

# Paliativní péče z pohledu sociální pedagogiky

Milena Kalivodová

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2011/2012

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Milena KALIVODOVÁ**  
Osobní číslo: **H108116**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Paliativní péče z pohledu sociální pedagogiky**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na analýzu a zhodnocení odborné literatury pojednávající o paliativní péči,
- a na srovnání vlastních zkušeností autorky práce s prováděním paliativní péče s doporučeními, která jsou uváděna v odborné literatuře.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**Jakoby, B. Tajemství umírání. Liberec: Dialog, 2005. ISBN 80-86271-42-8**

**Haškovcová, M. Thanalogie. Nauka o umírání. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.**

**Hennezel de, M. Smrt zblízka. Praha: ETC Publishing, 1997. ISBN 80-86006-15-8.**

**Marková, M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.**

**O'Connor, M., Aranda, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4.**

**Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.**

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. František Vízdal, CSc.**  
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **16. března 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2013**

V Brně dne 16. března 2012

  
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.  
vedoucí ústavu



  
doc. PhDr. František Vízdal, CSc.  
vedoucí katedry

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

MILENA KALIVODOVA'  
.....  
Jméno, příjmení studenta

V Brně 15. 1. 2013  
.....

ce!  
.....  
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou umírání, smrti a paliativní a hospicovou péčí. Cílem práce je objasnit toto důležité téma, prohloubit vědomosti o této problematice a informovat o důležitosti paliativní péče.

Klíčová slova: paliativní péče, hospicová péče, umírání, smrt, péče o pozůstalé.

## **ABSTRACT**

The thesis deals with dying and palliative care and hospice care. The aim is to clarify this important issue, to deepen knowledge about this issue and inform about the importance of palliative care.

Keywords: palliative care, hospice care, dying, death, care for survivors.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Paliativní péče z pohledu sociální pedagogiky“ zpracovala samostatně s konzultační pomocí vedoucího bakalářské práce pana doc. PhDr. Františka Vízdala, CSc. a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Humpolec 14.4.2013

.....

## **Poděkování**

Děkuji panu doc. PhDr. Františku Vízdalovi, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc a vstřícný přístup, který mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>1 PROBLEMATIKA SMRTI A UMÍRÁNÍ</b> .....	<b>13</b>
1.1 UMÍRÁNÍ A SMRT JAKO SOUČÁST ŽIVOTA.....	13
1.1.1 Proces umírání .....	14
1.1.2 Pojem smrti .....	16
1.2 DŮSTOJNOST ČLOVĚKA A ZÁKLADNÍ POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO .....	17
1.3 SOCIÁLNÍ SMRT - DŮSLEDKY DLOUHODOBÉHO UMÍRÁNÍ .....	18.
<b>2 PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>21</b>
2.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE .....	21
2.2 VÝVOJ PALIATIVNÍ PÉČE .....	22
2.3 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE A MÍSTA JEJÍHO POSKYTOVÁNÍ .....	23
2.4 HLAVNÍ ZÁSADY A PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE .....	25
<b>3 HOSPICOVÉ Hnutí</b> .....	<b>29</b>
3.1 HOSPICOVÁ PÉČE .....	29
3.2 VÝVOJ HOSPICOVÉHO Hnutí .....	30
3.2.1 Vývoj hospicového hnutí ve světě .....	31
3.2.2 Vývoj hospicového hnutí v ČR .....	32
3.3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE .....	33
<b>4 DOPROVÁZENÍ A PODPORA UMÍRAJÍCÍCH</b> .....	<b>36</b>
4.1 KOMUNIKACE JAKO PRIORITY PŘI OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÝCH LIDÍ .....	36
4.2 ZÁKLADNÍ POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH .....	38
4.3 OBECNÉ POTŘEBY RODIN PEČUJÍCÍCH O TERMINÁLNĚ NEMOCNÉ LIDI .....	41
4.4 FENOMÉN DOBROVOLNICTVÍ .....	43
<b>5 PÉČE O POZŮSTALÉ</b> .....	<b>46</b>
5.1 PODPORA POZŮSTALÝCH A PÉČE O NĚ .....	46
5.2 PORADENSKÉ SLUŽBY PRO POZŮSTALÉ .....	47
<b>6 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA V PALIATIVNÍ PÉČI</b> .....	<b>49</b>
6.1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA JAKO ŽIVOTNÍ POMOC .....	49
6.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE A PALIATIVNÍ PÉČE .....	51
6.3 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ V PALIATIVNÍ PÉČI .....	53
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>56</b>



<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>57</b>
--	-----------

## ÚVOD

Smrt je součástí života každého z nás, ale přesto si většina z nás myslí, že jsme vůči ní imunní. Stačí ovšem malý okamžik, zlomek sekundy, a vše je jinak. Jsme na to připraveni? Jak bude právě ta naše chvíle vypadat? Možná jsme díky vědě schopni tento okamžik oddálit, ale ne odvolat.

Strach ze smrti je vlastně strachem z neznámého. Mluvit o smrti je snad pro každého člověka těžké, pouze velmi obtížně hledáme ta správná slova, a proto se tomuto smutnému tématu o umírání a smrti většina z nás raději vyhýbá, nebo mluví v podobenství jako například usnout na věky, odejít z tohoto světa. Proč se však neučíme myslet na smrt dávno před jejím vlastním příchodem? Když konečně pochopíme, že medicína není všemocná a naše síly jsou již v koncích, bývá většinou na přípravu „kvalitní smrti“ příliš pozdě.

S prodlužováním lidského života souvisí nepříznivý demografický vývoj naší populace. Stárneme. V naší populaci výrazně stoupá počet lidí starších 65 let a se stárnutím veškeré populace narůstá v dnešní statistice úmrtnosti podíl srdečně-cévních a onkologických onemocnění. Paralelně se vedle zlepšení v prevenci, diagnostice a léčbě vytváří nový prostor pro péči o starší lidi, kteří trpí chronickými, degenerativními a nevléčitelnými nemocemi. A musím, bohužel, zkonstatovat, že se tyto nemoci a potíže nevyhýbají ani podstatně mladším ročníkům.

Ačkoliv je smrt součástí našeho života naprosto stejně jako jeho počátek, je tato tematika pro většinu lidí i dnes tabu. Většina lidí o smrti nerada hovoří, a dokonce se tento poslední úsek života určitým způsobem racionalizuje a technizuje: člověka odvezou zemřít do nějakého k tomu určenému zařízení, odtud putuje do domu smutku a následuje odvoz buď na hřbitov nebo do krematoria. Kontakt mezi umírajícím a jeho blízkými se minimalizuje, člověk umírá sám nebo mezi naprosto cizími lidmi. Pozůstalí tak ani nemají čas truchlit, protože agenda okolo zařizování pohřbu pohltí všechny jejich síly. Umírání uprostřed nejbližších a v důvěrně známém prostředí se stává stále více vzácnějším. Přitom dobře víme, že nejdůležitější pro umírajícího je zachování jeho důstojnosti a pokud možno přítomnost jeho nejbližších. V minulosti bylo umírání v domácím prostředí a v kruhu rodiny naprostou samozřejmostí. S rozvojem medicíny se umírání poněkud institucionalizovalo. Nejznámější typ institucionální péče o starší a nemocné lidi představuje nemocnice. Systém jejího členění na odborná oddělení byl

v posledních letech obohacen o různá specializovaná pracoviště a léčebny pro dlouhodobě nemocné.

Ve skutečnosti jsou dnes do léčen přijímáni především starší lidé a s nimi se též můžeme setkat ve větší míře i na interních a neurologických odděleních.

Akt umírání většinou situujeme do prostoru k tomuto účelu zřízenému, a tak člověk podstupuje svoji poslední cestu na lůžku za bílou zástěnou za asistence odborníků. O ty, kteří se nacházejí v terminálním stádiu svého života, se zpravidla nejčastěji starají sociální a zdravotničtí pracovníci. Z institucionalizovaného modelu umírání se do značné míry vytratil velmi důležitý emocionálně-empatický rozměr. Etika úcty k životu podle Alberta Schweitzera (1992) spočívá v tom, že prožíváme naléhavou potřebu mít ke každému životu stejnou úctu, jako k svému vlastnímu.

Nemoc, bolest, utrpení, umírání a smrt patří k mezním situacím v životě každého člověka. Každý člověk si svou jedinečnost zachovává až do samého konce života, proto na fakt blížící se smrti každý reaguje jinak. Někdo se chytá falešné naděje, že „krize bude překonána a zase bude lépe, a jiný tomuto neupřímnému ujišťování, že „zase bude všechno v pořádku“, nevěří. Umírající může cítit nesmírnou sociální izolovanost, když zjistí, že se jeho nejbližší snaží hovoru o posledních věcech vyhýbat a odvádějí pozornost na nejrůznější banality. Období umírání je charakteristické izolací, dezorientací, zklamáním, bolestí, ale i důvěrou, vírou, nadějí, strachem o blízké, hledáním duchovní dimenze, velkou obavou ze ztráty sebekontroly, úzkostí, nespavostí, nechutenstvím, žízni, strachem z ponížení a možného rozpadu či úpadku své osoby.

Odpovědí na tyto obavy může být paliativní medicína a paliativní péče. Ty se zabývají umírajícím člověkem, jeho fyzickým, psychickým, sociálním a duchovním utrpením. Paliativní péče by měla navíc pečovat i o doprovázející rodinu a přátele umírajícího. Bohužel, stále ještě je pojem paliativní péče většinou laické veřejnosti poněkud neznámý. Pokud o něm panují nějaké vědomosti, jsou to z velké části informace zkreslené. Většinou si lidé pod tímto pojmem představují péči o umírající v poslední fázi jejich života, kdy již do jejich odchodu zbývají pouze dny či hodiny. Ale to je velký omyl! Vždyť nevléčitelně nemocný může s pomocí paliativní medicíny žít i několik let. To, že je někdo nevléčitelně nemocný, přeci neznamená, že by měl žít někde v ústraní, v osamocení. Že by měl být vyloučen ze společnosti, z veřejného života. Čas, který mu zbývá, přeci není časem čekání na smrt. Právě paliativní péče by mu měla umožnit strávit tuto dobu smysluplně, měla by mu pomoci žít relativně normální život, na jaký byl zvyklý.

Téma „Paliativní péče z pohledu sociální pedagogiky“ jsem si zvolila, protože tato tematika velmi úzce souvisí s mou pracovní profesí. Pracuji jako zdravotní sestra a vždy jsem se pohybovala na pracovištích, která se zabývala péčí o staré a nevléčitelně nemocné lidi. Umírání a smrt mi tedy nejsou cizí. V rámci svého povolání jsem již toto zažila mnohokrát. Péče o umírající, jejich doprovod a následně i pozůstalé klade vysoké nároky nejen na odbornou způsobilost ošetřujícího personálu, ale také na jejich sociální citění. Vždyť leckdy ošetřující personál supluje umírajícímu klientovi jeho chybějící rodinu. Potřeby pacientů a jejich rodin jsou pro paliativní péči klíčové. U pacientů v paliativní péči často stojí v popředí problémy psychosociální a duchovní a pokud jim nebudeme rozumět, nemůžeme poskytovat kvalitní paliativní péči. Myslím si, že v této oblasti naše zdravotnictví poněkud zaspalo. Paliativní péče je něco, co je poskytováno zatím převážně pouze na vybraných specializovaných pracovištích. Podle mého názoru by ale měla být paliativní péče praktikována všude tam, kde je jí potřeba, tedy všude tam, kde pacienti umírají, tedy i na běžných odděleních.

Cílem mé bakalářské práce je objasnit základní pojmy týkající se paliativní péče, charakterizovat ji jako holistickou péči o umírající, o jejich doprovod a následně jejich pozůstalé. Popsat co to vlastně je, jak tato péče probíhá a komu je určena. Objasnit její principy a zásady, jejich uplatnění v praxi. A zejména ukázat na spojení paliativní péče a sociální pedagogiky.

## 1 PROBLEMATIKA SMRTI A UMÍRÁNÍ

*„Existují v zásadě dva způsoby, jak se vyrovnat se smrtí, dokud jsme na živu. Buď ji můžeme ignorovat, nebo se k ní postavit čelem a jasně o ní uvažovat, abychom zmenšili utrpení, které může přinést.... Stejně důležité jako příprava na vlastní smrt je pomáhat druhým, aby umírali dobře a klidně. Jako novorozené děti jsme byli všichni bezmocní a nepřežili bychom bez lásky a péče, které se nám dostalo. Ani umírající nejsou mnohdy schopni sami sobě pomoci, a proto se jim snažme ulehčit v jejich potížích a úzkosti, jak jen můžeme.“*

J.S.14. Dalajlama

Díky vědeckému a technickému pokroku se výrazně prodloužila délka lidského života. Avšak problematika umírání a péče o umírající v žádném případě svůj význam neztratila. Ba právě naopak. Abychom správně pochopili smysl a účel paliativní medicíny a paliativní péče je nutné, pochopit umírání a smrt jako nedílnou součást našeho života.

### 1.1 Umírání a smrt jako součást života

Smrt je nevyhnutelnou součástí našeho života. Je jisté, že všichni jednou zemřeme, jen nevíme kdy. Přesto se myšlenkám na svůj vlastní odchod raději vyhýbáme. Je to pochopitelné - umírání sebou často přináší bolest a trápení, zatímco lidská mysl přirozeně hledá, to co je pro ni příjemné. Na druhou stranu, ač se to může zdát neuvěřitelné, konfrontace s nepříjemnými aspekty našeho života nám může otevřít nové obzory a mnohdy ve svých důsledcích pozitivně ovlivnit naší existenci.

Pokud si uvědomíme vlastní smrtelnost, může se toto stát prostředkem k hlubšímu uzdravení, k získání vnitřní celistvosti a k objevení toho, co je pro nás skutečně důležité. Smrt odráží způsob našeho života. Pokud se tohoto nezalekneme, získáme příležitost využít co nejsmysluplněji čas, který je nám dán.

Stáří, nemoc ani smrt nemusí být nutně doménou utrpení. Přinášejí bezpochyby své těžkosti, které nelze v žádném případě zlehčovat. Umírání však také může znamenat důstojné završení našeho života, přirozený přechod či dokonce přirozené osvobození.

### 1.1.1 Proces umírání

Ve většině případů vlastní smrti předchází takzvaný proces umírání. Je to něco naprosto jedinečného a individuálního. U každého jedince má tento proces naprosto jinou podobu, jinou délku trvání, jiný způsob prožívání. Je to ta nejosobnější zkušenost, které se nemůže zúčastnit nikdo jiný.

Tak jako je umírání různorodé z hlediska prožívání, je velmi různorodé i jeho pojmové vymezení.

*„Umírání je především proces. Vývoj smrti je podmiňován životem a život je umožňován smrtí.“<sup>1</sup>*

Také Jaro Křivohlavý píše, že umírání je chápáno „jako proces, tj. neustále se měnící stav-  
či lépe dění v čase.“<sup>2</sup>

H. Haškovcová se na počátku svých úvah o procesu umírání zabývá srovnáváním umírání lidí v době před více než dvěma sty lety a dnes. Konstatuje, že tehdy byly celé generace smířeny se smrtí a jednotliví lidé se přirozeně ve svém životě setkávali se smrtí, protože ji potkávali ve svém okolí, doprovázeli při umírání své blízké. Umírání v té době bylo krátké a nebylo oddalováno medicínskými procesy. Smrt tehdy byla na denním pořádku, umírali staří a nemocní lidé, umíraly malé děti, umíraly ženy při porodech. Každé umírání dle Haškovcové znamená loučení, a to jak se svým vlastním životem, tak s věcmi a lidmi, kteří k němu patřili. V minulosti bylo utrpení během umírání zmírňováno lidskou vírou, že po strastech tohoto života nastane věčný šťastný život s Bohem. Nesmíme zapomínat ani na to, že se rapidně prodloužila průměrná délka lidského života. Sama Haškovcová upozorňuje na to, že tento samotný fakt působí, že v současnosti přisuzujeme pozemskému životu daleko větší význam, než tomu bylo dříve.<sup>3</sup>

Vědecký a technický pokrok v dnešní době s sebou přináší i podstatně novou skutečnost, že umírání v současné době trvá zpravidla déle, což přináší větší nejistotu, strach, úzkost nejen u umírajících, ale i jejich blízkých a také u ošetřujícího personálu. Podle mého názoru ani špičkově vyškolený pečující personál není imunní vůči utrpení, které s sebou umírání a smrt přináší. Nikdo z žijících totiž nemá s umíráním zkušenost. Ani ji nelze

---

<sup>1</sup> Kelnarová, J. Tanatologie v ošetrovatelství. Brno: Littera, 2007. Str.10.

<sup>2</sup> Kelnarová, J. Tanatologie v ošetrovatelství. Brno: Littera, 2007. Str.10.

<sup>3</sup> Haškovcová, H. Thanatologie. Nauka o smrti a umírání. Praha: Galén, 2000. Str.23-24.

předat či zobecnit. Každý ji získává sám, každý musí ujít ten poslední úsek svého života sám. I přes veškerou lékařskou a ošetrovatelskou pomoc překročí umírající práh smrti sám.

Podle toho, jak rychle může proces umírání postupovat, se rozlišuje rychlá smrt a pomalé umírání. Smrt tak může překvapit nejen člověka samotného, ale také jeho rodinu a přátele. Příkladem takové smrti může být smrtelný úraz. Pro mnoho lidí představuje tento způsob skonu něco jako milosrdnou smrt, smrt bez zbytečného utrpení. Ovšem pro rodinu a přátele to musí nutně znamenat šok. Naproti tomu umírání může trvat různě dlouhou dobu, dny, týdny a někdy i měsíce. To s sebou může přinášet řadu závažných problémů nejen pro samotného umírajícího, např. dlouhotrvající bolest, utrpení, osamocení, strach z neznámého, odloučení od rodiny, tak i pro jeho nejbližší. Na druhou stranu tato lhůta umožňuje se v klidu připravit na svůj odchod, smířit se s nevyhnutelným. Pro blízké může znamenat prověření trpělivosti, síly, lásky a naděje.

Jakmile je pacient informován o tom, že má nevyhlášené onemocnění, začne uvažovat o umírání a smrti. Reakce na smrtelnou diagnózu bývají různé. Většina pacientů věří v naději na pokračování svého života. Ošetrovatelský personál, podle mého, musí být především schopen naslouchat pacientovi a zjistit, zda je schopen, ale i ochoten se postavit tváří v tvář smutné realitě. Z vlastní zkušenosti vím, že sdělovat pacientovi špatné zprávy je velké umění. Osvědčilo se, že pravda sdělená co nejjednodušší formou je pro pacienta nejpřijatelnější. Samozřejmě, že všichni pacienti a jejich nejbližší jsou vděční za každý kousek naděje a slova, že všichni personál pro ně udělá vše, co udělat půjde.

E. Küler-Rossová v knize „O umírání a smrti“ popisuje stádia, kterými pacienti prochází, jakmile jsou informováni o konečnosti svého onemocnění, tzv. pět fází smutku či pět fází umírání. Dodává ovšem, že je důležité si uvědomit, že tyto fáze nemusí proběhnout kompletně či chronologicky. Ne každý, kdo zažívá situaci, která ohrožuje nebo zásadně mění lidský život, prožívá všech pět fází. A také ne každý je nutně musí prožívat v daném pořadí. Reakce na nemoc, smrt či ztrátu jsou stejně tak jedinečné jako osoba, které se týkají. Některé z fází tak nemusí nastat a některé se mohou neustále opakovat.

- 1. stádium - šok, popírání a izolace
- 2. stádium - agrese, zlost
- 3. stádium - kompromisy, smlouvání
- 4. stádium - deprese

- 5.stádium - akceptace <sup>4</sup>

Psychickým stavem umírajících lidí se též zabýval profesor J. Křivohlavý. Průběh toho, co prožívají pacienti po sdělení nepříznivé diagnózy, zveřejnil roku 1985 jako Horowitzův model pěti fází odchodu. (Horowitzův proto, že v té době nemohl pod svým jménem publikovat.)

- 1. fáze - výkřik
- 2. fáze - popírání
- 3. fáze - intruze
- 4. fáze - vyrovnání
- 5. fáze - vyrovnání <sup>5</sup>

### 1.1.2 Pojem smrti

Otázka života a smrti je jednou z nejstarších a nejtěžších otázek, které si lidstvo klade. V době stáří, nemoci, úrazu začne člověk myslet na mnoho věcí. Nejen na uzdravení, radost a štěstí, ale právě i na podstatu života a smrti. V druhé polovině života již člověk častěji myslí na svůj vlastní odchod. Smrt patří k životu a nelze ji od života oddělit. Smrt nečiní život nesmyslným. Umožňuje nám najít smysl života, využít náš omezený čas smysluplně.

*„Smrt je zánik jednotlivce.“ <sup>6</sup>*

*„Za konečnou se od roku 1968, kdy Světová zdravotnická organizace stanovila biologickou smrt mozku jako závazné kritérium smrti, považuje smrt mozku.“ <sup>7</sup>*

Smrt, skon, latinsky exitus je, z biologického a lékařského hlediska, zastavení životních funkcí v organismu spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je tedy stav organismu po ukončení života, úplná a trvalá ztráta vědomí.

Smrt patří k člověku. Je to jediná jistota, kterou máme. Ve všech většinou vyvolává strach. Zdravotnický personál se se smrtí setkává ve větší míře než ostatní lidé, a proto tuto konfrontaci vždy prožívají s různou intenzitou. Proces detabuizace smrti byl ve světě

---

<sup>4</sup> Kelnarová, J. Tanatologie v ošetřovatelství. Brno: Littera, 2007. Str.29-30.

<sup>5</sup> Křivohlavý, J., Kaczmarzyk, S. Poslední úsek cesty. Praha: Cesta domů, 1993. Str.22.

<sup>6</sup> Kelnarová, J. Tanatologie v ošetřovatelství. Brno: Littera, 2007. Str.12.

<sup>7</sup> Kelnarová, J. Tanatologie v ošetřovatelství. Brno: Littera, 2007. Str.12.



zahájen v sedmdesátých letech minulého století. Zajímat se o problematiku smrti bylo pokládáno za morbidní. Zaujmout stanovisko ke smrti nemusí každý, ale zdravotnický personál díky své profesi ano. Problematikou umírání a smrti se zdravotníci zabývají stále více. Důvodem je často nejistota, jak se chovat vůči těm, kteří jdou smrti vstříc. Snaží se najít tu správnou odpověď na to, jak se eticky a zároveň lidsky nejlépe chovat vůči umírajícím, vůči zemřelým a vůči pozůstalým. Někdy opravdu není jednoduché najít tu správnou míru profesionálního a zároveň lidského chování vůči všem zúčastněným. Každý člověk je jiný a každý tak potřebuje i jiný přístup. Co někdo může považovat za vstřícné chování, může druhý považovat za naprosto nevhodné. Neexistuje žádný manuál pro chování zdravotnického personálu v takových situacích. Je to vždy jen a jen na přístupu každého jednotlivého člověka, na jeho morálním kodexu a schopnosti vcítit se do potřeb druhého.

## 1.2 Důstojnost člověka a základní potřeby umírajícího

Z Všeobecné Deklarace lidských práv:

„Článek 1: Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovni co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství.“

Lidstvo téměř vždy důstojnost ztotožňovalo s úctou, kterou prokazuje člověk člověku. Pokud se člověku dostává dost úcty, může vnímat svůj život jako hodnotný a roste jeho schopnost poznávat svou důstojnost a také smysl svého života. Svou důstojnost tedy rozpoznáváme ve vztazích s jinými lidmi. To, jak se k nám lidé v našem okolí chovají, jak nás respektují, se odráží na našem sebevědomí a na tom jak, si vážíme sami sebe. Tato důstojnost je neměnnou a nezczitelnou hodnotou každého člověka. K rozpoznání hodnoty našeho života napomáhá to, když nám druzí projevují úctu. Kvalita života není trvalou hodnotou, ale představuje příjemnou nadstavbu. Můžeme však o ni přijít a někdy také opravdu přicházíme. A to nejen ve stáří a nemoci. Nemocní a zejména nevléčitelně nemocní potřebují vždy kolem sebe ovzduší lásky, respektu a úcty. Respektování lidské důstojnosti je jednou z nejdůležitějších součástí péče o nemocné ze strany zdravotnického personálu, lékařem počínaje, zdravotní sestrou, sanitářem či uklízečkou konče. Je důležité nejen z hlediska péče samotné, ale také pro vzájemné vztahy mezi lidmi. Respektování lidské důstojnosti ve vztahu ke starším lidem obecně a hlavně k nemocným starším lidem

tvoří samostatnou oblast důstojnosti a úcty k lidským bytostem, včetně úcty k sobě samému. V současné moderní, konzumní společnosti je význam úcty k člověku, zejména ke starším lidem značně snižován a potlačován. Peníze, majetek, vlastní kariéra se stávají důležitějšími než sám člověk. Bohužel, v praxi se lidská důstojnost jako nedílná součást péče o pacienty mnohdy nerespektuje (ne vždy a ne všude) a s pacientem je zacházeno jako s „věcí“. Často se stává pouhou diagnózou. Dochází tak k odosobnění, což je velmi nedůstojné. Pacient se tak stává předmětem obchodu zdravotnického zařízení a člověk, jako živá bytost, se v tomto světě obchodu už jaksi vytrácí. Ošetřovatelský personál si musí být vědom toho, že laskavým a také chápajícím přístupem k nemocným a umírajícím pomáhá zachovat jejich pocit důstojnosti a jedinečnosti jako lidské bytosti. Aby pacienti neztráceli pocit své důstojnosti, je třeba zachovat jejich soukromí, je třeba jim poskytnout možnost svobodného rozhodování o sobě, být citlivý, aby netrpěli studem, dávat pozor, aby se vinou ošetřovatelského personálu, třebaže nevědomky, nedostávali do situací, kdy pocítují svou nemohoucnost a cítí to jako ponížení. Péče o kvalitu života nevyléčitelně nemocných, ale i nemocných obecně, je rovněž potřebná proto, aby znovu pocítili hodnotu svého života, svou osobní důstojnost.

### 1.3 Sociální smrt - důsledky dlouhodobého umírání

Většina lidí, zdravotníky nevyjímaje, definuje smrt v „klinickém“ nebo „biologickém“ smyslu. V prvním případě o tom, že došlo ke smrti, vypovídají klinické znaky (srdeční zástava, ztráta vědomí a projevů života), ve druhém případě se jedná o odumření gangliových buněk a postupně se dostávají posmrtné změny (postupné chladnutí těla, posmrtné skvrny, ztuhlost, bledost apod.). Někdy však biologické nebo klinické smrti předchází období či fáze nemoci, kdy už člověk nemá kontakt se světem živých. Toto období je pojímáno jako „sociální smrt“. V takovém období se k člověku přistupuje v podstatě jako k mrtvému, přestože klinicky a biologicky je stále na živu. Jedná se vlastně o stav sociálního vyloučení a exkomunikace. Antropologické popisy raných pohřebních tradic doložily, že lidé se stávali sociálně mrtvými, tehdy když došlo přirozenou cestou k rozpadu jejich těla. Do té doby se k mrtvým přistupovalo, jako by byli stále naživu. S rostoucí institucionalizací skupin, kterých se společnost dříve bála nebo je neměla jak využít, se však dnes začíná tento stav chápat jako stav opuštěnosti a vyloučenosti. Existují tři skupiny pacientů, na něž lze tento koncept vztáhnout. Jedná se o lidi velmi staré, o lidi

v posledních stádiích nějaké vleklé smrtelné nemoci a o ty lidi, u nichž byla zásadním způsobem postižena osobnost (např. v důsledku demence či kómatu). Každý takový člověk vstoupil do fáze své nemoci nebo do fáze života, která nenapravitelně poškozuje jeho schopnost normální interakce s ostatními. Mulkey (1993) tvrdí, že sociální smrt začíná již odchodem do důchodu, kdy se začne starším lidem postupně upírat plná účast na životě rodiny a společnosti. Toto vylučování je vnuceno společností, která již nestojí o zahrnutí lidí, kteří v ní pozbyli právoplatnou roli. Vyloučení lze rozšířit a upevnit prostřednictvím fyzické separace (např. v nemocnici, léčebně, hospici...) Tento stav sociální izolace ve spojení s očekáváním smrti pravděpodobně povede jiné lidi k tomu, aby staré a nemocné lidi považovali za téměř mrtvé, tedy sociálně mrtvé.<sup>8</sup>

Celou řadu situací a okolností, které mohou přispívat k nastolení stavu sociální smrti, odhalují také zkušenosti pacientů, kteří zdolávají tělesné a emoční dopady nemocí s dlouhým a často nepolevujícím průběhem, jako je rakovina. Cestu k sociální smrti mohou urychlit stigmatizující dopady diagnózy nebo izolovanost pacienta a úpadek jeho tělesných a sociálních funkcí, jež si vynucuje institucionalizovaná péče. Stav sociální smrti může nastat v důsledku toho, že pacient, který se připravuje na smrt, opustí své sociální sítě a své prostředí. Může být také naopak postupně a zákeřně vyloučen nebo opomíjen zdravotnickým personálem a pečujícími osobami, kteří se s ním již nechtějí sociálně, osobně a někdy i fyzicky stýkat. Situaci „sociální smrti“ tak může navodit sám pacient, nebo k ní může dojít v důsledku chování ostatních.

V souvislosti s myšlenkami na smrt se tento termín vyskytuje poměrně často. Robertsonová<sup>9</sup> uvádí, že v případě, kdy je kvalita života samotným seniorem považována za neuspokojivou, přichází tato sociální smrt. Jejím důsledkem pak bývá touha zemřít, která však může být spojena hlavně se strachem ze způsobu umírání, s myšlenkami, co bude po smrti apod. Sociální smrt bychom tedy mohli vysvětlit pocitem nepotřebnosti pro své okolí, nedostatečností kvalitních volnočasových aktivit, nedostatkem sociálních aktivit, rezignací na současný život. To vše vede k neuspokojivé kvalitě života, kterou posuzují podle vlastních hodnot. Těmito hodnotami mohou být zdravotní stav, sociální sítě, finanční situace, trávení volného času, a to v různém pořadí. Pokud kvalita života klesne pod individuálně stanovenou míru únosnosti, dochází u jedince k sociální smrti. Ta pak

---

<sup>8</sup>Payneová, S., Seymourová, J., Ingletonová, Ch. Principy a praxe paliativní péče. Brno: Společnost pro odbornou společnost, 2010. Str.371-378.

<sup>9</sup>Robertsonová, J., Jak staří lidé vnímají konec života? Sociální práce, 2010, č.2. Str.138-143.

může mít následující strategie v chápání konce života - sociální izolaci, šťastný konec života a vytěsněný konec života. Vyrovnaní se se smrtí ovlivňuje mnoho faktorů. Karsten<sup>10</sup> mezi ně řadí např. kvalitu našeho dosavadního života, pocit naplnění a uspokojení, zda jsme v životě dosáhli všeho, co jsme chtěli, také věk, zda vnímáme smrt jako spravedlivou, či nás zaskočila, zda jsme sami nebo jsou s námi naši blízcí. Každý z nás se musí s tímto faktem vypořádat odlišně.

---

<sup>10</sup> Karsten, H. Ženy-muži: genderové role, jejich původ a vývoj. Praha: Portál, 2006. Str.82-94.

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

Odhodlá-li se konečně nemocný člověk navštívit svého praktického lékaře, zpravidla to má jeden základní důvod, chce se svých zdravotních potíží zbavit, chce být zase zcela zdrav. Ale bohužel ani dnešní vyspělá medicína nedokáže dělat zázraky. V tomto případě je člověk nucen své přání přehodnotit a zaměřit se na to, aby jeho život byl co nejdelší a nejkvalitnější. Pokud se nepodaří zajistit ani toto a pacient si uvědomuje, že se jeho život krátí, přeje si, aby se tento zbývající čas odehrál bez zbytečného fyzického, psychického, sociálního a duchovního utrpení.

Prudký vývoj vědy a techniky ve dvacátém století způsobil negativní pojetí života a smrti. Ještě i na počátku minulého století bylo přirozené родit a umírat v domácím prostředí. Člověk tak měl možnost se setkat se vznikem i zánikem života z bezprostřední blízkosti. To vše se ovšem odehrávalo v ochranném kruhu rodiny. Dnes se lidé rodí a ve velké většině i umírají v nemocnicích. Ztratili tak možnost kontaktu s primárními životními událostmi. Získali tak pocit, že smrt je něco, co se jich naprosto netýká.

Pravdou ovšem je, že my lidé máme větší strach z bolesti, z utrpení, z osamocení, které smrti předchází, než z ní jako takové. Bojíme se, že zůstaneme ve fyzické i duševní bolesti sami, opuštění našimi blízkými. Budeme odkázáni na milosrdenství nám naprosto neznámých lidí, kteří nás neznají a nerozumí našim potřebám. A od toho tu je paliativní péče, která se snaží veškeré utrpení, jak fyzické tak i psychické, odstraňovat či alespoň zmírňovat. Paliativní péče má přinášet těm, kterým již kurativní léčba nedokáže pomoci, alespoň dobrou kvalitu zbytku života.

### 2.1 Definice paliativní péče

Co je tedy vlastně paliativní péče? Jednotný termín pro toto pojmenování zatím nebyl stanoven. Definice paliativní péče známe hned několik. Například:

*„Základním etickým východiskem paliativní péče je absolutní hodnota, bezpodmínečná ochrana lidského života v duchu Alberta Schweitzera (německý teolog, filozof a etik), a to i ve specifických podmínkách umírání.“<sup>11</sup>*

---

<sup>11</sup> Kalvach, Z. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Praha: Cesta domů, 2010. Str.18.

*„Paliativní péčí se rozumí cílevědomá, ucelená (tj. komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným příčinně neléčným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem), také rodin těchto lidí.“<sup>12</sup>*

*„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“<sup>13</sup>*

*„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“<sup>14</sup>*

Pokud tedy máme možnost porovnat tyto definice paliativní péče, jednoznačně z nich vyplývá, že středem zájmu paliativní péče je člověk, a to člověk jako takový. Paliativní péče neopomíjí žádnou ze stránek osobnosti člověka, neodděluje jeho fyzickou část od té duševní, ale přistupuje k němu jako k celku. Proto můžeme říci, že přístup paliativní péče je holistický. I přes tlumení fyzických obtíží se snaží nemocnému člověku zaplnit jeho zbývající čas takovými aktivitami, které mají pro něho smysl, jsou mu blízké a přeje si je prožít. Paliativní péče mu má umožnit zůstat v kontaktu se svou rodinou, se svými přáteli, zůstat členem společnosti, ve které dosud žil a pracoval.

## 2.2 Vývoj paliativní péče

Pokud chceme pochopit smysl něčeho současného, je dobré se poohlédnout v minulosti. Pokud tak chceme pochopit současné paliativní ošetřovatelství, paliativní medicínu a problematiku umírání, měli bychom se podívat, jak byla tato problematika řešena v historii. Mohlo by se zdát, že se jedná o nový, zatím nepříliš známý obor. Ve skutečnosti je však paliativní péče nejstarší formou medicíny vůbec. Po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti hlavním posláním lékařů a posléze i ošetřovatelek (sester). Zcela přirozeně a většinou v domácím prostředí, méně často pak

---

<sup>12</sup> Kalvach, Z. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Praha: Cesta domů, 2010. Str.18.

<sup>13</sup> Doporučení, 2004, 23 Výboru ministrů Rady Evropy.

<sup>14</sup> Marková, M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada Publishing, 2010. Str.19.

ve špitálech, se na paliativní péči vedle zdravotníků (a často i bez nich) podílela rodina, přátelé i duchovní. A tak můžeme již z tohoto důvodu hovořit o paliativní péči jako o multidisciplinární péči ověřené dějinami.

Paliativní péče v širším slova smyslu byla vždy jednou z hlavních součástí lékařské a sociální péče. Lékařství totiž vždy ve větším či menším rozsahu chápalo, že naprosto klíčovou záležitostí lékařské péče je tišení bolesti a poskytnutí útěchy nemocnému, ať už je jeho nemoc jakákoli.

Dějiny moderní paliativní péče jsou oproti tomu poměrně krátké. Dnes, na počátku 21. století, sice žijeme výrazně déle a v mnohém pohledu poklidněji, než tomu bylo v minulosti, platíme však za to nezanedbatelnou daň: déle, a často vůbec ne lehčeji umíráme! Cílem paliativní péče je udržet co nejvyšší kvalitu života nemocného. Paliativní péče se nevztahuje jen k ústavům určitého typu. Jedná se spíše o filozofii, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, ale i v nejrůznějších nemocničních zařízeních, a dokonce i v domácím prostředí. Nelze na ni pohlížet jako na něco zásadně odlišného od jiných přístupů v oblasti zdravotní péče. Naopak rozvoj paliativní péče by mohl mít kladný vliv na její ostatní formy. Už jenom tím, že upozorňuje na nedocenené problémy, např. pokud se jedná o bolest duševního rázu. Dříve byla tato péče spojována jen s terminální fází choroby. Dnes je zřejmé, že má co nabídnout i v mnohem dřívějším průběhu progresivních chorob, a to nejen onkologických.

### 2.3 Rozdělení paliativní péče a místa jejího poskytování

Podle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou.

**Obecná paliativní péče.** Jako obecnou paliativní péči označujeme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění. Její součástí je dobrá komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby a péče na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora. Lékaři všech odborností by měli tuto péči poskytovat v rámci své rutinní klinické práce. Každý všeobecný praktický lékař pro dospělé tuto péči zajišťuje ve spolupráci s rodinou nemocného, popř. se spoluprací s ambulantními specialisty,

s agenturou domácí ošetrovatelské péče poskytnuté v rámci primární péče má charakter obecné paliativní péče.<sup>15</sup>

Podle mého názoru by obecnou paliativní péčí měla být schopna poskytovat veškerá nemocniční a i jiná zdravotnická oddělení. Ovšem je jasné, že ošetrovatelský personál, který se příliš často nesetkává s nevléčitelně nemocnými a s umírajícími, nemá mnoho zkušeností s poskytováním této péče. Navíc často nejsou tato oddělení prostorově zařízena tak, aby mohlo být vyhověno všem potřebám umírajících a jejich doprovodu. Samozřejmě, že přístup veškerého zdravotnického personálu by měl být ve všech případech, bez ohledu na druh poskytované péče, vždy profesionální, lidský a empatický. Tato profese je o lidech. O lidech, kteří potřebují pomoc a o lidech, kteří tuto pomoc poskytují. Nejde jen o léčbu somatických příznaků. V první řadě jde o přístup k člověku jako k svébytné lidské bytosti. Milý úsměv, dobré slovo, jemný dotek, empatický přístup znamená někdy pro pacienta více než odborná léčba.

**Specializovaná paliativní péče.** Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzdělávání a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. Specializovaná paliativní péče je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají potíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.

Mezi zařízení specializované péče patří:

- oddělení paliativní péče
- domácí hospice - mobilní paliativní péče
- lůžkové hospice
- konziliární týmy paliativní péče
- ambulantní paliativní péče
- denní stacionáře
- zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek...)<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Skála, B., Sláma, O., Vorlíček, J., Misconiová, B. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Praha: Společnost všeobecného lékařství, ČLS JEP, 2005. Str. 5.

<sup>16</sup> Skála, B., Sláma, O., Vorlíček, J., Misconiová, B. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Praha: Společnost pro všeobecné lékařství, ČSL JEP, 2005. Sstr. 8.



Z hlediska sociálního a psychického je pro většinu pacientů tou nejlepší variantou domácí paliativní péče. I výzkumy, které se zabývají problematikou umírání a smrti, potvrzují, že pro většinu respondentů splňuje představu dobré smrti zemřít doma. Pro domácí paliativní péči musí být splněny tři podmínky, a to rodina, která musí být schopna převzít celodenní péči o nemocného, ten musí s touto formou péče souhlasit a musí být k dispozici tým odborníků, který bude schopen vždy zajistit řešení vzniklých komplikací pacientova stavu. Bohužel v naší zemi ještě stále není zajištěna odpovídající úroveň paliativní péče. Pro praktického lékaře to znamená, že v řadě případů musí paliativní péči svým pacientům poskytovat bez možnosti konzultace nebo překlada do specializovaného paliativního zařízení. Je proto zásadně důležité, aby každý lékař základy paliativního přístupu i jednotlivé dílčí léčebné postupy dobře ovládal.

## 2.4 Hlavní zásady a principy paliativní péče

V minulosti se paliativní péče tradičně soustředila na péči o terminálně nemocné a umírající onkologické pacienty a na podporu jejich rodin a přátel.

*„V posledním desetiletí jsme však svědky narůstající pozornosti věnované potřebám lidí, kteří trpí i jinými chronickými a potencionálně letálními (vedoucími ke smrti) chorobami.“<sup>17</sup>*

V současné době je tedy paliativní péče určena pacientům v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob (např. nádory, konečná stádia chronického srdečního selhání, CHOPN, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, pacienti s neurologickými onemocněními typu demence, roztroušené sklerózy, polymorbidní geriatrictí pacienti a pacienti ve vigilním kómatu ( *„hluboká porucha vědomí, při němž pacient působí dojmem, že se probal. Má otevřené oči, které však nesledují okolí a jen bezcílně bloudí, žvýká a polyká podanou potravu, ale není s ním možné navázat kontakt. Neudrží moč ani stolici, může mít obrny různých částí těla a další příznaky vyplývající z postižení nejvyšších částí mozku v důsledku jeho dlouhodobého otoku, často po těžkých poraněních hlavy.“<sup>18</sup>*).

Bez ohledu na druh základního onemocnění je klinický obraz v terminální fázi u většiny pacientů v podstatě podobný.

---

<sup>17</sup> Kalvach, Z. Umírání a paliativní péče v ČR. Praha: Cesta domů, 2004. Str.8.

<sup>18</sup> <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/vigilni-koma>

Obecně platí, že paliativní péče má být zahájena tehdy, když jsou negativní důsledky kurativní terapie větší než očekávaný přínos. V současnosti paliativní péče často umožňuje i léčbu kurativní, je však poskytována pacientovi v inkurativním stavu. Paliativní přístup důsledně respektuje potřeby umírajících, které se od potřeb nemocných s příznivou prognózou značně liší. „Každý obor medicíny by měl mít rozpracovanou svoji strategii paliativní péče, protože žádný obor se nemůže vyvázat z péče o umírající.”<sup>19</sup>

Paliativní péče se tak stala multidisciplinárním oborem, ve kterém dochází ke spolupráci všech součástí zdravotnického systému. Její správné fungování je založeno na dodržování následujících hodnot a principů:

- zachování důstojnosti pacienta a jeho rodiny
- účastné péče o pacienta a jeho rodinu
- rovnoprávnosti k přístupu k paliativní péči
- úctě k pacientovi, jeho rodině a pečovatelům
- obhajobě vyjádřených přání pacienta, rodiny a komunit
- snaze o dosahování výjimečné úrovně při poskytování péče a podpory
- odpovědnosti pacientovi, rodině a širší komunitě.<sup>20</sup>

Též zdravotnická organizace vytyčuje jako dodatek k definici paliativní péče z roku 2002 její základní principy. Paliativní péče:

- se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces, neusiluje ani o urychlení ani i oddálení smrti
- je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a integruje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existencionální a spirituální aspekty

---

<sup>19</sup> Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2000. Str.36.

<sup>20</sup> O'Connor, M., Aranda, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing, 2005. Str. 12.

- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel rodiny nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka
- vychází z mnoha zkušeností, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a utrpením.<sup>21</sup>

Podle Kelnarové paliativní péče zahrnuje tyto základní cíle:

- symptomatickou léčbu
- zmírňující péči
- efektivní terapii fyzické a psychické bolest
- emotivní podporu
- duchovní pomoc
- sociální zázemí
- individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc nejbližším příbuzným.<sup>22</sup>

Cílem paliativní péče je tedy dosáhnout co nejlepší kvality života pro pacienta a jeho rodinu. Psychosociální pomoc hraje důležitou roli. Jedním ze základních úkolů paliativní péče je prevence a zvládnutí stresujících symptomů. Nemocní a umírající potřebují v prvé řadě úlevu od bolesti. Paliativní péče mírní bolest a i jiné symptomy. Do komplexní péče zařazuje i psychologickou, sociální a duchovní pomoc. Vyžaduje multidisciplinární tým,

---

<sup>21</sup> Bystřický, Z. O organizaci paliativní péče. Praha: Cesta domů, 2004. Str.22.

<sup>22</sup> Kelnarová, J. Tanatologie v ošetrovatelství. Brno: Littera. 2007. Str.49

odborníky různých profesí, kteří si navzájem předávají zkušenosti z oblasti paliativní péče a medicíny a společně řeší, jak co nejlépe zvládat individuální problémy umírajících.

### 3 HOSPICOVÉ HNUTÍ

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.

Hospic nemocnému garantuje, že

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- v poslední chvíli života nezůstane osamocen.<sup>23</sup>

Právo každé lidské bytosti na důstojnou smrt jako základní etický princip nelze zpochybnit.

#### 3.1 Hospicová péče

O hospicové péči se sice v poslední době hovoří poněkud častěji, ale podle mého názoru stále ještě není laická veřejnost dostatečně informována o všech možnostech paliativní péče u onkologických pacientů a jinak chronicky nemocných.

V souvislosti s pojmem hospic si mnoho lidí představí spíše instituci či dokonce budovu. Ve skutečnosti se ale jedná o koncept, holistický koncept podpory umírajících lidí a jejich rodiny. V podstatě jde o poskytnutí možnosti zemřít v klidu a bezpečí. Hospic tak nabízí znovuoobjevené tradice lidského přístupu k umírajícím, přizpůsobené jejich potřebám, konkrétnímu prostředí a době.<sup>24</sup> Těžištěm hospicové péče je tedy aplikace principů a zásad paliativní medicíny, psychosociální a spirituální doprovázení a doprovázení pozůstalých. Umírající a jeho nejbližší stojí tak v centru pozornosti hospicové péče. To znamená, že situaci mohou kontrolovat přímo ti, kterých se to týká. V tomto se liší základní fungování hospiců od ostatních běžných zdravotnických zařízení.

*„Dle Světové zdravotnické organizace je hospicová péče integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, která je poskytována klientům všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je ošetřujícím lékařem stanovena předpokládaná délka života méně než šest měsíců.*

---

<sup>23</sup> Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: ECCE HOMO, 1995. Str. 123.

<sup>24</sup> Student, J., Mühlum, A., Student, U. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Praha: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2006 .Str.93.

*Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky je hospicová péče celková multidisciplinární paliativní péče, která je tvořena souhrnem odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných nemocným, u kterých již byly vyčerpány všechny možnosti kauzální léčby a tato byla nahrazena symptomatickou léčbou, která má za úkol minimalizovat bolest a pokusit se zmírnit všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-sociální potřeby nemocného.*

*Dle Cecily Saundersové je hospicová péče pomocí člověka člověku v utrpení způsobeném nemocí a umíráním.*<sup>25</sup>

Je to tedy péče, která je věnována těžce nemocným, zpravidla již v terminálním stavu, a jejich blízkým. Nabízí účinnou pomoc, když již jsou možnosti klasické medicíny vyčerpány a schopnost nejbližších pečovat o umírajícího je nad jejich síly. Hospicová péče je ponejvíce nabízena klientům s onkologickým onemocněním, ale není to pravidlem. Přijímání jsou i pacienti s jinými druhy nevyléčitelných onemocnění. Hospicová péče se od péče v jiných zdravotnických zařízeních liší především v tom, že se nesnaží o vyléčení nevyléčitelné nemoci, ale o to, aby klient v poslední části svého života netrpěl bolestí, nebyl ničím a nikým omezován ve svých aktivitách, aby mu byla poskytnuta vysoce kvalitní péče nejen fyzická, ale i psychická a duchovní.

### **3.2 Vývoj hospicového hnutí**

Hospice (z latinského hospitium, znamenající přístřešek, ubytovnu) existovaly již za Římské říši a ve středověku. Jednalo se o útulky či přístřešky při cestách, obvykle zřizované při klášterech, ve kterých si mohly poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní se uzdravit, anebo v klidu zemřít. Nejznámější hospic byl založen roku 1049 svatým Bernardem z Mentthonu na místě, kde se dnes nalézá Svatý Bernard v Alpách.

---

<sup>25</sup> Co je hospicová péče [on-line]. [cit. 2013-03-14].

Dostupné z <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>

### 3.2.1 Vývoj hospicového hnutí ve světě

Kolébkou hospicového hnutí se stala Velká Británie. Za předchůdce současných hospiců byly považovány domy pro umírající, které v 18. století zřizovaly v Irsku a v Londýně křesťanské řády, kde poskytovaná péče odpovídala principům sesterské charity. Ve dvacátém století ožila myšlenka hospiců v nové podobě a symbolice, totiž ve vztahu k pomoci a péči určené umírajícím na cestě ke smrti. Díky práci Cecilly Saundersové byl v roce 1967 otevřen první britský hospic St. Christophers v Londýně. Jejím přínosem byl celostní přístup, který spojoval kompetentní medicínu s kvalifikovanou péčí a fundovanou sociální prací. Zakomponována byla i činnost dobrovolníků, která byla od samého počátku součástí celého konceptu. Hospicové doprovázení slibovalo lidem dvojí: „*Nebudete nikdy opuštěni, ledaže si to budete přát - a my učiníme vše pro to, abychom z vás sejmuli bolesti a další zatěžující obtíže.*“<sup>26</sup>

Hnutí se velmi brzy rozšířilo nejen po celé Anglii, ale i do jiných zemí. Například v roce 1974 byl otevřen první hospic v Americe v New Havenu v Connecticutu.<sup>27</sup>

Ve Francii se myšlenka hospicové péče rozšířila v roce 1973. Začala se projednávat témata ohledně zakotvení hospicové péče v právu. Byl vydán zákon, který zaručuje právo na kvalifikované tlášení bolesti, na přístup k paliativní péči pro každého. Místo pojmu hospic jsou to zde jednoduše zařízení pro chudé staré lidi.<sup>28</sup>

V Německu se hospice zpočátku vyvíjely spíše jako „podvratné hnutí“, představované především katolickými kněžími. Například v roce 1983 bylo z popudu nemocničního kaplana Zielinskeho otevřeno paliativní oddělení na chirurgické univerzitní klinice v Kolíně nad Rýnem a v roce 1986 řádový duchovní Paul Türks založil hospic „Haus Hörn“ v Cáchách. Další hospice se rozvíjely jen velmi pozvolna. První německé hospice byly zakládány především jako lůžková zařízení. Teprve koncem 80. let a spíše počátkem 90. let se zde začalo prosazovat poznání, že hospic znamená v první řadě koncept a nikoli instituci.<sup>29</sup>

---

<sup>26</sup> Student, J., Mühlum, A., Student, U. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Praha: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2006. Str. 145.

<sup>27</sup> Munzarová, M., Eutanázie, nebo paliativní péče. Praha: Grada Publishing, 2005. Str. 68-69.

<sup>28</sup> Student, J., Mühlum, A., Student, U. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Praha: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2006. Str. 147.

<sup>29</sup> Student, J., Mühlum, A., Student, U. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Praha: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2006. Str. 148-151.

Idea hospiců se ve světě ujala a jsou stále více zakládány. Stejně jako celá společnost i hospicová péče prochází vývojem. Ze začátku byl chápán jako něco podřadnějšího než nemocnice, ale se současným rozvojem paliativní medicíny a ošetrovatelské péče se jeho pozice mění. Kromě odborné péče poskytuje ještě něco navíc. Personál, který zde pracuje, vytváří ovzduší lásky, klidu, pokoje, bezpečí, uznání a neděje. Udržet umírající v dobré tělesné a psychické kondici vyžaduje kromě odborníků a profesionálů také člověka s velkým srdcem.

### 3.2.2 Vývoj hospicového hnutí v ČR

U nás historie hospicové péče je poměrně krátká. Z historického hlediska u nás o nemocné a umírající pečovala především rodina. Tradiční model umírání se na našem území odehrával zejména v domácím prostředí za účasti celé rodiny a nejbližších přátel, kteří spolu s duchovním pomáhali ulehčit umírajícímu na jeho poslední cestě. Umírání mělo charakter sociálního aktu, a tak každý ze společenství věděl, že ve své poslední chvíli nezůstane opuštěn. A tak se vlastně předával model péče o umírající i znalost chování, jak se v této náročné životní situaci zachovat.<sup>30</sup>

Česká republika za vývojem paliativní a hospicové péče ve vyspělých zemích zatím poněkud zaostává. Kvalitní paliativní péče v České republice existuje, stále je však dostupná pouze omezenému množství pacientů. Důvodem této neuspokojivé situace je pravděpodobně o několik desítek let opožděný rozvoj specializované paliativní péče, mj. v důsledku odlišné politické a ekonomické situace u nás.

Počátky rozvoje specializované paliativní péče je možno klást teprve do první poloviny 90. let minulého století. Prvním pokusem bylo zřízení lůžkového oddělení paliativní péče v roce 1992 v rámci Nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou. Přelomovým počinem bylo založení prvního českého samostatného lůžkového hospice, hospice svaté Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995 o které se zasloužila MUDR. Marie Svatošová, právem považována za českou Saundersovou.<sup>31</sup>

V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, které se podařilo prosadit legislativní základy pro lůžkovou a mobilní hospicovou péči.

---

<sup>30</sup> Vorlíček, J. a kol. Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing, 1998. Str. 372-374.

<sup>31</sup> Sláma, O. a kol. Koncepce paliativní péče v ČR. Praha: Cesta domů, 2004. Str.13.



V současné době je na našem území 16 lůžkových hospiců a dvě oddělení paliativní péče.

### 3.3 Formy hospicové péče

**Domácí hospicová péče.** Pro většinu pacientů je z hlediska sociálního a psychického tou nejlepší alternativou. Ve světě se tato forma prosazuje mnohem významněji než v České republice. Domácí hospicová péče se poskytuje v těch případech, kdy je možné, aby klient prožíval poslední chvíle svého života v rodinném kruhu, mezi svými blízkými. Multidisciplinární tým poskytuje péči nejen samotnému klientovi, ale podporuje i jeho blízké, kteří o něj pečují. Péče je komplexní a zahrnuje zdravotní, sociální, psychologickou a spirituální službu po dobu 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Cílem této služby je vytvořit ideální podmínky pro důstojné prožití poslední fáze klientova života se zachováním jeho největší možné kvality. Klientovi vytváří možnosti pro uspořádání svých záležitostí a rozloučení se svými blízkými, přáteli a známými. Pro domácí paliativní péči musí být splněny tři podmínky:

- rodina, která musí být ochotná a schopná se o svého nemocného člena postarat
- nemocný musí s touto formou péče souhlasit
- musí být nepřetržitě k dispozici tým odborníků

V naší zemi stále ještě není plošně pokryta potřeba agentur domácí ošetrovatelské péče. A mnoho z agentur, které již existují zase nejsou schopni zajistit nepřetržitou pomoc rodinám nemocných. A tak se bohužel častokrát stává, že nemocný, který by si přál zemřít doma, je při náhlých komplikacích převezen do nemocnice a umírá tam.<sup>32</sup>

**Stacionární hospicová péče (denní pobyty).** Vedle dvou základních forem hospicové péče se uplatňuje i forma tzv. denního stacionáře. Je to jakási ambulanti forma péče, kam je pacient ráno dopraven a večer se vrací domů. Je vhodná pro ty pacienty, kteří nepotřebují trvalou péči na lůžku v hospici a z nejrůznějších důvodů nemohou využívat domácí hospicovou péči nejčastěji proto, že nelze zajistit 24 hodinovou účast rodiny na péči. Protože je v denním stacionáři většinou přítomno více pacientů, plní i významnou sociální úlohu. Stejně tak plní i úlohu odlehčovací péče pro rodinu.

**Lůžková hospicová péče.** Je jednou ze základních forem hospicové péče a uplatňuje se tam, kde možnosti kurativní medicíny jsou již vyčerpány a současně se již nedokáže

---

<sup>32</sup> Marková, M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada Publishing, 2010. Str.23-24.

s progredací nemoci poradit ani domácí hospicová péče. Hospic je místem, kde pacienti prožívají svoji poslední etapu života s cílem dosažení co nejvyšší jeho kvality. O pacienta se stará interdisciplinární tým složený nejenom ze zdravotnického personálu (lékařů, sester, ošetřovatelů), ale i psycholog, sociolog, případně i duchovní. Je obvyklé, že je s pacientem v hospici trvale přítomen někdo z jeho nejbližších. Pacient je v každém případě středobodem veškerého dění v hospici a je mu splněno prakticky každé jeho přání.

Pro hospicovou péči je charakteristické, že

- činnost týmu pracovníků se zaměřuje na odstranění či minimalizaci symptomů doprovázejících nevyléčitelné onemocnění.
- O pacienty a jejich rodiny se stará tým, který se skládá z lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, sociální pracovníce, psychologa, dobrovolníků a duchovních.
- Prostředí hospice se maximálně blíží domácím podmínkám, režim dne se přizpůsobuje v maximální možné míře potřebám jednotlivců.
- Hospic umožní pacientům žít naplno, jak jen jim jejich onemocnění dovolí.

Pro přijetí do hospice je indikován pacient:

- který je svým postupujícím onemocněním ohrožován na životě
- který potřebuje paliativní péči a současně není nezbytná hospitalizace v nemocnici
- u kterého není možná nebo již nestačí domácí forma hospicové péče
- který si tuto formu péče svobodně vybere<sup>33</sup>

Z časového hlediska hospicová péče zahrnuje tři období:

- první - *pre finem* - zdravotní stav již nereaguje na kurativní léčbu, přicházejí obtíže, nemocný si často uvědomuje blížící se konec života, rodina se vyrovnává s blízkostí ztráty milovaného člověka
- druhé - *in finem* - umírání v užším slova smyslu - nemocnému postupně ubývá fyzických i psychických sil, nemá zájem o okolí, nepřijímá per os, dostává se únava, slabost, spavost. Příbuzní se loučí, potřebují velkou podporu.

---

<sup>33</sup> Marková, M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada Publishing, 2010. Str. 28.

- třetí - *post finem* - důstojné rozloučení se zemřelým, péče o mrtvé tělo, ale také doprovázení pozůstalých.

Hospice by měly rozvíjet péči o své klienty ve všech třech obdobích. Chybou by bylo redukovat hospicovou péči pouze na péči v období *in finem*. Je jasné, že čím dříve nevléčitelně nemocný a jeho rodina kontaktují hospic, tím více pro ně může udělat.<sup>34</sup>

Hospice často poskytují i další návazné služby, a to respitní pobyty, které patří mezi odlehčovací služby, které pomáhají rodinám, jež se dlouhodobě starají o své nevléčitelně nemocné příslušníky, aby si odpočinuli a načerpali nových sil k další péči, nebo aby uskutečnili úpravu domácnosti. Pobyt nemocného v hospici je v tomto případě omezen jen na dobu několika týdnů.

Dále hospice půjčují různé zdravotní a kompenzační pomůcky, které usnadňují rodinám dlouhodobou péči o těžce nemocného v domácím prostředí (antidekubitární pomůcky, polohovací lůžka, hygienické pomůcky, vozíky, kyslíkové přístroje aj).

---

<sup>34</sup> Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: ECCE HOMO, 1995. Str. 132.

## 4 DOPROVÁZENÍ A PODPORA UMÍRAJÍCÍCH

Doprovázet nemocného na jeho poslední cestě životem je velké umění. Neznalostí můžeme nemocnému velmi ublížit. Odbornost znamená sice mnoho, ale není to všechno. I když se budeme hodně snažit nemocného doprovázet posledním úsekem života, nemůžeme mu nahradit toho, kdo s ním krácel dlouhá léta společně životem. „*Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně.*“<sup>35</sup>

### 4.1 Komunikace jako priorita při ošetrovatelské péči o umírající

„*Sociální komunikace, tj. vzájemné sdělování, resp. sdílení významů mezi dvěma nebo více lidmi, je nezbytnou podmínkou života ve společnosti.*“<sup>36</sup>

„*Sociální komunikaci považujeme za společného jmenovatele tří základních stránek sociálního styku: společné činnosti, vzájemného působení a mezilidských vztahů.*“<sup>37</sup>

Sociální komunikace je složitý, komplexní sociální jev, není to jen prostá výměna informací, sdělení a signálů. Je vlastně základem mezilidských vztahů, bez ní by nemohlo docházet k vzájemné interakci, spolupráci a spolupodílení se na společné činnosti. Člověk by tak byl i uprostřed lidského společenství osamocen.

Komunikace je proces výměny myšlenek nebo informací mezi jednotlivci. Obvykle se uskutečňuje prostřednictvím jazyka:

- Verbální - která může být mluvená, psaná, tištěná nebo zobrazená na obrazovce.
- Neverbální - která obvykle odráží postoje a přesvědčení prostřednictvím gest, výrazů tváře nebo řeči těla.

Ať již komunikace probíhá jakýmkoli způsobem, komunikující musí být schopni efektivně vyjádřit své myšlenky, protože pacienti i ti, kteří o ně pečují, jsou závislí na informacích od zdravotnických odborníků a odborníků na sociální péči. Komunikovat ve zdravotnictví neznámá pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí naše zdraví a mnohdy i život. A snad právě proto bychom měli vždy vědět, Co chceme říct, a měli bychom se vždy rozhodnout, KDY, KDE a JAK informaci nejlépe podat. Efektivní

---

<sup>35</sup> Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: ECCE HOMO, 1995. Str. 5.

<sup>36</sup> Vízdal, F. Sociální psychologie I. Brno: IMS, 2010. Str. 94.

<sup>37</sup> Mareš, J., Křivohlavý, J.: Komunikace ve škole. Brno: MU, 1995. Str. 210.

komunikace je proto v paliativní péči věcí zásadního významu. Neefektivní komunikace je naopak zdrojem stížností mnoha pacientů a pečujících. Pacienti paliativní péče vyžadují informace, které by jim pomohly porozumět diagnóze, zvládat chorobu a řešit specifické problémy.

*„Umírající potřebuje se svým okolím komunikovat a sestry často zapomínají, že více než slova mluví naše mimika, pohyby, gesta, postoj, oči i naše oblečení. Komunikace s pacientem je důležitá i v agonii. Je třeba, aby si sestry uvědomily, co vše mohou pro umírajícího udělat.“<sup>38</sup>*

Cílem paliativní medicíny je pomoci nevyлéčitelně nemocným a umírajícím udržet co nejvyšší kvalitu života a míru soběstačnosti. Dobré komunikační schopnosti jsou základním předpokladem kvalitní paliativní péče. Komunikací se zde rozumí vzájemná interakce mezi pacientem a zdravotnickým personálem, ale také interakce mezi pacientem a jeho blízkými, jakož i interakce mezi různými odbornými zdravotnickými pracovníky a službami podílejícími se na této péči. Komunikace mezi zdravotníky, pacienty a jejich blízkými je pro dosažení tohoto cíle klíčová. V oblasti paliativní péče představuje komunikace mnohem více než jen pouhou výměnu informací. Je třeba brát v úvahu obtížné a někdy i bolestivé záležitosti. To vyžaduje čas, osobní nasazení a upřímnost. Pro personál, který paliativní péči poskytuje, může být náročné podávat pravdivé a úplné informace a přitom respektovat naději pacienta a jeho rodiny na přežití navzdory blížící se smrti. Ze strany ošetrujícího personálu je třeba dodržovat určité zásady:

- nebýt direktivní, mít úctu k nemocnému i jeho blízkým
- být schopen naslouchat
- mít schopnost empatie a vyjádření účasti
- překonat vlastní nejistotu a strach
- být sám sebou, autentický, sebevědomý, otevřený
- mít schopnost spolupráce v týmu
- dobře se orientovat v problematice.<sup>39</sup>

Ze strany pacientů je potřeba:

- důvěra ve zdravotnický tým

---

<sup>38</sup> Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: ECCE HOMO, 1995. Str. 15.

<sup>39</sup> Sláma, O., Kabelka, I., Vorlíček, J., Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2007. Str. 33.

- schopnost otevřeně komunikovat se členy rodiny
- schopnost otevřeně komunikovat mezi členy rodiny

Základem komunikace mezi pacientem, jakýmkoli pacientem, a ošetřovatelským personálem je důvěra. Velmi závisí na osobnosti lékaře, sestry či ošetřovatele, zda si najde k pacientovi cestu. Jako lidé jsme jedineční a stejně tak je i jedinečná cesta k našemu nitru. Na každého platí něco jiného a je na zdravotnících, aby byli schopni rozpoznat signály, které pacient vysílá. Velmi důležitou součástí komunikace je umění naslouchat a číst mezi řádky. I negativní komunikace, kdy si pacient stěžuje a chová se agresivně, je jeho způsobem komunikace, kdy nám dává najevo, že je s něčím nespokojen.

Podle mých zkušeností je komunikace nejdůležitějším prvek v složitém vztahu pacient - lékař - zdravotní sestra - popř. další ošetřovatelský personál. Často se stává, že pacient raději svěří své obtíže zdravotní sestře nebo ošetřovateli než lékaři. Je velmi důležité najít si k pacientovi cestu a vybudovat si vzájemný vztah založený na důvěře. Jen tak bude pacient ochotný komunikovat a spolupracovat. Dalším krokem je, aby fungovala správná komunikace mezi zdravotnickým personálem. Je sice hezké, že se pacient svěří třeba sestře se svými potížemi, ale pokud se tyto nedostanou k lékaři, nelze je řešit a následně tedy pacientovi ulevit.

## 4.2 Základní potřeby umírajících

S předchozí kapitolou velmi úzce souvisí další problematika paliativní péče, a to uspokojování všech potřeb umírajícího. Vždyť pokud nebudeme umět s umírajícím komunikovat, nikdy se nedozvíme, co ho trápí, z čeho má strach, co potřebuje. Jak mu můžeme pomoci uspokojovat jeho potřeby, když mu neporozumíme a jeho potřeby neznáme?

Americký humanistický psycholog Abraham Maslow zformuloval hierarchii lidských potřeb:

- biologické a fyziologické potřeby - potřeby potravy, nápojů, spánku, odpočinku, přístřeší
- potřeba jistoty a bezpečí, ochrany, péče a pomoci
- potřeba přátelských vztahů, lidské sounáležitosti a lásky, pozitivního přijímání
- potřeba úcty, respektu, potřeba uznání a kladného ocenění

- potřeba seberealizace<sup>40</sup>

V souvislosti s uspokojováním základních potřeb umírajících můžeme tedy říci, že cílem paliativní péče je v užším smyslu zmírnění utrpení a v rozhodujícím širším pojetí jde o maximální možné uspokojení obecných lidských (existencionálních) potřeb, a to u člověka ve specifické situaci končícího života, blížící se smrti, kumulovaného utrpení i omezení soběstačnosti, možností sebeobsluhy a kompetentnosti rozhodovat o dění i o sobě samém..

Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevyléčitelných nemocí závisí na:

- základním onemocněním
- stupni jeho pokročilosti
- přítomnosti více závažných onemocnění současně
- pacientově věku a sociální situaci (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace aj.)
- psychickém stavu (kognitivní a emoční stav, míra informovanosti, duchovní orientace atd.)

Priority umírajících lidí jsou pochopitelně různé - liší se podle jednotlivých lidí, jejich osobní situace, adaptace na infaustní diagnózu i podle onemocnění. Přesto jsou některé potřeby velmi časté a jsou společné většině klientů paliativní péče:

- nestrádání - tlumení bolesti a utrpení
- neprodlovování bolestné předsmrtné fáze, umělé oddalování smrti
- neosamělost, neodloučenost, umírání v kontaktu se svými blízkými, v domácím prostředí či s neomezenými návštěvami v nemocnici nebo jiném zařízení
- autonomie klienta, kontrola nad děním
- soběstačnost či alespoň možnost sebeobsluhy
- sebeúcta a důstojnost - možnost zachovat si identitu, kontinuitu životního příběhu, nemít pocit, že jsem se stal břemenem, přítěží
- bezpečnost - důvěra v kvalitu, podpůrnost a vstřícnost poskytované péče.

K hlavním specifickým potřebám umírajících lidí a jejich rodin také patří:

---

<sup>40</sup> Kalvach, Z. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Praha: Cesta domů, 2010. Str. 21-24.

- kvalifikovaná paliativní zdravotní péče s kvalitním tlumením bolesti a jiného utrpení, a to pokud možno tam, kde si to umírající přeje - např. doma
- jistota bezpečné zdravotní péče konzultující s pacientem a respektující jeho vůli
- empatická a otevřená komunikace s rodinou i s pečujícími profesemi
- rozloučení a smíření - umožnění kontaktu s relevantními lidmi
- spirituální podpora - u věřících lidí komunikace s duchovními, přijetí svátostí
- neomezený kontakt s blízkými lidmi
- podpora umírání v domácím prostředí, pokud si tak umírající přeje, či v hospicovém režimu
- důstojné zabezpečení s individualizovaným přístupem - kvalitní sociální služby
- pružná dostupnost krizové intervence a jiné psychoterapeutické podpory
- odlehčovací podpora pečujících rodin a podpora pozůstalých v době zármutku po úmrtí
- pomoc s uspořádáním osobních záležitostí včetně poslední vůle.<sup>41</sup>

Dle Svatošové můžeme potřeby umírajících rozdělit do čtyř okruhů: a to potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže

na začátku onemocnění byly prvořadě potřeby biologické, v závěrečné části nabývají na důležitosti potřeby spirituální.

**Potřeby biologické.** Sem patří všechny potřeby, které se týkají nemocného těla. Příjem potravy i způsob její úpravy, dostatek vhodných tekutin, vyprazdňování, zajištěné důstojným způsobem, dostatek odpočinku a spánku, tišení bolesti a monitoring tělesných funkcí (TK, P, TT) a jejich případná úprava.

**Potřeby psychologické.** Sem patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to nezávisle na fyzickém stavu. Člověk není složen pouze z kostí, masa a tělesných tekutin. Je to jedinečná a neopakovatelná bytost se svým vlastním posláním. Vždy je nutné ho chápat a respektovat, tím spíše v tomto, pro něj tak obtížném období. Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat, potřebuje pocít bezpečí, pocít úcty a respektu.

---

<sup>41</sup> Kalvach, Z. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Praha: Cesta domů, 2010. Str.15-17.



**Potřeby sociální.** Člověk je tvor společenský, a tak jako nežije v izolaci, neměl by ani v izolaci umírat. Takový člověk většinou stojí o návštěvy a potřebuje kolem sebe svou rodinu a své přátele. Stále je platným členem společnosti, ve které doposud žil.

**Potřeby spirituální.** Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu. Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí, včetně zdravotnického personálu, domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Ale tyto potřeby se netýkají jen věřících, spíše naopak. V průběhu vážné nemoci se lidé začínají zabývat životně důležitými otázkami smyslu života - vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu i sám odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí, a to tak, že si někdy i zoufá. Je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně.<sup>42</sup>

### 4.3 Obecné potřeby rodin pečujících o terminálně nemocné lidi

Rodinní příslušníci a přátelé bývají umíráním milovaného člověka zasaženi v mnohém ohledu. Trpí s umírajícími, přejímají ztrátu a jsou konfrontováni s vlastní smrtelností se všemi nejistotami a strachy, které jsou s tím spojené. Příbuzní pacientů v paliativní péči musí tak čelit velkým nárokům, které na ně i na pacienta onemocnění klade. Očekává se, že se vyrovnají s každodenní péčí o pacienta, změnami své role i rozdělením úloh mezi jednotlivými členy rodiny. Členové rodiny si tak uvědomují, jak se mění smysl života a vzájemné vztahy, když se pacient dostává do terminální fáze svého onemocnění. Z výše uvedeného je zřejmé, že rodina musí upravit domácí prostředí tak, aby mohla poskytovat péči, řešit praktické problémy, ke kterým dochází a zároveň se snažit zvládat své emocionální problémy a obavy z budoucnosti.

Aby rodiny mohly přejímat péči o své závažně nemocné členy, musejí nejen chtít, ale také umět a moci - mít reálné podmínky a předpoklady, a to zdravotní, mentální, psychické, finanční, bytové, vztahové. Nelze uplatňovat převzetí do rodinné paliativní péče za každou cenu, jako samozřejmou povinnost. Rodina se sama musí rozhodnout a být motivována, protože na ní bude pak velký díl péče záviset. Častým důvodem odmítnutí domácí paliativní péče je obava z nezvládnutí ošetřování doma včetně aspektů vztahových

---

<sup>42</sup> Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: ECCE HOMO, 1995. Str. 21-24.

či bezpečnostních („abychom mu neublížili, my ho neumíme zvednout, posunout“). Je důležité nezapomínat na to, že péče o umírajícího blízkého člověka představuje zpravidla obrovský psychický stres i fyzickou zátěž, a ani na to, že dlouhodobější péče způsobuje vážné problémy v zaměstnání a má závažné souvislosti ekonomické, což ještě více zhoršuje stres a způsobuje úzkost, pocity viny či konfrontační jednání.

Pohlédneme-li na potřeby doprovázejících lidí, uvidíme, jak úzce jsou jejich přání provázána s přáním umírajících: trápí-li se umírající, stejně jsou na tom i jeho blízcí a naopak - ale většinou každý sám. Členové rodiny, jejichž vlastní potřeby nejsou uspokojeny, jsou méně schopni se starat o svého člena a častěji mají sami fyzické i psychické problémy. Práce s nejbližšími umírajícího musí tedy vedle konkrétních úkolů a zátěží zahrnout také předvídání smutku. Příbuzní, kteří mají před očima blízkou smrt milovaného člověka, trpí čtyřmi druhy strachu, které jsou podobné obavám umírajících:

- strach z nejistoty - v dnešní době je umírání většinou vytěsněno z každodenní zkušenosti, pro proces umírání chybějí obyčejné znalosti a vzorce chování, a proto se mnozí lidé obávají, že budou muset prožít umírání blízkého člověka doma
- strach z utrpení - mnozí lidé si s utrpením spojují bolest a to nejen umírající, ale také (rovněž smrtelní) rodinní příslušníci
- strach ze ztráty - zažít smrt blízkého člověka vždy znamená bolestné odloučení, proto je důležité, aby pro všechny zúčastněné byl vytvořen prostor, který by umožňoval jejich postupné rozloučení a vnitřní přípravu na odchod
- strach ze selhání - i tyto pocity patří k normálnímu procesu smutku.<sup>43</sup>

K tomu, aby se tedy rodina mohla plnohodnotně postarat o svého umírajícího člena, je třeba zajistit tyto čtyři důležité potřeby:

- ujištění o tom, že jejich blízký nemá velké potíže
- dostatek informací
- praktické dovednosti
- emocionální podpora rodiny<sup>44</sup>

Proto je potřeba rodině:

---

<sup>43</sup> Student, J., Mühlum, A., Student, U. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Praha: H&H Vyšehradská s.r.o., 2006. Str. 63-68.

<sup>44</sup> O'Connor, M., Aranda, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing, 2005. Str. 221-226.

- vytvořit vhodné podmínky pro možnost zajištění domácího ošetřování včetně obstarání ošetřovatelských pomůcek
- poskytnout odbornou radu a nácvik ošetřovatelských, rehabilitačních i jiných úkonů
- zajistit „jistotu kontaktu“ v případě komplikací, průběžné poradenství, akutní návštěvu a „SOS manuál“ - co dělat v případě očekávatelných komplikací
- otevřít prostor pro vzájemnou komunikaci mezi členy rodiny, pro detabuizaci tématu umírání, pro dialog s umírajícím
- poskytnout informace o podpůrných službách (home care, pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová péče) i sociálních dávkách a jiných podpůrných opatření a pomoci rodině v jejich získání
- nabídnout odlehčovací a respitní služby, především v podobě dobrovolnické pomoci, osobní asistence, dohledu, příp. krátkodobých ústavních pobytů
- přislíbit pomoc při přijetí pacienta k ústavní péči, pokud by se ukázalo, že rodina není schopna potřebnou péči zvládnout (např. pro náročnost ošetřování, změna stavu, zdravotní či psychickou dekompenzaci pečujících)
- poskytnout aktivní monitoring zdravotního a psychického stavu pečujících laiků s včasnou potřebnou intervencí (např. psychoterapeutická pomoc v krizi, fyzioterapeutická podpora) - je třeba se o pečující rodinu starat, aby i ona se mohla starat o svého umírajícího člena
- poskytnout morální podporu, odborné i společenské ocenění za péči, kterou poskytuje.<sup>45</sup>

#### 4.4 Fenomén dobrovolnictví

Dobrovolnictví je samostatná činnost prováděna ve prospěch druhých bez nároku na finanční odměnu. Častým typem dobrovolnictví je zapojení do činnosti neziskové organizace. Důvody k dobrovolnictví bývají většinou morální. Patří mezi ně potřeba pomáhat druhým, měnit svět k lepšímu. pomáhat při živelné katastrofě, mírnit utrpení nemocných lidí.

Počátky dobrovolnictví, jak je chápeme dnes, můžeme sledovat s nástupem raného kapitalismu a tyto začátky navazovaly na činnost bratrstev a řádů. Dobrovolnictví jako

---

<sup>45</sup> Kalvach, Z. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Praha: Cesta domů, 2010. Str. 44-46.

činnost konaná mimo hlavní zaměstnání se rozvíjí se vznikem občanského společenského života a zároveň jako odpověď na vzrůstající počet lidí žijících v nedůstojných podmínkách. Dobrovolníci mohou v sociálních a zdravotnických službách zastat mnoho užitečné práce, zejména v bezprostředním kontaktu s klientem. Vnášejí do nich nadšení, vysokou angažovanost, neformálnost, osobní přístup ke klientům.

Dobrovolník, který pomáhá ve zdravotnickém zařízení, se stává členem týmu pečujícího o pacienta. Je proto důležité, aby byl zdravotnickým personálem kladně přijímán.

Dobrovolnictví je chápáno jako součást komplexní péče o umírajícího a jeho rodinu. Zapojení dobrovolníků je nezbytné nejen z důvodů ekonomických, ale především obohacuje paliativní péči o ducha vzájemnosti, bez něhož ztrácí tento druh péče jeden ze svých nejdůležitějších rozměrů. Dobrovolník by v žádném případě neměl nahrazovat odbornou práci profesionála a neměl by být využíván k činnostem, do kterých se nikomu nechce. Dobrovolníci jsou tak velmi významnou složkou multidisciplinárního týmu v oblasti domácí a hospicové paliativní péče.

Hlavními činnostmi dobrovolníků jsou aktivity spadající do působnosti osobní asistence včetně společnictví, pečovatelské služby, respitní podpory, především dohledu nad nemocným v době nepřítomnosti rodiny, ale také „lidské podpory“ rodiny, např. ve smyslu vyprávění si s partnerem umírajícího člověka, který tak má možnost odvyprávět svůj smutek, úzkost, ale také třeba ukázat fotografie ze společného života, ukázat, jaký byl tento umírající a slabý pacient dříve zajímavý člověk.

V rodinách mladých umírajících lidí mohou dobrovolníci účinně pomáhat rodině např. v péči o děti. V dvoučlenných rodinách umírajících starých lidí je celá řada činností, v nichž uvítá dobrovolnickou pomoc partner paliativního klienta, protože sám je již v pokročilém věku a trpí různými zdravotními a funkčními problémy.

Dobrovolnická činnost, řazená mezi občanské činnosti, má také závažný osobnostní dopad na samotné dobrovolníky, zvláště mladé lidi, a mnohdy jim přináší pocit životní smysluplnosti.

Příklady činností dobrovolníka ve zdravotnickém zařízení (např. nemocnice, hospice):

- společník u lůžka
- doprovod na procházky
- doprovod na různá vyšetření

- administrativní pomoc v kanceláři
- informační služba na recepci.

Příklady činností dobrovolníka v domácí paliativní péči:

- podpora a pomoc v rodinách klientů
- doprovázení pozůstalých
- služba na telefonu
- zapojení v denních stacionářích
- transport pomůcek a pomoc s jejich instalováním, popř. zaučení s jejich manipulací
- redakční a administrativní práce<sup>46</sup>

V současnosti se stalo dobrovolnictví ve vyspělých civilizovaných zemích běžnou součástí života. Rok 2011 byl Radou ministrů zodpovědných za kulturu vyhlášen Evropským rokem dobrovolnictví.

---

<sup>46</sup> Sociální pracovník jako koordinátor dobrovolníků [on-line] [cit. 2013-03-19] Dostupné z <http://www.umirani.cz/socialni-pracovnik-jako-koordinator-dobrovolniku.html>

## 5 PÉČE O POZŮSTALÉ

*Umíráš, odcházíš a já zůstávám. Se svými slzami, se svou láskou, se svojí bolestí. Opouštíš mě a já se dál budu bít s nástrahami tohoto světa, dokud nepřijde i můj čas.*

*William Shakespeare*

### 5.1 Podpora pozůstalých a péče o ně

Paliativní péče nabízí podporu rodině a dalším blízkým osobám během nemoci pacienta, pomáhá jim připravit se na ztrátu a pokračuje v poskytování podpory v době zármutku, je-li to třeba i po úmrtí pacienta. Péče o truchlící pozůstalé je považována za základní a nezbytnou součást paliativní péče.

Prožitek ztráty je nevyhnutelnou součástí dospělého života a tím, jak člověk stárne, se zvyšuje frekvence této zkušenosti. Každá ztráta je provázena pocitem bolesti a bezmoci. Způsob, jakým se člověk s touto ztrátou vyrovnává, se nazývá truchlení. Je to dynamický proces, který má své obecné i specifické projevy, které se mohou v čase měnit a jejich intenzita může kolísat.

Úmrtí blízkého člověka je pro pozůstalého zátěžovou životní situací. Klade nároky na jeho psychiku, odráží se v jeho fyzickém stavu, zasahuje do sociálních vztahů a většinou aktualizuje jeho duchovní sféru, zejména otázky osobní víry a smyslu života. Pozůstalí potřebují často pomoc a podporu při utváření života bez zemřelého i při získávání nové psychické rovnováhy. Hlavním zdrojem pomoci pozůstalým při nekomplikovaném truchlení by měla být především jejich primární členská skupina - rodina, přátelé, sousedé. Mnoho lidí se od pozůstalých distancuje, protože neví, jak s nimi komunikovat, jak se zachovat. Obávají se, že by mohli truchlícího zranit. Selhávání tradičních zdrojů sociální opory vede k tomu, že se stále více pozůstalých obrací se svými problémy na odborníky. Otevírá se tak prostor pro poradenství či psychoterapii pozůstalých.

Pro většinu zdravotnického personálu je obvyklé, že jsou svědky něčí smrti. Vidět konečný důsledek smrtelného patologického stavu je nevyhnutelnou součástí klinické praxe a existují protokoly a procedury, jimiž se zdravotnický personál řídí při nakládání s mrtvým tělem. Popis běžné biologické reality však smrt plně nevystihuje. Tváří v tvář smrti si uvědomujeme, jaký význam má ztráta a absence člověka. Bezprostředně po smrti

pacienta se zdravotnický personál ocitá ve společnosti pozůstalých, kteří potřebují pomoc a útěchu. V naší republice zatím není obvyklé, aby zdravotnická zařízení, tedy kromě hospiců, poskytovala formální péči o pozůstalé. Ti se sice mohou setkat s neformální péčí ze strany jednotlivých zainteresovaných zaměstnanců, ale důsledná a fundovaná péče jim pravděpodobně nabídnuta nebude. Péče o pozůstalé není totiž součástí zdravotnických služeb a zdravotnický personál není povinován vůči pozůstalým ničím jiným než prostým soucitem a lidským přáním zmírnit utrpení. Každý člověk se vyrovnává se ztrátou svého blízkého po svém. A stejně tak jako je nezbytný individuální přístup k nevléčitelně nemocným a umírajícím klientům, je potřeba si toto uvědomit i v jednání s pozůstalými. Někdy je velmi obtížné stanovit správnou formu komunikace a chování vůči pozůstalým. Ztráta blízkého člověka vyvolává v lidech rozmanité reakce se značně proměnlivými projevy zármutku. A zdravotnický personál je vystaven jako první těmto projevům. Často se tak může setkat až s agresivním chováním pozůstalých. Podle mého názoru a zkušenosti, je ale morální povinností, aby veškerý ošetrovatelský personál vždy zůstal v jednání s pozůstalými naprosto korektní, trpělivý a empatický. I když je to někdy nad lidské síly.<sup>47</sup>

## 5.2 Poradenské služby pro pozůstalé

Péče o pozůstalé může mít nejrůznější podoby - od soucitné a empatické komunikace, přes krizovou intervenci, nejrůznější poradenství až po psychiatrickou péči. Pomoc pozůstalým tedy zahrnuje poměrně široké spektrum - od laické pomoci až po profesionální služby.

Profesionální pomoc obvykle pozůstalí vyhledávají zpravidla tehdy, když ostatní zdroje (např. vlastní obranné zdroje, pomoc příbuzných a přátel) selhávají nebo nejsou dostatečně účinné.

Profesionální pomoc pozůstalým může mít následující formy:

- doprovázení - poradce pomáhá pozůstalým zvládnout a přijmout situaci, která je objektivně nezměnitelná, ale jejíž subjektivní prožívání lze ovlivnit
- vzdělávání - pozůstalý vyhledá pomoc, protože chce získat informace, vysvětlení, poučení

---

<sup>47</sup>Payneová, S., Seymourová, J., Ingletonová, Ch. Principy a praxe paliativní péče. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Str. 516-527.

- konzultační činnost - odborná porada mezi odborníky v rámci péče o klienta
- poradenství - vede klienta k hlubšímu poznání jeho problému, jeho příčin a možnosti řešení, pomáhá najít klientovi nejefektivnější řešení jeho problému, nabízí určité nápady, možnosti a rady a klient má možnost si sám vybrat
- terapie - klient si sám přeje zbavit se svého problému, spolu s terapeutem hledají a vytvářejí možnosti řešení.<sup>48</sup>

Poradenství pro pozůstalé je považováno za vhodnou formu pomoci zejména pro truchlící, kteří prožili ztrátu blízkého člověka v nedávné době a potřebují pomoc při adaptaci na tuto situaci. Poradenství pro pozůstalé je adekvátním přístupem v případě nekomplikovaného normálního truchlení. Na zvládnání komplikovaných forem smutku se specializuje terapie pozůstalých. Ta je indikována v případě, kdy u pozůstalých přetrvává závislost na zemřelém, trápí je silné pocity viny, výčitky svědomí, pocity hněvu a vzteku. Prostor pro terapii nastává též v případě, kdy pozůstalí neprožívají žádné pocity.

Poradenství pro pozůstalé nemá v naší zemi silnou tradici a zatím není příliš rozšířeno. Nabídka pomoci a podpory této cílové skupině je zatím minimální a stejně tak i poptávka po této službě je malá. Důvodem může být, že pozůstalí doufají, že se časem jejich bolest zmírní. Tento postoj je i často podporován řadou mýtů, které se kolem zármutku vytvořily. (Např. „Čas zhojí všechny rány.“, „Každá bolest jednou přebolí.“ apod.). Mnoho pozůstalých má též zábrany vyhledat odbornou pomoc. Bojí se, že by tím dali najevo svou slabost, své selhání.<sup>49</sup>

Poradenství pro pozůstalé můžeme v souladu s Gaburou chápat, jako „*poradenství založené na vztahu pomoci, přičemž má poradce snahu podpořit růst, rozvoj, zralost a uplatnění klienta, aby se efektivněji orientoval ve světě a vyrovnával se se životem.*“<sup>50</sup> V případě pozůstalých pak nejde pouze o vyrovnávání se se životem, který byl smrtí blízkého člověka radikálně změněn, ale také o vyrovnání se s jeho smrtí. Cílem poradenství pro pozůstalé není urychleně ukončit proces truchlení, ale pomoci pozůstalým pochopit, co se s nimi děje a proč, a vrátit jedince, páry, rodiny nebo skupiny na určitou úroveň fungování.

---

<sup>48</sup> Novosad, L. Základy speciálního poradenství: Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Praha: Portál, 2000.

<sup>49</sup> Špatenková, N. Poradenství pro pozůstalé. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2008. Str. 13-26.

<sup>50</sup> Gabura, J., Pružinská, J. Poradenský proces. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. Str. 13.



## 6 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA V PALIATIVNÍ PÉČI

Myšlenky o výchově a společnosti, o péči a starosti o druhé se objevují již v odkazu antického myšlení. Již v dílech mnoha antických filozofů je pojednáváno o roli výchovy a vzdělání ve společnosti a pro společnost. Pomocí výchovy se měla uplatňovat diferencovaná příprava lidí. Význam výchovy v souvislosti s přípravou člověka pro jeho společenské uplatnění, sociální funkci výchovy vyzvedá především Platón.

Na vznik sociální pedagogiky měl velký vliv vývoj sociologie. Zakladatel sociologie A. Comte zdůrazňoval úlohu výchovy s cílem podřídit individuální zájmy jednotlivce zájmům celé společnosti. Výchova tak měla přispívat ke stabilizaci společnosti a chránit ji před rozpadem. Výchovu pokládal za důležitý prostředek socializace.

Sociální pedagogika je tak považována za hraniční disciplínu mezi sociologií a pedagogikou, která zkoumá vztahy mezi sociálním prostředím a výchovou, formy sociální péče a pomoci všem věkovým kategoriím. Tedy vztahy člověka v sociálním prostředí.

Sociální pedagogika sleduje význam prostředí pro výchovu., problematiku specifických vlivů prostředí a jejich ovlivňování, rozebírá výchovné vlivy, které vycházejí z prostředí, a určuje zásady pro organizaci prostředí z hlediska potřeb výchovy. Sociální pedagogika se snaží respektovat vlivy prostředí a ovlivňovat je a využívat je k záměrnému výchovnému působení. Jejím cílem je usměrňovat vlivy prostředí tak, aby pomohly člověku uvolňovat jeho lidský potenciál a vést odpovědný život ve společnosti, do které se narodil.

### 6.1 Sociální pedagogika jako životní pomoc

*„Sociální pedagogika jako poměrně nová disciplína stojí ve své podstatě na dvou základech. Jedním je tradice filosofického myšlení, jež se soustřeďuje na výpovědi o složitém vztahu společnosti a člověka, druhým je tradice sociální práce, příklady péče, solidarity a starosti o druhé, jež doprovází praxi mezilidského soužití ve všech historických etapách.“<sup>51</sup>*

*„Sociální pedagogika jako životní pomoc je pozitivní pedagogika, jejímž cílem je v systému komplexní péče poskytnout pomoc dětem, mládeži a dospělým v různých typech prostředí*

---

<sup>51</sup> Procházka, M. Sociální pedagogika. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2012. Str. 11.

*hledáním optimálních forem pomoci a kompenzováním nedostatků. Cílem je přeměna lidí a společnosti prostřednictvím výchovy.*<sup>52</sup>

Pro potřeby paliativní medicíny a péče je podle mého názoru důležité širší pojetí sociální pedagogiky, kdy je chápána jako péče o vzdělání širokých lidových vrstev, tedy i jako péče osvětová a poskytování všeobecného a odborného vzdělání dospělým jako předpoklad pro jejich lepší uplatnění ve společnosti. Sociální pedagogika je obor či věda, která pracuje s lidmi a pro lidi, a jako taková by se paliativní medicínou a péčí měla jistě zabývat.

Přední český onkologický lékař Jiří Vorlíček se zabývá i problematikou paliativní medicíny a péče v České republice. Podle něho je velmi důležité přesvědčit laickou i odbornou veřejnost, že kvalitní paliativní péči je třeba považovat za součást standardní zdravotní péče a nikoli za její nadstandardní část pro movité klienty. Je třeba systematicky a koncepčně pracovat na tom, aby byla kvalitní paliativní péče přístupná všem, kteří ji potřebují. V této oblasti je třeba vzdělávat celou českou společnost, novináře a politiky nevyjímaje. Je třeba usilovat o rozvoj podpory různých charitativních akcí a zakládání charitativních spolků na podporu paliativní péče, zakládání hospiců a v budoucnu i vícezdrojového financování.<sup>53</sup>

V souvislosti se sociální pedagogikou se věnuje zvláštní pozornost sociální práci. Sociální práce je obor, který má v dnešní době k sociální pedagogice asi nejbližší. V té nejširší variantě je zpravidla vymezován jako obor, který se zabývá činnostmi, kterými se snaží předcházet nebo upravovat problémy jedinců nebo skupin vznikající z konfliktů mezi potřebami jedince a společenských institucí se záměrem zlepšovat kvalitu života. To, že má sociální práce velmi blízko k praxi, někdy může vést k názoru, že sociální pedagogika je vlastně teoretickou oporou pro sociální práci. Je sice pravdou, že vztah sociální pedagogiky a sociální práce je stále ve většině zemích a i u nás diferencovaný, ale obě disciplíny se zabývají lidmi a jejich problémy, snahou o pomoc potřebným, prací s problémovými klienty, řešením jejich životních situací.<sup>54</sup>

---

<sup>52</sup> Bakošová, Z. Sociální pedagogika jako životná pomoc. Bratislava: Public promotion, s.r.o., 2008. Str. 55.

<sup>53</sup> Vorlíček, J. Paliativní medicína v ČR v roce 2006. Kde se nacházíme a kam směřujeme? [on-line]. [cit. 3.4.2013]. Dostupné na [www.hospiccheb.cz/soubory/1-vorlicek-bdpm.ppt](http://www.hospiccheb.cz/soubory/1-vorlicek-bdpm.ppt)

<sup>54</sup> Kraus, B., Sýkora, P. Sociální pedagogika I. Brno: IMS, 2009. Str. 4-15.

## 6.2 Sociální práce a paliativní péče

Sociální práce je činnost a opatření prováděná specializovanými institucemi a organizacemi směřující především k pomoci (materiální, právní, morální, psychologické aj.) těm jedincům i skupinám a vrstvám obyvatelstva, kteří:

- se dostali do stavu trvalé i dočasné tísně (vlastním přičiněním i v důsledku vnějších okolností) v oblasti existenční, zdravotní, výchovné apod.
- vykonávají společenskou roli či neprofesionální činnost z hlediska společnosti obzvláště potřebnou, zasluhující zvláštní podporu
- nezvládají běžné sociální povinnosti, resp. žijí způsobem, který ohrožuje zdravotné i jinak je samotné i jejich sociální okolí.<sup>55</sup>

Umírající a truchlící sice netvoří žádnou klasickou skupinu, jsou však odsouváni stranou, izolováni a zanedbáváni, a proto představují výzvu pro sociální práci. Jejich nejdůležitějším spojencem je hospicové hnutí, které se již roky snaží o navrácení umírání do všedního života v důstojném prostředí: utišující péčí, léčbou bolesti, lidským přístupem a doprovázením až k přirozené smrti. Pochopit umírání jako součást života znamená podporovat zdraví. Pro sociální práci je charakteristická schopnost pohybovat se v krizovém poli. Sociální práce je ve svém jádře krizová práce, tzn. že se její kvalita prokazuje v tom, jak je schopná přiměřeně zvládat krizové životní události nebo životní krize. Většina krizí je vyvolána ztrátou.

Nabídka sociální práce, tedy odborný přístup k umírání, smrti a smutku, znamená trojí:

- odbornost v teorii, vzdělávání a praxi,
- být umírajícím a truchlícím lidem blízko a doprovázet je a podporovat,
- zastupovat tuto myšlenku na veřejnosti.

Sociální práce se v české paliativní péči prosazovala postupně. Do náplně práce sociálního pracovníka v paliativní péči patří zejména tyto úkoly:

- Informační a poradenská služba
- Kontakt s pacientem a jeho rodinou
- Péče o pozůstalé

---

<sup>55</sup> Sociální pedagogika. [on-line] .[cit. 5.4.2013]  
dostupné z [http://www.rongce.cz/dokumenty/skripta\\_VS/S\\_Socialni\\_pedagogika.pdf](http://www.rongce.cz/dokumenty/skripta_VS/S_Socialni_pedagogika.pdf).

- Práce s dobrovolníky
- Spolupráce s ostatními členy týmu
- Administrativa
- Vzdělávání v paliativní péči<sup>56</sup>

Je nutné vyzvednout celostní, biopsychosociální perspektivu a universální způsob práce odborné sociální práce, která tak zásadně zohledňuje celou osobu v jejím životě a životní situaci, což je myšlenka vlastní i sociální pedagogice, která provází člověka na biodromální cestě životem. K tomu, aby takto sociální práce v oblasti paliativní péče fungovala napomáhají specifické metody (individuální pomoc, sociální skupinová práce, komunitní práce, systémová práce) a její profesionální kompetence (schopnost komunikace, vedení rozhovorů, krizová intervence, schopnost doprovázet umírající podle dané fáze umírání, aktivizovat, uschopňovat a spojovat). Na tomto výčtu je vidět jak je sociální práce v paliativní péči provázána se sociální pedagogikou, která se vlastně zabývá podobnými, ne-li stejnými tématy. Na tomto pozadí lze odvodit i jednotlivé úkoly pro sociální pedagogiku v souvislosti s umíráním, smrtí a smutkem:

- vést umírající a jejich rodiny ke schopnosti překonávat situace umírání, tzn. podporovat komunikaci a vzájemné vyjadřování přání
- podporovat umírající a jejich nejbližší, aby si zachovaly právo na sebeurčení i v době umírání, tzn. brát vážně přání a požadavky všech zúčastněných a posilovat pocit vlastní hodnoty umírajícího, aby pochopil, že se mu vše nevymyká z rukou, že má stále vliv na situaci a že navzdory slabosti není vydán bezmoci
- zastupovat zájmy umírajících a jejich blízkých, nabízet vzdělávání, práci s veřejností a kontakty s obcí a reprezentovat tak přání nemocných a učinit z umírání, smrti a smutku věc veřejnou a působit tak proti stigmatizaci
- radit a instruovat umírající a jejich rodiny, aby se s danou situací lépe vyrovnali, upozorňovat na nové materiální, finanční pečovatelské, lékařské a komunikační prostředky pomoci
- zařadit proces umírání a umírající zpět do společnosti, pokusit se tak čelit hrozbě izolace mobilizací sociálních zdrojů, největší význam při tomto mají dobrovolníci a jejich získávání, vzdělávání, doprovázení, koordinace a supervize

---

<sup>56</sup> Student, J., Mühlum, A., Student, U. Sociální práce v hospici a paliativní péči. Praha: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2006. Str. 9-19.

- vypořádat se s křivdami a zbytečnou zátěží truchlících lidí, podporovat a doprovázet truchlící, kteří jsou v této době více zranitelní, a pomáhat jim zvládat všední život
- přivést zpět umírání a smrt do podvědomí veřejnosti, rozšiřovat myšlenky hospiců, prostřednictvím kontaktů s jinými službami, s nemocnicemi, domy s pečovatelskou službou, ambulantními pečovatelskými službami, školami, pohřebními službami a církevními farnostmi.<sup>57</sup>

### 6.3 Prevence pracovního stresu a syndromu vyhoření v paliativní péči

Péče o pacienty v poslední fázi života i o jejich rodiny může být stresující, avšak přináší i uspokojení. Práce s pacienty, kteří trpí mnoha obtížnými symptomy a snaží se vyrovnat s blížící se smrtí, klade na jejich ošetřující personál velké psychické nároky. Doprovázení pacientů a jejich blízkých v nejtěžším období jejich života a účast na zmírňování jejich utrpení mnohou být pro ošetřovatelský personál nesmírně obohacující zkušeností. Na druhé straně neustálé vystavení utrpení a ztrátě může mít negativní dopad na psychiku pečovatelů, pokud si neuvědomí, že musí pečovat také o sebe. Velká část zátěže má svůj původ v osobních faktorech pečovatele, mezi které patří pracovní prostředí, konflikty mezi členy týmu, otázky vedení a řízení a konflikt rolí. Přestože pracovní stres a syndrom vyhoření jsou běžné všude ve zdravotní péči a rozhodně nejsou příznačné jen pro péči paliativní, je více méně jasné, že personál poskytující tuto péči je těmto rizikovým faktorům vystaven ve větší míře.

S pojmem „burnout“ se setkáváme v odborné literatuře od poloviny 70. let 20. století. Výraz pochází z anglického originálu známého jako vyhoření, vypálení, vyhasínání.

Syndrom vyhoření znamená ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníků některých pomáhajících profesí a jedinců, kteří se dlouhodobě starají např. o nemocného, postiženého nebo umírajícího rodinného příslušníka. V české odborné literatuře je syndrom vyhoření nejčastěji uváděn v kontextu problematiky osobnosti

---

<sup>57</sup> Student, J., Mühlum, A., Student, U. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Praha: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2006. Str. 107-111.

ve zdravotnických nebo sociálních profesích, u nichž jsou pracovní náplní různé formy služeb druhým lidem.

Vyhoření není nemoc, ale proces, který často začíná již velmi záhy v průběhu kariéry pomáhajícího. Je to stav emočního a fyzického vyčerpání s výrazným snížením energie, chronickou únavou a celkovou slabostí, ke kterým dochází v důsledku chronického stresu. Vyčerpání je doprovázeno pocitem beznaděje, bezmocí, zklamáním, únavy, negativním postojem k sobě samému, ztrátou zájmu o svou práci, rutinou, kdy osoba již nevidí důvod dalšího vzdělávání a osobního růstu, stále delšími obdobími vyčerpanosti a výkyvy nálad.

Syndromem vyhoření jsou ohroženi zejména ti, kteří:

- jsou zprvu nadšeni pro určitou věc, avšak nadšení postupně ustupuje
- neustále zvyšují nároky, které na sebe kladou, a to bez ohledu na své schopnosti a možnosti
- nedokážou se distancovat od nadměrných nároků svého okolí
- nedokážou snížit množství práce na únosnou míru
- nepřenesou část své zodpovědnosti na ostatní, vše chtějí mít pod kontrolou
- neumějí relaxovat a odpočívat
- jsou pod tlakem z více stran
- mají nízké sebevědomí, ale vysoké ideály
- neúspěch prožívají jako velké selhání.

**Jak předcházet syndromu vyhoření u pečujících?** Významnou roli hraje sociální opora, naslouchání a vyslechnutí jedince bez kritizování, rad a dlouhých komentářů. Neméně důležitá je emocionální opora, poskytnutí útěchy a empatie, odborné ocenění a uznání, kdy jedinec vnímá, že jeho úsilí je příznivě hodnoceno a že je doceněna jeho práce. Obranou proti syndromu vyhoření je jeho prevence. Je třeba se podrobně seznámit s touto problematikou, znalostí na koho se obrátit se svými problémy a kde hledat pomoc.

Preventivní opatření:

- smysluplný život a přijetí skutečnosti, že člověk není dokonalý a může chybovat, stanovení základních životních cílů a jejich postupné realizace
- pozitivní emoce, vnitřní rovnováha

- pozitivní postoj k sobě samému, umět se pochválit, udělat si radost
- naučit se odpočívat, dělat si přestávky, doplňovat energii, mít své zájmy, relaxace
- citové zázemí a fungující partnerský vztah a rodina, pozitivní mezilidské vztahy
- naučit se odmítat - říkat NE, asertivita
- spoluvytvářet dobré pracovní podmínky, podílet se na týmové práci, vážit si spolupracovníků
- pozitivní prožitky
- pomoc druhým a mít radost a potěšení z vlastní práce.

## ZÁVĚR

Téma „Paliativní péče z pohledu sociální pedagogiky“ jsem si vybrala, jak jsem již nadesla v úvodu, protože je mi tato tematika velmi blízká, a to již nejen z hlediska mé profese zdravotní sestry, ale také jako rodinného příslušníka umírajícího.

Potřeba hovořit o této problematice se mi potvrdila již v začátcích mé bakalářské práce, protože i mnoho mých dnešních spolužáků vůbec nevědělo, co to vlastně paliativní péče je. Dnešní společnost zavírá oči před závažnými otázkami jako je umírání, smrt a smutek oči. Mladí lidé chtějí žít, co se týká materiálních hodnot, rychle a kvalitně. To, že jednou budou staří a umírající si vůbec nepřipouští. Jenže vzhledem k nesnázím při umírání za podmínek daných současným životním stylem nemůže společnost před naznačenými těžkostmi trvale zavírat oči. Jelikož umírání, smrt a smutek mají závažný význam pro sociální oblast, je třeba, aby se dostaly do veřejného povědomí a veřejnost, aby je vnímala jako společensko-politický úkol. Humanizace přístupu k umírajícím a truchlícím se sice spolu s hospicovým hnutím nachází na počáteční cestě do podvědomí veřejnosti., ovšem převedení do praxe má ještě daleko do dokonalosti. Potenciál sociální pedagogiky vidím zejména v tom, že by se mohla podílet na šíření informací o problematice umírání, smrti, doprovázení umírajících a péči o pozůstalé. V širším pojetí se sociální pedagogika zabývá sociálními aspekty výchovy celé společnosti, podílí se tak na utváření dobrých mezilidských vztahů, jejichž součástí je umění zdravé komunikace, výchova k solidaritě, k dodržování morálních a etických principů. A tak by se mohla podílet na opětovné orientaci společnosti k úctě ke kulturním hodnotám, k historickému odkazu a zkušenostem minulých generací, k úctě ke člověku, ke stáří, vést společnost k vzájemné úctě a spolupráci.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ANGENENDT, G., SCHÜTZE-KREILKAMP, U., TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál, s.r.o., 2010. Str. 326. ISBN 978-80-7367-781-7.

BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. Public promotion, s.r.o., 2008. Str. 251. ISBN 978-80-969944-0-3.

BERNARD, J. *Tajemství umírání*. Liberec: Dialog, 2005. Str. 128. ISBN 80-86271-42-8.

BYSTRICKÝ, Z. *O organizaci paliativní péče*. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy. Praha: Cesta domů, 2004. Str. 46. ISBN 80-139-4332-4.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. Str. 147. ISBN 80-85850-10-9.

HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o., 2006. Str. 120. ISBN 80-7367-107-7.

HAŠKOVCOVÁ, M. *Thanalogie. Nauka o umírání*. Praha: Galén, 2000. Str. 191. ISBN 80-7262-034-7.

HENNEZEL, de M. *Smrt zblízka*. Praha: ETC Publishing, 1997. Str. 133. ISBN 80-86006-15-8.

JAKOBY, B. *Tajemství umírání*. Liberec: Dialog, 2005. Str. 128. ISBN 80-86271-42-8.

JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, s.r.o., 2008. Str. 136. ISBN 978-80-7367-477-9.

KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2010. Str. 135. ISBN 978-80-904516-4-3.

KALVACH, Z. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004. Str. 103. ISBN 80-239-2832-5.

KARSTEN, H. *Ženy - muži: Genderové role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál, 2006. Str. 184. ISBN 80-7367-145.

KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. Str. 111. ISBN 978-80-85763-36-2.

KRAUS, B., SÝKORA, P. *Sociální pedagogika I*. Brno: IMS, 2009. Str.63.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. Str. 200. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda, 1988. Str. 236.

KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. Str. 96. ISBN 80-854-9543-0.

MAREK, J., KŘIVOHLAVÝ, J. *Komunikace ve škole*. Brno: MU, 1995. Str. 210. ISBN 80-210-1070-3.

MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. Str. 128. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., 2003. Str. 384. ISBN 80-7178-584-2.

MESSINA R., *Dějiny charitativní činnosti*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. Str. 148. ISBN 80-7192-859-3.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie nebo paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2005. Str. 108. ISBN 80-247-1025-0.

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2006. Str. 160. ISBN 80-7178-197-5.

O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. Str. 324. ISBN 80-247-1295-4.

PARKES, C. M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Str. 180. ISBN 978-80-87029-23-7.

PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Str. 807. ISBN 978-80-87029-25-1.

PROCHÁZKA, M. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2012. Str. 208. ISBN 978-80-247-3470-5.

SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., MISCONIOVÁ, B. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. Str. 10. ISBN 80-86998-03-7.

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. Str. 362. ISBN 978-80-7262-505-2.

SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004. Str. 43. ISBN 80-239-4330-8.

STUDENT, J., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2006. Str. 161. ISBN 80-7319-038-9.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO, 1995. Str. 144.

ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003. Str. 113. ISBN 80-247-0440-4.

ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2008. Str. 144. ISBN 978-80-247-1740-1.

THEOVÁ, A. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Str. 234. ISBN 978-80-87029-24-4.

YALOM, I. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, s.r.o., 2006. Str. 527. ISBN 80-7367-147-6.

VÍZDAL, F. *Sociální psychologie I*. Brno: IMS, 2010. Str. 140.

VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998. Str. 548. ISBN 80-247-0279-7.

### Časopisy:

ROBERTSONOVÁ, J. *Jak staří lidé vnímají konec světa?* Sociální práce, 2010, č.2.

### Internetové odkazy:

<http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/vigilni-koma>

Co je hospicová péče [on-line]. [cit. 2013-03-14].

Dostupné z <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>

Sociální pracovník jako koordinátor dobrovolníků [on-line] [cit. 2013-03-19] Dostupné z <http://www.umirani.cz/socialni-pracovnik-jako-koordinator-dobrovolniku.html>

Vorlíček, J. Paliativní medicína v ČR v roce 2006. Kde se nacházíme a kam směřujeme? [on-line]. [cit. 3.4.2013]. Dostupné na [www.hospiccheb.cz/soubory/1-vorlicek-bdpm.ppt](http://www.hospiccheb.cz/soubory/1-vorlicek-bdpm.ppt)

**Právní předpisy, zákony, vyhlášky:**

Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy (2004) 23 ustanovení č. 15 písmeno *b* „O organizaci paliativní péče“.

