

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra teologických věd

Diplomová práce

**VYUŽÍTÍ PRVKŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE  
V DOMOVĚ DŮCHODCŮ**

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Veber, Th.D.

Autor práce: Bc. Lucie Kadlecová

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: Třetí

Forma studia: Kombinovaná

2014

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

22. 3. 2014

.....

Bc. Kadlecová Lucie

Děkuji vedoucímu diplomové práce Mgr. Tomáši Veberovi, Th.D. za cenné rady,  
připomínky a metodické vedení práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>1 Lidská důstojnost .....</b>	<b>11</b>
1.1 Inherentní pojetí lidské důstojnosti .....	12
1.2 Kontingentní pojetí lidské důstojnosti .....	12
1.3 Ve studii Důstojnost a staří Evropané se pojednává o těchto typech důstojnosti: .....	13
1.4 Důstojnost a paliativní péče .....	14
1.5 Lidská důstojnost a sociální práce se seniory .....	17
1.6 Důstojné umírání a smrt.....	17
<b>2 Pohled na umírání a smrt.....</b>	<b>20</b>
2.1 Proces umírání .....	21
2.2 Fáze umírání.....	21
2.2.1 Fáze pre finem.....	21
2.2.2 Fáze in finem.....	22
2.2.3 Fáze post finem .....	23
2.3 Etické problémy smrti a umírání.....	23
2.3.1 Etické problémy ve fázi pre finem .....	24
2.3.2 Etické problémy ve fázi in finem .....	24
2.3.3 Etické problémy ve fázi post finem .....	25
2.4 Dimenze smrti.....	26
2.5 Potřeby umírajících .....	27
2.5.1 Potřeby biologické .....	28
2.5.2 Potřeby psychologické .....	28
2.5.3 Potřeby sociální .....	30
2.5.4 Spirituální potřeby.....	30
2.5.5 Specifické potřeby umírajících a jejich rodin .....	33
2.6 Fáze umírání dle Elizabeth Kübler-Rossové.....	33
<b>3 Hospic jako odpověď na důstojné umírání.....</b>	<b>36</b>

3.1	Formy hospicové péče .....	38
3.2	Hospice v ČR .....	41
3.3	Specifičnosti v hospicové péči .....	41
3.4	Úkoly hospicového hnutí .....	42
3.5	Poradenství pozůstalým v rámci hospicové péče.....	42
3.5.1	Cíle poradenství pro pozůstalé .....	43
3.5.2	Formy poradenství pro pozůstalé .....	44
3.5.3	Poradenství pro pozůstalé v ČR .....	45
<b>4</b>	<b>Paliativní péče.....</b>	<b>47</b>
4.1	Přístupy k dlouhodobě umírajícím.....	49
4.2	Formy paliativní péče .....	49
4.2.1	Obecná paliativní péče .....	50
4.2.2	Specializovaná paliativní péče .....	50
4.2.3	Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy o organizaci paliativní péče .....	51
<b>5</b>	<b>Charakteristika domova důchodců .....</b>	<b>53</b>
5.1	Sociální služba Domov pro seniory vs. paliativní péče .....	54
5.2	Umírání v domově důchodců .....	55
5.2.1	Ošetrovatelský standard Péče o umírající .....	55
5.2.2	Ošetrovatelský standard Péče o zemřelého .....	58
5.2.3	Shrnutí analýzy ošetrovatelských standardů .....	59
<b>6</b>	<b>Metodika výzkumu .....</b>	<b>61</b>
6.1	Cíl výzkumu.....	61
6.2	Popis výzkumné metody .....	61
6.3	Charakteristika výzkumného vzorku .....	61
6.4	Techniky sběru dat .....	61
6.5	Etické aspekty .....	62
6.6	Autentičnost sběru dat.....	62
6.7	Způsob vyhodnocování dat .....	62
6.8	Kazuistiky respondentů.....	63
6.9	Prezentace výsledků rozhovoru .....	64
<b>7</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>68</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>77</b>

<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>82</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>83</b>
<b>ABSTRAKT .....</b>	<b>134</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>135</b>

**"Jeden velký okamžik prožitý v závěru našeho života  
může dát zpětně smysl celému našemu životu".**

**V. E. Frankl**

# ÚVOD

S fenoménem smrti a umírání mám zkušeností více, než je vhodné pro člověka v mém věku. Pracuji totiž již osmým rokem jako sociální pracovnice v domově důchodců. Prakticky denně mám „tu čest“ potkat se se smrtí.

Ve většině případů úmrtí, se kterými se v mém zaměstnání setkávám, se jedná dle mého názoru už o vysvobození. Klienti žijí i několik let ve stavu, který má s životem už málo společného. Nejsou schopni sami jíst, pít, hýbat se, usmát se, udržet oční kontakt a jsou plně odkázáni na ošetrovatelskou péči personálu. Při představě, že bych v takovémto stavu měla být já, nechtěla bych pobyt na tomto světě prodlužovat. I když vím, jak ožehavé téma to je, byla bych v těchto momentech pro zavedení eutanazie.

Ještě před pár desítkami let většina lidí umírala doma uprostřed své rodiny. Malé děti viděly, jak se jejich rodiče starají o nemohoucí prarodiče a přišlo jim to úplně normální. Postarat se o své staré rodiče až do konce bylo něčím naprosto běžným. Jenže dnes se „podaří“ umřít doma jen asi čtvrtině lidí, zbývající většina umírá v nemocnicích, léčebnách a domovech důchodců. Smrt je zkrátka něco, co jsme vytěsnili z našeho života a nechceme o tom ani mluvit. Přitom čím víc se jí bojíme, tím hůř prožíváme ztrátu někoho blízkého. To nejlepší, co můžeme pro umírajícího, ale i pro sebe udělat, je nenechat ho umřít samotného, ale být s ním.

Při tomto zamyšlení se nabízí otázka důstojného umírání. Ač nerada, musím uznat, že v našem domově umírání důstojnost postrádá. Jedna věc je, že musí být splněny určité podmínky důstojného umírání např. vhodné prostředí, kterým by mělo být především přirozené prostředí umírajícího. To zajistit nemůžeme, ale jiné další předpoklady by zajistit šly a často by závisely na tom, aby se jen trochu personálu chtělo.

Jak jsem již zmínila, většina lidí umírá v institucionální péči za pomoci odborníků a za přítomnosti multidisciplinárního týmu. Všichni členové pomáhají umírajícímu i jeho rodině zvládnout tuto velice náročnou životní situaci. Zajisté nejlepší podmínky pro důstojný odchod člověka a také pro jeho blízké, jsou v dnešní době zajištěny



v hospicích. Klade se zde důraz nejen na všechny potřeby umírajících, ale také na celkové etické hledisko procesu umírání.

Proto téma mé diplomové práce, které jsem se rozhodla zpracovat, se týká právě zajištění důstojnějšího umírání v domově důchodců, kde pracuji. Cílem výzkumu této práce je zjistit jaké jsou možnosti aplikace prvků paliativní hospicové péče do domova důchodců k zajištění kvalitnějšího a důstojného procesu umírání. Práce hledá odpovědi i na to, zda uživatelé domova důchodců - sociální služby domov pro seniory, vůbec stojí o to, aby zjištěné elementy hospicové péče byly zaváděny do praxe.

První kapitola práce pojednává o lidské důstojnosti obecně, o její hodnotě a o různých pojetích tohoto základního práva. Následující podkapitoly se věnují důstojnosti v paliativní péči a také důstojnosti při práci se seniory. Dále se v práci zabývám důstojným umíráním, na něž navazuje kapitola o otázkách umírání a smrti a pohledu na tento proces.

Následně představuji etické problémy v jednotlivých fázích umírání, jako jsou míra informovanosti umírajícího, ritualizace smrti, eutanázie, péče o mrtvé tělo a poradenství pro pozůstalé. Kapitola dále obsahuje statě o biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřebách umírajících, které je nezbytné při práci s touto cílovou skupinou bezpodmínečně znát. Stejně jako potřeby umírajících je důležité mít zmapovány i fáze umírání dle Elizabeth Kübler-Rossové.

Třetí obsáhlejší kapitola poskytuje odpověď na důstojné umírání – dochází zde ke zmapování tématu o hospicové péči, jejích formách, specifitě a úkolech hospicového hnutí. v neposlední řadě se zde také zabývám poradenstvím pro pozůstalé, jeho cíli, formami a úrovní v České republice.

Poslední teoretický oddíl práce definuje paliativní péči poskytovanou v hospicích jako jeden z přístupů k dlouhodobě umírajícím. Zmiňuji zde její dvě formy – obecnou a specializovanou.

Výše zmíněná základní teoretická východiska budou podkladem pro realizovaný výzkum, jež bude proveden ve dvou krocích. Prvním z nich je analýza dvou standardů ošetrovatelské péče domova důchodců nazvaných Péče o umírající a Péče o zemřelého. Druhá fáze výzkumu bude provedena formou sondy s pěti uživateli sociální služby domov pro seniory, v níž budu zjišťovat, zda vůbec mají zájem o aplikaci hospicové paliativní péče do praxe domova důchodců.

Při psaní mé práce využiji dostupné literatury, která se této tématice věnuje z oboru teorie etiky, sociální práce, psychologie a sociologie. Za všechny uvádím například

odborný časopis Sociální práce/Sociálna práca, Manuál paliativní péče Z. Kalvacha a jiné jeho publikace, H. Haškovcovou a její knihy Thanatologie a Lékařská etika, J. CH. Studenta Sociální práce v hospici a paliativní péče, M. Svatošové Hospice a umění doprovázet. v neposlední řadě budu vycházet i z internetových zdrojů a webových stránek [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz), [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz).

# 1 Lidská důstojnost

Slovo důstojnost pochází z latiny (dignitas) a znamená povinnost určitého respektu, být hodný úcty či pocty. Z anglického překladu slova dignity vyplývají významy jako být úctyhodný, vážený, ctihodný, ctěný.<sup>1</sup>

Profesor psychiatrie Harvey Max Chochinov, který se zabývá terapeutickou metodou zvanou Terapie důstojnosti, mimo jiných odborníků i on porovnává pojem důstojnosti s cenou. Každá věc má buď cenu vyjádřenou penězi, nebo důstojnost. Pokud člověk ztratí něco, co považuje za cenné, pořad může ztracenou věc z části či zcela nahradit. Důstojnost je ovšem neocenitelná, překonává cenu a s ní i možnost náhrady.<sup>2</sup>

Pojem lidská důstojnost je používán nejen v ošetrovatelství, zdravotnictví, ale také ve filosofické či jiné odborné literatuře. i přesto není tento pojem dostatečně vymezen. Bývá označován za univerzální lidskou záležitost zakotvenou v různých světových pohledech s různými významy dle kontextu použití. To, co tento pojem opravdu znamená, si nejčastěji uvědomíme, když je důstojnost jakýmkoli způsobem pošlapána či ohrožována. v tuto chvíli vycítíme, že dané chování je pod lidskou důstojnost, neetické, nedůstojné.<sup>3</sup>

Důstojnost je především hodnota, jež přísluší všem lidem bez rozdílu. i když běžně o důstojnosti neuvažujeme či nahlas nehovoříme, vyžadujeme její respektování od svého okolí. Možná právě proto se nevědomky dopouštíme u druhých jejího porušování. Obvykle nebývá pojem důstojnosti dobře vysvětlen, ačkoli je často zmiňován v odborné literatuře. Lidská důstojnost je morální a etická kategorie, jež zdůrazňuje vědomí člověka o jeho významu a významu jeho práv. Důstojnost je také často spojována právě se stářím a s koncem života. Důstojně umírat znamená mít stále kontrolu sám nad sebou a mít jistotu, že se mnou bude v samém konci zacházeno jako s lidskou bytostí.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Srov. SVOBODOVÁ, H. *Důstojnost*. In HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H. a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*, s. 71.

<sup>2</sup> Srov. *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů*. [online]. Praha. [cit. 2013-11-03]. Dostupné na <http://www.umirani.cz/terapie-dustojnosti.html>.

<sup>3</sup> Srov. SVOBODOVÁ, H. *Důstojnost*. In HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H. a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*, s. 71.

<sup>4</sup> Srov. ROHANOVÁ, E., HOLMEROVÁ, I. *Podpora a pokora důstojnosti starých lidí*. In HAVRDOVÁ, Z. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, s. 126 – 127.

Důstojnost je většinou spojována s pojmy, jako jsou nezávislost, ovládnutí a úcta. Bývá jednodušší vyjádřit nedůstojnost.<sup>5</sup> Vymezení idey lidské důstojnosti je velice problematické, a to především proto, že díky humanistické tradici západní kultury, ze které tato idea vychází, máme k dispozici mnoho rozmanitých výkladů. Po jejich jistém zjednodušení lze hovořit o dvou základních interpretacích – důstojnost inherentní a důstojnost kontingentní.<sup>6</sup>

## 1.1 Inherentní pojetí lidské důstojnosti

Inherentní, neboli ontologická důstojnost vyplývá z podstaty lidského bytí a náleží každému člověku už od narození. Problémem tohoto pojetí však je, že nelze tuto důstojnost jakkoliv vystihnout či formulovat, jelikož se v tomto případě stává nepopsatelná, k ujasnění inherentní důstojnosti si můžeme pomoci negací vlastností spojovaných s tímto pojetím důstojnosti – jde o hodnotu ne-dělitelnou, ne-zcizitelnou, ne-vyčíslitelnou, ne-odstranitelnou, ne-odvoditelnou, ne-dotknutelnou.<sup>7</sup>

Že každý člověk má důstojnost by stoikové zdůvodnili tím, že má možnost podílet se svým rozumem na světové duši a nejlépe tak utvářet svůj život. Křesťanská tradice zas tím, že je člověk stvořen Bohem k obrazu svému. Kant považuje lidskou důstojnost za nevyčíslitelnou, danou tím, že člověk je vnitřní hodnotou. Všechny tyto tři formace zdůvodňují inherentní lidskou důstojnost rozdílně, ale i přes to mají jedno společné, udělují této představě vnitřní kritickou sílu citlivou na neuctívání a snižování důstojnosti člověka.<sup>8</sup>

## 1.2 Kontingentní pojetí lidské důstojnosti

Kontingentní důstojnost nepřísluší všem a odvozuje se hlavně od určitých kvalit člověka, jako je jeho způsob života, individuální zásluhy, společenský výkon či postavení. Každý člověk si jí musí zasloužit vzhledem k respektu, úctě a vlastnostem dotyčného. Aby člověk dostal své důstojnosti a řádně ji rozvíjel je zapotřebí také

---

<sup>5</sup> Srov. *Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně sociálních oborů*, s. 12.

<sup>6</sup> Srov. ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, roč. 2006, č. 2, s. 110.

<sup>7</sup> Srov. tamtéž, s. 110 – 111.

<sup>8</sup> Srov. tamtéž, s. 111.

ovládat své vášně, city, vyváženě prožívat štěstí a neštěstí a neopomíjet ani styl chůze, řeči, oblékání.<sup>9</sup>

### **1.3 Ve studii Důstojnost a staří Evropané se pojednává o těchto typech důstojnosti<sup>10</sup>:**

#### *Důstojnost zásluh*

Je spojována se společenskou rolí či postavením. Statut člověka tak souvisí s ekonomickou a sociální pozicí, která je v seniorském věku ohrožována odchodem do důchodu, jež může vyvolávat ztrátu důstojnosti.

#### *Důstojnost mravní síly*

Vyskytuje se v různé míře a trvání, dle chování dané osoby. Tato důstojnost je pociťována pokud je člověk schopný žít ve shodě se svými mravními zásadami, pokud se takto nechová, ztrácí úctu k sobě sama tak i od svého okolí. Ztráta důstojnosti mravní síly se objevovala u pomáhajících profesí zejména kvůli tomu, že nebyli schopni poskytovat svou péči na určité úrovni, protože je v tom omezoval nedostatek prostředků,

#### *Důstojnost osobní identity*

Tento typ důstojnosti má největší spojitost se seniory, a to v tom smyslu, že snížení této důstojnosti je následkem psychologického či emocionálního poškození jako je například ponižování, zpochybňování druhého, omezování autonomie, snižování vlastní ceny a sebedůvěry,

#### *Menschenwürde*

Tento německý pojem označuje důstojnost jako nezcizitelnou hodnotu lidských bytostí v souvislosti s jejich univerzální hodnotou a s odkazem na náboženské pojetí člověka jako Božího člověka a jeho lidská práva. Menschenwürde požaduje úctu vůči všem

---

<sup>9</sup> Srov. ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, roč. 2006, č. 2, s. 110.

<sup>10</sup> Projekt Důstojnost a staří Evropané je tříletý výzkumný projekt z šesti evropských zemí financovaný Evropskou komisí, který se zabýval významem a prožíváním důstojnosti u starších osob, jež potřebují zdravotní či sociální péči. Hlavními cíli tohoto výzkumu bylo posílit povědomí o významu lidské důstojnosti, zvýšit vnímavost zdravotnických a sociálních pracovníků, aby pracovali ve vzájemné úctě, pozitivně ovlivnit postoj seniorů ve společnosti a posílit mezigenerační solidaritu.

lidem bez ohledu na jejich duševní, tělesný či sociální stav a poukazuje, že vyplývá z obecného pojetí lidství. Formuluje tři charakteristiky, jež nám pomáhají porozumět pojmu osobní autonomie. První - všichni lidé během svého vývoje nabývají kontrolu nad svými tělesnými funkcemi a ztráta této kontroly způsobuje i ztrátu naší důstojnosti. Druhá – lidské bytosti mají sklony utvářet různé příběhy o svém životě a tím porozumět sami sobě. Stáří či nemoc omezují vytváření těchto historek a ohrožují tak autonomii člověka. Třetí – lidé, jakožto společenští tvorové, potřebují ke svému životu od druhých určitou úctu k tomu, aby si mohli vážit samy sebe. Pokud se jim tohoto nedostává, otupuje to jejich nezávislost.<sup>11</sup>

#### 1.4 Důstojnost a paliativní péče

V paliativní péči má důstojnost zásluh pomoci při nástupu nových klientů především v tom, aby je pracovníci přijímali v jejich nejlepším světle. To znamená na nejvyšší společenské úrovni, jaké kdy ve svém životě docílili, praktickým příkladem je oslovování klientů. Personál by se měl vyhýbat nevhodnému oslovování jako je například „babi, dědo“ u seniorů či tzv. elderspeak neboli infantilizaci.<sup>12</sup>

Koncept typu lidské důstojnosti *menschenwürde* ochraňuje důstojnost těch lidí, kteří si etické souvislosti neuvědomují především z důvodu např. těžké demence či se jedná již o nevnímajícího či jakkoli bezbranného klienta. Ochrana důstojnosti těchto lidí má význam nejen pro ně, ale i pro jejich rodiny, ostatní klienty a pro ošetřující personál.<sup>13</sup>

Z hlediska poskytování paliativní péče má obrovskou důležitost hájení či naopak porušování osobní identity člověka. Podle kvality poskytovaných služeb a péče klient zjistí, buď že i přes své postižení či omezení je stále personálem respektován a brán jako partner nebo nabyde dojmu, že je jím na obtíž.

Ve chvíli, kdy se člověk dostane do role uživatele sociálních služeb a stává se tím tak závislý na pomoci druhých, má určitá očekávání a jedním z nich je i to, že bude respektována jeho lidská důstojnost a dostane se mu pochopení. Uživatelům se mnohdy stává, že se potkávají s neprofesionálním personálem, který nemá dostatek znalostí

---

<sup>11</sup> Srov. *Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně sociálních oborů*, s. 13-14.

<sup>12</sup> Srov. KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*, s. 26.

<sup>13</sup> Srov. *tamtéž*.

o tom, jak se chovat k lidem v obtížných životních situacích. Zaměstnanci jsou vyhořelí a unavení velkým množstvím pracovních povinností a z toho může vyvěrat devalvace uživatelů a snižování jejich lidské důstojnosti.<sup>14</sup>

Většinou při provádění hygieny dochází nejčastěji k nerespektování studu klientů, mytí probíhá za účasti jiných osob, polonazí jsou převáženi přes společné prostory. Necitlivě je pojmána i inkontinence, například nucením vyprazdňovat se do plen, jen proto, aby si ošetřující personál ulehčil práci a nemusel klienty vysazovat na záchodové mísy.<sup>15</sup>

K dalším situacím, kdy dochází k nerespektování lidské důstojnosti a základních lidských práv, zejména například u lidí trpících demencí, patří neoprávněné používání omezovacích prostředků – poutání k lůžku, klecová lůžka, tlumivé léky.<sup>16</sup>

Podmínky pro nevhodné zacházení s klienty ze strany ošetřujícího personálu jsou rozvíjeny jejich nulovou aktivitou a stimulací, despektem. Tím v klientech vyvolávají apatii a hůře je jim čemukoliv motivují.<sup>17</sup>

Zachování lidské důstojnosti v souvislosti s poskytováním sociální nebo zdravotní péče patří k základním lidským právům. Je ale spíše potřeba, aby ošetřující personál přemýšlel o hodnotách lidí, o které pečuje, než o svých výkonech. Dokonale provedený výkon pečovatele znamená poskytnutí kvalitní péče, ale klient nemusí sdílet stejný názor. Pro něj je významnější citlivý a individuální přístup a respektování jeho samého. Je proto důležité klientům naslouchat, vnímat jejich potřeby, přání a snažit se respektovat jejich představy o kvalitní péči. v úvahu je ale potřeba vzít také to, že senioři mívají obavy říci svá přání a pravdu, aby nebyli považováni za nespokojené a péče by se tím ještě více odlidštila. Také z těchto důvodů je třeba se tématem lidské důstojnosti zabývat více jak v laické, tak i v odborné veřejnosti.<sup>18</sup>

Pojem dignitogeneze je odvozen od anglického slova dignity (důstojnost) a označuje chránění a také rozvíjení a posilování lidské důstojnosti u znevýhodněných osob při poskytování zdravotních a sociálních služeb. Nerespektování lidské důstojnosti může mít mnoho projevů od ústavního násilí, k ponižování či zanedbávání. Toto

---

<sup>14</sup> Srov. ROHANOVA, E., HOLMEROVA, I. *Podpora a pokora důstojnosti starých lidí*. In HAVRDOVA, Z. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, s. 31.

<sup>15</sup> Srov. KALVACH, Z., ČELEDOVA, L., HOLMEROVA, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*, s. 54.

<sup>16</sup> Srov. KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*, s. 26.

<sup>17</sup> Srov. tamtéž.

<sup>18</sup> Srov. ROHANOVA, E., HOLMEROVA, I. *Podpora a pokora důstojnosti starých lidí*. In HAVRDOVA, Z. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, s. 137.

chování může přinést pro seniory závažné důsledky ve ztrátě respektu a sebeúcty, narušení životního a hodnotového pojetí. Všechny tyto aspekty mohou vést až k sebevražednému chování, kdy hlavní příčiny nejsou různé nemoci, osamění, ovdovělost, nýbrž právě pocit, že se člověk stal břemenem pro okolí a ztratil moc nad zacházení se sama sebou. Z tohoto hlediska je téma důstojnosti značně prolínáno s problematikou autonomie.<sup>19</sup>

Na tomto místě se nabízí otázka, proč je vlastně důležité zabývat se v paliativní medicíně právě lidskou důstojností? Odpověď se snažil poskytnout psychiatr Chochinov, který se opírá o van der Maasův výzkum prováděný v Nizozemsku. Ten ukázal, že pokud umírající pacienti žádali o eutanázii, tak nejčastějším důvodem této prosby byl jejich pocit ztráty důstojnosti.

Podle Chochinova je potřeba pohlížet na svého pacienta jako na člověka a ne pouze jako na nemocného. Tento pohled projevuje úctu k nemocnému, které si pacient všímá a následně jí tak zakomponuje do svého vlastního pohledu na sebe sama. Tento přístup v péči se anglicky nazývá Dignity Conserving Care - péče zachovávající důstojnost a opírá se o čtyři základní body:

*attitude* – vystihuje důležitou skutečnost, jak k nemocnému přistupujeme, jelikož všichni chceme být respektováni, je i pro pacienty klíčové cítit ujištění od svého okolí,

*behaviour* – vyjadřuje způsob, jak se pacientovi chováme, zda dáváme najevo, že jsme zde pro něj, že máme dostatek času s ním pohovořit, že mu nasloucháme,

*compassion* – znamená soucit s utrpením druhých a snahu, co nejvíce jim ulevit. Chochinov zde poznamenává, že soucitu se lze naučit,

*dialog* - je reakce na to, že výše popsaná péče zachovávající důstojnost člověka, je pro pečující velmi časově náročná z důvodu velkého počtu pacientů. Chochinov však argumentuje tím, že zda je péče důstojná či nikoliv, nezávisí na délce návštěvy u pacienta, nýbrž jak kvalitně pečující čas s nemocným stráví a navíc čím více své pacienty známe, tím je péče o ně snazší a čas tím naopak ušetříme.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Srov. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*, s. 55.

<sup>20</sup> Srov. *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů*. [online]. Praha. [cit. 2013-11-03]. Dostupné na <http://www.umirani.cz/terapie-dustojnosi.html>.



## 1.5 Lidská důstojnost a sociální práce se seniory

Pokud vycházíme z toho, že principem sociální práce je bezprostřední kontakt sociálního pracovníka a jeho klienta, pak v nás v tomto smyslu pojem lidské důstojnosti musí vyvolávat profesionální humánní přístup k práci s lidmi obsažený v základním etickém pojetí oblasti sociální práce.<sup>21</sup>

Obě dvě důstojnosti, inherentní a kontingentní, by měly pro sociálního pracovníka především znamenat uvědomění si hodnoty sebe sama a dle toho postupovat při svém jednání s přihlédnutím k hrozícímu nebezpečí syndromu vyhoření.<sup>22</sup>

Jádrem kvalitně poskytované sociální služby sociálním pracovníkem je nutnost vytvoření svého profilu vycházejícího z vlastní důstojnosti a úcty k důstojnosti klienta. Nejenom Bible, ale i Kant zdůrazňuje, že úcta k druhému bez úcty k sobě samému není absolutně možná. Jedná se hlavně o respekt sociálního pracovníka vůči klientovu náboženskému zaměření či jeho hodnotovému žebříčku atp. Význam lidské důstojnosti pro výkon kvalitní sociální práce je jasně viditelný a jde hlavně o porozumění jak sobě samému, tak i klientům a to vše se zachováním oboustranného respektu a zodpovědnosti.<sup>23</sup>

## 1.6 Důstojné umírání a smrt

*„Dobré, důstojné umírání je takové, kde je hlavní autoritou sám umírající. Důraz je proto kladen zejména na jedinečnost umírajícího a jeho individuální volbu v procesu léčby a péče.“<sup>24</sup>*

V dnešní době je pojem důstojná smrt používán dost často, za to jen zřídka je tento pojem upřesněn. Mluvíme-li o důstojné smrti, myslíme tím zpravidla pouze estetickou stránku procesu umírání. Pokud řekneme o někom, že jeho stav je pod lidskou důstojnost, máme tím většinou na mysli, že již není schopen sebeobsluhy.<sup>25</sup> Umírající člověk již nemusí zvládnout se sám obléci, nasytit se či vyprázdnit a může být plně závislý na péči blízkých nebo úplně cizích lidí. Snadno tak přijde o svou identitu

---

<sup>21</sup> Srov. ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, roč. 2006, č. 2, s. 111.

<sup>22</sup> Srov. ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, roč. 2006, č. 2, s. 111-112.

<sup>23</sup> Srov. *tamtéž*, s. 112-113.

<sup>24</sup> HÁJKOVÁ, D., FUNK, K. *Provázení aneb opřete se i o mě*, s. 80.

<sup>25</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 160-161.

pramenící z jeho dobré pověsti a obrazu sebe sama. Během umírání může člověk přicházet také o pocit vlastní ceny hlavně tím, že již nezvládá plnit své sociální role a ničím do společnosti nedokáže přispět. Navíc se stává tíhou těm, kterým by chtěl sloužit. Ztrácí vše, co dávalo jeho životu smysl a důstojnost. Bohužel se v dnešní době setkáváme ve společnosti s názory, že člověk ztrátou běžných schopností a své nezávislosti, ztrácí i své důstojné postavení. Stáří je považováno za degradující, místo aby na něj bylo pohlíženo jako na závěrečnou etapu života člověka. Tato životní fáze by měla být obdobím spokojenosti a hrdosti na sebe sama.<sup>26</sup> „*Lidé jsou důstojní ze své podstaty a do nedůstojné role se mohou dostat jedině tehdy, když je někdo ponižuje.*“<sup>27</sup>

Důstojnost smrti můžeme zpozorovat v pečlivé a obětavé péči o umírajícího, jež potřebuje jak laickou tak i profesionální pomoc. Je nezbytné pohlížet na umírajícího člověka na takového, jaký dříve býval – plný fyzických i psychických sil. Právě tento pohled vidění dřívějších kvalit v nynějším postavení umírajícího vede k umožnění respektovat jeho lidskou důstojnost. Nejzásadnějším prvkem důstojného umírání a smrti je přítomnost blízkého člověka. Tak jako se nikdo nerodí sám, tak by také neměl sám umírat, což ze smrti činí sociální akt. Výše popsany ideál je skutečnosti vzdálený, proto lze pojmy důstojného umírání a smrti považovat za výzvu ke změně.<sup>28</sup>

Odborníci sdílejí názor, že je potřeba hledat způsoby, jak zdůstojnit umírání a smrt. Navrhují například sloučit staré a osvědčené možnosti přístupů k umírajícím s koncepcí moderní medicíny, nebo naopak, obohatit medicínu o elementy soucitné péče, v níž má hlavní podíl povzbuzení, laskavé slovo a osobní zájem.<sup>29</sup>

Konec života může personál pracující s umírajícími lidmi vnímat jako stav člověka, jež je plně odkázán na druhé, nemůže o sobě rozhodovat, a který dovršuje svůj život aktem smrti. Umírající je v rukou pečujících a záleží jen na jejich životní filosofii, jak ho budou v celistvosti jeho života vnímat. Zda pod nemohoucností spatří jeho důstojnost či nepříjemnou událost.

Důstojnost nemocného, umírajícího a starého člověka vyplývá z přijetí západní křesťanské antropologie a filosofie a není považována za důsledek jeho výkonnosti. Tato důstojnost přesahuje i moment smrti a vede nás k úctě k mrtvému tělu.

---

<sup>26</sup> Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 108-109.

<sup>27</sup> Tamtéž, s. 119.

<sup>28</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 160-161.

<sup>29</sup> Srov. tamtéž, s. 21.

Zde se nabízí několik odpovědí na otázku, jak lze přistupovat k umírajícím s úctou:<sup>30</sup>

- ošetřující personál by neměl prodlužovat umírání, má prodlužovat hlavně život. Proto je zapotřebí se v určité chvíli zřeknout prodlužování stavu umírání bez možnosti jakékoliv naděje na uzdravení,
- umírajícímu člověku lze pomoci podáním medikamentů proti nesnesitelným bolestem, i přesto, že mohou mít vedlejší účinky,
- umírající by neměl zůstat sám, měl by být mezi svými blízkými nebo mezi lidmi, kteří mají kladný postoj k pastoraci. Tím je myšleno především duchovní doprovázení umírajících lidí buď v obecném smyslu slova, nebo uspokojení prosby o přivolání duchovní služby požadované církví.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Srov. DOLISTA, J. *Právo na důstojné umírání* [online]. Praha: Actimmy, 2002. [cit. 2014-15-01]. Dostupné na <http://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dustojne-umirani-19808.html?mail>. ISSN 1213-189X.

<sup>31</sup> Srov. DOLISTA, J. *Právo na důstojné umírání* [online]. Praha: Actimmy, 2002. [cit. 2014-15-01]. Dostupné na <http://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dustojne-umirani-19808.html?mail>. ISSN 1213-189X.

## 2 Pohled na umírání a smrt

Jednou všichni zemřeme, ať se nám to líbí nebo ne. Snažíme se na to nemyslet a zasunout tuto myšlenku hodně hluboko. Setkávání se se smrtí bylo dříve běžnou zkušeností. Dnes však existuje mnoho nových vymožeností od nové techniky, lepších nemocnic, zkušenějších lékařů, které vedou k tomu, že se lidé dožívají stále vyššího věku. Lidé mají dojem, že se jich smrt netýká, už jenom proto, že většina našich blízkých umírá v nemocnicích a umírání je vytěsněno z naší přímé zkušenosti.<sup>32</sup>

Většina lidí má ze smrti strach a je tomu zejména proto, že nemají nejmenší ponětí, co je po ní čeká a co nastane. Strach z neznámého je mnohem horší, než strach z toho, co známe. Proto se lidé přímé zmínce o smrti vyhýbají a raději o ní mluví pouze v obrazech.<sup>33</sup>

Přesto si většina lidí klade otázky typu: máme právo na to rozhodnout se, kdy zemřeme? Jak naše smrt ovlivní naši rodinu a blízké? Existuje nějaký život po smrti? Například Staroegyptané tomu bezpochyby věřili. Prochází naše duše následnými narozeními, jak tomu věří hinduisté?<sup>34</sup>

Od nepaměti si lidé všech povahových a společenských typů kladou otázku, jaké to je zemřít? i přes velký zájem o fenomén smrti, mají lidé strach o ní hovořit. Moody uvádí dva hlavní důvody, proč tomu tak je. První z nich je podle něj psychologický či kulturní, smrt je prostě tabu. Podvědomě cítíme, že i nepřímý styk se smrtí nás staví před myšlenku na smrt vlastní. Mnoho lidí si myslí, že mluvení o smrti jí přivolává do velké blízkosti a pro ušetření tohoto traumatu se diskuzím o ni snažíme vyhýbat. Druhý důvod spočívá v povaze samotné řeči a je mnohem složitější. Většina z nás se se smrtí ještě nesešla, a proto se nalézá mimo naše vědomé zkušenosti.<sup>35</sup>

Smrt se dá chápat jako nejkritičtější moment individuálního života. Stejně tak, jako kdy začíná život, je složité vymezit i okamžik smrti. Jiný pohled bude mít medicína,

---

<sup>32</sup> Srov. SMITHOVÁ, L. *Smrt konečná stanice*, s. 34.

<sup>33</sup> Srov. tamtéž, s. 13.

<sup>34</sup> Srov. tamtéž, s. 34.

<sup>35</sup> Srov. MOODY, R. *Život po životě*, s. 11.

jiný zase filosofie. v náboženských přístupech je označován za původce smrti Bůh a je to jeho odpovědnost, do které není člověku dovoleno jakkoliv zasahovat.<sup>36</sup>

## 2.1 Proces umírání

Umírání je proces. Tomuto fenoménu se věnují různé mezinárodní etické kodexy, které deklarují umírajícím právo na ulehčení svého utrpení či právo na humánní péči a důstojné umírání. Danou problematiku řeší především Charta práv umírajících<sup>37</sup>.

- Teorie biologických hodin – smrt nastává tehdy, je-li naplněn tzv. program života nebo realizován program smrti,
- sociální smrt – umírající je ve stavu, kdy je odloučen od veškerých sociálních vztahů a nelze jej do společnosti jakkoli navrátit. Je důležité snažit se vést umírajícího tak, aby stále žil i s blízcím se koncem,
- psychická smrt – naprostá rezignace, beznaděj, zoufalství umírajícího umožňující snadnější vstup smrti fyzické,
- fyzická smrt – úplná a trvalá ztráta vědomí. Po ukončení funkcí mozku nastává smrt i dalších orgánů.<sup>38</sup>

## 2.2 Fáze umírání

Proces umírání někteří odborníci rozdělují dle časového hlediska do následujících třech nestejných, ale výrazných období – pre finem, in finem a post finem.<sup>39</sup>

### 2.2.1 Fáze pre finem

První období spočívá v péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých od zjištění diagnózy až po nástup terminálního stavu.<sup>40</sup> V období pre finem teprve vstupuje do povědomí pacienta, že jeho nemoc je neslučitelná s životem, a že smrt je velice pravděpodobná. Je potřeba, aby byl umírající ochráněn od psychické a sociální smrti, nikdo by neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky, i když právě prožívající beznaděj,

---

<sup>36</sup> Srov. JEMELKA, P. *Bioetika*, s. 47 - 49.

<sup>37</sup> Viz Příloha I.

<sup>38</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 74.

<sup>39</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 151.

<sup>40</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 132.

zoufalství a rezignace velice usnadňují tento fakt.<sup>41</sup> Těžce nemocný člověk je izolován a osamocen. Dlouhodobý stav pak vyvolává sociální umírání, člověk strádá psychicky víc, než se ošetřující personál možná domnívá. Sociální umírání je nutno vidět v souvislosti s psychickým úmrtím, takový člověk neprožívá interakci s partnerem, rodinou, s nejbližšími. Následnému případnému fyzickému umírání předchází fáze těžké duševní bolesti a psychického umírání.<sup>42</sup> Tato fáze může být časově různě dlouhá, od několika měsíců až po roky. Podstatou je především psychická pomoc zaměřená na aktivní spoluúčast nemocného v boji s nemocí s ohledem na aktuální zdravotní stav, je potřeba zredukovat pacientovo cíle a plány. Velmi často také kvůli nemoci dochází ke změně mezilidských vztahů, což může vést i k odklonu příbuzných od nemocného. Především z tohoto důvodu je potřeba provázet každého nemocného velice citlivě a to celým obdobím nemoci. Všestranná účelná pomoc by měla být vedena odborným týmem psychologů, teologů a sociálních pracovníků.<sup>43</sup>

### 2.2.2 Fáze in finem

Ve druhé fázi zvané in finem se jedná o období péče a doprovázení nemocného a jeho nejbližších během terminálního stavu ve smyslu umírání v užším slova smyslu.<sup>44</sup> V této fázi se jedním z mnoha problémů stává ritualizace smrti v podmínkách hospitalizace, kdy většina nemocných umírá v nemocnicích či jiných institucionálních zařízeních.<sup>45</sup>

J. Kutnohorská uvádí dva modely umírání – ritualizovaný a institucionální:

- ritualizované umírání neboli tradiční model umírání – jedná se o tradiční chápání smrti, které souviselo především s hodnocením celého života a jeho smyslu a s tím, jaké mravní dopady přineslo jednání člověka. Lidé umírali doma a zkušenost jak o ně pečovat se předávala z generace na generaci. Tím měli možnost poznat smrt z blízka, byla součástí jejich života a pochopili, že smrt není událostí jen jednotlivce,
- institucionalizované umírání neboli moderní model umírání – v dnešní době zůstává člověk v umírání sám v nemocnici či v domově důchodců, kde se o něj

---

<sup>41</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 151-152.

<sup>42</sup> Srov. DOLISTA, J. *Právo na důstojné umírání* [online]. Praha: Actimmy, 2002. [cit. 2014-15-01]. Dostupné na <http://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dustojne-umirani-19808.html?mail>. ISSN 1213-189X.

<sup>43</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. *Paliativní medicína*, s. 369-370.

<sup>44</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 132.

<sup>45</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. *Paliativní medicína*, s. 370-371.

stará tým profesionálů. Umírající, ale nechce být ve většině případů sám a touží po přítomnosti druhého člověka, ať už rodinného příslušníka nebo právě profesionála. Je potřeba poslední okamžiky člověka zlidštit a proto je dobré využít nové rituály, jež by byly přijatelné pro ošetřující personál, blízké a i pro umírajícího.<sup>46</sup>

Model umírání, kdy lidé končili svůj život doma, je minulostí. Nyní nemocného čeká většinou neosobní péče, dehumanizace a umírání v osamění mezi cizími lidmi v nemocnici. Důstojná smrt by měla mít povahu sociálního aktu, k němuž je potřeba ritualizovat závěr lidského života. To znamená, že je nutné využít jak tradičního domácího modelu péče o umírající, tak i institucionálního. Je také možné použít novější modely péče, jako jsou hospice či oddělení paliativní péče, ty se ale z kapacitních důvodů nemohou stát řešením pro každého umírajícího a jeho blízké.<sup>47</sup>

### **2.2.3 Fáze post finem**

V poslední fázi post finem je pečováno o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých dle potřeby, zpravidla až po dobu jednoho roku.<sup>48</sup> Je potřeba v této etapě věnovat zvýšenou pozornost zármutku a žalu, jež se vyskytují o mnoho dříve, než vůbec dojde k samotnému úmrtí. Pozůstalí si nedokáží sami říci o pomoc odborníků se zvládnutím této náročné životní situace a mohou se u nich vyskytnout patologické formy zármutku a žalu.<sup>49</sup>

## **2.3 Etické problémy smrti a umírání**

Velká tabuizace problematiky umírání a smrti v dřívějších letech způsobila, že mnoho laiků i odborníků se zajímá pouze o některé otázky umírání a smrti, které se jim jeví jako atraktivní. Nejvíce se samozřejmě diskutuje o problematice eutanázie. Doposud však nebyla popsána koncepce pojetí problémů umírání a smrti.

Nejprve je potřeba si uvědomit, že téma smrti není nic morbidního, ale pouze snaha otevřít problémy smyslu konečného lidského osudu.<sup>50</sup>

---

<sup>46</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*, s. 75-77.

<sup>47</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. *Paliativní medicína*, s. 370-371.

<sup>48</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 132.

<sup>49</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. *Paliativní medicína*, s. 370-371.

<sup>50</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 149-150.

### 2.3.1 Etické problémy ve fázi pre finem

V období pre finem bývá etickým problémem především *míra informovanosti umírajícího*. Každý pacient by měl mít alespoň jednoho svého člověka, se kterým bude moci vést podle své potřeby otevřenou komunikaci. Především lékař je v této fázi umírání vystaven těžkému rozhodnutí, kdy musí individuálně zvažovat míru poskytovaných informací.<sup>51</sup>

### 2.3.2 Etické problémy ve fázi in finem

Fáze in finem je charakteristická především etickými problémy *ritualizace smrti* v podmínkách hospitalizace a *eutanázií*. Ritualizace smrti v institucionálních podmínkách je velmi závažný problém, protože v nemocnicích v dnešní době umírá až 80% lidí.<sup>52</sup> Nejen umírání, ale i pohřbívání se děje bez účasti veřejnosti a důvody ke změně postojů k smrti jsou různé. Důvodem může být ztráta křesťanského pojetí umírání a smrti.<sup>53</sup> Smrti se tak odepírá ráz sociálního aktu a tím se odborníci shodují, že v dnešní moderní době nebyl člověk v umírání nikdy sám tak jako je dnes. Mnozí lidé se utišují výrokem, že umírajícím je v nemocnici v péči profesionálů lépe a nepřipouštějí si tento akt jako odsun nemocného ze svého okolí. Existují i nemocniční zařízení, která se snaží opustit od umírání za tzv. bílou plentou a tak odstrkovanou smrt zlidštit např. tím, že každý umírající má právo na nepřetržitou blízkost svých příbuzných na pokojích. Další možností ritualizovaného procesu umírání může být vybudování speciálních zařízení pro umírající – hospiců. Mnoho principů, na kterých hospice fungují, může být využito i v institucionální péči. Hospice neobsahují nic, co by se nedalo přenést do generálního systému zdravotní péče. Hlavní garancí je pro umírajícího především kvalitní paliativní léčba, respektování lidské důstojnosti a to, že v poslední chvíli nebude sám.<sup>54</sup>

Druhým etickým problémem ve fázi umírání in finem je již zmiňovaná eutanázie.<sup>55</sup> „Slovo *eutanázie* (složeno z řeckých slov *eu* – normální, dobrý a *thanatos* – smrt)<sup>56</sup> neboli pomoc umírajícímu obecně znamená záměrné usmrcení bolestivě a nevléčitelně

<sup>51</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 153-154.

<sup>52</sup> Srov. tamtéž, s. 154.

<sup>53</sup> Srov. Život z víry: překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé, s. 229.

<sup>54</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 154-160.

<sup>55</sup> Srov. tamtéž, s. 160.

<sup>56</sup> MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč ne eutanazii, aneb být, či nebýt?*, s. 19.



*nemocného pacienta pomocí smrtících látek nebo jiných prostředků. Morální teologie tento způsob nazývá přímou nebo aktivní eutanázií. v širším smyslu se hovoří také o eutanázii nepřímé a pasivní. Nepřímou eutanázií se rozumí ulehčení smrti pomocí sedativ a narkotik, které mají za vedlejší účinek zkrácení pacientova života. Pasivní eutanázie je ulehčení smrti opomenutím nebo přerušením kroků prodlužující život umírajícího. v běžném jazykovém úzu a zvláště v církevní a teologické řeči slovo eutanázie označuje téměř vždy její přímou a aktivní formu. Souhlas si zasluhuje výslovné doporučení papežské rady Cor unum, aby se pojem „eutanázie“ vyhradil jen pro tuto formu, a tak se zabránilo dvojznačností a nedorozuměním.“<sup>57</sup>*

Další možné rozlišení eutanázie je na eutanázii dobrovolnou a nedobrovolnou. v případě dobrovolné eutanázie se umírající přímo podílí na rozhodování o ukončení svého života za účasti techniky či odborníka. O nedobrovolnou eutanázii se jedná v případě, že aktuální stav pacienta již neumožňuje, aby sám řekl svá přání, i když dříve eutanázii požadoval.<sup>58</sup>

### **2.3.3 Etické problémy ve fázi post finem**

V poslední fázi umírání post finem jsou palčivými problémy především *péče o mrtvé tělo a péče o pozůstalé*. v praxi je občas velice obtížné zvolit přijatelný prostor, kam umístit mrtvé tělo ihned po smrti k povinnému dvouhodinovému odpočinku s tím, aby byla zachována jeho důstojnost a zároveň i důstojnost k ostatním pacientům. Vhodná místnost zpravidla všude chybí a ponecháním mrtvého těla na svém lůžku můžeme ostatním pacientům způsobit psychickou újmu. Pokud by se překonaly tyto technické a organizační nedostatky, vyplynul by na povrch zase jiný problém, a to, zda je eticky přijatelné „přendat“ člověka, jež právě odchází, na pokoj k tomu určený nebo jej nechat raději naposled vydechnout na svém pokoji.<sup>59</sup>

Dalším etickým problémem této fáze umírání je způsob, jak sdělovat příbuzným úmrtí jejich blízkého. Běžně praktikované telegrafické oznámení může přivodit příbuzným šok, i když je úmrtí očekávané již delší dobu. Pozůstalí často mají potřebu být ujištěni o posledních chvílích svého blízkého, hlavně o tom, že netrpěl. z hlediska péče o pozůstalé je možné tímto rozhovorem eliminovat rizika patologických forem žalu. Ritualizace způsobů předávání informací o úmrtí, ale i předání osobních věcí

<sup>57</sup> PESHKE, K. H. *Křesťanská etika*, s. 281.

<sup>58</sup> Srov. JEMELKA, P. *Bioetika*, s. 50-51.

<sup>59</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 168-169.

a dokladů zemřelého, může usnadnit pozůstalým snáze přijmout právě prožívanou ztrátu.<sup>60</sup>

Právě první fáze rozloučení se a zpracování tak faktu, že blízký opravdu zemřel, probíhá právě nad mrtvým tělem. Zacházet s mrtvým tělem uctivě a s pietou je tak základní mravní povinností.<sup>61</sup>

Zde je několik praktických rad a informací určených příbuzným bezprostředně po smrti jejich blízkého:

- klidně a jemně umýt tělo mrtvého jako rituál posledního rozloučení,
- zvolit oděv, který zemřelý rád nosil,
- zapálit svíčky, na mrtvé tělo položit květiny, jejichž květy jsou symbolem pomíjivosti viditelných projevů života,
- mluvit se zemřelým, doprovodit ho tak svými myšlenkami na jeho cestě,
- nechat vyplynout vzpomínky na společná setkání,
- zavolat přátelům, aby se přijeli také rozloučit.<sup>62</sup>

## 2.4 Dimenze smrti

Lidské umírání nemá jen biologický rozsah, má v sobě více dimenzí, jak ho lze vnímat:

### *Biografická dimenze*

Tato dimenze je filosofy brána jako příprava na smrt a shledávají, že umíráme každý den, přijímají myšlenku, že tato dimenze má souvislost se smysluplností celého života a je dána vědomím vlastní smrti.

### *Sociální dimenze*

Má souvislost s rodinným způsobem života. Během umírání dochází k odloučení od rodiny a dalších blízkých, ve kterých po smrti zůstává jen prázdnota. Loučení probíhá někdy roky, měsíce a někdy je velmi náhlé. Umírání je interpersonální záležitostí, kdy v jistém smyslu slova umírá část života v pozůstalých,

---

<sup>60</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 169.

<sup>61</sup> Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 72.

<sup>62</sup> Srov. *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů*. [online]. Praha. [cit. 2014-01-23]. Dostupné na <http://www.umirani.cz/bezprostredne-po-smrti.html>.

### *Náboženská dimenze*

Náboženská dimenze vyslovuje názor, že smrt nemá v životě člověka zcela poslední slovo. Člověk si pokládá otázku, jaký je lidský život mimo tento skutečný svět. Výsledky ukazují, že většina lidí tento náboženský rozměr smrti akceptuje, i přesto, že mají velmi odlišná pojetí o novém způsobu života.<sup>63</sup>

## **2.5 Potřeby umírajících**

Nejznámější teorie o lidských potřebách je jistě teorie amerického psychologa A. H. Maslowa vytvořená ve 40. letech 20. století. Maslow základní lidské potřeby hierarchizuje od nejnižších k nejvyšším, tento systém bývá znázorňován ve formě pyramidy. Základ pyramidy tvoří potřeby fyziologické, výše se nachází potřeba bezpečí, sounáležitosti a lásky, nad nimi nalezneme potřebu uznání (prestiž, respekt, pozornost), na vrcholu pyramidy najdeme potřebu seberealizace a kognitivní potřeby (vědět, pochopit). Tuto teorii založil na pořadí naléhavosti a na pořadí, v němž se základní lidské potřeby projevují. Maslow tvrdí, že teorie motivace by měla být zaměřena na cíle a nikoliv na prostředky vedoucí k dosažení potřeb. Domnívá se, že všechny lidské potřeby se u člověka vyskytují zároveň, ale k naplnění těch vyšších potřeb dochází až po určitém naplnění potřeb nižších. Nepředpokládá však, že by se nižší potřeby vytratily přechodem k těm vyšším. Chování člověka je ovlivňováno těmi neuspokojenými potřebami. Žádná z potřeb nesmí být oddělována, protože se objevuje ve vzájemném vztahu k uspokojení či neuspokojení potřeb ostatních. Pokud člověk nedokáže z různých důvodů realizovat některou z uvedených potřeb, je úkolem rodiny a profesionální péče, aby mu byly nápomocny s jejich uspokojením. Uskutečnění potřeb je často realizováno prostřednictvím sociální práce.<sup>64</sup>

Pokud jsou umírající lidé dotázáni na svá přání vzhledem k vlastnímu umírání, jsou jejich odpovědi podobné jako odpovědi vázané k životu.<sup>65</sup> Cesta k důstojnému umírání a smrti má mnoho interpretací, v každém případě však musí kroky k tomuto cíli zahrnovat roviny biologickou, psychologickou, sociální a spirituální.<sup>66</sup>

---

<sup>63</sup> Srov. DOLISTA, J. *Právo na důstojné umírání* [online]. Praha: Actimmy, 2002. [cit. 2014-15-01]. Dostupné na <http://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dustojne-umirani-19808.html?mail>. ISSN 1213-189X.

<sup>64</sup> Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, s. 40 - 41.

<sup>65</sup> Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 36.

<sup>66</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Krásná smrt?*, s. 4.

Potřeby pacientů se během jejich nemoci mění, v konečném stadiu se dostávají do popředí hlavně potřeby zvládnout bolest a spirituální potřeby.<sup>67</sup>

### 2.5.1 Potřeby biologické

Biologické potřeby nemocného jsou uspokojeny v případě, že umírající přijímá potravu, a to někdy i specificky upravenou. Dále se potřebuje co nejpřirozeněji vyprázdnit a dýchat. Další nezbytnou nutností je potřeba rehabilitace, aby se tělo neproleželo a bylo nuceno k jakékoli aktivitě. Většinu biologických potřeb je možné uspokojit v nemocnicích.<sup>68</sup>

#### *Zvládnutí bolesti*

I tu nejurputnější bolest umí dnes zmírnit široká škála přípravků. Trpícímu člověku je obvykle jedno, že jeho bolest je nevladatelná, protože existence fyzického utrpení se pro něj stává jedinou zdrcující pravdou.<sup>69</sup> Celkovou bolest můžou zhoršovat i další faktory jako je deprese, hněv, úzkost, nejistota. Celý tým pracovníků, rodina a přátelé nemocného by se měli snažit co nejvíce eliminovat tyto vlivy, jež příznivě ovlivňují práh vnímání bolesti.<sup>70</sup>

Každý člověk vnímá bolest jinak, a proto je důležité nemocnému věřit a hlavně respektovat jeho rozhodnutí pokud prohlásí, že bude do určité míry bolest snášet tím, že odmítne léky na tlášení bolesti. Nemocný mák tomu obvykle svůj důvod, který většinou nesděljuje, protože jde o intimní záležitost mezi ním a Bohem.<sup>71</sup>

### 2.5.2 Potřeby psychologické

Do této skupiny potřeb patří zejména potřeba respektování důstojnosti a to bez ohledu na to v jakém stavu se umírající nachází. Každý z nás je jedinečný a má své vlastní

---

<sup>67</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 197.

<sup>68</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 22.

<sup>69</sup> Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 248.

<sup>70</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 197.

<sup>71</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 31.

poslání. A takto je potřeba na člověka nahlížet, chápat ho a respektovat, obzvlášť v tomto období, kdy svůj život završuje. Na této podstatě si zakládá hospicové hnutí.<sup>72</sup> S psychickým rozměrem se pojí také přání po dostatku času a prostoru k urovnání posledních věcí člověka. Má potřebu určité neodkladné záležitosti dotáhnout do konce jako např. vyjasnit si mezilidské vztahy tak, aby mohl v klidu odejít.<sup>73</sup>

### *Rozhovory o pravdě*

Zda sdělovat pravdu o neblahé prognóze nemocnému je podstatou diskuzí mnoha odborníků. Neexistuje řešení ve prospěch jedné či druhé z variant. Vždy se naskytne situace, v nichž bude etické zachovat se opačně, než zrovna dle převládající strategie. Sdělení pravdy může být považováno stejně tak za etické jako neetické, jelikož i pravda může v důsledku ublížit. Dříve se preferovala strategie milosrdné lži, ale nyní se společnost přiklání spíše k variantě sdělovat pravdu.<sup>74</sup> Obě zmíněné varianty jsou proměnlivé v čase a jsou odvozeny od možností léčby a od společenského konsenzu, jež v určitém čase preferuje menší či větší otevřenost.<sup>75</sup>

Je velice důležité jednat s nemocným na rovinu a zásadně mu nelhat. Mohlo by se velice vymstít odvolávat později něco, co již bylo vyřknuto. Umírající odhalenou lží ztrácí důvěru ve své okolí právě ve chvíli, kdy ho nejvíce potřebuje. Při rozhovorech o pravdě je vhodné držet se zásady, že nemocný je informován jen o tom, co chce, kdy chce a v jaké míře chce.<sup>76</sup>

Sdělení pravdy z hlediska potřeb nemocného je velice důležité i k uspokojení všech potřeb ostatních. Lze těžko uspokojit tělesné potřeby, pokud nemocný nedá souhlas se svou léčbou, když není řádně seznámen se svým zdravotním stavem. Nelze uspokojit ani potřeby psychické, pokud umírajícího lži připravíme o pocit bezpečí. Ani po stránce sociálních potřeb nebude mít umírající možnost zabezpečit například svou rodinu či své podnikání, pokud nebude včas a pravdivě informován. i k uspokojení potřeb spirituálních je sdělení pravdy klíčové, jelikož mnohé může vyburcovat k možná nejpodstatnějšímu životnímu rozhodnutí.<sup>77</sup>

---

<sup>72</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 22.

<sup>73</sup> Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 37.

<sup>74</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 101 – 103.

<sup>75</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 64.

<sup>76</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 22 – 23.

<sup>77</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 199.

### 2.5.3 Potřeby sociální

Člověk je ve většině případů společenský tvor a proto i v období nemoci má zájem o návštěvy svých blízkých. Měl by mít ovšem právo své návštěvy usměřňovat, a pokud se rozhodne, že nemá zrovna náladu přijmout návštěvu, jeho přání by mělo být plně respektováno.<sup>78</sup> Umírající potřebuje nezůstat sám, potřebuje komunikovat s druhými zejména o pravdě, o svých obavách, o bolesti, jež právě prožívá a v neposlední řadě o tom, zda má jeho utrpení smysl. Ale jsou i chvíle, kdy upřednostní soukromí či intimitu.<sup>79</sup>

#### *Doprovázení umírajícího*

Doprovázení nemocného je projevem naší blízkosti. Cílem doprovázení je pomoci nemocnému a jeho blízkým projít fázemi popsanými Kübler-Rossovou od negace, agrese, deprese a dozrát co nejdříve k fázím smíření a akceptace. Doprovázení takto potřebných je projevem Boží lásky k druhému darováním se bez jakýchkoliv podmínek a prospěchu. i papež Benedikt XVI. poznamenává v encyklice *Spe salvi*, že sdílené utrpení s druhým člověkem je prosvětleno láskou.<sup>80</sup>

Samo doprovázení je náročný proces, který mnohdy nekončí úmrtím nemocného, ale pokračuje doprovázením rodiny. Zásadní pro doprovázení umírajícího jsou skutečnosti jako úplné přijetí umírajícího, neradit, nedoporučovat, nemoralizovat a nesnažit se něco měnit na končícím životě. Doprovázející by se měl vzdát komentářů a hodnocení typu dobré – špatné. Nejde o hodnocení, ale o přijetí. Jen tak může doprovázející snést, že život míří ke svému konci.<sup>81</sup>

### 2.5.4 Spirituální potřeby

Duchovní péče o umírající spočívá v pomoci přijmout nemocnému nevyhnutelnou skutečnost smrti a nejen tento fakt akceptovat, ale vyrovnat a smířit se s tím, co přichází.<sup>82</sup>

---

<sup>78</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 23.

<sup>79</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 164.

<sup>80</sup> Srov. ČERNÝ, P. Vážně nemocní potřebují naši blízkost. *Časopis Sociální služby*, 2012, roč. XIV, s. 30 – 31.

<sup>81</sup> Srov. ERDINGER, M. Doprovázení umírajících a jejich rodin – několik poznámek k tématu. *Zpravodaj Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR*, 2008, č. 2, s. 10 – 11.

<sup>82</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, s. 51.

Další z klíčových potřeb na konci života je potřeba odpuštění a smíření se s blízkými. Umírající vyžaduje odejít s čistým štítem a tak pomůže i pozůstalým, především tím, že se mohou po smrti blízkého vyhnout výčitkám svědomí a pocitu viny. Mnoho seniorů se ale nemůže k tomuto kroku odhodlat, a tak jim v tomto může pomoci sociální pracovník, duchovní či jiný člověk, který je při umírání doprovází. Naplnění spirituálních potřeb a víra má možnost harmonizovat vztahy seniora a jeho nejbližších, porozumět vzájemným konfliktům a zesílit tak společenskou hodnotu starého člověka.<sup>83</sup>

Spirituální péče v praxi může přinášet také podporu při řešení otázky eutanázie. Umírající těžko nalézají smysl ve svém utrpení a ztrátě zdraví. Z těchto důvodů mohou potřebovat někoho, kdo by je tímto obdobím provázel, naslouchal jim a pomáhal nemocným najít smysl života. Vše může přispět ke zlepšení jejich tělesného a duševního stavu a lépe tak snášet své utrpení.<sup>84</sup>

V praxi je velice důležité znát duchovní zázemí pacientů a využívat jejich spirituální anamnézu, jež by měla obsahovat informace o osobním přesvědčení, o současném smyslu života a o důležitém člověku v blízkosti umírajícího. Všechny tyto faktory by měly být zařazeny do poskytované péče.<sup>85</sup>

Stále více se poukazuje na to, že tato poslední služba je potřebná zejména k tomu, aby se s umírajícími mluvilo a četlo jim vhodné texty. Ošetřující personál nemá na tuto specifickou službu dostatek času a nemůže tak touto cestou projevit úctu k umírajícím, která je stále podceňována.<sup>86</sup>

Mnoho lidí se mylně domnívá, že se jedná o uspokojování potřeb věřících. Dle Svatošové je tomu spíše právě naopak. Věřící člověk obvykle ví, co má dělat, aby uspokojil své duchovní potřeby. Nevěřící lidé se zabývají životně důležitými otázkami po smyslu života až v období vážné nemoci.<sup>87</sup>

Duchovní péči potřebuje každý, věřící i nevěřící, což vychází z holistického pojetí člověka jako tělesně – duševně – duchovní jednotky. Náboženský rozměr je člověku vlastní a jde pouze o to, jak bude tato dimenze žití naplňována. Každý z nás v něco věří, ať už se to týká transcendentální roviny či všednějších věcí jako je láska nebo příroda.<sup>88</sup>

---

<sup>83</sup> Srov. OPATRŇY, M., LEHNER, M. *Teorie a praxe charitativní práce*, s. 50.

<sup>84</sup> Srov. KALVÍNSKÁ, E. *Poskytování spirituální péče jako podpora při řešení otázky eutanázie?* In PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Eutanázie pro a proti*, s. 176 – 177.

<sup>85</sup> Srov. KOENIG, H. G. *Spirituality in patient care – Why, How, When and What*, s. 86.

<sup>86</sup> Srov. DOLISTA, J. *Právo na důstojné umírání* [online]. Praha: Actimmy, 2002. [cit. 2014-15-01]. Dostupné na <http://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dustojne-umirani-19808.html?mail>. ISSN 1213-189X.

<sup>87</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 23 – 24.

<sup>88</sup> Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 150 – 151.

## *Smysl života a utrpení*

Dále má umírající potřebu ujistit se, že jeho život měl a ještě stále má smysl. Nenaplněnost potřeby smyslu života může vést ke stavu duchovní nouze. Je nezbytné nemocnému ukázat, že za každých okolností se dá žít smysluplně.<sup>89</sup>

E. Lukasová svými výzkumy zjistila devět skupin smyslu života – vlastní blaho, seberealizace, rodina, zaměstnání, societa, zájmy, zážitky, služba nějakému přesvědčení, vitální potřeby. Uspokojování hodnot ve svém žebříčku tvoří náplň lidského života a určuje tak jeho kvalitu. Instance svědomí vede člověka k hledání jeho smyslu života.<sup>90</sup>

Žít smysluplně jde jediné uskutečňováním hodnot v každém okamžiku. Lidé si ovšem mnohdy neuvědomují, co to hodnota vlastně je. Obklopeni materialismem ztrácíme smysl života v dnešní době například při nezaměstnanosti. Neuvědomujeme si, že neexistuje situace v životě, v níž nemůžeme naplňovat svůj život vytvářením hodnot – jak prožitkových, tvůrčích tak i postojových.<sup>91</sup>

Život člověka nemůže být nikdy bezsmyslný. Za všech okolností v životě, i těch negativních, lze naplnit smysl bytí a zaujmout ten správný postoj. Situace jako utrpení či smrt nazývané jako hraniční mohou odpoutat v člověku větší tvořivé existenciální možnosti, protože se v těchto případech nejedná jen o střet s problémem, ale také se sebou samým a se smyslem života.<sup>92</sup>

Mezi hodnoty tvůrčí, v nichž jsme omezeni v období nemoci nejvíce, řadíme například práci. Méně jsme omezeni v uskutečňování hodnot prožitkových, které jdou vytvářet skoro všude. Do této skupiny hodnot patří láska, krása, umění, hudba atp. Prožitkové hodnoty v nás zůstávají trvale a nikdo je z nás nemůže vymazat.<sup>93</sup> Poslední kategorií hodnot dle V. E. Frankla jsou hodnoty postojové. Ty lze naplňovat při jakémkoli omezení člověka nejsnadněji. Jejich realizace spočívá právě v tom, jaký postoj člověk zaujímá vůči svému nezvratnému osudu. Může jít o postoje jako statečnost v utrpení či důstojnost při umírání. Především tyto hodnoty poukazují na to, že existence člověka není nikdy bez smyslu, jelikož život má smysl, dokud člověk dýchá.<sup>94</sup>

---

<sup>89</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 23 – 24.

<sup>90</sup> Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, s. 66.

<sup>91</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 44.

<sup>92</sup> Srov. TAVEL, P. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*, s. 56 – 57.

<sup>93</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 44 – 45.

<sup>94</sup> Srov. FRANKL, V., E. *Lékařská péče o duši*, s. 62.



### 2.5.5 Specifické potřeby umírajících a jejich rodin

- Paliativní zdravotní péče s tlumením bolesti tam, kde si to umírající přeje,
- zdravotní péče konzultovaná s pacientem a s ohledem na jeho vůli,
- empatická a upřímná komunikace s rodinou,
- rozloučení a smíření – umožnění kontaktu s důležitými lidmi,
- spirituální podpora – u věřících lidí komunikace s duchovním, přijetí svátostí,
- absolutní kontakt s blízkými lidmi,
- podpora umírání doma či v hospicovém režimu,
- důstojné zabezpečení s individuálním postojem – kvalitní sociální služby,
- dostupnost krizové intervence a jiné pomoci,
- respitní podpora pečujících příbuzných a podpora pozůstalých v době zármutku,
- pomoc s uspořádáním osobních záležitostí včetně poslední vůle.<sup>95</sup>

### 2.6 Fáze umírání dle Elizabeth Kübler-Rossové

V prvních chvílích po smrti blízkého, člověk prožívá velký zármutek, pravděpodobně se nechová hlučně a nemůže uvěřit, že jeho blízký odešel. Představuje si, že jeho přítel tu stále je, trpí nespavostí. Některým lidem trvá rok i déle, než jsou schopni si připustit smrt svého blízkého. Často si zarmoucení kladou otázky: Co jsem komu udělal, že to potkalo právě mně? Vždyť to byl takový dobrý člověk, tak proč musel odejít? Prožívají silné sebeobviňování a výčitky, že kdyby něco udělali jinak, tak se to nemuselo stát, že nebyli dobrým manželem či přítelem jakým měli být. Po určité době začnou život přebudovávat a přizpůsobovat se ztrátě. Jak dlouho tato fáze života bude trvat, záleží především na charakteru dotyčného jedince. Ne všichni prožívají ztrátu blízkého těžce a přijetí smrti blízkého přijde velmi brzy. Lidé většinou nevědí, jak mají zvládat své city, když jim někdo blízký odejde anebo si neví rady, jak pomoci druhému, kterému se tragická událost stala.<sup>96</sup> Právě Elisabeth Kübler-Rossová se zasloužila o to, že přijetí smrti začalo být vnímáno jako určitý proces.<sup>97</sup>

Pět typů přístupů ke ztrátě popsala Elisabeth Kübler-Rossová, jež jsou reakcí na náročnou životní situaci:

---

<sup>95</sup> Srov. KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*, s. 16 – 17.

<sup>96</sup> Srov. SMITHOVÁ, L. *Smrt konečná stanice*, s. 16.

<sup>97</sup> Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 45.

1. Popírání a izolace
2. Zlost
3. Smlouvání
4. Deprese
5. Akceptace.<sup>98</sup>

*Popření a izolace* – většina umírajících odmítá uvěřit, že jsou nevléčitelně nemocní. Toto popření je prospěšné k mobilizaci sil a energie dále žít. Mnozí lidé, ale v této fázi mohou setrvat velice dlouho a nedokáží přejít do další. Domnívají se, že pokud se budou chovat jako by se nic nedělo, skutečně tomu tak i bude. Bojí se svůj problém si připustit a potřebují čas, aby svůj blížící se konec přijali. Umírající hájí své popření izolací a odloučením se od svých blízkých. Tato separace od okolí má jediný účel – chránit umírajícího před plným uvědoměním si reality.<sup>99</sup>

*Zlost* – období hněvu, zloby a agrese vůči svému okolí, nejbližším příbuzným a ošetřujícímu personálu. Od všech zúčastněných je potřeba v této fázi mnoho trpělivosti, empatie a porozumění. Umírající vnímá svoje onemocnění jako velkou nespravedlnost a nespravedlivě se chová i ke všem v jeho blízkosti. v této oblasti péče je nutné reagovat na výpady pacienta profesionálně.<sup>100</sup>

*Smlouvání* – umírající v této fázi přemýšlí nad tím, že možná právě on není nemocný a tápe mezi iluzí a jistotou. Hledá nové léčebné metody, slibuje různé oběti, pokud se uzdraví.<sup>101</sup> Nemocní se v této fázi obracejí často k Bohu a hledají jakoukoliv možnost změnit svou situaci.<sup>102</sup> Pacient začne přehodnocovat svůj žebříček hodnot a prioritou se stává zdraví. Smlouvá s okolím, ale i sám se sebou a určuje si osobité cíle.<sup>103</sup>

*Deprese* – přichází právě ve chvíli, kdy si člověk uvědomí, že smrt je nevyhnutelná a nezmění to žádný lékař, lék ani vztek. Deprese bývá často zaměňována za smutek, ale ve skutečnosti se tyto dva pocity velice liší. Deprese je stav otupělosti, ztrátou citu, beznaděje a bezmocnosti, že člověku v tu chvíli ani nestojí za to být smutný. Lidé v depresi všechny od sebe odstrkují, nechtějí přijmout jakoukoliv pomoc, protože jim

---

<sup>98</sup> Srov. DAVIES, D. J. *Stručné dějiny smrti*, s. 36.

<sup>99</sup> Srov. DIGIULIO, R., KRANZOVÁ, R. *O smrti*, s. 54 – 56.

<sup>100</sup> Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 132.

<sup>101</sup> Srov. BRABEC, L. *Křesťanská thanatologie*, s. 70.

<sup>102</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 72.

<sup>103</sup> Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 133.

přijde v tu chvíli zbytečná. Blízkým nezbyvá než přijmout pocity umírajícího a je bezesmyslné se ho snažit rozveselovat. Příbuzní se musí také vyrovnávat s vlastními pocity, a proto jsou schopni dát umírajícímu najevo pochopení jeho situace, ale ne vždy vyhovět všem jeho potřebám.<sup>104</sup>

*Akceptace* – závěrečná fáze přijetí pravdy. Může probíhat dvojím způsobem. První může mít podobu smíření se a nastolení tak důstojného klidu a druhý způsob má podobu rezignace a zoufalství. Obecně se častěji lidé přikloní k rezignaci než ke smíření. Velkou pomocí může být v této fázi obrat k víře, jež dá umírajícímu možnost na svou situaci pohlížet jako na vlastní smysl utrpení.<sup>105</sup> Lidé, kteří na svůj osud rezignovali, jsou zahořklí, cítí marnost a duševní trýzeň. Tento stav je velmi snadno odlišitelný od stavu vyrovnanosti a míru, jež získávají lidé vyrovnaní se svým osudem.<sup>106</sup>

Těmito fázemi neprochází jen nejbližší, ale i umírající. Fáze jsou seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, ovšem nemusí být tento sled zachován.<sup>107</sup> Často se některé z nich opakovaně vrací a střídají se, někdy se prolínají i například v jednom dni. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že i některá chybí. Vše vychází z toho, že každý člověk je jiný. Důležitý je také časový posun mezi tím v jaké fázi se nachází příbuzný a pacient. Pokud se nemocný vyrovná s onemocněním dříve, než jeho rodina, je potřeba, aby blízcí, i když to není lehké, co nejdříve vyrovnali s nemocným krok, jinak to může být na škodu. V tomto případě by bylo vhodné, aby roli doprovázejícího převzal někdo jiný, například duchovní, dobrovolník či zdravotní sestra. Není vhodné, aby příbuzní přeceňovali vlastní síly, ale naopak se sami poohlédli po někom, kdo by v této těžké situaci doprovázel je.<sup>108</sup>

Probíhající fáze psychické odezvy na příchod vážné nemoci popsané Kübler-Rossovou je třeba plně respektovat hlavně ve fázi umírání *pre finem*.<sup>109</sup>

---

<sup>104</sup> Srov. DIGIULIO, R., KRANZOVÁ, R. *O smrti*, s. 61 – 64.

<sup>105</sup> Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 133.

<sup>106</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 73.

<sup>107</sup> Srov. BRABEC, L. *Křesťanská thanatologie*, s. 70.

<sup>108</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 27 – 28.

<sup>109</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 152.

### 3 Hospic jako odpověď na důstojné umírání

Hospic je specializované zařízení, poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci.<sup>110</sup>

Znamená to, že než se těžce nemocný člověk dostane do hospice, byly již vyzkoušeny všechny ostatní možnosti léčby. Hospic je určen právě jen pro terminálně nemocné lidi. Nebere nemocným naději, ale také jim neslibuje uzdravení ani vyléčení, slibuje „jen“ léčitelnost. Před tím, než se nemocný dostane do hospice, měl by být o svém zdravotním stavu pravdivě informován. To se tak občas nestává a tento fakt ztěžuje situaci všem zúčastněným - jak pacientovi, jeho blízkým, tak i odbornému týmu v hospici.<sup>111</sup>

Někteří kritikové těchto zařízení zastávají názor, že pokud je nemocný umístěn mimo domov, jsou smrt i umírající ještě více marginalizováni. Velmi záleží na úhlu pohledu každého z nás a také na našich zkušenostech.<sup>112</sup>

Taková speciální místa jako jsou hospice, jsou známa už po staletí, objevovala se totiž v souvislosti s náboženskými tradicemi a s přípravami zemřelých na onen svět. Od poloviny dvacátého století se v rámci hospiců začal klást velký důraz na představu spirituality a celostní terapie. Jejím záměrem je vnímat jedince jako celek, který je součástí širších vztahů a ne jako jedince s jednotlivými částmi či nemocemi.<sup>113</sup>

Hospic nemocnému garantuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
- v posledních chvílích života nezůstane sám.<sup>114</sup>

---

<sup>110</sup> Srov. *Hospice. Co je hospic?* [online]. [cit. 2013-12-11]. Dostupné na WWW: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>.

<sup>111</sup> Srov. tamtéž.

<sup>112</sup> Srov. DAVIES, D. J. *Stručné dějiny smrti*, s. 78.

<sup>113</sup> Srov. tamtéž, s. 77.

<sup>114</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospicové hnutí ve světě a u nás*. In VORLÍČEK, J., ADAM, Z. *Paliativní medicína*, s. 449.

Hospicová myšlenka vychází především z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti a z jeho čtyř základních potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních. v hospicích je kladen důraz na duchovní rozměr, který v nemocnicích chybí. Proto jsou součástí profesionálních týmů v hospicích navíc přítomni i sociální pracovníci, psychologové či teologové.<sup>115</sup>

Hospic nepředstavuje jen vhodné místo pro důstojné umírání, je pouze jedním z mnoha důležitých projevů hospicové práce. Pro pochopení, co znamená hospic, je důležité znát kritéria neboli znaky kvality hospice:

- umírající i jeho blízcí jsou ve středu hospicové služby a mohou si sami korigovat svou situaci. v tomto se hospic zásadně liší od zdravotnických zařízení, kde se preferují spíše abstraktní léčebné pojetí. Hospice vtahují do péče i rodinné příslušníky především proto, že mohou leckdy trpět i více než sám umírající. Tímto přístupem přisuzuje hospicová péče důstojnost umírajícímu i jeho blízkým.
- Jelikož není umírání nemoc, ale konečná fáze života, jsou v hospici přítomni kromě lékařů a ošetřovatelů také sociální pracovníci, duchovní či ergoterapeuti. Všichni tito odborníci naplňují umírajícím jejich potřeby, spolupracují mezi sebou, podporují se a tím se snaží působit proti syndromu vyhoření.
- Dalším znakem kvality hospicové péče je působení dobrovolníků. Jejich úkolem je doprovázet umírající, naslouchat jim a hovořit s nimi. Denně se setkávají tváří v tvář se smrtí a smutkem a proto musí být speciálně školeni, aby tuto extrémní zátěž vydrželi. Hlavní zásluhou dobrovolníků je integrovat umírání do běžného života.
- Výborné znalosti o léčbě bolesti a schopnost stanovit diagnózu jsou nezbytné pro ošetřování dalších potíží doprovázejících umírání. Jedná se především o potíže s dýcháním či trávením, nevolností, zvracením atd. Jednoduše řečeno vše, co představuje paliativní medicína.
- Nepřetržitá péče o umírající musí být zajištěna v co nejkratší době, proto se většinou stává, že lidé jsou těsně před smrtí odesláni do nemocnice. Tento fakt je následkem toho, že dostupných hospiců je nedostatek. Kontinuita péče v hospici nekončí úmrtím blízkého člověka, ale pokračuje

---

<sup>115</sup> Srov. *Hospice. Co je hospic?* [online]. [cit. 2013-12-11]. Dostupné na WWW: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>.

s pozůstalými, kterým je multidisciplinární tým hospice k dispozici i v době truchlení, aby přestáli období zármutku bez jakékoliv újmy.<sup>116</sup>

Z výše uvedených základních potřeb nemocného si lze snadněji uvědomit, co všechno pro nemocného může okolí udělat, ať už se jedná o lékaře, blízké příbuzné či o samotného pacienta. Jeho přístup a přičinění jsou také velice důležitá, protože on sám si může svůj úděl usnadnit či naopak ztížit. Priority potřeb se v průběhu onemocnění mění, tím způsobem, že ze začátku onemocnění jsou pro umírající nejdůležitější potřeby biologické, v závěrečné fázi bývají velmi často prvořadě potřeby spirituální.<sup>117</sup>

Na místních zákonech, způsobu financování zdravotní péče a v neposlední řadě na úrovni myšlení lidí, kteří o těchto věcech rozhodují – na tom všem je závislé to, jaká forma hospicové péče se v každé zemi vyvine. Tam, kde má přednost kvalita života nemocného před ekonomickým aspektem se dá předpokládat, že je i hospicová péče rozvinuta na vyšší úrovni.<sup>118</sup>

### 3.1 Formy hospicové péče

Běžně ve světě se hospicová péče rozděluje do tří forem:

#### *Domácí hospicová péče*

Není vždy pro nemocného dostačující, ale je ideální. Rizikem je, že blízkým, kteří poskytují péči, mohou brzy dojít síly a dojde k jejich vyčerpání. Dalším negativem může být například také prostor. Pečující mohou bydlet v malém bytě s dětmi a tím vznikají nedorozumění a vzájemná rušení se. Omezení také vzniká tím, že rodina k péči využívá také sesterské agentury poskytující domácí péči, které buď nejsou v dosahu bydliště anebo nedisponují speciálně vyškolenými sestrami pro hospicovou péči. v tomto případě každé zhoršení zdravotního stavu nemocného znamená návrat do nemocnice.<sup>119</sup> Minimálními požadavky pro kompletní péči doma by měly být – poskytnutí 24 hodinové pohotovostní služby, pomocníci by měli mít výborné znalosti

---

<sup>116</sup> Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 38 – 40.

<sup>117</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 21.

<sup>118</sup> Srov. *Hospice. Co je hospic?* [online]. [cit. 2013-12-11]. Dostupné na WWW: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>.

<sup>119</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127-129.

a zkušenosti pro kontrolu symptomů a to především léčbu bolesti a rodinní příslušníci musí mít možnost odreagovat se a odpočinout si od náročné péče.<sup>120</sup>

#### *Stacionární hospicová péče (denní pobyty)*

Princip této formy péče spočívá v tom, že nemocný je do hospicového stacionáře přijat ráno a odpoledne či k večeru se opět vrací domů. Jeho dopravu zajišťuje buď rodina, nebo hospic. Je jasné, že tato péče je vhodná pouze pro nemocné bydlící v blízkém okolí hospice. Nejvhodnějším řešením může být tato forma jen v určitých fázích onemocnění. Důvody pro tuto péči mohou být například diagnostické, léčebné, psychologické či azylové.<sup>121</sup> Umírající zůstává při této podobě péče sám sebou a zároveň je mu umožněno zůstat déle v domácím prostředí. Denní pobyt má také rehabilitační charakter – pomáhá nemocné reintegrovat do společenských vztahů, umožňuje vznik nových vztahů s lidmi v podobné situaci a následnou svépomoc, posiluje sebevědomí umírajících, jež se mohou znovu cítit jako plnohodnotní ve společnosti.<sup>122</sup>

#### *Lůžková hospicová péče*

Důvody této péče mohou být stejné jako výše uvedené u péče stacionární a to tehdy není-li možné každodenní dojíždění kvůli vážnému zdravotnímu stavu nemocného či velké vzdálenosti bydliště od hospice.<sup>123</sup> Indikace k přijetí nemocného jsou postupující nemoc ohrožující život, potřeba paliativní péče, není nutná hospitalizace umírajícího a nemožnost péče domácí.<sup>124</sup> Nemocný může využít hospice i ke krátkodobým opakovaným pobytům, jen když to tak sám cítí či si rodina potřebuje odpočinout. Návštěvy blízkých jsou v hospicích velmi vítány a to 24 hodin denně a přináší nejbližším vědomí, že pro umírajícího udělal všechno, co mohl a tiší to tak jejich bolest z jeho odchodu. Režim v hospici není jako v nemocnici, pacient se myje, kdy chce, ráno ho nikdo nebudí, spí podle své potřeby, režim dne si určuje sám.<sup>125</sup> Lůžkové hospice

---

<sup>120</sup> Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 94.

<sup>121</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127-129.

<sup>122</sup> Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 98.

<sup>123</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127-129.

<sup>124</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 202.

<sup>125</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127-129.

nemusí být poslední stanicí pro umírající. Pokud se jejich zdravotní potíže zmírní, mohou se opět vrátit do domácí péče. Většinou zde ale nemocní setrvávají až do své smrti.<sup>126</sup>

Svatošová ve své knize uvádí první české zkušenosti s hospicem:

- Jasně formulovat indikaci přijetí pacienta. Za tento krok není zodpovědný jednotlivec, ale několikačlenná komise, která posuzuje čtyři kritéria indikace a naléhavosti přijetí – postupující nemoc ohrožuje pacienta na životě, je nutná paliativní léčba, nepotřebuje akutní ošetření nebo nemocniční léčbu a domácí péče nestačí nebo není možná.
- Zásadně pacientovi nelhat. Brzy by se to velice vymstilo. Občas je potřeba využít možnosti zámlky, ale jen na určitý čas.
- Zbavit nemocného strachu, který ho svazuje a ochromuje. Ať už se jedná o strach z umírání, z bolesti, ze ztráty lidské důstojnosti, z toho, že člověk zůstane sám.
- Pracovat týmově a spolupracovat s rodinou. Vytvořit kolem nemocného atmosféru lásky, klidu a pokoje. Všichni pracovníci by měli spolupracovat a brát nemocného jako člena týmu.
- Nesnížit sek alibistickému jednání. Všichni pracovníci hospice se potýkají denně s dilematy medicínské praxe, což mohou být velké stresory při jejich práci. Poslední instancí všech je jejich svědomí, proto je tak důležité si ho pěstovat a tříbit.
- Nepodceňovat spirituální potřeby pacienta. Tyto potřeby není možné opomíjet a jedná se především o hlubší a osobnější sdílení, které vyžaduje soukromí, jež zajišťují jednolůžkové pokoje v hospici.
- Důsledná prevence syndromu vyhoření. Ten může postihnout nejen pracovníky, ale i členy rodiny, kteří se bez odpočinku starají o svého blízkého. Vše dělají bez přemýšlení, jako roboti, bez zájmu a potěšení. Průměrně personál v hospici vyhoří po dvou letech, a proto je tomuto vytížení věnována maximální pozornost. Základem všeho je dobrý výběr personálu.<sup>127</sup>

---

<sup>126</sup> Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 96.

<sup>127</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 135 - 147.



## 3.2 Hospice v ČR

První hospic Anežky České v České republice založila lékařka Marie Svatošová v roce 1995 v Červeném Kostelci za pomoci Diecézní charity v Hradci Králové. Tento hospic byl prvním počinem občanského sdružení Ecce homo, které vzniklo v roce 1993 také zásluhou Marie Svatošové. Ecce homo se zabývá podporou domácí péče a hospicového hnutí v celé České republice, prosazením práv pacientů a úcty k lidskému životu až do přirozené smrti. Výstavba dalších hospiců u nás navazovala záhy.<sup>128</sup> V současné době v České republice působí 18 lůžkových hospiců, 26 domácích hospiců a v 9 nemocnicích nalezneme lůžka hospicového typu.<sup>129</sup>

## 3.3 Specifičnosti v hospicové péči

Režim dne je v hospici odlišný od přísného režimu dne v nemocnicích. Veškeré dění je přizpůsobeno umírajícímu, návštěvy může přijímat prakticky kdykoliv, což mu umožňuje jednolůžkový pokoj. Budovu hospice může pacient opustit dle svého přání, čas může trávit na terase, v parku či v cukrárně. v hospici jsou pacientům k dispozici i volnočasové aktivity jako jsou koncerty, dětská vystoupení nebo hrané písně na přání. Všichni pacienti mají na svém pokoji k dispozici telefon, aby měli vždy možnost být v kontaktu se svou rodinou a přáteli. Jednolůžkové pokoje zde nejsou brány jako nadstandard, ale jako naprostá nutnost. Je nezbytné takto zajistit soukromí při umírání a také při důvěrných rozhovorech s umírajícím.<sup>130</sup> Tyto rozhovory jsou velmi důležité hlavně proto, aby hospicový tým mohl pomoci nemocnému zvládnout všechny fáze umírání až do požadované fáze akceptace, přičemž obvykle mnoho času na rozmluvy již nezbývá. Další odlišností hospicové péče od té nemocniční je i to, že smrtí pacienta péče nekončí a pokračuje péčí o pozůstalé.<sup>131</sup>

---

<sup>128</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 47 – 48.

<sup>129</sup> Srov. *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů*. [online]. Praha. [cit. 2014-02-12]. Dostupné na <http://www.umirani.cz/hospice-v-cr.html>.

<sup>130</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospicové hnutí ve světě a u nás*. In VORLÍČEK, J., ADAM, Z. *Paliativní medicína*, s. 452 - 453.

<sup>131</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 203 – 204.

### 3.4 Úkoly hospicového hnutí

Prvořadým úkolem hospiců je samozřejmě psychosociální péče a léčba bolesti, ale mají i jiné další úkoly, jež vyplývají z jejich odpovědnosti za rozvoj kultury umírání:

- poznatky získané v hospici jsou předávány všem ostatním, kteří by je mohli potřebovat,
- pořádání besed se svými pacienty, jejich rodinami, ale i s jinými institucemi,
- vzdělávání všech pracovníků hospice, jelikož hospicová práce je celoživotní proces učení a růstu,
- výzkumná činnost spočívající v uspořádání praktických zkušeností a ve spolupráci s výzkumnými ústavy, vedoucí k hlubšímu poznání příznivých podmínek, které obohacují život umírajících i pomáhajících,<sup>132</sup>
- zlepšení dostupnosti hospicové péče, především té domácí formy, která se jeví vzhledem k dosažitelnosti jako optimálnější, než lůžkový hospic,
- systémově vyřešit financování hospiců.<sup>133</sup>

Hospice představují v 21. století novou kulturu umírání, ta ale nespočívá pouze v navyšování počtu hospiců. Podstatné je, aby se myšlenka hospice dotkla i dalších institucí, jelikož lidé budou i nadále nejvíce umírat v nemocnicích a domovech důchodců. Je nutné právě zde ukotvit ideu hospice a hospicového jednání.<sup>134</sup>

### 3.5 Poradenství pozůstalým v rámci hospicové péče

Poradenství pro pozůstalé lze chápat jako „*poradenství založené na vztahu pomoci, přičemž má poradce snahu podpořit růst, rozvoj, zralost a uplatnění klienta, aby se efektivněji orientoval ve světě a vyrovnával se se životem*“, kdy v případě pozůstalých nejde jen o vyrovnání se s životem ovlivněným faktem smrti, ale také se smrtí samotnou.<sup>135</sup> Průzkumy ukazují, že v České republice stačí dvěma třetinám pozůstalých pomoc jednorázová bezprostředně po úmrtí blízkého člověka. Ta je jim poskytnuta v hospicích pomocí empatického naslouchání především od zdravotních sester, lékařů

---

<sup>132</sup> Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 48 – 49.

<sup>133</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospicové hnutí ve světě a u nás*. In VORLÍČEK, J., ADAM, Z. *Paliativní medicína*, s. 456.

<sup>134</sup> Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 49.

<sup>135</sup> Srov. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*, s. 15.

a sociálních pracovníků. Zda bude potřeba s konkrétními pozůstalými dále pracovat, objektivně určují následující rizikové faktory:

- extrémní emoční závislost některého z pozůstalých na zemřelém,
- existenční závislost na zemřelém,
- pocit provinilosti ve vztahu k zemřelému,
- nepřipravenost pozůstalých na smrt blízkého člověka,
- nesoulad v rodině,
- očekává-li někoho z pozůstalých v dohledné době další zátěž,
- hovoří-li některý pozůstalý o ztrátě smyslu života nebo o sebevraždě,
- psychické onemocnění pozůstalých.

Na základě těchto varovných signálů může hospic udržovat kontakt s pozůstalými formou telefonickou, písemnou či osobní. Dle odezvy na jednotlivé kontakty je možné odhadnout, zda a jak vysoce kvalifikovanou péči pozůstalí potřebují.<sup>136</sup>

### 3.5.1 Cíle poradenství pro pozůstalé

Cíle poradenství pro pozůstalé jsou propojeny s dílčími úlohami truchlení, kterými jsou přijetí ztráty, prožití zármutku, adaptace na život, kde zesnulý chybí a citové odpoutání se od zesnulého. Pro terapeutický proces je prospěšné dělení truchlení do výše zmíněných stádií.

Cíle poradenství pro pozůstalé:

- uznání skutečnosti ztráty blízkého,
- pomoci pozůstalým se zvládnutím emocí,
- pomoci truchlícím vypořádat se s potížemi v procesu adaptace na život bez zemřelého,
- pomoc s citovým odpoutáním se od zemřelého a s přesunem emocí do jiných vztahů.<sup>137</sup>

J. Křivohlavý uvádí další doporučení pro pozůstalé, jak se lépe vyrovnat a smířit s jejich ztrátou:

- navštěvovat nemocného před smrtí co nejvíce, pomáhat mu v péči o jeho osobu,
- připustit si možnost smrti našeho blízkého dříve, než k ní fakticky dojde,

---

<sup>136</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 206 – 207.

<sup>137</sup> Srov. KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*, s. 198 – 199.

- mít možnost otevřeně o smrti s někým hovořit a mít příležitost se mu vyplakat bez studu či strachu,
- mít šanci si po smrti blízkého odpočinout, relaxovat a nabrat nové síly k životu,
- uvědomit si, že vztahy k ostatním lidem zůstávají, i když k zemřelému byly přerušeny,
- nevyčítat si nebo neobviňovat se z odchodu blízkého,
- uvědomit si, že je potřeba dále žít a neoddávat se žalu,
- pomoci může zjistit si, na co blízký zemřel,<sup>138</sup>
- obrátit se v období největšího smutku k Bohu a prostřednictvím něj hledat útěchu, pomoc a odpovědi na doposud nezodpovězené otázky.<sup>139</sup>

### 3.5.2 Formy poradenství pro pozůstalé

Profesionální poradenská pomoc pozůstalým může mít několik forem. Ve formě doprovázení znamená pomoc přijmout a zvládnout objektivně nezměnitelnou situaci úmrtí ovlivněním subjektivního prožívání této události. Forma vzdělávání pomáhá pozůstalým získat informace, vysvětlení, poučení. v rámci konzultační činnosti představuje poradenská pomoc odbornou poradou s jiným odborníkem. Poradenství jako takové pomáhá pozůstalým hlouběji prohlédnout problém a najít nejefektivnější cesty jeho řešení formou rady, návodu, inspirace či nápadu, ze kterých si klient řešení vybírá. Je nabízeno v situaci nedávno prožité ztráty, kdy pozůstalí potřebují pomoc při adaptaci na tuto situaci v rámci nekomplikovaně probíhajícího truchlení. Při terapii pozůstalý spolupracuje s terapeutem na odstranění problému, o kterém má předběžnou představu možného řešení. Terapie se zaměřuje na pomoc se zvládnutím komplikovaných forem zármutku pozůstalých.<sup>140</sup>

N. Kubíčková rozlišuje v systému poradenství pro pozůstalé tři jiné formy pomoci – individuální, párová či rodinná a skupinová pomoc. Volba konkrétní pomoci je závislá na osobnostních předpokladech pozůstalých a na zkušenostech pomáhajících. Individuální přístup je nejprospěšnější ve stadiu akutního zármutku, kdy se pozůstalý odklání od okolí a uzavírá se do sebe. Párová terapie je vhodná pro manžele, jímž zemřelo dítě. Skupinová pomoc využívá výhod fungování skupiny a to především

<sup>138</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 104 – 105.

<sup>139</sup> Srov. PLÁTOVÁ, L. *Období smutku*. In SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L. *Umřít doma*, s. 51.

<sup>140</sup> Srov. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*, s. 13 – 14.

svépomoci. Kontraindikací pro skupinovou práci jsou lidé agresivní, manipulující či destruktivní.<sup>141</sup>

### 3.5.3 Poradenství pro pozůstalé v ČR

Poradenství pro pozůstalé nemá v ČR silně vybudovanou tradici a není zatím ani tolik rozšířeno. Příčinou je stávající nabídka pomoci a podpory cílové skupině, jakož i poptávka cílové skupiny po takové formě pomoci. Pozůstalí si snaží pomoci sami, doufají, že bolest se časem sama zmírní. Mají také zábrany vyhledat odbornou pomoc vlivem strachu ze stigmatizace – nejsou přeci blázní, aby chodili k psychologovi, a také se často obávají, že by vyhledáním odborníka projeví slabost a selhání. Dalším důvodem může být i obecně formulovaná nabídka různých psychologických a jiných poraden, proto jasněji formulovaná nabídka poradenství pro pozůstalé by mohla tento fakt napomoci změnit.<sup>142</sup>

Do žádné státní zdravotní a sociální péče není zakomponována utříděná pozornost pozůstalým lidem i přesto, že jsou velice často postiženi sociální izolací a mnohdy nesnadným psychickým strádáním. Nejcitlivějšími pozůstalými bývají právě starší lidé, kteří se ze dne na den stanou zcela bezradnými a ovdovělymi.

Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky se v posledních letech věnuje zvyšování kvality života pozůstalých prohlubováním a rozšiřováním kvalifikace personálu v pohřebních, pečovatelských a poradenských službách.

Poradenství pro pozůstalé vyžaduje víc – poradce musí splňovat určité nároky. Při Ministerstvu pro místní rozvoj ČR byla vytvořena pracovní skupina pro tvorbu standardů v poradenství pro pozůstalé, která má vytvářet návrhy dílčí kvalifikace poradce pro pozůstalé.

Cílem kvalifikačního a hodnotícího standardu profesní kvalifikace poradce pro pozůstalé je umožnit zvýšení odborné způsobilosti všem zájemcům (laikům i profesionálům) o tento odborný růst v České republice, kteří se již delší dobu snaží zkvalitnit život pozůstalých.<sup>143</sup>

---

<sup>141</sup> Srov. KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*, s. 209 – 210.

<sup>142</sup> Srov. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*, s. 15.

<sup>143</sup> Srov. *Ministerstvo pro místní rozvoj. Péče o pozůstalé v ČR*. [online]. Praha MMR. [cit. 2014-03-12]. Dostupné na <http://www.mmr.cz/cs/Podpora-regionu-a-cestovni-ruch/Pohrebnictvi/Koncepce-Strategie/Pece-o-pozustale-v-CR>.

*Hodnotový kontext poradce:*

- *zákonnost,*
- *citlivost vůči kulturní a osobní odlišnosti při truchlení,*
- *spolu sdílení – spolu nesení,*
- *duchovní rozměr smrti,*
- *přiměřenost pietního chování,*
- *návaznost služeb,*
- *důstojnost umírání i truchlení.*<sup>144</sup>

---

<sup>144</sup> *Ministerstvo pro místní rozvoj. Péče o pozůstalé v ČR.* [online]. Praha MMR. [cit. 2014-03-12]. Dostupné na <http://www.mmr.cz/cs/Podpora-regionu-a-cestovni-ruch/Pohrebnictvi/Koncepce-Strategie/Pece-o-pozustale-v-CR>.

## 4 Paliativní péče

Paliativní neboli také útěšná medicína má mnoho definic. Především představuje ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám poskytovaný v hospicích, ale je možné ji v určité míře zasadit i do stávajícího systému zdravotnictví.<sup>145</sup>

Paliativní péče by měla být dostupná v domácím prostředí, na níž se podílí kromě rodiny také mobilní hospice a agentury domácí péče. Dále se může poskytovat v pobytových zařízeních typu domov pro seniory a v neposlední řadě v lůžkových zdravotnických zařízeních jako jsou hospice, nemocnice a zařízení následné péče.<sup>146</sup>

*„Podle Světové zdravotnické organizace je paliativní medicína 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.“<sup>147</sup>*

Světová zdravotnická organizace dále uvádí, že paliativní péče:

- poskytuje zmírnění bolesti a utrpení,
- pohlíží na umírání jako na přirozený proces,
- se nesnaží o urychlení ani o zadržení smrti,
- sjednocuje psychologická a spirituální hlediska péče o umírající,
- nabízí uspořádanou podporu svým pacientům, kterým tak dovoluje žít aktivně až do smrti, ale také i jejich rodinám, jímž se pokouší pomoci vyrovnat se s vážným onemocněním blízkého člověka a s vlastním žalem,
- udržuje týmový přístup, jenž účinně reaguje na potřeby umírajících a jejich rodin,
- podporuje kvalitu života a tím kladně ovlivňuje proces onemocnění,

---

<sup>145</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 37.

<sup>146</sup> Srov. KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*, s. 15 – 16.

<sup>147</sup> MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 62.

- lze použít i v rané fázi nemoci zároveň s dalšími způsoby léčení jako je chemoterapie či radioterapie.<sup>148</sup>

Tvrzení, že eutanázie je jediná možnost, jak zbavit umírajícího utrpení, už nelze použít. Zohlední-li se všechna východiska paliativní péče, je jasné, že se jedná o dostatečnou alternativu, aby nemuselo docházet k zabití nevinného lidského života. Paliativní péče splňuje potřebnou stránku lidsky důstojného umírání.<sup>149</sup>

Neexistují pouze dvě možnosti zakončení života – eutanázie nebo smrt v bolestech. Další možností je paliativní péče a ne odevzdání se tíže eutanázie. Ani tehdy, pokud by byla motivována soucitem, není přijatelnou náhražkou paliativní péče. Výzvou ve společnosti je přeměnit péči o umírající a ne legalizovat skutek eutanázie, který by nikdy nenahradil soucit, vzájemnost a vše další, co umírající na konci svého života potřebuje.<sup>150</sup>

Paliativní péče je pokládána za nejpříjemnější pro všechny umírající nacházející se na konci života. Její metody by se měly využívat kdykoli, třeba i na začátku choroby, protože bolest se může dostavit i v této rané fázi nemoci. Principy paliativní péče se uplatňují v tradičním lékařství, ale velice často pouze slovně. Kladou totiž velký důraz na odbornost pracovníků, ti ale nejsou schopni citově těmto požadavkům vyhovět. Je potřeba nepohlížet na smrt jako na lékařské selhání a vzdání se, ale přijmout fakt, že přišel čas ponechat bitvy.<sup>151</sup>

Paliativní medicína vychází z přesvědčení, že by mělo být zmenšeno trápení, uctíván život a naděje, podpořen smysl života a důvěra kontaktu s nejbližšími lidmi. Paliativní péče nemůže koncepčně nevycházet z humanistické psychologie.

„Jde zvláště o:

- *ucelené pojetí lidských potřeb, jak je zformuloval A. Maslow (1908–1970),*
- *vědomé chápání pacientů, jejich stonání, léčení a podporování v kontextu jejich životů, zkušeností, identit, sociálních rolí, jak zdůrazňoval A. Antonovský (1923–1994),*
- *podporu odvahy, naděje a smyslu bytí omezeného, trpícího života, jak zdůrazňoval V. E. Frankl (1905–1997),*

<sup>148</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 38.

<sup>149</sup> Srov. MILFAIT, R. *Lidská práva osob s postižením, nevléčitelně nemocných a umírajících*, s. 189.

<sup>150</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Paliativní péče ve vztahu k eutanazii*. In JAKOUBKOVÁ, J. a kol. *Trendy soudobé onkologie – Paliativní medicína*, s. 109.

<sup>151</sup> Srov. POLLARD, B. *Eutanázie - ano či ne?*, s. 31.



- *bezvýhradnou a vstřícnou akceptaci umírajícího člověka v aktivně vytvářeném empatickém vztahu, jak jej psychoterapeuticky postuloval C. R. Rogers (1902–1987).*<sup>152</sup>

## 4.1 Přístupy k dlouhodobě umírajícím

Přístup k dlouhodobě umírajícímu člověku může být z hlediska péče následující:

### *Bez specifických potřeb umírání*

Postoj k umírajícímu člověku není nijak odlišný od postoje k jiným nemocným lidem, pozornost je soustředěná na odbornou ošetrovatelskou problematiku, převažuje boj s chorobou, odvracení skonu. Pro tento přístup je charakteristická nízká úroveň tlumení obtíží, chybí základní změny systémové a komunikační – nemocný většinou umírá na vícelůžkovém pokoji bez možnosti souvislého kontaktu s rodinou. Problematika umírání a smrti se často vytěsňuje a tabuizuje.

### *Uplatnění paliativní péče*

Nezbytnost pevného a naprostého respektu k životu a zásadní odepření vizí o jeho jakýchkoliv méněcenných podobách.

### *Zkracování života s utrpením*

Eutanázie, asistovaná sebevražda, zanedbání péče s nepřiměřeným ustupováním od nezbytné pomoci.<sup>153</sup>

## 4.2 Formy paliativní péče

Podle složitosti nabízených služeb se paliativní péče rozděluje na obecnou a specializovanou.<sup>154</sup>

---

<sup>152</sup> KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*, s. 13.

<sup>153</sup> Srov. tamtéž, s. 18 – 19.

<sup>154</sup> Srov. SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*, s. 4.

### 4.2.1 Obecná paliativní péče

Za obecnou paliativní péči můžeme označit dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, jež je poskytována zdravotními pracovníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života, např. léčba symptomů, respekt k pacientově autonomii, otevřená a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, dovednost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.<sup>155</sup>

### 4.2.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je činná interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich blízkým týmem odborníků, kteří jsou v problematice paliativní péče speciálně vyškoleni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je především pracovní náplní tohoto týmu.<sup>156</sup> Specializovaná paliativní péče je praktikována tam, kde nemocný a jeho rodina mají nepříjemnosti, které již přesahují schopnosti poskytovatelů paliativní péče obecné. Změna mezi paliativní péčí obecnou a specializovanou by měla probíhat plynule.<sup>157</sup>

*Základní formy specializované paliativní péče:*

- domácí paliativní péče, tj. domácí případně mobilní hospic,
- hospic jako lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči,
- oddělení paliativní péče ve zdravotnických zařízeních (tj. především v rámci nemocnic a léčeben), v České republice prozatím tato forma neexistuje,
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny), v České republice takovéto týmy zatím nepůsobí,
- specializovaná ambulance paliativní péče, u nás dostupné pouze ve větších nemocnicích v rámci léčby nemoci,

<sup>155</sup> Srov. SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*, s. 4.

<sup>156</sup> Srov. *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů*. [online]. Praha. [cit. 2014-02-22]. Dostupné na <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>.

<sup>157</sup> Srov. SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*, s. 4.

- denní hospicový stacionář,
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče, např. specializované poradny a tísňové linky.<sup>158</sup>

Z uvedeného nástinu je zřejmé, že nabídka a dostupnost specializované paliativní péče je v České republice velmi nízká. Pro praktického lékaře z toho vyplývá, že v řadě situací musí paliativní péči svým pacientům poskytovat bez šance konzultace nebo přeložení do specializovaného paliativního zařízení. Je proto velmi důležité, aby každý lékař dobře znal základy paliativního přístupu i jednotlivé dílčí léčebné metody.<sup>159</sup>

#### 4.2.3 Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy o organizaci paliativní péče

V posledních dvaceti letech byla paliativní péče velice ovlivněna množstvím informací ze Spojeného království. Na podkladě těchto zpráv byly vytyčeny zásady paliativní péče.

Jednou z hlavních zásad paliativní péče je, že by měla být k dispozici všem pacientům v časovém období a prostředí odpovídajícím jejich potřebám. K paliativní péči by měli mít přístup všichni pacienti, ať se nacházejí kdekoli. Zodpovědností každého zdravotníka je znát základní zásady paliativní péče, k tomu je potřeba zařadit paliativní péči do základních vzdělávacích úkolů lékařů a dalších zdravotníků. Požádá-li pacient kteréhokoliv zdravotníka o informace ohledně paliativní péče, měly by mu být poskytnuty alespoň v základní míře v souladu s jeho potřebami.

Některá zařízení, ačkoliv neposkytují výhradně paliativní péči, vyhledává větší množství pacientů s potřebou paliativní péče. Je patrné, že pečovatelské domy či zařízení pro seniory se setkávají s větší poptávkou po paliativní péči. Pokud ne všichni, tak alespoň někteří zdravotníci z těchto zařízení, by měli mít možnost se vzdělávat a nabývat znalostí z oboru paliativní péče. Také se předpokládá, že by měli navázat blízké profesionální vztahy se specializovanými poskytovateli paliativní péče. Cílem je zaručit, aby pacientům byla kdykoli k dispozici odborná úroveň paliativní péče odpovídající jejich individuálním požadavkům.<sup>160</sup>

<sup>158</sup> Srov. *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů*. [online]. Praha. [cit. 2014-02-22]. Dostupné na <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>.

<sup>159</sup> Srov. SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*, s. 5.

<sup>160</sup> Srov. *O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha: Cesta domů. 2004, s. 26.

Většina paliativní péče je poskytována v nesespecializovaných zařízeních. Zde mohou zdravotníci získat postačující zkušenosti alespoň o jednoduché podobě paliativní péče. Jelikož se zde nesetkávají s velkým počtem pacientů s potřebou paliativní péče, nemohou dosáhnout zkušeností s komplexní paliativní péčí.

Není k dispozici moc záznamů o tom, jakému druhu zařízení paliativní péče dávají pacienti přednost. Průzkumy však ukazují, že se zvyšuje tendence, kdy pacienti dávají přednost specializovaným zařízením v nemocnicích nebo i mimo ně, před nemocnicemi všeobecnými.<sup>161</sup>

Národní radou pro hospice a specializovaná zařízení paliativní péče byly popsány následující klíčové charakteristiky:

- multiprofesní tým pracovníků má za úkol poskytovat jak fyzickou, psychologickou, sociální a také duchovní podporu,
- v oblasti paliativní péče by měl být proškolený alespoň vedoucí každého oddělení v rámci multiprofesního týmu,
- na plánování péče by se měli podílet nejen pacienti, ale i jejich rodiny,
- pacienti jsou vedeni k tomu, aby vyslovili své přání, kde chtějí, aby o ně bylo pečováno, a kde si přejí zemřít,
- po celou dobu nemoci, ale i po smrti v období zármutku, jsou pečovatelé a rodiny podporováni a jsou uspokojovány jejich potřeby,
- zdravotníci spolupracují s nemocnicemi i s domácími službami ve smyslu poskytování podpory pacientům, ať se nacházejí kdekoli,
- dobrovolnická činnost je uznávána,
- zařízení zabezpečuje vzdělávání a zvyšování kvalifikace při zaměstnání,
- pro vzdělávání a výcvik jsou předepsané standardy,
- pro zpětnou kontrolu v praxi jsou stanoveny programy zajišťující kvalitu,
- k hodnocení terapie a jejich výsledků, které přináší, jsou používány audity a výzkumné programy.<sup>162</sup>

---

<sup>161</sup> Srov. *O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha: Cesta domů. 2004, s. 27.

<sup>162</sup> Srov. tamtéž, s. 27 – 28.

## 5 Charakteristika domova důchodců

Domov důchodců vybraný pro účely výzkumu této diplomové práce je sociálním zařízením, které bylo vybudováno v roce 1963 jako domov důchodců. Domov je příspěvkovou organizací zřízenou za účelem poskytování sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb., O sociálních službách. Zřizovatelem organizace je Jihočeský kraj. Zařízení je členěno do deseti oddělení, která čítají od 23 do 29 uživatelů. Ve znění zákona o sociálních službách poskytuje Domov důchodců dvě služby:

**Domov pro seniory** (dle § 49 zákona 108/2006 Sb., O sociálních službách) – kapacita 204 lůžek - je určen osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a zdravotního stavu, a které potřebují určitou pomoc, podporu, případně plné zajištění svých základních potřeb, které nemohou být zajištěny jejich rodinou či terénními nebo ambulantními službami.<sup>163</sup>

**Domov se zvláštním režimem** (dle § 50 zákona 108/2006 Sb., O sociálních službách) – kapacita 45 lůžek - je určen osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Tyto osoby mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v tomto zařízení při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.<sup>164</sup>

Domov poskytuje celoročně služby v oblasti bydlení, stravování, osobní hygieny, běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytování aktivizačních činností a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.<sup>165</sup>

---

<sup>163</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 45.

<sup>164</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 46.

<sup>165</sup> Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona 108/2006 Sb., O sociálních službách § 15.

## 5.1 Sociální služba Domov pro seniory vs. paliativní péče

Vzhledem k duševním onemocněním uživatelů služby domov se zvláštním režimem, bude výzkum v této diplomové práci zaměřen pouze na uživatele služby Domov pro seniory.

Cílovou skupinou sociální služby Domov pro seniory jsou senioři starší 60 let, kteří vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu nemohou nadále žít ve svém přirozeném sociálním prostředí.<sup>166</sup>

Cílová skupina, na níž je zaměřen hospic a jiná zařízení specializované paliativní péče, je mnohem širší, než u domova důchodců, tvoří ji jednak pacient, blízké osoby pacienta, pozůstalí, ale také široká odborná i laická veřejnost.<sup>167</sup>

Domov pro seniory poskytuje pobytové služby prostřednictvím pomoci a podpory, snaží se o důstojnou náhradu domácího prostředí těm seniorům, kteří již nemohou trvale žít ve svém přirozeném prostředí. Vychází z individuálních potřeb uživatelů, uznává základní lidská práva a svobody, důstojnost a snaží se o sociální začleňování uživatelů.<sup>168</sup>

Paliativní péče se snaží zlepšit kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří bojují s život ohrožující nemocí, předchází a omezuje trápení pomocí brzkého zjištění, zhodnocení a řešení utrpení a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží. Paliativní péče usiluje o zlepšení kvality života. v tomto případě se nejedná jen o fyzickou vyrovnanost či funkční schopnost, ale spíše o něco, co může formulovat sám pacient.<sup>169</sup>

Cílem Domova pro seniory je uživatel, který v zařízení za podpory sociální služby důstojně prožije svoje stáří a je spokojený v oblastech ubytování, stravování, aktivizačních činností, zajištění soukromí. Uživatel, který si zachová co nejdéle svoje schopnosti a dovednosti, umí aktivně trávit čas a uživatel, kterému je sociální služba poskytována individuálně, dle osobních přání.<sup>170</sup>

Cílem paliativní péče je prodloužení života. Paliativní péče podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces. Na pacienty, kteří potřebují paliativní péči, se nesmí nahlížet jako na prohru medicíny. Paliativní péče se snaží zajistit, aby pacienti

---

<sup>166</sup> Srov. Standard kvality sociálních služeb domova důchodců č. 1, viz Příloha II.

<sup>167</sup> Srov. Standardy hospicové paliativní péče, viz Příloha III.

<sup>168</sup> Srov. Standard kvality sociálních služeb domova důchodců č. 1.

<sup>169</sup> Srov. Standardy hospicové paliativní péče.

<sup>170</sup> Srov. Standard kvality sociálních služeb domova důchodců č. 1.

mohli žít svůj život smysluplným a hodnotným způsobem až do své smrti. Cíle léčby a péče určuje pacient a jeho blízcí společně s pracovním týmem, hlavní rozhodnutí náleží pacientovi. Paliativní péče vyžaduje celostní přístup beroucí v úvahu pacienta s jeho životními zkušenostmi i současným stavem.<sup>171</sup>

Na rozdíl od hospice je jádrem péče v domově důchodců senior v širším pojetí. Domov důchodců se nezabývá pouze jeho umíráním, ale i všemi jeho potřebami, přáními a problémy souvisejícími s plnohodnotným prožitím stáří. Senior si většinou uvědomuje, že jde do domova důchodců strávit svůj konec života, ale myšlenka smrti může být v tuto chvíli vzdálená. To, ale neznamená, že by domovy důchodců neměly věnovat zvýšenou pozornost problematice umírání a měly by se snažit zapojit do tohoto procesu některé znaky hospicové péče.

## **5.2 Umírání v domově důchodců**

Písemně zpracovaná interní pravidla v domově důchodců (dále jen „domov“) týkající se umírání či smrti jsou k dispozici dvě. Jedná se o ošetrovatelské standardy nazvané Péče o umírající<sup>172</sup> a Péče o zemřelého<sup>173</sup>. Oba standardy budou předmětem následné analýzy v této kapitole práce, která by měla nastínit, zda a v jaké míře jsou v domově důchodců aplikovány prvky hospicové péče.

### **5.2.1 Ošetrovatelský standard Péče o umírající**

Tento ošetrovatelský standard nazvaný Péče o umírající čítá dvě strany textu, jak postupovat při péči o umírajícího uživatele, což podle mého názoru není dostatečný rozsah pro zpracování takto náročného tématu.

*„Péče o umírající je nelehkým úkolem a pro každého zdravotnického pracovníka je kontakt s umíráním a smrtí zátěžovou situací, s níž se musí postupem času vyrovnat. To vyžaduje vysokou míru lidského přístupu a uplatnění všech znalostí a dovedností, které jsou potřebné pro holistickou, bio-psycho-sociálně duchovní péči, zaměřenou na měnění se potřeby terminálně nemocných i jejich rodin.“*

---

<sup>171</sup> Srov. Standardy hospicové paliativní péče.

<sup>172</sup> Viz Příloha IV.

<sup>173</sup> Viz Příloha V.

Standard se zabývá ve zkratce definicí péče o umírajícího a tím, jak je pro zdravotnického pracovníka náročný kontakt se smrtí, s nímž se musí postupem času vyrovnat. Tato náročná situace, je ale ve standardu popsána pouze z pohledu zátěže pro umírajícího. Jak má ošetřující personál „bojovat“ s touto zátěžovou situací již standard opomenul doporučit, snadno tak může u pomáhajících pracovníků dojít k syndromu vyhoření.

Pro zvolení vhodného přístupu k umírajícím uživatelům by bylo také vhodné seznámit ošetřující pracovníky s fázemi umírání dle Elizabeth Kübler Rossové. Je velice důležité, aby pečující personál věděl, co se právě v umírajícím uživateli odehrává, na co může myslet a dokázal si vysvětlit jeho možné nepřiměřené reakce. Také bude schopen nabídnout adekvátnější pomoc rodině umírajícího.

Ošetřovatelský standard naprosto zanedbává jakoukoliv spolupráci s rodinou umírajícího. Ani jednou zde není zmíněno, že by se o zhoršujícím zdravotním stavu informovala kontaktní osoba, jíž uživatel uvádí již v žádosti o poskytování sociální služby. Odepírá tak příbuzným a přátelům možnost navštívit svého blízkého v posledních chvílích jeho života a také možnost naposledy se s ním rozloučit. Tímto domov zamezuje dostatečně kvalitně doprovázet umírajícího a celkově nefunkční komunikace mezi personálem domova a rodinou uživatelů ztěžuje spolupráci a je živnou půdou pro nedorozumění a pro stížnosti na neodbornou péči.

- *„Zajistit důstojné a pokojné umírání bez bolesti a jiných nežádoucích příznaků patologického stavu nemocných.*
- *Pečovat o všechny biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby umírajících.*
- *Ošetřit tělo zemřelého s úctou ke skončenému životu.*
- *Podpora a pomoc pozůstalým v období smutku.“*

Standard velice obecně nabádá pracovníky k zajištění důstojného a pokojného umírání bez bolesti a k péči o biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby umírajících. Všechny tyto úkoly nejsou, ale v možnostech pracovníků přímé péče a zdravotních sester, jímž je standard určen. Je potřeba do nich zapojit celý multidisciplinární tým domova (denně sem dochází praktický lékař, jedenkrát týdně psychiatr, jedenkrát týdně kněz, sociální pracovník), který standard již nezmiňuje, ale



také by bylo vhodné, aby se na spolupráci standardu podílel. Dalším ošetrovatelským cílem zmiňovaného standardu je podpora a pomoc pozůstalým v období smutku. Standard však nepodává informace o tom, co tato pomoc skýtá, kdo ji může poskytovat, kde a jak dlouho a kdy je na ni vhodná doba.

Dále se standard věnuje potřebám umírajících. Zmiňuje umožnění přítomnosti rodiny kdykoliv si to bude nemocný přát, ale zároveň Domácí řád Domova důchodců čl. 9 tyto návštěvy zase popírá: „*V Domově není povoleno konat návštěvy na pokojích v době nočního klidu*“. Blízcí mají v domově možnost za poplatek přespát v místní nocležně, kde je pouze jedno lůžko. Na pokoji s umírajícím např. na přistýlce trávit čas v nočních hodinách nemohou.

Další pomoc umírajícímu by měla být dle standardu zajištěna v oblasti duchovní péče. Pracovníci mají povinnost obstarat umírajícímu kněze. Ten do domova důchodců dochází jedenkrát týdně na katolické bohoslužby. Kontakt, jak jeho služby zabezpečit standard neobsahuje. Pokud by tato spirituální péče měla být zajištěna opravdu všem uživatelům, kteří ji budou vyžadovat, měla by být k dispozici pro všechna náboženská vyznání a ne jen pro vybraná. Pro většinu starých lidí je velice důležité mít možnost uspokojit své spirituální potřeby. Z praxe je zřejmé, že si tuto důležitost ošetřující personál dostatečně neuvědomuje – zapomínají uživatelům nabízet možnost účasti na bohoslužbách a s tím, že by přivolali kněze k lůžku umírajícího, jsem se za své osmileté působení v domově důchodců ještě nesetkala.

- „*Provádět s úctou péči o mrtvé tělo.*
- *Poskytnout rodině zemřelého dostatek času na truchlení.*
- *Zajistit odbornou psychologickou pomoc rodině zemřelého, jestliže, si o to požádá.*“

Standard doporučuje umožnit rodině zemřelého dostatek času na truchlení. Pracovníci přímé obslužné péče mohou poskytnout pomoc pozůstalým na laické úrovni, ale na profesionálnějších stupních by poradenství pro pozůstalé v rámci domova důchodců mělo být především v kompetenci sociálních pracovníků.

Vnitřní pravidlo opět přikazuje ošetřujícím pracovníkům, aby poskytli rodině zemřelého pomoc, tentokrát psychologickou. Není jasné, jak by měla tato pomoc vypadat a z názvu je zřejmé, že se jedná o odbornou pomoc, kterou by měl provádět specialista a ne pracovník přímé obslužné péče či všeobecná sestra. Domnívám se, že

dalším nedostatkem standardu je uvedení podmínky – *pokud si o psychologickou pomoc rodina zemřelého požádá*. Na místě by bylo spíše aktivní nabídnutí pomoci, jelikož spousta pozůstalých neví, že mohou o tuto pomoc požádat.

- *„Upozornit lékaře na každou nově vzniklou komplikaci*
- *Zhoršování tělesného stavu – je individuální, závislé na povaze onemocnění umírajícího.*
- *Duševní krize – vyžaduje odbornou psychologickou pomoc. Umírajícího nenecháváme o samotě.“*

Analyzovaný pokyn upozorňuje na vznik možných komplikací, jednou z nich je počátek duševní krize, jež potřebuje pomoc odborníka – psychiatra, psychologa či psychoterapeuta. Doporučení standardu nenechávat umírajícího o samotě není dostačující. Měl by obsahovat konkrétní kontakty na zmiňované specialisty.

### **5.2.2 Ošetrovatelský standard Péče o zemřelého**

- *„Zajištění intimity zemřelého (spolubydlící pokud je to možné opustí pokoj na dobu nezbytně nutnou cca 2hod).*
- *Ponechání těla zemřelého na pokoji 2 hod, při otevřeném okně.“*

Vnitřní pravidlo by mělo mít jasněji stanoveno, jak zajistit soukromí umírajícího během umírání, ale i bezprostředně po něm a to s ohledem na etické důvody. Z celkové současné kapacity služby Domov pro seniory 249 uživatelů, má pouze 64 z nich jednolůžkový pokoj, zbytek seniorů bydlí na dvoulůžkových pokojích. Průměrně zemře v domově důchodců kolem 90 uživatelů za rok, což není zrovna malé číslo.<sup>174</sup>

Většina uživatelů domova důchodců je imobilních a nejsou schopni opustit na potřebnou dobu sdílený pokoj, jsou tedy nuceni zůstat se zemřelým na dohled. Zemřelého není možnost převézt na jiný pokoj, protože není v domově důchodců k dispozici místnost, která by sloužila k tomuto účelu. Alespoň částečné řešení problému použitím zástěn se zde také nepraktikuje.

---

<sup>174</sup> Zjištěno ze statistiky Domova důchodců za roky 2008 – 2012.

Bezprostředně po smrti by bylo možné projevit úctu zemřelému například zapálením svíček, rozmístěním květin nebo puštěním hudby, kterou měl zemřelý rád, celkovým upravením těla například učešáním mrtvého.

- „*Odvoz zemřelého do chladicího boxu, použijeme tmavé smuteční prádlo, které je k dispozici na stanici B2.*“

Není zrovna důstojné používat na zemřelé „erární“ smuteční oděv. Vhodnější by bylo obléci mrtvého do šatů, ke kterým měl nějaký vztah. Pokud nemá vhodné ošacení s sebou v domově, může personál oslovit příbuzné, ať mu jeho vlastní šaty přinesou. Domov důchodců nedisponuje rozlučkovou místností nebo jiným místem, kde by se mohli pozůstalí v soukromí, v klidu a po jakou dobu potřebují, rozloučit se svým blízkým. v domově je zemřelý z pokoje, kde zesnul, převezen do márnice odkud si ho následně odveze pohřební služba. Příbuzní již tak nemají šanci zesnulého vidět, jelikož po odvezení do márnice se návštěva zesnulého považuje za vystavování lidských pozůstatků, což je zakázáno dle zákona o pohřebnictví č. 256/2001 Sb.

Přitom C. Parkers ve své knize uvádí, že ukázání mrtvého těla příbuzným, má na ně spíše kladný vliv, nežli záporný. Možnost pobýt s mrtvým tělem blízkého člověka pomáhá pozůstalým připustit si a přijmout jeho smrt i přesto, že to může velice bolet. Dále také umožňuje předejít planým nadějím, že zemřelý je stále naživu a zanedlouho se vrátí. Po překonání prvotního negativního dojmu z pohledu na mrtvého, který se může dostavit, mají truchlící šanci strávit s tělem čas, jež potřebují k tomu, aby s ním mohli mluvit, dořešit problémy, provést některé pro ně důležité rituály, přečíst si modlitbu atd. Duševní otřes může zmírnit příjemný vzhled místnosti, kde se pozůstalí s mrtvým loučí. Tlumené světlo, květiny, křeslo, postel pro zemřelého.<sup>175</sup>

### **5.2.3 Shrnutí analýzy ošetrovatelských standardů**

Obě analyzovaná vnitřní pravidla jsou zaměřena zejména na ošetrovatelskou péči a její postupy, v ostatních oblastech jsou poměrně strohá. Jakýkoliv metodický pokyn nestačí pouze vytvořit a seznámit s ním příslušné zaměstnance, ale je také potřebné provádět pravidelnou aktualizaci na základě zkušeností z praxe, získaných poznatků či změn

---

<sup>175</sup> Srov. PARKES, M. C., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, s. 121 – 122.

v legislativě. Oba zmiňované standardy byly vytvořeny v letech 2009 a 2010, od té doby aktualizovány nebyly.

Ani jeden ze standardů nebyl tvořen týmovou spoluprací. Tento postup je organizačně i časově náročnější, ale zpravidla bývá konečný výsledek kvalitnější. Existuje zde i větší předpoklad, že pracovníci budou snáze pravidla respektovat a dodržovat, pokud se na jejich tvorbě budou aktivně podílet.

Za další velký nedostatek považuji, že spolupráce s rodinou je v obou interních postupech minimální. Bylo by vhodné, kdyby komunikace s příbuznými probíhala obzvláště v období umírání jejich blízkého nadměrně. v praxi je běžné, pokud uživatel zemře v noci, že rodině zemřelého je jeho úmrtí oznámeno až následující den ráno. Individuálním přístupem k rodinným příslušníkům by bylo možné zjistit, zda si přejí být informováni o zhoršení zdravotního stavu nebo o úmrtí i v nočních hodinách. Měli by tak možnost zkvalitnit poslední chvíle jejich blízkého a i oni sami dostanou příležitost k rozloučení. Záležet bude na nich, zda možnosti využijí či nikoliv.

Po analýzách ošetrovatelských standardů domova důchodců Péče o umírající a Péče o zemřelého, se nedá tvrdit, že by do nich byly zapojeny prvky hospicové paliativní péče. Je zde ještě mnoho nedostatků, které jsem se snažila výše popsat. Doufám, že mé připomínky vedoucí ke zkvalitnění péče, budou alespoň částečně následně využity v praxi domova důchodců.

## **6 Metodika výzkumu**

### **6.1 Cíl výzkumu**

Cílem výzkumu této práce je zjistit, jaké jsou možnosti aplikace prvků paliativní hospicové péče do domova důchodců k zajištění kvalitnějšího a důstojného procesu umírání.

### **6.2 Popis výzkumné metody**

Pro získání potřebných informací jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu – polostrukturované rozhovory. Z analýzy získaných informací následně vyhotovím návrh atributů paliativní hospicové péče, jež by se daly použít při péči v domově důchodců.

### **6.3 Charakteristika výzkumného vzorku**

Respondenty mého výzkumu byly uživatelé sociální služby Domov pro seniory v Domově důchodců v Českých Budějovicích. Osloveno bylo celkem šest respondentů. Výběr respondentů byl mnou proveden nadměrně citlivě z důvodu velice ožehavého tématu rozhovoru, kterým vlastní smrt bezpochyby je. Vytipovala jsem takové uživatele, kteří mají běžně potřebu řešit své poslední věci, místo a formu jejich pohřbu a troufám si tvrdit, že díky mým dlouholetým zkušenostem se seniory, jsem respondenty k rozhovoru odhadla správně.

### **6.4 Techniky sběru dat**

Na sondu mezi uživatele jsem si vyčlenila období jednoho měsíce, ve kterém jsem oslovila všechny respondenty a vedla s nimi rozhovor dle vytyčených otázek. Rozhovor odmítla provést pouze jedna z oslovených uživatelek sociální služby. Původně přislíbila účast na tomto výzkumu, ale v domluvený den mi rozhovor odepřela z důvodu zhoršení

jejího zdravotního stavu. Při ostatních rozhovorech nenastaly žádné závažné komplikace, až na občasné vyrušení pečujícího personálu.

Při vedení kvalitativního rozhovoru jsem musela s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu respondentů uvážit možnou délku každého jednotlivého rozhovoru, kterou jsem upravovala před nebo během interview. Zvláště rozhovory s touto cílovou skupinou vyžadují určitou dovednost, citlivost, koncentraci a interpersonální porozumění.<sup>176</sup>

## **6.5 Etické aspekty**

Všichni oslovení respondenti byli předem informováni o dobrovolnosti výzkumu včetně toho, že mohou kdykoli rozhovor odmítnout či přerušit. Od všech jsem dostala souhlas s vedením rozhovoru a i s jeho písemným záznamem. Dále jim byla zaručena anonymita, tudíž nejsou jména v kazuistikách zmíněna.

## **6.6 Autentičnost sběru dat**

Velkou výhodou při sběru dat je bezpochyby to, že v domově důchodců pracuji jako sociální pracovnice. Respondenti mě tedy znají již delší dobu a měli proto ve mně důvěru a neodmítli mi rozhovor i na takto citlivé téma provést.

## **6.7 Způsob vyhodnocování dat**

Podle předem stanovených otázek<sup>177</sup> jsem postupně ke každé z nich zpracovala informace získané z rozhovorů s jednotlivými respondenty. Dotazy se týkají toho, jak si respondenti představují „ideální smrt“, co je napadá pod pojmem důstojné umírání, co může domov důchodců udělat proto, aby důstojnost v péči o jejich osobu pocítovali, zda by měli zájem mít u sebe v posledních chvílích blízkého člověka či zajistit duchovní doprovázení a zda mají vizi, co je to paliativní péče. Dále také zjišťuji jaký názor mají na eutanázii.

---

<sup>176</sup> Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*, s. 166.

<sup>177</sup> Viz Příloha VI.

K dalším informacím, které mně zajímaly pro následné kazuistiky, patřilo pohlaví, věk, rodinný stav, datum nástupu do domova důchodců, druh pokoje, na kterém bydlí, soběstačnost respondentů, zájmy.

## **6.8 Kazuistiky respondentů**

### **Respondent č. 1**

Muž, narozen v roce 1925, do domova důchodců nastoupil v roce 2008. Bydlí na jednolůžkovém pokoji. Manželka mu zemřela na rakovinu. Měl dva syny, jeden je po smrti a s druhým nemá moc vřelé vztahy, o rodině nerad hovoří. Uživatel je společenský, komunikativní, veselé povahy a rád se účastní společenských akcí v domově. Pohybuje se pomocí jedné hole, je orientovaný všemi kvalitami, pomoc personálu potřebuje zatím jenom s osobní hygienou, kterou již sám nezvládá.

### **Respondent č. 2**

Žena, narozena v roce 1937, uživatelkou domova důchodců je od roku 2010. Nastoupila sem společně se svým manželem, který v nemocnici po roce pobytu v domově zemřel. Jeho smrt jí velice zasáhla a ztratila chuť do života, přestěhovala se na jednolůžkový pokoj a uzavřela se do sebe. Od této události se její zdravotní stav zhoršil, zůstala upoutána na lůžko, kde se ale obslouží sama. Občas potřebuje dokrmit, je inkontinentní, orientovaná. Pravidelně za ní dochází její jediná dcera. Respondentka si ráda povídá, denně sleduje televizor, občas má zájem se zúčastnit kulturních akcí konaných v domově.

### **Respondent č. 3**

Žena, narozena v roce 1926, do domova důchodců nastoupila na jednolůžkový pokoj v roce 2009 po smrti svého manžela. Ze zdravotních důvodů nemohla mít děti a tak se v životě upnula na svého synovce, který jí v domově navštěvuje. Uživatelka je veselá, společenská a po těžkých životních zkušenostech má stále chuť do života. Respondentka je mobilní, orientovaná, kontinentní a základní sebeobsluhu zvládá bez pomoci ošetřujícího personálu. Celý život ráda navštěvovala kostely, a proto se

i v domově pravidelně účastní bohoslužeb, které poslouchá i v radiu. Také se zajímá o zprávy a seriály v televizi.

#### **Respondent č. 4**

Žena, narozena v roce 1930, uživatelkou v domově důchodců je od roku 2011, kdy jí zemřel manžel. Bydlí na dvoulůžkovém pokoji. Respondentka je trvale upoutána na lůžko, bez opory není schopna vydržet sedět, je basálně orientovaná všemi směry, pomoc personálu potřebuje ve všech denních činnostech. Uživatelka je velmi komunikativní, společenská, ráda si povídá a jejím hlavním přáním je v místní kapli navštěvovat mše. Respondentka své víře zasvětila celý svůj život.

#### **Respondent č. 5**

Žena, narozena v roce 1928 v Polsku, do domova důchodců byla umístěna v roce 2013 na dvoulůžkový pokoj. Již několik let je vdova. Uživatelka je mobilní pomocí chodítka, sama si provede hygienu na lůžku, je orientovaná, inkontinentní. Celý život byla vedena k víře a dodnes je pro ni velice důležité navštěvovat místní kapli. Respondentka je společenská, ráda se zúčastní kulturních akcí a má velké přání být schopná samostatné chůze.

### **6.9 Prezentace výsledků rozhovoru**

V následující části výzkumu jsou prezentovány jednotlivé otázky rozhovorů. Za každou z otázek jsou následně souhrnně interpretovány odpovědi všech pěti respondentů, které jsou doslovně uvedeny v příloze práce (viz Příloha VII).

Jak si představujete „ideální smrt“?

*Tři z pěti oslovených respondentů uvedli, že by v ideálním případě chtěli zemřít tak, že by usnuli nebo zavřeli oči a prostě se už neprobudili. Dalším zásadním kritériem pro respondenty bylo, že by chtěli umírat hlavně bez bolesti a jakéhokoliv utrpení, což uvedli dva z oslovených. Respondenti považují za důležité také i to, na jakém místě k úmrtí dochází. Preferují domov nebo jiné klidné místo, ke kterému mají hezký vztah, chtějí se vyhnout hlavně nemocničnímu prostředí.*



Co Vás napadne, když se řekne důstojné umírání?

*Pod pojmem důstojného umírání si respondenti představují především umírání v lidských podmínkách v přítomnosti lidí, kteří se k nim chovají hezky a s úctou. Jedna z respondentek uvedla, že by vše mělo probíhat dle nejlepších představ umírajícího. Dva respondenti opět kladli důraz na to, aby umírající netrpěl bolestmi a zemřeli na místě, které mají rádi. Za důstojné umírání rozhodně nepovažuje jeden z respondentů umírání v nemocnici v léčebně dlouhodobě nemocných.*

Pocitujete při péči v domově důchodců svou důstojnost? Pokud ne, co může Domov důchodců udělat proto, abyste důstojnost v péči o Vaši osobu pociťovali?

*Žádný z respondentů nevyslovil výraznou nespokojenost s tím, že by při péči v domově důchodců nepociťoval svou důstojnost. Jeden oslovený respondent dokonce uvedl, že je zde radši, než doma. Toto tvrzení, ale přisuzuji spíše tomu, že oslovený nemá žádné rodinné zázemí a se svým synem ne vychází dobře. Dvě respondentky si připouští, že doma by se jejich děti o ně už těžko postaraly, a tudíž jsou smířené s nutností být umístěny v domově důchodců, i když to tu nikdy nebude takové jako doma. Jedna z respondentek pociťuje v poslední době zlepšení v poskytované péči a další zaznamenala zvýšení svého pocitu důstojnosti po přestěhování na jednolůžkový pokoj, do té doby neměla potřebné soukromí. Další respondentka navrhuje pro větší pocit své důstojnosti to, že by domov důchodců zaměstnal větší množství personálu, který by tak měl více času se uživatelům věnovat. Jedna z oslovených sdělila, že je s přístupem a péčí v domově důchodců spokojená, ale její syn je jiného názoru.*

Měli byste zájem mít u sebe v posledních chvílích blízkého člověka či zajistit duchovní doprovázení?

*Všichni oslovení respondenti se jednohlasně shodli, že by v posledních chvílích nechtěli zůstat osamoceni. Duchovní doprovázení by uvítali dva respondenti, rodinného příslušníka z důvodu posledního rozloučení by u sebe chtěli mít také dva respondenti. Jeden respondent uvedl, že by mu stačoval někdo z personálu domova důchodců a jedna respondentka by nechtěla hlavně zůstat sama a byla by ráda za jakoukoliv osobu. Z odpovědí je zřejmé, že při doprovázení umírajícího je pro všechny oslovené velice důležité, aby u nich někdo byl a nemusel by to být ani blízký člověk.*

Říká Vám něco pojem paliativní péče?

*Čtyři z pěti oslovených uživatelů sociální služby domov pro seniory neví, co je paliativní péče, a domnívají se, že tento pojem ani nikdy neslyšeli. Pouze jedna respondentka uvedla, že se tato péče poskytuje v hospici, ale stejně neví, co paliativní péče přesně obnáší.*

Jaký zastáváte názor ohledně eutanázie (usmrcení na žádost nemocného)?

*Pouze jeden respondent by souhlasil s možností eutanázie a to z toho důvodu, že mu je již nemohoucích uživatelů líto a považuje je za chudáky. Jeden respondent neví, co si má o této problematice myslet a uznává, že je těžké se přiklonit na jednu či druhou stranu. Zbylí tři respondenti jsou striktně proti eutanázii, což zdůvodňují tím, že život nám byl dán Bohem a ten by nám ho měl i vzít, další respondentka zastává názor, že umírající je v bolestech a rozhodnutí nechat si vzít život může být tímto negativně ovlivněno. Poslední respondentka zastává názor, že život má být ukončen přirozeně až na jednotlivce přijde řada, ne dříve.*

## SHRNUTÍ ROZHOVORŮ

Z výše uvedených rozhovorů s uživateli sociální služby domova důchodců jasně vyplývá, že v ideálním případě by si přáli zemřít tak, že by usnuli a již se neprobudili. Vše by mělo dle jejich slov probíhat hlavně bez jakékoliv bolesti či utrpení. Dalším hlavním kritériem pro respondenty polostrukturovaných rozhovorů bylo místo, na kterém by chtěli umírat. Zásadně odmítají úmrtí v nemocnici a nejraději by svůj konec života chtěli strávit doma nebo na jiném klidném místě, k němuž mají kladný vztah.

Za důstojné umírání, oslovení respondenti, považují především takové umírání, které je bezbolestné a probíhá mezi lidmi, kteří se umírajícímu chovají s úctou.

Důstojnost v péči v domově důchodců pocítují všichni respondenti, a to především proto, že jsou ubytovaní na jednolůžkovém pokoji či mají pocit, že se péče o uživatele v poslední době zkvalitnila.

Žádný z respondentů by nechtěl být v posledních chvílích osamocen, věřící respondenti by měli zájem o duchovní doprovázení, ale v konečném důsledku by všichni oslovení ocenili přítomnost kohokoliv, ne jen blízké osoby.

Pojem paliativní péče respondenti neznají, pouze jedna uživatelka ví, že je poskytována v hospici.

Jeden z oslovených zastává názor, že by eutanázie měla být povolena z důvodu, že je mu bezmocných uživatelů líto. Ostatní jsou proti eutanázii, jelikož se domnívají, že život by měl být ukončen přirozeným způsobem.

## 7 Diskuze

Možností aplikace prvků paliativní hospicové péče do domova důchodců k zajištění kvalitnějšího a důstojného procesu umírání je několik. Z analyzovaných ošetrovatelských standardů je zřejmé, že přístup k umírajícím je v domově důchodců bez specifických potřeb umírání.

Tento přístup je definován, jako postoj k umírajícímu člověku, který není nijak odlišný od postoje k jiným nemocným lidem, pozornost je soustředěná na odbornou ošetrovatelskou problematiku, převažuje boj s chorobou, odvracení skonu. Pro tento přístup je charakteristická nízká úroveň tlumení obtíží, chybí základní změny systémové a komunikační – nemocný většinou umírá na vícelůžkovém pokoji bez možnosti souvislého kontaktu s rodinou. Problematika umírání a smrti se často vytěšňuje a tabuizuje.<sup>178</sup>

Ošetrovatelské standardy jen potvrzují výše zmíněná tvrzení, kdy není umírajícímu a následně zemřelému zajištěna intimita a pouze doporučují, pokud je to možné, aby spolubydlící opustil na dvě hodiny společný pokoj. Možnost kontaktu umírajícího s blízkými není zajištěna, rodina dle standardů není totiž ani informována o zhoršení zdravotního stavu a úmrtí v nočních hodinách se blízkým také neoznamuje a setrvává se s tím až do rána.

Další možností jak lze nazvat umírání v domově důchodců je institucionalizovaný model umírání neboli moderní model, který je dle J. Kutnohorské charakteristický tím, že zůstává člověk v umírání sám v nemocnici či v domově důchodců, kde se o něj stará tým profesionálů. Umírající, ale nechce být ve většině případů sám a touží po přítomnosti druhého člověka, ať už rodinného příslušníka nebo právě profesionála. Je potřeba poslední okamžiky člověka zlidštit, a proto je dobré využít nové rituály, jež by byly přijatelné pro ošetřující personál, blízké a i pro umírajícího.<sup>179</sup>

---

<sup>178</sup> Srov. KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*, s. 18 – 19.

<sup>179</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 75-77.

Z rozhovorů s uživateli vyplynulo, že opravdu ani jeden z oslovených by nechtěl zůstat v poslední chvíli sám a nerad by umíral v nemocnici, což je v domově důchodců běžnou praxí.

To, že lze aplikovat některé prvky hospicové paliativní péče do domova důchodců, ale i do jiných zařízení, potvrzují ve svých publikacích H. Haškovcová i J. CH. Student.

Mnoho principů, na kterých hospice fungují, může být využito i v institucionální péči. Hospice neobsahují nic, co by se nedalo přenést do generálního systému zdravotní péče. Hlavní garancí je pro umírajícího především kvalitní paliativní léčba, respektování lidské důstojnosti a to, že v poslední chvíli nebude sám.<sup>180</sup>

Hospice představují v 21. století novou kulturu umírání, ta ale nespočívá pouze v navyšování počtu hospiců. Podstatné je, aby se myšlenka hospice dotkla i dalších institucí, jelikož lidé budou i nadále nejvíce umírat v nemocnicích a domovech důchodců. Je nutné právě zde ukotvit ideu hospice a hospicového jednání.<sup>181</sup>

Na základě analýz dvou ošetřovatelských standardů domova důchodců Péče o umírající a Péče o zemřelého a následně zpracovaných polostrukturovaných rozhovorů s uživateli domova důchodců, jsem došla k následujícím závěrům, které konkrétní atributy paliativní hospicové péče by se daly aplikovat do praxe v domově důchodců.

### *Jednolůžkové pokoje, plenty*

Jak jsem v práci již zmiňovala, domov důchodců disponuje pouze s 64 jednolůžkovými pokoji. Tento nedostatek samostatných pokojů jistě nebude problémem pouze v tomto domově důchodců. Je to překážka, která se nedá lehce odstranit, proto by bylo vhodné použít zástěn, které by alespoň částečně soukromí umírajícímu, případně i jeho spolubydlícímu, zajistilo. V některých zařízeních se praktikuje to, že je mrtvý odvezen na takzvanou rozlučkovou místnost, kde setrvá požadované dvě hodiny. H. Haškovcová však uvádí negativní dopady tohoto postupu, ze kterých vyvěrají další jiné potíže, tentokrát etického rázu.

V praxi je občas velice obtížné zvolit přijatelný prostor, kam umístit mrtvé tělo ihned po smrti k povinnému dvouhodinovému odpočinku s tím, aby byla zachována jeho důstojnost a zároveň i důstojnost k ostatním pacientům. Vhodná místnost zpravidla

<sup>180</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 154-160.

<sup>181</sup> Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 49.

všude chybí a ponecháním mrtvého těla na svém lůžku můžeme ostatním pacientům způsobit psychickou újmu. Pokud by se překonaly tyto technické a organizační nedostatky, vyplynul by na povrch zase jiný problém a to, zda je eticky přijatelné „přendat“ člověka, jež právě odchází, na pokoj k tomu určený nebo jej nechat raději naposled vydechnout na svém pokoji.<sup>182</sup>

### *Duchovní potřeby*

Pro umírající je důležité naplnění všech potřeb od biologických, psychologických, sociálních po spirituální. Dle Svatošové se potřeby pacientů během jejich nemoci mění, v konečném stadiu se dostávají do popředí hlavně potřeby zvládnout bolest a spirituální potřeby.<sup>183</sup> Praxe ukazuje, že právě duchovní potřeby jsou nejopomíjenější ze všech zmiňovaných.

Analyzovaný standard Péče o umírající velice obecně nabádá pracovníky k naplňování duchovních potřeb uživatelů, ale nepopisuje, jak k onomu naplnění spirituálních potřeb mají dojít. i provedené polostrukturované rozhovory s uživateli domova důchodců ukazují, že by o duchovní doprovázení měli zájem. Ošetřující personál domova důchodců nemusí zastupovat roli psychologa nebo duchovního proto, aby odhadnul spirituální potřeby uživatelů. Základem laické spirituální péče je schopnost naslouchat.

Právě proto by bylo v praxi důležité znát duchovní zázemí pacientů a využívat jejich spirituální anamnézu, jež by měla obsahovat informace o osobním přesvědčení, o současném smyslu života a o důležitém člověku v blízkosti umírajícího. Všechny tyto faktory by měly být zařazeny do poskytované péče.<sup>184</sup> Ve fázi umírání by mohly být vhodným zdrojem informací o možnostech, jak a zda duchovní potřeby uživatelů uspokojit prostřednictvím ošetřujícího personálu nebo kněze. Také neochota pracovníků odvézt imobilní uživatele na bohoslužby může mimo jiné vyplývat z nedostatku informací o důležitosti naplnění spirituálních potřeb.

Dle Svatošové může výše zmíněnou neochotu vyvolávat mylná domněnka, že se jedná o uspokojování potřeb věřících, ale je tomu spíše právě naopak. Věřící člověk

---

<sup>182</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 168-169.

<sup>183</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 197.

<sup>184</sup> Srov. KOENIG, H. G. *Spirituality in patient care – Why, How, When and What*, s. 86.

obvykle ví, co má dělat, aby uspokojil své duchovní potřeby. Nevěřící lidé se zabývají životně důležitými otázkami o smyslu života až v období vážné nemoci.<sup>185</sup>

### *Žádná bolest*

Netrpět při umírání bolestí je pro umírající velice důležité, což ukázaly i rozhovory se seniory v domově důchodců, kdy jejich představa ideální důstojné smrti bez utrpení, byla jednou z hlavních odpovědí na tento dotaz. Důstojné umírání bez bolesti lze zajistit přes aplikaci paliativní péče v domově důchodců. i dle ošetrovatelského standardu domova důchodců Péče o umírající je jedním z cílů zajištění tišení bolesti, což by mělo být prioritou k uspokojení biologických potřeb.

Milfait ratifikuje toto tvrzení a uvádí, že eutanázie není jediná možnost, jak zbavit umírajícího utrpení. Zohlední-li se všechna východiska paliativní péče, je jasné, že se jedná o dostatečnou alternativu, aby nemuselo docházet k zabití nevinného lidského života. Paliativní péče splňuje potřebnou stránku lidsky důstojného umírání.<sup>186</sup>

Pro zajištění kvalitní paliativní péče v domově důchodců přináší návod Výbor ministrů Rady Evropy v Doporučení Rec (2003) 24o organizaci paliativní péče.

Ten doporučuje zařízením, jež neposkytují výhradně paliativní péči a jsou vyhledávána větším množstvím pacientů s potřebou paliativní péče, jako jsou například pečovatelské domy či zařízení pro seniory, aby pokud ne všichni, tak alespoň někteří zdravotníci z těchto zařízení, měli mít možnost se vzdělávat a nabývat znalostí z oboru paliativní péče. Také předpokládá, že by měli navázat blízké profesionální vztahy se specializovanými poskytovateli paliativní péče. Cílem je zaručit, aby pacientům byla kdykoli k dispozici odborná úroveň odpovídající jejich individuálním požadavkům.<sup>187</sup>

### *Doprovázení umírajících*

Z výpovědí respondentů – uživatelů sociální služby domova důchodců vyplývá, že při doprovázení umírajícího, bylo pro všechny oslovené velice důležité, aby při jejich umírání s nimi někdo byl. Výzkum ukázal, že respondentům v konci nejde ani tak o to, zda doprovázejícím bude duchovní osoba, jejich blízký člověk či někdo z ošetřujícího

---

<sup>185</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 23 – 24.

<sup>186</sup> Srov. MILFAIT, R. *Lidská práva osob s postižením, nevléčitelně nemocných a umírajících*, s. 189.

<sup>187</sup> Srov. *O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha: Cesta domů. 2004, s. 26.

personálu domova důchodců, ale zásadní pro ně je, aby u nich v posledních chvílích někdo byl.

K tomuto zásadnímu kroku by bylo vhodné ošetřující personál podrobně seznámit s fázemi umírání dle Elizabeth Kübler-Rossové, kterými každý nemocný prochází. Lépe by porozuměli potřebám umírajících, jejich náladám a myšlenkám. Byli by tak schopni empatičtěji naslouchat.

Jako dalším nezbytným krokem je zapojit rodinné příslušníky, blízké a přátele umírajícího do procesu poskytování sociální služby. Zkvalitnit komunikaci mezi ošetřujícím personálem a rodinou a vtáhnout ji tak do možnosti zapojit se do doprovázení jejich blízkého.

Z rozboru ošetřovatelského standardu vyšlo najevo, že v domově důchodců není k dispozici přistýlka, na níž by mohl příbuzný přenocovat, alespoň na jednolůžkovém pokoji uživatele. Možnost má přespat pouze jeden blízký v nocležně domova důchodců, kde je jedno lůžko a v případě, že by bylo potřeba přenocování více rodinných příslušníků či blízkých od více různých uživatelů, nebylo by kde.

### *Péče o mrtvé tělo*

Této problematice se věnuje ošetřovatelský standard domova důchodců nazvaný Péče o zemřelého. Analýza tohoto standardu ukázala, že praxe trpí jistými nedostatky. Od zajištění intimity zemřelého, kdy uživatelé umírají převážně na dvoulůžkových pokojích, kde také tělo zemřelého po úmrtí dvě hodiny povinně zůstává. Tento nedostatek technického rázu není v silách pracovníků domova důchodců jakkoliv změnit, proto se jím nebudu více v této práci zabývat. Dále oblékání zesnulého do erárního smutečního oděvu, místo použití šatů, které měl zemřelý rád. Až po převážení mrtvého těla mnohdy až několika dalšími odděleními domova důchodců do márnice.

Po úmrtí uživatele by bylo vhodné pro jeho uctivější odchod využít některých z těchto praktických rad a informací:

- klidně a jemně umýt tělo mrtvého jako rituál posledního rozloučení,
- zvolit oděv, který zemřelý rád nosil,
- zapálit svíčky, na mrtvé tělo položit květiny, jejichž květy jsou symbolem pomíjivosti viditelných projevů života,
- mluvit se zemřelým, doprovodit ho tak svými myšlenkami na jeho cestě,
- nechat vyplynout vzpomínky na společná setkání,



- zavolat přátelům, aby se přijeli také rozloučit.<sup>188</sup>

Některá z výše uvedených doporučení ovšem předpokládají přítomnost rodiny při úmrtí uživatele či bezprostředně po něm, což není obvyklou praxí v domově důchodců. Rodina a ostatní blízcí nejsou přizvááni k poslednímu rozloučení se svým příbuzným. Tudíž nemají ani možnost vidět zemřelého, i přesto, že právě první fáze rozloučení se a zpracování tak faktu, že blízký opravdu zemřel, probíhá právě nad mrtvým tělem.<sup>189</sup>

### *Poradenství pro pozůstalé*

Ošetřovatelské standardy domova důchodců nabádají ošetřující personál k podpoře a pomoci pozůstalým. Pracovníci mohou rodinným příslušníkům pomoci především na laické úrovni, ale odborně proškolen z personálu o tom, jak přispět ke zkvalitnění života pozůstalých, není nikdo. Bylo by vhodné, kdyby alespoň jeden pracovník domova důchodců byl kvalifikovaně proškolen v tomto oboru. Vzhledem k tomu, že s pozůstalými vyřizuje základní agendu sociální pracovník, bylo by na místě, kdyby to byl on, kdo by se mohl potřebného vzdělání zúčastnit. Od roku 2012 nabízí Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky akreditovaný kurz Poradce pro pozůstalé.

Průzkumy ukazují, že v České republice stačí dvěma třetinám pozůstalých pomoc jednorázová bezprostředně po úmrtí blízkého člověka. Ta je jim poskytnuta v hospicích pomocí empatického naslouchání především od zdravotních sester, lékařů a sociálních pracovníků.<sup>190</sup>

Dalším problémem je způsob, jak sdělovat příbuzným úmrtí jejich blízkého. Běžně praktikované telegrafické oznámení může přivodit příbuzným šok, i když je úmrtí očekávané již delší dobu. Pozůstalí často mají potřebu být ujištěni o posledních chvílích svého blízkého, hlavně o tom, že netrpěl. Z hlediska péče o pozůstalé je možné tímto rozhovorem eliminovat rizika patologických forem žalu. Ritualizace způsobů předávání informací o úmrtí, ale i předání osobních věcí a dokladů zemřelého, může usnadnit pozůstalým snáze přijmout právě prožívanou ztrátu.<sup>191</sup>

V domově důchodců je dle ošetřovatelských standardů běžnou praxí oznámení úmrtí telefonicky, jelikož rodina uživatele není v dostatečné míře zainteresována do průběhu

---

<sup>188</sup> Srov. *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů*. [online]. Praha. [cit. 2014-01-23]. Dostupné na <http://www.umirani.cz/bezprostredne-po-smrti.html>.

<sup>189</sup> Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 72.

<sup>190</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 206 – 207.

<sup>191</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 169.

poskytování sociální služby, je pro ni zřejmě nemilým překvapením telefonický hovor, že jejich blízký zemřel. Bylo by potřeba více vtáhnout příbuzné do procesu odehrávajícího se v domově důchodců. Kdyby tomu tak bylo, rodina by byla včas informována o zhoršujícím zdravotním stavu svého příbuzného, mohla by být v posledních okamžicích s ním a připravit se tak na blížící konec. Mezi personálem a rodinnými příslušníky by vznikl důvěrnější a pevnější vztah, který by přinesl užitek nejen uživateli, ale i příbuzným a personálu domova důchodců.

## ZÁVĚR

Současný model institucionální péče o umírající, praktikovaný ve zdravotnických zařízeních a i v domovech pro seniory, nevyhovuje většině lidí, kteří se ocitají na konci své životní cesty. Tak jako vše zlé jek něčemu dobré, tak i fakt smrti nás může v určitém smyslu velmi obohatit a posunout. Umírání je léta tabuizované téma, které se nás a našich nejbližších bytostně týká, jen si to většinou nechceme připustit. A pak, když se nám neštěstí v podobě umírání blízkého člověka přihodí, neumíme se s tím vyrovnat. Chtěli bychom vědět, jaké máme možnosti, co nás čeká a jak blízkému můžeme zajistit tu nejlepší péči. Umírajícího totiž nevléčí ani ten nejschopnější lékař. Ale přesto chceme udělat všechno pro to, aby proces samotného umírání pro naše blízké nebyl jakkoliv bolestivý, ale důstojný. Paliativní péče je bohužel v našich podmínkách neustále v plenkách. Hospiců je nedostatek a potýkají se s neustálými, zejména finančními problémy.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti aplikace prvků paliativní hospicové péče do domova důchodců k zajištění kvalitnějšího a důstojného procesu umírání. Proto bylo důležité nejdříve nastínit čtenáři teoretický základ této problematiky, což jsem učinila v první části práce.

Definovala jsem v ní obecně lidskou důstojnost, důstojnost v paliativní péči a také důstojnosti při práci se seniory. Dále jsem se zabývala důstojným umíráním, na něž navazuje kapitola o otázkách umírání a smrti a pohledu na tento proces. Následně jsem uvedla etické problémy v jednotlivých fázích umírání, potřeby umírajících a fáze umírání dle Elizabeth Kübler-Rossové. Závěr teoretických východisek poskytnul odpověď na důstojné umírání zmapováním tématu o hospicové péči, poradenství pro pozůstalé a o paliativní péči jako o jednom z přístupů k dlouhodobě umírajícím.

V praktické části jsem analyzovala dva ošetrovatelské standardy domova důchodců zabývající se umíráním, nazvané Péče o umírající a Péče o zemřelého. Ve druhé etapě výzkumu jsem shrnula rozhovory s pěti respondenty, kteří jsou uživateli domova důchodců sociální služby domov pro seniory.

Z rozborů ošetrovatelských standardů domova důchodců a z výsledků sondy mezi uživateli domova důchodců vyplynulo, že elementy paliativní hospicové péče, jež by se daly použít v systému poskytování sociální služby, je vybudování co největšího množství jednolůžkových pokojů nebo alespoň použití zástěn na pokojích dvoulůžkových, ze strany ošetrujícího personálu kladení většího důrazu na uspokojení duchovních potřeb uživatelů, zajištění umírajícím odchod bez bolesti a utrpení, obstarání doprovázení umírajících prostřednictvím rodinných příslušníků, duchovních či samotného ošetrujícího personálu, uctivější pečování o mrtvé tělo a možnost rozloučení se blízkých se zesnulým bezprostředně po smrti, zkvalitnění poradenství pro pozůstalé prostřednictvím odborně proškoleného personálu. Jsem proto přesvědčena, že jsem vytyčený cíl své práce naplnila.

Výše zmíněné prvky paliativní hospicové péče by se daly aplikovat do praxe domova důchodců za předpokladu, že vedení domova důchodců by jim bylo nakloněno a snažilo by se tyto cíle zakomponovat do veškerých interních metodických pokynů zařízení a následně i do praxe. Přehodnotit by se musely také zejména standardy kvality poskytované péče ošetrovatelské, tak i sociální, aby pracovníci pochopili lépe smysl respektování lidské důstojnosti nejen během umírání uživatelů.

Pro kompletní zpracování tohoto tématu, by bylo za potřebí, věnovat se také problematice kvalitního výběru personálu a jeho následnému vzdělávání. Jednak zdravotnického personálu v oblasti paliativní péče, ale také hlavně pracovníků přímé obslužné péče, jelikož ti tvoří jádro úrovně poskytované péče. A právě zaměstnanci utváří hodnoty a celkovou kulturu zařízení. Důležité je, aby se idea hospicového myšlení dostala do povědomí a jednání všech zaměstnanců domova důchodců, protože právě zde bude stále umírat největší počet seniorů.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BRABEC, L. *Křesťanská thanatologie*. Praha: GEMMA89, 1991. ISBN 80-852206-06-4.
- BYOCK, I. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-797-9.
- ČERNÝ, P. Vážně nemocní potřebují naši blízkost. *Časopis Sociální služby*, 2012, roč. XIV, s. 30 – 31.
- DAVIES, D. J. *Stručné dějiny smrti*. Praha: Volvox globator, 2007. ISBN 80-7207-628-4.
- DIGIULIO, R., KRANZOVÁ, R. *O smrti*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-210-3.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- ERDINGER, M. Doprovázení umírajících a jejich rodin – několik poznámek k tématu. *Zpravodaj Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR*, 2008, č. 2, s. 10 – 11.
- FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0.
- HAŠKOVCOVÁ, H. a kol. *Krásná smrt?*. Praha: JOB Publishing, 1999. ISBN neuvedeno.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-X.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HAVRDOVÁ, Z. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.
- HÁJKOVÁ, D., FUNK, K. *Provázení aneb opřete se i o mě*. Písek: ICVD, 2012. ISBN 978-80-260-2985-4.

- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H. a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
- JAKOUBKOVÁ, J. a kol. *Trendy soudobé onkologie – Paliativní medicína*. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-78-7.
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- JEMELKA, P. *Bioetika*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4626-9.
- KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KOENIG, H., G. *Spirituality in patient care: why, how, when, and what*. United States of America, 2007. ISBN-13: 978-1-59447-116-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991.
- KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-85866-82-X.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.) *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

- MILFAIT, R. *Lidská práva osob s postižením, nevléčitelně nemocných a umírajících*. Středokluky: Ottova tiskárna v Praze, 2012. ISBN 978-80-86057-79-8.
- MOODY, R. *Život po životě*. Praha: Odeon, 1994, ISBN 80-207-0508-2.
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.
- OPATRŇÝ, M., LEHNER, M. a kol. *Teorie a praxe charitativní práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-214-4.
- PARKERS, C. M.; RELFOVÁ, M.; COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PESCHKE, K. H. *Křesťanská etika*. Praha: Zvon, 2004. ISBN 80-7021-718-9.
- POLLARD, B. *Eutanazie – ano či ne?*. Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4659-3.
- SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2005. ISBN 80-86998-03-7.
- SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L. *Umřít doma*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. ISBN 978-80-254-2788-0.
- SMITHOVÁ, L. *Smrt konečná stanice*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-85-2.
- STUDENT, J., CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: Nakladatelství H & H Vyšehradská, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. doplněné vydání. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1740-1.
- ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost a sociální práce*. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2006, roč. 2006, č. 2, s. 110 – 113.

- TAVEL, P. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. ISBN 80-7254-915-4.
- VIRT, G. *Žít až do konce – Etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.
- VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.
- *Život z víry: překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*. České Budějovice: Teologická fakulta Jihočeské univerzity, 2005. ISBN 80-7040-809-X.

## JINÉ ZDROJE

- *O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha: Cesta domů. 2004.
- *Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně sociálních oborů*. Praha: Cesta domů, 2004.
- Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona 108/2006 Sb., O sociálních službách.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

- DOLISTA, J. *Právo na důstojné umírání* [online]. ©1999-2014, Praha: Actimmy, 2002. [cit. 2014-15-01]. Dostupné na <http://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dustojne-umirani-19808.html?mail>. ISSN 1213-189X.
- *Hospice. Co je hospic?* [online]. © 2005-2011, [cit. 2013-12-11]. Dostupné na WWW: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>.
- *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů*. [online]. Praha. [cit. 2014-01-23]. Dostupné na <http://www.umirani.cz/bezprostredne-po-smrti.html>.
- *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů*. [online]. Praha. [cit. 2014-02-22]. Dostupné na <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>.



- *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů.* [online]. Praha. [cit. 2014-02-12]. Dostupné na <http://www.umirani.cz/hospice-v-cr.html>.
- *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů.* [online]. Praha. [cit. 2013-11-03]. Dostupné na <http://www.umirani.cz/terapie-dustojnosi.html>.
- *Ministerstvo pro místní rozvoj. Péče o pozůstalé v ČR.* [online]. Praha MMR. [cit. 2014-03-12]. Dostupné na <http://www.mmr.cz/cs/Podpora-regionu-a-cestovni-ruch/Pohrebnictvi/Koncepce-Strategie/Pece-o-pozustale-v-CR>.

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha I. Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících
- Příloha II. Standard kvality sociálních služeb domova důchodců č. 1.
- Příloha III. Standardy hospicové paliativní péče
- Příloha IV. Ošetrovatelský standard domova důchodců Péče o umírající
- Příloha V. Ošetrovatelský standard domova důchodců Péče o zemřelého
- Příloha VI. Přehled otázek polostrukturovaných rozhovorů pro respondenty
- Příloha VII. Přepis polostrukturovaných rozhovorů s respondenty

# PŘÍLOHY

## Příloha I.

Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418 (1999) 1.

Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících

Parlamentní shromáždění Rady Evropy přijalo po dlouhé a vzrušené debatě dne 25. června 1999 velkou většinou hlasů následující dokument, který reaguje na aktuální problém medicíny v rozvinutých zemích. Zatímco v chudých a rozvojových zemích je prvořadým cílem medicíny zabránit zbytečným a předčasným úmrtím, klade na ni sociální a technický pokrok v rozvinutých zemích paradoxně požadavek, aby zabránila nesmyslnému prodlužování terminálních fází života proti vůli nemocných při neadekvátním nasazení všech dosažitelných prostředků. Člověk, jehož nemoc spěje neodvolatelně v krátké době ke smrti, má nárok na to, aby zemřel v klidu, bez bolestí, důstojně a obklopen citlivou péčí. Jeho blízkým by se mělo dostat kvalifikované profesionální podpory a samozřejmostí by mělo být pietní zacházení s tělem zemřelého. Aktivní eutanázie by v takových situacích byla zkratkovitým řešením, zjednodušujícím často i z ekonomických a demografických motivů celý problém konce lidského života, odporovala by základní povinnosti lékaře sloužit životu a těžce by narušila vztah důvěry mezi lékařem a pacientem. Zkušenosti ukazují, že by její legalizace byla spojena s velkým nebezpečím zneužití.

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, jež z ní lze odvodit.

2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby; zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. v důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

3. v roce 1976 deklarovalo Parlamentní Shromáždění v rezoluci č. 613 své přesvědčení, "že největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útechou a podporou." Ve svém Doporučení 776 (1976) k tomu Shromáždění dodalo, že "prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, jejíž snahou také musí být ukončit utrpení."

4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám smrtelně nemocných nebo umírajících lidí.

5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak ukázaly mnohé současné i minulé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Právě tak, jako je člověk slabý a závislý na začátku svého života, potřebuje ochranu a podporu i při umírání.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- i. malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti;
- ii. častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby;
- iii. umělým prodlužováním procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova či pacientčina souhlasu;
- iv. nedostatečným dalším vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči;
- v. nedostatečnou péčí a podporou věnovanou rodinným příslušníkům a přátelům smrtelně nemocné nebo umírající osoby, jež by mohly přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích;

- vi. obavami nemocného ze ztráty autonomie, z úplné závislosti na příbuzných a institucích a z toho, že by mohl být na obtíž;
  - vii. chybějícím nebo nevhodným sociálním a institucionálním prostředím, umožňujícím pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli;
  - viii. nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči o smrtelně nemocné a umírající a pro jejich podporu;
  - ix. sociální diskriminací, jaká je vlastní slabosti, umírání a smrti.
8. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
- a. že uznají a budou hájit nárok smrtelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
    - i. aby zajistily, že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua;
    - ii. aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči;
    - iii. aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče;
    - iv. aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně;
    - v. aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o smrtelně nemocného nebo umírajícího pacienta;
    - vi. aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o smrtelně nemocné nebo umírající;
    - vii. aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato léčba měla u příslušného jedince přispívat ke zkrácení života;
    - viii. aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému smrtelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy;

- ix. aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii;
- x. aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti;
- xi. aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny;
- b. tím, že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:
- i. aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou, srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován;
- ii. aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře, než svého pravidelného ošetřujícího;
- iii. aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem;
- iv. aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle, v "pořízení" smrtelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. v takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení;

- v. aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností;
- vi. aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány;
- c. že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
  - i. uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že "nikdo nemá být úmyslně zbaven života";
  - ii. uznají, že přání zemřít, vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby;
  - iii. uznají, že přání zemřít, vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

(Výňatek z oficiálního věstníku Rady Evropy, červen 1999)

Rozprava Parlamentního shromáždění Rady Evropy z 25. června 1999 (24. zasedání), (viz Dokument 8421, Zpráva Komise pro sociální, zdravotní a rodinné záležitosti, zpravodajka paní Gattererová, viz také dokument 8454, Názor Komise pro právo a lidská práva, zpravodaj pan McNamara).

Text byl přijat Shromážděním velkou většinou hlasů (6 hlasů proti) 25. června 1999 při 24. zasedání.

## **PŘÍLOHA II.**

### **Standard kvality sociálních služeb č. 1**

#### **CÍLE a ZPŮSOBY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY: DOMOV PRO SENIORY**

**Platnost:** 1.3.2010

**Vydal:** vedoucí sociálního oddělení

**Schválil:** ředitel

**Závaznost:** zaměstnanci DD

**Určeno:** Domov pro seniory

**Počet stran:** 3

#### **POSLÁNÍ**

Posláním Domova pro seniory je poskytování pobytové služby prostřednictvím pomoci a podpory jako důstojné náhrady za běžné domácí prostředí těm seniorům, kteří s ohledem na svůj věk a zdravotní stav nemohou trvale žít ve svém přirozeném sociálním prostředí.

Pomoc a podpora vychází z individuálně určených potřeb uživatelů, respektuje základní lidská práva a svobody, důstojnost a usiluje o sociální začleňování uživatelů.

#### **CÍLOVÁ SKUPINA**

- Senioři, kteří s ohledem na svůj věk a zdravotní stav nemohou trvale žít ve svém přirozeném sociálním prostředí

#### **VĚKOVÁ STRUKTURA CÍLOVÉ SKUPINY**

- osoby starší 60 let
- mladší senioři od 65 do 80 let
- starší senioři nad 80 let

#### **SLUŽBU NEMŮŽEME POSKYTNOUT:**

- osobám, které trpí Alzheimerovou chorobou v takovém stádiu, kdy vyžadují stálý dohled druhé osoby



- osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení (např. léčba transfúzemi)
- osobám z důvodů akutní nemoci a nutností nepřetržité lékařské péče (např. podpora dýchání pomocí kyslíkového přístroje)
- osobám s infekčními chorobami typu aktivní TBC, AIDS, hepatitidy apod.
- osobám s psychickou poruchou, při níž mohou ohrozit sebe i druhé, jejichž chování znemožňuje soužití s kolektivem a jejich stav není ovlivnitelný léčbou
- osobám, které svým onemocněním nebo chováním mohou výrazně narušovat a znemožňovat společné bydlení a klidné soužití
- osobám s chronickým duševním onemocněním trpícím závislostí na alkoholu a jiných omamných látkách a jejich chování znemožňuje soužití s kolektivem
- osobám, kterým domov není schopen naplnit jejich speciální požadavky s ohledem k personálnímu, technickému a věcnému vybavení
- osobám, které by svým umístěním v domově řešily pouze rodinou či bytovou situaci.

**V případech hodných zvláštního zřetele (např. nižší věk zájemce o sociální službu) může, po posouzení celkové sociální situace, učinit výjimku ředitel zařízení.**

## CÍLE

Cílem poskytované sociální služby je:

- Uživatel, který v domově za podpory poskytované služby důstojně prožije a dožije svoje stáří,
- uživatel, který je spokojený v těchto oblastech:
  - ubytování
  - stravování
  - poskytování sociálně aktivizačních činností dle individuálních potřeb
  - zajištění soukromí
- uživatel, který si za podpory poskytované sociální služby uchová co nejdéle svoje schopnosti a dovednosti, zejména ve vztahu ke své soběstačnosti a umí aktivně trávit svůj čas,
- uživatel, kterému je sociální služba poskytována dle jeho individuálních, osobních přání a poskytuje mu podporu při jejich realizaci.

## ZÁSADY

- **Individuální přístup** – za samozřejmost pokládáme to, že ke každému uživateli přistupujeme individuálně. Při poskytování služby přihlížíme ke schopnostem, možnostem a potřebám každého uživatele.
- **Respektování důstojnosti a práv uživatelů** – ve vztahu k uživatelům vystupují zaměstnanci zdvořile, s projevy úcty. Snažíme se o vytváření laskavého, přátelského prostředí, které bude alespoň částečně nahrazovat přirozené sociální prostředí uživatele.
- Při poskytování služeb i při pracovním procesu v rámci organizace **respektujeme svobodné rozhodnutí uživatelů**, zda chtějí či nechtějí služby využívat a rozsah služby poskytujeme formou nabídky. Podporujeme vzájemnou

důvěru uživatelů mezi ostatními uživateli a personálem. Vytváříme podmínky pro uplatnění vlastní vůle uživatelů.

- Zachováváme v souladu se zákonem o sociálních službách a zákonem o ochraně osobních údajů **mlčenlivost ve vztahu k osobním a citlivým údajům uživatelů.**

## **ZÁKLADNÍ ČINNOSTI SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

### **a) poskytnutí ubytování:**

- 1) poskytnutí ubytování (jednolůžkové, dvoulůžkové pokoje)
- 2) úklid, praní a drobné opravy ložního, osobního prádla, ošacení, žehlení

### **b) poskytnutí stravy:**

zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 jídel denně,

### **c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:**

- 1) pomoc při oblékání a svlékání, včetně speciálních pomůcek,
- 2) pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
- 3) pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- 4) pomoc při podávání jídla a pití,
- 5) pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,

### **d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:**

- 1) pomoc při úkonech osobní hygieny,
- 2) pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
- 3) pomoc při použití WC,

### **e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:**

- 1) podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
- 2) pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách, podporujících sociální začleňování osob,

### **f) sociálně terapeutické činnosti:**

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

### **g) aktivizační činnosti:**

- 1) volnočasové a zájmové aktivity,
- 2) pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,
- 3) nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,

### **h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:**

pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

## PŘÍLOHA III.



### **Standardy hospicové paliativní péče**

Připravila pracovní skupina MZČR ve spolupráci s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče s cílem definovat požadavky, které by měli poskytovatelé specializované paliativní péče v ČR splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita.

1. vydání - červen 2006

## STANDARDY KVALITY SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE

### Východiska a doporučení:

*„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“*

Světová zdravotnická organizace 2002

**Světová zdravotnická organizace stanovila tyto hlavní zásady, podle nichž paliativní péče:**

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces
- neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti
- obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta
- nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co nejaktivněji až do smrti
- nabízí systém podpory, který pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku
- využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku
- usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci
- je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života, jako chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých klinických komplikací.

**Hlavní zásady Světové zdravotnické organizace jsou rozvedeny v Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům <sup>192</sup>:**

- Paliativní péče klade velký důraz na dosažení a udržení optimální úrovně tlumení bolesti a ostatních symptomů. to vyžaduje podrobné vyhodnocení stavu každého jednotlivého pacienta, sestávající z podrobné anamnézy, fyzikálního vyšetření a případně z dalších potřebných vyšetření. Pacienti musí mít snadný přístup ke všem nezbytným lékům včetně řady různých forem opioidů. Metody modifikující nemoc mohou též znamenat zmírnění symptomů a měly by být dostupné dle potřeby.
- Paliativní péče podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces. Tato ústřední zásada má za cíl odpovědět na některé postojové obtíže spojené s paliativní péčí. Máme-li všichni něco společného, je to nevyhnutelná realita naší smrti. Na pacienty, kteří potřebují paliativní péči, nesmí být nahlíženo jako na neúspěchy medicíny. Paliativní péče se snaží zajistit, aby pacienti mohli žít svůj život smysluplným, plodným a hodnotným způsobem až do okamžiku své smrti. Význam rehabilitace ve smyslu fyzického, psychologického a duchovního blaha je nedozírný.
- Paliativní péče neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti. Zákroky paliativní péče nesmí být prováděny tak, aby vedly k předčasnému ukončení života. Stejně tak je důležité, aby technologie dostupné v moderní lékařské praxi nebyly používány za účelem nepřirozeného prodlužování života. Lékaři nemají povinnost pokračovat v léčbě, která je evidentně marná a znamená pro pacienta přílišnou zátěž. Pacienti mají rovněž právo odmítnout léčbu. Cílem paliativní péče je zajistit pacientům co nejlepší kvalitu života. Ve fázi, kdy postup nemoci znamená přirozený konec života, musí pacienti obdržet veškeré možné prostředky fyzické, citové a duchovní útěchy. Výslovně je zapotřebí zdůraznit skutečnost, že v žádné definici paliativní péče není zahrnuta euthanázie ani asistovaná sebevražda; z tohoto důvodu výbor k těmto otázkám nezaujímá žádné stanovisko.
- Paliativní péče obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta. Vysoká úroveň péče o fyzickou stránku je samozřejmě zásadní, avšak sama o sobě nestačí. Nesmíme redukovat lidskou bytost na pouhou biologickou jednotku.
- Paliativní péče nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co nejaktivněji až do smrti. v této souvislosti je nutné poznamenat, že pacient si sám stanovuje cíle a priority. Úkolem zdravotníka je pacientovi umožnit a pomoci stanoveného cíle dosáhnout. Je zřejmé, že pacientovy priority se mohou postupem času dramaticky měnit. Zdravotníci musí umět rozpoznat tyto změny a odpovídajícím způsobem na ně reagovat.

---

<sup>192</sup> Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, Strasbourg 2003, překlad: Cesta domů, Praha 2004, vybrané texty str. 22 - 23

- Paliativní péče pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku. Pro paliativní péči je objektem péče celá rodina. Rodinní příslušníci mají své vlastní problémy a potíže, které je potřeba identifikovat a řešit. Péče týkající se období zármutku začíná již před smrtí pacienta.
- Paliativní péče vyžaduje koordinovanou týmovou práci. Z výše zmíněného je zřejmé, že obvykle žádný jednotlivec ani žádný obor nemůže sám o sobě stačit na různorodé a komplikované problémy, jež vyvstávají v období paliativní péče. Ačkoliv nezdědka dokáže nezbytnou péči poskytnout základní tým složený z lékaře, sestry a sociálního pracovníka, často je nutná účast širokého spektra lékařů, sester a jiných pracovníků. Pro sehranou práci takového týmu je zásadní mít společné cíle a efektivní a rychlé prostředky komunikace.
- Paliativní péče usiluje o zlepšení kvality života. Otázka „kvality života“ je v posledních letech intenzivně zkoumána. Je důležité si uvědomit, že se nejedná jen o fyzickou pohodu či funkční schopnost. Jde spíše o něco, co může definovat jedině pacient sám a co se během času může podstatně měnit.
- Paliativní péče je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s metodami modifikujícími nemoc a prodlužujícími život. Původně byla paliativní péče spojena s péčí o pacienty nemocné rakovinou ve stádiu krátce před smrtí. Dnes je uznáváno, že paliativní péče může být velmi prospěšná pacientům a jejich rodinám již v dřívější fázi nemoci, přinejmenším od chvíle, kdy se jedná o pokročilé stádium a postupu nemoci se není možné trvale vyhnout. To znamená požadavek těsného propojení služeb paliativní péče s kompletním spektrem zdravotnických služeb v nemocničním i komunitním prostředí.

**Podle míry komplexnosti péče** nutné k udržení dobré kvality života se paliativní péče dělí na obecnou a specializovanou paliativní péči.

Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Zkratka specializované paliativní péče SPP, anglicky SPC - specialized palliative care.

- a) **Mobilní paliativní péče** poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře-specialisty, sester, ošetřovatelů, dobrovolníků, případně dalších odborníků. Garantuje trvalou dostupnost péče po 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Důležitou součástí je komplexní podpora pacientovy rodiny a jeho blízkých, kteří se obvykle aktivně na péči podílejí.
- b) **Hospic** je samostatně stojící speciální lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru, maximálním soukromím pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice.
- c) **Oddělení paliativní péče (OPP)** v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny) pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice. OPP usiluje o realizaci hospicového ideálu v rámci možností daného zařízení. OPP slouží jako lůžková základna pro konziliární tým paliativní péče. OPP ve fakultních nemocnicích mají významnou funkci edukační a výzkumnou.
- d) **Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení** (nemocnice nebo léčebny). Tato forma zajišťuje interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních různého typu. Posiluje kontinuitu péče (pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen a které zná) a vedle přímého ovlivnění kvality paliativní péče přispívá také k edukaci personálu na ostatních odděleních. Minimální složení takového týmu: lékař, sestra a sociální pracovník.
- e) **Specializovaná ambulance paliativní péče.** Zajišťuje ambulanci péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče. Obvyklá je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními obecné domácí a specializované paliativní péče. Ambulance paliativní péče někdy působí při lůžkových hospicích, při odděleních paliativní péče lůžkových zařízení, případně jako součást zařízení domácí paliativní péče.
- f) **Denní stacionář paliativní péče** („denní hospicový stacionář“). Formou denních návštěv pacienta ve stacionáři pomáhá řešit zdravotní problémy pacienta a současně nabízí komplexní edukační a rekreační aktivity podle

---

<sup>193</sup> Hospicové občanské hnutí Cesta domů: Koncepce paliativní péče v ČR, Praha 2004, v rámci projektu Paliativní péče v ČR

potřeb a možností pacienta. v zahraničí je obvyklá úzká vazba těchto denních stacionářů na lůžkový hospic.

- g) **Zvláštní zařízení specializované paliativní péče** (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.).

### **Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy definuje specializovaná zařízení paliativní péče takto:**

„**Specializovaná zařízení paliativní péče** jsou zařízení, která se věnují paliativní péči jako své **hlavní činnosti**. Požadují vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Služby těchto zařízení by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoli: doma, v nemocnici, v rezidenční péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, na ambulanci nebo na specializovaném oddělení paliativní péče. Specializovaná zařízení paliativní péče též hrají důležitou roli v podpoře ostatních zdravotníků při poskytování paliativní péče v nemocnicích i mimo ně. Všichni zdravotníci by měli mít v případě potřeby přístup ke konzultacím a podpoře specializovaných poskytovatelů paliativní péče.“<sup>194</sup>

**Klíčové charakteristiky specializovaných zařízení paliativní péče** převzaté z popisu Národní rady pro hospice a specializovaná zařízení paliativní péče ve Spojeném království a Irsku:

- poskytování fyzické, psychologické, sociální a duchovní podpory při zapojení širokého spektra dovedností v rámci spolupráce multiprofesního týmu
- vedoucí každé profesní skupiny v rámci multiprofesního týmu by měl být vyškolený a uznávaný odborník v oboru paliativní péče
- pacienti a jejich rodiny se účastní plánování péče
- pacienti jsou povzbuzováni k tomu, aby řekli, kde si přejí, aby jim byla poskytována péče a kde si přejí zemřít
- pečovatelé a rodiny jsou podporováni po celý průběh nemoci včetně období zármutku a potřeby pozůstalých jsou brány v úvahu a uspokojovány
- funguje spolupráce se zdravotníky první linie, s nemocničními zařízeními a se službami domácí péče za účelem poskytování podpory pacientům, ať jsou kdekoli
- přínos dobrovolníků je uznáván a oceňován
- zařízení přímo nebo nepřímo zajišťuje uznávané akademické vzdělávání a zvyšování kvalifikace při zaměstnání
- pro poskytované vzdělávání a výcvik jsou stanoveny standardy

---

<sup>194</sup> Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, Strasbourg 2003, překlad: Cesta domů, Praha 2004, str. 27



- fungují programy zajišťování kvality, jež jsou neustále používány pro kontrolu praxe
- klinický audit a výzkumné programy jsou využívány k hodnocení léčby a jejích výsledků
- opatření pro podporu pracovníků v oblasti specializované paliativní péče (na plný i částečný úvazek) umožňují vhodným způsobem uspokojovat jejich potřeby.

## **Cílová skupina**

Cílovou skupinu, na kterou je směřována specializovaná paliativní péče tvoří: pacient, blízké osoby pacienta, pozůstalí a v rámci edukace též široká odborná i laická veřejnost.

### **Pacient**

Paliativní péče je poskytována na základě principu rovnosti pacientů bez ohledu na národnost, vyznání, sociální postavení, věk, rasu, pohlaví, sexuální orientaci. Rozhodovat by neměla ani schopnost nemocného na úhradu služeb finančně přispívat. Paliativní péče je dostupná celé populaci, včetně zranitelných skupin, jako jsou například vězni, prostitutky, bezdomovci a uživatelé drog. Rozhodujícím kritériem pro poskytování komplexní péče je zdravotní stav klienta, vyplývající z pokročilosti nemoci.

### **Blízké osoby pacienta**

Příbuzní pacienta a další klíčové osoby jsou zahrnuti do procesu poskytování péče na jedné straně jako spolupracovníci, kteří mají v poslední části pacientova života nezastupitelnou úlohu, na druhé straně jako objekt péče, protože jsou blízkostí smrti pacienta více či méně zasaženi. Podle svých potřeb mohou využít různých služeb specializované paliativní péče.

Osoby pečující o své blízké v domácím prostředí získají v hospicích a zařízeních paliativní péče informace a praktické dovednosti, aby se mohly o nemocného správně postarat, případně mohou využít služeb půjčovny zdravotnických pomůcek. Při hospitalizaci pacienta mají blízké osoby možnost návštěv u pacienta 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Členové multidisciplinárního pracovního týmu jim poskytují duchovní, sociální a psychologickou pomoc, za přiměřenou cenu jim umožní ubytování s pacientem a stravování, v neposlední řadě jim pracovníci poskytují osobní blízkost a příklad péče o pacienta. v případě, že s tím pacient souhlasí, obdrží rodinní příslušníci od lékaře informace o zdravotním stavu pacienta.

## Pozůstalí

Členové pracovního týmu se snaží pomoci pozůstalým vyrovnat se se smrtí svých blízkých. Pozůstalí mají prostor, aby mohli svoji bolest a další silné prožitky a emoce bezpečným způsobem sdílet, a to pro ně vhodnou formou: osobní návštěva, korespondence, společné setkání pozůstalých s pracovním týmem, bohoslužba apod.

## Široká odborná i laická veřejnost

Zájemci o paliativní péči z řad odborníků, studentů, zakladatelů i pracovníků nově vznikajících hospiců aj. mohou získat nové vědomosti, informace i praktické dovednosti při stážích, praxích, školeních a exkurzích. Tato otevřenost při předávání zkušeností přináší poskytovatelům péče zpětnou vazbu o kvalitě péče.

## Struktura a proces péče

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

Pro výběr vhodné péče je možné využít registr poskytovatelů specializované paliativní péče spravovaný Asociací poskytovatelů hospicové a paliativní péče, jenž kromě informací o jednotlivých zařízeních monitoruje aktuální volnou kapacitu jednotlivých zařízení. Povinností každého ošetřujícího lékaře je ale hledat způsoby k zajištění kontinuity péče a tudíž znát formy poskytování paliativní péče ve svém regionu.

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

## Kritéria pro přijetí

### **Pacient, indikovaný ke specializované paliativní péči:**

Jedná se o nevyлéčitelně nemocného, jehož pokročilé onemocnění negativně interferuje s kvalitou života, a to ve všech rovinách - biologické, sociální, psychologické i spirituální – nebo některé z nich. Indikace v konkrétním případě potřebné formy specializované paliativní péče (SPP) závisí na lokálních možnostech a existenci daných

forem, stejně jako na individuálních potřebách klienta a jeho blízkých. Tyto jsou zohledňovány nejen v indikaci SPP, ale i její následné časové organizaci.

### **Podmínky pro přijetí:**

- pacient trpí pokročilým nevléčitelným onemocněním, které mu působí tělesné či psychické obtíže a kauzální léčba (směřující k vyléčení nemoci) byla ukončena a je nahrazena léčbou symptomatickou
- stav pacienta není stabilizován vzhledem k jeho jasně definovanému terminálnímu nebo preterminálnímu zdravotnímu stavu a není v silách rodiny či blízkých osob pacienta zajistit mu odpovídající péči a kvalitu života vlastními silami
- pacient je seznámen s principy paliativní péče a souhlasí s jejím poskytováním na základě písemné smlouvy a informovaného souhlasu. v případě, že nemůže projevit svou vůli vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, uzavírá smlouvu opatrovník, resp. osoba blízká.

### **Průběh spolupráce**

Do procesu jsou zahrnuti kromě pacienta jeho ošetřující lékař, blízké osoby pacienta, pracovní tým specializované paliativní péče a podle potřeby další osoby. Základním právem pacienta a jeho blízkých osob je svoboda volby a nárok na kvalitní péči. Pro proces rozhodování je nutný přístup ke srozumitelným informacím o možnostech péče. Způsob získání informací musí odpovídat možnostem zájemce o péči (zdrojem informací je ošetřující lékař, adresáře, média, internet apod.).

Počáteční spolupráce probíhá podle standardizovaného schématu, jehož klíčovými kroky jsou:

- úvodní osobní či telefonický rozhovor zaměřený především na pochopení a objasnění situace pacienta a jeho blízkých osob, jejich potřeb a představ o péči, vedený s kontaktní osobou jednotky specializované paliativní péče - nejčastěji sociálním pracovníkem či lékařem nebo vedoucí sestrou
- srozumitelné formulování možností a limitů nabízené péče (podmínky a rozsah poskytované péče)<sup>195</sup>
- informování o dalších možnostech (další typy specializované paliativní péče, ambulantní ošetrovatelské a pečovatelské agentury, mobilní poradenské týmy) a pomoc při koordinaci jejich služeb
- návštěva zástupce pracovního týmu u pacienta nebo obdržení písemné žádosti o přijetí, jejíž součástí je vyjádření lékaře
- navázání kontaktu zástupce pracovního týmu s ošetřujícím lékařem pacienta
- zjištění a dokumentace informací o zdravotním a sociálním stavu pacienta a o možnostech poskytování péče ze strany jeho blízkých osob, dále viz níže

---

<sup>195</sup> Zákon č. 20/1966 Sb., § 23 stanovuje, že lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.

- zjištění a dokumentace informací o očekáváních pacienta a jeho blízkých osob - cíle péče, porozumění nemoci i její prognóze, preferovaný druh a místo péče
- rozhodnutí o zahájení poskytování péče – pokud pacient splňuje přijímací kritéria
- uzavření smlouvy o poskytování hospicové paliativní péče
- zpracování plánu péče

Smlouva o poskytování hospicové paliativní péče podepsaná oběma stranami obsahuje:

- popis toho, čeho chce pacient prostřednictvím péče dosáhnout
- popis poskytované péče (průběh, podmínky, rozsah, případně délka trvání péče)
- způsoby a podmínky pro ukončení služby (pacient může dohodu vypovědět kdykoli, zařízení jen za podmínek stanovených v dohodě)
- postupy při nedodržování podmínek poskytované služby
- způsob, jímž lze dohodu měnit

Pro účely stanovení plánu péče zjišťují členové multidisciplinárního týmu při počáteční spolupráci individuální potřeby pacienta a potřebný rozsah péče zejména v těchto oblastech:

Ujištění informací o zdravotním stavu pacienta, o možnostech poskytování péče ze strany jeho blízkých možnost komunikace, funkčnost smyslů, pohyblivost, užívání léků, stav chrupu, kontinence, stravovací omezení, psychický stav, zapojení blízkých osob do péče, preferovaný rytmus běžného dne, požadované zvyky, návyky a rituály, společenské zájmy, koníčky, dřívější zaměstnání, náboženské a kulturní potřeby, další sociální kontakty, osobní bezpečnost a možná rizika, přání pacienta spojená s úmrtím, jeho duchovní potřeby event. další oblasti, na které pacient či jeho blízcí upozorní.

Specifické kroky u mobilní paliativní péče:

- zapůjčení potřebných pomůcek či pomoc při jejich obstarání
- zaučení blízkých osob v ošetřování nemocného a v používání pomůcek

Další kroky společné všem typům péče:

- průběžná kontrola kvality a efektivity péče
- dokumentace všech postupů
- aktualizace osobních cílů a preferencí pacienta a jeho blízkých osob
- aktualizace a dokumentace plánu péče

Interdisciplinární pracovní tým specializované paliativní péče poskytuje pacientovi a rodině služby v souladu s plánem péče. Interdisciplinární tým pravidelně (alespoň jednou týdně, častěji v případech, kdy to vyžadují okolnosti) projednává, kontroluje a přehodnocuje plán péče, a to s přihlédnutím k informacím od pacienta a rodiny. Ukončení péče probíhá podle standardizovaného schématu. Součástí ukončení péče je interdisciplinární zpětné zhodnocení poskytované péče, jehož výsledky jsou písemně zaznamenány a využívány při zkvalitňování poskytované péče.

## Plán péče

Vychází z celkového zhodnocení stavu, schopností a preferencí pacienta a jeho blízkých osob. Zhodnocení zahrnuje dokumentaci stavu onemocnění včetně diagnózy a prognózy, doprovodných zdravotních a psychických poruch, fyzických a psychologických symptomů, funkčního stavu, sociálních, duchovních a kulturních aspektů a preferencí plánu péče včetně podmínek potřebných pro přijetí do péče zařízení specializované paliativní péče.

Při posuzování dětí a osob se sníženou kognitivní schopností je zapotřebí přihlídnout k jejich věku, fázi jejich vývoje a k jejich duševním schopnostem. Pacientovi i jeho blízkým osobám jsou poskytnuty srozumitelné informace o způsobu péče v jiných zařízeních tak, aby měli dostatek podkladů pro poučené rozhodování a pro případné rozhodnutí o změně poskytovatele péče. Tým paliativní péče poskytuje pacientovi a jeho blízkým osobám pomoc při rozhodování a průběžně projednává plán péče a jeho změny s pacientem, jeho rodinou a všemi zainteresovanými členy multidisciplinárního týmu.

Vývoj plánu péče a změny pacientových a rodinných preferencí jsou zřetelně zdokumentovány. Pokud je pacient přeložen do jiného zařízení, předává původní poskytovatel specializované paliativní péče své zkušenosti a dosažené informace efektivně dalším poskytovatelům péče. Plán péče je pravidelně a pružně revidován tak, aby odpovídal specifickým potřebám pacienta a rodiny v té které fázi onemocnění včetně fáze poslední. Pokud multidisciplinární tým zaznamená známky nadcházejícího úmrtí, plán péče je dále uzpůsoben podle potřeb pacienta i jeho blízkých. Přechod pacienta do terminální fáze nemoci je zdokumentován a vhodným způsobem oznámen pacientovi a jeho blízkým osobám. Způsob poučení o známkách a symptomech blížící se smrti odpovídá možnostem jejich chápání, věku a kulturnímu zázemí.

## Náplň léčby a péče

Léčba a péče je svým charakterem interdisciplinární. Všechna diagnostická, léčebná a ošetrovatelská opatření jsou indikována s ohledem na jejich dopad na kvalitu života pacienta a jeho blízkých. Rozhodující je pojetí kvality života, jak ji definuje sám pacient a jeho blízcí. Cíle léčby a péče a konkrétní léčebný plán stanovují společně pacient, jeho blízcí a pracovní tým, přičemž hlavní rozhodnutí náleží pacientovi.

**Odborná lékařská péče** sestává z diagnostiky a terapie symptomů a komplikací základního onemocnění i onemocnění doprovázejících. Mezi nejčastější tělesné symptomy a syndromy pokročilých onemocnění léčených jednotkou specializované paliativní péče patří:

- bolestivé syndromy
- respirační symptomy, například dušnost, kašel, hemoptýza a další
- gastrointestinální symptomy, např. nevolnost, zvracení, průjem, zácpa, střevní obstrukce a další
- obecné symptomy, například anorexie, kachexie, slabost, únava, krvácení, svědění a další
- neuropsychiatrické syndromy, například úzkost, deprese, zmatenost a další

Nedílnou součástí práce hospicového lékaře je management multidisciplinárního týmu, jehož významnou složkou jsou blízcí nemocného. Úkolem lékaře je být garantem otevřené komunikace a bezbariérového duchovního prostředí, které je základem pro podporu pacienta i jeho blízkých. Jako garant vystupuje lékař i vůči multidisciplinárnímu týmu ve smyslu edukačním a morálním.

Je plně zajištěn **odborný ošetrovatelský proces** včetně ošetrovatelských intervencí a zajištění individuálních potřeb pacienta. Ošetrovatelský tým pracuje samostatně pod vedením svého manažera a také na základě lékařských ordinací. Součástí ošetrovatelské péče je pravidelné sledování pacientova celkového stavu i tíže dopadu jeho symptomů, jejich hodnocení a domluva s lékařem o léčebném postupu. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je trvalý zájem o psychický stav pacienta a jeho blízkých osob a jejich podpora vycházející ze schopnosti efektivní otevřené komunikace a empatie.

Ve všech typech specializované paliativní péče se postupuje v souladu s nejnovějšími poznatky a metodami, péče se řídí danými standardy kvality a bezpečnosti léčebných a ošetrovatelských postupů, jež vydávají odborné lékařské společnosti. v souladu s těmito standardy má zařízení vypracovanou metodiku upravující standardní způsoby léčebných a ošetrovatelských postupů při poskytování specializované paliativní péče. Léčebné a ošetrovatelské postupy jsou nicméně individuálně nastavovány se snahou přizpůsobení se potřebám nemocného a jeho blízkých. Jsou stanoveny způsoby péče o pacienty se specifickými obtížemi a postižením. Dále jsou stanoveny postupy při akutním zhoršení zdravotního stavu a ošetrovatelský postup v případě terminálního stavu. Je stanoven postup ošetření těla zesnulého a způsob dalšího nakládání se zesnulým.

Velmi důležitou složkou činnosti hospicového týmu je péče o blízké umírajícího v době jeho terminálního stavu a následně po úmrtí. Součástí rozhovoru po úmrtí nemocného je podpora pozůstalých a otevřená komunikace o jejich pocitech a potřebách, stejně jako zodpovězení otázek a eventuelních nejasností. Hospicový tým se snaží pozůstalým nabídnout možnost podpory a dalšího kontaktu v případě jejich potřeby i v budoucnosti.

## Stravování

Stravování je zajištěno tak, aby se co nejvíce blížilo podmínkám běžného života při respektování individuálních přání pacientů na dílčí úpravy stravy v rámci daných jídelníčků a doporučených diet a hygienických zásad pro stravování ve zdravotnických zařízeních.

Zásady pro hospice a další zařízení poskytující specializovanou paliativní péči ve vlastních prostorách:

- Pacient má možnost volby případně si může doobjednat. Jídlo jak dispozici, když si to pacient přeje.
- Jsou respektovány požadavky pacienta související s osobními zvyklostmi a náboženskými tradicemi, pracovníci vycházejí vstřícně dalším přáním pacienta.
- Pokud má zařízení vlastní kuchyň, zodpovídá za to, aby příprava stravy odpovídala platným hygienickým normám a nárokům na přípravu podle předepsaných diet.
- Strava je připravována v konzistenci podle doporučení lékaře.

- Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným dietní sestrou. Dietní sestra (nebo jiná kompetentní osoba) sestavuje rámcový jídelníček na základě doporučení lékaře.
- Členové pracovního týmu denně monitorují individuální požadavky pacientů na dílčí úpravy stravy v rámci daného jídelníčku a vyšlou požadavek osobě zodpovědné za přípravu stravy (vedoucí kuchyně).
- V odůvodněných případech mohou pracovníci nabídnout alternativní stravu z mražených či chlazených polotovarů, případně stravu tekutou.
- Pokud je pacient nesoběstačný v přijímání potravy, poskytne mu podporu či pomoc školený zdravotnický a ošetrovatelský personál. Ten zajišťuje též podávání stravy pomocí sond a případně aplikuje nitrožilní výživu.

Vnitřním předpisem je stanoveno:

- postup při objednávání, přípravě, distribuci a podávání stravy pacientům
- přehled osob, které jsou odpovědné za ordinaci stravy pacientům, za přípravu, distribuci a za její podávání a kontrolu stravovacího režimu pacientů
- postup při méně obvyklých a specifických situacích, které se vyskytují v případě pacientů v terminálním stadiu onemocnění
- postup při skladování potravin donesených pacienty nebo jejich blízkými osobami
- způsob kontroly potravin z hlediska dietních omezení pacienta stanovených lékařem a z hlediska kvality
- postup při vyřazování a likvidaci nevhodných potravin
- způsob sledování a dokumentace zdrav. stavu osob podílejících se na přípravě a distribuci stravy<sup>196</sup>

Dokumentace vedená o pacientovi

Jednotka specializované paliativní péče má systém řízené dokumentace zaznamenávající veškeré léčebné, ošetrovatelské a pečovatelské postupy, včetně poskytované podpory psychologické a sociální. Tato dokumentace je průběžně aktualizována. Přístup pacienta a dalších osob k dokumentaci a další aspekty zaznamenávání a uchovávání dokumentace se řídí platnými předpisy<sup>197</sup>.

Vnitřním předpisem je stanoveno:

- obsah dokumentace vedené o pacientovi
- formální úprava dokumentace vedené lékařem, zdravotními sestrami, pečovatelkami, sociálním pracovníkem, psychologem, terapeutem, apod. včetně způsobu identifikace osoby a času

<sup>196</sup> v souladu s ustanovením Zákona č. 258/2000 Sb., je stanovena povinnost vstupního a průběžného vyšetření pracovníků podílejících se na přípravě a distribuci stravy.

<sup>197</sup> Zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu a Zákon č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů, a další.

- frekvence zápisů všech profesních skupin, které o pacienta pečují
- způsob uložení a archivace a likvidace dokumentace
- přístup k dokumentaci

Při aktualizaci dokumentace a při ukončení péče zahrnuje dokumentace písemné interdisciplinární zhodnocení poskytované péče, jehož výsledky jsou využívány při zkvalitňování poskytované péče. Součástí zdravotnické dokumentace je plán péče v oblasti lékařské a ošetrovatelské, sociální, duchovní, psychologické. Specifikem zdravotní dokumentace je zachycení sociálních vazeb pacienta a záznamy o procesu vyrovnávání se s nemocí a blízkostí smrti (fáze podle Kübler Rossové). Součástí zdravotnické dokumentace je písemný informovaný souhlas pacienta s plánem péče a hospitalizací.

### Léčebné prostředky a zdravotnický materiál

Vnitřním předpisem je stanoveno:

- postup při objednávání léčiv a zdravotnického materiálu a způsob distribuce
- způsob uskladnění a manipulace s léčivými
- způsob vedení dokumentace o zásobách a sledování expiračních dob
- způsob likvidace nevyhovujících léčiv
- předepisování a podávání léčiv pacientům
- přehled osob, které jsou oprávněny léčiva ordinovat
- přehled osob, které jsou oprávněny léčiva pacientům podávat

Stanovené postupy jsou v souladu s právními předpisy a pověřené osoby pravidelně kontrolují jejich dodržování. Je písemně stanoven speciální postup uskladnění, manipulace, předepisování, podávání a likvidace opioidů a ostatních sledovaných léčiv. Pracovníci jsou pravidelně školeni o zacházení s léčebnými prostředky a biolog. materiálem v souladu se zákonnými předpisy.<sup>198</sup>

### Pracovníci

Požadavky na pracovní tým specializované hospicové péče

**Interdisciplinární spolupráce** - Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem pracovníků různých profesí a dobrovolných spolupracovníků. Cílem jejich práce je naplňování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacientů a jejich blízkých osob.

### Osobnostní předpoklady pro výkon práce:

- vhodná motivace k práci
- profesionální a zároveň lidský přístup k pacientům a jejich blízkým osobám

---

<sup>198</sup> Zákon č. 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví, Vyhl. 440/2000 Sb., Zákon č. 185/2001 Sb.



- schopnost týmové spolupráce a vytváření efektivních komunikačních struktur
- schopnost napomáhat integraci blízkých osob pacienta do poskytované péče
- schopnost komunikovat s pacienty a jejich blízkými (osobní rozhovory, telefon, korespondence)
- schopnost pružně jednat v nečekaných a krizových situacích, samostatnost v rozhodování
- schopnost přebírat odpovědnost a zacházet s délbou práce v rámci kompetencí
- psychická stabilita, praktikování duševní hygieny jako prevence syndromu vyhoření
- schopnost vyrovnávat se s umíráním, smrtí a zármutkem, schopnost citlivě provázet pozůstalé
- schopnost empatie
- tolerance k věkovým, kulturním, náboženským a osobnostním diferencím
- aktivní účast na pravidelných supervizích, školeních a vzdělávání
- podíl na zpracování dokumentace podle požadavků zákona o ochraně osobních údajů<sup>199</sup>
- způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka (podle Zákona č. 96/2004 Sb. je způsobilý ten, kdo má odbornou způsobilost podle tohoto zákona a je zdravotně způsobilý a bezúhonný)

**Odbornost** - Všichni členové týmu mají odpovídající kvalifikaci, zkušenosti a kompetence pro dané pracovní pozice, jsou schopni poskytnout pacientovi a jeho blízkým osobám ve spolupráci s ostatními členy týmu komplexní specializovanou paliativní péči. Nároky na vzdělání stanovují právní předpisy<sup>200</sup>. Pracovníci, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty a jejich blízkými osobami, jsou pečlivě vybíráni formou výběrových řízení, kdy je posuzována jejich odbornost a osobnostní předpoklady.

Odborné požadavky na klíčové členy pracovního týmu:

lékař - odborné vysokoškolské vzdělání (ukončené magisterské studium v oboru všeobecné lékařství), atestace minimálně I. stupně, nejlépe z některého z následujících oborů: všeobecné lékařství, vnitřní lékařství, neurologie, doporučena je atestace z oboru Paliativní medicína a léčba bolesti, předností je praxe nebo stáž v akreditovaném zařízení specializované paliativní péče, absolvování předepsaných doškolovacích kurzů a dalších vzdělávacích akcí v oblasti paliativní péče organizovaných příslušnými vzdělávacími institucemi (např. Subkatedra paliativní medicíny IPVZ Praha),

vedoucí lékař - odborné vysokoškolské vzdělání (ukončené magisterské studium v oboru všeobecné lékařství), atestaci I. a II. stupně z oborů: všeobecné lékařství, vnitřní lékařství a neurologie nebo 10 let praxe ve výše uvedených oborech a perspektivně (předpoklad doplnění vzdělání do 3 let) nejvyšší dosažitelné odborné vzdělání

<sup>199</sup> Zákon č. 101/2001 Sb., O ochraně osobních údajů

<sup>200</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka a související předpisy: Zákon č. 95/2004, Zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, Trestní zákon, Zákon č. 160/1992 Sb., O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

v paliativní péči (podle navrhovaného trojstupňového vzdělání tedy třetí, speciální stupeň vzdělání v paliativní péči). Ve výjimečných případech je možné tolerovat i garanční smlouvu pro situaci, kdy vedoucímu lékaři chybí část praxe, a nebo nemá dokončené odborné vzdělání - v takovém případě je nutné doporučení odborné společnosti.

zdravotní sestra - ukončené ošetrovatelské vzdělání,

vrchní sestra – vyšší odborné a perspektivně vysokoškolské vzdělání, praxe v následné péči nejméně 3 roky, absolvování předepsaných doškolovacích kurzů a dalších vzdělávacích akcí v oblasti paliativní péče organizovaných příslušnými vzdělávacími institucemi (např. Subkatedra paliativní medicíny IPVZ Praha, Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně).

#### Minimální personální zabezpečení

Minimální personální složení zdravotnického týmu poskytujícího hospicovou paliativní péči je výsledkem obsáhlé diskuse a kompromisní shody týmu odborníků v pracovní skupině při MZČR.

Minimální personální složení při kapacitě 30 hospicových lůžek:

##### Lékaři

L3 (index 3) 0,20 pracovního úvazku

L2 (index 2) 1,50

lékař ÚPS (index 2/3) 0,12

##### Zdravotní sestry

ZPBD – S/1 (index 9) vrchní nebo staniční sestra 2,00

ZPBD +ZPOD/1 (index 8) - vrchní nebo staniční s. 1,00

ZPBD +ZPOD/3 (index 8) – sestry 8,00

ZPOD bez M (index 7) – ošetrovatelky 5,00

#### Optimální personální zabezpečení

Optimální personální složení zdravotnického týmu poskytujícího hospicovou paliativní péči vychází ze zkušeností a poznatků tuzemských a zahraničních hospiců, které usilují o maximální dosažitelnou kvalitu péče.

Optimální personální složení při kapacitě 30 hospicových lůžek:

##### Lékaři

L3 (index 3) 0,33 pracovního úvazku

L2 (index 2) 1,50

L1 (index 1) 0,50

lékař ÚPS (index 2/3) 0,20

##### Zdravotní sestry

ZPBD – S/1 (index 9) vrchní nebo staniční sestra 2,00

ZPBD +ZPOD/1 (index 8) - vrchní nebo staniční s. 1,00

ZPBD +ZPOD/3 (index 8) – sestry 8,00

ZPOD bez M (index 7) – ošetrovatelky 15,00

Dietní sestra 0,20

Další doporučený odborný personál

VNP Psycholog/JNP Psychoterapeut 0,20

Sociální pracovník 1,00

Nemocniční kaplan/pastor 0,50

Kromě uvedených pracovních pozic mohou jednotlivá zařízení podle svých specifických potřeb využít další možné související pracovní pozice: např. ergoterapeut, logoped, řidič dopravy nemocných, atp.

Pokud je hospicová paliativní péče poskytována v samostatném specializovaném zařízení – hospici, pak musí být jeho provoz dle platných norem zajištěn odpovídajícím způsobem i dalšími profesemi zdravotnického personálu. Jedná se o manažerské profese, ekonomické, technicko-hospodářské, pracovníky stravovacího provozu, prádelny, úklidu, údržby, atp. Vlastní personální složení zabezpečujícího týmu odpovídá specifickým podmínkám každého zařízení.

Součástí interdisciplinárního týmu mohou být řádně vyškolení a pravidelnými supervizemi koordinovaní dobrovolníci. Pracovní kompetence dobrovolníků jsou jasně vymezené v souladu s jejich praxí a vzděláním. S dobrovolníky je uzavřena písemná smlouva o dobrovolnické činnosti (stanoveny pracovní kompetence), dohoda o mlčenlivosti a prohlášení o bezpečnosti práce. Případně je zřízeno akreditované dobrovolnické centrum a činnost dobrovolníků je právně ošetřena a pojištěna podle zákona č. 198/2002 Sb. Požadavky na osobnostní předpoklady pro výkon práce dobrovolníka jsou stejné jako u pracovníků - viz výše. Dobrovolník, který pracuje v přímém kontaktu s pacientem, musí být právně bezúhonný<sup>201</sup>. Dobrovolníky školí, hodnotí, koordinuje jejich činnost a provádí nad nimi dohled řádně vyškolený a zkušený člen pracovního týmu – „koordinátor dobrovolníků“.

Náplň práce dobrovolníka:

vytváření společenství u pacienta, doprovázení pozůstalých, zajišťování nákupů pacientům, péče o květiny, služba v recepci a v čajovně, oprava a žehlení prádla, tlumočení, překlady, administrativní a redakční práce, osvěta v oblasti hospicové paliativní péče, pomoc při organizaci setkávání s pozůstalými, kulturních, vzdělávacích a benefičních akcí.

U mobilní paliativní péče se možnosti uplatnění dobrovolníků rozšiřují o pomoc v domácím prostředí pacienta s cílem odlehčení pro osoby pečující o pacienta, transport zdravotnických pomůcek do bytu pacientů, případně jejich montáž a zaučení pečovatelů v zacházení s těmito pomůckami.

Pracovně-právní vztahy se řídí podle platných předpisů<sup>202</sup>. Rodina a ostatní neformální poskytovatelé péče jsou základními spolupracovníky při poskytování účinné

---

<sup>201</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka

<sup>202</sup> Pracovněprávní otázky upravuje zejména Zákon č. 65/1965 Sb., Zákoník práce a Zákon č. 1/1991 Sb., O zaměstnanosti. Práva a povinnosti zaměstnanců týkající se bezpečnosti a ochrany zdraví při práci jsou uvedeny v § 135 Zákoníku práce. Odměňování zaměstnanců je upraveno zejména Zákonem č. 1/1992 Sb., O mzdě a Zákonem č. 143/1992 Sb. O platu. Profesní rozvoj zaměstnanců upravuje zákoník práce v ustanoveních § 141 a následující.

specializované paliativní péče. Zároveň jsou cílovou skupinou, které je tato komplexní péče určena.

### **Vzdělávání pracovníků**

Zákon č. 95/2004 Sb. uznává existenci samostatného specializačního oboru „Paliativní medicína a léčba bolesti“. v současné době se na tento obor specializuje Subkatedra paliativní medicíny a příslušné katedry IPVZ Praha.

V rámci projektu Paliativní péče v ČR byl připraven ucelený návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů<sup>203</sup>. Tento návrh je výsledkem dlouhodobých zkušeností a diskusí. Vznikl původně ve Švýcarsku, je však využitelný i v podmínkách ČR. Komentovaná kurikula přehledně rozlišují několik úrovní vzdělání lékařů a dalších vysokoškolských odborníků v paliativní péči: úroveň pregraduální pro studenty lékařství a zdravotně sociálních oborů, úroveň postgraduální všeobecnou a postgraduální specializovanou pro paliativní specialisty. Praktický výcvik v paliativní péči je vhodné zařadit do pregraduálního a specializačního studia všech ošetrovatelských oborů.

Pojem „jednotka paliativní péče“ se zde vztahuje na různé struktury, zvláště na oddělení paliativní péče v nemocnici, mobilní konziliární týmy paliativní péče v nemocnici, jednotky paliativní péče v ústavu sociální péče (nebo hospici), ambulantní týmy paliativní péče pro ambulantní hospicovou péči.

**Vzdělávání v oboru paliativní péče** musí vycházet ze základních mezinárodně uznávaných hodnot a principů, viz ÚVOD a ve vzdělání musí být zohledněno:

- interdisciplinární charakter péče
- etické aspekty paliativní péče
- výcvik v komunikaci (sdělování diagnózy, komunikace o smrti a umírání, emoční podpora a doprovázení pacienta a jeho blízkých, pomoc ve vyrovnávání se se smrtí)
- zohledňování hodnotových priorit, kulturní a duchovní orientace
- respektování individuálních přání a potřeb pacienta a jeho blízkých osob

Pro každého člena pracovního týmu v zařízení specializované paliativní péče vytváří vedení zařízení plán osobního rozvoje, na základě kterého je zařazován do systému dalšího vzdělávání. Systém vzdělávání počítá s tím, že náročná práce může mít emocionální dopad na členy týmu poskytovatelů paliativní péče. Členům týmu (včetně dobrovolníků) je dostupná emocionální a psychologická podpora ve formě pravidelných schůzek a supervizí za účelem zhodnocení a eliminování negativního dopadu péče na členy týmu. Pracovníci získávají podporu v oblastech zvyšování odolnosti proti stresu z fyzicky a psychicky namáhavé práce a rovněž proti tzv. „syndromu vyhoření“. Zařízení realizuje též systém manažerské supervize, který pomáhá zlepšit vzájemnou

---

<sup>203</sup> Porchet, F., Eychmüller, S., Seiner, N.: **Vzdělávání v paliativní péči**. Zpracovali: Kalvach, Z. a Sláma, O., Praha, Cesta domů 2004

komunikaci v pracovních týmech a vede k efektivnějšímu řízení a nápravě případných chyb a nedostatků. Členům týmu jsou trvale dostupné informační zdroje a průběžné profesní doškolování v klíčových oblastech paliativní péče. Účast členů týmu na vzdělávacích a doškolovacích aktivitách je dokumentována.

### **Požadavky na členy paliativního týmu v oblasti vzdělávání a zvyšování kvality poskytované péče:**

- pravidelné vzdělávání a prohlubování odborných znalostí (studium odborné literatury, účast na odborných kurzech a školeních atd.)
- schopnost využít získané znalosti a tyto znalosti dále předávat
- aktivní vyhledávání novinek v paliativní péči a jejich zavádění do praxe
- účast na pravidelném vyhodnocování kvality poskytované péče a využívání výsledků tohoto vyhodnocování v klinické praxi

### **Jednotky specializované paliativní péče vyvíjejí edukační činnost pro další zájemce:**

#### Osoby pečující o své blízké v domácím prostředí

Zařízení v rámci svých možností vzdělává osoby pečující o pacienta, případně jim nabízí služby poradny nebo telefonické poradenské linky (vhodné je doplnění o půjčovnu zdravotnických pomůcek). Ti, kdo pečují o své blízké (zvláště pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu nemocného, nebo pokud se vrací do domácího prostředí apod.), potřebují být vybaveni informacemi a praktickými dovednostmi tak, aby se mohli o nemocného správně postarat a on mohl nadále zůstat v domácím prostředí.

#### Široká odborná i laická veřejnost

Zájemcům o specializovanou paliativní péči z řad odborníků, studentů, zakladatelů a pracovníků nově vznikajících zařízení jsou předávány informace i praktické dovednosti prostřednictvím stáží, praxí, školení a exkurzí. Poskytovateli této formy vzdělávání přináší tato otevřenost zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče a je to též praktická forma šíření „hospicové myšlenky“.

### **Prostředí, věcné a technické vybavení**

Optimální věcné a technické vybavení odpovídá specifickým potřebám jednotlivých typů péče. Smyslem je, aby prostředí umožňovalo pracovnímu týmu specializované paliativní péče:

1. uskutečňovat první i další následující kontakty s pacienty, blízkými osobami a pozůstalými v dostupném a vlídném prostředí, přičemž je zajištěno soukromí
2. poskytovat péči a léčbu a další služby pro pacienty a jejich blízké osoby při zajištění bezpečí, soukromí, pohodlí a dalších požadavků:
  - prostředí je uzpůsobené k zajištění podmínek pro poskytování komplexní péče jak v oblasti zdravotní, tak i sociální, psychologické a duchovní

- prostředí je vybaveno vhodným nábytkem a polohovacím lůžkem, je umožněn aktivní i pasivní antidekubitní režim
- návštěvy u pacienta jsou možné 24 hodin denně
- je umožněn pobyt blízké osoby u pacienta, včetně možnosti přenocování
- prostředí umožňuje udržování čistoty, regulaci osvětlení a tepla
- prostředí je v optimálním případě vybaveno samostatnou koupelnou a WC, 1 hygienickou bezbariérovou jednotkou (WC a koupelna s umyvadlem a sprchou) pro max. 4 nemocné
- pacient dostává stravu v souladu s hygienickými normami a svými potřebami
- pacient může být obklopen svými předměty, používat své jídelní nádobí, svůj rozhlasový či TV přijímač, v případě domluvy mít své vlastní oblečení (pak je nutné zajistit dle domluvy s pacientem a jeho blízkými kvalitní praní)
- je zajištěno bezpečné uložení pacientových financí a cenností <sup>13</sup>

3. pružně reagovat na aktuální zdravotní stav pacienta užitím vhodných postupů:

- poskytování ošetrovatelské péče
  - poskytování nezbytných léčebných procedur
  - podpora dýchání připojením na centrální rozvod kyslíku nebo mobilním oxygenerátorem
  - podpora dýchání odsáváním sekretů
  - zajištění osobní hygieny v případě imobility
4. být v nepřetržitém kontaktu s pacienty s pomocí signalizačního zařízení
  5. vyřizovat administrativní práce, listinnou i elektronickou poštu
  6. vést telefonické konzultace
  7. uskutečňovat setkání týmu
  8. skladovat dokumentaci v souladu s legislativními normami
  9. skladovat léky a další zdravotnický materiál
  10. skladovat opiáty a další sledované léky v souladu s legislativními normami
  11. skladovat zdravotnické pomůcky a provádět jejich očistu a dezinfekci

Druh a množství pomůcek a přístrojů pro specializovanou paliativní péči jsou odvislé od počtu pacientů a jejich diagnózy. Pomůcky a přístroje jsou pravidelně revidovány a udržovány autorizovanými firmami podle doporučení výrobce. Pracovníci oprávnění k používání zdravotnických přístrojů a zařízení jsou náležitě seznámeni se způsobem jejich obsluhy. Některé služby si zařízení zajišťuje smluvně - např. laboratoř, rtg, likvidace odpadu apod.

**Přehled základních pomůcek a přístrojů:**

- polohovací lůžko (dle počtu pacientů + 2 náhradní lůžka)
- antidekubitní a polohovací pomůcky
- aktivní a pasivní antidekubitní matrace (pro každé lůžko alespoň jeden z režimů)

- injekční dávkovače pro parenterální i enterální výživu (min. 2 ks pro 30 pacientů)
- lineární dávkovač léků (min. 5 ks pro 30 pacientů)
- odsávačky (min. 2 ks pro 30 pacientů, nebo režim centrálního odsávání)
- mobilní (min. 2 ks oxygenerátor nebo centrální rozvod kyslíku)
- glukometr (1 ks pro 30 pacientů)
- přenosné EKG (1 ks pro zařízení do 60 lůžek)
- základní vybavení pro neodkladnou resuscitaci
- pojízdná vana, případně mycí lůžko
- WC židle pojízdné a stabilní k lůžku (min. 10 ks pro 30 pacientů), chodítka pojízdné nízké a vysoké (min. 1 ks pro 30 pacientů), mechanické pojízdné křeslo (min. 5 ks pro 30 nemocných)
- pojízdný vozík do sprchy (min. 3 ks na 30 pacientů)
- další pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem
- signalizační zařízení (rozvod ke každému lůžku) a další drobné pomůcky

### **Tělesné aspekty péče**

Odborná péče usiluje o udržení maximální mobility a funkční kapacity pacientů s ohledem na jejich přání a **prevenci bolestivých stavů**. Bolest, další symptomy a případné vedlejší účinky léčby jsou zvládnány v souladu s nejlepšími známými postupy. Součástí interdisciplinárního týmu jsou odborníci specializovaní na léčbu bolesti a dalších symptomů provázejících umírání. Řešení nepříjemných symptomů a vedlejších účinků zahrnuje farmakologické, nefarmakologické, doplňkové a podpůrné terapie. Základem specializované paliativní péče je průběžné vyhodnocování a dokumentování bolesti i nebolestivých symptomů, omezení funkčních možností a vedlejších účinků terapie. Cílem této kontroly bolesti a symptomů je bezpečné a včasné odstranění bolesti a dalších závažných symptomů, případně jejich omezení na úroveň pro pacienta přijatelnou po celou dobu poskytované péče. Reakce pracovníků na nepříjemné symptomy je okamžitá a zpětně sledovatelná za pomoci záznamů ve zdravotní dokumentaci. v případě dlouhodobé aplikace sledovaných látek je vypracován plán omezení rizik. Odstranění či zmírnění utrpení je komplexní a zabývá se fyzickými, psychologickými, sociálními a duchovními aspekty.

Aktivně jsou sledovány a mírněny především tyto projevy pokročilých stadií nevléčitelných onemocnění:

bolest, nauzea, zvracení, dechová nedostatečnost, slabost a vyčerpání, nespavost, zácpa, funkční omezení nejrůznějšího typu, úzkosti, deprese, zmatenost a další psychické symptomy.

Z ošetrovatelského hlediska se péče zaměřuje především na tyto oblasti:

- péče o pokožku
- prevence proleženin a polohování
- nutriční péče a poradenství v otázkách příjmu potravy
- péče o vyprazdňování
- péče o pitný režim
- péče o dýchací cesty, zvláště při onemocněních dýchacího systému, včetně péče o dutinu ústní, (především v preterminální a terminální fázi)

Vhodným způsobem je posuzováno, jak pacient a jeho blízké osoby rozumí nemoci, jejím souvislostem, funkčním omezením, vhodné terapii a jejím vedlejšími

účinkům. Posuzována je rovněž jejich schopnost zajistit si a přijímat nezbytnou péči a vyrovnávat se s nemocí a s jejími důsledky. Osobám pečujícím o pacienta je poskytnuta edukace a podpora v poskytování bezpečné a vhodné péče a jsou jim doporučeny prostředky reakce na urgentní situace. Pacient a pečující osoby mají možnost volby při rozhodování o dalším plánu péče. Jednotlivé služby na sebe navazují. v případě potřeby je pacientovi doporučena a zprostředkována péče specialistů. Pozornost je věnována též zajištění co nejvyšší tělesné i psychické pohody.

### **Psychologické aspekty péče**

Odborná psychologická péče usiluje o přiměřenou podporu pacienta a jeho blízkých v obtížné situaci pokročilého onemocnění. Psychologická podpora je nabídnuta i pozůstalým. Systematická psychologická péče a podpora jsou rovněž poskytovány všem členům týmu.

Psychologické a psychiatrické problémy jsou řešeny v souladu s nejlepšími dostupnými znalostmi. Služby v této oblasti jsou považovány za klíčový prvek programů paliativní péče. Členy interdisciplinárního týmu nebo externími spolupracovníky jsou odborníci se znalostmi a dovednostmi v oblasti prevence, diagnostiky, psychologické pomoci a odborné psychiatrické péče a to jak pacientů trpících závažným onemocněním, tak u jejich blízkých osob. Pravidelně jsou u sledovaných osob hodnoceny a dokumentovány tyto ukazatele:

- zhodnocení potřeby poskytované péče
- psychologické reakce (včetně stresu a obav z budoucnosti) a psychiatrické jevy (včetně depresí, úzkostí, delirií a kognitivních poruch)
- úroveň porozumění nemoci, symptomům a vedlejším účinkům léčby
- způsob, jakým chápou onemocnění a jeho dopad na pacienta a jeho okolí blízké osoby pacienta
- strategie vyrovnávání se s tíživou životní situací
- hlavní potřeby blízkých osob pacienta a zhodnocení jejich schopnosti poskytnout potřebnou péči a vyrovnat se s novou situací
- posouzení rizik žalu nebo pocitu ztráty u pacientů a jejich blízkých osob
- kulturní a duchovní potřeby pacienta a jeho blízkých osob, jejich očekávání a preference

Při léčení psychických potíží nebo psychiatrických syndromů jsou vhodným způsobem používány farmakologické, nefarmakologické a doplňkové terapie. Alternativy léčení jsou jasně dokumentovány a projednány tak, aby pacient a jeho pečovatelé mohli provést informovaný výběr. Blízké osoby pacienta jsou poučeny a podporovány v poskytování bezpečné a vhodné podpory pacientovi. Reakce na symptomy je okamžitá a sledovatelná v dokumentaci. Pravidelně se rovněž dokumentuje přehodnocování efektivnosti léčby a preference pacienta a jeho blízkých osob. v případě potřeby je zajištěna pomoc zdravotnických odborníků se specializovanými znalostmi psychologických a psychiatrických postupů (např. psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů a sociálních pracovníků). Postup zlepšování kvality a kontroly psychologických a psychiatrických postupů a efektivnosti léčby je dokumentován a vede ke změnám klinické praxe.



Pediatrickým pacientům, jejich sourozencům a dětem nebo vnoučatům dospělých pacientů je poskytována podpora přiměřená stupni jejich vývoje. Komunikace s dětskými pacienty a pacienty se sníženou kognitivní schopností je prováděna verbálními, neverbálními či symbolickými prostředky přiměřenými jejich věku, stupni vývoje a kognitivním schopnostem.

Obsahem psychologické a psychiatrické péče je také podpora pozůstalých po dobu bolesti ze ztráty blízkého člověka. Podpora a pomoc v době truchlení jsou poskytovány s ohledem na kulturní a duchovní potřeby a preference pozůstalých. Služby v této oblasti jsou pozůstalým dostupné po dobu nejméně 12 měsíců od úmrtí pacienta. Pracovníci poskytující tyto služby procházejí průběžným školením a dostává se jim podpory.

### **Duchovní a existenciální aspekty péče**

Interdisciplinární tým specializované paliativní péče poskytuje pacientům a jejich rodinám podporu v řešení duchovních a existenciálních otázek kladených v souvislosti s pokročilým nevléčitelným onemocněním.

Členy pracovního týmu jsou odborníci se znalostí hodnocení a citlivého reagování na duchovní a existenciální otázky spojené s život ohrožujícím onemocněním. Zařízení spolupracuje i s externími odborníky. Poskytovatelé paliativní péče umožňují na základě přání pacienta nebo jeho rodiny kontakt s duchovními jejich vlastní náboženské víry či jejich náboženskými komunitami.

V zařízení specializované paliativní péče je důsledně respektován hodnotový systém a náboženské přesvědčení každého pacienta. Pracovní tým respektuje a případně pomáhá zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny. v rámci paliativní péče je prováděn a zdokumentován citlivý, pravidelný a průběžný průzkum duchovních a existenciálních potřeb (nadějí a obav, rozhodujících životních postojů a přesvědčení, pocitů viny, víry v posmrtný život a dalších otázek spojených s koncem života) u pacienta a jeho nejbližších osob, pokud s tím pacient souhlasí. Pokud je to možné, jsou používány standardizované postupy. v otázkách týkajících se konce života je pomoc nabízena způsobem odpovídajícím individuálním i rodinným kulturním a náboženským hodnotám. Preference pacienta a jeho blízkých osob jsou dokumentovány. Preference pacienta mají vždy přednost.

Používání náboženských symbolů ve vybavení lůžkových zařízení bere ohled na kulturní a náboženské rozdíly mezi církvemi různých vyznání a též na požadavky osob bez vyznání.

### **Sociální aspekty péče**

Specializovaná paliativní péče usiluje o snížení nepříznivého dopadu obtížné životní situace na pacienta a jeho okolí. Součástí specializované paliativní péče je zdokumentované komplexní zhodnocení sociální problematiky, které zahrnuje: rodinné zázemí a další sociální a kulturní vazby pacienta, jeho komunikační omezení, finanční podmínky, případně dostupnost potřebného vybavení pro poskytování mobilní

hospicové péče, dostupnost dalších poskytovatelů péče a možnosti dopravy do případných jiných zařízení.

Komplexní péče pomáhá pacientovi a jeho blízkým řešit praktické sociální problémy vzniklé v souvislosti s vážným onemocněním (např. poradenství v oblasti možností státní finanční podpory, důchodového zabezpečení, posudkových řízení, služby notáře atd.) Plán sociální péče je formulován se zřetelem na sociální možnosti i kulturní zvyklosti pacienta a jeho blízkých osob, vyjadřuje jejich hodnoty, cíle a preference na základě interdisciplinárního posouzení. Při komunikaci s pacientem a jeho blízkými osobami berou všichni členové týmu ohled na kulturní tradice a odlišnosti týkající se způsobu sdělování informací a forem rozhodování. v případě potřeby používají vhodné tlumočnické služby.

Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pacienta. Tento cíl vyžaduje celostní přístup beroucí v úvahu pacienta s jeho životními zkušenostmi i současným stavem.

V průběhu poskytování paliativní péče dochází k pravidelným schůzkám pacienta a jeho blízkých osob se členy interdisciplinárního týmu podle potřeb pacienta a jeho blízkých osob. Cílem těchto schůzek je zlepšit vzájemné porozumění, řešit důležité otázky související s paliativní péčí, poskytnout srozumitelné informace, pomoci s rozhodováním, projednat cíle péče, zjistit přání, preference, naděje a obavy pacienta a jeho blízkých, poskytnout jim emocionální a sociální podporu a zlepšit vzájemnou komunikaci.

### Respitní péče

Neformálním poskytovatelům péče (rodina nebo jiné blízké osoby pacienta) je v hospici s ohledem na možnosti lůžkového fondu k dispozici také účinná respitní péče (z anglického „respite“ - oddech, přestávka, pauza). Jedná se o pobyt na omezenou dobu (dosud většinou do 3 měsíců), jehož cílem je podpořit dosud pečující rodinu či blízké nemocného. Tímto může být chronicky nemocný s nutností péče další osoby, nicméně také pacient s nevléčitelným onemocněním v době dlouhodobější stabilizace stavu. Tento pobyt může sloužit i pro revizi zdravotního stavu nemocného v domácí paliativní péči a zhodnocení možností dalšího naplňování jeho potřeb v dosavadním typu péče. Pobyt je sjednaný s osobami pečujícími o nemocného s jeho souhlasem, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje. Sociální rozměr této péče se většinou neliší od péče o chronicky nemocné, dosud ošetřované mimo systém specializované paliativní péče, v duchu bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu chronického onemocnění. Spíše je její nedílnou součástí.

Formy této respitní péče musí být přizpůsobeny preferencím pacienta a jeho pečovateli. Pokud je nutné zajistit sociální pomoc nebo pomoc v domácnosti, škole či zaměstnání, dopravu, rehabilitaci, léky, potřebné konzultace, přístupnost obecních zdrojů a vybavení, jsou k tomuto účelu do péče o pacienta a jeho rodinu zapojovány příslušné služby a organizace, včetně dobrovolníků.

## Právní a etické aspekty péče

Členy interdisciplinárního týmu poskytujícího hospicovou paliativní péči jsou zkušení specialisté obeznámení s etickou a právní problematikou lékařského rozhodování. Zdravotnické zařízení spolupracuje též s externími odborníky (právník, notář apod.).

Péče je poskytována v souladu s profesními etickými kodexy a národními a mezinárodními úmluvami o právech pacientů. Záměry, preference a rozhodnutí pacienta jsou, s přihlédnutím k omezením daným platným právním řádem, respektovány a tvoří základ plánu péče.

Mezi základní práva pacienta paliativní péče patří právo na lidskou důstojnost a na nejvyšší možné zmírnění bolesti a utrpení. Dalším základním požadavkem je, že členové týmu respektují autonomii pacienta tím způsobem, že se s ním domlouvají na prioritách a cílech péče, neupírají mu požadované informace a respektují jeho přání nebýt léčen.

Plán poskytované péče vytváří interdisciplinární tým na základě přání vyjádřených pacientem nebo jeho rodinou či opatrovníkem. Souhlas pacienta s průběhem péče a další jeho preference jsou pravidelně ověřovány a v lékařských záznamech dokumentovány a při rozhodování o dalším postupu jsou směrodatné. Dospělí pacienti se zachovanými rozhodovacími schopnostmi sami stanovují míru zapojení rodiny do rozhodování a posuzování plánu péče a tato rozhodnutí jsou plně respektována. Pacientům nebo jejich zákonným zástupcům je při rozhodování poskytována podpora v oblastech sociálních, právních, a psychologických, včetně zohlednění aspektů etických. Je zdůrazňována možnost svobodné volby a autonomie a hodnoty pacienta jako jedinečné lidské bytosti.

Tým paliativní péče podporuje dlouhodobé plánování, které umožňuje pochopit a s pacientem nebo jeho zákonným zástupcem projednat jeho preference týkající se poskytovaných služeb během celého období péče, včetně terminálního stadia. v případech, kdy pacient již není schopen nadále komunikovat, snaží se program paliativní péče identifikovat dřívější instrukce ohledně budoucí péče, dříve vyjádřená přání, hodnoty a preference. Tým je garantem dodržení dříve vyjádřených přání pacienta nebo jeho zákonného zástupce. Pacient má právo být seznámen se záznamy o svém zdravotním stavu v souladu s platnými právními normami. Zdravotní dokumentace je uchovávána způsobem stanoveným v platných právních normách, je přístupná jenom oprávněným osobám.

Pracovní tým zdravotnického zařízení hospicové péče si uvědomuje komplexní etické problémy vyplývající z péče o osoby s život ohrožujícími a omezujícími onemocněními a je schopen tyto problémy řešit. Etické otázky, které se v rámci poskytování paliativní péče často objevují, jsou rozpoznány a včas řešeny tak, aby se pokud možno předešlo vzniku závažných etických dilemat, případně aby tato dilemata byla vhodným způsobem vyřešena. Mezi tyto otázky patří: otázka prospěšnosti jednotlivých typů paliativní péče, respektování osobnosti pacienta a jejího práva na sebeurčení, pravdivého informování pacientů a jejich rodin, vhodnosti ukončení neefektivní léčby, otázka odepření léčby (včetně výživy a zavodňování), posouzení schopností, souhlasu a povolení u osob nezletilých a problematika informovaného souhlasu, otázka spravedlivé distribuce péče a problematika střetu zájmů, zjišťování přání u obtížně komunikujících osob, dodržení příkazů pacientů týkajících se možné resuscitace

a použití sedativ, řešení pozůstalosti. Etické otázky jsou dokumentovány a v případě potřeby projednávány s poradci nebo příslušnými etickými výbory.

Zdravotnický personál poskytující paliativní péči je seznámen s platnými právními předpisy, které se týkají lékařského rozhodování, dlouhodobého plánování péče, rolí a odpovědností zákonných zástupců; s předpisy týkajícími se opiátů a jiných sledovaných látek, konstatování smrti, požadavků na pitvu, na darování orgánů a na vedení zdravotnické dokumentace včetně ochrany osobních údajů a lékařského tajemství. Veškerá péče je poskytována v souladu s požadavky příslušných zákonných norem. Zařízení chrání práva pacientů a jejich blízkých osob v souladu s platnými zákony na ochranu osobnosti a osobních dat. Všechny postupy ošetrovatelské a léčebné péče jsou v souladu se zákonnými normami a nejnovějšími medicínskými postupy „lege-artis“. Pacientům a jejich blízkým osobám je doporučováno, aby při stanovování a úpravách poslední vůle, majetkového vypořádání a opatrovnictví využívali služeb k tomu určených odborníků. Zařízení jim na požádání poskytne potřebné kontakty.

Všechny procesy v provozu zařízení specializované paliativní péče jsou řízeny na základě dokumentace schválené příslušnými odbornými institucemi.

Okresní hygienická stanice schvaluje: provoz kuchyně a způsob přípravy stravy, provoz prádelny a způsob distribuce prádla, úklid a dezinfekci místností, dezinfekci zdravotnických pomůcek. Kuchyně a prádelna nemusí být součástí zařízení, ale jejich služby mohou být zajištěny dodavatelsky.

Akreditovanými institucemi jsou pravidelně kontrolovány parametry a bezpečnost přístrojů používaných pro hospicovou péči. Likvidace komunálních a biologických odpadů je zajišťována odbornou firmou v souladu s platnými normami. Evakuační plány a protipožární ochrana je schválena příslušnými institucemi.

Vyskytne-li se v procesu poskytování specializované paliativní péče jakýkoliv jiný nedostatek či nehoda, bude toto řádně zdokumentováno, prošetřeno a neodkladně učiněna příslušná nápravná opatření. Stížnosti na kvalitu a bezpečnost poskytované péče jsou dokumentovány a podle vnitřního postupu řešeny.

#### Legislativní úprava

Standards jsou předpisem doporučující povahy. Jde o normy obecného charakteru, které slouží k vymezení minimální úrovně kvality péče, která by měla být standardně dodržována všemi zařízeními poskytujícími specializovanou paliativní péči. Závaznými se stávají v případě, kdy zřizovatel jednotky specializované paliativní péče standardy začlení mezi vnitřní předpisy a jejich dodržování stanoví jako povinnost, nebo pokud se tyto standardy stanou součástí smluvního ujednání (např. mezi zřizovatelem a pacientem).

Standards se dotýkají obecně závazných právních předpisů. Mezi nejdůležitější právní předpisy patří zejména:

- a) Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
- b) Listina základních práv a svobod (publikována pod č. 2/1993 Sb.)
- c) Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod (publikována pod č.209/1992 Sb.)
- d) Zákon č. 106/1999 Sb., O svobodném přístupu k informacím

- e) Zákon č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů
- f) Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon
- g) Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
- h) Zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu
- i) Zákon č. 100/1988 Sb., O sociálním zabezpečení
- j) Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce
- k) Zákon č.1/1992 Sb., O mzdě
- l) Zákon č.143/1992 Sb., O platu
- m) Zákon č.1/1991 Sb., O zaměstnanosti
- n) Zákon č. 563/1991 Sb., O účetnictví
- o) Zákon č. 50/1976 Sb., O územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon)
- p) Vyhláška č. 137/1998 Sb. O obecných technických požadavcích na výstavbu
- q) Vyhláška č. 369/2001 Sb., O obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami
- r) s omezenou schopností pohybu a orientace

S problematikou, kterou se standardy zabývají, souvisí i další právní předpisy, zejména vyhlášky ministerstev a nařízení vlády, případně i obecně závazné vyhlášky samosprávných celků. Je ambicí standardů stát se součástí právních předpisů procesních nebo právních předpisů podzákonných – např. jako součást vyhlášky ministerstva.

### **Odkaz na literaturu a další prameny**

Publikace vydané v rámci projektu Paliativní péče v ČR, vydalo: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Praha 2004

- **Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům** -o organizaci paliativní péče
- **Koncepce paliativní péče v ČR** - Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi
- **Vzdělávání v paliativní péči** - Návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů
- **Standardy domácí paliativní péče** - Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče

Další podklady

- **Materiály pracovní skupiny pro paliativní péči při MKČR**
- **Standardy pro hospicovou péči** - Hospic Citadela Valašské Meziříčí

Zahraniční standardy hospicové a paliativní léčby a péče:

- **Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care**, National Consensus Project, Pittsburg, Pennsylvania, USA, 2004, [www.nationalconsensusproject.org/guidelines](http://www.nationalconsensusproject.org/guidelines)

- **Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians**, by Palliative Care Australia, Canberra 2005
- **National care standards – hospice care**, National Care Standards Committee, 2002 IRL

### Užité výrazy

autonomie pacienta  
 blízké osoby pacienta  
 cílová skupina  
 členové pracovního týmu specializované paliativní péče  
 edukační funkce  
 fáze podle Kübler Rossové  
 informovaný souhlas  
 interdisciplinární tým  
 komplexní péče  
 kontinuita péče  
 konziliární tým  
 medicínské postupy lege-artis  
 multiprofesní tým  
 neformální poskytovatelé péče  
 opioidy, opiáty  
 plán péče  
 preterminální stádium onemocnění  
 respitní péče – odlehčovací  
 sociální prostředí, náhradní sociální prostředí  
 specializovaná paliativní péče (zkratka SPP)  
 standardy kvality  
 stav ante-finem  
 terminální stádium onemocnění – konečná fáze nevléčitelného onemocnění  
 zdravotnické zařízení specializované paliativní péče – lůžkové, ambulantní, mobilní  
 hospicová péče

Kontaktní osoba za zpracovatele: Bc. Adéla Linhartová, Hospic Anežky České v ČK,  
 ul. 5. května 1170,  
 549 41 Červený Kostelec, [linhartova@hospic.cz](mailto:linhartova@hospic.cz), 491 467 054

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče: Modletická 1401/8, 149 00 Praha 4  
 Mgr. Eva Černá, Tel: 731 461 142, [asociacehospicu@email.cz](mailto:asociacehospicu@email.cz)

## PŘÍLOHA IV.

### STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

## Péče o umírající

<b>Skupina o kterou je pečováno</b>	<b>Uživatel sociální služby</b>
<b>Kompetentní osoby</b>	<b>Sestry bakalářky, specialistky, diplomované, všeobecné, ošetrovatelky a pracovníci přímé obslužné péče</b>
<b>Místo použití</b>	<b>Jednotlivé stanice zařízení</b>
<b>Sestavila</b>	<b>Komise pro tvorbu standardů</b>
<b>Nabývá účinnosti dne</b>	<b>1. 10. 2009</b>
<b>Kontrola platnosti standardu</b>	<b>Komise pro tvorbu standardů, průběžně, nejdéle 1x za 3 roky</b>
<b>Kontaktní osoba</b>	<b>vrchní sestra</b>
<b>Revize standardu provedena dne</b>	

## **Definice:**

Péče o umírající je nelehkým úkolem a pro každého zdravotnického pracovníka je kontakt s umíráním a smrtí zátěžovou situací, s níž se musí postupem času vyrovnat. To vyžaduje vysokou míru lidského přístupu a uplatnění všech znalostí a dovedností, které jsou potřebné pro holistickou, bio-psycho-sociálně duchovní péči, zaměřenou na měnící se potřeby terminálně nemocných i jejich rodin.

**Umírání** je postupný proces probíhající ve třech fázích, na jehož konci je smrt. Umírání je jedna z fází života organismu.

- I. fáze: doba od zjištění nemoci neslučitelné se životem až do vlastní smrti
- II. fáze: vlastní smrt
- III. fáze péče o mrtvé tělo, péče o pozůstalé

## **Ošetrovatelský cíl:**

- Zajistit důstojné a pokojné umírání bez bolesti a jiných nežádoucích příznaků patologického stavu nemocných
- Pečovat o všechny biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby umírajících
- Ošetřit tělo zemřelého s úctou ke skončenému životu
- Podpora a pomoc pozůstalým v období smutku

## **Pomůcky:**

Pomůcky pro ošetrovatelskou péči vyplývající z individuálních potřeb terminálně nemocných.

## **Ošetrovatelský postup:**

### **I. fáze umírání**

- Nikdy nepodáváme nemocnému ani jeho rodině informace o zdravotním stavu či prognóze umírajícího ani na jejich výslovné přání. Vždy odkazujeme na lékaře.
- Dokumentujeme pečlivě veškerou ošetrovatelskou péči.
- Respektujeme práva umírajících ( viz. příloha č. 1) a tím výrazně přispíváme k důstojné a pokojné smrti.

### **Psychická péče a podpora:**

- Poskytnout klientovi prostor pro vyjádření všech emocí a projevů. Má na ně právo.
- Monitorovat včas nejčastější psychické problémy umírajících, jako strach, úzkost, bezmocnost, beznaděj.
- Najít dostatek času na rozmlouvání s umírajícím, nešetřit doteky, a vlídnými slovy. Dát umírajícímu najevo, že jste tady pro něj.
- Nebrat umírajícímu naději na uzdravení či zlepšení zdravotního stavu. Nabízet mu kontakt na svépomocné skupiny lidí se stejnou diagnózou.



- Vyvarovat se slov posilujících strach ze smrti, jako je rakovina či zhoubné onemocnění. Raději používat slova jako např. „Vaše současné onemocnění, změněná tkáň“ apod.
- Umožnit umírajícímu přítomnost rodiny a všech lidí, které má rád, vždy když to bude možné a bude si to klient přát.

### **Duchovní péče a podpora:**

- Respektovat a neopomíjet duchovní potřeby umírajících.
- Zajistit kněze či náboženskou literaturu, bude-li si to klient přát.

### **Sociální péče a podpora:**

Umožnit klientovi zajištění úředních záležitostí, je-li potřeba, přes rodinné příslušníky nebo kontaktovat sociální pracovníci.

### **Péče biologické potřeby:**

- Zaměřit se na uspokojování biologických potřeb umírajícího, zvláště pak při zhoršujícím se stavu klienta
- Pečlivě hodnotit škálu bolesti. Umírající má právo necítit bolest.
- Zaměřit se na odstranění všech nežádoucích účinků, na dodržování osobní hygieny, zmírnění dýchacích obtíží, pomoc při pohybování, prevenci dekubitů, přiměřenou výživu, adekvátní přívod tekutin, vylučování, sledování sensorických změn a vitálních funkcí.
- Rozpoznat včas příznaky blížící se smrti, tj. stručně: ztráta svalového tonu, změny vitálních funkcí, zpomalení krevního oběhu a narušení smyslových funkcí.

## **II. fáze umírání**

Snažit se být s umírajícím v okamžiku vlastní smrti. Pro vlastní smrt svědčí úplná a nevratná ztráta vědomí, dochází ke smrti mozku a orgánů lidského těla.

## **III. fáze umírání**

- Provádět s úctou péči o mrtvé tělo.
- Poskytnout rodině zemřelého dostatek času na truchlení.
- Zajistit odbornou psychologickou pomoc rodině zemřelého, jestli –že si o to požádá.

### **Komplikace:**

- Upozornit lékaře na každou nově vzniklou komplikaci
- Zhoršování tělesného stavu – je individuální, závislé na povaze onemocnění umírajícího.
- Duševní krize – vyžaduje odbornou psychologickou pomoc. Umírajícího nenecháváme o samotě.

### **Zvláštní upozornění:**

Péče o umírající je extrémně náročná pro všechny zúčastněné. Není v možnostech ošetrovatelského standardu poukázat na všechna úskalí a důležitosti, týkající se problematiky umírání a smrti. Proto odkazujeme na vhodnou literaturu.

### **Použitá literatura:**

Zákon č. 19/1988 Sb. O postupu při úmrtí a pohřebnictví

256/2001 Sb. O pohřebnictví a změně některých zákonů

Kolierová, B. – Erbová, G. Olivierová, R. Ošetřovatelství. Martin: Osveta 1995

Haškovcová, H., Thanatologie, nauka o umírání a smrti, Galén, Praha 2000

Tóthová V., Ošetřovatelství , JU v Českých Budějovicích 2000

### **KONTROLNÍ MECHANISMUS**

<b>PRACOVNÍK</b>	<b>ČETNOST</b>
<b>Vrchní sestra</b>	<b>Namátkově</b>
<b>Staniční sestra</b>	<b>Průběžně</b>
<b>Sestra ve službě</b>	<b>Průběžně</b>

## **Práva umírajících**

- Má právo, aby se s ním zacházelo jako s živým člověkem až do jeho smrti.
- Má právo udržovat si naději, necht' už se zaměří na cokoliv.
- Má právo na poskytování péče takovými lidmi, kteří dokážou jeho naději udržovat, necht' už se situace změní jakkoliv.
- Má právo na vyjadřování svých pocitů týkajících se blížící se smrti a to svým osobitým způsobem.
- Má právo účastnit se rozhodování, která se týkají péče o něho samého.
- Má právo očekávat nepřetržitý lékařský a ošetrovatelský zájem o něho samého, i když se budou muset léčebné cíle nahradit cíly sledujícími udržování jeho pohody.
- Má právo na to, aby nezemřel osamocený.
- Má právo nemít bolest.
- Má právo na čestné odpovědi na své otázky.
- Má právo na to, aby mu nikdo nelhal.
- Má právo na to, aby ve chvíli, kdy si uvědomí blížící se smrt, pomohla jeho rodina a pomoc byla poskytnuta i jeho příbuzným.
- Má právo zemřít v klidu a důstojně.
- Má právo ponechat si svoji individualitu a nebýt souzený za svá rozhodnutí, které mohou být v rozporu se stanovisky jiných.

## PŘÍLOHA V.

### STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

### **Péče o zemřelého**

<b>Skupina o kterou je pečováno</b>	<b>Uživatel sociální služby</b>
<b>Kompetentní osoby</b>	<b>Sestry všech oborů a stupňů vzdělání</b>
<b>Místo použití</b>	<b>Jednotlivé stanice zařízení</b>
<b>Sestavila</b>	<b>Komise pro tvorbu standardů</b>
<b>Nabývá účinnosti dne</b>	<b>2. 1. 2010</b>
<b>Kontrola platnosti standardu</b>	<b>Komise pro tvorbu standardů, průběžně, nejdéle 1x za 3 roky</b>
<b>Kontaktní osoba</b>	<b>vrchní sestra</b>
<b>Revize standardu provedena dne</b>	

## Péče o zemřelého

### Definice:

**Smrt, úmrtí, skon**, latinsky **exitus**, je (z biologického a lékařského hlediska) zastavení životních funkcí v organismu spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Umírání je postupný proces na jehož konci je smrt. Smrt je tedy stav organismu po ukončení života. Smrt nelze zaměňovat s umíráním, neboť umírání je jedna z fází života organismu. To, co má smrtelné následky (např. určitá dávka jedu, nevhodný léčebný postup atd.), se nazývá jako *letální*.

### Cíl:

Ošetřit tělo zemřelého s úctou ke skončenému životu.

### Pomůcky :

- Rukavice
- Pomůcky k očištění těla (žínka, umyvadlo, ručník)
- Nůžky a materiál k převazu ran
- Obinadlo
- Bílé prostěradlo na zakrytí zemřelého na pokoji
- Tmavé prádlo pro upravení zemřelého v chladícím boxu
- Identifikační páska
- Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace

### Ošetrovatelský postup:

- Sestra kontaktuje lékaře, který konstatuje smrt.
- Zajištění intimity zemřelého (spolubydlící pokud je to možné opustí pokoj na dobu nezbytně nutnou cca 2hod).
- Odstranění všech lůžkovin z lůžka, ponechat jen prostěradlo.
- Svléknutí zemřelého, omytí celého těla, vyjmutí zubní protézy (má-li zemřelý nesnímatelnou zubní protézu, nahlásit lékaři) odstranění ozdobných předmětů, odstranění katétru a převaz všech defektů.
- Zajištění identifikace těla zemřelého, připnutím popsané identifikační pásky na zápěstí zemřelého (jméno, příjmení, rok narození, datum a hodina úmrtí, název stanice).
- Zajištění zavřených očí a úst zemřelého (šetrné přelepení víček, podvázání nebo podložení dolní čelisti), horní končetiny položené podél těla, nebo na bříše.
- Ponechání těla zemřelého na pokoji 2 hod, při otevřeném okně.
- Zapnutí chladícího zařízení - požádat personál stanice B2.
- Před odvozem zemřelého do chladícího boxu informovat stanice, kterými se bude projíždět.
- Odvoz zemřelého do chladícího boxu, použijeme tmavé smuteční prádlo, které je k dispozici na stanici B2.
- U těla ponechat jednu kopii „Listu o prohlídce zemřelého.“

- Oznámení úmrtí zajišťuje lékař nebo registrovaná sestra ve službě telefonicky kontaktní osobě zemřelého. v případě nezastižení kontaktní osoby se tato skutečnost nahlásí následující pracovní den sociální pracovníci, která zajistí předání této informace.
- Zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace datum a hodinu úmrtí, kdo a jak informoval rodinu.
- Odhlásit stravu zemřelého.
- Informovat neprodleně sociální pracovníce o úmrtí klienta, v mimopracovní dobu následující pracovní den v 7,00hod. Na sociální odd. předat ošetrovatelskou dokumentaci, kartu pojištěnce, občanský průkaz ( pokud měl klient u sebe), originál „Listu o prohlídce zemřelého.“
- Provést soupis majetku + cenností po zemřelém do „Protokolu o předání věcí z vlastnictví zemřelého“- provádí se za účasti jednoho svědka. Protokol se vyplňuje ve 2 vyhotoveních: 1x pro pozůstalého, 1x pro sociální pracovníce. Formulář je součástí ostatní dokumentace, formuláře na základě šablony, IS Cygnus.
- Cennosti předat sociálním pracovnícům, pokud nemohou být předány hned, předat následující službě proti podpisu v hlášení. Ostatní věci ponechat na stanici a předat proti podpisu na formuláři „Soupis majetku po zemřelém“pozůstalé rodině. Formulář předat s dokumentací na sociální oddělení. Likvidaci osobních věcí zajišťují pozůstalí, další využívání věcí po zemřelých je nepřípustné.
- Dezinfekce a mechanická očista lůžka a příslušného nábytku (veškeré lůžkoviny odnést do prádelny, postel a nábytek omýt dezinfekčním roztokem).
- Po odvozu těla z chladicího boxu toto oznámí stanici B2 příslušné stanici, která zajistí úklid chladicího boxu a jeho vypnutí. Zapiše datum úklidu do sešitu na stanici B2.

### **Postup při předání zemřelého pohřební službě**

- Klíče od chladicího boxu jsou vždy uloženy na stanici B2, zde si je pracovník pohřební služby vyzvedne.
- Pracovník pohřební služby zapiše do sešitu úplný název pohřební služby, datum odvozu, své jméno a podepíše se.
- Po naložení zemřelého do vozu, vrátí pracovník pohřební služby klíče od chladicího boxu opět na stanici B2.

### **Zákon o pohřbnictví 256/2001 Sb.**

#### § 4

(3) Zdravotnické zařízení, nebo ústav sociální péče musí předat lidské pozůstatky provozovateli pohřební služby, nebo jiné osobě zajišťující pohřbení umyté. Nemá-li provozovatel zřízeno oddělení patologie, musí zajistit možnost úpravy lidských pozůstatků ve vhodné místnosti a umožnit pohřební službě nezbytnou hygienickou očistu.

(4) Náklady spojené s uložením lidských pozůstatků ve zdravotnickém zařízení nebo ústavu sociální péče po uplynutí 48 hodin od úmrtí, nebo pitvy a s jejich převozem, nebo s jejich uložením po uplynutí této doby u jiného subjektu hradí ten, kdo sjedná pohřbení podle § 5 odst.1. Pokud zdravotnické zařízení, nebo ústav sociální péče po uplynutí 48hodin od úmrtí nemohou samy zajistit další uložení lidských pozůstatků, zajistí jejich uložení u jiné osoby, přitom jsou povinny počínat si tak, aby náklady spojené s převozem a uložením do doby pohřbení, byly co nejnižší. Obec může obecně závaznou vyhláškou upravit způsob a podmínky převozu a přechodného uložení zemřelých.

### **Seznam literatury:**

Tothová, Ošetřovatelství, JU ZSF,2000

Mastiliaková, Úvod do ošetřovatelství, UK Karolinum Praha, 2004

Trachtová, Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, NCONZ Brno, 2004

Zákon o pohřbnictví 256/2001 Sb.

## **KONTROLNÍ MECHANISMUS**

<b>PRACOVNÍK</b>	<b>ČETNOST</b>
<b>Vrchní sestra</b>	<b>Namátkově</b>
<b>Staniční sestra</b>	<b>Namátkově</b>
<b>Sestra ve službě</b>	<b>Kontrola při úmrtí klienta</b>

## **PŘÍLOHA VI.**

### **Otázky polostrukturovaných rozhovorů pro respondenty – uživatele sociální služby domov pro seniory Domova důchodců:**

- 1) Jak si představujete „ideální smrt“?
- 2) Co Vás napadne, když se řekne důstojné umírání?
- 3) Pociťujete při péči v domově důchodců svou důstojnost? Pokud ne, co může domov důchodců udělat proto, abyste důstojnost v péči o Vaši osobu pociťovali?
- 4) Měli byste zájem mít u sebe v posledních chvílích blízkého člověka či zajistit duchovní doprovázení?
- 5) Říká Vám něco pojem paliativní péče?
- 6) Jaký zastáváte názor ohledně eutanázie (usmrcení na žádost nemocného)?



## PŘÍLOHA VII.

### **Polostrukturované rozhovory s respondenty – uživateli sociální služby domova důchodců**

#### Respondent č. 1

Jak si představujete „ideální smrt“?

*Ideální smrt bych bral hned teď, lehnout si do postele a usnout. Měl bych alespoň od všeho už pokoj a nepřekážel tu. Je mi to tu už dlouhé, vždyť je mi skoro 90! Jelikož se mi nemá kdo postarat o pohřeb, zajistil jsem si pohřeb u Spolku přátel žehu, abych měl jistotu, jak to se mnou bude.*

Co Vás napadne, když se řekne důstojné umírání?

*Důstojné umírání je podle mě takové, když člověk umírá v lidských podmínkách okolo těch, které se k němu hezky chovají a mají ho rádi, ne někde v nemocnici na LDNce.*

Pocítujete při péči v domově důchodců svou důstojnost? Pokud ne, co může domov důchodců udělat proto, abyste důstojnost v péči o Vaši osobu pocítovali?

*Ke mně se tady všichni chovají hezky, nemám pocit, že bych tu byl na obtíž. Je to tu lepší, než doma se synem...*

Měli byste zájem mít u sebe v posledních chvílích blízkého člověka či zajistit duchovní doprovázení?

*Asi ani ne, nemám z rodiny nikoho, koho bych u toho chtěl a věřící nejsem. Přál bych si u sebe nějakou hezkou sestřičku...*

Říká Vám něco pojem paliativní péče?

*To slovo jsem nikdy neslyšel...*

Jaký zastáváte názor ohledně eutanázie (usmrcení na žádost nemocného)?

*Byl bych pro, když tu vidím některé ty chudáky, co kolem nich sestřičky pořád lítají, je mi jich líto...já bych v takovém stavu být nechtěl.*

### Respondent č. 2

Jak si představujete „ideální smrt“?

*Přála bych si zavřít oči a probudit se na druhém konci, hlavně u toho nemít žádné bolesti.*

Co Vás napadne, když se řekne důstojné umírání?

*To, co jsem Vám teď popsala - umírání bez bolesti a bez utrpení.*

Pocítujete při péči v domově důchodců svou důstojnost? Pokud ne, co může domov důchodců udělat proto, abyste důstojnost v péči o Vaši osobu pocítovali?

*Přístup sestřiček se v poslední době velice zlepšil, vím, že mají se mnou hodně práce, protože si nic neudělám sama. Dcera by se o mě postarat už nedovedla, má taky už léta, tak jsem spokojená s tím, že jsem zde.*

Měli byste zájem mít u sebe v posledních chvílích blízkého člověka či zajistit duchovní doprovázení?

*Chtěla bych mít u sebe dceru, abych se s ní mohla naposledy rozloučit.*

Říká Vám něco pojem paliativní péče?

*Nevím, co to je.*

Jaký zastáváte názor ohledně eutanázie (usmrcení na žádost nemocného)?

*Jo, to je těžký...nevím, co si mámo tom myslet.*

### Respondent č. 3

Jak si představujete „ideální smrt“?

*Umřít doma, ve svém domečku, kde jsem žila. Hlavně ne v nemocnici mezi dalšími pacienty. Nejlepší by také bylo, aby umírání nebylo moc dlouhé a měla jsem to za sebou co nejrychleji.*

Co Vás napadne, když se řekne důstojné umírání?

*Člověk umírá tam, kde chce a s kým chce a je s ním zacházeno s úctou.*

Pocitujete při péči v domově důchodců svou důstojnost? Pokud ne, co může domov důchodců udělat proto, abyste důstojnost v péči o Vaši osobu pocíťovali?

*Od té doby, co jsem na pokoji sama, mám pocit, že zde žiji důstojněji, hlavně proto, že mám konečně soukromí. Dříve na dvoulůžkovém pokoji se mi moc nelíbilo, byla jsem zde nešťastná a chtěla jsem se za každou cenu vrátit domů. Dnes jsem si tu už zvykla, mám zde i kamarádky a hlavně pomoc, kdyby se mnou něco bylo.*

Měli byste zájem mít u sebe v posledních chvílích blízkého člověka či zajistit duchovní doprovázení?

*Mám jenom synovce, nikoho jiného. Ten má spoustu práce a vlastní rodinu, takže toho bych neobtěžovala, ale pokud by byla možnost, aby za mnou přišel kněz, tak tu bych určitě uvítala.*

Říká Vám něco pojem paliativní péče?

*Myslím, že už jsem o tom někdy slyšela, když moje kamarádka před lety umírala v hospici. Byla jsem se tam za ní podívat a moc se mi tam líbilo. Ale co to přesně je, to nevím.*

Jaký zastáváte názor ohledně eutanázie (usmrcení na žádost nemocného)?

*Nelíbí se mi. Bůh nám život dal a je na něm, kdy nám ho i vezme!*

#### Respondent č. 4

Jak si představujete „ideální smrt“?

*Na nějakém hezkém místě, ke kterému mám vztah a kde se mi líbí. Nejlepší by bylo usnout a už se neprobudit.*

Co Vás napadne, když se řekne důstojné umírání?

*Umírání, kdy jsou všichni kolem hodní a chovají se umírajícímu hezky. A nenechají ho trpět v bolestech.*

Pocítujete při péči v domově důchodců svou důstojnost? Pokud ne, co může domov důchodců udělat proto, abyste důstojnost v péči o Vaši osobu pocítovali?

*Asi ano, nemyslím, že by tu se mnou zacházeli nějak špatně, akorát synovi se nějaké věci nelíbí, ale nevím jaké.*

Měli byste zájem mít u sebe v posledních chvílích blízkého člověka či zajistit duchovní doprovázení?

*Ano, určitě bych nechtěla být sama. Stála bych hlavně o toho kněze.*

Říká Vám něco pojem paliativní péče?

*Ne.*

Jaký zastáváte názor ohledně eutanázie (usmrcení na žádost nemocného)?

*Nejsem pro ni, kolikrát lidé v bolestech chtějí něco, čeho pak můžou litovat. A tohle už nejde vzít zpátky.*

#### Respondent č. 5

Jak si představujete „ideální smrt“?

*Aby mně nic nebolelo a vše probíhalo v klidu.*

Co Vás napadne, když se řekne důstojné umírání?

*Je to umírání podle představ toho umírajícího.*

Pocítujete při péči v domově důchodců svou důstojnost? Pokud ne, co může domov důchodců udělat proto, abyste důstojnost v péči o Vaši osobu pocítovali?

*Nikdy to tu nebude jako doma nebo u dcery. Ta je ale vážně nemocná a o mě by se už nepostarala, takže musím být tady. Nemůžu si tu zvyknout, vím, že sestřičky dělají, co mohou, ale pořád je to starobinec. Líbilo by se mi, kdyby jich tu bylo víc a měli tak na nás více času.*

Měli byste zájem mít u sebe v posledních chvílích blízkého člověka či zajistit duchovní doprovázení?

*Chtěla bych u sebe kohokoli, hlavně nebýt sama.*

Říká Vám něco pojem paliativní péče?

*Ne, nic mi to neříká.*

Jaký zastáváte názor ohledně eutanázie (usmrcení na žádost nemocného)?

*Není to správné, dělat by se to nemělo. Každý má zemřít, až na něj přijde řada a ne dřív.*

## ABSTRAKT

KADLECOVÁ, L. *Využití prvků paliativní hospicové péče v domově důchodců*. České Budějovice 2014. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra teologických věd. Vedoucí práce T. Veber.

**Klíčová slova:** důstojnost, důstojné umírání, umírání a smrt, etické problémy umírání, potřeby umírajících, hospic, poradenství pro pozůstalé, paliativní péče, přístupy k dlouhodobě umírajícím

Diplomová práce se zabývá možností využití prvků paliativní hospicové péče v domově důchodců. Práce popisuje základní teoretická východiska o lidské důstojnosti, jejím pojetí a o důstojném umírání. Dále představuje základní otázky umírání a smrti, etické problémy v jednotlivých fázích umírání a neopomíjí ani potřeby umírajících. Práce hledá odpověď na možnost důstojného umírání prostřednictvím hospicové péče, definuje paliativní péči poskytovanou v hospicích jako jeden z přístupů k dlouhodobě umírajícím.

Výzkumná část analyzuje dva standardy ošetrovatelské péče domova důchodců – Péče o umírající a Péče o zemřelého. Prezentuje výsledky vlastní výzkumné sondy, která byla realizována polostrukturovanými rozhovory s uživateli domova důchodců sociální služby domov pro seniory. Snaží se zjistit, zda vůbec mají uživatelé domova pro seniory zájem o aplikaci hospicové paliativní péče do praxe domova důchodců.

# **ABSTRACT**

## **The Use of Elements of Palliative Hospice Care in the Retirement Home**

**Key words:** dignity, dignified dying, dying and death, ethical problems of dying, dying people's needs, hospice, consultancy for survivors, palliative care, approaches to dying people

The thesis focuses on the possibilities to use elements of palliative hospice care in the retirement home. The work describes basic theoretical themes such as human dignity, its interpretation and dignified dying. It also presents basic issues concerning dying and death, ethical problems of different phases of dying, as well as the dying person's needs. The thesis tries to answer the question about the possibility of dignified dying through the use of hospice care. It also defines palliative care provided in hospices as one of the approaches to long-term care of dying people.

The research analyses two standards of nursing care in retirement homes – The care of a dying person and The care of a dead person. It presents results of its own research method realized through semi-structured interviews with clients of a retirement home. The aim of the research is to find out whether the clients themselves are interested in application of hospice palliative care in the retirement home.