

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

Sociální práce s umírajícími lidmi a jejich rodinami v hospici

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová, Ph.D.

Autor práce: Bc. Tereza Pudivítrová

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: 2. ročník

2022

Prohlášení

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

Datum:

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Heleně Machulové, Ph.D., vedoucí práce, za nejen cenné rady a připomínky ohledně celé struktury práce, bez kterých by tato práce nevznikla, ale i za neskutečnou oporu při psaní. Děkuji za Váš čas a trpělivost při naší spolupráci. Dále velké poděkování patří моým rodičům, za trpělivost, podporu a také ochotu si mou práci projít v rámci gramatiky a logičnosti celé struktury textu.

Obsah

ÚVOD	6
1. SMRT A UMÍRÁNÍ	8
1.1 SMRT – KONEČNOST LIDSKÉHO ŽIVOTA	8
1.1.1 Význam smrti pro člověka	9
1.2 JEDNOTLIVÉ FÁZE UMÍRÁNÍ A VYROVNÁVÁNÍ SE S NIMI	10
1.2.1 Fáze vyrovnávání se s umíráním podle Kübler-Rossově	11
1.2.2 Péče o umírající pacienty z pohledu jednotlivých fází	14
1.2.2.1 Pre finem	15
1.2.2.2 In finem	15
1.2.2.3 Post finem	17
2. HOSPIC	19
2.1 CO JE TO HOSPIC?	19
2.2 PALIATIVNÍ HOSPICOVÁ PÉČE	20
2.2.1 Dvě formy hospicové péče	20
2.3 CÍLOVÉ SKUPINY V HOSPICI	24
2.3.1 Umírající člověk	24
2.3.1.1 Potřeby a přání umírajícího	25
2.3.2 Rodina a příbuzní	28
2.3.3 Společnost	30
2.4 DŮSTOJNÁ SMRT A KVALITA ŽIVOTA V HOSPICOVÉ PÉČI	30
2.4.1 Kvalita života	31
2.4.2 Znaky kvality života v hospici	31
3. SOCIÁLNÍ PRÁCE V HOSPICOVÉ PÉČI	33
3.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE	33
3.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE A JEJÍ MÍSTO V HOSPICI	34
3.3 ZAMĚŘENÍ V SOCIÁLNÍ PRÁCI V HOSPICI	37
3.3.1 Zaměření se na klienta	37
3.3.2 Zaměření se na rodinu	37
3.3.3 Zaměření se na pozůstalé	37
3.3.4 Zaměření se na administrativu	37
3.3.5 Zaměření se na spolupráci v rámci týmu	38
4. ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V HOSPICOVÉ PÉČI	39
4.1 VZDĚLÁNÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA A JEHO PŘEDPOKLADY PRO TUTO PRÁCI	39
4.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A JEHO DOVEDNOSTI A KOMPETENCE	41
4.3 NÁPLŇ PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V HOSPICOVÉ PÉČI	42
4.3.1 Sociální práce s umírajícími	43
4.3.1.1 Přijetí pacienta do zařízení hospic	44
4.3.2 Sociální práce s rodinou umírajícího	45
4.3.3 Sociální práce s pozůstalými	47
4.3.4 Administrativa v sociální práci	49
4.3.5 Sociální práce s dobrovolníky	50
4.3.6 Sociální práce ve spolupráci s multidisciplinárním týmem	51
5. ETICKÝ POHLED NA UMÍRÁNÍ A SMRT	53
5.1 ETIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI	53
5.2 ETICKÉ OTÁZKY NA KONCI ŽIVOTA	55
5.2.1 Otázky ohledně zdařilosti života	55
5.2.2 Otázky ohledně zachování lidské důstojnosti i při umírání	56
5.2.3 Otázky ohledně doprovázení umírajících, i jejich rodin	58
ZÁVĚR	62

ZDROJE	65
ABSTRAKT	69
ABSTRACT	70

ÚVOD

Od té doby, co jsem nastoupila do prvního ročníku Teologické fakulty obor sociální práce mé srdce táhne k tématu hospice. Mám k němu blízko nejen díky své praxi, ale i díky své rodině, rodiče zde již dlouhá léta pracují. Tato diplomová práce se zaměřuje na sociální práci v hospicové péči. Je rozvržená do pěti kapitol. Téma hospice je mi velmi blízké, nejen proto, že jsem měla zde možnost vykonávat část mé praxe, ale i proto, že jsem v hospici měla některé členy rodiny. Cílem mé práce je představit sociální práci s umírajícími lidmi a jejich rodinnými příslušníky v hospicové péči.

První kapitola se soustřeďuje na smrt a umírání, kdy jde především o to pochopit, co samotné umírání obnáší. Je to těžké téma, neboť nikdo nechce slyšet, že umírá. V této kapitole představuji, co samotná smrt pro nás smrtelné bytosti znamená. Dále se v této kapitole zaměřuji na fáze vyrovnávání se s umíráním, což zažívají nejen umírající, ale i jejich rodinní příslušníci.

Druhá kapitola se již zaměřuje na téma hospic a hospicová péče. Toto téma je opět velice těžké, neboť hospic je stále do jisté míry tabuizované téma právě proto, že je spojován pouze se smrtí, ale již není vidět „pod pokličku“, že hospic je plný dnů naplněných životem, nikoliv život naplněný dny. Pracovníci v hospicové péči jsou lidé, kteří zažili podobnou bolest, nebo se pro tuto práci, jak se říká narodili, našli v ní své životní poslání. V této kapitole se zabývám cílovými skupinami hospice, což nejsou jen umírající, ale i právě jejich rodinní příslušníci a také společnost, protože na ni má téma hospice též široký dopad.

Třetí kapitola se soustřeďuje na sociální práci v hospicové péči. Nejprve obecně o sociální práci a dále již specificky na hospicovou sociální práci. V této kapitole se soustřeďuji na jednotlivé okruhy sociální práce v zařízení hospic, od práce s jednotlivcem, přes práci s rodinou, až po samotnou administrativu. Zde je to velmi stručně popsáno, více to rozepisují pak ve čtvrté kapitole.

Na roli sociálního pracovníka v hospici se zaměřuji v kapitole číslo 4. Nejprve popisují, jaké vzdělání musí sociální pracovník mít, aby mohl tuto práci vykonávat. Dále se zaměřuji na obecné předpoklady, které by měl pracovník mít. Další částí jsou jeho pracovní kompetence, včetně jeho dovedností. Kapitola čtvrtá je zaměřená i na samotnou náplň práce aneb činnosti sociálního pracovníka, kde právě více rozebírám, co již bylo zmíněné v kapitole třetí. Popisují jednotlivá zaměření sociálního pracovníka, celkem je jich šest. Sociální práce s umírajícím, s jeho rodinou, posléze s pozůstalými,

až po administrativu, práci s dobrovolníky a zakončují to spoluprací v rámci multidisciplinárního týmu.

Pátá a zároveň poslední kapitola se zaměřuje na téma umírání a smrti z pohledu etického. Je složená ze dvou částí. V té první se věnují obecně etice ve smrti a umírání, co nás k tomu může napadat a jaké to má spojitosti s celkovým textem. A ve druhé části páté kapitoly se zaměřují na tři okruhy otázek, se kterými se nejčastěji setkáme v hospicovém zařízení. Prvním okruhem jsou otázky ohledně zdařilosti života, kdy právě umírající nejvíce hodnotí svůj prožitý život a klade si další otázky spojené s tím, zda byl v životě šťastný. Druhým okruhem jsou otázky o zachování lidské důstojnosti i v umírání, ačkoliv je lidská důstojnost něco, co nám nikdo nemůže vzít, přesto si lidé otázky o jejím zachování pokládají. A posledním okruhem jsou otázky o doprovázení umírajícího i jeho rodinných příslušníků.

1. Smrt a umírání

V této kapitole se soustředuji na konečnost lidského života a dále přímo na umírání, které zažívají dříve či později všechny bytosti, ale především se zaměřuji na umírající pacienty v hospicové péči.

Umírání a smrt je přítomna v našich životech od nepaměti. Člověk si svou konečnost uvědomuje, ale ne vždy ji dokáže plně přijmout jako holý fakt. V minulosti se lidé nedoživali vysokého věku, neboť kromě kojenecké úmrtnosti, nedostatečné výživy, byly i neléčitelné infekce a nemoci, špatná životospráva a další faktory, jež byly proti dožití se dospělosti či vysokého věku. Jisté je, že v minulosti byli lidé bezprostředně konfrontováni se smrtí často v domácnosti, brali ji více jako součást života než v současnosti.¹ V dnešní době je smrt a umírání do jisté míry stále tabuizovaným tématem, kdy se lidé o ni bojí mluvit, vytěšňují ji. Zatímco v minulosti se umíralo především v domácnostech, nyní se smrt přesunula převážně do institucí především tedy do nemocnic, domovů důchodců ale i hospiců a dalších. Přesto, že je smrt všude kolem nás, do kontaktu s ní samotnou jako takovou se člověk dostane daleko méně než lidé v minulosti.²

1.1 Smrt – konečnost lidského života

Smrt je konec lidského života. Dříve byla brána více jako součást životů, od 20. století se smrt přesouvá z domácností do zařízení a stává se z ní do jisté míry tabuizované téma.³ V minulosti, myšleno tedy od prvních lidí, do zhruba období středověku, byla smrt doslova na každém kroku. Lidé si více uvědomovali svou smrtelnost a brali smrt jako pevnou součást svých životů. V domácnostech bylo běžné se setkat se smrtí, rodina se v klidu s umírajícím rozloučila a každý se po svém způsobu připravoval na vlastní smrt, která je nevyhnutelná. O umírajícího se postarala jeho rodina a sousedé, včetně zařízení pohřbu. Prožívání umírání, jak umírajícího, tak jeho rodiny, bylo jasně stanovené, pocity a zkušenosti se předávaly z generace na generaci. Postupem času se v rámci tématu umírání a smrti začaly prosazovat hesla typu: *Každý jsme jiný. Každý to prožíváme po svém.* Člověk se více rozlišil ve společnosti jako individuum. Každý má právo na své pocity, ať už se při samotném umírání, či vyrovnávání se se smrtí, cítí jakkoliv. Nemusíme se přeci cítit všichni stejně jako podle učebnice. Je však

1 Srov. Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.s.23.

2 Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany, 2006. ISBN 80-731-9059-1, s. 23-24.

3 Srov. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8549-0, s. 203.

nepopíratelným faktem, že některými pocity si projde každý člověk. V literatuře se téma smrti objevuje se záměrem přiblížit toto téma lidem a radit jim, jak se chovat k umírajícímu, jak s ním komunikovat a jak se o něj starat. Snaha o propojení s náboženstvím (včetně různých modliteb) nebo s filozofií. Důležité je především nepřesvědčovat umírajícího, že se uzdraví, nevytvářet plané naděje a prostor pro následné výčitky. Mohlo by se to obrátit proti samotnému pracovníkovi.⁴

V současné době se smrt přesunula více do institucí, jak jsem psala výše. I z důvodu toho, že lidem obecně více záleží na jejich životech, aby byli zdraví, měli dobrou práci, zázemí, cítili se bezpečně. Až si někteří přestávají uvědomovat, že smrt čeká na každého z nás, že jsme všichni smrtelní, přes veškerou pokročilou medicínu. Tím, jak se lidé snaží pomocí medicíny prodlužovat své životy se dostáváme do bodu, kdy se lidé obecně se smrtí nedokáží smířit. Stále hledají alternativy, jak lidské životy více prodloužit (často na úkor jejich kvality), ale už se k nim nedostává vědomí, že ne vždy je takový přístup na místě. Třeba v případě nevléčitelných nemocí jsou medicínské alternativy falešnou nadějí, že se daná osoba vyléčí. Některé léčby jsou zbytečné prodlužování utrpení nejen umírajícího, ale i jeho rodiny. Zároveň některé léčby umírajícího již jen zbytečně zatěžují a vysilují. Nicméně tato doba přináší i druhou stranu mince a tím je rozvoj hospicového hnutí, kterému jde o důstojné odcházení ze života, pomoc umírajícím a nejen jim, ale i jejich rodinám.⁵

1.1.1 Význam smrti pro člověka

První, co si musíme na začátku říct je: Proč má život smysl žít, když stejně dříve či později zemřeme. Ptát se po smyslu života je pro většinu automatické, zajímá nás, jak jsme se sem dostali, kdo jsme, nebo jaké je naše poslání. Ale co takhle se ptát po smyslu samotné smrti? V následující podkapitole se pokusím nastínit její význam, který rozhodně stojí za pozornost.

Samotnou smrt vidí ve 21. století překvapivě málo lidí, což zde zmiňuji víckrát, ale tady opět musím pro vyzdvižení dalšího tvrzení. A tedy, že se zahalují mrtvá těla pod plentu či se ukládají do černého vaku. To má vícero důvodů. Jedním z nich je názor, že něco takového je nevhodné vidět. Dalším důvodem, daleko zřejmějším, je věc důstojnosti a samotná úcta k zemřelému, což by v civilizovaném světě měla být naprostá samozřejmost. První důvod vychází do jisté míry z tabuizovaného tématu kolem smrti

4 Srov. MUNZAROVÁ, M., *Vybrané kapitoly z lékařské fakulty I.: Smrt a umírání*, s. 57.

5 Srov. Tamtéž, s. 59-60.

a lidé se jí jednoduše bojí, a proto je lepší, když je zahalená. ⁶ Jde o to, že je pro nás smrt něco nepřipustného, jakmile se jedná o někoho, koho známe dobře, či jsme si k němu vytvořili bližší vztah. Nicméně pokud se jedná o osoby, jež neznáme, je pro nás jejich smrt neosobní, nedokážeme se vcítit do pocitů blízkých, pokud jsme smrt někoho z blízkých sami nezažili. ⁷

Z pohledu medicíny se okamžik smrti definuje přesně v čase. Přičemž pokud je to možné snaží se lékaři smrt odvrátit resuscitací srdce, která je brána jako poslední možnost, jak okamžik klinické smrti zvrátit. Z pohledu duchovního má smrt vždy svůj daný význam. Existuje mnoho náboženských kultur a s každou se pojí určité rituály. Ze sociálního pohledu je smrt v našich očích odrazem strachu z ní, neboť si lidé navykli, že smrt jde oddálit. Ne tedy vždy, ale ve většině případech jde přinejmenším zpomalit. Medicína ale ne vždy vítězí. Především kvůli tomu se lidé vyrovnávají se smrtí daleko hůře, neboť si smrt plně nepřipouští. Vnímají neustálý posun medicíny vpřed a nevidí, že není vždy správným řešením život uměle prodlužovat. ⁸

Přesto, že se smrt přesunula z valné většiny do institucí, jsou stále mnohé rodiny, které se o své blízké umírající chtějí postarat doma. Samotná péče je pro rodinu velmi náročná nejen po stránce psychické, ale i fyzické. Nicméně pro obě strany to má své výhody i nevýhody. Příbuzné péče vyčerpává, mnohdy nestíhají jak péči, tak své zaměstnání a musí z něj odejít. Přínosem pro rodinu je, že umírajícího mají neustále na očích, nemusejí za nim docházet do žádného zařízení a mohou s ním trávit čas. V minulosti bylo u mnoha rodin běžnější, že se okruh blízkých staral o své nemocné a umírající. V dnešní době je to spíše ojedinělé, ale hodné úcty všech zúčastněných. Umírající je v rodinném kruhu, necítí se osaměle, na druhou stranu si může připadat pro rodinu zátěží. Doma v rodinném kruhu se mohou s daným člověkem všichni v klidu rozloučit.

1.2 Jednotlivé fáze umírání a vyrovnávání se s nimi

Umírání je považováno za terminální stádium, neboť umírajícímu postupně odchází životně důležité orgány a jeho život se chýlí ke konci. Samotné zjištění smrtelné nemoci určuje stav neslučitelný s lidským životem. Je třeba rozlišovat období, kdy byl pacientovi sdělen jeho zdravotní stav, od terminálního stádia. Je jasné, že se s tím pacient musí

⁶ Srov. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 9-788087-029251.s. 489.

⁷ Srov. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.s.13

⁸ Srov. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*, s. 490-492.

vyrovnat, právě protože v tomto boji medicína nedokáže zvítězit. Pacient by měl být seznámen s nemocí, že se jeho život bude měnit, zejména zdravotní stav se bude časem horšit. A stále bude zvládat méně a méně úkonů v životě.⁹

1.2.1 Fáze vyrovnávání se s umíráním podle Kübler-Rossové

Fází vyrovnávání se s umíráním je podle Kübler-Rossové celkem pět, přičemž pacienti nemusejí projít všemi fázemi, ale jen některými, popřípadě nemusí být ve stejném pořadí.

Popírání

První stádium je popírání a celková izolace od okolního světa. Reakcí pacientů na to, že jsou smrtelně nemocní bývá právě popírací odpověď typu: „To určitě nejsou moje výsledky“. Nebo „Tohle se mě určitě nemůže týkat“. apod. Takovou reakci mají dost často lidé, kterým byla jejich diagnóza řečena příliš brzy, kdy nebyli schopni takovou informaci správně zpracovat, či byla řečena necitlivě, příliš rychle bez ohledu na jejich psychické rozpoložení, neboť lékař neodhadl správně situaci, v jaké se pacient nachází. Počátečními pocity jsou hlavně otřes a šok. Hlavně pokud to přišlo náhle. Ke vstřebání informací a šoku pomáhá čas. S tím souvisí, také to, že pacient může zpočátku odmítat rozhovory na toto téma, nicméně to neznamená, že to časem, až všechny informace náležitě zpracuje, nebude chtít s někým prodiskutovat. Vždy je na člověku, aby si sám určil, kdy je k tomu již připraven. Nemocný by si tím rozhovorem měl být jistý. Pokud se pacient při rozhovoru necítí dobře a stresuje ho je lepší tento rozhovor odložit, neboť by mohl opět sklouznout do odmítací fáze a vše se oddálí. Výjimky ve fázi popírání vydrží až do samotného konce. Část jejich vědomí to zpracuje s přáním, aby konec byl rychlý a bezbolestný.¹⁰

Pacientovi, který dle svého chování, na špatné zprávy není připraven, můžeme informace pomalu dávkovat, tak aby je dokázal, co nejlépe zpracovat a vstřebat. Zaměříme se tedy na pacientovy slabé i silné stránky. Vycházíme tak z toho, co je v daný moment pro pacienta nejpříjemnější. Po bližším seznámení s pacientem s ním dále pracujeme a na danou diagnózu a prognózu jej postupně připravíme. Pracovník by měl být důvěryhodný, aby se mu pacient mohl lépe otevřít a začít mu důvěřovat. Ale i tak se fázi popírání nevyhne. Jen to pro něj bude více lidské a lehčeji zpracovatelné.¹¹

⁹ Srov. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7, s. 435.

¹⁰ Srov. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-802-6209-119, s. 51-52.

¹¹ Srov. Tamtéž, s. 61.

Zlost

Druhé stádium je zlost – hněv. Reakce u pacientů se ubírají směrem: „Proč zrovna já a ne on.“ Toto stádium je náročnější nejen pro rodinu pacienta, ale i pro personál, pokud se nachází v nemocnici, či hospici, či v jiném zařízení. Pacient si hněv vybíjí na všech lidech, které má kolem sebe. Všichni jsou neschopní a nedokáží mu pomoci. Pacient se cítí ukřivděný, nikdo mu nerozumí a je přesvědčen, že mu ani nikdo pomoci nechce. Pacient v tomto stádiu má přehnanou potřebu vše kritizovat a neustále vyžaduje přítomnost někoho dalšího, jehož se snaží zaměstnat, aby byl stále středem pozornosti. Bojí se zůstat sám. Není se čemu divit, neboť pacientův život se najednou zastavil, už nemůže dělat to co dřív, ztrácí zájem a dost často i smysl života. Veškerá špatná nálada se odráží v tom, co říká, na co se dívá. Bývá vztahovačný. Příklad: V televizi vidí šťastné lidi a hned se bude cítit mizerně, protože on se šťastný necítí. Tato zlost doputuje k členům rodiny či pečujícím pracovníkům. V takovém případě je pro pracovníky nebo členy rodiny nejlepší jeho stížnosti a pocity vyslechnout, má pak pocit, že na to není sám, že mu někdo naslouchá, že se o něj někdo zajímá. Pokud na jeho nepřátelské chování reagují ošetřovatelé též nepřátelsky, rozhodně tomu neprospívají, neboť pacientovy reakce se tímto chováním nezmění. Proto může nastat situace, kdy o pacienta pracovníci či dokonce rodina ztratí zájem a začnou se mu vyhýbat. Důvod hádky není podstatný, jde jen o to, že pacient se chce hádat, neboť se cítí zrazen. Pro pracovníky i rodinu je nejdůležitější zachovat si chladnou hlavu a vyslechnout ho. Na svůj vztek má do jisté míry nárok.¹²

Smlouvání

Třetí stádium je smlouvání. Dojít do této fáze není lehké, nicméně ani to celkové působení této fáze není nic příjemného. Lidé začínají smlouvat způsobem jaký známe z dětství. Pokud něco chci a rodiče mi to stále odepírají, zkusíme cestu přes domácí práce a třeba to půjde, naděje je tu vždy. Nejčastěji se v této fázi setkáme s lidmi, co chtějí prodloužit život či přinejmenším očistit tělo od fyzické bolesti, která nemoc provází. Pacient neustále chová naději, že když bude hodný, přijde i očekávaná odměna. Očekává, že se vše obrátí k lepšímu. Dochází také k nevyřčeným smlouvám s Bohem, neboť se lidé často navracejí k víře, čekají na spásu. Podle Kübler-Rossové se někteří lidé navracejí k Bohu, protože si myslí, že zanedbali v minulosti chození do kostela. Někteří ve svém nitru schovávají daleko těžší bolest, kterou je potřeba odhalit a začít s ní pracovat. To je

12 Srov. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, s. 64-67.

vždy úkolem personálu, vycítit, kdy je to jen provinilost a kdy už vážnější problém. V hospici je k dispozici pastorační péče řádových sester a kněze. Tito lidé chodí k pacientům, kteří chtějí být spojeni s Bohem. Není to pravidlem, ale většinou se duchovní pracovníci dozvídají o pacientech daleko víc než jiní pracovníci v přímé péči, přinejmenším alespoň ve spirituálních potřebách nemocného.¹³

Deprese

Čtvrté stádium je deprese. Tato fáze je závažná, neboť pacient si začíná uvědomovat, že žádné smlouvání nepomůže, že je konec nevyhnutelný. Vnímá více projevy spojené s nemocí. Porovnává, jak se cítil na začátku a jak teď. Kolikrát je za velmi krátkou dobu vidět velký rozdíl, což pacientovi nepřidá, spíše naopak. Cítí se ještě hůř, cítí, že se konec blíží a nemůže s tím nic dělat, jelikož ani fáze smlouvání mu nepomohla, ta byla pro něj poslední naděje. Narušuje to vztahy nejen v rodině, ale i v blízkém okolí. Pokud je smrtelně nemocný pacient hlavním živitelem rodiny nastává pro rodinu i problém finanční, což pacient samozřejmě také vnímá a řeší. Problém, kdy nemocný již nemůže docházet do zaměstnání, živitelem rodiny se stává druhý z partnerů. Celá rodina prochází postupně reorganizací, jak finanční, sociální, tak citovou, a ne vždy to zvládají její členové dobře, i když sami nemocí neprocházejí. Pacient se pak dostává ještě více do depresivních stavů, neboť cítí odpovědnost, že rodinu do takové situace dostal. Tato celková situace této fázi neprospívá, opět spíš hraje ve prospěch deprese.¹⁴ Ve fázi deprese si umírající prochází zármutkem, který jej připravuje na celkový odchod z tohoto světa. Můžeme tedy říci, že se deprese rozděluje na reaktivní a na přípravnou. Pro vyřešení reaktivní deprese stačí promluva pacienta s rodinou nebo s pracovníkem, kdy pacient řekne, co jej trápí a rodina má pravomoc, aby tento problém sama zvládla. Může se jednat o finanční situaci či o celkovou situaci rodiny, do které je umírající dostal. Vnímá to tak, že za tuto situaci může on. Tím, že se rodina k tomu nedokáže správně postavit může v pacientovi vyvolávat pocit pětěže. Pro obě strany je tato situace nová a stačí zásah v podobě zkušeného pracovníka, aby si to obě strany dokázaly vysvětlit. Rodina by měla být pacientovi oporou a pomoci mu tuto nevyjasněnou situaci zvládnout. Přípravná deprese pramení z budoucích ztrát. V této fázi není na místě ujišťování, že bude lépe, ale postačí být s pacientem i přes toto období, kterým je nutné projít, aby došlo

13 Srov. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, s.99-100.

14 Srov. Tamtéž, s. 101-102.

ke smíření se ztrátou všech blízkých. Důležité je být i třeba jen tichým společníkem, není potřeba za každou cenu být aktivní.¹⁵

Akceptace

Páté stádium je akceptace. V tomto stádiu pacient buď prošel všemi fázemi nebo jen některými, tato je závěrečná. Pacient nemívá už žádné pocity, neboť si je vyčerpal v předchozích fázích, ale vyrovnaně přijímá, co ho čeká. V tomto stádiu má svou důležitou roli i spánek, na rozdíl od předchozích fází není únikem před nemocí, ale tělo je hodně vyčerpané a samotný spánek tělu i duši prospívá. Fáze akceptace je spojována nejčastěji s tichým pokojem, neboť pacient je někdy odtažitý k samotným pracovníkům. Návštěvy jsou vítány vždy. Přestože je pacient rád vidí, nepotřebuje s nimi komunikovat verbálně, a to i ti nejblíže nemusí vždy pochopit. Proto se v této fázi zaměřuje personál daných zařízení především na rodinu umírajícího, která si o tom na rozdíl od pacienta povídat potřebuje, neboť u nich ještě smíření a akceptace daného stavu dost často ještě neproběhla. Tím, že je s umírajícím na poslední cestě jeho rodina, je pro obě strany tím nejlepším možným řešením. Kromě toho, že se blízkým ukazuje, že smrt není tabuizovaným tématem a je naprosto přirozenou součástí života, tak i proto, že pacient není sám, oběma stranám je umožněno zaujmout přirozený postoj ke smrti.¹⁶

Tichem v pokoji dáváme umírajícímu najevo, že je všechno v pořádku, že kdykoliv může sám odejít. Pokud není možná přítomnost někoho z rodiny, je zde i ošetřovatel, který tuto poslední chvíli z praxe většinou pozná, pro umírajícího tím nejlepším společníkem, aby se umírající nebál konce, aby netrpěl nesnesitelnou bolestí a hlavně, aby na sklonku života nebyl sám. Přesto existují pacienti, kteří se s danou situací nikdy nesmíří. Nedokáží se se smrtí vyrovnat, neboť to berou jako projev zbabělosti. Čím více se snaží konec oddálit, tím je pro ně těžší se se smrtí vyrovnat s pokorou a důstojností. Bojují až do okamžiku, kdy jsou si schopní přiznat svou porážku nad časem a nemocí. V ten moment, při tom uvědomění, odchází.¹⁷

1.2.2 Péče o umírající pacienty z pohledu jednotlivých fází

Jak již bylo v předchozích podkapitolách řečeno je tedy smrt v dnešní době tabuizovaným tématem, dokonce v tomto století se jí bojíme více než kdykoliv předtím. Přitom je velmi důležité o ní mluvit. V následující podkapitole rozepisují tři časová období umírání. Přesněji se zaměřují na péči o umírající pacienty v různých stádiích

¹⁵ Srov. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, s. 102-103.

¹⁶ Srov. Tamtéž, s.127-128.

¹⁷ Srov. Tamtéž, s.129.

nemoci. Podle praktického hlediska odborníci rozdělují umírání na tři časová období, jež jsou různě dlouhá. Jsou to následující období: pre finem, in finem a post finem.

1.2.2.1 Pre finem

Pre finem je období, kdy se člověk konfrontuje s nemocí, která je neslučitelná se životem. V tomto případě je umírání dlouhodobý proces (měsíce, roky), který byl stanoven vážnou diagnózou. Je důležité mít pevnou ruku při vedení umírajícího. Je důležité jej obeznámit s celkovým průběhem nemoci s ohledem na pacientovu diagnózu a zdravotní stav, aby nebyl zaskočen zhoršením zdravotního stavu. Měla by mu být poskytnuta i psychická pomoc, neboť v období pre finem dochází nejčastěji k úzkostem a strachu ze smrti. S nemocným se musí vždy jednat jako s lidskou bytostí s ohledem na jeho důstojnost. Nejen, proto, že je to správné, ale také tímto předcházíme tomu, aby nedocházelo před fyzickou smrtí k smrti psychické, tzv. „sociální smrti“. V praxi je tedy důležité vždy jednat s pacientem na základě respektování jednotlivých fází vyrovnávání se s umíráním podle Kübler-Rossové. Pro nemocného je jednou z nejtěžších věcí přijmout, že nemůže vykonávat stejné činnosti jako doteď a že tento stav je trvalý. Nemoc jej vyčerpává nejen po stránce fyzické, ale i psychické. Tím, že nemocný nemůže vykonávat své plány a cíle se dostává do psychického úskalí, ze kterého mu může pomoci buď psycholog, pastorační pracovník či promluva se sociálním pracovníkem. Důležité je, aby o veškerých lékařských zásadách, či aktivitách pacient byl vždy plně informovaný. V tomto období může docházet k vytěsnění nepříjemných informací spojených s vážným zdravotním stavem nebo přímé vytěsnění smrti tzv. „adaptabilní neligaci“. Základem všeho je komunikace, kdy nejen, že zjistíme, v čem je problém a můžeme jej za pomoci dalších odborníků řešit, ale předcházíme tím i celkovému tápání v nepřehledné mnohdy i obtížné situaci.¹⁸

K problémům spojeným s tímto obdobím patří regulace informovanosti s ohledem na pacienta. Pacient má právo znát informace o jeho zdravotní stavu, nicméně by měly být sděleny v pravý čas na správném místě, a to bývá tím nejtěžším úkolem nejen pro lékaře, ale i pro sociální pracovníky, kteří též pracují s důvěrnými informacemi pacienta. Zacházení s pravdou je obtížné, pokud má pacient nevléčitelnou nemoc.¹⁹

1.2.2.2 In finem

In finem je totožné s terminálním stavem, s touto fází se setkáváme v hospici. Nemoc je v pokročilém stádiu a člověk tedy prožívá vlastní umírání. Zdravotní stav umírajícího

¹⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Lékařská etika*, 3.rozš.vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7. s. 205-207.

¹⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Lékařská etika*, s. 208.

se postupně zhoršuje. Umírající může čím dál tím méně věcí a vyžaduje větší dohled i asistenci při běžných úkonech od stravování, přes hygienu až k jednotlivým zdravotním úkonům potřebným k zajištění důstojného odchodu a v neposlední řadě úlevě od bolesti. Umírající člověk se soustřeďuje především na sebe, své pocity a postupně ztrácí zájem o vztahy s okolím.

Ve fázi *in finem* je důležité slovní spojení „důstojná smrt“, což označuje, že je o pacienta postaráno komplexně, včetně utlumení bolesti. Nejčastější institucí, kde jsou vítáni umírající jsou hospice, více o nich ve 2. kapitole. Podle Vorlíčka by důstojná smrt měla být sociálním aktem, neboť by nikdo neměl umírat sám. Nejlépe jak tohoto stavu docílit je propojit zkušenosti spolu s pravidly jednak z domácího modelu péče o umírající, tak i z péče v institucích. Veškerou péčí o umírající v praxi najdeme v tzv. Chartě umírajících, celým názvem: Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.²⁰ Krok k úspěchu v Evropě byl, jak jsem psala výše rok 1999, kdy se schválil dokument „O ochraně lidských práv a důstojnosti (hodnot) nevléčitelně nemocných a umírajících“, která měla základy postavené na americké Chartě umírajících. Dokument, jež se schválil při Parlamentním shromáždění Rady Evropy. Charta umírajících určuje práva nevléčitelně nemocných a umírajících. Dbá se na to, aby se i s umírajícími lidmi jednalo a zacházelo jako s lidskou bytostí. Má právo na své pocity, které cítí při umírání, má právo se rozhodnout ve věci, ve které je hlavním aktérem. Zároveň má právo, aby byly jeho názory a postoje respektovány a nebyl do ničeho nucen násilím. Má právo na pravdu o svém zdravotním stavu. Též má právo při umírání být doprovázen a netrpět nesnesitelnou bolestí. Nemocný či umírající má právo na zajištění kvalitní zdravotnické i ošetrovatelské péče, aby pracovníci rozuměli potřebám nemocných a umírajících. Právo i na podporu rodiny umírajícího, zároveň i samotná rodina má právo na pomoc při umírání jejich nejbližšího, aby na to nebyli sami. V neposlední řadě má právo na důstojné umírání.²¹

V této fázi hrají důležitou roli dva problémy: ritualizace smrti a institucionalizace umírání a smrti, a pak tedy problematika eutanázie, kterou se zabývat nebudu. Problém institucionalizované smrti spočívá v přesunu smrti do institucí, za bílou plenu, kde není lidem na očích, a to je jeden z důvodů, který způsobuje, že se smrti lidé v současné době více bojí, respektive neví, jak se chovat k umírajícím, jak s nimi mluvit a jak se o ně starat. Institucemi jsou myšleny především nemocnice, kde v současné době umírá kolem 80 %

²⁰ Srov. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*, s. 437.

²¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. s. 42-43.

lidí, dále pomalu se rozšiřující se hospice a mnoho další zařízení. Některá zařízení mají tendenci si mezi sebou umírajícího přehazovat „jako horkou bramboru“, neboť je těžké pracovat s umírajícím a zároveň nepřemýšlet nad vlastní konečností. Smrt je součástí našich životů a čím dříve si to uvědomíme, tím to pro nás bude snazší zpracovat. Můžeme se naučit pečovat o umírající pacienty, ale nikdo nás nenaučí jak se ke smrti a umírání sami postavíme. Smrt a umírání se stalo něčím cizím, co není součástí běžného života.²²

Oproti tomu problém ritualizace smrti spočívá, že v minulosti bylo běžné se o své nemocné starat doma. Zkušenosti a pocity se předávaly z generace na generaci a bylo to jasně dané, v podstatě bylo umírání jakýsi rituál, neboť mělo umírání obdobný průběh. V současnosti je méně běžné se starat o svého umírajícího příbuzného v pohodlí domova. Pro umírající je přinejmenším příjemnější umírat doma, neboť nejen, že je v prostředí, které je mu důvěrně známe, ale je i v kruhu svých nejbližších, což je v terminální fázi jedna z nejdůležitějších věcí. Žádný umírající by neměl umírat sám, bez svých nejbližších. Současná situace pro pečující je náročná nejen z časových důvodů, ale i finančních prostředků, i samotná péče působí na fyzickou a psychickou stránku pečujícího.²³

1.2.2.3 Post finem

Post finem je poslední fází péče o umírajícího, respektive již zemřelého, neboť v této fázi je hlavní náplní připravit zemřelé tělo na další přepravu tím je myšleno pro pohřební službu. Zároveň se do této fáze zahrnuje péče o pozůstalé, zejména pokud jsou nervově labilnější, nebo se nemají o koho dalšího ve svém okolí opřít, aby jim pomohl danou situaci zvládnout a vyřešit všechny povinnosti, které vyplývají z úmrtí blízké osoby.²⁴

S touto fází se pojí etický problém. A tedy, kde ponechat tělo zemřelého, pokud je na pokoji v daném zařízení více pacientů. Jelikož tělo zemřelého se musí nechat v klidovém stavu přibližně dvě hodiny, než se s ním může dále pracovat. Je těžké vyjít vstříc všem požadavkům a zároveň nenarušit pohodlí a klid ostatních pacientů na pokoji.²⁵ Hlavní problém spočívá tedy v tom, že zemřelý musí být po smrti v klidu, nicméně pokud není na pokoji sám, komplikuje to celou situaci, neboť na spolupacienta na stejném pokoji, kde se zemřelý zanechá, toto může mít negativní dopad. Z praxe, kterou jsem měla v prachatickém hospici vím, že se zemřelý ponechává na pokoji s dalším pacientem či pacienty, protože samotná místnost pro zemřelé ve většině

²² Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Lékařská etika*, 208-209.

²³ Srov. Tamtéž, s.210-211.

²⁴ Srov. Tamtéž, s.233.

²⁵ Srov. Tamtéž, s. 233.

zařízeních jednoduše chybí. A vliv na další spolu pacienty to mělo negativní právě v podobě rozrušení, neklidu a uvědomení si „čekání na vlastní smrt“.

2. Hospic

V této kapitole se zabývám samotným tématem hospice, neboť je důležité tento pojem vymezit hned na začátku. Dále se v kapitole zaměřuji na hospicovou péči a její formy. Poté navazuji vymezením cílových skupin hospice. V neposlední řadě se zaměřuji na důstojné umírání a smrt.

2.1 Co je to hospic?

První setkání s pojmem hospic byl ve spojitosti s domem pro poutníky, jejichž cesta vedla do Palestiny. Poté se tento pojem opět vytrácí a objevuje se až v 18. století, tentokrát již ve spojitosti s umírajícími lidmi, přesněji s nemocnicí s názvem Hospic, který založila Mary Aikenheadová. V rámci tohoto hospice byla poskytována ošetrovatelská péče, která vycházela ze základních potřeb člověka, včetně péče pastorační. Přesto, že tato nemocnice byla založena, její myšlenky se dále nerozvíjely. Začaly se rozvíjet až od poloviny 20. století, nejen proto, že samotná medicína, i když byla na vzestupu, nedokázala uspokojit umírající pacienty. Ve stejném století vznikla i Charita irských sester přivítala první nemocné v St. Joseph`s Hospice v Hackney v Londýně, kde začala jako lékařka pracovat Cecilie Saundersová, ta se stala představitelkou hospicového hnutí. V roce 1969 založila první moderní hospic nesoucí název Hospic sv. Kryštofa (St. Christopher`s Hospice).²⁶ V tomto hospici byla pacientům léčena především bolest, uspokojovány jejich základní potřeby a k tomu všemu nově zajištěna i duchovní péče, která sloužila nejen pro umírající, ale i pro jejich rodiny. Pro pacienty bylo důležité vidět, že nejsou přítěží pro své okolí, že o ně stále jeví jejich okolí zájem, přesto, že jsou v terminální fázi života. Postupně se mohli umírající, ale i jejich rodiny zbavit pocitů jako je utrpení, úzkosti či ztráty smyslu života.²⁷

Myšlenky hospice vzešly z úcty k životu a k člověku jako jedinečné bytosti. Jde tedy o naplnění dnů, co pacientovi zbývají, životem, nikoliv naplnit život dny. Hospic zaručuje pacientovi tři důležité body, a to že:

- Nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen.²⁸

²⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 45-46.

²⁷ Srov. MUNZAROVÁ, M., *Vybrané kapitoly z lékařské fakulty I.: Smrt a umírání*, s. 60.

²⁸ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1. s. 115.

V České republice se průkopnicí hospicového hnutí stala známá lékařka a spisovatelka Marie Svatošová. Založila občanské sdružení, jemuž dala název Ecce homo. Hlavní myšlenkou tohoto sdružení je zdůrazňovat práva pacientů a úctu k lidskému životu od narození až po smrt. Dále je důležité být zastáncem hospicového hnutí a domácí péče v ČR bez výjimky. Prvním velkým projektem sdružení Ecce homo bylo vytvoření a zprovoznění Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Vybudování tohoto zařízení trvalo jen 13 měsíců, což je velice obdivuhodný čin. K otevření došlo v prosinci 1995. K tomuto hospici se pozvolna připojovaly další hospice po celé České republice. Dalším byly Hospic Štrasburk v Bohnicích a Hospic sv. Lazara v Plzni.²⁹ V současné době je v České republice sedmnáct lůžkových hospiců.³⁰ V ČR bylo založeno roku 1998 i Sdružení poskytovatelů hospicové péče, jehož hlavní představitelkou se stala Marie Šamánková.³¹

2.2 Paliativní hospicová péče

Hospic, jak je psáno výše je tedy zařízení, které je spojováno s hospicovou paliativní péčí či paliativní medicínou. Definice pro tuto péči není jednotně ustanovená. Paliativní medicína je tedy léčba s péčí o pacienty v terminální fázi nemoci, celkově se jedná o zlepšení kvality života člověka, na kterého je pohlíženo jako na celek. Do hospice jsou přijímáni pacienti, jejichž kurativní léčba (uzdravující) byla ukončena. Hospicová paliativní péče obsahuje léčbu symptomů vyvolaných nemocí, které nelze vyléčit, ale pouze utlumit. Tato péče je komplexní, přesněji se tedy kromě tlumení bolesti a dalších symptomů spojené s nemocí, soustřeďuje i na další tělesné problémy, ale i psychosociální a duchovní.³²

V současné době je hospicová péče na vzestupu a postupně se rozšiřují nejen kamenné hospice, ale i domácí hospicová péče, tedy terénní služba. Více o formách hospicové péče níže.

2.2.1 Dvě formy hospicové péče

První forma, o které se zde rozeptejší je lůžkový hospic a druhá forma je domácí hospicová péče. Představím jejich specifické znaky, co která služba nabízí, co musejí budoucí klienti splnit, též bych zdůraznila výhody a nevýhody jednotlivých forem péče.

29 Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 47.

30 Srov. Linkos.cz [online]. *Mapa hospiců* [cit. 22-03-17] Dostupné na: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/paliativni-pece-1/mapa-hospicu/#search=1>.

31 Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 48.

32 Srov. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2, s. 24.

Lůžkový hospic

Lůžkový hospic je institucí, kam se přijímají pacienti v terminální fázi jejich života. Lůžkový hospic existuje jako samostatná budova. Hospic připomíná spíše domov, neboť se působit příjemněji skrze vybavení a celkovou výzdobu zařízení. Cílem lůžkového hospice je zlepšení kvality života pacienta zajištěním komplexní péči. O tuto péči se stará multidisciplinární tým, jež se skládá z více profesí: lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách i pastorační pracovníci. Každý z těchto pracovníků naplňuje pacientovi jinou potřebu.³³

Lůžkový hospic byl zřízen pro umírající z několika důvodů. Nejčastějším důvodem je, že se o umírajícího doma nemohou postarat. Cílem je zajistit péči umírajícím, o které se nemohou starat blízcí v rodinném kruhu. Lůžkové hospice jsou uzpůsobeny tak, aby za umírajícím mohly kdykoliv přijít návštěvy. Nejsou časově omezené to znamená, že mohou klidně zůstat přes noc. Záleží vždy na domluvě s personálem daného zařízení. Návštěvy se nemusejí o umírajícího starat, mohou, ale nejsou k tomu nuceni, záleží na nich, jestli se na to cítí, či nikoliv. Nicméně je prokázáno, že pomoc s drobnými úkony prospívá oběma stranám, neboť pacient má pocit, že se o něj zajímají, a naopak rodina má pocit, že se na jeho péči dokáže také podílet.³⁴

Některé rodiny mohou využívat kamenné hospice na odlehčující pobyt pro své milované, o které se starají doma, protože i oni jakožto pečující osoby potřebují načerpat sílu a odpočinout si od neustálé péče. Tyto pobyty jsou nejčastěji od dvou do čtyř týdnů, mohou být pravidelné a několikrát do roka. Záleží na umírajícím a jeho pečující rodině, oni sami nejlépe vycítí, kdy je to potřeba.³⁵

Kamenný lůžkový hospic je spojován s konečností lidského života, nicméně pokud se pacientovi v hospici zlepší zdravotní stav natolik, že může přejít zpátky do péče rodiny, lze péči zajistit jinou formou, třeba právě tou domácí hospicovou. Přestože umírání v hospici není stejně komfortní jako umírání doma v rodinném kruhu, je zajištěno, aby umírající neumíral sám a aby se do jisté míry v hospici cítil, pokud možno jako doma. K tomu napomáhá útulného prostředí a nejen profesionální, ale i lidský přístup všech pracovníků.

Kritériem pro přijetí pacienta do hospice je jeho diagnóza, následuje žádost, kterou vyplní nejen rodina, ale i obvodní lékař či nemocnice, kde tedy vyplní diagnózu pacienta.

³³ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s 96.

³⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 120-121.

³⁵ Srov. Tamtéž s. 120.

Součástí žádosti musí být i podepsaný informovaný souhlas přijímaného pacienta, což znamená, že ví, co je hospic a zná svou diagnózu. Více o přijetí pacienta najdete v kapitole 3.4. Nejčastější důvody pro přijetí jsou celkem tři. První z nich je zvládnout symptomy spojené s nemocí, zajištění terminální péče a posledním je čas na odpočinek a odreagování, jak pro umírajícího, tak i pro jeho pečující rodinu.³⁶

Výhodou lůžkového hospice je tedy především kvalifikovaný personál, který ví, jak s umírajícími a jejich blízkými komunikovat a jak se o ně postarat. Umírající v hospici není nikdy osamocen, zároveň si může kdykoliv říci zdravotní sestře či lékaři o utlumení bolesti, či vyřešení jakéhokoliv jiného zdravotního problému spojeného s nemocí. Péče je zajištěna jak přes den, tak v noci. Vždy je přítomen někdo, kdo pacienta vyslechne a zareaguje na jeho potřeby. Zároveň je zde výhodou i to, že jsou zde vítáni rodinní příslušníci, mohou své členy rodiny či známé doprovázet po celou dobu jejich pobytu v hospici, jsou jim k dispozici tzv. přistýlky, které jsou součástí vybavy pokoje pacienta.

Nevýhodou je, že kamenné hospice mají svou omezenou kapacitu (bývá kolem 30 lůžek na zařízení), nicméně je prozatím dostačující. Další nevýhodou je, že sem rodina a blízcí musí docházet, pokud jsou z daleka je to časově i finančně náročnější.

Domácí hospic

Domácí hospicová péče je možností, kterou vyhledávají především lidé, kteří se chtějí o své blízké starat do poslední chvíle v domácím prostředí. Pro většinu umírajících je nejlepší volbou zemřít doma v prostředí, které znají a s lidmi, na kterých jim záleží. V dnešní době se domácí hospicová péče zaměřuje na všechny aspekty péče o umírající, a to jak fyzickou, psychosociální tak i duchovní. Jak víme z minulosti bylo to běžné, že nemocní umírali doma, lidé věděli, jaký je průběh. Pověštinou se z umírání stával do jisté míry rituál. Forma domácí hospicové péče se navrácí zpátky k těmto kořenům. Jednotlivé zkušenosti se dříve předávaly z generace na generaci.³⁷ Zatímco v minulosti byla péče o umírajícího nedostačující a z velké části i laicky zjednodušená, někdy nebyla vůbec žádná. Otázky ohledně finančního zajištění zúčastněných, či jejich psychosociálních potřeb, jak je známe dnes, byly odsunuty do pozadí, nebo se vůbec neřešily. Nejvíce rozvinutou péčí o umírající byla však beze sporu péče duchovní, neboť s lidmi je náboženství spojeno od nepaměti a mají jej zakořeněné hluboko v sobě.³⁸

³⁶ Srov. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*, s 440.

³⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2, s. 27-28.

³⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 26.

Tato forma je určena pro rodiny, jež se o svého umírajícího člena rodiny chtějí starat v domácím prostředí. Pro většinu rodin je to velmi náročný proces, ať již z časových důvodů nebo po stránce fyzické, tak především po stránce psychické. Domácí hospicová péče může rodině, která se stará o umírajícího člena, pomoci zajistit potřebné služby a tím jim po všech stránkách péči usnadnit. Tato péče je poskytována jen lidem, kteří jsou v terminální fázi nemoci a byla jim ukončena veškerá uzdravovací léčba. Domácí hospic se skládá z multidisciplinárního týmu, jež by měl pokrýt veškeré potřeby pečující rodiny i umírajícího, včetně spolupráce s potřebnými úřady, lékaři a dalšími.³⁹

Tato terénní služba, jež dojíždí do rodin, které si ji vyžádají, je v pohotovosti 24 hodin denně, sedm dní v týdnu, to je jeden z požadavků, který se od domácí hospicové péče vyžaduje. Dalším z požadavků na tuto péči jsou pracovníci, kteří reprezentují multidisciplinární tým (lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, sociální pracovník, pastorační pracovníci), musí být vybaveni znalostmi a dovednostmi potřebnými pro všemožné situace, které mohou při péči o umírajícího v domácím prostředí nastat (od tlumení bolesti až po léčbu veškerých symptomů, které pacient má a mohou způsobit zdravotní potíže, na straně jedné a psychické výkyvy všech zúčastněných na straně druhé). Posledním požadavkem, aby tato forma péče mohla fungovat správně je i nabídka pro pečující rodiny k odreagování se od péče. Měla by být zajištěna potřebná úleva, kterou rodina potřebuje při takové fyzické i psychické zátěži, aby se předcházelo celkovému vyčerpání.⁴⁰

Mezi hlavní výhody domácí péče patří známé rodinné prostředí a zázemí, nemocný se nemusí přesouvat do prostředí, které je pro něj cizí, nemusí si zvykat na nové lidi.

³⁹ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 95.

⁴⁰ Srov. Tamtéž, s. 94.

2.3 Cílové skupiny v hospici

Hospic se zaměřuje na více cílových skupin, i když se to nezdá na první pohled, tak kromě umírajícího člověka, se hospic zaměřuje i na celou jeho rodinu a příbuzné. A to jak při pobytu umírajícího, tak i po jeho úmrtí. Zároveň má téma hospice dopad i na celou společnost.

2.3.1 Umírající člověk

Hlavní cílovou skupinou, která se pojí s hospicem jsou umírající lidé, přesněji tedy lidé, kteří byli do hospice přijati. Aby byl člověk přijat do hospice, musí splňovat několik kritérií. Do hospice se lidé dostávají v terminální fázi jejich života a spolu s nevléčitelnou nemocí mohou trpět dalšími přidruženými symptomy a problémy spojenými s jejich psychikou. Samotná nemoc je velkou zátěží, hlavně proto, že umírající člověk ví, co přijde. S tím se mohou pojit různá úskalí. S každým druhem bolesti, stresem či strachem by se mělo umět pracovat. Každá oblast s sebou nese nějaká úskalí a zátěže z blízcího se konce života. V psychické oblasti to mohou být různé deprese či zmatené stavy. V sociální oblasti například špatné zkušenosti s pečujícími z nemocnic, LDN či z jiných zařízení, ale i třeba se změnou prostředí. Ze spirituální oblasti to může být právě samotný strach ze smrti spojený s náboženstvím. Nejobsáhlejší zátěží jsou problémy, které vznikají spolu s nevléčitelnou nemocí a jsou dlouhodobějšího rázu. Myšleno především různé stupně bolesti, které se v hospici řeší nejvíce, aby umírající netrpěl nesnesitelnou bolestí. Ale obtíží je podstatně více. Je důležité zmínit, že pacienti často vyžadují dohled nad jejich tělesnými symptomy spojenými s jejich nemocí, které se postupně mohou zhoršovat.⁴¹

Zejména je důležité opět připomenout, že jsou to lidé, kteří teprve procházejí vyrovnáváním se se smrtí a mohou přijít v jakémkoliv stádiu vyrovnávání se s umíráním, je tedy třeba mít tento fakt stále na zřeteli a podle toho se k nim chovat, tedy s úctou a respektem. Nikdo z nás neví, jak bychom reagovali my po zjištění, že jsme nevléčitelně nemocní. Potřebujeme tedy velkou dávku empatie a soucitu k lidem, kteří nevědí, jak to celé pro ně bude probíhat. Někdy je ovšem velmi obtížné zachovat si profesionální přístup k pacientům, kteří jsou agresivní, mnohdy zlý a dost často vyžadují nadměrnou pozornost. Nicméně i tyto stavy k nemoci a umírání mohou patřit a je třeba vytrvat a zachovat klidný a profesionální přístup. Přichází sem i lidé, jejichž

⁴¹ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s.59-60.

hlavním cílem a přáním je důstojně odejít ze světa při zajištění komplexní péče o jejich potřeby od tělesných, psychických až po sociální a spirituální. Touží především po lidském přístupu.

Křivohlavý se ve své knize „Křesťanská péče o nemocné“ zmiňuje o pocitech umírajícího pacienta. Pokud umírající s nemocí bojuje již dlouho, jeho mysl ji tolik nevnímá, stejně jako nevnímá lidi kolem sebe. Pacientů, kteří umírají v naprosté nevědomosti o sobě je mnoho, ale stejně tak je mnoho lidí, kteří umírají a své umírání si uvědomují. Nejen z pozorování, ale i z celkové komunikace s umírajícím poznáváme jeho pocity a myšlenky z přicházející smrti. K jeho pocitům patří především obavy, neboť neví, co bude následovat dále, také pociťuje strach z utrpení, strach o své rodinné příslušníky, jež tady po sobě zanechá, také strach ze, že ztratí svou lidskou důstojnost až se jeho fyzické tělo bude měnit. K dalším pocitům patří celková sklíčenost ohledně všeho, nelze ji konkrétně pojmenovat. Může cítit, jak vztek, žal tak i naději a lásku.⁴²

2.3.1.1 Potřeby a přání umírajícího

S příchodem a postupem nemoci se potřeby pacienta proměňují, neboť umírajícímu mu postupně ubývají jak fyzické, tak psychické síly. Umírající se více uzavírá sám do sebe a většinou nechce být pro nikoho zbytečnou přítěží. Celkově se snižuje zájem o všechno kolem něj, nejen o lidi, ale i záliby a zájmy. Postupně ztrácí zájem i o návštěvy, které nejsou z nejbližšího rodinného kruhu. Nejhojnější potřebou bývá spánek. A může nastat i čas, kdy pacient bude chtít být jen sám se sebou. Opět každý jsme jiný, každý máme trochu jiné potřeby, a prožívání, když nepočítám ty základní, které mají všichni lidé stejné. Někdo vyžaduje neustálou přítomnost a pozornost někoho dalšího, neustálý dohled, jen aby nezůstal sám se svými myšlenkami. Oproti tomu někdo je raději sám a přemýšlí a nevyžaduje mluvení, nebo jen minimálně nebo ho to dokonce obtěžuje.⁴³

Tělesné potřeby

Potřeby tělesné neboli také biologické zahrnují vše, co naše tělo potřebuje. Tyto potřeby zajišťuje především ošetrovatelská péče a v první řadě je to příjem potravy ať už klasickou formou, či upravenou (různé mixy podávané do pegů nebo krmené lžící, nutriční drinky apod.) záleží na potřebách každé dané osoby. Další péče je vynaložená na vylučování, které musí být opět přizpůsobeno dané osobě podle jeho schopností a možností. Podpora dýchání i třeba napojením na kyslík, aby se pacientovi lépe dýchalo

⁴²Srov. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-8085-763362, s. 31-32.

⁴³Srov. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a a kol. *Paliativní medicína*. 2, s. 440-441.

a prokrvil se mu nejen mozek, ale i srdce. Dokud je možnost tak pacienta nutit k pohybu, i kdyby jen dojít vykonat potřebu nebo se projít po chodbě, je důležité dbát na svaly, aby nezakrněly. Předchází se tak trvalé ztuhlosti těla, která je pak již nevratná. Dbát také na správné polohování pomocí mikro polohovacích polštářů a různých terapeutických pomůcek a předcházet tak proleženinám. K tělesným potřebám patří i tlumení bolesti a jiných dalších zdravotních obtíží, kterým se snaží předcházet lékaři a zdravotní sestry.⁴⁴

Psychologické potřeby

Zde je opět důležité klást důraz na respektování lidské důstojnosti každého jedince bez ohledu na nemoc. Každý z nás je jedinečnou lidskou bytostí. Vždy je hlavní komunikace ať už verbální, či neverbální. V hospici je kladen důraz i na mimiku a gestikulaci, neboť někteří nemocní nedokáží již komunikovat slovy a musíme se tedy přizpůsobit a najít požadavky a odpovědi u nich právě v mimice a gestikulaci. Zde je důležitá trpělivost, je to náročné pro pacienta i pro personál. Zároveň je důležité dbát o to, abychom nemocnému nelhali, ale vždy říkali pravdu. Vždy o tom rozhoduje lékař, nebo pokud je v zařízení k dispozici tak psycholog, aby určili stav a připravenost pacienta, popřípadě, aby mu tito pracovníci podali pomocnou ruku při zpracování sdělených informací. Pokud bychom mu sdělovali informace násilím, nadělá to víc škody než užitku. Vždy se tedy řídit připraveností umírajícího.⁴⁵

Sociální potřeby

Každý je má, neboť to, že jsme lidskými bytostmi, jde „bok po boku“ s tím, že jsme založeni společensky. Nikdo nechce žít sám, natož sám umírat. Jsme stvořeni být tu s druhými lidmi a zároveň tu být i pro ně jak ve zdraví, tak v nemoci. Umírající většinou přijímá návštěvy rád, ale ne vždy, a ne všechny. V hospici je vždy přihlíženo k přání umírajícího a pokud někoho nechce přijímat, nemusí. Personál vše ohlídá, aby za příslušným člověkem nechodil někdo nezvaný. Sociální potřeby nejvíce naplňuje rodina umírajícího a jeho nejbližší okruh přátel. Nicméně mnohdy tento vztah musí korigovat sociální pracovník, aby si zúčastněné strany nekřivdili a nebyli na sebe zbytečně zlí. Zkrátka je to opět o vztazích, které si každý z nás za život utvořil. V této potřebě se odráží i činy, skutky, křivdy, vše dobré i špatné. Je to prostor pro vyřikání

⁴⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 19.

⁴⁵ Srov. Tamtéž, s. 20.

si nejasností, prostor pro usmíření a odpuštění si všeho zlého. Většina umírajících si přeje odejít ze života v klidu a usmíření se svými nejbližšími. ⁴⁶

Spirituální potřeby

Spiritualita je v rámci hospicové péče velmi důležitá, neboť má vliv na celkovou zdravotní péči, nevyjímaje kvalitu života umírajících. Nicméně není zcela jednotná ve všech zařízeních, protože právě jeden z důvodů je nejednotná definice spirituality, a zároveň nedostatek potřebných nástrojů ke správnému vzdělávání v této oblasti. Přesto se pokusím nastínit definici. Spiritualitu lze vnímat jako část člověka, která pátrá po smyslu života a zároveň nachází jakýsi řád v neuspořádanosti společnosti a světa. Anebo také definice, která byla ustanovena na Konsensuální konferenci přímo pro paliativní péči a tedy: Spiritualita je jedním z hledisek lidskosti, díky kterému se pozná význam, účel a způsob s jakým lidé prožívají danou chvíli či situaci se sebou samým, nebo s druhými lidmi. ⁴⁷

Tyto potřeby nejsou jen pro věřící, neboť i mnoho ateistů se v době nemoci obrací k Bohu. A nejen to, ve finální fázi umírání pátráme po tom, zda náš život měl smysl, zda byl zdařilý, naplněný vším, co jsme od něj očekávali, zkrátka rekapitulujeme jej. Tyto potřeby jsou právě o tom, že máme někoho, s kým tyto záležitosti můžeme probrat. Je potřeba umírajícím lidem ukázat, že smysl je jak v životě, tak v umírání. ⁴⁸

Abychom mohli tyto potřeby začít naplňovat je dobré nejprve poznat pacienta. Zpočátku se dozvíme nejvíce informací z dokumentací, co s pacientem přišly při přijetí do zařízení. Po příjmu na informace z těchto dokumentů můžeme navázat v rozhovoru s pacientem a dozvědět se tak více i právě, zda je pro něj víra důležitá a jak se momentálně cítí apod. V tomto jsou nejvíce nápomocné řádové sestry, které tuto pomoc dokážou poskytnout nejlépe z celého multidisciplinárního týmu v hospicové péči. Ví, na které oblasti se umírající zaměřuje, co jej může trápit. Umírající jim důvěřuje, neboť mají nejbližší k Bohu. ⁴⁹

Přání umírajících

Každý pracovník v přímé péči s umírajícími má vliv na vývoj a zakončení fyzických, psychických i sociálních změn v jeho životě. V hospici se nachází lidé v terminálním

⁴⁶ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 20.

⁴⁷ Srov. PUCHALSKI, CH., FERRELL, B., O'DONNELL, E. *Spiritual issues in palliative care* In BRUERA, Eduardo, YENNURAJALINGAM, Sriram, ed. *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine*. Madison Avenue, New York 10016: Oxford Univerzity Press, 2011. ISBN 978-0-19-538015-6, s. 254-255, 260.

⁴⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 21.

⁴⁹ Srov. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*, s. 66-67.

stádiu nemoci a jejich přání nemusí jít vždy splnit s ohledem na jejich zdravotní stav. Přání jsou různého typu od tělesných, psychických, sociálních až ke spirituálním. Žádný umírající nechce zemřít sám, nejlépe chce být se svými nejbližšími. S tímto přáním je spojováno právě přání zemřít doma, respektive v prostředí, které je pacientovi důvěrně známé. Z dalších přání vztahující se tentokrát k tělesnému stavu je, aby při umírání klient netrpěl bolestí. Přání, které ovlivňuje především psychiku člověka je, že si dost často přeje více času, třeba pro dokončení různých záležitostí. S tímto mohou umírajícím pomoci pastorační pracovníci tím, že o celé záležitosti budou dostatečně komunikovat. Může se jednat třeba o usmíření se se členy rodiny. A posledním příkladem z mnoha dalších přání je dopátrat se smyslu svého života, jako takového, patří opět do skupiny spirituálních přání, kdy se pacient ptá po smyslu svého života i samotné smrti. Pacient se snaží dohnat promarněný čas a vše náležitě pochopit. Patří sem ale i věčné zpochybňování všeho. Zde je proto na místě pomoc duchovního, který mu nabídne potřebné množství prostoru.⁵⁰

2.3.2 Rodina a příbuzní

Další cílovou skupinou jsou rodinní příslušníci umírajících. Je velmi důležité je neopomíjet nejen proto, že umírajícího znají lépe než kdokoliv jiný, ale i proto, že také oni potřebují péči. Někdy pomoc potřebují dokonce více než umírající člen rodiny. Spolu s umírajícím si prošli dlouhou cestu, ale to neznamená, že je to o to jednodušší, naopak dostat se do hospicové péče je pro ně těžké. Nedovedou si představit, co bude následovat, těžko se vyrovnávají s přicházející smrtí někoho blízkého. Dostávají se do konfrontace s vlastní smrtelností a bojí se nejistoty a změny, které jsou s tím spojeny. Obě strany jsou na sobě a svých pocitech závislé a navzájem se ovlivňují.⁵¹

Rodinní příslušníci se mohou i v hospici zapojit do péče o umírajícího člena rodiny. Mohou mu pomoci se stravou, či s jinými drobnými úkony, nebo mohou pomoci při nenáročných manipulacích s pacientem, aby se předcházelo ztuhnutí těla. Tímto zapojením rodinných členů má nejen rodina pocit, že přispívá k péči o jejich blízkého, ale i umírající vidí zájem ze strany té rodiny.⁵² Nedocenitelný je však přínos rodiny a přátel při zabavení umírajícího, aby mu zlepšili náladu, potěšili ho.

⁵⁰ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 36-37.

⁵¹ Srov. Tamtéž, s. 63.

⁵² Srov. KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018, ISBN 978-807-3454-968, s. 85.

Rodina a ti nejbližší prožívají několik strachů, přesněji čtyři. Nejvíce je trápí **nejjistota**, která je také spojená bezprostředně s tím, že je umírání skryto před našimi zraky do různých institucí, tím se odosobnilo a lidé mnohdy nevědí, jak s takovým člověkem jednat. Jelikož už není pravidlem, aby se rodina starala o své nemocné, a hlavně umírající převážně doma, nepředávají se tyto zkušenosti ohledně péče o ně. Přitom by stačilo, aby se o smrti a samotném umírání více mluvilo, aby si lidé uvědomili, že jsou smrtelnými bytostmi a jednou naše životy skončí. Ani umírající o tom nechce s ostatními ve svém okolí mluvit, neboť by mnohé téma smrti zneklidnilo, i jeho samotného. A přesto by to prospělo oběma stranám mluvit o smrti otevřeně. Tímto se od sebe odcizují, narůstá mezi nimi vztahová propast a zároveň promarnují čas, který jim zbývá, kdy by mohli vézt plnohodnotné konverzace i na tabuizovaná témata beze strachu. Další **strach je z trýzně**, z veškeré té bolesti, co umírání provází. V hospici se rodinným příslušníkům pacienta dostane ujištění, že umírající netrpí nesnesitelnou bolestí, neboť zdravotnický personál má na starosti především tlumení bolesti. Rodinu sužuje i přibližující se pocit a strach ze **ztráty blízké osoby**, jež je sám o sobě bolestnou záležitostí. Důležité je umět s lidmi, kteří zažívají ztrátu, mluvit. Vytvořit jim bezpečné prostředí, ve kterém se nebudou stydět mluvit o svých pocitech. A posledním poněkud fatální zvláštním strachem je **strach z pochybení**, který se projevuje v rámci období smutku. Jde tady především o rozloučení s umírajícím, které mohou pracovníci v institucích jako je hospic ovlivnit. Vždy záleží na přípravě vhodného prostředí, atmosféry a vzájemné komunikaci. Nejdůležitější tuto fázi vyrovnávání se s umíráním a smrtí nepotlačovat.⁵³

Vyrovňávání se s umíráním má stejné fáze jako u umírajícího, a liší se jen pořadím, nebo celkovým časem, jak dlouho trvá, jaká fáze. Mnohdy se stane, že umírající je se svým umíráním vyrovnaný a jeho rodina stále hledá někoho, kdo by přišel a zvrátil celou tuto situaci s nevyléčitelnou nemocí. Rodinný příslušníci by měli svůj smutek a žal projevit nejlépe ještě před samotným umírajícím, neboť pak bude celkové vyrovnání se se smrtí po odchodu milovaného o tolik jednodušší. I pro umírajícího je lepší, aby jeho rodina k němu byla ve všem, i v projevených citech upřímná, než aby se přetvařovala. Ta neupřímnost je hmatatelná a nejen, že ji cítí pracovníci, ale i umírající vycítí, že se s ním nejedná zcela upřímně.⁵⁴

⁵³ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s.65-66.

⁵⁴ Srov. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, s.188.

2.3.3 Společnost

V neposlední řadě má hospic dopad na samotnou společnost. Může ji výrazně ovlivňovat. Nabízí se možnost pořádat různé kurzy, vzdělávací přednášky a akce, ve kterých se zaměří na téma hospice, umírání, smrti, péče o nemocné a umírající, přístup k nim, ale i třeba na problematiku zármutku a žalu. Tím, že se o těchto tématech bude více mluvit bude zároveň probíhat také opětovné začleňování tabuizovaných témat zpátky do společnosti. Lidé v dnešní společnosti se smrti bojí, proto ji často vytěšňují a tabuizují. Také často neví, jak se k umírajícím lidem chovat. Formou kurzů a přednášek se osvětlí toto téma široké veřejnosti. Smrt je stejně přirozená jako života sám a je jeho nedílnou součástí, tak tomu bylo, je a bude. V rámci šíření osvěty lze představit i problematiku „poslední přání umírajících“, jak je důležité o nich vědět a jak s nimi zacházet, jak na ně dbát. Ne každý hospic v ČR toto provozuje pro společnost, ale postupně by se to mohlo zlepšovat. Tento proces celou společnost oživuje a více přibližuje téma hospic. ⁵⁵

2.4 Důstojná smrt a kvalita života v hospicové péči

Každá lidská bytost na této planetě směřuje k tomu, aby jeho umírání a posléze i smrt byly co nejdůstojnější a nejklidnější. Většina z nás má představy o tom, jak chce zemřít, nebo naopak jak nechce zemřít, co by pro nás bylo potupné a nepřijatelné. Naše představy se mohou někdy rozcházet s etikou. Kupříkladu tolik zmiňovaná eutanazie, která je ve většině zemí brána jako neetická možnost, a nepřipouští se. V hospicové péči je umírání důstojné, snaží se o to veškerý personál, je to dokonce jedna ze zásad hospicové péče. Od samotného lidského přístupu pracovníků k pacientovi, přes zdravotnickou a ošetrovatelskou péči o tělo, až po psychickou, sociální a duchovní péči pro duši. Důstojné umírání a smrt spočívá především v tom, aby umírající na to všechno, co jej čeká nebyl sám, aby si mohl o tom s někým promluvit, jde především o empatický a lidský přístup. ⁵⁶

Nejdůležitější v umírání je, aby bylo důstojné. Důstojné umírání bylo řešeno ve Vatikánu na pátém shromáždění v roce 1999 na Papežské akademii Pro Vita. Diskuze rozvedla téma doprovázení umírajících, aby nebyli sami. Doprovázení je důležitou součástí důstojného umírání jak pro umírajícího, tak pro jeho nejbližší okolí. Tato poslední cesta má být založena na křesťanských tradicích. Mezi tyto tradice patří především láska k bližnímu, respekt a úcta k životu, naplnění života radostí a nadějí

⁵⁵ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*, s.110.

⁵⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 161.

až do konce života.⁵⁷ Především jde tedy o to, jak se pracovníci i nejbližší okolí chová k umírajícímu. S tím to je spojená i právě eutanázie, nicméně tu ve své práci nerozebírám. Zaměříme se tedy rovnou na druhou možnou variantu a tím je paliativní péče, u které společnost především řeší, zda má být rozvíjena, aby byla na dostačující úrovni a předcházela všem možným problémům, které sebou nese samotné umírání i smrt.⁵⁸

2.4.1 Kvalita života

Důstojné umírání je neodmyslitelně spjato s kvalitou života. Stanovit nebo dokonce hodnotit kvalitu života je obtížné, neboť jde o subjektivního pohled každého z nás. Každý si pod kvalitou představí něco trochu jiného. Jde především o naplňování našich potřeb a zároveň toho, s čím se spokojíme, z čeho dokážeme slevit a jaký přístup k životu celkově máme. Na kvalitě života se podílí jak pozitivně, tak i negativně vlivy z vnějšího okolí, které sám umírající a jeho rodina neovlivní. Vždy záleží na mnoha faktorech, zejména na personálu, co poskytuje ať už péči ošetrovatelskou, lékařskou či sociální a pak samozřejmě na samotném zdravotním stavu pacienta, co mu umožní. Co se týká péče v zařízení, i ta může mít jak dobrý, tak i špatný vliv, záleží na úrovni poskytnutí dané péče a také na tom, jak je, který pacient náročný a na co je zvyklý. Každý máme jiné nároky na péči, někomu může vyhovovat dostatečně, někdo je pro změnu zvyklý na vyšší standardy a s kvalitou péče nemusí být spokojen, je to velice subjektivní. Kvalitu života také určuje celkové rodinné zázemí umírajícího, zda se má o koho opřít, na koho spolehnout, jestli je někdo schopný a ochotný ho doprovázet na této jeho cestě a empaticky se vcítit, ale i třeba mu pomoci, aby byl, alespoň pomyslně, neustále součástí života „tam venku“. A jako poslední faktorem je samotný vztah umírajícího k pracovníkům v přímé péči v zařízení, ve kterém se nachází. I když je vztah dobrý a přátelský, stále musí být jasno, kdo je pracovník a kdo pacient.⁵⁹

2.4.2 Znaky kvality života v hospici

Prvním znakem je, že v hospici mohou do péče o umírajícího zasahovat jistým způsobem i rodinní příslušníci, není striktně dané jako v nemocnicích a jiných zařízeních, kde na to není prostor, jak péče probíhá a s rodinou se vše konzultuje. Nicméně hospic, jakožto finální stanice pro většinu pacientů, jim chce poslední chvíle a pobyt zde příjemnit, a co nejvíc přiblížit domácímu prostředí. V hospici se dostane péče nejen

⁵⁷ Srov. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2. s.71.

⁵⁸ OPATRŇÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2008. Aeskulap. ISBN 978-80-204-1876-0.s.48.

⁵⁹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. (nemá ISBN), s. 63-64.

umírajícím, ale i jejich rodinným příslušníkům, kteří mnohdy potřebují více péče než samotní umírající.⁶⁰ Více o práci s rodinných příslušníků v kapitole 4.3.2.

Druhým znakem kvality služeb hospice je multidisciplinární tým, který je k dispozici takřka neustále. Jedná se o spolupráci mezi obory v přímé péči o umírající pacienty. Do týmu zahrnujeme lékaře, zdravotní sestry, pracovníky v sociálních službách, sociální pracovníky i pastorační pracovníky. V terminální fázi života jsou potřeby umírajících různorodé, tým se tedy musí umět přizpůsobit a vždy umět pomoci. Zároveň mezi odborníky panuje řád, kdy každý má na starosti svou oblast, které rozumí nejvíc. Na základě těchto správně fungujících profesí vzniká tým, který je schopen plnit realizovatelná přání a řešit problémy nejen umírajících, ale i rodinných příslušníků v hospici. V týmu by se členové měli vzájemně podporovat, aby se jejich osobnosti mohly pracovně vyvíjet, a předcházeli tím různým problémům, jako je třeba syndrom vyhoření, či syndrom pomáhajícího.⁶¹

Třetím znakem jsou dobrovolníci, kteří mají za úkol doprovázet nemocné třeba na vycházce, naslouchat jim a hovořit s nimi, pokud mají pacienti tu potřebu. Mohou suplovat i nefungující rodinu, vykonávají „post“ společníků a tím neuvěřitelně pacienty obohatit. Jejich výhodou je, že to není jejich zaměstnání a tudíž tyto „práce“ vykonávají, když chtějí, tedy kdy mají náladu a chuť. Měli by se chovat tak, že ačkoliv je zde umírání a vsudypřítomná, brát jej jako součást života. Ač je to těžké, lze se na to připravit a naučit se to.⁶²

Čtvrtým znakem jsou znalosti a dovednosti všech pracovníků v přímé péči, aby věděli a vždy rozpoznali, co daného člověka tíží a uměli mu správně pomoci. Odborníci pro tělesné problémy spojené s nemocí řeší lékař či zdravotní sestra. Obě profese musí dbát na pacientovy potřeby a přizpůsobit tomu medikace.⁶³

Posledním znakem je zajištění péče v poměrně krátkém čase, důležitá je propojenost a částečná zastupitelnost, pokud si například bude chtít umírající promluvit o smyslu života a smrti v noci, kdy tam není pastorační pracovník, musí její pozici zastoupit někdo z přítomných. Je nesmírně důležité právě pomoci včas, tehdy, kdy je potřeba.⁶⁴

⁶⁰ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 38-39.

⁶¹ Srov. Tamtéž, s. 39.

⁶² Srov. Tamtéž, s. 39.

⁶³ Srov. Tamtéž, s. 39.

⁶⁴ Srov. Tamtéž, s. 39.

3. Sociální práce v hospicové péči

V této kapitole se soustředím již na sociální práci, která je mým studijním oborem. Nejprve se zaměřím na sociální práci obecně, velmi stručně a postupně se zaměřím přímo na její místo v hospici, včetně jednotlivých okruhů jejího zaměření.

3.1 Sociální práce

„Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti.“⁶⁵ Zaměřuje se na člověka v nepříznivé životní situaci. Hlavními cíli sociální práce jsou objevení, stanovení, redukování a nalézání vhodných řešení sociálních problémů různých skupin. Tedy naplňování sociálních potřeb klientů v rámci sociálních služeb či zařízeních.⁶⁶ Nepříznivá životní situace může nastat ztrátou či oslabením některých schopností z důvodu věku, špatného zdravotního stavu, či špatnými životními návyky, které se dostávají do rozporu se společností.⁶⁷

Sociální práce vychází z mnoha poznatků humanitních oborů od sociologie, psychologie, pedagogiky přes právní, ekonomické a lékařské pohledy k samotné etice a filozofii. Tato disciplína je založena jak na teorii, tak na samotných zkušenostech. Můžeme na ni pohlížet v rovině práce s klientem, s rodinou či s komunitou, ale sociální práce zahrnuje i samotné poskytování sociálních služeb, administrativní práce, spolupráce s dalšími státními orgány či dalšími sociálními službami a úřady.⁶⁸

Sociální práce se skládá z různých rovin pomoci, zaměřím se tedy na užší smysl pomoci, kdy se tato práce dělí na úrovně. První úroveň, která je zaměřena přímo na jednoho klienta je mikroúroveň. Je zaměřena na „člověk v situaci“ a snaží se mu na základě individuálního přístupu pomoci vyřešit jeho sociální problém. Též se této práci dá říkat případová, protože řeší jeden konkrétní případ klienta, jeho začlenění do společnosti a zvládnutí jeho konkrétního sociálního problému. Druhá úroveň je střední, která se zaměřuje na práci s rodinou či menšími skupinami. Práce s rodinou může zahrnovat jak jednu, tak více rodin. Jedná se především o poradenství např. o adopci, o drogové či jiné závislosti, o péči o děti při rozvodovém řízení, o domácím násilí a další. Také se může jednat o celkové fungování rodiny, což je případ i pro hospice, neboť sociální pracovník pracuje nejen s umírajícím, ale i s jeho rodinou. A pomáhá zlepšit vztahy mezi nimi. Práce se skupinou zahrnuje různé kurzy, které se zaměřují

⁶⁵ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*, s. 213

⁶⁶ Srov. Tamtéž, s. 213.

⁶⁷ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách: ČÁST PRVNÍ-ÚVODNÍ USTANOVENÍ (§ 3). *Zákon pro lidi* [online]. [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast1>

⁶⁸ Srov. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3323-1. s. 28.

na danou cílovou skupinu a pomáhají se začleněním do společnosti, nebo různé terapie s klienty se stejnými či obdobnými problémy. Terapie může lidem pomoci začít se vnímat z jiné perspektivy. Třetí a zároveň poslední úroveň je makroúroveň, která pracuje s komunitou. Práce s komunitou závisí na řešení sociálního problému, který trápí celou komunitu. Najít řešení závisí na mnoha proměnných, hledání kompromisů, aby to vyhovovalo, co největšímu počtu lidí z komunity, nejlépe všem.⁶⁹

Sociální práce je o tom, abychom vždy jednali s klientem profesionálně, s osobním odstupem, ale přesto na základě lidské důstojnosti a s respektem. Nehodnotí jej na základě nepříznivé životní situace, neboť neznáme celý životní příběh klienta.

3.2 Sociální práce a její místo v hospici

„Sociální práci v kontextu paliativní péče se rozumí pomoc a podpora při zvládnutí sociálních problémů, které vyplývají z typu onemocnění i z terminální fáze života klienta.“⁷⁰

Sociální práce i v hospicové péči je schopná pomoci lidem bez ohledu na jejich vyznání, národnost, věk či jejich zdravotní obtíže a další. S ohledem na toto všechno jsou pracovníci patřičně školeni v různých vzájemně propojených oborech, které jim umožňují porozumět lidem včetně jejich náboženství, věku a také daných potřeby, které se pojí se zdravotním stavem klientů hospicové péče.⁷¹

Sociální pracovník pracuje s lidmi, jejichž onemocnění nelze vyléčit. Tato onemocnění s sebou nesou u většiny negativní dopad na fyzický i duševní stav nejen nemocných, ale i jejich nejbližších. Sociální pracovník může pomoci oběma stranám se s nastalou situací vyrovnat a pomoc při řešení různých problémů, které mohou vyvstat během závěrečné fáze života klienta.⁷² Pacient, přestože je nevléčitelně nemocný, je stále součástí společnosti, i když fungování v ní má omezené a postupně ztrácí síly a celkově strádá, je tedy potřeba se s touto nastalou situací vypořádat.⁷³ Je tedy zřejmé, že sociální pracovník má svou velmi důležitou roli v hospicovém týmu, kdy je schopen řešit velkou škálu identifikovaných potřeb pacienta a jeho rodiny. Velký vliv má na lepší

⁶⁹ Srov. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8548-2, s. 14.

⁷⁰ BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3, s. 99.

⁷¹ Srov. BERESFORD, Peter, Lesley ADSHEAD and Suzy CROFT. *Palliative Care, Social Work and Service Users: Making Life Possible*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2007. ISBN 978-1-84310-465-0, s. 26.

⁷² Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 99.

⁷³ Srov. VORLÍČEK, Jirí, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2, s. 488.

přípravu vzdělání, vyjasnění cílů péče, zlepšení komunikace mezi pacientem a rodinou, ale i nabízí zmírnění biopsychosociálně-duchovního utrpení.⁷⁴

Sociální pracovníci v hospici řeší mnohé zátěžové situace, na které musí být řádně vyškolení, aby dokázali lidem správně poradit a pomoci, nebo je případně nasměrovat správným směrem na jiné odborníky. Nejčastěji se tedy setkávají s lidmi, kteří jsou osamocení a v izolaci od ostatních, mají pocit, že jim okolí nerozumí nebo naopak už nikoho blízkého nemají. Lidé zažívají psychickou zátěž v situaci, která je pro ně nová, velmi zátěžová a neví, jak se k ní postavit. Mnoho nemocných ztrácí smysl života, s nemocí nemohou vykonávat to, co dříve. Nemoc a blížící se smrt narušuje lidem jejich jistoty a stabilitu. Hospic se snaží vyjít z tabuizované zóny a více se předvést veřejnosti, především tím, že připomíná, že je umírání součástí života a nemělo by být upozadřované. Pro umírající je toto období těžké, mnohdy mají pocit, že jsou pro své okolí přítěží. Tento přístup se snaží hospic odbourat, aby se společnosti postupně otevřely nové obzory.⁷⁵

Sociální práce se v hospici odehrává v rámci multidisciplinárního týmu. Celý tým, který se skládá z vícero profesí, má na paměti jeden stejný cíl a tedy, co nejlepší naplnění všech potřeb pacientů, kteří jsou do hospice přijati. Tím, že je tým multidisciplinární zajišťuje komplexní péči o jedince. Multiprofesní tým by si měl i vždy ujasnit kdo z jednotlivých členů má jaké kompetence a zároveň by neměl být omezen jen na své zaměření, ale dívat se na pacienta z celostního hlediska. To znamená, že i třeba například zdravotní sestra by měla umět reagovat na psychologické potřeby pacienta.⁷⁶ Všichni pracovníci tohoto týmu mají vliv na to, jaká bude závěrečná fáze života klienta, zda bude důstojná, klidná a pro něj přijatelná. Do jisté míry mohou tedy i ovlivnit kvalitu jeho života.⁷⁷

Sociální práce hraje v paliativní péči klíčovou roli díky své jedinečné perspektivě, znalostem a dovednostem. Včetně své odbornosti v nasměrování na lékařskou či sociální pomoc a dovednostem v oblasti podpory, vzdělávání a intervence s pacienty, rodinami a spolupráce v rámci týmu. V neposlední řadě má sociální práce závazek k sociální spravedlnosti a ke zmírnění rozdílů v oblasti zdraví.⁷⁸ Sociální pracovník přináší do týmu

⁷⁴ Srov. BLACKER, Susan, CHRIST, Grace. *Defining Social Work's Role and Leadership Contributions in Palliative Care*. In ALTILIO, Terry a Shirley OTIS-GREEN, ed. *Oxford textbook of palliative social work*. Oxford New York: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-973911-0, s.21.

⁷⁵ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 32.

⁷⁶ Srov. Tamtéž, s.51-53.

⁷⁷ Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 99.

⁷⁸ Srov. BLACKER, Susan, CHRIST, Grace. *Defining Social Work's Role and Leadership Contributions in Palliative Care*. In ALTILIO, Terry a Shirley OTIS-GREEN, ed. *Oxford textbook of palliative social work*, s.22.

tedy dovednosti a znalosti na profesionální úrovni a propojenost s dalšími obory, které zajišťují daleko lepší perspektivu a kvalitu péče. Sociální práce nabízí sama o sobě multifunkčnost, neboť kompetentní pracovník zabírá širokou škálu dalších příbuzných oborů, ve kterých byl zaškolen při studiu. Nabízí tím týmu zprostředkování s dalšími odborníky. Sociální pracovník je zaměřen na člověka, který se nachází v nějaké určité životní situaci a s tím musí umět vždy pracovat. Je vhodné proto třeba i pořádání dalších školení, kurzů či besed, aby sociální pracovníci mohli předávat zkušenosti dalším spolupracovníkům nebo i například dobrovolníkům. Dobrovolníci o hospici přinášejí též osvětu do společnosti, nový pohled na umírání a smrt.⁷⁹

Jedna z těžkostí nejen pro sociální pracovníky, ale i zbytek multidisciplinárního týmu, je, aby brali nemoc jako součást života pacienta, zároveň s tím, že je to další z fází života, kterou si člověk projít musí a nelze s tím nic udělat. Lze tedy ten pobyt a péči o pacienta, jen co nejvíce zpříjemnit, aby tolik netrpěl a cítil se dobře. Další těžkostí, se kterou se pracovníci setkávají je působení hospice na společnost. Samotný přístup k nevléčitelně nemocným, ale i pozůstalým je všelijaký jen ne zcela správný, neboť mnoho lidí neví, jak se k nemocným chovat, jak s nimi komunikovat nebo i jak se o ně starat a zároveň neví, jak se chovat k truchlícím osobám. Sociální pracovník může své vědomosti ventilovat do světa v podobě různých kurzů či přednášek pro veřejnost, aby lidé pochopili, že jak umírající, tak pozůstalí jsou, součástí společnosti stejně jako my, jen jsou v životní krizi, a mnohdy potřebují jen pomoc zvenčí, aby se začlenili zpátky do společnosti.⁸⁰

Vzhledem tomu, že je hospic zdravotně sociální zařízení mohou se věnovat i přímo sociální práci ve zdravotnictví, neboť mnohé je tedy podobné. Zaměření sociální práce v hospici popisují v podkapitole níže 3.3. Cílem sociální práce je pomoci pacientovi k lepší adaptaci na zařízení a jeho aktuální životní situaci pomocí sociálních a psychologických sfér.

⁷⁹ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s.51-53.

⁸⁰ Srov. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2, s. 488-489.

3.3 Zaměření v sociální práci v hospici

Sociální práce v hospici se zaměřuje na více kategorií, je zaměřená jednak na samotného klienta, jeho rodinu, tak i na administrativní úkony a spolupráci s ostatními pracovníky nejen z vlastního týmu, ale i spolupráci s jinými organizacemi či zařízeními.

3.3.1 Zaměření se na klienta

Hospice vznikaly postupně díky lidem, kteří měli motivaci to celé vybudovat. V počátcích hospicové éry se v nich sociální pracovník nenacházel. Sociální pracovník by si měl zachovat svou odbornou roli při práci s klientem, ale zároveň být lidský. V hospici je důležitá autentičnost, opravdovost a empatie, tím projevujeme lidskost, která je zde velmi ceněná a potřebná.⁸¹

3.3.2 Zaměření se na rodinu

Druhé zaměření sociální práce v hospici je na rodinu pacienta. Toto zaměření je velmi důležité, neboť mnoho sociálních problémů pacienta souvisí s rodinným zázemím a přesahuje přes současnost až do budoucnosti. Je třeba je řešit v současnosti, ale je dobré zároveň mít přehled o minulosti. Postupně péče o rodinu přerůstá v péči o pozůstalé.⁸² Rodina umírajícího doprovází na poslední cestě a zároveň sociální pracovník doprovází rodinu v jejich nové roli.

3.3.3 Zaměření se na pozůstalé

Vzhledem tomu, že sociální pracovník většinou pracuje i s rodinou pacienta je jasné, že po smrti pacienta péče zůstane jen se změni zaměření pracovníka, respektive pomáhá, ale na jiné úrovni. Každý pozůstalý, ale péči nevyhledává, je to individuální. Vždy je jim potřebná pomoc nabídnuta, ale není jim vnucována. Sociální pracovník má na starosti rozloučení se se zemřelým, měl by dohlédnout, aby bylo dostatečné, neboť je to první krok k tomu danou skutečnost přijmout z psychologického hlediska, dále pracovník podává pomocnou ruku, pokud potřebují pomoc se zařízením pohřbu či pokud potřebují odbornou pomoc. Měl by být schopen zprostředkovat službu, kterou pozůstalí potřebují.⁸³

3.3.4 Zaměření se na administrativu

Sociální pracovník má na starosti veškerou dokumentaci od přijetí klienta do zařízení, zmapování jeho sociální situace, kontakty na jeho rodinu i lékařskou dokumentaci. Vyřizuje příspěvky na péči a další dávky. Pracovník zároveň spolupracuje

⁸¹ Srov. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. s. 204.

⁸² Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 101.

⁸³ Srov. Tamtéž, s. 102.

s úřady, bankou, nemocnicemi při přijetí pacienta z nemocnice, či pomáhá rodině v různých záležitostech.

3.3.5 Zaměření se na spolupráci v rámci týmu

Sociální práce je jedna z pomáhajících profesí a je tedy součástí multidisciplinárního týmu. V rámci týmu se řeší z komplexního hlediska každý pacient zvlášť během porady, která se uskutečňuje v pravidelných intervalech. Zároveň se probírá další péče o pacienta, zda má nějaké mimořádné potřeby.⁸⁴

⁸⁴ Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči, s. 102.

4. Role sociálního pracovníka v hospicové péči

V této kapitole se zaměřuji přímo na sociálního pracovníka v hospici. Od samotného vzdělání, přes jeho předpoklady pro vykonávání této profese, včetně jeho znalostí, dovedností až po pracovní kompetence. Dále se zaměřuji na pracovní úkoly a náplň práce sociálního pracovníka přímo v hospici, respektive s jakými cílovými skupinami pracuje, případně jaké další okruhy má na starosti.

4.1 Vzdělání sociálního pracovníka a jeho předpoklady pro tuto práci

Vzdělání sociálního pracovníka

Proto, abychom se stali sociálními pracovníky musíme splňovat podmínky, jež se uvádí v zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách § 110. Sociální pracovník musí splňovat bezúhonnost, být plně svéprávný a mít odbornou a zdravotní způsobilost. Potřebné vzdělání je:

- Vyšší odborné vzdělání s potřebnou akreditací (podle Zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění zákona č. 383/2005 Sb.) v oborech věnující se sociální práce a sociální pedagogice.
- Vysokoškolské vzdělání v podobě bakalářského, magisterského či doktorského programu studia se zaměřením na sociální práci a sociální pedagogiku či další podle právního předpisu viz Zákon 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění zákona č. 383/2005 Sb.)⁸⁵

Každý zaměstnavatel by měl sociálním pracovníkům zajistit další vzdělávání a růst v oboru formou studijních programů, akreditovaných kurzů, školení či různé konference v rámci sociální práce. Zároveň každý sociální pracovník by měl mít zájem se dále vzdělávat, aby své schopnosti a dovednosti neustále vyvíjel a zdokonaloval.

Předpoklady sociálního pracovníka

Sociální pracovník by měl mít pro výkon práce potřebné znalosti a dovednosti více o nich v podkapitole 4.2. Měl by mít motivaci pro výkon této práce, dále by měl mít předpoklady týkající se jeho osobnosti. A v neposlední řadě by měl mít za sebou i nějakou praxi.⁸⁶

⁸⁵ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách: Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka (§ 110). *Zákon pro lidi* [online]. 2006 [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8>

⁸⁶ Srov. DOČKAL, Jan. *Člověk v současném světě: než začneme studovat sociální práci*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2008. ISBN 978-80-86057-53-8. s.17.

Mezi osobnostní předpoklady u sociálního pracovníka patří být **inteligentní i zdatný po fyzické stránce**. Měl by pečovat i o svůj vzhled a celkově o sebe dbát, aby byl zdravý a dobře vypadal. Působí pak více důvěryhodným a příjemným dojmem vůči klientům. Inteligence souvisí i s neustálým vzděláváním se ve svém oboru. Dále by měl být sociální pracovník **sympatický** nejen po stránce vzhledové, ale právě i jeho chováním a vystupováním. Také to souvisí s jeho podáním jeho vysvětlení nebo názoru na určitou situaci, kterou s klientem řeší, zda jsou schopni dojít ke shodě a situaci vyřešit. Pracovník by měl být **diskrétní a důvěryhodný**, nejen proto, aby mu klient důvěřoval, cítil se bezpečně, ale i z důvodu jeho přístupu k práci, aby k ní přistupoval zodpovědně a ohleduplně k získaným informacím. Měl by se chovat přátelsky a otevřeně. Je jasné a přirozené, že s otevřeností a s ochotou pomoci druhému to jde lépe.⁸⁷

Dalším předpokladem také velmi důležitým jsou **komunikační dovednosti**, které pracovník využívá nejčastěji. Komunikace nám pracovníkům pomáhá v tom, abychom poznali, s jakým problémem za námi klient přišel a jak mu, jakožto sociální pracovníci, můžeme pomoci v jeho nepříznivé situaci. Jen samotná komunikace v podobě mluvení nestačí. Je důležité abychom se setkali osobně, neboť osobní setkání je vždy lepší. Jde především o fyzickou přítomnost. A opravdu klientovi naslouchat, soustředit se na to, co říká i na jeho mimiku a gestikulaci. Mnohdy stačí prosté naslouchání, neboť se klient potřebuje převážně vypovídat, důvody mohou být různé. Také to souvisí s empatií, umět dát najevo, že s člověkem soucítíme a správně reagujeme na jeho chování v dané situaci. Je velmi důležité umět správně zhodnotit to, co klient říká, abychom mu mohli vyjádřit podporu a navést jej správným směrem.⁸⁸

Dále by měl sociální pracovník umět **aktivně naslouchat** to jsem zde psala již v odstavci výše. Naslouchání se skládá z více částí, přesněji ze tří. První je umět rozpoznat mimiku a gestikulaci v rámci neverbální komunikace, ta nám toho může o klientovi hodně prozradit. Zatímco klient si může poupravit pravdu, neverbální komunikace se maskuje podstatně hůře. Pokud jsme v pozorování mimiky zběhlejší, můžeme rozpoznat, kdy nám klient neříká tak úplně pravdu. V druhé řadě sem patří teda chápání toho, co nám ten klient o sobě říká, abychom se v jeho sdělení neztratili. A třetí částí je pozorování klienta i v jeho přirozeném prostředí, zda se chová stejně nebo má různé „tváře“. Všechny tyto tři body jsou dozajista závislé na fyzické přítomnosti sociálního pracovníka. Zatímco pokud mluvíme s klientem telefonicky může nám ledacos

⁸⁷ Srov. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*, s. 52-53.

⁸⁸ Srov. Tamtéž, s. 53

uniknout, ve fyzické přítomnosti můžeme mnohé vyzorovat již při první schůzce s klientem.⁸⁹

Dalším předpokladem je **empatie**, tu jsem zde již také výše zmiňovala, neboť souvisí jak se samotným nasloucháním, tak s celkovým chápáním klientovo situace včetně toho, jak na danou situaci reaguje. Pracovník by měl umět projevit svou empatii, aby klient pocíťoval, že na nepříznivou životní situaci není sám. Pokud ji pracovník neumí projevit, může klienta špatně pochopit, nebo ho dokonce nesprávně nasměrovat k řešení jeho situace. Empatie je v podstatě propojení všeho, co zde bylo již zmíněné. Jde o fyzickou přítomnost, o schopnost naslouchání, porozumění chápání klientova světa. Podle C.R. Rogerse je empatie vcítění se do klientovo situace takovým způsobem, že máme pocit, že v té jeho situaci jsme spolu s ním. Můžeme pochopit to, co prožívá klient od zmatku, přes smutek, ale i další pocity. Existuje i vyšší empatie to znamená, že pracovník již situaci klienta pochopil, přesto že klient stále ne. To je důležité z pohledu doposud neobjevených pocitů klientem, přesto si na to klient musí přijít sám, my jej můžeme jen popostrčit správným směrem a pomoci mu získat prostředky pro dosažení řešení situace.⁹⁰

4.2 Sociální pracovník a jeho dovednosti a kompetence

Profese sociálního pracovníka je náročné povolání, neboť se neustále pohybuje v krizových či problémových situacích, které musí být schopen řešit. Zároveň se sociální pracovník věnuje mnoho společenskovedním oborům, ve kterých se opět musí umět pohybovat. Myslím tím znalosti od psychologie, přes sociologii až po filozofii s etikou. Studium je komplexně zaměřené, jelikož s tím vším se pracovník potká a měl by na to být připraven i co se týče vědomostí, aby mohl adekvátně reagovat a uměl klienta nasměrovat správným směrem k řešení jeho nepříznivé životní situace.

Jak jsem psala výše sociální pracovník má tedy komplexní znalosti z různých oborů, které mu mohou pomoci plnit pracovní kompetence. Jedno z nejdůležitějších je propojení teorie a praxe. Měl by umět správně využít poznatky, které se naučil teoreticky, včetně zapojení kritického myšlení nad konkrétním problémem, aby jej správně vyhodnotil a nabídl klientovi adekvátní pomoc. Sociální pracovník by měl tedy zhodnotit využití všech svých znalostí a umět pracovat s různorodými cílovými skupinami i s vysokou škálou problémů. Rozlišovat mnohotvárnost potřeb klientů, ke každému přistupovat individuálně a využitím potřebných znalostí pro danou oblast klientely. Pokud to lze, být

⁸⁹ Srov. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*, s. 54.

⁹⁰ Srov. Tamtéž, s. 54.

připraven na více způsobů řešení, tak aby si klient z toho mohl vybrat řešení, které je podle něho nejvíce vyhovující s ohledem na jeho možnosti, prostředky i jeho schopnosti. Je třeba také jednat s ohledem na klientovy silné i slabé stránky. Podpořit jej tak, abychom řešení nedělali za něho, ale spíše klienta jen směřovali ke správným prostředkům. Sociální pracovník má povinnost postupovat v řešení problému a celkovému porozumění dané situace ve shodě s etickými principy svého oboru, včetně profesionálního přístupu. Také je velmi důležité dbát o to, aby sociální pracovník nezneužíval pracovní pravomoc nad klientovou situací. Aby správně porozuměl vztahu mezi klientem a společností, o pochopení jeho sociálního fungování. Dále by měl být schopen řešit organizační záležitosti od samotné struktury pracoviště, umět klienta nasměřovat dále v síti sociálních služeb, umět nastolit pracovní změny či umět své znalosti šířit dále nejen svým pracovníkům v rámci případné supervize, ale i veřejnosti.⁹¹

Každá pracovní povinnost, kterou sociální pracovník má s sebou nese i potřebné znalosti a dovednosti, které pracovník musí znát, a především umět používat opakovaně v praxi. Sociální pracovník by měl být schopen se neustále zdokonalovat nejen ve svých komunikačních schopnostech, ale ve všech znalostech. Sociální pracovník má na starost poskytování dané služby a zároveň zasahování do řešení konkrétních případů to sebou nese fakt, že se musí vyznat v různých přístupech a metodách, které může potřebovat při poskytování dané služby.⁹²

4.3 Náplň práce sociálního pracovníka v hospicové péči

Sociální pracovník se v hospici dostává do kontaktu nejen s klientem, ale i s jeho rodinou, která by měla být klientovi oporou. Proto se zaměřím na jednotlivé cílové skupiny, se kterými sociální pracovník pracuje.

Podle Sedlářové by pracovníci v hospicové péči měli spolupracovat s rodinami umírajících. Umírající mají různé potřeby, na které v hospici reaguje specializovaný tým to znamená multidisciplinární, který se snaží o komplexní péči o klienty. Tým se skládá z profesionálů s tím, že každý se zaměřuje na svou oblast a tím tvoří ten celek. Sociální pracovník má v tomto týmu neodmyslitelnou roli, neboť roli zastává hned několik, a to ku prospěchu celého týmu. Sociální pracovník je **zprostředkovatelem** mezi klientem a jeho rodinou, také poskytuje všem, jak pracovníkům, tak i rodinám základní informace na bázi poradenství, a také spolupracuje s jinými zařízeními či službami. Další důležitou rolí je samotné **zastupování** klientů včetně jejich rodin s potřebnými úřady.

⁹¹ Srov. MATOUŠEK, Oldřich, a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s.15.

⁹² Srov. Tamtéž, s.16.

Sociální pracovník vyřizuje administrativu klientů, včetně zažádání o příspěvek na péči apod. Další rolí je také **doprovázení** nejen umírajících klientů, ale i jejich rodin. Rodiny provází i po smrti jejich člena rodiny, pokud o pomoc zažádají.⁹³

4.3.1 Sociální práce s umírajícími

Sociální pracovník je většinou tím zcela prvním zprostředkovatelem, který s budoucím klientem či jeho rodinou jedná a představuje mu hospic a hospicovou péči. Pracovník nejen že má na starosti žádosti o přijetí pacienta do zařízení, ale i vede rozhovory s klientem či jeho rodinou ohledně péče nebo poskytnutí veškerých informací spojené se zdravotně-sociální službou hospic, tak se stává jakýmsi rádcem, pomocníkem a oporou během pobytu klienta v zařízení.⁹⁴ Sociálního pracovníka nelze při práci s umírajícím nahradit, neboť má svou důležitou roli. Tím, že se při svém studiu zaměřuje na více oborů, má tedy mezioborovou propojenost a lépe se mu pracuje s lidmi, neboť nejen, že ví, jak s umírajícím komunikovat, vcítit se do něj, tak zároveň do jisté míry chápe, čím si v terminální fázi prochází. Pracovník pomáhá pacientovi urovnat případné problémové vztahy s jeho rodinou. Pracovník pomáhá oběma stranám se s danou situací co nejlépe vypořádat, aby to neublížilo ani jedné straně.⁹⁵ Cílem je poskytnutí přiměřené péče a podpory, které pramení nejen z empatického, ale i nehodnotícího pohledu sociálního pracovníka. Umírající prochází krizí spojenou se ztrátou smyslu života a hledáním důvodů proč to zcela nevzdat.⁹⁶

Nejčastěji sociální pracovník v hospicové péči řeší žádání o příspěvek na péči, ověření podpisů, přebírání důchodů, vyplácení nemocenských dávek, hotovost pacienta, různé dluhy a půjčky pacienta, neplatnost občanských průkazů, zařízení notáře, sepsání závěti, pomáhá s vyřizováním plné moci spolu s rodinou a další.⁹⁷ Klient prochází fázemi vyrovnávání se s umíráním a komunikace s ním se v dané fázi musí vždy přizpůsobit jeho stavu. Nicméně platí obecně platné body komunikace podle, kterých by se mělo postupovat. Vždy by mělo být jasné, co chce pracovník pacientovi informací sdělit. Jasná a smysluplná konverzace, přizpůsobená lidem, kteří se v dané situaci ne vždy orientují. Zároveň by se pracovníci měli do jisté míry přizpůsobit v tom, co chce pacient slyšet,

⁹³ Srov. TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4, s. 57.

⁹⁴ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*, s. 11-12.

⁹⁵ Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s.101.

⁹⁶ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*, s.12.

⁹⁷ Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 101

co je pro něj klíčové, aby všemu porozuměl správně a také aby pacienta zbytečně nerozrušovali. V komunikačních schopnostech je dobré se neustále vzdělávat, především pak v komunikaci s lidmi, kteří umírají a s jejich rodinnými příslušníky.⁹⁸

Podle Fisherové by odborní pracovníci v hospicové péči měli ovládat tři komunikační schopnosti. První ze schopností je umět správně diagnostikovat a posuzovat situaci, ve které se pacient nachází. Dále by pracovník měl umět správně a zejména tedy na profesionální úrovni reagovat na klientovy pocity, potřeby i přání. Pacient by měl pracovníkovi důvěřovat, aby se o něm mohl dozvědět bližší informace o jeho psychickém i fyzickém stavu. A v neposlední řadě by měl být pracovník dobře informovaný svým týmem o pacientovi, aby nikomu z nich neunikl žádný pacientův postoj a měl komplexní přehled o něm.⁹⁹

4.3.1.1 Přijetí pacienta do zařízení hospic

Sociální pracovník vyřizuje žádosti od budoucích klientů hospice, aby splňovali veškeré podmínky přijetí. Přijetí pacienta do hospice je závislé na vyplnění žádosti nejen rodinou, ale i ošetřujícím lékařem, který popíše pacientovu diagnózu, včetně doporučení pro dané zařízení. Součástí žádosti je níže zmíněný svobodný informovaný souhlas. Pacient do hospicového zařízení vstupuje zcela dobrovolně, bez nátlaku a o všem je předem informovaný. Pacient náležitě splňuje podmínky pro přijetí do hospicového zařízení, když:

1. Nemoc ohrožuje pacienta na životě.
2. Je nutná paliativní léčba – časté bolesti, další nepříjemné symptomy.
3. Léčba u pacienta byla ukončená.
4. Domácí péče není dostatečná či není možná.¹⁰⁰

K bodu jedna do hospiců se přijímají převážně onkologicky nemocní, pacienti s infekčním onemocněním AIDS; pacienti, kteří mají onemocnění nervové soustavy, u nichž postupně dochází k ochrnutí těla; a pacienti v terminální fázi svého chronického onemocnění (ledvin, plic, srdce a jater).¹⁰¹

⁹⁸ Srov. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*, s.154-155.

⁹⁹ Srov. Tamtéž, s.155.

¹⁰⁰ Srov. Hospicpt.cz [online] Postup při přijetí [cit 22-03-18] Dostupné na WWW: <https://www.hospicpt.cz/prachatice/postup-pro-prijeti>.

¹⁰¹ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 41.

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je důležitou součástí péče o klienta, neboť tím pacient stvrzuje, že na danou péči (v nemocnicích léčbu) přistupuje zcela dobrovolně. Potvrzuje tím, že byl o všem informovaný a všemu zároveň rozumí. Skládá se ze tří bodů, které musí obsahovat, aby byl platný. Všechny tři body jsou vzájemně propojené. Jedno souvisí s druhým. Pacient by měl být zasvěcen do své situace tak, aby jí rozuměl a na základě své svobodné vůle se rozhodl, zda informovaný souhlas podepíše, či nikoliv. Pacient by neměl být ovlivněn nikým dalším, ani členem rodiny. Nicméně každého z nás více, či méně okolí ovlivňuje. Nikdo z nás není při svém rozhodování absolutně svobodný. Pokud je pacient v bezvědomí, jednají pracovníci v nejlepším zájmu pacienta. Tento případ se týká především nemocnic, nikoliv hospice.¹⁰²

Nejčastěji je informovaný souhlas v písemné formě, jelikož při ústním či konkludentním souhlasu (tj. na základě určujících pohybů, protože pacient nedokáže mluvit) může docházet k vyvrácení souhlasu. Písemný je tedy doložen v dokumentaci, stvrzen vlastnoručním podpisem - po právní stránce správně, tím je zařízení/organizace chráněno před případným zpochybňováním. Písemný informovaný souhlas je podepsán až na základě kvalifikované a jasně podané informace.¹⁰³ Informovaný souhlas obsahuje tedy poučení nemocné osoby.

Informovaným souhlas je velmi úzce spjat i s dříve vysloveným přáním, které bylo vyřčeno pacientem již dříve. Toto přání obsahuje především, co pacient nechce do budoucna pro svůj život, tedy většinou umělé udržování při životě, či jiné techniky pro záchranu života. Předem vyslovené přání musí být sepsáno písemně i s doložením lékaře, že proběhlo poučení pacienta, obě strany tuto dokumentaci musí podepsat a podpis musí být úředně ověřený.¹⁰⁴

4.3.2 Sociální práce s rodinou umírajícího

Sociální pracovník tedy jedná jak se samotným klientem, tak i s jeho rodinou. Rodina je mnohdy vyčerpaná, plná beznaděje a zoufalá, částečně i z toho, že neví, jak to celé bude probíhat dál. Sociální pracovník je pro ně oporou, ale i rádcem, jak se chovat a jak mluvit s umírajícím členem rodiny. Cílem je zajištění a odhalení, popřípadě pojmenování

¹⁰² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Informovaný souhlas: Proč a jak?* Praha: Galén, c2007. ISBN 978-807-2624-973, s. 25-26.

¹⁰³ Srov. Tamtéž, s. 27-29.

¹⁰⁴ Srov. KREJČÍKOVÁ, H., *Ukončení léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014 In PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0. s. 241.

pocitů i zamlčených témat včetně umírání a smrti“ a vnést do rodinných vztahů klid a smíření.¹⁰⁵

Rodina pacienta zastává roli doprovázejících. Je obecně známo, že rodina umírajícího mnohdy potřebuje pomoc více než samotný umírající. Sociální pracovníci v hospici proto pracují tedy, jak s umírajícími, tak s jejich rodinnými příslušníky, neboť to jsou právě oni, kdo musejí žít dále a čelit ztrátě blízkého člověka. Stejně jako umírající si i jeho rodina prochází fázemi vyrovnávání se s umíráním.¹⁰⁶ Stádia jsou velmi obdobná, též se mohou snažit zvrátit pravdu například hledáním jiného doktora, který jim nabídne nějakou léčbu, či naději na zvrát. Záleží především na postoji k celé záležitosti, ať již od samotného umírajícího, tak i od ostatních členů rodiny. Nesmírně důležitou roli hraje i vzájemný vztah mezi umírajícím a rodinnými příslušníky, toto všechno má na celou zátěžovou situaci vliv.¹⁰⁷

Sociální pracovník je pozorovatelem ve vztahu pacienta k jeho rodině, v případě potřeby může podat pomocnou ruku a správně je nasměrovat. Nejvíce záleží na samotné komunikaci mezi nimi. Návštěvy u některých pacientů a komunikace s nimi bývají někdy napjaté, místy vyhocené, přestože se v podstatě jedná převážně o nedorozumění. Rodina si mnohdy neuvědomuje, že se k umírajícímu chová nevhodně, a proto na to pacient reaguje pro ně přecitlivěle. Úkolem sociálního pracovníka je vnést do této situace klid a porozumění. Cílem je sblížení rodiny s jeho umírajícím členem, neboť by je jejich chování po jeho smrti mohlo dohnat k výčitkám svědomí v podobě toho, jak se k němu před jeho smrtí chovali.¹⁰⁸ Mnohdy se stane, že umírající a jeho rodina se nachází každý v jiné fázi vyrovnávání se s umíráním, a pak snadno dojde k vzájemným neshodám, kdy si obě strany vyčítají svůj postoj a reakce. Myšleno tak, že umírající je občas již ve fázi akceptace, ale rodina stále ještě hledá jiné „nadějnější“ řešení.

Nejen umírajícímu, ale i sociálnímu pracovníkovi práci ulehčuje spolupráce s rodinou, pokud je pacientovi oporou v těžké životní situaci, rodinní příslušníci jej dokáží ovlivňovat v jeho náladách a pocitech a tím, jak se k němu chovají. Proto, pokud vztah s rodinou funguje dobře, sociální pracovníci mají „méně práce“, neboť pacient se na návštěvy těší a čerpá z nich sílu.¹⁰⁹ Rodina umírajícího potřebuje tedy oporu, tuto roli zastupuje jak sociální pracovník, tak i ošetřovatelé a prakticky celý tým daného

¹⁰⁵ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s.12.

¹⁰⁶ Srov. Tamtéž, s.64.

¹⁰⁷ Srov. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, s. 187.

¹⁰⁸ Srov. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*, s.492-493.

¹⁰⁹ Srov. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, s.174-175.

zařízení. Rodina by měla mít potřebné, a hlavně tedy pravdivé informace, od pracovníků daného zařízení ohledně zdravotního stavu a celkovém průběhu nemoci jejich umírajícího člena rodiny, aby se podle času, který umírajícímu zbývá mohla zařídit.¹¹⁰

Pokud je v hospici hospitalizován živitel rodiny, nebo se o umírajícího živitele stará domácí hospicová péče a dojíždí k rodině domů, může dojít k dalším komplikacím v rodině jako takové, např. k finančním, nebo ve výchově nezletilých dětí. I v takovém případě se může rodina obrátit na sociálního pracovníka a ten je schopen jim zprostředkovat pomoc od odborníků. Sociální pracovníci mohou například pomoci se žádostmi o sociální dávky, na které má rodina či umírající nárok.¹¹¹

S rodinou jsou potřeba vyřešit i záležitosti týkající se oblečení do rakve, či přání ohledně pohřbu. Je tedy potřeba, aby sociální pracovník byl ve spojení s potřebnými úředníky, či úředními orgány, pro vyřízení výše zmíněných potřeb.¹¹² S rodinou bývá někdy obtížnější komunikace, když pracovníci z přímé péče vyžadují po rodině oblečení pro klienta, ve kterém jej chtějí pohřbit. Rodinní příslušníci bývají někdy odtažitější a nechtějí toto téma řešit, dokud je jejich člen rodiny ještě naživu. Nicméně pracovníci potřebují oblečení pro budoucího zemřelého včas, aby až k úmrtí dojde, mohli jej ve správný okamžik obléci. Sociální pracovník tedy musí odhadnout, kdy a jakou formou toto s rodinou řešit. S některými bývá komunikace jednodušší, s některými složitější, s těmi se domluví pracovníci na tom, že až se pacient zhorší, přivezou oblečení, ve kterém chce být buď pacient pohřben nebo jaké chce jeho rodina.¹¹³ Z praxe v prachatickém hospici vím, že to nemusí být černé oblečení ani slavnostní, bývá to cokoliv, co měl dotyčný rád, co rád nosil, nebo co si přejí pozůstalí.

4.3.3 Sociální práce s pozůstalými

První setkání s pozůstalými nastává při sdělování úmrtí pacienta. Sdělení této informace by mělo být s ohledem na pozůstalé velice šetrné a citlivé, to předpokládá vysokou míru komunikačních dovedností a empatie. Ne všichni rodinní příslušníci mohou být přítomni, když k tomu „poslednímu výdechu“ dojde. Od celého týmu nejen sociálního pracovníka se vyžaduje zachování profesionální roviny s ohledem na důstojnost všech přítomných. Ani pro jednu stranu to není lehká situace, proto je důležité toto sdělovat na příjemném místě nejlépe v místnosti, kde se mohou pozůstalí

¹¹⁰ Srov. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*, s. 349.

¹¹¹ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s.13.

¹¹² Srov. Tamtéž, s. 13.

¹¹³ Srov. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3. s.63.

posadit a nebýt nikým rušeni. Pracovník by neměl opomenout vyjádření upřímné soustrasti, je dobré takové sezení neuspěchat nepůsobí to profesionálně. Pozůstalí všechny informace potřebují náležitě zpracovat, mohou se chtít ještě zeptat na zemřelého, na jeho poslední chvíle, pokud s ním nebyli, následně se sociální pracovník zaměří na další kroky, které budou následovat. Sociální pracovník připraví potřebné doklady pro pozůstalé, aby mohli objednat pohřeb, matriku a oznámení na Správu sociálního zabezpečení zajišťuje též sociální pracovník, aby s tím neměli pozůstalí již žádné starosti a mohli se v klidu soustředit na své vyrovnávání se s se ztrátou blízkého.¹¹⁴

Podle Matouška jen asi jedné třetině pozůstalých nestačí jednorázová pomoc. Většinu stačí pomoc, kterou nabízí hospic a sociální pracovník v podobě rozhovoru, naslouchání či formou poradenství, co by měli po smrti blízké osoby udělat. Aby sociální pracovník objektivně zhodnotil situaci, co která rodina potřebuje, stačí mu, aby si odpověděl na několik jasně stanovených otázek, které se týkají ohrožení pozůstalých. Otázky typu, zda byl někdo z rodinných příslušníků příliš vázán na zemřelého, hlavně po citové stránce, zda je psychicky labilní, nevyrovnaný, zda pozůstalý působí ztraceně a neví si rady, co dál má dělat, zda cítí vinu ať již z jakéhokoliv důvodu, nebo také pokud je pozůstalý mentálně zaostalý a nemá se o něho kdo postarat. Též pokud někdo z pozůstalých hovoří o ztrátě smyslu života, mohlo by jít o sklony k sebevraždě. Pomocí otázek takového typu si může sociální pracovník lehce domyslet, zda pozůstalí potřebují další pomoc. Někomu bude stačit jedna či dvě osobní schůzky aktivního povídání a naslouchání, jinému postačí několikrát si zatelefonovat a s někým si mohou dlouhodobě dopisovat, potřeby pozůstalých se různí.¹¹⁵

V některých hospicích, včetně prachatického, se pořádají vzpomínková setkání, kde se pravidelně scházejí pozůstalé rodiny s pracovníky hospice a vzpomínají formou vyprávění a rozhovorů na daného zemřelého. Cílem je tedy, jak zavzpomínat a oživit vzpomínky na zemřelého, tak ale i dohlédnout na pozůstalé, jak se vypořádávají s truchlením. Většinou se takové akce konají jednou či dvakrát ročně. Ne každá rodina se však těchto setkání chce účastnit, jedním z důvodů může být i obtížné vyrovnávání se se ztrátou blízkého. Vzpomínková setkání mají velmi dobrý vliv i na samotný tým hospice, neboť to tmelí kolektiv a utvrzuje ho v tom, že to, co dělají má smysl a že jsou vidět dobré výsledky.¹¹⁶ Dále se mohou pořádat různá sezení na bázi terapie

¹¹⁴ Srov. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*, s.79-80.

¹¹⁵ Srov. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*, s.206-207.

¹¹⁶ Srov. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*, s. 574-575.

či svépomocné skupiny, kde společně lidé sdílí bolest nad svou ztrátou. Není to pravidlem, ale pokud se rodina o umírajícího stará v rodinném prostředí a tráví s ním mnoho času nejen před koncem života, dochází ke smíření a celkovému rozloučení mnohem snáze, než když jej rodina chodí jen navštěvovat do zařízení. Nedostatek komunikace se pak může projevit například částečným nebo úplným odcizením, kdy se nemluví ani o pocitech, ani o umírání, natož o samotné smrti a jaké to bude po ni.¹¹⁷

Nárok na dávky pro pozůstalé:

- Pohřebné, které je jednorázové a vyplácí se jen v případě, pokud pohřeb zajišťuje osoba nezaopatřenému dítěti, či rodiči nezaopatřeného dítěte. Tato dávka se vyřizuje na Úřadu práce.
- Vdovský či vdovecký důchod, na který má nárok vdova či vdovec po splnění určitých podmínek.
- Sirotčí důchod, na ten má nárok nezaopatřené dítě, kterému zemře rodič (popřípadě osvojitel, nebo ten, kdo má dítě v péči nařízením soudem) a které buď stále studuje, nebo do dovršení 26.let jeho věku.¹¹⁸

4.3.4 Administrativa v sociální práci

Sociální pracovník je z velké části i administrativním pracovníkem, bohužel má o to méně prostoru a času na klienty a jejich rodiny. Není to ideální řešení, právě v hospicové péči, neboť mnohdy, právě ten čas schází. Zde se nedá nic uspěchat. Nicméně žádný sociální pracovník, ať dělá kdekoliv, se tomu tzv. papírování zkrátka nevyhne. Veškerá práce s klientem i péče o něj musí být doložena a zdokumentována a musí odpovídat standardům kvality sociálních služeb, které má každé zařízení dané a také právním předpisům dané zákony ČR. Sociální pracovník spolupracuje s jinými úředními orgány, a tedy mnohé řeší formou různých žádostí či vypisováním správných formulářů a podkladů. Krom jiného má sociální pracovník na starosti placení pobytu klientů v zařízení, což se může jevit jako v celku jednoduchá záležitost, nicméně, se pro některé klienty dostává do role „výběřčího peněz“ a klient s ním v jiných záležitostech nemusí chtít jednat.¹¹⁹

¹¹⁷ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*, s.14.

¹¹⁸ Srov. HUNEŠ R., PECHKOVÁ Š., ŠPECIÁN M.: *Věci předposlední a poslední*. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., 2021. ISBN 978-80-907960-0-3. s.58-59.

¹¹⁹ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*, s.15.

Sociální pracovník v hospici nejčastěji řeší žádost o příspěvek na péči dále, dále jen PNP. Tento příspěvek upravuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde je i podrobně popsán, kdo na PNP má nárok. Hlavním úkolem PNP je umožnění a zlepšení péče o nemocné. Jde o sociální dávku pro osoby, které z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby nebo zařízení. Pracovníci Úřadu práce po obdržení žádosti provedou sociální šetření u klienta doma nebo ve spolupráci právě se sociálním pracovníkem v určeném zařízení a na základě vyhodnocení základních životních potřeb, dále jen ZŽP (celkem jich je deset), které je žadatel schopen vykonávat svépomocí je po určitém procesu následně přiznán určitý stupeň PNP. Do ZŽP patří starání se o domácnost, mobilitu, schopnost se sám obléci či obout, orientace na čas a místo, jak dokáže pečovat o svou osobu (hygiena) včetně stravování a zdraví, do jaké míry je schopen komunikovat, zvládat své fyziologické potřeby a v neposlední řadě i další aktivity, které osoba ráda vykonává.¹²⁰

Stupně závislosti jsou od lehké závislosti I., přes středně těžkou II., k těžké závislosti III., až po úplnou závislost IV. Výše příspěvku se odlišuje u osob do 18 let je jiná, než u osob starších 18 let. V rámci mé práce se zaměřím jen na výše PNP u osob starších 18 let.

- I. stupeň (lehká závislost) 880 Kč
- II. stupeň (středně těžká závislost) 4 400 Kč
- III. stupeň (těžká závislost) 12 800 Kč (v zařízení 8 800 Kč)
- IV. stupeň (úplná závislost) 19 200 Kč (v zařízení 13 200 Kč)¹²¹

4.3.5 Sociální práce s dobrovolníky

Zmiňuji to zde, neboť ve většině hospicových zařízeních má právě sociální pracovník na starosti dobrovolníky. Dobrovolník má smlouvu o vykonávání dobrovolné činnosti, kde jsou, jak jeho práva a povinnosti, tak i práva a povinnosti zaměstnavatele.¹²²

V rámci hospice se multidisciplinární tým snaží zajistit komplexní péči pacientům a jejich rodinám a v mnoha ohledech lze považovat dobrovolníka za skutečného člena týmu. Dobrovolníci poskytují bohatší rozměr celkového systému podpory a péče

¹²⁰ Srov. KAHOUN, Vilém. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-733-0. s. 359.

¹²¹ Srov. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 31.3.2006. Hlava II., Výše příspěvku. Dostupné na: [<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast2>], [cit. 2022-03-17].

¹²² Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 14.

jak pacientovi, tak jeho rodině a pomáhají jim zlepšit kvalitu jejich života. Dobrovolníci mohou kromě hospiců působit samozřejmě v nemocnicích a různých pečovatelských a jiných zařízeních. V mnoha případech slouží sociální pracovník jako zprostředkovatel, aby zajistil, že pomoc poskytovaná jednotlivými dobrovolníky bude adekvátní a bude odpovídat potřebám pacienta a zároveň schopnostem každého dobrovolníka. Sociální pracovník dokáže odhadnout jednotlivé dobrovolníky, jejich schopnosti a možnosti (i na základě vyplněného dotazníku a zároveň jim dává podepsat i mlčenlivost) a přiřadí jim práci, která bude pro ně nejlepší, příkladně mohou trávit čas s pacientem ať už čtením, nebo povídáním si, popřípadě ho mohou doprovodit do parku či zahrady, ale mohou vykonávat i různé pochůzky právě pro klienta. To záleží na daném zařízení, co je kde potřeba udělat či zařídit. Dost často si až do samotného závěru života pacienta udržují dobrovolníci s pacientem a jeho rodinou jedinečný vztah. Sociální pracovníci jsou pro dobrovolníky poskytovateli trvalé podpory a dalšího vzdělávání nejen v objasňování rolí, ale i hranic dané služby. Nicméně se i s dobrovolnictvím v hospici pojí i jistá etická dilemata. Podle jedné studie amerických autorek Patricia Berry & Sally Planalp se dilemata týkají například přijímání darů od rodiny, či samotného pacienta, péče o pacienta či rodinné příslušníky, překračují určité hranice, ale i například přáním urychlením umírání. Pokud si dobrovolník není jistý svými kompetencemi nebo cítí nejistotu měl by řešit případný problém se sociálním pracovníkem, který mu pomůže nastalou situaci v klidu zvládnout. Zároveň se tou konkrétní situací vzdělává.¹²³

4.3.6 Sociální práce ve spolupráci s multidisciplinárním týmem

Sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu a má tedy povinnost být součástí jednotlivých pracovních porad, které se zpravidla konají každý den či týden, to záleží na daném hospici, a předmětem jednání jsou pacienti hospice. Každá profese v rámci týmu přináší na danou situaci svůj odborný pohled. Cílem těchto porad je se co nejlépe starat o pacienty, jejich potřeby a koordinovat práci týmu. Sociální pracovník vnáší do týmu důležitý pohled ze strany svých znalostí, zejména prostředí a rodiny pacienta, se kterou bývá v kontaktu a více s ní spolupracuje. Nutno podotknout, že v jiných zařízeních se na připomínky rodiny a příbuzných většinou tolik neohlíží.¹²⁴

¹²³ Srov. WALTERS, Wendy, WATTS, E. Dennis. *Social Work and Volunteers*. In ALTILIO, Terry a Shirley OTIS-GREEN, ed. *Oxford textbook of palliative social work*. Oxford New York: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-973911-0, s. 509-510.

¹²⁴ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 15, 51.

Vždy je potřeba, aby pracovníci v hospici využívali své dovednosti k citlivému jednání s pacienty a jejich rodinami.

Multidisciplinární tým se snaží fungovat jako integrovaný celek, aby zajistil, co nejlepší péči pro pacienta a jeho rodinu, což je jejich prvořadým cílem. Týmy paliativní péče, pokud fungují, jak mají, vyznačují se sebeuvědoměním, soudržností a sdíleným rozhodováním, důvěrou, respektem, odpovědností, vzájemnou podporou, péčí o sebe samu, pozitivním pracovním prostředím, uznáním z dobře odvedené práce, udržením si pozornosti při práci a celkovou spokojeností nejen pracovníků s jejich prací, ale i spokojeností jejich pacientů. Pokud jsou týmy dobře synchronizované pracují společně na jasně vytyčených cílech, strategiích, úkolech, odpovědnosti a komunikaci v rámci daného týmu. Aneb stále vede vzájemná spolupráce a vylepšování celkových kvalit služby.¹²⁵

¹²⁵ Srov. STARK, Doretta. *Teamwork in Palliative Care: An Integrative Approach*. In ALTILIO, Terry a Shirley OTIS-GREEN, ed. *Oxford textbook of palliative social work*, s.415-416.

5. Etický pohled na umírání a smrt

Tato závěrečná kapitola se zaměřuje na etickou část, zejména tedy v první části na etiku umírání a smrti. V druhé části této kapitoly se zaměřuji na etické otázky, které jsou ve spojitosti právě s umíráním a smrtí celkem běžné.

5.1 Etika umírání a smrti

Umírání a smrt je něco čemu se člověk, tedy lidská bytost, bohužel nevyhne. Mělo by tedy být v našem zájmu se na tuto skutečnost, pokud možno připravit. V tomto kontextu se více zmiňuje proces umírání než smrt samotná, neboť smrt je do jisté míry abstraktním pojmem a oznámení něčí smrti, pokud v tom nejsme emocionálně zainteresovaní, je pro nás více méně informací. Smrt ve svém blízkém okolí zažila podstatná část obyvatelstva, přinejmenším ztratili někoho blízkého. Ne každý byl však umírání a smrti někoho blízkého přímým svědkem, právě proto že smrt byla a je dost často odsunuta do různých zařízení, jak jsem se již zmiňovala v kapitolách výše, natož aby někoho sám doprovázel a zažil poslední chvíle s milovanou osobou.

Otázky ohledně umírání a smrti řeší mnoho filozofů, příkladem Platón, jež v rámci svého díla ve formě rozhovoru s Faidónem tvrdí, že při samotné smrti dochází k oddělení duše od těla, končí jen tělesnost člověka, neboť existence člověka se skládá nejen z těla, ale i ducha a duše.¹²⁶

Smrt přináší konec veškerých našich vztahů, ať dobrých či špatných. Vzhledem k tomu, že je člověk sociální bytostí a vztahy dávají smysl jeho existenci snaží se převážná většina lidí před koncem svého života všechny své vztahové záležitosti urovnat. Přestože umírající zemře, jeho vztahy nebo spíše vazby s jeho nejbližšími zůstanou živé v jejich vzpomínkách na zemřelého.¹²⁷ Z pohledu filozofického je péče o umírající zaměřena především na již zmíněné vztahy. Přesněji tedy na vztahy umírajícího s jeho nejbližšími, ale i na vztahy s pracovníky daného zařízení. Vždy záleží, na čem jsou dané vztahy založeny, může to být na důvěře, na vzájemné pomoci, na přátelství, ale třeba i na využívání, či spíše zneužívání atd. Vztahy mají jinou hodnotu pro umírajícího a jinou pro zdravého člověka, neboť umírající člověk do svých vztahů promítá, vše od své minulosti až po současný stav, který je spojen s přemýšlením o smyslu života, utrpení i smrti. Zároveň ve vztahu řeší i pohledy ostatních na téma umírání

¹²⁶ Srov. HUBER, Wolfgang. *Etika: základní otázky života*. Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0. s.227.

¹²⁷ Srov. Tamtéž, s.227.

a smrti.¹²⁸ Při umírání umírající opouští nejen své milované, ale také vše, co mu bylo blízké včetně majetku a svých zájmů.

Jak nejlépe zajistit ošetrovatelskou péči pro umírající? Je důležité, aby i samotná péče měla svůj řád a spolehlivé ohleduplné lidi. Můžeme se na etiku pečování zaměřit z několika hledisek, které se vzájemně doplňují a prolínají, nelze je od sebe oddělovat, neboť by péče ztratila kontinuitu a komplexnost. První z nich je zaměřená na fyzické úkony pečujícího personálu, jež vedou k uspokojování převážně fyzických potřeb pacientů, včetně zvládnutí bolesti a utrpení. Druhým hlediskem je empatie, vcítění se do druhých osob. Nejen, že by se v rámci péče měli pracovníci zaměřit na samotný úkon, ale měli by i vnímat a umět posoudit v rámci komunikace s pacientem v jakém je stavu a jak k němu tudíž přistupovat.¹²⁹

Etika v rámci ošetrovatelské a zdravotní péče o těžce nemocného nebo umírajícího pacienta je komplikovaná hlavně pokud pacient trpí velkými bolestmi, na jejichž tlumení mají pacienti samozřejmě nárok, přinejmenším, aby bolest byla snesitelná. Nejen v hospici to může vézt až k nepřímé pomoci při úmrtí, neboť může jít i o vedlejší účinek léku, který na úkor snížení bolesti pomáhá i k uspíšení smrti. Hranice je velmi tenká a každý jedinec na bolest a její tlumení reaguje jinak. Pacient by měl být o léku i o jeho vedlejších účincích vyrozuměn, informace mu nesmí být zamlčovány. Pojí se s tím riziko právě spojené s vedlejšími účinky. Ohledně péče existuje tzv. „Dříve vyslovené přání“, které obsahuje, jak se má pečující personál zachovat v některých kritických situacích pro případ, že umírající již není ve stavu, že by ho mohl informovat a sám o tom rozhodnout. Pacient může mít pro tento případ i určenou osobu, která je za něj pověřena rozhodovat. Tím se dbá na sebeurčení každého těžce nemocného či umírajícího.¹³⁰

Jeden z problémů umírání a smrti v dnešní společnosti je ten, že se z umírajícího stal pouze případ v nemocnici, většinou bez empatického přístupu přetíženého personálu. Na umírajícího se pohlíží zejména z profesionálního hlediska. Zatímco v minulosti bylo na umírajícího nahlíženo více z lidského pohledu, byl stále členem rodiny a měl její pozornost. Kdežto v dnešní době je dost často zájmem medicíny léčit nemocného do posledního okamžiku, i když, je to pro pacienta již beznadějně, a přitom velmi náročné a stresující.¹³¹

¹²⁸ OPATRŇÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*, s.48-49.

¹²⁹ Srov. HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9. s.55.

¹³⁰ Srov. HUBER, Wolfgang. *Etika: základní otázky života*, s.232-233.

¹³¹ Srov. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*, s.72.

5.2 Etické otázky na konci života

V této části se, jak určil nadpis, zabývám některými otázkami, které jsou spojené s umíráním a smrtí. Přesněji se zaměřuji na tři hlavní oblasti od zdařilosti života, přes lidskou důstojnost až po doprovázení umírajících.

5.2.1 Otázky ohledně zdařilosti života

V celku prostá otázka, na kterou si, ale každý z nás odpoví na smrtelné posteli nejspíše jinak. Zdařilost života se odráží podle Platóna ve čtyřech ctnostech a tedy: spravedlnosti, moudrosti, rozvahy a odvahy. Otázku o zdařilosti života si většinou pokládají osoby až na sklonku svého života, kdy mají více prostoru a času ohlédnout se zpátky a začínají více, či méně, svůj dosavadní život hodnotit a bilancovat. Pravděpodobně nejvíce se zaobírají svými vztahy, ať již se svými blízkými nebo obecně s lidmi, které za život potkali. Často mají pocit, že jim život utekl ani neví jak, že jim tak nějak proklouzl mezi prsty a najednou stojí na konci a neví, zda je ještě něco čeká, zda se mají na co těšit. Hodnocení života zpětně se nejspíše nevyhne nikdo z nás. Vždy budeme život posuzovat na bázi toho, co jsme všechno stihli, mohli stihnout nebo udělat, co jsme ve světě dokázali. Život zejména hodnotíme podle vztahů, ať už dobrých či těch špatných. Přemýšlíme, v jakém vztahu jsme udělali chybu, zda to šlo vyřešit lépe či jsme to vyřešili, jak nejlépe jsme mohli. Začínáme si uvědomovat, že nám dochází čas a nejsme si jistí, zda je možné alespoň některé věci ještě napravit, vyřešit, abychom odešli klidní a smíření ať již sami se sebou nebo s okolím. Lidé také často hledají znovu smysl života, něco, na co se mohou těšit, z čeho mohou mít radost.

Spolu s tím vyvstává tedy otázka, kdy je člověk tedy šťastný? Podle Josefa Piepera jen, když má člověk vše, co chce. Nicméně toto je dost sporné, neboť lidé dost často neví, co chtějí. Pokud dosáhnou něčeho, co chtěli, objeví se vzápětí něco dalšího a takto to jde neustále dokola. Je to, jak bychom řekli „začarovaný kruh“. ¹³² Je zde tolik myšlenek, které se s touto otázkou pojí, ale reálně k zamyšlení je, jak bychom se k této otázce měli postavit jako pracovníci v zařízení. Jak jsem psala o odstavce výše každý bychom si na tuto otázku odpověděli jinak, a tedy zhodnotit ji objektivně nelze. Nicméně se pokusím nastínit jakési měřítko toho, co lidé zkoumají, co je v tomto ohledu zajímavé. Z mé praxe vím, že tuto otázku si v hospici pokládá překvapivě mnoho lidí, ačkoliv ji mohou formulovat různě, ve výsledku jde vždy o totéž.

¹³² Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s.124-125.

Zdařilý život se odvozuje od dobrých, ale i od špatných skutků a situací prožitých v životě. Slovní spojení zdařilý život vzešel od Aristotela, který jej prezentuje také jako eudaimonia. Cílem lidských bytostí v životě je tedy dosáhnout štěstí a mít jej jako nejvyšší hodnotu. Tedy štěstí, nebo také blaženost může existovat sama o sobě a my ji dosahujeme našimi činy, chováním k druhým lidem, ale i tím, jak se chováme sami k sobě. Jak dospělému člověku, tak i dítěti se blaženost jeví jinak a každý jedinec ji dosáhne jiným způsobem, každého totiž potěší něco jiného. Lidské bytosti směřují k pocitu štěstí vším, co vykonávají. Dosažení štěstí je často náročné a stojí to úsilí a práci. Práci myslím jak tu, která nám poskytuje obživu, tak ale především tu práci člověka na sobě samém a na jeho vztazích k ostatním lidem. Každý si pod blažeností, dosažením šťastného života představí něco jiného, jedni založení rodiny, druzí svůj život zasvětili vědě apod. Aristoteles popisuje ve své knize, abychom se vyvarovali hledání štěstí, potažmo blaženosti, v samotné hře, nejen proto, že hra nás nedokáže dovést k trvalému štěstí, ale i proto, že by bylo podivné, abychom všechno špatné i pracné snášeli jen pro pouhou hru, která má navíc sloužit jako odpočinek od práce, nikoliv být hlavním cílem celého zdařilého života. Pro Aristotela je blaženost nejvyšším možným dobrem pro lidskou bytost. Vychází tedy z propojenosti a vzájemné shody rozumu a samotné duše. K naplnění této propojenosti slouží právě samotné ctnosti, které nás vedou k čestnému jednání, a tudíž nás pohání ke konání dobra. Konáme dobro, abychom byli blaženi a náš život byl ctnostný, tedy zdařilý.¹³³

5.2.2 Otázky ohledně zachování lidské důstojnosti i při umírání

Lidská důstojnost je v Ústavě České republiky ukotvena v samotné Listině základních práv a svobod, která platí pro každou lidskou bytost bez výjimky. Důstojnost tedy nikdo nikomu nemůže upřít, protože je naší součástí.¹³⁴ Úcta k životu, bez ohledu na to, zda jsou lidé zdraví, nemocní, nebo dokonce nevléčitelně nemocní, potažmo umírající, je základem lidského bytí. Všichni jsme lidské bytosti, a proto jsme si všichni, co se týká lidské důstojnosti, lidských práv a svobod, rovni.¹³⁵ Křesťanský pohled na život je, že nám byl darován od Boha a je jen na nás, jak s ním naložíme. Především bychom si měli uvědomit právě to, že jsme Božími dětmi a jsme tedy rovnocennými bytostmi. Slovní spojení Boží děti přineslo křesťanství, které též vneslo světlo do vztahu

¹³³ Srov. ARISTOTELÉS. *Etika Nikomachova*. Páté nezměněné vydání. Praha: Rezek, 2021. ISBN 9-788086-027449. s. 235-236.

¹³⁴ Srov. Zákon 1/1993 Sb. *Ústavní zákoník České republiky* v platném znění k 25.3.2022. Preambule.

¹³⁵ HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*, s.79.

k samotnému člověku. Současný tolerantní svět se spíše zaměřuje na autonomii každého jedince, a také řeší více kvalitu života než samotný život.¹³⁶

V hospici, a nejen v něm, ale i celkově v blízkosti umírání a smrti je jen přirozené se ptát po lidské důstojnosti, protože k lidským bytostem patří od nepaměti, nemůžeme ji tedy člověku odeprít jen proto, že umírá. Takto to nefunguje. Důstojnost by měla být s člověkem spjata od narození po samotnou smrt. Přestože je toto tvrzení ukotveno v Ústavě České republiky, ptají se lidé v blízkosti smrti po otázce zachování důstojnosti. Ve spojitosti s umírajícím člověkem se řeší hlavně důstojné umírání, jak jsem již mnohokrát v této práci rozebírala. Co to vlastně znamená v reálném životě odejít ze života důstojně? Další a další otázky k zamyšlení. Zkusme přijít také na nějaké uspokojivé odpovědi. O důstojném umírání jsem se již zmiňovala v kapitole 2.4.

Pracovníci v hospici se podřizují etickým zásadám. Každý pracovník, který začíná pracovat v hospici vstupuje na pracoviště plně informován jak a k čemu hospic slouží. Nejedná se tedy o zařízení, kde se lidem záměrně zkracuje život, jde především o přirozený odchod ze života, o lásku k bližnímu, o doprovázení umírajícího na jeho poslední cestě, aby nebyl osamocen a měl s kým sdílet své pocity a případný strach a nejistotu. Vždy má právo na sebeurčení a pracovníci v hospici jej musí respektovat. Respektovat všechna přání a touhy, i pocity a názory. Zároveň je dbáno na důstojné umírání, bez bolesti, strachu a stresu, a také, aby do poslední chvíle byl život naplněn radostí a klidem, nikoliv negací a zlostí. V hospici pracovníci umožňují doprovázení i těm nejbližším z rodiny, umírající pacienti mají tedy zajištěnou kompletní péči a rodinný doprovod se tak může soustředit jen na komunikaci a sdílení posledních společných chvil se svým blízkým.¹³⁷

Především je důležité zmínit, že ačkoliv se slovní spojení důstojné umírání nejvíce používá ve spojitosti s urychlením umírání, či ve zkrácení lidského života, není toto hlavním cílem důstojného umírání. Důstojné umírání se používá právě ve spojitosti s péčí o umírající pacienty. Největší dopad na lidskou důstojnost má utrpení a bolest, nejen že samotné utrpení má vliv na ztrátu důstojnosti, ale jde to i obrátit a to, že ztráta lidské důstojnosti vyvolává utrpení.¹³⁸

¹³⁶ Srov. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-725-4329-6.s. 113-114.

¹³⁷ Srov. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. Jinočany: H & H Vyšehradská, 2006. ISBN 80-731-9059-1.s.129.

¹³⁸ Srov. ČÁP, Juraj, Marián PALENČÁR a Radka KURUCOVÁ. *Lidská důstojnost' v kontexte smrti a umierania*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, spol., 2016. ISBN 978-80-8063-448-3. s.86.

Pracovníci v hospici by měli vždy respektovat konečnost lidského bytí. Úcta, či respekt k umírajícímu klientovi je stavebním kamenem pro profesionální přístup a nezáleží na tom, zda je to v nemocnici či v jakémkoliv jiném zařízení. Vždy se jedná o komunikaci mezi pracovníky a klienty. A klientem je i umírající nebo nemocný jedinec. Je třeba si neustále připomínat, že pomáhající profese, včetně tedy sociální práce je pomoc těm, co to potřebují. Ať se jedná o pracovníka nebo nemocného, každý má jinou osobnost. Komunikace nemusí být vždy lehká, ale je třeba myslet na to, že my jsme ti pomáhající a musíme se i přizpůsobit našim klientům nejen v komunikaci, ale i v samotném přístupu k nim, abychom pomáhali tak, jak je to potřeba.¹³⁹

Odráží se to nejen v profesionálním přístupu pracovníků k lidem, ale především i v tom lidském přístupu. Lidský přístup zahrnuje i „zlaté pravidlo“, co nechceš, aby druhí činili tobě, nečiň ty jim. Jde o to respektovat, a především zachovávat důstojnost člověka i při umírání. Mluvím tady o pracovnících, ale toto se vztahuje i na rodiny pečující o umírajícího doma, neboť i oni by se ke svým blízkým měli chovat s úctou a s velkou dávkou tolerance.

5.2.3 Otázky ohledně doprovázení umírajících, i jejich rodin

Doprovázení je důležité v obou zúčastněných směrech, jak doprovázení umírajícího jeho rodinou, tak i doprovázení rodiny sociálním pracovníkem touto těžkou situací. Obě zúčastněné strany se nachází v nových rolích, zejména pak rodina umírajícího se nachází v roli doprovázejících. Tato nově získaná role je staví do situace, kdy brzy přijdou o někoho, kdo jim je blízký. Dotazy doprovodů jsou často zaměřené na způsob doprovázení, neboť mnohdy je toto pro ně něčím zcela novým a neví, jak se k tomu mají postavit. Tím, že se na toto ptají, dávají pracovníkům najevo, že se této nově získané role chtějí zhostit co nejlépe, aby to i jim samotným i jejich blízkému bylo příjemné.

Z etického pohledu doprovázení umírajícího souvisí s otázkou dobra a zla. Kdy zlo je zde v podobě doprovázejícího, který není s blížící se smrtí blízké osoby vyrovnáný, nepřijal terminální stav nemoci, nebo také lze říci, že je v jiné fázi vyrovnávání se s umíráním než sám umírající. Odlišnost fáze vyrovnávání se s umíráním je poměrně běžná, zatímco umírající se pomalu dostává do fáze akceptace, rodina stále hledá lékaře, aby provedl jiná šetření a dal jim naději na uzdravení. Toto jsem tu již psala, ale zde je to opět opodstatněné, neboť právě tato situace přináší komplikace v rámci komunikace

¹³⁹ Srov. GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ. *Etika zdravotní a sociální práce*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0, s.64-65.

mezi pacientem a jeho rodinou, do které nejčastěji vstupuje sociální pracovník, aby do vztahu vnesl nový pohled, včetně otevřenosti v komunikaci. Rodina tu chce pro umírajícího být, ale zároveň se ho straní a dochází k nedorozuměním. Sociální pracovník rodině pomůže, aby si k sobě opět našli cestu a poslední chvíle trávili s umírajícím v klidu a ve smíření, nikoliv v nepochopení.¹⁴⁰

Doprovázení našich umírajících blízkých na poslední cestě je důležité, neboť tím dáváme umírajícímu najevo, že nechceme, aby odcházel sám, že tu pro něj budeme do samotného konce, aby se smrti nebál, že s ním budeme jako podpora sdílet všechny jeho pocity, pokud se s námi o ně bude chtít podělit. Doprovázející může být každý, kdo tuto pomoc a podporu v umírání svému blízkému myslí upřímně a zároveň si je vědom toho, že umírání je součástí našich životů. Také by měl být připraven na změnu umírajícího, neboť i to je nevyhnutelné. Umírání člověka mění, i jeho fyzický zjev. Zároveň by se doprovázející měl připravit na to, že smrt bude prožívat a měl by být s tím srovnaný. Určitě by se do doprovázení neměl nikdo nutit, pokud se na to necítí, to by pak postrádalo logiku i smysl. Není sice nutné, ale pokud je doprovázející součástí skupiny, tvořící určitou síť lidí, je to vždy ku prospěchu, neboť si mohou sdělovat své pocity, zároveň se obohacovat o své zkušenosti a také se navzájem podporovat.¹⁴¹

Jak být na blízku lidem, kteří umírají? Toto je především o empatii, tedy vcítění se, uvědomení si pocitů umírajícího. Koho a co všechno umírající vlastně ztrácí? Umírající je postaven do nevratné situace a je proto zcela pochopitelné, že na vyvstalou situaci může někdy reagovat zmatečně, depresivně, či dokonce agresivně. Je důležité mu tento postoj nevyvracet a nesnažit se násilím měnit jeho názor na situaci. Tak jak se pacientovi postupně zhoršuje jeho zdravotní stav a nemoc postupuje, musí omezovat své aktivity a činnosti, které dříve běžně vykonával a postupně je i trvale upoután na lůžku, to sebou nese i zhoršující se psychický stav, přichází o všechno.¹⁴² Je velmi obtížné se s nastalou situací vyrovnat, a to platí nejen pro umírajícího, ale o pro doprovázející rodinu. Opět zde tedy zmíním fáze vyrovnávání se s umíráním podle Kübler-Rossové, kterými si postupně projdou obě strany, jak umírající, tak i jeho nejbližší rodina, popřípadě přátelé. V něčem lze rodinu nahradit, ale v něčem nikoliv. To, v čem lze rodinu nahradit, to může někdy v zařízení vykonávat síť dobrovolníků, kteří

¹⁴⁰ Srov. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, s.177, 187-188.

¹⁴¹ Srov. PERA, Heinrich a Bernd WEINERT. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-702-1152-0. s. 131-133.

¹⁴² Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 18.

mohou rodinu vystřídat u pacienta a pomoci tak rodině nabrat další potřebnou sílu na doprovázení.¹⁴³

Téma doprovázení je také spjato s pojmem solidarity, dobrovolná pomoc mezi lidmi navzájem. Nejčastěji se solidarita projevuje u lidí, kteří jsou ve skupině se stejným zaměřením. Solidarita existuje dvojího typu podle Bruce Jenningse. První typ představuje zastání se někoho či něčeho v jeho věci, mnohdy to může být i cizí člověk, ačkoliv v rámci přátelství se solidarita považuje za něco, co přátelství spoluutváří. Kladem tohoto typu solidarity je obhajování a následné hledání správných východisek pro skupiny, které jsou společností nějak ohrožené či jinak utlačované. Druhým typem solidarity je podle autora tzv. vystupování, které staví na základu vzájemnosti. Vyžaduje to hlubší zapojení se zkušeností a obeznámení s životním světem druhé osoby. Jde tedy o hlubší míru vzájemného poznání. Toto bližší poznání může mít tendenci dále zlidšťovat a personalizovat vztah a potenciální přínos se stává oboustranným. Ti, kteří stojí s ostatními, mohou najít své počáteční předsudky týkajících se ostatních, které se setkáním změnily. Solidarita může být touto formou sebe transformace zmařená, proto je důležité pro ty, co praktikují solidaritu se musí otevřít novým příležitostem, ale i rizikům. Podporuje to rozvíjení respektu k stanoviskům druhých lidí.¹⁴⁴

Tato transformace se objevuje v kontextu péče na konci života. Spočívá v dozívání se o svém blízkém i něco nového, někdy překvapivého, neboť spolu s umíráním přichází často i chuť svěřit se s dávným tajemstvím, nebo naopak je těžké sdílet choulostivá témata přesahující rámec běžné komunikace, která bývá i tak nastalou situací dost často narušená. Často si neříkají vše, neboť téma smrti a umírání je velmi těžké, a to pro obě zúčastněné strany. V hospici pracovníci pracují s tím, aby se rodiny sblížili a našli k sobě cestu i v rámci komunikace. Solidarita v hospici souvisí se vztahovou autonomií člověka, jde to ruku v ruce. Vzájemně se doplňují a podporují. Solidarita je zde základem vzájemné úcty a respektu a zároveň je zastáncem autonomie člověka. Jsme lidskými bytostmi, které jsou schopny vzájemné provázanosti s druhými lidmi a fungování ve společnosti. Solidarita nám umožňuje, že zde stojíme stejně jako lidské bytosti schopné fungující vzájemné závislosti v rámci komplexní sociální komunity, tak jako lidské bytosti s právy, potřebami a zranitelnostmi společnými všem lidským bytostem.

¹⁴³ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 23.

¹⁴⁴ Srov. JENNINGS, Bruce. *Solidarity Near the End of Life*. In DAVIS, John K. *Ethics at the End of Life: New Issues and Arguments*. 1. 711 Third Avenue, New York, NY 10017: Routledge, 2017. ISBN 978-1-138-82975-6. s. 222-223.

Jednou z takových zranitelností je úmrtnost, další utrpení. Jak výstižně vyjádřila Dame Cicely Saundersová, která popsala Hospic sv. Kryštofa v Londýně (Hospice of St. Christopher), solidarita a autonomie se nacházejí ve společném dávání lidí, kteří sdílejí cenu za to, že jsou zranitelní.¹⁴⁵

¹⁴⁵ Srov. JENNINGS, Bruce. Solidarity Near the End of Life. In DAVIS, John K. *Ethics at the End of Life: New Issues and Arguments*. 223-224.

Závěr

Má diplomová práce se skládá z pěti kapitol a je zaměřená na sociální práci v hospicové péči. Cílem práce bylo představit sociální práci s umírajícími lidmi a jejich rodinnými příslušníky v hospicové péči.

První kapitola se zabývá tématem umírání a smrti, kde jsem vyzdvihla to nejpodstatnější k dosažení části mého cíle. Z této kapitoly to jsou bezesporu fáze vyrovnávání se s umíráním podle Kübler-Rossové. Tento proces probíhá, jak u samotných umírajících, tak právě i u jejich rodinných příslušníků, na což se někdy v praxi zapomíná. Nejenom, že tedy člověk, který umírá a jeho stav se postupem času rapidně horší a přichází tím postupně o všechno, ale spolu s tím přichází jeho nejbližší o něj, ať už je pro ně rodičem, partnerem, dítětem nebo přítelem, ztráta je oboustranná. Fází vyrovnávání se s umíráním je celkem pět, není však pravidlem, v jakém přichází pořadí ani jak dlouho trvají, či zda každý jednotlivec projde všemi fázemi. Každý jsme jiný a každý také umírání prožíváme (budeme prožívat) jinak, ať už své vlastní, či někoho z našich blízkých. Na dokreslení této kapitoly jsem se rozhodla přidat i fáze péče o umírajícího, o kterých mi přijde, že se moc nemluví. Fáze jsou tedy tři: pre finem, in finem a post finem. V té první se člověk teprve dozvídá diagnózu a že se jeho život odteď změní, je to velmi náročné na psychiku každého jedince. Obzvlášť zde záleží na komunikaci, jak a kdy se člověku pravda o jeho zdravotním stavu sdělí. Od této skutečnosti se odvíjí další psychické rozpoložení člověka. In finem je prožívání vlastního umírání, s touto fází se tedy setkáváme v hospicových zařízeních, neboť jsou to lidé, kteří jsou již v terminálním stádiu nemoci. Post finem je péče o zemřelého, ale zároveň sem spadá i péče o pozůstalé.

Druhá kapitola se zaměřuje na tabuizované téma hospice jako takové, zde jsem chtěla lépe osvětlit, co to hospic přesně je a co garantuje svým pacientům. Tato kapitola rozebírá i paliativní péči, neboť ta je základem hospicové péče. Popisuji zde dvě formy hospicové péče, a tedy domácí hospicovou péči a lůžkový hospic. Domácí hospicová péče je v dnešní době velmi rychle rozvíjena v hojném počtu po celé České republice. Jejím cílem je podpora nejen péče o umírajícího, ale i rodin, které se o své blízké mohou a chtějí postarat v rodinném prostředí. Domácí péče je stejně kvalitní jako ta v lůžkovém hospici, protože i zde pracuje vysoce kvalifikovaný tým pracovníků složených z více profesí, a to tedy od sociální pracovnice, zdravotní sestry, lékaře, pracovníky v sociálních službách až po pastorační pracovníky. Ale ne vždy je domácí péče možná, proto

v mé práci rozebírám především lůžkový hospic, který slouží rodinám, jež se o své milované nemohou nebo nechtějí starat doma ať už z důvodu nedostatku času, nebo proto, že si na péči o členy netroufají. Každá forma hospicové péče má své klady, ale i zápory, které jsem lehce ve své práci též nastínila. Většinou je pro umírajícího nejlepší volbou, aby zůstal v domácím prostředí, pokud je to možné. Vždy se však jedná v nejlepším zájmu umírajícího a jeho rodiny, aby řešení bylo pro všechny zúčastněné strany přijatelné. Dále se v této kapitole zaměřuji na cílové skupiny, kterými nejsou jen umírající lidé, ale i jejich rodiny a zároveň téma hospice má dopad i na samotnou společnost. V neposlední řadě se zaměřuji na kvalitu hospicové péče včetně důstojného umírání. Téma hospice se dostává do podvědomí stále většímu množství lidí, což je jedině dobře. A v rámci mé práce jsem se zaměřila i na to, co všechno hospic dokáže společnosti nabídnout. Myslím, že šířením této osvěty pomůže hospici vyjít ze své tabuizované ulity.

Třetí kapitola se zaměřuje na sociální práci nejprve pojatou obecně, zejména tedy, co sociální práce obnáší. Sociální práce je praktickou činností, která čerpá své znalosti a dovednosti v široké škále vědních disciplín od psychologie, sociologie, přes právní, ekonomické i lékařské pohledy až po samotnou filozofii s etikou. Jde především o řádné nastudování teorie a následně jejímu správnému užití v praxi. Sociální práce je velmi různorodá, od samotné práce s jedincem až po komunitu. V hospici se nicméně sociální pracovník setkává nejčastěji s jednotlivci a s jejich rodinami. Dále se v této kapitole zaměřuji přímo na sociální práci v hospici a místo sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu, kdy má sociální pracovník nezastupitelnou roli nejen díky své jedinečně propojené perspektivě na jedince a jeho rodinu, ale má vliv i na celkovou péči o umírajícího. Důležité je tedy, aby každý pracovník v hospicové péči bral nemoc a smrt jako součást života a respektoval, že pacient do zařízení může přijít v jakékoliv fázi vyrovnávání se s umíráním, a vždy s ním jednal s úctou a respektem, ať již se pacient chová jakkoliv. Dále v této kapitole stručně popisují jednotlivá zaměření sociální práce v hospici.

Čtvrtá kapitola prohlubuje více pohled na sociální práci, přesněji se zaměřuje na roli sociálního pracovníka v hospici. Nejprve popisují obecně, jaké musí mít sociální pracovník vzdělání a jaké jsou dobré předpoklady pro vykonávání této práce, včetně jeho pracovních kompetencí a dovedností. V neposlední řadě se zaměřuji na cílové skupiny, se kterými sociální pracovník v hospici pracuje. V první řadě tedy na umírajícího pacienta. Další velmi četnou skupinou, se kterou sociální pracovník spolupracuje jsou rodiny umírajících, které mnohdy tu pomoc a podporu v tomto těžkém čase potřebují více

než samotný umírající. Jelikož si obě zúčastněné strany prochází fázemi vyrovnávání se s umíráním, je pro ně někdy velmi obtížná vzájemná komunikace, nebo se zcela nechápou a tady může pomoci právě sociální pracovník, svým citlivým a empatickým přístupem je může nasměrovat k řešení celé situace. Postupem času se ze sociální práce s rodinou stává sociální práce s pozůstalými, kdy rodinu zemřelého často sociální pracovník doprovází i po úmrtí jejich blízkého. Podává potřebné informace i pomáhá ve vyřizování záležitostí, které se pojí s úmrtím. Dále se sociální pracovník musí zabývat administrativou, neboť veškerá činnost spojená s hospitalizací pacienta a uskutečnění péče musí být zaznamenána písemnou formou podle standardů kvality dané sociální služby a zařízení. Dalším okruhem závazků sociálního pracovníka jsou dobrovolníci, ty má v zařízení většinou na starosti právě on, je pro ně nejen zprostředkovatelem, ale i rádcem, pokud nastane nějaký problém nebo nesnáze. A posledním okruhem je samotná spolupráce sociálních pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu, kde zastává nezastupitelnou roli svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi ze svého oboru.

Pátá a zároveň tedy poslední kapitola se zaměřuje na etickou stránku umírání a smrti. V první části této kapitoly se zaměřuji na to, co smrt pro lidské bytosti představuje, že pokud člověk zemře zanechá tu příbuzné a známé, ale i všechny další vztahy a vazby napojené na jeho osobu. Ve smrti a umírání jde tedy zejména o celkové smíření se hlavně se sebou samým, ale i s okolím a odchodem ze světa s klidem v duši a vědomí, že jsme pro vztahy a vazby udělali maximum, co udělat šlo. V druhé části této kapitoly se zaměřuji na etické otázky třech hlavních okruhů, se kterými se nejčastěji setkáme v hospicové péči. Prvním okruhem jsou otázky ohledně zdařilosti života, kdy je člověk šťastný a kdy může tvrdit, že jeho život byl zdařilý a naplněný. Druhým okruhem jsou otázky ohledně zachování lidské důstojnosti i v umírání, které nás vede k zamyšlení, že ačkoliv je lidská důstojnost něco, co nám nikdo nemůže odpírat, přesto se na otázky spojené s lidskou důstojností lidé ptají. Odhaluji, že největší dopad na lidskou důstojnost má prožívaná bolest a utrpení. Posledním okruhem otázek jsou jak otázky ohledně doprovázení umírajícího i jeho rodiny, tak i připravenost doprovázejících na smrt blízké osoby.

Samotnou práci jsem došla k závěru, že sociální pracovník to nemá vůbec lehké s žádnou cílovou skupinou, neboť každá práce má své klady i zápory. Všechno je o lidech, ať už o našich spolupracovnících, tak ale i o lidech, se kterými nám byla dána možnost pracovat a pomoci jim v jejich nepříznivé situaci.

Zdroje

BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Zdravotní Ústav Most k domovu, z. ú., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3.

ČÁP, Juraj, Marián PALENČÁR a Radka KURUCOVÁ. *Ludská dôstojnosť v kontexte smrti a umierania*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, spol., 2016. ISBN 978-80-8063-448-3.

DOČKAL, Jan. *Člověk v současném světě: než začneme studovat sociální práci*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2008. ISBN 978-80-86057-53-8.

GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?* Praha: Galén, c2007. ISBN 978-807-2624-973.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-726-2132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, c2000. ISBN 80-726-2034-7.

HUBER, Wolfgang. *Etika: základní otázky života*. Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0.

HUNEŠ R., PECHKOVÁ Š., ŠPECIÁN M.: *Věci předposlední a poslední*. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., 2021. ISBN 978-80-907960-0-3.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-725-4329-6.

KAHOUN, Vilém. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-733-0.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-8085-763362.

KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018, ISBN 978-807-3454-968.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-802-6209-119

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

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

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8549-0.

MUNZAROVÁ, M., *Vybrané kapitoly z lékařské fakulty I.: Smrt a umírání*, Brno:2002, ISBN: 80-210-3017-8.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3323-1.

OPATRŇÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2008. Aeskulap. ISBN 978-80-204-1876-0.

PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETION. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 9-788087-029251.

PERA, Heinrich a Bernd WEINERT. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-702-1152-0.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮŇEK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MŮHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a a kol. *Paliativní medicína*. 2. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

Zahraniční zdroje

ALTILIO, Terry a Shirley OTIS-GREEN, ed. *Oxford textbook of palliative social work*. Oxford New York: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-973911-0.

BERESFORD, Peter, Lesley ADSHEAD and Suzy CROFT. *Palliative Care, Social Work and Service Users: Making Life Possible*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2007. ISBN 978-1-84310-465-0.

BRUERA, Eduardo, YENNURAJALINGAM, Sriram, ed. *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine*. Madison Avenue, New York 10016: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-538015-6.

DAVIS, John K. *Ethics at the End of Life: New Issues and Arguments*. 1. 711 Third Avenue, New York, NY 10017: Routledge, 2017. ISBN 978-1-138-82975-6.

Jiné zdroje:

Hospicpt [online]. *Co je hospic?* [cit. 2020-03-15]. Dostupné na WWW: <http://www.hospicpt.cz>.

Linkos.cz [online]. *Mapa hospiců*. Dostupné na WWW: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/paliativni-pece-1/mapa-hospicu/#search=1>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 15.3.2022. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast9>>.

Abstrakt

PUDIVÍTROVÁ, T. Sociální práce s umírajícími lidmi a jejich rodinami v hospici. České Budějovice 2022. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. Helena Machulová, Ph.D.

Klíčová slova: smrt, fáze umírání, hospic, hospicová péče, umírající člověk, kvalita života, sociální pracovník, otázky na konci života

Diplomová práce se zaměřuje na sociální práci s umírajícími, včetně jejich rodinných příslušníků v hospicové péči. Práce je situovaná do pěti kapitol. První kapitola se zaměřuje na smrt a umírání. Druhá kapitola je zaměřena na hospic, hospicovou péči a v neposlední řadě na důstojné umírání, včetně kvality života v hospici. Třetí kapitola se věnuje sociální práci a jejímu místu v hospici, včetně jejího zaměření na různé oblasti od umírajícího až po administrativu. Čtvrtá kapitola se soustřeďuje na roli sociálního pracovníka v hospicové péči, kdy popisují jednotlivé cílové skupiny a další jeho okruhy zájmu. Pátá a zároveň poslední kapitola se zaměřuje na etickou stránku umírání a smrti, nejprve obecně, a poté se zaměřují na otázky spojené s koncem života.

Abstract

Social work with dying people and their families in the hospice.

Key words: death, dying phase, hospice, hospice care, dying person, quality of life, social worker, end of life issues

The diplome thesis focuses on social work with dying person, including their family members in hospice care. This thesis is situated in five chapters. The first chapters focuses on death and dying. The second chapter focuses on hospice, hospice care and last but not least, dignified dying, including the quality of life in the hospice. The third chapter deals with social work and its place in hospice, including its focuses on the role of social worker in hospice care, where I describes the individual target groups and other areas of interest. The fifth and final chapter focuses on the ethical side of dying and death, first part in general, and second part on end of life issues.