

# **Bakalářská práce**

2007

Dagmar Grillová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Problematika umírání a hospicové péče

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Motlová

Autor práce: Dagmar Grillová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: III.

2007

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Lence Motlové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

## OBSAH

ÚVOD.....	5
1. Thanatologie .....	7
1.1 Vymezení pojmu thanatologie .....	7
1.2 Umírání a smrt .....	7
1.3 Fáze procesu umírání .....	8
1.4 Smrt fyzická, psychická a sociální.....	11
1.5 Dnešní společnost a smrt .....	12
1.6 Domácí model umírání .....	13
1.7 Institucionální model umírání .....	14
2. Paliativní péče.....	16
2.1 Vymezení pojmu paliativní péče .....	16
2.2 Obecná paliativní péče.....	18
2.3 Specializovaná paliativní péče.....	19
2.4 Paliativní péče a hospic.....	19
2.5 Multidisciplinární přístup k paliativní léčbě.....	20
2.6 Paliativní péče versus eutanazie .....	20
3. Hospicová péče .....	23
3.1 Definice hospicové péče .....	23
3.2 Historie hospicového hnutí .....	26
3.3 Formy hospicové péče .....	28
3.4 Hospice v České republice.....	29
3.4.1 Hospic sv. Jana N. Neumanna .....	31
3.4.2 Hospic sv. Lazara.....	33
3.4.3 Hospic Anežky České.....	34
3.5 Financování hospicové péče .....	36
3.6 Doprovázení a komunikace s umírajícími .....	37
3.7 Spolupráce s rodinou a péče o pozůstalé .....	40
3.8 Význam dobrovolníků v hospici.....	41
3.9 Sociální pracovník v hospici.....	42
ZÁVĚR .....	45
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	47
SEZNAM PŘÍLOH.....	51
PŘÍLOHY .....	52
ABSTRAKT .....	65
ABSTRACT.....	66

## ÚVOD

Téma bakalářské práce, které jsem se rozhodla zpracovat, se týká smrti, umírání a hospicové péče. V dnešní době hraje prim zdraví, výkon, úspěch a peníze. Doba je natolik uspěchaná, že lidé nemají čas se zastavit a popřemýšlet nad vlastní konečností, nad celým svým životem a jeho smyslem. Chováme se tak, jako bychom měli žít věčně, a většina z nás si ani neuvědomuje, že během jedné minuty či sekundy může být všechno jinak. Když se pak setkáme tváří v tvář smrti nebo vidíme umírat své blízké, nevíme, jak se zachovat, a jasně si v těchto chvílích uvědomujeme svoji zranitelnost a konečnost. Nejsme připraveni stát proti události, která se jednou bude týkat každého z nás. Nejsme připraveni doprovázet své blízké na konci jejich života. Přitom stačí tak málo k tomu, abychom usnadnili svým blízkým, ale i sobě odchod na onen svět.

Je velmi důležité se zastavit, zamyslet se nad smyslem našeho života a hledat odpovědi na mnoho nevyřčených otázek. Hledat odpovědi na to, co je smrt, kdy nastává, jaké jsou fáze umírání, jaké jsou možnosti péče apod. Kdyby lidé více četli a pídili se po odpovědích na tyto otázky, vyrovnávali by se s realitou smrti mnohem lépe.

Je pravdou, že se smrtí se setkáváme dnes a denně, a to prostřednictvím sdělovacích prostředků. Každý den jsme informováni o vraždách, smrtelných autonehodách, zhoubných a nevléčitelných onemocněních. Většina z nás se sice pozastaví, zamyslí se, ale brzo zase raději tyto skutečnosti potlačí a věnuje se dál činností, které pokládá za mnohem důležitější a zajímavější. Až když se tyto skutečnosti dotýkají nás samotných, až teprve tehdy si uvědomíme, že jsme na něco v tom spěchu zapomněli.

Jsem si vědoma toho, že prací na toto téma se napsalo mnoho, ale dle mého názoru jich nebude nikdy dost. Je potřeba neustále zdůrazňovat problematiku smrti a umírání a neustále lidem připomínat, že smrt není tabu, ale že je neoddelitelnou součástí našeho bytí. Je nutné informovat o možnostech péče, je důležité, aby se vědělo, že umírající nemusí zbytečně trpět a umírat v bolestech.

To byl také jeden z impulsů, který mě vedl k tomu, abych se pokusila zpracovat téma zaměřené na umírání, smrt a hospicovou péči. Tato problematika mě velmi zajímá a v budoucnu bych chtěla, v zařízení jako je hospic, pracovat. K tomuto přesvědčení jsem dospěla i na základě praxe, kterou jsem absolvovala v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, Hospici sv. Lazara v Plzni a v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci.

Cílem práce je popsat a shrnout problematiku smrti a umírání do jednoho celku. Představit a vysvětlit pojmy jako je thanatologie, paliativní a hospicová péče a také upozornit na problémy, které s problematikou umírání a hospicové péče souvisejí. Práce by také měla

vést k zamyšlení nad vlastní konečností a představit zařízení jako je hospic v jiném světle, než ho vidí laická veřejnost. Hospic je vnímán, jako něco depresivního a smutného, kde neexistuje nic než smrt a bolest.

Pro pochopení hospicové péče považuji za důležité, věnovat se také thanatologii a paliativní péči. Proto je má práce strukturována do třech hlavních kapitol, které se snaží sledovat logickou posloupnost zpracovaného tématu.

První kapitola se zabývá vědou o smrti, o tzv. thanatologii. V této kapitole se pokusím vymezit pojem thanatologie, seznámit s umíráním a smrtí, představit jednotlivé fáze umírání dle E. K. Rossové, přiblížit stanovisko dnešní společnosti ke smrti a také seznámit s modely umírání v minulosti a dnes.

Druhá kapitola se věnuje paliativní péči. Péči, která chápe umírání jako přirozenou součást lidského života a vychází z toho, že každý jedinec prožívá poslední fázi svého života se všemi tělesnými, duševními, duchovním a kulturními aspekty zcela individuálně. Péči, která smrt ničím neurychluje ani neoddaluje a mírní bolest a její symptomy. V této kapitole bych také chtěla vymezit pojem paliativní péče a popsat tři období, které paliativní péče zahrnuje. Dále bych chtěla přiblížit multidisciplinární přístup a samozřejmě nesmí chybět srovnání paliativní péče a eutanazie.

Třetí, a zároveň poslední a nejrozšířenější kapitola, pojednává o hospicové péči, kterou se pokusím v úvodu definovat. Dále bych se chtěla zaměřit na historii hospicového hnutí jak v České republice, tak samozřejmě i ve světě, přiblížit formy hospicové péče a zmapovat vznik hospiců u nás a také přiblížit chod hospiců, ve kterých jsem měla možnost působit. Tato kapitola bude také pojednávat o financování péče, doprovázení umírajících a komunikaci s nimi, o spolupráci s rodinou a péči o pozůstalé, významu dobrovolníků a samozřejmě také o práci a roli sociálního pracovníka v hospici. Budu vycházet i ze svých praktických zkušeností, především při seznamování s Hospicem sv. Jana N. Neumann v Prachaticích, sv. Lazara v Plzni a Hospicem Anežky České v Červeném Kostelci, kde jsem dohromady působila pět týdnů. Na základě získaných poznatků bych chtěla tyto tři hospice porovnat a vyzdvihnout klady a zápory každého z nich.

Informace jsem čerpala z dostupné literatury, webových stránek, interních materiálů a praktických poznatků. Při psaní bakalářské práce jsem čerpala např. z publikace *Hospice a umění doprovázet* od Marie Svatošové, publikace Heleny Haškovcové *Lékařská etika* či z publikace *Paliativní medicína*, kterou napsal Jiří Vorlíček, Zdeněk Adam a kolektiv.

## 1. Thanatologie

### 1.1 Vymezení pojmu thanatologie

„Thanatologie je většinou definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Thantos, bratr Hyponův, je zpravidla zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní.“<sup>1</sup>

Obsah oboru thanatologie je však prakticky rozptýlen do celé řady klasických oborů jako filosofie, teologie, medicíny, psychologie, sociologie atd. Důvodem je skutečnost, že každý z jmenovaných oborů se vyjadřuje ke stejnému problému ze svého úhlu pohledu a prostřednictvím svých vědeckých metod. Za důvodem, proč se thanatologie nepřednáší jako samostatná vědní disciplína, se skrývá nejen obtížnost sevřít jednotlivá fakta, názory, hypotézy a koncepce tak, aby tvořily profesní náplň samostatného oboru, ale také fakt, že s velkou pravděpodobností nikdo nechce být označen za thanatologa.<sup>2</sup>

### 1.2 Umírání a smrt

Pojem umírání je v užším, medicínském smyslu, synonymem terminálního stavu, kdy začínají nezvratně selhávat životně důležité funkce a jeho výsledkem je zánik individua, tj. smrt. Umírání nelze však redukovat jen na terminální stav.<sup>3</sup> Umírání je především proces, kdy nevyléčitelně nemocný člověk v relativně dlouhém čase žije pod znamením hrozící a nakonec realizující se smrti.<sup>4</sup> O tom že umírá ví mnohem více lidí, než jsme ochotni si připustit. Výjimkou jsou však náhlé smrti jako např. mozková příhoda, plicní embolie nebo smrtelný úraz.<sup>5</sup>

Někteří odborníci z ryze praktického a metodického hlediska rozdělují proces umírání na tři časově nestejná, ale výrazná období.<sup>6</sup> Proces umírání je tedy rozdělen do tří částí, a to do období před umíráním - *pre finem*, samotné období umírání - *in finem* a období po smrti - *post finem*.<sup>7</sup> V následující kapitole „Paliativní péče“ se o těchto fázích zmíním podrobněji.

<sup>1</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s.142

<sup>2</sup> Tamtéž, s. 142

<sup>3</sup> Srov. GRAUBEROVÁ, B. *Gerontologie*, s. 78.

<sup>4</sup> Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče* [online]. Praha [cit. 2007-04-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>

<sup>5</sup> Srov. GRAUBEROVÁ, B. *Gerontologie*, s. 78

<sup>6</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 182

<sup>7</sup> Srov. MISCONIOVÁ, B. [cit. 2007-04-16] Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>



### 1.3 Fáze procesu umírání

Elisabeth Kübler-Rossová je dnes považována za průkopnici výzkumu umírání. Ve svých dílech oslovuje nejen nemocné, ale i zdravé lidi bez ohledu na profesi. Je autorkou švýcarského původu a pro detabuizování problematiky umírání a smrti vykonala nesmírně mnoho. Mimo publikační činnost se Elisabeth Kübler-Rossová účastnila řady přednášek a konferencí o smrti a umírání. Její úvahy, které jsou dokreslené příběhy umírajících lidí, jsou určeny zejména studentům, sestřám, lékařům, ale i dobrovolníkům poskytujícím hospicovou péči.<sup>8</sup>

Jako lékařka strávila Elisabeth Kübler-Rossová stovky hodin u lůžek umírajících a své zkušenosti poté shrnula a zveřejnila v publikaci *Rozhovory s umírajícími*. Vylíčila dynamiku procesu umírání a ukázala, že dokonce i v této závěrečné fázi života může dojít k proměně osobnosti a novému začátku. Jako první popsala v uvedeném díle dnes již známý model procesu umírání (tab. 1.). Znalost těchto etap umírání patří ke standardním vědomostem ošetřujícího personálu, ať už v hospici či v domově pro seniory. Pochopitelně ne každý proces umírání probíhá přesně podle popsaných fází. Některé fáze mohou být přeskočeny, nebo dotyčný v jedné z nich uvízne, případně může procházet všemi fázemi několikrát<sup>9</sup>

Tabulka 1. fáze podle Kübler- Rossové

FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
<b>NEGACE</b> ŠOK, POPÍRÁNÍ	„Ne já ne, pro mne to neplatí. „To není možné“. „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Neopustit, zůstat na blízku. Navázat kontakt, získat důvěru.
<b>AGRESE</b> HNĚV, VZPOURA	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ “Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravé lidi, zdravotníky. Vyčítá nespravedlnost apod.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se
<b>SMLouvÁNÍ</b> VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
<b>DEPRESE</b> SMUTEK	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny. Strach z účtování.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
<b>SMÍŘENÍ</b> SOUHLAS	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ “Do Tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utírat slzu. Rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

Zdroj: Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*, s.29

<sup>8</sup> Srov. MISCONIOVÁ, B. [cit. 2007-04-16] Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>

<sup>9</sup> Srov. JAKOBY, B. *Tajemství umírání*, s. 46.

### První fáze – **NEGACE**

„Bezprostřední reakcí na zjištění život ohrožující choroby je šok. Šok se může projevat tak, že je člověk zmatený, nechápe, co se s ním děje, není schopen ani přijímat, ani třídit informace. Je to prudká reakce, která rychle odeznívá a přechází do fáze popření.“<sup>10</sup>

V této fázi je chování postiženého často impulzivní a nekontrolovatelné. Popřením, nebo potlačením se uvede do chodu mechanismus, který můžeme pozorovat i při jiných konfliktních situacích. Potlačení může zajít až tak daleko, že nemocný odmítá nutné diagnostické a terapeutické zásahy, protože pro něho nejsou nutné.<sup>11</sup>

### Druhá fáze – **AGRESE**

Někdy se může stát, že první fáze splývá s fází druhou. Ve druhé fázi se nemocný ptá, proč právě já, proč zrovna ke mně je život tak nespravedlivý, proč není postižen někdo jiný, žijící rozmařilým životem apod.<sup>12</sup> Když postižený opustí pozici popírání, je zaplaven velmi silnými emocemi. Roste strach ze smrti a na mysl se mu derou nevyřešené záležitosti, které během dosavadního života odsouval stranou. Tento chaos emocí v pacientovi vyvolává záchvaty vzteku a zuřivosti. Navenek se to může projevit neustálým kritizováním, nespokojeností a obviňováním druhých.

Tato fáze je v celém procesu umírání nejtěžší, protože postižený má tendence projevovat své emoce tím, že své okolí tyranizuje. Nyní však vyplouvají na povrch všechny nezpracované bolesti, frustrace, nenávist, které možná po celý život potlačoval. Pro samotného pacienta je velmi důležité, aby si všechny emoce uvědomoval. Můžeme toto chování brát jako snahu o očistu, o jakýsi pokus vyrovnat se sebou samým a blížící se smrtí. Chování pacienta je velmi nevypočitatelné a pro doprovázející je obzvláště důležité nebrat si jeho slova osobně.<sup>13</sup>

### Třetí fáze – **SMLOUVÁNÍ**

„V této fázi nemocný již ví, že situace je jasně dána chorobou. Uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak naplnit čas, který ještě zbývá, zamýšlí se nad tím, co by ještě rád zažil. Smlouvá o čas.“<sup>14</sup> Umírající si přeje prodloužení života do doby, než dosáhne nějakého cíle, např. dožít se promoce dítěte, svatby vnuka, vyjasnění finanční situace. V duchovní rovině může

<sup>10</sup> Umírání.cz [online]. *Informační a diskusní portál*. [cit. 2007-04-16] Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=209>>

<sup>11</sup> Srov. BLUMENTHAL-BARBY, K. *Kapitoly z thanatologie*, s.63-64.

<sup>12</sup> Srov. GRAUBEROVÁ, B. *Gerontologie*, s. 78.

<sup>13</sup> Srov. JAKOBY, B. *Tajemství umírání*, s. 49-50.

<sup>14</sup> Umírání.cz [online]. *Informační a diskusní portál*. [cit. 2007-04-16] Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=209>>

smlouvat o další život s Bohem a jako odměnu slibuje třeba i věčné dary.<sup>15</sup> Typické průvodní symptomy třetí fáze tedy jsou: projevy naděje, ochota ke spolupráci, aktivní přístup, vstřícnost.<sup>16</sup>

#### Čtvrtá fáze – **DEPRESE**

Během této fáze dochází pacient k poznání, že umírá. Není už schopen si dál něco namlouvat, nebo se dál obelhávat. To u něj vyvolává smutek a depresi. Jde vlastně o reakci na všechny dosavadní ztráty a na to, co ve svém životě zmeškal, propásl, opomněl. Do vědomí se derou dávno zapomenuté příhody a vzpomínky. Umírající si je plně vědom toho, že mu zbývá už jen málo času na to, aby dokončil nevyřízené záležitosti. Stává se, že někdo se zatvrdí, jiný naopak chce navázat kontakt s osobou, s níž se chce usmířit apod. V této fázi si nemocní velmi dobře uvědomují, co všechno ztrácejí, co všechno tu musí zanechat, a litují různých možností, které v životě nevyužili.<sup>17</sup>

Ve fázi deprese mají své místo antidepresiva, ale nejlépe však pomáhá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu a provází jej tímto těžkým obdobím na konci života. Pro umírajícího je důležité, aby měl s kým hovořit o strachu ze smrti a o všem, co mu prochází hlavou. Pokud se mu dostane podpory a pochopení, fáze deprese nemusí být dlouhá.<sup>18</sup>

#### Pátá fáze – **SMÍŘENÍ**

Poslední fází je fáze smíření, přijetí pravdy. Nemocný akceptuje svoji situaci a zdravotní stav, v němž se nachází. V rámci daných podmínek se snaží o co nejlepší způsob života.<sup>19</sup> V této fázi může pacient působit psychicky i fyzicky velice mdlým dojmem, nicméně už se smířil s osudem. Je klidný a spokojený a již si dokáže přiznat, že umírá. Elisabeth Kübler-Rossová se o tom vyjádřila takto. Pokud dotyčnému dovolíme truchlit, když uměle nebudeme prodlužovat jeho život, když se i jeho příbuzní dokáží vyrovnat s nevyhnutelným, pak může dotyčný zemřít v klidu a odevzdaně.<sup>20</sup>

Fázi smíření – přijetí, je nutno odlišit od rezignace. Rezignace je něco úplně jiného a můžeme ji chápat jako selhání doprovázejícího, i když neúmyslné.<sup>21</sup> Do stavu vnitřního klidu, míru a vyrovnanosti se tedy nemusí dostat každý. Za unaveným přitakáním nebo

<sup>15</sup> Srov. GRAUBEROVÁ, B. *Gerontologie*, s. 79.

<sup>16</sup> Srov. JAKOBY, B. *Tajemství umírání*, s. 51.

<sup>17</sup> Tamtéž, s. 51-52.

<sup>18</sup> Srov. Umírání.cz [online]. *Informační a diskusní portál*. [cit. 2007-04-16] Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=209>>

<sup>19</sup> Tamtéž,

<sup>20</sup> Srov. JAKOBY, B. *Tajemství umírání*, s. 53.

<sup>21</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 28.

odevzdaností se může skrývat právě rezignace. I v období, kdy je pacient unavený, slabý a potřeba spánku se zvyšuje, je velmi důležitá přítomnost rodiny či jiného doprovázejícího. Většinou se kontakty omezují na neverbální komunikaci, jako je pouhá přítomnost u lůžka, pohlazení a držení ruky.<sup>22</sup> Tělesný kontakt je mimořádně důležitý a doprovázející by si měl udělat pro umírajícího čas, být jeho v blízkosti, vyslechnout jeho poslední přání a pokud se uzavře do sebe, akceptovat to. Velmi důležité je také dát umírajícímu na srozuměnou, že může odejít. Pacient v této fázi zřetelně vnímá emoce přítomných, jejich smutek, jejich přání, aby zůstal.<sup>23</sup>

Velmi důležité je si uvědomit, že podobnými fázemi jako umírající procházejí také jejich blízcí, jejich rytmus vyrovnávání se s nemocí ale nebývá obvykle stejný. Nemocný i pečující se mohou nacházet v různých fázích. Proto může být někdy komunikace mezi nimi obtížná.<sup>24</sup> Pečující trpí spolu s nemocným, a navíc se někdy od nich očekává nadlidský výkon. Proto musí někde existovat rozumná hranice. V něčem je rodina nemocného nezastupitelná, ale v něčem naopak je. Rodina musí mít možnost si odpočinout a nabrat nový dech. Už to samo o sobě je dostatečným důvodem k tomu, aby se do doprovázení nemocných zapojilo i širší okolí. V hospicích v této souvislosti hovoříme o dobrovolnících, kteří mohou být např. ze širšího příbuzenstva, sousedů apod. Někdy jen zdánlivá drobnost, jako je obstarání nákupu, pohlídání dětí, může být velkou pomocí rodině.<sup>25</sup>

#### 1.4 Smrt fyzická, psychická a sociální

**Smrt fyzická** je úplná, trvalá a nezvratná ztráta vědomí. Její počátek lze jen těžko identifikovat, neboť mimo smrt fyzickou existuje i smrt psychická a smrt sociální.<sup>26</sup> Fyzická smrt nastane skrze jakýsi výpadek přinejmenším jednoho z životně důležitých systémů. Smrt je označována jako konec života, konec individua. Z medicínského hlediska to můžeme popsat jako nezvratnou ztrátu funkcí dýchacího, oběhového a centrálního systému.<sup>27</sup>

„Donedávna byl měřítkem života tlukot srdce, když ustal, bylo to znamení smrti. Avšak s příchodem nových moderních technologií do medicíny je nyní možné oživit i lidi, jejichž

<sup>22</sup> Srov. GRAUBEROVÁ, B. *Gerontologie*, s. 79

<sup>23</sup> Srov. JAKOBY, B. *Tajemství umírání*, s. 53-54.

<sup>24</sup> Srov. Umírání.cz [online]. *Informační a diskusní portál*. [cit. 2007-04-16] Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=209>>

<sup>25</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 27.

<sup>26</sup> Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. [online]. Praha: [cit. 2007-04-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>

<sup>27</sup> Srov. SEEL, M., HURLING, E. *Die Pflege des Menschen im Alter*, s. 543-544

srdce i dech se zastavil. Tyto okolnosti si vyžádaly, aby byly vytvořeny nové definice života a smrti, které jsou spojeny s názorem, že s odchodem funkcí mozku odchází i vědomí, a tudíž není přítomen ani jedinec. Smrt tedy znamená, že nefunguje žádná část mozku.<sup>28</sup>

**Smrt psychická** je naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívaným zoufalstvím a beznadějí. Smrt psychická nepochybně usnadňuje vstup smrti fyzické.<sup>29</sup>

Za sociální umírání označujeme stavy, kdy člověk sice stále žije, ale je vyvázan z důležitých sociálních a mezilidských vztahů, izolován od společnosti. O **sociální smrti** mluvíme tehdy, kdy tyto změny jsou trvalé a nezvratné. Sociální umírání a sociální smrt jsou často způsobeny vážnou nemocí (somatickou nebo psychickou) a jen výjimečně se nezjistí žádná příčinná patologie.<sup>30</sup>

Velmi důležité je si uvědomit, že smrti fyzické velmi často předchází smrt psychická a sociální. Nikdo by neměl umřít dřív psychicky než fyzicky. Počátek smrti psychické a sociální může vzniknout přesunem z vlastního domova do prostředí neznámého, obvykle do nemocnice, domova pro seniory apod. Jednou z dalších příčin smrti psychické a sociální je odtržení od svých blízkých a popřípadě i jejich nezájem o nemocného.<sup>31</sup>

## 1.5 Dnešní společnost a smrt

V moderní společnosti hraje smrt jakousi podivnou dvojroli. Smrt je v podstatě trvalým hostem v našich domácnostech v podobě zpráv, kterými nás zaplavují sdělovací prostředky. Média, která informují o teroristických útocích, přírodních katastrofách a vraždách. V novinách můžeme narazit na fotografie znetvořených těl či obětí násilných činů a většina televizních seriálů, filmů se neobejde bez mrtvol. Ve skutečném životě jsou však lidé se smrtí konfrontováni stále méně. Smrt je v dnešní moderní době považována za bořítele všech nadějí, za to nejhorší, co nás může v životě potkat.<sup>32</sup>

Průměrná délka života je delší, umírání se posouvá do vyššího věku a pohled na umírající a mrtvé již není běžnou záležitostí, jako tomu bylo kdysi. V normálním životě lze proto na smrt snáze zapomenout. Často se hovoří o tom, že lidé smrt vytěšňují.<sup>33</sup> Moderní společnost je založena na výkonu a jen ten, kdo podá výkon, něco znamená. Smyslem života

<sup>28</sup> MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče* [online]. Praha [cit. 2007-04-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>

<sup>29</sup> Tamtéž,

<sup>30</sup> Srov. PACOVSKÝ, V. *Geriatric*, s. 118

<sup>31</sup> Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče* [online]. Praha [cit. 2007-04-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>

<sup>32</sup> Srov. JAKOBY, B. *Tajemství umírání*, s. 11.

<sup>33</sup> Srov. ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*, s. 12.

se stává výroba, rozvoj, konzum, dokonalost, pokrok a na úvahy o vlastní konečnosti či smrti blízkých není čas.<sup>34</sup> V životě, který je téměř výlučně orientován na výše uvedené hodnoty našeho světa, není místo pro individuální nebo kolektivní přípravu na smrt. Lidé nejsou připraveni na setkání s pomíjivostí života a definitivou smrti. Ve společnosti, která věří, že život půjde stále dál, kde jde toho tolik nahradit, vyměnit a koupit, se smrt a smutek nenosí.<sup>35</sup>

Až do poloviny 20. století lidé umírali převážně v rodinném kruhu. Život a smrt ještě tvořily jednotu a umírání rodinného příslušníka bylo všední záležitostí. Lidé se sešli, aby se naposledy rozloučili a mohli být přítomni okamžiku smrti blízké osoby. Byli obeznámeni s průběhem umírání a věděli o vizích a prožitcích umírajícího. Na základě dojmů, které jim umírající ze svých mimosmyslových cest vyprávěl, více věřili v posmrtný život a na znovu shledání. Život šel dál a smuteční rituály pomáhaly pozůstalým smrt bližního snáze přijmout a smířit se s jeho ztrátou, byť byla sebebolestivější.<sup>36</sup>

Vše se začalo měnit tím, že se budovaly další a další oblastní nemocnice, čímž byla smrt institucionalizována.<sup>37</sup> „Smrt jako fenomén vypadla z běžného pole sociální pozornosti lidí všech věkových skupin a sociálních rolí. Umírání a smrt se diskrétně odehrávají mimo naši pozornost. Laiky může uklidňovat tvrzení, že umírajícím je v náručí profesionálů lépe. Společnost odsunuje umírajícího do instituce a tam je profesionálně opět odsunut; smrt je opouzdřena bílou plentou, ať již doslova, nebo obrazně.“<sup>38</sup>

Výše jsem se zmiňovala o tom, že většina lidí umírala doma a jen výjimečně v nemocnici. Dnes je tomu přesně naopak. „Obojí má však své výhody i nevýhody a záleží na nás, zda si z obojího dokážeme vybrat to dobré. Vneseme-li do domácí péče více odbornosti a do nemocniční péče zapojíme rodinu a přátele nemocného, přiblížíme se o velký kus k vytyčenému cíli.“ A co nepůjde uskutečnit doma ani v nemocnici, to se jistě podaří v hospicích.<sup>39</sup>

## 1.6 Domácí model umírání

Představa o tom, jak vypadala v minulosti péče o umírající, bývá dnes značně idealizována, a to do podoby tzv. domácího modelu umírání.<sup>40</sup> Předností, na kterou dodnes

<sup>34</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 12

<sup>35</sup> Srov. JAKOBY, B. *Tajemství umírání*, s. 12.

<sup>36</sup> Tamtéž, s. 12-13

<sup>37</sup> Tamtéž, s. 13.

<sup>38</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 187

<sup>39</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 19.

<sup>40</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 25.

bývá nostalgicky vzpomínáno, byla především určitá jistota „stane se to tak a ne jinak“ a emotivní podpora umírajícího. Nezanedbatelnou roli měl ritualizovaný model umírání.<sup>41</sup> Umírání doma mělo po staletí stejný a vytříbený scénář: každý věděl, jaká je jeho role. Z generace na generaci přecházela nejen zkušenost, jak pečovat, ale také samotný prožitek, co je to umírání a smrt zblízka. Už dítě se učilo nejen akceptovat smrt, ale i poznávat roli, kterou bude opakovaně hrát jako osoba doprovázející a pomáhající.<sup>42</sup> Také umírající sám věděl, jaké jsou dostupné formy pomoci, neboť v minulosti působil u lůžka umírajících ve své rodině.<sup>43</sup> Umírání bylo sociálním aktem. Lidé v nesnadné životní situaci nacházeli psychickou oporu ve vlastní víře, knězi a velmi často také u sousedů. Nepochybně také platí, že čím méně bylo po ruce odborných prostředků pomoci, tím spíše se nešetřilo vlídnými slovy.<sup>44</sup>

Nevýhodu domácího modelu byly tedy značně redukovány možnosti odborné pomoci. Lékař vstupuje na scénu domácího ošetřování umírajícího relativně pozdě, a to až v minulém století. Výjimku samozřejmě tvořili bohatí lidé, kteří měli své lékaře téměř vždy.<sup>45</sup> Lékař mohl bolestný závěr života nemocných ovlivňovat výhradně morfiem, což byl často i jediný způsob úlevy. Kvalitní ošetrovatelská péče neexistovala a praktické ošetřování umírajících bylo v rukou laických příbuzných. Ti však s ohledem na tradici ovládali běžné ošetrovatelské techniky vcelku uspokojivě. Byly využívány zejména metody lidového léčitelství, obohacené o individuální zkušenosti.<sup>46</sup>

## 1.7 Institucionální model umírání

V nemocnicích, k jejichž rozmachu došlo zejména v minulém století, se nemocným dostává nejlepší profesionální péče. „Diagnostické a terapeutické možnosti jsou dnes pestré a umožňují i záchranu těch nemocných, které v minulosti čekalo jen strádání a neodkladná smrt.“ Po druhé světové válce byli mnozí přesvědčeni, že moderní, až superspecializovaná medicína nemá hranic. Výraz úspěšná nebo také vítězná medicína dobře charakterizuje tuto dobu. Postupně však začalo docházet k rozčarování. Mnohým nemocným nelze vrátit zdraví, nýbrž pouze stav zlepšit. Lidé však potřebují nejen lékařskou intervenci v dobách krize, jež je

---

<sup>41</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 438

<sup>42</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 189- 190

<sup>43</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 438

<sup>44</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 27.

<sup>45</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 189.

<sup>46</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 438

zapříčiněna nemocí, ale soustavnou nebo intermitentní pomoc lékařskou, psychologickou a sociální.<sup>47</sup>

Umírajícím a nemocným je poskytována potřebná péče, dominantní je však praktikizmus a profesionalita. Chybí lidský kontakt a umírání se smrtí ztratily prvky sociálního aktu.<sup>48</sup> Moderní člověk umírá sám, obklopen bílou plentou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně tak jako on pro ně, cizí lidé.<sup>49</sup> Ano, sice zajistí čistotu, pořádek, přinesou jídlo a léky, ale nepohladí. Příbuzní jsou daleko a nikde není zaručeno, že ve chvíli smrti bude někdo u nemocného. Smrt může nastat v době, kdy příbuzní nemohou v nemocnici být a nemají možnost se rozloučit. Celou situaci komplikuje dříve požadovaný a stále ještě přežívající požadavek izolace. Zvyk izolovat umírajícího se datuje počátkem třicátých let minulého století. Tehdy vládlo přesvědčení, že takový postup je humánní a správný.<sup>50</sup> Usoudilo se, že umírající potřebuje především nerušený klid, a tedy i samotu. Teprve v šedesátých letech minulého století bylo prokázáno, že separace umírajících je neopodstatněná a přináší trpícím výrazný pocit samoty a opuštění.<sup>51</sup>

Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou, dá se říci, zřejmé a jejich společným jmenovatelem je chladná profesionální péče. Ta péče, která tolika lidem pomohla a kterou nespravedlivě odsuzujeme ve chvílích, kdy přichází smrt.<sup>52</sup> Každý z uvedených modelů má celou řadu výhod a samozřejmě i nevýhod. V domácím modelu chyběla profesionální odborná péče, v nemocničním modelu pak nejsou naplněny např. psychické či duchovní potřeby.<sup>53</sup>

Institucionální péče přinesla tedy i mnoho dobrého, ale je zjevné, že péče o umírající musí doznat změn. Vrátit umírajícího zpět do rodiny, lze označit za představy neodpovědné, až iluzorní.<sup>54</sup> Není tedy možné vzkřísit tradiční model, ale zaktualizovat současný model je nutné. Řešením je kompromis, který z obou zachová to dobré, účelné a nosné.<sup>55</sup> „Jako perspektivní se jeví každý systém, který kombinuje pozitiva domácího a institucionalizovaného modelu a respektuje moderní způsob života i letitou tabuizaci všeho, co souvisí s lidskou konečností. Buď tedy zůstane umírající v nemocnici a k participaci na

---

<sup>47</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 438.

<sup>48</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 191

<sup>49</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 30.

<sup>50</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 191

<sup>51</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 439.

<sup>52</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 31.

<sup>53</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 192

<sup>54</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 439.

<sup>55</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 192



péči bude přizvána rodina, nebo se nemocný vrátí domů, ale rodině pomohou profesionálové.“<sup>56</sup>

V systému tzv. vítězné medicíny je těžké najít prostor a především čas pro tyto neobvyklé formy péče, a proto je vhodné vyčlenit určitá lůžka pro paliativní systém péče nebo vybudovat samostatná oddělení tohoto typu. Pokud nemocný dožívá doma, pak je zde možnost pomoci v podobě domácí péče (home care). Další možností jsou pak hospice, o kterých bude pojednávat celá třetí kapitola.<sup>57</sup>

## 2. Paliativní péče

### 2.1 Vymezení pojmu paliativní péče

Pro pochopení celku hospicové péče, je třeba nahlédnout pod pokličku pojmu „paliativní péče“, neboť to je jakýsi pilíř, na kterém hospicová péče stojí. Termín pochází z latinského slova *pallium* (maska, plášť) a v této etymologii můžeme nalézt pravou podstatu paliativní péče.<sup>58</sup> Nejde o přikrývání utrpení druhých, aby nebylo vidět, ale jde o obklopení pláštěm tepla, něžnosti a všestranné pomoci, aby se celé utrpení lépe snášelo.<sup>59</sup>

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“<sup>60</sup> Lze ji chápat jako přístup, který zlepšuje kvalitu života těch pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům souvisejícím se život ohrožujícím onemocněním.<sup>61</sup>

Paliativní péče chápe umírání jako přirozenou součást lidského života a vychází z toho, že každý jedinec prožívá poslední fázi svého života se všemi jeho tělesnými, duševními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně. Hlavní důraz klade na kvalitu života a důstojnost nevyléčitelně nemocných osob. Dále nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.<sup>62</sup>

<sup>56</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 439-440.

<sup>57</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 440.

<sup>58</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 62

<sup>59</sup> Srov. HENZEL, de M. *Smrt zblízka, umírající nás učí žít*, s. 110

<sup>60</sup> SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., MISCONIOVÁ, B. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*, s.1.

<sup>61</sup> Srov. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. s. 484.

<sup>62</sup> Srov. SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., MISCONIOVÁ, B. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*, s.1.

Dříve se paliativní péče soustředila především na péči o pokročile nemocné a umírající onkologické pacienty. V posledních letech došlo k určitému rozšíření konceptu paliativní péče. Došlo k rozšíření spektra diagnóz, pro které jsou postupy paliativní péče relevantní. Paliativní péče již není určena pouze onkologicky nemocným, ale všem, kteří trpí nějakou progresivní chronickou nemocí (např. ischemickou chorobou srdeční, cévním či plicním onemocněním nebo demencí atd.) Problematika paliativní péče u neonkologických onemocnění je však nejen u nás, ale i ve světě teprve v počátcích.<sup>63</sup>

Paliativní péče neboli medicína bývá někdy chápána a považována za novou specializaci. Tato medicína se však řadí mezi nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu, jejíž kořeny jsou známé již z dob antiky.<sup>64</sup> Paliativní medicína je taková léčba o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Paliativní léčbu můžeme tedy zařadit do onkologické péče vedle léčby kurativní a podpůrné, přičemž se všechny tyto přístupy navzájem prolínají.<sup>65</sup> Dle mého názoru by každý člověk dnešní společnosti, bez ohledu na svou finanční situaci, měl mít ve zdravotnickém systému možnost na optimální léčbu bolesti.

Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení, zatímco postupy paliativní péče nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta zlepšuje. Jak jsem již výše zmiňovala, paliativní péče se snaží dosáhnout co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. Cílem paliativní léčby tedy není prodloužení života, nýbrž kvality života. Dalším z cílů paliativní péče je provádět integrovanou komplexní péči, která předchází utrpení a zmírňuje všechny aspekty onemocnění pacienta. Paliativní péče smrti ničím neurychluje ani neoddaluje, mírní bolest a jiné symptomy, začleňuje do komplexní péče i psychologický, sociální a duchovní aspekt. Paliativní péče, která zahrnuje i péči o rodinu nemocného, je z časového hlediska dělena na tři období: *prae finem*, *in finem*, *post finem*.<sup>66</sup>

## Období – **PRAE FINEM**

Období *prae finem* může být velmi dlouhé, a tedy časově obsáhnout nejen několik měsíců, ale i let.<sup>67</sup> V první fázi *prae finem* jde o péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu.<sup>68</sup>

---

<sup>63</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 24- 25.

<sup>64</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 23.

<sup>65</sup> Srov. Hospice [online]. *Co je paliativní péče, léčba a medicína?*. [cit. 2007-04-11] Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>>

<sup>66</sup> Tamtéž,

<sup>67</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 437

<sup>68</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 132.

## Období – **IN FINEM**

V období in finem jde o péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tzn. umírání v užším slova smyslu.<sup>69</sup> Pojem umírání v lékařské terminologii je synonymem terminálního stavu. Terminální stav je definován jako postupné a nevratné selhávání důležitých funkcí orgánů s následkem smrti.<sup>70</sup> „Z praktického i etického hlediska se zde otevírají dva problematické okruhy: ritualizace smrti, a to zejména v podmínkách hospitalizace, a problematika eutanazie.“<sup>71</sup>

## Období – **POST FINEM**

Fáze neboli období post finem je charakteristické péčí o mrtvé tělo a zahrnuje též péči o pozůstalé. Samostatným problémem je tzv. komercializace smrti a současný způsob pohřebnických úkonů. V zájmu zdravotníků nebývá tato fáze v popředí, s výjimkou péče o mrtvé tělo. Pozůstalí rodinní příslušníci mnohdy nejsou schopni zvládnout náročnou krizovou situaci. Nezřídka končí s různými a obtížně zvládnutelnými formami patologického zármutku a patologického žalu. Mnohdy by mohla cílená individuální prevence vést k pomoci.<sup>72</sup>

## 2.2 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována lékaři všech odborností. Základem této péče je sledování, rozpoznávání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (jedná se např. o účinnou léčbu symptomů, respekt k pacientově autonomii, dobrá a především empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.<sup>73</sup>

---

<sup>69</sup> Tamtéž, s. 132.

<sup>70</sup> Srov. Hospice [online]. *Slovníček* [cit. 2007-04-11]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>>

<sup>71</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 436.

<sup>72</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 436 – 437.

<sup>73</sup> Srov. Umírání.cz [online]. *Informační a diskusní portál*. [cit. 2007-04-11] Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=20&lang=cs>>

### 2.3 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Základní formy specializované paliativní péče jsou:

1. zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“) hospic;
2. specializovaná ambulance paliativní péče;
3. oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben);
4. hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči;
5. konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny);
6. denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“);
7. zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.).<sup>74</sup>

### 2.4 Paliativní péče a hospic

Paliativní péči nemůžeme vztahovat jen k ústavům určitého typu. Jedná se spíše o jakousi filozofii, kterou je možné aplikovat nejen v hospicích, nýbrž i v nejrůznějších nemocničních zařízeních a také v prostředí domácím.<sup>75</sup> Hospice jsou tedy jen jednou z několika možných forem, kde se poskytuje paliativní péče a léčba bolesti. V USA se velmi často používá termín "hospice" také i pro paliativní péči. Protože nároky na zdravotní péči jsou závislé od druhu nemoci, existují již speciální programy paliativní péče pro rakovinu nebo AIDS.<sup>76</sup>

„Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky

<sup>74</sup> Tamtéž, <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=20&lang=cs>>

<sup>75</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 61

<sup>76</sup> Srov. Hospice [online]. *Co je paliativní péče, léčba a medicína?*. [cit. 2007-04-11] Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>>

řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé.<sup>77</sup>

## 2.5 Multidisciplinární přístup k paliativní léčbě

K tomu, aby mohla být paliativní léčba úspěšná, je důležité věnovat pozornost všem aspektům pacientova utrpení. Měla by být poskytnuta a zajištěna péče o všechny složky člověka (tzn. biologickou, psychologickou, sociální i spirituální). K tomu, aby byla optimální léčba účinná je nutná spolupráce lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků. Mluvíme o tzv. multidisciplinárním přístupu. Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je tedy multidisciplinární tým. Tento tým tvoří řada odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a snaží se co nejúčinněji a individuálně řešit problémy nemocného, přičemž veškerá léčba musí být s pacientovým souhlasem a ve shodě s jeho přáním.<sup>78</sup> Každý člen týmu má své nezastupitelné místo, každý přináší nejen svůj odborný pohled, nýbrž i svoji ochotu pomoci nemocnému. Pakliže odborníci spolupracují, dosahují tím vyšší efektivity péče.<sup>79</sup>

Multidisciplinární tým v hospicu by se měl skládat z lékařů různých specializací, zdravotních sester, dietní sestry, sociálního pracovníka, rehabilitačního pracovníka, psychologa, popřípadě psychiatra, duchovního a dalších pracovníků dle potřeby. Neoddělitelnou součástí tohoto týmu jsou však členové rodiny, přátelé a dobrovolníci.<sup>80</sup>

## 2.6 Paliativní péče versus eutanazie

V dnešní době se také velmi často setkáváme s pojmem eutanazie. Dá se říci, že otázka eutanazie je v dnešní společnosti skloňovaná ve všech pádech. Do diskusí vstupují nejen odborníci, ale i laici. Není možné zde rozebírat všechny aspekty pro a proti legalizaci eutanazie ani popisovat možná nebezpečí zneužití apod. Jde pouze o nastínění této problematiky v protikladu s možností využití paliativní péče.

V naší společnosti je smrt pravidla odmítána. Postrádá smysl, je chápána jako prohra jako něco nečistého a nepřirozeného. Lidé se chovají stylem, jako by snad bylo možné se jí

<sup>77</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 25.

<sup>78</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 27.

<sup>79</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 13.

<sup>80</sup> Srov. VVORLICEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 27.

nějakým způsobem vyhnout. Toto nepochopení smrti a její odmítání vede do tří slepých uliček: k *náruživé léčbě*, *opuštění umírajícího* či k úvahám spjatých s řešením v *eutanazii*.<sup>81</sup>

„Proces umírání je rozprostřen do delšího časového období, neboť medicína nabízí značné terapeutické možnosti, které jsou používány i tehdy, kdy je jejich očekávaný pozitivní efekt velmi sporný.“<sup>82</sup> Žijeme však v době, kdy hlavním cílem lékařů je udržovat a prodlužovat život „za každou cenu“ a kdy je smrt pokládána za jakousi prohru. Výsledkem pak bývá tzv. zadržovaná smrt neboli dystanazie (tzn. nemocný už by dávno mohl v klidu zemřít, nebýt nesmyslných a problematických snah odborníků zvrátit nepříznivý zdravotní stav nemocného).<sup>83</sup>

Pojmem opuštění umírajícího je myšlena separace nemocných a umírajících do nemocnic a tím nejen do rukou specialistů, ale především mezi cizí lidi. Laskavý a soucitný doprovod umírajících byl a někde stále ještě je ideálem, který může být jen těžko naplněn v institucích jako jsou nemocnice, LDN apod. Lidé moderní doby spoléhají na vědeckou medicínu a nepočítají s tím, že smrt nás může zastihnout prakticky kdykoliv. Smrt byla neprávem vytěsněna ze života a lidé velmi často umírali a umírají osamoceni v nemocnicích za tzv. bílou plentou.<sup>84</sup> V poslední době našťastí dochází k mohutným hnutím s novou orientací, k bojům za skutečně dobrou, bezbolestnou a důstojnou smrt, k hnutím hospicovým.<sup>85</sup>

Nyní se dostávám k samotné eutanazii. Slovo eutanazie pochází z řečtiny (*eu* znamená dobrý, *thantos* smrt). Tradičním obsahem pojmu je tedy dobrá smrt. Jejím ekvivalentem je lehká smrt, tedy taková, která přichází po dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně nebo ve spánku.<sup>86</sup> „V antice byl tento pojem zprvu používán ve smyslu „*pomoc k dobré smrti*“. V pozdější době se tím rozumělo úmyslné zkrácení procesu umírání. Nemocnému se nedostane pomoci v jeho umírání, nýbrž jeho umírání je zkráceno usmrcením. V době nacismu bylo pod pojmem eutanazie míněno „*zničení života, který si nezaslouží žít*“ a v programu eutanazie bylo nařízeno usmrcení desetitisíců duševně nemocných lidí.“ Nešlo tu tedy o usmrcení umírajících, nýbrž o zničení životaschopných lidí.<sup>87</sup> V současné době je pojem používán pro milosrdnou smrt, smrt ze soucitu, smrt z útrpnosti. Konkrétní formy milosrdné smrti mohou být:

<sup>81</sup> Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 133.

<sup>82</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 423

<sup>83</sup> Tamtéž, s. 423

<sup>84</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 423

<sup>85</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 69

<sup>86</sup> Srov. Hospice [online]. *Slovníček* [cit. 2007-04-11]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>>

<sup>87</sup> Srov. ŠRAJER, J., RYNEŠOVÁ, M., FELDMANN, V. *Život z víry*, s. 225.

1. **Eutanazie aktivní** – pacient trpí nevléčitelnou nemocí, která má neblahou prognózu, smrt lze očekávat v krátké době, pacient je vystaven nesnesitelnému utrpení a opakovaně žádá o urychlení smrti, vykonavatelem této eutanazie je lékař.
2. **Eutanazie nevyžádaná** – variantou aktivní eutanazie a liší se tím, že pacient není schopen o urychlení smrti požádat.
3. **Eutanazie nedobrovolná** – nejenže je nevyžádaná, ale dokonce nechtěná (odlišit nevyžádanou eutanazii od nechtěné je metodicky nemožné).
4. **Eutanazie pasivní** – je ekvivalentem odnětí nebo přerušení léčby, nikoliv však ukončení péče, má mnoho zastánců, poněvadž bývá interpretována jako právo na „přirozenou smrt“.
5. **Asistovaná sebevražda** – pacient je nevléčitelně nemocný, trpí nesnesitelnými bolestmi a přeje si zemřít, žádá lékaře o prostředek, popřípadě metodickou radu, jak odejít ze života. Asistence lékaře je odborná, samotný akt ukončení života provádí sám pacient.<sup>88</sup>

Úvahy o eutanazii mají svoji příčinu především ve strachu z dystanazie. Milosrdná smrt se zdá být snadným řešením, jak zabránit dystanázii, a na základě toho se množí hlasy usilující o legislativní uzákonění tohoto „humánního“ aktu. Je však potřeba konstatovat, že nebezpečí zneužití spočívá nejen v problematických okolnostech samotné eutanazie, ale také v mylném přesvědčení, že milosrdná smrt je „jediným“ a univerzálním řešením situace mnohých umírajících.<sup>89</sup>

Laická veřejnost je v postojích k eutanazii zpravidla ambivalentní. Na jedné straně si přeje, aby lékaři zabránili všemi prostředky nesnesitelnému utrpení umírajících, na druhé straně se obává možného zneužití. Shoda panuje v názoru, že umírající by neměl být vystaven fyzickému nebo psychickému utrpení.<sup>90</sup> Důležitost se tedy příkládá důstojnému umírání. Je tedy velmi potřeba veřejně hovořit o možnostech paliativní léčby a komplexní péče o umírající, protože tato smysluplná alternativa je veřejností soustavně podceňována nebo dokonce laikům neznámá.<sup>91</sup>

Eutanazii bychom neměli považovat za důstojnou smrt. Správná cesta je pomoci nemocnému ke skutečně důstojné, dobré smrti, a nikoliv pomáhat k zabití. Ke skutečně důstojné smrti vede smysluplná alternativa v podobě paliativní péče.

Výhody paliativní péče lze spatřovat v několika oblastech. Při jejím zavedení budou lékaři právem ctěni za ohleduplnou a zmírňující léčbu až do konce a nebudou podezíráni z úmyslného a nevyžádaného ukončení či ukrácení života. Nemalou úlohu může sehrát

<sup>88</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 444

<sup>89</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 424.

<sup>90</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 200.

<sup>91</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 424.

společně prožívané utrpení v závěru života, které nelze bez zbytku odstranit a které vede zúčastněné k jakési pokoře a ke kultivaci vlastního, zatím zdravého života. Programy paliativní péče mohou také zabránit pocitům viny, kdy vznikla, nebo dokonce byla vyslovena myšlenka eutanazie.<sup>92</sup> Pokud je vyslovena prosba o eutanazii, je to signál k tomu, že péče o nemocného není vnímána jako celost člověka. Takové přání většinou dokazuje, že nejsou uspokojeny všechny biologické, sociální, psychologické a spirituální potřeby. Od nemocného, jemuž se dostává všestranné a empatické péče, bývá žádost o usmrcení slychána velmi zřídka. „Nejčastější příčinou takových žádostí je bohužel nezájem a neúcta k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti.“<sup>93</sup>

Lidé by neměli umírat osamoceni a v bolestech. Lidé by měli umírat v přítomnosti svých blízkých a důstojně prožít poslední etapu svého života, zahrnutí laskavou a všestrannou péčí lékařů i sester a prostřednictvím paliativní péče.

### 3. Hospicová péče

#### 3.1 Definice hospicové péče

Hospicová péče je forma komplexní ústavní péče, která je založená na paliativní medicíně a navíc zohledňuje psychické, duchovní i vztahové potřeby pacienta.<sup>94</sup>

Tuto péči můžeme také označit termínem hospic. Anglický výraz hospic znamená původně útulek nebo útočiště. Termín byl používán již v Římské říši a ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Vyhledávali je zejména unavení poutníci směřující do Palestiny. Zpravidla v nich pobýli několik dní, aby nabrali nové síly na další úsek obtížné a daleké cesty.<sup>95</sup>

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Ctí autonomii nemocného a jeho individuální právo rozhodnout se. Hospic je jakousi alternativou. V zásadě jde o to respektovat priority pacienta. Neznamená to však, že s nimi musíme souhlasit.<sup>96</sup> V hospici nejde o léčení ve vlastním slova smyslu. Nemoc již nejde vyléčit, proto se vhodnými medikamenty či jinými prostředky zvládá alespoň bolest. Na rozdíl od kurativní péče, která je zaměřena na léčbu nemoci je péče v hospici zaměřena na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší. V principu to tedy znamená, že před tím,

<sup>92</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 424.

<sup>93</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 36.

<sup>94</sup> Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 77.

<sup>95</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. S. 39.

<sup>96</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 511



než se těžce nemocný člověk dostal do hospicu, byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby.<sup>97</sup>

V hospici jde o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem života. „Hospic poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou léčbu a péči a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost.“<sup>98</sup> Hospic nemocnému garantuje, že: nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost, v posledních chvílích života nezůstane osamocen.<sup>99</sup>

V myšlence hospicu se klade důraz na kvalitu života nemocného, a to až do jeho posledních chvil. V hospicové péči jde o naplnění dnů nemocného životem a doprovázení jeho i jeho blízkých, kteří přestože trpí současně s ním, hrají nezastupitelnou roli v hospicové péči. V hospicích se ze zřetele rodina nepouští ani po smrti zesnulého. Úkolem hospice je pomáhat a sloužit a respektovat smrt jako nedílnou a přirozenou součást života.<sup>100</sup>

Smyslem speciální péče nesoucí název hospice je tedy především zajistit potřebným důstojné umírání. V žádném případě nelze připustit izolaci nemocného. Návštěvy příbuzných a přátel jsou v hospici možné 24 hodin denně a je umožněno i ubytování blízkých osob, přímo na pokoji nemocného. Pacient může opustit na několik hodin hospic, je-li toho schopen, vždy ovšem v doprovodu další osoby. Každý pacient je vyzýván, aby řekl, co si přeje, tázán na to, koho si přeje vidět a co případně chce a může ještě udělat. Všechno úsilí směřuje k tomu, aby pacient žil pohodlně a úměrně svým možnostem s tím, že možnost smrti je v určité době reálná. „Praktikuje se zde vlastně zásada, kterou lze stručně vyjádřit heslem: důraz na přítomnost a naděje drobností.“<sup>101</sup>

Za socialistické éry, která důrazně, i když pouze formálně, odmítala segregaci umírajících, byla tato speciální forma péče kritizována a hospice byly označeny za tzv. domy smrti. V současné době naopak mnozí považují tento systém za ideální a domnívají se, že by byl dobrým řešením pro umírající. Jistě to tak i je, ale je důležité zdůraznit, že každý obor musí pečovat o své umírající a že převedení všech umírajících do zařízení typu hospic není z nejrůznějších důvodů možné.<sup>102</sup> Příkladem může být právě to, že hospic nemůže nahradit nemocnici – a nemocnice nemůže plně nahradit hospic. Je však potřeba obojí, protože se ku prospěchu pacienta vzájemně doplňují. Důležité je si uvědomit, že v určité fázi

<sup>97</sup> Srov. *Hospice* [online]. *Co je hospic?* [cit. 2007-04-24]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/hospic.html>>

<sup>98</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 511

<sup>99</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 123.

<sup>100</sup> Srov. *Hospice* [online]. *Co je hospic?* [cit. 2007-04-24]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/hospic.html>>

<sup>101</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 192-193

<sup>102</sup> Tamtéž, s. 193

onemocnění se pacient bez nemocnice neobejde. Pacient potřebuje odborné vyšetření, léčení, ozáření apod. Nezbyvá, než se tedy přizpůsobit režimu nemocnice a všemu, co s tím souvisí. „Při dobré vůli lze mnoho z myšlenky hospice uplatnit i v nemocnicích, jednotky intenzivní péče nevyjímaje.“ Všichni bychom se měli snažit o to, aby i tam myšlenka hospice pronikla, nikdo z nás přece nemůže vědět, kde on sám bude umírat.<sup>103</sup>

Z toho, co jsem výše zmínila, vyvstává otázka, pro koho jsou vlastně hospice určeny. Hospice jsou určeny pro pacienty, kteří trpí pokročilým nevléčitelným a především onkologickým onemocněním. Kauzální léčba, která směřuje k vyléčení nemoci, byla ukončena a je nahrazena léčbou symptomatickou, stav pacienta není stabilizován vzhledem k jeho jasně definovanému terminálnímu nebo preterminálnímu zdravotnímu stavu a samotnou péči o pacienta už není možné zajistit v domácím prostředí.<sup>104</sup>

I když jsou hospice určeny převážně pro pacienty s nádorovým onemocněním, je samozřejmě možné i přijetí pacienta, který takové onemocnění nemá, ale jeho zdravotní stav je natolik vážný, že není jeho uzdravení možné a nachází se v závěrečném stadiu svého života.<sup>105</sup> Mnoho lidí má mylnou představu, že hospic je určen primárně lidem s rakovinou. Je pravdou, že když se hospicové hnutí teprve vyvíjelo v Anglii a v Americe, většina pacientů přicházejících do hospice měla onkologické onemocnění. V posledních letech však hospice slouží stále většímu množství pacientů s progredujícími neurologickými chorobami nebo lidem po selhání srdce, ledvin či s respiračními poruchami.<sup>106</sup> Například v Hospici sv. Jana N. Neumanna jsem se setkala s pacientem, který trpěl Alzhaimerovou chorobou a jeho stav byl natolik vážný, že jedinou možnou a vyhovující možností jak pro manželku, tak i pro samotného pacienta byla právě hospicová péče.

Další pomocí, kterou hospice nabízejí, je možnost respitních neboli odlehčovacích pobytů, které slouží k tomu, aby si rodina nemocného odpočinula a načerpala nové síly k další péči o svého blízkého. Tyto pobyty jsou většinou možné maximálně na dobu 3 měsíců.<sup>107</sup>

Je nutné podotknout, že pokud je člověk s nevléčitelným onemocněním hospitalizován v hospici, neznamená to nutně, že musí v hospici zemřít. Právě díky kvalitní komplexní péči o pacienta (jak po fyzické, tak po psychické stránce) někdy dochází k tomu, že se stav

---

<sup>103</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 126

<sup>104</sup> Srov. Hospice Anežky České [online]. *Souhrnné informace o zařízení*. [cit. 2007-04-24]. Dostupné na WWW: <[http://www.hospic.cz/souhrn\\_info\\_o\\_hac.doc](http://www.hospic.cz/souhrn_info_o_hac.doc)>

<sup>105</sup> Srov. Osobní asistence [online]. *Hospicová péče: O hospicích a umírání*. poslední aktualizace 10. 02. 2007 [cit. 2007-04-25]. Dostupné na WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/hospic2.php>>

<sup>106</sup> Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 305.

<sup>107</sup> Tamtéž, <<http://www.osobniasistence.cz/hospic2.php>>

pacienta i přes závažnost jeho onemocnění výrazně zlepši a ten se může opět vrátit do svého domácího prostředí.<sup>108</sup>

### 3.2 Historie hospicového hnutí

K tomu, abychom mohli uchopit téma hospicové péče komplexně, je dle mého názoru nutné zmínit se i o historii hospicového hnutí nejen ve světě, ale také u nás v České republice. Na začátku této kapitoly jsem se zmínila, že termín hospice byl používán už za dob Římské říše a ve středověku. Jednalo se o útulky nebo přístřešky při cestách, v nichž si mohli poutníci odpočinout a nemocní buď uzdravit, anebo v klidu zemřít.<sup>109</sup>

Rozvoj specializovaných zařízení pro umírající nastal však až ve 20. století. Na jeho počátku příslušnice Charity irských sester uvítaly první nemocné v St. Joseph's Hospice v Hackney ve východní části Londýna. „K dramatickému nárůstu hospiců však došlo až po druhé světové válce, což lze dát do souvislosti s rozvojem vítězné medicíny, která nebyla schopna uspokojit potřeby umírajících.“<sup>110</sup>

Zakladatelkou moderního hospicového hnutí ve světě se stala Angličanka Cecilia Saundersová, která původně pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovníce, později získala lékařské vzdělání.<sup>111</sup> Saundersová vždy učila, že každý nemocný i jeho rodina má své zvláštní a jedinečné potřeby. Je proto nutné nejen nemocným, ale i rodině odhalovat všechny jejich strážně a utrpení, a odlehčovat je, i v době truchlení.<sup>112</sup>

Cecilia Saundersová se tedy profesně věnovala nemocným na konci životní cesty a její setkání s pacientem Davidem Tasmou bylo osudové.<sup>113</sup> „Tehdy poznala, jak nádorová bolest může být mírněna moderními léčebnými postupy a že nevyhnutelný stres může být učiněn snesitelnějším charakterem péče, která staví fyzické, psychosociální i spirituální potřeby pacienta na stejnou úroveň významu.“<sup>114</sup>

V roce 1967 založila Cecilia Saundersová v Londýně první hospic moderního typu s názvem St. Christopher's hospic. Myšlenka hospice obletěla celý svět. V němž je dnes přes 2500 hospiců.<sup>115</sup> „St. Christopher's hospice se pokusil z její iniciativy poprvé realizovat

<sup>108</sup> Tamtéž, <<http://www.osobniasistence.cz/hospic2.php>>

<sup>109</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 69.

<sup>110</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 40.

<sup>111</sup> Srov. Tamtéž, s. 40.

<sup>112</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 61.

<sup>113</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 40.

<sup>114</sup> Hospic sv. Jana N. Neumanna. [online]. *Zakladatelka moderního hospicového hnutí*. [cit. 2007-04-26].

Dostupné na WWW: <<http://www.hospicpt.cz/?middle=zakladatelka&m=4>>

<sup>115</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 511

paliativní péči pro terminálně nemocné centralizovanou na pacienta, kombinující emocionální, spirituální a sociální podporu se specializovanou lékařsko-sesterskou péčí. Tato praxe byla již mnohokrát kopírována a rozvíjena. Současný St. Christopher's hospice poskytuje péči více jak 2000 pacientům a jejich rodinám ročně a vyškolením více jak 60 000 profesionálů ovlivnil standart péče o umírající napříč celým světem.<sup>116</sup>

Při budování dalších a dalších hospiců se vycházelo a vychází z praktických zkušeností Cecilly Saunders a z praktických i teoretických podkladů Elisabeth Kübler-Ross, jejíž studie jsou velkou pomocí hlavně pro ty, kteří nemocné ke smrti doprovázejí. Mimořádně významný je její popis stadií, jimiž člověk, který ví, že zemře, prochází, spolu s radami, jak mu lze v každém období pomáhat až do žádoucího smíření. Velké úspěchy lze pozorovat např. v domech Matky Terezy, jež se věnují umírajícím, nemocným s AIDS. Zde se mnoho nemocných poprvé setkává se vztahem pravé lásky, který před tím marně hledali, poprvé zjišťují, že je má někdo rád pro ně samotné a ne pro jejich peníze či sexuální schopnosti. Mnozí se učí poprvé v životě také milovat. Přestávají sami sebe nenávidět a zbavují se pocitu viny. Postupně se také zbavují nedůvěry vůči okolnímu světu a mnozí umírají šťastně po smíření se svými rodinami.<sup>117</sup>

Historie hospiců v České republice je poměrně krátká a datuje se od roku 1993, kdy lékařka Marie Svatošová založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo. Prvním a mimořádně úspěšným počinem Ecce homo bylo vybudování a otevření prvního Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, k němuž došlo ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové v roce 1995. Důležité je vědět, že první oddělení paliativní péče bylo však otevřeno již 2. 11. 1992 v rámci nemocnice TRN (tuberkulózních a respiračních nemocí) v Babičích nad Svitavou u Brna.<sup>118</sup> Ale až po založení hospicu v Červeném Kostelci se začala úspěšně rozvíjet občanská sdružení i společnosti, propagující a uskutečňující tento druh péče, a to nejen v prostorách ústavů. Péči lze zajišťovat i doma, což je nejideálnější, ale ne vždy dostupné nebo dostačující, popřípadě je zde možnost dovážet nemocného na část dne do stacionáře, který bývá součástí hospicu.<sup>119</sup>

<sup>116</sup> Hospic sv. Jana N. Neumanna. [online]. *Zakladatelka moderního hospicového hnutí*. [cit. 2007-04-26]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospicpt.cz/?middle=zakladatelka&m=4>>

<sup>117</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I.* s. 61.

<sup>118</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 40-41.

<sup>119</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 70.

### 3.3 Formy hospicové péče

Hospicová péče má tři základní formy. Může být poskytována v domácím prostředí umírajícího, kde pečující rodině pomáhají kvalifikovaní odborníci, nebo v lůžkovém zařízení či ve stacionáři.<sup>120</sup> V různých fázích choroby mohou nemocnému střídavě vyhovovat všechny tři formy hospicové péče.<sup>121</sup>

**Domácí hospicová péče** je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Tato forma péče může být pro rodinné příslušníky náročná a časem může dojít k úbytku sil a především předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které ale velmi často chybí. Důvody mohou být i jiné, např. prostorové, kdy v menším bytě s nemocným žijí dvě nebo tři generace. „Dalším omezujícím faktorem může být i odbornost. Zejména v místech, kde dosud není žádná sesterská agentura poskytující domácí péči, anebo nemá speciálně vyškolené sestry pro hospicovou práci.“<sup>122</sup> Zaměstnanci domácí hospicové péče poskytují nemocnému a jeho rodině převážně psychoterapeutickou podporu a pomáhají při zabezpečení správné a účinné léčby bolesti. Tato forma péče by měla být součástí všech hospiců.<sup>123</sup>

Druhou formou je **stacionární hospicová péče**. Pacient je do hospicového stacionáře přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu zařizuje buď rodina, nebo hospic. Záleží to na domluvě a místních podmínkách.<sup>124</sup> Stacionární hospicová péče tedy poskytuje denní péči. Náplní denních stacionářů je zabezpečení nemocných po stránce léčebné, ošetrovatelské, psychické i sociální v době, kdy se o ně nemůže rodina postarat. Největší význam denních stacionářů spočívá v nalezení společnosti, v možnosti navázání kontaktů a různých vztahů. V budoucnosti by měly být denní stacionáře součástí každého zařízení poskytující paliativní péči.<sup>125</sup>

**Lůžková hospicová péče** je taková forma péče, která je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí nebo nejsou vůbec k dispozici.<sup>126</sup> Hospic je zařízení, ve kterém může najít opakované útočiště velmi vážně nemocný člověk v doprovodu své rodiny. Opravdu pouze může, jedná se o naprosto dobrovolný pobyt toho, kdo shledá, že je pro něj pobyt v hospici tou nejlepší alternativou při řešení jeho osobní svízelné situace.<sup>127</sup> Na samotném pacientovi pak záleží, zda chce v hospici pobývat se svým průvodcem nebo bez

<sup>120</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 42.

<sup>121</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 511

<sup>122</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127.

<sup>123</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 10.

<sup>124</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127.

<sup>125</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 10.

<sup>126</sup> Srov. Hospice [online]. *Slovníček* [cit. 2007-04-26]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>>

<sup>127</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 9.

něho, a také záleží pouze na něm, jak si s rodinou dohodne návštěvy. Ty jsou v hospicích neomezené, nepřetržitě po 24 hodin denně. Návštěvy jsou vítány jako nezbytná součást péče o těžce nemocného. Od návštěvy se však neočekává, že bude nemocného ošetřovat, ale pokud je toho schopna, je jí to umožněno.<sup>128</sup>

Důraz je v hospici kladen na kvalitu života a pokud je pacient schopný se pohybovat a jeho zdraví to dovolí, může se pohybovat nejen po objektu hospice, ale i po městě či parku většinou v doprovodu rodiny, ošetřovatelů nebo dobrovolníků. Všechny hospice mají řadu společných prostor, kde se mohou nemocní i jejich návštěvy neomezeně scházet. V popředí je snaha o to, aby hospic nemocnému připomínal více domov než nemocnici. Tomuto požadavku je přizpůsobeno i vnitřní vybavení hospice. K dispozici jsou zde nejrůznější pomůcky, které usnadňují nemocným každodenní život a ošetřovatelkám fyzickou námahu. Všechny prostory hospice musí být bezbariérové, aby byly dostupné i nemocným na lůžku.<sup>129</sup>

O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, nebo se o něho lze postarat doma či ve stacionáři, rozhoduje po poradě s personálem zásadně hospicový lékař. Ten po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta zváží jeho zdravotní indikaci, ale i možnosti hospice. Je-li v hospici plno, bezpodmínečně musí být dána přednost těm nemocným, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v brzké době povede ke smrti. Takovým nemocným je hospic určen především. Ty nesmí v žádném případě zklamat ani za cenu, že z kapacitních důvodů zklame jiné, méně akutní nemocné.<sup>130</sup>

### 3.4 Hospice v České republice

Jak jsem již uvedla výše, historie moderního hospicového hnutí v České republice se datuje od roku 1993, kdy bylo založeno občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecco homo. Sdružení v čele s Marií Svatošovou se postaralo o vybudování prvního českého hospicu, Hospicu Anežky České v Červeném Kostelci, který byl vybudován v neuvěřitelně krátké době 13 měsíců a byl otevřen v roce 1995. Ovšem ještě o rok dříve, než vzniklo zmíněné sdružení, bylo v Babicích nad Svitavou u Brna zřízené oddělení paliativní péče.<sup>131</sup>

Po otevření prvního hospicu v Červeném Kostelci následovalo otevření Hospicu Štrasburk v Praze, který se nachází v objektu bývalé ubytovny psychiatrické léčebny

<sup>128</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 129-130

<sup>129</sup> Srov. Tamtéž, s. 130.

<sup>130</sup> Srov. Tamtéž, s. 130-131.

<sup>131</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 40-41.

v Bohnicích. Hospic Štrasburk byl dán do provozu v lednu 1998 a v dubnu téhož roku byl otevřen Hospic sv. Lazara v Plzni. Oba hospice vznikly z iniciativy Vojenského a špitálního řádu sv. Lazara Jeruzalémského.<sup>132</sup> Počátkem roku 1999 byl otevřen Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna, který vznikl z iniciativy České katolické charity a je vybudován na pozemku kláštera sester Těšitelek Božského srdce Ježíšova Diecézní charitou Brno.<sup>133</sup>

Mezitím bylo v červnu roku 1998 založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR, jehož předsedkyní se stala Marie Šamánková. Ta také hned informovala odbornou veřejnost o cílech tohoto sdružení a vyzvala ke spolupráci všechny, kteří se na tom chtějí podílet a přičinit o zlepšení podmínek umírajících. Mezi cíle Sdružení poskytovatelů hospicové péče například patří stanovení etického kodexu pro poskytování hospicové péče, spolupráce s lékařskými a sesterskými odbornými a profesními organizacemi, příprava koncepce hospicové péče pro Českou republiku atd.<sup>134</sup>

Z popudu tohoto sdružení byl v roce 2001 zřízen Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, a to v objektu bývalé porodnice. Roku 2002 je otevřen Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci. Zřídila ho Arcidiecézní charita Olomouc v bývalém poutním domě, který patřil původně Matici svatokopecké a později městu Olomouc. Téhož roku byla otevřena část Dětského hospicu v Malejovicích. Dalším lůžkovým hospicem je Citadela - dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí, který byl otevřen v prosinci roku 2003. V roce 2004 vznikl Hospic sv. Alžběty v Brně a tento hospic navazuje na činnost hospice, který v konventu sester Alžbětinek působil do roku 2001 v rámci Masarykova onkologického ústavu. V červenci následujícího roku 2005 byl otevřen lůžkový Hospic v Mostě v nově rekonstruovaném objektu se zahradou. Téhož roku na podzim byl slavnostně otevřen Hospic sv. Jana N. Neumanna, který je jediným v Jihočeském kraji.<sup>135</sup>

Mnoho dalších objektů se projektuje a nebo buduje. V současné době se buduje Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech a Hospic sv. Lukáše v Ostravě. Mezi hospice, které se projektují, patří hospic v Chrudimi, v Havlíčkově Brodě a v Jablonci nad Nisou. Dále existuje celá řada hospicových sdružení či sdružení poskytovatelů hospicové péče.<sup>136</sup>

Za zmínku stojí vznik občanského sdružení Cesta domů v roce 2001. Toto sdružení působí v Praze a jedná se o mobilní nebo-li domácí hospic. Zaměstnanci a dobrovolníci nabízejí rodinám, které se rozhodly pečovat o své blízké doma, komplexní služby, a to

<sup>132</sup> Tamtéž, s. 41

<sup>133</sup> Srov. Hospice [online]. *Kde jsou již existující hospice?* [cit. 2007-04-30]. Dostupné na WWW: <[http://hospice.cz/hospice1/org\\_info.php?id=4](http://hospice.cz/hospice1/org_info.php?id=4)>

<sup>134</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 40-41.

<sup>135</sup> Tamtéž, Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/org.php>>

<sup>136</sup> Tamtéž, <<http://hospice.cz/hospice1/org.php>>

například domácí péči o nemocné, půjčovnu pomůcek, doprovázení umírajících apod.<sup>137</sup> Mobilní hospic je ideální formou pro nemocného, protože se snaží zajistit mu maximální komfort a pomoc v jeho domácím prostředí a zároveň je možným předstupněm péče v lůžkovém hospici. Je třeba také zmínit iniciativy, které se snaží principy hospicové péče přenést do nemocnic, domovů pro seniory či léčeben pro dlouhodobě nemocné, stejně tak jako aktivity vedoucí k rozšíření a poskytování léčby bolesti v rámci nemocnic (Hnutí Vysočina, Charita Ostrava). V Jablonci nad Nisou a v Brně také funguje ambulance paliativní medicíny, kde lze konzultovat léčbu bolesti či jiných příznaků provázejících nevyléčitelné onemocnění.<sup>138</sup>

Osobně jsem působila jako stážistka ve třech hospicích. Chtěla jsem nasbírat co nejvíce praktických zkušeností a dovedností, abych mohla porovnat činnost a přístup každého z hospiců, kde jsem převážně pracovala jako ošetřovatelka. Podstata a myšlenka hospicového hnutí je všude stejná. Jde o to brát pacienta jako bytost s biologickými, psychosociálními a spirituálními potřebami a doprovázet ho v jeho poslední fázi života, aby neumíral v bolestech, osamocen a s nevyřešenou minulostí. Mezi hospici však také existují určité rozdíly. Proto bych chtěla podrobněji představit a srovnat všechny tři hospice, které jsem měla možnost poznat.

### 3.4.1 Hospic sv. Jana N. Neumanna

Hospic sv. Jana Neumanna je nestátní zdravotnické zařízení (*zřízené dle zákona 160/1992 Sb.*), jehož zřizovatelem je Občanské sdružení sv. Jana N. Neumanna. Registrace na Krajském úřadě Jihočeského kraje proběhla 10. června 2005. Provoz byl zahájen 1. listopadu téhož roku.<sup>139</sup>

Hospic v Prachaticích poskytuje svým klientům lůžkovou péči, možnost odlehčovacích pobytů, poradenské služby a půjčování pomůcek. Hospicová péče je poskytována na jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením a přistýlkou. K ubytování pacientů tedy slouží 4 dvoulůžkové a 22 jednolůžkových pokojů. Kapacita je 30 lůžek pro pacienty, 26 pro doprovázející a 5 pro stážisty. Pokoje jsou vybaveny automatickými polohovacími lůžky, signalizací, telefonem a televizorem. S možností připojení k internetu. Hospic je vybaven řadou přístrojů a zdravotnických pomůcek jako jsou

<sup>137</sup> Srov. Hospice [online]. *Kde jsou již existující hospice?* [cit. 2007-04-30]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/org.php>>

<sup>138</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s.8.

<sup>139</sup> Srov. Hospic sv. Jana N. Neumanna. [online]. *Statut*. [cit. 2007-05-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospicpt.cz/?middle=statut&m=1>>



kontinuální dávkovače léků, koncentrátoři kyslíku, hydraulická vana se zvedacím zařízením, odsávačky, antidekubitní matrace atd.

V hospici se nachází i kaple, kde se každé pondělí koná mše, a pozůstalostní místnost, kde se pozůstalí mohou naposledy rozloučit se zesnulým. Součástí komplexu je i park, který byl v době mé stáže v rekonstrukci. Celá budova je uspořádána tak, že lze kamkoliv dojet s postelí. Budova hospice má tři patra, přičemž třetí patro je určeno pro ubytování stážistů a lékařů. V každém patře, kde jsou ubytováni pacienti, je kuchyňka, s ledničkou kam si klienti mohou ukládat potraviny. Hospic je velmi vkusně zařízen, na stěnách visí výtvary klientů či fotografie a v komplexu se nachází i velké množství květin. Součástí Hospicu sv. Jana Neumanna je i kuchyně, která se nachází v suterénu.

Návštěvy v hospici jsou neomezené 24 hodin denně a denní režim je maximálně přizpůsoben nemocnému. V hospici nejde jen o ošetrovatelskou a zdravotnickou činnost, je zde snaha o naplnění volného času např. četbou, rozhovorem, ergoterapií, případně procházkami.<sup>140</sup>

Co se týká financování, tak zdravotní pojišťovny hradí zhruba polovinu nákladů na lůžko a den, ostatní prostředky musí hospic získávat od dárců, sponzorů a menší částkou si na pobyt přispívá i nemocný (částka se vypočítává z měsíčního příjmu pacienta). Rodinný příslušník či jiná doprovázející osoba ubytovaná na pokoji s nemocným platí 50 Kč za noc.<sup>141</sup>

Převážnou část klientů Hospice sv. Jana N. Neumanna tvoří klienti v pokročilém stadiu onkologického onemocnění. Do hospice jsou nemocní přijímáni na základě vyplněné žádosti o přijetí (příloha I.). Žádost kromě rodiny vyplní a nemocného doporučí ošetřující lékař (diagnóza, stávající léčba). Nemocný podepíše svobodný, informovaný souhlas, který zaručuje, že do hospice nemůže být přeložen žádný pacient proti své vůli (příloha II.). Došlé žádosti se posuzují podle následujících kritérií: postupující nemoc klienta ohrožuje na životě, je nutná paliativní péče, nepotřebuje akutní ošetření nebo léčbu nemocniční, domácí péče nestačí nebo není možná. Při odlehčovacím pobytu pacient může být přijat na dobu určitou, po té se vrací do domácího ošetřování.<sup>142</sup>

Hospic v Prachaticích má ve svém znaku starokřesťanský symbol ryby, který používali první křesťané v dobách pronásledování. Ryba je starším znamením než kříž. Domeček v ocasní části ryby symbolizuje hospic v tom smyslu, že zaměstnanci chtějí vytvářet atmosféru domova, sloužit v duchu lásky, úcty a obětavosti k bližnímu tak, aby mu v hospici

<sup>140</sup> osobní návštěva – stáž – únor 2007, interní materiály hospicu + vlastní poznatky

<sup>141</sup> Srov. Hospic sv. Jana N. Neumanna. [online]. *Úhrada pobytu*. [cit. 2007-05-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospicpt.cz/?middle=uhrada&m=2>>

<sup>142</sup> Srov. Hospic sv. Jana N. Neumanna. [online]. *Postup pro přijetí*. [cit. 2007-05-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospicpt.cz/?middle=proprijeti&m=2>>

bylo dobře. Vycházejí z úcty k člověku jako neopakovatelné lidské bytosti a z křesťanského pohledu na něj.<sup>143</sup>

V Hospici sv. Jana N. Neumanna jsem strávila tři týdny. Byla to dostatečně dlouhá doba na to, abych si utvořila obrázek o činnosti a smyslu hospicové péče. Nabyla jsem přesvědčení, že symbol ryby je na správném místě. Stáž v tomto hospici byla jednou z nejlepších. Během praxe jsem se nesetkala jenom se smrtí a smutnými příběhy, ale setkala jsem se i s radostí a velkou vděčností za každé milé slůvko a úsměv. Hospic tedy není jen místo smutku, ale je to především i místo radosti, což můžu dnes potvrdit i já.

### 3.4.2 Hospic sv. Lazara

„Hospic sv. Lazara v Plzni je nestátní zdravotnické zařízení provozované občanským sdružením (sdružení Hospic. Sv. Lazara). Hospic byl slavnostně otevřen 1. dubna roku 1998 jako třetí hospic v České republice.“<sup>144</sup>

Hospic sv. Lazara nabízí především lůžkovou péči, odlehčovací péči i péči domácí a poradenskou činnost. Budova je umístěna v zástavbě činžovních domů v Sladkovské ulici. Budova patří Magistrátu města Plzně, který ji pronajal hospici na padesát let. Budova má pět poschodí, přičemž v prvních čtyřech poschodích se nachází dvacet jednolůžkových pokojů a z toho vždy dva mají společné sociální zařízení. Na každém patře je jeden dvoulůžkový pokoj, který je rovněž vybaven sociálním zařízením. Kapacita hospice je tedy 28 lůžek pro pacienty, 20 pro rodinné příslušníky či jiné blízké a 4 pro stážisty. V suterénu budovy se nachází místnost posledního rozloučení, technické zázemí budovy a šatny personálu. V přízemí je recepce, kaple, knihovna a jídelna (jídlo je dovážené z plzeňské nemocnice). V posledním, pátém patře jsou umístěny kanceláře, pracovna ředitele a lékařský pokoj. V komplexu hospice se nachází zimní zahrada s nádherným akváriem. V hospicu na nás dýchá příjemná a klidná atmosféra a i zde na stěnách visí výtvary klientů.<sup>145</sup>

Financování hospice sv. Lazara v Plzni je vícezdrojové. Jedním z příjmů je také platba pacienta, která pokrývá nadstandardní ubytování (telefon, polohovací lůžko, antidekubitní matrace, TV atd.). Platí se předem, nejpozději v den přijetí pacienta na dobu 30 dnů. Příbuzní,

<sup>143</sup> osobní návštěva – stáž – únor 2007, interní materiály hospicu

<sup>144</sup> Hospic sv. Lazara. [online]. *Poslání a cíle*. [cit. 2007-05-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.hsl.cz/cs/index.php?stranka=1&podstranka=0>>

<sup>145</sup> stáž – březen 2007 – vlastní poznatky

kteří se v hospici ubytují, platí za ubytování 50,- Kč za noc. Pro pacienty s neoncologickou diagnózou je stanoven poplatek bez ohledu na výši příjmu na 340,- Kč na den.<sup>146</sup>

Nemocní jsou přijímáni na základě podané žádosti. Žádost kromě rodiny vyplní a nemocného doporučí ošetřující lékař (diagnóza, stávající léčba). Došlé žádosti se posuzují při ranním hlášení podle stejných kritérií jako v Hospici sv. Jana N. Neumanna. Nejčastějším důvodem přijetí jsou pokročilá stadia onemocnění, část klientů přichází i s neoncologickými diagnózami. Nejčastěji jde o nemocné v konečném stadiu cévních a srdečních chorob nebo také s Alzheimerovou chorobou atd.<sup>147</sup>

Samozřejmě i zde je nezbytný pacientův svobodný, informovaný souhlas, který je součástí žádosti o přijetí. Pacient by měl být informován o svém zdravotním stavu a měl by vědět, z jakého důvodu do hospice přichází. V Plzeňském hospici jsem se bohužel setkala s pacienty, kteří při příjmu věřili že se vrátí domů a že jsou v hospici jen dočasně. Tím pádem se ale dle mého názoru vytrácela hospicová myšlenka. Nemohu však objektivně posoudit, jak se péče vyvíjela dál a jestli umírajícím byla pravda sdělena či nikoliv.

Do všech hospiců kde jsem působila, docházeli dobrovolníci. To považuji za velice pozitivní. Nejvíce jsem jich měla možnost vidět právě v Hospici sv. Lazara a v hospici v Prachaticích. Co se týče nabízených služeb, považuji hospic v Plzni za nejlepší. Jako jediný z hospiců, které jsem měla možnost poznat, má tento hospic rehabilitační sestru, která pravidelně chodí s pacienty cvičit a pokud má někdo chuť na masáž, může využít služeb masérů, kteří pravidelně do zařízení dochází. Z dalších aktivit, které pomáhají zlepšit psychický stav nemocných, mohu jmenovat canisterapii a ergoterapii. Velice mne však překvapilo a zarazilo, že v zařízení už delší dobu nefunguje supervize, a to z důvodu nezájmu některých zaměstnanců. Toto povolání je psychicky náročné a velmi emotivní a je důležité, aby mohl člověk někde ventilovat to, co zrovna prožívá. Myslím si, že supervize může také napomoci k pročištění vztahů na pracovišti a především zabránit syndromu vyhoření.

### 3.4.3 Hospic Anežky České

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci je nestátní charitní zdravotnické zařízení. Byl slavnostně otevřen jako projekt Diecézní charity Hradce Králové 8. prosince 1995. Činnost hospice byla zahájena 1. ledna 1996.<sup>148</sup> Za dobu své existence rozšířil hospic svoji

<sup>146</sup> Hospic sv. Lazara. [online]. *Jak je to splacením?*. [cit. 2007-05-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.hsl.cz/cs/index.php?stranka=4&podstranka=3>>

<sup>147</sup> Srov. Hospic sv. Lazara v Plzni. *Výroční zpráva 2005*. s.6- 8.

<sup>148</sup> Srov. Hospic Anežky České. [online]. *Z naší historie*. [cit. 2007-05-09]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospic.cz/>>

působnost o charitní centrum volného času - Háčko, Charitní pečovatelskou službu, Charitní ošetrovatelskou službu a Domov sv. Josefa v Žirci pro nemocné roztroušenou sklerózou.<sup>149</sup>

Hospic Anežky České nabízí klientům lůžkovou péči a odlehčovací pobyty. Další obvyklou formou hospicové péče v Hospici Anežky České je tzv. denní stacionář pro vážně nemocné. Hospic Anežky České také podporuje péči o pacienty v domácím prostředí díky poradně s půjčovnou zdravotnických pomůcek a formou teoretického i praktického vzdělávání pečujících osob. V hospici funguje také tzv. edukační centrum, kde se konají přednášky a semináře s hospicovou tematikou.<sup>150</sup>

Hospic sídlí v nové moderní budově, která je majetkem Diecézní charity Hradec Králové. Budova je vystavěna do tvaru písmene L a k dispozici je 14 jednolůžkových pokojů s přistýlkou pro doprovod, 4 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové pokoje, které jsou uspořádány do dvou menších oddělení, z nichž jedno se nachází v přízemí a druhé v prvním patře budovy. Ubytování doprovodů je možné také na Háčku, kde jsou ubytováni i stážisté. U každého pokoje je vlastní sociální zařízení a sprchový kout a na každém poschodí se opět nachází kuchyňka s lednicí a jiným zařízením, jako je např. mikrovlnná trouba. Celý objekt hospice je bezbariérový, s možností vyjízďky na venkovní terasu, do zimní zahrady či do jiných částí budovy, např. do kavárny a čajovny. Pacienti mohou také navštívit kapli, kde se koná dvakrát týdně mše svatá.<sup>151</sup>

V přízemí se nachází denní místnost, kde si pacienti a jejich blízcí mohou nechat uvařit čaj nebo kávu a koupit si občerstvení. Součástí komplexu je již zmiňovaná překrásná zimní zahrada s papoušky, která je výborným místem pro relaxaci. V prvním patře se nachází kaple a jídelna, která také slouží pro různé kulturní akce. V suterénu se pak nachází místnost posledního rozloučení, kuchyně, prádelna a sklady.

Na chodbách hospice visí krásné obrazy a v době, kdy jsem tam vykonávala praxi, byla v hospici krásná velikonoční výzdoba a vše bylo velmi vkusně doplněno květinami. Prostředí hospice působí velmi útulným a příjemným dojmem. V přízemí se nachází v prosklené vitrině tzv. Kniha živých, v níž má každý den svou stránku, a každý den je otevřena na příslušné straně. Pokud někdo zemře, je na příslušnou stranu zapsán. S touto knihou jsem se setkala ve všech třech hospicích. Pouze v Hospici sv. Jana N. Neumanna se tato kniha nazývala Kniha zemřelých.<sup>152</sup>

Financování hospice je opět vícezdrojové. Pacient hradí v hospici tzv. příspěvek na úhradu zvýšených nákladů sociální péče. Částka se odvíjí podle měsíčního příjmu pacienta.

<sup>149</sup> stáž – duben 2007 – interní materiály

<sup>150</sup> Srov. Tamtéž, Dostupné na WWW: < [http://www.hospic.cz/souhrn\\_info\\_o\\_hac.doc](http://www.hospic.cz/souhrn_info_o_hac.doc)>

<sup>151</sup> stáž- duben 2007 – vlastní poznatky + interní materiály

<sup>152</sup> stáž – duben 2007- vlastní poznatky

Příspěvek se platí za každý započatý den poskytované péče. Platí se při příjmu na dobu 1 měsíc dopředu (u pobytu na dobu neurčitou), či na smluvený počet dní (pobyt na dobu určitou). Kromě zmíněného příspěvku zaplatí pacient v hospici přijímací poplatek 100 Kč. Při opakovaném nástupu do zařízení v době kratší 30 dnů se přijímací poplatek znovu neplatí.<sup>153</sup> Základní činnost hospic rozšířil o doplňkové ziskové služby, které finančně přispívají na provoz Hospice Anežky České, a je to např. prodej levného ošacení, kopírování tiskovin pro veřejnost a další.<sup>154</sup>

Pacient je přijímán podle stejného scénáře, jako v hospici v Prachaticích a Plzni. Vyplnění žádosti, podepsaný informovaný souhlas i výběr a porada zaměstnanců dle výše uvedených kritérií.

V Hospici Anežky České se také pravidelně koná setkání pozůstalých. Stejně jako v hospici v Prachaticích jsou tato setkání velmi vítána jak ze strany personálu, tak především ze strany pozůstalých. V Plzni však tato akce není moc oblíbená a ani se nekoná tak často jako v jiných hospicích.

V Hospici Anežky České mi chyběla přítomnost ergoterapeuta nebo aspoň někoho, kdo by měl zájem s nemocnými tuto terapii provádět. Například v Prachaticích byla ošetřovatelka, která ergoterapii dělala ze své vlastní vůle a především pro radost nejen svoji, ale i pacientů. Ergoterapie pacientům velmi prospívala a stejně jako v Plzni, tak i v Prachaticích byla velmi oblíbená. Čeho si však v hospici v Červeném Kostelci cením, je péče o stážisty. Vše je stážistům náležitě ukázáno a řečeno hned první den při příchodu a na základě toho je zapojení do práce mnohem jednodušší.

V každém hospici, který jsem měla možnost poznat, jsem se cítila velmi dobře. Poznala jsem spoustu obdivuhodných lidí, kteří berou svou práci jako poslání a nezapomínají na vlídné slovo a lidskou důstojnost. Většina personálu chápe hospicovou myšlenku a svou práci dělá s láskou. Zaměstnanci jsou to nejdůležitější a jen díky nim může být hospicová péče na takové úrovni, na jaké skutečně je.

### 3.5 Financování hospicové péče

Dá se říci, že mnoho zemí světa má kvalitu péče o těžce a nevléčitelně nemocné na lepší úrovni než naše republika. Mezi hlavní překážky rozvoje kvalitní paliativní péče v České

<sup>153</sup> Srov. Hospic Anežky České [online]. *Informace před přijetím*. [cit. 2007-05-09]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospic.cz/informacepredprijetim/informacepredprijetimVP30.doc>>

<sup>154</sup> Srov. Hospic Anežky České [online]. *Poskytované služby*. [cit. 2007-05-09]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospic.cz/>>

republiky patří především nedostatečné financování, špatná informovanost veřejnosti o tomto druhu péče a stále u nás neexistující legislativní norma, která by upravovala a určovala postavení hospiců. V současné době je u nás otevřených deset hospiců, a jak jsem již uvedla, další se buďto budují nebo projektují. I přes vzrůstající počet hospiců je to stále málo. Podle zahraničních zkušeností je optimální počet hospicových lůžek 3,5 až 5,0 na 100 000 obyvatel.<sup>155</sup> Dosavadní fungující formy paliativní péče jsou sice schopny zabezpečit kvalitní podporu umírajícím a jejich rodinám, ale přístup k nim má jen patrný zlomek těch, kteří by tuto pomoc potřebovali.<sup>156</sup>

Hospice jsou většinou dotovány Ministerstvem zdravotnictví ČR a nebo Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Jejich zřizovateli jsou občanská sdružení, diecézní charity nebo města zastoupená magistrátem. Financování hospiců je vícezdrojové. Zdravotní pojišťovny hradí zhruba 25 až 40 % z celkových provozních nákladů. Ostatní prostředky musí hospic získávat z jiných zdrojů např. z dotací, darů, od sponzorů a případně i z výnosů vlastní hospodářské činnosti. Menší částkou si na pobyt přispívá i sám nemocný. V zahraničí je určitá část provozních nákladů kryta i z odkazů pacientů, kteří v hospici zemřeli. Tato praxe se u nás prozatím příliš neujala.<sup>157</sup>

### 3.6 Doprovázení a komunikace s umírajícími

Doprovázet neznamena jednat, ale přizpůsobit se. Doprovázení je umění, kdy je třeba neustále počítat s nepředvídatelným. Pomáhat neznamena jít vpředu ani mít navrch, ale ani se druhého ujímat. Neznamena to ani navrhovat vlastní řešení.<sup>158</sup> Slovo doprovázení dobře naznačuje moment nevnučování. Doprovázející je nablízku a pokud si nemocný jeho službu přeje, může mu ji poskytnout povzbuzujícím pohledem, pohlazením či pouhou přítomností u lůžka. Doprovázení se týká cesty. Je na putujícím, aby jí prošel on, ale ve chvílích, kdy si to přeje, může mu ji usnadnit nevtíravý doprovod. Doprovázející nemusí být pouze pasivní. Může naznačit, upozornit, povzbudit, varovat. Doprovázený takový pokyn může, ale nemusí brát v úvahu.<sup>159</sup>

Cílem doprovázení je pomoci nemocnému a jeho blízkým co nejrychleji a nejšetrněji projít všemi nepříjemnými fázemi a pomoci jim dozrát do fáze smíření, akceptace. Toho však

<sup>155</sup> Srov. FILEC, V. [online]. *Hospicová péče v české republice*, [cit. 2007-05-01]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospiccr.html>>

<sup>156</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s.9

<sup>157</sup> Srov. Tamtéž, Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospiccr.html>>

<sup>158</sup> Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 129-130.

<sup>159</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 22.

prakticky není možné dosáhnout, když je zastírána pravda.<sup>160</sup> Aby hospicová myšlenka neztrácela svůj smysl a aby péče byla efektivní, je důležitá pravdivá informovanost o zdravotním stavu pacienta. Sdělit nemocnému pravdu a nevzít naději je velký kus umění. Velmi často se v tom chybuje.<sup>161</sup> Zásadně by se nemělo nemocnému lhát, nemocný má nárok znát pravdu o své diagnóze. Pravda nepřináší pouze úlevu, ale může být jakýmsi startovním můstkem k velkým věcem: odpuštění, usmíření, poděkování a rozloučení. Mnoho lidí na základě pravdivé diagnózy dokáže zmobilizovat své síly k možná největšímu a nejdůležitějšímu životnímu rozhodnutí a činu.<sup>162</sup>

Pokud nemocný zná svou diagnózu, tak je jednodušší i komunikace pro všechny zúčastněné strany. V péči o terminálně nemocné hraje komunikace a naslouchání důležitou roli. Nabízí se nám otázka, kdy je nejvhodnější začít s nemocným mluvit o smrti. Nikdy bychom neměli umírajícímu vnucovat potřebu přijmout fakt konce. Uvědomit si to může nemocný jen z vlastní vůle a z vlastního ujasnění situace. Vnutit tento krok prostě nejde.<sup>163</sup> Před pacientem nikdy nesmíme otvírat tento problém sami od sebe. Měli bychom vyčkat, až on sám nastolí téma smrti a umírání. Pokud nemocný vyjádří strach ze smrti, je důležité si najít čas, usednout k němu, vyslechnout ho a zeptat se, z čeho konkrétně má obavy. Podstatné je pomoci mu, aby si uspořádal veškeré své záležitosti.<sup>164</sup> Existuje určitý souhlas také v tom, že tam, kde někdo umírá, je zapotřebí zachovávat nejen klid a šířit pokojnou atmosféru, ale uvědomit si, že člověk v agónii slyší a vnímá své okolí. Umírajícímu bychom měli spíše naslouchat nežli se mu snažit něco říci či v jeho přítomnosti vést monolog. Mlčení znamená někdy více než slova, to bychom si při doprovázení měli uvědomit.<sup>165</sup> Existují určité zásady komunikace, podle kterých by se doprovázející (ať už je to personál hospicu, rodina, dobrovolníci) měli řídit:

1. **Projevení osobního zájmu o pacienta** – nemocný je schopen vycítit zájem o svůj osud a naopak lhostejnost.
2. **Sladění verbálního a neverbálního projevu** – ve zvláště náročných situacích dochází k rozporu mezi slovy a neverbálním projevem. Příkladem může být řešení nějakého problému, kdy verbálně přesvědčujeme pacienta o zájmu, ale uhýbáme očima. Důvodem nemusí být nezájem, ale strach z těžkého rozhovoru.

<sup>160</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 137.

<sup>161</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 515.

<sup>162</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 136-137.

<sup>163</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 159.

<sup>164</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 18.

<sup>165</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 159.

3. **Setrvání u tématu, které přináší nemocný** – reakcí na těžké téma v rozhovoru bývá uhýbání k méně závažným tématům. Výsledkem může být planý hovor o čemkoliv nebo umělé soustředění se na zástupný problém. Je to způsob, jak se vyhnout nepříjemné situaci.
4. **Citlivé reagování na nemocného** – respektujeme, zda mu vyhovuje nastolené téma, zda není vyčerpán. Zájem upínáme na nemocného, ne na příznaky nemoci či obtíže. Lépe je se zeptat: „Jak se dnes cítíte?“ než: „Bolí vás stále záda?“ Citlivou reakcí poznáme, chce-li pacient pokračovat v rozhovoru, či nikoli.
5. **Srozumitelná komunikace** – komunikujeme slovy, kterým nemocný dobře rozumí. Používání odborných termínů komplikuje situaci a může působit na nemocného nadřazeně. Pokud odborné výrazy užívá nemocný – laik, tak si nejprve ověříme, zda jim správně rozumí.
6. **Nepoužíváme sugestivní manipulativní otázky ve snaze vyhnout se přímému pojmenování.**<sup>166</sup>

Významnou roli hraje nejen komunikace, ale také způsob, jakým personál hospice či rodina vykonává činnosti, které jsou spojeny s ošetřováním. Ošetřování by mělo být prováděno s úctou a s respektem k přáním nemocného.<sup>167</sup> Personál, především sestry a ošetřovatelky v hospici, by měl mít zájem o nemocného a měl by být k práci správně motivován. Velmi důležité pro vykonávání této profese je vyrovnání se s vlastní smrtelností a konečností.<sup>168</sup>

Ošetřovatelky a sestry v paliativní péči jsou často hlavními osobami, které poskytují péči a podporu pacientům a jejich rodinám. Dobrá komunikace je pro efektivní hodnocení stavu pacienta nezbytná. Aby mohli poskytovat optimální péči pacientům i jejich rodinám, musí být všichni zdravotničtí pracovníci schopni přesně zhodnotit jejich potřeby. Personál provází pacienta a jeho rodinu na cestě, která znamená vyrovnávání se s pokročilým onemocněním, sníženou kvalitou života, zármutkem, nejistotou, ztrátou a smrtí. V této situaci mají pacienti i jejich blízcí často potřebu položit otázky, které jsou pro ně bolestivé a špatně se vyslovují. Pacienti a jejich rodiny stojí před výzvou „mluvit o nesdělitelném“. Pokud si ošetřovatelé a sestry osvojí nezbytné komunikační dovednosti, mají ideální možnost k tomu, aby pacientům a jejich rodinám pomohli tuto výzvu zdárně naplnit.<sup>169</sup>

<sup>166</sup> Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. s. 111.

<sup>167</sup> Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. s. 108.

<sup>168</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 513.

<sup>169</sup> Srov. O'CONNOR, M. ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 35-40.



### 3.7 Spolupráce s rodinou a péče o pozůstalé

Rodina zná nemocného lépe než zaměstnanci hospice, navíc trpí současně s pacientem. Prochází stejnými fázemi jako nemocný. Fází negace, agrese, smlouvání, deprese a někdy i rezignace. Často tam bývá časový skluz. Nemocný už je ve fázi akceptace a rodina je například ve fázi smlouvání, kdy hledá léčitele.<sup>170</sup> Rodinní příslušníci jsou velmi často zaneprázdněni vlastním soužením a nedokáží akceptovat skutečnost, že jejich blízký je brzy opustí. V tomto duševním rozpoložení nedokáží věnovat pozornost věcem, které jim umírající říká. Přitom právě vyprávění umírajícího o tom, co prožívá, dává rodině a všem blízkým skvělou příležitost nalézt vnitřní klid a smířit se s nevyhnutelným.<sup>171</sup>

„Pohlédneme-li na potřeby doprovázejících lidí, vidíme, jak úzce jsou jejich přání provázána s přáním umírajících: trápí-li se umírající, zoufají si jeho příbuzní; daří-li se příbuzným špatně, trpí také umírající, ale většinou každý sám.“<sup>172</sup> Členové rodiny, jejichž vlastní potřeby nejsou uspokojeny, jsou méně schopni se starat o pacienta a častěji mají sami fyzické a psychické problémy. Pro příbuzné je nejdůležitější pocit, že jejich blízký netrpí. To je nezbytné k tomu, aby byla rodina schopna vyrovnat se s nastolenou situací – ať už péči poskytují doma nebo je pacient v nemocnici či v hospici. Příbuzní, kteří vědí, že jejich blízký zemřel v klidu a bez utrpení, jsou spokojenější s péčí, která mu byla poskytována a vzpomínají na poslední dny pacientova života bez nadměrného stresu. Dále je velmi důležitá emocionální podpora rodiny, dostatek informací o nemoci i o tom, jak o blízkého člověka pečovat, abychom mu zajistili určitý komfort a psycho-sociální pohodu. Důležitý je také dostatek informací o tom, jaké změny může pečující ve stavu blízkého člověka očekávat a především, jak s umírajícím komunikovat (příloha III.).<sup>173</sup> To všechno jsou důvody, proč je spolupráce s rodinou v hospicové péči důležitá a neodmyslitelná.<sup>174</sup> Dá se říci, že první podpora budoucích pozůstalých v hospici spočívá již v samotné možnosti doprovázet svého člena rodiny nebo blízkého člověka v posledních chvílích života tak, že s ním mohou pobývat v hospici. Hlavním smyslem péče o pozůstalé je umožnění důstojného rozloučení se s blízkou osobou. Rozloučení se obvykle odehrává v místnosti posledního rozloučení, která je ve všech hospicích. Některé hospice také posílají pozůstalým pozdravné dopisy k různým výročím. Dalším způsobem péče o pozůstalé je pravidelné setkávání pozůstalých, které bývá organizováno většinou jedenkrát ročně, kdy jsou pozůstalí zváni do hospice, kde jejich blízký

<sup>170</sup> Srov. Tamtéž, s. 516.

<sup>171</sup> Srov. JAKOBY, B. Tajemství umírání, s. 70.

<sup>172</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s.65.

<sup>173</sup> Srov. O'CONNOR, M. ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 223-225.

<sup>174</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 516.

zemřel.<sup>175</sup> Během setkání se koná slavnostní zápis do Knihy živých s bohoslužbou, poté následuje občerstvení a především naslouchání a vzpomínání.<sup>176</sup>

### 3.8 Význam dobrovolníků v hospici

„Dobrovolník je ten, kdo dobrovolně věnuje svojí energii a volný čas činnosti, která je prospěšná člověku i celé společnosti, a to bez nároku na odměnu.“<sup>177</sup> Žádný hospic se neobejde bez dobrovolníků. Především oni mají velkou zásluhu na tom, že se prostředí hospice podobá více domovu než nemocnici. Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy hospicového týmu a jejich práce je společensky vysoce ceněna, protože ji nedělají za odměnu, nýbrž pro radost. Zásadou je, že nikdo nesmí být přetížen a každý se zaváže jen k tomu, co bez problému dělat může a chce. Druhou zásadou je, že na dobrovolníka musí být stoprocentní spolehnutí, stejně jako na zaměstnance.<sup>178</sup>

Každý hospic potřebuje dobrovolníky a způsoby, jakými své dobrovolné spolupracovníky vybírá, přijímá a školí, jsou v každém hospici různé. Ve všech hospicích platí, že zájemce o dobrovolnou práci absolvuje úvodní rozhovor s kompetentní osobou - většinou to bývá zaměstnanec hospice, tzv. koordinátor dobrovolníků.<sup>179</sup> V Hospici sv. Lazara vyplňují zájemci o dobrovolnictví vstupní test pro zájemce o dobrovolnou spolupráci a formulář o tom, kdy může do hospice docházet a co by chtěl nabídnout. Vstupní test je pouze orientační, kdy se zjišťují motivace dobrovolníka (příloha IV.). Posléze se vyplňuje smlouva o dobrovolné spolupráci (příloha V.). Součástí této smlouvy je souhlas s výkonem dobrovolné činnosti (příloha VI.), který podepíše zákonný zástupce dobrovolníka, který ještě není zletilý. Ke konci procesu přijímání dobrovolníka se podepisuje mlčenlivost (příloha VII.) a dobrovolníci získávají pokyny, kterými se musejí řídit.

Mezi dobrovolníky jsou zastoupeny všechny věkové kategorie, od školáků přes mládež až po zdatné seniory.<sup>180</sup> Pro dobrovolníky v hospici je však vhodnější přijímat zájemce, kteří jsou starší 18 let. Samotný věk ale nemusí být vždy signálem zralosti k tomu přijmout realitu smrti a být schopen přímého kontaktu s umírajícím. Mladší lidé nemusejí mít tolik zkušeností a sebevědomí k navazování kontaktu, schopnost pro udržení konverzace nebo také potřebnou

<sup>175</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 8.

<sup>176</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 516.

<sup>177</sup> Hospice [online]. *Slovníček* [cit. 2007-05-06]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>>

<sup>178</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 134.

<sup>179</sup> Srov. Nezavírejte oči [online]. *Jak se stát dobrovolníkem hospice?* [cit. 2007-05-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.nezavirejteoci.cz/index.php?cmd=page&id=105>>

<sup>180</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 516.

empatii a odhad situace, zda u pacienta zůstat, nebo raději odejít. Děti a mládež jsou ale výbornými dobrovolníky při jednorázových akcích, jako je například program o Vánocích či jiných příležitostech.<sup>181</sup>

Jednou z možností, jak mohou dobrovolníci poskytovat své služby, je přímá práce u lůžka nemocného. Například se tím myslí pomoc při jídle, pití, hygieně, doprovod při procházkách či projížďkách na vozíku, hraní společenských her, předčítání z knih a nebo „pouhé“ povídání. Ovšem v hospici se nabízejí i další možnosti pomoci. Někteří dobrovolníci pracují úplně jiným způsobem. Jejich práce je velmi potřebná a není o nic horší, než je přímá práce u lůžka. Jedná se např. o údržbářské, knihovnické, administrativní, opravárenské, úklidové a jiné práce. Někteří se také starají o estetické prostředí společných prostor a chodeb nebo se angažují při organizování různých kulturních akcí apod.<sup>182</sup>

Dobrovolnictví v hospici samozřejmě také souvisí s pravidelnou supervizí, kde dobrovolníci mohou vyjádřit své prožitky či získat zpětnou vazbu. Dobrovolníci v hospici by však také měli mít kdykoliv možnost individuální supervize v případě, že je pro ně některá návštěva obzvlášť náročná nebo si neví rady s vyvstalým problémem.<sup>183</sup>

### 3.9 Sociální pracovník v hospici

Sociální pracovník v hospici není kontrolující úředník, ale poradce, který se zabývá sociálním fungováním nemocného v rámci bezprostřední rodiny a širšího společenství, pomáhá mu překonat náročnou životní situaci, ať už nabídkou kompenzačních služeb, podporováním vnitřního potencionálu nemocného a hledáním zdrojů k řešení situace, nebo doprovázením při akceptování nezměnitelného. Zároveň může hrát sociální pracovník velmi výraznou roli při komunikaci hospice s okolním světem nebo při zprostředkování služeb hospice apod. Přesto žádné pevné vymezení role sociálního pracovníka v paliativní péči neexistuje a je na rozhodnutí jednotlivých hospiců, jakým směrem nechají ubíhat kompetence sociálních pracovníků, do jaké míry je sváží administrativními povinnostmi a nakolik je nechají ve spolupráci s ostatními zaměstnanci hospice doprovázet umírající a seznamovat veřejnost s principy paliativní péče.<sup>184</sup>

Práce sociálního pracovníka v hospici vyžaduje především legislativní a občansko právní dovednosti. V prostředí hospice jsou však pro většinu klientů nejdůležitější výborné

<sup>181</sup> Srov. NOVOTNÝ, M. STARÁ, I. a kol. *Dobrovolníci v nemocnicích*, s. 29.

<sup>182</sup> Srov. Nezávěrejte oči [online]. *Jak se stát dobrovolníkem hospice?* [cit. 2007-05-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.nezavirejteoci.cz/index.php?cmd=page&id=105>>

<sup>183</sup> Srov. NOVOTNÝ, M. STARÁ, I. a kol. *Dobrovolníci v nemocnicích*, s. 30.

<sup>184</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 11.

komunikační schopnosti sociálního pracovníka. Vyslechnutí a rozmluva s klientem o jeho problémech, bolestech, pocitech i životních zkušenostech bývá pro mnoho z nich významnou posilující složkou v této, pro ně nelehké situaci. Nesmírně důležité v této práci je tedy vyjádření zájmu. Pacient, který prožívá těžké chvíle a je mu zle, má mimořádný cit pro poznání toho, jestli ten, se kterým hovoří, má o něj opravdový zájem, nebo jde-li o zájem služební, hraný, nepravdivý. Nezbytnou součástí sociální práce je tedy především schopnost empatie.<sup>185</sup> K důležitým předpokladům sociálního pracovníka v paliativní péči patří také schopnost rozeznat, nakolik nemocný skutečně vyžaduje aktivní pomoc a asistenci a nakolik volá pouze po již zmíněném rozhovoru, pochopení a naslouchání. Ne všechny otázky se totiž musejí zodpovědět, ne všechny problémy se musejí vyřešit, mnohdy stačí jen přítomnost a účast s těžkým osudem nemocného.<sup>186</sup>

Nyní bych se chtěla zaměřit na konkrétní rysy sociální práce v paliativní péči v České republice, se zaměřením na pracovní náplň a možnost vzdělávání. Do náplně práce sociálního pracovníka v paliativní péči často patří tyto úkoly:

1. **Informační poradenská služba** - sociální pracovník bývá mnohdy tím, s kým kdokoli nově telefonující či přicházející přijde poprvé do kontaktu, zprostředkovává tedy základní informace a prezentuje hospic vnějšmu okolí. Sociální pracovník přijímá a eviduje žádosti o přijetí případných zájemců, a proto také poskytuje jako první informace o nabízené péči. Pracovník také informuje žadatele o přijetí či nepřijetí k pobytu v hospici a domlouvá podrobnosti příchodu, případně funguje jako poradce, jaké jiné možnosti nemocný a jeho rodina v daném regionu má.
2. **Kontakt s přijatým pacientem a s jeho rodinou, s každým zvlášť i společně** - tato bezprostřední pomoc pacientům a jejich rodinám by měla tvořit největší díl sociální práce v hospici. V české prostředí je však často umenšena kvůli administrativním povinnostem spadajícím na hlavu sociálního pracovníka.<sup>187</sup> Jde především o doprovázení nemocného a jeho rodiny náročným životním obdobím, což obnáší pomoc při formulaci pocitů, emocí a orientaci v nich formou podpůrného rozhovoru.<sup>188</sup>
3. **Péče o pozůstalé** - zahrnuje nejen poradenskou pomoc a asistenci v administrativních záležitostech, které na pozůstalé čekají, ale také pomoc při prožívání truchlení.<sup>189</sup>  
V některých českých hospicích se pořádá setkání pozůstalých rodin, které je příležitostí

<sup>185</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 27-28.

<sup>186</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 492.

<sup>187</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 11-12.

<sup>188</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 491.

<sup>189</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 491.

pro připomenutí si zemřelých a období, kdy jim hospic společně s rodinou poskytoval péči.<sup>190</sup> Velký zájem o tato setkání mají pozůstalí a personál v Hospicu sv. Jana N. Neumanna, naopak v Hospicu sv. Lazara se bohužel tato setkání v poslední době nekonají.

4. **Práce s dobrovolníky** - sociální pracovník bývá většinou tím, kdo práci dobrovolníků koordinuje nebo alespoň spolupracuje s koordinátorem dobrovolníků, vytváří spojkou mezi nimi a hospicem a ve spolupráci s ostatním zdravotnickým personálem navrhuje, kdo z pacientů by přítomnost dobrovolníka nejvíce potřeboval a uvítal.<sup>191</sup>
5. **Spolupráce s ostatními členy týmu** - sociální pracovníci spolupracují a účastní se pravidelných setkání multidisciplinárního týmu, kde zástupce každé pečující profese přispívá svým pohledem na situaci a problém konkrétního nemocného. Jsou-li tato setkání dobře vedena a přijímána, mohou mít velký přínos pro vyjasnění individuálních potřeb nebo důvodů chování nemocných a jejich rodin.<sup>192</sup>
6. **Administrativa** – sociální pracovníci jsou mnohdy postrkováni do úkonů, které jim ubírají čas pro to, co je v hospicové péči podstatné. Za nejvíce omezující činnost lze považovat administraci plateb za pobyt od pacientů a příbuzných, kompletaci chorobopisů nebo odesílání lékařských zpráv apod.<sup>193</sup>

Co se týče vzdělávání v paliativní sociální práci, tak stejně jako neexistují pevně stanovené hranice vymezující oblast sociální práce v paliativní péči, tak specifické vzdělávání v této oblasti záleží hlavně na osobní iniciativě sociálního pracovníka. „Všeobecné vzdělávání v oboru sociální práce je v České republice realizováno na středoškolských sociálně-právních akademiích, na pomaturitních vyšších odborných školách nebo na vysokých školách v bakalářském, magisterském a postgraduálním studiu.“ Problematika umírání je ve výuce zařazena pouze okrajově a často jako součást jiného předmětu v oblasti zdraví a nemoci. Nepochybně by bylo přínosem, kdyby do obecné výuky byla zařazena také thanatologie.<sup>194</sup>

Co je tedy cílem sociální práce v této oblasti? Jde především o pomoc klientům s řešením jejich problémů, s konkrétním cílem tyto problémy vyřešit a také splnit v rámci možností veškerá jejich přání s přihlédnutím k jejich zdravotnímu stavu a také sociálnímu prostředí. Velkým uměním je pomoci systematicky a efektivně.<sup>195</sup>

<sup>190</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 13-14.

<sup>191</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 14.

<sup>192</sup> Tamtéž, s. 14.

<sup>193</sup> Tamtéž, s. 14.

<sup>194</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 16.

<sup>195</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 28.

## ZÁVĚR

Smrt je neoddelitelnou součástí našeho života. Smrtí končí naše bytí a předtím, než nastane smrt, člověk prochází poslední etapou, etapou umírání. Je to velmi složité období nejen pro umírajícího, ale i pro jeho rodinu a přátele. V tomto složitém období potřebuje člověk zázemí, potřebuje, aby byla věnována pozornost všem aspektům jeho utrpení. Měla by být poskytnuta příležitost pro vyřešení dosud nevyřešených věcí a otázek, aby člověk mohl odejít v klidu, smířený a vyrovnaný s uplynulým životem.

Nenahraditelnou úlohu v péči o umírajícího hraje rodina. Pokud z nějakého důvodu není možné pacientovi poskytnout komfort domácího prostředí po boku jeho blízkých, je jedním z možných východisek právě hospic, který zohledňuje biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby a jehož hlavní myšlenka vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospic, který nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Hospic umožňuje rodině, aby mohla pobývat spolu s umírajícím v hospici. Pro hospic je spolupráce s rodinou důležitá a neodmyslitelná. V ostatních zdravotnických zařízeních podobná možnost chybí a velmi často také není zvládnuta problematika bolesti.

Dle mého názoru není péče o umírající v České republice dostačující. Historie hospiců je v České republice poměrně krátká a i informovanost o možnostech této péče je stále velmi malá a smrt je stále tabuizována. Bohužel i přesto, že u nás již existuje řada hospiců a některé se projektují či budují, bude hospic jako lůžkové zdravotnické zařízení sloužit stále jen menší části indikovaných pacientů. Totéž platí i o domácí hospicové péči.

Do budoucnosti je proto nutné připravovat personál nemocnic a jiných zdravotnických zařízení na konfrontaci se smrtí pacientů, vhodné by také bylo zavést thanatologii jako povinný předmět a to nejen na medicíně. Dále je nutné zavést principy paliativní a hospicové péče i do ostatních zdravotnických zařízení, vytvořit vhodný legislativní rámec pro financování hospicové péče a zabezpečit dostatečnou informovanost obyvatelstva o možnostech této péče, která má tři základní formy: domácí hospicovou péči, lůžkové zařízení nebo péči ve stacionáři.

Celkově by se mělo o smrti začít více mluvit a mělo by být poskytováno mnohem více informací, aby smrt přestala býti tabuizována. Lidé by měli začít přemýšlet o vlastní smrti, aby si uvědomili že i oni budou jednou staří a bezmocní a budou odkázaní na pomoc druhých. A tím, že bude rozšiřována myšlenka hospicového hnutí a bude se zlepšovat péče o staré a umírající lidi, uděláme vlastně i my, něco pro sebe a svou budoucnost.

Cílem práce bylo shrnout problematiku smrti a umírání do jednoho celku a představit hospicovou péči v jiném světle, než se jeví laické veřejnosti. Snažila jsem se vystihnout podstatu hospicové péče a seznámit s pojmy jako je thanatologie a paliativní péče. Práce je strukturována do tří kapitol, podle logické posloupnosti. Pro pochopení hospicové péče jsem považovala za důležité věnovat samostatnou kapitolu právě thanatologii a paliativní péči, která je jedním z hlavních pilířů péče hospicové. Domnívám se, že cíl práce byl splněn.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### MONOGRAFIE

1. BLUMENTHAL – BARBY, K. et al. *Kapitoly z thanatologie*. Praha : Avicenum, 1987. ISBN 08-052-87
2. BYOCK, I. *Dobré umírání: Možnosti pokojného konce života*. Praha : Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-794-9
3. ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha : Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7
4. GRAUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice : JU ZF České Budějovice, 1993. ISBN 80-7040-286-5
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha : Galén, 1994. ISBN 80-85824-03-05
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7
7. HENNZEL, de M. *Smrt zblízka, umírající nás učí žít*. Praha : Etc Publishing, 1997. ISBN 80-86006-15-8
8. JAKOBY, B. *Tajemství umírání*. Liberec : Dialog, 2005. ISBN 80-86271-42-8
9. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. et al. *Geriatric a Gerontologie*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0
11. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál , 2003. ISBN 80-7178-549-0



12. MECHTHILD, S., HURLING, E. et al. *Die Pflege des Menschen im Alter*. Honnover : Brigitte Kunz Verlag, 2003. ISBN 3-87706-982-7
13. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I.: Smrt a umírání*. Brno : Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-1610-8
14. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0
15. NOVOTNÝ, M., STARÁ, I. et al. *Dobrovolníci v nemocnicích: Specifika práce dobrovolníků v hospici*. 2. aktualiz. vyd. Praha : 2002. ISBN 80-238-8697-5
16. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4
17. PACOVKŠÝ, V. *Geriatricie*. Praha : Scientia Medic, 1994. ISBN 80-85526-32-8
18. PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3
19. SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*. Praha : Společnost všeobecného lékařství, 2005. ISBN 80-86998-03-7
20. STUDENT, CH. J., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha : H&H Vyšehradská, s. r. o., 2006. ISBN 80-7319-059-1
21. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. rozšíř. vyd. Praha : Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5
22. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J., DYTRYCHOVÁ, D. et al. *Naše hospice*. Praha : Občanské sdružení SPHP za podpory MZČR.
23. ŠRAJER, J., RYNEŠOVÁ, M., FELDMANN, V. *Život z víry: překlad 2 dílu katolického katechismu pro dospělé*. České Budějovice : Teologická fakulta Jihočeské univerzity, 2005. ISBN 80-7040-809-X

24. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8

25. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. et al. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7

## **ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY**

1. FILEC, V. [online]. *Hospicová péče v české republice*, [cit. 2007-05-01]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospiccr.html> >

2. Hospice [online]. *Co je hospic?* [cit. 2007-04-24]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/hospic.html> >

Hospice [online]. *Co je paliativní péče, léčba a medicína?*. [cit. 2007-04-11] Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>>

3. Hospice [online]. *Slovníček* [cit. 2007-04-11]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>>

4. Hospice Anežky České [online]. *Souhrnné informace o zařízení*. [cit. 2007-04-24]. Dostupné na WWW: <[http://www.hospic.cz/souhrn\\_info\\_o\\_hac.doc](http://www.hospic.cz/souhrn_info_o_hac.doc) >

5. Hospic sv. Jana N. Neumanna. [online]. *Zakladatelka moderního hospicového hnutí*. [cit. 2007-04-26]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospicpt.cz/?middle=zakladatelka&m=4> >

6. Hospic sv. Lazara. [online]. *Poslání a cíle*. [cit. 2007-05-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.hsl.cz/cs/index.php?stranka=1&podstranka=0>>

7. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče* [online]. Praha [cit. 2007-04-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>

8. Nezávírejte oči [online]. *Jak se stát dobrovolníkem hospice?* [cit. 2007-05-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.nezavirejteoci.cz/index.php?cmd=page&id=105>>

9. Osobní asistence [online]. *Hospicová péče: O hospicích a umírání*. poslední aktualizace 10. 02. 2007 [cit. 2007-04-25]. Dostupné na WWW:

<<http://www.osobniasistence.cz/hospic2.php>>

10. Umírání.cz [online]. *Informační a diskusní portál*. [cit. 2007-04-16] Dostupné na WWW:

<<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=209> >

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha I.** Žádost o přijetí klienta – Hospic sv. Jana Neumanna
- Příloha II.** Svobodný informovaný souhlas pacienta
- Příloha III.** Tabulka – Podpora rodiny v paliativní péči
- Příloha IV.** Vstupní test pro zájemce o dobrovolnou spolupráci
- Příloha V.** Smlouva o dobrovolné spolupráci
- Příloha VI.** Souhlas s výkonem dobrovolné činnosti
- Příloha VII.** Mlčenlivost

## PŘÍLOHY

## Příloha I.

## Žádost o přijetí klienta



<b>Jméno a příjmení klienta (titul):</b>	
Rodné číslo:	Zdravotní pojišťovna:
Stav:	Povolání (i dřívější):
Adresa trvalého bydliště:	
PSČ:	
Tel.:	
Adresa nynějšího pobytu klienta:	
Tel. spojení nyní:	
<b>Nejbližší osoba klienta</b> (příbuzná nebo jiná osoba, kterou určil klient, pokud byl k tomu způsobilý):	
Jméno a příjmení:	Vztah:
Adresa:	
Tel. ve dne:	Tel. večer a v noci:
<b>Kdo převezme péči o klienta</b> v případě jeho eventuelního propuštění (není-li shodná s nejbližší osobou):	
Jméno a příjmení:	Vztah:
Adresa:	Tel.:

<b>Odesílající lékař:</b>	<b>Praktický lékař</b> (u něhož je pacient registrován):
Jméno:	Jméno:
Adresa:	Adresa:
Tel.:	Tel.:
<b>Diagnózy</b> – uveďte priority podle závažnosti příznaků a přiložte <b>propouštěcí zprávu</b> :	
Trpí pacient bolestí? - Pokud ano, popište dosavadní terapii a její účinnost:	

Známé alergie:

Kuřák: ano  ne

Dieta:

**Jaké léky klient v současné době užívá?** (vypište přesně, včetně dávkování):

**Nachází se pacient v preterminálním nebo terminálním stádiu onemocnění a jakého?** (popište stav)

**Nutná ošetrovatelská péče** (z hlediska zdravotního postižení a omezení):

Vážné postižení kůže (proleženiny, bércové vředy, ekzémy apod.):

Kde a v jakém stavu?

Schopnost chůze: ano  částečně (s dopomocí)  ne

Potřeba dopomoci při: jídle  hygieně  oblékání  jiné:

Používá pomůcky: berle  invalidní vozík  jiné-které:

Inkontinence: **moč** ano  ne  **stolice** ano  ne

**Co od pobytu v hospici očekává:**

**Odesíl. lékař**

**Klient**

**Rodina**

Paliativní (tišící bolest) péči:

ano – ne

ano – ne

ano – ne

Léčbu bolesti:

ano – ne

ano – ne

ano – ne

Léčbu jiných symptomů (příznaků nemoci),  
upřesněte kterých:

ano – ne

ano – ne

ano – ne

Další očekávání:

<b>Co bylo řečeno klientovi o jeho diagnóze a prognóze?</b>
<b>Nakolik je o stavu klienta informována rodina? Co bylo řečeno rodině o prognóze?</b>
<b>Chce klient o své situaci mluvit (alespoň občas)?</b>
<b>Klient má příplatek k důchodu na „bezmocnost“:</b> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
O „bezmocnost“ zažádáno dne:
<b>Zájem o ubytování doprovázející osoby na pokoji s klientem:</b> ano <input type="checkbox"/> v době od                    do                    , jinak:                    ne <input type="checkbox"/>
<b>Další poznámky:</b>
<b>„Svobodný informovaný souhlas pacienta“ přikládám</b> (je podmínkou přijetí). ( V případě, že pacient není způsobilý se podepsat, podepíše souhlas nejbližší osoba)

V ..... dne:

.....

razítko a podpis lékaře

Žádost doručte na adresu:

Hospic sv. Jana N. Neumanna

Neumannova 144

383 01 Prachatice

**tel.: 388 311 726**

e-mail: info@hospicpt.cz

**Příloha II.****Svobodný informovaný souhlas pacienta**

Vážená paní, vážený pane,

člověk jako svobodný jedinec má nezadatelné právo na rozhodování o sobě i v otázkách tak citlivých, jako je vlastní zdraví. Aby se mohl správně rozhodnout, má mít potřebné znalosti. Proto se na Vás obracíme s následující informací.

Čím více toho o nemocném víme, tím více pro něho můžeme udělat. Proto prosíme Vašeho ošetřujícího lékaře o vyplnění údajů v „Žádosti o přijetí“. Její součástí je i písemný svobodný a informovaný souhlas pacienta. „Svobodný“ znamená, že si sám nemocný přeje hospic, „informovaný“ znamená, že nemocný ví, co hospic je a co není. Nechápejte to, prosím, jako pouhou formalitu.

Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného. A naopak ordinuje takovou léčbu, která ulevuje od bolesti a kvalitu života nemocného zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující.

<p><b><u>SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA</u></b></p>
--

<p>Příloha k „Žádosti o přijetí do Hospice sv. Jana N. Neumanna“</p>
--

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ: .....

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom/a toho, že cílem hospicové péče je zachování kvality života i v tomto těžkém období mé nemoci a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou kvalitu života zlepšit.

V ..... dne .....

.....

Podpis pacienta



## Příloha III. Podpora rodiny v paliativní péči

<i>Potřeby rodiny</i>	<i>Intervence</i>
<b>pohoda (komfort) pacienta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- edukujte o hodnocení a léčbě bolesti (druhy bolesti, podávání analgetik, informace o způsobech zajištění pohody, informace o progresi onemocnění)</li> <li>- posuďte stupeň komfortu a spolu s rodinou stanovte ošetrovatelský plán</li> <li>- využívejte edukačních nástrojů (deník komfortu pacienta, demonstrace, video)</li> <li>- umožněte rodině v případě potřeby konzultace (při hospitalizaci i doma)</li> </ul>
<b>informovanost rodiny</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- naučte příbuzné, kdy mají požádat o pomoc</li> <li>- poskytněte dostatek informací srozumitelnou formou, doplňujte je písemnými materiály</li> <li>- informujte o nemoci, způsobu léčby a změnách ve stavu pacienta</li> <li>- umožněte nepřetržitý přístup k informacím</li> <li>- využívejte metodu rodinné konference, aby mohli příbuzní navzájem sdílet informace</li> <li>- informujte o různých možnostech péče</li> </ul>
<b>emocionální podpora rodiny</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informujte o příznacích blížící se smrti</li> <li>- pomáhejte rodinám najít způsoby, jak se vyrovnat s těžkou situací (např. nesnažit se všechno vyřešit najednou, ale brát život den po dni, využívat sociální oporu, hledat informace, které rozptýlí nejistotu)</li> <li>- pomáhejte rodinám nalézat pozitiva v pečovatelské roli</li> <li>- pomáhejte členům rodiny nacházet způsoby, jak mohou pečovat sami o sebe a zabránit vyčerpání</li> <li>- uznávejte důležitost emocionálních potřeb členů rodiny</li> </ul>
<b>praktická pomoc rodině</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doporučte péči specialisty a ukažte další možné zdroje podpory</li> <li>- pomozte rodině identifikovat, v čem potřebují praktickou pomoc</li> <li>- včas identifikujte potřebu odlehčovací péče</li> <li>- poskytněte praktickou pomoc při péči o pacienta (např. koupání, monitorování)</li> <li>- poskytněte informace o možnostech podpory (např. finanční, převoz pacienta)</li> </ul>

**Příloha IV.**VSTUPNÍ TEST PRO ZÁJEMCE O DOBROVOLNOU SPOLUPRÁCI

JMÉNO, PŘIJÍMENÍ: .....

ROK NAROZENÍ: .....

DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ: .....

NYNĚJŠÍ ZAMĚSTNÁNÍ: .....

KONTAKTNÍ ADRESA A TEL.: .....

- 1) Na co se do hospice těšíte?
  
- 2) Čeho se v hospici nejvíce obáváte?
  
- 3) Čí smrt se vás nejvíce dotkala? Co bylo nejtěžší?
  
- 4) Vymyslete heslo pro vstupní areál hospice.
  
- 5) Co považujete za největší úspěch ve svém dosavadním životě?
  
- 6) Co považujete naopak za neúspěch?
  
- 7) Co je to smrt?
  
- 8) Doprovázel/a jste již umírajícího člověka? Co to pro vás znamenalo?

9) Co cítíte při přemýšlení o smrti?

10) Co je na smrti nejhorší?

11) Co může být na umírání dobrého?

12) Co především potřebuje umírající od druhého člověka? Co z toho vyplývá pro vás?

13) Které z vlastních předností pokládáte za osobní dispozice pro tuto práci?

14) Které nedostatky přiznáváte a kterých se obáváte? (předpokládáte, že by Vám v hospici mohli dělat těžkosti)

15) Proč chcete pracovat v hospici a co od této práce očekáváte?

**Příloha V.**

## **Smlouva o dobrovolné spolupráci uzavřená mezi**

### **HOSPICEM SV. LAZARA PLZEŇ**

Zastoupená: **Ing. Jakubem Forejtem**

**Adresa:** Sladkovského 66, Plzeň 326 00

**IČO:** 66361508

**Telefon:** 377431381-3

**E-mail:** hospic@hsl.cz

a

### **DOBROVOLNÍKEM**

**Jméno, příjmení:**

**Datum narození:**

**Trvalé bydliště:**

**Přechodné bydliště:**

**Telefon:**

**E-mail:**

## **I.**

### **Účel smlouvy:**

- účelem smlouvy se úprava práv a povinností mezi organizací a dobrovolníkem.
- tato smlouva se uzavírá podle § 724 občanského zákoníka č. 40/1964 Sb. v platném znění

## **II.**

### **Ustanovení týkající se dobrovolníka:**

Dobrovolník bude vykonávat svou činnost v HSL

Dobrovolnickou činnost se zavazuje vykonávat osobně v období

od .....do ..... v rozsahu.....

**III.****Práva a povinnosti dobrovolníka:**

- a) Zavazuje se, že svou dobrovolnickou činnost v HSL bude vykonávat podle svých znalostí a schopností.
- b) Bude respektovat klienta (pacienta) HSL bez ohledu na jeho rasu, pohlaví, politické nebo náboženské přesvědčení, zdravotní nebo sociální handicap, sexuální orientaci a společenské postavení.
- c) Při plánování konkrétní činnosti s klientem bude respektovat jeho momentální zdravotní a psychický stav, jenž je vždy na prvním místě.
- d) Bude respektovat pokyny koordinátora či členů ošetřujícího personálu.
- e) Zachovává důvěrnost (mlčenlivost) ohledně informací získaných od klienta a svou činností v HSL. Případné problémy, které nastanou při výkonu dobrovolnické práce bude konzultovat s určeným zaměstnancem HSL.
- f) Bude se zapisovat v recepci HSL a bude nosit označení „dobrovolník“.
- g) Bude se účastnit setkání dobrovolníků a supervizních setkání v době svého působení v HSL.
- h) Svou činnost vykonává bezplatně a bez nároku na finanční odměnu.
- i) V žádném případě nezastupuje zdravotnický personál v ošetřování a manipulaci s klientem. Nemá přístup ke zdravotním záznamům klienta, nemá právo podávat informace ohledně zdravotního záznamů klienta, nemanipuluje s léky ani s jiným zdravotnickým materiálem a přístroji.
- j) Bere na vědomí, že funkci dobrovolníka vykonává bezplatně, protože nevstupuje s HSL do právního vztahu, z něhož by vyplývala HSL povinnost hradit dobrovolníkovi úhradu za škodu vzniklou během dobrovolnické činnosti v HSL.
- k) Je povinen se zaregistrovat u spolupracující organizace – Regionální dobrovolnické centrum Totem, které mu zprostředkuje pojištění pro případ zodpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s výkonem dobrovolné činnosti.
- l) V případě, že se nemůže dostavit v dohodnutý čas do HSL, tuto skutečnost oznámí koordinátorovi.
- m) Zavazuje se oznámit změnu svých kontaktních adres a telefonického spojení.
- n) Dobrovolník svým podpisem stvrzuje, že netrpí žádnou přenosnou chorobou a že jeho zdravotní stav není v rozporu s vykonáváním dobrovolnické činnosti ve zdravotnickém zařízení.

- o) Dobrovolník si je vědom, že porušení některého z bodů této dohody může být důvodem k jeho uvolnění z programu.
- p) Dobrovolník souhlasí s tím, že jím poskytnuté osobní údaje organizace použije pro vnitřní potřebu (statistické a evidenční účely) eventuálně je poskytne Regionálnímu dobrovolnickému centru Totem.

#### IV.

##### **Ustanovení týkající se organizace:**

- a) Organizace je povinna zajistit dobrovolníkovi koordinátora, který je i kontaktní osobou a vede setkání dobrovolníků případně i supervizi.
- b) Organizace je povinna seznámit každého dobrovolníka s právy a povinnostmi, které s výkonem dobrovolnické práce souvisejí.
- c) Koordinátor vede, organizuje a kontroluje činnost dobrovolníků – zadává práci, její rozsah, termín dokončení a vykonanou práci od dobrovolníka přebírá.

#### V.

##### **Společná ustanovení:**

- a) Smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech. Každá smluvní strana obdrží jeden.
- b) Smlouva se uzavírá do.....
- c) Platnost smlouvy končí uplynutím sjednané doby, nebo na základě písemné výpovědi jedné ze smluvních stran. Výpovědní lhůta je 7 dní.
- d) Případné změny smlouvy jsou možné na základě projednání a souhlasu obou smluvních stran.

V Plzni dne.....

.....  
zástupce HSL

.....  
dobrovolník

**Příloha VI.****Souhlas s výkonem dobrovolné činnosti**

/součást „Smlouvy o dobrovolné spolupráci“/

Zákonný zástupce dobrovolníka - .....jenž má zájem vykonávat dobrovolnickou činnost v našem zařízení - Hospic sv. Lazara v Plzni, dává tímto souhlas k výkonu dobrovolnické činnosti dle zák. č. 192/02 SB. § 7 odstavec 4 a to za podmínek stanovených touto smlouvou.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Trvale bytem:

Číslo OP:

Telefon:

Podpis:

**Příloha VII.****MLČENLIVOST**

*v rámci projektu Dobrovolnictví v nemocnicích (dále jen program)*

**Dobrovolník:** .....

Se zavazuje:

- Zachovávat úplnou mlčenlivost o všech informacích, se kterými přijde během své dobrovolné činnosti do styku. Jde především o tyto informace:
  - **Všechny informace týkající se klientů** (jejich osobních údajů, zdravotního stavu, majetkových poměrů atd.)
  - **Informace týkající se ostatních dobrovolníků** a to především informace získané ze supervizních setkání.
- **Neposkytovat sdělovacím prostředkům žádné informace o „programu“** bez dohody s koordinátorem, s výjimkou obecných informací o jeho cílech. V případě zájmů medií odkázat na koordinátora.
- **Neposkytovat sdělovacím prostředkům žádné informace o organizaci**, ve které bude vykonávat dobrovolnou činnost bez dohody s kontaktní osobou této organizace.
- Mlčenlivost se nevztahuje na poskytování **obecných informací o programu a organizaci**. Jde především o informace o cílech a poslání programu a organizace.

Bere na vědomí:

- Že je touto mlčenlivostí vázán vůči všem dalším organizacím a osobám. Výjimku tvoří situace, kdy je každému občanu uložena ze zákona oznamovací povinnost. V takovém případě je doporučena konzultace s koordinátorem.
- Že mlčenlivost nezaniká ukončením účasti dobrovolníka v „programu“, ani ukončením „programu“.



- Že pouze koordinátor může rozhodnout o tom, která informace může být uvolněna a komu poskytnuta. Při použití informací je třeba dbát zvýšené ochrany klientů – používat pouze statistické údaje, bez osobních dat, změna pohlaví atd.
- Že porušení výše uvedených zásad může být důvodem k ukončení.

V Plzni, dne : .....

Podpis: .....

## ABSTRAKT

GRILLOVÁ, D. *Problematika umírání a hospicové péče*. České Budějovice 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie.

Vedoucí práce L. Motlová

**Klíčové pojmy:** thanatologie, umírání, smrt, paliativní péče, eutanazie, hospicová péče

Práce se zabývá problematikou umírání, smrti a péčí o lidi v poslední fázi života, o lidi umírající. První kapitola pojednává o vědě, která se zabývá všemi fenomény, které jsou se smrtí spojeny. Popisuje jednotlivé fáze procesu umírání, představuje jednotlivé modely umírání a přibližuje postavení dnešní společnosti ke smrti. Druhá kapitola představuje paliativní péči, která je hlavním pilířem péče hospicové a popisuje jednotlivá období, kterými člověk před smrtí prochází. Dále nastiňuje problematiku eutanazie v protikladu s možností využití paliativní péče. Třetí a nejrozsáhlejší kapitola pojednává o hospicové péči, její historii, formách a financování. Mapuje vznik hospiců v České republice a i některé z nich představuje. Zaměřuje se také na význam dobrovolníků a sociálních pracovníků v hospici, na doprovázení, komunikaci a péči o rodinu.

## **ABSTRACT**

The problems involved dying and hospice care

**Key terms:** thanatologie, dying, death, palliative care, euthanasia, hospice care

The work is focused upon broad issues concerning dying, death and care of individuals in last stages of life - the dying people. The first section denotes science which concerns itself with all death related phenomenons. It describes individual phases of the dying process, introduces several models of dying and touches the subject of today society's approach towards death. The second part introduces palliative care which is the mainstream in hospice care homes. It also describes several stages which humans go through before the actual death. Hereafter it handels the euthanasia issue in contrast with the possibility of palliative care. The third and most extended chapter is focused on hospice care, it's history, forms and funding. It surveys formations of hospices in The Czech Republic and introduces some of these. It also disserts upon the importance of volunteers and social workers in these facilities, and handels family care and communications.