

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

*2011*

*Draxlerová Markéta*

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

***Husitská teologická fakulta***

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

*Role sociálního pracovníka v pomoci  
nevyléčitelně nemocným, umírajícím a jejich  
blízkým*

*The Role of a Social Worker in Helping the  
Incurable, the Dying and Their Close Ones*

Vedoucí práce:  
PhDr. Anna Arnoldová

Autor:  
Markéta Draxlerová

**2011**

*Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem „Role sociálního pracovníka v pomoci nevléčitelně nemocným, umírajícím a jejich blízkým.“ napsala samostatně a výhradně s použitím pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů, které jsem uvedla a odcitovala způsobem pro vědeckou práci obvyklým. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.*

*V Praze dne:*

*Podpis:*

Poděkování: Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Anně Arnoldové za její čas a trpělivé a odborné vedení mé diplomové práce. Hospici Jana N. Neumanna v Prachaticích, kde mi byl umožněn náhled do této problematiky a byl mi dán výborný příklad toho, jak by měla hospicová péče fungovat.

*„Kdo má proč žít, zvládne téměř každé  
jak.“*

*Friedrich Nietzsche*

### **Anotace:**

Má diplomová práce pojednává o roli sociálního pracovníka v těžkých, ale přesto běžných životních situacích, jako jsou dlouhodobá nemoc či umírání. Snažila jsem se zmapovat, v jakých případech může sociální pracovník pomoci, kde jsou jeho silné a slabé stránky. V teoretické části se zaměřím na úskalí a problémy člověka v nelehké životní situaci způsobené terminálním stádiem nemoci a praktická část by měla být jakýmsi manuálem pro člověka v nelehkém období života, způsobeném nemocí v terminálním stádiu a umíráním a pro jeho blízké.

### **Annotation:**

My thesis discusses the role of the social worker in the difficult, yet common situations such as long-term illness or death. I tried to map the cases in which social workers can help, where its strengths and weaknesses. The theoretical part will focus on the pitfalls and problems of people living in difficult circumstances due to the terminal stage of disease and the practical part should be a kind of manual for human life in a difficult period caused by the disease in the terminal stage and dying and their loved ones.

**Klíčová slova:**

Sociální služba, sociální pomoc, paliativní péče, holistická medicína, hospice, umírání, doprovázení umírajících, pozůstalí, truchlení.

**Keywords:**

Social services, social support, palliative care, holistic medicine, hospice, dying, accompanying the dying, survivors, grieving.

# Obsah

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Obsah.....                                                | 8  |
| 1. Úvod.....                                              | 10 |
| 1.1. Význam tématu.....                                   | 10 |
| 1.2. Důležité výrazy.....                                 | 11 |
| 2. Problematika spojená s umíráním.....                   | 12 |
| 2.1. Umírání dříve a nyní.....                            | 12 |
| 2.1.1. Pohřební rituál.....                               | 12 |
| 2.1.1.1. Pohřebné.....                                    | 13 |
| 2.1.2. Náboženství a úmrtí.....                           | 15 |
| 2.1.2.1. Řádová „sestra mého srdce“.....                  | 16 |
| 2.1.3. Role medicíny.....                                 | 19 |
| 2.2. Bolest.....                                          | 21 |
| 2.3. Umírání - poslední krize?.....                       | 27 |
| 2.4. Truchlení.....                                       | 29 |
| 2.4.1. Členění procesu truchlení.....                     | 30 |
| 2.4.2. Komplikované a nekomplikované truchlení.....       | 31 |
| 2.4.3. Determinanty zármutku.....                         | 36 |
| 2.4.4. Je truchlení nemoc?.....                           | 39 |
| 2.4.5. Chyby v komunikaci s pozůstalým.....               | 39 |
| 2.5. Změny sociálních rolí nemocného a jeho blízkých..... | 41 |
| 2.5.1. Změny sociálních rolí nemocného.....               | 41 |
| 2.5.1.1. Práva umírajícího.....                           | 43 |
| 2.5.2. Změny sociálních rolí u pozůstalých.....           | 44 |
| 2.5.3. Fáze E. Kubler-Rossovové.....                      | 45 |
| 2.6. Proč ne eutanazii?.....                              | 48 |
| 2.7. Informovaný souhlas.....                             | 51 |
| 2.8. Historie hospicové péče.....                         | 53 |
| 2.8.1. Hospice ve světě.....                              | 53 |
| 2.8.2. Hospicová péče u nás.....                          | 54 |
| 2.8.2.1. Mýty panující o hospicové péči.....              | 56 |
| 2.9. Normy upravující problematiku umírání.....           | 57 |
| 2.9.1. Právní předpisy.....                               | 58 |



|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| 2.9.1.1. Role pohřebních služeb.....                                 | 59 |
| 2.9.2. Právně nezávazná doporučení.....                              | 61 |
| 3. Metody sociální práce.....                                        | 63 |
| 4. Příručka pro nevléčitelně nemocné, umírající a jejich blízké..... | 64 |
| 4.1. Situace v Jižních Čechách v číslech.....                        | 64 |
| 4.2. Když vítězná medicína nestačí.....                              | 65 |
| 4.3. Informovaný souhlas.....                                        | 65 |
| 4.4. Těžké fáze.....                                                 | 66 |
| 4.5. „Přítel na telefonu“.....                                       | 66 |
| 4.6. Domácí péče.....                                                | 67 |
| 4.7. Odlehčovací služba.....                                         | 67 |
| 4.8. Odborná podpora pečujících.....                                 | 68 |
| 4.9. Hospicová péče.....                                             | 68 |
| 4.10. Centrum pro léčbu bolesti.....                                 | 70 |
| 4.11. Dokumenty, které mohou pomoci.....                             | 71 |
| 4.11.1. Living will.....                                             | 71 |
| 4.11.2. Závěť.....                                                   | 72 |
| 4.11.3. Správce dědictví.....                                        | 72 |
| 4.12. Hodnotový systém umírajících.....                              | 73 |
| 4.13. Péče o pozůstalé.....                                          | 73 |
| 4.13.1. Desatero pro pozůstalé.....                                  | 74 |
| 4.14. Kontakty pro Jihočeský kraj.....                               | 74 |
| 5. Závěr.....                                                        | 77 |
| 6. Resumé v anglickém jazyce.....                                    | 79 |
| 7. Seznam použité literatury.....                                    | 80 |
| 7.1. Odborné citace.....                                             | 80 |
| 7.2. Zdroje.....                                                     | 81 |

# 1. Úvod

## 1.1 Význam tématu

Téma umírání a péče o dlouhodobě nemocné se u nás začalo odkrývat až po roce 1989. Péče o těžce nemocné byla vždy součástí medicíny. Ovšem způsob umírání se s rychle se vyvíjející medicínou za posledních 70 let velice změnil. Dříve lidé umírali v mnohem mladším věku, většinou doma, obklopeni svými blízkými. Nyní je medicína mnohem vyspělejší, lidé se dožívají vyššího věku, ale rubovou stranou této skutečnosti je fakt, že v drtivé většině nemocní lidé umírají v nemocnicích či jiných institucích, osamoceni a nevyrovnaní. Smrt a umírání v dnešním světě zaměřeném na úspěch a výkon nemají místo.

Naštěstí se i v České republice zrodilo hospicové hnutí a lidé, kteří si uvědomují, že tato situace není přirozená. Smrt je součástí života, stejně jako narození. Každého v jeho životě potká, v tom je spravedlivá. A je lepší být na ni připraven, dostat prostor se s ní vyrovnat a tímto někdy těžkým životním obdobím neprocházet osamocen.

Já sama bych se ve své budoucí kariéře chtěla této problematice věnovat. Je mi blízká nejspíše proto, že mě od dětství lákají témata, která nejsou příliš známá. Ráda lidem, kteří vůči umírání trpí předsudky, odkrývám svůj pohled na tuto problematiku a sleduji, jak začínají o umírání a odchodu z tohoto světa přemýšlet jinak. V budoucnu bych se chtěla pokusit o rozvoj paliativní péče v nemocnicích, zejména na odděleních onkologických a LDN, kde si myslím je v naší společnosti stále co dohánět.

## 1.2 Důležité výrazy

- Sociální služba – ty služby, které mají za cíl zlepšení klientova života.
- Sociální pomoc – materiální dávky či služby, které jsou za určitých předem stanovených podmínek poskytovány těm, jež se ocitnou v hmotné nouzi.
- Kurativní medicína – léčí příčiny nemoci, měla by vést k úplnému uzdravení.
- Paliativní medicína – neboli úlevná, neléčí příčinu nemoci, ale její symptomy.
- Thanatologie – nauka, která se zabývá smrtí a umíráním.
- Hospic – zdravotnické zařízení pro pacienty v terminálním stádiu nemoci.
- Holistická medicína – celostní medicína, měla by o pacienta pečovat bio – psycho- spirito- sociálně.
- Krize – situace, při které dochází ke změně, a tuto změnu vnímáme negativně.
- Eutanazie – usmrcení člověka „z dobrých důvodů“, nepř. trpí-li nevléčitelnou chorobou nebo trpí nesnesitelnými bolestmi
- Informovaný souhlas – lékařský dokument, který obsahuje informace o nemoci, možnostech léčby a předpokládaných výsledcích a prognózách léčby, který by měl pacient podepsat a tím dát souhlas s danými léčebnými postupy.

Terminální stádium nemoci – stádium, ve kterém již kurativní neboli vítězná medicína nemůže pacientovi pomoci.

Sekularizace – zesvětštění nebo také potlačení vlivu náboženství.

Truchlení – proces, kdy se člověk vyrovnává s určitou ztrátou, zejména se ztrátou blízké osoby.

Anticipované truchlení – předjímané truchlení, kdy například člověk truchlí, již v období, kdy je jeho blízký nemocný a truchlící předjímaná očekávanou ztrátu.

Odlehčovací péče – poskytuje se lidem, kteří dlouhodobě pečují o své blízké v domácím prostředí. Jedná se například o dočasné umístění do sociálního či zdravotnického zařízení po dobu, kdy potřebuje pečující nabrat nové síly.

## **2. Problematika spojená s umíráním**

### **2.1 Umírání dříve a nyní**

Vše, co se člověka dotýká, se vyvíjí společně s ním. Stejně je tomu i v případě umírání a pohledu na něj. Abychom problematiku umírání a péče o umírající mohli správně pochopit, je nutné, podívat se na to, co se za posledních několik desítek let ve vnímání procesu umírání změnilo. V této souvislosti bych se chtěla podrobněji zastavit u třech faktorů, které jsou se smrtí spojeny a které ji a její prožívání významně ovlivňují.

#### **2.1.1 Pohřební rituál**

Jak to bylo dříve? Již málo lidí z mé generace si pomatuje, jak probíhalo rozloučení s blízkými za dob našich prababiček. Někteří z našich babiček a dědečků by si jistě vzpomněli na pohřby svých prarodičů. Ještě na začátku 20. století byla tradice taková, že pokud někdo v rodině umíral, většinou se tak stávalo doma. Když výjimečně někdo zemřel v nemocnici, byl převezen zpět domů. Zde, popřípadě v márnici na hřbitově, bylo tělo uchováno až do pohřbu. Příbuzní, většinou některá z žen, tělo umyly a oblékly. K tělu se mohli přijít se zemřelým rozloučit všichni, kdo o to měli zájem. Z tohoto rituálu nebyly vynechány ani děti. Tím, že se s mrtvým člověkem setkával každý již od útlého dětství, nepředstavovalo to nic neobvyklého. Děti se mohly nejdříve setkat se smrtí vzdálenějších příbuzných a tím, že pro ně smrt nebyla tabu, dopracovaly se k tomu, že když smrt potkala někoho z bližšího okruhu příbuzenstva, byl každý schopen postarat se o mrtvé tělo a tento pohled snést.

Dnes je situace taková, že se smrtí se člověk neseťká až do té doby, dokud nám nezemře někdo hodně blízký, což je o to těžší, že je člověk již dospělý a v dětství si neosvojil žádnou z technik vyrovnávání se se ztrátou. A co hůř, poprvé se neloučí člověk se sousedem, kterého vídal jen cestou z kostela, ale loučí se s prarodiči nebo s rodiči. Ztráta je tedy o to bolestnější. Proč a kdy ke změnám způsobu posledního rozloučení došlo?

Odpovědi můžeme nalézt v článku od O. Nešporové: „*Zemřel-li člověk na počátku 20. století, nemuseli pozůstalí příliš váhat nad tím, jakým způsobem se s ním důstojně rozloučit a co udělat s jeho tělem. Standardní pohřební rituály se opíraly o náboženské přesvědčení, církevní tradice a lokální zvyky. Dnes je však situace odlišná, staré zvyky se vytrácí a nezdá se, že bychom se smrtí uměli zacházet lépe než naši předkové. Nabízí se sice více možností, jak se s mrtvým rozloučit, ale i přesto, nebo možná právě proto, část současných pozůstalých rezignuje na kolektivní rozloučení a nechá mrtvého pohřbit bez obřadu. Tím je dnešní Česká republika naprosto unikátní, protože žádná jiná společnost v období míru a prosperity k ničemu takovému nedospěla. Sociologové a psychologové považují smrt za mezní životní situaci, krizi, k jejímuž překonání si společnost i jednotlivci vytváří různé obranné mechanismy. Aby byla vysvětlena, legitimizována, a tím překonána, musí být smrt podle amerických sociologů Petera L. Bergera a Thomase Luckmanna začleněna do sdíleného myšlenkového světa (tzv. symbolického univerza), k čemuž tradičně pomáhalo náboženství. Někteří sociální antropologové, především funkcionalista Bronislaw Malinowski, proto dokonce tvrdili, že právě vyrovnání se se smrtí je hlavním účelem náboženství. Jinou takovou „pomůckou“ jsou samozřejmě rituály spojené se smrtí, umíráním a hlavně s pohřbíváním“.<sup>1</sup>*

V dnešní společnosti se smutek „nenosí“. A to doslova a do písmene. Dříve měl každý právo na to, aby truchlil minimálně jeden rok, čehož využívaly zejména vdovy. Odívaly se do černého a každý tak hned věděl, co se děje. Dokonce celá rodina do pohřbu byla „označena, stigmatizována“ úzkou černou páskou, kterou nosila celá rodina, včetně dětí, na levém rukávu. Tím každý věděl, že v rodině došlo k úmrtí blízkého člověka. Dalším rituálem byl kar, čili smuteční hostina, která se připravila pro příbuzné zesnulého po pohřbu.

Nechci minulé časy stavět na piedestal, mělo to i svá úskalí, například pokud žena odložila smutek příliš brzy, lidé se na ni mohli dívat s pohoršením. Dnes je tu ovšem problém s druhým extrémem. Lidé smutek

---

<sup>1</sup> NEŠPOROVÁ, Olga. Na věčnost bez patosu. *Dějiny a současnost* [online]. 2008, 2008, 11 [cit. 2011-03-08]. Dostupný z WWW: [www.dejiny.nln.cz/archiv/2008/11/na-vecnost-bez-patosu](http://www.dejiny.nln.cz/archiv/2008/11/na-vecnost-bez-patosu).

držet nemohou, je na ně vyvíjen značný tlak z okolí, aby „to“ rychle překonali a mohlo se jít dál. Ale jak se má člověk rychle vyrovnat se ztrátou člověka, po jehož boku žil po většinu svého života? Člověk má právo být smutný, plakat, dávat najevo emoce, i když to jeho blízkým není úplně příjemné. A co víc, blízcí by tu měli být proto, abychom o svém žalu mohli s někým mluvit. Dnes se ovšem lidem v akutní fázi zármutku raději každý vyhne, přejdou na druhou stranu cesty nebo dělají, že o ničem nevědí. Tématu zármutku a jeho zpracování se budu více věnovat v následující kapitole.

Co pro mě z této úvahy vyplývá? Že pohřební rituály mají svou nezastupitelnou funkci při vyrovnávání se se ztrátou blízkého člověka. Každý by měl mít prostor truchlit a uspořádat pohřeb podle přání zesnulého. Z vlastní zkušenosti vím, že i ta půlhodinka v krematoriu má hluboký smysl. Člověk dostane příležitost naplno si uvědomit, že náš blízký nás opouští, rozloučit se s ním, dát průchod emocím. Ale je půl hodina dost na to rozloučit se s někým, kdo nám byl blízký celý život? Jakmile je po pohřbu a člověk přijde do práce, jede se dál. Už se ho nikdo neptá, jak mu je, zda není osamělý, jak celou situaci zvládá.

Bohužel pohřeb je dnes také otázkou finanční. Oficiální rozloučení se zesnulým a ceremoniály s tím spojené nejsou vůbec levnou záležitostí. Stálo by též za úvahu, nakolik je tento trend etický. Tím se zde ale nechci zabývat.

### **2.1.1.1 Pohřebné**

V našem právním systému dávku pohřebného upravuje zákon 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Ten byl změněn zákonem 261/2007 Sb. o stabilizaci státního rozpočtu. A o čem tyto zákony pojednávají? Jde o to, že do 31. 12. 2007 bylo vypláceno pohřebné ve výši 5 000 Kč každému, kdo pro zemřelého vypravil pohřeb v České republice. Tato částka sice nemohla zdaleka pokrýt všechny náklady spojené s vypravením pohřbu, ovšem nebyla úplně zanedbatelná. Od 1. 1. 2008 je tato dávka vyplácena pouze tehdy, pokud nezaopatřenému dítěti zemře rodič, nebo naopak, pokud rodiči zemře nezaopatřené dítě.

Proč jsem se rozhodla u pohřebního zastavit? Jak již jsem se zmínila dříve, počty vypravovaných pohřbů u nás klesají. Myslím, že toto je také jeden z důvodů, proč je u nás situace taková. N. Špaténková ve své knize uvádí: „*V Praze je situace taková, že sice více než polovina pohřbů probíhá bez smutečního obřadu a dvacet uřen ze sta si nikdy nikdo nevyzvedne, ale zato zde vznikl unikátní hřbitov pro psy a jiné domácí mazlíčky*“.<sup>2</sup> Lidé mají v mnoha případech blíže ke svým čtyřnohým mazlíčkům než ke svým příbuzným. Nejsem schopná říci, nakolik v tom hrají roli finanční záležitosti spojené s pohřbem a nakolik se jedná o trend velkých měst. Pravdou ale zůstává, že na vesnicích a menších městech je pohřeb vypravován ve většině případů. Možná je to také způsobeno tím, že na vesnicích se od pozůstalých očekává, že vypraví pohřeb a dají tak kamarádům a známým příležitost rozloučit se se zesnulým. Anonymita velkých měst nás od této „povinnosti“ osvobozuje. Ovšem někdy si ani sami neuvědomujeme, že nejen my jsme utrpěli ztrátu, ale že zemřelý měl třeba přátele a známé, o kterých ani nevíme a kteří mohou těžce nést to, že neměli příležitost se s ním rozloučit. Neměli bychom být tedy sobečtí, a pokud nám to naše situace jen trochu dovoluje, měli bychom pohřeb vypravit. Pokud se tedy nejedná například o výslovné přání zemřelého pohřeb nevypravovat, v takovém případě bychom samozřejmě měli respektovat jeho přání. Bohužel situace je u nás i taková, že je běžnou praxí, že se pozůstalí vymlouvají, že zesnulý si pohřeb nepřál, protože vědí, že u zesnulého už si to ověřit nelze.

### **2.1.2 Náboženství a úmrtí**

S tradicí pohřebních rituálů úzce souvisí i to, o jakou společnost se jedná. Jedná-li se o společnost převážně věřících lidí, tradice pohřbů se drží pevněji, ovšem od nástupu komunismu k moci se u nás tradice hroutily jedna za druhou. Náboženství vždy bylo pilířem většiny sociálních událostí. Sňatky, pohřby, křty, to vše souviselo s vývojem lidského života a pro život jedince jsou to významné životní mezníky. Úkolem minulého režimu bylo nás tyto rituály „odnaučit“. Bohužel se jim to ve valné většině

---

<sup>2</sup> ŠPATÉNKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada, 2008., s. 42.

podávalo. Většina církevních obřadů byla nahrazena občanskými. A tak se také z pohřbu jako společenské události stala událost soukromá a tím se začala postupně i tabuizovat.

Náboženství ovšem hraje kromě pohřebních rituálů ještě jednu velice důležitou roli. Pro věřící lidi smrtí naše putování na tomto světě nekončí. Ba co víc, ve většině náboženství panuje představa, že po smrti nás čeká něco dalšího, v mnoha případech i lepšího než to, co jsme zažívali v tomto životě. Je vcelku logické, že se tudíž věřící lidé vyrovnávají se smrtí snáze. Myslím, že fakt, že po nástupu komunismu k moci, u nás došlo k velké sekularizaci společnosti, hraje také svou důležitou roli v tom, jak se nyní česká společnost k umírání staví. Právě církevní a náboženské společnosti byly těmi, které se staraly jak o těžce nemocné či umírající, tak o pozůstalé. Dávaly naději, utěšovaly. To si ostatně může uvědomit každý, kdo měl někdy možnost se ve zdravotnictví setkat s prací řádových sester. Rozdíl v práci řádové sestry a zdravotní sestry je většinou patrný na první pohled. Tím nechci odsuzovat zdravotní sestry, jejichž práci obdivuji a velice si jí vážím, ale řádové sestry žijí jen pro nemocné, nemají doma rodiny, které na ně čekají, nemusí se trápit s tím, že jejich příjem zdaleka nepokryje výdaje. Jsou prostě cele odevzdány svému poslání pomáhat.

### **2.1.2.1 Řádová „sestra mého srdce“**

V prachatickém hospici jsem se setkala se sestrou Anežkou Polehlovou. Jedná se o řeholní sestru Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Tato sestra získala v roce 2010 ocenění Sestra mého srdce, což je čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetřovatelství, které každoročně uděluje Nadace VIZE 97 pod garancí Ministerstva zdravotnictví ČR. Sestra Anežka, jak jí všichni důvěrně oslovují, pracuje v prachatickém hospici již šestým rokem. Měla jsem tu čest si s ní několik chvil povídat a přijde mi obdivuhodné, jaká životní síla a vyrovnanost z ní číší. Do řádu se rozhodla vstoupit v roce 1992 za podpory své maminky. Její tetička byla též řádovou sestrou, a to ji možná i trochu ovlivnilo. Jak sama řekla, nebylo to rozhodnutí z nouze, ale cítila to jako své životní poslání.



Nejdříve pracovala se starými lidmi a pak se, spíše náhodou, dostala do prachatického hospice. Zde zpočátku působila jako zdravotní sestra, později jako sestra staniční. Její příběh jsem se rozhodla do této kapitoly zařadit proto, že pro umírající a nevyлéčitelně nemocné je velice důležité, aby bylo zajištěno jejich blaho po všech stránkách – tělesné, duševní, sociální a duchovní. Přičemž to posledně jmenované se právě v tomto těžkém životním období člověka dostává často do popředí.

V dnešní době a v naší kultuře je běžné, že se většina lidí po celý život honí pouze za penězi a úspěchem a na duchovní sféru života již nezbyvá čas nebo o ni není vůbec zájem. O to tíživěji se tyto otázky vynořují, když se naše dny začínají blížit ke konci. Člověk začne hledat smysl svého „plahočení“. Právě proto si myslím, že je velice důležité, aby měl možnost si v těchto chvílích o svých otázkách s někým pohovořit. A zde často nastupuje role řádové sestry. Pacienti hospice ji znají jako svou zdravotní sestru, a proto pro ně bývá jednodušší se jí otevřít. Jak mi sama z několika příkladů dokázala, není to praxe neobvyklá. I nevěřící lidé se na konci svého života začínají obracet k vyšším hodnotám. Sestra Anežka v hospici funguje jako zcela přirozený člen týmu. Ostatní personál ji má rád a je pro ně oporou a jak sami říkají též „sluníčkem“. Není výjimkou, že ji pacienti či pozůstalí nazývají andělem. Dle mého názoru je velice dobré mít někoho s duchovním základem přímo jako součást týmu, protože pro pacienty je pak jednodušší se v případě zájmu obrátit na někoho, koho znají, než čekat na duchovního, kterého třeba nikdy neviděli. Toto tvrzení dokládá i následující příběh. Jedná se o vyprávění zdravotní sestry, která pečovala o svého spolužáka a dávného kamaráda, který ovšem ztratil celou svou rodinu a poté vedl ne příliš spořádaný život. Víra v jeho životě rozhodně neměla velký prostor. Ovšem ke konci svých dní:

*„Večer, těsně před mým příchodem, došlo k náhlému zhoršení. Doktor předpokládal krvácení do mozku. Henri už nemohl mluvit, ale bezpečně mě poznával a dobře mě slyšel i vnímal. Od té nezdařené návštěvy pana faráře jsem se neodvážila Henrimu službu kněze znovu nabídnout. Čekala jsem, až si řekne sám, ale neřekl. Možná, kdyby nebyl na tom třílůžkovém pokoji, nevím, opravdu nevím.*

Rychle jsem si s Henrim domluvila způsob řeči. Budu klást otázky a on bude jedním stiskem ruky říkat „ano“, dvěma stisky bude říkat „ne“. Pochopil to napoprvé. První moje otázka byla: „Henri, mám dojít pro pana faráře?“ Cítila jsem, že jeho „ne“ musím respektovat. „Mám tu zůstat?“ „Ano“. Chtěl mě mít u sebe. Možná to byla moje neobratnost. Kdybych se místo „mám dojít“ zeptala „mám někoho poslat“, třeba by řekl „ano“. Ale to jsou pořád ty moje představy a ono to zatím v Henriho scénáři bylo zase jinak. A jak jsem předvídala, bylo to opět originální. Náš rozhovor pokračoval přesně takhle:

„Henri, možná se už velmi brzy setkáš s maminkou, s tatínkem, se sestřičkou i s babičkou. Těšíš se na ně?“

„Ano.“

„Henri, určitě se s nimi setkáš, ale nejdříve se setkáš s Bohem. Víš to?“

„Ano.“

„Je všemohoucí, věříš tomu?“

„Ano.“

„Je všemohoucí a přesto tě neuzdravil. Nezlobíš se už na něj?“ Trochu jsem riskovala. Neodpovídal na všechny otázky „ano“?

Odpověď byla jednoznačná: „Ne.“

„Henri, Bůh je ale taky vševědoucí. Před ním nic nezatlučeš. Víš to?“

„Ano.“

„Chceš ho odprosit za všechny urážky?“

„Ano.“

Ze zevního koutku Henriho pravého oka se pomalu skutálela jedna jediná velká slza a vsákla se do polštáře. Na tváři se mu objevil lehounký, ale nepřehlédnutelný úsměv. Prožívali jsme to štěstí společně. Až po chvíli jsem si všimla, že nedýchá<sup>3</sup>.

Z tohoto příběhu je jasné, že umírající mají někdy zvláštní přání a potřeby, ale zaměstnanci, kteří s těmito lidmi pracují, by měli být schopni jim pomoci. Pokud oni sami nejsou schopni poskytnout duchovní podporu, měli by mít kontakt na někoho, kdo je schopen si o těchto věcech s umírajícími popovídat. Někteří lidé chtějí poslední pomazání, jiní si přejí

---

<sup>3</sup> SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. s. 84-85.

být pokřtěni, s tím vším se sestra Anežka v prachatickém hospici setkala. Odcházení z tohoto světa bývá mnohem vyrovnanější a klidnější, pokud má člověk možnost dát si dohromady i tuto stránku svého života.

### 2.1.3 Role medicíny

Jak se za posledních několik desítek let změnila role medicíny v péči o umírající? Nejdříve bych se chtěla zmínit o tom, na čem bychom měli jako společnost zapracovat a co bylo dříve dle mého názoru lepší. Tak zejména, ještě na začátku 20. století byla medicína založena na přítomnosti takzvaných rodinných lékařů. Tito lékaři docházeli do rodiny pravidelně po několik generací, znali tudíž dokonale rodinnou anamnézu a mohli tak snáze určit mnoho nemocí a jejich příčin. Také znali vztahy v rodině, a tudíž při úmrtí věděli, na koho z pozůstalých se zaměřit a jaká rizika hrozí. Praktikovali takzvanou holistickou medicínu. Kdyby dnešní doktoři odložili svou neomylnost a nahradili ji zájmem o pacienta, jako o celistvou lidskou bytost, myslím, že s tím, jaké mají v dnešní době úžasné prostředky, by dokázali zázraky. Jak ovšem dosáhnout toho, aby lidi nevnímali jen jako chodící orgány? Myslím, že by tomu mohla napomoci **kvalitní** výuka etiky, na lékařských fakultách.

Co dalšího se v medicíně změnilo? Lékaři jsou zaměřeni na úspěch. Kolik zvládnutých operací, kolik vyléčených pacientů, smrt pro ně představuje prohru. Ale to je chyba. Tak dochází k tomu, že je velice těžké sehnat kvalitní lékaře do hospice, jak jsem se dozvěděla v Prachatickém hospici, kde jsem byla na praxi. Také se velice často můžeme setkat s tím, že je nesmyslně prodlužován život lidí, kteří už jsou se svým odchodem smířeni, svůj díl na této planetě si odžili, ale moderní medicína je natolik vyspělá, že je může udržovat při životě i přesto, že jejich tělo či mysl už jsou v podstatě mrtvé. Toto je ale velice složitá otázka, kdy „nastává smrt“ a je na pečlivém uvážení každého lékaře, kdy je pacient mrtev. V Americe a dalších „západních zemích“ již existuje způsob, jak může člověk dát svou vůli najevo ještě za plného zdraví a vědomí, je to soubor „DNR“ do not resuscitate. Jedná se o dokument, ve kterém se člověk vyjádří, kdy a za jakých podmínek už nechce, aby u něj byla prováděna resuscitace. Smrt a

umírání k životu patří a lékaři, kteří mají s touto skutečností problém, by měli na sobě zapracovat.

Další zajímavý problém souvisí s tím, jak se nemocniční personál chová k pozůstalým bezprostředně po úmrtí jejich blízkého. Velkou roli pro zmírnění šoku ze ztráty hraje to, jak je ona nešťastná zpráva sdělena. Ve většině nemocnicí dnes není žádný důstojný prostor, kde se takové věci mohou říkat. Navíc úplně chybí místnosti, kde by se mohl pozůstalý se svým zemřelým rozloučit. Na jedné přenášce v hospici jsem se stala svědkem zajímavé debaty mezi vrchní sestrou LDN a vrchní sestrou z hospice. Sestra z hospice zastávala názor, že pozůstalí by se měli s mrtvým setkat, zejména pokud o to mají zájem, by jim toto právo nemělo být upíráno. Sestra z LDN se bránila tím, že na to není prostor ani čas, neboťtíky prý bezprostředně po úmrtí omyjí a připraví (zabalí) k převozu do márnice. Nehledě na to, že před převozem jsou většinou v ne příliš reprezentativních prostorech, jako jsou různé sklady, koupelny či umývárny. A jaké byly důvody sestry z hospice, že tak zastávala názor, aby se pozůstalí šli s nebožtíkem rozloučit? Většina lidí, kteří umírají na dlouhodobější nemoc, minimálně v některém ze stádií trpí bolestí. Příbuzní a blízcí jsou někdy i řadu měsíců konfrontováni s pohledem na jejich milovaného, který trpí. Ovšem faktem je, že většině zemřelým se bezprostředně po úmrtí rozhostí na tváři jakýsi úlevný, spokojený výraz. Jejich tvář je vyhlazená a jakoby smířená a hlavně bez bolesti (není to pravidlem, ale většina přítomných sester na konferenci tuto skutečnost potvrdila). Pozůstalým pak nemusí pracovat fantazie na tom, jak jejich blízký vypadal po smrti, co se s jeho tělem stalo, ale naopak vidí, že je spokojený, že již netrpí, což hraje významnou roli pro zvládnutí zármutku.

Ale abych nebyla k českému zdravotnictví pouze kritická, nemohu opomenout fakt, že oproti dobám minulým nastal velký posun v léčbě bolesti. Podílela jsem se na výzkumu plnění garancí pro prachatický hospic a přesvědčila jsem se o tom, že bolest, i ta onkologická, už se dá v dnešní době ve většině případů zvládnout. Což je velký posun, jelikož většinu lidí na umírání nejvíce děsí právě představa nesnesitelných bolestí. Péče o dlouhodobě nemocné a umírající má také v dnešní době k dispozici mnoho pomůcek, které při správném využívání, ať už ve zdravotnických zařízeních

či při domácí péči, může velice ulevit jak pacientům, tak jejich pečujícím. Ať už se jedná o kompenzační pomůcky, jako jsou polohovací postele, dekubitní matrace či o nejrůznější zařízení, která nabízejí dlouhodobou, stacionární, či úlevovou péči. V těchto ohledech jde medicína rychle kupředu a pomáhá.

## 2.2 Bolest

Proč se lidé tolik bojí umírání? Myslím, že jedním z hlavních důvodů je, že si ho ve většině případů spojují s bolestí. Z tohoto důvodu jsem se chtěla zúčastnit přednášky v hospici na téma bolest. Tuto přednášku vedla zdravotní sestra, která pracuje též pro farmaceutickou společnost a má obrovský rozhled v této problematice. Z výzkumů, na kterých se přednášející podílela, vyplývá, že 90 % bolesti se dá tlumit. Mluvíme nyní o bolesti dlouhodobé, která se velice často stává bolestí chronickou. Bolest krátkodobá, například způsobená úrazem se dá tlumit velice účinně, zde není většinou problém. Avšak u bolesti dlouhodobé už je situace složitější. Je nutné vybrat správné léky, na konkrétní případ bolesti. A v čem je tedy problém? Hovoříme-li o bolesti, která je spojena s umíráním, jedná se většinou o bolest onkologickou. „*V České republice onemocní každoročně více než 60 000 lidí onkologickým onemocněním. V okamžiku diagnózy trpí bolestí přes 30 % pacientů, v pokročilé fázi onemocnění 70 % a v terminálním stadiu až 90 % nemocných. Povědomí o možnostech léčby nádorové bolesti se zvýšilo, ale přesto i v současné době mnoho pacientů trpí bolestí. Příčinou tohoto stavu je neznalost možností léčby nebo nedostatečné využití dostupných léčebných možností, nezájem o problematiku, opiofobie a velmi často nedostatky ve vzájemné komunikaci lékaře a pacienta. Důsledkem je neplnohodnotný život pacienta způsobený zbytečnou bolestí, která může narušit rodinné a přátelské vazby i ztrátu lidské důstojnosti*“.<sup>4</sup> A v čem byla tato přednáška zajímavá? Dozvěděla jsem se, že většina

---

<sup>4</sup> Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice : Bolest [online]. 2011 [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW: <www.hospicpt.cz>.

onkologické bolesti se dá účinně léčit zejména opiáty. Ovšem opiáty jsou v našem zdravotnickém systému spojeny se spoustou předsudků a formalit. Jedním z takovýchto předsudků je, že se na opiátech buduje závislost. Problém je v tom, že se lékaři bojí předepsat léčbu opiáty ze strachu, že se jejich pacient stane na opiátech závislý, i když je v terminálním stádiu nemoci. Jenže pokud se jedná o pacienta v terminálním stádiu onemocnění, proč řešit problém závislosti? Je jisté, že takovýmto pacientům již nezbyvá mnoho času. Proč jim tedy neumožnit, aby tento čas, který jim zbývá, neprožili plnohodnotně a bez bolesti? Pokud bude opium dávkováno ve správném a přiměřeném množství, závislost se nerozvine. Navíc je možné se postupným snižováním dávek opiátu zase dostat zpět na život bez opiátů, pokud to zdravotní stav pacienta umožní. Paní Přívozníková, která tuto přednášku vedla, se zmínila o tom, že se sama vypravila na průzkum do Jihočeského Červeného Dvora, kde se nachází léčebna závislostí a zde od ředitele tohoto zařízení zjišťovala, kolik klientů se zde léčí ze závislosti na opiátech (způsobených tlumením bolesti). Takového pacienta tam neměli žádného. Ovšem v našem zdravotnictví se dává přednost lékům, jako je Tramal. Na tomto léku se závislost vytvoří mnohem rychleji. Navíc látka, kterou Tramal a jemu podobné léky obsahují, netlumí onkologickou bolest tak účinně. V praxi to tudíž na našich onkologických a jiných nemocničních odděleních vypadá tak, že je zde spousta pacientů, kteří jsou závislí na Tramalu a jemu podobných lécích a přesto trpí bolestí jen proto, že se jejich ošetřující lékař bojí předepsat účinné opiáty. Tuto skutečnost na přednášce potvrdila většina zúčastněných zdravotních sester. Výjimku tvořily sestry hospice, které byly zvyklé pracovat s opiáty.

Další z důvodů, proč by neměl panovat strach z předepsání opiátů, které ve většině případů účinně tlumí onkologickou bolest, by měl být fakt, že pokud se s opiáty na pracovišti pracuje, je o tom vedena velice přísná agenda. Například v prachatickém hospici je situace následující. Pouze lékař může předepsat léčbu opiáty, které jsou uschovány v trezorech ve speciálních, k tomu určených uzamykatelných skříních. Evidence o podávání opiátů se musí vést jak ve speciální „opiatové knize“, tak v pacientově chorobopisu. Navíc kontrola stavu opiátů probíhá po každém ukončení služby konající sestry a jedenkrát měsíčně probíhá kontrola stavu

opiátů, jejich výdej a dávkování pacientům i samotným primářem hospice. Díky této několikanásobné kontrole je myslím strach ze zneužití opiátů ve zdravotnických zařízeních zcela bezpředmětný.

Z tohoto tudíž vyplývá, že je nutné, aby pracovníci, v tomto případě zejména lékaři, kteří jediní mohou předepisovat léky, byli správně proškoleni v léčbě a tlumení bolesti. Proč by měl pacient, který umírá ještě navíc trpět bolestí? Psychická závislost na opiátech se vytváří zejména proto, že ti, jež tyto látky zneužívají, prahnou po „příjemných“ pocitech a stavech, které tato látka navozuje. V případě, že jsou opiáty využívány k léčbě bolesti, se tyto „příjemné“ stavy a pocity nevyskytují. Jakoby tělo samo vědělo, k čemu se má účinná látka použít. Proto nevidím důvod, proč by nemohly být opiáty k léčbě využívány, pokud to může pacientovi ulevit.

Je jisté, že se najdou výjimky, například někteří pacienti, kteří nechtějí přijmout léčbu opiáty. Jedním takovým případem může být následující příběh. Jedná se o dopis řádové sestry Kláry, který píše Marii Svatošové:

*„Milá Marie,*

*celý den na Tebe myslím. Určitě jsi za mnou šla do nemocnice a nenašla jsi mě tam. Je mi to líto, ale opravdu jsem neměla žádnou možnost dát Ti včas zprávu. Telefon jsi nezvedala. Musím Ti to aspoň vysvětlit, proto hned píšu.*

*Jednou jsem si Ti postěžovala, že mi píchají to morfium, i když ho nechci. Vždycky mě utlumí a mně to pak vůbec nemyslí. Několikrát jsem to říkala doktorovi, ale nic se nezměnilo. Vždycky přišla sestra, píchla mě a vůbec se se mnou nebavila. Nanejvýš řekla, že když to mám v chorobopise naordinované, tak ona to píchnout musí. Jak jim mám vysvětlit, že s tou bolestí počítám a mám s ní své úmysly a plány. Nepochopili by, že jsou to moje valuty a já jimi platím. Platím, protože chci, nikdo mě k tomu nenutí. Denně sleduji zprávy z Bosny. Rozhodla jsem se, že všechnu bolest, kterou dokážu snést, obětuji za mír v bývalé Jugoslávii. Věděl to jen můj zpovědník a matka představená. Teď to říkám i Tobě, abys pochopila, proč jsem podepsala ten revers.*

*Děkuji ti, žes mi to léčení v Praze vyjednala a nezlob se, že jsem to takhle ukončila. Byli na mě hodní, ale vůbec mě nerespektovali jako*

*svéprávného svobodného člověka. Oni tomu rozuměli, já jsem byla jen pacient. Nebylo možné se domluvit. Prostě mě nikdo nebral na vědomí.*

*Když za mnou dnes ráno přijela matka představená, postěžovala jsem si jí a ona mi dovolila ten reverz podepsat. Doktor se urazil a řekl jí v mé přítomnosti: „Zbláznila jste se, sestro? Vždyť ji ani živou nedovezete.“ Matka byla skvělá. Usmála se na něj a řekla: „A o co jde, pane doktore? No tak nedovezeme. Jestli má letošní Vánoce oslavit v nebi, tak je oslaví v nebi. Za všechno Vám děkujeme a prožijte v klidu a pohodě vánoční svátky. Sbohem“.<sup>5</sup>*

Proč jsem zde uvedla celý tento dlouhý příběh? Protože se zde ukazuje hodně důležitých věcí, které se týkají našeho zdravotnického systému. Tento příběh je sice z roku 1994, ale z vlastní zkušenosti vím, že v tomto směru se bohužel české zdravotnictví příliš nezměnilo. Jak je také uvedeno v mé předešlé citaci, je nutná komunikace lékaře s pacientem. Lékař by měl zjistit, jaká jsou pacientova přání. V tomto případě je to zcela zjevné, pacientka odmítá morfin, přesto je jí stále podáván. Dalším běžným případem je, že se pacienti častěji svěřují zdravotním sestřám, co se jejich přání a stížností týče. Proto by zde měla probíhat též komunikace lékař a zbylý zdravotnický personál. Někdy se pacient může svěřit třeba i uklízečce, která má zrovna čas se s ním chvíli zastavit a vyslechnout ho. Proto je velice důležité, aby spolupracoval a komunikoval celý tým. Je mi jasné, že zdravotnického personálu je málo a pokud má zdravotní sestra na starosti celé patro, nemůže si každý den s každým sednout na postel a popovídat si, ale měla by mít alespoň čas sledovat, zdali je na oddělení někdo, kdo by si popovídat chtěl a v takovém případě, pokud ona sama nemá čas, by mohl nastoupit sociální pracovník, duchovní, či dobrovolník. I když se to může zdát jako ztráta času, tak podle mého názoru, opak je pravdou. Rozhovorem se může dojít k mnoho překvapivým zjištěním, která pak mohou velice zjednodušit léčbu a diagnostiku, nemluvě o psychickém stavu pacienta. Kdo z nás se s tím u lékařů nesetkal? Půjďme do ordinace, udělá se pár vyšetření, proběhne několik krátkých otázek a už se píše

---

<sup>5</sup> SVATOŠOVÁ, cit. 3, s. 113.

<sup>6</sup> SVATOŠOVÁ, cit. 3, s. 31.



recept či objednání na operaci či jiný druh léčby. Kdy nám někdo něco vysvětlí, či s námi způsob léčby probere? Na to má ale každý pacient právo, nehledě na to, že je většinou více možností léčby a třeba jiný druh by byl pro nás či naše blízké méně stresující.

Vraťme se ale nyní k léčbě bolesti. Co je další důležitou věcí při léčbě bolesti? Každý jedinec vnímá bolest jinak. Každý má jiný práh bolesti a jinak ji snáší. Proto by mělo zásadně platit pravidlo, že pacientům jejich bolest věříme. Jednou z garancí hospice v Prachaticích je, že pacient nebude trpět nesnesitelnou bolestí. Jak v souvislosti s touto problematikou píše M. Svatošová ve své knize:

*„...musíme si umět stanovit realistické, splnitelné cíle:*

- 1. bez bolesti se vyspat,*
- 2. bez bolesti v klidu odpočívat,*
- 3. bez bolesti se pohybovat“.<sup>6</sup>*

První dvě úrovně se dají zajistit téměř vždy. Pokud zvolíme správné léky a správně je dávkujeme. Musíme podat přesně takové množství léku, kolik je třeba, aby se bolest utlumila. Množství léků by nemělo být ani větší, ani menší, než je potřeba. Pokud jsou léky podány včas, tedy než se bolest začne stupňovat, stačí většinou menší množství. Důležité je také to, aby se lékaři dále vzdělávali v možnostech léčby bolesti. Farmaceutické firmy na trh přinášejí stále nové druhy, ale také způsoby aplikace léků. Jedním z takovýchto příkladů současných nepříliš známých možností podávání léků jsou léky transdermální. Jedná se o náplasti, které se přilepí na kůži pacienta a ten tak dostává malé dávky analgetik v pravidelných intervalech, což je pro léčbu bolesti nejideálnější. Také v tomto případě odpadne riziko zanesení infekce jehlou. Jak dokládá následující úryvek: *„Důležitou zásadou podávání analgetik tkví v tzv. neinvazivní formě. Do popředí se stále více dostávají léky s pomalým uvolňováním účinné látky, které je možno užívat v dlouhých intervalech, přičemž jejich účinek musí být dostatečný po celou dobu. Z těchto důvodů je transdermální podání analgetik jednou z nejvhodnějších forem. Z náplasti se lék postupně uvolňuje do organismu přes nepoškozenou kůži, a to po dobu 72 hodin. Účinnou látkou v náplasti není morfin, ale fentanyl*

---

<sup>6</sup> SVATOŠOVÁ, cit. 3, s. 31.

nebo v menší míře buprenorfin, který má ale určitá omezení díky povaze obsažené účinné látky. Náplasti využívají moderní matrixový systém náplasti, u něž je účinná látka přímo v adhezivní vrstvě. Náplast se mění zpravidla každé 3 dny a oproti morfinu má výhodu v menším výskytu nepříjemných vedlejších příznaků - zácpy či únavy. Ačkoliv má náplast pomalejší nástup účinku, díky stabilnímu zásobování těla účinnou látkou zůstává hladina analgetika v organizmu vyrovnaná. Výhodami této aplikace je, že nalepení náplasti je bezbolestné (na rozdíl od injekce), účinná látka obchází zažívací trakt a nezatěžuje játra tolik jako tabletová forma. Náplast je vhodná pro všechny pacienty s chronickou bolestí vyžadující léčbu opioidy. Léčba chronické bolesti je při použití náplasti účinná již při nízké dávce léku a často je doprovázena nižším výskytem vedlejších účinků ve srovnání se standardní perorální léčbou“.<sup>7</sup>

Právě takovouto formu podávání analgetik navrhla a školila paní Přívozníková v jednom onkologickém oddělení nejmenované Jihočeské nemocnice. Personál proškolila, jak správně náplasti aplikovat na kůži tak, aby držela a správně fungovala. Za několik týdnů se do nemocnice vrátila, aby zjistila, jak je místní personál s náplastmi a jejich aplikací spokojen. Ke svému zklamání zjistila, že personál od používání náplastí upustil, protože prý nedržely. Což pro ni bylo nemyslitelné, protože měla vlastní zkušenost se svou matkou, která tyto náplasti používala a byla s nimi spokojená. Ještě jednou tedy nechala lékaře, aby jí ukázal, jak náplast aplikuje. Zjistila, kde dělá chybu a znovu celému personálu vše vysvětlila. Od té doby se náplasti na tomto oddělení používají a personál i pacienti jsou spokojeni. Jedná se o vcelku úsměvnou historku, ale když si představíme, že na tomto oddělení mohl ležet někdo nám blízký, kterému pravidelně píchají nadměrnou dávku analgetik, místo toho, aby mohl využívat mnohem pohodlnější a méně invazivní způsob aplikace analgetik

---

<sup>7</sup> HÁJEK, E. Náplast při léčbě bolesti. *Dáma.cz* [online]. 7.2.2008, 2, [cit. 201104-05]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=8498>>.

<sup>8</sup> ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. s. 15.

jen proto, že se lékař nenaučil správně náplast nalepit, už to tak úsměvné není.

Je tedy důležité, aby se lékaři dále vzdělávali a nebáli se nových postupů, pokud to pacientovi vyhovuje a je ochoten tento nový způsob vyzkoušet.

Další z věcí, která je pro správnou léčbu bolesti nutná, je to, aby měl zdravotnický personál přehled o tom, jaký je skutečný průběh bolesti. I v tomto bodě panuje mnoho mýtů. Bolest se přece nedá změřit, každý ji vnímá jinak, každá bolest je jiná. Ovšem i zde je již možné řešení. Je jím takzvaná vizuální analogová škála, známá též jako stupnice VAS. Pacient ji má stále k dispozici a může na ní označit míru své bolesti. Bolest je v těchto případech dělena do tří stupňů – slabá, střední a silná. Přičemž krajní strany stupnice značí žádnou bolest a opačná strana je nejhorší možná bolest, jakou si dovedu představit. Pokud se se stupnicí pracuje dlouhodobě, je to velice výhodné, jako zpětná vazba. Lékař i pacient si pak mohou snáze povšimnout toho, kdy bývá bolest horší a naopak, jaké faktory v životě pacienta bolest zmírňují. Další výhodou používání této stupnice je, že pokud je pacient například převážen do jiného zařízení, nový personál si okamžitě může udělat představu, jak na tom pacient je a co potřebuje.

### **2.3 Umírání – poslední krize?**

Nejdříve krátce o tom, co to je vlastně krize. „*Pojem krize můžeme použít k popisu všech situací, při kterých se něco dramaticky mění a tato změna je doprovázena negativními emocemi*“.<sup>8</sup>

Ztráta blízkého člověka jednoznačně představuje jednu z velice vážných krizí v životě člověka. Dle většiny stupnic je ztráta životního partnera považována za tu nejzávažnější krizovou situaci v životě jedince. Umírání představuje ztrátu a ztráta způsobuje krizi. Je hodně faktorů, které prožívání a zvládání krize ovlivňují, ale tyto faktory jsou velice podobné faktorům, které ovlivňují pocit truchlení, kterému se budu věnovat v další

---

<sup>8</sup> ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. s. 15.

kapitole. Tudíž bych se nyní chtěla podívat na krizi zejména z pohledu samotných umírajících a nevléčitelně nemocných. Jak již bylo řečeno v předchozích řádcích, dříve bylo umírání přirozenou součástí života jedince. Dnes je umírání tabu a o to větší krizi člověk prožívá, pokud se s ní musí dopředu smířovat. Ale měli bychom opravdu brát umírání jako krizi? Čeho se lidé na smrti nejvíce bojí? Lidé se nejvíce obávají samoty, bolesti a toho, že ztratí svou soběstačnost a ruku v ruce s tím svou důstojnost. Když se ale nad těmito strachy více zamyslíme, co nabízí dobrá paliativní péče? Že člověk nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že nebude umírat osamocen a že bude do poslední chvíle zachována jeho lidská důstojnost. Toto jsou také tři hlavní garance prachatického hospice, které se snaží dodržovat. A z toho, co jsem při pobytu zde stihla vypořádat, se jim to i daří. Většina lidí si taky přeje zemřít rychle, náhle. Ale když se nad tím hlouběji zamyslíme, tak kolik může získat takový člověk, který se může na svůj odchod připravit? Může se vyrovnat a usmířit se svými blízkými, může je na svůj odchod připravit a zmírnit tak jejich šok ze ztráty, může se rozloučit a smířit se celkově se svým životem. Jistě, všichni nemohou umírat v hospici, obklopeni týmem profesionálů. Spousta lidí umře po úrazu, náhle na různá selhání, násilně. Ale mým cílem je to, aby každý, kdo bude tuto mou práci číst, si uvědomil, jaké jsou v dnešní době možnosti. Pokud dostaneme tu šanci se s našimi blízkými rozloučit, neměli bychom se tomu vyhýbat. Nejen, že pomůžeme našim blízkým, ale též sami sobě se se ztrátou vyrovnat a zmírnit tak naše krize. Většina těžce nemocných a těch, kteří umírají přirozenou smrtí, cítí, kdy se blíží jejich konec. Jak potvrzovaly zdravotní sestry, které se účastnily přednášek v hospici, často si o tom chtějí s někým promluvit. A my bychom se tomu, ať už ve svých pomáhajících profesích nebo jako bližní, neměli vyhýbat. Na jedné přednášce se řešila otázka, že diagnózu pacientovi může sdělovat pouze jeho lékař a jak se tedy k tomu mají zdravotní sestry postavit, pokud se jich pacient přímo zeptá na svůj zdravotní stav. Otázky typu: „Sestřičko, já už tady asi dlouho nebudu“. nejsou u těžce nemocných pacientů výjimkou. Tento problém se týká i nás, sociálních pracovníků, my též nemáme pravomoc sdělovat pacientovi jeho diagnózu. Jak tedy zareagovat, pokud se do takové situace někdy dostaneme? Je vhodné, pokud nám to časová

vytíženost jen trochu dovolí, se u takového člověka alespoň na chvíli zastavit. Pravděpodobně si chce umírající ujasnit některé nejasnosti, či pochyby, promluvit si o svých obavách nebo si prostě „jen“ promluvit. Můžeme na to reagovat také otázkou: „Proč si to pane X, myslíte? Je Vám dnes nějak hůř? Nepotřebujete něco?“ Tím si získáme pacientovu důvěru a nenecháme ho v jeho obavách samotného. Bohužel u nás je běžnou praxí, že po těchto otázkách přichází spíše odpověď typu: „Ale co Vás to bere, dědo, za pár dní budete zase jako rybička.“ Neříkám, že je nutné nenechat žádnou naději, ale pokud se nás člověk takto zeptá, je si většinou vědom, že se něco děje. A pokud se nachází v konečném stádiu onemocnění, nejspíš už nikdy nebude „jako rybička“. Důležitou složkou vztahu ošetřující – pacient je důvěra, a pokud je důvěra narušena, je velice těžké ji znovu navázat. Proto bychom neměli svým pacientům lhát, ani je odbývat takzvanou „milosrdnou lží“.

Cílem krize by mělo být posílení člověka, a ač se to může zdát nereálné, i v tak těžkém životním období může člověk dojít k poznání a osobnímu růstu. Pokud má k tomu potřebný prostor a oporu, umírání nemusí vždy představovat tu nejhorší krizi.

## **2.4 Truchlení**

V této kapitole bych se chtěla více zaměřit na pozůstalé a jejich problémy. Truchlení je bráno jako proces, při němž se pozůstalí musejí vyrovnávat s novou životní situací. Musí se naučit žít bez svého milovaného, zvládnout emoce, které jsou se ztrátou blízké osoby spojené a adaptovat se v nové životní situaci. I zde může být důležitá role sociálního pracovníka. V mnoha institucích je to právě on, kdo má kontakt s pozůstalými, kdo může odhalit, když pozůstalý proces truchlení nezvládá a pak je jeho úkolem nabídnout nebo zprostředkovat potřebnou pomoc. Proto je důležité, aby se sociální pracovník, který chce pracovat v tomto oboru, orientoval v problematice truchlení a dokázal poznat, kdy je potřeba zasáhnout.

## 2.4.1 Členění procesu truchlení

V tomto pohledu je odborná literatura nejednotná a názory odborníků se různí. Na čem se ale většina z nich shoduje, je názor, že truchlení je proces. Truchlící prochází různými fázemi a v každé z těchto fází má jiný úkol. A právě ve členění těchto fází se odborníci rozcházejí. Někteří autoři uvádějí tři fáze, jiní čtyři a někteří dokonce i pět fází zármutku. Pro svou práci jsem si vybrala členění zármutku do čtyř fází, které je syntézou autorů Weinerta, Winklera a Spiegela a jež ve své knize uvádí N. Kubičková.

1. Fáze šoku – pozůstalí v této fázi odmítají smířit se s realitou, často tvrdí, že jde o omyl nebo záměnu. Někteří z nich se musejí přesvědčit a vidět tělo zemřelého a až poté si uvědomí, co se stalo. Někteří truchlící se projevují excesivně – hlasitě naříkají, hladí a líbají mrtvého. Někteří se naopak chovají velmi tiše, utlumeně až otupěle. Tato fáze zpravidla trvá několik hodin, někdy až dva dny.
2. Fáze sebekontroly – tato fáze zpravidla trvá do večera dne pohřbu. Pozůstalí jsou zaměstnání přípravami a organizací pohřbu. Mají spoustu zařizování a tak nemají čas propadnout smutku. Většinou po odchodu posledních smutečních hostů, kdy pozůstalý zůstane sám, teprve poté na něho plně dolehne bolest ze ztráty.
3. Regresivní fáze – za normální délku trvání této fáze se považují jeden až tři měsíce. Truchlící projevuje své emoce, pláče a v jeho chování se mohou vyskytovat prvky regrese. V některých případech mohou být naopak uzavření, apatičtí a úzkostní. Stále znovu si v duchu promítají pocit odloučení. Tato fáze je časem, kdy, truchlící zpracovává své pocity, vnitřně se odpoutává od zemřelého a připravuje se na zvládání pracovních i sociálních rolí. Jedná se o fázi hledání, nalézání a loučení. Tyto pocity pozůstalí prožívají jak za bdělého stavu, tak ve spánku a ve svých

fantaziích. Zpočátku truchlíci hledají skutečnou bytost – zemřelého, později se snaží nalézt spíše hodnoty a orientace. Loučení znamená postupné odpoutávání se od zesnulého a vztahu k němu.

4. Fáze adaptace – v této fázi by se měl pozůstalý přizpůsobit. V této fázi by pozůstalý měl pomalu začít zažívat pocit smíření s tím, co se stalo. Sice nezapomíná, ale pomalu by měl začít zvládat úkoly běžného života. Obvyklá doba, kdy sociální okolí toleruje truchlení v jeho plném rozsahu je šest až osm týdnů. Zde bych si dovolila vlastní vsuvku s tím, že si myslím, že v naší společnosti je tato doba ještě kratší. Fáze adaptace může trvat různě dlouho, většinou je uváděn jeden rok.<sup>9</sup>

Takto je v odborné literatuře popsán proces truchlení, pokud ovšem nenastanou nějaké neobvyklé okolnosti. To, jak se člověk vyrovnává se ztrátou blízké osoby, záleží na mnoha faktorech, ke kterým bych se chtěla vrátit ještě později. Nyní bych se chtěla zabývat případy, kdy při truchlení nejde vše „podle plánu“. V těchto případech by měli sociální pracovníci, ale i lékaři, učitelé, blízcí a všichni, kterým záleží na stavu truchlíciho, zpozornět a raději na něj dávat „větší pozor“. Pokud máme pocit, že pozůstalý svůj zármutek nezvládá, je dobré pokusit se navázat s ním kontakt a zkusit mu nabídnout pomoc.

#### **2.4.2 Komplikované a nekomplikované truchlení**

Proces truchlení je v odborné literatuře dělen na takzvané komplikované a nekomplikované truchlení. Vyrovnávání se se ztrátou blízké osoby je velice náročná citová a duševní práce. I když nyní budu mluvit o truchlení nekomplikovaném, jedná se o velice náročné životní období, v němž truchlíciho provází mnoho negativních emocí. Zde bych chtěla nastínit některé z nich. Kubičková popisuje symptomologii „normálního“ zármutku pro pomáhající profese.

---

<sup>9</sup> KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV, 2001. s. 34 – 35.

Projevy zármutku dělí takto:

- projevy na emocionální úrovni – smutek, žal, vymizení radosti, šok, strach, úzkost, hněv, bezmoc, beznaděj, žárlivost, závist, sebeobviňování, osamělost, pocit omrzlosti životem, vysvobození, ulehčení, otupělost,

- projevy zármutku na tělesné úrovni – třes, pocit sevřeného hrdla, dechová nedostatečnost, svalová ochablost, únava, svírání u srdce, senzorická přecitlivělost, nespavost, poruchy příjmu potravy, porucha imunitního systému,

- projevy na úrovni myšlení – depresivní myšlenky, odmítání skutečnosti, zmatenost, dezorientace, pocit přítomnosti zemřelého,

- projevy v chování a jednání truchlících osob – změna stravovacích návyků, změny v sexuálním životě, rezignace na sociální kontakty, vyhýbáním se vzpomínkám na zemřelého, vyhledávání míst či předmětů připomínajících zemřelého, sny o zemřelém, vzdychání, hledání a volání, plačtivost, únikové reakce.<sup>10</sup>

Pro dokreslení pocitů, které pozůstalé doprovází, bych chtěla uvést několik krátkých výpovědí lidí, kteří se s tímto těžkým životním obdobím setkali.

*Závist: „Moje matka a její nejlepší přítelkyně otěhotněly ve stejnou dobu. Matčino dítě Josefína umřelo při porodu, její přítelkyně porodila zdravé, modrooké světlolvasé děvčátko, které dostalo jméno Marie. Kdykoli matka uviděla Marii, v duchu srovnávala: Ted' by to byly taky Jozífčiny první Vánoce...Josífka už by ted' taky chodila...I Josífka by ted' začala chodit do školy a podobně. Po celé roky se matka své přítelkyni a Marii vyhýbala, protože jí připomínaly, co mohla rovněž mít. Když se však vyrovnala se svou ztrátou, její závist opadla a nakonec se dovedla těšit z jejich společnosti“.<sup>11</sup>*

Pocit závisti je po ztrátě blízké osoby zcela přirozený. Problém, který způsobují, je ten, že truchlící pak většinou ještě začne trpět

---

<sup>10</sup> KUBÍČKOVÁ, cit. 9, s. 120-145.

<sup>11</sup> MOODY JR., Raymond A.; ARCANGEL, Dianne. *Život po ztrátě*. Londýn: BCA, 2001. s. 71.



výčitkami svědomí kvůli své závisti. Pokud má ve své blízkosti někoho, kdo mu řekne, že tyto pocity jsou normální, bude pro něj jednodušší se se svými pocity vyrovnat.

Senzorická přecitlivělost: *„Přišla jsem do sálu, kde jsme měli pohřební hostinu. Všichni už jedli nebo se mezi sebou bavili. Hučelo to tam jak v úle. Strašně mě bolela hlava, a když jsem vešla do toho hluku, bylo to jako rána do palice. Musela jsem utéct. Asi to vypadalo divně, když všichni z rodiny byli tam dole a já seděla nahoře v salónku s několika známými, kteří se už dole do hospody nevešli. Ale já jsem si myslela, že se mi ta hlava rozskočí a tak jsem zase šla nahoru. Tam byl aspoň klid“.*<sup>12</sup>

Tento úryvek nám ukazuje to, že bychom měli brát v potaz i to, jak se pozůstalý cítí po fyzické stránce. Je možné, že na nějaké podněty může reagovat přehnaně nebo přecitlivěle. To proto, že naše tělo si většinou samo řekne, co potřebuje a my bychom mu to měli poskytnout. Pokud někomu bude pomáhat hlasitá hudba, neberme mu ji. Pokud dá raději přednost tichu nebo tmě, měli bychom to umět zajistit. Někteří lidé nemohou zůstat sami doma a raději potřebují být venku. Jeden chce samotu, druhý se raději obklopí lidmi. Toto všechno jsou mechanismy, které mohou pomoci žal překonat a vyrovnat se se ztrátou a my bychom se měli snažit nejen nikoho neodsuzovat, ale také pomoci zajistit vhodné prostředí. Sociální pracovníci, kteří pracují s lidmi prožívajícími zármutek, by měli být schopni svým klientům vysvětlit, co se s nimi děje. Pomoci jim, orientovat se ve svých emocích. K tomu může také sloužit následující přirovnání: *„Tak jako je každý lidský tvor strukturován různě a má v životě jedinečný cíl, má i každá emoce svou vlastní strukturu a cíl. Funkcí citu je signalizovat zalíbení nebo nelibost. Pozor! volá. Každá emoce vytváří vnitřní elektrický náboj. Délka života citového náboje není delší než jedna minuta, pokud je přirozeně uznáme a vyjádříme“.*<sup>13</sup>

V souvislosti s tímto úryvkem se nemohu nezastavit u tématu, které bylo již mnohokrát řečeno, přesto je velice důležité. Je jím vyjadřování emocí. Všichni již v dnešní době vědí, že není dobré v sobě cokoli dusit,

---

<sup>12</sup> KUBÍČKOVÁ, cit. 9, s. 131 – 132.

<sup>13</sup> MOODY JR., ARCANGEL, cit. 11, s. 56.

ale v tomto tématu bych řekla, že to platí dvojnásob. Pokud nevyjádříme své emoce ze ztráty blízké osoby v době, která je k tomu určena, s velkou pravděpodobností nás to „dostihne“ později.

A nyní bych ráda řekla pár slov o truchlení komplikovaném, které je velice často způsobeno právě oním neprojevením citů. Toto truchlení totiž často způsobuje pozůstalým mnoho problémů, které mohou mít až zničující následky. To že se proces truchlení komplikuje, si někdy uvědomují i sami truchlící a snaží se vyhledat odbornou pomoc. Truchlící sami většinou cítí, že „uvízli v procesu truchlení a nemohou dál“. Pokud tomu tak ovšem není, je důležité, aby si pomáhající pracovník povšimnul v anamnéze pacienta případů ztráty a úmrtí. Kubíčková uvádí několik možných ukazatelů, které mohou signalizovat případy komplikovaného truchlení:

- neschopnost hovořit o zesnulém, aniž bychom prožívali akutní a silný smutek,
- nepatrná událost vyvolává přehnanou citovou reakci,
- pokud s ním hovoříme, často se vrací k tématu ztráty,
- všechny věci po pozůstalém jsou zanechány, tak jak je pozůstalý nechal (takzvaná mumifikace),
- náhlá změna životního stylu, konec s koníčky a do té doby běžnými aktivitami,
- silná sklíčenost a přehnaný pocit viny nebo naopak hraná euforie,
- napodobování zemřelé osoby,
- v některých situacích mohou mít nutkání k sebepoškozujícímu jednání
- thanatofobie nebo nozofobie, na kterou zemřela blízká osoba.<sup>14</sup>

Všechny tyto projevy se mohou u truchlících objevit i dlouhou dobu (i několik let) po ztrátě milované osoby a pro pracovníka v pomáhajících profesích by měly být „výstražným světýlkem“. Ne vždy se musí jednat o komplikované truchlení, to se může u pozůstalých projevit i tehdy, pokud se jim v době akutního zármutku, nedostalo dostatečného prostoru pro vyjádření a zpracování jejich zármutku. Je důležité si uvědomit, že atypické formy zármutku se od normálních reakcí na ztrátu příliš neliší ve své podstatě, ale rozdílnou intenzitou a délkou trvání reaktivních příznaků.

---

<sup>14</sup> KUBÍČKOVÁ, cit. 9, s. 163 – 164.

Formulace komplikované a nekomplikované (normální) truchlení mohou být v některých případech zavádějící. Jedním z důvodů může být to, že co je u jednoho jedince považováno za projevy komplikovaného truchlení, může být u jiného bráno, jako „normální“ způsob vyrovnávání se se ztrátou. Přesto jsem je zde uvedla, protože na termíny komplikované a nekomplikované truchlení navazují další spojitosti.

U nás ještě není příliš běžné, aby truchlící vyhledávali odbornou pomoc, většinou se snaží svůj zármutek zvládnout sami, popřípadě s pomocí svých rodin, příbuzných a přátel, v těžších případech docházejí do ordinace psychiatrického lékaře a na psychoterapii. Přesto se zejména na západ od nás již delší dobu rozjíždějí různé formy pomoci pro pozůstalé. A jak se tyto pomocné instituce dělí? Základní dělení při odborné pomoci pozůstalým může být dle Špaténkové následující:

- doprovázení – zde je role terapeuta v tom, že klientovi pomáhá přijmout nastalou situaci. To, že náš blízký odešel, se změnit nedá, ale můžeme klientovi pomoci v tom, jak bude novou situaci objektivně prožívat,
- vzdělávání – v tomto případě potřebuje klient něco zjišťovat, něco si ověřit, vysvětlit. Od terapeuta se očekává, že bude mít potřebné vzdělání, informace a znalosti, se kterými bude navíc umět naložit ve prospěch klienta,
- konzultační činnost – při tomto druhu poradenství se jeden odborník obrací na profesionála z jiného oboru, aby mohl získat potřebné informace pro pomoc klientovi,
- poradenství – klientovi, který vyhledá poradenství, nabízí terapeut pomoc při hledání nejrůznějších způsobů řešení problému. Pomáhá mu s náhledem na danou situaci a orientaci v ní. Nabízí mu rady, inspirace a nápady. Poradce ovšem nechává klienta, aby si sám vybral, co mu z nabízených možností pomoci nejvíce vyhovuje,
- terapie – je aplikovaná, pokud klient cítí, že má problém, se kterým by mu mohl pomoci odborník. Zároveň by měl cítit, že tento problém vyřešit půjde. Společně s terapeutem pak hledají možné cesty a řešení.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> ŠPATÉNKOVÁ, cit. 2, s. 13.

Toto je jen jedno z mnoha možných dělení poradenství pro pozůstalé. Zjednodušeně se dá rozdělit na „*poradenství pro pozůstalé a terapii zármutku*“.<sup>16</sup> Přičemž poradenství může pomoci lidem, kteří prožívají zármutek z aktuální ztráty a potřebují pomoci zejména s adaptací na novou situaci. Zatímco terapie je spíše vhodná pro klienty, u kterých se, zjednodušeně řečeno, vyskytne takzvané komplikované truchlení. Ztráta již není tak aktuální, ale přesto stále ulpívají na zemřelé, prožívají stálý pocit viny, trpí výčitkami svědomí a tak dále.

Proč je tak obtížné rozvíjet odbornou pomoc pro pozůstalé? Jedná se o velice náročnou formu terapie, protože ani jedna ze zúčastněných stran většinou nedojde k plnému uspokojení. Není možné vrátit čas a oživit zemřelého. Proto klient většinou „nedělá radost“ svému terapeutovi, jak se pěkně situace napravuje. Ve většině případů jde jen o zmírnění negativních dopadů na život klienta po ztrátě. To vede k časné únavě a frustraci terapeutů. Na druhou stranu v našich končinách není běžné, vyhledat při zármutku odbornou pomoc. Dogmata jako „čas všechno zhojí“ nám brání, obrátit se na odborníka. N. Špaténková ve své knize říká, že to co potřebujeme, je dobrá formulace a jasné vymezení terapie a poradenství pro pozůstalé. Aby bylo jasně řečeno, na co se bude terapeut zaměřovat a s čím může klientovi pomoci. V tomto bodě s ní souhlasím. Pro člověka je snazší nechat si pomoci, pokud má jasně dané hranice a má představu, co s ním bude terapeut probírat.

### **2.4.3 Determinanty zármutku**

Proces truchlení je velice individuální děj, každý jedinec ho prožívá po svém, dva různí jedinci mohou na velice podobnou situaci reagovat zcela rozdílně. Pokud se ovšem na truchlení podíváme s odstupem, můžeme zde najít několik faktorů, které nám pomáhají lépe se zorientovat v této problematice. Je zde opět mnoho druhů třídění těchto determinantů, mně asi přišlo nejjasnější to, které uvádí Kubíčková ve své knize. Ta je dělí na dvě

---

<sup>16</sup> ŠPATÉNKOVÁ, cit. 2, s. 14.

základní podskupiny – determinanty vztahující se k pozůstalému a determinanty, které souvisejí se zesnulým.

Kdo byl zesnulý?

Zde jsou důležité faktory jako:

- příbuzenský poměr (rodič, dítě, sourozenec, prarodič),
- věk zemřelého (dítě, dospělý člověk, starý člověk),
- faktory vztahu (charakter, síla a jistota vazby, stupeň závislosti),
- okolnosti úmrtí (anticipovaná ztráta, náhlá nečekaná smrt, tragická smrt, sebevražda).

Kdo je truchlící?

Zde by se měl terapeut zajímat o:

- věk (dítě, dospělý člověk, starý člověk),
- pohlaví,
- osobnostní faktory (emoční a sociální zralost, citová labilita, extrovert nebo introvert, citové zábrany, duševní onemocnění v anamnéze),
- předcházející zkušenost se smrtí a truchlením (první či opakovaná ztráta blízkého člověka).<sup>17</sup>

Všechny tyto faktory velmi ovlivňují to, jak bude ztráta blízkého člověka přijata a snášena. I když se nedá vytvořit jasný model, jak jednat s kterým truchlícím, mohou nám pomoci více se v situaci orientovat a truchlícímu pomoci. Ke každému z determinantů by se dalo napsat několik stránek, ale já bych se chtěla jen pro lepší představu zastavit pouze u dvou příkladů.

Prvním z nich je okolnost úmrtí, v tomto případě rozdíl mezi náhlým a anticipovaným úmrtím. Je prokázáno, že reakce na ztrátu bývá mírnější, pokud se jedná o smrt staré osoby, která byla navíc nemocná. Tato smrt byla totiž již dříve (při průběhu nemoci) pozůstalými anticipována. Truchlící se mohli již dříve na smrt částečně připravit a část zármutku si již prožili za života zesnulého. Mírnější průběh může být také podpořen tím, že se pozůstalí mohli se zemřelým rozloučit, urovnat s ním staré nebo současné spory a říct mu, jak je pro ně důležitý. Nevýhodou u tohoto typu truchlení může být to, že po dlouhé nemoci a často i pečování o svého drahého jsou jeho nejbližší vyčerpání a citově deprimování. V případě

---

<sup>17</sup> KUBÍČKOVÁ, cit. 9, s. 43-44.

náhlého úmrtí truchlení zhoršuje fakt, že pozůstalý neměl čas se na novou situaci připravit. V těchto případech bývají časté výčitky svědomí, že dostatečně nechránil svou milovanou osobu, co mohlo být vykonáno a nebylo. Specifickým rysem náhlého úmrtí bývá to, že se často jedná o úmrtí na následek srdečního selhání, nehodu či vraždu a musí se tedy, zejména v posledních dvou případech, najít viník. Jak je známo, soudy jsou u nás velice zdlouhavé a tudíž se takové hledání může protáhnout až na několik let. A v těchto letech je stále znovu otvírána stará rána.

Druhým determinantem, u kterého bych se chtěla chvíli pozastavit, je pohlaví pozůstalého. Je obecně známo, že muži a ženy prožívají zármutek rozdílně, zatímco ženy se obvykle bezprostředně po ztrátě poddávají svým emocím, dají průchod svému žalu a dělí se o něj se svým okolím, muži se spíše vrhnou do svých koníčků, práce či jiných rozptýlení a smutek se dostavuje opožděně. Ženy mívají větší spotřebu tisících prostředků pro tlumení zármutku, častěji vyhledají pomoc odborníků a jejich zármutek trvá déle. Mužům se z okolí dostává větší sociální podpory, zde bych řekla, že se v tomto případě jedná spíše o muže – otce. Muži zpravidla navazují dříve nové vztahy, jedná-li se o ztrátu partnerky. Dlouhou dobu se myslelo, že ztráta dítěte v rodině vyvolává mezi partnery, z důvodů jejich rozdílného prožívání smutku nepřekonatelné partnerské problémy. Panoval názor, že manželství, jež postihla ztráta dítěte, jsou více rozvodová. V roce 1996 si skupina Soucitných přátel (organizace truchlících rodičů) nechala udělat nezávislý výzkum, kterého se zúčastnilo patnáct tisíc rodičů, kteří přišli o dítě. Výsledky byly překvapující. U truchlících rodičů byla pouze dvanáctiprocentní rozvodovost, což je lepší výsledek než obecná rozvodovost daného státu. Čistě má osobní úvaha je, zda to tak matka příroda nezařídila schválně, aby muži a ženy truchlili rozdílně z důvodu toho, aby alespoň jeden vždy byl schopen „normálně“ fungovat, podpořit svého partnera, popřípadě se postarat o ostatní potomky.

#### **2.4.4 Je truchlení nemoc?**

Někteří autoři se přiklánějí k názoru, že truchlení není nemocí, jelikož je doktoři neléčí. Ale je to pravda? Řada dalších odborníků se

přiklání k názoru opačnému. Například takzvaný „larvovaný“ zármutek, což je zjednodušeně řečeno zármutek potlačený, se může u pozůstalých projevit nestandardním chováním. Nezřídka se u truchlících projeví též řada psychiatrických či somatických symptomů. Jsou též známy případy u osob, jimž nebylo dovoleno či umožněno (například kvůli tlaku sociálního okolí) prožít si zármutek, u kterých se projeví stejné či podobné psychosomatické obtíže, které se projevovaly před smrtí u zemřelého. Já sama se přikláním k názoru, že spousta nemocí těla má původ právě v naší psychice. Tudiž je velice pravděpodobné, že právě silný zármutek může vyvolat u pozůstalých mnoho somatických problémů. Nebývá již i u nás výjimkou, že si pozůstalí uvědomují, že s nimi není vše zcela v pořádku a vyhledají odbornou pomoc. Ovšem kvůli stálé tabuizaci psychologické a psychiatrické pomoci u nás se většinou jedná o praktického či odborného lékaře. Bývá totiž jednodušší připustit si, že mě píchá u srdce, protože se srdcem není něco v pořádku, než si připustit, že je to projev zármutku. O ztrátě blízké osoby se často hovoří jako o „ráně“ a stejně, jako každé zranění i truchlení potřebuje svůj čas, někdy se vše hojí rychle a bez komplikací, jindy to tak jednoduché není.

#### **2.4.5 Chyby v komunikaci s pozůstalým**

Jistě se shodneme, že nejdůležitějším nástrojem každé terapie i každého lidského vztahu je komunikace. Tato kapitola může pomoci jak odborníkům specializujících se na pomoc pozůstalým, tak i všem, kteří přicházejí do styku s truchlícím, což může být v průběhu života téměř každý. Komunikace může truchlícím hodně pomoci, mohou se ze svého zármutku takzvaně vypovídat, mohou hovořit o zemřelém, čím pro ně zemřelý byl, jak na něho vzpomínají. Skrze komunikaci mohou dát průchod svému zármutku. Ale nesprávně zvolená komunikace, která je navíc špatně načasovaná, může pozůstalým ještě více přitížit a ublížit. Při komunikaci s truchlícím bychom si měli dát pozor na následující faktory:

Kdy s pozůstalým mluvit – většinou bezprostředně po ztrátě je pozůstalý plný svého zármutku a není schopen o něm hovořit, proto, pokud jde do obchodu, jde tam nakoupit, pokud je na poště, jde odeslat dopis a

nechce se většinou o své ztrátě bavit. Je vhodné, pokud někoho takového potkáme, pozdravit ho jak je na to zvyklý a nechat na onom člověku, kam se bude stáčet směr rozhovoru. Není ale také dobré dělat, že pozůstalého nevidíme, popřípadě přecházet na druhou stranu ulice jen proto, abychom ho nemuseli pozdravit. Pokud se nejedná o někoho nám příliš blízkého, je nepravděpodobné, že se s námi bude chtít vybavovat, ale pozdrav většinou potěší. Krátce po ztrátě je většinou více ceněna praktická pomoc, můžeme nabídnout pomoc s hlídáním dětí, donést nějaké jídlo, pomoci s údržbou domu.

Správná volba slov – v souvislosti s touto problematikou bychom si měli dávat velký pozor na to, co v přítomnosti pozůstalého pronášíme. Velmi citlivě bývají vnímány výroky jako: „Vím přesně jak Ti je!“, žádné truchlení není stejné, tudíž nikdy, nemůžeme vědět, jak přesně se pozůstalý cítí. Důkazem může být následující úryvek: *„Její matka podlehla krátké nemoci ve věku padesáti let. O pár měsíců později se Jenny zúčastnila pohřbu staré matky jedné přítelkyně. „Je mi to líto,“ řekla. „Ztratit matku je skoro víc, než může dcera snést. Chápu to, vím přesně, jak se cítíš.“ „Ne, nevíš,“ odvětila její přítelkyně. „Matka celá ta léta trpěla, pořád se musela vracet do nemocnice. Bylo to pro ni hrozné a já jsem ráda, že je konečně od toho trápení osvobozena. Není proč toho litovat“.*<sup>18</sup> Pozor bychom si též měli dávat na hodnotící výroky, které může truchlící chápat, jako výroky odsuzování. Tato chyba v komunikaci bývá zvláště citlivá v případech, kdy zesnulý zemřel po sebevraždě či vraždě. Tyto případy úmrtí jsou pro pozůstalé zvláště těžko zpracovatelné.

## **2.5 Změny sociálních rolí nemocného a jeho blízkých**

Při ztrátě blízké osoby dochází velice často ke změně sociálních rolí. Sociální role se mění jak pro nemocného (umírajícího), tak pro jeho blízké. Strach ze změn těchto rolí a obavy z toho, zda svou novou roli (role) vůbec

---

<sup>18</sup> MOODY JR., ARCANGEL, cit. 11, s. 107.



zvládnou, mohou vést u umírajících k horšímu průběhu jejich nemoci a u pozůstalých k horšímu zvládnutí jejich zármutku. Pokud si je sociální pracovník schopný uvědomit, k jakým změnám u všech zúčastněných došlo, může jim se zvládnutím jejich nových sociálních rolí pomoci a významně jim tak ulehčit. Tato pomoc může mít jak formu praktickou, tak i formu psychickou.

### **2.5.1 Změny sociálních rolí u nemocného**

Každý ve společnosti má většinou několik sociálních rolí. U jedné ženy se například může jednat o následující role – matka, manželka, sestra, dcera, vnučka, kamarádka, nadřízená... Pokud přijde těžká nemoc, většinou to zasáhne všechny naše sociální role. Člověk se musí smířit s tím, že už jeho tělo neslouží tak, jak byl zvyklý, většinou je omezena jeho soběstačnost, je odkázán na pomoc svého okolí, popřípadě dochází k institucionalizaci a vytržení z přirozeného prostředí. Je toho hodně, s čím se musí vyrovnat. V hospici jsem si například vyslechla následující příběh. Byl zde hospitalizován muž, jehož nemoc dospěla do konečné fáze. Docházela za ním manželka, na kterou byl celý život hodný a se kterou měl hezký vztah. Jeho chování k ní se však po propuknutí jeho nemoci změnilo. Začal být na svou ženu hrubý, vadilo mu téměř vše, co udělala. Při jednom z rozhovorů se sociální pracovníci vyšla najevo skutečnost, že muži ve skutečnosti vadí to, že se o něho jeho žena stará. To on byl po celý jejich život vůdčí osobností v rodině, on byl ten, kdo vše zařizoval a většinu věcí organizoval. To, že byl nyní na svou ženu odkázaný, v něm probudilo pocit, že má nad ním navrch a že již v jejích očích není „pravým mužem“. Po tomto rozhovoru se upravila péče o muže tak, že se o něho staral personál hospice a se svou ženou měli čas jen „pro sebe“. On se znovu cítil jako muž, v očích své ženy a vše bylo o poznání lepší. Na tomto malém příkladu bychom si měli uvědomit, jak mohou být pro nás naše sociální role důležité a co pro nás může znamenat jejich ztráta.

T. Parsons, americký sociolog, formuloval v padesátých letech minulého století roli nemocného. Tato role se pojí s právy a povinnostmi. Mezi práva nemocného patří například:

- právo na péči,
- nemocný nemoc nemůže ovládat vůlí,
- je v průběhu nemoci dočasně osvobozen od svých běžných sociálních rolí.<sup>19</sup>

U posledního z uvedených bodů bych se chtěla na chvíli pozastavit, protože právo na dočasné uvolnění ze svých běžných sociálních rolí s sebou může nést určitá úskalí. Například to, že někteří pacienti se schválně utíkají do role nemocného, aby se svým přirozeným rolím vyhnuli. A zde by mělo být povinností nejen lékaře, ale pokud je do tohoto procesu zapojen i sociální pracovník, tak i jeho, aby takovýto únik rozpoznal a pomohl tak zjistit od pacienta příčinu úniku a jeho potíže mu pomohl překonat. Abych byla konkrétní, tak někteří těžce nemocní či umírající mají tendenci vše vzdávat a jen „čekat na smrt“. Pokud jim ale jejich zdravotní stav dovoluje nějakou aktivitu, měli bychom se snažit podporovat její rozvoj. Například role prarodiče nebývá příliš náročná a přítomnost dětí mívá na nemocné blahodárné účinky. Tak proč nedovolit, aby se děti setkávaly se svými prarodiči, i když už se jejich dny chýlí ke konci? Chceme je „ušetřit“ pohledu na nemocné, ale děti stejně vycítí, že se něco děje, poznají, že chodíme do nemocnice nebo, že jsme smutní a pak jejich představivost pracuje ještě víc. V hospici jsem se setkala s paní, která pečovala doma o umírajícího strýce. I přesto, že měla doma čtyři malé děti, se ujala tohoto nelehkého úkolu. Jak sama popisovala, tak děti přítomnost nemocného strýce vnímaly naprosto přirozeně, když přišly ze školy, hrály si u něho v pokoji, někdy je dokonce našla i u strýce na posteli, jak si s ním v klidu povídají. Když pak strýc zemřel, děti to braly naprosto přirozeně a dle slov jejich matky, to na nich žádnou újmu nezanechalo. Z toho tedy plyne fakt, že bychom nemocné měli podporovat v zachování alespoň těch sociálních rolí, které zvládnou.

Druhé úskalí tohoto práva na osvobození ze sociálních rolí spatřuji u lidí, kteří svou nemoc odmítají a usilovně se snaží udržet si všechny své dosavadní role. Je přirozené, že nemocný či umírající člověk již na všechny role nestačí a toto vědomí u něj může způsobovat frustrace. Což bylo například zřetelné v příběhu muže, který byl protivný na svou pečující

---

<sup>19</sup> KŘÍŽOVÁ, E. *Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 1993. s. 6-7.

manželku. Sociální pracovník by měl být schopen s nemocným pohovořit a říci mu o právu nemocného, vzdát se některých rolí a vysvětlit mu, že je to přirozené a že tak rozhodně neselhává jako člověk.

Naopak jeho povinnosti jsou:

- není přáním nemocného být nemocný a snaží se nemoc překonat,
  - požádat o pomoc odborníky a spolupracovat s nimi na procesu zotavení.
- Ovšem i tato teorie má svá úskalí, která se mohou projevit, například pokud nemocný odmítá léčbu, je-li jeho nemoc chronického rázu nebo pokud pacient své potíže předstírá.<sup>20</sup>

### 2.5.1.1 Práva umírajícího

Zde bych se též chtěla na chvíli zastavit u práv umírajícího, která jsou formulována v knize od autorů J. N. Studenta, A. Muhluma a U. Studentové:

*„1. Právo na zacházení jako s živým člověkem a na zachování pocitu naděje – jakkoliv může být subjektivní,*

- 1. právo vyjadřovat myšlenky a pocity k tématu smrti po svém,*
- 2. právo se podílet na všech rozhodnutích týkajících se vlastní péče,*
- 3. právo na péči ze strany soucitných, citlivých a kompetentních lidí, kteří se snaží porozumět potřebám nemocného,*
- 4. právo na porozumění procesu smrti a obdržení upřímných a úplných odpovědí na všechny otázky,*
- 5. právo na hledání útěchy v duchovních otázkách,*
- 6. právo na stav bez tělesných bolestí,*
- 7. právo zemřít pokojně a důstojně,*
- 8. právo nezemřít osamoceně,*
- 9. právo na respektování nedotknutelnosti těla po smrti“.<sup>21</sup>*

---

<sup>20</sup> BRESLOW, E.L. Illness and Sick-Role Behavior. In *Encyclopedia of Public Health* [online]. [s.l.] : [s.n.], 2002 [cit. 2011-04-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/illness-sick-role-behavior>>.

<sup>21</sup> STUDENT, J. H.; MUHLUM, A.; STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha : H&H Vyšehradská s.r.o., 2006., s. 38.

Jako sociální pracovníci bychom si měli být vědomi toho, že tato práva by měla být dodržována, ať je umírající v domácí péči, nemocnici, hospici či domově důchodců. Úkolem sociálních pracovníků, kteří pracují s umírajícími, by měla být snaha tato práva dodržovat a umožňovat. A zároveň se snažit nemocnému pomoci při zvládnání jeho sociálních rolí, ať už se jedná o roli nemocného nebo o dosavadní sociální role, kterých se musí nemocný vzdát.

### **2.5.2 Změny sociálních rolí u pozůstalých**

Stejně jako nemocný, i ten, kdo o něj pečuje nebo pro něj truchlí se musí smířit se změnou sociálních rolí. Velkým problémem se to stává pro ty, kde je jeden z partnerů na druhém více závislý, ať už se jedná o vazbu citovou, materiální či praktickou. Pokud je například žena, která byla v domácnosti postavena do situace, kdy její manžel odejde a musí se najednou sama postarat o všechny povinnosti a ještě ke všemu uživit rodinu, je pro ni tato situace velice stresující. Navíc se tak většinou děje v období, kdy prožívá akutní zármutek a tak pro ni může být tato situace velice obtížná až neřešitelná. A zde by opět mohla být přivítána pomoc sociálního pracovníka, který by se měl rychle zorientovat v tom, čeho se pozůstalý nejvíce bojí, co mu bude dělat problém a snažit se mu s daným problémem pomoci. V těchto případech se může jednat o zcela konkrétní praktickou pomoc, jak jednat s úřady, co vše je potřeba zařídit ohledně pohřbu, na jaké další odborníky se popřípadě může pozůstalý obrátit. Tuto situaci nám může dokreslit následující úryvek: *„Chlapec za mnou přišel, že se mu pokazilo kolo a že nemůže dál jezdit, ať mu s tím něco udělám. Copak já tomu rozumím? Takové věci vždy dělal manžel. Snažila jsem se mu to vysvětlit, ale místo toho jsem začala plakat. Raději jsem šla vařit oběd. Tak jsem zjistila, že nemám brambory a chtěla jsem zavolat na manžela, aby mi pro ně skočil do sklepa. Na to, že je mrtvý jsem zapomněla jako na smrt. Vzala jsem tašku a šla tam sama. Když jsem chtěl rozsvítit světlo, vyhodila jsem pojistky v celém baráku. Propadla jsem naprostému zoufalství, začala jsem brečet, rvát si vlasy, musela jsem být hrozně hysterická. Našel mě soused, když šel nahodit ty pojistky a zavolal doktorku. Dala mi nějakou*

*injekci na uklidnění a poslala mě sem. Když o tom teď tak mluví, všechno mi to připadá takové maličkosti, ale na mě toho bylo najednou nějak moc. Mám pocit, že když tu byl manžel se mnou, všechno jsem zvládala a teď nezvládám vůbec nic. On vždycky všechno zařídil, vyřídil, opravil a teď... Už nikdy to nebude takové jako dřív“.<sup>22</sup>*

Toto je jasná ukázka toho, jak se pro ženu změnila její sociální role a jak je pro ni těžká adaptace na novou roli. Ona doktorka, která jí píchla uklidňující injekci, byla zřejmě jednou z „osvícených“ a rozpoznala u ženy problém se zármutkem a poslala ji na určitý druh terapie pro pozůstalé. Jak je vidět, už jen to, že může žena o svých problémech mluvit, jí pomáhá a její problémy se jí již nejeví tak neřešitelné. Ztráta partnera je jednou ze ztrát, které s sebou nesou pro pozůstalého největší změny sociálních rolí. Ale lidské vztahy mívají mnoho podob a sociální pracovníci by si měli být vědomi, jaké ztráty s sebou nesou jaké změny a zrovna zde by mohli být doprovázejícím nebo pozůstalým velice nápomocni a spatřují zde pro ně veliké pole působnosti.

### **2.5.3 Fáze E. Kübler-Rossové**

Znalost a pochopení těchto fází, které popsala E. Kübler-Rossová, jsou podmínkou práce s nemocnými v terminálním stádiu onemocnění. Měli by je znát jak lékaři, tak zdravotní sestry, ošetřovatelé a v neposlední řadě i sociální pracovníci. Tyto fáze představují proces, kterým pacient prochází od zjištění své diagnózy až po úmrtí. Jedná se o způsob vyrovnání se s nelehkou životní situací. Tyto fáze nemusí za sebou následovat v tomto pořadí, mohou se prolínat a opakovat. Pro komunikaci s umírajícími je důležité, aby si byl sociální pracovník vědom, v jaké z fází se pacient nachází a jaký druh komunikace potřebuje. Zastavme se nyní krátce u každé z fází.

**Popření (negace)** většinou nastupuje u pacienta hned, když se vzpomene na šok sdělené diagnózy. Pacient si svou nemoc nechce připustit, domnívá se, že mu zaměnili výsledky, či odmítá závažnost svého onemocnění. Jak uvádí E. Kübler-Ross ve své knize, velikou roli ve zvládnutí této fáze hraje

---

<sup>22</sup> KUBÍČKOVÁ, cit. 9, s. 64.

to, jak byla diagnóza pacientovi sdělena. „*Jedná-li se o sdělení příliš formální, málo empatické, rychlé, bez vysvětlení a možnosti, aby pacient kladl otázky, často je průběh této fáze těžší a fáze trvá déle. Na přijetí své diagnózy má také vliv, kolik času má pacient na zpracování a jak doposud zvládal těžké životní situace*“.<sup>23</sup> Zde se můžeme potýkat s vážným morálním dilematem, zda s pacientem „hrát jeho hru“ popírání skutečnosti nebo ho nutit k přijetí reality. E. Kübler-Ross uvádí, že z dvou set pacientů pouze tři nebyli schopni přijmout realitu až do svého konce. Všichni ostatní svou diagnózu nakonec přijali. Je jistě těžké komunikovat s pacientem, o kterém máme pocit, že si vymýšlí a nepřijímá skutečnost, ale vždy bychom měli mít na prvním místě pacienta a jeho zdravotní stav a pokud budeme trpělivě na blízku a otevřeně naslouchání, většinou si pacient realitu nakonec připustí.

**Agrese (zlost)** je dalším stádiem, které většinou následuje potom, co pacient svou diagnózu přijme. Toto stádium je typické tím, že se pacient hněvá a provází ho mnoho negativních emocí, jako zlost, závist, vztek. Je také obtížné v tom, že není lehké pro pacientovi blízké a ošetřující personál. Proto v tomto stádiu často dochází k izolaci. I v této chvíli se však musíme postavit na stranu pacienta, co když je jeho zlostný křik jen snahou, dát světu najevo, že tu ještě je. Neměli bychom si tuto zlost brát osobně, spíše se snažit věnovat pacientovi trochu více času, aby si uvědomil, že má ještě jako člověk cenu a on se pak většinou zklidní.

Ve fázi **smlouvání** jde většinou o čas. Pacienti již přijali svou konečnost, překonali pocity hněvu, ale chtějí ještě něco stihnout. Uzavírají většinou „tajné smlouvy“ s Bohem, osudem nebo s tím, čemu věří. „Když mi dáš ještě čas stihnout tohle, již nikdy nebudu dělat ono“. Tyto smlouvy jsou většinou porušovány a z toho pak pramení pocity viny. Toho by si měli být doprovázející vědomi a měli by se, pokud se jim pacient se svou „smlouvou“ svěří, snažit zjistit, proč právě toto je pro ně tak důležité. Někdy se pacientům podaří dosáhnout požadovaného a oni pak dojdou smíření a klidu.

**Deprese** se většinou dostavuje, když léčba trvá již delší dobu, finanční prostředky ubývají, sociální role jsou narušeny, člověk čelí mnoha ztrátám.

---

<sup>23</sup> KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. s. 39.

E. Kübler-Ross tento stav popisuje jako smutek, který nemocný prožívá, protože se loučí s tímto světem. Jedná-li se o depresi pramenící ze strachu, co bude, až tu pacient nebude, může sociální pracovník významně pomoci. Například promluvit s ostatními rodinnými příslušníky, říci jim, čeho se nemocný obává a společně pak situaci mohou lépe zvládnout. Můžeme nemocného povzbuzovat a snažit se mu pomoci zařídit potřebné věci. Pokud se ovšem nemocný depresí vyrovnává se svou ztrátou a nastávajícím odchodem, je povzbuzování jen zastíráním skutečnosti. V takovémto případě je lepší nechat pacienta prožít si svůj zármutek, být mu nablízku a nechat ho hovořit o jeho obavách a tím se smířovat se všemi ztrátami, které ho čekají. Pak se většinou pacientův stav zlepší. Někdy může být již pacient smířen se svým odchodem a už nechce nebo nemůže s nemocí bojovat, ale je nucen svými blízkými do dalších často marných pokusů. I zde může velmi pomoci sociální pracovník, který stanovisko a pocity nemocného může tlumočit jeho blízkým.

Posledním stádiem je **smíření (akceptace)**. Toto stádium nejlépe vystihují následující slova: „...na svůj nadcházející konec bude pohlížet v jakémisi tichém očekávání. Bude unaven a ve většině případů zcela zesláblý, často bude upadat do krátkého spánku“.<sup>24</sup> Nemocný již překonal všechna stádia, většinou se smířil a měl dostatek času se se svou konečností vyrovnat. Pro toto stádium je typické, že nemocný již nepotřebuje mnoho slov. Spíše dá přednost tiché přítomnosti a pocitu, že není sám. Potřebuje držet za ruku. Kdo ale v tomto stádiu často potřebuje pomoci, jsou spíše blízcí našeho umírajícího, kteří často trpí pocitem, že se dá ještě něco udělat a že jejich milovaný to již vzdal. Zde pomůže sociální pracovník opět vysvětlením situace a jako prostředník mezi umírajícím a jeho blízkými.

Tyto fáze jsou poměrně známou záležitostí, jen bych chtěla připomenout, že ne u všech se musí projevit všechny fáze a v tomto pořadí. Ti, kteří pracují s umírajícími, by je měli mít na paměti a znalost těchto fází by jim měla pomoci v ne vždy jednoduché komunikaci s umírajícími, jejich blízkými, ale i v rámci pracovních kolektivů.

## 2. 6 Proč ne eutanazii?

---

<sup>24</sup> KÜBLER-ROSSOVÁ, cit. 23. s. 99.

Každý, kdo se chce věnovat paliativní péči, by měl mít v sobě vyřešenou otázku eutanazie. Měl by vědět, proč eutanazie není onou „dobrou smrtí“, jak říká její název. Domnívám se, že každý má své osobní důvody proč říci „ne“ eutanazii a toto přesvědčení by mělo stát na pevném základu. Nemohu znát důvody ostatních pracovníků paliativní péče, proč se rozhodli vydat cestou, která je sice náročnější, ale jednoznačně humánnější, a proto bych zde chtěla napsat svá vlastní přesvědčení.

Jedním z nejhlavnějších důvodů pro mě, proč odmítnout eutanazii je přesvědčení, že i když je medicína velice pokročilá, stále ještě dochází v průběhu nemocí k různým nečekaným zvrátům a tudíž nikdy nemůžeme stoprocentně říci, že už je ta chvíle, kdy je člověk u konce. Nikdy nemůžeme vědět, co má ještě daný člověk na tomto světě za úkol, byť je sebevíce nemocný či nemohoucí. Může to být určitý rozhovor, který jinému ovlivní celý život nebo smíření se s někým blízkým.

Argument jako odpověď na to, že člověk má svou vlastní autonomii a může tedy sám rozhodovat o svém žití či nežití, je pro mě to, že nikdo si svůj život nedal sám, a proto nemá nárok si ho ani sám brát, natož to od někoho žádat. Tento názor ještě více dokreslí následující úryvek: *„Eutanazie není autonomním výběrem. Nemocní v terminální fázi onemocnění jsou velmi vulnerabilní a snadno přijímají jakékoliv nápady jiných. Cítí se již být odcizeni vůči zdravým, vinni tím, že jsou zátěží pro ostatní, zahanbeni pro své těžkosti a slabosti, plní nejrozličnějších strachů a velmi citliví vůči různým návrhům. Stačí pozorně sledovat holandské televizní pořady, jež dělají eutanazii reklamou. Stačí pozorovat, jak „svobodné a autonomní“ rozhodnutí nemocného je. Každý vidí, jak je toto rozhodnutí prováděno: nejprve hovory s lékařem, pak se ženou, s příbuznými, s ošetřovatelkou, s jinými nemocnými, s právníky atd., a pacient, o jehož bytí a nebytí se jedná, se ke slovu ani nedostane“.*<sup>25</sup>

Avšak nejpodstatnější přesvědčení k odmítání eutanazie, je pro mě důvod, z jakého je většinou o eutanazii žádáno. Pacienti, kteří žádají o eutanazii, většinou trpí bolestí, strachem, osaměním, pocitem ztráty důstojnosti, pocitem, že jsou svým blízkým či společnosti na obtíž. A toto

---

<sup>25</sup> MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. s. 52.



všechno vnímám jako nezvládnutou paliativní péči. Proto jsem přesvědčena, že je mnohem důležitější, rozvíjet a podporovat kvalitní paliativní péči nejen v hospicích, ale také v nemocnicích, domovech pro seniory, ale i v domácí péči. Pokud je pacient osvobozen od těchto strachů a obav a netrpí bolestí, není už ani obava ze smrti, tak palčivá, že by pacient žádal její předčasný příchod.

Navíc otázku eutanazie není možné plně právně ošetřit. Už jen fakt, že i když se o ní stále diskutuje, jen v nepatrném množství zemí k ní může za určitých podmínek docházet, svědčí o její problematičnosti. Navíc podmínky pro schválení eutanazie je velice těžké ohlídat. Hrozí riziko takzvaného „kluzkého svahu“, které již je například pozorovatelné v Nizozemí. V případě kluzkého svahu jde o to, že je velice snadné, posouvat hranice povolené eutanazie dál a dál. Pokud je uznána lidská autonomie ve smyslu rozhodování o vlastním životě, budou se na to stále nabalovat nové a nové důvody, proč lidský život nemá smysl. Pokud můžeme takto „pomoci“ trpícímu dospělému, proč bychom nemohli ulevit i dítěti, postiženému, ochrnutému atd. Nehledě na fakt, že pokud je eutanazie povolená, je již jen krůček k tomu, aby si nemocný, jehož sebevědomí je již tak dosti oslabené, řekl, že to od něj nejspíš jeho okolí, společnost, ošetřující lékař, který si s jeho nemocí neví rady, očekává. Je nutné, aby lékaři přemýšleli eticky, s vědomím toho, že to co není nezákonné, nemusí být nutně i etické. Nehledě na to, že lékařovou povinností a posláním je léčba a péče, s čímž je eutanazie v naprostém rozporu. *„Zabíjení nemocných by vedlo k rozkladu lékařovy integrity a samozřejmě i k podkopávání důvěry v lékaře a lékařství vůbec“.*<sup>26</sup>

Zejména z těchto důvodů je pro mě osobně eutanazie nepřijatelná. A to jsem se vůbec nezminila o důsledcích, jaké může mít na pozůstalé po těch, kdož eutanazii podstoupili. Holandské studie sice hovoří o tom, že není rozdíl v truchlení po přirozené smrti a po eutanazii, ale M. Munzarová si ve své knize správně klade otázku, jaké vztahy panovaly v rodině, kde nechali svého blízkého předčasně ukončit svou pouť na této zemi.

Dle právního hlediska je eutanazie v naší zemi stále posuzována jako vražda a lékaři nemají právo urychlovat ani nijak napomáhat

---

<sup>26</sup> MUNZAROVÁ, cit. 25, s. 54.

k ukončení života. Jinou otázkou je to, že lékař má právo nenasadit léčbu, pokud si myslí, že je zbytečná, pacientovi by nepomohla, ba naopak by mu ještě více přitížila i za podmínek, že toto jednání může urychlit pacientův odchod. Stejně tak pacient má právo odmítnout léčbu a to bez udání důvodu, které ho k tomuto rozhodnutí vedly, ale o tom více v příští kapitole.

S otázkou eutanazie je spojována i otázka distanazie, což je medicínské prodlužování života, bez ohledu na jeho kvalitu. Jistě, moderní medicína dokáže téměř zázraky, ale jsou vůbec dnešní, na úspěch orientovaní lékaři, schopni říci „stop“? Tato léčba již pacientovi nepomáhá, ba co víc, spíše mu přitěžuje, je čas, přestat se medicínsky snažit. Ovšem přestat se snažit medicínsky neznamená přestat se snažit úplně. Právě v tomto okamžiku by měla nastoupit holistická paliativní péče a snažit se pacientovi ulehčit, alespoň v jiných než fyzických obtížích. Rozhodně to není pro lékaře lehké rozhodnutí, ale lékař, který se svým pacientem komunikuje, by měl poznat, kdy už je léčba zbytečná.

Abychom nebyli pokrytečtí, musíme si též uvědomit ekonomickou stránku péče o umírající. Toto období života, zejména pokud pacient trpí závažnou chorobou, může být velice ekonomicky náročné. Navíc pokud se další člen rodiny věnuje péči o něj, a rodina tak přichází o další finanční přínos. Jak vystihuje trefně Haškovcová ve své knize, úkol, který by si měli dát lékaři jako cíl své péče: „*Umožnit vstup smrti, přenechat jí žezlo vlády, nebránit jí nesmyslnou a drahou terapií, ale nabídnout lidskou účast a citlivou péči, lze považovat za reálný cíl péče o umírající*“.<sup>27</sup> V České republice návrh na beztretnost eutanazie neprošel, i když se jedná o velice diskutované téma, je odborníky stále spíše nepřijímáno, což je dle mého názoru jedině dobře. Možná je to ovlivněno i tím, jak byla naše země zasažena druhou světovou válkou a že právě v tomto období nabyla eutanazie a snaha ovlivnit vývoj lidské rasy hrůzných rozměrů.

Fakt, jenž by měl být brán též v úvahu je i to, že Světová lékařská asociace eutanazii opakovaně odmítá a jako její mnohem humánnější a etičtější náhradu staví kvalitní paliativní péči. Nabádá lékaře, aby i přesto,

---

<sup>27</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie. *Nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vydání. Praha: Galen, 2007. s. 156.

že je v dané zemi eutanazie beztrestná, se jí neúčastnili a udrželi si svou lékařskou morálku.

## **2. 7 Informovaný souhlas**

Tuto kapitolu jsem se rozhodla zařadit do své diplomové práce proto, že se jedná o téma poměrně nové a mezi lékaři i laickou veřejností ne příliš známé. Dalším důvodem je fakt, že například prachatický hospic si jako jednu z podmínek přijetí nového pacienta klade zásadu, že pacient je informován o svém zdravotním stavu. Stále u nás platí zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve kterém je stanoveno, že lékař je povinen informovat o zdravotním stavu nemocného i jeho blízké. Ovšem v roce 2001 u nás byla ratifikována Úmluva o lidských právech a biomedicíně (zákon č. 111/2007 Sb.), kde je popsáno právo pacienta být informován, odmítnout informace, ale také rozhodovat o tom, kdo a zdali vůbec někdo další může být o jeho zdravotním stavu informován. Tento rozpor byl upraven zákonem č. 111/2007 Sb. (což je novela zákona č. 20/1966 Sb.), která dala do souladu znění českého právního předpisu a nadřazeného mezinárodního právního předpisu. Pacient má právo na takzvaný informovaný souhlas, který slouží jak k ochraně pacienta, tak lékaře. Mělo by v něm být uvedeno, že byl pacient informován o své diagnóze a o postupu léčby, stejně tak ho lékař informoval o možných alternativách léčby a o rizicích, která s sebou nesou všechny možné způsoby léčby. Pacient také dostal právo se na všechno, čemu nerozuměl zeptat a nyní je mu jeho diagnóza a postup léčby jasný a s domluveným postupem léčby souhlasí. Správný informovaný souhlas by měl také obsahovat, jaká je pro pacienta prognóza co se týče rekonvalescence po výkonu, například pokud se jedná o chirurgický zákrok a pravděpodobná doba pracovní neschopnosti. Tento formulář by měl být poté podepsán jak lékařem, tak pacientem a v případě nespokojenosti zejména na pacientově straně může v případě soudního sporu sloužit jako forenzní důkaz. Vzor takového správně formulovaného informovaného souhlasu můžeme nalézt např. v knize od H. Haškovcové Informovaný souhlas Proč a jak? To, jaká je u nás praxe ve vedení informovaných souhlasů, se různí, lékaři si musejí na

nové povinnosti zvyknout. Dne 1. 4. 2007 vešla v platnost novelizace vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, pod č. 64/2007 Sb., Ta podporuje informovaný souhlas, tak jak je uveden v evropské Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, která již platila od roku 2001. Lékaři se brání dodržování informovaného souhlasu zejména z důvodu zvýšené administrativy. Měli by si ale uvědomit, že takovýto informovaný souhlas chrání také je a v případě, že si na ně bude pacient nebo jeho rodina stěžovat, pokud mají v rukou správně vypracovaný informovaný souhlas, je to jejich velké plus, jejich ochrana.

Problémem českého pacienta je jeho malá iniciativa, co se vlastní léčby týče. Pacienti se bojí lékařů ptát, i když je to jejich výsostné právo. Lékaři sami by měli usilovat o to, aby jejich pacienti plně pochopili svůj zdravotní stav a postup léčby, ale pokud jim pacient nedá jasně najevo, že řečenému nerozumí, nemůže to lékař tušit.

Co se týče naší problematiky umírajících a těžce nemocných osob, i oni mají nárok znát plně svůj zdravotní stav. Zavedená praxe u nás byla ta, že o zdravotním stavu pacienta často věděli pouze blízké osoby a pacient sám, aby byl ušetřen, nebyl o své, většinou nepříznivé situaci spraven (používal se v praxi termín „pia fraus“ neboli milosrdná lež). To se ovšem zcela změnilo přijetím Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, kde je jasně řečeno, že pacient má být informován a sám dát svolení k tomu, koho dalšího může o jeho zdravotním stavu ošetřující lékař informovat. Pracovníci v paliativní péči by si měli být tohoto práva vědomi a také by měli mít na paměti, že tyto informace může pacientovi i jeho blízkým sdělovat pouze ošetřující lékař. Problém nastává, pokud si je lékař vědom toho, že pokud pacientovi sdělí jeho nepříznivou diagnózu, tak tím zhorší jeho stav. Jelikož jedním ze základních pravidel lékařské praxe je „neškodit“, tak za určitých podmínek nemusí lékař diagnózu sdělovat. Ovšem tyto podmínky nejsou jasně dané, a to může způsobovat v komunikaci lékař pacient značné problémy. Dle mého názoru, je dobře, že pacient má právo na to znát svůj zdravotní stav, protože i vědomí toho, že se blíží náš konec, může mít pro náš život veliký význam. Může nám to umožnit změnit náš životní styl, zvolnit tempo, pozměnit žebříček hodnot, rozloučit se s našimi blízkými popřípadě si urovnat majetkoprávní situaci.

## 2. 8 Historie hospicové péče

Péče o umírající patří k člověku stejně jako péče o narozené, ovšem dříve roli hospiců zastávaly rodiny nemocného. Dnes, kdy je smrt tabuizovaná a většina úmrtí probíhá v institucích, je potřeba specialistů, kteří rozumí problematice umírání a s ním spojeným problémům.

### 2.8.1 Hospice ve světě

Slovo hospic v anglickém jazyce znamená útulek nebo útočiště. Ve středověku to byly tzv. domovy odpočinku, pro unavené poutníky, ti zde mohli načerpat nové síly a pokračovat dál ve své cestě. Tyto útulky postupně zanikly a znovu se začaly objevovat až v polovině 18. století. První hospic jako nemocnice pro umírající byl otevřen v 18. století v Dublinu Mary Aikdenheadovou. Další hospic byl otevřen v Londýně Charitou irských sester až v roce 1905. K výraznějšímu rozvoji hospicové péče došlo až v druhé polovině 20. století, zřejmě jako odpověď na rychlý vývoj kurativní medicíny, která si ovšem nevěděla rady s problematikou umírajících. Významně se na rozvoji paliativní a hospicové péče podílela Angličanka Cecily Saundersová. Byla si vědoma toho, že umírající potřebují specifickou péči a že je potřeba je chránit před utrpením. Byla nejprve zdravotní sestrou a sociální pracovnící a později dosáhla i lékařského vzdělání. Ke konci svého života se věnovala umírajícím a roku 1967 založila v Londýně první moderní hospic, v jehož čele stanula. Saundersové přínos moderní paliativní péči nelze upřít, její filosofie byla nová zejména v tom, že pacienty informovala o jejich zdravotním stavu a pak se následně starala o holistickou péči o pacienta, ale i o jeho blízké. *„Saundersová vždy učila, že každý nemocný má své zvláštní a jedinečné potřeby, stejně tak jako jeho rodina. Je proto nutné všechny jejich strážně*

*a trápení odhalovat a odlehčovat v nesení jejich tíže nejen nemocnému, ale i jeho rodině, a to i v době truchlení“.*<sup>28</sup>

K rozvoji paliativní péče také významně přispěla Elizabeth Kübler-Rossová, která v roce 1969 vydala knihu O smrti a umírání, ve které popsala již výše zmíněných pět fází, které provázejí pacientovo přijetí diagnózy. Ta se také stala zakladatelkou hospicového hnutí v USA pro děti trpící AIDS. Její přínos paliativní péči je zejména v odtabuizování smrti a umírání. Její knihy jsou vhodné jak pro odborníky, tak pro laiky, kteří pečují o své blízké doma.

Od dob prvního hospice vzniklo v Anglii kolem 220 hospiců a po celém světě to pak bylo kolem 2000. Je zřejmé, že vznik a zájem o hospice je přímo úměrný k rozvoji moderní medicíny. V moderních společnostech zájem o hospice stále stoupá.

### **2.8.2 Hospicová péče u nás**

Historie hospicové péče v České republice nemá příliš dlouhou tradici. První oddělení paliativní péče u nás bylo otevřeno v roce 1992 na Moravě v nemocnici v Babicích nad Svitavou. O založení prvního hospice u nás se nejvíce zasadila Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení Ecce homo, které podporuje rozvoj domácí a hospicové péče. Občanské sdružení Ecce homo ve spolupráci s Diecezní charitou v Hradci Králové dali vzniknout prvnímu hospici u nás, jímž byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Tento byl otevřen v roce 1995. Od té doby u nás vznikají další hospice a o tuto péči je stále větší zájem. Ovšem jaký je trend a směr hospicového hnutí? V ideálním případě si většina umírajících přeje zemřít doma, pokud to situace dovolí a netrpět nesnesitelnými bolestmi. Bohužel trend umírání v institucích se u nás v minulých desetiletích tolik zakořenil, že je nyní velice „tvrdým oříškem“, vrátit umírající zpět do náruče milovaných osob. Například v hospici v Prachaticích je na každém pokoji přistýlka pro doprovázejícího, který může se svým blízkým trávit poslední dny a týdny jeho života, může se také podílet na péči o pacienta a tak se mnohé naučit. Není výjimkou, že

---

<sup>28</sup> MUNZAROVÁ, cit. 25, s. 61.

pokud si blízcí zkusí tuto péči s podporou odborníků v hospici, rozhodnou se nakonec, pokud to pacientův stav dovoluje, vzít si ho zpět domů.

Snahou hospicového hnutí je také rozvoj domácí hospicové péče, která hraje v péči o umírající nezastupitelnou roli. Dnes už zejména ve větších městech funguje domácí péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. Ovšem sama jsem byla svědkem diskuze v hospici v Prachaticích, kde se rozebíraly překážky, které brání fungování domácí péče. Je to především „zkostnatělost“ praktických lékařů, kteří se bojí domácí péči předepsat z obavy, že jim tato nebude pojišťovnou uhrazena. A tak i pacienti, kteří nutně institucionalizovanou pomoc nepotřebují, končí v nejrůznějších zdravotnických či sociálních zařízeních, kde se jim nedostává tolik potřebné paliativní péče. Je to také neochota pojišťoven, přizpůsobit se novým trendům. I když jde v podstatě jen o to, vypracovat potřebné nové formuláře a pracovní postupy a stanovit podmínky domácí hospicové péče.

Tudíž cílem hospicové péče u nás není stálé budování nových hospiců, ale osvěta jak u odborníků, tak mezi laickou veřejností, aby se umírání a péče o umírající zase vrátilo do pacientova přirozeného prostředí. Pokud to tedy jeho zdravotní stav alespoň trochu dovoluje. K tomu přispívají různé vzdělávací programy, které podporují vědomí veřejnosti o různých možnostech péče o umírající. Jedním z nich může být například kurz, který pořádá prachatický hospic s názvem „Péče o nevléčitelně nemocného v domácím prostředí“.

Proto by mělo být nedílnou součástí hospicového hnutí také vzdělávání, které si člověk nejlépe umí představit právě v prostředí hospice. V prachatickém hospici tuto svou povinnost berou zcela vážně a snaží se stále vytvářet nové možnosti k dalšímu vzdělávání jak pro odborníky, tak pro laiky, kteří chtějí o své blízké pečovat doma.

### **2.8.2.1 Mýty panující o hospicové péči**

O hospicovém hnutí a péči v hospicích panuje mnoho mýtů. I já sama, když jsem se začala o tuto problematiku zajímat, jsem se setkala se spoustou reakcí typu: „Ježiš, hospic a jak to zvládneš?“ Proto když jsem se prvně vydala do Prachatic, bylo ve mně mnoho smíšených pocitů. Jela jsem tam na svou první praxi v oboru sociální práce. K mému velice milému překvapení, tento hospic není žádným tmavým smutečným místem. Mezi kolektivem panuje neutuchající dobrá nálada, někdy mají sklon až k takzvanému černému humoru, ale to ve mně jen umocňovalo pocit, že práce v hospici z člověka neudělá tichého posmutnělého samotáře.

Mezi mýty, které panují o hospicích, jak je uvádí H. Haškovcová ve své knize, patří například tyto:

**V hospici může člověk jediné umírat.** Ano, pravdou je, že většina pacientů tam i skoná, ale stává se i to, že si pečující vezmou svého blízkého nakonec do domácí péče. Navíc, v hospici je zajištěna spousta aktivit, a pokud má pacient alespoň trochu snahu, personál dělá všechno proto, aby dny pacientů naplňoval životem.

**Do hospice může přijít jakýkoliv umírající.** Pravdou je, že se v hospici snaží vyjít každému vstříc a snaží se pomoci každému, kdo má o hospicovou péči zájem, aby se mu jí i dostalo. Ovšem podmínkou přijetí je informovaný souhlas a vlastní zájem pacienta o hospicovou péči. Nikoho nenutí, aby v hospici byl. Protože se snaží s pacienty jednat upřímně je podmínkou i onen informovaný souhlas. Není výjimkou, že pacienty do hospice převážejí z jiných zdravotnických zařízení až zcela na poslední chvíli. Výjimkou tedy nebývá, že je pacient přijat třeba pouze na několik hodin, ba i minut a pak zemře. Takovýto postup, zdá se mi zbytečný. A myslím, že to umírajícímu rozhodně nezlepší kvalitu života jeho posledních okamžiků. Tuto praxi provádějí zejména některé pražské nemocnice. Této skutečnosti jsem si povšimla, když jsem se podílela na jednom výzkumu, který byl v hospici prováděn a když jsem se ptala, z jakého důvodu, tam tyto lidi přijímali, zjistila jsem, že personál hospice nemá v těchto případech většinou aktuální informace o pacientově stavu a na převozu někdy trvají i blízcí umírajícího, když už si s danou situací sami nevědí rady.



**Hospice nejsou ani luxusní léčebny pro dlouhodobě nemocné.** Bohužel tento názor je mezi laiky hodně rozšířen, a tak se snaží do hospice umístit například lidi ve snížené bdělosti nebo se zastřeným vědomím. Tito však nejsou plně schopni využívat hospicového aktivizačního přístupu personálu. Problémem taky bývá to, že pobyt v hospici by měl být časově limitován. Pro tyto lidi je spíše vhodnější péče v tzv. ošetrovatelském ústavu.

**Dalším mýtem je to, že hospic slouží pouze věřícím pacientům.** Toto přesvědčení mezi lidmi panuje zřejmě proto, že hospice velice často zřizují nebo provozují církevní společnosti. Ovšem v žádném hospici u nás není podmínkou přijetí pacientova víra. Je zde sice o pacienty pečováno bio-psycho-spirituálně, ve většině hospiců jsou i pravidelné bohoslužby, které jsou ovšem ekumenické a žádný pacient není povinen se jich účastnit.

**Hospicová péče u nás nemá tak dlouhou tradici.** Existují země, kde má hospicová péče delší tradici, jako je Anglie, USA nebo Rakousko, ovšem v Evropě jsou i země, které jsou na tom podstatně hůře než my. Problém u nás je to, že hospicová péče u nás není v povědomí lidí tak ukotvená. Potřebujeme v tomto ohledu větší osvětu a tím snad docílíme začlenění této péče do nemocnic a další rozvoj domácí hospicové péče.<sup>29</sup>

Další záslužná věc, která se děje v Hospici J. N. Neumanna v Prachaticích je ta, že tam může přijít kdokoliv na prohlídku. Stačí si domluvit termín a pracovnice hospice vás po něm ochotně provede a zodpoví vám veškeré dotazy. Tím si myslím, jsou mýty o hospicích bourány okamžitě, pokud totiž člověk zažije zdejší příjemné prostředí „na vlastní kůži“, veškeré negativní pocity ze slova hospic ho musí opustit.

## **2.9 Normy upravující problematiku umírání**

Je mnoho zákonů a vyhlášek, deklarácí a předpisů a někdy není úplně jednoduché se v těchto normách orientovat. Ovšem sociální pracovník se v nich orientovat musí. Tudíž bych zde chtěl uvést menší přehled těchto norem, které bych chtěla rozdělit podle toho, zda jsou právně závazné či se

---

<sup>29</sup> HAŠKOVCOVÁ, cit. 26, s. 76-77.

jedná o pouze o doporučení. I těchto zákonů je mnoho, tudíž jsem vybrala pouze ty, které úzce souvisejí s prací sociálního pracovníka v tomto oboru.

### **2.9.1 Právní předpisy**

Nejzávažnější a nad všemi zákony stojící je evropská Úmluva o lidských právech a biomedicíně, o této jsem se již zmiňovala dříve v souvislosti s informovaným souhlasem. Je v České republice ratifikována od roku 2001, některé její oddíly nejsou zcela shodné se zákony naší země a je na našich zákonodárcích, aby tyto rozpory a nejasnosti sjednotili. Obecně však platí, že stojí nad zákony jednotlivých zemí. V praxi to znamená, že pokud je znění v českých právních předpisech v rozporu s mezinárodní smlouvou, platí ustanovení v mezinárodní smlouvě, kterou Česká republika ratifikovala. Dále je nutné se řídit Listinou základních práv a svobod ČR. Pro naši problematiku jsou pak zásadní zejména články 6, 7, 8, 10 a 31. Další zákon, který je pro sociální pracovníky v tomto oboru velice důležitý je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Je důležité, aby se v této problematice sociální pracovník dobře vyznal, protože velkou část jeho práce zejména v hospicích, tvoří starost o pacientovo materiální zajištění. Například v hospici v Prachaticích si pacient hradí 10 % z celkové částky na jeho péči. Ovšem při rozhovoru s tamní sociální pracovnící jsem se dostala k tématu přítomnosti osob bez příštřeší, o které zde bylo pečováno v jejich nemoci, které zcela určitě nemohly mít dostatek prostředků, aby si 10 % své péče hradili z vlastních zdrojů. Bylo mi řečeno, že v těchto případech záleží právě na sociální pracovníci, která těmto lidem pomáhá získat potřebné finance. Dalším velice důležitým zákonem je zák. č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění. Hospice jsou totiž zřizovány jako nestátní nezisková zdravotnická zařízení. Dále je pro účely práce sociálního pracovníka pracujícího v paliativní péči důležité znát zákon 256/2001 Sb., o pohřebnictví a změně některých zákonů. O tomto zákoně jsem se již dříve zmiňovala,

v souvislosti s vyplácením pohřebného, ale je také důležitý v tom, že určuje povinnosti pohřebních služeb.

Mezi další právní předpisy bych zařadila i zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dle tohoto právního předpisu mají zdravotně postižené osoby nárok na příspěvek na péči, pokud jim je přiznán některý stupeň závislosti. Pak dávka, která se jim vyplácí, by měla celá přejít do tohoto zařízení, kde jsou jim poskytovány sociální služby. Hospic je zatím jediné zdravotnické zařízení, kde mohou tento příspěvek přijímat a zároveň poskytovat vedle péče zdravotní i sociální služby.

### **2.9.1.1 Role pohřebních služeb**

Dovolím si v této souvislosti malou odbočku. U nás tato praxe ještě příliš nefunguje, ale je realitou, že pracovníci pohřebních služeb se s pozůstalými setkají téměř ve všech případech. Příprava pohřbu je velice náročná, sama jsem s tím měla bohužel nedávnou zkušenost. Dle mého názoru je role pracovníků pohřebních služeb velice důležitá. Pozůstalí, kteří nemají s přípravou pohřbu žádné zkušenosti, navíc procházející velice těžkým životním obdobím potřebují pomoc. Přístup a jednání pracovníků pohřebních služeb jim může velice pomoci, bohužel i hodně ublížit. V této souvislosti, bych se chtěla podělit o svou vlastní zkušenost.

V nedávné době mi zemřela babička. Pomáhala jsem mamince s přípravou pohřbu. Naším přáním bylo, aby během ceremoniálu v krematoriu nezněly pouze otřepané fráze z úst člověka, který babičku vůbec neznal. Zeptala jsem se tedy pracovnice pohřební služby, zda by nám s tímto problémem mohla pomoci. Ta jen stroze informovala o tom, že si nemyslí, že je to rozumný nápad, že na to nebudeme mít sílu, a že pokud bychom o to opravdu měli zájem, musíme jí daný text, který by měl být pronesen, předat nejlépe ještě ten den (druhý den po babiččině úmrtí). Po této odpovědi jsem tuto možnost raději zavrhla. Ovšem následující den „mi to nedalo“ a kontaktovala jsem přímo pracovníci krematoria, která smuteční řeči pronáší. K mému překvapení v mém nápadu neviděl vůbec žádný problém, text, který odsouhlasila celá rodina, jsem jí zaslala a domluvily jsme se, že pokud se na to nebudu cítit, přečte ho ona. V tu chvíli se mi

velice ulevilo a odpadl mi jeden z významných „stresorů“, který mě před pohřbem provázel. Na tomto příkladu bych chtěla ukázat, jak je důležitá role pohřebních služeb. Pozůstalí mohou mít různá přání, jejichž důležitost třeba nemají ani sílu vysvětlovat, ale mohou být pro ně zásadní a pohřební služba by se měla snažit v těchto těžkých chvílích pomoci a ne jen počítat, kolik na tom vydělají. I N. Kubíčková ve své knize uvádí, jak může pracovník pohřební služby pomoci pozůstalým: *„V případě, že pozůstalí nemají k dispozici „znalou“ osobu, měli by mít možnost prokonzultovat potřebné aktivity s někým, kdo má o těchto záležitostech povědomí. Kvalifikované poradenství ohledně organizace pohřbu poskytnou truchlícím pracovníci pohřební služby, kteří představují primární stupeň našeho modelu poradenského systému pro pozůstalé“*<sup>30</sup> Jsem přesvědčena, že by nebylo zcela od věci, kdyby měli pracovníci pohřebních služeb alespoň částečnou znalost o paliativní péči, zejména pak péči o pozůstalé. Minimálně by měli umět pozůstalým poradit, na koho se mohou se svým zármutkem obrátit a kde jim mohou pomoci. Pokud by tento model u nás začal fungovat, mohlo by to přispět k odtabuizování pomoci pro pozůstalé.

Nyní bych se chtěla vrátit zpět k problematice legislativy spojené s umíráním. Nemůžeme zapomenout na zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, který musí mít každý sociální pracovník stále na paměti. V souvislosti s tímto zákonem bych se chtěla pozastavit u jedné skutečnosti a tou je fakt, že sociální pracovník by se měl neustále dále vzdělávat. S hospicovým hnutím vzdělávání v paliativní péči úzce souvisí, ať již se jedná o vzdělávání personálu hospiců, zdravotnického personálu z nemocnic či laické veřejnosti. H. Haškovcová v této souvislosti uvádí: *„Předpokladem pro kvalitní poskytování paliativní léčby a péče je dostatečné a specificky zaměřené vzdělání. Toho si byla vědoma i Marie Svatošová, když se svými spolupracovnicemi budovala první český Hospic Anežky České a od počátku v něm realizovala vzdělávací (edukační) centrum. Jeho prvořadým cílem bylo a je „šířit myšlenku hospice a uvádět ji v život na území České republiky“. Centrum dlouhodobě usiluje o celkové „zlepšení přístupu současné společnosti k nevléčitelně nemocným“, a*

---

<sup>30</sup> KUBÍČKOVÁ, cit. 9, s. 244 – 245.

*proto pořádá přednášky a semináře, poskytuje konzultace, individuální pohovory, telefonické poradenství a duchovní cvičení. V Hospici Anežky České je vyčleněno také šest lůžek pro stážisty. Vzdělávací centrum je určeno odborníkům, kteří chtějí založit hospic nebo v něm pracovat. Vítáni jsou i ti, kteří pracují ve standardních nemocnicích, kde je třeba rovněž kultivovat péči o umírající. Vzdělávacího centra mohou využít i laici, kteří právě pečují o těžce nemocného člena rodiny nebo se chtějí podílet na péči o těžce nemocné jako dobrovolníci“.*<sup>31</sup> Tato citace dle mého názoru přesně vystihuje, o co by mělo jít ve vzdělávání v hospicové a paliativní péči. Myslím si, že je reálná myšlenka, aby tato centra v hospicích měli na starosti právě sociální pracovníci.

Dále by sociální pracovníci v paliativní péči měli rozumět zákonu o nemocenském pojištění (č. 187/2006) a vyhlášce 19/1988 Sb. v platném znění, o postupu při úmrtí a pohřbení.

Pro tyto účely mi velice pomohly internetové stránky Cesty domů.<sup>32</sup>

## **2.9.2 Právně nezávazná doporučení**

Jedním z nejpodrobnějších a nejobsáhlejších dokumentů k této problematice je Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“ takzvaná „Charta práv umírajících“. Jedná se o soubor doporučení členským státům Evropské unie, v jakých oblastech je nutné postarat se o nevyléčitelně nemocné a umírající. V tomto dokumentu je mimo jiné i jasné odmítnutí eutanazie.

Dalším dokumentem jsou Práva pacientů. Jedná se o etický kodex, který byl prohlášen za platný dne 25. 2. 1992. Jeho desátý bod zní: „*Nemocný na konci života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony*“.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> HAŠKOVCOVÁ, cit. 26, s. 60-61.

<sup>32</sup> *Cesta domů: Umírání* [online]. c2011 [cit. 2011-05-04]. Legislativa ČR. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/legislativa-v-cr.html>>.

<sup>33</sup> *Cesta domů: Práva pacientů* [online]. c2011 [cit. 2011-05-04]. Umírání. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/prava-pacientu.html>>.

Sociální pracovník věnující se paliativní péči se velice často setká též s onkologickými pacienty. Proto by měl znát též dokument, který se jmenuje Deklarace práv onkologických pacientů. Tento dokument byl přijat evropskou Asociací lig proti rakovině, jejímž členem je i Liga proti rakovině Praha, a to 22. 6. 2002 v Oslu.

Naší pozornosti by se mělo dostat též Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy o Organizaci paliativní péče, které bylo přijato na 860. zasedání zástupců ministrů dne 12. 11. 2004. Tento dokument se zasazuje o rozvoj, šíření a dostatečnou dostupnost paliativní péče. Je v něm také uvedeno, že státy Evropy nejsou na stejné úrovni, a proto by mělo být žádoucí, aby si navzájem vyměňovaly zkušenosti a spolupracovali.

Další neopomenutelný dokument je Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči. Ta je odlišná v tom, že se nezaměřuje pouze na Evropu, ale hodnotí celosvětovou problematiku paliativní péče i s ohledem na rozvojové země, které trpí převážně problémy spojenými s HIV/AIDS a onkologickými onemocněními a jejich pozdní diagnostikou.

### 3. Metody sociální práce

V případě, že se sociální pracovník zaměří na problematiku paliativní péče, bude jeho práce specifická. Jelikož se jedná o téma, které se dříve či později bude dotýkat každého osobně, je nezbytně nutné, aby se sociální pracovník se svou konečností vyrovnal. Tato věta pro mě byla nepředstavitelná. Měla bych se snad se svou smrtelností vyrovnat natolik, že svou smrt budu očekávat s nadšením? Ptala jsem se tudíž lidí, kteří pracují v hospici a v nemocnicích, jak se s touto skutečností vyrovnávají oni. To, co jsem zjistila, byly různé konkrétní postupy, jak se se smrtelností a konečností vyrovnávají. Někdo se obklopuje živými tvory, jiný potřebuje sportovat, způsobů je jistě mnoho. Ale společným jmenovatelem pro všechny pečující o umírající byl humor. Očistná role smíchu v tomto prostředí hraje velice důležitou roli. Je třeba dodržovat správnou psychohygienu, být i trochu sobecký a myslet na své hranice. Pokud vykonáváme takto náročnou práci, je nezbytně nutné, abychom byli psychicky vyrovnání.

Metod sociální práce v tomto prostředí je více. Za základní považují práci případovou, kdy sociální pracovník provází těžce nemocného a jeho blízké. Nebo pomáhá truchlícímu překonat jeho těžké období.

Pokud má umírající rodinu a blízké, kteří ho doprovázejí, jedná se též o práci s rodinou. V některých případech může pomoci se zvládnutím nových sociálních rolí, které nastanou kvůli nemoci některého z členů rodiny. Jindy může pomoci pochopit nové chování umírajícího jeho blízkým. Může též pomoci zvládnout sociální situaci, pomocí zajištění některých sociálních dávek, o kterých mnoho lidí nemá ani tušení.

Další možností je i skupinová práce, například se skupinou pozůstalých, kteří se navzájem mohou podporovat ve zvládnutí těžkého životního období.

V neposlední řadě může sociální pracovník fungovat i jako ten, kdo tvoří koncepcí v dané organizaci, pro kterou pracuje a napomáhá s jejich uskutečňování. Například v prachatickém hospici se sociální pracovnice podílí též na fungování tamního vzdělávacího centra.

## **4. Příručka pro nevléčitelně nemocné, umírající a jejich blízké**

V této příručce bych se chtěla zaměřit na situaci v Jižních Čechách, odkud pocházím. Jaké jsou možnosti lidí s diagnostikovanou nevléčitelnou chorobou, kterým již kurativní medicína nemá co nabídnout. Chtěla bych se pokusit vytvořit jakýsi manuál pro tyto lidi a jejich blízké, který by je provedl obdobím od diagnostikování tohoto stavu až po péči o pozůstalé.

### **4. 1 Situace v Jižních Čechách v číslech**

Následující informace jsem čerpala z výsledků Českého statistického úřadu a uvedená čísla jsou platná k 31. 12. 2010. V Jihočeském kraji žije celkem 638 706 obyvatel. Nachází se zde 9 nemocnic s celkovým počtem lůžek 3 569. Dále pak 10 odborných léčebných ústavů s celkovým počtem lůžek 885. Léčebny dlouhodobě nemocných jsou v tomto kraji celkem 4 s celkovým počtem lůžek 415. Nachází se zde také jeden hospic, v Prachaticích, který má kapacitu 30 lůžek. Další organizace, která se podílí na péči o chronicky a dlouhodobě nemocné, je Diecézní charita, která funguje v mnoha městech Jihočeského kraje. V roce 2009 využilo nabídku jejich ošetřovatelských služeb v domácím prostředí celkem 792 nemocných. Jistě ne všichni z tohoto čísla byli též umírající. Další možností je společnost Ivas agentura domácí zdravotní péče, se sídlem v Českých Budějovicích, která ročně provede kolem 20 000 ošetření. Dále domácí ošetřovatelskou péči a pečovatelskou službu nabízí nestátní zdravotnické zařízení Alice, jehož zřizovatelem je Oblastní spolek Českého červeného kříže České Budějovice. V Táboře funguje domácí hospic



Jordán. Další možností pomoci pro lidi s chronickým onemocněním a v terminálním stádiu nemoci a jejich pečující je odlehčovací služba. Tuto službu nabízí v Jihočeském kraji celkem 10 organizací.

V roce 2010 v tomto kraji zemřelo celkem 6 416 lidí, z toho 1765 následkem onkologického onemocnění. V následujících řádcích budu vycházet ze skutečnosti, že paliativní péči v naší zemi mohou využít zejména onkologičtí pacienti. V ostatních případech většinou smrt přichází náhle a pro paliativní péči tudíž není dostatek času.

## **4. 2 Když vítězná medicína nestačí**

Většinou to probíhá tak, že pacient cítí, že s ním není něco v pořádku. Někdo ještě nějakou dobu vyčkává, jestli se „to“ samo nezlepší, jiný jde raději hned k lékaři. Udělá se několik vyšetření, pak následuje několik dní nejistoty a přesvědčování sebe samého, že mě se „to“ přece netýká. Poté se pacient dozvídá pravdu o svém zdravotním stavu, verdikt je jasný, obávané se stává skutečností. V následujícím období většinou přicházejí týdny a měsíce léčby, různé operace, chemoterapie, ozařování, pacient zkrátka bojuje. Většina případů naštěstí končí dobře – vyléčením. Co ovšem mají dělat ti, jimž už vítězná medicína nemá co nabídnout? Všechny možnosti již byly vyčerpány, popřípadě ty, které zbývají, nemohou pomoci, ba naopak pacientovi spíše škodí.

## **4. 3 Informovaný souhlas**

Od roku 2001 je v České republice ratifikována Úmluva o biomedicíně, v které je mimo jiné právo pacienta na to, aby byl svým ošetřujícím lékařem plně informován o svém zdravotním stavu. Dříve u nás byla praxe spíše taková, že o nepříznivé diagnóze bylo informováno pacientovo nejbližší okolí. Od roku 2001 se však situace mění. Ošetřující lékař by měl po zvážení pacientova psychického stavu přistoupit k jeho informování. Pacient sám pak může rozhodnout, kdo další bude o jeho zdravotním stavu informován. Součástí takzvaného informovaného souhlasu by mělo být i plné vysvětlení, jaká je pacientova diagnóza, jaký bude další

lékařský postup. Nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu by měl být pro pacienta i prostor pro otázky. Vztah pacient - lékař se u nás za posledních několik let změnil z paternalistického v partnerský. To znamená, že by se pacienti neměli bát klást otázky a chtít na ně srozumitelné odpovědi. Správný informovaný souhlas by měl být proveden písemnou formou, kde bude jak lékařův, tak pacientův podpis. Jistě ne každý snese pravdu zcela přímočaře a všechnu najednou, záleží pak samozřejmě na lékařově svědomí, jak tuto pravdu pacientovi sdělí, aby to jeho fyzický a zejména psychický stav ještě nezhoršilo. Důležité je, aby si pacienti byli vědomi tohoto svého práva a nebáli se ho využít. Pravda je někdy krutá, ale pro většinu lidí je snesitelnější než život ve lži a přetvářce.

#### **4.4 Těžké fáze**

V tomto těžkém období většinou také pacienti procházejí následujícími fázemi, které formulovala E. Kübler-Rossová. Jedná se o fáze, které se nazývají **popírání, zlost, smlouvání, deprese, akceptace**. Pokud by se čtenář chtěl o těchto fázích dozvědět více, doporučuji knihu od výše uvedené autorky O smrti a umírání. Pro pacienty je důležité, aby si těchto fází byli vědomi a neobávali se, že s nimi je něco v nepořádku. Tyto fáze nemusí přicházet přesně v tomto pořadí a mohou se opakovat a vzájemně prolínat. Měli by si jich být vědomi nejen pacienti, ale i ti, kteří o ně pečují, aby si pacientovi stavy nebrali osobně a mohli s nimi dál pracovat a komunikovat.

#### **4.5 „Přítel na telefonu“**

Období po stanovení nevyлéčitelné diagnózy též bývá obdobím otázek. Mohou to být otázky nejrůznějšího druhu. Pro ty, jež by potřebovali poradit a bojí se na daný problém zeptat přímo svého lékaře nebo se třeba stydí, zřídila Liga proti rakovině Praha speciální Nádorovou linku. Tato linka je v provozu ve všední dny do 9 do 16 hodin a odborníci jsou schopni poradit s většinou problémů, které s nádorovým onemocněním souvisí. Jsou

zvyklí odpovídat na dotazy ohledně nádorových i nenádorových onemocnění, vyšetřovacích postupů a nedílnou součástí jejich práce je i poskytování informací a kontaktů na psychologická a sociálně-právní zařízení, dále pak informace o případných lázeňských a rekonvalescenčních pobytech i o hospicové péči. Telefonní kontakt na tuto linku uvádím v závěru této příručky. Samozřejmou součástí této linky je i psychická podpora, jak pro pacienty, tak pro jejich blízké. Pokud někomu nevyhovuje telefonický kontakt, je možné využít i písemný kontakt prostřednictvím e-mailu, kde jsou poskytovány stejně odborné rady.

#### **4.6 Domácí péče**

U nás to není ještě zcela běžnou praxí, ale většina lidí si přeje co nejdéle je to možné zůstat doma, ve svém známém prostředí. Kdo někdy zažil pobyt v nemocnici, ví jistě proč. Domácí péče je možná v mnohem větším počtu případů, než u kolika k ní opravdu dochází. Problém nastává ve chvíli, kdy je nutné, aby tuto péči předepsal ošetřující lékař. V této situaci hraje samozřejmě velikou roli pacientovo zázemí. Je důležité, zda žije sám, či má po boku někoho, kdo by se o něj mohl starat. Důležitý je také pacientův zdravotní stav, zda jeho stav vyžaduje stálou přítomnost zdravotnického personálu či nikoli. Pokud je ale situace taková, že nevyžaduje odbornou péči a jeho zázemí to dovoluje, je pro pacienta rozhodně lepší být doma. Pro pečující jsou k dispozici různé internetové poradny, jednou z nich může být například portál [www.pecujdoma.cz](http://www.pecujdoma.cz). Prachatický hospic provozuje půjčovnu kompenzačních pomůcek i poradnu pro pečující. Navíc jak již jsem výše zmínila, v Jihočeském kraji funguje několik organizací, které nabízejí domácí ošetrovatelskou péči. Jejich seznam a kontakty na ně uvádím v závěru této příručky. Těm, kteří se rozhodli pečovat o své blízké doma, tyto organizace nabízejí pomoc při aplikování léků, podávání výživy, podávání injekcí, úpravu lůžka, převazech či prevenci proleženin a mnoho dalších úkonů.

#### **4.7 Odlehčovací služba**

Mnoho lidí, kteří by třeba chtěli pečovat o své blízké, se obává toho, že po dobu ošetřování nebudou moci nikam odjet, jejich nemocný je na ně přece odkázaný. Tito pečující mají ale možnost využít takzvané odlehčovací služby, kterou v Jihočeském kraji nabízí zhruba 10 organizací. Jedná se o to, že i pečující je „jen“ člověk a i on někdy potřebuje odpočinek. I on má právo nabrat novou sílu a neměl by mít výčitky z toho, že někdy potřebuje vystřídat. Ošetřující si musí uvědomit, že i u profesionálů, jež pečují o druhé, je kladen důraz na jejich psychickou pohodu. Nemoc se někdy protáhne na velice dlouhou dobu, a pokud ošetřující nemá, kde a kdy nabrat nové síly, většinou se to na jeho péči o nemocného také projeví. A co hůř, někdy se stane, že i sám ošetřující onemocní. V takovém případě může využít této odlehčovací služby, kde se o jeho blízkého postarají po dobu, kdy pečující není schopen pečovat. Je důležité najít vhodná zařízení a předem vše domluvit, pokud se jedná například o plánovanou dovolenou. Seznam organizací, které nabízejí tuto službu, naleznete opět na konci této příručky.

#### **4.8 Odborná podpora pečujících**

Takovouto odbornou podporou pro pečující může být například absolvování některého z kurzů pro pečující. V těchto kurzech se pečující mohou dozvědět mnoho praktických informací, které jim při péči o jejich blízké mohou být velikým přínosem. V Jihočeském kraji mohou pečující například využít kurz s názvem Péče o nevléčitelně nemocného v domácím prostředí, který pořádá prachatický hospic. Tento kurz rozšiřuje vědomosti v oblasti sociálně právní problematiky domácí péče o osobu blízkou, podporuje principy sdílené péče, nabízí vhled do spirituálních potřeb nevléčitelně nemocných a jeho součástí je také teoretická výuka i praktický nácvik péče o nevléčitelně nemocného. Tento kurz je realizován z prostředků Evropského sociálního fondu a je součástí projektu Vzdělávání jako prohloubení lidskosti v hospicové péči a je tudíž pro účastníky bezplatný. Více informací o tomto kurzu naleznete na [www.hospicpt.cz](http://www.hospicpt.cz) nebo na tel. čísle 731 604 432.

## 4.9 Hospicová péče

Domácí péče je sice pro většinu pacientů nejpříjemnější, ovšem v některých případech není vhodná či dostupná. V takových případech nastupuje hospic, se svým týmem profesionálů. V Jihočeském kraji se nachází jeden lůžkový hospic, a to v Prachaticích. Toto zařízení, jak jsem se na vlastní oči přesvědčila, funguje jako zcela jasný učebnicový příklad, jak by měl takový hospic fungovat. Jaký je rozdíl mezi hospicem a například domovem pro seniory nebo nemocniční LDN? Tak zaprvé hospic je na rozdíl od domova pro seniory zdravotnickým zařízením. Tudíž je zde k dispozici zdravotnický personál. Od 1. 8. 2009 se po úpravě zákona 108/2006 Sb., na hospicovou péči vztahuje příspěvek na péči, přesto, že se jedná o zdravotnické zařízení. Oproti nemocnicím platí, že jednou z podmínek přijetí je to, že si je pacient vědom svého zdravotního stavu a tudíž přichází do hospice dobrovolně. Také zde neplatí žádný denní režim, žádné teploměry v šest hodin ráno. Pacient vstává a uléhá, kdy chce. A i jeho denní režim, jako je mytí, či stravování se snaží přizpůsobit přání pacienta.

Personál hospice se snaží o aktivní život pacientů, jsou zde různé možnosti zapojení se do programu, jako je zpěv, čtení, procházky, umělecké dílny atd., ale pokud pacient nemá zájem, nikdo ho do ničeho nenutí. V areálu hospice se nachází zahrada, kde se mohou pacienti procházet. Samozřejmě je možné jít i mimo areál hospice, jedinou podmínkou, a to spíše pro bezpečnost pacientů, je tuto skutečnost oznámit někomu z personálu.

Další snahou hospice je, aby byl pacient doprovázen někým ze svých blízkých. Za tímto účelem se v hospici nacházejí převážně jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro doprovázející a pouze čtyři dvoulůžkové pokoje, které pacientovi a jeho doprovázejícímu zaručují potřebné soukromí.

Jelikož je hospic nestátním zařízením na nákladech za péči by se měl podílet i sám pacient. Ten by měl platit zhruba 10 % z celkové částky potřebné k jeho péči, což průměrně činí sumu asi 8 000 Kč měsíčně. Ovšem pokud pacient péči potřebuje a jeho finanční prostředky na to nedostačují, snaží se situaci řešit sociální pracovnice vyřízením různých sociálních

dávek a většinou se jí to i podaří. Obecně se dá říci, že v hospici se poskytuje zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění a sociální služby jsou hrazeny z příspěvku na péči.

Prachatický hospic pacientům dává tři garance:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- nebude umírat osamocen,
- do poslední chvíle bude zachována jeho lidská důstojnost.

Zní to jednoduše, ale pokud jsou tyto podmínky splněny, přijetí odchodu z tohoto světa se stává mnohem snesitelnějším.

#### **4.10 Centrum pro léčbu bolesti**

Tato zařízení v naší zemi ještě nemají příliš dlouhou tradici. Pacientům se zde dostává pomoci, pokud trpí dlouhodobou chronickou bolestí. Bohužel i tato skutečnost někdy doprovází lidi v terminálním stádiu onemocnění. Faktem je, že v dnešní době už je pomocí správného farmaceutického ošetření zvládáno až 90 % veškeré bolesti. Pokud tedy pacient trpí dlouhodobou bolestí a jeho ošetřující lékař mu v tomto ohledu není schopen pomoci, je zde i možnost využít pomoci přímo odborníka na tuto problematiku. V Jihočeském kraji funguje ambulance bolesti v Českých Budějovicích. Bolest je sice stav subjektivní, ale právě proto, by mělo platit pravidlo, že lékař pacientovi věří. Existují tři stupně léčby bolesti, kterých by si měli být jak lékaři, tak pacienti vědomi. Prvním stádiem je, aby se mohl pacient trpící dlouhodobou bolestí bezbolestně vyspat, druhý stupeň představuje netrpět bolestí v klidu a třetím stádiem je bez bolesti se pohybovat. Mezi jedno z nejuznávanějších a také nejstarších center pro léčbu bolesti u nás patří Centrum pro léčbu bolesti při fakultní nemocnici v Plzni. U tohoto centra je zřízen i stacionář. Pro velký zájem o péči v tomto centru bývá čekací doba při objednání šest až osm týdnů. Pro pacienty, kteří trpí dlouhodobou či chronickou bolestí je také zřízena speciální telefonní linka při Fakultní nemocnici v Motole. Zde si může zájemce zjistit, jak je na tom se svou bolestí a zda a kde mu mohou pomoci. Dle slov primáře Mudr. Jiřího Kozáka: *„Odhaduje se, že až 70 % pacientů s chronickou bolestí není v České republice léčeno odpovídajícím*

*způsobem. Přitom až 95 % případů je dnes velmi dobře zvládnutelných dostupnou farmakologickou léčbou“.*<sup>34</sup>

Kontakty na výše uvedená pracoviště uvádím opět v závěru.

## **4.11 Dokumenty, které mohou pomoci**

### **4.11.1 Living will**

Living will je dokument, ve kterém se člověk může vyjádřit k tomu, jak by chtěl, aby s ním bylo zacházeno v případě, že už nebude schopen o svém životě rozhodovat sám. Může v něm například uvést, v jakých případech už si nepřeje být resuscitován, kdy už nechce, aby byl jeho život dále prodlužován, co dělat v případě takzvané mozkové smrti. Dále zde také může uvést, kdo má právo o něm rozhodovat, v případě, že už tohoto rozhodování nebude sám schopen. Součástí tohoto dokumentu mohou být též informace o tom, kdo a za jakých okolností ho má doprovázet, jak si přeje, aby probíhal jeho pohřeb, jak má být naloženo s jeho tělem. A na závěr může být též uvedeno, co by měli vědět jeho blízcí, jak by se s nimi chtěl rozloučit, popřípadě jim poděkovat. Příkladem takového dokumentu může být například dokument „Pět přání“ od Jima Toweyho, který do češtiny přeložila M. Macková. Překlad můžete nalézt na [www.linkos.cz/odbornici/kongresy/abstrakta\\_vypis.php?ID=3347](http://www.linkos.cz/odbornici/kongresy/abstrakta_vypis.php?ID=3347)<sup>35</sup>. Toto životní období je pro naše blízké již tak velice stresující a tímto dokumentem jim můžeme hodně ulehčit jejich nelehké rozhodování. Většina lidí nedokáže o svém odchodu z tohoto světa hovořit s jinými lidmi, zvláště ne se svými nejbližšími, a tak často lidé pečující ani netuší, jaké by bylo přání jejich milovaného bližního. V naší zemi se o tomto dokumentu již dlouhou dobu diskutuje, ale zatím nemá v našem právním systému potřebné zakotvení. Dle mého názoru ovšem nemůže být ke škodě, pokud si je umírající vědom svých přání, když tato přání sepíše a předá ho

---

<sup>34</sup> KOZÁK, Jiří. *Linak proti bolesti* [online]. 2003 [cit. 2011-05-10]. Úvodní slovo odborníka. Dostupné z WWW: <<http://www.linkaprotibolesti.cz/>>.

<sup>35</sup> MACKOVÁ, M. Living will v českém prostředí. In *Linkos: Databáze tuzemských onkologických abstrakt* [online]. Brno: [s.n.], 16.4.2009 [cit. 2011-06-14]. Dostupné z WWW: <[http://www.linkos.cz/odbornici/kongresy/abstrakta\\_vypis.php?ID=3347](http://www.linkos.cz/odbornici/kongresy/abstrakta_vypis.php?ID=3347)>.

tomu, komu důvěřuje. Pro jeho blízké pak může být tento dokument přínosným vodítkem.

#### **4.11.2 Závěť**

Je těžké ještě za svého života rozhodovat o tom, jak má být po našem odchodu naloženo s naším majetkem. Ale jak je známo, majetkové nesrovnalosti mohou narušit vztahy i v té nejlépe fungující rodině. Proto je pro pozůstalé velkou výhodou, pokud mají k dispozici dokument, který jasně říká, jak si to jejich blízký přál. V období ztráty blízkého člověka, kdy námi zmítá zármutek, už zbývá jen málo sil na to, obstarávat ještě majetkové věci. Myslím si, že není ani výjimkou, že ti, jež byli zemřelému nejbližší, nejvíce truchlí a vůbec nemají sílu, tyto věci řešit. Proto je při rozdělování pozůstalosti předběhnou ti, kteří jsou více „v pohodě“, kterým by zemřelý třeba nechtěl odkázat nic. Proto si myslím, že je lepší, pokud je vše stanoveno předem a nedochází pak ke zbytečným rodinným sporům.

Jak tedy takovou závěť napsat? Tuto problematiku upravuje občanský zákoník, a to zákon 40/1964 Sb., zejména § 476. Závěť může být napsána ručně či vytištěna, musí obsahovat datum, kdy byla podepsána, podpis zůstavitele a podpisy dvou svědků, jedná-li se o tištěný dokument. Nebo může být provedena formou notářského zápisu. To je asi nejspolehlivější způsob, protože problematika pozůstalosti je složitější, například se nesmí zapomenout na zákonné dědice a závěť sepsaná u notáře bývá také hůře právně napadnutelná. Některá zařízení, která pracují s umírajícími, mají k dispozici kontakty na notáře v daném okolí a pokud je pacient o to požádá, jsou schopni zajistit i to, aby notář přišel k pacientovi, pokud si to jeho zdravotní stav žádá. Tato praxe u nás ještě nemá příliš vybudovanou tradici, ale umírající by si měli být vědomi této své možnosti. Kontakty na některé Jihočeské notáře opět uvádím na konci této příručky.

#### **4.11.3 Správce dědictví**



Další možností, jak mohou umírající naložit se svým majetkem, zejména pokud se jedná o větší nemovitost nebo podnik, je stanovit správce dědictví. Tato praxe je běžná v případech, pokud je potřeba spravovat daný majetek do té doby, než dojde k projednání dědictví soudem. Správce určuje zůstavitel a je tak provedeno formou notářského zápisu nebo soudem. Správce majetku musí s tímto souhlasit, musí s majetkem správně hospodařit, musí o tomto hospodaření podávat pravidelné zprávy a má také nárok na odměnu, kterou po projednání dědictví soudem vyplácí správci dědic.

Institut správce dědictví upravuje zákon 40/1964 Sb., občanský zákoník v ustanovení §480a až 480e.

#### **4.12 Hodnotový systém umírajících**

Jak nemocní, tak i jejich pečující by si měli uvědomit, že pokud se život chýlí ke konci, většinou dochází ke změnám hodnotového systému. Hodnoty, které pro nás byly dříve velice důležité, jako třeba zaměstnání, naše záliby, hromadění a budování našeho majetku či naše společenské postavení a prestiž jsou většinou upozaděny a ke slovu se hlásí takzvané vyšší hodnoty. Přesto, že je člověk nemocný, může milovat a dávat to najevo, může obdivovat krásu přírody či umění. Další hodnoty, které se u člověka mohou v závěrečné fázi života prohlubovat, jsou hodnoty postojové. Pod jejich vlivem mohou umírající například odpustit staré křivdy, usmířit se s lidmi, na kterých jim záleží, přesto, že s nimi nejsou někdy i dlouhou dobu v kontaktu, mohou požádat o odpuštění.

#### **4.13 Péče o pozůstalé**

Péče o pozůstalé je u nás zatím velice málo rozvinutým oborem. V pomoci pro pozůstalé zde fungují spíše svépomocné skupiny, které sdružují lidi, které potkal společný osud. Například o.s. Cesta domů nabízí pozůstalým z Prahy, ale i z celé republiky Klub podvečer, kde se scházejí lidé skupinově a také poradenství, pro ty, kdo dají přednost individuálnímu přístupu. Další možností pro pozůstalé z Jihočeského kraje je využít tzv.

Vzpomínková setkání, která jsou pořádána v prachatickém hospici, pro ty, jimž zde někdo blízký zemřel. Další možností, kterou mohou truchlíci, jež potřebují ve své zármutku podpořit či využít, je některá z forem krizové pomoci. Například linka důvěry v Českých Budějovicích nebo Arkáda – sociálně psychologické centrum v Písku.

#### **4.13.1 Desatero pro pozůstalé**

Dovolím si na tomto místě připojit desatero pro pozůstalé, které formulovala H. Haškovcová ve své knize:

- „1. Zapojte se do přípravy pohřbu.*
- 2. Věnujte pozornost tomu, co jíte a pijete.*
- 3. Zachovejte pokud možno normální režim.*
- 4. Posuďte svůj zdravotní stav.*
- 5. Hovořte o zemřelém člověku.*
- 6. Dovolte si truchlit.*
- 7. Udělejte si čas na truchlení.*
- 8. Dovolte si zlostné pocity.*
- 9. Dovolte druhým, aby vám pomáhali.*
- 10. Nebojte se vyhledat pomoc.“<sup>36</sup>*

Toto desatero bych doporučila těm, kteří čelí bezprostřední ztrátě milovaného člověka, kteří prožívají akutní zármutek. Pokud truchlíci sám není ve stavu, kdy by byl schopen tyto zásady dodržovat, měl by mít kolem sebe blízké, kteří na tyto zásady dohlédnou a popřípadě mu s nimi pomohou. Je důležité truchlíciho ochránit před tzv. komplikovaným truchlením, o kterém jsem se již zmiňovala dříve. A také aby se nebál, v případě potřeby vyhledat pomoc. Tyto zásady vedou ke „zdravému“ zvládnutí zármutku.

#### **4.14 Kontakty pro Jihočeský kraj**

---

<sup>36</sup> Špatenková, cit. 2., str. 131.

Nádorová telefonní linka – tel. 224 920 935, provoz: každý všední den od 9 do 16 hodin

Domácí ošetrovatelská péče:

Agentura Alice – ČČK České Budějovice – tel. 387 318 520, e-mail: [ceskebudejovice@cervenzkriz.eu](mailto:ceskebudejovice@cervenzkriz.eu)

IVAS České Budějovice - tel. 386 355 808, e-mail: [sestry@ivas.cz](mailto:sestry@ivas.cz)

Oblasťní charita Písek – tel. 382 214 828, e-mail: [charitapisek@sendme.cz](mailto:charitapisek@sendme.cz)

RESIDENT 2000 o.p.s., Dačice – tel. 608 224 833

TEP, Soběslav – tel. 381 209 211 e-mail: [recepce@tep-veseli.cz](mailto:recepce@tep-veseli.cz)

Domácí hospic Jordán, Tábor – tel. 722 012 898, e-mail: [kontakt@hospicjordan.cz](mailto:kontakt@hospicjordan.cz)

Odlehčovací péče:

Domov pro seniory Máj, České Budějovice – tel. 388 902 111, e-mail: [info@ddmajcb.cz](mailto:info@ddmajcb.cz)

Pobyťové zařízení Betyňka, Třeboň – tel. 800 213 223, e-mail: [esyhandicaphelp@seznam.cz](mailto:esyhandicaphelp@seznam.cz)

Sociální služby města Milevska, tel. 382 522 125, e-mail: [socprac@socsluzbymilevsko.cz](mailto:socprac@socsluzbymilevsko.cz)

Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice – tel. 388 311 726, e-mail: [info@hospicpt.cz](mailto:info@hospicpt.cz)

Centrum sociální pomoci, Vodňany – tel. 383 382 625

G-centrum, Tábor – tel. 381 478 211, e-mail: [g.centrum@centrum.cz](mailto:g.centrum@centrum.cz)

TEP, centrum sociálních služeb, Veselí nad Lužnicí – 381 209 200, e-mail: [socialni@tep-veseli.cz](mailto:socialni@tep-veseli.cz)

Notáři:

Judr. Libuše Jandovská, České Budějovice - tel. 386 353 465 e-mail:  
[jandovska@notarstvicb.cz](mailto:jandovska@notarstvicb.cz)

Judr. Jana Kopencová, Strakonice – tel. 383 334 958, e-mail:  
[jkopencova.notar@nkcr.cz](mailto:jkopencova.notar@nkcr.cz)

Judr. Hana Pírková, Jindřichův Hradec – tel. 384 361 643, e-mail:  
[pirkova@cbox.cz](mailto:pirkova@cbox.cz)

Judr. Kamil Hrdina, Český Krumlov – tel. 380 711 954, e-mail:  
[khrdina.notar@nkcr.cz](mailto:khrdina.notar@nkcr.cz)

Judr. Vladimíra Kotrlíková, Tábor – tel. 381 281 774, e-mail:  
[khrdina.notar@nkcr.cz](mailto:khrdina.notar@nkcr.cz)

Judr. Lenka Lojdová, Písek – tel. 382 219 197, e-mail:  
[llojdova.notar@nkcr.cz](mailto:llojdova.notar@nkcr.cz)

Hospic:

Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice – tel. 388 311 726, e-mail:  
[info@hospicpt.cz](mailto:info@hospicpt.cz)

Centrum pro léčbu bolesti:

Ambulance léčby bolesti, České Budějovice – tel. 386 461 133, e-mail:  
[popperov@seznam.cz](mailto:popperov@seznam.cz)

Anesteziologicko-resuscitační klinika – Centrum pro léčbu bolesti, Fakultní nemocnice Plzeň – tel. 377 104 956

Linka proti bolesti – tel. 224 435 587, [www.linkaprotibolesti.cz](http://www.linkaprotibolesti.cz), tel

Krizová centra:

Linka důvěry České Budějovice – tel. 387 313 030 (24 hodin denně)

Arkáda – sociálně psychologické centrum, Písek – tel. 382 222 300, e-mail:  
[info@arkada-pisek.cz](mailto:info@arkada-pisek.cz), (všední dny od 8-22 hodin)

Jistě v tomto kraji funguje ještě mnohem více organizací i jednotlivců, kteří poskytují dané služby, já jsem se jen pokusila vybrat

některé z nich, aby měl člověk možnost si vybrat. Zejména jsem se snažila najít vždy alespoň jednu možnost z daného okresu. Výběr všech organizací i notářů, je zcela náhodný, bez záměru kohokoliv propagovat.

## 5. Závěr

Co zajímavého jsem se dověděla o paliativní péči během psaní mé diplomové práce? Nejdříve bych chtěla vyzvednout fakt, že i když u nás nemá paliativní péče příliš dlouhou tradici, její úroveň není vůbec špatná. Lidé, kteří mají o tuto problematiku zájem, mají mnoho možností se o ní něco dozvědět. I v češtině již vyšlo mnoho knih, které jsou na velmi dobré, odborné úrovni. Hospiců u nás přibývá a odborníci, kteří v tomto oboru pracují, do své práce dávají své srdce. Je jisté, že bez nadšení lidí, kteří se pouštějí do stále nových projektů, by tento obor neměl šanci.

Na čem je potřeba zapracovat? Paliativní péče by se z hospiců měla rozšířit i do ostatních zdravotnických zařízení. Počet hospiců bude pravděpodobně i nadále narůstat, ale je nutné, aby i v nemocnicích, zejména na onkologických odděleních, LDN, ale také například v domovech pro seniory měli zaměstnanci povědomí o kvalitní paliativní péči a uměli ji aplikovat.

Další věc, na které je potřeba v našem zdravotnictví zapracovat, je správné užívání informovaného souhlasu, tak aby byl ke skutečnému prospěchu jak pacientům, tak jejich lékařů. Pacienti by se měli dozvídat pravdu o svém zdravotním stavu, ale toto sdělování informací musí probíhat citlivou formou a se „zdravým rozumem“.

Co se týče zákonů, nyní by se u nás měl co nejdříve zakotvit zákon, který bude ošetřovat problematiku dokumentů, jako jsou Living will nebo Do not resuscitate, aby tak pacienti, kteří o to budou mít zájem, měli možnost vyjádřit svá skutečná přání, dokud k tomu budou mít ještě dostatek sil.

Dalším polem působnosti, kde je ještě co zdokonalovat, je účinná léčba bolesti, jelikož farmaceutické firmy stále přinášejí na trh nové a nové

možnosti, jak tlumit bolest. Lékaři by se neměli bát, opouštět zavedené zvyklosti, pokud je možnost, že by nový lék mohl pomoci lépe s méně drastickými vedlejšími účinky.

Také laická veřejnost by se o možnostech paliativní péče měla dozvědět více. Tabuizace smrti je v naší společnosti velká a je na odbornících, aby společnost podporovali v tom, aby si své blízké, pokud to situace dovoluje, nechávali v posledních dnech života doma. Pokud to situace nedovoluje, měli by je alespoň podporovat v tom, aby se podíleli na doprovázení a umírání by tak bylo společností opět přijato, jako přirozená součást lidského života.

V České republice je také potřeba rozvinout kvalitní péči pro pozůstalé a truchlící. Vybudovat síť poraden a poradců, kteří budou specializováni na téma ztráty a budou tak truchlícím umět kvalifikovaně pomoci. V této problematice by měly mít nezastupitelné místo také svépomocné skupiny, které budou sdružovat lidi v podobných životních situacích. Na vzniku a fungování takovýchto svépomocných skupin se opět mohou podílet sociální pracovníci.

Role sociálních pracovníků v tomto oboru je nezastupitelná, ať již se jedná o vyřizování formálních záležitostí, jako je financování péče, zajišťování hospitalizací nebo o komunikaci s již hospitalizovanými pacienty. Další pole působnosti sociálních pracovníků, je péče o rodinné příslušníky umírajících a jejich blízké. Sociální pracovník může významně přispět při vyrovnávání se se ztrátou blízkého a se zvládáním nových sociálních rolí, jak umírajícím, tak jejich blízkým.

Ve zdravotnických zařízeních (jak v hospicích, tak v nemocnicích), může sociální pracovník koordinovat práci dobrovolníků, jejich zapojení do týmu profesionálů a jejich supervizi.

Dále může být v jeho kompetenci snaha o aktivizaci umírajících, přípravou a organizací nejrůznějších aktivit. Realizovat se sociální pracovník v tomto oboru může též organizací či samostatným vedením vzdělávacích programů, souvisejících s tímto oborem. Ať už se jedná o pořádání nejrůznějších kurzů a přednášek pro odborníky, kteří se ve své profesi setkávají s umírajícími, nebo i různé přednášky a kurzy pro ty, jež by se třeba rozhodli o své blízké pečovat doma.

Důležitá úloha se naskýtá i v poradenství, do kterého v tomto oboru bezesporu patří i půjčovna kompenzačních pomůcek, které mohou pacientům a jeho blízkým významně ulehčit.

## **6. Summary in English**

The role of social worker in a team of professional dedicated to the dying and their loved ones is unsubstitutable. Its activities focus on practical help for the dying and their families, such as raising finance for the care and handling of procedural matters related to admission to medical facilities.

Another important role of social workers to care for dying and their families, to assist in dealing with new social roles, which comes for the illness and the limitations caused by it.

His other field of activity is coordinating the work of volunteers and their participation in expert teams.

Overall, in Czech society must get rid of death and dying taboo status, acquired in recent decades. It is necessary to return back the dying to their loved ones and, if possible, to their homes. Encourage people not to be afraid to care for their loved ones. Promote quality treatment of pain and not leave a dying needlessly suffer. It is necessary to create and pass laws that will adjust the documents such as Living Will and Do Not Resuscitate.

## 7. Seznam použité literatury:

### 7.1 Odborné citace

FIRTHOVÁ, P.; LUFFOVÁ, G.; OLIVIERE, D. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3.

HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: Tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Portál, 2007. 119 s. ISBN 978-80-7367-346-8.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas. Proč a jak*. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Druhé přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

KRAHULCOVÁ, B., et al. *Kontexty sociální a charitativní práce: Sborník katedry psychosociálních věd a etiky*. Praha: L. Marek, 2008. 2003 s. ISBN 978-80-87127-07-0.

KŘÍŽOVÁ, E. *Úvod k sociologii medicíny a zdraví*. Praha: Karolinum, 1993. 97 s. ISBN 80-7066-690-0.

KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV, 2001. 266 s. ISBN 80-85866-82-X.

KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Aric, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.

MOODY JR., Raymond A.; ARCANGEL, Dianne. *Život po ztrátě*. Londýn: BCA, 2001. 288 s. ISBN 80-242-1363-X.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.



*Průvodce sociálními službami v Jihočeském kraji*. Vyd. 1. České Budějovice: Tiskárna Josef Posekaný, 2010. 140 s. ISBN 978-80-254-8613-3.

ŠPATĚNKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-1740-1.

ŠPATĚNKOVÁ, N. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.

STUDENT, J. H.; MUHLUM, A.; STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: H&H Vyšehradská s.r.o., 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.

## 7.2 Zdroje

BRESLOW, E.L. Illness and Sick-Role Behavior. In *Encyclopedia of Public Health* [online]. [s.l.]: [s.n.], 2002 [cit. 2011-04-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/illness-sick-role-behavior>>.

*Cesta domů: Práva pacientů* [online]. c2011 [cit. 2011-05-04]. Umírání. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/prava-pacientu.html>>.

*Cesta domů: Umírání* [online]. c2011 [cit. 2011-05-04]. Legislativa ČR. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/legislativa-v-cr.html>>.

Český statistický úřad [online]. 2011, 13.6.2011 [cit. 2011-06-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.cbudejovice.czso.cz/>>.

HÁJEK, E. Náplast při léčbě bolesti. *Dáma.cz* [online]. 7.2.2008, 2, [cit. 2011-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=8498>>.

*Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice : Bolest* [online]. 2011 [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW: <[www.hospicpt.cz](http://www.hospicpt.cz)>.

KOZÁK, J. *Linka proti bolesti* [online]. 2003 [cit. 2011-05-10]. Úvodní slovo odborníka. Dostupné z WWW: <<http://www.linkaprotiboolesti.cz/>>.

MACKOVÁ, M. Living will v českém prostředí. In *Linkos: Databáze tuzemských onkologických abstrakt* [online]. Brno: [s.n.], 16.4.2009 [cit. 2011-06-14]. Dostupné z WWW: <[http://www.linkos.cz/odbornici/kongresy/abstrakta\\_vypis.php?ID=3347](http://www.linkos.cz/odbornici/kongresy/abstrakta_vypis.php?ID=3347)>.

NEŠPOROVÁ, O. Na věčnost bez patosu. *Dějiny a současnost* [online]. 2008, 2008, 11 [cit. 2011-03-08]. Dostupný z WWW: [www.dejiny.nln.cz/archiv/2008/11/na-vecnost-bez-patosu](http://www.dejiny.nln.cz/archiv/2008/11/na-vecnost-bez-patosu).

*Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2010 [cit. 2011-06-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/>>.