naučit, jak zacházet s umírajícím, je to jen pohádka pro dospělé. Samozřejmě, že nejintenzivnější zkušeností si člověk prochází až, když umírá někdo z jeho blízkých, ale to už možná nedostane čas, aby se naučil jak se chovat a bolest ho může zcela pohltit.<sup>5</sup>

### 1.3.1 Tradiční (domácí) umírání

Zde jsem připravila model tradičního a institucionálního umírání jak napsala Haškovcová (2007). Máme zde dva základní modely. První z nich je ritualizované umírání. Tento model bychom také mohli pojmenovat jako tradiční nebo domácí. Chápání smrti je zde hodnocení života. Uvažovalo se o smyslu svého života a zvažoval se mravní dopad svého jednání. Dříve se častěji umíralo doma a tak byli lidé dobře obeznámeni se smrtí. Smrt byla součástí života a nebyla odosobněná. Tak jako život ve společenství, nebyla ani smrt událostí, která by se týkala pouze jednotlivce. Byla rituálem. Týkala se celé rodiny, přátel, známých a bylo společenskou povinností přijít k lůžku umírajícího a rozloučit se s ním. Vědělo se jak pečovat o umírajícího protože se ta zkušenost předávala z generace na generaci. Naši předkové se také báli smrti. Dříve to byla oslavná rodinná událost, na kterou se

---

<sup>4</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.

<sup>5</sup> Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003.

připravovali už od dětství. Lidé si přáli šťastnou smrt, zvláště v okamžiku, když šlo o zralého člověka. Původní předvídatelnost smrti měla prostor a reálnou podobu. Když člověk pocítil, že jeho nemoc je smrtelná, nikdo mu to nevyvracel, a kdyby chtěl, bylo by to chápáno jako cynismus a morální selhání. Člověk umíral v kruhu svých blízkých a podle staletými prověřeného rituálu. Tento důstojný způsob umírání se po staletí neměnil. Samozřejmě, že se všem nepodařilo takto zemřít, ale všichni si přáli šťastnou smrt. Věděli totiž, jak vypadá.

### **1.3.2 Institucionální umírání**

V naší společnosti dle Haškovcové (2007) se umírání a smrt odehrávají v nemocnicích (např. Léčebnách pro dlouhodobě nemocné (LDN)), v domovech pro seniory a v hospicích. O umírajícího by se měl starat kolektiv specialistů, ale stává se, že tam člověk umírá sám. Na okamžik nahlédneme do historie. Izolování umírajícího od rodiny a okolí se datuje do 30. let 20. století, kdy převládalo přesvědčení, že nemocným je tak zajištěn potřebný klid. Vznikla zde praxe tzv. bíle plenty, kde se poskytovala odborná péče, a umírající zůstal sám, aby měl náležitý klid. Což vedlo k tomu, že se pojem smrti stal abstraktnější. A tak v současné době hledáme různé alternativy nového ritu umírání. Jedna z alternativ by byla zanechání umírajícího doma se zajištěnou kvalitní odbornou péčí. Dále přijetí rodiny umírajícího do nemocnice nebo hospicová péče.<sup>6</sup>

### **1.4 Potřeby umírajících a jejich uspokojování**

Zde je definice potřeb pro terminálně nemocné dle Trachtové (2001), a jejich dělení. Uvědomování a naplňování lidských potřeb je jedním z výchozích bodů paliativní péče. Lidské potřeby jsou neoddelitelné. Patří mezi ně fyzická, psychická, sociální a duchovní stránka, tak tvoří jeden celek. Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem k člověku, předmětu či činnosti. Je projevem bytostného přání.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.

<sup>7</sup> Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001.

### 1.4.1 Definování

Dle WHO (1964) je zdraví plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho. Priorita potřeb se však může v průběhu nemoci měnit. Na začátku často bývají prvořadě potřeby biologické, které se postupně mění a nabývají na důležitosti potřeby spirituální.<sup>8</sup>

### 1.4.2 Biologické potřeby

Sem patří vše, co potřebuje fyzicky nemocné tělo. Podle Svatošové (1999) jsou takové potřeby následující: přijímání potravy, potřeba spánku, dýchání, vylučování, atd. A že, jsou tyto potřeby obvykle zvládnány zdravotními sestrami, je to běžná praxe.<sup>9</sup>

### 1.4.3 Psychické potřeby

Jak píše Křivohlavý (2002) můžeme zde zařadit respektování lidské důstojnosti a to nezávisle na stavu pacienta. Dále se učíme, že každý je originální a neopakovatelná bytost, která má vlastní životní hodnoty a pohled na svět. Musíme tak přistupovat ke každému pacientovi, s náležitou úctou a tím zvláště na konci jeho života. Všechny tyto potřeby se týkají psychického stavu a jsou velmi důležité. Když jsou uspokojeny, je umírající v duševní pohodě a to nutně potřebuje. Jako lidskou blízkost a citovou oporu, nesmí si myslet, že je na všechno sám. Další velmi důležitou potřebou je respektování lidské důstojnosti. Vědět, že tu nejsem zbytečně, jsem milován, něco pro druhého znamenám. Můžeme to shrnout na potřebu jistoty a bezpečí. Víme, že se můžeme na někoho spolehnout. Na někoho, kdo tady vždycky bude, když budeme něco potřebovat.<sup>10</sup>

### 1.4.4 Sociální potřeby

I sociální potřeby mají své důležité místo podle Svatošové (2011). A jelikož je člověk společenský, tak nemůže sám umírat. Musí mít kolem sebe lidi blízké jeho srdci, zejména rodinu, ale i zdravotníky. Jedna z nejdůležitějších věcí je komunikace ať už verbálně, jako oslovování, zdvořilostní

---

<sup>8</sup> <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

<sup>9</sup> Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1999.

<sup>10</sup> Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.

obraty, tak i neverbálně, kam patří např. naslouchání nebo ochota nemocnému rozumět. Umírající je velmi citlivý a tak o to více potřebuje jakýkoli kontakt, dotyky či pohlazení. Důležité je též zprostředkovat kontakt s rodinou či přáteli. Nemocný by měl mít možnost si sám určit, jaké návštěvy přijme. Komunikace s umírajícím bývá dost náročná a učíme se jí celý život. Ale měla by patřit k základním dovednostem celého týmu. Jak zdravotníků, tak sociálních pracovníků. Je třeba naučit se otevřeně hovořit o smrti a odpovídat nemocnému na všechny otázky pravdivě. V případě, že to nefunguje, nemocný se může izolovat, ztratit k nám důvěru a přestat komunikovat. V rozhovoru s nemocným mu nelze brát naději, proto je dobré se zaměřit na kvalitu život, který mu ještě zbývá.

### **1.4.5 Spirituální potřeby**

S těmito potřebami dotváříme holistický pohled na člověka. Bohužel se u nás spirituální potřeby opomíjejí, což je důsledek mnohaletého podryvání autority církve. Avšak duchovní oblast člověka je důležitá, věřícím dává uspokojení a vnitřní klid. V každém zařízení by měla být takováto služba zajišťována specialistou, buď knězem, nebo sociálním pracovníkem, který má kvalifikaci. Důležitý může být duchovní rozhovor, přijetí svátostí nebo přenos bohoslužby. V dnešní koronavirové době už není problém dívat se na liturgii on-line. Též pro nevěřící jsou tyto potřeby znatelné, proto je důležité vytvořit takové klima, kde se bude nemocný i jeho rodina cítit dobře. Umírající touží po odpuštění a sám chce odpouštět a tak dát smysl svému životu. Nechce tento svět opouštět v nesváru.<sup>11</sup>

## **1.5 Etika péče o umírajícího člověka**

Základní etické principy popsal Vorlíček a kolektiv autorů (2007). Můžeme v paliativní péči dělit do pěti základních principů. Autonomie, informovanost, beneficence, nonmaleficence a spravedlnost. Autonomii chápeme jako zodpovědnost nemocného za své zdraví, život a rozhodování o něm. Podmínkou je, že pacient musí být plně informován o svém zdravotním stavu. Pacientova přání by měla být respektována a to, i když si pacient přeje ukončit léčbu. Někteří nemocní mají sníženou schopnost myslet racionálně, proto náš právní řád neřeší závaznost či nezávaznost vyjádřeného přání klienta, když je prováděna léčba v situaci kdy už pacient nemůže sám rozhodovat. Mělo by se však splnit nemocnému přání, pokud to toto přání není v rozporu se svědomím či vědomím lékaře. Informovanost pacienta. Tato informovanost znamená, že nemocný má právo vědět vše o svém zdravotním stavu, ale má možnost volby tuto informaci nevědět. Měl by být informován jako první,

---

<sup>11</sup> Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1999.

když se rozhodne o svém stavu vše vědět. Beneficence je povinnost lékaře vůči pacientu. Lékař musí udělat vše, co je pro pacienta maximálně prospěšné. Ovšem může dojít a dochází k odlišným pohledům na řešení zdravotního stavu, tak je užitečné najít vhodný kompromis a být otevřený a to na obou stranách. Nonmaleficence je princip týkající se případných vedlejších účinků léčebných postupů. Za primární cíl léčby a péče se považuje neublížovat pacientovy a volit vhodné medikamenty. Další a poslední princip je spravedlnost. Tento princip praví, že musí být rovnováha mezi uspokojováním oprávněných potřeb pacienta a schopností společnosti toto uspokojování poskytovat. Z hlediska paliativní péče se jedná hlavně o problematiku dostupnosti této péče do všech regionů. Výše uvedené principy se stávají a musí se řešit v konkrétních situacích s konkrétním pacientem v konfliktu. Volit musíme takový přístup, který nejvíce řeší problémy pacienta. Eticky musíme jednat vždy, ať už je pacient v jakémkoliv stádiu nemoci. Úzkost před smrtí má velký vliv na pacienta. Tento strach má většina druhů v živočišné říši a člověk není výjimkou. Strach může být z utrpení spojené před skolem anebo i otázky typu, co po smrti následuje. Lidé nevědí, zda to zvládnou, popř. aby jejich odchod měl úroveň a oni si před svědky neudělali ostudu. Tato úzkost ovlivňuje naše všechny představy. Mám na mysli nejen duchovní úzkost ze ztracení duše, ale i všelijaké lékařské metody léčení, vyšetřovací přístroje (umělá výživa, umělé dýchání, odsávání tělních tekutin, ...) které přicházejí v době termálních nemocí a možná jim není vyhnutí. To vše v jejich myslích směřuje k pomalé a bolestivé smrti.<sup>12</sup>

Krejčířová (2006) popsala vnímání smrti od dětí až po stáří. Děti od pěti let vnímají smrt jako vratný proces. Líčí hezké připodobnění k semenu, které bylo zaseto a vyklíčí a to znovu a znovu. V pozdějším věku dětství se setkáváme s pojetím spojené s trestem nebo jakousi neopětovanou láskou. Od devíti let by děti měli být schopné reflektování smrti. Když dítě onemocní tak se může uzavřít do sebe a stát se apatickým nebo nepřátelským vůči svým rodičům. Chápou to tak, že rodič jej nedokáže ochránit před nemocí či dokonce před umíráním. U některých z těchto dětí lze pozorovat rychlé zrání, projevující se např. otevřeností k pojmům týkajících se smrti. Vypadá to, že těmto pojmům rozumí, ale není tomu tak. U dospívajících je to už jiné, dokážou vnímat limity vlastního života, ale je to něco co bude až za hodně dlouho. Je to hrozba, která znemožňuje realizovat ten život, na který se daná osoba připravuje. Adolescenti mohou pociťovat strach spojený z pocitu nekompletnosti života, dále se mění sebepojetí. Řeší, jak je přijmou jejich vrstevníci a proto je vhodné začít s nimi dělat arteterapii, zaměřenou zejména na výtvarnou činnost, ale můžeme i např. sestavovat různé příběhy, či se zabývat zpíváním, hraním na hudební nástroje, nebo jen poslouchat hudbu (tzv. muzikoterapie). Ještě máme dramaterapii, ta nás vede ke hraní divadelních scén našeho života. Jako obrazem se díky těmito technikám jsme schopni podívat na vlastní život s odstupem a nalézt vnitřní klid, svobodu, rozšifrování našich osobních krizí a začít žít znovu. Když člověk dosáhne středního věku, přesouvá se tento strach o sebe na obavu o druhé. Je logické, že největší strach zažívají ti pacienti, kteří by

---

<sup>12</sup> SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007.

zanechali samotné nezaopatřené děti. Čím starší jsou lidé ve středním věku, tím více si uvědomují omezenost a konečnost svého života. Začínají počítat a vidět reálnou možnost smrti. Ve stáří se pacient stále víc a víc konfrontuje s nemocemi a bolestmi. Tady se strach ze smrti proměňuje ve strach z bolesti a osamění. Poslední fáze většinou probíhá tak, že se pacient odpoutá od svého okolí a přestane jevit zájem o vše, co k němu zvenčí proniká. Nechce návštěvy ani žádné zprávy a potřeba komunikace se snižuje. Je pohroužen sám do sebe a vede monolog, kde vše rekapituluje. Tak nakonec zůstává sám v tichu. Někdo vyžaduje přítomnost blízké osoby, někdo ne. Je to zcela individuální, i když nakonec všichni potřebují cítit blízkost osoby, která je bude doprovázet, až budou odcházet z tohoto světa. Může se projevit zvýšená spavost nebo jiné fyziologické změny jako např. zmatenost. Tělo přestává správně fungovat, nemocný přijde o potřebu stravy. U některých pacientů se naopak může projevit euforie, která má za následek opětovnou chuť do života, komunikace s okolním světem a celkový zájem o své okolí.<sup>13</sup>

Svatošová (1998) píše, že v situacích, kdy pacientovy ubývají jak fyzické tak psychické síly, je omezen činit validní rozhodnutí či realizaci těchto rozhodnutí. Ošetřující lékař má v tomto ohledu těžký úděl a kladou se na něho zvláštní nároky. V první řadě musí být schopen diagnostiky. A to jak rozsah poškození nemocného, tak jeho možnou kapacitu. Chápe se jako složitá, protože je nutné stanovit nároky na rozhodovací schopnosti pacienta a to dle jejich závažnosti. Dále tu máme druhý faktor. Je fakt, že kompetence starého člověka jsou dynamické a proměnlivé, proto má lékař úkol vždy hájit nejlepší zájmy klienta. Může se to zdát obtížné, protože zájmy umírajícího nemusí být shodné s přáním či zájmy jeho rodiny. Někdy je obtížné rozpoznávat přání klienta, jestliže klient podléhá přáním či rozmarům rodiny a je jí manipulován. Někdy naopak je s rodinou snadnější a srozumitelnější komunikace než s pacientem a jednájí v nejlepším zájmu člena svojí rodiny. Nicméně lékař má stále povinnost prosazovat a hájit přání svého klienta. Rozhodování se o dalším postupu nemocného musí vycházet z reálné vize rodinné situace. Je potřeba diagnostikovat i rodinu klienta, aby lékař měl holistickou představu o vztahu mezi členy rodiny. Tzv. pracovní rehabilitace je velmi vítaná v diagnóze rodin. Odborník, který provádí toto šetření, zjišťuje např. jak je rodina zajištěna na péči o nemocného, jestli na to vůbec má prostředky, po psychické, fyzické, ale i finanční stránce. Hlavním problémem v etice je sdělování pravdy klientovy. Jde o to, aby při tomto úkolu nebyla vzata naděje, ta je totiž někdy to poslední, co pacienty drží při životě. Říkat pravdu je povinností lékaře, i když může být omezena a to, když si to pacient sám přeje nebo když je v rozporu s principem nonmaleficence. Máme-li za to, že by sdělení pravdy mohlo pacienta jakkoli poškodit. Když si nejsme jistí, volíme sdělení pravdy, protože je to klientovo právo. V každém případě tyto rozhovory o sdělení či nesdělení musí probíhat v otevřeném rozhovoru plném důvěry. Odborníci se ho učí časem a je

---

<sup>13</sup> Langmeier, J. a Krejčířová D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006.



potřeba mít více zkušeností. Čím více zkušený a zručný lékař, tím lépe přijme pacient svou diagnózu a všechny informace s ní spjaté.<sup>14</sup>

## 1.6 Otázka víry pro nemocného

Zde bych se chtěla opřít o dva citáty z Písma, jeden z Janova evangelia a druhý je z Listu Římanům, který patří do sbírky listů Pavla z Tarzu. Ježíš řekl: „*Já jsem vzkříšení i život. Kdo věří ve mne, i kdyby zemřel, bude žít*“ (Jan 11:25). „*Jestliže ve vás přebývá Duch toho, který z mrtvých vzkřísil Ježíše, pak ten, který z mrtvých vzkřísil Krista Ježíše, probudí k životu i vaše smrtelná těla svým Duchem, který sídlí ve vás*“ (Řím 8,11). Každý pod těmito slovy určitě vidí něco jiného. Pro zdravého, silného a mladého člověka to může znamenat úplně něco jiného než pro starého, nemocného člověka, který se připravuje na odchod. Také máme každý jiné zkušenosti a jiné poznání, ať už v oblastech profese, či duchovního života. Jsou to ukázky, kdy víra může s odchodem ze světa velmi pomoci v psychice nemocného. S vírou je neodmyslitelně spjata i naděje a láska. Což také vychází z evangelijních textů. Někdo může být osvobozený, jen když se zbaví myšlenek na smrt a oddá svůj zbylý život Bohu. Dle Haškovcové (2000) lidé nezvládají beznadějně situace a neví si s ní rady, tak věří a doufají, že bude lépe. Někdo je racionálnější než jiný, ale i racionální jedinec může věřit na zázraky a taky ve změnu svého zdravotního stavu. Haškovcová říká, že naději lze v nemocničních zařízeních rozdělit na reálnou, částečně reálnou a nereálnou. Reální spočívá v přesvědčení lékaře, že je i jiná osvědčená léčba. Je prakticky dostupná a naplňuje všechny očekávání. Je naprosto běžně uplatňována a lékař se s pacientem o jeho stavu vyjadřuje naprosto otevřeně. Částečná naděje je tam, kde lze dočasně dosáhnout danou léčbou zlepšení. Lékař může nabídnout částečnou úlevu, i když je stav pacienta dlouho klinicky nevyhovující. Též se mluví o medicíně maličkosti, kde dlouhodobě nemocný pacient i přes velké útrapy může pociťovat malou úlevu či dočasné zlepšení jeho stavu. Mezi neracionální tedy iracionální naději řadí Haškovcová takovou formu naděje, kterou si zvolí sám pacient, který je v terminálním stádiu nemoci. Stává se, že někteří nemocní si začnou vytvářet obrazy svojí záchrany a chtějí překročit meze neúnosné pravdy. O téhle poslední naději se jen těžko hovoří, protože ji slova neumějí dost dobře popsat. V takových chvílích je účinné jen klientovi naslouchat a nebrat mu naděje. Naděje umírá jako poslední a tak bychom na to měli myslet a vědět, že jakákoli ztráta naděje by mohla zhoršit klientův zdravotní stav. Ani bychom neměli argumentovat argumentací, která by byla vhodná v předešlých dvou nadějích. To znamená, že pokud nemocný vyžaduje slovní reakci od medického personálu nebo rodinných příslušníků, je vhodné s ním hovořit v rámci jeho nadějí a nebrat mu je. I když ani sám pacient nemusí svůj výrok myslet reálně a ví, že je to jen klam. Je

---

<sup>14</sup> Svatošová, M. a Jirmanová M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998.

známo, že člověk dokud dýchá tak také doufá, jen se musíme naučit ho vhodně doprovázet na této nelehké cestě, aby to přineslo ovoce jak jemu tak nám.<sup>15</sup>

Křivohlavý (1995) dodává, že víru a naději nesmíme nikdy nemocnému sebrat, protože je to mnohdy poslední stéblo, za které se chytá. Ať už je více či méně reálná, nebo se zakládá pouze na duchovní sféře, kterou nemusíme chápat. V Písmu se umírající rozdělují na dvě skupiny, kdy jedna část lidí umírá v hříchu, tedy oddělení od Boha, protože k Němu nesmí nic nečistého. Druhá skupina prý umírá ve spokojeném stavu a beze strachu. Zároveň může vyvstat otázka, proč tohle všechno Bůh dopustil, proč jsem nemocný a musím trpět upoutaný na lůžku.<sup>16</sup>

Tady naváže Davies (2007), který říká, že v době, kdy se křesťanství stalo celosvětovým náboženstvím, obecně jinak začala vnímat smrt a umírání. Tento pohled na smrt vidí její rituální část, protože je to jen mezistupeň mezi životem pozemským a životem věčným. Smrt z tohoto pohledu může být i oslavována protože se setkáme s Pánem a Kristus je vzkříšení, nikoli smrt. V zemích, kde je hluboká křesťanská tradice se věří v posmrtný život. Výrazné rozdíly lze sledovat mezi Evropou a Amerikou, kde jsou viditelné rozdíly v životě, myšlení i postoji ke smrti.<sup>17</sup>

Tímto tématem se zabývá i Mauriac (1994), která ve své knize rozvádí vnímání utrpení spojený s nemocí. Zdá se, že když člověka utrpení činí citlivějšího k otázkám víry a táže se po smyslu života a více mu záleží na potřebách jiných lidí. Mezi nejvážnější zkoušky v životě patří utrpení. Je přirozené se na něj dívat spíše s odporem, protože lidské city se proti němu bouří a posuzují ho jako nepřijatelné zlo. Avšak utrpení je všude, vždycky bylo a je v hojně míře. Nesmí vést k rezignaci, ale naopak musí vést k přijetí, jako neoddelitelné součásti života. Lidé by měli jednat podle svého svědomí a hledat možné cesty řešení a poučit se z těchto situacích. Utrpení nám dává možnost pochopit, napravit se a přijmout bolest. Z hlediska křesťanského duchovního života je chápáno, jako etapa na cestě k uzdravení z křivd. Je to nejtěžší kritérium pravdivosti našeho života, jak už křesťanského tak jakéhokoliv jiného. To co dává sílu snášet a přijímat utrpení je láska. K Bohu i k lidem. V něm se mohou prohlubovat naše city a prohlubovat naše zakořenění ve vztazích ke Kristu i k bližním. Dnešní svět zápasí s jakýmkoli utrpením a snaží se před ním utíkat ze všech sil. Avšak nejsme zkoušeni nad naše síly a to čemu jsme vystaveni, jsme schopni zvládnout. Nejhorší možná varianta jak se vypořádat se životními obtížemi je před nimi utíkat, popírat. V takovém případě se utrpení může stát úhlavním nepřítelem, v životě člověka, který popírá duchovní život. Někdy si tito jedinci mohou zvolit rychlé ukončení utrpení a to smrtí. Dnešní styl života a jeho zvyklosti a návyky se těsně vážou také s ideou odstranit trápení, utrpení nebo chcete-li kříž. To však není možné, protože se mu nedá uniknout a čím více před ním člověk utíká, tím rychleji ho dostihne. Tuto životní tíhu lze jen moudře trpět tak, že

---

<sup>15</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.

<sup>16</sup> Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.

<sup>17</sup> Davies, D., J. *Stručné dějiny smrti*. Praha: Volvox Globator, 2007.

skrze ni poznávat pravdu o nás. Naše omezenost, křehkost nám ukazuje, že si nám naše zdraví, životy nepatří. Máme jasně vymezený čas, který máme k životu na světě, proto je čas utrpení místem pro naději. Naději v křesťanském smyslu, kdy Bůh plní své sliby a je věrný, neměnný. Tak jak známe z Písma splnění smluv dané Bohem, které dal prorokům. Např.: zrození Mesiáše a vykoupení synů a dcer Izraelských, tak máme smlouvu i na dnešní dobu a budoucí. Tedy očekávaný druhý příchod Ježíše, kde nás nečekají jen neštěstí a katastrofy, ale život věčný.<sup>18</sup>

## 1.7 Komunikace s klientem

Pro pacienty je komunikace velmi důležitá a tvoří základ našeho jednání s nimi. A nejen jednání, ale také ovlivňuje naše působení a žití. Je opravdu důležité, abychom komunikovali empaticky, sdílně. Sdílely s pacientem věci krásné i obtížné, jeho myšlenky, bolesti, starosti či trápení. Musíme být na komunikaci s klientem kdykoli připraveni a mít na to dostatek zkušeností, být zralí. Když chceme být prospěšní, musíme mít dostatečně rozvinutý postoj k otázkám smrti, abychom mohli usednout k člověku, který tyto otázky aktuálně řeší. Každý, kdo k nemocnému přichází, musí dávat svým vystupováním najevo, že je ochotný se s pacientem bavit zcela otevřeně, beze strachu. V tomto stavu je nejdůležitější naděje, proto i lékař říká nemocnému, že udělá vše co je v jeho silách a neříká, že je dotýčný nevyčísitelně nemocný. Nejdříve se snažíme získat pacientovu důvěru, chceme, aby nám věřil, že jsme tu pro něho. Dobrý rozhovor nám může pomoci odhalit a odstranit psychosomatické potíže nemocného. Ten, kdo je ochotný s nemocným posedět a naslouchat mu, ten je nemocného velkou oporou. Důležité je nic nevnucovat, chovat se mile, vlídně, ochotně, empaticky a respektovat klienta. Nesmíme jej za žádných okolností posuzovat a odsuzovat, i kdyby na nás byl nevlídný, hrubý, agresivní. Nemocnému je třeba pomoci v jeho otázkách a odpovědích. Komunikaci ovlivňuje mnoho faktorů, záleží na aktuálních potřebách, myšlenkách, postojích, pocitech i záměrech klienta a nesrovnatelně snáze se komunikuje s lidmi, kteří dokáží tyto předpoklady splnit a vyjádřit slovy. Bohužel těchto pacientů je málo a často se setkáváme s lidmi, kteří toto nesplňují, ať už následkem svého onemocnění či senility. Klienti, kteří nám nemohou své myšlenky sdělit, ať už ústně či písemně, dávají nám signály, které je důležité rozeznat a pochopit. Mezi pečujícím a nemocným musí vzniknout smysluplný vztah, proto je důležité naučit se číst mezi řádky. Využíváme k tomu nonverbální jazyk jako např. mimiku, gesta, kresby. Z těchto technik můžeme lépe vyčíst potřeby druhých, jak u dětí, seniorů, tak u dospělých. U těch, kteří s námi nemohou verbálně komunikovat, se předem domlouváme jak, bude naše konverzace vypadat. Klienti mohou odpovídat různými způsoby, většinou to dělají pokyvem hlavy, pohybem těla nebo psaním, ale lze využívat i zvukové knihy. U těžších případů, se může nabídnout i tzv. monologický dialog. Je to forma rozhovoru, kde se snažíme předjímat nemocného otázky. On nám odpoví buď ano, nebo ne. U nemocných na respirátorech, v

---

<sup>18</sup> Mauriac, F. *Utrpení a štěstí křesťana*. Brno: Petrov, 1994.

bezvědomí nebo po mozkových příhodách, kteří jsou hodně zesláblí a nedokáží komunikovat, se nesmí odcházet. I tito nemocní nás vnímají a potřebují slyšet náš hlas. My bychom měli být schopni si k nim sednout a sdílet s nimi jejich myšlenky, pohladit je, držet za ruku, ukázat jim lásku, přátelství. To se dělá právě blízkostí u druhého člověka a zájmem o něj. Když bolest u umírajícího ustane, ustane i potřeba hladu a dotyčný přestává vnímat. Tehdy je na místě mlčení a má pro nemocného větší hodnotu než slova. Nemocný touží po klidném odchodu, který je naplněný láskou a pocitem chťení, že v nejtěžší chvíli svého života nezůstane sám.<sup>19</sup>

Můžeme tuto kapitolu shrnout tak, že můžeme velmi ovlivnit psychiku nemocného, umírajícího. Jak naší komunikací, jednáním nebo vystupováním. Zmírňujeme umírajícímu těžké chvíle a zajišťujeme, aby v poslední chvíli nebyl sám.

---

<sup>19</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015.

## 2. kapitola: Léčebna dlouhodobě nemocných

### 2.1 Co je Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)

Kalvach (2008) píše, že dne 1. 1. 1974 zavedla Česká zdravotnická legislativa oddělení léčeben pro dlouhodobě nemocné. Také píše že, dříve byly samostatnými zdravotnickými zařízeními, kterých se nacházely mimo nemocnici. Léčebny byly začleněné do okresních nebo krajských ústavů pro národní zdraví. Indikace pro umístění pacienta bylo, že ke zlepšení jeho zdravotního stavu nedojde v době kratší, než jsou tři měsíce. Pacienti byli ve stabilizovaném stavu, avšak nebyli schopni soběstačnosti a byla potřeba ošetrovatelské péče.<sup>20</sup>

Podle Malíkové (2011) do zařízení LDN jsou přijímáni většinou senioři, ale nemusí to být vždy pravidlo. Dále říká, že zařízení je určeno pro každého, kdo se léčí dlouhodobě ze své nemoci. Hlavním důvodem pro přijetí je zhoršení jejich zdravotního stavu. Nemocní do těchto léčeben přicházejí z jiných oddělení, např. interních, neurologických či chirurgických. Dále ti, kteří přicházejí ze svých domácností. Bývají to senioři, kteří přicházejí ve chvílích, kdy se sami o sebe, nebo jejich rodina nedokážou postarat a nezvládají péči v domácím prostředí. Důvody se různí, často je příčinou zhoršená sociální nebo rodinná situace. Když je nutná hospitalizace, je klient přijímán na základě podání žádosti o přijetí. Tuto žádost doporučuje zdravotnické zařízení akutní lůžkové péče, tz. Praktický nebo odborný lékař. Ještě je tu možnost doporučení skrze sociálního pracovníka na základě souhlasu primáře. Léčba je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, výjimkou jsou regulační poplatky.<sup>21</sup>

Haškovcová (2002) říká že, další důvod k hospitalizaci nastává, pokud pacientův zdravotní stav nedovoluje pacientovy propuštění do domácího ošetřování. A ovšem musí být stabilizovaný. Říká, že, dlouhodobá péče se charakterizuje chronicitou, nesoběstačností, závislostí na péči ošetrovatelského personálu a pokročilým stupněm postižení. Tým ošetrovatelů je tvořen multidisciplinárním přístupem, zdravotníci spolupracují se sociálními pracovníky a laiky, např. rodinnými příslušníky nebo dobrovolníky. Převážnou část klientely zde tvoří staří lidé. Charakteristickou vlastností seniorů je tzv. polymorbidita, což znamená výskyt více nemocí zároveň. Může se projevovat i sumačním efektem, tj. když jedna choroba má za následek řetězový vznik chorob dalších. Sklon k chronicitě je obecný příklad nemocí ve stáří, k nimž patří i specifický klinický obraz.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Kalvach, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008.

<sup>21</sup> Malíková, E. *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011.

<sup>22</sup> Haškovcová, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002.

Dle Kalvacha (2008) jsou nejčastější příčiny hospitalizace kardiovaskulární a kožní nemoci, nádorová, respirační a psychická onemocnění. Také jsou většinou tito pacienti nesoběstační a pobyty v LDN jsou ojedinělé, zato dlouhodobé. Takže je tam mnoho nemocných v terminálním stádiu, proto vykazují i vyšší úmrtnost.

Adam (1998) napsal že, léčba bolesti a ostatních fyzických symptomů je stejně důležitá jako řešení potřeb psychologických, sociálních i duchovních. A že, zdravotnický personál dohlíží na komplexní, symptomatickou a podpůrnou léčbu pacienta. Důležité je odstraňovat nebo alespoň zmírňovat obtíže nemocného a to souvisí s kvalitou jejich života. Většinou má paliativní medicína není více drahá od kurativní tedy invazivní léčby. Avšak zásadně se liší od ošetrovatelské péče na ošetrovatelských lůžkách. Ve veřejnosti převládá taková představa, že paliativní medicína je laciná a je méně profesionálně, medicínsky i ošetrovatelsky náročná a společensky nevýznamná.<sup>23</sup>

## 2.2 Historie a filozofie

Kalvach (2004) datuje vznik pojmu LDN na rok 1974. Samostatné zdravotnické zařízení, které umožňovalo péči o nemocné, kteří nemohou být v domácí péči rodiny či pečovateli např.: z důvodu nesoběstačnosti. Jejich diagnóza byla určená a nemocní byli stabilizovaní, avšak jejich stav neumožňoval odchod z nemocnice po dobu minimálně tří měsíců. Zařízení se řadily a stále řadí pod Ministerstvo zdravotnictví, i když tam převládala sociální a ošetrovatelská péče. To jen potvrzovalo stav, kdy po 2. sv. válce Ministerstvo zdravotnictví převzalo všechny zařízení ústavní péče. Před zavedením těchto léčen měla za úkol se o tyto dlouhodobě nemocné starat obec. Kalvach také uvádí, že změna. V polovině 50. let nastala změna, a to taková, že se ústavy sociální péče přesunuly pod resort sociálních věcí. Avšak péče o nesoběstačné zůstala i nadále pod Ministerstvem zdravotnictví, kde je klíčové, aby dohled nad nemocným byl tvořen především zdravotnickými profesionály. Na začátku se zřizovaly lůžka v prostorách interních oddělení, později se tito nemocní separovali do samostatných objektů a v 70. letech byla tato oddělení nazvána LDN, s vizí, že tam budou pracovat geriatři. V 80. letech se léčebna pro dlouhodobě nemocné rozšířila a to o jednotky pro doléčování nemocných. Ty byli tvořeni nemocnými, kteří potřebovali následnou péči, ať už z důvodu chronicity či lidí v terminálním stádiu nemoci.<sup>24</sup>

A s 90. lety přichází snaha a řešení nejasností v terminologii, kdy následná péče je opatřena ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 9/1998. „Následná lůžková péče je poskytována v nemocnicích, zejména v nemocnicích následné péče a v odborných léčebných ústavech pacientům se stanovenou diagnózou, u kterých došlo ke zvládnutí akutního onemocnění a u nichž nelze důvodně

---

<sup>23</sup> Adam, Z. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998

<sup>24</sup> Kalvach, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004.

očekávat zvrát stability zdravotního stavu.“ Jak píše Marková (2010) dělíme následnou lůžkovou péči na specializovanou (např.: fyzioterapii, onkologii, ...) a odbornou ošetrovatelskou. Ta zahrnuje i hospicovou péči. Můžeme to shrnout tak, že LDN je zařízení, které patří mezi následnou lůžkovou péči, kde se provozuje i ošetrovatelská péče.

### 2.3 Složení multidisciplinárního týmu

Každý takovýto tým musí směřovat ke stejnému cíli a to by měla být zlepšená kvalita života a zmírnění bolesti, jak jsme řekli výše. Dvořáčková (2003) klade důraz především na poskytování péči umírajícímu a jeho rodině. Proto musí být pracovníci odborní, kvalitní a měla by tam probíhat individuální supervize. Za členy multidisciplinárního týmu by se měli také považovat klienti i členové klientovy rodiny. Bylo by správné, kdyby rozhodující slovo o léčbě a samotné rozhodování měl pacient sám. Tak by mělo docházet k zachování důstojnosti pacienta a vzniklé problémy se mohly řešit individuálně v kruhu pacienta a jeho blízkých.<sup>25</sup>

Jak vypadá složení týmu podle Markové (2010) v praxi na bázi paliativní péče: lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog nebo psychiatr, specialista na nutriční výživu, pastorační duchovní, členové rodiny, přátelé a dobrovolníci. Toto je pevné složení multidisciplinárního týmu, který by měl v každém zařízení fungovat. Komunikace mezi všemi členy týmu musí být partnerská. Užitečnou informaci o klientovi a jeho potřebách může přinést kdokoli a proto je důležité naslouchat všem a dát jim prostor pro jejich výklad. Sociální pracovník se zde může uplatňovat např. v lůžkových hospicích, mobilních, v nemocnicích, také LDN. Postavení se mohou lišit, můžeme být třeba koordinátory sociálních služeb, nebo koordinátory dobrovolníků, v neposlední řadě i koordinátory svépomocných skupin pečujících o pozůstalé.<sup>26</sup>

Tuto kapitolu bych chtěla ukončit nároky na vzdělání a zahrnout je do legislativy podle O'Connor (2005). Práce v multidisciplinárním týmu musí být kvalitní, proto jednotliví odborníci musí být patřičně vzděláni a to i v paliativní péči, zákonem č. 95/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta uznává specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti.<sup>27</sup>

Dále musí mít i kvalitní zastoupení v roli sociálního pracovníka, který je klíčový v pomoci nemocnému, jak psychologicky, tak jako poradce či doprovod do různých institucí a na úřady, které by

---

<sup>25</sup> Hrozenková, M. a Dvořáčková D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013.

<sup>26</sup> Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010.

<sup>27</sup> O'Connor, M. a Aranda S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005.

nemocný bez jeho pomoci nebyl schopen sám zvládnout. Je-li nemocný sám a nemá rodinu, která by se o administrativní záležitosti postarala.



### 3. kapitola: Hospic a hospicová péče

#### 3.1 Historie hospiců

Jak o tom píše Munzarová (2005) slovo hospic bylo využíváno již ve středověku, za dob říše Římské avšak pochází z latinského slova *hospicium*, v překladu znamená pohostinnost, útulek. Když se podíváme hlouběji do minulosti, první zmínky najdeme již v Indii vládce Ašoka, který dal postavit útulky pro pocestné, opuštěné či chudé.<sup>28</sup> Ale až ve středověku se zakládaly kláštery, kde vedle duchovního života vedli i péči o nemocné. Jeden ze zastánců této myšlenky byl sv. Benedikt z Nursie, který založil klášter v Itálii a zdůrazňoval důležitost péče o nemocné. Řád Benediktínů se rozšířil po celé Evropě a v r. 993 byl postaven jejich první klášter i v Čechách na Břevnově. Posléze byl postaven na Sázavě r. 1032 a dále na východ. Benediktýni rozvíjeli a podněcovali k rozvoji hospitálů (špitálů), posléze hospiců, které byly budovány u katedrál a plnili úlohu nemocnic i útulků. Za dob křížáckých výprav se obnovila putování do Svaté země, tak i hospice se vrátily ke svým počátkům a poskytovaly přístřeší, stravu, ale i péči o utmáčené a nemocné poutníky. První hospic byl postaven nedaleko baziliky Svatého hrobu a péče byla výhradně církevní. Díky filozofii pomoci druhým vznikalo mnoho křesťanských řádů, především mužských např. Johanité.<sup>29</sup>

Niklíček (1985) popsal, že r. 1120 vznikl řád sv. Lazara v Jeruzalémě, který se věnoval výhradně malomocným. Když byli muslimové poraženi r. 1291, museli se pak z Palestiny stáhnout. Tento Řád německých rytířů, kteří měli založit dalších sto hospiců, kde se starali o nemocné a chudé a to i mimo Jeruzalém. Vedle nich byli Johanité, kteří za své služby nemocným dostali od krále Karla V. ostrov Maltu, poté se začali nazývat maltézskými rytíři. Motto měli: „Obrana víry a chudých.“ Z toho nám může vyplývat, že ve středověké společnosti, hospic mohl znamenat něco jako klášterní hostinec pro poutníky do Svaté země. Dostalo se tam jídla, pití, odpočinku, vysvětlení dalšího úseku cesty možná někdy i průvodce a ošetrovatelskou péči nebo pohřeb. Později se tento druh pomoci rozdělil na dvě větve. Za první na poskytování ubytování a za druhé ošetrovatelskou pomoc pro nemocné a umírající. Ve 13. Století, jak víme z historických pramenů, se stále více a více službě nemocným věnují necírkevní instituce, např. města. Příklad můžeme dát i sv. Alžběty Durynské, která po smrti manžela začala zakládat útulky pro opuštěné a chudé. Taktéž sv. Anežka Přemyslovna zakládala špitály a dělala mnoho dobročinné činnosti. Z jejích rukou vzešel Řád křížovníků s červenou hvězdou. To bylo 13 století, když se posuneme do 15. Století již najdeme literaturu týkající se pomoci zvládnání

---

<sup>28</sup> MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada publishing,a.s. 2005

<sup>29</sup> <http://www.brevnov.cz/CS/benediktini>

procesu umírání. Např. kniha nazvaná *O umění umírat*. Autor zformuloval čtyři stupně duchovního umírání. Mikuláš Kuzanský zakládá hospic a radí ošetřovatelům, aby umírajícím měřili tlak, tep a pozorovali dech. Upozorňoval na diagnostický význam metod při umírání. Novověk přinesl více křesťanských řádů, ve kterých se jejich hlavní činnost zaměřuje na ošetřovatelství nemocných či umírajících. Například Řád milosrdných bratří, který edukoval budoucí lékaře, farmaceuty, vznikl v 16. století. Hospice zanikly, ale jejich idea zůstala a r. 1842 Jeanne Garnierová založila Společenství žen, věnujících se péči o fatálně nemocné. První hospic se otevřel v Paříži r. 1847 pro umírající. O rok později Marie Aikenheadová zakládá kongregaci sester lásky, hlavní poslání bylo doprovázet umírající. Začala v Irsku, avšak tam tato kongregace neměla pochopení. Ve 20. Století přišel zlom, Charita irských sester zakládá hospic v Londýně a madame Cecilly Saunderts (Anglie), která je považována za zakladatelku hnutí hospiců, apelovala za uznání paliativní péče jako samostatného lékařského oboru. Tato zdravotní sestra, která pracovala v hospici sv. Josefa a nemocnicích, měla nehodu, která jí znemožňovala další výkon v této funkci. Čas pracovala jako sociální pracovnice a nakonec v necelých 40 letech ukončila úspěšně studium na lékařské fakultě. Poznala, jak může být krutá bolest, kterou způsobí nádor a jak to dokáže ovlivnit lékař medicínskými postupy. A následující stres, strach z bolesti, jak jde lépe zvládat vhodnou metodou ošetřovatelské péče. Chtěla vytvořit jiný hospic, než byl do té doby. Princip nového hospice měl být následující: výuka a klinický výzkum zmírnění bolesti. Měla vzniknout komplexní péče o pacienty, kteří potřebovali naplňovat své potřeby, jak fyzické a sociální, tak i psychologické a spirituální a nakonec i potřeby svých rodin. Z těchto idejí dal vzniknout prvnímu zařízení, které se nazývalo hospic St. Christopher, psal se r. 1967. Její vytrvalá práce a edukace na potřebu změny přístupu v péči o nemocné a umírající dala podnět pro anglickou Královskou lékařskou společnost, která uznala paliativní medicínu jakožto samostatný obor. Za svoji činnost obdržena mnoho ocenění, titulů a čestných doktorátů, tou nejvyšší byla Humanitární cena Conrada N. Hiltona. V roce 2005 zemřela následkem rakoviny.<sup>30</sup>

## 3.2 Hospic význam a formy

Hartl (2015) píše, že je to zařízení pro osoby v terminálním stádiu nemoci poskytující paliativní péče. Cílem je, aby pacient neztratil lidskou důstojnost, neměl pocit, že je na obtíž, nebyl sám a neumíral bez účasti.<sup>31</sup>

Svatošová (2003) dodává, hospic není jen budova, jedná se o celý koncept péče o umírajícího. Kde se slibuje, že umírání bude důstojné a pokud možno bezbolestné. Také se dbá na to, aby umírající

---

<sup>30</sup> Niklíček, L. a Štejn K. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum, 1985.

<sup>31</sup> Hartl, P. a Hartlová H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2015.

nebyl sám při odchodu na věčnost, ovšem pokud o to sám nepožádá. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku, který je jedinečný a každý je originální. Hospic ctí právo individuálního samostatného svobodného rozhodování nemocného. Tato myšlenka se může realizovat kdekoli. Tým odborníků pomáhá rodině, jak doprovázet umírajícího a jak postupovat po jeho smrti a psychicky rodinu podporuje. Klade důraz na kvalitu života a zahrnuje tak odbornost tak lidský přístup. Je i zde holistické pojetí člověka a celkový pohled na něj jako na plnohodnotnou bytost.<sup>32</sup>

### 4.3 Hospicové hnutí

Jak už jsme řekli výše, počátek hospicového hnutí vzešel z Anglie, za ní jsou podle Markové (2010) USA a Rakousko, které mají také bohaté zkušenosti. Jinde už to není tak růžové. Např. v Německu je dobře vyvinuté poradenství ohledně hospicového zabezpečení, ale kamenných budov hospiců je málo a chybí. I ve Francii je tato neuspokojivá situace v oblasti hospiců, avšak tam existují tzv. jednotky léčby bolesti. Mnoho zemí má více domácích než lůžkových hospiců a přibližně ve sto zemích je osm tisíc zařízení. U nás v ČR se také objevili pokusy o zakládání hospice, a to po roce 1989. Mudr. M. Opatrná, avšak tehdejší společnost na ně nebyla připravená a tak projekt zrušila. V roce 1990 hnutí začala propagovat Mudr. M. Svatošová a mělo větší úspěch.<sup>33</sup>

Svatošová (1995) popisuje rok 1991 kdy, byl založen nový zdravotní program nazývaný se Pracovní skupina pro podporu rozvoje domácí a hospicové péče. Zároveň probíhal projekt, který nesl název Charitní ošetrovatelská služba v rodinách. Tato služba měla za úkol rozšířit po ČR zdravotní péči v domácnostech. V tu dobu ještě neexistovala legislativa pro tuto činnost. V roce 1995 byla změna zákonů a tato služba začala být hrazena ze zdravotního pojištění. Spolu s výše zmíněnou pracovní skupinou spolupracovala i Svatošová, pojmy jako hospic, hospicové hnutí se dostávalo do povědomí stále více skrze praxi. Začínají se rozsáhlé projekty vzdělávací přednášky a edukace paliativní péče, vše skrze státní dotace a stavbou nových hospicových zařízení. První hospic tohoto typu byl zbudován v Červeném Kostelci. Tento hospic sv. Anežky České se stal vzor pro ostatní hospice a je zakládána Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Byla založena r. 2005 a má tři vize: prosazovat a podporovat hospicovou a paliativní péči, jež vychází z úcty k člověku, chápe ho jako neopakovatelnou a jedinečnou lidskou bytost. Druhá idea je, aby hospicové hnutí přispívalo ke společenské změně myšlení a vztahu k umírání a smrti. Třetí úkol asociace je sdružování organizací, které poskytují mobilní či lůžkovou hospicovou péči v ČR.

---

<sup>32</sup> Svatošová, M. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003.

<sup>33</sup> Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010.

## 2.2 Myšlenka hospice dle Svatošové

„*Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.*“ (Svatošová, 1995, s. 123) Také píše, co hospic nemocnému garantuje. Za prvé to, že pacient nebude trpět nesnesitelnou bolestí. Za druhé: „*V každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost.*“ (s. 123) A jako třetí bod píše, že nemocný ve svých posledních chvílích nezůstane osamocen.<sup>34</sup> S tím souvisí i myšlenka „dobrého umírání“, kterou také Svatošová (1998) popsala. Říká, že hospicová péče je nezpochybnitelnou alternativou k obávané praxi eutanázie. V hospicové péči se nezabýváme smrtí, ale životem a jeho co největším zkvalitněním a obohacením. Říká, že hlavní dovedností pečovatele je, když umírajícímu dovolíme v pravou chvíli odejít. Pacienti hospiců si jsou jisti, že nebudou v nesnesitelných bolestech trpět a bude se vždy respektovat jejich důstojnost a nakonec, až přijde jejich čas, nebudou umírat sami.<sup>35</sup>

## 2.3 Formy hospicové péče

Rozdělení forem hospicové péče uvádím dle Vorlíčka a spol. (2004). Vorlíček píše, že formy hospicové péče jsou stejné jako ve zdravotní péči. Popisujeme tři základní: domácí, stacionární a lůžková péče. Určení co se pro konkrétního pacienta hodí, musíme indikovat uvážlivě. Záleží na tom, jakou trpí nemocí, v jakém stádiu se nachází a také jak ji zvládají, ať už po fyzické či psychické stránce. A nesmíme zapomenout na rodinné zázemí, které pacient má.

### 2.3.1 Domácí hospicová péče

Domácí model hospicové péče je považován za ideál. Tato forma péče by měla být upřednostňována, pokud je to možné. Haškovcová (2000) dodává tři podmínky, které musí rodina splňovat. Za prvé musí chtít o nemocného pečovat, to může být někdy velmi složité, avšak pokud rodinní příslušníci chodí do práce, máme zde sociální pojištění, kde mohou pobírat příslušné příspěvky. Za druhé musí být toho schopna, což znamená vhodné materiální podmínky, schopnost pečovat o umírajícího, jak po straně fyzické tak psychické, mít dostatek místa v domácnosti, atd. A za třetí, musí vědět co dělat. S touto poslední podmínkou rodině pomáhá tým odborníků domácího hospice. Ti docházejí k nemocnému domů a učí rodinu jak o něj pečovat ze všech stran, jak je výše popsáno v potřebách. A nejen to, mají také za úkol starat se o rodinu nemocného a být jí i jemu

---

<sup>34</sup> Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1999.

<sup>35</sup> Svatošová, M. a Jirmanová M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998.

kdykoliv k dispozici. Pracovníci hospiců musí být v pohotovosti po dobu 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Bohužel u nás ani v zahraničí ještě není takováto služba plně rozvinuta a je nedostatek zařízení, které by poskytoval takové služby. Také financování ambulantního hospicu je náročný. Naštěstí se v této oblasti angažují různé neziskové organizace a občanská sdružení, která vzniklou propast zmenšují.<sup>36</sup>

### **2.3.2 Stacionární hospicová péče**

Zde se přikloním ke srozumitelnému popisu Svatošové (2003). Stacionární, tedy denní docházení do zařízení hospicové péče lidé využívají zejména v raném stádiu fatální nemoci. K využití této formy péče vedou čtyři důvody. Diagnostický, léčebný, psychotherapeutický a azylový. Diagnostický je, když rodina doma nezvládá bolesti nemocného. Léčebný znamená např. léčba chemoterapií. V psychotherapii je potřeba psychosociální podpora a v azylový důvod je potřeba odpočinku rodiny, předcházení vyčerpání a vyhoření. Navíc je zde prostor pro empatii a komunikaci. Setkávají se tam lidé, kteří řeší podobnou situaci a mohou se kvůli své nemoci cítit vytrženi ze svých sociálních vztahů, od „běžných“ zdravých lidí, obvyklých aktivit apod. Nemocní dostanou odborné rady a podporuje se jejich rozvoj, aby nedocházelo k tak velkému progresu jejich nemoci. Nechceme, aby z důsledku nemoci ztráceli své schopnosti a dovednosti a snažíme se je co nejdéle udržet v dobrém stavu. Personál stacionárního hospice by se měl zajímat o to, co klienta těší a naplňuje ho štěstím nebo dobrou náladou a snaží se ho k takovýmto aktivitám navrátit, je-li to možné. Stanovují se tzv. krátkodobé cíle, které by se měli plnit a díky nimž klient začíná znovu vnímat svoji hodnotu. Nemocní si zvykají na denní chod stacionáře, častější návštěvy nemocnice a na lidi, které tam potkávají. Tak, když se omezí nebo ukončí léčba v nemocnici, nemocný dál zůstává se svými sociálními kontakty v denním hospici a není odtržený a deprimovaný ze ztráty sociálního života.<sup>37</sup>

### **2.3.3 Lůžková hospicová péče**

Podle Vorlíčka (2004) tento typ hospicové péče spadá pod tzv. nestátní zdravotnické zařízení. Má svou vlastní organizační strukturu a všechny lůžkové hospice mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Ty z části hradí pobyty pacientů v hospicích. Také se zde klade důraz na potřeby klientů a jejich kvalitu života. Vše by mělo být podřízeno přání klienta a péči zajišťovat multidisciplinární tým. Můžou zde působit i dobrovolníci, kteří do zařízení vnášejí nový elán a fungují jako spojka mezi

---

<sup>36</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000.

<sup>37</sup> Svatošová, M. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003.

hospicem a světem venku. Prostředí hospice se snaží působit jako domácí prostředí, tak i klienti mají volný režim a určují si, co kdy budou dělat. V těchto zařízeních bývá i kaple, kde se klienti např. mohou rozloučit se zemřelými. Návštěvy jsou povolovány kdykoli, když je o ně zájem. Kapacita lůžkových hospiců by měla optimálně být 25 lůžek a pro doprovázející je možnost přistýlek.<sup>38</sup> Dále se na lůžkové hospice podíváme pohledem Svatošové (2003), který říká že, hospice také nabízejí možnost krátkodobých opakovatelných pobytů, nemocní v hospici nemusí nutně zemřít. Mohou ho využívat do doby, než se zlepší jejich stav. Přijímání do lůžkového hospice určuje hospicový lékař a to po poradě se stávajícím ošetřujícím lékařem. Je-li rodina schopna se o umírajícího postarat sama, doporučuje se nejprve zkusit domácí péči. Snažíme se předejít odtržení od rodiny a také ulehčit zařízení. Tam by měli být jen terminálně nemocní a ne nemocní, kterým zbývají ještě roky života. Mnoho lidí touží zemřít doma a je škoda je o to připravit. Podmínky pro přijetí do hospicové péče jsou následující: - postupující onemocnění je život ohrožující, - pacient se neobejde bez paliativní léčby a péče, - není potřebná nemocniční léčba či akutní ošetření, - domácí péče je nedostačující nebo není vůbec možná.<sup>39</sup>

## 4.2 Financování hospiců

U nás je financování hospicové péče stále velice komplikované. Dříve nebyla uznána hospicová péče, ale to se změnilo. Po roku 2007 byl zásadní pokrok, kdy byla tato péče uznána ze strany zdravotních pojišťoven a to jako samostatná péče. O rok později byla uznána i samostatná hospicová péče. Je to zařízení, která nejsou jen zdravotnického charakteru, ale je tam praktikována i sociální péče, tím se financování komplikovalo, protože naše Česká legislativa neznala pojem „zdravotně-sociální péče“ nebo takového zařízení. U zdravotní péče to činí zhruba 60% všech výdajů a na sociální část bývá vyhrazených 20% nákladů. Hradí je Ministerstvo práce a sociálních věcí, zbytek nákladů se hradí z různých darů, dotací či grantů. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který zařazuje sociální péči je naprosto nejistý příjem, protože hospicová péče v něm není definována. To vede k finanční nejistotě, když provozovatelé nemají jiné příjmy a dotace a jiná pomoc ze strany státu či Evropské unie není vždy relevantní.<sup>40</sup>

## 4.3 Strategie pro budoucnost

---

<sup>38</sup> Adam, Z., Vorlíček, J., Pospíšilová, Y., ed. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004.

<sup>39</sup> Svatošová, M. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003.

<sup>40</sup> <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-prohospice/>

Tato strategie je pro rozvoj sociálních služeb a to na období 2016 – 2025. Řadí se do dokumentů politiky sociálních služeb České republiky, která byla zpracována v kompetenci pracovníků Ministerstva práce a sociálních věcí. Tato střednědobá strategie má za cíl nastavení udržitelného systému sociálních služeb a to jejich dostupnosti a podpory neformální péče pro osoby v nepříznivých sociálních situacích. Při stanovování národní strategie se identifikovaly základní oblasti, které se musí změnit, jelikož se jimi nikdo systémově nezabýval. Např. to je oblast sociálně-zdravotní, kde není jasné pomezí těchto dvou odvětví. Též je tu otázka kvality sociálních služeb a jejich standardizace, jejich kontrolování, víceleté financování, potlačení nelegálních sociálních organizací, podmínky vstupu do systému pro sociální služby či kvalitativní stránka výkonu sociální práce a vytváření sítě, kterou činí sociální služby. Nebudu popisovat veškerou problematiku sociálních strategií, ale jen ty které se nějakým způsobem dotýkají tématu mé bakalářské práce.

Zde předkládám hlavní problémy, které se řešili:

- Činnost, kterou vyvíjejí pečující osoby, je pro osoby, které jsou závislé na péči druhého člověka nepostradatelná.
- Přejít od institucionalizace k deinstitucionalizaci je rozdílně chápán a realizován v sociálních organizacích.
- Nízká mzda a prestiž pracovníků v sociálních službách, na které jsou kladené čím dál vyšší nároky.
- Financování sociálních služeb má více zdrojů, můžou tak vznikat komplikace činnosti poskytovatelům při řídicích a kontrolních procesech.
- Financování zdravotní péče v institucích sociální péče je nedostatečné a celkově vede ke zhoršení péče.
- Chybí metodika v rámci legislativní úpravy, kde vyhláška zákona č. 108/2006 Sb., o soc. službách, kde je střednědobé plánování krajů se rozchází metody budování sítě sociálních služeb.
- Není dostatečně zajištěna kapacita a kvalita inspekční složky, která provádí kontrolu u poskytovatelů sociálních služeb
- Nejsou jednoznačná pravidla pro státní kontrolu, kde se rodí různé závěry pro služby v jednotlivých druzích organizací i regionech
- Nejednotné užívání fundamentálních pojmů v praxi

Z těchto bodů následně vzešly strategické cíle, v podobě opatření a úkolů, aby nakonec došlo k jejich naplnění. Tato strategie byla vymyšlena v roce 2015.<sup>41</sup>

Z této analýzy vyplívají následující závěry:

---

<sup>41</sup> <https://socialnipolitika.eu/2017/04/narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-na-obdobi-2016-2025/>

- Pro závislé osoby na péči druhého člověka je nutné posílit jak legislativu a financování tak i podpůrné služby.
- Pro zhoršování zdravotní péče v sociálních službách a jejich nedostatečné financování je třeba nastavit systémové změny, které by byly vstřícnější uživatelům sociálních služeb. Financování je zajištěno prostřednictvím Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky.
- Nutnost kladení většího důrazu na aplikování v praxi konceptu lidské důstojnosti
- Zaměření se na individualitu každého nemocného člověka
- Rozvíjet přístup zaměřený na člověka a podporovat nemocné v jejich přirozeném prostředí
- Komplikace v rámci nesjednoceného používání základních pojmů, by se měly zlepšit ve změněné legislativě. Projekt nese název Podpora procesů v sociálních službách
- Příspěvek na péči v současné době nemůže zcela uspokojit požadavky občanů v takové míře, jak by aktéři sociální politiky chtěli
- Mzdy pracovníků v sociálních službách jsou nízké a zvyšuje to nestabilitu tohoto sektoru
- Nízká obsazenost pracovních úvazků na místa sociálních pracovníků, je velký deficit do optimálního stavu.
- Nízká kvalita vzdělanosti sociálních pracovníků a redukce jen na akutní potřeby uživatelů sociálních služeb

Tyto strategie byly podány programovým prohlášením vlády, kde se po národním projednání cílů, doformulovaly dle globálních cílů, který je zastřešil a vyjasnil, kam musí všechny strategie směřovat. Zkoumaná oblast sociálních služeb je velmi rozsáhlá a komplexní a obsahuje mnoho problémů. K této obsáhlé problematice jsou ještě každoročně vydávány finanční prostředky na jiné závažné problémy, k různým skupinám obyvatel, kde jsou řešeny jejich akutní problémy. Potřeby obyvatel i společnosti se musí naplňovat co nejvíce vhodným a efektivním způsobem. Proto je nutné vytvářet strategie, aby se dané problémy vhodně uchopily a řešily se odpovídajícím způsobem. Dle globální vize má být tento střednědobý plán naplněn do roku 2025 a cíle strategie se dále rozvíjejí do specifických cílů. Cíle se naplňují konkrétními opatřeními, což jsou hierarchicky nejnižší na úrovni cílů. Nicméně vyjadřují sladěnou jednotnou aktivitu, která přispívá k dosažení vytyčeného cíle. Na této úrovni jsou indikátory, které vedou ke splnění cíle, které pomáhají příslušným opatřením. Když se splní všechny dílčí specifické cíle, vede to k naplnění určitého strategického cíle a všechny strategické cíle vedou ke splnění globálního cíle.

Je důležité, aby všechny tyto cíle byly flexibilní, připraveny vycházet vstříc uživateli, kteří sociální služby nutně potřebují. Strategie nám pomáhají řešit problémy osob v nepříznivých životních situacích, financována transparentně, efektivně a spravedlivě. Ať už jednotlivec, nebo společnost,



potřeby se neustále mění a je tedy nutná odpovídající pružnost na vnější vlivy okolí. Systém, který by v současnosti dobře fungoval, se během několika let bez flexibility může stát zcela nefunkční a neefektivní. Z toho vychází, že ve středu pozornosti a zájmu musí být uživatel daných sociálních služeb, který se ocitl v tíživé sociální situaci. Tato poslední část odstavce věnuje financování a jejím základním parametrům, které musí udržet v dlouhodobé perspektivě. Cílem bylo nastavení systému, který by byl dlouhodobý a udržitelný a to v oblasti sociálních služeb. Jejich dostupnosti a podpory neformální péče pro osoby nacházející se v tíživé životní situaci. Systém, který se nastaví, musí být dobře finančně udržitelný a stejně tak i institucionálně a politicky. Jednáme též o dostupnosti sociálních služeb a to jak místně, tak časově i dostačující kapacitou a odpovídající kvalitou. V této strategii se zmiňuje i neformální péče, což cíle srozumitelně vyjasňuje. Zacílení hledejme v intervenci sociálních služeb, které i z globálního hlediska vymezují nepříznivou životní situaci osob. Zaměříme-li se na sociální práci a vizi s flexibilitou plus její realizaci. Můžeme si všimnout, že je tato práce výrazně finančně podhodnocena a poddimenzována. Z dlouhodobého hlediska je tato situace neudržitelná, protože může vést ke zhroucení celého sociálního systému. Můžeme prohlásit, že jestliže se v daném časovém horizontu povede tyto cíle naplnit, bude Česká republika mezi zeměmi s velmi kvalitním systémem služeb.

V dalším odstavci bych se chtěla věnovat strategickým cílům strategie. Bylo tu definováno deset cílů, kterých se musíme držet, a jsou to následující:

- Zajištění přechodu péče od institucionálního modelu k podporování rodinného, přirozeného prostředí.
- Zajištění dlouhodobého udržitelného financování, které by odpovídalo potřebám uživatelů v dané sociální službě.
- Naplňovat potřeby klientu ve všech dostupných sociálních či zdravotnických službách.
- Podpořit postavení pro pečující osoby či rodiny.
- Zlepšit systém kontrol kvality sociálních služeb.
- Zlepšit způsob pro vstup do systému sociálních služeb.
- Podpořit rozvoj sociálních pracovníků a taktéž té profese.
- Tvorba sítě sociálních služeb, které by lépe reagovaly na těžké životní situace obyvatel.
- Sjednocení užívání základních pojmů v sociálních službách.
- Podpora tripartitního vyjednávání v kontextu rozvoje sociálních služeb

Každý z těchto cílů má ještě nejméně dva specifické cíle, z nichž vychází opatření. Je nutné naplnit všechny indikátory, abychom měli velký podíl splněných opatření a to vedlo k naplnění strategického cíle.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/af89ab84-31ac-e08a-7233-c6662272bca0>

## 4.4 Pastorační péče v hospicích

Doufáme, že každý náš skutek bude proměněn v dobro, proto máme pastorační péči, kterou konáme ve světle a síle evangelia. Aleš Opatrný (2016) píše, že každý lidský skutek má svůj smysl. Avšak bývá skrytý, nebo může být i nevědomý. Víme to, že nevíme, jak vše dopadne a jakou budou mít naše skutky konsekvence. Jak budou ostatní zúčastnění vnímat naši službu, ale i přes to všechno mají naše skutky svůj účinek. To co se nám zdá jako nepatrná pomoc, může pro druhého mnohé znamenat. Z řadového klienta, kterého běžně potkáváme, se stává někdo jedinečný, který se stává součástí našeho osobního poslání a uskutečňuje se dílo milosrdenství a lásky. My to ani nemusíme zaznamenat, jak jsme zapůsobili na druhého a jdeme dál. Skutečné výsledky našich činů, i těch nevědomých poznáme až při Posledním soudu. Pastorační péče se snaží řešit konkrétní problémy, konkrétních lidí a jejich očekávání. Hledat na problémy odpovědi v Písmu a odpovídat dle evangelia. Tato péče je především zaměřena na nemocné a trpící. Chce ke každému přistupovat s láskou, jakou nám odkázal Kristus a jednat s nemocným jako s jedinečnou osobností, kterou doprovázíme a pomáháme ji zvládnout těžkou životní situaci a to i smrt. Pastorační péče vyžaduje respekt individuality a to bez rozdílu, u každého člověka. Je nepřijatelné hovořit o pacientech jako o číslech nebo je pojmenovávat podle čísla pokojů, ve kterých přebývají. Chceme každému klientovi dopřát osobní kontakt s každým, koho klient chce a pomůže lépe zvládnout nemocnému jeho situaci. Vztah mezi pečujícím a nemocným musí být rovnocenný, bez jakýchkoliv manipulací. Cílem pečujícího je ztělesnit Kristovu lásku k trpícím, kterou Bůh dává všem lidem bez rozdílu. Práce pastorační péče spočívá v péči o duši a duševní pohodu, a to jak nemocným tak jejich příbuzným. Je respektována jedinečnost každého člověka a klade se důraz na osobní historii nemocného. Důležité jsou i jeho záliby, koníčky či potřeby, o které se péče opírá. I když pastorační péče staví na evangelium, nesmí se násilně měnit přístup nemocného na otázky víry a vztahu k Bohu. Respektujeme individualitu, rovnost a přijímáme fakt, že nejsme jediní, kteří něco dávají, ale též přijímáme a vzájemně se obohacujeme. Když je pastorační pracovník křesťan, nenechává si to pro sebe svoji víru. Podle příkladu svého života, vedou a ukazují cestu nemocným. A to je posláním, jelikož nemoc odstranit nejde a ani utrpení s ní spojenou. Můžeme jen ukazovat cestu, ale klient se po ní musí vydat sám. Bez předstírání a předsudků. Často se z pastoračních pracovníků stávají asistenti ve velkém duchovním boji, který vede nemocný. Pracovník se musí přizpůsobit umírajícímu v duchovním vnímání, otázkách víry a stupně víry, aby byla péče plodná, nesla dobré ovoce a směřovala k Božím milosrdenství. Ze strany pracovníka nesmí být cítit žádné podceňování ohledně nemocného stupni víry, ale spíše naopak empatie a radost z každé jiskry důvěry v Boha.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Opatrný, A. a kol. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. V Praze: Karmelitánské nakladatelství, 2016.

Dle Křivohlavého (1991) za základní metodu péče v pastoraci lze pokládat rozhovor. Umírající má též možnost na tzv. pastýřský rozhovor. Ten je typický především pro poslední fázi lidského života a zajišťuje ho kněz. Tento rozhovor je naplněn vírou a nemocný má možnost vidět svou situaci v jiném světle. Pastorační rozhovor není jen o výměně slov, ale jde do hlubiny duše, v něm se odkrývají city. Umírající se může takového rozhovoru bát, protože vše odkrývá, ale obavy jsou zcela zbytečné. Nejde o žádné přesvědčování ve víře nebo pravdě. Rozhovor je veden na úrovni umírajícího a duchovní pastýř se snaží předávat to největší bohatství. Podle tohoto autora lze duchovní rozhovor dělit na dvě fáze. Tou první je fáze sbližování, ta je charakteristická navazování vztahu s nemocným, hledáním cesty k němu a nalezení jeho vnitřního postoje. V této fázi pracovník hledá správná slova jak hovořit s umírajícím a rozumět mu. U klienta by mělo docházet k sebepoznání skrze zkoumání vlastních vyjádřených emocí. Tyto emoce skrze vyslovená slova se zasazují do kontextu evangelia. Musí se vystihnout ten správný okamžik, aby přineslo užitek. První fáze slouží umírajícímu k ujasnění si aktuální životní situace, přání klienta, ale i ke zmenšení obav z nadcházejících dnů. Vhodné je, když se v této fázi nastolí důvěra mezi nemocným a pečujícím. Druhá fáze se ještě více zaměřuje na hlubiny duše a jednáme jako zástupci křesťanské církve. Nemocný by zde měl vyznat své hříchy a prosit o odpuštění, které mu přinese úlevu. Úlevou se stává modlitba, kterou nemocný předtím neznal nebo znovuobjevil. Někteří klienti se bojí a je potřeba jim pomoci se uvolnit a navodit klidnou, láskyplnou atmosféru, kde se cítí dobře a k ničemu nenucení. Dobré je nechat nemocného mluvit na začátku rozhovoru. Je důležité, aby pracovník s klientem navázal osobní vztah. Nemocnému se musí ukazovat, že si ho vážíme a respektujeme ho, bez toho se pastorační pracovníci neobejdou. Čas, který má vymezený pro klienta je celý pro něj a pracovník během tohoto času nedělá nic jiného než, že se zajímá o nemocného. Rozhovor začíná pozdravem a představením, zde je důležité jak se představuje nemocný, tak chce být osloven a pracovník by si měl toto oslovení pamatovat. Poté se dohodou obě strany časy rozhovorů a dobu, po kterou má trvat. Nemocnému se neskáče do řeči, aktivně naslouchá, v případě nejasností se snaží o lepší vysvětlení a nekritizuje. Při rozhovoru se začíná vyvíjet vztah mezi nemocným profesionálem. Ten bude v budoucí komunikaci důležitý, protože bude pomáhat vcítit se do nemocného a vyslechnout ho. Pastorační pracovník se musí vyhnout direktivitě a odsudkům. Spíše musí dávat najevo porozumění a hlavně přijetí druhého člověka. Sledovat změny na nemocném a vžívat se do jeho kůže, avšak nepřenášet tyto city do soukromého života nebo k dalšímu trpícímu. Velmi též pomáhá aktivní naslouchání, kde si pracovník ověřuje, co slyší od nemocného.<sup>44</sup>

Jak dodává Matoušek (2013) v rozhovoru je nejvíce užívaná dovednost naslouchání. Jedná se o zapojení všech smyslů, ne jen sluchu. Co je aktivní účast? Nemocnému naslouchat a být s ním, jedná se i o oční kontakt, či držení těla, tedy posturika. Neverbální komunikace je nepostradatelnou vlastností pastoračního pracovníka a stává se pro trpícího někdo, komu se může se vším svěřit. Do vztahu pracovníka a nemocného patří i bezpodmínečná úcta ke klientovi. Pracovník ho musí přijímat

---

<sup>44</sup> Křivohlavý, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991.

se vším všudy a pomáhat mu nést jeho utrpení, jako průvodce v těžkých životních situacích. Naslouchání může mít více úrovní, popíšeme zde tři. První, základní úroveň je o empatickém naslouchání a srozumění řečeného. Není to jen mechanické poslouchání klienta, ale i chápání toho, co nám říká. Na druhé úrovni se prohlubuje toto porozumění a od pracovníka se žádá, aby zanechal své vidění světa a pokusil se proniknout do světa trpícího. Avšak pracovník se na situaci dívá s nadhledem a tudíž vidí lépe, dále a jasněji než jak situaci vidí umírající. Třetí úroveň se odvíjí od čtení mezi řádky, skutečností, které leží za empatií. Svět, který nemocný vidí, se musí porovnávat se světem reálným. Musí se řešit konkrétní problémy konkrétního člověka. Když zjistíme, jak nemocný vidí subjektivně svou situaci, můžeme mu nabídnout adekvátní pomoc. Realita nemocného se může lišit od reality světa, avšak, musíme ji vyslechnout a respektovat. Při rozhovoru se nemusí vždy jen mluvit, je dobré dát nemocnému na výběr a to mluvení nebo i mlčení. Existují zde i překážky, které mohou narušovat rozhovor. Taková překážka může být např. nedostatečné naslouchání, kde tak úplně nenasloucháme, pohlcují nás naše myšlenky a přestáváme vnímat klienta. To je nebezpečné pro vzájemný vztah a může nás odhalit z takového nepozorného naslouchání právě neverbální komunikace. Takovýmto překážkám je nutné se vyhnout, příčin je mnoho, na pracovníka může působit buď sympatie, nebo antipatie ke klientovi, osobní starosti, atd. Naši nepozornost se může projevit také řečí těla, kdy jsme většinou více než nemocný, jestliže je ležák a my stojíme. Je špatný oční kontakt, můžeme mít zkřížené ruce či nohy a to je nevhodné. Další překážkou se může stát, když pracovník při naslouchání hodnotí řečené nemocného. Ať už je to příjemné či nepříjemné co klient mluví, hodnocení se musí vyvarovat. Není na pracovníkovi, aby soudil, co je vhodné, či dobré nebo špatné. Jakékoli předsudky jsou též nemyslitelné, jestli chce pracovník dobře vykonávat svou práci, působí jako filtry, které nefungují a ruší naslouchání. Stejně je tomu se soucitem, ten může dokonce působit jako brzda a utlumit tak aktivitu nemocného. Tento soucit nesmí zastiňovat jasnost vidění pracovníka, který k pochopení dané problematiky potřebuje vnímat ve všech souvislostech. Konce rozhovorů nesmí pracovník přestat bdít, protože nemocný se může až ke konci diskuse odhodlat k nějakému závažnějšímu sdělení, které pro pracovníka může být klíčové. Častokrát takováto důležitá věta může zaznít až při loučení. Když skončí rozhovor, pracovník by si měl nechat nějaký čas na zpětnou reflexi a ptát se sám sebe jako pomáhající pracovník, jak jsem se cítil já během tohoto rozhovoru.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Matoušek, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2013.

## 4. Kapitola: Paliativní péče

### 4.1 Co to je paliativní péče a medicína

Dle světové zdravotnické organizace WHO jak to popsali v Doporučení ministrové Rady Evropy (2004) je paliativní péče taková, která je orientovaná na kvalitu života jedince. Je komplexní, aktivní a především určena pro pacienty, kteří trpí nevléčitelnou nemocí, v pokročilém, či terminálním stádiu. Hlavním cílem této péče, je zmírnit nebo zcela odstranit bolest a jiná další strádání spojená se stavem pacienta, ať už fyzickým či psychickým. Dalším cíle je zachovat důstojnost pacienta a poskytovat podporu jeho nejbližším. Paliativní péče podporuje život a umírání považuje za zcela normální proces. Tento proces ani neurychluje a ani neoddaluje smrt, protože poskytuje úlevu od bolesti a jiných patologických symptomů. V paliativní péči je začleněna i péče o psychické a duchovní aspekty osobnosti a vytváří rovnováhu, která pomáhá s pacientovou nemocí a následně zármutkem po jeho smrti.<sup>46</sup>

Možnosti jak je vidí Matoušek (2005) v současné paliativní medicíně jsou omezené, i když větší než před několika málo lety. U fatálně nemocných se klade důraz na kvalitu života. Většina zdravotních symptomů je v dnešní době buď zcela léčitelná, nebo alespoň částečně. Takže nemocný netrpí a jeho bolest je snesitelná. Mezi hlavní zásady této medicíny patří omezení nebo úplné vyloučení invazivních metod, jak vyšetřovacích tak i léčebných. Respektujeme pacientovu vůli a dopřáváme mu nedirektivní přístup, aby měl pocit, že má vše kontrolou. Pacient v terminálním stádiu nemoci nikdy nesimuluje, proto můžeme věřit, když říká, že ho něco bolí. Nemocnému tak můžeme navrátit pocit bezpečí, když ví, že léčbu může částečně řídit i on sám.<sup>47</sup>

Payne a kol. (2007) dodávají, že bychom paliativní péči též mohli nazvat za úlevnou, která dokáže úspěšně zvládat bolesti a další neodvratné projevy stádií umírání jedince. Vidí umírání jako přirozený závěr koloběhu života a je založena na interdisciplinární spolupráci plus holistickém tedy celostním pohledu na terminálně nemocného člověka. Spojuje v sobě lékařské, psychosociální, existenciální, spirituální aspekty a vychází z individuálních přání a potřeb nemocného. Respektuje pacientovy hodnotové priority a chrání pacientovy práva na sebeurčení. Klade význam na rodinu a nejbližší přátelé klienta, aby ho nevytrhl z jeho sociálních vazeb a nemocný tak mohl prožít poslední fázi svého života v příjemném prostředí a atmosféře lásky. Paliativní péče také nabízí všestrannou podporu a oporu příbuzným a blízkým přátelům nemocného, pomáhá jim zvládat zármutek a to během života pacienta i bezprostředně po jeho skonu. Chce předejít předsudkům, že umírání je provázáno

<sup>46</sup> Doporučení č. 23 Výboru ministrů Rady Evropy „*O organizaci paliativní péče*“. 2004.

<sup>47</sup> Matoušek, O. a kol., *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005.

nesnesitelnou bolestí, strachem a nesmyslným trápením. Tak vidí zásadní rozdíly mezi špatnou a kvalitní péčí. V různých stádiích nemoci se klade důraz na jiné potřeby. Záleží na mnoha faktorech, např.: jaké je základní onemocnění, stupeň pokročilosti nemoci (nachází se v před-terminálním stádiu, terminálním, dá/nedá se kompenzovat), přítomnost jiných závažných nemocí současně, věk pacienta, sociální situace (finanční stav, míra podpory nejbližších) a nesmíme zapomenout na psychický stav pacienta. Tak pro udržení dobré kvality života je užitečné tuto péči rozdělit na dvě podskupiny, a to obecnou a specializovanou paliativní péči.<sup>48</sup>

## 4.2 Smysl a cíle

E. Kübler-Ross (2015) vidí, jaké potřeby mají umírající a že, jsou velmi specifické. Můžeme je naplňovat jen tehdy, když si na klienta uděláme čas a nasloucháme mu. Tak zjistíme, co pacient chce, jaké jsou jeho potřeby, a dáme mu najevo, že nám není lhostejný, jeden z mnoha. Jsme tu pro něj a připraveni s ním sdílet jeho starosti a trápení. Bývá časté, že k tomu, abychom zjistili, co umírající potřebuje, stačí jedna otevřená otázka.<sup>49</sup>

Sláma (2007) uvádí, že cílem paliativní péče je, aby byl prodloužen a zachován život, který je pro pacienta přijatelný, jak svou kvalitou, tak respektem a ochranou k jeho důstojnosti. Vycházíme z přání a potřeb klientů, a snažíme se vytvořit pro ně přijatelné podmínky v okruhu blízkých osob a vlídné atmosféře.<sup>50</sup>

Munzarová (2005) poukazuje na zakladatelku hospice, kterou byla Cicely Saundersová a na její učení, kde říká, že nejen nemocný má své jedinečné potřeby, ale také jeho rodina. Proto je nutné, aby mezi námi byla otevřená konverzace a věděli jsme o trápeních a strastech, kterými rodina prochází, a byli nápomocni v odlehčování jejich tíže. Je důležité si uvědomit, že paliativní péče mají své místo a to v sociální péči, která nastupuje v momentě, kde stav pacienta je považován za fatální. Lékařská péče není vždy vystačující a má své hranice, proto je na místě uvažovat o paliativní medicíně, kde se nesnaží za každou cenu prodlužovat život, ale tišit bolest a smysluplně dožít.<sup>51</sup>

Dle Kübler-Ross (2015) je tato péče směřována především k pacientovi. Ale má širší dosah, tak se snaží pokrývat i potřeby těch, kteří jsou nějakým způsobem hlouběji spjati s nemocným a sdílejí jeho těžkosti. Lidé, kteří umírají, čelí nejsilnějšímu a nejhlubšímu strachu v životě. Tak je důležité se s ním vyrovnat, když se jim to podaří, uvědomí si, že tento strach už je nedrtí a přestal je ovládat. Podporu potřebují i ti, kteří přicházejí zvenčí a cítí se být bezradní a nešťastní z konce blížícího se

---

<sup>48</sup> Payne, S. a kol. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.

<sup>49</sup> Kübler-Ross, E. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015.

<sup>50</sup> Sláma, O., a kol.. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007.

<sup>51</sup> Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada publishing,a.s. 2005,

konce života jejich blízkého a milovaného člověka. Prožívají toto období těžce a taky mohou mít fázi, kdy se s verdiktem smrti nebudou umět smířit. V takové chvíli si musíme uvědomit, co je nejdůležitější pro nemocného a to je, aby u něj blízký člověk, ať už z rodiny či přítel, byl. Je vyžadována jeho přítomnost, tak jak v životě a obzvláště ve smrti.<sup>52</sup>

Sláma (2007) poukazuje na to, že opravdové soucítění s trpícím znamená sundání patetických masek, smutných obličejů, truchlivé hlasové intonace či jiné povrchní emocionalitu. Pravý soucit znamená podpora nemocného a snaha o porozumění mu. Paliativní medicína a její principy se často konfrontují s problematikou eutanázie a tak musí být přesné vymezení a stanoviska pro tyto jednotlivé fenomény. Důležité je vědět, že paliativní medicína se nesnaží změnit charakter nevyлéčitelných onemocnění, ale pouze zvýšit kvalitu života. A to jen ohledu na stupeň nemoci nemocného člověka, ve kterém se nachází. Musíme si uvědomit, že tato péče neurychluje smrt pacientů a ani neoddaluje.<sup>53</sup>

Tímto problémem se zabýval Milfait (2013), tj. jaký vztah mají mezi sebou paliativní péče a eutanázie. Chápe paliativní medicínu, jako dovršení lidské existence, eticky a důstojně. Když se podíváme na možnosti paliativní péče, zjistíme, že naplňuje veškeré aspekty důstojného umírání. Zahrnuje jak medicínskou tak ošetrovatelskou intervenci, má na ní tedy nárok a právo každý pacient, který touží po psychické, sociální či pastorační podpoře. Zároveň se stará o příbuzné nemocného. Někdy se vyskytují přání klientů o eutanázii, aby si mohl každý sám zvolit čas a okolnosti svého skonu. Bývají problémy s nedostupností paliativní péče, která je způsobena více faktory a ohrožují základní práva na dodržování tzv. Charty práv umírajících. Důstojnost klienta v souvislosti s hospicovou péčí by neměla být ohrožována, ale máme mnoho faktorů, jak bývá ohrožována, např.:

- Problémy s nedostatečnou dostupností hospicové péče a taktéž dobrá léčba bolesti
- Zanedbávání fyzického utrpení a přehlížení psychických, spirituálních i sociálních potřeb
- Nepřiměřené léčebné postupy, buď k prodloužení procesu umírání, nebo v pokračování léčebného postupu bez souhlasu pacienta
- Nedostatečné vzdělání pracovníků a slabá psychologická opora personálu, který má na starost ošetření klienta
- Nedostatečná psychologická péče a edukace příbuzných a přátel fatálně nemocných, kteří by se mohli podílet víc efektivně na péči o pacienta
- Strachem klienta ze ztráty soběstačnosti a tudíž obava, že bude závislý na rodině nebo sociálních a zdravotních institucích
- Obava, že se stane pro zúčastněné přítěží
- Instituce, ve které se nachází, mohou být nevhodnými pro loučení se s rodinou a světem

---

<sup>52</sup> Kübler-Ross, E. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015.

<sup>53</sup> Sláma, O., a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007.

• Špatnou vnitřní organizací v zařízeních, nedostatečné prostředky i zdroje k zajištění vyhovující služby péče.<sup>54</sup>

## 4.2 Obecná paliativní péče

Dle Adama (1998) se za obecnou paliativní péči chápeme takovou péči, která je klinickou praxí v pokročilém stavu nemoci pacienta. Poskytují jí zdravotníci v závislosti na dané odbornosti. Základem je sledování, rozpoznávání a ovlivňování toho, co stojí za kvalitou života nemocného. Takovouto péči by měli zvládat poskytnout všichni zdravotníci bez ohledu na svou odbornost. Obecná paliativní péče má základ v léčbě bolesti. Pokud jde o bolest fyzickou je v rukou lékaře. Bohužel člověk nebývá nemocný jen fyzicky, ale k jeho somatickým nemocem se přidávají i jiné formy bolesti jako např. psychická. Může mít deprese různého charakteru, např. ztráta příjmu, rozpad rodinných nebo společenských vazeb, ztráta společenského postavení, atd. Následně se u pacienta může projevit hněv způsobený vnitřními i vnějšími příčinami, např. četnost návštěv se zmenšuje, oddalování určení konečné diagnózy, selhává terapie, lékaři na pacienta nemají čas nebo s ním vůbec nekomunikují. V minulosti lékaři kladli důraz na tzv. princip „podle potřeby“, ten znamenal, že pacientovi, kterého něco bolí, předepíšeme tišící lék. Dnes se léčba bolesti stojí na principu „podle hodin“, což znamená, že propočítáme, kdy podávané analgetika ztrácí účinek, a v pravý čas nasadíme nové, aby nedošlo k nežádoucím bolestem. Nemocný se tak nemusí bát, že se bolest vrátí a může na ni nemyslet.<sup>55</sup>

Lukas (1998) dodává že, paliativní medicína by v ideálním případě měla zbavit trpícího bolestí i všech nepříjemných symptomů. Ne vždy to však jde, v takovém případě se s tím musí umírající smířit a bolest přijmout. Mnoha trpícím pomáhá víra v Boha, ale jsou i tací, kterým stačí soucit, pochopení a vřelé vztahy ze strany rodiny a nejbližších přátel. Pokud jim obojí chybí, obracíme se na psychoterapeutické metody. Cílem těchto metod není rezignování, ale přijetí neodvratitelného, aby pacient umíral v klidu a důstojně.<sup>56</sup>

## 4.3 Specializovaná paliativní péče

Adam (1998) říká, že specializovanou paliativní péči bychom mohli definovat jako aktivní interdisciplinární péči, která je poskytována umírajícím a jejich rodinám. Interdisciplinární péči

---

<sup>54</sup> Milfait, R. *Lidská práva osob s postižením, nevléčitelně nemocných a umírajících*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2012.

<sup>55</sup> Adam, Z. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998.

<sup>56</sup> Lukas, E. S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998.



provádí tým odborníků, kteří jsou speciálně vzděláni v otázkách paliativní medicíny a mají potřebné zkušenosti. K základním formám takovéto péče patří domácí popř. mobilní hospic. Další formy mohou probíhat např. jako samostatné lůžkové zařízení, lůžkové oddělení ve zdravotnických zařízeních (nemocnice, léčebny), ambulantní paliativní péče, denní stacionáře, poradny, tísňové linky, atd.<sup>57</sup>

#### 4.4 Realizace paliativní péče

Podívejme se na proces umírání, jak nám o něm píše Haškovcová (1975). Jako na možnost, kterou můžeme dle některých odborníků zařadit do třech časových období. První z nich je pre finem, v tomto období nemocný zaujímá postoj ke své nemoci a také utrpení. Zde hledáme, pro koho by pacient mohl toto utrpení snést, protože jinak utrpení nemá smysl. Tomu ale musí předcházet přijetí své reality, ve které se člověk ztotožňuje se smrtelně nemocným člověkem. Až toto nastane, může nemocný zaujmout postoj. Na důležitosti nabývají cíle, které jdou k podstatě věci a vedou ke smyslu života. Nemocný v této fázi hledá klid a pokoj proto je důležité mu poskytnout prostor, aby se mohl rozloučit. To je důležitý akt, protože jemu i jeho blízkým pomůže s vyrovnáním se se smrtí. Druhému období se říká in finem, což znamená „vlastní umírání“, zde se umírající zabývá sám sebou a klesá jeho zájem o mezilidské vztahy. Poslednímu období fáze umírání nazýváme post finem. Z názvu je zřetelné, že toto období nastává po pacientově skonu, proto se tu staráme o mrtvé tělo plus pečujeme o pozůstalé.<sup>58</sup>

Když se podíváme na realizaci sociální práce, jak to vidí Sláma a kol. (2007) zjistíme, jak do paliativní péče zapadá činnost sociálního pracovníka. Práce sociálního pracovníka má především stát za klientem a být mu oporou, umožňovat jeho prospěch, popř. jeho rodiny. Sociální pracovníci by neměli vykonávat pouze administrativní činnost a zajišťovat jen materiální pomoc v podobě sociálních dávek, přesouvat a hledat klientovy vhodné organizaci. Odborník se musí setkávat se svými klienty, tak i sociální pracovník musí navazovat vztahy. Musí tvořit úzký kontakt s pacientem a pravidelně k němu docházet a aktualizovat si informace, které od něj nebo od jeho příbuzných může nasbírat. Ujasnění si všech potřeb je dobrý předpoklad pro dobře vykonanou práci, která ve finále pomůže klientovi při zdolávání obtíží jeho onemocnění. Sledujeme holistické pojetí jedince v závislosti na jeho prostředí. Sociální práce v hospicích tedy zkoumá a všímá si především sociálního fungování pacienta a to jestli a jak se mění v kontextu s danou léčbou.

Vorlíček (2004) v konkrétních krocích popisuje sociálního pracovníka v paliativní péči takto:

---

<sup>57</sup> Adam, Z. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998.

<sup>58</sup> Haškovcová, H. *Rub života - líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.

- Pomáhání při tvoření plánu, jak žít s nevléčitelnou nemocí. Tento bod zahrnuje hlavně, zda je nemocný schopný žít v domácím prostředí popř. jaké služby bychom mu nabídli, aby mohl setrvat v tomto prostředí. Někdy je však pro nemocného vhodnější ústavní instituci. Dále se jedná o finančních možnostech a možnosti věcných dávek, aby se nemocný a jeho rodina dostali na dostatečnou životní úroveň. Můžeme zde zahrnout i náplň volného času, rehabilitační pobyty či návštěva svépomocných skupin.

- Doprovázíme nemocného i jeho rodinné příslušníky velmi náročným životním obdobím. Řeč je o empatickém zacházení v čas, kdy klient či jeho blízcí potřebují uklidnit emoce a pocity. Formujeme je v tzv. podpůrném rozhovoru, jehož cílem je lepší porozumění.

- Příprava blízkých na smrt nemocného a následná asistence při vyřizování závěti a dalších právních úkonů. Pomoc při posledním loučení.

- Poradenská pomoc pozůstalým v administraci, která přichází v době truchlení, avšak je důležitá.

Jako sociální pracovníky, měli bychom být schopni uplatňovat tzv. facilitaci komunikace, která nám umožňuje všimnout si nedostatků při komunikaci s nemocným i se zdravotnickým personálem. Pro sociálního pracovníka je důležité orientovat se v administrativní oblasti, jako je jednání s různými úřady a institucemi. Pracovník zde působí jako konzultant, popř. zástupce, je-li nemocný v tak závažném stavu, že se nemůže zastupovat sám. Důležité je též rozeznávání touhy klienta, jestli potřebuje aktuální aktivní pomoc, nebo nemocný jen volá po rozhovoru a naslouchání. Nemusíme řešit všechny otázky, které jsou položeny.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Adam, Z., Vorlíček, J. a Pospíšilová Y., *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004.

## **5. Kapitola: Péče o pečující**

### **5.1 Požadavky na pečující**

Podle Haškovcové (2007) je práce s těžce nemocnými velmi fyzicky i psychicky náročná. Velkou pozornost je potřeba věnovat i péči o pečující, aby mohla být jejich práce kvalitní. Obecně lze říci, že se na tuto práci hodí lidé se značnou dávkou altruismu tj. nesobecká láska k bližnímu. Ta se projevuje vstřícným, účinným a pomáhajícím chováním. Projevuje se jako dobrý člověk, který pomáhá druhým a moc nemyslí na sebe. Všechny pomáhající profese by si měli být vědomy, že je jejich jednání cenné a ušlechtilé, ale vážou se k němu i rizika. Např. se u těchto osob může projevit tzv. spásitelský komplex nebo mohou mít sklony k sebeobětování a to s altruismem nemá nic společného. Správnými vlastnosti jsou obětavost pro druhé, vstřícnost a naše aktivní účast v osobních krizích pacientů. Nesmíme zapomínat sami na sebe a pečovat o sebe. Žádná pomoc se nesmí proměnit v hledání moci a má své meze. Kdo nemá znalosti psychohygieny a nepraktikuje je, je u něj velké riziko rozvoje syndromu vyhoření.<sup>60</sup>

### **5.2 Syndrom vyhoření**

Jak napsal Janovský (2003), Požadavky na pomáhající profese jsou poměrně náročné a pro mnoho pracovníků představují nepřiměřenou zátěž, která může vést k tzv. burn-out syndrom. Syndrom vyhoření představuje naprosté vyčerpání pracovníka v pomáhající profesi. Charakterizuje se ztrátou elánu, energie, radosti ze života a nadšení a to nejen na pracovišti, ale i v osobním životě. Burn-out syndrom vede profesionály k postupné celkové rezignaci. Jsou frustrováni, reagují podrážděně, s nedůvěřivostí, depresivitou a cynismem. Přichází to v důsledku na chronické zatížení spojené s dlouhodobým nasazením pro druhé lidi. Celkové spoluprožívání nemoci či utrpení se svým pacientem nakonec vede k citové imunitě. Ta se projevuje lhostejností a odmítáním příjemných pocitů a nakonec i radosti vůči vlastním přátelům, rodině i kolegům. Je časté, že pak dochází k úvahám o správnosti volby povolání. Je u nich zvýšená míra kritičnosti a podrážděného postoje i vůči oprávněné kritice. Tento syndrom je nutné odlišit od podobného syndromu, který se nazývá syndrom profesní otrlosti. Syndrom vyhoření ohrožuje všechny pomáhající profese, protože se předpokládá jejich cenná schopnost empatie. Když je nezvládnutá tj. nedokážou se vymanit z identifikace s jinými lidmi, kteří

---

<sup>60</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.

trpí, je tato schopnost nežádoucí. Proces empatického vnímání musí být dvoufázový. Odborník se musí vcítit do pocitů nemocného a pak je všechny odložit a žít svůj osobní život.<sup>61</sup>

### 5.3 Pravidla duševní hygieny

Pravidla psychohygieny sepsala Haškovcová (2007) a podle ní jsou tyto pravidla důležitá, aby mohl pracovník v těchto profesích dobře pracovat a byl přínosem, jak nemocnému a jeho rodině tak také sám sobě. Musíme dbát o správnou duševní hygienu, být pozitivně ladění a umět čerpat novou sílu. Začněme u obecných zásad, mezi něž patří např. dostatečný a pravidelný spánek. Dále se doporučuje čerpat dovolenou alespoň 14 dní vkuse, v jednom kalendářním roce. Nutné je též udržovat přátelské vztahy i s někým jiným než jsou kolegové v práci a to i ve vysokém pracovním vytížení. Doporučuje se nezříkat se svých koníčků, např. pravidelně chodit do přírody, navštěvovat divadla, kina, galerie, muzea či koncerty. Udržovat je a rozvíjet. K tomu se váže i relaxace nebo aktivní odpočinek např. práce na zahradě, sport, četba knih, ruční práce, atd. Každý musí sám hledat, co má rád a co mu bude přinášet potěšení i užitečnost, abychom dosáhli uspokojení ze smysluplné činnosti. Další činnost, kterou musí altruisticky založený pracovník ovládat, a nacvičovat jsou principy asertivních strategií. Někdy je umění říkat NE zcela zásadní v naší práci.<sup>62</sup>

Dalšími účinnými způsoby dle Křivohlavého (2004) patří pozitivní očekávání spočívající v přesvědčení, že práce, kterou děláme má smysl a problémy které bývají spjaté s prací, jsou proto, abychom je řešili a tak napomáhali našemu osobnímu růstu. Také můžeme říci, že tuto zátěž snášejí daleko lépe osoby, které mají smysluplně uspořádaný život. Křivohlavý popsal, že mezi účinné strategie prevence vyhoření patří na prvním místě fungující manželství. Lidé potřebují sociální interakci a tak je problematické když je sám. Rodinné zakotvení spočívá ve vědomí, že nás někdo čeká a chce s námi sdílet radosti, útrapy, starosti a napomáhá nám nabrat nových sil do dalšího dne. Dále může mít velký význam i osobní disciplinovanost a taktéž pokora. S čím se nijak nekonfrontuje vědomí vlastní hodnoty a svých reálných možností. Víra též poskytuje pevnost zakotvení, protože nám Bůh dává smysl života.<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> Křivohlavý, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004.

<sup>62</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.

<sup>63</sup> Křivohlavý, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004.

## 5.4 Role osob blízkých

Krejčí (1996) uvádí, že role starších lidí v rodinném klimatu je nezastupitelná. Plní např. výukovou funkci, můžeme vidět vzor, jak se chovat ve vztazích, jak si pomáhat. Nakonec se taky rodina, skrze starého člena můžeme naučit, jak zacházet s onemocněními, invaliditou a se samotnou smrtí. Nemocný a jeho blízké okolí rodiny, přátel, příbuzných se lidé učí smířovat se s nemocí. V různých fázích fatálních nemocí, je čas urovnat vzájemné vztahy a z bolesti přejít do radosti ze společně prožitého času. V dnešní společnosti to takto moc dobře nefunguje a zúčastněně ovládá spíše strach a ostych. Panuje trend vytěšňování a odmítání smrti, převládají jakési pocity trapnosti a studu. V naší společnosti je dost zřetelná touha po separaci od naší pudové a emocionální přirozenosti a zároveň, touha po osamělosti, která je individuální. Není to přirozené a nakonec zjistí, že se jim nežije snadno a tak se snaží tento novodobý zvyk buď zničit, nebo na něj rezignují. V takovémto případě, může profesionál přicházející zvenčí do rodiny přinést smíření, protože působí jako katalyzátor vztahů. Umírající ve vztahu se svou rodinou tvoří kontinuitu rodu, přináší také zakotvení ve společnosti a oporu. Proto se na smrt nejde na smrt člena rodiny dívat jako na osobní, samostatný úděl, který končí smrtí.<sup>64</sup>

Podle Byocka (2013) jako předpoklad pro dobrou práci s nemocným je statečnost, která dává sílu pro práci, kterou člověk nikdy dříve nevykonával. Je náročná jak fyzicky jak duševně, ale ušlechtilá. Dá se říci, že péče o nemocného je vyjádřením lásky, úcty a oddanosti k němu. Péče o nemocného se členové rodiny učí u zdravotních sester, či nějaké organizace, která pořádá kurzy péče o nemocné. Děje se to teoretickou i praktickou částí, kde se vše vysvětlí a ukáží se hlavní požadavky pro péči, kterou jejich blízcí potřebují.<sup>65</sup>

Dle E. Kübler-Ross (2015) psychicky těžká úloha pro pečující nastává, když pečující jsou konfrontováni s celkovou lékařskou diagnózou a zároveň psychickou nestabilitou a změnou nálad nemocného. Toto je výsledek fáze socializace, kdy je jedinec až moc horlivý ve snaze se co nejlépe začlenit a může to působit i negativně na své okolí. Ti, co se starají o své nemocné v domácí péči, denně vykonávají mnoho úkonů a pomáhají vyřizovat osobní záležitosti nemocného. Nemocný by mimo takovýchto záležitostí měl mít čas i sám pro sebe. Je dobře, když se o nemocného nestará jen jeden člen rodiny. Občas je dobré nechat se vystřídat a nechat i ostatní členy rodiny být v blízkosti umírajícího člena rodiny a trávit s ním poslední čas. Je to dobré jak pro další členy rodiny, tak pro pečujícího, který si na chvíli odpočine, viz. psychohygienu. A to nemluvím o radosti nemocného, který vítá kontakt s dalšími členy rodiny. Nemocný také uvítá podporu ze strany blízkých přátel nebo sousedů, když s nimi členové rodiny a především nemocný dobře vycházejí. Když se nedaří, aby pečujícího vystřídal někdo z rodiny, je namístě zavolat odborníky a to terénní pracovníky odlehčovací

<sup>64</sup> Krejčí, J. *Lidský úděl a jeho proměnlivá tvář: duchovní základy civilizační plurality*. Praha: Karolinum, 1996.

<sup>65</sup> Byock, I. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad, 2013.

sociální služby. Takovou službu nyní poskytují mnohé organizace a jednou z nich je i mobilní hospic, kde se snáze zajišťuje, aby byla přítomná na pečování i zdravotní sestra nebo jiní členové multidisciplinárního týmu. Další úlohu v péči o nemocného můžou dobře plnit dobrovolníci, kteří pomáhají např. s úklidem, nákupem či jiných praktických věcí kolem potřeb klienta a jeho domu. Dá se říci, že dobrovolníci v dnešní době zastupují dřívější funkci sousedských vztahů, které mají být naplněné solidaritou, altruismem, pocitem chtění nemocného a v radosti přebývání s ním. Nemocnému někdy jen stačí, aby cítil spřízněnou duši a mohl se jí vypovídat a cítit její přítomnost a zájem. Role pečujícího je velmi těžká a tak je vhodné, aby dostal pomoci a podpory co nejdříve. Stává se tak, aby pečující nebyl vyčerpaný a přestal plnit základní funkce pečujícího či aby nedošlo k frustraci.<sup>66</sup>

## 5.5 Doprovázení pozůstalých

Po smrti milované osoby nadchází období, které se může projevovat různě. Někdo má rozpaky, a to ne jen samotní pozůstalý, ale také jejich okolí. Neví jak se chovat, jak se důstojně, správně rozloučit se zesnulým. Pozůstalým, kteří chtějí je nabídnuta speciální péče v podobě sociálního poradenství, to mimo jiné organizace zajišťuje mobilní hospic. Řeší se tam v první řadě administrativní záležitosti, někdy není od věci i asistence psychologa, který patří do týmu odborníků v hospicovém hnutí. Když se pozůstalým stává starý člověk, popř. partner zemřelého, tak je toto vyrovnání se smrtí, o které nám jde ještě těžší. V životě se člověk setkává i se smrtí svých blízkých a vrstevníků, je proto vhodné snažit se nahradit tyto vztahy a vyplnit prázdnotu po nich. Lidé, kteří žijí produktivní věk, se snáze zapojují do běžného života a vyrovnají se lépe se ztrátou. Nejlépe by se měli se smrtí blízkých vyrovnávat děti a mladí, kde podle názoru autora znamená hodně otázka, jak proběhla edukace smrti popř.: co bude po smrti. Mnohým lidem pomáhají rozhovory s pomáhajícími odborníky, kteří byli v rodině ještě za života zemřelého a znají rodinnou historii. Může se jednat o sociálního pracovníka, doktora, psychologa, duchovního nebo pastoračního asistenta. Jsou organizovaná různá setkání, kde pozůstalí říkají své příběhy a dělí se o své zkušenosti. Praxe je taková, že u pozůstalých, kteří potřebují podporu, tak je provází do roku po tom, co člen rodiny zemřel.<sup>67</sup>

Pozůstalí se často obracejí na odbornou pomoc, až když jsou vyčerpaní a není jiná možnost před celkovým psychickým zhroucením. Teprve tehdy přicházejí k poradci a hledají pomoc, která má různé formy. Může být např. formou edukace, terapie, doprovázení či jiné. Tyto poradny jsou součástí hospiců.

---

<sup>66</sup> Kübler-Ross, E. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015.

<sup>67</sup> Langmeier, J. a Krejčířová D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006.

## Závěr

Péče u nás v ČR o umírající v hospicích je na dobré úrovni. Řekla bych, že hospicová péče je více přátelská, je tam nápodoba domácí péče, proto tam i musí být příjemnější umírání. Zatímco LDN jsou zaměřené paternalisticky vycházející z nemocniční péče. Proto se mi velice líbí paliativní přístup, který je lépe zaměřený na potřeby umírajících, než v nemocnici. Otázky etiky se se těžko srovnávají, záleží na mnoha faktorech, např. na kolika lůžkovém pokoji se daný člověk nachází. Takže si můžeme lehce odvodit, že větší problémy s etikou budou mít v nemocnicích, kde jsou velké pokoje a někdy je intimita chráněna jen přenosnou zástěnou. Na odděleních LDN jsou vidět výrazné mezery. Ale myslím, že je to dáno hlavně tím, že LDN nemá primárně fungovat jako zařízení, kde se umírá. Jen je to časté kvůli věkové skupině pacientů, kterých je největší procento starých lidí. Nejlepší zajištění jaké se může umírajícímu poskytnout, je-li to možné, je mít ho v domácí péči. Mnoho zemí tento model opouští, obecně čím více jdeme na mapách na východ, tak se více drží tradice a mezigenerační život. Čím více jdeme na západ, tím jdeme do většího individualismu. U nás je bohužel časté, zbavovat se rodinných pout a dávat své rodiče či prarodiče do specializovaných institucí. Chodit k nim na návštěvu jednou za měsíc, v den, kdy se jim vyplácí důchod. I taková je mentalita některých lidí, ale Bohu díky ne všech.

Dneska se smrti a umírání bojíme, je to něco neznámého, ale proč je ten strach tak veliký? V předešlém komunistickém režimu se smrt měla vytěsnit spolu s vírou. Děti nesměly chodit na poslední rozloučení se zemřelými, byla snaha se je schovat. Nechceme být obtíženi stářím a nemocí, ale oni se o nás museli starat, když jsme byli dětmi. Neměli bychom se lehkomyšlně stavět k otázkám života a smrti. Otázkou je, jakým způsobem učit mladou generaci péči o umírající a otázky smrti, kterým se nikdo nevyhne, dříve či později.

## Summary

Care in the Czech Republic for the dying in hospices is at a good level. I would say that hospice care is more friendly, there is an imitation of home care, so there must be more pleasant dying. While LDN are focused on paternalistic hospital care. That is why I really like the palliative approach, which is better focused on the needs of the dying than in the hospital. Ethical issues are difficult to compare, depending on many factors, such as how many bed rooms a person is in. So we can easily deduce that they will have bigger problems with ethics in hospitals, where there are large rooms and sometimes intimacy is protected only by a portable screen. Significant gaps are visible in the LDN departments. But I think it's mainly because LDN doesn't primarily function as a dying device. This is often due to the age group of patients, who are the largest percentage of the elderly. The best safeguard that can be provided to a dying person, if possible, is to have him in home care. Many countries are abandoning

this model, in general, the more we go east on maps, the more tradition and intergenerational life are. The more we go west, the more individualism we go. Unfortunately, it is common in our country to get rid of family ties and put our parents or grandparents in specialized institutions. Go to them once a month, on the day they are paid their pension. Such is the mentality of some people, but thank God not all.

Today we are afraid of death and dying, it is something unknown, but why is the fear so great? In the previous communist regime, death was to be displaced along with faith. The children were not allowed to go to the last farewell to the dead, there was an attempt to hide them. We don't want to be burdened by old age and disease, but they had to take care of us when we were children. We should not be reckless on the issues of life and death. The question is how to teach the young generation the care of the dying and the issues of death that no one can avoid, sooner or later.



## Seznam použité literatury

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. Přeložil Ladislav ŠENKYŘÍK. Praha: Vyšehrad, 2013. Cesty (Vyšehrad). ISBN 978-80-7429-134-0.

DAVIES, Douglas James. *Stručné dějiny smrti*. Praha: Volvox Globator, 2007. Diagramma. ISBN 978-80-7207-628-4.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života - líc smrti*. Praha: Orbis, 1975. Pyramida (Orbis).

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

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

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KREJČÍ, Jaroslav. *Lidský úděl a jeho proměnlivá tvář: duchovní základy civilizační plurality*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-262-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. Přeložil Bohumil DVOŘÁČEK, ilustrovala Eva BUREŠOVÁ. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-79-9.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002X.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MAURIAC, François. *Utrpení a štěstí křesťana*. Brno: Petrov, 1994. ISBN 80-85247-46-1.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada publishing,a.s. 2005, ISBN 80-247-1025-0.

NIKLÍČEK, Ladislav a Karel ŠTEIN. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum, 1985.

O organizaci paliativní péče: doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy: přijaté výborem ministrů 12. Listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů. Praha: Cesta domů, c2004. ISBN 80-239-4332-4.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.

OPATRŇÝ, Aleš, Ludmila BARTUŠKOVÁ a Ludvík DŘÍMAL. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. V Praze: Karmelitánské nakladatelství, 2016. Malá teologie (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-995-3.

PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie a Marie JIRMANOVÁ. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998. ISBN 80-902049-1-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999. ISBN 80-902049-2-9.

SVATOŠOVÁ, Marie. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003. Autor - téma. ISBN 80-7192-833-X.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměn. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

## Internetové zdroje

Hospice and palliative care. Hospice choice [online]. 2008 [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <http://www.hospicechoice.com/history.html>

NÁRODNÍ STRATEGIE ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA OBDOBÍ 2016-2025[online]. 2015 [cit. 2021-05-09]. ISBN 978-80-7421-126-3 Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/af89ab84-31ac-e08a-7233-c6662272bca0>

Právní a finanční rámec pro hospice. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče [online]. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-prohospice/>

World Health Organization, 1964 [online]. WHO [cit. 2020-12-12]. ISBN 978-92-4-000051-3. Dostupné na: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

World Health Organization, 1964 [online]. WHO [cit. 2020-12-12]. ISBN 978-92-4-000051-3. Dostupné na: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

## **Přehled zkratk**

LDN – Léčebna dlouhodobé nemocných

MPSV - Ministerstva práce a sociálních věcí

NSRSS - Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období

