

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Specifika péče o terminálně nemocné**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
**Mgr. Halka Prášilová, Ph.D.**

**Vypracoval:**  
**Petra Nestrojilová**

**Brno 2011**

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Specifika péče o terminálně nemocné“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Brno 9. 2. 2011

.....

Petra Nestrojilová

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Halce Prášilové, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat svému manželovi Jiřímu za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Petra Nestrojilová

# OBSAH

<b>Úvod</b>	<b>2</b>
<b>1 Umírání a smrt</b>	<b>4</b>
1.1 Smysl utrpení	5
1.2 Postoje k umírání a smrti v minulosti a současnosti	6
1.3 Prožívání těžké nemoci a umírání	8
1.4 Možnosti finanční podpory pro pacienty a jejich blízké	11
<b>2 Paliativní medicína, paliativní péče</b>	<b>13</b>
2.1 Etické problémy paliativní medicíny	16
2.2 Struktura a proces péče	16
2.3 Specifické aspekty péče o umírajícího pacienta	17
2.4 Role sociálního pracovníka v oblasti paliativní péče	18
<b>3 Hospic</b>	<b>20</b>
3.1 Historie a vývoj hospicového hnutí	20
3.2 Hospice v ČR	21
3.3 Legislativní zakotvení hospiců	24
<b>4 Péče o pracovníky pomáhajících profesí</b>	<b>25</b>
4.1 Syndrom vyhoření	25
4.2 Prevence a léčba burn-out syndromu	26
4.3 Zásady duševní hygieny pro profesionály pracující s lidmi	28
<b>5 Zamyšlení nad problematikou eutanazie</b>	<b>29</b>
<b>6 Empirická část – průzkum a výběr průzkumné metody</b>	<b>32</b>
6.1 Průzkumný cíl	32
6.2 Sběr dat a metoda získávání dat	33
6.3 Účastníci a prostředí průzkumu	34
6.4 Případová studie	37
6.5 Analýza vlastního průzkumu	52
<b>Závěr</b>	<b>58</b>
<b>Resumé</b>	<b>60</b>
<b>Anotace</b>	<b>61</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	<b>63</b>
<b>Přílohy</b>	<b>65</b>

## ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma, které se týká velmi citlivé oblasti lidského života. V teoretické části se věnuji problematice smrti a umírání, zamýšlím se nad smyslem utrpení. Mým cílem je přiblížit a vyzdvihnout potřebnost paliativní péče v naší společnosti, jaká byla její historie a jaká je stávající situace. Zdůrazňuji význam hospice pro nevyлéčitelně nemocného či umírajícího člověka, přibližuji prostředí, ve kterém pacienti pobývají.

V empirické části práce je mým hlavním záměrem zjistit, zda hospicová péče plní, v rámci svých možností, své stěžejní cíle. Dále bych ráda přiblížila svá zjištění týkající se toho, jak hodnotí pacienti práci personálu hospice, speciálně řádových sester v porovnání s péčí běžných zdravotních sester, jaký je jejich přínos z pohledu pacientů.

Toto téma jsem si zvolila z jednoho zásadního důvodu - v loňském roce mi zemřela babička a vzhledem k její diagnóze jsme přemýšleli a různě sháněli informace o našich možnostech, jak jí pomoci co nejdůstojněji dožít svoje dny. Svoje zjištění a poznatky z tohoto období jsem uplatnila při zpracování mé práce. Celá tato smutná událost mne donutila se zamyslet nad smrtí, umíráním, připomněla mi fakt, že každému z nás je vyměřen na tomto světě jen určitý čas, který bychom měli pokud možno smysluplně využít.

Smrt blízkého člověka nás vždy zraňuje a v pozadí je myšlenka, jestli jsme pro něj nemohli udělat mnohem víc, aby jeho těžké chvíle ještě nebyly umocněny pocity zklamání a osamění.

Při psaní své práce jsem si zároveň uvědomila, jak málo jsme měli jako rodina informací o celé problematice, protože bylo v našem životě vše, co se týče smrti spíše tabuizováno. Pak už jen s velkou bolestí v srdci a bez základních znalostí potřeb těžce nemocného, hledáme a pátráme, jak zvládat nesnadnou situaci, protože přesně nevíme, kolik času našemu nejbližšímu ještě zbývá.

Většina z nás se bojí smrti a umírání, proto by pro každého nevyлéčitelně nemocného mělo být někde v dáli světlo, že i v přicházejících dnech bude kolem něj spousta empatie, lidského přístupu a účinných forem pomoci, které mu umožní důstojně dožít. Je obrovským přínosem oproti minulým letům, že se stále více rozvíjejí aktivity ve jménu „dobrého umírání“ a budují zařízení, kde terminálně nemocní lidé mohou

ze života odcházet důstojným způsobem, že jim můžeme být neustále na blízku, být jim oporou a hlavně jistotou, že na své poslední cestě nebudou „sami“.

Kdybychom existovali časově neomezeně – nekonečně – bylo by na vše dostatek času. To, co bychom chtěli či měli udělat, mohli bychom udělat zítra, pozítří, popozítří... Mohli bychom to odkládat do nekonečna. Kdyby byl náš život sledem nekonečně dlouhé řady dní, málo bychom si vážili vzácných chvil, které v životě přicházejí – ať je to chvíle prvního zamilování a první lásky nebo chvíle „kouzelného věku“ našich malých dětí, chvíle přátelských setkání, vrcholného radostného zážitku, atp.<sup>1</sup>

V poslední době je stále více medializován problém eutanázie, který je s tématem mé práce těsně spjat. Je uváděna spousta článků a různých publikací, ale jen stěží můžeme sami za sebe říci, jaké je nejlepší řešení. Je nesmírně těžké říci, do jaké míry bychom byli jako rodina názorově jednotní v případě mé babičky. Na jedné straně vidíme milovaného člověka v bolestech, trpícího a na druhé straně všechny připomínky z řad odborníků i laické veřejnosti s případy jejího zneužití. Nic nemůže být prohlášeno za špatné, nebo odsouzeníhodné, protože umírání je věcí každého jednoho člověka, záleží jen na něm, jak se ke smrti své a svých blízkých postaví.

Neopomenuta musí být i péče o ty, kteří o terminálně nemocné pacienty pečují. Nikdo z nás jistě nepochybuje o tom, že práce s těmito pacienty je nejen fyzicky, ale i psychicky velmi náročná. Musíme v této souvislosti zmínit i možnost vzniku a rozvoje syndromu vyhoření. Je třeba se zaměřit na prevenci v podobě důsledné duševní hygieny, ale i kvalitní přípravu na specifika práce s umírajícími.

Vždyť péče o psychický stav pacienta se netýká jen toho, co děláme. Týká se, a to především – i naší osobnosti. Uklidnit může jen ten, kdo sám je klidný. Posílit může jen ten, kdo sám je silný. Ukazuje se, že velikou pomocí lidem v nejtěžších životních situacích jsou lidé s vysokou mírou právě této vnitřní síly.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S.. Poslední úsek cesty, s. 7

<sup>2</sup> Křivohlavý J.. Křesťanská péče o nemocné, s. 87

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Umírání a smrt

Umírání je období, které předchází vlastní smrti člověka. Každý z nás je člověkem smrtelným. Zemřeme všichni bez rozdílu, na nemoc či zahyneme tragicky. Moudří lidé tvrdí, že důležitá je snaha o dobré umírání.

Člověk v tomto období uvádá jako kytka, ustávají jeho životní funkce. Může se jednat o hodiny, dny, týdny, měsíce ale i roky.

Umírání člověka je jedinečné, každý z nás jde vstříc blížící se smrti svým vlastním způsobem. Cesta umírání je pro každého člověka jiná, liší se od všech ostatních. Důležitou roli zde hrají okolnosti jako např. v jakých žijeme mezilidských vztazích, jakou má umírající povahu, druh onemocnění apod.

Každé umírání znamená loučení. Loučení se vším, co měl člověk rád, se všemi, které měl rád.<sup>3</sup> Je to období smutku, strachu, beznaděje a bolesti. Je to doba, ve které se člověk odpoutává ode všeho, co se děje venku, a obrací se dovnitř.

Smrt, úmrtí, skon, latinsky exitus, je (z biologického a lékařského hlediska) zastavení životních funkcí v organismu spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je tedy stav organismu po ukončení života, úplná a trvalá ztráta vědomí. Smrt nelze zaměňovat s umíráním, neboť umírání je jedna z fází života organismu. Smrt nastává u každého živého organismu v jiném věku a ve většině případů ji nelze dopředu přesně určit.<sup>4</sup>

Strach ze smrti má většina z nás. Obavy ze smrti můžeme překvapivě nalézt i v Bibli, ve vyjádření samotného Ježíše Krista: „.....*Přepadla ho hrůza a úzkost. A řekl jim: „Má duše je smutná až k smrti. Zůstaňte zde a bděte!“ Poodešel od nich, padl na zem a modlil se, aby ho, je-li to možné, minula tato hodina.*“<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 24

<sup>4</sup> zdroj: <http://www.cs.wikipedia.org/wiki/smrt>

<sup>5</sup> srov. Bible. Evangelium podle Marka, verš 33-35, s. 56

## Smrt z právního hlediska

V české legislativě je smrt definována pouze v zákoně 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), §2 e):

*„ Pro účely tohoto zákona se rozumí smrtí nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene „*

§ 10, odstavec téhož zákona pak dále stanovuje, že:

*Smrt (§ 2 písm. e)) se zjišťuje prokázáním:*

- 1. nevratné zástavy krevního oběhu*
- 2. nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle (dále je „smrt mozku“)<sup>6</sup>*

### 1.1 Smysl utrpení

*„Nic v tomto světě není trvalé. Ani naše utrpení.“*

*Charlie Chaplin*

Obecně se soudí, že utrpení mívá vyšší morální či duchovní rozměr. Náboženství nás učí, že utrpením je odčiněn hřích, nebo je branou k zajištění blaženosti někdy v budoucnu. Moje přesvědčení je takové, že každá bolest a utrpení nás vrací k zamyšlení jak krásné je každodenně se radovat z obyčejných věcí. Vrací nás k úctě k našemu životu a nejvyšší hodnotě – zdraví, což není samozřejmost. Nemůžeme penězi ani zlatem vyvážit cenu našeho zdraví či našich nejbližších.

Mnohdy nás právě utrpení „posune“ k nějaké změně, např. přehodnocení žebříčku hodnot, odloučení od víry, zvýšená empatie apod.

Má-li život vůbec nějaký smysl, pak jej musí mít i utrpení. Protože utrpení k životu jaksi náleží – právě tak, jako k němu náleží osudovost a smrt. Nouze a smrt teprve tvoří z lidského života celek.<sup>7</sup>

Jisté je, že sdělená bolest je poloviční bolest, a proto drtivá většina strádajících vítá laickou psychickou i odbornou psychologickou pomoc a někteří i pastorační péči.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> zdroj: <http://cs.wikipedia.org/wiki/smrt>

<sup>7</sup> Munzarová, M.. Zdravotnická etika od A do Z, s. 77

<sup>8</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 172



## 1.2 Postoje k umírání a smrti v minulosti a současnosti

Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána také smrt. Faktum konečnosti si lidé uvědomovali vždycky. V dávných dobách byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. Mnohokrát bylo doloženo, že se lidé v minulosti dožívali jen nízkého, nebo relativně nízkého věku. Vysoká kojenecká a dětská úmrtnost, neléčitelné infekce, zranění a špatná výživa snižovaly reálné šance dožít se dospělosti. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez pomoci. Pouze bohatí lidé měli jistý materiální komfort a asistenci blízkých osob, kněze a lékaře. V každém případě však bylo umírání relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Velmi lapidárně lze říci, že lidé krátce stonali a rychle umírali. Vyrovnání se se ztrátou blízkých probíhalo v intencích determinismu „Bůh dal, Bůh vzal“.

Představa o tom, jak vypadala v minulosti péče o umírající, bývá výrazně idealizována, a to do podoby tzv. domácího modelu umírání. O něm jako o realitě však můžeme hovořit teprve v posledních dvou stoletích. Do té doby byla péče o většinu prostých lidí laická, a často dokonce žádná. Většina lidí přítomnost lékaře postrádala nejen v závěru, ale často i v průběhu života.<sup>9</sup> I ve filmech pro pamětníky můžeme vidět pravidelný rituál - nemocný v předtuše „poslední hodinky“ si svolal svoji rodinu, vyslovil svá přání a rozloučil se s nimi. Usmířil se s blízkými a Bohem. Často byl povolán kněz, který umírajícímu poskytl „poslední pomazání“. Pak většinou klidně čekal na smrt. Po posledním vydechnutí bylo otevřeno okno, aby duše mohla odejít. Bylo omyto tělo, oblečeno do svátečních šatů a vystaveno v pokoji, kde rodina zapálila svíčky. Pohřeb byl vypravován z domu zesnulého.

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Nejprve bylo nutné zajistit, aby každý nemocný a umírající měl čisté lůžko, teplo, jídlo a pití a základní hygienické zázemí. Nemocní byli většinou umístováni do azylových domů (chorobince), později do zdravotnických zařízení (špitály, nemocnice).<sup>10</sup>

Ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních, kteří měli být uchráněni asistence umírání neznámého člověka, vznikla praxe tzv. bílé zástěny – plenty.

---

<sup>9</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 23, 24, 26

<sup>10</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 29

Ta se běžně začala používat a ve 20. letech 20. století a měla umírajícímu zajistit klid a spolupacienty ušetřit pohledů na umírajícího. Plenta je používána dodnes. Moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kterou jsou pro něj, stejně tak jako on pro ně, cizí lidé. Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou zřejmé a jejich společným jmenovatelem je chladná profesionální péče. Ta, která tolika lidem pomohla a kterou nespravedlivě odsuzujeme ve chvílích, kdy přichází smrt.<sup>11</sup>

V naší zemi se pochopitelně stále ještě potýkáme se specifiky postkomunistické společnosti – jsme zvyklí na to, že za nás věci vyřeší stát. Pokud je neřeší, tak hubujeme, neumíme se přát za to, aby bylo lépe, aby to bylo tak, jak bychom si přáli. Je možné v takovémto prostředí vůbec zlepšovat péči o umírající? Určitě ano.

V posledních patnácti letech se podařilo udělat mnoho důležitých kroků:

- Medicína v podobě paliativní péče lépe reflektuje hranice svých možností a zároveň dokáže v jejich rámci stále více.
- V naší zemi vzniklo 12 hospiců, ambulance paliativní péče, několik mobilních hospiců a dalších aktivit, které pomohly důstojně zemřít několika tisícům lidí a zprostředkovat zkušenost s dobrým umíráním jejich blízkým a dalším mnoha desítkám tisíců lidí.
- Byla zřízena specializovaná atestace paliativního lékařství (léčby bolesti) a tuto atestaci již získalo pár desítek lékařů.
- Lékaři se více než dříve seznamují s obecnou a specializovanou paliativní péčí, studují nové metody léčby i komunikace s těžce nemocnými pacienty.
- Do zákona o veřejném zdravotním pojištění se podařilo prosadit možnost úhrady této péče, lůžkové hospice jsou dle tohoto zákona již (bohužel jen z části) hrazeny.
- Média spolupracují daleko lépe a tématu se bojí nesrovnatelně méně než před pár lety.
- Politici o něco více naslouchají, méně pak už konají. Díky internetu a médiím roste informovanost veřejnosti (jenom poradenský a informační portál

---

<sup>11</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 31

www.umirani.cz, který je péči o umírající věnován, denně navštíví bezmála 1000 lidí).

Bohužel stále chybí základní porozumění politiků, kterým další rozvoj péče o umírající leží na bedrech proto, že paliativní péče má mít své jasně definované místo ve zdravotně-sociálním systému.

Neexistuje ucelená představa o systému péče poskytované lidem na konci života tak, aby byla dostupná všem, kteří ji potřebují – ve velikých i malých městech, na vesnici. Nejsou vypracovány metody, jak k tomuto cíli dojít.

Umírá nás ročně přes 100 000, ale paliativní péči dostanou necelá 2 % pacientů. I kdyby hospiců bylo dvojnásob, budou to jen 4 %. Z toho je jasné, že bychom měli věnovat tomuto typu péče více pozorností než dosud, pro inspiraci se podívat do zemí spíše západně od našich hranic a to rozumné k nám přesazovat a šířit.

Samozřejmě je při tom třeba činit fundované finanční rozvahy. Není třeba se bát, že by takový systém byl ve výsledku zásadně dražší. Nebude o moc levnější, ale bude nesrovnatelně kvalitnější.

A taková péče se dotkne naprosté většiny z nás – pokud nezemřeme náhle na infarkt či v autě.<sup>12</sup>

### **1.3 Prožívání těžké nemoci a umírání**

Lidský život neprobíhá vždy jednoduše. Často bývá napadán chorobami, z nichž některé se stávají trvalými společníky dalšího konkrétního lidského osudu.<sup>13</sup>

Udržujeme-li se v jednotě všeho se vším, do níž jsme se v podstatě narodili, pak jsme šťastní, vyladění a povětšinou zdraví. Nemoc je signálem ohrožení či blížící se ztráty přirozené harmonie, jednoty a šťastných pocitů.<sup>14</sup>

Nemoc vždycky rozbíjí dosavadní způsob života, a to i tehdy, kdy je jasné, že charakter nemoci je pouze dočasný, a kdy je reálná naděje, že život bude vrácen do starých kolejí. Je nutné připustit, že každá konkrétní nemoc mění do určité míry psychiku postiženého.

---

<sup>12</sup> <http://www.umirani.cz/res/data/010/001140.pdf>

<sup>13</sup> Haškovcová, H.. Rub života, líc smrti, s. 84

<sup>14</sup> Novotný, P.. Filozofie nemoci, s. 73

Obtížná a zcela zvláštní je situace těch, kteří jsou stíženi chronickou nevyлéčitelnou nemocí. Ve chvíli, kdy je nemocnému sdělena taková diagnóza, nastává zpravidla zlom životních perspektiv.<sup>15</sup>

Umírající pacient musí projít mnoha stádii svého zápasu, než se vyrovná se svou nemocí a nevyhnutelnou smrtí. Po nějaký čas může odmítat špatné zprávy a pokračovat ve své práci „jako kdyby byl stejně zdravý a silný jako dříve“. Může zcela zoufale navštěvovat jednoho doktora za druhým v naději, že jeho diagnóza nebyla správná. Dříve či později se ale bude muset postavit k této kruté skutečnosti čelem, a často může na svoji nemoc reagovat zlostným „proč právě já“.<sup>16</sup>

Na blížíci se smrt reagují lidé různým způsobem. **Elisabeth Kübler-Ross** naznačila pět fází procesu umírání:

1. **Šok** – popírání hrozící nepřijatelné skutečnosti.
2. **Vzpouora** – projevy hněvu a agrese, vzbouření se proti tomu, co se děje.
3. **Vyjednávání** – snaha „smlouvat se životem a smrtí“, slibování a ochota dát vše za uzdravení.
4. **Smutek a deprese** – projevy zármutku, lítosti nad tím, co končí, pláč.
5. **Přijetí** – vyjádření souhlasu s neměnným děním, smíření se s tím, co se děje.<sup>17</sup>

Tyto popsané fáze nemusí vždy probíhat v daném pořadí, mohou se znovu opakovat a ne každý dospěje až do fáze usmíření. Velmi podobnými stavy prochází rovněž rodina a blízcí nemocného. Nemusí být současně ve stejné fázi jako nemocný. Většinou procházejí jednotlivými fázemi v určitém zpoždění.

Fyzické jevy doprovázející umírání jsou obvykle předmětem pozornosti lékařů, tj. těch, kteří nejčastěji stojí u lůžka nemocného. Atria mortis – brány smrti – tak zní lékařský termín pro tři nejdůležitější „brány“, tj. orgány nezbytné pro život: pro činnost srdce, dechu a mozku. Zastavením činnosti kteréhokoliv z nich znamená bezprostřední předzvěst smrti celého organismu. Jak k tomu dochází a kdy k tomu dochází, to závisí do značné míry na situaci pacienta.

---

<sup>15</sup> Haškovcová, H.. Rub života, líc smrti, s. 86

<sup>16</sup> Kübler-Ross, E.. Odpovědi na otázky o smrti a umírání, s. 21

<sup>17</sup> Křivohlavý, J.. Psychologie nemoci, s. 155

Tělesné příznaky blížící se smrti:

1. Nedostatek vzduchu – tzv. kyslíková nouze. Ta budí u pacienta pocity ohrožení, děsu a strachu ze smrti.
2. Bolest, zvláště neunesitelně silná bolest, kterou pozorujeme např. při infarktu myokardu. Ta vede pacienta častokrát k zoufalým pocitům záhuby (fyzického zničení).
3. Zúžené vědomí. Častokrát je možno pozorovat, že předmětem pacientovy mysli „jsou – jen a jen – obavy a strach z blížící se smrti“. <sup>18</sup>

Co mohou na umírajícím pacientovi pozorovat lidé stojící kolem něho?

Nejtypičtější příznaky: vysoká horečka, totální apatie (lhostejnost, netečnost), fantazírování probíhající často při velikém zneklidnění, totální selhání senzomotorické koordinace – projevující se nadměrnou nešikovností, slabost ve všech údech a částech těla, zežloutnutí pokožky, hluboké vyhubnutí, nahromadění vody v dolních končetinách, těžká celková ochablost, vpadlý obličej, zvracení krve, úporná zácpa, dosti nepravidelné dýchání. <sup>19</sup>

Stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována, nazývají odborníci **dystanázii** neboli zadržanou smrtí. Relativní omluvou pro počínání profesionálů je, že nemalá část veřejnosti od nich očekává heroický zápas. <sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Křivohlavý, J.. Křesťanská péče o nemocné, s.77

<sup>19</sup> Křivohlavý J.. Křesťanská péče o nemocné, s. 78

<sup>20</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 33

## Informování nemocného o zdravotním stavu

Nemocný by měl znát pravdu o svém zdravotním stavu, aby se mohl podle toho zařídit a připravit se na věci budoucí. Tzv. milosrdná lež, která se předkládala nemocným jako důsledek toho, že diagnóza byla součástí lékařského tajemství, má však stále své zastánce.

Milosrdná lež, ale ani necitlivě a bez rozmyslu vyřčená pravda nejsou vhodným způsobem sdělování diagnózy. Pravdu je potřeba sdělovat tak, aby nemocného nezdrtila, tedy po malých dávkách a citlivě. Nikdy bychom neměli říci, že je situace beznadějná. Situace je těžká, vážná, ale naději člověku nemůžeme brát. Naopak bychom ji měli umět posilovat. Pokud budu nemocnému "mazat med kolem pusy" a říkat mu nepravdu, nejspíš přijdu o jeho důvěru a on o svou naději. Naději nemocného posiluje má upřímnost, účast a ochota sdílet s ním jeho trápení...<sup>21</sup>

### 1.4 Možnosti finanční podpory pro pacienty a jejich blízké

◆ **Příspěvek na péči** dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- příspěvek na péči je poskytován osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o sebe a při zajištění soběstačnosti,
- příjemce sám rozhoduje o tom, kterým poskytovatelům pomoci příspěvek na péči předá a v jaké výši.

*Kdo může být poskytovatelem pomoci?*

- poskytovatel sociálních služeb zapsaný v registru sociálních služeb <http://iregistr.mpsv.cz> – pečovatelské služby, odlehčovací služby, asistenční služby, domovy seniorů, atd.,
- pečující osoba blízká nebo jiná fyzická osoba, která péči poskytuje (manžel/ka, rodiče, dítě resp. další příbuzní nebo též nepříbuzní, partner/partnerka, přítel),
- je možné využívat a kombinovat pomoc od více poskytovatelů ,
- lůžkový hospic.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> <http://www.umirani.cz/informovani-nemocneho-o.html>

<sup>22</sup> <http://www.umirani.cz/prispevek-na-peci.html>

◆ **Ošetřovné** dle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

Nárok na ošetřovné má zaměstnanec, který nemůže vykonávat v zaměstnání práci z důvodu:

a) ošetřování

1. dítěte mladšího 10 let, pokud toto dítě onemocnělo nebo utrpělo úraz, nebo
2. **jiného člena domácnosti, jehož zdravotní stav z důvodu nemoci nebo úrazu vyžaduje nezbytně ošetřování jinou fyzickou osobou**, nebo členky domácnosti, která porodila, jestliže její stav v době bezprostředně po porodu vyžaduje nezbytně ošetřování jinou fyzickou osobou, nebo

b) péče o dítě mladší 10 let, více na [Portálu veřejné správy](#).

Podmínkou nároku na ošetřovné je, že ošetřovaná osoba žije se zaměstnancem v domácnosti; to neplatí v případě ošetřování nebo péče o dítě mladší 10 let rodičem. Pro splnění podmínky bydlení ve společné domácnosti nemusí mít ošetřující v místě trvalé bydliště, ale důkaz, že fakticky v domácnosti bydlí (tzn. doručená pošta, placení inkasa, účtů, svědectví souseda).<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> <http://www.umirani.cz/osetrovne.html>

## 2 Paliativní medicína, paliativní péče

**Paliativní medicína** je specifická lékařská péče o pacienty v pokročilém stádiu aktivní progredující (pokračující, postupující) nemoci, jejichž prognóza je omezená, přičemž těžiště péče je kvalita života. Jedná se součást paliativní péče.

**Paliativní péče** bývá definována různým způsobem. Definice Světové zdravotnické organizace z let 1990 a 2002: Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.<sup>24</sup> Nejvyšším cílem je dosáhnout, podpořit, zachovat a posílit nejvyšší možnou kvalitu života.

Důležité je rovněž odlišení paliativní a terminální péče, která je časově poslední kvalifikovanou službou umírajícímu. V posledních letech převažuje názor, že paliativní péče má být poskytnuta nejen pravidelně v terminálním stadiu, ale také dříve, je-li to vhodné s ohledem na progresi nemoci. V této souvislosti je třeba věnovat pozornost i skutečnosti, že mnozí nemocní se nacházejí v inkurabilním (nevléčitelném) stavu, ačkoliv jim smrt v bezprostředním časovém horizontu nehrozí. Jedná se o nemocné, kteří sice trpí nevléčitelnou nemocí, ale ta je slučitelná s jejich životem. Má-li ovšem strádající člověk prožívat svůj individuální život kvalitně i ve fázi umírání, musí mu být dopřán komfort bezbolestnosti.<sup>25</sup>

Podle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života je potřeba rozlišovat mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí.

**Obecnou paliativní péčí** rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba symptomů, respekt k pacientově autonomii,

---

<sup>24</sup> <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf>

<sup>25</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 37, 38



zajištěné domácí ošetrovatelské péče, atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

**Specializovaná paliativní péče** je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzdělaní a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování specializované paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu.

### **Základní formy specializované paliativní péče:**

- zařízení mobilní paliativní péče,
- samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči,
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben),
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení,
- specializovaná ambulance paliativní péče,
- denní stacionář paliativní péče,
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, apod.).

Z hlediska prognózy přežití a z toho plynoucích možných cílů léčby lze „paliativní“ pacienty zařadit do jedné z následujících fází:

1. *Fáze kompenzovaného onemocnění* (prognóza přežití v řádu měsíců a někdy i let), kde cílem léčby je co nejdelší udržení stavu kompenzace, udržení co nejvyšší funkční zdatnosti a co nejdelší délky života.
2. *Fáze nevratně progredujícího onemocnění* (prognóza přežití v řádu týdnů a měsíců), kde se často cíl léčby posouvá směrem k udržení co nejvyšší kvality života.
3. *Konečná fáze* (prognóza přežití v řádu několika týdnů, dnů, hodin), kde cílem léčby je důstojné umírání. To znamená minimalizace dyskomfortu,

neprodlužování procesu umírání, maximální respekt k jedinečnosti konce každého lidského života.<sup>26</sup>

V oddělení paliativních služeb smysl pro dotek je součástí hodnoty ošetření. Pracovníci chtějí společně hledat způsoby, jak proměnit v milá gesta bolestné úkony. I když v paliativní péči jsou omezeny jen na nejnnutnější, protože cílem je upřednostnit kvalitu doby, která k životu zbývá, než její trvání, z toho ale nevyplývá, že některé úkony zůstávají nevyhnutelnými. Mimo přechodnou nepříjemnost jsou určeny k tomu, aby nemocnému přinesly skutečnou úlevu. Máme na mysli rehabilitaci pacientů upoutaných na lůžko nebo ochromených, zavádění nosních nebo močových sond, odsávání ucpaného hrtanu u těch, kteří už nemají sílu odkašlávat, digitální vyšetřování konečníku u pacientů trpících zácpou. Zkrátka, všechny tyto úkony jsou pro ošetřující, kteří je musejí provádět, skutečným utrpením, když jde o umírající a zesláblé pacienty, toužící po jediné věci - klidu. Je pochopitelné, že by chtěli nalézt co nejhumánnější a nejšetrnější způsob, jak je provádět.<sup>27</sup>

## **Použití opiátů v paliativní péči**

Paliativní péče pracuje s opiáty pouze tehdy, je-li třeba zvládnout nesnesitelnou bolest. Pokud bolest odezní, lze dávky léků snížit nebo zcela vysadit beze strachu z abstinčních příznaků.

Opiáty aplikované při léčbě bolesti pacientovu psychiku neničí, ale naopak pomáhají k tomu, aby pacient nemusel být vyčerpáván nesnesitelnými bolestmi a mohl komunikovat se svými blízkými. Druh a dávkování opiátů (morfiny) musí určit pouze zkušený lékař - odborník na paliativní péči, při necitlivém přístupu k pacientovi může snadno dojít k předávkování, což se může odrazit v nadměrném tlumení pacienta nebo v narušení jeho psychiky (bludné, paranoidní představy, halucinace, apod.).<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf>

<sup>27</sup> Hennezel, M.. Smrt zblízka, s. 42

<sup>28</sup> <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=3>

## 2.1 Etické problémy paliativní medicíny

V oblasti paliativní medicíny v praxi existují etické problémy, které nejsou v souladu s posláním paliativní péče. Jedná se o **systémovou nespravedlnost**, která představuje různou úroveň péče zvládnání bolesti v různých místech ČR, v různých zdravotnických zařízeních (v hospicích je úroveň péče většinou velmi dobrá, v léčebnách dlouhodobě nemocných často paliativní péči vůbec nezvládají), v některých místech ČR je rovněž velmi špatná dostupnost paliativní péče.

Dalším problémem je **celkové tlumení pacienta**, namísto lokálního řešení bolesti, u pacienta nastupuje stav bezvědomí (sopor, koma), někde se dokonce praktikuje používání celkové paliativní sedace (úplné usnutí, sedace pacienta), s následným vypuštěním podávání výživy a hydratace organismu, následkem dehydratace dochází k úmrtí pacienta, tj. provedení tzv. "technické eutanázie".<sup>29</sup>

## 2.2 Struktura a proces péče

V kompetenci ošetřujícího lékaře a specialisty je jasně pojmenovat a sdělit diagnózu a prognózu, navrhnout další postup a zajistit návaznost péče. V případě potřeby hospicové péče z důvodů fyzických, psychických, sociálních či spirituálních potřeb pacienta a jeho blízkých, které nelze zajistit v dané situaci v domácím prostředí klienta a za podpory dosavadního ošetřujícího lékaře, praktického lékaře a rodiny pacienta, dosavadní ošetřující lékař informuje pacienta a jeho blízké osoby o možnostech komplexní hospicové péče a tuto péči pacientovi doporučí. Zároveň nabídne pacientovi nejvhodnější formu, dle dostupnosti regionálně (domácí hospic, lůžkový hospic). Pokud pacient souhlasí, pak dosavadní ošetřující lékař zajistí indikování této péče ve spolupráci s rodinou pacienta. Pacient nadále zůstává v systému hrazené zdravotní péče.

Pro výběr vhodné péče je možné využít registr poskytovatelů specializované paliativní péče spravovaný Asociací poskytovatelů hospicové a paliativní péče, jenž kromě informací o jednotlivých zařízeních monitoruje aktuální volnou kapacitu jednotlivých zařízení. Povinností každého ošetřujícího lékaře je ale hledat způsoby

---

<sup>29</sup> <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=3>

k zajištění kontinuity péče a tudíž znát formy poskytování paliativní péče ve svém regionu.

Zahájení poskytování péče je možné uskutečnit akutně nebo v průběhu několika dní po osobní návštěvě či telefonické domluvě (s pacientem, s jeho blízkými osobami, s ošetřujícím lékařem), na základě žádosti vyplněné ošetřujícím lékařem. O zahájení poskytování péče rozhoduje poradní tým jednotky specializované paliativní péče po posouzení, zda uchazeč splňuje přijímací kritéria.<sup>30</sup>

### **2.3 Specifické aspekty péče o umírajícího pacienta**

Pacient a členové rodiny by měli být o známkách a symptomech blížící se smrti poučeni způsobem, který odpovídá možnostem jejich chápání, věku a kulturnímu zázemí. Obavy, naděje a očekávání pacienta i jeho rodiny týkající se konce života jsou otevřeně a poctivě pojmenovány a řešeny s ohledem na sociální a kulturní zvyklosti pacienta. Symptomy související s koncem života jsou pravidelně sledovány a dokumentovány a v souladu s preferencemi pacienta a jeho rodiny ošetřovány.

Plán péče musí být pravidelně a pružně revidován tak, aby odpovídal měnícím se potřebám pacienta a rodiny. Pokud během konečné fáze vznikne potřeba intenzivní paliativní péče, poskytovaná péče je této potřebě bezodkladně přizpůsobena. Je třeba společně s rodinou a pacientem vytvořit také plán řešení krizových situací, jež mohou nastat. Je vhodné s rodinou předem domluvit postup v případě úmrtí pacienta a otázku případné pitvy.<sup>31</sup>

Paliativní péče nabízí podporu rodině a dalším blízkým osobám během nemoci pacienta, pomáhá jim připravit se na ztrátu a pokračuje v poskytování podpory v době zármutku, je-li to třeba, i po úmrtí pacienta.

Péče o truchlící pozůstalé je považována za základní a nezbytnou součást paliativní péče.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

<sup>31</sup> <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf>

<sup>32</sup> <http://www.cestadomu.cz/res/data/038/004556.pdf>

## 2.4 Role sociálního pracovníka v oblasti paliativní péče

Sociální práce má v rámci paliativní péče významné místo a spolu s ostatními zúčastněnými profesemi přispívá k řešení problému, které řešit lze, a snad ještě ve větší míře posiluje všechny zúčastněné smířit se se situacemi, které řešit nelze.

Sociální práce nebude mít nikdy dlouhodobě stabilní, jednoznačný obsah, nikdy nebude možné tuto disciplínu vyučovat po několik let stejným způsobem. V tom je obtížnost i výzva.

V současné době je v oblasti paliativní péče sociální pracovník již neodmyslitelnou součástí multidisciplinárního týmu. V paliativní péči je velmi důležitá práce s časem a právě čas rodinní příslušníci potřebují nejvíce. Na druhou stranu jim času příliš mnoho nezbyvá a pracovník také potřebuje rodině citlivě sdělit, že je důležité dobře využít každého dne. Sociální pracovník také může pomoci rodině rozhodovat, které věci jsou zrovna životně důležité, které je nutné řešit hned či které naopak mohou počkat.

U osamocených klientů, kteří mají domácí zvířata, zajišťuje prostřednictvím dobrovolníků či různých spolků péči i o ně.

Snímá z rodiny a blízkých břemeno, které je spojeno se zajištěním pohřbu a dalšími náležitostmi, které je nutno vypořádat po úmrtí klienta.

Sociální práce se nedá redukovat pouze na administraci a sociálně-právní kompetence. K profesní identitě náleží práce zaměřená na vztahy a psychosociální kompetence. K profesní výbavě sociálních pracovníků patří především vřelost, soucit, empatie, trpělivost a umění naslouchat. K této sociální práci patří i práce s životními ztrátami, které vyžadují odbornou sociální podporu.

Setkávám se i s názorem, který říká, že sociální pracovník je ústřední postavou v paliativních týmech. Je to právě on, kdo se jako první setkává s pacientem a jeho rodinou, sepíše zprávu o fyzických symptomech a provede také zevrubné posouzení psychosomatických potřeb.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> <http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210web-100624191331.pdf>

Druhým krokem je prezentace případu celému týmu, následuje diskuse a doporučení pro primárního lékaře, který tu zůstává po celou dobu hlavním pečujícím. Diskuse se nad případem opakuje v pravidelných intervalech a paliativní tým je zapojen do organizace podpůrných služeb pro pacienta a jeho pečující. Péče rodiny a blízkých měla a má nezastupitelnou úlohu v péči o umírající.

Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. Je jakýmsi spojovacím článkem mezi zdravotníky, a těmi, kteří potřebují odbornou pomoc, týkající se záležitosti „na konci cesty“.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> <http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210web-100624191331.pdf>

## 3 Hospic

### 3.1 Historie a vývoj hospicového hnutí

Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště. Termín byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Vyhledávali je zejména unavení poutníci směřující do Palestiny. Pobyli v nich zpravidla několik dní, aby nabrali čerstvé síly na další úsek obtížné a daleké cesty. Řádně se vyspali, najedli, napili a ošetřili bolavé nohy.

Hospic většinou vedl člověk, který byl schopný vést nejen hostinec, ale který se vyznal i v ranhojičství. Středověký hospic poskytoval v elementární úrovni vše, co můžeme moderní terminologií nazvat bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem. Hospice později přirozeně zanikly a myšlenka na ně ožila teprve v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu a Corku z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Byla nazvána Hospic a poskytovala péči odpovídající principům sesterské charity. Tato iniciativa jistě stojí za zaznamenání, i když zůstala na dlouhou dobu osamocena.

Dramatický rozvoj zařízení pro umírající nastal až v druhé polovině 20. století, což lze dát do souvislosti s rozvojem vítězné medicíny, která nebyla schopna uspokojit potřeby umírajících. Protagonistkou hospicového hnutí se stala Angličanka Cicely Saundersová, autorka obsažné knihy Hospic – žijící myšlenka.

V roce 1967 byl otevřen v Londýně první hospic moderního typu s názvem St. Christopher's Hospice, v jehož čele stanula právě Cicely Saundersová.

V současné době je nazýván „mateřským domem“ hospicového hnutí. Ročně poskytuje péči 2000 pacientům a jejich rodinám. Za dobu své existence v něm byly vyškoleny tisíce profesionálů. Odhaduje se, že dnes funguje v Anglii asi 220 hospiců, ve světě pak více než 2000. Hospice byly zřízeny v 95 zemích. Podstatné je, že poptávka po hospicích je omezena na vyspělé země, tedy na ty, v nichž je institucionální a vítězná medicína majoritním systémem péče o nemocné.

V roce 1984 byla založena střežová organizace Help the Hospices, jejíž prezidentkou se stala Cicely Saundersová. Spontánní rozvoj paliativní medicíny byl tak velký, že ji následně Královské lékařská společnost uznala za samostatný vědní obor. V roce 2002 byla zahájena činnost Nadace Cicely Saundersové.<sup>35</sup>

### 3.2 Hospice v ČR

Historie hospiců v ČR je poměrně krátká. Je třeba uvést, že vůbec první oddělení paliativní péče bylo otevřeno 2. 11. 1992 na Moravě v rámci nemocnice v Babicích nad Svitavou u Brna.

O vznik prvního hospice v Čechách se zasloužila lékařka Marie Svatošová, která již v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s výstižným názvem Ecce homo. Prvním mimořádně úspěšným počinem Ecce homo bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Hospic byl vybudován v neuvěřitelně krátké době 13 měsíců. Výstavba dalších hospiců v ČR na sebe nenechala dlouho čekat a dnes můžeme konstatovat, že u nás působí 12 „klasických“ hospiců, další jsou ve výstavbě nebo v projektové přípravě. Připočítat musíme i pět mobilních hospicových jednotek.

V současné době je střežovou organizací pro paliativní a hospicovou péči Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, která byla založena v roce 2005. V provozu je také Národní centrum domácí péče ČR v Praze a specializuje se na poradenský servis a vydávání odborných publikací. Nelze zapomenout ani na pražské Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů, které se nachází ve Fakultní nemocnici v Praze Motole.

Přestože mezi českými hospici existují určité rozdíly, podstata je stejná a organizační rámec podobný. Hospic pomáhá umírajícím a jejich příbuzným prožít obtížné chvíle života pokud možno bez bolesti, v klidu, v bezpečí a v přítomnosti druhých lidí.

---

<sup>35</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 46, 47



Hospicová péče má tři základní formy a je organizována:

- v lůžkovém zařízení, tedy v hospici,
- ve stacionáři, který je součástí hospice,
- v domácím prostředí umírajícího, kde pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci.

Hospicové zařízení se zpravidla skládá z poměrně malé lůžkové části – obvykle do 25 lůžek – a ze stacionáře, jehož činnost je rozsáhlá a je kombinována s agenturní domácí péčí. Jednolůžkové pokoje mají přistýlku pro jednoho člena rodiny, který může být přítomen po celou dobu hospitalizace umírajícího, nebo pouze v dny, které si vybere. Prostředí hospice je příjemné a interiér připomíná spíše domov než nemocnici. Běžný denní hospicový režim se výrazně liší od nemocničního a je zcela přizpůsoben potřebám jednotlivých umírajících. Pacienti vstávají a uléhají ke spánku, kdy chtějí. Pokud je to možné, oblékne se pacient hned ráno do civilních šatů a zapojuje se do života v hospici. Rovněž denní hygiena je prováděna podle přání nemocného, nikoliv „na povel“ spjatý s určitou administrativně stanovenou hodinou. Stravovací režim je volný, nemocný si sám může zvolit hodinu, kdy chce jíst. Péče o nemocné je plně individualizována, každý hospitalizovaný má osobní sestru nebo pečovatelku.

Návštěvy příbuzných jsou povoleny 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. Trvalá přítomnost jednoho z příbuzných je možná. Rodina se může, ale nemusí, podílet na péči o umírajícího. Už její prostá fyzická přítomnost je velkou psychickou podporou pro umírajícího.

Mimořádná pozornost je věnována paliativní ošetrovatelské péči, a proto jsou v hospici pomůcky, které v jiných zdravotnických zařízeních nenajdeme ani v takové kvalitě, ani v takovém množství. Většina pomůcek je určena na jedno použití. Při osobní hygieně se nešetří voňavými spreji. Běžně je používána pojízdná vana, mobilní dávkovače léků apod. <sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 49, 50

### **Seznam lůžkových hospiců:**

- Hospic Sv. Alžběty v Brně
- Hospic Anežky České Červený Kostelec
- Hospic Cidatela ve Valašském Meziříčí
- Hospic Hvězda ve Zlíně
- Hospic Sv. Lazara v Plzni
- Hospic v Mostě
- Hospic Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích
- Hospic Sv. Josefa v Rajhradě
- Hospic Sv. Štěpána v Litoměřicích
- Hospic Sv. Kopeček u Olomouce
- Hospic Štrasburk v Praze
- Hospic v Ostravě (ve výstavbě)

### **Seznam mobilních hospiců:**

- Mobilní hospic Cesta Domů v Praze
- Mobilní hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech
- Hospicové hnutí Vysočina
- Mobilní hospic Charita Ostrava
- Mobilní hospic Ondrášek v Ostravě-Porubě <sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 212

### 3.3 Legislativní zakotvení hospiců

Více než deset let v ČR lůžkové hospice usilovaly o legislativního zakotvení. Teprve v létě 2006 po interpelaci lidoveckého poslance Janečka Poslanecká sněmovna do zákona č.48/1997 Sb. doplnila §22a s názvem "Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková - ve znění: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu." Po následném schválení Senátem a prezidentem republiky tato novela nabyla platnosti. Domácí (mobilní) hospic bohužel dosud v naší legislativě definován není (stav k XI/2006) a problém čeká na vyřešení.<sup>38</sup>

Právní předpisy upravující možnost uvolnění ze zaměstnání pro účely poskytování paliativní péče jsou k dispozici pouze v Rakousku a ve Francii. Podobné předpisy by měly být zavedeny i v jiných evropských zemích, aby mohli rodinní příslušníci doma pečovat o své vážně nemocné blízké tak dlouho, jak to bude potřeba.

Zavedení těchto předpisů by představovalo zásadní krok v rozvoji paliativní péče. Právní uznání možnosti požadovat náhradu za dobu uvolnění ze zaměstnání za účelem poskytování paliativní péče by dále snížilo zátěž rodinných příslušníků a dalších osob poskytujících péči.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> [www.hospice.cz/legislativa/](http://www.hospice.cz/legislativa/)

<sup>39</sup> <http://www.cestadomu.cz/res/data/038/004556.pdf>

## 4 Péče o pracovníky pomáhajících profesí

*Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky.*

*Dr. Hutchinson, 19. stol., USA*

Není pochyb o tom, že práce s těžce nemocnými a umírajícími je nejen fyzicky, ale i psychicky náročná. Psychickou zátěž pociťují všichni, kteří na péči participují.

Pro kvalitní výkon v pomoc poskytujících profesích se nejlépe hodí ti lidé, kterým byla dána do vínku pořádná dávka altruismu, tzn. nesobecná láska k bližnímu, která se projevuje účinným, vstřícným a pomáhajícím chováním. Každý zdravotník nebo sociální pracovník by si měl být dobře vědom nejen ušlechtilé a ceněné stránky altruismu, ale i rizik, která se k němu vážou.<sup>40</sup>

### 4.1 Syndrom vyhoření

Stane-li se, že pracovník pomáhající profese se nedrží zásad duševní hygieny, nebo je příliš dlouho vystaven nadlimitní zátěži, může se u něj projevit, tzv. **syndrom vyhoření** (burn-out syndrom). Neléčený syndrom vyhoření může mít celou řadu nejen psychických, ale i somatických následků.

V psychické rovině je nápadná rozladěnost, podrážděnost, nebo naopak apatie. Takto postižený zdravotník nezřídka lituje volby své profese, která mu nepřinesla „ni peníze, ni slávu“.

V somatické rovině se rozvíjí především celá škála tzv. psychosomatických onemocnění, z nichž jmenujme alespoň typickou vředovou chorobu, hypertenzi atd. Pokud je zdravotník právě „vypálený“, je vhodné ho přeložit na jiné, méně stresující oddělení, s vědomím, že nejméně půl roku musí být člověk mimo traumatizující prostředí, aby byl schopen se vrátit a vidět své problémy „jinak“.

---

<sup>40</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 187-194

Někteří odborníci jsou přesvědčeni, že se syndromu vyhoření nelze vyhnout a že si ho každý z reprezentantů pomáhajících profesí jednou prožije. Z toho důvodu je vhodná základní znalost o jeho existenci a projevech, nehledě na to, že každá prevence je lepší než léčba.

## 4.2 Prevence a léčba burn-out syndromu

Osoby náchylné k vyhoření byly charakterizovány: empatií, sensitivitou, obětavostí, idealizmem, zaměřeností na druhé, úzkostí, pedantstvím, entuziasmem, tendencí výrazně až přehnaně se identifikovat s druhými, atp.

Je snazší negativním důsledkům pracovního stresu předcházet, než je odstraňovat. Terapeutické a preventivní strategie, uplatňované vůči vyhoření, se opírají samozřejmě také o psychoterapeutické zdroje. Hlavním z těchto psychoterapeutických zdrojů je existenciální psychoterapie.

V evropských podmínkách se utvořily v návaznosti na existenciální východiska dvě psychoterapeutické školy, jejichž názory vytváření vhodné zázemí z hlediska terapie burn-out syndromu. První z nich je **daseinsanalýza** – snaží se pomoci nalézt pacientovi cestu k pochopení jeho existence a pomoci mu k jeho existenci, což je z hlediska burn-outu velmi významné, co nejlépe, nejpřístupněji a nejodpovědněji realizovat. Důraz se klade na jedinečnost a neopakovatelnost individuality pacienta, jež se maximálně respektují a akceptují, a na jeho další vývoj: nejde ani o to, jaký člověk byl v minulosti, ale spíše o to, jaký je nyní, a především o to, kam směřuje „pro futuro“.

Cílem je pochopení a naplnění vlastní existence, ovládnutí umění „být sám sebou“. Role terapeuta je modifikována na konzultanta, udávajícího doporučení, nikoli však pokyny či dokonce příkazy.

Další evropskou školou navazující na existenciální východiska je logoterapie, usilující o to, aby přispěla pacientovi v jeho úsilí nalézt vlastní životní smysl v souladu s jeho životem a osobností. Postupuje se přitom především cestou objevování nových hodnot a jejich přejímání pacientem a psychoterapeut pomáhá pacientovi nalézat nové důvody - proč žít. **Logoterapie** si klade za cíl pomoci nalézt řešení v situacích existenciální frustrace a za hlavní terapeutický prostředek považuje v tomto úsilí pomoc v nalezení smyslu života objevováním a naplňováním hodnot.

V psychoterapii burn-out syndromu se mohou samozřejmě uplatnit i další postupy, vycházející z např. behaviorální, či kognitivně-behaviorální terapie, jejich účinek však bude zaměřen spíše na dílčí problémy než na podstatu problému.

Vzhledem k tomu, že se burn-out syndrom promítá do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti – absence v zaměstnání, změny zaměstnání, snížené pracovní úsilí, snížená pracovní spokojenost aj. – má i ekonomické důsledky. Je i v zájmu zaměstnavatele, aby se prevencí burn-out syndromu zabýval. Proto je nyní v prostředí zájmu organizací rozvoj programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmovou spolupráci, zvýšení podílu pracovníků na řízení atd. Řada podniků (nikoli ovšem u nás) investuje do kondičních programů, které prokazatelně snižují fyzický stres, a tím i náklady na nemocenské dávky a fluktuaci pracovníků.

Intervence na straně organizace může spočívat např. ve zvýšení participace pracovníků na rozhodování, vytvoření sociálně citlivého prostředí. Pozitivním faktorem ve spokojenosti se zaměstnáním je spokojenost s nadřízenými, spokojenost se spolupracovníky, spokojenost s postupem, spokojenost s finančním ohodnocením, jasný kariérní řád.

Na straně jedince je potřeba zvládnout základní pravidla, jak si zachovat zdraví a nepodléhat stresu alespoň na úrovni znalostí, názorů a postojů k těmto otázkám.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Kebza, V., Šolcová I.. Syndrom vyhoření, s. 18-19

### 4.3 Zásady dušení hygieny pro profesionály pracující s lidmi

U těchto profesí je důležité vytvořit si jistý odstup od klientů. Podle Maslachové si k tomu profesionálové pomáhají různými technikami, např.:

- sémantickým odosobněním, kdy se klient stává kauzou, určitou diagnózou, atd.,
- intelektualismem, kdy profesionál hovoří o klientovi vysoce racionálně, bez emocí, bez osobního přístupu,
- izolací, jasným rozlišením profesionálního přístupu ke klientům od přístupu k ostatním lidem.

Proto je vysoce důležité nepotlačovat své pocity, ale mluvit o nich, vyjadřovat je. Je potřeba vytvořit vhodné prostředí (může to být porada, při které jsou probírány obtížnější případy pracoviště, Bálintovské skupiny, apod.). Lze však také zajít za kolegou a probrat s ním své pocity. U psychoterapeutů je to supervizor.

V rámci pracovního dne zařadit přestávky a využít je k regeneraci sil tělesným cvičením, procházkou, relaxací, či meditací.

Důsledně oddělovat pracovní život od osobního.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Kebza, V., Šolcová, I.. Syndrom vyhoření, s. 20

## 5 Zamyšlení nad problematikou eutanázie

Při úvahách o smrti a umírání se nemůžeme vyhnout problematice eutanázie.

V naší zemi dochází v posledních letech k občasnému oživení diskusí typu „Eutanázie ano, či ne“. Diskuse o eutanázii probíhají v celé řadě různých odvětví. Zabývá se jím filozofie, teologie, právo, etika, medicína a v neposlední řadě i politici a v té souvislosti i média. Nejenom, že každé z těchto uvedených odvětví má k eutanázii zcela jiný postoj. Často vznikají názorové spory i uvnitř jednotlivých skupin. V závislosti na celé řadě faktorů pak vznikají skupiny absolutních odpůrců eutanázie stejně jako lidí, kteří jsou jejími příznivci.

Pojem eutanázie je rezervován pro dvě základní situace. Tradičním obsahem pojmu eutanázie je *dobrá smrt* (z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt). Většina lidí asociuje pojem smrti z milosti s **aktivní eutanázií**, tedy s aktem, který vykoná lékař u nevyлéčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho uvážlivou a „svobodnou“ žádost. Vzhledem k důrazu na aktivní roli lékaře bývá někdy tato forma eutanázie nazývána strategií přeplněné stříkačky. **Eutanázie nevyžádaná** je takovou variantou aktivní eutanázie, kdy pacient není schopen validním a „předepsaným“ způsobem požádat o „urychlený vstup smrti“. Lze však předpokládat, že kdyby mohl, s eutanázií by souhlasil. **Eutanázie pasívní** koresponduje s přerušením léčby, ne s odepřením dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly a vlastně prodlužovaly. Bývá označována také jako strategie odkloněné stříkačky. **Asistovaná sebevražda** reprezentuje zvláštní formu eutanázie. Pacient si přeje zemřít, protože je nevyлéčitelně nemocný, strádá nesnesitelnými bolestmi a onemocnění má neblahou prognózu. Žádá lékaře o pomoc, resp. o metodickou radu, popř. konkrétní prostředek, jak realizovat odchod ze života. Akt ukončení života však nevykonává lékař (to by byla aktivní eutanázie), nýbrž za jeho asistence tak činí pacient sám.<sup>43</sup>

Rozhodování lékaře však musí být jednoznačně podřízeno jasným zásadám lékařské mravnosti. V případě nemocného umírajícího nelze uvažovat ani o uzdravení

---

<sup>43</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 121



ani o vyléčení. Vždy však zbývá mravně dobré rozhodnutí pro kvalitní paliativní léčbu a péči při respektování a ošetřování všech dimenzí člověka.

Zabíjí-li lékař svého nemocného, pak mu nikdy nemůže být omluvou skutečnost, že si to nemocný sám přál. Jedná se o to největší selhání následovníka Hippokrata, jehož se lze vůbec dopustit.

Lékař nemá právo posuzovat život jiného člověka jako nehodný života. Stěží by však žádosti nemocného vyhověl, pokud by se současně domníval, že jeho život má stále hodnotu a smysl. Lékař je zde tedy dotlačován do polohy schvalování existence života nehodného žití, který může zničit, a to většinou zcela beztravně. Lékař přece musí nemocným pomáhat proti veškerému utrpení a tedy i proti obdobným pocitům, jež trpí. Nemůže tato trápení řešit zabíjením.

Lékař je plně zodpovědný za to, co dělá. Ani společnost, ani žádný zákon si nemůže dovolit považovat lékaře za automat, který vyhovuje jakékoliv žádosti nemocného. Úmyslné zabití člověka je skutkem nesmírně závažným. S důrazem je nutno připomenout, že lékař je autonomní bytostí, a že mravnost medicíny není totožná s vyhovováním každé žádosti pacienta, byť by byla sebedestruktivnější. Riziko, že dojde k narušení integrity člověka – lékaře, a tím spíše i jeho profesní integrity, je obrovské. A s tím si zahrávat nelze.

Jakékoliv koketování s případným tolerováním zabíjení pacientů jejich lékaři mohou schvalovat jen lidé nemoudří. Pro zákonodárce by mělo platit, že na tyto otázky se neodpovídá snad, možná, někdy, za určitých okolností, atd. Jde o věc principu a záchranu lékařství, respektive jeho hojivému poslání. Lékař prostě zabíjet nemůže a nebude. Zákon by se v této oblasti nikdy neměl dostat do tak zásadního rozporu s etikou.

Musíme se tedy snažit o to, aby žádný zákon, který by vedl k tolerování zabíjení nemocných jejich lékaři, ani nevznikl. I právníci by měli všemi možnými způsoby usilovat o totéž. Vždyť i oni by pak byli nuceni k respektování doslova nelidských zákonů a přispívali by tím k rozkladu osobnosti a integrity lékaře.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> <http://pravo.solen.cz/pdfs/pra/2006/01/01.pdf>

V ČR je eutanázie, stejně jako asistovaná sebevražda zakázána, a pokud by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin. Rovněž Etický kodex České lékařské komory se vyjadřuje v duchu uvedeného zákona.<sup>45</sup>

Každý má právo vyslovit k této problematice svůj názor a měl by si být ale vědom kam až mohou jeho slova dosáhnout. Ať jsme odpůrci, nebo příznivci eutanázie, jedná se zde o konec lidského života. Nelze v tomto případě rozhodovat paušálně a riziko zneužití je velké. Musíme se zamyslet nad tím, co vede některé z nás k názoru legalizace eutanázie? Strach z vlastního utrpení, zbabělost při doprovázení svých umírajících blízkých, touha po „svobodném“ rozhodování, neúcta k životu, ekonomické faktory – snaha ušetřit na péči o nemocné....? Možná je to ale i špatná vlastní zkušenost s bolestivým umíráním blízkého člověka či nedostatečná informovat o možnostech paliativní péče.

---

<sup>45</sup> Haškovcová, H.. Thanatologie, s. 132

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

Stárnoucích a starých lidí přibývá. Tato skutečnost nutí v podstatě každou společnost na světě, aby podle svých možností a ekonomické úrovně rozvíjela profesionální péči o staré a rozvíjela i laické programy takové péče. Celá společnost, jeden každý její člen nejen že může, ale musí něco udělat pro staré. Jen tak se uplatní právo, které člověku přiznáváme: **právo na důstojné stáří.**<sup>46</sup>

### 6 Průzkum a výběr průzkumné metody

#### 6.1 Průzkumný cíl

Hlavním cílem paliativní péče je dosáhnout, podpořit, zachovat a posílit nejvyšší možnou kvalitu života pacienta. Péče se řídí kvalitou života tak, jak ji definuje osoba, které se týká. V řadě dokumentů je uváděna důležitost bio-psycho-sociální a duchovní kvality života.

Cílem mého průzkumu je tedy zjistit, zda hospic je z pohledu pacienta skutečně přínosem v mírnění potíží a strádání nemocného člověka v bio-psycho-socio-spirituální rovině.

Základním předpokladem kvalitní paliativní péče jsou i dobré komunikační dovednosti. Komunikací mám na mysli interakci mezi pacientem a personálem hospice. Ta představuje mnohem více než jen pouhou výměnu informací. Je třeba brát v úvahu obtížné a někdy i bolestivé záležitosti. To vyžaduje čas, osobní „zapálení“ pro práci a spoustu upřímnosti. Proto považuji za důležité podrobněji rozvést svoje zjištění z oblasti sociální - jak je v tomto směru hodnocena práce personálu a speciálně řádových sester, které nejsou běžnou součástí personálního obsazení hospiců.

---

<sup>46</sup> Haškovcová, H.. Fenomén stáří, s. 18

Hlavní průzkumnou otázku jsem tedy formulovala takto:

*Je prostředí hospice skutečně přínosem pro terminálně nemocné pacienty v oblasti psychické, fyzické, sociální a duchovní z pohledu zajištění či posílení kvality jejich života?*

## 6.2 Sběr dat a metoda získávání dat

Ve své bakalářské práci jsem použila **kvalitativní průzkum**. Je to průzkum, který se zaměřuje na to, jak jednotlivci a skupiny nahlíží, chápou a interpretují svět. Kvalitativní průzkum se snaží interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný předmět tím, že průzkumník přejímá jejich perspektivu. Využívá se podrobný popis každodenních situací. Jde o porozumění akcím a významům v jejich sociálním kontextu. Jsou upřednostňovány otevřené a nestrukturované výzkumné plány, analýza vychází z velkého množství informací o malém počtu jedinců.<sup>47</sup>

Jde o popis, který je výstižný a podrobný. Průzkumník se v tomto druhu průzkumu snaží o sblížení se zkoumanými osobami a o celkové pochopení situace pacienta.

Tuto formu průzkumu jsem zvolila proto, že ji vzhledem k charakteru a citlivosti zkoumané problematiky považuji za nejvhodnější. Dle mého názoru by pacienti měli být prováděním průzkumu co nejméně zatěžováni a spíše by měli nabýt dojmu, že i když jsou do průzkumu zařazeni, tak je to z jejich pohledu příjemné posezení s člověkem (průzkumníkem), který umí vyslechnout, pochopit a přitom pružně reagovat na jejich potřeby (přerušování rozhovoru ze zdravotních důvodů, odbočení od tématu, atd.).

Protože chci zjišťovat, co si nemocní pacienti myslí, jaké jsou jejich názory a pocity, a zároveň předpokládám, že odpovědi budou osobní a důvěrné, z tohoto důvodu se mi jeví jako nejvhodnější způsob shromažďování kvalitativních dat metoda dotazování, tedy **rozhovor** (interview).

---

<sup>47</sup> [http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalitativn%C3%AD\\_v%C3%BDzkum](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum)

Používám techniku **polostrukturovaných rozhovorů**, která průzkumníkovi umožňuje připravit si předem seznam otázek, nebo témat, jež je nutné pro potřeby průzkumu během rozhovoru probrat. Tato volba dává určitou volnost, co se týče způsobu sběru informací a pomáhá vytvořit „mantinely“ k udržení připraveného tématu rozhovoru.

Veškeré poznatky z rozhovorů jsem si písemně zaznamenávala a v závěru provedla jejich vyhodnocení.

### 6.3 Účastníci a prostředí průzkumu

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila průzkumný soubor obsahující čtyři nevyлéčitelně nemocné pacienty. V době, kdy jsem prováděla svůj průzkum, zmínění pacienti pobývali v Hospici sv. Alžběty v Brně.

Výběr respondentů nebyl proveden náhodně, záměrně jsme zvolila různé věkové kategorie pacientů - jednoho mladšího pacienta bez závazků, dva pacienty v produktivním věku s rodinami a jednoho pacienta v důchodovém věku.

Dalším kritériem pro výběr respondentů bylo dosažené vzdělání – každý respondent má jiné dosažené vzdělání a posledním kritériem byla povaha onemocnění pacientů - jeden z respondentů trpí nevyлéčitelnou nemocí neonkologické povahy, zbývajících tři respondenti trpí nevyлéčitelnou nemocí onkologické povahy.

Průzkumné rozhovory byly uskutečněny v **Hospici sv. Alžběty v Brně**. Zvolila jsem tento hospic záměrně, protože jeho prostředí mi bylo známé z dřívější doby. Navštívila jsem se toto zařízení několikrát s dotazy na péči a služby pro pacienty. Vyjednávala jsem zde možnost a podmínky k umístění mé babičky před její smrtí. V loňském roce jsem pracovala dva měsíce jako dobrovolník v Domově pro seniory v Mohelně. Z tohoto domova byl přemístěn do Hospice sv. Alžběty jeden klient z důvodu velmi špatného zdravotního stavu. Měla jsem možnost být u vyřizování žádosti o přijetí a spolu se zástupcem městyse Mohelno mi bylo umožněno účastnit se jednání ohledně umístění klienta v tomto hospici. Pracují zde řádové sestry, tzv. Alžbětky a mě samotnou zajímal bližší pohled na jejich přístup k pacientům

a vůbec srovnání práce těchto sester s prací běžné „zdravušky“. Řádové sestry jsou dnes spíše vzácností, proto si myslím, že toto srovnání může být pro tento průzkum přínosem.

Z důvodu lepšího pochopení průzkumného prostředí a celistvosti zkoumané problematiky považuji za nezbytné tento hospic alespoň krátce představit.

Hospic sv. Alžběty v Brně je situován do hezkého prostředí, je obklopen zelení. Navazuje na činnost hospice, který na tomto místě – v konventu sester Alžbětinek, působil do roku 2001 v rámci Masarykova onkologického ústavu (MOÚ). V září 2001 byl hospic rozhodnutím vedení MOÚ zrušen. Od roku 2002 usilovalo občanské sdružení Gabriela o obnovení činnosti hospice. Od ledna 2004 působí v rámci hospice poradna a půjčovna pomůcek. Od 1. 4. 2004 zahájila svou činnost lůžková stanice s kapacitou 10 lůžek. 22. prosince 2004 byla po rekonstrukci zkolaudována přilehlá část Konventu, čímž se zvýšila kapacita hospice na 16 lůžek. 7. září 2009 byla uvedena do provozu půdní vestavba a v současné době slouží klientům hospice 20 lůžek + 2 lůžka pro odlehčovací (respitní) pobyty. Od 1. 1. 2008 zahájil činnost domácí hospic. Členy týmu domácího hospice jsou lékaři, zdravotní sestry a sociální pracovníci s bohatými zkušenostmi v paliativní péči a medicíně. S týmem spolupracuje také psycholog a školení dobrovolníci. Projekt domácí péče je zaměřen na zmírnění příznaků těžké nemoci, léčbu bolesti a kvalitu života nemocného.

Hospic sv. Alžběty poskytuje péči klientům bez rozdílu náboženského vyznání. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a z jeho potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních.

Hospic nemocnému garantuje:

- že nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- že v posledních chvílích nezůstane sám,
- že bude respektována jeho lidská důstojnost.<sup>48</sup>

Zdravotní péče v hospici je hrazena zdravotními pojišťovnami, které pokrývají přibližně 50 % provozních nákladů. Zbývající prostředky jsou čerpány z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, Jihomoravského kraje a Magistrátu města Brna.

---

<sup>48</sup> [www.hospicbrno.cz/](http://www.hospicbrno.cz/)

Klienti přispívají na zvýšené sociální náklady hospicové péče dle svých finančních možností. Detailní rozpis plateb týkající se klientů je uveden v příloze.

### **Sestry Alžbětky - hlavní činnost - naše charisma**

- Naším zvláštním úkolem je pečovat o nemocné, staré, opuštěné a potřebné bratry a sestry v našem domě, kteří obývají oddělenou část kláštera.
- Se zřetelem na potřeby doby se můžeme věnovat i jiné apoštolské činnosti, ale jen tehdy, není-li tím znemožňováno plnění našeho hlavního poslání.
- Ošetřování nemocných a potřebných patří k poslání a úkolům specifickým pro institut sester Alžbětinek. Hlavní činností našeho konventu je služba nemocným, kterou vykonáváme v našem domě.<sup>49</sup>

Součástí týmu hospice je také skupinka dobrovolníků. Jsou po ruce, když pacient potřebuje doprovodit na vyšetření nebo mu zdravotní stav dovoluje vyjít si na krátkou procházku. Pomáhají také pacientům, když se konají různé společenské akce.

Návštěvy příbuzných a přátel jsou zde vítané a časově neomezené. Dle potřeby je také možnost přespání v pokoji s nemocným.

Celý průzkum probíhá v prostředí, které je nabitě emocemi, proto mojí snahou bylo zvláště dodržet etickou stránku průzkumu a co možná nejcitlivěji přistupovat k dotazovaným.

S výběrem respondentů dle mých rámcových požadavků a přístupu k těmto pacientům mi pomohla sociální pracovnice zmíněného zařízení. Pacientům jsem o své bakalářské práci sdělila základní informace, seznámila jsem je s obsahem a cílem mého výzkumu. Souhlas k průzkumnému rozhovoru mi byl vysloven od všech čtyřech vybraných respondentů. Upozornila jsem je také na důležitý fakt, že rozhovor mohou kdykoliv přerušit nebo odmítnout další účast. Všichni byli ujištěni o naprosté anonymitě průzkumu.

Rozhovory se odehrávaly dle doporučení sociální pracovnice vždy na pokoji nemocného a v naprostém soukromí. Délka rozhovorů byla různá, probíhaly

---

<sup>49</sup> <http://alzbetinky.webnode.cz/>

přerušovaně, byly respektovány potřeby nemocných. Postupovala jsem dle připravených otázek, ale vždy jsme se na pár chvil odchýlili od tématu, což jsem respektovala, aby měli nemocní pocit, že mi mohou sdělit i jiné věci, než od nich očekávám. Dle mého názoru to navodilo i osobnější atmosféru.

Mnohokrát mi pomocníkem byla i mimika pacientů, jako spolehlivý ukazatel momentálních pocitů a jejich emociálního naladění. Při subjektivním zhodnocení každého rozhovoru jsem nabyla dojmu, že mi byly sdělovány velmi otevřené a upřímné odpovědi. Průměrná doba rozhovoru byla cca 2 hodiny, ale tato doba je brána vyloženě jako průměr, protože s jedním z pacientů jsme si povídali téměř čtyři hodiny, zatímco druhý si vyhradil, že mi věnuje pouze hodinu svého času. Respektovala jsem samozřejmě i toto přání.

## 6.4 Případová studie

Protože jsem si dala za cíl zjistit, zda hospic a s tím spojená paliativní péče je skutečně přínosem pro terminálně nemocné pacienty z pohledu zajištění či posílení kvality života, zaměřím se tedy na tyto 4 kategorie: **bio – psycho – socio – spirituální**. Jsou to složky, které nelze zkoumat samostatně, protože se vzájemně prolínají a tvoří jeden celek. Přesto jsem se snažila svoje dotazy zaměřit vždy do konkrétní oblasti.

Průzkumné šetření zahájím vždy představením respondenta a poté budu písemně reprodukovat jeho sdělení z našich rozhovorů, které rozčleněním kvůli přehlednosti do jednotlivých kategorií. Každou kategorii ještě doplním informacemi z rozhovoru, svými dojmy, které považuji za nezbytné uvést k dokreslení situace.

### ✓ *Oblast fyzická*

V této oblasti jsem se zaměřila na dotazy zjišťující vše o fyzickém stavu pacientů, léčení jejich bolestí. V případě, že by bolest nebyla léčena nebo tlumena jen minimálně, odrazí se to ve všech dalších oblastech – psychické, sociální a duchovní a naopak.

Abych zjistila, jak pacienti vnímají svoje potíže v této oblasti, kladla jsem tyto dotazy:

1. Máte bolesti a jaké?



2. Je léčba těchto obtíží, dle Vašeho názoru, v hospici účinná?
3. Máte možnost spolurozhodovat o léčebných postupech?

### ✓ *Oblast psychická*

I péče o psychickou stránku člověka je součástí komplexního přístupu v paliativní péči. Pacienta, kterému byla diagnostikována nevléčitelná nemoc, svírají pocity bezmoci, smutku, pesimismu či prázdna. Všechny tyto emoce se pak promítají i do sféry fyzické. Příčinou psychických potíží jsou většinou zhoršené vztahy s rodinou, blízkými osobami či ztráta dosavadního životního stylu a jiné.

Pomoc v tomto případě spočívá jednak v podávání léků tlumících úzkost a deprese, případně využitím různých psychologických terapií. Samozřejmě musí být citlivý přístup a komunikace s pacientem a jeho dostatečná informovanost. Členem multidisciplinárního týmu je také psycholog.

Připravené dotazy:

1. Vyhledal jste pomoc psychologa?
2. Je pro Vás tato služba přínosem?
3. Nad čím nejčastěji přemýšlíte?
4. Jaké máte obavy?

### ✓ *Oblast sociální*

Komunikace je v paliativní péči nesmírně důležitá. Pacient vyjadřuje své pocity, svěřuje se svými problémy, přispívá k dostatečnému poskytování péče, redukuje pocity osamění.

Připravené dotazy:

1. Navštívila Vás sociální pracovnice a pomohla Vám vyřešit Vaše problémy?
2. Navštěvuje Vás někdo, a jak často?
3. Komunikujete s ostatními pacienty, navazujete s některými z nich vztahy?
4. Využíváte některé z terapií (rehabilitace, muzikoterapie, apod.), které hospic nabízí?

5. Jak vnímáte práci personálu hospice, speciálně práci řádových sester? Jsou pro hospic přínosem? Srovnajte prosím jejich práci s běžnou „zdravuškou“.

### ✓ *Oblast duchovní*

Nemocní mají obavy, aby byla jejich lidská důstojnost zachována. Při diagnostikování závažného onemocnění všichni přehodnotili své životní priority. Peníze, majetek už pro většinu z nich ztratily význam.

Bilancují a přemýšlí o smyslu života. Některým z nich pomáhá víra v Boha.

Připravené dotazy:

1. Jste věřící a co pro Vás víra znamená?
2. Navštěvuje Vás duchovní, je pro Vás tato služba přínosem?
3. Navštěvujete místní kapli?
4. Zabýváte se otázkami, které se týkají smyslu života?

Vzhledem k zachování naprosté anonymity respondentů uvádím pouze některé údaje o pacientech. Křestní jména jsou změněna.

## **Pacient č. 1**

Jméno: Marek, věk: 29 let

Vzdělání: vysokoškolské

Stav: svobodný, bezdětný

Marek se narodil v Plzni, ale jeho rodiče si krátce po jeho narození našli práci v Brně, kam se celá rodina později přestěhovala.

Vystudoval VUT v Brně, našel si zaměstnání a druhým rokem žil v podnájmu se svojí přítelkyní. Žil spokojeným životem a plánovali společně rodinu a stavbu rodinného domu na vesnici v blízkosti Brna. Jeho velkým koníčkem byl sport.

První Markovy potíže se projevovaly občasnými bolestmi hlavy, kterým zpočátku nevěnoval příliš pozornosti, většinou je řešil prášky proti bolesti. Později několikrát navštívil praktického lékaře, ten mu opětovně předepsal prášky proti bolesti, na žádné speciální vyšetření jej neposlal.

Protože bolesti byly stále úpornější a jednou dokonce omdlel na ulici, domluvila mu jeho přítelkyně specializované vyšetření u známého lékaře. Diagnóza – nádorové onemocnění mozku s rozsáhlými metastázami. Nádor byl bohužel objeven v době, kdy po konzultaci s několika lékaři bylo příliš pozdě na jeho odstranění. V této zoufalé situaci kontaktovali i strýce, který žil od roku 1968 v Německu. Doufali, že by snad zde mohli najít lékaře, který by se do operace přece jen pustil, strýc mu dokonce přislíbil, že by případně i operaci pomohl zaplatit. Bohužel tři lékaři, se kterými konzultoval výsledky svých vyšetření mu potvrdili verdikt českých lékařů. Marek podstoupil léčbu ozařování a chemoterapií, nasazená léčba nepřinesla však žádné zásadní změny. Nechtěl v této situaci zůstat u rodičů, kteří na tom sami nejsou zdravotně nejlépe a jen stěží by zvládali ještě péči o něj, ani s přítelkyní v podnájmu, protože by si toto bydlení z jednoho příjmu nemohli dovolit, zbývalo tedy jediné možné řešení - podat žádost o umístění v hospici. V současné době trvá jeho hospitalizace necelé dva měsíce.

### ***Oblast fyzická***

Pacient udává téměř nepřetržité a úporné bolesti hlavy. Zároveň z důvodu zvýšené tělesné teploty či horečky pociťuje velkou slabost a únavu.

Marek z počátku snědl alespoň něco, nyní úplně ztrácí chuť k jídlu. Trpí nevolností a zvracením. Značně ubyl na váze. Sestry mu podávají speciální nutriční nápoje, aby bylo zajištěno potřebné množství kalorií a živin. Nechutenství se snaží zmírnit výběrem z různých druhů jídel, dle potřeby je i rozmixují.

Horečka je mu srážena léky proti teplotě, zároveň dostává i léky, které tlumí ukrutné bolesti hlavy. Posledních 14 dní dostává občas i injekci a lék na spaní, když už je z nedostatku spánku hodně vysílený.

Fyzický vzhled pacienta upozorňuje na velmi špatný zdravotní stav a totální vyčerpání. Právě oko je jakoby trochu vytlačeno z očního důlku, což je způsobeno nádorem. Pacient je bez vlasů, po celou dobu rozhovoru leží zakrytý na lůžku, má neustále pocit chladu.

### ***Oblast psychická***

Pacient byl o závažnosti své nemoci informován ihned po jejím zjištění. Chtěl znát celou pravdu.

S psychologem hovoří pravidelně, radí mu, aby bral prášky na deprese a úzkostné stavy. Přeje si, aby celý tento stav netrval dlouho, chce to všechno mít za sebou. Děsí ho každý pohled do zrcadla, jako by se na něj díval někdo jiný.

„Kdybych měl možnost jediného přání, přál by si, abych byl zdravý, vše ostatní je tak nicotné“, dodává. Když hovoří o přítelkyni, má v očích slzy, nechce blíže hovořit o svých pocitech, což respektuji. Je zřejmé, že ji velmi miluje.

Pacient přesto, že jsou mu podávány léky proti depresi i úzkosti je ve velmi špatném psychickém stavu.

### ***Oblast sociální***

Sociální pracovnice hospice jej navštívila, řekla mu vše potřebné, co chtěl vědět. Marek ani netušil, co je nutné zařídit, je moc rád, že se i o tyto záležitosti „někdo“ postará, nemá zájem cokoli řešit.

Přítelkyně ho navštěvuje téměř denně, má v ní velikou oporu. Snaží se mu nedávat najevo svoji bolest, ale Marek ví, že i pro ni je celá tato situace velmi těžká. Oceňuje, že i přesto, že nejsou manželé, snaží se být stále s ním. Vždy mu přinese i něco dobrého k jídlu, ale většinou to vůbec nedokáže sníst.

Rodiče jej navštěvují jednou do týdne, ale sami jsou velmi nemocní, častější návštěvy nejsou pro ně možné. Vždy, když za ním přijdou, tak si mnohem víc uvědomuje, jak

„všechny“ ztrácí. Většinou si povídají o tom, jak se cítí, někdy dokáží i celé hodiny mlčet, nikdo z nich nemusí říci ani slovo, aby vnímali, jak jsou spolu rádi.

S ostatními pacienty se nestýká, nechce se s nikým bavit o nemocech a vnímat jejich trápení.

Pacient s vděčností dodává, že ošetřovatelský personál je k jeho potřebám maximálně vstřícný, zejména řádové sestry. Když nemůže vstát, vše za něj obstarají, přemístí ho, kam je třeba. Dokonce ho ráno umyjí a převezou na vozíku na WC. Nikdy zde neměl pocit, že by byl komukoliv na obtíž. Přestože je nevěřící, o sestrách hovoří jako o andělech. Dokáží se s takovým pochopením podívat a pousmát, že to člověka až odzbrojí a přes tu bolest se pousměje taky. S takovým přístupem se v žádném zařízení nikdy nesetkal, věnují se svým pacientům a nejsou zatíženi jinými starostmi. I v Německu byl přístup zdravotnického personálu na profesionální úrovni, jen jako by tam chyběla větší část „lidskosti“. Mělo by to tak vypadat všude.

„Naposledy mě dojmulo až k slzám, když se ve společenské místnosti pořádal koncert a řádové sestry všechny ležící pacienty, jednoho po druhém i s lůžkem dováželi a každému podkládali hlavu, aby měl z koncertu co největší zážitek“.

Žádné z terapií jako rehabilitace apod. nevyužívá, cítí se slabý.

I lékaři jsou moc milí, většinou až v hospici je čas na to komplexně o nemoci hovořit. To už by mělo probíhat snad někde u praktického lékaře, tady však na to není čas, což je moc špatné.

### ***Oblast duchovní***

Pacient není věřící. Duchovní za ním byl 2x, ale už si nepřeje, aby za ním chodil. Do kostela nikdy nechodil a o tom, že by mu víra mohla ulevit nechce ani slyšet.

O smyslu života vůbec nepřemýšlí, stejně ho nic už nezajímá, jen už „to“ chce mít všechno za sebou. Nebaví ho takhle přežívat a pomýšlet na to, že by to mohlo být ještě horší. Na život pohlíží a vždy pohlížel realisticky.

## **Pacient č. 2**

Jméno: Zdena, věk: 47 let

Vzdělání: středoškolské

Stav: vdaná, 2 dcery – 13 a 14 let

Pacientka se narodila v Mostě. Protože se jí v tomto kraji nelíbilo, domluvila se se svými rodiči, že studovat bude v Brně. Zde si našla po ukončení střední školy zaměstnání jako zdravotní sestra a po té i životního partnera. Mají spolu dvě dcery 13 a 14 let a do doby, než onemocněla byla se svým životem celkem spokojená. Zaměstnání jí sebralo většinu času, takže ve volných chvílích ráda odpočívala a věnovala se svým dcerám.

Přesto, že je zdravotnice, o svoje zdraví moc nedbala, někdy uvnitř byla přesvědčená, že se jí tyto problémy netýkají a ambulance doktorů zrovna neměla v oblibě. Když nepocítovala žádné potíže, nebyl přece důvod „běhat po doktorech“. Oba její rodiče zemřeli na rakovinu, ale ani to pro ni nebyl „výstražný signál“.

První problémy se objevily ve formě krvavého výtoku a krvácení při pohlavním styku. Nejprve těmto problémům nevěnovala pozornost, později jí to začalo vrtat hlavou. Na naléhání manžela navštívila lékaře až cca za další tři měsíce. Myslela si, že je ke všemu ještě nachlazená, protože cítila, že není něco v pořádku i s močovými cestami. To už ji předtucha upozornila na vážnost situace.

Když její lékař vyřknul diagnózu, do slova jí to srazilo na kolena – rakovina děložního čípku v posledním stadiu. Navíc se jednalo o velmi agresivní druh této zákeřné nemoci, metastázy byly zjištěny i na dalších orgánech. Podstoupila několik operací, poté přišla na řadu léčbu ozařováním a chemoterapií, ale nepředpokládala, že by to mohlo znamenat obrat k lepšímu. Naopak, po absolvování této léčby se jí výrazně přitížilo.

Situaci se snažili zvládnout jako rodina, ale Zdenin manžel pracoval na směny, tudíž celodenní péče nebyla možná. Její stav se neustále zhoršoval, bezradní lékaři ji doporučili, aby si podala žádost o umístění do hospice.

### ***Oblast fyzická***

Pacientka udává, že už ani neví, jak to vypadá, když jí nic nebolí. Cítí se velmi unavená a vyčerpaná. Každý den se jí zdá, že už nemůže být hůř, jako by už ten den měla zemřít.

Úbytek na váze je značný, na obličejích už jsou zřetelné lící kosti.

Potýká se s nevolnostmi, teplotami, bolestmi v podbřišku, bolestmi hlavy a na jídlo nemá ani pomyšlení. Dostává spoustu léků, velmi oceňuje léky na spaní, bez nich si to už nedokáže představit. I léky na bolest jí aspoň na čas uleví.

S obtížemi si obstará základní hygienu, je moc ráda, že jsou sestry vždy na blízku.

Jakékoliv aktivity odmítá, chce být sama.

### ***Oblast psychická***

Pacientka byla o závažnosti svého onemocnění plně informována, navíc jako zdravotní sestra přesně tušila, jakým směrem se její onemocnění bude vyvíjet.

Velmi si vyčítá, že podcenila prevenci, chtěla by vrátit čas, moc dobře ví, že to takto nemuselo vůbec dopadnout.

Trpí úzkostmi, říká „jsem k ničemu“. Nejvíc ji trápí, jak to vše prožívají její dcery. Zejména s tou mladší se byla zvyklá téměř denně učit a teď se její prospěch výrazně zhoršil. Navíc jsou obě dcery ve věku, kdy ji hodně potřebují. Je jí po nich pořád smutno, moc je miluje. Chtěla by je vidět až budou dospělé, až se budou vdávat, mít děti, to je bohužel nemožné přání! Je jí z toho moc smutno. Má velké obavy, aby to manžel všechno zvládal. Snaží se to nedávat najevo, ale moc dobře ví, že je to pro něj nesmírně těžké.

Někdy si poslechne rádio, televize ji nebaví. Knížky nečte, protože se vždy přistihne, že nevnímá obsah, ale přemýšlí o sobě samé a o rodině.

S psychologem mluví velmi často, je moc hodný, vždy si najde milé slovo a povzbuzení, ale je to jen na chvíli.

### ***Oblast sociální***

Sociální pracovnice ji navštívila hned druhý den v hospici. Byla milá, ale řekla jí, že nemá žádná speciální přání a vše ostatní s ní bude řešit její manžel.

Pacientka nejevila o sociální problematiku zájem, byla zaměstnána pouze svými fyzickými obtížemi a pocitem neschopnosti. Pokoj obývá s paní, se kterou si rozumí, povídají si spolu jen o dětech, o nemoci nemluví vůbec. S ostatními pacienty nekomunikuje, nechce vidět ještě další trápení, stačí jí to její.

Rodina ji navštěvuje téměř denně, pokaždé se na ně nesmírně těší. Je vděčná za každou chvíli s nimi. V manželovi má velkou oporu, i když vidí, jak ho její nemoc vzala.

Zdena nesmírně oceňuje ošetrovatelskou péči v hospici. I když ona sama je zdravotník, nikdy takovou péči neuměla poskytnout a přiznává, že by takové chování mělo patřit mezi „standard“. Vždy ji s trpělivostí vyslechnou a snaží se vyjít maximálně vstříc, s empatií a pochopením. Nikdy neměla pocit, že by byla na obtíž. Když o tom tak přemýšlí, není jediná věc, která by se personálu hospice dala vytknout. Paní doktorka jí vše kolem její diagnózy vysvětlila, je moc hodná, na všechno je tady spousta času. Proč se takto k nemocnému nechovají i v ostatních zařízeních? „Všichni mají svoje problémy, bojí se propouštění v zaměstnání, neustále někam spěchají, potřebují nové domy, auta, peníze pro děti, atd. a proč? Přejde nemoc a jsme vděční, když nám někdo podá talíř s jídlem“.

„Speciální díky patří i řádovým sestřám, s takovým citem a láskou dokážou podpořit, že můžu jen obdivně vzhlížet“. Nezajímá je majetek, jen láska k bližnímu. „Zní to jako klišé, ale je v tom tak obrovský kus pravdy“. Někdy přemýšlí o tom, jak by jim měl člověk „zaplatit“, aby dostatečně vnímaly, že by jim chtěla poděkovat. Hospicem nabízené programy a terapie nevyužívá, je unavená a slabá.

### ***Oblast duchovní***

Pacientka ani neví, jestli je věřící, či nikoliv. Když byla zdravá, tak se tím nezabývala, návštěvu kostela měla spojenou jen s Vánoce. Za dobu, kdy byly děti malé tak v kostele byla celá rodina právě na Vánoce a moc se jim to líbilo. Čím více se její zdravotní stav zhoršuje, tím více se obrací k Bohu. Vlastně má jen takovou svoji „malou“ modlitbu, prosí Boha, aby moc netrpěla. Víc už dělat stejně nemůže.

Do místní kaple nechodí, ale duchovní ji navštěvuje. Nedává jí sice žádné uspokojivé odpovědi na její otázky, ale cítí z něho jakýsi vnitřní klid, hovoří s ním otevřeněji než psychologem. Nad smyslem života nepřemýšlí, od té doby co je nemocná, tak už pro ni život ztrácí smysl. Už to není život, ale přežívání. Zní to hrozně, ale je přesvědčená, že není možné myslet jinak. Stačí se podívat kolem sebe, pacienti sice mají vše co potřebují, personál se stará vzorně, ale zatím vším je to, co tady ví každý, už zítřek může být dnem posledním – a to přebíjí vše ostatní.



### **Pacient č. 3**

Jméno: Jan, věk: 54 let

Vzdělání: základní

Stav: ženatý, dcera – 24 let

Tento pacient žije celý svůj život v Brně. S manželkou prožíval harmonické manželství, do kterého se jim narodila dcera. Celý svůj dosavadní život těžce pracoval na stavbách jako pomocný dělník. Protože má pět sourozenců, neměli jeho rodiče finanční prostředky, aby všechny děti mohly studovat. Nikdy jim to neměl za zlé, práce ho bavila, studium vůbec.

Koníčky žádné zvláštní neměl, rád si přečetl dobrodružnou knížku, podíval se na fotbal. Jeho život se zásadním způsobem změnil jedno obyčejné letní odpoledne. V práci se mu udělalo špatně, zatočila se mu hlava a upadl na zem. Spolupracovníci mu přivolali rychlou zdravotní pomoc. V nemocnici pak lékař diagnostikoval cévní mozkovou příhodu. U tohoto onemocnění je nejdůležitější okamžité zahájení léčby a později vhodný rehabilitační program. Tato následná péče však u nás selhává. Péče o tyto pacienty není tak propracovaná jak např. u kardiovaskulárních onemocnění. Jan se nemohl hýbat a jen s velkými obtížemi mluvil. Připadal si jak uvězněný ve svém vlastním těle.

Pacient byl dlouho léčen ve zdravotnickém zařízení, lékařům se zčásti podařilo to, že byť s obtížemi, tak mluví, ale jinak zůstal zcela ochrnutý. Po konstatování lékařů o nevratnosti jeho stavu vystřídal několik zdravotnických zařízení. Dle názoru jeho ženy zde naprosto selhala péče rehabilitačních oddělení. Péče o tyto pacienty není dostatečná a jen málokterý z nich se vrací do normálního života.

Rodina byla připravena mu pomoci, vyřídili vše potřebné, manželka přestala pracovat a věnovala se mu celé dny i noci. I dcera se plně zapojila. Bohužel péči o téměř stokilogramového muže nebylo možné fyzicky zvládnout. Celou rodinu čekal i obrovský finanční propad.

Všechny tyto okolnosti je vedly k rozhodnutí, které z jejich pohledu bylo jediné možné, umístění Jana do ústavu sociální péče. Velkým problémem je, že čekací doba na umístění do tohoto zařízení je dlouhá, naštěstí bylo možné přechodně jej umístit v hospici. V současné době pobývá v hospici již pátý měsíc.

### ***Oblast fyzická***

Pacient je zcela ležící, o nějakém kvalitním prožívání života nechce ani slyšet. O své diagnóze byl informován, chtěl znát pravdu. Má speciální polohovací lůžko s matrací proti proleženinám. S obtížemi přijímá potravu i pije. Jako nejvíce nepříjemné vnímá vyprazdňování a močení, protože to sám nezvládne a neočistí se. I když už tráví určitý čas v různých zařízeních, pořád je mu to trapné. Před měsícem měl zároveň 2x i zánět močových cest, což bylo velmi bolestivé.

Když je pěkné počasí, sestry ho vyvezou na pojízdném křesle ven. Je za to velmi vděčný, nevěděl by ani jak to venku vypadá.

Jsou mu podávány infuze na podporu imunity a léky na záněty močových cest. Občas pociťuje křeče v rukou i nohou, po podání léků, které mu lékař předepíše se mu vždy uleví.

### ***Oblast psychická***

Jsou dny, kdy má pocity úzkosti a deprese a musí sáhnout i po antidepresivech. Psychologa odmítá, má pocit, že ho nikdo nemůže pochopit, natož pak mu pomoci. Život pro něj ztrácí smysl, připadá si k ničemu. Jen se obává, aby tento stav netrval dlouho, protože už teď je to pro něj neúnosné. Hodně často přemýšlí o tom, že kdyby mohl, měl možnost volby, ukončil by svoje trápení. Kdyby se ho dnes někdo zeptal, čeho na světě se nejvíc bojí, odpověď by byla bez rozmyslu – nevyléčitelné nemoci.

Pacient rezignuje na vše, je přesvědčený o tom, že takový život si nezasloužil. Po všech těch zdravotnických zařízeních je skeptický – nikoho nezajímá, nikdo se s ním příliš nebavil. Má pocit, že neexistuje žádná provázanost v předávání nemocných mezi jednotlivými zařízeními, už z toho je psychicky unavený, „předávají si člověka jako věc“, někdy převládaly pocity, že je na obtíž.

### ***Oblast sociální***

Sociální pracovnice jej navštívila, ale Jan žádná přání nemá, nic řešit nechce. Veškeré záležitosti kolem pobytu v hospici řeší jeho manželka.

Rodina jej navštěvuje denně, je s nimi rád, nikdy se nestalo, že by měli v programu cokoli důležitějšího. Navštěvují ho i sourozenci, ale Jan nikdy neví, co s nimi má povídat. Mají svoje plány, věnují se vnoučatům, nechce to poslouchat.

Na pokoji je sám a s nikým ostatním se nestýká, nemá o to zájem. Návštěvu psychologa odmítá, není mu jasné, v čem by mu mohl pomoci.

Rehabilitační sestra s ním 1x denně provádí rehabilitaci, vždy má z toho dobrý pocit. Žádné další možnosti terapií nevyužívá. Občas mu pustí rádio, nejraději poslouchá dechovky, vždy mu to připomene bezstarostné mládí a hodně často se mu vybavují vzpomínky z dětství.

O personálu hospice však hovoří pouze v superlativech, rozdíl je dle jeho názoru obrovský. Pár zařízení už vystřídal a má s čím srovnávat. Přestože zde lékař má v péči více pacientů, vždy si najde čas trpělivě vysvětlit, na co který lék potřebuje a probrat nemoc jako takovou. Na to spousta praktických lékařů nemá čas. V mnohých zařízeních s ním zacházeli jak s věcí, dokonce se stalo, že v jedné z nejmenovaných nemocnic, ležel sám na chodbě skoro hodinu a čekal na převoz sanitkou. To, že potřeboval napít, nebo měl jiné potřeby nikoho nezajímalo.

Zde se k němu chovají moc hezky, řádové sestry speciálně, jedna z nich mu občas předčítá ze starých povídek o Praze. Nikde jsem takovou péči nezažil. Mnohokrát přemýšlel, že kdyby byl bohatý, odkázal by hospici spoustu peněz. Takto může dát jen malou část ze svých úspor, ale udělá to.

### ***Oblast duchovní***

Návštěvu duchovního odmítá, nevěří, že by mu mohl jakkoliv pomoci. V Boha nevěří, několikrát zdůrazňuje, že kdyby Bůh existoval, nemohl by dopustit, aby takto trpěl.

O smyslu života nepřemýšlí, myslí už jen na svoji rodinu. V této věci upřednostňuje pohled realisty, nechce si nic nalhávat, zajímají ho věci tak jak jsou.

## **Pacient č. 4**

Jméno: Milan, věk: 72 let

Vzdělání: vyučený kuchař

Stav: ženatý, dcera – 44 let, syn – 40 let

Pacient do svých dvaceti let žil v Táboře. Dostal ale lákavou pracovní nabídku do Brna, a protože v Táboře neměl žádné závazky, tak se do Brna celkem těšil. Našel si zde manželku a vychovali spolu dvě děti. Jako vyučený kuchař byl úspěšný, najímali si ho i na vaření na soukromých akcích v movitějších rodinách. Jeho práce mu byla koníčkem. Život bral jak přicházel, někdy bylo hůř, někdy líp. Za celý svůj život stonal jen dvakrát, pokaždé s chřipkou.

Těšili se s manželkou do důchodu, pracovali na zahrádce, velkou radost jim dělali čtyři vnoučata. O víkendech se vždy setkávali celá rodina, on vyvážel, nesmírně ho to bavilo.

První potíže byly nenápadné, přestalo mu chutnat, cítil se celkově velmi unavený, stále častěji měl zvýšenou teplotu. Zhubnul a jeho obličej se změnil z růžové barvy na šedou. Stále častěji měl úporné bolesti v kloubech, někdy to bylo až vysilující. Manželce se tento stav vůbec nelíbil, hned ho objednala k lékaři. Vyřknutá diagnóza – rakovina kostí jej přímo porazila. Dva dny nebyl téměř schopný komunikovat s okolím, s manželkou to moc obřečeli. Oba jsou velmi citliví lidé. Doprovázela ho na všechna vyšetření a i ona na tom byla psychicky velmi špatně.

Pacient byl okamžitě hospitalizován, onemocnění však bylo v takovém stadiu, že jakýkoliv chirurgický zákrok byl zamítnut. Odmítl i chemoterapii a léčbu ozařováním. Někde uvnitř věděl, že je to zbytečné, proč tedy snášet ještě nepříjemné vedlejší účinky této léčby. Nutno dodat, že manželka i rodina toto jeho rozhodnutí přijala s pochopením. Milan své onemocnění velmi těžce nesl, lékaři nedoporučovali manželce, aby si ho vzala domů, ale ona to přesto udělala. I s dětmi se rozhodli, že poslední čas svého života by měl strávit doma, mezi těmi, kteří ho nadevše milují.

Po čase se jeho stav začal výrazně zhoršovat, snižovala se jeho hybnost, a proto po vzájemné dohodě s lékařem požádali o přijetí do hospice.

### ***Oblast fyzická***

Pacient trpí velkými bolestmi, na které dostává pravidelně léky a někdy i injekce. Je hodně pohublý, trpí nechutenstvím a nevolnostmi. Někdy sní polévku,

snaží se vždy něco sníst, aby se necítil tak zesláblý. Dobrá polévka ho vždy postavila na nohy, teď už to nefunguje.

V posledních třech týdnech se mu udělal kolem prstů na nohou ekzém, strašně ho to svědí. Lékař mu předepsal koupele a následně masti, po kterých se mu vždy trošku uleví, sestry ho trpělivě ošetřují a už se to zlepšuje.

S jídlem je to horší, manželka mu často nosí jídlo z domu, ne že by mu jídlo v hospici nechutnalo, ale takhle má pocit aspoň kousku domova. Zkoušel si vypít i šálek kávy, na kterou byl zvyklý, bylo mu neskutečně zle, takže s kávou už to vzdal.

V noci často nemůže spát, tak si vyžádá prášek na spaní. O jeden prášek víc nebo míň, na tom už nezáleží.

Strašně mu vadí, že si sám nemůže dojít na WC, je mu to nepříjemné, že ho musí sestry obsloužit, neumí tuto situaci přijmout.

O svém zdravotním stavu chtěl znát pravdu hned ze začátku, pacient zná svoji diagnózu a vše podrobně probral i s lékařem v hospici.

### ***Oblast psychická***

Pacient je i psychicky hodně unaven. Jeho pozornost je zaměřena k vlastní rodině a hlavně k vnoučatům. Není snadné od něj získat informace o pocitech a psychickém stavu, ale není nutné, aby cokoli říkal. Během našeho rozhovoru měl neustále v očích slzy. Z jeho slov a vzpomínek byla cítit nostalgie, smutek, bezmoc.

Uvědomuje si, že je ve věku, kterého se spousta lidí nedožije, že už má svoje „odžito“. Hrozná je pro něj, když vidí, jak jsou nemocní mladí lidé, tuto skutečnost vnímá jako obrovskou nespravedlnost.

Často diskutuje s psychologem, který za ním obden dochází. Nemá pocit, že by mu tato sezení pomáhala, ale je to příjemný člověk, který má kultivovaný projev a dobře se s ním povídá.

### ***Oblast sociální***

Sociální pracovnice jej navštívila, ale hned jí řekl, že její služby nepotřebuje. Vše zařídily jeho děti, i na pokoji má vše, co chtěl. Přesto oceňuje i tuto službu.

Rodina jej navštěvuje denně. Když se cítí některý den hůř, manželka v hospici přespí. Pokaždé si uvědomuje, jak je moc důležité, že někoho má. Dvakrát se za ním zastavili i jeho dlouholetí kamarádi, ale hovor vždy váznul, problém je, že neví, o čem spolu mají hovořit. Je smutné vnímat, že je už každý někde jinde.

S jinými nemocnými v hospici se nestýká, většinou mu není dobře a má bolesti, tak je rád, že má klid, nebo se mu podaří na chvíli usnout.

Zatím ho denně navštěvuje rehabilitační sestra, ale už tuto službu chce zrušit, cítí se vyčerpaný. Na televizi se nedívá, zprávy nebo politika ho nezajímají.

Na práci personálu a speciálně řádových sester zdůrazňuje jen samou chválu. Dodává: „jsou to andělé“. Oceňuje jak vysokou profesionalitu, tak lidský přístup. Nenajde nic, co by se dalo na jejich práci zlepšit. Je přesvědčen, že tato práce není patřičně doceněna. Dvakrát do týdne mu jeden z dobrovolníků předčítá z Bible, uklidňuje ho to, má krásný a kultivovaný projev. Nikdy zde neměl pocit, že by někoho obtěžoval nebo někomu překážel. Když někoho osloví, vždy se mu hned věnuje se zájmem.

### ***Oblast duchovní***

O smyslu života přemýšlí denně několikrát. Když odcházel do důchodu, bylo pár kolegů, kteří se rozhodli, že budou ještě pracovat, aby si vylepšili svůj „životní standard“. Lidé se honí, hromadí majetek, kupují auta, místo dvou dovolených si v důchodu chtějí zaplatit i tři, pak přijde nemoc – a je to všechno k ničemu. Milan takový nikdy nebyl, oba s ženou věděli, že milion na knížce jim šťastné manželství nezaručí, vždy žili velmi skromně. Není věřící, ale mnohdy si klade otázku, zda Bůh právě nemocí netrestá? Nikdo z nás přece nemůže mít vše – zdraví, zdravé děti, úspěch, peníze, výborné zaměstnání, krásu ??!!! Proč tedy takovými bolestmi trestá jeho ??? Proč jsou tak těžce nemocní mladí lidé, děti ??!! Když o tom byl jen jedenkrát diskutoval s duchovním, nedokázal mu dát odpověď, která by se mu zdála přijatelná. Nechce, aby za ním chodil, pro něj to není realita.

Ve svém věku už je snad smířen s tím, že život není věčný, jen by nechtěl trpět příliš dlouho.

## 6.5 Analýza vlastního průzkumu

Ve svém kvalitativním průzkumu jsem technikou polostrukturovaných rozhovorů zjišťovala jakou roli hraje hospic při zajištění či posílení kvality života u čtyřech vybraných terminálně nemocných pacientů. Šetřením jsem získala odpovědi na připravené otázky od jednotlivých respondentů, ty ještě doplňuji dalšími svými postřehy k celkovému dokreslení situace.

Úvodem bych ráda poukázala na několik velmi důležitých a neopomenutelných faktů - každý pacient je jedinečný a každý z nich má svůj osobitý příběh, neprožívá svoji nemoc stejně jako druhý, třetí. Výpovědi pacientů jsou velmi osobní a každý z nich se v této rovině umí vyjádřit jinak. Míra otevřenosti je různá. Je třeba vzít v úvahu i to, že někteří lidé se důvěrným tématům vyhýbají, dokážou o nich hovořit jen se svými blízkými a naopak se najdou i tací, pro které je snazší sdělit svoje obavy cizímu člověku, než by „přidělávali starosti“ svým nejbližším.

Kvalitativní průzkum nás hlavně limituje malým počtem respondentů a vzhledem k výše uvedeným faktům není dle mého názoru možné závěry průzkumu předkládat s tím, že by mohly být zevšeobecněny.

### Oblast fyzická

Tři pacienti udávají, že trpí velkými bolestmi související s jejich diagnózou. Lékaři však ihned reagují a jsou jim podávány léky na utišení bolesti, aby jí nebyli zcela vyčerpani. Na požádání jsou jim podávány prášky na spaní, aby si odpočinuli a nabrali sílu.

Jeden z pacientů je zcela ležící, netrpí úpornými bolestmi, spíše problémy vyplývající z jeho nepohyblivosti – proleženiny, křeče, apod. I na tyto obtíže ihned reaguje rehabilitační pracovník dle doporučení lékařů a požadavků pacienta. Každý další vzniklý zdravotní problém je ihned řešen.

*Všichni pacienti oceňují to, jak se jim personál hospice věnuje, jednají s nimi se zájmem a osobní zainteresovaností, lékaři mají vždy dostatek času zodpovědět všechny dotazy týkající se jejich zdravotního stavu. Přestože tři pacienti s onkologickým*

*onemocněním trpí neustálými bolestmi, vždy je na akutní problém ze strany personálu ihned reagováno a bolest je tlumena léky.*

*V této oblasti je tedy možné na průzkumnou otázku konstatovat, že prostředí hospice je **přínosem** z pohledu zajištění kvality života terminálně nemocných pacientů.*

## **Oblast psychická**

Všichni čtyři pacienti jsou ve velmi špatném psychickém stavu. Co nezaznělo přímo z jejich úst mi potvrzovaly jejich neverbální projevy. Přestože nemají výtek k chování personálu a velmi oceňují snahy hospice o mírnění jejich obtíží, je zde však patrné, že všichni do jednoho jsou svojí nemocí nejen fyzicky, ale i psychicky vyčerpáni.

Tři pacienti pravidelně hovoří s psychologem, jsou jim předepisována antidepressiva. Pacient č. 3 službu psychologa odmítá, není přesvědčen, že by mohl pomoci. Jeho negativní přístup je velmi ovlivněn tím, že vystřídal několik zdravotnických zařízení a přístup personálu v těchto zařízeních hodnotí špatně. Během rozhovoru dokonce zdůraznil, že kdyby byl mobilní, ukončil by svůj život. Zde by dle mého názoru byl rozhovor s psychologem na místě.

*Přestože jsou všichni čtyři pacienti ve velmi špatném psychickém stavu, je snaha ze strany hospice pomoci i v této oblasti prostřednictvím psychologa, který je členem multidisciplinárního týmu. Na doporučení lékaře jsou jim předepisována antidepressiva. Tři pacienti této služby využívají. Výjimkou je pouze pacient č. 3, který má celkově velmi negativní přístup, což je způsobeno špatnými zkušenostmi s personálem předchozích zdravotnických zařízení. Dle mého názoru by bylo dobré oslovit rodinu pacienta, která by ho mohla k rozhovoru s psychologem přesvědčit. Pacient má s rodinou pěkné vztahy a jejich argumenty by možná pro něj byly rozhodující.*

*V této oblasti je tedy možné na průzkumnou otázku konstatovat, že prostředí hospice je **přínosem** z pohledu zajištění kvality života terminálně nemocných pacientů.*

Když svoje zjištění srovnám s **modelem Elizabeth Kübler-Rossové**, o kterém se zmiňuji v teoretické části, u vybraných respondentů se dle mého mínění prolíná fáze 2. Vzpoura (projevy hněvu a agrese, vzbouření se proti tomu, co se děje) a fáze 4. Smutek a deprese (projevy zármutku, lítosti nad tím, co končí, pláč).



Očekávala jsem alespoň náznak fáze „Přijetí“ u pacienta č. 4, který je už v důchodovém věku, ale z jeho výpovědi o tom nejsem přesvědčena, i zde se přikláním k fázi 2. a 4.

## **Oblast duchovní**

Pacienti č. 1, 3 a 4 nejsou věřící.

Pacient č. 1 nechce, aby za ním duchovní chodil, není přesvědčen o tom, že by mu víra mohla pomoci, stejně jako pacient č. 3 se považuje za realistu.

Pacientka č. 2 přemýšlí o tom, jestli vůbec je věřící. Ve skutečnosti zřejmě ne, teď v těžké nemoci se k Bohu obrací jen s malou motlitbou, aby netrpěla. Duchovní za ní chodí, ale nedává jí žádné uspokojivé odpovědi na její otázky.

Jediný pacient č. 4 často přemýšlí o smyslu života. Odsuzuje konzumní způsob života, jeho rodina vždy žila skromně. Ostatní respondenti o smyslu života nepřemýšlí. Pacienti č. 1 a č. 2. dokonce považují tuto etapu života spíše za přežívání. Pacient č. 3 svoje myšlenky obrací spíše ke své rodině než k úvahám o smyslu života.

*Shrnutí v této oblasti bylo pro mne překvapující, z četby různé literatury jsem nabyla dojmu, že v těžké nemoci se člověk stále více obrací k Bohu. Očekávala jsem, že aspoň dva respondenti budou věřící, nebo budou o obratu k víře přemýšlet.*

*Výsledky průzkumu v této oblasti ukazují spíše na realistický pohled na věc, což dle mého názoru dokazuje i fakt, že všichni chtěli znát celou pravdu o svém zdravotním stavu.*

*V této oblasti je tedy možné na průzkumnou otázku konstatovat, že prostředím hospice je přínosem z pohledu zajištění kvality života terminálně nemocných pacientů. I když většina respondentů je nevěřících, možnost pohovořit s duchovním či navštívit kapli hospic nabízí.*

## **Oblast sociální**

Všechny pacienty navštívila sociální pracovnice a nabídla jim svoje služby. Pouze pacient č. 1 její nabídky využil, neměl ani tušení, co všechno je potřeba zařídit. Ostatní pacienti jí pouze poděkovali s tím, že všechny záležitosti v této oblasti řeší rodinní příslušníci.

Všechny čtyři pacienty navštěvují rodinní příslušníci co nejčastěji, jak je to možné. Ani jeden z nemocných není ve svém těžkém období sám, každý z nich je podporován svými nejbližšími. Překvapující pro mne bylo zjištění, že ani jeden z respondentů neprojevil zájem se potkávat s ostatními pacienty hospice. Z jejich výpovědí usuzuji, že je vyčerpává jejich vlastní bolest a trápení, vidět a slyšet ještě další strádání už netouží. Dalším důvodem je únava, vyčerpání a potřeba spíše klidu a rozjímání.

Tři respondenti mají samostatné pokoje, pouze pacientka č. 2 má spolubydlící. Uvádí, že se spolubydlící o nemoci nikdy nehovoří, pouze o rodině a dětech.

Pouze pacienti č. 3 a č. 4 využívají rehabilitaci. Respondenti č. 1 a 2 přestože mají tuto službu k dispozici se cítí velmi unaveni a rehabilitaci ani žádnou z dalších terapií nevyužívají.

Přestože ani jedna z průzkumných otázek nebyla zaměřena do finanční sféry, pacient č. 3 mi během rozhovoru sdělil, že by rád odkázal část svých životních úspor pro potřeby hospice. Je si vědom, že to nebude mnoho, ale i tímto způsobem chce vyjádřit své díky.

Překvapila mne i tato velmi osobní připomínka. I v těchto těžkých chvílích tento člověk přemýšlí o tom, že jeho péče „něco stojí“.

Ráda bych vyzdvihla vyhodnocení přístupu personálu a speciálně řádových sester ke všem čtyřem pacientům.

Všichni do jednoho hovoří o práci personálu pouze v superlativech. I přes zamyšlení nikdo z nich nepřišel na nic, co by mohl personálu hospice vytknout, byť drobnost.

Řádové sestry přirovnávají k andělům. Nikdo z nich zde nezažil pocit, že by byl na obtíž. I ta nejnepříjemnější práce je zde vykonávána se samozřejmostí a lidským přístupem. Ani jeden z postupů nebyl nazván ponižujícím či nedůstojným.

Pacienti č. 1 a č. 3 zde ještě vyzdvihují i práci lékařů. Teprve v hospici je čas si pohovořit komplexně o celé nemoci, v klidu probrat medikaci a probrat vše, co je zajímavé. Je zde zdůrazněno, že všechny tyto odpovědi by měly prvotně zaznívat z úst praktických lékařů, což se ani u jednoho z pacientů nestalo.

*V této oblasti je tedy možné na průzkumnou otázku konstatovat, že prostředí hospice je přínosem z pohledu zajištění kvality života terminálně nemocných pacientů.*

Celkově jsem předpokládala, že k poskytované péči budou drobné připomínky, týkající se spíše jednotlivců, ale takový závěr přímo vybízí k zamyšlení, jak je možné, že tak skvělé hodnocení dostává hospic, cožpak ostatní zdravotnická zařízení nedisponují takto kvalitním personálem?

Na občanské sdružení Cesta domů, jehož cílem je přispět ke zlepšení péče o umírající lidi a jejich blízké v naší zemi, jsem vznesla písemný dotaz o dostupných provedených průzkumech v oblasti paliativní péče v ČR. Obdržela jsem pouze jeden rozsáhlejší projekt z roku 2004 „**Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)**“ se sdělením, že mnohé poznatky z tohoto projektu jsou ještě stále aktuální. Celá zpráva je k dispozici i na portále [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz).

Už z tabulky č. 20 (s. 44) – *Jaké jsou hlavní překážky péče o umírající v ČR* vyplývá, že nejvíce problémové je:

- nedostatečné vzdělání personálu,
- finance,
- přetížení personálu.

Alarmující je z mého pohledu i zjištění (s. 22), kde se uvádí, že takřka  $\frac{3}{4}$  úmrtí se odehrávají v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech důchodců. Méně než  $\frac{1}{4}$  úmrtí nastává doma. Je paradoxem, že stejný průzkum ukazuje, že drtivá většina z nás by chtěla zemřít doma, mezi svými blízkými. Zde vnímám naprostou absenci právních předpisů, podporujících rodinné příslušníky, kteří by chtěli doma pečovat o vážně nemocné blízké po určitou potřebnou dobu.

Po provedení vlastního průzkumu a srovnáním některých aspektů výše zmíněného projektu z roku 2004 se mi jeví jako nejvíce krizové tyto čtyři problémy:

- Stárnutí obyvatelstva a s tím spojené dostatečné množství a kvalita poskytovaných služeb pro seniory.
- Vzdělávání personálu v oblasti paliativní péče.
- Absence legislativy a sociální podpory pro rodiny, které se rozhodnou o svého těžce nemocného blízkého pečovat v domácím prostředí.

- Zajištění dostupnosti kvalitní paliativní péče pro všechny, kteří jí potřebují (v teoretické části uvádím, že umírá ročně přes 100 000 lidí, ale paliativní péči dostanou **necelá 2 % pacientů !!!**).

Poskytování paliativní péče je téma velmi rozsáhlé, ale nebylo v mých silách podrobněji rozvinout všechny oblasti, které s danou problematikou souvisí. Přínosem by mohla přinést zjištění v oblasti poskytování paliativní péče v ostatních zdravotnických zařízeních, či se podrobněji zaměřit na ekonomické aspekty poskytování paliativní péče a provést toto srovnání s hospicem nebo provést srovnání hospic versus léčebny dlouhodobě nemocných versus ostatní zdravotnická zařízení.

## Závěr

Náš život je cesta, má začátek i konec. Když kráčíme životem, umíme být stateční a veselí. Když však na svět přicházíme a když z něj odcházíme, často tolik sil nemáme. Potřebujeme mít nablízku ty, kteří nám rozumějí.<sup>50</sup>

Dříve či později každému z nás zemře někdo, koho jsme měli rádi, na koho budeme vzpomínat. Důležité je, abychom mu poskytli důstojný odchod ze života, aby měl pocit, že na svoje trápení není sám. Jak se pak my sami s tímto smutkem vyrovnáme závisí na tom, jak jsme byli vychováváni a jak nám pomůže naše okolí. Už při výchově našich dětí je tedy třeba myslet na to, že by měla být bořena všechna tabu týkající se smrti a otevřeně o této problematice hovořit.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jestli je prostředí hospice skutečně přínosem pro terminálně nemocného pacienta v oblasti psychické, fyzické, sociální a duchovní z pohledu zajištění či posílení kvality jejich života.

V teoretické části práce se věnuji problematice smrti a umírání a zamýšlím se nad smyslem utrpení. Zabývám se pojmy paliativní medicína, paliativní péče a moji snahou je přiblížit, jaká jsou specifika v péči o umírajícího pacienta. Vyzdvihuji zde roli sociálního pracovníka jako člena multidisciplinárního týmu hospice. Podrobněji se věnuji hospicové péči. Připomínám i důležitost péče o pracovníky pomáhajících profesí a zdůrazňuji potřebu prevence (ochrany) před vznikem syndromu vyhoření. Připojuji i krátké zamyšlení nad problematikou eutanázie, která je s tématem mé práce těsně spjata.

V praktické části jsem vyhodnotila cíl mé bakalářské práce ve všech čtyřech oblastech – psychické, fyzické, sociální a duchovní. Dle mého názoru je prostředí hospice skutečně přínosem z pohledu zajištění či posílení kvality terminálně nemocných pacientů.

Zde považuji za důležité vyzdvihnout, jak se pacienti vyjádřili k práci personálu hospice a speciálně k práci řadových sester, které nejsou běžnou součástí personálního obsazení hospiců. Ani jeden z respondentů neměl jakékoliv připomínky či výtky, naopak všichni respondenti oceňují profesionální a lidský přístup. Ani jeden z nich

---

<sup>50</sup> <http://www.cestadomu.cz/>

neměl pocit, že by je byt' drobností obtěžoval. Zvláště je oceňována práce řádových sester, která je tedy pro toto zařízení velkým přínosem.

Dle mého názoru se veřejnost stále více otevírá novým poznatkům v oblasti paliativní péče. Lidé kupují knihy s touto problematikou a webové stránky mají stále větší a větší návštěvnost. To vše přináší osvětu a pomáhá bořit mýty.

Svoji práci bych ráda zakončila citátem, který jsem objevila na nástěnce Hospice sv. Alžběty a který by zároveň měl znamenat výzvu pro nás každého z nás:

**„ROZENÍ A UMÍRÁNÍ JE V ŽIVOTĚ  
POUZE JEDNOU, NEOPAKUJE SE.  
POJĎME SE CHOVAT K JEHO KONCI TAK,  
JAKO SE CHOVÁME K JEHO POČÁTKU !!“**

Jana Sieberová, Hospicové občanské sdružení Duha

# Resumé

Bakalářská práce Specifika péče o terminálně nemocné pojednává o velmi citlivém tématu v životě každého jedince, ke kterému se v současné společnosti obrací stále více pozornosti – a právem. Považuji za velmi důležité, aby lidem bylo předkládáno co nejvíce informací, protože toto téma se týká každého z nás.

Aktuálně je poukazováno na stárnutí populace a pokud se nezmění postoj společnost a státu, budeme se ve stáří potýkat s velkými problémy v oblasti poskytování kvalitní a dostupné péče pro seniory.

Moje práce se otázkám smrti, umírání, paliativní péče věnuje podrobněji a nahlíží do prostředí hospice, kde je o terminálně nemocného pacienta pečováno.

V teoretické části se zabývám pojmy jako paliativní či hospicová péče, hospicové hnutí a hospic. Snažila jsem se zachytit hlavní myšlenky a zásady, ze kterých tato péče vychází, i význam, jaký v životě nevléčitelně nemocného tato péče má.

V rámci poskytování paliativní péče musíme myslet i na pracovníky pomáhajících profesí. Protože práce s terminálně nemocnými je velmi psychicky náročná je důležité dbát zásad duševní hygieny a předcházet tak tzv. syndromu vyhoření.

Připojuji i zamyšlení nad otázkou eutanázie, která je s tématem mé práce těsně spjata a rozděluje dnešní společnost na dva tábory – příznivců a odpůrců.

Záměrem empirické části mé práce bylo prostřednictvím individuálních rozhovorů s některými nevléčitelně nemocnými pacienty zjistit, jakou roli hospic a paliativní péče v jejich životě hrají a zda skutečně pozitivně ovlivňují kvalitu jejich života v tomto složitém období. Podrobněji jsem se zaměřila na oblast sociální, kde jsem kladla nejvíce dotazů. Zdůrazňuji zde jaký je přístup lékařů a zdravotnického personálu v tomto zařízení a přínos řádových sester.

## **Anotace**

Ve své bakalářské práci „Specifika péče o terminálně nemocné“ se zabývám problematikou poskytování paliativní péče v naší republice. Objasňuji pojmy paliativní péče, hospic, terminálně nemocný pacient. Věnuji se velmi citlivým tématům, které se týkají každého člověka na světě – smrti, umírání. Připojuji i zamyšlení nad dlouze diskutovanou problematikou eutanázie.

Zdůrazňuji zde i potřebu neustálého vzdělávání zdravotníků a péče o personál zdravotnických zařízení a předcházet tak tzv. syndromu vyhoření.

V empirické části jsem vyhodnotila individuální rozhovory s terminálně nemocnými pacienty v Hospici sv. Alžběty v Brně.

Touto prací bych ráda vyzdvihla důležitost této péče v našem zdravotnictví a nutnost podpory všech jejích forem ze strany veřejnosti i státu.

## **Annotation**

In my bachelor thesis “Care specifications of terminally ill patients” I deal with problematic of providing the palliative care in our country. I explain the terms palliative care, hospice, terminally ill patient. I follow very sensitive themes, which are related to any human in the world – the death, the dying. Reflection of pretty long discussed problematic of euthanasia is also added.

I emphasize even demand of continuous education of health workers and necessity of care of medical facilities personnel so as to prevent so called burn-up syndrome.

In the empirical part I evaluated the individual interviews with terminally diseased patients in the Hospice of St. Elizabeth in Brno.

By presenting of this thesis I would like to highlight the importance of such a care in our public health and the necessity of support of all its forms from the public and the government.



## **Klíčová slova**

Smrt, umírání, paliativní péče, euthanasie, terminálně nemocný, hospic, syndrom vyhoření.

## **Keywords**

Death, dying, palliative care, euthanasia, terminally ill patient, hospice, burn-out syndrome.

## Seznam použité literatury:

*Bible*. Praha: Biblická společnost v ČSR, 1990.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000, 2007.  
ISBN 978-80-7262-471-3.

HENNEZEL, Marie. *Smrt zblízka*. Praha: ETC Publishing, 1997.  
ISBN 80-86006-15-8

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2.vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003.  
ISBN 80-7071-231-7

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a KACZMARCZYK, Stanislav. *Poslední úsek cesty*. Praha, 1995.  
ISBN 80-85495-43-0.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, M. D.. *Odpovědi na otázky a umírání*. Praha: Tvorba, 1995.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnické etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005.  
ISBN 80-247-1024-2.

NOVOTNÝ, Petr. *Filozofie nemocí*. Liberec: Dialog, 2009.  
ISBN 978-80-86761-99-2.

## Internetové zdroje

<http://www.cs.wikipedia.org/wiki/smrt>

<http://www.umirani.cz/res/data/010/001140.pdf>

<http://www.umirani.cz/informovani-nemocneho-o.html>

<http://www.umirani.cz/prispevek-na-peci.html>

<http://www.umirani.cz/osetrovne.html>

<http://www.osobniasistence.cz>

<http://www.hospice.cz/legislativa/>

<http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

<http://alzbetinky.webnode.cz/>

<http://www.hospicbrno.cz/>

<http://www.socialni prace.cz/soubory/socprac0210web-100624191331.pdf>

<http://pravo.solen.cz/pdfs/pra/2006/01/01.pdf>

<http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf>

<http://www.cestadomu.cz/res/data/038/004556.pdf>

## Příloha č. 1

# Financování Hospice sv. Alžběty

### Lůžkový hospic (pobyt ze zdravotní indikace)

Zdravotní pojišťovny hradí svým pojištěncům pouze úzce specifikovanou zdravotní péči. Vzhledem k tomu, že hospic poskytuje svým klientům péči širšího, tj. i nezdravotnického charakteru, včetně nadstandardního vybavení pokojů, připlácí si pacient v našem zařízení za tyto služby, jež zdravotní pojišťovna neproplácí.

Platba na 1 den činí 220,- Kč, 6.600,- Kč/30 dní. Ze sociálních důvodů může být platba snížena. Regulační poplatek (60,- Kč za den) se v hospici nevybírám. Další prostředky na financování provozu hospice jsou získávány z dotací Jihomoravského kraje, Statutárního města Brna, nadací a dárců.

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách má klient při snížení soběstačnosti nárok na příspěvek na péči. Tento nárok má bezesporu většina pacientů, kteří jsou do hospice přijímáni. Doporučujeme pacientům požádat o příspěvek ještě před přijetím do hospice. V případě potřeby pomůže sociální pracovnice hospice pacientovi s podáním této žádosti.

### Platba za respitní pobyty – odlehčovací služby (sociální služba)

Úhrada je vyčíslena dle § 6 vyhlášky 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Úhrada za 1 den pobytu:

Stupeň závislosti	Počet hodin na zajištění nezbytných úkonů	Úhrada za 1 hodinu	Úhrada za úkony	Celodenní strava	Hotelové služby*	Úhrada za 1 den	Z toho:	
							Příspěvek na péči na 1 den	Úhrada uživatele služby
I.	1,5	100 Kč	150 Kč	150 Kč	180 Kč	480 Kč	60 Kč	420 Kč
II.	2	100 Kč	200 Kč	150 Kč	180 Kč	530 Kč	130 Kč	400 Kč
III.	2,5	100 Kč	250 Kč	150 Kč	180 Kč	580 Kč	260 Kč	320 Kč
IV.	3	100 Kč	300 Kč	150 Kč	180 Kč	630 Kč	400 Kč	230 Kč

\* Úhrada za hotelové služby obsahuje náklady spojené s ubytování klienta (tj. spotřeba energií, praní prádla, atd.)

V případě, že uživatel služby nepobírá příspěvek na péči, je jeho závislost na pomoci jiné fyzické osoby posouzena odbornými pracovníky hospice a je zařazen do skupiny I. až IV. Takovýto uživatel služby hradí za 1 den pobytu částku uvedenou ve sloupci „Úhrada celkem“ odpovídající stupni zjištěné závislosti na pomoci jiné fyzické osoby.

### **Domácí hospic**

Komplexní péče je zpoplatněna poplatkem 500,- Kč za každý započatý měsíc péče u pacientů, kterým nejsou současně poskytovány výkony všeobecné sestry hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

U pacientů, kterým jsou poskytovány taktéž výkony všeobecné sestry hrazené z veřejného zdravotního pojištění, je poplatek 300,- Kč za každý započatý měsíc péče, a to za služby nehrazené zdravotními pojišťovkami.

V případě, že se v domácnosti pacienta uskutečnily pouze 3 a méně návštěv, může být poplatek na žádost nemocného či pečujícího snížen na polovinu.

Za každou návštěvu lékaře v domácnosti se účtuje poplatek 200,- Kč.

Poplatky za péči domácího hospice jsou splatné vždy nejpozději do 1. dne kalendářního měsíce následujícího po poskytnutí služby.

Mimo tyto hrazené služby jsou poskytovány všeobecnými sestrami také výkony hrazené zdravotní pojišťovnou, které indikuje ošetřující lékař vyplněním "Poukazu k vyšetření/ošetření DP"; tyto výkony nejsou zpoplatněny.

Půjčování pomůcek je zpoplatněno dle vlastního ceníku.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> <http://www.hospicbrno.cz/>