

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

Teologická fakulta

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Role sociálního pracovníka v nemocničním a domácím  
hospicovém zařízení s ohledem na lidskou důstojnost**

The role of a social worker in a hospital and home hospice facility  
considering human dignity

Autor práce: MUDr. Kateřina Cimburová

Vedoucí práce: doc. Jindřich Šrajer, Dr. theol.

Studijní program: Sociální práce (KS)

2022



Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Protivíně, dne 25. 3. 2022

---

vlastnoruční podpis



Touto cestou bych ráda poděkovala doc. Jindřichu Šrajerovi, Dr. theol. za jeho pomoc, rady a podněty, zejména pak za ochotu a trpělivost, kterou mi při zpracování této bakalářské práce věnoval.

Kateřina Cimburová

## Abstrakt

CIMBUROVÁ, K. *Role sociálního pracovníka v nemocničním a domácím hospicovém zařízení s ohledem na lidskou důstojnost*. České Budějovice 2022. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce J. Šrajer.

**Klíčová slova:** nemocnice, zdravotní péče, domácí hospic, paliativní péče, role sociálního pracovníka, lidská důstojnost

Bakalářská práce se zabývá principy poskytování péče v nemocničním a domácím hospicovém zařízení a každé z těchto zařízení také detailně charakterizuje. Zaměřuje se zejména na přístup personálu a rodiny ke klientovi. Tento přístup by měl respektovat jedinečnost a lidskou důstojnost člověka, a to i ve stáří či v nemoci. V práci je vyzdvížena úloha sociálního pracovníka v nemocnici a domácím hospici, jeho náplň práce a vlastnosti, které by měl mít. Největší pozornost je však zaměřena na roli sociálního pracovníka při práci s klientem v kontextu lidské důstojnosti, která nespočívá pouze v kvalitně odvedeném poradenství nebo poskytnutí pomoci při řešení obtížné životní situace, ale také v přidané hodnotě spočívající v empatickém přístupu, rovném jednání a respektu k člověku. Důvodem ke zvolení tohoto tématu je můj zájem o obor paliativní medicíny a také zkušenosti získané v rámci praxí doprovázejících studium.

## Abstract

**The role of a social worker in a hospital and home hospice facility considering human dignity**

**Key words:** hospital, health care, home hospice facility, palliative care, role of a social worker, human dignity

This Bachelor's thesis deals with principles of providing care in a hospital and home hospice facility and both facilities describes in detail. Thesis focuses on the staff and family approach to a client. The approach should respect the client's uniqueness and human dignity in old age or in disease. In the thesis the emphasis is given on the role of a social worker in a hospital or in hospice facility, his work and qualities he should have. Furthermore, the focus is also given on the role of a social worker during the work with a client not only considering quality advice and help in difficult life situation, but also on emphatic approach, equal treatment and respect to each other. The motivation to study this issue is my interest in the field of palliative medicine and experience gained in study practice.

## Obsah

Úvod .....	8
1. Charakteristika nemocničního a hospicového zařízení.....	10
1.1. Nemocnice .....	11
1.1.1. Charakteristika nemocničního zařízení .....	13
1.1.3. Přístup zdravotnického personálu k pacientovi.....	16
1.1.3. Sociální práce v nemocničním zařízení.....	18
1.1.4. Přístup sociálního pracovníka k pacientovi.....	22
1.1.5. Přístup rodiny k pacientovi.....	24
1.1.6. Kazuistika - pacientka Jarmila .....	24
1.2. Hospicová péče .....	26
1.2.1. Charakteristika hospicové péče .....	27
1.2.2. Doprovázení jako hlavní poslání hospicové péče .....	29
1.2.3. Potřeba multidisciplinárního přístupu pracovníků ke klientům .....	31
1.2.4. Přístup sociálního pracovníka ke klientovi .....	32
1.2.5. Přístup rodiny ke klientovi .....	33
1.2.6. Kazuistika - pacient František .....	33
2. Lidská důstojnost a její význam v sociální práci .....	35
2.1. Vývoj pojmu v proměnách času.....	35
2.2. Význam lidské důstojnosti .....	37
2.3. Role sociálního pracovníka s ohledem na lidskou důstojnost.....	39
3. Zhodnocení případů z praxe v kontextu lidské důstojnosti .....	40
Případ č. 1 - paní Jarmila.....	40
Případ č. 2 - pan František.....	42
Závěr .....	44
Seznam použitých zdrojů.....	45

## Úvod

Téma bakalářské práce jsem zvolila z důvodu svého profesního zaměření a zájmu o paliativní péči. Na základě zkušeností z praxe absolvované v domácí hospicové péči a ze zkušeností ze zaměstnání jsem měla možnost se setkat se širokým spektrem pacientů, kteří se v závěru života ocitli na křižovatce, a právě sociální pracovník byl jejich průvodcem ukazujícím jim cestu. Tuto důležitou roli, kterou vůči klientům plní, nemůže vykonávat bez příslušné odbornosti a zájmu o obor. Pracuje totiž s lidmi, živými bytostmi, kteří mají svou lidskou důstojnost. A právě přístup, zohledňující důstojnost člověka, je v bakalářské práci představen v kontextu sociální práce s klienty ve dvou odlišných zařízeních specializujících se na péči o klienty v závěrečné fázi života.

První kapitola s názvem *Charakteristika nemocničního a hospicového zařízení* pojednává zvláště o každém z uvedených zařízení a definuje jejich hlavní cíl a poslání. Uvádí, jakým způsobem je zde pečováno o pacienty, resp. klienty, a jakým způsobem péče o ně probíhá. Důraz je kladen také na přístup zaměstnanců a příbuzných k nemocnému, zejména na jejich chování s ohledem na lidskou důstojnost (nejen) nemocného člověka. Kapitola charakterizuje též náplň práce sociálního pracovníka a možnosti sociální práce na daném pracovišti. V závěru každé podkapitoly jsou uvedeny kazuistiky popisující výše uvedené skutečnosti a demonstrující řešení pacientova / klientova problému v praxi.

Druhá kapitola - *Lidská důstojnost a její význam v sociální práci* - se zabývá lidskou důstojností, konkrétně jejím vývojem a proměnami v průběhu času a také důležitostí jejího významu. V této části bakalářské práce je vyzdvihnuta významná role sociálního pracovníka, a to přistupovat ke svému klientovi v obtížné životní situaci vždy tak, aby jednání bylo v souladu s individualitou a nedotknutelnou důstojností, která každému člověku náleží. Ani zhoršený zdravotní stav či složité podmínky, ve kterých se klient nachází, neopravňují personál k rozhodování takzvaně o někom bez něho, tedy tak, jak si pracovník myslí, že je podle něj správné.

Závěrečnou kapitolu jsem nazvala *Zhodnocení případů z praxe v kontextu lidské důstojnosti*. Důvodem je fakt, že zde jsou zhodnoceny kazuistiky se zaměřením na jednání, které důstojnost člověka respektuje. Jsou zde také uvedeny zjištěné nesrovnalosti a možnosti alternativního řešení jednotlivých případů, aby charakteristika lidské důstojnosti byla naplněna.

Cílem bakalářské práce je definovat role a možnosti sociálního pracovníka ve dvou typech zařízení, ve kterých pracuje s klienty v závěru života, a zdůraznit přístup zaměřený na lidskou důstojnost. Každé z těchto zařízení, jak nemocniční, tak domácí hospicové péče, je charakterizováno z hlediska jeho hlavního poslání, způsobu péče o pacienty v terminální fázi života a o možnostech sociální práce s nimi. Je rozebrána náplň práce sociálního pracovníka v těchto institucích, nejčastější případy, které řeší, a jaké teorie a metody sociální práce nejčastěji využívá. Zdůrazněna je zejména potřeba



pracovníka přistupovat ke klientům s respektem k důstojnosti člověka, která je nedotknutelná. V bakalářské práci je též uveden vývoj pojmu lidská důstojnost, definice a problémy, se kterými se může pracovník setkat právě v kontextu důstojnosti člověka.

Prostřednictvím kvalitativních metod jsem studovala charakteristiku a náplň práce v nemocničním zařízení a v zařízení hospicové péče. Zaměřila jsem se zejména na osobnost sociálního pracovníka a jeho úlohu při respektování přístupu ke klientovi v kontextu lidské důstojnosti. Povědomí o svobodné volbě člověka a možnostech rozhodnout si o směřování svého dalšího života, je klíčové pro naplňování práce sociálních pracovníků. Mezi použité metody jsem zahrнула rozhovor se zaměstnanci různých profesí a pacienty, jejich pozorování. Samozřejmostí bylo studium pramenů zabývajících se možnostmi sociální práce v daném typu zařízení, zejména autorů Matouška, Navrátila, Doležela, Elichové, ale také legislativních zdrojů.

## 1. Charakteristika nemocničního a hospicového zařízení

Každý z nás si přeje být zdravý, aby mohl naplno fungovat a plnit v životě své role. Chodit do zaměstnání, starat se o rodinu, věnovat se koníčkům, sportovat či cestovat. Podle světové zdravotnické organizace je „*zdraví definováno jako stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a nikoliv pouhé nepřítomnosti nemoci či vady.*“<sup>1</sup> Tato definice z roku 1946 je však již v dnešní době považována za překonanou a zdraví by mělo být spíše chápáno jako soubor potřeb, na základě kterého lze dosáhnout vyrovnaného stavu jedince. Nemělo by se zapomínat ani na duchovní a duševní složku tvořící integritu jedince, které napomáhají k dosažení komplexní duševní rovnováhy.

Často se stává, že považujeme skutečnost, že jsme zdraví, za samozřejmost. Nezamýšlíme se nad tím, prostě jen žijeme podle toho, co který den přinese. Většinou až když se nějaká změna zdravotního stavu nebo nemoc projeví, zpětně si uvědomujeme, jak je zdraví důležité. Potom se zavazujeme k dodržování zásad zdravého životního stylu, dáváme si předsevzetí, že budeme cvičit a stravovat se lépe než dosud. Toto uvědomění si možnosti změny je důležité. Avšak v některých případech se stává, že to není možné. Zdravotní stav člověka se někdy změní natolik, že změna životního stylu, různá opatření či dokonce léčba, nevedou k návratu do původního stavu. Přestože jsou v lékařské vědě veliké pokroky a jsou uskutečnitelné věci, které nikoho před třiceti lety ani nenapadly, stále není medicína všemocná. Většinou ale téměř vždy je možné nějaké řešení, aby se nemocný člověk mohl zapojit zpět do původního fungování nebo života, mezi své blízké.

V případě, že se člověk necítí dobře, má nějaké zdravotní problémy, dostává se ke svému registrujícímu lékaři nebo rovnou do nemocnice, aby byly tyto problémy konkrétně definovány, diagnostikovány a řešeny, tedy léčeny. To je možné buď ambulantně, nebo za hospitalizace na lůžkovém oddělení. Po залечení nebo vyřešení situace je nemocný propuštěn do domácího ošetřování a další léčba může probíhat ambulantně, neboli ve formě pravidelných návštěv u svého lékaře. Zvláštním případem je úraz nebo zranění, které vyžaduje rychlé operační řešení a následně rekonvalescenci za účelem zlepšení pohyblivosti a soběstačnosti. V takových případech bývá pacient po provedení operačního zákroku a zhojení rány přeložen na oddělení rehabilitace či následné péče v daném nemocničním zařízení. Blíže bude o nemocnicích a jejich fungování pojednáno v následující kapitole. Je-li nemocnému zjištěno onemocnění, které není léčebně řešitelné, nebo již bylo různými způsoby léčeno a opět se vrátilo, nastává situace, která je složitá nejen pro něj, ale i pro jeho rodinu. Dochází k přesunu od takzvané kurativní - léčebné - péče k péči paliativní, komplexní, se zaměřením na zmírnění bolesti a jiných nepříjemných projevů nemoci. V tuto chvíli je třeba se zamyslet nad možnostmi, jak zmírnit příznaky a umožnit tak nemocnému prožít smysluplně čas s nevléčitelnou chorobou. Jednou z alternativ může být domácí

---

<sup>1</sup> MÜLLEROVÁ, D. *Hygienu, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*, str. 14.

hospicová péče, která je pro pacienty velice výhodnou možností sociální služby. Mohou totiž žít doma, v prostředí, na které jsou zvyklí, obklopeni blízkými lidmi. Pracovníci hospicové péče je navštěvují, aby je ošetřili, doplnili léky, pomohli s hygienou a zajistili další potřebné pomůcky či náležitosti, aby bylo o pacienta ve všech směrech postaráno. Mnohdy se příbuzní pacienta této péči brání - obávají se, že urychlí příchod konce, že se nejedná o kvalitní péči, a podobně. Tyto představy většinou vyplývají z nedostatečné informovanosti, které se snaží různé organizace zabývající se paliativní péčí věnovat a populárně naučnou formou přibližovat veřejnosti její smysl.

Výše uvedená zařízení - nemocniční i hospicové - mají své specifické charakteristiky, způsob fungování a náplň práce, typické spektrum pacientů. Není možné je srovnávat. A co víc - dalo by se říci, že jsou natolik odlišné, že se nedá najít nějaký styčný bod, který by je spojoval, něco, co by bylo pro obě zařízení společné. Opak je pravdou. Hlavním posláním je vždy kvalitní, komplexní péče o nemocného člověka. Tento zájem by měl být společný pro všechny profese zaměstnanců, kteří v dané instituci působí - pro lékaře, všeobecné a zdravotní sestry, pečovatele, sociální pracovníky, psychology, fyzioterapeuty či sanitáře. Cílem těchto pracovníků je snaha o zkvalitnění pacientova života. Svými schopnostmi a dovednostmi pomáhají lidem zlepšit jejich kondici, pohyblivost či stav výživy, hledají pro něj optimální režim a služby, pomocí kterých bude schopen fungovat v budoucnu. Není podstatné, v jakém zařízení je tato péče poskytována, důležité je, že v tomto zařízení je pacient, resp. klient, ve středu zájmu ostatních. Dalším pojítkem pro nemocnici a domácí hospicovou péči je fakt, že v obou institucích působí, mimo jiné, sociální pracovník. Je k dispozici klientům i jejich rodinám, pomáhá jim zorientovat se v nabídce sociálních služeb a poskytuje jim poradenství napříč různými obory sociální práce.

Obsahem této kapitoly je charakteristika každého zařízení zvlášť, s rozбором přístupů pracovníků ke klientovi. Jak již bylo řečeno výše - přestože je možné najít faktory, které mají tyto instituce společné, existuje v péči, kterou poskytují, zásadní rozdíl. Prostřednictvím svého zaměstnání a praxí v průběhu studia oboru Sociální a charitativní práce jsem se s nemocničním prostředím i domácí hospicovou péčí detailně seznámila. Osobní zkušenost s fungováním těchto zařízení a s přístupem k nemocným jsem využila při psaní bakalářské práce, do které jsem získané poznatky i konkrétní případy z praxe zpracovala.

## **1.1. Nemocnice**

Nemocnice je zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči lidem s různými druhy onemocnění. Je významnou součástí zdravotnického systému. Disponuje širokým spektrem přístrojů a vybavení umožňujících diagnostiku a léčbu akutních či chronických stavů způsobených nemocemi tkání či orgánů člověka.

Ve starověku se vzdálení předchůdci nemocnice nazývaly diakoniae a vznikaly v Římě již v polovině 3. století. V jejich vedení stál vždy jáhen (diakon). Úkolem bylo přidělování potravin a oděvů chudým, umožnění hygieny a poskytování duchovní

posily. Další zařízení, vznikající ve 3. století, byla například nosokomium (pro ošetřování nemocných), orfanotrofium (sirotčinec) nebo ptochium (chudobinec).<sup>2</sup> Po těchto původních charitních zařízeních začaly vznikat špitály, které se již více podobaly dnešním nemocnicím (s tímto pojmem se dosud můžeme setkat, jde o hovorové označení nemocnice). Basil Veliký dokonce ve 4. století založil rozsáhlý komplex špitálních budov, takzvaný basileias.<sup>3</sup> Vznik špitálů, jakožto pobytových zařízení, byl zcela ojedinělý. Jednalo se o novou formu charitní praxe, protože dříve byla pomoc druhým realizována v domácnostech: „... v předkonstantinovské éře byla většina charitní praxe církve realizována na principu péče o potřebné v domácnostech (dnes zvaná jako terénní služby), v době politické svobody se mohla církev opřít o relativně nový nástroj, jenž v následujících staletích až do dneška podstatně určuje ‚tvář‘ církevní sociální práce ...“<sup>4</sup> Tímto nástrojem byl právě špitál. Pro upřesnění doby vzniku si můžeme říci, že ona předkonstantinovská éra je vymezena nástupem římského císaře Konstantina I. Velikého na trůn. Císař Konstantin se také zasloužil o to, aby církev a stát úzce spolupracovaly a aby křesťané měli v rámci říše více výhod než pohané.<sup>5</sup> Špitály byly od té doby běžnou součástí křesťanských obcí a místem poskytování přístřešku, stravy a péče o chudé, sirotky nebo raněné vojáky. Neměly identickou podobu a stejný význam jako dnešní nemocnice, protože zde nebyla poskytována pouze zdravotní péče. Péči zajišťovaly původně církve prostřednictvím farností: „Péče o potřebné zajišťovaly pod vedením biskupem jmenovaného kněze diákonky a církvi podporované (zapsané) vdovy ve spolupráci s laickými pomocníky.“<sup>6</sup> Postupem času se na základě solidarity přidávali a ujímali péče o chudé bohatí občané, ale také různá společenství věřících. Charitní pomoc a její financování bylo ve středověku zprostředkováno nejen formou milodarů nebo z prostředků církve, ale také prostřednictvím mobilizace osobního potenciálu jedince, resp. jeho rodiny.<sup>7</sup>

Ve středověku byl špitál hlavním místem vykonávání sociálních služeb. K farnostem, které je provozovaly, se přidávala řádová společenství, později duchovní hnutí, bratrstva a rytířské řády. Péči o chudé tak převzaly zejména milosrdné sestry a řeholníci z klášterů, při kterých byly špitály hojně zakládány (jednalo se i o péči ošetřovatelskou). Vliv na sociální práce nadále měly také různé iniciativy měšťanů.<sup>8</sup> Jak již bylo řečeno dříve, zakládání špitálů a péči o nemocné zprostředkovávala tehdejší charita, která je považována za církevní organizaci. Slovo charita pochází z latinského caritas a to znamená milosrdná, všeobjímající láska k lidstvu.<sup>9</sup> V církevní sociální práci je tak patrná motivace ve víře, osobní postoj (křesťané se rozhodli pomáhat druhým),

---

<sup>2</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*, str. 88.

<sup>3</sup> Srov. DOLEŽEL, J. *Teoretické ukotvení církevní sociální práce na pozadí obecných a českých charitních dějin až po encykliku Deus caritas est*, str. 104.

<sup>4</sup> Tamtéž, str. 96.

<sup>5</sup> Srov. PANOVNICI.CZ, *Konstantin I. Veliký*, [online].

<sup>6</sup> DOLEŽEL, J. *Teoretické ukotvení církevní sociální práce na pozadí obecných a českých charitních dějin až po encykliku Deus caritas est*, str. 103.

<sup>7</sup> Srov. tamtéž, str. 176.

<sup>8</sup> Srov. tamtéž, str. 107.

<sup>9</sup> Srov. tamtéž, str. 23.

celostní pohled na člověka a v neposlední řadě také organizační kultura (specifické uspořádání konkrétní organizace).

### **1.1.1. Charakteristika nemocničního zařízení**

#### **Obecné informace**

Jak již bylo řečeno výše, nemocnice je místem poskytování zdravotní péče pro nemocné pacienty, a to po dobu 24 hodin 7 dní v týdnu. Zdravotnický personál zde zajišťuje vstupní vyšetření, diagnostiku, léčbu, monitoraci zdravotního stavu pacienta a komplexní péči o nemocného, zahrnující hygienu, stravování, fyzioterapii, služby psychologa či nemocničního kaplana, a jiné. Existují různé druhy nemocnic - rozdělit je můžeme dle velikosti města a také podle toho, zda jsou místem výuky studentů všeobecného lékařství. Takovéto nemocnice se nazývají fakultní - spolupracují s lékařskými fakultami, rozdělují se na kliniky a ústavy a vyznačují se též vědeckou a výzkumnou činností. V Praze je celkem šest fakultních nemocnic (Fakultní nemocnice Bulovka, Královské Vinohrady, v Motole, Fakultní Thomayerova nemocnice, Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze), dalších šest bylo založeno v Brně, Olomouci, Ostravě, Plzni a v Hradci Králové. Tyto nemocnice jsou řízeny Ministerstvem zdravotnictví České Republiky. Dle velikosti byly nemocnice dříve rozděleny na krajské a okresní, tato klasifikace se však v dnešní době (po zaniknutí členění České Republiky na okresy) již nepoužívá. Většinu nemocničních zařízení vlastní různé společnosti, za jejich názvem tak lze najít např. společnost s ručením omezeným nebo akciovou společnost.

#### **Struktura nemocnice**

Z hlediska struktury rozdělujeme nemocnice na administrativní úsek (zahrnující ředitelství, ekonomické a personální oddělení), ambulantní úsek (zahrnující odborné ambulance různých lékařů - specialistů, například diabetologická či endokrinologická ambulance), dále na lůžkovou část (lůžkovou část tvoří úsek interních a chirurgických oborů a dalších oddělení) a komplement (laboratoře, oddělení zobrazovacích metod, hygiena a epidemiologie, lékařská genetika, a jiné). Samozřejmostí je diferenciací oddělení a ambulancí na část pro děti a část pro dospělé. V areálu jsou také technické budovy pro pracovníky informačních technologií a dopravy, sklady zdravotnického materiálu, prádelna, kuchyně a jídelna, knihovna či vzdělávací středisko, lékárna. Organizační struktura nemocnice záleží vždy na její velikosti, ale vždy platí, že je řízena ředitelem (případně předsedou představenstva), který je v čele vedení společnosti. Spolu s ním tvoří statutární orgány a vedení nemocnice členové představenstva, náměstkové pro zdravotní péči, hlavní sestra, ředitelé jednotlivých úseků (interního, chirurgického oboru, a podobně). Jednotlivá oddělení mají své primáře (přednosta v případě, že se jedná o kliniku), vedoucí lékaře, lékaře specialisty a takzvané sekundáře (neboli lékaře ve specializační přípravě), mezi další zdravotnické pracovníky patří vrchní a staniční sestry, všeobecné a praktické sestry, zdravotní záchranáři, porodní asistentky, radiologičtí asistenti, sanitáři, ošetřovatelé. Ostatní personál v nemocnici představují

fyzioterapeuti, nutriční specialisté, pracovníci v úklidu a technických službách a jiné profese. Na dodržování standardů péče o pacienty dohlíží etická komise, na správné používání farmakologických přípravků léková komise, na fungování zařízení obecně pak dohlíží dozorčí rada.

### **První kontakt s nemocnicí**

Nemocnici mohou navštívit pacienti plánovaně, neboli na základě doporučení registrujícího praktického lékaře či ambulantního specialisty, a to po předchozím objednání. V případě náhlého zhoršení zdravotního stavu jsou většinou pacienti transportováni rychlou záchrannou službou nebo vlastní rodinou na urgentní příjem či akutní ambulanci, kde probíhá triáž pacientů neboli rozdělení pacientů dle charakteru problému. Třídění nemocných se provádí kvůli tomu, aby byl co nejdříve řešen zdravotní problém daným lékařem - odborníkem na tento problém. Uvedu příklad - nemocný s bolestí na hrudi by se měl co nejrychleji dostat k lékaři se specializací na srdeční onemocnění (kardiolog). Kvůli tomu, že mnozí pacienti dojíždějí do nemocnice i ze vzdálenějších koutů města či kraje a mnozí z nich jsou méně pohybliví, měla by být v okolí areálu zastávka městské hromadné dopravy a dostatečná kapacita parkovacích míst, také informační tabule ke snazší orientaci, prodejna základních potravin a hygienických potřeb a kavárna nebo rychlé občerstvení. Všechny budovy by měly být viditelně označeny a mít bezbariérový přístup. Výhodou je barevná výmalba chodeb, čekáren či ambulancí a obrazy na stěnách - umožňují tak pacientům cítit se alespoň trochu komfortně a příjemně, jelikož návštěvy zdravotnických zařízení bývají obecně spíše stresující.

### **Zdravotní služby a péče, druhy a formy**

Poskytování zdravotních služeb a zdravotní péče je definováno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Příjemcem, resp. osobou, které jsou poskytovány tyto služby, je pacient. Poskytovatelem služeb může být fyzická nebo právnická osoba, která má k poskytování služeb příslušné oprávnění, definované výše uvedeným zákonem. Toho, kdo navrhuje a koordinuje konkrétní léčebný postup, nazýváme ošetřující zdravotnický personál. Mezi zdravotní služby řadíme přímé poskytování zdravotní péče, konzultace, zdravotnickou záchrannou službu či zdravotnickou dopravní službu, ale i protialkoholní a protitoxikomanickou záchytnou službu.

Zdravotní péče je definována jako:

*a) soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem*

- 1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu (dále jen „nemoc“),*
- 2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,*
- 3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,*
- 4. pomoci při reprodukci a porodu,*
- 5. posuzování zdravotního stavu*

b) preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky (dále jen „zdravotní výkon“) za účelem podle písmene a),

c) odborné lékařské vyšetření podle zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.<sup>10</sup>

Mezi formy zdravotní péče patří péče ambulantní, jednodenní, lůžková a zdravotní péče poskytovaná v domácím prostředí pacienta - může jít o návštěvní službu nebo domácí péči se zaměřením na ošetrovatelskou, paliativní nebo léčebně rehabilitační péči. Dle naléhavosti se péče dělí na akutní a plánovanou, dle účelu potom na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou a paliativní.<sup>11</sup> Než bude v následující podkapitole uvedeno, jaký význam má lůžková péče pro sociální práci, budou nyní pro pochopení souvislostí a charakteristiky spektra pacientů - potenciálních uživatelů sociálních služeb - charakterizovány konkrétní dva druhy lůžkové péče detailněji.

### **Následná zdravotní péče**

Následná lůžková péče je poskytována po akutní péči, kdy je zvládnut závažný zdravotní problém vedoucí k dekompenzaci celkového stavu pacienta. Nemocný je pak přeložen přímo z akutního oddělení. Nemusí tomu tak být ale vždy. Hospitalizace na oddělení následné péče je totiž také velkým přínosem pro pacienty s chronickým onemocněním, kteří mají vlastní sociální zázemí, ale potřebují zlepšit a stabilizovat svůj zdravotní stav. V tomto případě je objednáva k příjmu na oddělení praktický lékař nebo lékař ze specializované ambulance. Po této stabilizaci se může pacient vrátit zpět do domácí péče. Nejčastějším spektrem pacientů mohou být lidé po rozsáhlejších operacích či výměnách kyčelního nebo kolenního kloubu, po úrazech či polytraumatech (typicky po autonehodách), amputacích v důsledku zhoršení diabetu mellitu („cukrovky“), po mozkových příhodách s alespoň částečně zachovanou hybností, a podobně.

### **Dlouhodobá zdravotní péče**

Tato forma péče může též navazovat na tu akutní či následnou. *„Je možné ji poskytovat i ve vlastním sociálním prostředí pacienta, pak se jedná o domácí péči dlouhodobého charakteru, která může zahrnovat i péči paliativní, nebo ve zdravotnickém zařízení a jedná se o dlouhodobou lůžkovou péči.“*<sup>12</sup> Nejvíce je potřebná pro nemocné, u kterých již nelze významně zlepšit stávající zdravotní stav. Ten se naopak, v případě neposkytování soustavné ošetrovatelské péče, může ještě více zhoršovat. Tyto situace vidáme u pacientů upoutaných na lůžko, kdy je značné riziko vzniku proleženin. Může se jednat o nemocné s různými diagnózami - například

<sup>10</sup> § 2 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

<sup>11</sup> Srov. Metodické doporučení pro následnou a dlouhodobou zdravotní péči. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České Republiky*, 2019, č. 12, str. 115 - 125.

<sup>12</sup> Tamtéž, str. 115 - 125.

po těžké mozkové příhodě s trvajícím deficitem (kvadruplegie, tedy ochrnutí na všechny končetiny), s neurodegenerativním onemocněním (různé druhy demence) nebo nádorovým onemocněním, kdy lze očekávat zhoršení stavu. Zvláštními případy, kdy je indikována dlouhodobá lůžková péče, jsou takové situace, kdy náročnost ošetrovatelské péče přesahuje možnosti péče v domácím prostředí. Úkony každodenního režimu zahrnují hygienu, polohování, monitoraci stavu výživy a rehabilitační cvičení, aby zůstaly zachovány alespoň základní návyky a činnosti podporující soběstačnost. Na základě výše uvedeného je patrné, že smyslem dlouhodobé péče je zajištění a nastavení komplexních potřeb daného pacienta se snahou o udržení stávajícího zdravotního stavu. Jedná se převážně o péči ošetrovatelskou.

### 1.1.3. Přístup zdravotnického personálu k pacientovi

Nemocný člověk přichází do nemocnice z důvodu potřeby řešení svého zhoršeného zdravotního stavu. Kromě fyzického strádání může strádat též psychicky, například z důvodu déletrvající bolesti nereagující na léky s tišícím účinkem. Tyto stavy nevolnosti vyčerpávají a mohou vést k podráždění a celkové nevěli pacienta. Někteří lidé mohou být nervózní z cizího prostředí a pobytu v nemocnici se obávat. Toto vidáme zejména u seniorů, kteří mnohdy bývají fixováni na svůj domov, a neznámé prostředí u nich může vést ke zhoršení psychického stavu, neklidu a dezorientaci. Stres z neznámého prostředí může dále zhoršovat základní onemocnění, pro které byl pacient přijat do nemocnice a celková doba hospitalizace se může prodlužovat. Existují dokonce výzkumy, během nichž odborníci zkoumali vliv stresu a nálady člověka na imunitu. Vyšlo najevo, že „*osoby, které reagovaly intenzivněji na experimentálně navozený stres, vykazovaly rovněž vyšší zdravotní zranitelnost.*“<sup>13</sup> Z výše uvedeného vyplývá, že k pacientům jakékoli věkové kategorie by se mělo přistupovat s ohledem na skutečnost, že se nacházejí v neznámém prostředí na neznámém místě a s neznámými lidmi, a to pro ně může být velmi stresující. Přístup personálu by proto měl být přátelský, laskavý a ohleduplný, se snahou o navození alespoň přijatelně komfortního prostředí. Takovéto prostředí by se mělo vyznačovat individuálním přístupem s respektováním potřeb pacienta, zohledněním jeho potíží a citlivým jednáním. Kromě zmírnění potíží, vyléčení nemoci a poskytnutí zdravotní péče obecně je cílem snažit se pacientům pobyt ve zdravotnickém zařízení usnadnit, aby byli kompenzováni jak po fyzické, tak po psychické stránce. Samozřejmostí jsou situace, kdy jsou někteří lidé konfliktní, neváží si poskytované péče a nespolupracují. V tu chvíli je ale třeba přistupovat asertivně, situaci vysvětlit a kolektivně tento problém řešit - zjistit, co k takovému jednání pacienta vede, jak by si představoval další postup a vysvětlit zase pohled na věc z opačné strany - tedy ze strany zdravotnického personálu. Právě nedostatečná komunikace bývá často překážkou vytvářející bariéru mezi pacientem a zaměstnanci zdravotnického zařízení.

---

<sup>13</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, str. 52.



## **Povinnosti a práva zdravotnického pracovníka**

Každý zdravotnický pracovník, ať už lékař, záchranář nebo zdravotní sestra, má své povinnosti a práva. Mezi povinnosti patří poskytovat lidem takové zdravotní služby, „*ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležité odborné úrovni a řídit se etickými principy.*“<sup>14</sup> Pracovníci mají právo zjistit od pacienta informace týkající se jeho zdravotního stavu, neposkytnout zdravotní služby v případě hrozícího vážného poškození zdraví či ohrožení života, ale také odmítnout poskytnutí konkrétních zdravotních služeb, jsou-li v rozporu s jeho náboženským vyznáním či svědomím (v této situaci musí uvědomit poskytovatele zdravotních služeb, aby domluvil pacientovi ošetření jiným zdravotnickým pracovníkem). Samozřejmostí je zachování mlčenlivosti o poskytovaných zdravotních službách a zaznamenávání všech úkonů do zdravotnické dokumentace. O veškerých úkonech souvisejících se zdravotní péčí by měl zdravotník pacienta předem informovat a provádět je až po vyslovení jeho souhlasu (ve zvláštních případech lze péči poskytovat bez souhlasu - například je-li potřeba bezodkladná péče a vzhledem k závažnosti stavu není schopen pacient souhlas udělit). Stejně jako zdravotník, má svá práva a povinnosti i pacient. Jsou uvedeny v zákoně o zdravotních službách nebo na informačních portálech různých patientských organizací.

## **Problémy u zdravotníků a pomáhajících profesí obecně**

Velkým problémem, kterému zdravotničtí pracovníci mohou čelit, je syndrom vyhoření. Vlivem zrychleného života moderní doby a zejména covidové pandemie, kdy byli zdravotníci pod velkým tlakem a pozorností veřejnosti i médií, nemohli si čerpat dovolené a pracovali mnohdy nad rámec svých povinností, bylo u nich riziko vzniku tohoto syndromu více než značné. Syndrom vyhoření - anglicky burnout - je psychický stav, který lze charakterizovat emočním vyčerpáním, snížením kognitivních funkcí a celkovou únavou jedince. Mezi další znaky patří nezáměr, citová otupělost a cynismus. Riziko vzniku je vyšší u osob pracujících v kontaktu s lidmi - tzv. pomáhající profese, zejména ve zdravotnictví.<sup>15</sup> Může se samozřejmě týkat též pracovníků v sociálních službách. Příznaky syndromu vyhoření je možné rozdělit do dvou skupin - subjektivní (únava, snížené sebehodnocení, zhoršená koncentrace, negativismus) a objektivní (měsíce trvající snížená celková výkonnost patrná zvláště v zaměstnání). Průběh procesu vyhoření má pět fází - nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření. Má negativní vliv na kvalitu života a zdravotní stav, může proto vyústit v psychickou poruchu, somatické onemocnění nebo rozvrat mezilidských vztahů. Proto je důležité, snažit se těmto potížím a komplikacím předejít. Je to možné zejména prostřednictvím mentální hygieny. Mentální hygiena, též psychohygieny či hygiena duše, je disciplína zabývající se rozvojem a podporou duševního zdraví.

---

<sup>14</sup> § 49 odst. 1, písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

<sup>15</sup> Srov. HONZÁK R. *Psychosomatická prvouka*, str. 102.

Má velký význam v prevenci vzniku duševních nemocí.<sup>16</sup> Je provázaná nejen s lékařskými obory, ale i s psychologií nebo sociologií. Mezi hlavní zásady patří upevnění a posílení pozitivního duševního zdraví, a to prostřednictvím sebezpoznávání a schopnosti správného sebehodnocení, autonomie (opak závislosti), přiměřeného vnímání reality, sociální adaptace, flexibility, rezistence ke stresu a tolerance úzkosti. Dále podporuje kladný postoj člověka k sobě samému - sebezpřijetí, duševní i duchovní růst - seberealizaci a subjektivní uspokojení.

Techniky, které se v rámci mentální hygieny používají, jsou zaměřeny zejména na sebevýchovu, zrání vlastní osobnosti a duševní klid. Neméně důležité je i zaměření se na životní styl, sociální kontakty a pracovní prostředí. Jako nejčastěji používané metody lze uvést například pravidelnou sebereflexi – neboli úvahy o způsobu aktuálního jednání a jejich zaznamenávání, dále vedení deníku či introspekci – tedy pozorování sebe sama. Nezanedbatelný vliv má i multioborově používaná metoda rozhovoru, sebevyměření hudbou nebo zpěvem, odreagování se sportem, koníčky, tělesnou prací, nácvik relaxace, koncentrační pohybová cvičení, antistresová a dechová cvičení a další.

### **1.1.3. Sociální práce v nemocničním zařízení**

V této části bakalářské práce bude definována náplň práce sociálního pracovníka obecně a požadavky na jeho odbornost a osobu jako takovou. Poté budou charakterizována specifika sociální práce v nemocnici. Dalo by se říci, že první kontakt se sociálním pracovníkem v nemocničním zařízení probíhá během hospitalizace, kdy je pacientovi poskytována lůžková zdravotní péče. Je tak dostatek času a prostoru pro zařízení potřebných náležitostí. Tato forma péče je proto nejvýznamnější z hlediska poskytování sociálních služeb, lze je však rovněž poskytovat pacientům léčeným ambulantně.

### **Náplň práce sociálního pracovníka**

Hlavní úlohou sociálního pracovníka je poskytování a zprostředkování sociálních služeb a pomáhání tak potřebným osobám. „*Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli.*“<sup>17</sup> Zřetel je brán nejen na osobu, které jsou sociální služby poskytovány, ale také na její rodinu, blízké okolí anebo skupinu, do které tato osoba patří. Obecně je zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, stanoveno, že „*sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní*

<sup>16</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, str. 144.

<sup>17</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*, str. 9.

*činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.*<sup>18</sup> Sociální pracovník služby též přímo poskytuje a koordinuje. Zároveň vyhledává klienty a společně s nimi a jejich rodinami služby plánuje, případně i zpětně hodnotí.

### **Požadavky na sociálního pracovníka**

Předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka je „*plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost ...*“<sup>19</sup> Odborná způsobilost neznamená pouze vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání se zaměřením na sociální práci, ale též specializační vzdělávání ve formě akreditovaných kurzů, stáží či samostudia za účelem zvyšování své kvalifikace a odborného profesního růstu. Motivace k dalšímu sebevzdělávání by měla být dána vědomím náročné a zodpovědné činnosti, kterou sociální pracovník v rámci svého zaměstnání musí vykonávat. Na kvalitu jeho práce má kromě dalšího vzdělávání vliv také osobnost pracovníka - přesněji osobnostní předpoklady. Touto problematikou se zabývá mnoho odborníků a dle jejich výzkumů vyšlo najevo, že nástrojem sociálního pracovníka je vlastně on sám či přímo jeho osobnost. Důraz kladou na přijetí sebe sama a na potřebu budování vlastní důstojnosti a uvědomění si svých kvalit. Z výše uvedeného vyplývá, že nezáleží pouze na odborných znalostech získaných studiem, ale i na takzvaných měkkých dovednostech, které bývají spíše upozadovány. Mezi měkké dovednosti lze zařadit sebeovládání, empatii, přirozenost a otevřené jednání, citlivý přístup, aktivní naslouchání a projevování zájmu o klienta a jeho svět, schopnost komunikace a práce s emocemi, komplexní řešení problémů (v souvislostech), ale též psychickou odolnost a ochotu pomáhat druhým. Nemělo by se také zapomínat na to, že „*nejen klient prožívá ve své situaci strach, beznaděj či bezmoc, zároveň to vše může prožívat a prožívá i sociální pracovník.*“<sup>20</sup> Záleží proto na jeho emoční inteligenci a na tom, jakými způsoby se pracovník s různými potížemi zvládne vyrovnat. Pod souslovím emoční inteligence si můžeme představit „*především sebeovládání, vytrvalost, schopnost vyvinout úsilí a sám sebe motivovat.*“<sup>21</sup> Stejně jako zdravotníci, tak i sociální pracovníci jsou více ohroženi syndromem vyhoření v porovnání s ostatními profesemi. Měli by se proto věnovat svým zájmům a koníčkům, sportu či jiným možnostem relaxace a duševní hygieny. Měli by být schopni rozvrhnout si efektivně svůj čas, umět říkat „ne“, být asertivní a vymezit si hranice, aby míra ohrožení tímto syndromem byla co nejmenší. K tomu patří také oddělování pracovního a soukromého života, které je velmi obtížné. Pomoci mu k tomu můžou některé z dalších prostředků psychohygieny, například supervize na pracovišti, mindfulness (neboli všímavost), smysl pro humor, a podobně.

### **Sociální práce a poskytování sociálních služeb v nemocničních zařízeních**

Mnohdy si v rámci vybavování pracovišť, kde může působit sociální pracovník, na nemocnici ani nevzpomeneme. Přesto jde o velice důležité zařízení, kde je práce

<sup>18</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování*, hodnocení, str. 47.

<sup>19</sup> § 110 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

<sup>20</sup> ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*, str. 104.

<sup>21</sup> Tamtéž, str. 102.

sociálního pracovníka více než potřeba. Důvodem je fakt, že na oddělení následné péče se běžně dostávají například pacienti, kteří byli doposud soběstační, bydleli sami doma a zvládli se postarat o sebe či ještě navíc o své příbuzné. Najednou se však dostali do situace, kdy potřebují sami pomoci a jsou na kratší nebo delší dobu závislí na péči druhých. O sociálních službách a možnostech využití různých příspěvků na péči vůbec nevěděli. V tu chvíli se dostává sociální pracovník do důležité role, a tou je zprostředkování prvního kontaktu nemocného s oblastí sociálních služeb. Po seznámení pacienta s alternativami a probrání situace s rodinou či příbuznými pomůže zvolit nejvíce vyhovující sociální službu a následně i vypomoci s náležitostmi registrace zajištění oné služby.

Sociální pracovník, působící v nemocnici, bývá také nazýván zdravotně - sociální pracovník. Při vykonávání svého zaměstnání se kromě zákona o sociálních a zdravotních službách a etického kodexu sociálních pracovníků řídí také vnitřními předpisy nemocnice. Na mém pracovišti působí celkově šest zdravotně - sociálních pracovníků. Původně se jednalo o menší číslo, poslední dobou však narůstá množství pacientů, kteří potřebují řešit svou sociální situaci, a z toho důvodu bylo nutné počet zaměstnanců navýšit. Stoupající potřeba sociálního zajištění může souviset s všeobecně známým prodlužováním průměrného věku občanů, jejich osamělostí, rodinnými konflikty, anebo existenčními problémy, kterým čelí zejména mladší uživatelé návykových látek. Lidé většinou nemají o problematice týkající se sociální oblasti dostatečné informace, respektive dosud tyto informace nepotřebovali. Jak již bylo uvedeno, teprve až když nastane nějaký problém a je nutné co nejrychlejší řešení náhle vzniklé situace, poptávka po sociálních službách a informacích obecně roste. Někdy se také stává, že lidé před svými problémy zavírají oči, říkají si, že stále je nějaké řešení, aktivně však nepodniknou kroky, které by jim mohly pomoci potíže řešit. Až když dojde k nakumulování problémů, začínají přemýšlet, že by si řekli o pomoc. Bohužel, ve většině případů neví ani komu ... Dalším z problémů, souvisejícím s poskytnutím pomoci v oblasti sociální práce, je fakt, že klienti doporučená opatření nedodrží a po krátké snaze opět upadají do spirály problémů. Bez alespoň malé osobní motivace ke změně se může sociální pracovník snažit sebevíce, úspěšné vyřešení potíží se však neodstává - ani nemůže.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních jsou jedním z mnoha druhů sociálních služeb. Na základě § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyplývá, že *„ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče ...“*<sup>22</sup> V těchto situacích nebývá propuštění pacientů možné, a to až do doby, než si zajistí péči ze strany rodiny či příbuzných. U pracujících je samozřejmě možná možnost čerpání ošetrovného. V případě, že se rodina nemůže zapojit do přímé péče, je možné využít sociální služby terénní či

---

<sup>22</sup> § 52 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

ambulantní, případně pobytové - dle preferencí a celkového stavu pacienta. Poskytované služby v nemocnici jsou bezúplatné, následné služby jsou již za úhradu.

Cílem sociálních služeb (nejen) v nemocnici je:

- poskytovat služby v souladu se zájmem klienta, a to v nejlepší možné míře,
- přistupovat ke klientovi individuálně, s respektem k jeho potřebám,
- aktivně podporovat a rozvíjet schopnosti a dovednosti klienta,
- snažit se o zachování maximální možné soběstačnosti,
- zachování lidské důstojnosti klienta v jakékoli situaci.

Zdravotně - sociální pracovník působí na různých odděleních v nemocnici, většinou má v gesci pacienty z vícero oddělení. Nejvíce pacientů, kteří služby sociálního pracovníka potřebují, je hospitalizováno na oddělení následné péče (= geriatričtí pacienti) a na psychiatrickém oddělení (= pacienti závislí na návykových látkách). Zahájení řešení konkrétní sociální situace daného pacienta většinou předchází kontaktování sociálního pracovníka ošetřujícím lékařem. „*Sociální pracovník je vnímán lékaři jako znalec problematiky sociální pomoci, nárokových sociálních dávek, možností a postupů při zajišťování návaznosti akutní a následné, dlouhodobé péče ústavní či terénní.*“<sup>23</sup> Při řešení dalšího postupu je nutno respektovat v první řadě přání klienta, případně také jeho rodiny, po prodiskutování možností. Přístup pracovníka a zdravotnického týmu by měl být komplexní s ohledem na pacientovy potřeby, měl by být průběžně vyhodnocován zdravotní, funkční i psychický stav pacienta a měla by být zachována kontinuita péče. Tedy i po propuštění z hospitalizace by mělo být o pacienta postaráno v domácím prostředí či v zařízení pobytových služeb takovým způsobem, aby změna prostředí byla pacientem dobře tolerována a kvalita péče zůstala stejná, bez změny na celkový stav pacienta. Proces propuštění z hospitalizace bývá mnohdy pod tlakem z více stran<sup>24</sup> - rodina se obává, že nezvládne péči, nepřeje si propuštění pacienta. Lékař je limitován kapacitou lůžek daného zařízení, očekává proto propuštění v co nejbližší možné době. Aby bylo zabráněno traumatizaci pacienta, který do tohoto procesu nemůže nijak zasahovat, je potřeba vždy citlivý přístup personálu i pracovníků, pravidelná informovanost pacienta i rodiny a minimalizování komplikací, které během a po propuštění mohou nastat. Toho lze dosáhnout detailní znalostí prostředí, do kterého bude pacient propuštěn, a jeho fungování. Nezanedbatelná by také měla být příprava pacienta na změnu prostředí: „*Důležitým úkolem sociálního pracovníka při přechodu pacienta do instituce je jeho příprava na zásadní životní změnu.*“<sup>25</sup> Tu lze vyjádřit prostřednictvím podpory při rozhodování, poskytnutím informací, a tak podobně.

---

<sup>23</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, str. 165.

<sup>24</sup> Tamtéž, str. 166.

<sup>25</sup> Tamtéž, str. 167.

Náplň práce zdravotně - sociálního pracovníka (= sociálního pracovníka v nemocnici):

- odborné sociální poradenství,
- asistence s formálními náležitostmi - vyřizování dávek sociální podpory, podávání žádostí do domovů pro seniory nebo hospice, vyřizování ošetrového pro člena rodiny,
- poskytování kontaktů na organizace působící v sociálních službách,
- spolupráce s policií, justicí, zdravotními pojišťovnami, ambulantními lékaři, orgány státní správy (ÚP, ČSSZ), hospici, OSPOD, dětskými domovy, aj.

Nejčastěji poskytuje zdravotně - sociální pracovník odborné poradenství, a to zejména rodině pacienta. Navrhne možnosti optimálních sociálních služeb, dá prostor rodině pro vybrání těch nejvhodnějších, se kterými by souhlasil i pacient, a poté jim pomáhá zprostředkovat kontakt s daným zařízením. V některých případech pouze předá kontakty a rodina si sama vybere a osloví organizaci samostatně. V případě, že půjde pacient zpět do domácího prostředí, může pomoci s vypůjčením kompenzačních pomůcek a sjednáním pečovatelek z agentury domácí péče nebo domácího hospice. V mnoha případech je sociální pracovník důležitou osobou, která na základě rozhodnutí nemocničního paliativního týmu pomáhá rodině a ošetřujícímu lékaři se zprostředkováním hospicové péče. Jeho funkce ve zdravotnickém zařízení obecně se může zdát neviditelná a mnohdy možná i opomíjená, je však velmi důležitá a představuje spolu se zdravotní péčí zásadní prvek komplexního přístupu k pacientovi. Zároveň tato práce není vůbec jednoduchá, protože proces propuštění pacienta bývá často velmi náročný.

#### 1.1.4. Přístup sociálního pracovníka k pacientovi

Na sociálního pracovníka jsou kladeny značné nároky a požadavky, kterým musí v rámci pomáhání potřebným lidem čelit. Pomoc od něj neočekává pouze pacient a jeho rodina, ale také lékař, který se na něj obrátí. Když je proces poskytování zdravotní péče v nemocnici u konce, dostává se do popředí potřeba zajistit péči následnou, ať už doma, v zařízení následné péče nebo pobytových sociálních službách. V tu chvíli jsou v osobu sociálního pracovníka vkládána očekávání, jejichž „*naplnění hraničí až se schopnostmi „superkompetentního hrdiny“ ...*“<sup>26</sup> Tím je odkazováno na domněnku, že pracovník je superhrdina, který má schopnosti poradit si s každým problémem a úspěšně ho vyřešit. Tyto schopnosti získal zdokonalováním svého přirozeného nadání a pomocí nich dokáže v kombinaci se sociálním cítěním zvládnout cokoli. Aby nedošlo k naplnění této myšlenky, musí při úvodním kontaktu s pacientem sociální pracovník informovat klienta o svých možnostech a poučit ho s předstihem, do jaké míry mu může pomoci on a do jaké míry musí na problému participovat klient sám. Nejdůležitějším nástrojem sociálního pracovníka při práci s klientem je tedy rozhovor. V rámci sociální práce je pak uplatňován zejména přístup orientovaný na klienta, případně také na úkoly.

---

<sup>26</sup> ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*, str. 119.

O požadavcích na sociálního pracovníka a jeho vlastnostech již bylo pojednáno - měl by být empatický, trpělivý, ochotný naslouchat a podporovat klienta, být mu nápomocný v řešení problému, nesoudit klienta, dodržovat povinnost mlčenlivosti. Při prvním setkání by se měl představit, vysvětlit důvod své návštěvy a projevit zájem o klienta a jeho příběh. Setkání by mělo proběhnout na místě, které by poskytovalo dostatek soukromí pro rozhovor. Jeho účastníci by se zde měli cítit komfortně a neměli by být nikým a ničím rušeni. Ideální také je, když je pro rozhovor vymezen určitý čas - alespoň rámcově. Nemělo by to znamenat, že se pracovník bude neustále dívat na hodinky a vyvolávat v klientovi dojem, že někam spěchá a nemá na něj dostatek prostoru, ale měl by oběma zúčastněným poskytnout časový prostor, který bude věnován jen a pouze klientovu problému. Důležité je proto soustředit se nejen na verbální, ale také na nonverbální projev. Výše uvedeným způsobem lze získat důvěru klienta, která je potřebná pro budoucí schůzky a je stavebním pilířem vztahu mezi sociálním pracovníkem a pacientem. Aby probíhalo řešení klientových potíží úspěšně, musí sociální pracovník zohlednit, do jaké cílové skupiny klient patří. Podle charakteristiky této skupiny pak musí přizpůsobit své jednání. Nejčastějšími klienty v nemocničním zařízení, se kterými sociální pracovník spolupracuje, jsou senioři.

Senior je starší člověk, jehož věk je v rozmezí 60 - 65 let. V tomto věku dochází k takzvaným involučním změnám, tedy ke změně fungování lidského těla z anabolismu ve prospěch katabolismu. To znamená, že člověk postupně ztrácí funkční a reaktivní schopnosti, dochází u něj ke snížení smyslového vnímání a opotřebování pohybového aparátu, což následně vede k omezení až ztrátě soběstačnosti, je sledovaný anebo léčený pro více nemocí. Tyto změny jsou fyziologické - běžné - nedá se jim zabránit. V některých případech však mohou snižovat kvalitu života a způsobovat sociální bariéru. Na stáří však nelze mít pouze pohled omezený na tělesné změny, je nutné hledat i pozitivní hodnoty - například to, že starší člověk může předávat mladší generaci své zkušenosti, a tak podobně. Skutečnost, že člověk dosáhl seniorského věku, samozřejmě neznamená, že potřebuje hned sociální služby. „*Sociální práce musí směřovat především k nejvíce ohroženým starým lidem, tedy osaměle žijícím, velmi starým („staří staří“, nad 80 let), propuštěným z nemocnice, dlouhodobě nemocným léčeným doma, křehkým a zmateným, trpícím demencí či depresí, přijatým do institucí a žijícím v nich, žijícím v chudých čtvrtích nebo v studených nevytopených bytech, sociálně a geograficky izolovaným, vystaveným špatnému zacházení, ponižování a segregaci.*“<sup>27</sup> Sociální pracovník by měl při práci se seniory pracovat v úzkém kontaktu se zdravotníky. Důvodem je fakt, že zhoršení zdravotního stavu může vést ke zvýšené potřebě sociálních služeb. Také by se měl orientovat ve zdravotním a funkčním stavu klienta, aby mohl vybrat optimální sociální služby, které budou pro klienta nejvíce vyhovující. Při jednání s klientem by měl vše trpělivě vysvětlovat a opakovat, mluvit pomaleji a zřetelně, vytvořit při jednání pocit jistoty. Navození vztahu založeného na důvěře a bezpečí je zásadní pro sociální práci, a to nejen se seniory.

---

<sup>27</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, str. 163.

### 1.1.5. Přístup rodiny k pacientovi

Rodina se při onemocnění člena rodiny a jeho následné hospitalizaci dostává do nelehké situace. Obává se o zdraví příbuzného a učí se po nějakou dobu fungovat bez něj. Může se potýkat s nedostatkem informací o jeho zdravotním stavu a tím se strach ještě umocňuje. Aby se předešlo možným konfliktům, které v důsledku chování ovlivněného starostí o svého příbuzného mohou mezi rodinou a zdravotnickým personálem nastat, mělo by se s nimi dostatečně a pravidelně komunikovat. Měli by být srozumitelně poučeni o zdravotním stavu a jeho vývoji, mělo by jim být také nasloucháno. Společným cílem rodiny a lékaře je v ideálním případě návrat pacienta z nemocnice do domácího prostředí. Aby byl návrat možný, měla by být rodina do řešení pacientova problému a následně i do procesu propuštění včas zapojena. Během návštěv či schůzek v nemocnici se budou příbuzní setkávat také se sociálním pracovníkem a probírat možnosti sociálních služeb, pokud propuštění nebude z nějakého důvodu jednoduché. „*Sociální pracovník, trénovaný ve vedení rozhovoru a v pozorování, by měl být schopen identifikovat vůli, ochotu a schopnost rodiny (zda chtějí, mohou a umějí) poskytovat seniorovi péči.*“<sup>28</sup> Schůzky a diskuze s rodinou mohou mít i další důležitý význam - ne vždy je možné od pacientů získat všechny informace, pohled rodiny na situaci může být velmi užitečný nejen pro sociálního pracovníka, ale také pro lékaře. Rodina pak může některé údaje o jeho zdravotním stavu či chování doplnit, protože nemocný je nemusí považovat za důležité. Tyto informace, získané od pacientova okruhu blízkých, jsou nazývány nepřímá anamnéza.

### 1.1.6. Kazuistika - pacientka Jarmila

Kazuistika se zabývá příběhem pacientky - řekněme jí například paní Jarmila - které je 82 let, je vdova a má jednu dceru. Paní Jarmila žila sama v bytové jednotce panelového domu na sídlišti (5. patro s výtahem), schopna veškeré sebeobsluhy. Jednoho dne při odcházení z bytu zřejmě zakopla o rohožku před vchodem a nemohla sama vstát. Sousedé jí pomohli posadit se na židli a zavolali záchrannou službu, protože paní se téměř neudržela na nohou a byla nervózní, pravděpodobně na základě pádu a vzniklé situace. Po příjezdu posádky rychlé záchranné služby byla odvezena k vyšetření na traumatologii, a přestože nebylo zjištěno poranění vzniklé v souvislosti s pádem, pro bolesti pravé nohy byla krátce hospitalizována za účelem pozorování a nastavení terapie bolesti. Po třech dnech byla propuštěna domů a péči o ni převzala dcera. Seniorku ale stále trápily bolesti pravé nohy, nemohla se na ni postavit, nezvládala se ani sama posadit na lůžku, byla plně závislá na péči dcery a jejího manžela. Z těchto důvodů byla paní opět převezena na kontrolní vyšetření do nemocnice. Tam byla znovu provedena základní vyšetření, a protože pacientka byla stále výrazně limitována bolestí, byla znovu ponechána ke krátkodobé hospitalizaci na traumatologii. Příčina potíží však nebyla zjištěna, takže po nastavení terapie bolesti

---

<sup>28</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, str. 168.



následoval překlad na oddělení následné péče (ONP). Na ONP došlo k rozvoji močové infekce a delirantního stavu - pacientka byla často zmatená, dezorientovaná, neklidná. Po psychiatrickém vyšetření byly doporučeny medikamenty na uklidnění a zahájena antibiotická léčba močové infekce. Na zavedené terapii došlo postupně ke zlepšení stavu vědomí, pohyblivost však byla i přes fyzioterapii významně omezená - pacientka téměř nebyla schopna samostatné chůze. Tento stav vylučoval pobyt v bytě bez přítomnosti minimálně jedné osoby. Při plánování propuštění byla oslovena dcera, zda bude o svou maminku pečovat. Bylo však zjištěno, že se nemůže mamince věnovat 24 hodin 7 dní v týdnu, protože je na rodičovské dovolené a stará se o téměř dvouletého syna, navíc sama maminku při chůzi neudrží, oporu při vstávání jí také nemůže plně poskytnout. Manžel dcery pracuje pět dní v týdnu, a protože živí rodinu, nemůže čerpat ošetrovné. Pacientka se kvůli změně svého zdravotního stavu tedy nemůže po propuštění z hospitalizace na ONP vrátit do svého bytu, protože sama péči o sebe nezvládne. Ošetřující lékař nemůže v tuto chvíli pacientku propustit, přestože po zdravotní stránce je nyní kompenzována. Dcera se o ní také nemůže po celý den starat, je schopna přijít pouze na pár hodin, až se vrátí manžel z práce a pohlídá syna. V tuto chvíli byl do plánování propuštění zařazen i sociální pracovník, aby dceři navrhl možnosti následné péče mimo nemocniční zařízení. Společně se shodli, že jedinou možností jsou pobytové sociální služby, se kterými pacientka nejprve nesouhlasila, ale po zvážení všech možných alternativ, souhlasila. Sociální pracovník proto dceři vydal k vyplnění žádosti do domovů pro seniory, které po vyplnění a po vyjádření lékaře odeslal do příslušných domovů k posouzení. Z důvodu dlouhé čekací doby na přijetí do domova a postupnému zlepšování stavu pacientky bylo později domluveno, že paní Jarmila bude propuštěna domů. Záhy však z důvodu náročné péče a trvajících psychických a pohybových potíží bylo rozhodnuto o pobytu v zařízení odlehčovacích služeb. Tam paní strávila 1,5 měsíce do té doby, než se uvolnilo místo v domově pro seniory. V současné době je klientka v zařízení více než dva roky. Pohyblivost se zlepšila do té míry, že je schopna chůze s dopomocí ve vysokém chodítku po chodbě zařízení, zvládne se sama najíst a obléci, při hygieně však potřebuje asistenci. Pravidelně se účastní aktivizačních služeb a v domově je spokojená. Dcera ji navštěvuje 2x týdně a 1x týdně si ji odváží na vozíku na návštěvu domů, aby se mohla vidět se svým vnukem a zetěm.

## 1.2. Hospicová péče

Hospic je zařízení, jehož cílem je poskytnout péči a podporu umírajícím a nevléčitelně nemocným. Neklade si za cíl zlepšit jejich zdravotní stav, ale pomoci jim prožít závěrečné období života podle svých přání a představ, v okruhu svých blízkých, mimo neosobní nemocniční prostředí. Je místem, kde je poskytována paliativní, neboli úlevná péče. Rozlišujeme lůžkovou (pobytovou) formu a domácí (terénní) hospicovou péči, která je poskytována v domácím prostředí. V zahraničí existuje ještě třetí forma, a to denní stacionáře pro nemocné v preterminálním stavu onemocnění.

Samotné slovo hospic pochází z latinského hospitium, neboli útulek, který ve starověku znamenal přístřešek pro pocestné, chudé anebo nemocné.<sup>29</sup> „První speciální zařízení tohoto druhu v novověku založila Mary Aickenheadová v Dublinu („Our Lady's Hospice“ 1879) ...“<sup>30</sup> Za zakladatelku moderního hospicového hnutí je však považována lékařka Cecily Saundersová, která v Londýně založila v 60. letech 20. století první hospic na světě s názvem St. Christopher Hospice. Kromě hospiců vznikaly též na úrovni nemocnic oddělení paliativní péče, v Československu však nedošlo k jejich plnohodnotnému rozvoji jako ve vyspělých zemích na Západě. Místo toho byli nemocní hospitalizováni v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde se personál zaměřoval pouze a hlavně na ošetrovatelskou péči, nikoli na komplexní přístup ke člověku, který je v závěrečné fázi života velmi důležitý. V České republice došlo k rozvoji hospiců a paliativní péče po roce 1990 na základě intervence lékařky Marie Svatošové. Jako první vznikaly domácí hospicové péče, následně vznikl i první lůžkový hospic - Hospic Anežky České v Červeném Kostelci v blízkosti Náchoda, v Královéhradeckém kraji. První oddělení paliativní péče vzniklo v roce 1992 nemocnici v Babicích nad Svitavou v Jihomoravském kraji.<sup>31</sup>

Zřizovateli mohou být občanská sdružení, církevní organizace, obecně prospěšné společnosti či příspěvkové organizace. Hospice „jsou zřizovány podle zák. č. 106/1992 Sb., o nestátních zdravotnických zařízeních, a zdravotní pojišťovny je řadí mezi „ošetrovatelská lůžka.“<sup>32</sup> To však zcela přesahuje náklady na péči, neboť pacient není ve stabilizovaném stavu, jak je předpokládáno v rámci účtování péče o pacienty na ošetrovatelských lůžkách. Z této skutečnosti vyplývá, že nejsou dosud vytvořeny konkrétní legislativní a ekonomické podmínky pro plnohodnotné fungování hospiců. Financování je podhodnocené, musí být proto zajišťováno vícezdrojově. „Hospice z části financuje stát, z části je podporují městské a z části krajské struktury, z části přispívají pacienti a chybějící zbytek (přibližně 10 %) se hradí ze získaných darů.“<sup>33</sup>

<sup>29</sup> Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, str. 12.

<sup>30</sup> STUDENT, J. Ch. a kol. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, str. 27.

<sup>31</sup> Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, str. 12 - 13.

<sup>32</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, str. 201.

<sup>33</sup> TOMESŠ, I. a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, str. 77.

### 1.2.1. Charakteristika hospicové péče

Hospicová péče je taková péče, která je poskytována pacientům na základě jejich svobodné vůle a umožňuje jim důstojné prožití závěru života. Člověk, který si přeje hospicovou péči, tedy pobyt v lůžkovém hospicovém zařízení nebo ve svém domově, kde mu ji zabezpečují pracovníci domácí hospicové péče, si je vědom toho, že jeho život není možné prodloužit ani zachránit. Přeje si pouze, aby kvalita jeho života byla natolik slušná, aby mohl zbývající dny či týdny prožít v okruhu svých blízkých. Ne v neosobním nemocničním prostředí, kde musí dodržovat specifický denní režim a kde i návštěvy rodiny mají přesně stanovená pravidla. V hospici je to jiné - denní režim se maximálně přizpůsobuje nemocnému, návštěvy jsou možné kdykoliv. K přijetí do hospice je potřeba odeslat žádost, kterou vyplňuje doporučující lékař (praktický lékař, ambulantní specialista či ošetřující lékař v nemocnici) na základě rozhodnutí rodiny, která může hospic kontaktovat již dříve za účelem zjištění bližších informací. K žádosti se přikládá informovaný souhlas pacienta. Pacient je před přijetím poučen, že „*lékař v hospici upouští ode všech léčebných postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života, ale pokračuje v takové léčbě, jež může kvalitu života zlepšit.*“<sup>34</sup> Cílem tedy není soustředění se na smrt jako takovou, ale zaměření se na smysluplné prožití života a využití každé jeho chvíle. Nejde tedy o pomáhání ke smrti, ale k umírání.

### Paliativní péče

Na základě výše uvedeného je v hospicích poskytována zcela odlišná péče než v nemocnicích. V nemocnicích je prováděna zdravotní péče se zaměřením na léčení a (v ideálním případě) vyléčení pacienta - neboli kurativní péče, zatímco v hospicích je klientům poskytována péče paliativní. Samozřejmě ovšem je možnost poskytování paliativní péče též v nemocničním zařízení, a to v době oznámení nepříznivé diagnózy. V tuto chvíli je již možné kontaktovat paliativní tým, aby pomohl pacientovi začít řešit veškeré náležitosti týkající se nemoci a jejích důsledků ještě předtím, než bude propuštěn z nemocnice domů či předán do péče jiného pobytového zařízení. Existuje mnoho definic paliativní péče. Jedná se o aktivní druh péče o pacienty, kterým bylo zjištěno nevyлéčitelné, život ohrožující onemocnění. Jednu z definic uvádí také zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. „*Paliativní péče je druh zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyлéčitelnou nemocí.*“<sup>35</sup> Nemusí se jednat nutně o onkologické, neboli nádorové onemocnění, ale též o neonkologické - pokročilé chronické onemocnění, které bylo pacientovi diagnostikováno již dříve a s postupujícím věkem se zhoršuje. Může jít o dekompenzované (zhoršené) chronické srdeční selhání, selhání ledvin či jater (jaterní cirhóza), chronickou obstrukční plicní nemoc, neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy (Alzheimerova choroba, demence, ...) a jiné. Důležité je podotknout, že tato péče se netýká pouze pacienta, ale též jeho rodiny. Její poskytování by mělo být

<sup>34</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, str. 202.

<sup>35</sup> § 5 odst. 2, písm. h) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

zahájeno v době, kdy je diagnóza nevléčitelného onemocnění stanovena, případně v době zhoršení zdravotního stavu v důsledku dané nemoci. Jen tak je možné postupně začít pacienta i jeho rodinu připravovat na situace, kterým budou muset výhledově čelit (výskyt projevů nemoci, postupné slábnutí sil nemocného, zhoršení přijímání potravy či omezení pohyblivosti, a jiné), a které způsobí zásadní životní změnu. „*Paliativní péče tedy klade velký důraz na kvalitu života pacienta, respekt k jeho osobnosti a spolupráci s jeho blízkými. Ta je velmi úzká zejména v případě mobilní specializované paliativní péče, kdy pacient pobývá ve svém domácím prostředí.*“<sup>36</sup>

Poskytovat paliativní péči znamená:

- zmírňovat tělesné i duševní strádání,
- omezovat nepříjemné a nežádoucí vyšetřování a nepřínosnou léčbu,
- naslouchat přání a potřeb nemocného a jeho rodiny,
- respektovat lidskou důstojnost v jakékoli životní situaci nemocného,
- doprovázet nemocného v procesu umírání,
- neurychlovat či naopak neoddalovat smrt,
- poskytovat podpůrnou péči rodině a pozůstalým.

Mezi hlavní zásady paliativní péče patří především omezení, v lepším případě vyloučení, různých druhů invazivních léčebných metod a technik, dodržování nedirektivního přístupu k nemocnému a respektování jeho přání a potřeb. Základním pilířem je důvěra, kterou pacient v ošetřující personál má. Může se tak cítit bezpečně a být si jistý, že se nebudou provádět léčebné procedury bez jeho vědomí a vůle. Nejčastějšími úkoly paliativní péče je tlášení bolesti a tlášení nepříjemných příznaků onemocnění, například dušnosti. Úkolem lékaře je tak nastavit optimální léčbu bolesti, aby neměl pacient projevy bolesti a mohl závěr svého života strávit činnostmi, které ho naplňují a které by rád ještě uskutečnil. I pouhé ležení na lůžku by mělo být bezbolestné. Kromě léků podávaných pravidelně existuje ještě takzvaná SOS medikace, neboli záchranné léky, které se podávají nad rámec základních rozepsaných medikamentů, v případě, že v danou chvíli nestačí. Mnohdy pacient trpí nejen fyzickou bolestí, ale i úzkostí a depresemi, které působí podobně jako bolest - způsobují nezáměr o okolí, sníženou chuť k jídlu, slabost, případně nespavost. Často bývají hůře medikamentózně ovlivnitelné. Pečující si v tuto chvíli musí uvědomit, že vážně nemocný člověk je psychicky velmi zranitelný. Trpí nejistotou z toho, co ho ještě čeká, obavami o své blízké, trápí ho ztráta společenského postavení a ztráta role, kterou v rámci rodiny či zaměstnání plnil. Každému trvá různou dobu, než vstřebá zjištěnou diagnózu a její okolnosti.

---

<sup>36</sup> BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, str. 12.

Tyto fáze, kterými nemocný prochází, charakterizovala psychiatrička Elisabeth Kübler - Rossová a nazvala je fáze smutku, respektive umírání. Nemusí následovat přesně za sebou, ale většinou probíhají v této posloupnosti:

- „negace, šok, popírání
- agrese, hněv, vzpoura
- smlouvání, vyjednávání
- deprese, smutek
- akceptace, smíření, souhlas.“<sup>37</sup>

Nutno poznamenat, že i v současné době nejsou možnosti paliativní medicíny neomezené. Došlo však k významnému posunu oproti dřívějším dobám a péče je podstatně rozsáhlejší. Většinu projevů nemoci lze odstranit, případně minimalizovat, aby byly pro pacienta alespoň trochu snesitelné. Dále je v paliativní medicíně kladen důraz na etický přístup při péči o umírající. Nejde jen o podávání léků tišících bolest a nepříjemné symptomy choroby, ale také o ochranu práv člověka, úctu k němu a zachovávání respektu a lidské důstojnosti při jednání s ním. Nezohledňuje se pouze zdravotní stránka člověka, jde o komplexní pohled na něj. Jedním z dokumentů, ve kterém je tento přístup a úcta k lidskému životu definována, je „*dokument s názvem Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, zkráceně označován jako Charta umírajících*.“<sup>38</sup> Vyplyývá z něj také povinnost chránit důstojnost a lidská práva terminálně nemocných osob.

### 1.2.2. Doprovázení jako hlavní poslání hospicové péče

Každý, kdo pracuje nebo se setkává s nevléčitelně nemocnými, ví, že pečovat o ně vyžaduje jakousi přidanou hodnotu. Povolání pečovatelek, zdravotních sester, lékařů či sociálních pracovníků v hospicové péči není možné vykonávat pouze pro peníze, navíc platové ohodnocení mnohdy není odpovídající. Domnívám se proto, že tuto práci nezvládne každý, protože často bývá psychicky náročná. Člověk, který je více citlivý, vnímá konečnost života osob, o které pečuje, a přemýšlí, jak rád by jim pomohl a co by ještě více pro ně mohl udělat. Vidí, jak se nemocní ztrácejí před očima. A další den přijdou do práce a zjistí, že člověk, o kterého se starali, zemřel. Často také není jednoduché odštíhnout zcela pracovní a osobní život, protože v nemocných můžeme vidět konečnost lidského života a příběhy lidí z hospice nám mohou evokovat příběh, který se nám také udál. Proto je i pro zaměstnance pracující v hospicové péči důležité dodržovat pravidla psychohygieny a účinně se tak bránit syndromu vyhoření, který pomáhajícím profesím obecně hrozí.

V případě ale, že člověk dělá tuto práci rád a péče o nevléčitelně nemocné ho naplňuje jak po profesní, tak po osobní stránce, je velkým přínosem pro klienty i ostatní zaměstnance. Může svému okolí předávat nadšení pro práci a povzbuzení, které je

---

<sup>37</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, str. 198.

<sup>38</sup> ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*, str. 205.

i pro klienty velice důležité. Je také všeobecně známo, že hospicové hnutí v České republice vzniklo na základě silné motivace zdravotníků a touhy zlepšit úroveň péče o umírající. V současné době stále vzniká velké množství domácích hospicových péčí a jejich zaměstnanci zde pracují na plné či částečné úvazky s nadšením a ochotou pomáhat závažně nemocným lidem a jejich rodinám. Motivaci k zakládání těchto zařízení mají lidé mnohdy z důvodu vlastní zkušenosti a vědomí, že tato komplexní péče o umírající není v nemocničních zařízeních či pobytových sociálních službách dostatečná a že mnoho lidí by bylo rádo, kdyby jejich příbuzný raději zemřel doma. Jsou si také vědomi, že umírající mají své specifické potřeby a potřebují hlavně pečovat i o psychickou stránku, neboť mají přirozeně ze smrti strach. „*Umírající mohou prožívat strach ze smrti či samotného procesu umírání. Existenciální pocit úzkosti, který nemocní zažívají, je odlišným od jakéhokoliv strachu.*“<sup>39</sup> Tyto obavy následně bývají předmětem diskuzí s personálem či pečujícími. Úkolem zaměstnanců by nemělo být vyhýbání se rozhovorům o smrti, ale naopak zapojení různých témat z oblasti teologie či filozofie do diskuze, s posláním přijmout smrt a vyrovnat se se svojí nesmrtností. Podobné myšlenky nemusí zaměstnávat pouze pacienta, ale i jeho rodinu a blízké. Proto i pro ně by měli mít zaměstnanci hospicové péče prostor, aby jim zodpověděli dotazy a pomohli jim najít si cestu k umírání svého příbuzného, která není ani v nejmenším jednoduchá.

Tento proces, kdy je po celou dobu pečováno o komplexní potřeby nemocného člověka (i jeho rodiny), je nazýván doprovázení. Doprovázení je hlavním posláním každého hospicového zařízení. Probíhá od přijetí klienta do péče a končí jeho smrtí. Jak říká zakladatelka hospicového hnutí, Marie Svatošová: „*Základem doprovázení je společné hledání smyslu a přijetí celého života. Doprovázet znamená pomáhat druhému žít (!) v období umírání. Znamená to jít kus cesty spolu s ním.*“<sup>40</sup> V rámci doprovázení jsou klientovi kromě péče o zdravotní stav nabízeny služby různých odborníků, se kterými hospicové zařízení spolupracuje. Může se například jednat o psychologa, psychiatra, kaplana či faráře, ale i lékaře. Společně pomáhají klientovi zorientovat se v událostech, které poslední dobou prožívá, v projevech nemoci a možnostech, jak jim čelit. Pomáhají ale také ve smíření se s vlastním životem. Zaměstnanci poskytují klientovi oporu, zodpovídají dotazy anebo si společně jen tak povídají. Berou klienta jako partnera - s respektem, úctou a pokorou. Nesoudí jeho činy nebo aktuální rozpoložení ... V mnoha hospicích probíhají též různé akce a kulturní programy na zpestření dne, v rámci domácí hospicové péče pak jezdí se zdravotními sestrami do domácností například kaplan a společně s pacientem a rodinou si mohou doma zahrát na nějaký hudební nástroj a zazpívat. Snahou je podporovat klienta v činnostech, které má rád a rozptýlit tak jeho obavy, do kterých se často ponořuje, i když to nemusí dávat najevo. Zaměstnanci doprovázejí také rodinu nemocného, pomáhají jim zorientovat se v administrativních záležitostech v rámci přijetí klienta a vypůjčení si zdravotnických pomůcek jako je polohovací postel či nástavec na WC. Asistují rodinám s péčí o nemocné a poskytují jim oporu. Mohou jim též doporučit popovídání s psychologem

---

<sup>39</sup> ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*, str. 194.

<sup>40</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, str. 196.

nebo odlehčovací službu kvůli vyřízení si potřebných náležitostí. V době úmrtí nemocného přijede někdo ze zaměstnanců hospicové péče, není-li nemocný v lůžkovém hospici, a pomůže s jeho zaopatřením a vyřízením náležitostí s koronerem a pohřební službou. Následně je pozůstalým poskytována podpora při ztrátě člena rodiny, která může probíhat různou formou (korespondence, osobní setkání, vzpomínkové večery) a různou dobu po úmrtí.

### 1.2.3. Potřeba multidisciplinárního přístupu pracovníků ke klientům

V paliativní péči je kromě zdravotní stránky také důležitý multidisciplinární přístup k pacientovi umožňující respektování bio - psycho - socio - spirituální složky každého jedince. To znamená, že je potřeba pečovat o jeho fyzické a psychické potřeby, včetně potřeby socializace a řešení duchovních otázek. *„Doprovázení umírajících a jejich nejbližších je v hospici týmová práce. Nedirektivita a týmová spolupráce zahrnující nemocného a jeho rodinu je naprosto nezbytná.“*<sup>41</sup> Často pak dochází k tomu, že se stírají rozdíly mezi jednotlivými profesemi, což není vůbec na škodu. Všichni zaměstnanci totiž mají jeden společný cíl - starat se o kvalitu života vážně nemocného pacienta. Mezi profesemi zastoupenými v hospicové péči bychom tak mohli najít lékaře, zdravotní sestry, pracovníky v sociálních službách - tj. pečovatele a podpůrné pracovníky pro pečující, dále sociálního pracovníka, psychology a psychoterapeuty, fyzioterapeuty, kaplana nebo poradce pro pozůstalé. Kromě těchto uvedených zaměstnanců jsou důležitou součástí realizačního týmu též pracovníci v administrativě a PR, technických a stravovacích službách v případě pobytového hospicového zařízení.

Úlohou lékaře v hospicovém zařízení je nejprve zjistit, do jaké míry je pacient o své diagnóze informován. Při pochybnostech o dostatečné informovanosti musí na základě zhodnocení jeho mentálního, psychického a fyzického stavu posoudit, jaké informace je vhodné mu poskytnout. Vždy by však měl podávat pravdivé údaje a vyvarovat se poskytování falešné naděje. Dále je úkolem lékaře nastavit optimální léčbu bolesti a symptomů nemoci, které dle potřeb pacienta upravuje. Samozřejmostí jsou pravidelné vizity u lůžka nemocného, kdy je vyhodnocován efekt léčby a celkový zdravotní stav, a doprovázení klienta na jeho cestě v hospici. Takovýto přístup je základem kvalitně poskytované paliativní péče. Jak říká zakladatelka hospicové péče v České republice, Marie Svatošová, lidé blížící se konec svého života většinou poznají. *„Jako lékařka jsem ke smrti doprovázela mnoho nemocných, nikoliv zdravých, kterým dohořívá svíčka přirozeně, bez akutních chorobných příznaků. Nemocní to většinou vědí. Pokud ne od lékaře, řekne jim to jejich slábnoucí tělo.“*<sup>42</sup> Zdravotní sestry provádějí převazy ran či proleženin, zavádějí kanyly, podávají injekce či aplikují podkožně infuze za účelem hydratace pacienta, konzultují s lékařem úpravy dávkování léků a změny v jeho zdravotním stavu. Pečovatelé vypomáhají s polohováním a hygienou. Psychologové a psychoterapeuti poskytují pomoc při náhlém zhoršení psychického stavu nebo dávají

<sup>41</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, str. 203.

<sup>42</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Neboj se vrátit domů*. Marie Svatošová v rozhovoru s Alešem Palánem, str. 60.

příležitost k rozhovoru o (ne)zvládnání nemoci, a to jak pacientovi, tak rodině. Náplní práce sociálního pracovníka se zabývá následující podkapitola.

Důležité je myslet na to, že ačkoliv informace o diagnóze a prognóze nemoci sděluje pacientovi ošetřující lékař, základní povědomí o přístupu k pacientovi a jednání s ním by měl mít též nezdravotnický personál. Výhodou práce v týmu je společné předávání zkušeností mezi spolupracovníky, možnosti supervize a vzájemného povzbuzení se. Prostřednictvím spolupráce vícero profesí je tak o klienty postaráno ve všech směrech.

#### **1.2.4. Přístup sociálního pracovníka ke klientovi**

##### **Poslání sociální práce v hospici**

Zjištění nevyлéčitelné nemoci většinou vede k zásadní změně způsobu života nejen klienta, ale i jeho rodiny. Objevují se situace, které klient není schopen sám zvládnout. Náplní sociální práce v hospicovém zařízení je „*pomoc a podpora při zvládnání sociálních problémů, které vyplývají z typu onemocnění i z terminální fáze života klienta.*“<sup>43</sup> Zprostředkování či zajištění pomoci je úkol pro sociálního pracovníka, který je plnohodnotným členem multidisciplinárního hospicového týmu. Hlavním cílem sociální práce i celého týmu je přispět odbornými znalostmi ke zlepšení kvality života klienta v náročném životním období a podpořit různými způsoby jeho rodinu v procesu doprovázení.

##### **Náplň práce sociálního pracovníka v zařízení hospicové péče**

Posláním sociálního pracovníka v hospicové péči je poskytování sociálně - právního poradenství a psychosociální podpory. Zabývá se též finančním zajištěním klienta, spolupracuje s různými institucemi a orgány státní správy. V rámci prvního kontaktu je úkolem pracovníka informovat klienta a jeho rodinu o podrobnostech a průběhu paliativní péče v hospicovém zařízení a v případě zájmu pomoci tuto službu zajistit. Klient pak musí stvrdit podpisem smlouvu s organizací a vyjádřit informovaný souhlas s poskytovanými službami. V dalším kroku vypomáhá pracovník pečující osobě s agendou týkající se sjednání příspěvku na péči, informuje o možnostech zapůjčení kompenzačních pomůcek (v případě domácí hospicové péče) a zjišťuje další potřeby rodiny a klienta. Sociální poradenství může poskytovat i osobám, které projeví zájem (nejen) o fungování hospicové péče, a to bezplatně. Návštěvě sociálního pracovníka v rodině předchází lékařský příjmový list, který sepisuje lékařka se zdravotní sestrou, jež se vydají za klientem v konkrétním termínu po předchozí telefonické domluvě. Poté přijíždí do rodiny sociální pracovník. Během této druhé schůzky s klientem a pečující osobou sepisuje vstupní dokument, který slouží jako administrativní příjmový list do hospicové péče. Zároveň pracovník připraví klientovu složku, jehož součástí jsou dokumenty představující činnost hospice a nabízené služby, telefonní kontakty, formuláře na vyplňování podaných léků či zaznamenávání požití stravy a tekutin.

<sup>43</sup> BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, str. 99.



Nezbytnou součástí a podmínkou pro poskytování péče je již zmíněné podepsání informovaného souhlasu, který je též součástí složky.

Zásadním požadavkem na sociálního pracovníka je dodržovat individuální přístup ke klientovi, jednat s respektem, porozuměním a ohledem na jeho důstojnost, protože se ocitl v náročné životní fázi a není pro něj jednoduché přijmout nově vzniklou skutečnost. V těchto situacích musí sociální pracovník vyhodnotit náhled pacienta na jeho zdravotní stav a případně domluvit konzultaci s psychologem, který je též součástí hospicového týmu. Stejně tak by měl vyhodnotit situaci v rodině a být všímavý i k drobným detailům, které mohou mít vliv na budoucí spolupráci. Mezi jeho povahové vlastnosti by měla patřit především empatie, tolerance, ohleduplnost a trpělivost. Samozřejmostí je týmová spolupráce, ochota pomáhat, umění naslouchat, příjemné a milé vystupování a vyjadřování podpory nejen klientovi, ale i rodině. Také by měl být schopen jednat s pozůstalými - umět naslouchat a chápat, jednat čestně a být autentický.

### **1.2.5. Přístup rodiny ke klientovi**

Rodina je hned při první schůzce se sociálním pracovníkem z hospicového zařízení poučena, jakým způsobem hospic funguje, jaké jsou možnosti péče a na jaké dávky pomoci má pečující osoba nárok. Společně tyto administrativní náležitosti včetně smlouvy a informovaného souhlasu s klientem vyřeší. Na rozdíl od nemocniční péče, kde je středem pozornosti především nemocný člověk, v hospici je to kromě nemocného člověka také jeho pečující osoba a rodina, která je opakovaně o péči poučena. Stejně jako se potřebuje pacient smířit se svou diagnózou, tak i členové rodiny si potřebují zvyknout na novou situaci a potřebují dostatek prostoru pro vstřebání informací. Pacient je většinou zařazen do péče v režimu 24 hodin 7 dní v týdnu, takže při jakýchkoli pochybnostech může pečující osoba kontaktovat pracovníka z hospice a poradit se ohledně zdravotního stavu a možnostech podání léků. Rodina je též edukována, jak k pacientovi přistupovat a jaké změny zdravotního stavu může očekávat. Důležité je, aby rodina svého nemocného člena do poslední chvíle podporovala, ubezpečovala ho o své blízkosti a lásce a umožnila mu tak prožít důstojný závěr života ve společnosti těch, které má rád.

### **1.2.6. Kazuistika - pacient František**

Panu Františkovi se začaly po těle tvořit modřiny. Nejprve tomu nepřisuzoval velký význam - myslel, že se mu objevily v důsledku úderu o nábytek nebo při práci se dřevem. Když však přibývaly a nebyly vázané na uhození se, navštívil svou obvodní lékařku. Té také sdělil, že se poslední dobou cítí unavený a slabý. Lékařka pacienta vyšetřila a provedla odběry krve, které ukázaly významně sníženou hladinu krevních destiček i krevního barviva - hemoglobinu, a naopak zvýšený počet bílých krvinek. Když si pan František, 78letý důchodce léčící se s krevním tlakem, zvýšenou hladinou cholesterolu v krvi a srdeční arytmií, přišel druhý den pro výsledky, dozvěděl se nepříjemné zprávy. Bude muset ihned do nemocnice na dovyšetření. V nemocnici

pacienta hospitalizovali, provedli různá vyšetření a za dva dny lékaři sdělili seniorovi diagnózu - akutní leukémie. Po počátečním šoku a velkém množství informací, které musel on i rodina vstřebat, začala série doplňujících vyšetření a léčba ve formě podávání krevních transfúzí a destiček. Vzhledem k věku pacienta a pokročilé fázi onemocnění nebyla možná agresivní léčba, proto bylo zahájeno podávání preparátu ve formě tablet, který však nepomáhal snižovat množství nezralých bílých krvinek tak, jak by bylo potřeba. Po vysvětlení situace bylo s rodinou domluveno, že pan František bude propuštěn do domácí péče a bude pravidelně dojíždět do nemocnice na krevní transfúze. Bohužel je potřeboval jednou, někdy i dvakrát týdně, a cesty sanitou byly čím dál tím více náročnější. Navíc ani po doplnění červených krvinek a krevních destiček nedošlo k významnému zlepšení stavu, modřiny se tvořily stále a únava také přetrvávala. Po prodiskutování situace s rodinou a ošetřujícím hematologem se pacient rozhodl, že dojíždění do nemocnice dvakrát týdně je nad jeho síly a léčbu si přeje ukončit. V tu chvíli došlo na řešení otázky, jakým způsobem postupovat, pokud nebude manželka péči zvládat. Pán je slabý a nejistý při chůzi, potřebuje dopomoci s hygienou a sebeobsluhou. Hematolog doporučil kontaktovat agenturu domácí péče nebo domácí hospicovou péči. Dcera pacienta našla podrobnosti na internetu a následující den si telefonicky domluvila schůzku se sociální pracovnící z hospicové péče. Zjištěné informace tlumočila doma a po poradě bylo rozhodnuto - dopomoc v rodinném prostředí a dojíždění zdravotních sester na místo bydliště bude nejpříjemnější řešení aktuální situace. Postupem času si s pomocí pracovníků hospice rodina vypůjčila polohovací postel a chodítka, také byl vyřízen příspěvek na péči a na zdravotní stav klienta dohlížela lékařka z hospicového paliativního týmu. Paní doktorka upravila léky na zlepšení symptomů leukémie, zejména na tlumení dušnosti, a na zlepšení stavu výživy doporučila speciální výživové preparáty. S pomocí a ochotou sestřiček a pečovatelek se pan František mohl nadále vídat s velkou rodinou a pobývat na zahradce, přestože ho jakákoli chůze unavovala. S nemocí však bojoval statečně a s pokorou sobě vlastní. Hůře situaci zvládala manželka, která se obrátila na psycholožku z hospice, aby společně probraly pocity, které jí nedávají spát. Nutno podotknout, že oporu jí poskytovaly pracovníce, kterým mohla zavolat 24 hodin 7 dní v týdnu a zeptat se na cokoli, co ji nebo manžela zrovna trápilo. 17 dní po zahájení spolupráce s domácí hospicovou péčí klient zemřel, v obklopení rodiny a na základě přání, které měl. Zůstat do poslední chvíle doma ...

## 2. Lidská důstojnost a její význam v sociální práci

Definováním a výkladem pojmu lidská důstojnost se zabývali a stále zabývají odborníci napříč profesemi od dob starověku až po současnost. V každém období nabýval různého významu s ohledem na události, které tou dobou hýbaly světem. Dodnes nemá jednotnou definici, proto je stále předmětem řady diskuzí. Úzce souvisí s disciplínou zabývající se hledáním takových norem a pravidel, které jsou dobré a správné, tedy etikou. Také je důležitým prvkem mezinárodně uznávaných dokumentů deklarujících základní lidská práva. Jedná se o Chartu spojených národů z roku 1945, v jejíž předmluvě, neboli preambuli, je uvedeno: „*MY, LID SPOJENÝCH NÁRODŮ, JSOUCE ODHODLÁNI uchránit budoucí pokolení od metly války, která dvakrát za našeho života přinesla lidstvu nevyšlovné strasti, odhodláni deklarovat znovu svou víru v základní lidská práva, v důstojnost a hodnotu lidské osobnosti, ...*“<sup>44</sup> Zajímavé je, „*že při tvorbě Charty se nepočítalo s tím, že pojem důstojnosti bude do ní přímo zařazen. Ten byl do textu preambule Charty včleněn až po diskuzi, přičemž nikde nebyl tento pojem nadefinován.*“<sup>45</sup> Dalším dokumentem je Všeobecná deklarace lidských práv, která byla schválena Valným shromážděním OSN v roce 1948 a ve které je pojem konkrétně zmíněn na pěti různých místech textu.<sup>46</sup> Lidská práva, která jsou propojená s důstojností člověka, respektive jsou od ní odvozená, jsou v českém ústavním řádu uvedena v Listině základních práv a svobod z roku 1993.<sup>47</sup> Dalším dokumentem je Všeobecná deklarace lidských práv, která byla schválena Valným shromážděním OSN v roce 1948. Lidská práva, která jsou propojená s důstojností člověka, respektive jsou od ní odvozená, jsou v českém ústavním řádu uvedena v Listině základních práv a svobod z roku 1993.<sup>48</sup> V prvním článku je uvedeno: „*Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.*“<sup>49</sup> Výše uvedené deklarace a dokumenty vznikaly jako reakce jednotlivých zemí světa na opakované potlačování lidské důstojnosti, ke kterému docházelo zejména za světových válek. Podobná ustanovení se zaměřením na práva člověka a povinnost úcty k němu jako takovému jsou také součástí mnoha etických kodexů různých institucí a profesí, mimo jiné též Etického kodexu sociálního pracovníka České republiky.

### 2.1. Vývoj pojmu v proměnách času

V průběhu času se mění výklad pojmu lidská důstojnost, přičemž každé historické období má své pojetí a specifickou interpretaci. Tak, jako existuje mnoho obrazů

<sup>44</sup> Příloha k vyhlášce č. 30/1947 Sb.. Vyhláška Ministerstva zahraničních věcí o chartě Spojených národů a statutu Mezinárodního soudního dvora, sjednaných dne 26. června 1945 na konferenci Spojených národů o mezinárodní organizaci, konané v San Francisku.

<sup>45</sup> PRAVNIPROSTOR.CZ, *Historický vývoj pojmu důstojnost a jeho postupné začlenění do právního pořádku*, [online], 14.1.2016.

<sup>46</sup> Srov. tamtéž.

<sup>47</sup> Srov. Usnesení č. 2/1993 Sb., Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky.

<sup>48</sup> Srov. tamtéž.

<sup>49</sup> Tamtéž.

člověka, jsou známy také různé výklady lidské důstojnosti. Některé mohou mít určité charakteristiky společné, některé se zcela odlišují. I přes velké množství rozličných interpretací lze říci, že pojem je obecně možné vykládat dvojím způsobem. Prvním způsobem je kontingentní pojetí, tím druhým pojetí inherentní.<sup>50</sup> „Lidská důstojnost v tzv. kontingentním pojetí není přisuzována všem, je vztahována k něčemu a něčím podmíněna, její připsání je dáno kritériem (např. kvalita člověka, způsob jeho vzorného chování, výdělek, výsluhy apod.) a její významnost odkazuje na respekt jedněch vůči druhým.“<sup>51</sup> Z této charakteristiky vyplývá, že kontingentní (též sociální) důstojnost klade na člověka nějaký požadavek - závisí na jeho společenském postavení, profesní pozici, dovednostech či zásluhách - je jimi podmíněná.<sup>52</sup> Nenáleží proto každému člověku. „Takto vnímaná lidská důstojnost by se ve vztahu k umírajícímu jevila jako zcela bezohledná, neospravedlnitelná, mající selektivní dopady.“<sup>53</sup> Druhé pojetí se nazývá inherentní, neboli ontologické, a znamená, že je „důstojnost dána bezpodmínečně a její platnost nemá vztah k životní okolnosti jedince.“<sup>54</sup> Tím je řečeno, že náleží předem každému člověku, každé lidské bytosti. Ať už je člověk nemocný jakkoli, nikdy ji nemůže ztratit nebo jí být zbaven.

Ve starověku zastávali řečtí a římské filozofy názor, že důstojnost není člověku vrozená, ale že se odvíjí od jeho původu, společenského postavení a toho, jaké úcty na veřejnosti daný jedinec požívá.<sup>55</sup> Převládalo tedy pojetí kontingentní. V době rozkvětu křesťanství je poprvé zmiňován pojem osoba (dosud byl člověk považován spíše za jakési řadové individuum, avšak se schopností mluvit a ovládat se) a také je zdůrazňována rovnost lidí před Bohem - bez ohledu na jejich postavení či pozici ve společnosti. Křesťanští myslitelé těmito názory navázali na Cicerona.<sup>56</sup> Bible je dodnes považována za zdroj inspirace o důstojnosti člověka. Jako jeden příklad za všechny lze uvést „Miluj svého bližního jako sám sebe.“<sup>57</sup> Pro období humanismu a renesance je charakteristické vnímání člověka se zaměřením na svobodu a oslavu dokonalosti jeho těla, které mnohdy hraničí až se zbožšťováním - to vyplývá i z tvrzení Pico della Mirandoly, italského humanisty a filozofa: „ ... zatímco všechna ostatní stvoření jsou determinována přirozeným zákonem, člověku Bůh poskytl svobodnou vůli, aby si sám mohl určit vlastní přirozenost.“<sup>58</sup> Od 17. století dochází k postupnému opouštění náboženského zdůvodnění týkajícího se podobnosti člověka a Boha a mizí jeho ústřední postavení ve světě.<sup>59</sup> Toto stanovisko potvrzuje Kant, který v 18. století postavil důstojnost člověka výlučně na jeho sebevědomí, svobodě, morálce a rozumu,

---

<sup>50</sup> Srov. ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*, str. 200.

<sup>51</sup> Tamtéž, str. 200.

<sup>52</sup> Srov. tamtéž, str. 200.

<sup>53</sup> ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. In *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, č. 2, str. 109-113.

<sup>54</sup> ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*, str. 201.

<sup>55</sup> Srov. HORÁK F. Lidská důstojnost v ústavním právu: legitimní argument nebo axiom? In *Jurisprudence*, 2017, č. 4, str. 3 - 14.

<sup>56</sup> Srov. tamtéž, str. 3 - 14.

<sup>57</sup> Mt 22, 39

<sup>58</sup> HORÁK F. Lidská důstojnost v ústavním právu: legitimní argument nebo axiom? In *Jurisprudence*, 2017, č. 4, str. 3 - 14.

<sup>59</sup> Srov. WETZ, F. J. *Die Würde der Menschen ist antastbar*, [online], str. 6.

nikoliv na jeho podobnosti s Bohem a postavení ve světě: „*So gründete beispielsweise Immanuel Kant im 18. Jahrhundert die Würde des Menschen ausschließlich auf dessen Selbstbewusstsein, Freiheit, Moralität und Vernunft – und gerade nicht auf dessen Gottebenbildlichkeit und Stellung in der Welt.*“<sup>60</sup> V polovině 20. století dochází v teologii k opětovnému příklonu k myšlence podobnosti člověka s Bohem. Člověk je nazírán primárně jako vztahová bytost, osoba. Hovoří se o důstojnosti osoby. Je zde patrná i větší tendence propojovat tyto myšlenky s realitou života. Jedním z takových příkladů může být spis papeže Benedikta XVI.: „*Transcendentní důstojnost osoby je zásadní hodnotou židovsko - křesťanské moudrosti, ale díky rozumu ji mohou poznávat všichni. Tuto důstojnost, chápanou jako schopnost překračovat svou materiální stránku a hledat pravdu, je třeba uznávat jako univerzální dobro nezbytné pro vytváření společnosti orientované na plnou realizaci člověka.*“<sup>61</sup>

Z výše uvedených představ o lidské důstojnosti lze vyvodit základy pro lidská práva, jež byly ve stávající formě utvářeny a zaznamenány ve 21. století prostřednictvím listin základních práv a svobod a jiných dokumentů s mezinárodní platností. Dalo by se říci, že lidská práva a důstojnost člověka jsou úzce provázané. Úkolem každého státu s demokratickým zřízením je zajistit svým občanům ochranu práv, na která mají nárok. Aby nebyla práva některých skupin občanů pošlapávána, zapojuje se stát do přímé pomoci, a tím se snaží práva těchto občanů chránit. Samozřejmostí je apel na participaci člověka na svém problému, případně zapojení rodiny nebo blízkých příbuzných.

## 2.2. Význam lidské důstojnosti

Při ohlédnutí se zpět a hodnocení života lidé často vzpomínají na to, co se jim podařilo, v čem byli úspěšní a čeho dosáhli. Podle toho jim někdo uznale pokývne, pochvalnými slovy je ocení anebo jen nevěřícně zakroučí hlavou. I přes různá ocenění a zásluhy se však mnohdy stává, že lidé stárnou po boku svých manželů či partnerů, v horším případě osamoceni. Když je potká nějaká nepříznivá událost v životě, zůstávají na ni sami nebo jen s minimální pomocí. V dřívějších dobách bylo samozřejmostí, že slábnoucího a nemocného člověka měla rodina doma a společnými silami všech členů se o něj starala. S nástupem moderní doby a všech možností, které s sebou přináší, odchodem do důchodu ve vyšším věku a prodlužováním věku občanů se však situace mění a vzrůstá potřeba sociálních zařízení a služeb. V případě, že to věk, síly, schopnosti a možnosti člena rodiny dovolí, pečuje o svého seniora či nemocného příbuzného sám, v jeho domácím prostředí. Může potom využívat sociální pomoc, pod kterou si můžeme představit nejen sociální služby, ale i finanční dávky. Tyto výše uvedené formy sociální pomoci jsou společně se sociálním pojištěním a státní sociální podporou součástí systému sociálního zabezpečení státu. Pokud péče o nemocného či seniora není z různých důvodů možná, je nutné zajistit pobytové zařízení, případně

<sup>60</sup> WETZ, F. J. *Die Würde der Menschen ist antastbar*, [online], str. 6.

<sup>61</sup> BENEDIKT XVI. *Srdcem pokoje je lidská osoba*. Poselství papeže Benedikta XVI. k oslavě Světového dne míru, 1. 1. 2011, str. 4.

ambulantní ve formě například denního či týdenního stacionáře. Ať už se rodina dle svých možností rozhodne pro jakoukoli formu péče, je vždy zapotřebí souhlas nemocného či seniora s touto péčí. Není možné rozhodnout se za někoho jen podle toho, jak by to vyhovovalo nám. Bohužel, i k těmto situacím stále dochází, ať už jsou důvody pro takovéto jednání jakékoli.

Informovaný souhlas se službami musí člověk udělit s předstihem, jinak nemůže být do zařízení poskytujícího sociální služby přijat - je podmínkou k přijetí. Toto platí také v nemocnici nebo jiném zařízení poskytujícím zdravotní péči. Není-li možné souhlas od pacienta kvůli jeho zdravotnímu stavu získat, dochází k zástupnému rozhodování, v rámci kterého souhlas s péčí uděluje zástupce pacienta (dáno zákonem o zdravotních službách) nebo opatrovník (jmenovaný soudem).<sup>62</sup> Ať už bude za pacienta rozhodovat zástupce nebo opatrovník, vždy by měli jednat podle předpokládaného přání pacienta a v jeho nejlepším zájmu, nikoliv podle sebe. Zástupné rozhodování je využíváno zejména ve stavech, kdy je pacient v terminální fázi svého onemocnění nebo když má těžkou demenci se ztrátou orientace. Existuje i dříve vyslovené přání, které si může pacient připravit pro případ, že by se někdy ocitl v situaci, ve které by již o sobě nemohl rozhodovat. Zabrání se tak následným případným neshodám či pochybnostem a zároveň je respektováno pacientovo přání. Dříve vyslovené přání má velký význam v paliativní péči, neboť na základě něj může být ustoupeno od poskytování umělé výživy nebo resuscitace, tedy obnovy základních životních funkcí pacienta. Přestože je pacient ve velmi těžkém zdravotním stavu, neznamená to, že se automaticky sníží úroveň zdravotní péče, která je mu poskytována. Nadále je o něj pečováno *lege artis*, neboli podle odborných lékařských doporučení. I v paliativní péči tyto postupy, včetně respektu k jedinečnosti a individualitě, platí.

Na základě výše uvedeného je zřejmé, že i v nejtěžších životních situacích by měla být člověku poskytována kvalitní péče, s respektem k jeho specifickým potřebám a přáním. Totéž platí o lidech s různou formou zdravotního postižení. Mělo by se s nimi jednat stejným způsobem, jako s kýmkoli jiným - se zaměřením na jejich jedinečnost a lidskou důstojnost. Není možné člověka odsoudit k ukončení péče jen z toho důvodu, že „to nemá cenu“, že to stejně nepomůže. Do poslední chvíle se jedná o lidskou bytost, která má svá práva a důstojnost a nikdo si je nemůže nárokovat. Tyto skutečnosti samozřejmě neplatí pouze ve zdravotnictví a v oblasti sociální práce, ale všeobecně. *„Respekt k důstojnosti člověka by měl být neodmyslitelnou součástí spokojeného života mezi lidmi po celém světě. Každý jednatel, instituce či organizace by měla chránit práva druhých, a to bez ohledu na jejich profesi či společenské postavení.“*<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, str. 92.

<sup>63</sup> ŠRAJER J. Lidská důstojnost a sociální práce. In *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, č. 2, str. 109-113.

### 2.3. Role sociálního pracovníka s ohledem na lidskou důstojnost

Hlavní úlohou sociálního pracovníka je podporovat klienta v jeho sociálním fungování. To znamená, že by mu měl asistovat a pomáhat při znovuzískání a obnovování různých znalostí a dovedností, které mu pomohou lépe se orientovat v okolním prostředí a plnohodnotně fungovat, plnit své úkoly a role. K tomu, aby mohl tuto práci vykonávat, musí mít určité předpoklady, znalosti a ochotu vzdělávat se. Musí také chtít poznat klienta jako člověka se všemi svými problémy. Navázat s ním vztah, pochopit jeho aktuální rozpoložení a způsob myšlení. Jen tak mu může optimálně pomoci. „*Snaha pomáhat lidem bez přesného porozumění jejich potížím, bez znalosti metodických postupů a jejich indikace je nebezpečná. Může ohrožovat klienty, v případě projektů i celou společnost.*“<sup>64</sup> Je proto zásadní orientovat se v návodech a teoretických východiscích nejen oboru sociální práce, ale i příbuzných oborů zabývajících se člověkem a jeho životem, jako je zejména psychologie, sociologie, právní vědy a pedagogika.<sup>65</sup>

Na některé situace se však sociální pracovník v roli pomáhajícího člověka nemůže dost dobře připravit. Existují chvíle, které se nedají předem natrénovat, musí se prostě jen prožít. V těchto chvílích je zásadní být nablízku klientovi a jeho rodině, mnohdy jen trávit čas s nimi beze slov. Také je důležité myslet na to, že i po ukončení spolupráce s klientem se může najít někdo, kdo pomoc a podporu sociálního pracovníka bude potřebovat i nadále. Tímto příkladem může být truchlení. Jedná se o „*dlouhodobý proces, kterým člověk musí projít k nové identitě. Pozůstalý se musí vypořádat se smrtí blízkého člověka, musí se rovněž zadaptovat ve světě bez zemřelého, zpracovat tuto vztahovou ztrátu, akceptovat ji jako reálnou a integrovat ji do vlastního života.*“<sup>66</sup>

Z předchozího textu je zřejmé, že se musí přistupovat ke každému člověku individuálně, s respektem k jeho potřebám a stavu. Nácvik těchto situací není možný, ale pohlížení na člověka jako na lidskou bytost se všemi svými právy a neodcizitelnou důstojností si uvědomovat lze. Následnou bližší spolupráci mezi pracovníkem a klientem je možné v kontextu těchto zásad rozvíjet a budovat tak pevný vztah založený na důvěře. „*Pro svoji vnitřní kritickou sílu je pojem lidské důstojnosti pro sociálního pracovníka výzvou, aby uměl přijímat sebe sama a klienta v úctě, respektu a zodpovědnosti a neposuzoval sebe a druhé primárně na základě výkonu.*“<sup>67</sup> Uplatňuje tedy inherentní pojetí lidské důstojnosti, nikoliv kontingentní. Také vybízí k ochraně lidských práv člověka a ochraňuje klienta před nemorálním chováním ostatních. K tomu může docházet zejména u pacientů v těžkém zdravotním stavu. Nemělo by se zapomínat na princip autonomie, který by se měl u každého pacienta, klienta, jakož obecně člověka, dodržovat. Respekt k autonomii je založen na tom,

---

<sup>64</sup> NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, str. 193.

<sup>65</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*, str. 192.

<sup>66</sup> KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, str. 132.

<sup>67</sup> ŠRAJER J. Lidská důstojnost a sociální práce. In *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, č. 2, str. 109-113.

že i v případě nemoci nebo obecně stavu bezmoci je člověku umožněno žít svůj život takovým způsobem, jaký považuje pro sebe za nejpřínosnější a nejvíce vyhovující.<sup>68</sup>

Bohužel platí, že každá mince má dvě strany a i v rámci poskytování sociální pomoci se objevují negativní faktory. Jsou známy studie, z jejichž závěrů vyplynulo, že poskytování sociální opory může mít i opačný efekt a může být pro pracovníka zatěžující, v horším případě může vést k již zmíněnému syndromu vyhoření.<sup>69</sup> Sociální pracovník však také může poskytovat pomoc klientům v nepříznivé sociální situaci nevhodně, nadměrně nebo může mít z důvodu nedostatečné komunikace odlišné názory na to, jak vzniklé problémy řešit. To vše může vést ke ztrátě důvěry klienta v pracovníka nebo ke zneužití jeho pomoci.

Role sociálního pracovníka tak vyžaduje nejen profesní kvalifikaci, osobnostní předpoklady a ochotu pomáhat druhým, ale také požadavek na znalost přístupu ke člověku v kontextu respektu k jeho jedinečnosti, individualitě a důstojnosti.

### **3. Zhodnocení případů z praxe v kontextu lidské důstojnosti**

#### **Případ č. 1 - paní Jarmila**

V době, kdy byla paní Jarmila, seniorka s bolestmi kyčle vzniklými následkem pádu, hospitalizována v nemocnici, začala její dcera na doporučení ošetřujícího lékaře řešit sociální situaci. Důvodem byly občasné stavy zmatenosti a dezorientace, které se v průběhu hospitalizace objevovaly. Obavy z toho, že maminka v pokročilém věku nebude moci být nadále ve svém bytě sama, trápily její dceru již delší dobu, dosud se však k plánování alternativního způsobu bydlení a péče neodvážila. Nyní však tato situace přišla, proto se zdravotně - sociální pracovníci diskutovaly nad možnostmi. Dcera by preferovala návrat maminky do domácího prostředí. Bylo jí vysvětleno, že pro bolesti a nejistotu při chůzi bude mamince potřeba obstarat nákupy, přípravu jídla a zajistit pomůcky k bezpečnému pobytu po bytě. Navíc z důvodu delirantních stavů a s nimi spojeným blouzněním nebylo jisté, zda vůbec bude moci pacientka zůstat sama v bytě přes noc. Je možné, že tyto stavy souvisí pouze s pobytem v neznámém prostředí a rozvinutou infekcí močových cest, nicméně bylo nutné zvažovat i tuto možnost. Nezáleží samozřejmě pouze na dceři, je nutné znát i přání pacientky, u které bylo psychiatrickým vyšetřením zjištěno, že stav zatím není tak vážný, aby bylo potřeba zahájit řízení vedoucí k opatrovnictví. Pacientka se chtěla vrátit domů, nepřipouštěla si, že se její stav zhoršil a že některé úkony bez pomoci druhé osoby nezvládne. S pobytem v domově pro seniory zásadně nesouhlasila. Dcera její přání respektovala, a proto bylo domluveno, že po propuštění z nemocnice se bude o maminku starat v jejím bytě s tím, že si případně domluví služby agentury domácí péče za účelem dopomoci s hygienou, a podobně. Pacientka mezitím zahájila rehabilitaci a začala se těšit na návrat domů.

---

<sup>68</sup> Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, str. 82.

<sup>69</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, str. 110.



Nicméně cvičení neprobíhalo tak, jak by mělo - stále si nebyla jistá v prostoru a obávala se chůze, dokonce i v chodítku. Jelikož doplněná vyšetření neodhalila možné příčiny nestability, bylo i z chování pacientky postupem času zřejmé, že následkem prodělaného pádu se bojí pohybovat. Zdravotní stav se tedy promptně zlepšil, stav mysli se upravil, infekce vyléčila, avšak chůze a hygiena stále byly zdrojem starostí jak pro personál, tak pro pacientku i její dceru. Jelikož si svůj minimální progres paní Jarmila uvědomovala, záhy souhlasila se sepsáním žádosti do zařízení pobytových sociálních služeb. Kvůli dlouhým čekacím dobám na přijetí a stabilizovanému zdravotnímu stavu pacientky se lékaři s rodinou domluvili, že předepíše poukaz na vysoké chodítko a seniorku propustí domů, do péče dcery. Ta byla ráda, že bylo splněno mamčině přání a že bude opět po dlouhé době doma. Aby paní nezůstávala sama, chodila k ní do bytu dcera přespávat, vařit a dohlížet na ní. Vždy se ale musela vystřídat s manželem, který převzal péči o ani ne dvouletého syna. Manžel také se synem zůstal v bytě sám přes noc, zatímco jeho manželka, dcera paní Jarmily, trávila noc v jejím nedalekém bytě. Manželé si totiž z důvodu malého bytu nemohli vzít seniorku k sobě a s přestěhováním do jejího bytu zase nesouhlasil manžel ... Situace byla složitá, dcera měla plno práce s péčí o maminku i syna a neustále přebíhala mezi jedním a druhým bytem.

Po propuštění z nemocnice se zdálo, že psychický stav paní Jarmily je v pořádku, nicméně po několika dnech se opět začalo plíživě objevovat atypické chování. Projevovalo se například hlasitým modlením v době snídane s rodinou a malým vnukem, hledáním Václava (zemřelý manžel) anebo tvrzením, že čeká na tramvaj (přitom seděla u oběda). Dcera měla maminku velmi ráda, pečovala o ní s láskou a vděčností, ale zároveň si uvědomovala, že péče v domácím prostředí nebude možná, a to ani s pečovatelkami. Po prokonzultování situace s manželem i maminkou se dcera dostavila do jednoho domova pro seniory v blízkém okolí, do kterého měla maminka podanou žádost, aby se informovala, v jakém stavu žádost je. Zatím se místo neuvolnilo, nicméně sociální pracovnice jí nabídla odlehčovací služby, které domov pro seniory také poskytuje - jako přechodnou možnost, než bude místo pro seniorku dostupné. V zařízení poskytujícím odlehčovací služby strávila paní Jarmila 1,5 měsíce, následně se přestěhovala do domova pro seniory na základě uvolnění lůžka. Dcera se tak mohla nadále naplno věnovat péči o malého syna a společně maminku a babičku navštěvovali v domově. Přes počáteční nejistotu se seniorka v novém bydlišti brzy rozkoukala, našla si přátele a naplno se zapojila do nabízených aktivit. Jistotu v chůzi sice naplno nezískala zpět, nicméně s asistencí pečovatelek byl pohyb mnohem jednodušší.

V tomto případě z praxe byl na počátku patrný rozpor mezi přáním pacientky a dcery. Pacientka se chtěla vrátit do svého bytu, přestože její zdravotní i psychický stav to neumožňoval. Dcera by sice také byla ráda, aby bylo vše jako dříve a maminka žila ve svém bytě nedaleko toho jejího, zároveň si však uvědomovala, že kvůli péči o malé dítě a zajišťování chodu své domácnosti nebude schopna věnovat se své matce 24 hodin 7 dní v týdu, zvláště když manžel se stěhováním do bytu matky razantně nesouhlasil.

I přes toto všechno se dcera chovala ke své matce ohleduplně, situaci jí několikrát trpělivě vysvětlovala a nic jí nepřikazovala. Nezlobila se na ni, když souvislosti nechápala, a to také díky tomu, že byla s dostatečným předstihem a plně informována o tom, jaká specifika práce se seniory vyžaduje a jaký zdravotní stav maminky je. Prostřednictvím pravidelných návštěv v domově pro seniory si také mohla ověřit, jakým způsobem péče probíhá a utvrdit se v tom, že je o ni lépe postaráno, než kdyby byla doma. Spokojenost staré paní, i přes počáteční rozpaky, jí to také potvrdila. Takovýto příběh je modelem ideálního chování člověka ke staršímu členu rodiny. Pravdou však bývá, že ne vždy tomu tak je. Na toto téma by mohla být další samostatná kapitola, ale to již není cílem této práce ...

## **Případ č. 2 - pan František**

U pana Františka bylo zjištěno závažné onemocnění, které vyžadovalo mnoho vyšetření a následně léčbu spojenou s častým dojížděním do několik desítek kilometrů vzdálené nemocnice. To vše bylo velice vyčerpávající, proto se po zhodnocení léčebných možností a jejich vlivu na prognózu nemoci 78letý pacient rozhodl k ukončení terapie. Jednalo se o terapii symptomatickou (s cílem alespoň trochu zlepšit kvalitu života), nikoliv kurativní (s cílem nemoc vyléčit - to bohužel nebylo vzhledem k pokročilé fázi, věku a přidruženým nemocem seniora možné). K tomuto rozhodnutí přispěly opakované rozhovory s lékaři, kterých byla přítomna též manželka a syn pacienta. Jelikož měl pan František plnou podporu rodiny a zejména manželky, která je též v důchodovém věku a vezme si na starost péči o manžela, splní se tak pánovo přání - zůstat do poslední chvíle svého života v domě, který sám postavil, a s lidmi, které má nejraději. Aby nebyla manželka na péči sama, doporučil ošetřující lékař domácí hospicovou péči, jejíž sestřičky denně dojížděly za pánem a konzultovaly jeho stav, potřeby a pomáhaly s hygienou. Přestože byla situace náročná a bylo velice těžké sledovat, jak milovaný dědeček, otec a manžel schází před očima a slábne, všichni se snažili vyplnit jeho zbývající čas svou přítomností a činnostmi, které měl tolik rád a nedávat najevo své obavy. Pravidelně za ním docházela vnoučata, kamarád s harmonikou nebo kaplan z hospice. Když se nachýlil klientův čas, pracovníci hospice byli nablízku a podporovali jeho rodinu i po Františkově smrti. Svého rozhodnutí, mít nemocného doma a starat se o něj svými silami a s pomocí ochotných pečovatelek a sestřiček z hospice, rodina nikdy nelitovala. Pravdou však je, že členy rodiny nikdy ani ve snu nenapadlo, jak těžké to pro ně bude. To posoudí každý až zpětně. Důležité je, že tohoto rozhodnutí nelitovali a péči nikdy nevzdali, byť jí museli obětovat všechn svůj čas a byla pro ně nejen fyzicky, ale i psychicky náročná.

Ne všechny rodiny jsou však ochotny změnit svůj způsob života a postarat se o staršího člena, když to potřebuje. Mohou se také obávat projevů nemoci nebo mít strach ze selhání, že péči nezvládnou. Alternativním řešením by pak mohly být denní či týdenní stacionáře, případně pobytová zařízení poskytující sociální služby. Zde je ovšem riziko, že by se klient nemusel dožít překlada z nemocnice do domova

pro seniory, protože tento druh nemoci, kterým pan František trpěl, většinou, bohužel, mívá rychlý průběh ...

Velmi pěkně a poučně píše o své zkušenosti s umíráním babičky Ondřej Nezbeda ve své knize Průvodce smrtelníka. Na základě spolupráce s domácím hospicem Cesta domů popisuje své bohaté poznatky z toho, jak probíhá hospicová péče v domácím prostředí v České republice, z čeho pacienti profitují a jaké nedostatky paliativní péče v domovech má. Také se zaměřuje na to, proč stále velká část populace umírá spíše ve zdravotnických zařízeních, přestože si přejí svůj závěr života strávit doma. Tato situace se stala i jeho rodině, která si na poslední chvíli nevěděla rady se svou babičkou trpící pokročilou chronickou obstrukční plicní nemocí, a z důvodu zhoršující se dušnosti jí zavolala rychlou záchrannou službu. V nemocnici babička následně zemřela a autor se s ní již nestihl rozloučit, čehož do dnešní doby lituje. V knize autor uvádí, že: „... *moje babička, stejně jako asi většina lidí, neměli obavy přímo ze smrti. Báli se spíše ztrát, které ji předcházejí. Ztráty soběstačnosti, intelektuální kondice a důstojnosti.*“<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup> NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*, str. 47.

## **Závěr**

Sociální práce v nemocnici má důležitý význam – sociální pracovník seznamuje pacienta v nepříznivé situaci s možnostmi sociálních služeb a snaží se ho připravit na život mimo zdravotnické zařízení. Podporuje ho v začlenění se zpět do původního stylu života s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav. V domácí hospicové péči je snahou multidisciplinárního týmu pečovat o klienty v závěrečné fázi života a spolu s jejich rodinami je doprovázet v nesnadném období. Jedná se o komplexní péči, ve které se propojuje práce mnoha odborníků a společně se zaměřují na co nejkvalitnější péči o terminálně nemocného. Důležitou součástí práce je též podpora členů rodiny zahrnující postupné smíření se s odchodem blízkého a následné důstojné rozloučení s ním.

Důstojnost člověka vyplývá z lidské přirozenosti a náleží každému člověku, bez ohledu na zdravotní stav a postavení. Provází tak pohled na člověka a přístup k němu jak v nemocničním, tak v domácím hospicovém zařízení. Sociální pracovník jedná s každým klientem individuálně a respektuje jeho potřeby v souladu s lidskou přirozeností a důstojností. To by mělo být samozřejmostí i pro členy rodiny, kteří se o nemocného nebo staršího člověka starají.

## Seznam použitých zdrojů

- BENEDIKT XVI. *Srdcem pokoje je lidská osoba*. Poselství papeže Benedikta XVI. k oslavě Světového dne míru, 1. 1. 2011. Dostupné na WWW: <<https://www.biskupstvi.cz/storage/dokumenty/P20110101.pdf>>.
- BIBLE: překlad 21. století. Praha: Biblion, 2009. ISBN: 978-80-87282-01-4.
- BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Zdravotní ústav Most k domovu, z. u. a Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Vysoké školy zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety, n. o., 2015. ISBN 978-80-905867-1-0.
- DOLEŽEL, J. *Teoretické ukotvení církevní sociální práce na pozadí obecných a českých charitních dějin až po encykliku Deus caritas est*. Disertační práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, 2011. Vedoucí práce Heinrich Pompey. Dostupné na WWW: <[https://theses.cz/id/tcc3yv/DOLEZEL\\_-\\_disertacni\\_prace.pdf?lang=en;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dbadatelcky%20orientovan%C3%A9%20vyu%C4%8Dov%C3%A1n%C3%AD%26start%3D80](https://theses.cz/id/tcc3yv/DOLEZEL_-_disertacni_prace.pdf?lang=en;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dbadatelcky%20orientovan%C3%A9%20vyu%C4%8Dov%C3%A1n%C3%AD%26start%3D80)>.
- ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.
- *Etický kodex sociálního pracovníka ČR, Praha*, [online], 1994. Dostupné na WWW: <[https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20svaz\\_verII.pdf](https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf)>
- HONZÁK, R. *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-912-4.
- HORÁK, F. Lidská důstojnost v ústavním právu: legitimní argument nebo axiom? In *Jurisprudence*, 2017, č. 4, str. 3 - 14. Dostupné na WWW: <<https://www.jurisprudence.cz/cz/casopis/lidska-dustojnost-v-ustavnim-pravu-legitimni-argument-nebo-axiom.m-255.html>>.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
- Metodické doporučení pro následnou a dlouhodobou zdravotní péči. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České Republiky*, 2019, č. 12, str. 115 - 125. Dostupné na WWW: <[https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18287/39699/Vestnik%20MZ\\_12-2019.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18287/39699/Vestnik%20MZ_12-2019.pdf)>.
- MÜLLEROVÁ, D. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2510-2.
- NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: MZ, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
- NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*. Praha: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6.
- PANOVNICI.CZ, *Konstantin I. Veliký*, [online]. Dostupné na WWW: <<https://www.panovnici.cz/konstantin-i-veliky>>.
- PRAVNIPROSTOR.CZ, *Historický vývoj pojmu důstojnost a jeho postupné začlenění do právního pořádku*, [online], 14.1.2016. Dostupné na WWW: <<https://www.pravniprostor.cz/clanky/ostatni-pravo/historicky-vyvoj-pojmu-dustojnost-a-jeho-postupne-zacleneni-do-pravniho-poradku>>.
- Příloha k vyhlášce č. 30/1947 Sb., Vyhláška Ministerstva zahraničních věcí o chartě Spojených národů a statutu Mezinárodního soudního dvora, sjednaných dne 26. června 1945 na konferenci Spojených národů o mezinárodní organizaci, konané v San Francisku, ve znění platném k 19.1.1993. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1947-30>>.
- STUDENT, J. Ch. a kol. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Nakladatelství H + H Vyšehradská, s.r.o., 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, M. *Neboj se vrátit domů*. Marie Svatošová v rozhovoru s Alešem Palánem. Praha: Kalich, 2018. ISBN 978-80-7017-249-0.
- ŠRAJER J. Lidská důstojnost a sociální práce. In *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, č. 2, str. 109-113. ISSN 1213-6204.
- TOMEŠ, I. a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

- Usnesení č. 2/1993 Sb., Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky, ve znění platném k 1.10.2021. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>>.
- WETZ, F. J. *Die Würde der Menschen ist antastbar*, [online]. Dostupné na WWW: <[https://www.politische-bildung.de/niedersachsen/wuerde\\_menschen.pdf](https://www.politische-bildung.de/niedersachsen/wuerde_menschen.pdf)>.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1.2.2022. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>>.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění platném k 1.2.2022. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast1>>.