

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra praktické teologie

Diplomová práce

## **PÉČE O UMÍRAJÍCÍ V HOSPICÍCH**

Vedoucí práce: Doc. Mgr. Michal Kaplánek, Th.D.

Autor práce: Jan Ptáček

Studijní obor: Pastorační a sociální asistent

Ročník: pátý

2007

## **Teologická fakulta Jihočeské univerzity České Budějovice**

**Autor/ka/ práce:** Jan Ptáček

**Roč.; obor; forma:** V.;PAS; prezenční

**Téma práce:** Péče o umírající v hospicích.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své *diplomové práce*, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

**Podpis studenta/ky/:** Jan Ptáček

**Datum:** 30. 6. 2007

Prohlašuji na svou čest, že jsem diplomovou práci vypracoval zcela samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

20. června 2007

.....

Děkuji vedoucímu diplomové práce, Doc. Mgr. Michalu Kaplánkovi, Th.D. za cenné rady, zároveň děkuji pracovníkům Hospice Štrasburk v Praze – Bohnicích za umožnění stáže, za získání zkušeností a poskytnutí mnoha cenných informací.

# Obsah

Obsah.....	4
<b>Úvod</b> .....	10
1. VZNIK HOSPICŮ .....	11
1.1 Historická podoba hospiců.....	11
1.2 Obnovená myšlenka hospiců.....	11
1.3 Hospicové hnutí ve Velké Británii.....	13
1.4 Historie hospicového hnutí v České republice.....	14
1.5 Hospice v České republice .....	16
1.6 Ecce homo – Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí .	18
1.6.1 Vznik sdružení Ecce homo .....	18
1.6.2 Cíle sdružení Ecce homo .....	20
1.6.3 Původní taktika a strategie sdružení Ecce homo.....	20
1.7 Legislativní úprava hospicové péče v ČR.....	21
1.7.1 Potřeba hospicových lůžek .....	22
1.7.2 Hlavní důvody nedostatečné hospicové péče v ČR .....	23
<b>2. ČLOVĚK A SMRT</b> .....	25
2.1 Člověk a jeho nemoc .....	25
2.1.1 Pohled na nemoc z hlediska nemocného .....	30
2.1.2 Pohled na nevléčitelnou nemoc směřující ke smrti.....	30
2.2 Jak se smířit s existencí smrti.....	33
2.3 Člověk a smrt.....	36
2.4 Umírání .....	37
2.4.1 Umírání v minulosti.....	40
2.5 Vlastní proces umírání.....	41
2.5.1 Proces umírání, obecné znaky blížícího se konce života .....	41
2.5.2 Jak dlouho ještě?.....	42
2.5.3 Střídání chutí .....	44
2.5.4 Poslední chvíle života člověka.....	45
2.6 Umírání ve zdravotnických zařízeních .....	48
2.7 První minuty po smrti .....	49
2.7.1 Kdy je člověk skutečně mrtvý .....	51
2.7.2 Péče o mrtvé tělo.....	52

2.8 Euthanasie .....	53
<b>3. PÉČE O PACIENTY</b> .....	58
3.1 Paliativní medicína.....	58
3.1.1 Definice a charakteristika paliativní medicíny .....	58
3.1.2 Paliativní medicína – historie a současnost .....	60
3.2 Principy paliativní péče .....	63
3.3 Zdravotní péče o umírající .....	64
3.4 Ošetřující osoba .....	66
3.5 Pastorační přístup k umírajícím a nemocným.....	69
3.5 Péče o pacienty v lůžkových zařízeních .....	72
3.5.1 Denní režim v hospici .....	75
3.6 Ambulantní zařízení.....	78
3.7 Domácí hospicová péče .....	79
3.7.1 Výhody péče o umírající v domácím prostředí.....	82
3.7.2 Spolupráce rodiny s domácím hospicem .....	83
3.7.3 Role praktického lékaře .....	84
3.7.4 Pacient (klient) v domácím ošetření.....	85
3.8 Porovnání lůžkové a domácí hospicové péče .....	87
<b>Závěr</b> .....	89
Seznam použité literatury .....	90
Slovník užitých pojmů.....	93
<b>Seznam příloh</b> .....	95

## Úvod

K napsání této práce mě vedla touha prozkoumat problematiku péče o umírající v různých typech hospicových zařízení, jelikož v České republice i přes neustále se zdokonalující zdravotnictví přibývá pacientů, kteří trpí nevléčitelnými chorobami. Současně jsem si vědom skutečnosti, že ačkoliv se hospicové domy na našem území vyskytují čím dál více, nejsou ještě příliš zakotveny v povědomí lidí.

Ve své diplomové práci se nejprve věnuji hospicovým zařízením z historického hlediska, poté také současnému stavu hospiců ve světě i v České republice. Nedílnou součástí kapitoly je také zakotvení hospicové péče v systému zákonů České republiky. Ve druhé kapitole seznamuji s problematikou nemoci a smrti, které s péčí o umírající úzce souvisí. Neopomněl jsem ani stále více diskutované téma euthanasie. Třetí, stěžejní kapitola mé práce, je věnována metodám péče o umírající, zejména péči paliativní, a možnostem, jak je možné paliativní péči uskutečňovat. Závěr kapitoly nabízí srovnání různých podob hospicové péče, které jsou zejména ve světě uskutečňovány.

Během svého studia na Teologické fakultě jsem navštěvoval hospicová zařízení jednak v rámci povinné praxe v pátém ročníku, jednak soukromě. Proto v textu zmiňuji i vlastní poznatky a zkušenosti s činností hospice a péče o umírající. Problematika postavení hospiců v systému našeho současného zdravotnictví mě zajímá, protože mi péče o nemocné a umírající není lhostejná.

# 1. VZNIK HOSPICŮ

## 1.1 Historická podoba hospiců

Dříve, než se budeme zabývat rozmachem hospicového hnutí v naší republice a ve světě, je dobré vysvětlit význam a etymologii termínu „hospic“:

Anglický výraz **hospic** znamená útulek nebo útočiště. Termín byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku, které vyhledávali 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 provozoval člověk, který byl schopný vést nejen hostinec, ale vyznal se i v ranhojičství. Nikoli náhodou mají dnešní hostinec a nemocnice (varianty výrazu hospital) stejný filologický původ. Středověký hospic poskytoval v elementární úrovni vše, co můžeme moderní terminologií nazvat bio–psycho–sociálním a spirituálním komfortem.<sup>1</sup>

V hospicích se také křesťané cvičili v lásce ke svým bližním, které představovali právě poutníci, podle Ježíšových slov: *„Neboť jsem hladověl, a dali jste mi jíst, žíznil jsem, a dali jste mi pít, byl jsem na cestách, a ujali jste se mne...“*<sup>2</sup>

## 1.2 Obnovená myšlenka hospiců

Hospice později přirozeně zanikly a myšlenka na ně ožila teprve v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Byla nazvána Hospic

---

<sup>1</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 39

<sup>2</sup> BIBLE - Ekumenický překlad, Mt 25,35



a poskytovala péči odpovídající principům sesterské charity. Tato iniciativa jistě stojí za zaznamenání, i když zůstala osamocena.

Hospicová zařízení pro péči o umírající byla zřizována na konci 19. a začátkem 20. století různými katolickými řády ve Francii, Irsku, Anglii a Spojených státech amerických. Na počátku 20. století byl Charitou irských sester založen první St. Joseph's Hospice v Hackney ve východní části Londýna. K dramatickému nárůstu hospiců však došlo až po druhé světové válce, což lze dát do souvislosti s rozvojem vítězné medicíny, která nebyla schopna uspokojit potřeby umírajících.

V padesátých a šedesátých letech minulého století začala být v západní Evropě a USA pocítována potřeba zlepšení péče o nemocné v terminální fázi onemocnění. Lékaři a nemocniční systém byli kritizováni zevně i zvenku. Byla kritizována špatná péče, nedostatek pozornosti věnované nemocným, nedostatečná léčba bolesti, péče orientovaná na chorobu a ne na nemocného, nedostatečné řešení psychických, duchovních a rodinných problémů pacientů, nedostatečná dovednost personálu provádějícího domácí péči. Jako odpověď na tuto kritiku vzniklo takzvané hospicové hnutí, které zahájilo změny v péči o nevléčitelně nemocné ve všech oblastech. Nejlepší aspekty z tohoto hnutí byly později včleněny do moderní multidisciplinární paliativní medicíny.<sup>3</sup>

Protagonistkou hospicového hnutí se stala Angličanka Cecilia Saundersová, autorka obsažné knihy Hospic – žijící myšlenka. Původně pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovníce, později, ve věku 30 let, získala lékařské vzdělání. Již v mládí nabyla přesvědčení, že umírající potřebují specifickou péči a že je možné je uchránit utrpení, proto se rozhodla profesně se věnovat nemocným na konci jejich životní cesty.

---

<sup>3</sup> Srov.: VORLÍČEK, J. ADAM, Z. *Paliativní medicína*, str. 17 -18

Zlomové bylo její setkání s pacientem Davidem Tasmou. Tento muž byl hospitalizován v St. Joseph's Hospice, aniž věděl, jak je jeho zdravotní stav vážný. Saundersová mu sdělila pravdu a starala se o něho do posledních chvil. Pomáhala mu, aby našel smír a význam posledních chvil. Z vděčnosti jí David Tasma věnoval 500 liber s přáním, aby byly použity na stavbu další nemocnice tohoto typu.

### 1.3 Hospicové hnutí ve Velké Británii

V roce 1969 byl otevřen v Londýně první hospic moderního typu s názvem St. Christopher's Hospice, v jehož čele stanula právě Cecilia Saundersová. V současné době je nazýván "mateřským domem" hospicového hnutí.<sup>4</sup>

V roce 1980 bylo v Británii 62 hospiců, které nabízely jednak péči v domech, jednak také služby umírajícím v jejich domácím prostředí. To koresponduje se základním významem pojmu hospic. Podle zakladatelů hospiců v zahraničí i u nás není možné slovo „hospic“ spojovat pouze s domy. Hospic je služba, a ta může být poskytována kdekoliv. Jaké formy hospicové péče jsou nabízeny dnes, bude uvedeno dále.

Do roku 1988 hospicové informační centrum zaznamenalo kolem 500 zařízení, mimo rodinných služeb. Hnutí se rozrostlo z péče poskytované dospělým pacientům umírajícím na rakovinu, na péči poskytovanou též dětem trpícím rakovinou (vzniklo několik dětských hospiců a pracovních týmů), na péči o pacienty s onemocněním motoneuronů, roztroušenou sklerózou a Alzheimerovou chorobou. Na počátku devadesátých let dvacátého století vzniklo též několik hospiců zaměřených na pacienty

---

<sup>4</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 40

s diagnózou HIV/AIDS. Většina těchto zařízení však byla zavřena, kromě Mildmay v Londýně, neboť se toto onemocnění stalo léčitelným.<sup>5</sup>

## 1.4 Historie hospicového hnutí v České republice

Z historického pohledu pečovala o umírající a nemocné u nás především jejich vlastní rodina. Tradiční model umírání se na území České republiky odehrával v domácím prostředí za účasti všech rodinných příslušníků a blízkých, kteří pomáhali spolu s duchovním ulehčit poslední hodinu umírajícímu. Tento model umírání měl i charakter sociální, každý člen rodiny si uvědomoval, že nezůstane osamocen, že kolem něj bude někdo blízký, kdo má o něj zájem.

Tak z generace na generaci přecházela zkušenost a znalost, jak pečovat o umírající i jak se v této náročné situaci chovat. Laická veřejnost ovládala základní ošetrovatelské postupy a to v docela uspokojivé míře.<sup>6</sup>

Rozvoj hospicové péče v České republice byl započat v rámci změn, které v českém zdravotnictví probíhaly od začátku devadesátých let. V roce 1991 byla při Ministerstvu zdravotnictví založena **Pracovní skupina pro podporu rozvoje domácí a hospicové péče**. Tato skupina sestávala z odborníků i laiků a podporovala rozvoj nových druhů zdravotních služeb, které v České republice dosud chyběly nebo byly nedostatečně rozvinuty. Od roku 1991 do roku 1994 probíhal experimentálně projekt s názvem „Charitní ošetrovatelská služba v rodinách“, jejímž úkolem bylo rozšířit v České republice domácí zdravotní péči v situaci, kdy pro ni neexistovaly legislativní podmínky. Po čtyřech letech došlo ke změně legislativy a tato péče začala být hrazena systémově, ze zdravotního pojištění.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Srov.: MACKOVÁ, M. *Hospicové hnutí u nás a ve světě*

<sup>6</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 40-41

<sup>7</sup> Srov.: FILEC, V. *Hospicová péče v české republice*. [online]

Od počátku spolupracovala s výše uvedenou pracovní skupinou i zakladatelka hospicového hnutí u nás, doktorka Marie Svatošová. Již v průběhu zmíněného projektu se začala vyčleňovat péče o klienty v terminálních stavech<sup>8</sup> jako samostatná problematika a současně s ukončením projektu „Charitní ošetrovatelská služba v rodinách“ začalo Ministerstvo zdravotnictví investičními dotacemi podporovat vznik prvního modelového hospice v České republice.<sup>9</sup>

Historie hospiců v České republice je poměrně krátká a datuje se od roku 1993, kdy lékařka Marie Svatošová založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s výstižným názvem *Ecce homo*, který má opět předobraz v evangeliích (*J 19,5*). „Nezaměnitelná podobnost trpících pacientů s trpícím Ježíšem, nad kterým vyřkl Pilát Pontský právě ono slavné „Ejhle, člověk!“, je zřejmá. Umírající je často v tak ubohém stavu, že v něm ostatní zcela neprávem přestávají vidět člověka. *Ecce homo* chce prosazovat práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti a chce podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče v celé České republice.“<sup>10</sup> Přitom se dbá na to, aby byl kladen důraz na fyzickou, psychologickou a duchovní péči a na respektování individuality každého jedince.

---

<sup>8</sup> Terminální stav – viz. slovníček

<sup>9</sup> Srov.: MACKOVÁ, M. *Hospicové hnutí u nás a ve světě*

<sup>10</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 40

## 1.5 Hospice v České republice

Prvním a mimořádně úspěšným počinem *Ecce homo* bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, k němuž došlo ve spolupráci s diecézní charitou v Hradci Králové. Hospic byl vybudován v neuvěřitelně krátké době 13 měsíců. Slavnostní otevření se konalo 8. prosince 1995 a po měsíčním návštěvním období byli v lednu 1996 přijati první pacienti. Pro úplnost je třeba dodat, že první oddělení paliativní péče bylo otevřeno 2. listopadu 1992 jako součást nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou u Brna. O pacienty na 20 lůžkách se starala primářka Jana Skříčková, která byla v roce 1999 vystřídána primářkou Ilonou Binkovou. Obě jmenované lékařky důsledně rozvíjejí paliativní formy péče.<sup>11</sup>

V lednu 1998 byl zahájen provoz Hospice Štrasburk se sídlem v Praze – Bohnicích, v němž je pacientům i personálu k dispozici kaple sv. Lazara, a v dubnu téhož roku pak Hospic sv. Lazara v Plzni. Oba vznikly z iniciativy Vojenského a špitálního řádu sv. Lazara Jeruzalémského. V Brně byl 1. června 1998 otevřen Hospic sv. Alžběty, jehož zřizovatelem je Masarykův onkologický ústav. Je umístěn v části objektu konventu sester Alžbětinek. Kromě nemocných v dlouhodobé péči Masarykova onkologického ústavu na Žlutém kopci, kteří pochopitelně tvoří většinu klientů hospice, je samozřejmě otevřen i pro další pacienty, prioritně s onkologickým onemocněním.<sup>12</sup>

Roku 2000 vzešla iniciativa na založení Hospicu v Mostě. Tento hospic se nachází v bezprostřední blízkosti mostecké Nemocnice následné péče, klienty přijímá od 7. července 2005.

Mezitím, v únoru roku 2001 byl otevřen Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, který vznikl z bývalé porodnice. Nabízí celkem 56 lůžek,

---

<sup>11</sup> paliativní péče – viz. slovníček

<sup>12</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 41

z toho 26 je pro nemocné, 22 lůžek pro doprovázející a 8 lůžek pro stážisty a dobrovolníky.

Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí byl založen a dán do provozu roku 2003. Jeho zřizovatelem je Českobratrská církev evangelická.

V roce 2000 vzniklo na jihu Čech občanské sdružení pod názvem „Sdružení sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích“ s úmyslem zprovoznění hospice v tomto městě. Kongregace sester sv. Karla Boromejského pronajala pro sdružení za symbolickou cenu dům na dobu 20 let. Hospic byl zprovozněn na podzim roku 2005 a je zatím jediným hospicem v Jihočeském kraji.

Roku 2002 byl založen Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce. Tento hospic zřídila Arcidiecézní charita Olomouc v bývalém poutním domě, který původně patřil Matici svatokopecké a později městu Olomouc. Rekonstrukcí tohoto domu vzniklo nestátní zdravotnické zařízení se 30 specializovanými lůžky pro hospicovou péči. Provozovatelem tohoto hospice je stále Arcidiecézní charita Olomouc.

Hospice v naší republice jsou věnovány také dětem. O rozvoj a provoz zařízení, která se zabývají pomocí dětem, se stará především nadace Klíček. Tato nadace stojí také za projektem prvního dětského hospice v Čechách, a to v obci Malejovice, v Posázaví. Tento hospic byl založen roku 2005, nalézá se v objektu staré venkovské školy, která byla rozšířena o novou budovu.

V současnosti se připravují a projektují další hospice, mají vzniknout v městech Havlíčkův Brod, Chrudim, Čerčany, Ostrava.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> <http://www.hospice.cz>, internetová stránka.2006-02-15

Václav Filec na internetovém serveru [www.studovna.cz](http://www.studovna.cz) komentuje současnou situaci hospiců takto: „Je pravda, že činnost hospicového hnutí je u nás stále ještě v počátku. Česká veřejnost byla dřívějším tabu témat spojených se smrtí a umíráním pochopitelně ovlivněna. Proto byla na místě obava, zda bude podpora hospicové myšlenky přijímána nezkresleně. Daly se očekávat i negativní reakce bezprostředního okolí na první hospicová zařízení, což se později ve dvou případech opravdu stalo. Hospicová péče je dnes úkolem pro celou společnost, což ilustruje pestrost zřizovatelů těchto zařízení – od diecézních charit přes občanská sdružení až po magistrátní úřad.“<sup>14</sup>

## **1.6 Ecce homo – Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí**

### **1.6.1 Vznik sdružení Ecce homo**

U vzniku této organizace stáli pouze tři lidé, Jiří Černý, Alice Hložková a Marie Svatošová. Zjištění, že pro založení občanského sdružení je potřeba tří osob, je vedlo k založení charitativní skupiny poskytující domácí péči a posunuli svou působnost až na samou hranici možností domácí péče. Taková hranice existuje a zná ji každý, kdo se někdy snažil sloužit nemocným a umírajícím členům rodiny v domácím prostředí až do jejich skonu. Právě tato hranice se stala zakládající trojici roku 1993 pomyslnou startovní čarou. Užitečné zkušenosti je přivedly k rozhodnutí založit sdružení malé, ale co nejpružnější, těžce alergické na jakoukoliv byrokracii, sdružení pracující co nejefektivněji, to je s minimální reží, avšak s maximálním užitekem pro těžce nemocné a umírající, o které vždy šlo a jde především.

---

<sup>14</sup> <http://www.studovna.cz>, Hučín, *I umírat se dá důstojně*, Psychologie Dnes, 6/2006

Toto sdružení se samozřejmě řídí zákony platnými pro každého v tomto státě, ale především zákonem svědomí. Tak se snaží plně využívat svého rozumu, svých sil i svobodné vůle k efektivní pomoci a péči potřebným.

Členská základna tohoto sdružení si chrání svou svobodu tak žárlivě, že před případným rozrůstáním členské základny dávají přednost každodenní tvůrčí spolupráci se všemi lidmi dobré vůle – ať jde o jednotlivce či organizace – státní či nestátní.<sup>15</sup>

Marie Svatošová si je vědoma, že název „Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí“ je příliš dlouhý, a proto hledala jiný výstižný název, který by pokryl poslání nového sdružení.

Slova ECCE HOMO, jak bylo zmíněno výše, pronesl Pilát, když před něho přivlekli zmučeného, zbičovaného, poplivaného, zkrvaveného a trním korunovaného Ježíše. V češtině tato slova znamenají „Ejhle, člověk!“ Je nutno si uvědomit, kolik lidí v těžce nemocném přestává vidět člověka! Stačí, aby byl inkontinentní (tzn. neudržel stolicí a moč), aby byl nepohyblivý, mentálně postižený či jinak vybočoval z „normy“ a už bývá často označován jako „případ“ a podobně.

Právě pro onu nezaměnitelnou podobnost s Ježíšem se sdružení rozhodlo pro svůj název ECCE HOMO. Pilát nakonec rozhodl jak rozhodl, protože už si víc nemínil komplikovat život. Marie Svatošová píše, že sdružení na rozdíl od Piláta si s nemocnými a umírajícími život komplikuje docela rádo. Podle ní to není ani nemůže být vždy snadné, ale rozhodně to stojí za to!

---

<sup>15</sup> Srov.: <http://www.hospice.cz/eccehomo>, internetová stránka.2006-02-15



Základní poslání sdružení ECCE HOMO je přispívat k humanizaci medicíny, zejména thanatologie!<sup>16</sup>

### **1.6.2 Cíle sdružení Ecce homo**

Sdružení Ecce homo si klade za cíl prosazovat ve společnosti práva pacienta a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti, podporovat rozvoj domácí péče a zejména hospicového hnutí v České republice. Naplňování druhého z uvedených cílů se děje pořádáním seminářů, přednášek, kurzů, diskusních besed, zprostředkováváním a výměnou informací a zkušeností, publikační činností, poradenskou činností a dalšími vhodnými prostředky.

Získané zkušenosti využívají členové sdružení k prosazování myšlenky hospice i mimo budovy hospice – všude tam, kde lidé umírají: v nemocnicích, domovech důchodců, v dalších ústavech, dále v rodinách a ve společnosti vůbec.<sup>17</sup>

### **1.6.3 Původní taktika a strategie sdružení Ecce homo**

Vznikající sdružení si hned v začátku sepsalo několik bodů, které se staly mottem, úkolem a zároveň základním kamenem hospicové péče u nás. Taktika, jak se zdá, byla od samého počátku velmi dobře promyšlená, a – jak můžeme v praxi zažívat – je důsledně dodržována. Základní strategie zněla takto:

---

<sup>16</sup> Tamtéž

<sup>17</sup> Tamtéž

- 1) Tabu nepomůže – o smrti a umírání musíme mluvit a hlavně přemýšlet. Týká se každého.
- 2) Co nejdříve otevřít v České republice modelový hospic (realizováno v roce 1995) a v něm názorně ukázat, že všechno jde, když se chce! Všechno je v lidech!
- 3) Zkušenosti z hospice, z domácí hospicové péče, ale i ze světa sbírat, analyzovat, předávat dál.
- 4) Vychovávat společnost – podporovat a povzbuzovat rodiny, které v těžké chvíli neopustí své umírající a chtějí je osobně doprovázet až do konce doma, je-li to možné, a v hospici či v nemocnici, nejde-li to doma.
- 5) Upozorňovat pacienty na jejich práva a usilovat o radikální změny přístupu lékařů a ostatních zdravotníků k nemocným.<sup>18</sup>

## 1.7 Legislativní úprava hospicové péče v ČR

Hospicová péče v České republice dlouho neměla svou legislativu. Do 1. ledna 2007 se tato péče poskytovala v souladu s legislativou pro ošetrovatelská lůžka dle příslušných sazebníků. Poslední platný byl „**Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami**“, který je přílohou Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb.

Od 1. ledna 2007 doznala legislativa týkající se hospiců velkých změn. V platnost vešel Zákon o sociálních službách, č.108/2006 Sb. Hospice jsou zde zařazeny mezi zdravotnická zařízení ústavní péče. Podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,- Kč. Péče v zařízeních hospicového typu je tedy již hrazena systémově, ovšem peníze na rozvoj a provoz hospiců jsou třeba shánět vlastní cestou, například z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, Magistrátů či městských úradů,

---

<sup>18</sup> Tamtéž

příspěvky klientů hospice či sponzorskými dary fyzických a právnických osob.

Zákon 117/2007 Sb. § 22a zmiňuje, že paliativní a symptomatická léčba o osoby v terminálním stavu je poskytována v lůžkových zařízeních hospicového typu. Bohužel více se zákon hospicům nevěnuje. Dosud není v zákoně definována ani domácí nebo mobilní hospicová péče.

V platnosti je však několik vyhlášek Ministerstva zdravotnictví České republiky, například Vyhláška 620 o personálním obsazení hospiců a Vyhláška 619 zmiňující platby od zdravotních pojišťoven.

Stále však u nás chybí zákonná úprava, jež by flexibilně umožnila zůstat příslušníku rodiny s nemocným v terminální fázi onemocnění doma s přiměřenou náhradou ušlé mzdy.

### **1.7.1 Potřeba hospicových lůžek**

V souladu se světovými zkušenostmi se doporučuje minimálně pět hospicových lůžek na 100 tisíc obyvatel. Toto doporučení je přebráno z Velké Británie, kde ještě souběžně z hospicovou péčí funguje hustá síť paliativních domácích služeb. Z toho tedy vyplývá, že ve skutečnosti je potřeba hospicových lůžek ještě větší.

V současné době je v České republice pouhých 280 hospicových lůžek, ale podle dlouhodobé prognózy by se jejich počet měl do budoucna zvednout na 500.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Srov.: Tamtéž

### 1.7.2 Hlavní důvody nedostatečné hospicové péče v ČR

Péče o terminálně nemocné občany zůstává stranou hlavního zájmu v přípravě lékařů i sester. Proto řada lékařů prakticky neumí léčit symptomy terminálního onemocnění, nezná zásady kontroly bolesti, základní principy komunikace s terminálně nemocným atd.

Podle provedeného průzkumu kolem 20% praktických lékařů vůbec nemá (nevyzvedli si) speciální tzv. opiátové recepty. Nejsou tedy schopni svým pacientům předepsat silné opiáty<sup>20</sup>, např. morfin, v případě silných bolestí.

Chybí zároveň síť domácí pečovatelské a ošetrovatelské péče, jež by zajistila nepřetržitou péči v domácím prostředí.

Důsledkem předchozích dvou zmíněných bodů je fakt, že mnoho pacientů proti svému přání tráví poslední část svého života na drahých lůžkách akutní péče v nemocnicích. Chybí specializovaná lůžka na odděleních paliativní péče v hospicích či na odděleních paliativní péče v nemocnicích. Doporučený počet lůžek je, jak jsme již konstatovali, pět na každých sto tisíc obyvatel, tento počet je však nedostačující, což mohu potvrdit ze své praxe v hospici, kam se mnoho nemocných z kapacitních důvodů nedostalo. Nemocnice pak volaly, že pacient zemřel ještě dříve, než mohl být do hospice převezen alespoň na posledních pár dní života.

Legislativní, organizační a praktické řešení výše uvedených bodů se musí stát prioritou našeho současného zdravotnictví. Diskuse o legalizaci euthanasie se dají považovat především jako reakce na velmi často katastrofální nedostatky v péči o terminálně nemocné pacienty v našich

---

<sup>20</sup> Opiáty – viz. slovníček

nemocnicích. Myšlenky hospice a paliativní medicíny představují velice silnou alternativu euthanasie.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Srov.: SLÁMA, O. *Několik čísel a myšlenek o péči o terminálně nemocné v ČR* [online] cit. [ 2006-13-02]. Dostupné na [www.hospice.cz/dokumenty/cisla.html](http://www.hospice.cz/dokumenty/cisla.html)

## 2. ČLOVĚK A SMRT

### 2.1 Člověk a jeho nemoc

Pojem nemoci má v teoretickém medicínském myšlení ústřední postavení. Nemoc lze definovat různými způsoby, z nichž každý postihuje část skutečnosti nemoci, a to jak ve smyslu jejího vzniku, klinického obrazu, průběhu, tak i ve smyslu vztahování se k hodnotám, které jsou v důsledku její vlády nad člověkem měněny nebo změněny. Nemoc je porucha zdraví.<sup>22</sup>

Definovat nemoc tedy znamená umět definovat zdraví. Vést ostrou hranici mezi nemocí a zdravím je prakticky nemožné. Světová zdravotnická organizace podala definici zdraví. Podle deklarace z Alma–Aty z roku 1978<sup>23</sup> je zdraví „**stav úplného tělesného, duševního i sociálního blaha**“. Je zřejmé, že o zdraví je třeba usilovat.

Nemoc je tradičně spojována s bolestí a utrpením. Avšak člověk se může cítit zdravý, i když se v jeho organismu rozvíjí patologický proces. Nemoc je ve svých počátcích „němá“, neprojevuje se bolestí, a proto není postiženým člověkem registrována. Příkladem takového stavu může být tichý růst karcinomu. Takovou situaci bychom mohli zjednodušeně nazvat „velkou nemocí a žádnou, nebo malou obtíží“. V tomto případě se postižený člověk může stále těšit pocitu blaha.

Dalo by se dlouze uvažovat o základních kategoriích zdraví a nemoci. Podstatné však je, že stav nemoci vyvolává potřebu pomoci. Německý autor jménem Rothsuh to výstižně vyjádřil touto větou: „Nemocným je člověk, který v důsledku ztráty vzájemného působení fyzických, psychických nebo

---

<sup>22</sup> Kolektiv autorů. *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost*, str. 561

<sup>23</sup> Deklarace mezinárodní konference WHO o primární zdravotní péči 12. 9. 1978, Alma Ata

psychofyzických funkčních článků organismu potřebuje buď individuální, klinickou nebo sociální pomoc, případně jejich vzájemné kombinace.“<sup>24</sup>

Čeština má ve slově nemoc obsažen výstižně fakt stavu, tedy ne-moci postiženého člověka. Být nemocen je možné chápat jako stav nouze, v němž sloveso „moci“ je vždy nějak redukováno.

Při běžných nemocech, které člověka v průběhu života potkají, nenabývá smutek a zoufalství nad ztrátou zdraví významně stresujících poloh. Lékařská péče instrumentálně terapeutického způsobu<sup>25</sup> se zdá adekvátní.

Odlíšná situace však nastává tehdy, když má nemoc vážný charakter a když je z logiky věci očekáván přechod do stavu chronicity<sup>26</sup>, nebo jedná-li se o nemoc nevléčitelnou. Bohužel pacienti v běžných zdravotnických zařízeních většinou zůstávají „pouze“ v úrovni kvalitní léčby a nedostává se jim stejně tak potřebné pomoci psychické a lidské, proto je možné bez nadsázky konstatovat, že nikdy dříve nebyl člověk tak sám, jako je tomu dnes v nemocnicích.<sup>27</sup> Tristních poloh dostupuje osamocenosť nemocného člověka ve chvílích nejobávanějších, to je v umírání a smrti. „Odstrčen plentou nebo ve zvláštní místnosti, zcela osamocený, sám se svými bolestmi, se svou úzkostí, jakož i bez možnosti dožádat se vřelých vztahů, končí svůj život řada lidí.“<sup>28</sup>

Při vědomí výše uvedených skutečností přijímá společnost s povděkem vznik a rozvoj hospicových domů na našem území. Hospicová péče je pro většinu lidí zatím cizím pojmem, novou službou, o níž nemají silné povědomí. Zkušenost však ukazuje, že ti, kteří se již s tímto typem

---

<sup>24</sup> THOM, A., WEISE, K. *Lékařství a světový názor*

<sup>25</sup> Instrumentálně terapeutický způsob léčby – viz. slovníček

<sup>26</sup> Chronický stav – viz. slovníček

<sup>27</sup> BOWERS, M. K. *Wie können wir Sterben beistehen*

<sup>28</sup> Viz: HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*, str. 20

zdravotnického zařízení setkali či alespoň seznámili, přijímají jeho existenci a služby velmi kladně.

Ke každému lidskému životu skutečnost nemoci patří. Každý člověk je někdy pacientem, i když zkušenosti nemoci mohou být rozdílné. Heinrich Pera ve své knize *Nemocným nablízku* popisuje cestu člověka při nástupu do nemocnice. Taková cesta je vždy spojena se ztrátami. Nejprve člověk ztrácí část svého sociálního zázemí. V prvních dnech hospitalizace se pacient projevuje jako „šokovaný“. To se často projevuje tím, že jen velmi obtížně komunikuje se svým okolím. Nemoc život člověka úplně promění. Dříve se člověk aktivně účastnil dění, měl své úkoly a povinnosti, obklopoval ho shon a ruch. Žil svůj život naplno, byl ho účasten, spoluvytvářel své působiště a byl za něj spolu-odpovědný. Nyní je však „odložen stranou“. Leží v nemocnici či doma, je odkázán na pomoc druhých. Začíná chápat, že veřejný i domácí život se musí obejít delší či kratší dobu bez jeho účasti.<sup>29</sup>

Pacient, který přichází do nemocnice, se nachází ve stavu vnitřní úzkosti z toho, jak mu je. Je zmaten a pln obav, co ho při hospitalizaci<sup>30</sup> čeká. Po nástupu do nemocnice je podroben řadě vyšetření, stále nových a nových. Je umístěn do zvláštního pokoje, někdy dostane zvláštní druh oblečení, je uložen vedle člověka, kterého nezná... Pacient nezakouší jen ztrátu sociálního zázemí, jeho pobyt v nemocnici vede i ke ztrátě sebehodnocení. Už se o něm nemluví jako o osobě s konkrétním životním příběhem, ale jako o „případu“ s nemocným orgánem. Musí dělat věci, které jsou pro něj nové, zvláštní a neobvyklé. Očekává se přitom, že bude se zdravotníky spolupracovat, že se bude snažit pomáhat jim v tom, co dělají, a že nebude vyžadovat zvláštní pozornost. Tyto zkušenosti v něm vyvolávají nejistotu a ještě umocňují jeho strach.

---

<sup>29</sup> Srov.: PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*, str. 70

<sup>30</sup> Hospitalizace – viz. slovníček



K tomu se přidává ještě jedna ztráta. Nemocný ztrácí pocit bezpečí. Na jeho místo nastupují pocity osamělosti a odcizení. Na nemocného se valí celá mašinerie diagnostiky a terapie<sup>31</sup>, je jí vydán na milost a nemilost a nevyzná se v ní.

Heinrich Pera zmiňuje pocity jednoho muže, který o své hospitalizaci píše toto: „Jsem jen objektem, jen předmětem léčení, svoji osobitost jsem ze sebe musel setřít u vstupní brány podobně jako špínu ze svých bot.“<sup>32</sup>

Nemocný se musí vyrovnat s tím, že v nemocnici bude brát sotva někdo v potaz jeho jedinečnou osobitost a jeho vlastní já, jeho znalosti a plány, jeho koníčky a zvyky, jeho režim dne a obyčeje. Všechny bude zřejmě zajímat jen jeho chorobopis, ve kterém najdou různé záznamy, hodnoty a křivky, ale ani jednu kolonku pro jeho vlastní otázky a nejistoty.

Pacient se chtě nechtě musí přizpůsobit novému dennímu režimu, na jeho názory se nikdo neptá. Nemocniční řád mu poskytuje jen málo svobody. často – zejména dopoledne se u pacienta vystřídá na třicet různých lidí. Ti kolikrát jen přijdou do pokoje, provedou určitý test – vezmou si vzorek jeho krve, přinesou mu jídlo, uklidí atp. Často mají zdravotničtí pracovníci tak málo času, že stačí pacienta či pacientku jen pozdravit. Pacient se tak rychle dovtípí, že provoz nemocnice je organizován spíše s ohledem na zdravotní personál nežli na pacienta. Také vizity – návštěvy lékaře na pokoji pacienta, nedodávají nemocnému příliš klidu. Lékaři ve spěchu „proběhnou“ pokojem, tichým hlasem něco pronášejí mezi sebou, a pacientovy otázky vnímají často jako rušivý element, který je v práci zdržuje.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> Diagnostika, terapie – viz. slovníček

<sup>32</sup> Srov.: PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*, str. 69

<sup>33</sup> tamtéž, str. 69

Naproti tomu jsou také chvíle, kdy pacient prožívá pocity osamění, protože dlouhá odpoledne a večery se zdají ještě delší, přemýšlí-li člověk, sám na pokoji, jen o svých zdravotních problémech, jejich původu i následcích, a čeká-li – často marně – na někoho, s kým by o svých myšlenkách mohl hovořit. Pacient má však silnou potřebu si o svých pocitech a zážitcích z vyšetření a zákroků popovídat – a to většinou s kýmkoliv, jen aby ze sebe vnitřní stres setřásl.<sup>34</sup>

U pacientů v nemocnicích se objevuje celá řada problematických psychologických příznaků. Jsou to zvláště deprese<sup>35</sup>, děsivé obavy a úzkost. Objevuje se i nervozita jednak z vyšetření, jednak z chirurgických zákroků. Pacienti mají děsivé noční sny. Nejsou schopni se pořádně na nic soustředit.

Každý člověk zná z vlastní zkušenosti, jaké to je být nemocný, mnoho lidí také ví, jaké to je být hospitalizován v nemocnici. Nemoc a nemocnice sice znamenají krizi, skrývají v sobě však vždy také novou šanci. Heinrich Pera tvrdí: „Nikdo netrpí nadarmo! Asi to zní překvapivě, ale je tomu tak. Má-li někdo růst, musí prodělávat i krize.“<sup>36</sup>

Ve své nemoci vnímá člověk sebe sama jinak než dříve. Právě díky nemoci se může měnit a může dozrávat.

---

<sup>34</sup> Srov.: KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci* str. 51

<sup>35</sup> Deprese – viz. slovníček

<sup>36</sup> Srov.: PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*, str. 70

### **2.1.1 Pohled na nemoc z hlediska nemocného**

Nemocní lidé se dají rozdělit na dva základní typy, podle toho, jakým způsobem k nemoci přistupují.

Nemocný člověk, který je založením aktivní bojovník, vidí zpravidla v nemoci nepřítele, kterým, pokud to půjde, se pokusí pohrdat a nebrat ho vážně, nebo se kterým se chce utkat a zvítězit nad ním v čase co možná nejkratším. Zpravidla odmítá myšlenku, že by také mohl, nebo spíš musel, žít s nemocí v jakémisi „trvalém svazku“, a že by se tedy měl naučit s ní vycházet.

Naopak povaha lítostivá nebo pasivní bude přijímat nemoc především jako křivdu či trest, bude se ptát, za co si nemoc zasloužila, bude mít tendenci se nemoci poddat, litovat se a zůstat v pesimistických polohách nálady.

V obou případech se jedná především o počáteční stádia nemoci. Tato počáteční stádia nejsou nikdy trvalá. Trvá-li nemoc déle, prochází nemocný obvykle různými stádii, která jsou charakterizována různým postojem k nemoci.<sup>37</sup>

### **2.1.2 Pohled na nevléčitelnou nemoc směřující ke smrti**

Trpí-li pacient nevléčitelnou nemocí směřující ke smrti, nemůžeme se již zabývat jednostranně jen pohledem smrtelně nemocného na sebe sama, ale musíme brát na zřetel také postoj doprovázejícího, který je smrtí svého příbuzného či svěřence také ohrožován. V případě nemocného hraje velkou roli jeho věk, skutečnost, že má (či nemá) starost o další lidi, na

---

<sup>37</sup> Srov.: OPATRŇY, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, str. 14-15

příklad děti, a v neposlední řadě je podstatný také jeho vlastní postoj ke smrti, tedy fakt, jak se s ní sám ve svém životě do této chvíle vyrovnával.<sup>38</sup>

Fáze a vypořádání se s nemocí dle Elizabeth Kübler – Rossové<sup>39</sup>:

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

Výše uvedené fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy zachovávat přesně tento sled. Naopak – často se některé z nich opakovaně vracejí a mohou se dvě nebo i tři, někdy i v jediném dni, prolínat. Fáze nejsou stejně dlouhé a může se stát, že

<sup>38</sup> Srov.: Tamtéž, str. 15

<sup>39</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, str. 29

některá chybí. To je dáno tím, že každý člověk je originál, každý člověk svou nemoc prožívá jinak.

Především je třeba si uvědomit, že uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Ti trpí spolu s ním, navíc se od nich očekává někdy až nadlidský výkon. Proto musí být někde rozumná hranice. V něčem je rodina nemocného nezastupitelná, ale v něčem zastupitelná je. A musí mít možnost si odpočinout a nabrat dech. Už to samo o sobě je dostatečným důvodem k tomu, aby se do doprovázení nemocného zapojilo i širší okolí nemocného.

Je třeba také upozornit na časový posun, v jakém prožívají jednotlivé fáze pacient a jeho blízcí. Jestliže již pacient dosáhl stadia smíření, zatímco jeho okolí stále ještě prožívá fázi smlouvání a vyjednávání, může mu to být na škodu. Třebaže to není lehké, měla by se v takovém případě rodina snažit co nejdříve s nemocným vyrovnat krok. Někdy to však prostě nezvládne, ale není nutno se za to stydět. Je to lidské. V tom případě ale tím víc potřebuje rodina i nemocný někoho dalšího, kdo se ujme role doprovázejícího.<sup>40</sup>

Otázka po potřebách nemocného není tak samozřejmá, jak se na první pohled zdá. Většina lidí si myslí, že nemocný potřebuje především prvotřídní ošetření, léky a klid. Jistě, je to také pravda. Ale nesmíme zapomínat, jak jsme již výše připomněli, že každá nemoc znamená větší či menší izolaci od světa zdravých jedinců, od vlastní práce, koníčků... S výjimkou velmi těžkých a obtížných stavů a s výjimkou poslední fáze před smrtí, kdy se většina nemocných „odpoutává“ od života, potřebuje nemocný spíš takový kontakt se světem, který mu přinese pro něho únosné a tím i životodárné zatížení. Nemusí být jen sám se svou nemocí, bolestí a úzkostí, ale je tu i pro jiné či pro jiného. Nesmíme zapomenout, že „být

---

<sup>40</sup> srv. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, str. 29 - 31

pro jiného“ je jednou ze základních složek šťastného prožívání lidského života, a to i v nemoci.<sup>41</sup> Většina nemocných potřebuje určitou životní náplň a pocit užitečnosti či ujištění, že ještě neztratili ve světě všechnen význam.

Čím pak je budoucnost nemocného nejistější, tím více izolován se může cítit. Je sám se svou nemocí – „hrozná společnost“! A tak nemocný potřebuje především člověka. Člověka naslouchajícího a chápajícího, na kterého přenesse svůj strach, úzkost, agresi, nevoli, svou špatnou náladu, a naslouchající člověk se neurazí. Nemocný zpravidla nepotřebuje, aby mu jeho situaci někdo umně vysvětlil. Silně pociťuje potřebu příjemné společnosti. Přeje si, aby ho někdo chápal, dělal mu společníka, zajišťoval mu spojení se světem, z něhož byl svou situací vyřazen.

## 2.2 Jak se smířit s existencí smrti

Lidé se už odnepaměti pokoušejí vyrovnat s nezvratnou skutečností, že život každého z nás musí skončit smrtí. Je téměř jisté, že v životě nám umře někdo, koho máme rádi a po kom my pozůstalí budeme truchlit a bude nám po něm smutno.<sup>42</sup>

Existují různé možnosti, jak se vyrovnat s faktem, že každý život je konečný – ať už život lidí, které milujeme, tak i náš vlastní. Vyrovnat se s konečností života je nejstarší a nejčastější forma lidského úsilí. Rozvinuté společnosti naší doby velmi silně inklinují k odstranění myšlenek na smrt, snaží se na vlastní smrt jakoby zapomenout, vytěsnit ji, zahnat od sebe co nejdál – „jiní zemřou, já ne“. Je ovšem také možné pohlédnout smrti do očí jakožto součásti vlastní existence a zařídit si život, zejména vztahy k druhým lidem podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Lze považovat

---

<sup>41</sup> Srov.: OPATRŇY, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, str. 16

<sup>42</sup> DiGIULIO, R., KRANZOVA, R. *O smrti*, str. 9

za náš úkol připravit svůj konec tak, aby až přijde, byl pro nás a naše blízké pokud možno co nejsnazší a nejsnesitelnější. Každý člověk si musí hledat svou cestu, jak tento úkol naplnit.<sup>43</sup>

V důsledku různých ekonomických, sociálních a lékařských vymožeností v naší dnešní společnosti zřídka dochází k úmrtí v raném věku. Lidé se dožívají vyššího věku, takže je stále menší pravděpodobnost, že se děti ve svém okolí setkají se smrtí. Vzhledem k tomu, že většina nemocných, umírajících a starých lidí je v péči nemocnic, domovů důchodců a jiných institucí, dospělí i děti stále méně přicházejí do styku s lidmi, kteří stojí na prahu smrti.

Proto se smrt v naší dnešní společnosti stala jakýmsi tabuizovaným tématem, o kterém se lidem těžko hovoří. Děti a mladí lidé, jejichž bližní jsou těžce nemocní nebo umírají, často neznají nikoho, kdo umřel. Tato skutečnost jim nepříjemný prožitek z blížícího se konce života ještě více znepříjemňuje a komplikuje. Nebo mohou žít v komunitách, kde ani dospělí nejsou obeznámeni se smrtí, takže stěží dokáží pochopit, co děti nebo mladí lidé mohou prožívat, když se ocitnou tváří v tvář smrti či těžké nemoci jednoho z rodičů, kamaráda, příbuzného nebo někoho známého.<sup>44</sup>

Robert DiGiulio ve své knize *O smrti* popisuje stav současné americké společnosti, jeho myšlenky a názory jsou však podle mého názoru použitelné i ve společnosti naší.

Současná americká a podle mého názoru postupně i naše kultura klade důraz na mládí, zdraví, krásu a skvělou fyzickou kondici. Tato tendence se v Americe výrazně projevuje od 80. let minulého století a přetrvává dodnes. V dnešní době se velká část naší kultury nechává silně

---

<sup>43</sup> Srov.: ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*

<sup>44</sup> Srov.: DiGIULIO, R., KRANZOVA, R. *O smrti*, str. 10

ovlivňovat hudbou, módou a mediálními idoly mládeže. Reklama lidem radí, jakou kosmetiku mají kupovat, aby si uchovali mladistvý vzhled, jaké mají pít nápoje, aby mladistvě mysleli, a jaké ostatní výrobky si mají koupit, aby měli „mladý“ životní styl. Představy stárí, umírání či nemoci mohou v této souvislosti působit bizardně a nepřírozně, a nikoli jako nevyhnutelná a očekávaná část našeho života.<sup>45</sup>

„Mezi mnoha tvory na této Zemi, kteří umírají, dělá smrt potíže jen lidem. Zrození, mládí, pohlavní zralost, nemoc, stárí i smrt – to všechno lidé sdílejí se zvířaty. Avšak pouze lidé mezi všemi živými bytostmi vědí, že zemřou; pouze oni předvídají svůj konec, uvědomují si, že může přijít kdykoli, a podnikají určitá opatření – jako jednotlivci i jako skupiny, aby se uchránili před nebezpečím zániku. Lidem nedělá problémy ani tak sama smrt, jako spíše jistota, že zemřou.“<sup>46</sup>

Z vlastní zkušenosti vím, že téma nemoci, umírání nebo smrti, je nepřilíš dobré téma k rozhovorům. Po dobu studia jsem navštěvoval pražský hospic Štrasburk v Bohnicích. Několikrát se mě kamarádi ptali, kde plním své praxe, nebo co je náplní hospicové péče. Vždy po vyslechnutí základních informací mě přerušovali a nechtěli mít s tímto nic společného. I pouhé poslouchání o lidské bezmoci, která je v hospici k vidění na denním pořádku, jim vadilo. Lidé neradi slyší o lidské bezmoci, o utrpení a o smrti, kterou raději odsouvají stranou do domovů důchodců, do nemocnic, hospiců a jiných zařízení k tomu určených. Smrt je vytěsňována do pozadí, proto je pro lidi stále větším problémem se s ní vyrovnat, přijmout ji jako nedílnou součást života.

Na Památku zesnulých, 2. listopadu 2005, proběhla v pořadu Dobré ráno s Českou televizí reportáž z jednoho pražského krematoria. V této

---

<sup>45</sup> Srov.: Tamtéž, str. 11

<sup>46</sup> ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*



reportáži hovořil jeho zaměstnanec o tom, že v posledních letech se jim v krematoriu hromadí nevyzvednuté urny s popelem mrtvých. Jejich blízcí nemají zájem si tyto urny vyzvednout. Myslím si, že příčinou této zarážející skutečnosti je fakt, že si nechtějí připomínat, že jim odešel někdo milovaný, a ani nechtějí myslet na to, že smrt je všem lidem společná. Smrt je tak vytěsňována z myslí i ze života.

### 2.3 Člověk a smrt

Ze všech druhů je lidský jediným, který ví, že musí zemřít, a ví to pouze ze zkušenosti. Je-li člověk jedinou živou bytostí, která ví, že musí zemřít, musíme hned poznamenat, že také zvířata znají jisté předtuchy smrti. Ty jsou ovšem vyvolány, teprve když smrt bezprostředně ohrožuje je nebo jiné zvíře. Jsou známa i fakta, že pes vycítil čas smrti svého pána o několik hodin dříve, než skutečně nastal.<sup>47</sup>

Člověk je jediný ze všech tvorů, který má představu o smrti, i když tato představa je neurčitá a mlhavá. Proto se strach ze smrti zažívá specificky, zvláště, neboť jemu jedinému je dána výsada vědomí o smrti. „Právě skutečnost, že strach ze smrti je zažíván dlouho před tím, než se faktická smrt přihlásí, může být zdrojem určité tragiky, určitého pocitu marnosti, který pak padá na život.“<sup>48</sup>

Člověk ví o objektivní smrti. Na základě své životní praxe a zkušenosti chápe, že i on jako každý z živých tvorů může být kdykoliv ohrožen nemocí nebo úrazem, který bude mít za následek smrt. Člověk však v běžném životě zpravidla na smrt nemyslí, i když pod jejím

---

<sup>47</sup> Srov.: LANDSBERG, P.L. *Zkušenost smrti*, str. 120 - 121

<sup>48</sup> SAMEK, A. *Člověk, smrt a bolest*, str. 223

znamení žije. Naopak jedná a chová se tak, jako by byl přesvědčen o své nesmrtnosti.<sup>49</sup>

Potlačovat myšlenku na vlastní smrt se daří člověku nejen po celý život, ale více či méně též po dobu vážné nebo nevyléčitelné nemoci. Vědomě smrt uznáváme, ale podvědomě ji jako realitu současně popíráme. Tato zastírací metoda však není dostatečná.<sup>50</sup>

Strach je opakovaně zažíván vždycky, když mu bolest, ať psychická či fyzická, zastíní cestu. Zvláště obavy před tělesným utrpením stupňují strach ze smrti. Ale tento strach, který provází život lidské bytosti, je spíše „nekonkrétní úzkostí ze smrti“ než strachem z faktu smrti. Tato úzkost se může stát podstatnou pro život, protože ona může být vlastně pochopena, respektive realizována jako „starost o život“. Člověk, který nepřezene míru této úzkosti – a pokud ji prožívá takříkajíc v mezích normálu, ji může vůči životu přetvořit v něco „pozitivního, reaguje na ni konstruktivně, nepropadá rezignačním náladám a apatii, šetří více časem, nerozptyluje se povrchnostmi a soustřeďuje své síly na nejzávažnější úkoly“.<sup>51</sup>

## 2.4 Umírání

Jinak je zažíván strach z konkrétnosti smrti, která bezprostředně člověku hrozí. Jen těžko si člověk – ať už blízkost smrti tuší nebo ne, dokáže představit, že nebude. Představa, že odejde a tady na světě už nebude moci nic udělat, nic říci, nic ovlivnit, je tak cizí, že v člověku vzbuzuje obavy.

---

<sup>49</sup> ŠULC, J., MORÁVEK, M. *Člověk na pokraji svých sil*, str. 165

<sup>50</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života, líc smrti*, str. 47

<sup>51</sup> Srov.: LANDSBERG, P.L. *Zkušenost smrti*, str. 47 - 48

Strach ze smrti se objevuje vždy znovu v „kritických chvílích“, kdy je hrozba smrti reálná. Takovou „kritickou chvílí“ je jistě umírání. Nemocný se dobral pravdy, „vnitřně ví“, že chvíle faktického rozloučení s tímto světem je nejen možná, ale i blížká. Každý člověk se pochopitelně z výše uvedených důvodů bojí okamžiku rozluky.<sup>52</sup>

Helena Haškovcová se ve svých úvahách o umírání opírá o citát Montaignea: „Nikdy si nedělejte starosti, že nevíte, jak umírat. Příroda vás to naučí ve chvílce v plné a dostačující míře; tu věc za vás udělá přesně a sama; žádnou těžkou hlavu mít nebudete.“ Tyto názory, podle Haškovcové, lze podepřít argumenty odborníků, které dokládají, že poslední chvílky člověka jsou doprovázeny slábnoucím vědomím. To má také za následek špatné pronikání do poznání psychologie umírání. Pro křesťana je umírání ponořením se do Boží náruče. Přestože i křesťan může zažívat pocity úzkosti, na pomoc mu přichází významná posila v podobě svátostí a modliteb jeho blízkých. Lze tedy obecně říci, že křesťané přijímají skutečnost smrti pokojněji, neboť pro ně není konečnou, ale přestupní stanicí. Naděje, že budou žít věčně, je chrání před oním „nic“, protože ví, jakých zaslíbení se od Boha člověku dostalo:<sup>53</sup> „Co oko nevidělo a ucho neslyšelo, co ani na mysl nepřišlo, připravil Bůh těm, kteří ho milují“<sup>54</sup>

Výzkumy dokládají, že pouze 6 – 10 procent lidí umírá při plném vědomí. Na tento fakt argumentuje Haškovcová starým řeckým příslovím: „Přízeň bohů dává umírajícímu kóma.“

Zakalené či ztracené vědomí umírajícího možná znamená individuální vysvobození, ale strach z umírání tím nezruší; ten se pouze posouvá relativně dopředu, totiž do těch chvil, kdy nemocný ještě vnímá,

---

<sup>52</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života, líc smrti*, str. 48

<sup>53</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*, str. 294

<sup>54</sup> BIBLE, 1Kor 2,9

kdy prožívá krutou bolest, či otupělý bolestí přece ještě cítí a chápe, že není návratu k životu.

Pojem umírání je v odborném lékařském slova smyslu synonymem terminálního stavu. To je období, ve kterém dochází k selhávání základních životních funkcí organismu pacienta (dýchání, krevní oběh). Lze tedy říci, že terminální stav je faktickým umíráním, tedy procesem, kdy se kruh života uzavírá. V tomto stádiu nelze prakticky nic vykonat ve smyslu psychologické pomoci a příbuzní či profesionálové mohou pouze sekundovat a být garantem důstojnosti lidského konce.

Avšak pojem umírání nemůžeme redukovat pouze na dříve popsany terminální stav. Mluvíme-li o pomoci a péči o umírající, máme na mysli delší časový úsek předcházející terminálnímu stavu. V německy mluvících zemích bývá pro ty, kteří umírající doprovázejí, používán výraz: „zum Tod arbeitender“, tedy „k smrti pracující“. Umíráním můžeme označit situaci, kdy vejde v odbornou i laickou povědomost, že nemoc konkrétního člověka je perspektivně neslučitelná se životem. Důležitý je postoj pacienta k nevléčitelné nemoci. Člověk ví, že zemře, ví, že ke smrti „dojde“ v procesu umírání. Uvědomí-li si nemocný, že má například rakovinu, pak se samozřejmě pro něj stává umírání aktuálním problémem, a to v určitém předstihu před terminálním stavem. Umírání je prožíváno v rovině akcelerovaného strachu o vlastní život. Uvědomit si, že zemřít je pravděpodobné, znamená současně vynaložit mnoho sil na obranu své psychické rovnováhy.<sup>55</sup>

Člověk se samozřejmě ptá, jaké bude umírání, jaký bude život a prožívání situace, než se ono milosrdné kóma přihlásí. Časté bývají dotazy na instrumentální stránku umírání, tedy vlastní terminální stav. Jsou to otázky typu: Nastane tento proces definitivního lidského zhasnutí

---

<sup>55</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*, str. 293-295

doma, nebo v nemocnici? Bude při mně někdo stát? Kdo by to měl být, a kdo to bude doopravdy?

Možná, že vysoká frekvence dotazů tohoto typu je dána odritualizováním lidského konce.

#### **2.4.1 Umírání v minulosti**

Nyní se zaměříme na umírání v minulosti, co ho doprovázelo. V historickém kontextu můžeme pozorovat zřetelné rozdíly týkající se akceptace smrti, než s jak ji vnímáme v současné době. Změny vnímáme jak v osobním postoji člověka, tak i v prostředí, kde člověk svůj život končí. Opomenout nesmíme ani lékařské možnosti na příklad v oblasti tišení bolestí či umělého udržování člověka při životě.

Smrt byla v minulosti chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým životem pozemským a rajským životem věčným. Mnohokrát bylo doloženo, že se lidé v minulosti dožívali jen nízkého, nebo relativně nízkého věku. Teprve v posledních 200 letech byla „chvilka“ pozemského života výrazně prodloužena a život po smrti „ztratil perspektivu“. Bez ohledu na víru či nevíru v posmrtný život je důležité, že pozemský život tím nabyl na významu.

V dávných dobách bylo v jistém slova smyslu samozřejmější zemřít, než žít. Celé generace byly srozuměny se smrtí a jednotlivci se v průběhu svého krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí, nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila. To, co se dnes vnímá jako „kulisa dobrého umírání“, je však spíše poplatné naší idealizované představě než někdejší prosté realitě. Smrt byla běžnou součástí života a byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na

veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez jakékoli pomoci. Umírání bylo relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Velmi lapidárně lze říci, že lidé krátce stonali a rychle umírali.<sup>56</sup>

Každé umírání znamená loučení, proto by bylo odvážné a možná nespravedlivé tvrdit, že se lidé v minulosti smrti nebáli. Lidé se smrti báli, ale „jinak“ než dnes. Oni odcházeli z tohoto slzavého údolí s přesvědčením, že už je nic „horšího“ nemůže potkat. Relativní útěchou byla všeobecně sdílená víra v život po smrti, který už nebude sužován útrapami, bolestí a nemocemi nejrůznějšího druhu.<sup>57</sup>

## **2.5 Vlastní proces umírání**

Proces umírání je bolestná kapitola lidského života, a proto neudivuje, že se pacienta, členů rodiny i zdravotníků zmocňují obavy, jak ji přiměřeným způsobem zvládnout.

Čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize, kde dominují fenomény strachu a nejistoty. Smrt je jedinečná událost a každý umírá svou vlastní smrtí. I přesto lze pozorovat určité zákonitosti, jak se zmíníme níže.

### **2.5.1 Proces umírání, obecné znaky blížícího se konce života**

Umírající má stále méně fyzických i psychických sil. Vzdaluje se od vnějšího světa a logicky klesá jeho zájem o jiné lidi, o noviny, televizi apod. Stále méně si přeje návštěvy známých a sousedů a chce mít u sebe jen ty nejbližší osoby. Nezřídka si přeje být sám. Poměrně často spí a bývá klidný.

---

<sup>56</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 23

<sup>57</sup> Tamtéž, str. 68

Někdy zasněně bdí. Celkově lze pozorovat výraznou introvertní orientaci. Ve snech nebo polospánku vede jistý monolog, v němž rekapituluje celý svůj život nebo jeho části a bilancuje. Někteří umírající si přejí být se svými vzpomínkami sami, jiní vítají přítomnost druhé osoby. Později převládá mlčení. Zaniká smysl pro čas a ticho se stává důležité. V takových chvílích pamatujeme na sílu a význam ticha.<sup>58</sup>

### **2.5.2 Jak dlouho ještě?**

Pacient se otevřeně, nebo ve skrytu zabývá otázkou: „Kolik času mi ještě zbývá?“, anebo ji transformuje do roviny strachu a ptá se: „Jak dlouho budu ještě trpět?“ Tato otázka je legitimní a logická. Pokud pacient takovou otázku vysloví, je většinou „zahnán do kouta“ slovy: „na takové věci ani nemyslete.“ On na ně ale musí myslet, a je tedy vhodné připravit si variantní odpovědi obsahující ujištění, že ať se stane cokoli, my ho neopustíme. Zdravotníci mohou doplnit, že mají léky, které odstraňují bolest, a že strach z nesnesitelných bolestí je tedy neopodstatněný.

Se strachem pacienta vystupuje analogicky strach rodiny a blízkých, Ti se ptají: „Jak dlouho to ještě může trvat? Kdy bude vysvobozen z bolesti a utrpení?“ Musíme si uvědomit, že příbuzní takové myšlenky nezřídka skrývají, neboť jim připadají nevhodné. Daniela Tausch-Flammerová doporučuje, aby zdravotníci iniciativně ujistili příbuzné, že jejich otázky jsou pochopitelné, přirozené a pravidelné. Ti by měli také vědět, co vysoce pravděpodobně nastane a jak se bude scénář konkrétního procesu umírání odvíjet. Tak mohou být příbuzným umírajícího dobrými doprovázejícími.

Pro každého příbuzného je zajisté velmi nesnadné spojit podíl na namáhavé péči s nejasným očekáváním, kdy smrt přijde, jak vypadá její začátek, jakou bude mít konkrétní formu atd. Všechny tyto obavy pramení

---

<sup>58</sup> Srov. : Tamtéž, str. 68

z neznalosti a nezkušenosti. Situace je obtížná zejména pro ty příbuzné, kteří se se smrtí někoho blízkého nikdy nesetkali, anebo ještě neviděli nikoho umírat.<sup>59</sup>

V případě, že neumíme odhadnout, jak dlouho ještě proces umírání potrvá, musíme pamatovat na únavu příbuzných a zajistit jejich vystřídání. Velmi potřebné je zdůraznit, že život musí jít dál i v přítomnosti smrti, a že tedy některé povinnosti musí sekundující příbuzný plnit. V této fázi je velmi vítaná nabídka rozhovoru o aktuálních starostech i o stále přítomném strachu, stejně jako zcela konkrétní pomoc, například sousedská nebo přátelská.<sup>60</sup>

V hospicu Štrasburk, kde jsem mohl být na stáži a poté i na praxi, jsem se setkal s prací psychologa, který je několikrát za týden k dispozici jak pro klienty, tak také pro jejich příbuzné. Kdo má zájem, může plně využívat jeho služeb. Tato jeho nabídka byla velmi pozitivně hodnocena a hojně využívána oběma zmíněnými skupinami.

V poslední době často slyšíme, že pro umírající je důležité pocítit fyzickou přítomnost doprovázející, nejlépe milované nebo milující osoby. Daniela Tausch – Flammerová dodává, že umírající je někdy tak zaneprázdněn vlastním životem, že ho při rozjímání o něm může i lehké dotýkání druhé osoby rušit. Proto univerzální rada „držte umírajícího za ruku“ nemusí být vždy vhodná. Tato rada vznikla jako reakce na totální absenci blízkých lidí u lůžka umírajících, k níž docházelo v posledních desetiletích a která dodnes není překonána.<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 66

<sup>60</sup> Tamtéž, str. 67

<sup>61</sup> Srov. Tamtéž, str. 68



### 2.5.3 Střídání chutí

Umírání je proces, který probíhá v určitém čase. Mnozí doprovázející jsou překvapeni, že umírajícímu nic nechutná nebo se chutě rychle střídají. Obecně platí, že umírající nejprve odmítá maso, pak další těžce stravitelná jídla, zeleninu a nakonec vše. Je velmi těžké respektovat přání umírajícího a akceptovat odmítání potravy. Mnozí příbuzní se trápí představou, že jejich blízký zemře „jen proto“, že ho nepřinutí k náležitému přijímání potravy.<sup>62</sup>

V hospicích je věnována jídlu pro umírající velká pozornost. Jsou respektována přání klientů a je zde maximální snaha vyhovět všem požadavkům, které nemocný má. Pro některé pacienty je jídlo zvláště mixováno za účelem lepšího přijímání a zpracování potravy. Platí zásada, že pacient si sám řekne, na co má chuť a do přijímání potravy není nucen. Ošetřovatelé trpělivě krmí ty klienty, kteří nejsou schopni samostatné obsluhy. Další důležitou stránkou denního příjmu jsou tekutiny. Dbá se o dostatečnou hydrataci a pacientům, kteří již nejsou schopni přijímat tekutiny „per orálně“<sup>63</sup>, jsou alespoň zvlhčovány rty a jazyk navlhčenou tyčinkou. Tekutiny jsou v takovémto případě doplňovány infuzní cestou. Veřejnosti je málo známé, že dehydratovaný pacient skutečně trpí, a často přehlíženo, že umírající o tekutiny nežádá, protože nepocituje žízeň anebo není schopen svou žádost vyslovit. Tento trend je v hospicích důsledně potírán skutečně pečlivým zájmem o nemocného a plněním jeho i nevyslovených potřeb.

Jestliže umírající projeví přání jíst konkrétní jídlo, zavládne na straně příbuzných radost. Předně probleskne naděje, že se třeba „blýská na lepší časy“, a dále vzniká prostor pro smysluplnou aktivitu. Stává se však, že umírající změni názor v čase, kdy příbuzní připravují „objednané“ jídlo,

---

<sup>62</sup> Srov. Tamtéž, str. 68

<sup>63</sup> Per orálně – viz. slovníček

a oni pak stojí unaveni a zahanbeni, že nebyli dost rychlí a pohotoví. Když se situace opakuje několikrát, bývá důvodem upřímného zoufalství. Zdravotníci by měli příbuzným vysvětlit, že střídání chutí i nechutenství je běžné a patří do závěru života.

Daniela Tausch-Flammerová má dobré zkušenosti s argumentem, že umírající nejenže nechce jíst, ale ani jíst nepotřebuje. To proto, že „tělesnou energii, kterou získáváme prostřednictvím jídla, on už nepotřebuje“. Programově je také potřeba zbavit příbuzné pocitů viny za to, že nedocílili toho, aby se umírající navzdory své situaci najedl. K procesu umírání patří přirozené odmítání potravy. Pacient může jíst skromně, anebo dokonce nemusí jíst vůbec. Musí ale pít!<sup>64</sup>

#### **2.5.4 Poslední chvíle života člověka**

Nejistotu, až paniku vzbuzují některé projevy neklidu umírajících, například bezcílné pohyby rukama, nohama, či prsty. Někteří nesmyslně upravují nebo „cupují“ ložní prádlo, případně svůj oděv. Při své praxi v hospici jsem se setkal také s muchláním oblečených plen, jednorázových podložek a ložního prádla nemocnými. Uvedené činnosti jsou ve vztahu ke ztrátě sounáležitosti s pozemským světem normální a signalizují příchod smrti. Neklid je však relativně snadno zvládnutelný. Postačí, když si kdokoli, nejlépe příbuzný, sedne na postel pacienta a vysvětlí strádajícímu, že není sám. Zde je „držení za ruku“ zcela na místě. Nemocný je však někdy ve stavu, kdy své okolí téměř nevnímá, pevně zatíná pěsti, téměř až do křečového stavu. Musíme proto dávat pozor, aby nás nemocný nepoškrábal, či jinak nám neublížil. V této situaci pomohou stočené obvazy, či jiné měkké předměty vložené nemocnému do dlaní.

---

<sup>64</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 69

Několik dní před smrtí nastává euforie, tedy poslední rozkvět sil. Umírající je náhle ve zcela bdělém stavu, přijímá podíl na životě (zajímá se o druhé lidi, někdy i o události veřejného života), projevuje různá přání (týkající se například jídla), má potřebu posadit se nebo dokonce vstát. Jsou to poslední okamžiky života člověka, který se po dlouhé době nemoci a určitě naposled chová „jako kdysi“. Rodina by měla tuto poslední radost sdílet.

Euforii střídá smrtelné kóma. Umírající má sice otevřené nebo polootevřené oči, ale nevidí. Ústa bývají nedovřená a umírající nereaguje na naše slova. vzdaluje se životu, ke kterému už nemá sílu, a který ho už ani nezajímá. Zornice stále méně reagují na světlo a je patrné, že umírající se neúčastní okolního dění. Ruce, nohy a kolena jsou chladnější než ostatní části těla a lze pozorovat i temnější odstín barvy kůže. Přestože je nemocný v apatickém stavu, je nutné, aby všichni, kteří se pohybují v jeho blízkosti, hovořili tak, jako kdyby byl při plném vědomí. Slova totiž „nejdou do prázdna“ a umírající je slyší. Právě tohle je zřejmě poslední chvíle, kdy ještě můžeme říci nemocnému mám tě rád, poprosit o odpuštění, poděkovat...

Mnoho lidí má na srdci nějaké důležité myšlenky, ale oddaluje okamžik jejich sdělení. Domnívají se, že teď to nejde, a že bude lepší počkat na vhodnější chvíli. Zdráhání je způsobeno nejen respektem ke stavu umírajícího, ale také závažností obsahu. Posledním možným okamžikem, kdy je možno sdělit něco umírajícímu, je paradoxně kóma.

Dalšími znaky umírajícího jsou puls, hodnota krevního tlaku a tělesné teploty. Puls umírajícího slábne nebo se mění, krevní tlak klesá stejně jako tělesná teplota. Dech se může zrychlovat, nebo naopak bývá pomalý, s dlouhými pauzami, ve kterých se vždy může zdát, že je to výdech poslední. Zdravotní personál pečuje o průchodnost dýchacích cest

a o vhodnou polohu, tedy zvýšení horní části těla. Náležitého poučení o dýchání se musí dostat i příbuzným. Jestliže se totiž příbuzní ve vysoké emoci soustředí na dech umírajícího, a to bývá časté, nezřídka začnou dýchat nepravidelně také oni. Proto je vhodné, aby občas opustili místo u lůžka umírajícího, zklidnili dech, načerpali síly a opět se vrátili.<sup>65</sup>

Traduje se, že umírající vydávají zvláštní, tzv. smrtelný pach. Prostor, kde umírající leží, je prosycen celou řadou více či méně nepříjemných pachů. Defekace, únik moči, krvácení a přítomnost dezinfekčních prostředků, to jsou příčiny specifického zápachu, který je snášen špatně jak umírajícím, tak i příbuznými. Příkladná péče o osobní hygienu umírajícího i o čistotu celé místnosti je podmínkou příjemné změny, která může být doplněna instalací vonných svíček a tyčinek. Nepříjemné vůně jsou tak eliminovány a je vytvořen předpoklad pro vzájemné dotýkání. Svíčky a tyčinky nepůsobí morbidně, protože jsou momentálně v módě a běžně se používají k vytvoření přátelské nebo intimní atmosféry v obývacích pokojích i v ložnicích.

Před okamžikem vlastní smrti lze pozorovat náhlé zklidnění tváře a „mír v očích“ umírajících. Někteří lidé popisují, že viděli „záclonky“ v očích umírajícího, anebo že se barva očí výrazně projasnila (tzv. „pomněnková modř“).

Umírající většinou odchází tiše, přesto však tzv. poslední myšlenka stále přitahuje pozornost. Pokud vůbec umírající ještě naposledy promluví, pak se v jeho jednom jediném či v několika málo slovech odráží především momentální potřeba nebo atmosféra dané situace. Příkladem může být: „Pít!“, „Horko!“ nebo „Sněží!“ (poté, co byla jedna žena přikryta sněhobílou pokrývkou). Všechny beletristicky zaznamenané poslední myšlenky závažného významu, odkazu či vyznání jsou patrně literární fikcí. Výjimku

---

<sup>65</sup> Srov.: Tamtéž, str. 70

tvoří ti, na které je vložena velká povinnost, nebo ti, kteří určitou povinnost pokládají za mimořádnou. Obecně je však třeba konstatovat, že věrohodně zaznamenaných myšlenek je poskrovnu. Haškovcová dává příklad z praxe lékaře Ladislava Jeništy, který pracoval jako lékař 65 let, ten poctivě uvedl, že za svou lékařskou praxi odposlechl pouze sedm posledních myšlenek.<sup>66</sup>

Někteří lidé pečují o umírajícího dlouhé měsíce a týdny a v závěru náročného procesu umírání se od pacienta prakticky nevzdalují. Přesto se stane, že odejdou na chvíli proto, aby se napili a najedli. A právě v té chvíli umírající vydechne naposled. Tito pečliví a účastní příbuzní si pak vyčítají, že umírajícího opustili v jeho nejtěžší chvíli, že měli odejít o pět minut dříve nebo později, že mohli překonat žízeň nebo hlad. Tyto výčitky svědomí jsou pochopitelné, ale neopodstatněné. Někteří umírající totiž nejsou schopni zemřít v přítomnosti někoho druhého, a to zejména milovaného člověka. Racionální vysvětlení pro tento jev patrně nenajdeme, ale můžeme usuzovat, že umírající chce být se své vteřince rozluky s tímto světem sám a nehodlá svým skolem bezprostředně zarmoutit toho, koho miluje.<sup>67</sup>

Toto je důležitá informace, kterou by měl pro vysvětlení vzniklé situace zdravotnický personál pozůstalým sdělit, aby se předešlo pocitům viny a výčítkám svědomí za to, že nechali umírajícího o samotě.

## **2.6 Umírání ve zdravotnických zařízeních**

Při umírání se nám dostává lékařské péče, smrt v nemocnici se stává čím dál častější. Je to velká změna - před necelými padesáti lety se většinou umíralo doma. Ačkoli smrt často nastává ve zdravotnickém prostředí, je překvapivé, jak často se zdravotníci snaží vyhnout péči

---

<sup>66</sup> Srov.: Tamtéž, str. 70

<sup>67</sup> Srov.: Tamtéž, str. 72

o umírajícího. Pečovatelské domy často posílají pacienty, jejichž konec se blíží, do nemocnice. Chirurgové udržují některé lidi na přístrojích tak dlouho proto, aby nevyhnutelná, ale oddálená smrt nemohla být již přičítána chirurgickému výkonu.

Onkologové a kardiologové často předávají umírající pacienty, o které v dlouhém zápasu s nemocí pečovali, k „pokračovací“ léčbě rodinným lékařům. Pacienti a jejich rodiny jsou často překvapeni a snaží se takovým postupům zabránit. Ale poslední hodiny života mohou být děsivé, i když je konec vítán. Někdy rodina pacienta požaduje neodkladné umístění v hospici, protože je vyděšená náhlým vystupňováním bolesti nebo zřetelnými dýchacími obtížemi. Je to takové „umírání doma, ale s posledním vydechnutím v nemocnici“.<sup>68</sup>

## 2.7 První minuty po smrti

Formálně i věcně nejsou u nás zatím zvládnuté bezprostřední chvíle po smrti. Samozřejmě, že existuje rozdíl mezi tím, zemře-li pacient v doprovodu svých příbuzných, anebo v osamění. Ponecháme stranou formy oznamovací povinnosti a úskalí spojená s vyrozuměním o úmrtí, která jsou adresována blízkým příbuzným, ať již připraveným (avizovaná úmrtí – *většina úmrtí v hospicích, kdy lékař sděluje rodině aktuální stav a připravuje je na blízkost smrti*), nebo zcela nepřipraveným, a tudíž zaskočeným (náhlá úmrtí – *v hospicích se s takovou možností nepočítá*).

První minuty po skonu blízkého příbuzného bývají naplněny bezradností. Hra je dohrána, co bude dál? Jak budou dotyční žít bez člověka, kterého měli rádi? Jak mají uvěřit tomu, že zemřel, i když racionálně hrozbu ztráty akceptovali? Zmatenost, zvláštnost okamžiku

---

<sup>68</sup> Srov.: THOMASMA, D.C., KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, str. 175

a nejistota nemají být ihned překrývány aktivitou. Daniela Tausch – Flammerová radí: „Nechte na sebe působit ticho a zvláštnost tohoto okamžiku!“

Na průchod otevřeného žalu je ještě čas, nejprve je nutné akceptovat ztrátu, pochopit a přijmout, že se stalo to, co se očekávalo.

V souladu s tradicí je vhodné otevřít okno. Věřící lidé se mohou pomodlit nahlas nebo v duchu, nevěřící mohou asociativně vzpomínat na chvíle, které prožili s umírajícím, a někteří mohou rekapitulovat společný život. Reakce na ztrátu mohou být výrazně individuální a bylo by chybou bránit spontánním projevům prvního smutku nebo je kritizovat. Je vhodné upozornit také na existenci paradoxních reakcí na ztrátu (například výrazný motorický neklid nebo nepřírozený, hlasitý smích).

Vzhledem k tomu, že je obtížné zůstat s mrtvým tělem sám, je vhodné bez ostychu požádat o pomoc někoho dalšího, ať již zkušeného laika, nebo zdravotní sestru, to podle toho, kde smrt nastala.

Jestliže dotyčný skonal doma, je potřeba zavolat lékaře, který provede ohledání a konstatuje smrt. V nemocnici a hospici je tato služba okamžitě dostupná.

Po aktu konstatování smrti následuje rituál ošetření mrtvého těla a další předepsané procedurální kroky, které vedou k oficiálnímu rozloučení se zemřelým, tedy k pohřbu.<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 67

### 2.7.1 Kdy je člověk skutečně mrtvý

V dřívějších dobách byla diagnostika smrti mnohem problematičtější než dnes. Smrt se dříve konstatovala tehdy, když přestalo bít srdce a krevní oběh se nezvratně zastavil. Ale i tehdy se lidé nemálo obávali zdánlivé smrti, aby nebyli pohřbeni příliš brzy po ledabylém ohledání.

Pokroky moderní medicíny umožnily alespoň dočasně překlenout zástavu srdeční činnosti a krevního oběhu. Tyto pokroky vzbudily zájem o některé nové otázky:

- 1) Jak dlouho má nasazení přístrojů smysl? (přístroje sloužící k umělé plicní ventilaci, a přístroje k udržování umělého krevního oběhu)
- 2) Kdy je dovoleno přístroje vypnout?

S jistotou je dovoleno, a dokonce je nutné přístroje vypnout, když člověk zemře. Postupy intenzivní medicíny jsou nejen drahé, ale z lidského hlediska je i nesmyslné a přičí se pietě, pokračuje-li se v nich po delší dobu u mrtvého člověka.

V roce 1968 ustanovila lékařská fakulta Harvardské university komisi, která měla stanovit pravidla pro co možná nejrychlejší zjištění okamžiku smrti. Výsledkem její práce bylo doporučení, aby za rozhodující kritérium smrti člověka bylo považováno nezvratné ukončení činnosti celého mozku. K tomu musí být prokázány tyto diagnostické známky: neexistence jakékoli elektroencefalograficky prokazatelné známky mozkové činnosti a mozkových proudů a definitivní vyhasnutí jakékoli tělesné aktivity závislé na mozkové činnosti, jako je spontánní dýchání a reflexy. Tato zjištěná mozková smrt je pak prohlášena za smrt člověka.<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup> Srov.: VIRT, G. *Žít až do konce*, str. 57-58



## 2.7.2 Péče o mrtvé tělo

Úmrtí konstatuje vždy lékař, a to „bezpečně“ podle platných odborných kritérií. Nejčastěji je konstatována smrt jako zástava srdeční činnosti. Tam, kde se zvažuje odběr orgánů pro potřeby transplantace, se používá kritérií smrti mozku (viz. předchozí kapitola).

Bezprostředně po smrti je třeba zajistit intimitu nemocného, a to s použitím zástěny nebo převozem do místnosti k tomu určené. Intimitu zasluhuje zemřelý i jeho spolupacienti. V hospici, kde jsem byl na stáži, připadá tato situace v úvahu pouze na jediném pokoji, který je dvoulůžkový, jinak jsou pokoje jednolůžkové, aby bylo zajištěno soukromí pacientů a jejich rodin jak před smrtí, tak také v době po smrti následující.

Ohled na nemocné, kteří nemohou opustit pokoj, kde právě zemřel člověk, je nezbytný. Někteří nechodící pacienti snášejí nedobře jen povinnou dobu dvou hodin, kdy musí se zemřelým sdílet jednu místnost.

Péči o mrtvé tělo provádí zdravotní sestra. Ta má povinnost zavřít zemřelému oči, podvázat bradu, svlečené tělo uložit do vodorovné polohy na čisté prostěradlo a omýt je. Dále vyjmout snímatelnou zubní protézu a sejmout všechny ozdobné předměty (hodinky, prsteny, náramky, náušnice a řetízky). Není-li možné vyjmout protézu nebo sejmout některé šperky, je třeba tuto skutečnost uvést v ohledacím listu a v chorobopisu, včetně stručného popisu věci (bílý kov, žlutý kov apod.). Další povinností sestry je zkrátit všechny eventuální drény, cévky a kanyly tak, aby je bylo možné dodatečně vyjmout a současně aby nemohly vypadnout. Úkolem sestry je také čistě převázat případné rány, zajistit náležitou identifikaci zemřelého, a to dvěma jmenovkami, na kterých musí být zřetelně napsáno jeho jméno a příjmení, datum narození a datum (popřípadě i hodina) úmrtí. Nesmí chybět rovněž údaje o oddělení, kde dotyčný zemřel. Jedna

jmenovka se připevňuje na pravé zápěstí, jedna okolo pravého kotníku dolní končetiny. V případě amputace ruky či nohy se identifikační údaje vyznačí popisovačem přímo na kůži zbylé části končetiny. Nakonec je tělo zabaleno do prostěradla a ponecháno dvě hodiny v klidu na oddělení, ať již na pokoji, nebo ve zvláštní pietní místnosti, kam bylo po smrti převezeno.<sup>71</sup>

## 2.8 Euthanasie

„Pojem euthanasie je v současné době u nás i v celé Evropě stále více diskutován. Jeho původ najdeme v Řecku. Pochází ze dvou řeckých slov, eu (dobrý) a thanatos (smrt). Ve své nejneutrálnější formě znamená slovo „euthanasia“ dobrou smrt“.<sup>72</sup>

V současné lékařské i teologické etice se o problému euthanasie nehovoří jako o „dobré smrti“, ale jako o vědomém ukončení života trpícího či nevléčitelně nemocného pacienta. Zda je taková možnost etická, morálně správná, a tedy akceptovatelná, je náplní mnoha diskusí jak v politických sférách jednotlivých států, tak i v dialogu církev – stát.

Podle slovníku uveřejněném na [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz) je ekvivalentem euthanasie pojem „lehká smrt“, tedy taková, která přichází po dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně, nebo ve spánku. V současné době je pojem používán pro milosrdnou smrt, smrt ze soucitu, smrt z útrpnosti. Konkrétní formy milosrdné smrti mohou být různé: - euthanasie aktivní, euthanasie pasivní, euthanasie nevyžádaná, euthanasie nedobrovolná, euthanasie prenatální, euthanasie sociální, asistovaná sebevražda.

Z platného zákona ((§ 230 tr. zákona č. 140/1960 Sb.) plyne, že euthanasie je nepřípustná, a dalo by se dedukovat, že tedy jakákoliv úvaha na dané

---

<sup>71</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 81

<sup>72</sup> THOMASMA, D.C., KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, str. 214

téma je neopodstatněná a zbytečná. Stávající absolutní zákaz euthanasie nutně vede k tomu, že „nese s sebou krutou povinnost lékaře asistovat někdy po měsíce nelidským mukám člověka, žádajícího marně o milost smrti“. Z těchto důvodů lékaři pozvedají svůj hlas k diskusi na toto téma.

Rozšiřují se názory, že složité, velmi nákladné a nakonec marné prodlužování života vysloveně ztracených případů vlastně neprodlužuje život, ale utrpení a umírání.

Je nesporným paradoxem, že lehký skon je dnes méně častý než v minulosti, neboť dobře míněné terapeutické intervence mají nezřídka za následek dystanazii. To je stav, kdy návrat do života je nereálný a kdy zemřít je „nemožné“ (organismus je řízený přístroji), tento stav je těžce prožíván nejen umírajícími, ale i všemi zúčastněnými.

Toto velmi časté nelehké umírání iniciuje úvahy o milosrdné smrti. V současné době je pojem euthanasie rezervován pro milosrdnou smrt, smrt ze soucitu, smrt z útrpnosti.

Konkrétní formy milosrdné smrti mohou být různé:

- **euthanasie aktivní** – pacient trpí nevléčitelnou nemocí, která má neblahou prognózu, smrt lze reálně očekávat v krátké době (časové pásmo asi 6 měsíců), pacient trpí nesnesitelnými bolestmi a opakovaně žádá urychlení smrti, vykonavatelem této formy euthanasie je lékař.
- **euthanasie nevyžádaná** – je variantou aktivní euthanasie a liší se tím, že pacient není schopen o urychlení smrti požádat.
- **euthanasie nedobrovolná** – je nejen nevyžádaná, ale dokonce nechtěná, verifikovat pacientovu vůli a odlišit nevyžádanou euthanasii od nechtěné je metodicky nemožné.

- **euthanasie pasivní** – je ekvivalentem odnětí, nebo přerušení léčby, nikoliv však ukončení péče, bývá interpretována jako právo na „přirozenou smrt“, a proto má mnoho zastánců.

Tak zvané **postupy DNR** (do not resuscitate) jsou takové postupy, které dovolují za určitých podmínek, popřípadě s přihlédnutím k přání nemocného, které je dáno dopředu, a s použitím systému medicínských kritérií pro ukončení zejména mimořádných terapií, zastavit léčbu. Bezprostředním důsledkem pro pacienta je smrt. Programy DNR jsou používány zejména na anesteziologicko–resuscitačních odděleních. V poslední době se diskutuje o kritériích, podle kterých by bylo možné objektivizovat tzv. marnou léčbu a tedy umožnit její ukončení i v méně vypjatých situacích klinické praxe.

V souvislosti s umělým ukončením života pacientů se setkáváme ještě s jedním termínem - **asistovaná sebevražda**. K té se přistupuje v případě, že pacient je nevléčitelně nemocný, povaha jeho nemoci má neblahou prognózu, trpí nesnesitelnými bolestmi a přeje si zemřít, žádá lékaře o prostředek, nebo metodickou radu, jak odejít ze života. Asistence lékaře je odborná, akt ukončení života však provádí pacient sám.

Rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií bývá v praxi často nezřetelný. Z pedagogických důvodů je však možné i účelné hovořit o aktivní i pasivní euthanasií neboli o strategii přeplněné nebo naopak odkloněné stříkačky (přeplněná stříkačka = aktivní euthanasie, odkloněná stříkačka = pasivní euthanasie, přerušení léčby).

Ve většině zemí je lékařům uložena povinnost ulehčit umírajícímu nesnadné umírání. Lékař provede ukončení léčby a umožní vstup smrti „bez příkazu“. Tento postup se v minulosti používal poměrně často neboť pro něj existovaly vhodné podmínky. Lékař nemusel zvažovat, zda další

lčba bude efektivní či marná, neboť evidentně všechny dostupné prostředky vyčerpá. Dobrá znalost pacienta mu umožnila autoritativně rozhodnout, neboť měl povědomost o jeho předpokládaném přání a uskutečňovaná pomoc byla vymezena dyadickým rámcem péče. Dnes jsou podmínky pro tuto situační etiku jen výjimečně příznivé, častěji nevhodné. V současném systému péče, tedy v týmové práci zdravotníků, téměř nekonečné možnosti terapeutických zásahů, partnerský přístup a právo nemocných na sebeurčení, je stanovení kritérií pro ukončení terapie opodstatněným nárokem.

Legislativní úpravy týkající se euthanasie jsou pestré. Aktivní euthanasie není uzákoněna nikde na světě. V některých státech je však povolena asistovaná sebevražda, v jiných je uzákoněna beztrestnost aktivní euthanasie, například v Holandsku. Většina států Evropy je tolerantní k pasivní euthanasii. U nás je euthanasie zakázána a asistovaná sebevražda je hodnocena jako trestný čin.

Vzhledem k záměně pojmů „uzákonění a beztrestnost“ euthanasie u nás převažuje názor, že Holandsko je právě tou zemí, která průkopnický uznala a realizuje aktivní euthanasii ze „zákona“. V Holandsku byl vypracován systém podmínek, které umožňují provést aktivní euthanasii. Jsou v hrubých obrysech ekvivalentní s výše uvedenými charakteristikami aktivní euthanasie. Každá provedená euthanasie však musí být ohlášena a proti konajícímu lékaři je zahájeno trestní řízení. V Holandském zákoně je euthanasie pokládána za trestný čin, a to sankční sazbou až 12 let vězení. Trestní řízení je však zastaveno, jestliže soudce shledá, že lékař jednal podle pravidel. Tato praxe má mnoho předností i mnoho nevýhod. Vysoká trestní sazba je považována za dobrou pojistku proti zneužití. Dalším pozitivem je, že lékař, který má jakoukoliv pochybnost, nemusí vykonat aktivní euthanasii, ani kdyby byly splněny všechny předepsané podmínky (pokud by totiž byla euthanasie skutečně uzákoněna, pak při

splnění předepsaných podmínek by lékař musel jednat, i kdyby nechtěl). Nevýhodu lze spatřovat především v komplikovaných procedurách přešetřování, které je podmínkou následné beztrestnosti. Mnozí lékaři tedy raději nehlásí, že provedli aktivní euthanasii, a jako příčinu úmrtí napíší něco jiného. Není tajemstvím, že v Holandsku dochází k „nehlášeným“ formám aktivní euthanasie. Mnozí varují před „kluzkým svahem“ a mají tím na mysli i rizika nechtěné a dokonce nedobrovolné euthanasie.

Zastánci aktivní euthanasie, ti, kteří se k této myšlence hlásí pomocí anket, hlasování, dotazníků, se pro tuto formu ukončení životní cesty vyjadřují téměř vždy ve spojení s nesnesitelnými bolestmi a utrpením. Tyto bolesti jsou asociovány s onkologickými chorobami. Proto je nezbytné, aby onkologové důsledně uplatňovali všechny strategie vedoucí ke zmírnění bolesti. Nesnesitelné bolesti mohou být medikamenty často odstraněny, nebo minimalizovány na snesitelnou míru.

Problémem jistě zůstanou tzv. nezvládnutelné bolesti. Dobrá a systematická paliativní péče o onkologicky nemocné může sehrát mimořádně přínosnou roli: jednak pro konkrétního nemocného, jednak pro veřejnost. Nemocnému umožní zemřít „snadnou“ smrtí a veřejnost nabude přesvědčení, že důstojný odchod ze života podmíněný odbornou péčí i laskavým doprovodem je vhodnějším řešením než volání po urgentních řešeních. V každém případě je paliativní program péče považován za jedinou a rozumnou a realizovatelnou alternativu euthanasie.<sup>73</sup>

---

<sup>73</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 81  
VORLÍČEK, J. ADAM, Z. *Paliativní medicína*

## **3. PÉČE O PACIENTY**

### **3.1 Paliativní medicína**

#### **3.1.1 Definice a charakteristika paliativní medicíny**

Obsah pojmu paliativní medicína není ustálen a tak se v odborné literatuře můžeme setkat s celou řadou definic, jejichž obsah se více či méně překrývá. My se zde nejdříve seznámíme s definicí, kterou používá Světová zdravotnická organizace pro vysvětlení pojmu paliativní medicína: **„Paliativní medicína je léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“**

Další teorie je názorem britských odborníků, kteří podobně jako předchozí definice uvádějí: „Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím<sup>74</sup>, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita života.“

Podstatné je, že důraz je kladen na kvalitu života, na celostní přístup k nemocnému i k jeho rodině. Vzhledem k tomu, že kurativní péče ustupuje do pozadí, nabývají na významu pestré formy sociální, duševní a duchovní pomoci.

---

<sup>74</sup> Progredující onemocnění – viz. slovníček

Specifická paliativní péče však může, a dokonce musí být změněna na kurativní<sup>75</sup>, dojde-li k nečekanému a příznivému zvratu ve vývoji nemoci. Důležité je rovněž odlišení paliativní a terminální péče, která je časově poslední kvalifikovanou službou umírajícímu.

Podle Světové zdravotnické organizace můžeme tedy paliativní medicínu charakterizovat takto:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- ani neurychluje, ani neoddaluje smrt
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá pacientům žít co nejaktivnější život až do smrti
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti

Paliativní, neboli útěšná a zmírňující medicína, péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Principy paliativní medicíny korelují s potřebami umírajících a zahrnují tyto základní cíle:

- symptomatickou léčbu
- péči zmírňující bolest
- efektivní terapii somatické (tělesné) a psychické bolesti
- emotivní podporu
- spirituální pomoc
- sociální zázemí
- aktivní nebo aktivizační program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> Kurativní péče - viz. slovníček

<sup>76</sup> Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, str. 35



### 3.1.2 Paliativní medicína – historie a současnost

Paliativní péče je poskytována jistě od nepaměti, historické prameny jsou známé již z doby antiky. Paliativní léčba v moderní době byla poskytována především pacientům s nádory.

Tato péče byla prováděna multidisciplinárně, nejen lékaři, ale také zdravotními sestrami, duchovními, řeholnicemi, členy rodiny i ostatními laiky.<sup>77</sup> Multidisciplinární paliativní medicína, jak ji vnímáme v dnešní době, čerpá to nejlepší ze zkušeností hospicového hnutí.

Významným mezníkem v moderní paliativní medicíně bylo v 70. letech minulého století ve Velké Británii ustanovení pěti zásad rozvoje oboru:

- 1) založení oddělení hospicové (paliativní) medicíny, která provádějí komplexní, multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné péče lékařské;
- 2) rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu;
- 3) založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, které zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů;
- 4) rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích;
- 5) výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče.

---

<sup>77</sup> Srov.: VORLÍČEK, J. ADAM, Z. *Paliativní medicína*

Velmi důležitým mezníkem bylo v roce 1967 otevření St. Christopher`s Hospice v Londýně Dr. Cecily Saundersovou. Šlo o první, všem dostupný hospic provádějící komplexní multidisciplinární paliativní péči. Péče o psychické, sociální a duchovní problémy nemocných jsou zde prováděny současně s vynikající lékařskou léčbou, s výzkumem a výukou v oblasti paliativní medicíny.

Úspěchy St. Christopher`s Hospice ukázaly cestu k zakládání dalších podobných zařízení všude ve světě. Důležitým úkolem těchto pracovišť bylo ukázat všem lékařům, sestřám i ostatním zdravotnickým pracovníkům hlavní úlohu a výhody multidisciplinární paliativní péče. Začala výuka studentek zdravotnických škol a mediků, rozvinula se postgraduální výuka v paliativní medicíně a péči. V Anglii byla před nedávnem zavedena i specializační atestace v paliativní medicíně. Jako první profesor paliativní medicíny byl jmenován dr. G. Hanks z Bristol Oncology Centre, který je také editorem velké monografie Oxford Textbook of Palliative Medicine a šéfredaktorem časopisu European Journal of Palliative Care, který vychází v angličtině a francouzštině. Paliativní medicínou se zabývá celé řada periodik s celosvětovým dosahem, jako například Palliative Medicine, Journal of Palliative Nursing a Hospice Bulletin. Jsou ustanoveny národní společnosti paliativní medicíny, v Evropě je sdružuje European Association for Palliative Care. Jsou pořádány národní, evropské i světové kongresy věnované paliativní medicíně.

Budoucnost paliativní medicíny většina odborníků vidí v co nejlepší výuce dovedností a znalostí v tomto oboru pro všechny lékaře, sestry i ostatní zdravotnické pracovníky. To by pak zajistilo dokonalou paliativní péči pro všechny pacienty na kterémkoliv nemocničním lůžku či v domácí péči za pomoci spolupracujícího multidisciplinárního týmu.

V České republice se zájem o paliativní medicínu rozvinul až po roce 1989. Dříve existující léčebny pro dlouhodobě nemocné multidisciplinární služby neposkytovaly a ošetrovatelská péče zde často nebyla na nijak vysoké úrovni. Po roce 1989 se řada našich lékařů i sester dostala na zahraniční pracoviště zabývající se paliativní medicínou, kde získali mnoho praktických i teoretických poznatků. Byly zahájeny stavby několika hospiců. Jako první byl otevřen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. První oddělení paliativní medicíny bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Byla založena Sekce paliativní medicíny Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Každoročně probíhá postgraduální kurz paliativní medicíny pro lékaře a sestry v Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně. Každý rok je zároveň pořádán Brněnský den paliativní medicíny. Paliativní medicína se začala také přednášet na našich lékařských fakultách, většinou v rámci oboru klinické onkologie.

Již více než 30 let intenzivně rozvíjejí svou činnost společnosti usilující o zmírnění bolesti zejména u konečných stádií onkologických nemocí nebo o paliativní přístupy ke všem umírajícím. Jednotlivé národní společnosti paliativní medicíny sdružuje Evropská společnost paliativní medicíny. V České republice byla ustanovena Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Obor paliativní medicíny se postupně rozvíjí, principy paliativní péče jsou přednášeny na středních a vyšších zdravotnických školách, lékařských fakultách i v postgraduálním systému vzdělávání. Vzhledem k tomu, že paliativní medicína dostala v České republice potřebný prostor až po roce 1989, máme stále co dohánět.<sup>78</sup>

---

<sup>78</sup> Srov.: VORLÍČEK, J. ADAM, Z. *Paliativní medicína*, str.

## 3.2 Principy paliativní péče

V současné medicíně panuje shoda v tom, že nemocní nejsou povinni podstupovat léčbu, která je zbytečná, a lékaři nejsou povinni takovouto léčbu zahajovat nebo v ní pokračovat.

Lékaři mohou ukončit kauzální<sup>79</sup> terapii, je-li bezvýsledná, ale nikdy nesmí ukončit péči. Radikální léčbu je třeba nahradit léčbou paliativní, popřípadě symptomatickou<sup>80</sup> a posléze i terminální. Musí být přesně stanoveny indikační pole jednotlivých léčebných strategií.

Nástup paliativní péče přichází tehdy, jsou-li negativní důsledky kurativní terapie větší než očekávaný přínos. Paliativní medicína nevyklučuje kurativní zásah v případě, že ve zdravotním stavu nemocného dojde k příznivému zvratu. Paliativní péče je však poskytována nemocným v inkurativním<sup>81</sup> stavu, jejichž potřeby jsou specifické. Paliativní přístup důsledně respektuje potřeby umírajících, které se od nemocných s příznivou prognózou výrazně liší. Mezi jednotlivými skupinami umírajících také existují značné rozdíly, podmíněné patofyziologickým průběhem konkrétních a ke smrti vedoucích nemocí.

Protože kurativní léčba je redukována, nebo zcela chybí, je paliativní péče koordinovaným programem odborných i podpůrných služeb prováděných v hospici, dalších institucích nebo doma. Nezbytná je promyšlená návaznost jednotlivých služeb. Vzhledem k vysoké potřebě psychologické, sociální i duchovní pomoci mohou o umírajícího pečovat i dobrovolníci. Všechny odborné i laické iniciativy koordinuje lékař.

---

<sup>79</sup> Kauzální terapie – viz. slovníček

<sup>80</sup> Symptomatická léčba – viz. slovníček

<sup>81</sup> Inkurativní stav – viz. slovníček

V centru pozornosti stojí i rodina, která se na jedné straně může účinně angažovat ve prospěch umírajícího, jemuž je poskytuje především emotivní podporu, ale na druhé straně potřebuje také účinnou pomoc. Té se jí dostává jak v průběhu hospicové péče o umírajícího, tak i po jeho smrti. Péče o pozůstalé je hospicovým hnutím propracována, a to s respektem k zákonitostem procesu zármutku a žalu.<sup>82</sup>

### 3.3 Zdravotní péče o umírající

Základní rozdělení péče o umírající hospicového typu:

- 1) Lůžková zařízení – hospic, paliativní péče jako součást zdravotnických zařízení
- 2) Ambulantní zařízení – ambulance paliativní medicíny, denní hospicový stacionář
- 3) Domácí paliativní péče – mobilní hospic

Více se o jednotlivých možnostech péče podle tohoto schématu zmíníme dále.

V učebnici zdravotní péče určené pro zdravotní školy píše Marta Staňková: „Péče o umírající je jednou z nejsmutnějších povinností, která zdravotní sestru čeká.“<sup>83</sup>

Péče o umírající je nesmírně namáhavá nejen pro zdravotní sestry, ale také pro celý ošetrovatelský personál a také pro rodinu, příbuzné a všechny zúčastněné doprovázející osoby.

Jak se pozná, že umírající se blíží konci své životní cesty? Podle Křivohlavého není odpověď na tuto otázku snadná. Je však potřebné něco

---

<sup>82</sup> Srov.: VORLÍČEK, J. ADAM, Z. *Paliativní medicína*

<sup>83</sup> Srov.: KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMYRCZYK, S. *Poslední úsek cest*, str. 17

o tom vědět, aby nedošlo k hrubým chybám jak typu předčasného poplachu, tak zanedbání poslední příležitosti pomoci umírajícímu člověku. Ti, kteří stojí častěji u lůžka umírajícího člověka, nás upozorňují na některé příznaky (symptomy) odchodu (exitu). Jde jednak o tzv. objektivní (věcné) příznaky odchodu, jednak o to, co je možno pozorovat ze vzhledu pacienta, případně z jeho celkového chování.<sup>84</sup>

Nejdůležitější objektivní známky odchodu: viz. příloha č.1.

Vzhled nemocného ante finem (před koncem jeho života): viz. příloha č.2.

Lékaři poukazují na neodvratnost konce např. z toho, že použité léčebné postupy se jeví jako neúčinné, že tzv. kauzální léčba (směřující k odstranění nemoci) „nezabírá“, že se navzdory vši lékařské odborné péči stav pacienta nejen nelepší, ale postupně nezadržitelně zhoršuje. Ani za této situace však péče lékařů o pacienta nekončí. Místo tzv. kauzální péče nastupuje tzv. paliativní léčba zmírňující bolest a potlačující až zcela odstraňující obtíže pacienta – i když jeho chorobu neléčí.<sup>85</sup>

Rozdíly mezi lidmi jsou značné a to i v nezdolnosti a životaschopnosti. Při jinak stejných příznacích může někdy konec nastat během několika hodin, jindy během několika dní – a přitom je v obou případech značná jistota lékaře, že vše spěje „ad finem“ (ke konci), že pacient je v terminálním (konečném) stadiu, že stav je „moribundní“ (smrti se blížící) a pacient je letální (ve smrtelné fázi). Z tohoto důvodu je vhodné zajímat se o to, co bychom v tomto případě měli dělat.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> Srov.: Tamtéž, str. 19

<sup>85</sup> Srov.: KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMYRCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, str. 19

<sup>86</sup> Tamtéž, str. 20

## Metody péče o pacienty v termálním stádiu

- Pečovat o dokonalou hygienu
- Pečovat o vyprazdňování pacienta
- Snažit se o osobní pohodlí pacienta
- Navlhčovat pacientovy rty
- Sušit a otírat pot v obličeji pacienta
- Upravovat pacientovo ložní prádlo, aby se mu pohodlněji leželo
- Nemluvit před pacientem netaktně (neříkat nic, co by se ho mohlo dotknout)
- Postarat se o bezpečnost pacienta – aby např. nespadl z postele
- Nezlehčovat situaci v rozhovoru s pacientem
- Nenechávat pacienta o samotě

Poslední z uvedených bodů je těžko realizovatelný, a to i přesto, že hospicové zásady hlásají, že pacient nezůstane v nejtěžších chvílích o samotě... V každém hospici je omezený počet pracovníků. Tito lidé mají na starosti pacienty v celém objektu hospice. Není možné zaručit, aby se věnovali pouze jednomu pacientovi, protože všichni ostatní také potřebují péči, byť někdo menší či naopak větší. Ale když dochází k odchodu pacienta, je co největší snaha být mu nablízku, být u něj společně s rodinou.

### 3.4 Ošetřující osoba

Péče o umírající musí být vzájemná, to znamená, že musíme brát v úvahu nejen umírajícího pacienta, ale také osobu, která o něho pečuje. Kdo se domnívá, že se jedná o péči pouze v jednom směru, totiž směrem k umírajícímu, neměl by se pokoušet o víc. Není to nic odsouzeníhodného, je to čistě otázka postoje. Vždy tomu tak bude, že část příbuzných, sester

a lékařů se bude angažovat jen v rámci své osobní, příbuzenské nebo profesionální role. Každý z nich by však měl znát své meze, protože by to pomohlo jemu i umírajícímu.<sup>87</sup>

Je nutné zabývat se jednotlivými postoji, jak nemocného, tak ošetřujícího. Kdo je ochoten nasadit při ošetřování celou svou osobnost včetně svých „osobních zvláštností“, musí nejprve znát své vlastní postoje.

I tady platí několik pravidel či zákonitostí, které je dobré dodržovat:

### **1. Kdo chce pečovat o druhé, musí zaujmout postoj sám k sobě.**

Toto tvrzení se zdá být na první pohled samozřejmým. Každý má přece postoj sám k sobě a teprve potom k ostatním. Jsou-li však mé city nějak potlačeny, nebudu citlivý k pocitům jiného člověka.

Péče o umírající klade především nároky na naše emoční schopnosti, to znamená na citovou účast, na naše chování a na náš postoj, nikoli na odborné znalosti. Právě v této oblasti nás velká nejistota nezřídka svádí k nouzovým reakcím, kterými zakrýváme svoji vlastní bezmocnost.

### **2. Péče o umírající vyžaduje postoj k vlastní smrti.**

Každý člověk ví, že jeho život jednou skončí. Většina lidí se tím však odmítá konkrétně zabývat, tato skutečnost je tabuizována. Nezřídka se to odmítá s odůvodněním, že je ještě dost času na myšlenky na vlastní smrt a až k tomu jednou dojde, nějak se ten problém už zvládne.

Sestry a lékaři přicházejí při výkonu svého povolání do styku s umíráním a smrtí velmi často. To však nutně nevede k úvahám o vlastní smrti, nýbrž spíše k podvědomé obraně vůči tomuto problému. Jako společnost vcelku, tak i celá tato profesní skupina tabuizuje smrt. Medicína poskytuje řadu možností schovat se za věčnost techniky. Zvláště je to patrné na jednotkách intenzivní péče. Zde je umírání člověka rozprostřeno mezi

---

<sup>87</sup> Srov.: BLUMENTHAL-BARBY, K., *Kapitoly z thanatologie*



hadičky, dráty, lahvičky, obvazy a monitory do množství fyziologických procesů, za nimiž se ztrácí osobní událost umírání. I nutnost přemýšlet o vlastním konci života se schová za přílišnou zaměstnanost a nedostatek času.

Vystupňovaná citlivost umírajících vůči jejich okolí dovede velmi ostře rozlišovat mezi fasádou a opravdovostí ošetřujícího. Pouze ten, kdo přemýšlel o vlastní smrti a toto vědomí integroval, může dobře pečovat o umírající a nespokojí se pouhou optimální péčí.

### **3. Kdo pečuje o umírající, musí umět být opravdový a pravdivý.**

Sestra a každý, kdo pečuje o umírající, se nesmí ukrývat za svým profesionálním postojem, nýbrž musí vystupovat lidsky – se svými silnými i slabými stránkami, zvláštnostmi, pocity a náladami. Má v průběhu péče o pacienta vnímat své vnitřní stavy (vztek, soucit, úzkost, sympatii), naučit se s nimi zacházet, nepřenášet je na pacienta bez kontroly. To není vůbec lehká úloha, ale terapeuticky je nutná.

Člověk by se měl snažit říci nemocnému otevřeně a přiměřeným způsobem, že se na něho například zlobí; je to lepší než spolknout vztek a dát mu to potom vědomě nebo podvědomě pocítit jinak.

Opravdovost znamená, že s nemocným mluvíme i o vlastních pocitech nejistoty a úzkosti. Jenom tak se může umírající odhodlat mluvit o svých obavách, starostech a potřebách. Být opravdový znamená, že umírající může poznat, že mu nablízku stojí člověk, který se nehalí do závoje neomylnosti.

### **4. Kdo chce pečovat o umírající, musí být připraven přijmout toho druhého takového, jaký je, a zřít se jakéhokoli hodnocení.**

Převést tento postoj do praxe znamená akceptovat umírajícího a také tolerovat jeho vlastnosti a přijímat jeho způsob prožívání a reakce.<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup> Srov.: Tamtéž

### 3.5 Pastorační přístup k umírajícím a nemocným

Kromě fyzických a sociálních potřeb nemocného člověka je třeba pečovat také o naplnění jeho duchovních potřeb. Rozměr duchovní péče o pacienta spočívá v tom, že okolí nemocného chápe a akceptuje jeho duchovní stránku a aktivně se stará o naplnění jeho duchovních potřeb. Tato péče o nemocné a umírající se nazývá péčí pastorační. Cílem této pastorační péče je pomoc člověku důstojně prožít jeho nemoc, utrpení a smrt a tím udělat něco krásného pro Boha.

„Pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.“<sup>89</sup>

Pro pracovníky hospicového zařízení je nejdůležitější ta část uvedené definice, ve které se hovoří o doprovázení nemocného. Termín doprovázení používá i Paul Zulehner ve své publikaci *Pastoraltheologie 3. Übergänge*, když vysvětluje, jak se měnil přístup k umírajícím v posledních desítkách let. V sedmdesátých letech minulého století převládalo v německy mluvících zemích pro doprovázení označení „Sterbehilfe“ (pomoc se smrtí), jež evokuje představu vědomého ukončení umírání. V dnešní době se operuje termínem „Sterbebeistand“, který znamená být pomocníkem umírajícímu radou, skutkem atd.. A jako poslední a nejuvýstižnější výraz se v současnosti používá výraz „Sterbebegleitung“, což znamená takové doprovázení umírajících, kdy je opatrovník umírajícímu druhem na cestě směřující ke konci života.<sup>90</sup>

---

<sup>89</sup>viz. OPATRŇY A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, str. 8

<sup>90</sup>srov. . ZULEHNER, P.M., *Pastoraltheologie 3. Übergänge*

Aleš Opatrný mluví o doprovázení také v tomto duchu. Pomáhající není umírajícímu k dispozici jen v jeho šťastných chvílích, ale stojí při něm jako věrný pomocník kdykoliv.<sup>91</sup> Zároveň nemůže doprovázeného vnímat jen jako „objekt své péče“, nýbrž musí ho cele respektovat s jeho potřebami, historií, sklony, návyky, rozhodnutími atd. a stát se mu tak druhem na jeho životní cestě.

Je-li doprovázející křesťanem, nemůže a nemá své křesťanství odložit u dveří a být jakýmsi „fungujícím neutrálem“. Křesťan ať chce, nebo ne, se nakonec s nemocným stýká na úrovni své víry, podle míry realizace své víry ve vlastním životě. Měl by v nemocném vidět tvora Bohem milovaného, který je předmětem Boží péče. Prakticky to znamená, že by se doprovázející měl snažit mít nemocného rád bez ohledu na to, jak se k němu nemocný má. A to i v situaci, kdy nemocný odmítá jeho evangelizaci nebo je k ní lhostejný. Doprovázející nesmí nemocného skrytě „trestat“ za to, když bude nemocný opomíjet nebo přímo odmítat jeho dobře míněné nabídky z oblasti náboženského života. Měl by se za doprovázeného modlit. Nejen ze strany doprovázejícího je nutné dbát o pravdivost vzájemných vztahů a postojů, oboustranný respekt mezi doprovázejícím a doprovázeným. Aleš Opatrný to ostře shrnuje takto: „Doprovázející křesťan by neměl mít s doprovázeným méně trpělivosti, než má Bůh s ním samotným.“<sup>92</sup>

Pro humánní doprovázení není rozhodující časová náročnost, ale kvalita věnování se nemocnému a umírajícímu. Právě kvalita služby rozhoduje o hodnotě a významu doprovázení. V hospicových zařízeních je dobré, aby lidé, kteří tam pracují, byli věřící, protože jejich role je zde nesmírná. Právě věřící lidé by měli vidět ve všech potřebných nemocných a umírajících trpícího Krista. Věřící vědí, že v přilnutí k Ježíši zakoušejí

---

<sup>91</sup> srov. OPATRNÝ A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, str. 8

<sup>92</sup> srov. Tamtéž str. 9-10

solidaritě, která přesahuje smrt. Jejich posláním je svou službou o tom svědčit a dávat to zakoušet jiným.<sup>93</sup>

Při své praxi jsem se setkal s celou řadou pracovníků, ošetřovatelů, dobrovolníků a lékařů, a u všech bylo patrné, čím jsou pro svou práci motivováni. Bylo zřetelně rozeznatelné, kdo je motivován křesťanskou láskou k trpícím a kdo svou práci bere pouze jako zaměstnání, nikoliv poslání. Nemocní, kteří v terminálním stádiu nemoci přicházejí do hospice, jsou velice citliví na projevy svého okolí, mnohdy si sami na sebe vztahují nálady a stavy ošetřujícího personálu. Ve své praxi jsem se několikrát setkal s otázkami pacientů na příčiny nevlídného chování sester nebo ošetřovatelů. Vinu nemocní často dávali sobě a chtěli vědět, čím jim ublížili. Proto je nutné učit se správnému jednání, vystupování a sebeovládání, aby nedocházelo k uvolňování nežádoucích emocí v blízkosti pacientů.

Ze zkušenosti vím, že je třeba rozlišovat mezi skutečnými potřebami nemocného a tím, co si myslíme, že je pro nemocného důležité. Sám jsem se setkal s některými věřícími pracovníky, kteří se horlivě snažili plnit své povinnosti a sloužit nemocným do krajnosti. Problémem bylo, že ne vždy měli správný psychologický odhad a někdy nedovedli posoudit, zda nemocný je schopen jejich službu přijmout a zda jim svou „službou“, i když dobře míněnou, vlastně neublíží.

Každý pracovník v hospicovém zařízení musí být ochoten neustále se vzdělávat a zdokonalovat, musí se učit pokoře a svou práci vidět jako opravdové poslání, teprve pak je schopen být pro druhé opravdovým pomocníkem a dobrým doprovázejícím druhem na cestě směřující ke konci života.

---

<sup>93</sup> srov. ZULEHNER, P.M., *Pastoraltheologie 3. Übergänge*

Na závěr bych chtěl citovat Moniku Smolkovou, zdravotní sestru z hospice Sv. Anežky České v Červeném Kostelci, která na otázku, v čem se liší pracovník hospice od běžného zdravotnického pracovníka, odpověděla jedním čínským příslovím: „Máš-li velké starosti, raduj se z maličkostí!“ Zdravotnický a vlastně jakýkoliv personál hospice by měl být přeborníkem na vyhledávání pozitivního smyslu věcí a událostí. Každý, kdo chce v hospici pracovat, by měl být naplněn opravdovou radostí, která vyvěrá hluboko z jeho nitra. Rozhodně by mu neměl chybět smysl pro humor. Humor je totiž jednou z mála věcí, které nemocným ještě zbývají a drží je nad vodou. Je až neuvěřitelné, kolik radosti dokáží nemocní objevovat i v těch nejmenších maličkostech všedních dnů. Toto tvrzení musím ze své praxe také potvrdit. Mnohokrát dokázalo pouhé sluníčko a hezké počasí vykouzlit úsměvy na tvářích a pravou „dětskou“ radost nemocných. Jak dodává Monika Smolková: „V hospici se žije opravdu naplno, je zde čas smát se i čas plakat.“<sup>94</sup>

### **3.5 Péče o pacienty v lůžkových zařízeních**

V hospicích se o pacienty stará tým lidí, který tvoří lékaři se specializací na paliativní medicínu, zdravotní sestry a tým ošetřovatelů.

Důraz je kladen především na pacienta a jeho potřeby, ne na potřeby ošetřovatelů či sester. Pacient stojí vždy na prvním místě a je úkolem pro všechny, aby neměl nouzi a nestrádal.

V hospicích jsou převážně pacienti s onkologickým onemocněním v posledním stádiu. Tato onkologická onemocnění provází až nesnesitelné bolesti, proto je nutné starat se o pacienta takovým způsobem, aby nestrádal bolestí. Proti bolestem se pacientům zpočátku podávají běžná analgetika (léky tlumící bolest), a postupem času, když nemoc vrcholí

---

<sup>94</sup> srov. [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz)

a pacient je v terminálním stádiu, podává se morfium a to ve velké míře. Podle slov staniční sestry Lenky Mášové z Hospice Štrasburk v Praze Bohnicích, je podávání velkých dávek morfia jedinou možností, jak nemocným pomoci. V tomto stádiu totiž nehrozí, že vznikne na morfin závislost. Pro tento způsob aplikace morfinu je pacientovy zavedena tak zvaná morfiová pumpa, která automaticky v pravidelných intervalech a dávkách morfin aplikuje.

Dalším způsobem, jak nemocného ušetřit bolesti, je vhodná manipulace s ním. Proto vždy u pacientů, kteří mají nemocí oslabený skelet (kosterní soustavu), je vždy přítomen větší počet ošetřujícího personálu. Při manipulaci s nemocným se dává bedlivý pozor, aby každý pohyb byl pro něj co nejšetrnější.

U těžších nebo úplně imobilních pacientů jsou instalovány nafukovací matrace, které působí velmi blahodárně proti proleženinám. Jestliže si pacient proleženiny „přivezl s sebou“ z nemocnice, pomáhají tyto speciální matrace jejich hojení.

Do péče o pacienty patří důležitým dílem i hygiena. Většina pacientů, kteří dožívají svůj život v hospicích, je inkontinentní<sup>95</sup>. Proto se používají jednorázové pleny, které jsou pravidelně, nebo podle potřeby měněny. Pro lepší čistotu lože jsou využívány také jednorázově podložky, které mají za úkol zabránit zašpinění ložního prádla exkrementy.

Každý den se provádí hygiena pacientů. Každé ráno je pacient čistě umyt na posteli, nemůže-li si sám dojít do koupelny, která je součástí každého pokoje. Poté je přebalen a ošetřen mastmi, které mají za úkol prokrvovat končetiny a záda, aby se zabránilo proleženinám. Jednou za

---

<sup>95</sup> Inkontinentní – viz. slovníček

týden je pacient brán do vany, je-li imobilní. Mobilní pacienti si mohou dopřávat koupel kdykoliv cítí potřebu.

Vany pro pacienty v hospicích jsou speciálně uzpůsobeny pro imobilní pacienty. Velmi se podobají posteli. Pacient je dovezen i s lůžkem do koupelny. Zde jej ošetřující personál přesune do této speciální vany, aby se zabránilo bolesti při přesunu, je využita manipulační podložka. Sestra a ošetřovatelé pacienta omyjí a potom jej opět i s postelí, která je vždy po každém koupání čistě povlečená, převezou na pokoj.

Je-li to potřeba, je vzat pacient do vany i několikrát za týden. Vždy se ale přihlíží k jeho zdravotnímu stavu, protože každá návštěva koupelny je pro nemocné bolestivá, až traumatizující.

Další přebalování pacientů je prováděno hodinu až dvě hodiny po obědě. Poté ještě dvakrát a to navečer a v noci.

Při každé návštěvě pokoje se dbá také na to, aby pacient dostával tekutiny. Podávají se buď klasickým způsobem, nebo se aplikují do ústní dutiny injekční stříkačkou. Třetím způsobem, užívaným u velmi těžce nemocných pacientů, je navlhčování rtů vlhkým ubrouskem.

Další péče je věnována jídlu pro pacienty. Musí se dodržovat diety, které mají pacienti naordinovány. Většina pacientů v terminálním stádiu má problémy s příjmem potravy v pevném stavu. Proto jsou jídla těmto lidem mixována a následně jsou tito lidé krmeni lžičkou.

Všechny tyto operace jsou prováděny v klidu, pomalu a s velikou trpělivostí, aby se předešlo stresování pacientů. Je důležité na pacienty mluvit, povídat jim, co se s nimi bude dít, jaké další postupy je čekají, je dobré, pokud je to možné, přimět je ke spolupráci. Jestli je to pro ně fyzicky

přijatelné, je tento přístup pro pacienty důležitý. Sami si tím mohou dokázat, že jsou ještě schopni jakéhosi výkonu.

### **3.5.1 Denní režim v hospici**

Den v hospici začíná vždy přebírkou pacientů od noční směny, to znamená, že celý tým je informován o tom, co se dělo v noci, o zdravotním i „emocionálním“ stavu pacientů. To je velmi důležité, aby si všichni byli vědomi, na co je nutné si při práci dávat pozor.

Po tomto seznámení se ošetřovatelé a stážisté vydávají do kuchyně připravit snídane k rozvezení pacientům. Tyto snídaně jsou připravovány podle potřeb pacientů – bere se ohled na diety a konzistenci jídla (někteří pacienti dostávají tzv. „mixi“, což je mixovaná strava pro snadné polykání). Sestry si v této době připravují léky a potřeby na pozdější převazy pacientů.

Snídaně se podává v osm hodin. V této době jsou tedy pacienti buzeni. Pacientům, kteří jsou schopni vstát a najíst se sami, se pomáhá ke stolečku, nechodícím pacientům se upravuje lůžko tak, aby se mohli najíst v posteli. Některé pacienty je třeba krmit lžičkou. Po snídani a sesbírání nádobí se nechá pacientům chvíli oddechu a v půl desáté je na programu ranní hygiena.

Při hygieně ošetřovatelé kladou důraz na pohodlí každého pacienta a na jeho potřeby. Při ranní hygieně dochází na pokoj také zdravotní sestra, která se stará o převazy ran a dekubitů (proleženin) pacientům. Přítomní rodinní příslušníci mohou pomáhat při mytí pacienta, ale ne všichni to dělají. Některým je milejší čekat mimo pokoj na odpočívadlech, která jsou k těmto účelům zřízena na chodbě každého patra.



Hygiena a převazy jsou skončeny přibližně v půl dvanácté. Záleží přitom samozřejmě na stavu pacientů a aktuálních problémech.

Oběd se podává ve dvanáct hodin. Probíhá stejným způsobem jako snídaně, popř. svačina a večeře. Klade se opět důraz na aktuální potřeby pacientů, jejich případné diety a dispozice ke konzumování potravy.

Po sklizení nádobí nastane chvilka volna pro pacienty, ale také pro personál, který po dopoledním maratónu potřebuje chvilku oddechu.

Kolem půl druhé je na řadě odpolední přebalování pacientů. Po tomto přebalení je čas pro rozhovory s pacienty, posezení u jejich lůžka, pozeptání se na přání, potřeby...

Je-li venku hezké počasí, je možné a vhodné vzít pacienta ven. Imobilní pacienti, pokud si to přejí, jsou vyváženi i s lůžkem na terasu, jiní na invalidní vozíku, jiní za pomoci ošetřovatelů a sester si vyjdou sami do zahrady, opírají se přitom o francouzské hole. Mnohými je to velmi kladně přijímaná změna po dlouhém ležení v nemocnici. Pacienti si váží možnosti dostat se na čerstvý vzduch.

Po večeři, která je připravena na půl sedmou, dojde opět k přebalení pacientů, a poté ještě podle potřeby v noci. Během noci jsou pacienti pravidelně kontrolováni, zda nemají nějaké problémy nebo potřeby.

V některých hospicích jsou pro pacienty k dispozici také rukodělné dílny. Je obecně známo, že vlastní činnost člověka obohacuje. I klienti hospiců takovou možnost vítají. Mohou tak vyplnit svůj čas, nemusí být pouze na svém pokoji a mohou vidět výsledky své práce.

V hospici, kde jsem byl na stáži a praxích, však žádná taková možnost nebyla a pacienti trávili všechn svůj čas na pokoji. Pokud tam s pacientem nebyla jeho rodina či blízcí, byl téměř po všechn čas ve stálé společnosti televize, rádia či jiných mediálních prostředků. Ošetřující tým se mu stává jen „návštěvou“, neboť – z pochopitelných důvodů – personál nemůže být stále u všech pacientů. Stejně tak pro příbuzné nemocných mnohdy není možné být u jeho lůžka stále. V souvislosti s tímto poznatkem jsem se ptal sester i ostatních pracovníků, zda by nebylo možné, aby do hospice přicházeli například tělesně postižení, kteří by vypomáhali tím, že by byli s nemocnými na pokoji a vzájemnou konverzací by pomáhali pacientům překonávat jejich samotu. To je však podle pracovníků hospice nereálné. Pracovníci mají s návštěvami cizích lidí, kteří přicházeli jakoby v dobré vůli pomáhat, bohužel špatné zkušenosti.

Součástí každého hospice je také kaple, ve které jsou pravidelně slaveny bohoslužby. Žádný pacient však není nucen se těchto bohoslužeb účastnit. Podle přání jednotlivých nemocných je možné dohodnout návštěvu duchovního jeho příslušné církve.

Na bohoslužbu dochází pacienti sami, nebo tam mohou být odvezeni i s postelí, poněvadž kaple, stejně jako celý areál hospice, je zařízena bezbariérově.

### 3.6 Ambulantní zařízení

Podle dostupných informací funguje v České republice šedesát šest ambulantních zařízení paliativní péče nebo center léčby bolesti. Tato specializovaná oddělení a ambulance léčby bolesti zpravidla nenabízejí komplexní paliativní péči, jsou však schopna léčit bolestivé stavy. Jedinou ambulancí paliativní medicíny s komplexní péčí je oddělení léčby ve Fakultní nemocnici v Brně. Nemocným je tam k dispozici lékař, sestry a sociální pracovník.<sup>96</sup>

Další formou ambulantního zařízení, které je však rozšířeno zatím pouze v zahraničí, je denní hospicový stacionář. Denním hospicovým stacionářem rozumíme takové zařízení, ve kterém pacient tráví pouze denní pobyty. Nemocný je do hospice přijat ráno, a odpoledne či večer je opět dopraven domů k rodině. Dopravu pacientů zajišťuje buď rodina sama, nebo hospicové zařízení. Vše záleží na domluvě a především na podmínkách rodinných i místních. Tato forma péče je vhodná pro nemocné v místě či v blízkém okolí hospicového zařízení, přitom záleží na mnoha dalších okolnostech, např. stavu nemocného, možnostech rodiny postarat se o svého blízkého atp. Pro některé pacienty je tato forma péče tím nejvhodnějším řešením.

Důvody pro přijetí nemocného do denního hospicového stacionáře:

Diagnostický důvod – hospicový stacionář slouží jako kontrola bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout, ale nemusí to být jediný důvod.

Léčebný důvod - stacionář může posloužit například k aplikaci chemoterapie či nejrůznějším druhům paliativní medicíny. Jiným důvodem je vyladění dávkování léků na tlumení bolesti.

---

<sup>96</sup> viz KOLEKTIV AUTORŮ. *Umírání a paliativní péče v ČR*, str. 72

Psychoterapeutický důvod - je typický zvláště pro osamocené nemocné, nebo ty, s nimiž rodina nechce nebo není schopna hovořit o jejich problémech.

Azylový důvod - je oboustranný. Trvá-li nemoc příliš dlouho, potřebuje si jak rodina, tak také nemocný od sebe navzájem chvílku odpočinout. V tom není nic špatného, může to být naopak vítané preventivní opatření, které zabrání pozdější zbytečné hospitalizaci, vyčerpání rodiny, konfliktům...

Někteří pacienti, kteří mají zkušenosti s hospicovým stacionářem, si přejí prožít své poslední dny a hodiny v hospici. Není to proto, že doma není možné zvládnout příznaky nemoci a bolesti, ale proto, že chtějí některé členy své domácnosti, např. malé děti, těchto prožitků ušetřit.<sup>97</sup>

### **3.7 Domácí hospicová péče**

Akutní nedostatek hospicových lůžek na počet obyvatel České republiky je jedním z největších problémů v péči o umírající. Právě pro ty pacienty, kteří nemohou být do hospice přijati z již zmíněného důvodu, a také pro pacienty, o které se může a chce starat rodina doma, je určena domácí hospicová péče neboli mobilní hospic.

Mobilní hospic nabízí rodině a blízkým přátelům nemocného lidskou a psychickou podporu, ale také odbornou radu či kvalifikovanou pomoc. Zaměstnanci a dobrovolníci hospice nabízejí rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající blízké doma, komplexní služby: školení v domácí péči o nemocné, poradenství, půjčování pomůcek, následné doprovázení pozůstalých a další.

---

<sup>97</sup> srov. [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz)

Hlavním úkolem domácí hospicové péče je umožnit terminálně nemocným důstojné prožití poslední části života v domácím prostředí a pečujícím členům jejich rodin usnadnit obtížnou životní situaci.

Velkým problémem příbuzných, kteří by se o svého člena rodiny rádi starali, bývá možnost být uvolněn ze zaměstnání bez hrozby ztráty místa. Péče je proto pro ně spojena s velikou nejistotou a stresem. Dosud u nás není vytvořena dostatečná síť fungující domácí péče a sociálních služeb, pro rodinu je často velmi nesnadné najít i placeného pečovatele.

Vzhledem k tomu, že již po několik desetiletí většina lidí umírá v nemocnicích, chybí lidem elementární zkušenost se smrtí a umíráním. Rodina má proto veliký strach ze všeho neznámého, co ji čeká. Někdy se navíc setkává s nepochopením okolí, které se domnívá, že umírat doma je neetické, ba dokonce protizákonné. Současnost bohužel nerespektuje sociální vazby rodiny a jejich význam, rodiny bývají zdravotníky zrazovány od domácí péče s tím, že v nemocnici umírajícímu bude lépe. Ze sociálního hlediska i praktických zkušeností však víme, že domácí prostředí a blízkost milovaných osob je pro umírajícího člověka zdrojem pokojného odchodu z tohoto světa.<sup>98</sup>

K tématu umírání v domácím prostředí se často v novinách či na internetu vyskytují články a úvahy, které k tomuto většinou vyjadřují negativní postoje. Na internetovém serveru aktualne.cz byl 18. 3. 2007 zveřejněn článek o tom, co se stane s mrtvým tělem našeho blízkého, „který si dovolil zemřít doma“. Úmyslem autora bylo dozajista zmást a mystifikovat čtenáře větami typu: „Kdo se rozhodne zemřít doma a ne v nemocnici, nechává pozůstalým složitý úkol.“ V dalším textu bylo rozebíráno, že v České republice je ze zákona povinná posmrtná lékařská prohlídka, která s sebou nese pro pozůstalé mnoho komplikací. Tuto

---

<sup>98</sup> srv. KOLEKTIV AUTORŮ. *Umírání a paliativní péče v ČR*, str. 74

prohlídku by měl provádět praktický lékař, který ovšem, jak autor článku píše, není vždy k dispozici. Zajistit jiného lékaře tak pro rodinu bývá často neřešitelným problémem. S touto tezí ovšem nemohu souhlasit a považuji ji za matoucí. Podle mého názoru v tomto případě stačí, aby se rodina s praktickým lékařem nemocného pacienta domluvila, informovala ho o situaci, aby lékař mohl s rodinou účinně spolupracovat.

Je ideální, když umírající člověk může odejít v rodinném prostředí a v péči rodinných příslušníků. Rodina, která chce umírajícího v plném slova smyslu dochovat, však k tomu musí splňovat určité podmínky. Nestačí jen CHTÍT, je třeba také UMĚT a MOCI.

Mnoho rodin odmítá pečovat o umírajícího právě proto, že buď nejsou splněny podmínky MOCI - například: malý byt, složité materiální podmínky, vlastní nemoc, péče o jiného těžce nemocného člena rodiny atd., anebo UMĚT. Obsah pojmu MOCI zdravotníci zpravidla ovlivnit nemohou. Naučit rodinu pečovat o umírajícího však z jejich strany možné je.<sup>99</sup>

V menším počtu případů rodina zvládá péči o umírajícího samostatně a vyžaduje jen minimální pomoc zdravotníků. V daleko větší míře však rodiny potřebují dlouhodobou spolupráci zdravotníků, popřípadě jiných profesionálů, kteří se specializují na domácí péči o nemocné. Žádná rodina, která doprovází umírajícího, by neměla žít osamocena a v nejistotě, zda to, co pro umírajícího dělá, je správné či nikoli. Proto přicházejí pracovníci mobilního hospice, aby rodině pomohli zorientovat se v nastalé situaci a snaží se plně využít možností stávajícího zdravotního a sociálního systému včetně moderních postupů paliativní medicíny k zajištění co nejlepší péče v rodinném prostředí. Pomohou praktickými radami ohledně péče o pacienta i aplikací poznatků paliativní medicíny udržet co nejlepší

---

<sup>99</sup> viz HAŠKOVCOVÁ, HELENA. *Thanatologie*, str. 53

kvalitu života umírajících. Domácí péče je tak cílena především na umírajícího, pomáhá ale i pečujícím rodinným příslušníkům.<sup>100</sup>

### 3.7.1 Výhody péče o umírající v domácím prostředí

- 1) Veškerou péčí je možné přizpůsobit individuálním potřebám pacienta, jeho přáním a hodnotovým prioritám.
- 2) S využitím dostupných prostředků paliativní medicíny je možné stejně kvalitně jako v nemocnici zvládat bolest a další somatické příznaky doprovázející pokročilé stádium závažného onemocnění.
- 3) Do péče o pacienta je možné integrovat lékařské, psychologické, sociální a spirituální aspekty a položit hlavní důraz na zlepšení kvality zbývajících pacientova života.
- 4) Využití nenahraditelného významu rodiny a přirozeného prostředí pro kvalitní prožití poslední fáze života.
- 5) V ovzduší důvěry a porozumění mohou být položeny základy péče o pozůstalé členy rodiny.

Díky existenci mobilních hospiců je možné zabránit mnoha zbytečným hospitalizacím v lůžkových zařízeních. Domácí hospice také předcházejí vzniku traumatizujících zážitků členů rodiny z odloučení v době umírání a smrti jejich blízkých. Pokud je rodina týmem mobilního hospice podpořena, často zvládá obdivuhodně velký díl nelehké péče sama svými silami a zároveň podstatně lépe snáší období zármutku.<sup>101</sup>

---

<sup>100</sup> srov. KOLEKTIV AUTORŮ. *Umírání a paliativní péče v ČR*, str. 74

<sup>101</sup> tamtéž, str. 74

### 3.7.2 Spolupráce rodiny s domácím hospicem

První setkání zdravotníků mobilního hospice s rodinou probíhá většinou telefonicky. Pracovníci hospiců tak většinou nejdříve hovoří s blízkým příbuzným nemocného, pouze zřídka (v 5% případů) přichází s žádostí o pomoc sám pacient. První službou, kterou volající klient dostává, je čas pracovníka týmu domácího hospice. Klienti, kteří se s nabídkou domácího hospice setkají, zpravidla nevědí, co všechno mohou žádat, jaké jsou možnosti péče o nemocného respektive umírajícího člověka. Proto se úvodnímu rozhovoru pracovníka hospice s klientem přikládá takový význam. Při společném rozhovoru klient dostane informace o podobách péče doma i v různých zařízeních, je seznámen s možnostmi péče a paliativní léčby, dostane informace o eventuelních postupech při zhoršení zdravotního stavu nemocného, o podpoře, která je nabízena rodině, aby se s těžkými stavy pacienta vyrovnala. Na základě toho klient zhodnotí své možnosti, očekávání a představy. Pokud se rozhodne pro domácí hospicovou péči o svého příbuzného či přítele, přichází zdravotnický personál domácího hospice na první návštěvu.

Typické je, že asi třetina klientů odchází z nemocnic domů v tak pokročilém stádiu nemoci, že už nekomunikuje, a ze strany domácího hospice už může být poskytována pouze léčba fyzických příznaků. Značná část pozornosti personálu hospice pak musí být věnována rodině a jejímu postupnému vyrovnání se s těžkou situací, kterou bývá zaskočena. Domácí hospic mnohdy dostává do své péče pacienta doslova několik dní či týdnů před smrtí, kdy ani on, ani jeho rodina nejsou adekvátně informováni o závažnosti choroby. Ovšem i na takové situace jsou pracovníci domácích hospiců připraveni. A klient se o všech těchto možnostech pomoci ze strany hospice při prvním rozhovoru doví, aby se na základě jejich získání mohl rozhodnout, zda je přijme.



Člen zdravotnického týmu (lékař, sestra) přichází do rodiny na první návštěvu, případně tuto návštěvu uskuteční ještě v nemocnici, která klienta propouští do domácího ošetřování. Prostuduje zdravotnickou dokumentaci, vyšetří klienta a po konzultaci s ošetřujícím lékařem seznámí klienta a jeho rodinu se všemi alternativami dalšího postupu tak, aby následující rozhodování probíhalo v souladu s jejich přáním. Pokud si pacient přeje domácí paliativní péči, je přijat do péče domácího hospice. Doprovázení a velký díl každodenní péče přejímá na sebe rodina, domácí hospic koordinuje všechny potřebné služby, specializuje se na kontrolu příznaků provázejících umírání, především nabízí svoji bohatou zkušenost s léčbou bolesti. Službu doplňuje půjčováním pomůcek, polohovacích postelí, antidekubitních matrací, lineárních dávkovačů léků, koncentrátoru kyslíku atp.<sup>102</sup>

### **3.7.3 Role praktického lékaře**

Klient, který je propuštěn do domácího ošetřování, přechází do péče svého praktického lékaře. Lékař zajišťuje farmakologicky léčbu bolesti a dalších příznaků, předepisuje potřebné pomůcky a zdravotnický materiál, kontaktuje a předepisuje agentury domácí péče. Svoji péči může doplnit specializovanou službou domácí hospicové péče.

Ne všichni praktičtí lékaři mají však dostatečnou zkušenost s domácí péčí o umírající. (Praktickému lékaři v ČR zemřou v domácím prostředí v průměru pouze tři pacienti ročně.)

V tomto ohledu se proto stále, přestože hospicové hnutí v České republice funguje již 16 let, klienti domácí hospicové péče setkávají hned

---

<sup>102</sup> sr.v. KOLEKTIV AUTORŮ. *Umírání a paliativní péče v ČR*, str. 74  
www.hospice.cz

s několika problémy v kontaktu s praktickými lékaři. Jmenujme alespoň nejzávažnější z nich:

- Praktičtí lékaři často nemají recepty na opiáty, anebo opiáty odmítají předepisovat.
- U některých lékařů převažuje tendence léčit pacienta „z ordinace“, bez potřebných návštěv.
- Praktičtí lékaři někdy nerozlišují, co je hospicová péče, a domnívají se, že stačí, když předepíše agenturu domácí péče.
- Praktický lékař je k dispozici relativně málo hodin v týdnu, což pečující rodině neposkytuje dostatečnou jistotu.
- Někteří lékaři se brání zcela základním úkonům (odsávání, punkce ascitu, cévkování muže), nebo nemají proto dost zkušeností. Možná je na vině i to, že tyto úkony jim nehradí pojišťovna.
- Někteří praktičtí lékaři nemají základní znalosti paliativní medicíny. Stále se setkáváme s léčbou bolesti bez opiátů.
- Lékaři velmi často uvažují pouze o tom, jak prodloužit život pacienta, ale nezvažují, nakolik takovým postupem opravdu pomohou a nakolik tím spíše omezí tolik potřebnou kvalitu posledních dní jeho života.<sup>103</sup>

### **3.7.4 Pacient (klient) v domácím ošetření**

Specifikem domácí hospicové péče je velká pozornost, která je věnována rodině jako celku. Tato péče o celek se pak zhodnotí v kvalitní péči o pacienta. Klient dostane potřebné pomůcky, je zaléčena bolest, tým domácího hospice se snaží pomoci rodině v komunikaci s nemocným tak, aby netrpěl strachem, osamělostí, nedůvěrou nebo nepochopením. Samozřejmostí je citlivá a průběžná péče o to, aby pacient byl o nemoci pravdivě informován a mohl s posledními dny svého života naložit tak, jak si přeje.

---

<sup>103</sup> srv. KOLEKTIV AUTORŮ. *Umírání a paliativní péče v ČR*, str. 78

Přesto pacient nebývá zcela ušetřen zbytečného utrpení. Bývá propuštěn z nemocnice nezřídka bez léků na bolesti, což, zejména je-li předán do domácího ošetřování před víkendem, nemocného dostává do svízelné a neřešitelné situace.

Rodina často do poslední chvíle neví, kdy bude klient propuštěn domů. Nejbližší okolí pacienta navíc nerozumí umírání a těžko shání potřebné informace. Bez paliativní péče může být nemocný proto „týrán“ nepřiměřenou starostlivou péčí (jídlo, pití apod.).

Klient bývá v nemocnici nadměrně dlouho udržován bez potřebných informací v naději, že jeho nemoc je vyléčitelná, pak je bez přípravy propuštěn s tím, že další léčba už nemá smysl. V běžné nemocnici se příbuzní nemocného zpravidla nedovědí, nebo jen v náznacích, jaká je přesná diagnóza pacienta, jakou léčbu vyžaduje, zda je možné zvolit domácí léčbu, jaké jsou její výhody... Na základě chabé komunikace nemocničního zdravotního personálu s příbuznými pacientů a pacienty samotnými se tak rodina nemůže svobodně a v klidu rozhodovat o dalším postupu (např. zda zvolit domácí péči místo umístění pacienta do LDN), neboť informaci o ukončení kurativní léčby dostává nezřídka na poslední chvíli, nebo ji nedostane vůbec – doví se ji nepřímo například až z propouštěcí zprávy. Vyrovnat se náhle a většinou ve velmi špatném stavu s takovým sdělením bývá velmi těžké a vyžaduje mnoho času a sil, a někdy to ani není možné.<sup>104</sup>

---

<sup>104</sup> sr.v. KOLEKTIV AUTORŮ. *Umírání a paliativní péče v ČR*, str. 78  
www.hospice.cz

### 3.8 Porovnání lůžkové a domácí hospicové péče

Služba domácí hospicové péče je ve většině případů napojena na domácí kmenový hospic, ze kterého vychází. Není-li tomu tak, alespoň s nějakým hospicem na dálku spolupracuje a řídí se stejnými pravidly.

Při plné spolupráci rodiny s členy domácího hospicového týmu je péče věnovaná nemocnému prakticky shodná s péčí v lůžkovém hospicovém zařízení. To však platí za předpokladu, že s nemocným je někdo blízký, kdo se o něj stará v době, kdy u něj není zdravotnický pracovník z hospicového týmu. Při dobře fungující spolupráci je rozdíl v poskytované péči mezi oběma hospicovými formami nepatrný.

Domácí hospicová péče je ze strany zdravotnických pracovníků a ošetřovatelů péčí docházkovou. Proto počítá s plnou podporou okolí nemocného.

Když se rodina rozhodne pečovat o svého nemocného doma, zajisté se nevyhne stresovým situacím, které vycházejí z neznalosti přesné diagnózy, obav, že se o nemocného nedokáže postarat po zdravotní a pečovatelské stránce. Aby se těmto situacím co nejlépe čelilo, dochází za rodinou členové domácího hospicového týmu, aby jim pomohli vše vysvětlit a naučili je, jak mají o svého nemocného co nejlépe pečovat. Spolupráce není jednorázová, zdokonaluje se díky častým návštěvám a konzultacím. Rodina je zároveň vyškolená v ošetřovatelských postupech, dávkování léků a ošetřování ran.

Domácí péče je vhodná pro takového nemocného, který má přání zemřít ve svém domácím prostředí, mezi svými, a jeho rodina je ochotna spolupracovat a vzít na sebe nelehký úkol – musí počítat s celou řadou ústupků a sebezáporů. Přestože se může zdát, že domácí péče o nemocného

je komplikovaná a obtížná, faktem zůstává, že tato služba je pro nemocného největším darem.

Prvním a základním problémem, který rodině pečující o nemocného v terminálním stádiu, bývá bydlení. Protože rodiny dnes žijí většinou odděleně, znamená to časté dojíždění, nebo přestěhování se, či úpravy bytu. Ale i bydlení ve společné domácnosti je pro pečujícího značně psychicky vysilující. Je třeba zajistit, stejně jako v lůžkovém zařízení, aby pečující měl čas na regeneraci a případné vystřídaní.

Dalším problémem, který jsem již zmiňoval, je možnost zůstat s nemocným doma bez hrozby ztráty zaměstnání a patřičnou finanční náhradou za ušlou mzdu. Většina terminálně nemocných bývá vysokého věku, a jejich děti jsou mnohdy také ve věku důchodovém. Problém však nastává, je-li pečující v produktivním věku a musí se starat o svou rodinu.

Nemalé obtíže rodina často zažívá také při spolupráci s ošetřujícím lékařem. Nezřídka se stává, že praktický lékař pro domácí péči nemá příliš pochopení.<sup>105</sup>

Všechny tyto jmenované problémy mohou potkat rodinu, která se rozhodne využít služby a zapojit se do domácí hospicové péče. V lůžkovém hospici tyto obtíže rodině odpadají, neboť tam je o nemocného postaráno po všech stránkách. Úkolem rodiny je tu zůstat s nemocným v co nejčastějším kontaktu, hospice nabízejí i možnost pobytu příbuzných či přátel a možnost návštěv kdykoliv během dne i noci.

---

<sup>105</sup> Srov. TOŠNEROVÁ, T. 2001. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. TOŠNEROVÁ, T. 2003. *Komentář k Výhledovým doporučením k uplatnění „Standardů kvality sociálních služeb v Pečovatelské službě“*

## Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zabýval problematikou a metodami péče o umírající v různých hospicových zařízeních, zmapoval historii i současnou situaci hospiců na našem území a nabídl srovnání mezi ústavní a mobilní hospicovou péčí.

Hospice v naší republice mají zatím krátce trvající tradici, přesto jsou v současném českém zdravotnictví nenahraditelné a utěšeně se rozrůstají. Já sám shledávám přítomnost hospiců na našem území jako velmi užitečnou. Vždyť hospicová péče je naplněním slov Písma, zejména přikázání lásky. Z rozhovorů s pacienty a jejich rodinnými příslušníky vím, že také jimi je myšlenka hospiců hodnocena výhradně pozitivně.

Kladně hodnotím také fakt, že si hospiců začíná všímat i česká legislativa. Od letošního roku se na hospice pamatuje v zákonech, což je pro jejich existenci velmi důležité nejen z finančních důvodů.

Přál bych si, aby se hospicová péče v naší republice mohla nerušeně rozvíjet, a aby byla dostupná pro všechny, kteří o ni projeví zájem.

## Seznam použité literatury

- BIBLE - Ekumenický překlad. Praha: Ekumenická rada církví v ČSR, 1985.
- BOWERS, M. K. *Wie können wir Sterben beistehen*, München: Kaiser – Verlag 1971
- BLUMENTHAL-BARBY, K., *Kapitoly z thanatologie*, 1. vyd., Praha: Avicenum, 1987.
- DiGIULIO, R., KRANZOVÁ, R. *O smrti* 1. vydání, Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-210-3
- ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech* 1. vyd. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7
- FILEC, V. *Hospicová péče v České republice*. [online], c1999-2002, poslední revize 2000-08-09. cit [2006-4-15] <http://www.hospice.cz>
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života, líc smrti* 1.vyd., Praha: Orbis 1975.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*, 1. vydání, Praha: Panorama, 1985.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
- HUČÍN, *I umírat se dá důstojně*, Psychologie Dnes, [online] 6/2006. dostupné na: <http://www.studovna.cz>.

- KIZÁK, J. *Jaké dnes existují právní normy, které se týkají hospiců?* [online] cit. [ 2006-05-02]. Dostupné na <http://www.hospice.cz>
- KIZÁK, J., HUNEŠ, R. *Premiér slíbil pomoc hospicům, Setkání představitelů APHPP s premiérem Paroubkem*, <http://www.hospice.cz> [online]
- KOLEKTIV AUTORŮ, *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost*, 2. vyd. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0493-9
- KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMYRCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, 1.vyd. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci* 1. vydání, Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002. ISBN 80-247-0179-0
- LANDSBERG, P. L. *Zkušenost smrti* Praha, Vyšehrad, 1990. ISBN 80-7021-054-0
- MACKOVÁ, M. *Hospicové hnutí u nás a ve světě*. Diplomová práce, Ostrava 2002, [online], Dostupné na <http://www.hospice.cz>
- OPATRNÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné* 2. vydání, Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 2001
- PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*, 1. vydání, Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0
- SAMEK, A. *Člověk, smrt a bolest*, Praktický lékař 6/1968



- SLÁMA, O. *Několik čísel a myšlenek o péči o terminálně nemocné v ČR* [online] cit. [2006-13-02]. Dostupné na: [www.hospice.cz/dokumenty/cisla.html](http://www.hospice.cz/dokumenty/cisla.html)
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet* 2. vydání, Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2
- ŠULC, J., MORÁVEK, M. *Člověk na pokraji svých sil*, Praha: Avicenum, 1971 (brož.)
- THOM, A., WEISE, K. *Lékařství a světový názor*, Praha: Horizont, 1974
- THOMASMA, D.C., KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*, 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000. ISBN 80-204-0883-5
- TOŠNEROVÁ, T. 2001. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele. Praha: Ambulance pro poruchy paměti ÚLE 3. LF UK
- TOŠNEROVÁ, T. 2003. *Komentář k Výhledovým doporučením k uplatnění „Standardů kvality sociálních služeb v Pečovatelské službě“*. Příspěvek na semináři o Standardech kvality pečovatelské služby na FSS MU v Brně, dne 29.1.2003
- VIRT, G. *Žít až do konce*, 1. vyd., Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2
- VORLÍČEK, J. ADAM, Z. *Paliativní medicína*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1998. ISBN 80-7169-437-1

## Slovník užitých pojmů

- **Deprese** = psychologická porucha nálady, vyznačuje se smutkem, strachem a zpomalením psychických funkcí
- **Diagnostika** = nauka o určování, rozpoznávání choroby, určení jejího původce
- **Hospitalizace** = pobyt nemocnici nebo jiném lůžkovém zdravotnickém zařízení
- **Chronický stav** = vleklý a trvalý průběh onemocnění
- **Inkontinence** = neschopnost udržet moč nebo stolici
- **Inkurativní stav** = neléčitelný stav, uzdravení již není reálné
- **Instrumentálně** terapeutický způsob léčby = využití přístrojů k zlepšení efektivity léčby
- **Kauzální terapie** = léčba zaměřená na příčiny nemoci
- **Kurativní léčba** = léčí příčiny nemoci. Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení.
- **Opiáty** = účinné alkaloidy, které jsou součástí opia, jedná se např. o morfin a kodein, které mají silné analgetické účinky (bolest tlumící)
- **Paliativní péče** = jedná se o tišení bolesti a soucitný doprovod terminálně nemocných a umírajících

- **Per orálně** = způsob přijímání léků, vody, potravy ústně
- **Progredující** onemocnění = postupně se zhoršující nemoc, progresse  
– vystupňované zhoršení příznaků
- **Symptomatická léčba** = jedná se o léčení příznaků, symptomů nemoci, neléčí se příčina nemoci
- **Terapie** = léčba, opatření navržená lékařem po vyšetření nemocného, která slouží k příznivému ovlivnění stavu nemocného
- **Terminální stav** = stav, kdy nemoc pokročila do svého posledního stádia, kde již byla ukončena kurativní léčba již dříve

Pojmy a jejich vysvětlení jsou převzaty z internetového slovníku dostupného na [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz) a konzultovány s lékařem v hospicovém zařízení.

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Nejdůležitější objektivní známky odchodu

Příloha 2: Vzhled nemocného ante finem (před koncem jeho života)

# PŘÍLOHY

Příloha č. 1

**Nejdůležitější objektivní známky odchodu:**

- změna frekvence a nepravidelnost tepu
- klesající krevní tlak
- nepravidelné dýchání
- ochlazování konců končetin
- unavený výraz obličeje
- nepravidelné mrkání
- ztráta schopnosti mimického výrazu obličeje
- kalící se vědomí
- zvýšení chyb v řeči (sociální komunikaci)
- výskyt halucinací, které mohou vyvolat zděšení okolostojících
- euforie – nevysvětlitelná veselá nálada, často s iluzemi

Příloha č. 2.

**Vzhled nemocného ante finem (před koncem jeho života)**

- kůže je bledá až šedá, obvykle lepkavá studeným potem
- oči jsou zapadlé
- uši a nos jsou chladné
- puls je špatně hmatný a nepravidelný
- dech je změněn
- dochází k inkontinenci (neudržení) moči a stolice
- vědomí je někdy porušené

## Abstrakt

PTÁČEK, J. *Péče o umírající v hospicích*. České Budějovice 2007. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce M. Kaplánek.

**Klíčové pojmy:** hospic, hospicové hnutí, domácí hospic, nemoc, umírání, smrt, paliativní péče, euthanasie, terminální stav, pastorační péče o nemocné.

Práce se zabývá problematikou nemoci a umírání, péče o umírající v různých hospicových zařízeních. Popisuje charakterické znaky paliativní medicíny, její praktické využití na půdě hospiců a zároveň její nedostatky v současném českém zdravotnictví. V práci není opomenuta ani legislativní stránka celé věci.

## **Abstract**

PTACEK, J. Care For the Dying In Hospice Facilities. Ceske Budejovice, 2007. Final Thesis. Jihoceska Universita in Ceske Budejovice. Theological Faculty. Division of Practical Theology. Consultant for this Thesis M. Kaplanek.

Key Terms: Hospice, Hospice Movement, Home Hospice, Disease, Dying, Death, Palliative Care, Euthanasia, Terminal State, Pastor Care for the Ill.

**This Thesis deals with the issue of illness and dying, and the care for the dying in different hospice facilities. It describes typical features of palliative medicine, it's practical use in hospices and also the lack thereof in current Czech medicine. The legislative side of this issue is discussed in this thesis as well.**