

**Pedagogická fakulta UK v Praze**

**M. D. Rettigové 1, Praha 1**

**Katedra Speciální pedagogiky**

*Bc. Žaneta Hoskovcová*

**Dobrovolníci v hospicové péči v ČR**

**Volunteers in hospice care in the Czech Republic**

*Diplomová práce*

ČJ - SPPG

Praha 2016

Vedoucí práce: PhDr. Monika Mužáková, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci *Dobrovolníci v hospicové péči v ČR* vypracovala samostatně. Veškerou použitou literaturu a další podkladové materiály uvádím v přiloženém seznamu literatury.

V Praze, dne ....., Podpis autora: .....

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Monice Mužákové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a zájem o moji práci.

## **Abstrakt**

Práce se věnuje tématu Dobrovolníci v hospicové péči v ČR. Je rozdělena do šesti kapitol, z nichž poslední kapitola se zabývá samotným výzkumem. Cílem práce bylo zjistit, jak fungují dobrovolnické programy v hospicových zařízeních a jak je jejich působení pro klienty těchto zařízení přínosné.

Teoretická část se zabývá tématem smrti a umírání, hospicové péče, etickými problémy v otázce smrti a umírání. Celkovým cílem práce je detabuizovat téma smrti a umírání v domácím prostředí ve spolupráci s hospicovými zařízeními a přispět k informovanosti společnosti o možnostech využití dobrovolníků v hospicové péči.

## **Abstract**

The main topic of this dissertation is Volunteers in hospice care in the Czech Republic. The aim was find the role of volunteers in hospices and benefit of their work for clients of these institutions. The work is divided into six chapters. Theoretical part consists of five chapters focused on death and dying and of ethical issues of the end of life. The research and its results are described in sixth chapter.

The overall goal of this dissertation is to talk about end of life dying and death because it is a taboo in our society.

## **Klíčová slova**

### **Česky**

Dobrovolníci, Hospicová péče, Smrt, Umírání, Péče, Pomoc, Rodina

### **Anglicky**

Volunteers, Hospice Care, Death, Dying, Care, Help, Family

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>1 SMRT A UMÍRÁNÍ</b> .....	<b>11</b>
1.1 Co je to smrt? .....	11
1.2 Jistota vlastní smrti.....	12
1.3 Umírání v průběhu staletí .....	13
1.4 Smrt je pro společnost tabu .....	14
1.5 Klinická smrt.....	14
1.6 Emoce umírajícího pacienta .....	15
<b>2 HOSPICOVÉ HNUTÍ</b> .....	<b>18</b>
2.1 Počátky hospicového hnutí v ČR.....	18
2.2 Dělení hospicové péče .....	18
2.2.1 Domácí hospicová péče .....	18
2.2.2 Stacionář .....	20
2.2.3 Lůžkový hospic .....	20
2.2.4 Kritéria pro přijetí do hospicové péče.....	22
2.3 Strach z hospicové péče .....	23
2.4 Hospice v Praze .....	24
2.4.1 Hospic Štrasburk .....	25
2.4.2 Domácí hospic Most k domovu .....	26
2.4.3 Domácí hospic Cesta domů.....	26
<b>3 PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>27</b>
3.1 Prožívání nemoci .....	28
3.2 Potřeby nemocného .....	29
3.3 Poslední dny a týdny.....	30
3.4 Pastorační péče o umírající .....	32
3.4.1 Etický kodex kaplana.....	40
<b>4 ETICKÉ PROBLÉMY UMÍRÁNÍ A SMRTI</b> .....	<b>42</b>
4.1 Období pre finem .....	43
4.2 Období in finem.....	44
4.3 Období post finem.....	45
4.4 Právo na smrt .....	46
4.5 Eutanazie .....	47

<b>5 DOBROVOLNÍCI V HOSPICOVÉ POMOCI .....</b>	<b>49</b>
5.1 Zákon o dobrovolnické službě .....	49
5.2 Kdo je to vlastně dobrovolník v hospicové pomoci? .....	50
5.3 Povinnosti dobrovolníka .....	51
5.4 Supervize dobrovolníka .....	52
5.5 Přínos dobrovolníků .....	52
5.6 Aktivity dobrovolníků v hospicových zařízeních .....	53
5.6.1 Tři zásady dobrovolníka .....	54
<b>6 VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE – ROLE DOBROVOLNÍKŮ V HOSPICOVÝCH ZAŘÍZENÍCH A JEJICH PŘÍNOS DO HOSPICOVÉ PÉČE.....</b>	<b>55</b>
6.1 Výzkumná otázka .....	55
6.2 Metoda sběru dat .....	55
6.3 Způsob realizace výzkumu .....	56
6.4 Výzkum v jednotlivých zařízeních .....	56
6.5 Cesta domů – mobilní hospicové zařízení .....	56
6.5.1 Působení dobrovolníků .....	56
6.5.2 Školení dobrovolníků .....	59
6.5.3 Supervize dobrovolníků .....	60
6.5.4 Přínos dobrovolníků .....	61
6.6 Hospic Dobrý pastýř – Čerčany .....	62
6.6.1 Působení dobrovolníků .....	62
6.6.2 Školení dobrovolníků .....	63
6.6.3 Supervize dobrovolníků .....	63
6.6.4 Přínos dobrovolníků .....	64
6.7 Hospic sv. Štěpána – Litoměřice .....	64
6.7.1 Školení dobrovolníků .....	65
6.7.2 Supervize dobrovolníků .....	65
6.7.3 Přínos dobrovolníků .....	65
6.8 Hospic Jordán – Tábor .....	66
6.8.1 Působení dobrovolníků .....	66
6.8.2 Školení dobrovolníků .....	67
6.8.3 Supervize dobrovolníků .....	67
6.8.4 Přínos dobrovolníků .....	68
6.9 Spolek Konipaska – Znojmo .....	68
6.10 Způsoby získávání dobrovolníků do hospicových zařízení .....	69
6.11 Role koordinátora dobrovolníků .....	70
6.11.1 Služby nabízené koordinátorům dobrovolníků .....	71



6.12 Prevence vyhoření dobrovolníků .....	72
6.13 Výsledky výzkumu .....	73
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>75</b>
<b>BIBLIOGRAFIE</b> .....	<b>76</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>79</b>

## Úvod

Pro svou diplomovou práci jsme si zvolila téma Dobrovolníci v hospicové péči v ČR. Mým cílem bylo zjistit, jakým způsobem fungují dobrovolnické programy v hospicové péči a jak jsou tyto programy pro klienty i vybraná zařízení přínosné. Práce by zároveň měla detabuizovat téma smrti a umírání zejména v domácím prostředí.

Pro zpracování tématu jsem si vybrala nejprve mobilní hospic Cesta domů, který je v oblasti domácí hospicové péče asi nejzkušenější v ČR. Díky koordinátorce dobrovolníků jsem měla možnost setkat se s koordinátory z dalších hospiců v ČR, jejichž informace a postřehy se staly zdrojem mého výzkumu.

Toto téma jsem si zvolila proto, že se již třetím rokem věnuji práci koordinátorky dobrovolníků ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, kde mám na starosti fungování dobrovolnického programu na 11 klinikách. Zajímalo mě, jak fungují dobrovolníci v jiných zařízeních, jakou činnost vykonávají, jaká to má pravidla.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na téma smrti a umírání, které je v dnešní společnosti tabu a moc se o něm nehovoří. Zaměřila jsem se také na etické problémy umírání a smrti a paliativní péči obecně.

# 1 Smrt a umírání

„Narození není začátek, smrt není konec.“

(Chung – Tzu)

## 1.1 Co je to smrt?

Jan Payne se ve své knize Smrt – jediná jistota zabývá různými pohledy na smrt a jejími definicemi. Poukazuje na skutečnost, že o ní víme pouze to, co se dozvíme prostřednictvím smrti někoho jiného – blízkého člověka, zvířete atd. Člověk s vlastní smrtí žádnou zkušenost nemá, a proto se o ní Payne vyjadřuje jako o zkušenosti získané či zprostředkované.

Všichni máme možnost sledovat kolem sebe vznik i zánik různých předmětů, ale je otázkou, zda můžeme z těchto zkušeností objektivně určit, co smrt je, když s ní osobní zkušenost nemáme.

Bájně pojetí smrti spočívalo v přesvědčení, že smrt znamená prostor pro odchod, loučení, odchod samotný. Je tedy těžké definovat, co to znamená. Každý živý tvor si projde obdobím vzniku (genesis) až po svůj zánik (ftóra), kterou lze označit jako událost či konkrétní bod zániku. V tomto pojetí se zdá smrt pouze bodem přechodu. Se smrtí úzce souvisí pojem umírání, který vystihuje celou fázi před konečnou událostí. Fáze umírání se lidé obecně velmi obávají a mají ji spojenou s negativními emocemi, strachem, úzkostí a bolestí.<sup>1</sup>

Smrt je ale přirozenou součástí života člověka stejně jako narození. Z narození dítěte vyplývá radost, ze smrti smutek a žal. Je ale důležité se na obě dvě události v životě dívat jako na jeho přirozené součásti. Žádný člověk není nesmrtelný, každý jednou zemře.

Proč se tedy bát? To je otázka, kterou si klade mnoho z nás, a jsou období v životě, kdy nás toto téma přepadá častěji. I když je důležité žít aktuálním okamžikem, užívat si života, je také důležité smrt nevytěšňovat. Odborníci se shodují na tom, že

---

<sup>1</sup> PAYNE, J. Smrt – jediná jistota. Praha: Triton, 2008.

je dobré o ní mluvit, což málokdo dělá. Lidé mají většinou strach, že když budou o smrti hovořit, něco zlého se stane.

Měli bychom o ní hovořit už proto, že je přirozenou součástí našich životů a není šance, že by jí někdo unikl. Dříve byla smrt brána poněkud odlišným způsobem než v dnešní době. Lidé umírali v domácím prostředí, v kruhu svých blízkých, kteří o ně pečovali. Se smrtí se tak setkávali všichni během svého života opakovaně, a to již od raného dětství. Dnes je umírání doma spíše výjimkou a naopak se lidé podivují nad tím, když někdo hovoří o smrti svého blízkého v domácím prostředí. Většina lidí se toho obává, a tak raději přenechává poslední péči na odbornících. Možná je to ze strachu ze smrti samotné nebo z péče o umírajícího.<sup>2</sup>

Hojně se mezi lidmi diskutuje také informovanost dětí o smrti a umírání. Řeší se, zda dítě má být přítomno u nemocného – ať už v nemocničním zařízení na návštěvě či v domácím prostředí. Diskutuje se hlavně, jaký to může mít vliv na jeho psychiku. Záleží především na konkrétní situaci, ale celkově lze říci, že je dobré s dětmi o smrti hovořit, pokud se ptají, či se smrt týká někoho z jejich blízkého okolí. Podle odborníků dochází k lepšímu zpracování negativních událostí, pokud mají možnost je prožít jako ostatní. V žádném případě není dobré dětem lhát nebo jim pravdu zamlčovat.<sup>3</sup>

## **1.2 Jistota vlastní smrti**

Každý z nás občas o smrti přemýšlí, a to nejen v obecném kontextu, ale i v kontextu k sobě samému. Smrt nás fascinuje, někdy děsí. Proč tomu tak je? Pravděpodobně jde o proces strachu z neznámého, záhadného, cizího. Většinou je se smrtí spojen i strach z bolesti, chudoby, samoty, cizosti, lítosti a úzkosti.

Vědomí přirozenosti smrti a jistoty má i pozitivní dopad na život v přítomnosti. Dodává životu smysl a především cenu. Pokud si smrt uvědomujeme nebo se s ní častěji setkáváme, život se pro nás stává cennějším a vážíme si mnoha „všedních“ okamžiků.

---

<sup>2</sup> KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014

<sup>3</sup> Děti truchlí jinak. Umírání.cz. [online]. 21.9.2015 [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/truchleni/deti-truchli-jinak>

Smrt nás učí hospodařit s časem, vážit si okamžiků, které máme a které můžeme plně prožívat. Je vhodné o ní přemýšlet, a to již v mládí, aby mohl člověk prožít naplněný život a dosáhnout svých cílů. <sup>4</sup>

*„Pohlédnete – li do tváře vlastní konečnosti, žijete najednou život, který má úplně jinou hodnotu.“<sup>5</sup>*

### **1.3 Umírání v průběhu staletí**

Při pohledu na starověký Egypt, vystavěné pyramidy a nalezená mumifikovaná těla, zjišťujeme, že respekt a strach ze smrti není v lidské populaci nic nového. Vždy se o smrti hovořilo, lidé se jí obávali a snažili se poznat, jaká smrt je a co s sebou přináší.

Vlivem různých náboženství někteří začali věřit v posmrtný život, převtělování a doufali, že smrtí naše působení na světě nekončí. Stavěly se velké hrobky, mumifikovala se těla, odříkávaly se modlitby. Samozřejmostí byly rituály, kterými se lidé loučili se zemřelým, ale také rituální péče o tělo zemřelého.

Některé z nich přetrvávají do dnešních dnů a jsou součástí mnoha kultur. Stejně tak, jako přetrvaly staletí a tisíciletí některé rituály, přetrval i strach ze smrti jako z něčeho neznámého. Člověk je bytostí, jejímž hlavním pudem je pud sebezáchovy, tedy pud o záchranu sebe sama.<sup>6</sup>

Smrt ale není zlá. Je stejně přirozená jako narození, a tak bychom ji měli i vnímat. Na konci života lidé rekapitulují, co prožili, jak to prožili a hodnotí svůj život.

Problémem dnešní doby je fakt, že většina lidí neumírá tak, jak by chtěla. Mnoho lidí je odstrčeno svou rodinou do různých zařízení, kde jsou sice v péči profesionálů, avšak bez kontaktu s nejbližšími.

Lidé se smrti obávají. Mají strach z toho, že jim blízký zemře doma, že nebudou vědět, co dělat a jak se zachovat. Tato situace vznikla z důvodu vytěšňování tématu

---

<sup>4</sup> Payne, J. Smrt – jediná jistota. Praha: Triton, 2008.

<sup>5</sup> KÜBLER – ROSSOVÁ, E. Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Turnov: Arica, 1994. Str. 3

<sup>6</sup> STUDENT, J. CH. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Mnichov: Ernst Reinhardt Verlag, 2004.

smrti a umírání, ale také z důvodu vzniku institucí, které se o těžce nemocné starají.

## **1.4 Smrt je pro společnost tabu**

O smrti se v naší společnosti příliš nemluví. Lidé se bojí, že by mohli něco zlého přivolat nebo mají pocit, že je smrt ještě daleko. Mluvit o smrti je dobré a přirozené, a to především proto, že je to jediná jistota v našem životě.

V dřívějších dobách se o ní hovořilo mnohem více. Bylo běžné, že lidé umírali doma mezi svými blízkými. Umírali také mnohem dříve, neboť medicína nebyla na takové úrovni jako dnes. Smrt tolik nešokovala, neděsila. Počítalo se s ní neustále, neboť byla často na blízku.

Strach ze smrti existoval vždy, ale je otázkou, jestli byl stejný jako dnes. V něčem možná ano, v něčem ne. Co se týká péče o tělo zemřelého, tak v tomto případě pravděpodobně ne, neboť lidé byli zvyklí tuto péči konat v kruhu rodinném a doma. Dnes tomu tak není, a proto se i ke strachu ze smrti samotné přidává strach z péče o zemřelého.

Lidé se dnes vrhají za kariérou, chtějí žít úspěšný život a v blahobytu. Dnešní doba je velmi uspěchaná a je málo lidí, kteří se dokážou zastavit a pořádně se kolem sebe rozhlédnout. Pro každého z nás je to ale nezbytné. Je žádoucí umět se dívat kolem sebe, ale ne na věci hmotné, ale naopak na ty nehmotné, které se každý den kolem nás a nám dějí. Hmotné věci a radost z nich jsou velmi pomíjivé a člověka neuspokojují tak jako věci prožité. Lidé, kteří jsou schopni se odpoutat od hmotných věcí, umírají smířenější než ti, co lpí na majetku.<sup>7</sup>

## **1.5 Klinická smrt**

Jedná se o stav, kdy pacient nevykazuje žádné známky života a je lékaři prohlášen za mrtvého. Mrtvý však není. Je to stav, který odborníci dosud neobjasnili, ale do kterého se člověk může za určitých okolností dostat. V tomto stavu je pacient na hranici mezi životem a smrtí. O klinické smrti existují četné studie, ale také mnoho

---

<sup>7</sup> Smrt a umírání. Umírám.cz. [online]. 2011 [cit. 2016-03-04]. Dostupné z: <http://www.umiram.cz/smrt-jako-tabu/>

příběhů pacientů, kteří se do této fáze dostali. Jejich příběhy jsou velmi zajímavé, až mystické. Přesto je možné, že se v takovém stavu ocitneme také.<sup>8</sup>

V knize Kübler – Rossové (1991) se setkáváme se skutečným příběhem klinické smrti u malého chlapce, který při očkování u lékaře utrpěl těžkou alergickou reakcí a lékař po několika pokusech o oživení konstatoval smrt. Matka byla zděšena a plakala. Po několika minutách ale najednou chlapec na matku promluvil a vyprávěl jí, jak málem umřel, že se setkal s Bohem, který mu řekl, že se musí vrátit zpátky k mamince, že ještě není jeho čas. Chlapec se tedy vrátil. Matka byla dalších deset let zděšena příběhem, který jí chlapec vyprávěl, a nemohla tomu uvěřit.

Příběhů s podobnou linií je mnoho a nikoho z nás nepřestávají fascinovat. Pomáhají nám ale pochopit, jak vypadá odchod z tohoto světa.

Vzhledem ke stavu člověka v klinické smrti je důležité, aby lékaři, ale i ostatní, hovořili v přítomnosti člověka v bezvědomí tak, jako by je vnímal. Nelze totiž nikdy skutečně říci, zda tomu tak je nebo ne.<sup>9</sup>

## **1.6 Emoce umírajícího pacienta**

Vyrovnaní se s chronickým onemocněním (trvalým, nevléčitelným) je velmi těžké, ne však nemožné. Pacient potřebuje správnou péči odborníků a v ideálním případě dobré rodinné zázemí. Cesta k vyrovnaní s blížícím se koncem života je velmi náročná a má několik fází, které se různě prolínají. V první fázi může dojít k totální ignoraci sdělené diagnózy. Nemocný si diagnózu nepřipouští, může mít pocit, že byla diagnostikována chybně. Tomuto stadiu říkáme stadium popření či stažení se do izolace.

Po ujištění se, že diagnóza byla určena správně, přichází fáze šoku. Nemocný si klade otázky typu „Proč právě já?“ apod. Bere onemocnění jako určitý trest za něco, co ve svém životě udělal nebo naopak neudělal.

S tímto pocitem souvisí další fáze, kterou nazýváme fází smlouvání. V té člověk začíná slibovat, že pokud se uzdraví, bude žít jinak, lépe, bude více pomáhat

---

<sup>8</sup> Smrt a umírání. Umírám.cz. [online]. 2011 [cit. 2016-03-04]. Dostupné z: <http://www.umiram.cz/klinicka-smrt/>

<sup>9</sup> KÜBLER – ROSSOVÁ, E. Život a umírání. Hradec Králové: Signum unitatis, 1991

ostatním. Do tohoto období patří i vytyčení cílů - tedy co by chtěl ještě zažít a čeho by chtěl dosáhnout.

Další fází bývá deprese, která mívá různou délku a záleží především na zdravotním stavu nemocného. Deprese se také různě vrací a mizí. U každého pacienta je to jiné a záleží, zda se léčí, jak léčba probíhá či se již neléčí a deprese se střídají podle toho, jak se aktuálně cítí.<sup>10</sup>

Fáze zloby, hněvu a agrese bývá také velmi častá. Nemocný je nazlobený na své okolí, že je nemocen a závidí zdravým jejich zdraví. Projevuje se to tak, že i přes veškerou snahu mu pomoci je podle jeho hodnocení vše špatně. Shazuje ostatní a jejich projevy náklonnosti a pomoci mu nepřipadají dostatečné. Poslední etapou je akceptace skutečnosti, kdy se nemocný smiřuje se svým osudem a se stanovenou diagnózou. Když se pacient dostane do této fáze, bývá klidný, vyrovnaný. Do tohoto stadia ale bohužel nedojdou všichni, někteří končí ve stadiu rezignace.

Pokud nastane u vážně nemocného smíření, dojde do stavu, kdy je schopen myslet na svou nemoc a blížící se smrt bez deprivace myslí a zároveň dokáže na tuto skutečnost nemyslet, když nechce.<sup>11</sup>

Každý si prochází fázemi umírání jiným způsobem, a proto se lékaři i ostatní pečující odborníci učí s pacienty a jejich rodinami správně komunikovat. V této fázi je oboustranná komunikace velmi důležitá a je třeba se na ní zaměřit. Mnohdy vznikají situace, kdy se odborník stává spojovacím článkem mezi rodinou a umírajícím pacientem, protože obě strany mají vůči sobě a nastalé skutečnosti určité obavy, které raději sdělují odborníkům. Ten má poté za úkol s oběma stranami komunikovat tak, aby se odbourala veškerá tabu, došlo k propojení vzájemné komunikace, která je pro všechny zúčastněné velmi důležitá. Jsou případy, kdy má umírající touhu zemřít doma, zatímco rodina se toho obává a byla by raději, kdyby pacient byl pod odborným dohledem. I takové situace nastávají a

---

<sup>10</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. Vyd.3. Praha: Galén, 2002

<sup>11</sup> KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014



jsou běžnou součástí procesu umírání pacienta. Ten má ale vždy právo se o svém konci rozhodnout sám, a tak se odborníci snaží mu v realizaci jeho přání pomoci.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> KÜBLER – ROSSOVÁ, E. Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Turnov: Arica, 1994

## **2 Hospicové hnutí**

### **2.1 Počátky hospicového hnutí v ČR**

Hospicové hnutí v ČR prošlo značným vývojem. První hospice začaly vznikat po revoluci v roce 1989 a za uplynulých 27 let se velmi rozšířily. Mezi prvními propagátory hospicové péče u nás byla MUDr. Marie Opatrná, která je známa svým projektem hospice v Roosveltově ulici v Praze, kde bývala gynekologická klinika. Tento projekt nakonec zrealizován nebyl, neboť se mu nedostalo dostatečné podpory. MUDr. Marie Opatrná se i přes neúspěch dále realizovala v péči o nevyлéčitelně nemocné a dnes pracuje ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, kde mimo jiné zajišťuje pro pacienty pastorační péči.<sup>13</sup> (viz kapitola pastorační péče o umírající – str. 32)

Asi největší osobností zabývající se hospicovou péčí u nás je MUDr. Marie Svatošová, která v roce 1995 otevřela první hospic v ČR v Červeném Kostelci. Napsala také řadu publikací o umírání, hospicích a paliativní péči. Z většiny z nich jsem čerpala informace pro tuto práci.

### **2.2 Dělení hospicové péče**

V současné době má hospicová péče tři formy, které se využívají dle aktuální potřeby pacienta:

- domácí hospicová péče
- stacionární hospicová péče
- lůžková hospicová péče

#### **2.2.1 Domácí hospicová péče**

Pobyt v domácím prostředí je pro pacienta ideální, ale ne vždy možný. Důvodů, proč pacient nemůže pobývat doma, je mnoho. V některých případech to nedovoluje pacientův zdravotní stav, jindy se může jednat o špatné rodinné zázemí či vyčerpání rodiny. V takových a mnoha dalších případech se volí jiná forma péče.

---

<sup>13</sup> Z osobního setkání s MUDr. Marií Opatrnou – 15. 3. 2016

O pacienta v domácím prostředí se stará tým mobilní hospicové péče. Jedná se o tým složený z lékaře, zdravotní sestry, sociálního pracovníka, ošetřovatele, psychoterapeuta nebo psychologa, v některých případech koordinátora dobrovolníků a pastoračního pracovníka.

Cílem je zajistit pacientovi pobyt v domácím prostředí a také naplnit jeho přání a očekávání. Dalším cílem je pomoci rodině pacienta tak, aby ji péče o blízkého člověka zatěžovala co nejméně.

Všichni členové týmu včetně dobrovolníků musí respektovat přání a zájmy pacienta, které tvoří základ plánu jeho péče. Snaží se pomáhat rodině, respektují její názor a snaží se o docílení vztahu, který je naplněn vzájemnou důvěrou a porozuměním. Všichni členové týmu jsou povinni zachovávat mlčenlivost.<sup>14</sup>

Aby byla terénní péče kvalitní, musí její poskytovatelé dávat co největší prostor svému klientovi. Jeho přání a požadavky by měly být na prvním místě. Celý tým zajišťuje sociální, psychickou a duchovní podporu. Důraz je kladen na citlivou komunikaci s klientem a jeho rodinou. Členové týmu musí být ke klientovi přívětiví a laskaví, musí mu dávat najevo, že jsou tu pro něj.

Klient potřebuje cítit důvěru, možnost vypovídat se ze svých obtíží, potřebuje porozumění. Je dobré, aby věděl, že se soustředíme v danou chvíli pouze na něj a že nás jeho stav zajímá. Totéž samozřejmě platí i v případě sdělování závažné diagnózy, kterou by měl pacientovi sdělovat lékař, který ho dobře zná. Pro tuto situaci je dobré zvolit klidné prostředí, nejlépe klientovo domácí. Klient by se měl mít možnost rozhodnout, zda chce být s lékařem sám či chce mít po boku někoho ze svých blízkých.

Při sdělování závažné diagnózy by měl lékař hovořit klidně, zřetelně a srozumitelně. Měl by dát najevo soucit s pacientem, dát mu prostor pro vyjádření obav a strachu a ujistit ho, že v těžké situaci nezůstane sám bez pomoci. Zároveň je dobré mu nabídnout možnost dalšího společného rozhovoru, pokud bude z jeho strany zájem. Lékař se musí vždy ohlížet na pacientovy potřeby a přání a měl by sdělovat to, co pacient chce v danou chvíli slyšet. Může se stát, že situace je pro pacienta natolik skličující, že není schopen přijmout všechny dostupné informace

---

<sup>14</sup> MARKOVÁ, A a kol. Hospic do kapsy. Praha: Cesta domů, 2005

najednou. V takovém případě je dobré informace rozfázovat a s klientem si domluvit několik setkání po sobě.

Po každé konzultaci zdravotního stavu je vhodné, aby lékař poskytl písemné informace a zeptal se, zda klient v danou chvíli něco nepotřebuje. Zároveň by mu měl nabídnout možnost setkání s psychologem a psychoterapeutem.<sup>15</sup>

### **2.2.2 Stacionář**

Stacionární hospicová péče funguje tak, že pacient do hospice přichází ráno a odpoledne z něj odchází. Záleží na jeho zdravotním stavu a schopnosti se do hospice dopravit. V některých případech zajišťuje převoz pacienta rodina, v některých hospic.

Pacient ve stacionáři pobývá celý den a aktivně se účastní připraveného programu. Tato forma péče se volí v různých případech. Podle Svatošové (1996) se může např. jednat o pobyt:

- léčebný – pacient do stacionáře dochází za účelem aplikace chemoterapie či odborné kontroly
- psychoterapeutický – rodina pacienta není schopna psychické podpory
- azylový – rodina pacienta si potřebuje odpočinout, péče je pro ni velmi zatěžující<sup>16</sup>

### **2.2.3 Lůžkový hospic**

Lůžkový hospic je využíván v různých případech. Může se jednat o pacienta, který potřebuje celodenní lékařskou péči, ale i o pacienta, který by mohl být v domácím prostředí, avšak pro rodinu je jeho stav natolik zatěžující, že o něj nemůže doma dále pečovat.

Většina pacientů se do hospice vrací opakovaně, dle zdravotního stavu. Délka pobytu také záleží na aktuální potřebě a možnostech rodiny a pacienta. U lůžkové hospicové péče je nutné zmínit, jak se liší od nemocničního zařízení. Mohl by vzniknout dojem, že jak v nemocnici, tak v hospici platí přísná pravidla a pacient a

---

<sup>15</sup> MARKOVÁ, A. a kol. Hospic do kapsy. Praha: Cesta domů, 2005

<sup>16</sup> SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: ECCE HOMO, 1996

jeho rodina se jimi musí striktně řídit. Opak je pravdou. Hospicová zařízení se snaží pacientům maximálně vyjít vstříc a v jejich hlavním zájmu je vyhovět pacientovu přání.

V lůžkovém hospicovém zařízení se klientům nestane, že by si ráno v sedm hodin museli měřit teplotu, v osm hodin snídat, ve dvanáct hodin obědovat a v šest hodin večeřet. Zde si může klient jíst, kdy chce, a pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, i co chce. Stejně je to s osobní hygienou, návštěvami. Návštěvy jsou možné kdykoliv, tedy 24 hodin denně. Pokud si pacient přeje návštěvu, hospic mu ji umožní.

V hospicových zařízeních se také častěji setkáme s označením klient než pacient. V hospicovém zařízení by to měl být právě klient, kdo určuje pravidla, pokud je to alespoň trochu možné. Tato zařízení kladou důraz na kvalitu života, a tak je v klientově režii, jakým způsobem se bude v hospici pohybovat, co bude dělat, s kým bude hovořit a kdy. Pokud jeho zdravotní stav dovoluje vycházky, může jít na vycházku. Lůžko tak může využívat dle svých potřeb, v některých případech pouze na noc.

O umístění pacienta do lůžkové hospicové péče či stacionární péče rozhoduje hospicový lékař, který tak činí ve spolupráci s ošetřujícím lékařem pacienta. V některých případech se může stát, že je lékař nucen uvolnit lůžko pro pacienta, jehož zdravotní stav se zhoršuje a přibližuje se smrt.<sup>17</sup>

Žádostí o přijetí do hospicových zařízení je stále více, a tak se přirozeně snižuje i doba hospitalizace, a to na max. několik desítek dnů. Ve většině lůžkových zařízení čeká až pět žadatelů na jedno lůžko. V takovém případě je vedoucí hospicový lékař nucen obvolat ošetřující lékaře žádajících pacientů a musí zjistit, jaká je prognóza. Přednost mají žadatelé, jejichž stav se radikálně zhoršuje a zbývá jim několik dnů, maximálně týdnů.

Hospicová zařízení sice hovoří o tom, že pacient se dostává do jejich péče až velmi pozdě, na druhou stranu je ve většině případů patrné, že pacient do doby hospitalizace pobývá v domácím prostředí. Z toho tedy plynou pro pacienta velká pozitiva.

---

<sup>17</sup> COHEN, K. Hospice. London: Aspent systém corporation, 1979

Obecně se do lůžkových hospicových zařízení dostávají pacienti, jejichž příbuzní na péči v domácím prostředí nemají síly. Většinou je to z důvodu psychické a fyzické zátěže, obav z blízkého se konce či nemožnost zvládnutí fyzické bolesti pacienta doma.

V některých případech může tyto těžkosti vyřešit pomoc mobilního hospicového týmu, v dalších pacienti volí hospitalizaci v lůžkovém zařízení.

Zde je personál povinen důkladně se s pacientem seznámit, zjistit co nejvíce o jeho rodině a vztazích. Tyto informace přispívají k realizaci dobré péče. Ošetřující ví, s kým chce být pacient nejvíce v kontaktu, kdo jsou jeho nejbližší.

Každý pacient má na konci života kromě psychických a fyzických potřeb také potřeby spirituální.

Svatošová (1998) označuje spirituální potřeby na sklonku života jako potřeby nejnütnější. Každý pacient potřebuje v této oblasti vedení, naslouchání a porozumění. V hospicových zařízeních jsou na tyto potřeby zvyklí, a tak lékaři berou jejich zajištění jako samozřejmost.

Ze zkušeností ošetřujících v hospicových zařízeních vyplývá, že pro klidný odchod pacienta je zvládnutí spirituálních potřeb nezbytné. Lidé na konci života vše rekapituluji a častokrát jsou pohlceni výčitkami svědomí, ze kterých vznikají těžké deprese. Pacienti v takové chvíli potřebují kontakt někoho blízkého, komu se mohou svěřit, a kdo jejich problémům porozumí.<sup>18</sup>

#### **2.2.4 Kritéria pro přijetí do hospicové péče**

- pacient trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu
- pacient byl seznámen se svým zdravotním stavem a přiměřeně možnostem porozuměl závažnosti a prognóze své nemoci
- pacient s přijetím do péče souhlasí<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> SVATOŠOVÁ, M. Hospic slovem a obrazem. Praha: Ecce homo, 1998

<sup>19</sup> Standardy domácí paliativní péče. Cesta domů. [online]. 15. 6. 2016 [cit. 2016-06-15]. Dostupné z: [www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf](http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf)

## 2.3 Strach z hospicové péče

Mnozí pacienti mají z hospicové péče strach. Ptala jsem se MUDr. Marie Opatrné, o které jsem se zmiňovala na počátku kapitoly, proč tomu tak je. Odpověď je jednoduchá. Pacienti, kteří jsou nevléčitelně nemocní a pobývají v nemocničním zařízení z důvodu podávání chemoterapie či zhoršeného zdravotního stavu, mají pocit, že se stále léčí. Dokud jsou na klinice, je jim poskytována léčba, která je drží v naději, že se stále může jejich zdravotní stav změnit k lepšímu. Někdy není jednoduché určit, jak rychle se může zdravotní stav zhoršit, a tak se mnohdy dostávají do hospiců až příliš pozdě. Příliš pozdě na to, aby se s nastalou situací srovnali, zklidnili a vyřídili vše, co potřebují a chtějí.

Zároveň je pro ně těžké smířit se se skutečností, že léčba již není smysluplná a že její možnosti jsou vyčerpány. Hospic je na rozdíl od nemocnice právě ta jistota, které se pacienti obávají. Na klinice se setkávají i s jinak zdravými nebo s lidmi, kteří se uzdraví. Vnímají to mnohdy lépe, protože mají pocit, že stále žijí a jsou součástí běžného života. Při pomyšlení na hospic ale ztrácí naději, protože ví, že se jedná o poslední stanici. Podle MUDr. Opatrné je tato myšlenka velmi děsí a je zapotřebí, aby zkušený tým odborníků nemocnice dokázal pacientům včas zařídit následnou péči.

Pokud je to možné, spojují se sociální pracovníce s terénními hospicovými programy a domlouvají péči o pacienta v domácím prostředí. Pokud to možné není, domlouvají péči v lůžkovém zařízení. Vše záleží na přání pacienta, který musí dát k následné péči svůj souhlas. Bez něj nemůže žádné nemocniční zařízení pacienta přemístit do hospice. Pacient tedy podepisuje formulář, ve kterém stvrzuje, že je seznámen s ukončením své léčby a že souhlasí s přemístěním do hospicového zařízení. Pacient má zároveň možnost si hospicové zařízení vybrat.<sup>20</sup>

V počátku hospicové péče je nejdůležitější zbavit nemocného pocitu strachu. Ten má ze smrti každý z nás a je velmi svazující. Pro nemocné je důležité, aby měli možnost o svém strachu hovořit, protože již tím ho zmírňují. Není nic horšího než obavy a úzkosti, které nemůžeme s nikým sdílet. Jsou to pocity, které nás stále více svazují, až se stávají nesnesitelnými.

---

<sup>20</sup> Z osobního setkání s MUDr. Marií Opatrnou dne 15. 3. 2016

Mnohé strachy lze vyřešit snadněji, než se zdá. Nemocný může mít obavy ze samoty na konci života nebo z bolesti. V obou případech se může strachu zbavit, neboť primárním úkolem hospicové péče je zmírnění bolestí pacienta a společenský kontakt. Pacient v hospici neumírá sám, ani ostrčený, ale naopak v kontaktu se svými nejbližšími.

Úkolem pracovníků hospicové péče je zajistit pacientovi pocit bezpečí, který je pro každého velice důležitý. Obzvláště pokud tráví poslední dny a týdny v lůžkovém zařízení, které je pro něj oproti domácímu prostředí cizí.

Pacient v hospicové péči musí být součástí týmu, který mu poskytuje paliativní péči, stejně jako jeho rodina. Je členem, ale zároveň středem zájmu celého týmu. Jeho potřeby a přání jsou na prvním místě. Celý tým má za úkol zlepšovat podmínky, které zlepšit lze a nezabývat se skutečnostmi, které zlepšit nelze. Dobro pacienta a jeho cítění jsou pro celý tým nejdůležitějším cílem.

Dalším cílem hospicového týmu je i péče o rodinu a blízké. Při péči o nemocného se od rodiny očekává maximální nasazení, ale každého z pečujících starost o nemocného vyčerpává, a tak je nutné mít možnost doplňovat energii, odpočinout si, vyspat se. Mnohdy příbuzní mají pocit, že tím nemocného opouští, šidí, věnují mu málo času, ale prostor na odpočinek je pro ně zásadní. Musí načerpat nové síly, aby byli schopni nemocného dále doprovázet.

Ale i příbuzní potřebují být doprovázeni. Mnozí se setkávají se smrtí poprvé, někteří mají malé děti, a proto je pomoc odborníků na místě. Hospicová zařízení mají zkušenosti s péčí o pozůstalé a někteří této možnosti využívají. Mnozí se prý do hospice opakovaně vrací při různých příležitostech, někteří se stávají i dobrovolníky v hospicové péči.<sup>21</sup>

## **2.4 Hospice v Praze**

V hlavním městě je hospicových zařízení několik. Mobilní hospicová zařízení jsou v Praze dvě. Je to Cesta domů a Most k domovu. Obě dvě poskytují poradenství pacientům a příbuzným, dále odlehčovací služby či půjčení kompenzačních a ošetřovatelských pomůcek a zajišťují poradenství pozůstalým.

---

<sup>21</sup> SVATOŠOVÁ, M. Hospic slovem a obrazem. Praha: Ecce homo, 1998



Co se týče lůžkových hospiců, má Praha k dispozici také dvě zařízení. Je to hospic Štrasburk a hospic Malovická. Hospic Štrasburk se zabývá pacienty v terminálním stadiu onkologického onemocnění, zatímco hospic Malovická se věnuje pacientům s neurovegetativním či interním onemocněním. Obě dvě zařízení disponují z devadesáti procent jednolůžkovými pokoji, ve kterých je vždy možnost přistýlky pro rodinné příslušníky. Hospice jsou otevřené celý den až do pozdních večerních hodin. Po domluvě s personálem je možné v hospici přespat.

Všechny pokoje jsou zařízeny tak, aby co nejméně připomínaly nemocniční pokoje. Jsou koncipovány spíše jako pokoje hotelové, aby se zde klient dobře cítil. Podle ředitele Štrasburku Ing. Josefa Hellera je spíše problém to, že klienti se dostávají do hospicových zařízení příliš pozdě. Většinou jsou dlouho předtím hospitalizováni v nemocnici či váhají s hospicovou péčí.

Podle něj se situace ale zlepšuje ve smyslu partnerství mezi hospicovými a nemocničními zařízeními, které dříve nefungovalo. Díky tomu jsou pacienti v nemocnicích více informováni o možnostech hospicové péče. Čím více se na veřejnost dostávají informace o možnostech paliativní péče, tím více klientů se může rozhodnout, jakým způsobem ji využije.<sup>22</sup>

#### **2.4.1 Hospic Štrasburk**

Hospic Štrasburk byl otevřen v listopadu 1997. Nachází se v pražských Bohnicích. Budova hospice byla původně ubytovnou psychiatrické léčebny Bohnice. Hospic disponuje především jednolůžkovými pokoji, stejně jako většina hospiců v ČR. Každý pokoj má možnost přistýlky, kde po domluvě s personálem může přespat někdo z příbuzných pacienta či přátel.

Do Štrasburku se dostávají nejčastěji lidé s onkologickým onemocněním na svou žádost a doporučení ošetřujícího lékaře. Štrasburk poskytuje nejen lůžkovou péči ale i respitní (odlehčovací). Zároveň pomáhá klientům, kteří pobývají v domácím prostředí a pomáhá jejich rodinám zajišťovat zdravotnické pomůcky.

---

<sup>22</sup> Hospic Štrasburk. Zdraví E15. [online]. 28.3.2011 [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/hospic-strasburk-odtud-uz-se-po-svych-neodchazi-458965>

### **2.4.2 Domáci hospic Most k domovu**

Multidisciplinární tým zajišťuje péči o klienta v domácím prostředí. Pečuje o nemocného a poskytuje poradenství jeho blízkým. Do péče tohoto mobilního hospice se může pacient dostat přes sociálního pracovníka v nemocnici, ve které podstupuje léčbu či na svou vlastní žádost a žádost rodiny.

V první řadě hospicový lékař pacienta v domácím prostředí navštíví, zhodnotí jeho zdravotní stav a také zajistí zdravotnické pomůcky nutné k péči o pacienta. O pacienta se dále starají sestry odborně vyškolené pro paliativní péči, které mu spolu s rodinou poskytují celkovou pomoc a podporu.<sup>23</sup>

### **2.4.3 Domáci hospic Cesta domů**

Cesta domů poskytuje péči nevléčitelně nemocným klientům a jejich rodinám v domácím prostředí. Multidisciplinární tým se stará o klienta dle jeho aktuálních potřeb a požadavků.

Do rodiny pravidelně dochází lékař, zdravotní sestra a dle potřeb sociální pracovník, psychoterapeut a dobrovolník. Cílem týmu je zajistit klientovi takovou péči, díky které může až do poslední chvíle zůstat se svými blízkými doma.

Cesta domů poskytuje pečující poradenství i psychosociální podporu.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Paliativní medicína. Most k domovu. [online]. 2009 [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://www.mostkdomovu.cz/paliativni-medicina/>

<sup>24</sup> Cesta domů. Cesta domů. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/?gclid=C1b0ubGUuc0CFdZAGwodmpYKfg>

### 3 Paliativní péče

*„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“<sup>25</sup>*

Paliativní péče je komplexní bio – psycho – sociálně – spirituální péče, která je vedena lékaři různých specializací i dalšími odborníky jako sociálními pracovníky, rehabilitačními lékaři, psychiatry, psychology či duchovními. Podíl těchto odborníků na péči pacienta záleží na jeho zdravotním a psychickém stavu a na jeho aktuálních potřebách.

Paliativní péče se zaměřuje především na chronicky nemocné pacienty, tedy na ty, kteří trpí nevléčitelnou nemocí. Jejím hlavním úkolem je zmírnit či odstranit pacientovy obtíže a zajistit co nejlepší stav.<sup>26</sup>

V paliativní péči je kromě zmírnění fyzických obtíží pacienta důležité zaměření na obtíže psychické, které jsou spojené s vědomím chronického onemocnění. Pacient potřebuje emoční podporu, symptomatickou léčbu a spirituální pomoc.

Paliativní péči lze charakterizovat jako:

- péči poskytující úlevu od bolesti
- podporu nemocným a jejich rodinám
- integraci psychologických a spirituálních aspektů péče o pacienty
- týmovou spolupráci odborníků, pacienta, rodiny<sup>27</sup>

Pojem paliativní péče pochází z latinského slova pallium znamenající maska, zakrytí, pokrytí. Jejím cílem je tedy pokrýt potřeby pacienta a zmírnit projevy

---

<sup>25</sup> SKÁLA, B. a kol. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2005. str. 1

<sup>26</sup> SVATOŠOVÁ, M. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Praha: Grada, 2012

<sup>27</sup> KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014

chronického onemocnění. Řídí se jeho aktuálními potřebami a poskytuje nemocnému komplexní doprovod při umírání.

Paliativní přístup je takový přístup, který chápe smrt a umírání jako přirozenou součást života, kterou si projde každý z nás. Zajímá se o potřeby pacienta a snaží se zajistit co nejlepší životní podmínky. Za opak paliativní péče lze označit eutanazii, která nechápe období umírání za přirozené a snaží se ho urychlit. Paliativní přístup není přístupem, který by urychloval proces umírání, ale je přístupem, který nechává této fázi volný průběh, pouze se snaží zmírnit jeho symptomy.<sup>28</sup>

### **3.1 Prožívání nemoci**

Pro péči o nevléčitelně nemocného člověka je velmi důležité vžít se do jeho situace. Ne každý člověk to dokáže, ale pro nemocného je to podstatné. Po sdělení diagnózy se v něm mísí pocity strachu, úzkosti, agrese, rezignace atd. Uvědomuje si, že se v jeho životě mění zásadní věci a není pro něj jednoduché se s tím smířit. Nemocný má tedy právo na různé reakce, kterými prožívá aktuální stav. Je zapotřebí, aby na tuto skutečnost byli pečující připraveni, i když to pro ně není jednoduché. Stejně jako nemocný jsou zaskočeni a potřebují se s nastalou změnou vyrovnat.

Pokud je rodina dobře informována a připravena, situaci zvládá mnohem lépe a dokáže být nemocnému oporou.

Člověk na konci života potřebuje od svých blízkých cítit opravdovou lásku, která mu pomáhá v prožívání posledního úseku života. V dnešní velmi uspěchané době je těžké zastavit se, rozjímat a prožívat, ale pro nás a naše blízké je to důležité. Umírající člověk potřebuje pohazení, povzbuzení a potřebuje cítit naši laskavou přítomnost. Je pro něj důležité vědět, že nás má v případě potřeby nablízku a že není osamocen.<sup>29</sup>

Pro umírajícího člověka je také nepostradatelnou součástí vztahu k ostatním důvěra. Dává nám pocit jistoty a bezpečí, který je v této situaci ještě mnohem potřebnější než jindy. Pacient má často nutnost svěřovat se s nejintimnějšími

---

<sup>28</sup> KALVACH, Z. a kol. Umírání a paliativní péče v ČR. Praha: Cesta domů, 2004

<sup>29</sup> FORMAN, W. Hospice and Palliative care. London: Jones and Bartlett Publishers, 2003

informacemi, a proto je potřeba, aby mohl lidem kolem sebe důvěřovat. Mnohdy se svěřuje i lékařům či ostatním odborníkům, protože nejen u svých rodinných příslušníků hledá pocit bezpečí. Někdy to může být z důvodu nedobrych rodinných vztahů či potřeby říct něco, co blízkým říct nechce.<sup>30</sup>

Z osobní zkušenosti vím, že se ve většině případů jedná o osobní křivdy či události, o kterých pacient nechce nebo nemůže se svými blízkými pohovořit, neboť by to mohlo mít negativní dopad na vzájemný vztah. Lidé na sklonku života mají potřebu vypovídat se ze skutečností, které je dlouhodobě trápí či ovlivňují a někdy je třeba, aby je mohli vyprávět někomu, kdo je v této záležitosti nestranný. V některých případech se obracejí na zdravotnický personál, někdy se svěřují dobrovolníkům.

Nemocný má také potřeby vyřešení sporů, hádek a odpuštění druhým. Pokud je to možné, je dobré pacientovi taková setkání pomoci uskutečnit, protože to může velmi pozitivně přispět ke zlepšení jeho psychické kondice. Usmíření a odpuštění je pro každého člověka velmi důležité.

*„Na dveřích, kterými za sebou zavíráš minulost, stojí jen jedno slovo – odpuštění. Smíření, to je jediná ruka, která trpělivě rozhání mraky, to je první ranní paprsek, který pozvolna zahání noc, to je klíč, který konečně otevírá neproniknutelné dveře. Usmíř se, jak jen to dovedeš a jak dalece to na tobě záleží se všemi lidmi kolem sebe. Nikdy není pozdě...“<sup>31</sup>*

### **3.2 Potřeby nemocného**

Potřeby těžce nemocného pacienta dělíme do čtyř skupin. Jsou to potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Potřeby se různě mění v závislosti na aktuálním fyzickém a psychickém stavu a během nemoci se různě střídají.

Do potřeb biologických řadíme vše, co souvisí s nemocným tělem. Jsou to potřeby, které zajišťuje odborný zdravotnický personál, ale i pečující okolí. Potřeby psychologické jsou takové, kterými se nemocný zbavuje stresu a napětí. Často chce komunikovat s blízkými, plnit si přání, atd. Potřebuje cítit bezpečí a oporu, a to jak ze strany rodiny, tak ze strany odborníků.

---

<sup>30</sup> SLÁMA, O. a kol. Umřít doma. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008

<sup>31</sup> SLÁMA, O. a kol. Umřít doma. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. str. 19

Pro nemocného je důležité, aby mu byla vždy sdělována pravda, ale pouze způsobem, jaký si sám určí. To znamená, že informace jsou mu sdělovány, v jakém množství sám chce a kdy chce. Je to velmi důležité pro zpracování skutečnosti.

Do sociálních potřeb řadíme potřebu být v kontaktu s ostatními lidmi, ale opět do té míry, do které je to pacientovi příjemné. Pokud o kontakt v danou chvíli nestojí, má k tomu své důvody a není dobré ho nutit.<sup>32</sup>

### **3.3 Poslední dny a týdny**

Poslední týdny a dny před smrtí se umírající začíná měnit. Ne vždy musí být tato změna na první pohled viditelná, ale jsou oblasti, ve kterých si změn povšimneme. Především se setkáme s tím, že umírající nejeví příliš zájmu o své okolí a začíná se uzavírat sám do sebe. Podle rad odborníků je dobré nechat vše plynout a nemocného nevtahovat zpátky do našeho světa a aktuální přítomnosti. Mohlo by dojít k narušení procesu rekapitulace života a loučení se světem. Nemocný má právo na svůj klid a na nerušený odchod.

Mění se i po fyzické stránce. Tělo je slabé, v obličeji vznikají ostré rysy. Nemocný již nemá potřebu příjmu potravy tak jako dřív. Většinou nejdříve odmítá těžce stravitelná a tučná jídla, poté i vše ostatní. Omezí se na malé porce několikrát za den. Většinou pak přestává jíst úplně. V této fázi mají největší strach pečující, neboť mají pocit, že nemocný musí jíst, aby nezemřel hlady. Je ale vždy důležité dbát na jeho potřeby, tělo si řekne samo. Na co by ale pečující neměli zapomínat, je dohlížet na pitný režim nemocného. Nemocný netrpí hlady, ale pokud by měl žízeň, trápil by se.<sup>33</sup>

V případě, kdy už nemocný nejeví o jídlo zájem a není ani schopen přijímat tekutiny běžným způsobem, je dobré zvolit jinou alternativu. Pečující mu mohou dávat po malých douškách napít brčkem, později pak svlažovat ústa kostkami ledu

---

<sup>32</sup> SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo, 1995

<sup>33</sup> Poslední dny a týdny. Umírání.cz. [online]. 21.9. 2015 [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/posledni-dny-a-tydny>

či mokřými kapesníky. Není dobré ho do pití nutit ani mu nechat podávat infuze, které v případě posledních dnů či hodin organismus zatěžují.<sup>34</sup>

V posledních týdnech a dnech se může pečujícím zdát, že nemocný nevnímá své okolí a že je již mimo tento svět. Z části to tak může být, ale odborníci se shodují na tom, že vnímání zůstává zachováno, i když to na první pohled nevypadá. Proto bývají pečující upozorněni, aby v přítomnosti nemocného hovořili tak, jako by je slyšel. V jeho přítomnosti by měl být dodržován klid.

V některých případech se můžeme setkat s tím, že nemocný prochází nahlas různými sny, hovoří s lidmi, kteří již zemřeli, či nepoznává své blízké. Tato skutečnost se pro rodinu a přátele stává velmi nepříjemnou, ale je potřeba si uvědomit, že umírající na nás nezapomněl, ví o nás, ale v danou chvíli už je odpoután od aktuálního dění.

Někdy mívá potřebu řešit i věci, které se nestaly nebo které jsou již vyřešené. Blízkým se to může zdát podivné a zcestné, ale v takové chvíli je důležité vnímat realitu stejně jako umírající. V žádném případě se nedoporučuje vyvracet jeho domněnky. Mohlo by ho to velmi rozladit a zmást. Umírající člověk potřebuje nabrat jistotu, že je vše v pořádku, nic se neděje a věci kolem něj jsou vyřešené a uzavřené. Zkušené pečující informují také o tom, že někdy má umírající potřebu sbalit si kufr, případně ještě něco upravit, shromáždit či vyřešit. Je dobré mu to umožnit, aby se dostal do klidného stavu.

Také se může zdát, že potřebuje, abychom ho propustili, potřebuje vědět, že může odejít. Odborníci se shodují i na tom, že pokud to uděláme a umírajícího propustíme, pomůže nám to lépe se s jeho odchodem vyrovnat.

Důležité je také nemocnému nelhat. Někteří lidé mají pocit, že sdělit pravdu je horší než ji zamlčet, ale není tomu tak. Nemocný pozná, že umírá, ale pokud nemá s rodinou a přáteli tuto skutečnost vyjasněnou, je na umírání sám. V této situaci se pak snadno může stát, že se uzavře sám do sebe, což je pro okolí nepříjemné. Podle lékařů je znalost pravdy velmi důležitá. I když je těžké ji zpracovat.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> SVATOŠOVÁ, M. Hospic slovem a obrazem. Praha: Ecce homo, 1998

<sup>35</sup> Poslední dny a týdny. Umírání.cz. [online]. 21.9. 2015 [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/posledni-dny-a-tydny>

Pro pečující je důležité se připravit na možné halucinace či dezorientace, o kterých jsem se zmiňovala výše. Je vhodné, aby nemocný cítil blízkost druhé osoby, která mu může být pomocnou rukou, ale zároveň není dobré nemocného stresovat velkým množstvím návštěv. Může ho to zmást a nemusí se v přítomnosti více lidí cítit dobře. Přece jen je důležité si uvědomit, že umírání je intimní záležitostí každého z nás, a proto by tomu mělo být přizpůsobeno i okolí.

Nemocnému bychom neměli klást těžké otázky, nad kterými by musel složitě přemýšlet. Je spíše dobré zaměřit se na jeho potřeby a podle jeho chování se řídit. Nemocný by se neměl dostávat do stresu, neměl by být do ničeho nucen, a pokud je to možné, mělo by být vyhověno jeho přání.

Zároveň by měl pobývat v klidném a tichém prostředí, které je pro něj dobrým útočištěm. Nejlépe v prostředí světlém, teplém, bez hluku a zápachu a nemocný by měl být obklopen věcmi, kterými chce být obklopen a které má rád. Pokud si přeje poslouchat oblíbenou hudbu či televizi, měli by pečující jeho zájmu vyhovět.

Pro pečující rodinu i pro nemocného je také nezbytné, aby zazněly věty:

„Mám tě rád“

„Odpouštím ti“

„Odpusť mi“

„Děkuji“

Pro oboustranné rozloučení jsou tato slova velmi důležitá, neboť na straně nemocného i jeho blízkých dochází k porozumění, odpuštění, pocitu lásky a důvěry. Pro pečující je to i důležité z hlediska následného zpracování smrti blízkého.<sup>36</sup>

### **3.4 Pastorační péče o umírající**

*„Pastorační péčí o nemocné v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho umírání a pomáháme mu k lidsky*

---

<sup>36</sup> SLÁMA, O. a kol. Umřít doma. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008



*důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni.*<sup>37</sup>

Pastorační péče je pro umírající velmi důležitá. Jedná se o duchovní péči o klienta, která je přirozenou součástí jeho potřeb v závěru života. Zmíněno výše, každý člověk má potřeby tělesné, sociální, psychické a duchovní (spirituální). Není tedy podmínkou, aby pro realizaci duchovní péče byl člověk věřící. Duchovní potřeby má každý člověk na sklonku života, a proto by mu měly být poskytnuty, a to v takové míře, jakou si sám přeje.

V poslední fázi života mají lidé mnohdy hodně práce, která souvisí nejčastěji s rekapitulací života a smířením. Zásadní je smíření se sebou samým, s naplněním vlastního života, s blízkými, kteří již zemřeli, s blízkými, kteří stále žijí a v případech víry i s Bohem. Člověk, který je smířen, umírá s klidem v duši.<sup>38</sup>

Pastorační péče by měla být součástí každého nemocničního i hospicového zařízení. Ne vždy tomu tak je. U hospicových zařízení je zajištění pastorační péče samozřejmostí, avšak ne každé lůžkové zařízení hospicového typu má svého vlastního kaplana. V zásadě záleží na tom, jak je to kde nastaveno. Někdy je kaplan součástí multidisciplinárního týmu, jindy dochází pouze jako externí pracovník na základě žádosti klienta.

V nemocničních zařízeních se většinou kaplani vyskytují, avšak záleží na konkrétní nemocnici, do jaké míry vnímá důležitost jejich působení v procesu péče o pacienty. Některé nemocnice tedy příliš s kaplany nespolupracují a jejich roli nevnímají jako podstatnou. V takových případech mají evidovaného např. jednoho kaplana, který ovšem nemůže zvládnout naplnit požadavky klientů nemocnice. Obzvláště u větších zařízení je to problém. Často se také stává, že lékaři a ostatní zdravotníci vůbec nevědí o existenci kaplana na svém pracovišti, a proto je ani nenapadne jejich využití u pacientů. Proto, abych tématice kaplanství lépe

---

<sup>37</sup> OPATRŇY, A. Malá příručka pastorační péče o nemocné. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2003. Str. 1

<sup>38</sup> OPATRŇY, A. Pastorační péče v méně obvyklých situacích I., II. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2001

porozuměla, zúčastnila jsem se 5. Konference uspořádané Asociací nemocničních kaplanů. Tématem bylo – Role nemocničního kaplana a psychosomatická medicína. Konference se zúčastnilo mnoho významných osob, které se kaplanství věnují celý svůj profesní život a snaží se důležitost tohoto poslání předávat dál. Kaplan je velmi důležitou osobou v péči o těžce nemocného nebo umírajícího pacienta. Každý člověk si klade v těžkém období otázky po smyslu života, své existenci a mnohdy na ně nenalézá odpověď. V období těžké nemoci se tyto otázky ještě zesilují a někdy člověka přímo pohlcují. Takový jedinec se pak dostává snadno do úzkostí až depresivních stavů, které celkovému zdravotnímu stavu neprospívají. Kaplan je v těchto chvílích pacientům na blízku, a to nejen věřícím, ale i ateistům, neboť duchovní potřeby má každý z nás.

Obecně je potřeba rozlišovat mezi religiozitou a spiritualitou. Religiozitu můžeme označit jako „zbožnost“, náboženské přesvědčení, zatímco spiritualita je „duchovnost“, tedy vnímání, ve kterém jsme si vědomi, že nás něco přesahuje. Ne každý má potřebu religiozity, ale každý z nás má potřebu spirituality.

Kaplan ve své roli by měl být doprovazečem nemocného na jeho cestě. Je to buď cesta k uzdravení, nebo cesta ke smrti. Důležité pro jeho správné působení je vnímání důležitosti jeho činnosti zdravotníky. Kaplan by v ideálním případě měl být součástí zdravotního týmu, ale většinou to tak není, neboť lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci nemají vztah k duchovnímu.

Kaplan by zároveň měl mít přesah i z nemocničního prostředí do ostatních zařízení, zejména hospiců. Neznamená to, že pokud se setkáváme s nemocničním kaplanem, je jeho činnost omezena pouze na toto prostředí. Naopak je ostatními zařízeními vítáno, pokud existuje jistý přesah. Problém je ovšem v absolutní neukotvenosti této profese. S kaplanem se můžeme setkat jako se zaměstnancem nemocnice, hospice, ale i dobrovolníkem nemocnice či hospice. Vše záleží na možnostech zařízení, ve kterém působí.

Některá zařízení mají kaplanů více, některá preferují docházení externistů. Obé platí pro hospice i pro nemocnice.

Profese kaplana je velmi náročná, a tak má silné sklony k syndromu vyhoření. Je proto důležité, aby kaplan pečoval také o sebe a měl dobré zázemí.

MUDr. Jaroslav Max Kašparů, Ph.D. vytvořil tzv. Pastorální strom, který znázorňuje pět rolí kaplana. Pro představu pouze popíši, v čem jeho význam spočívá.



(obrázek použit z klipart)

- Každý strom, stejně jako kaplan, má kořeny. Jsou to kořeny, které dávají stromu živiny, na základě kterých může růst a dobře fungovat. Každý kaplan potřebuje mít způsoby, jakými získává energii, aby mohl dobře fungovat a nezasáhl ho syndrom vyhoření.
- Strom má kmen, což je jeho pevná stavba. Tou je pro kaplana spojení teologie a medicíny.
- Dále má větve, které v případě kaplana označují jeho jednotlivé role.
  1. Role v týmu zdravotníků – každý kaplan by měl být součástí týmu a měl by být jeho členy tak akceptován.
  2. Člen etické komise (v případě působení v nemocnici) – aby se podílel na řešení problémů, které se do rukou etické komise dostávají.
  3. Doprovod nemocných – jeho hlavní role v péči o pacienty.
  4. Ohrožení – každý kaplan může snadno dojít k syndromu vyhoření. Proto je potřeba o něj pečovat. V tomto případě apeloval MUDr. Kašparů na nemocnice, které by si měly svých kaplanů vážit.
  5. Kaplan jako extramurální osoba – měl by mít přesah i mimo nemocniční zařízení.

Kaplan má těchto pět rolí, ve kterých v ideálním případě funguje. Zdravotnický personál by měl být o kaplanech dobře informován, aby bylo zřejmé, na koho se může v případě nesnází obrátit.

Velkým omylem kolujícím mezi některými zdravotníky je vědomí, že kaplan je kněz. Proto mají mnohdy pocit, že jeho pomoc může být užitečná až v poslední fázi života pacienta. Kaplan ale není kněz a jeho přítomnost mezi dlouhodobě hospitalizovanými pomáhá k lepší atmosféře a spolupráci pacientů se zdravotnickým personálem a zároveň je větší pravděpodobnost zmírnění strachu.

Na konferenci se také řešil obecně zajímavý názor, že si většina populace myslí, že zdravotnictví zajišťuje nesmrtelnost. Medicína je sice velmi mocná a stává se čím dál mocnější, ale nesmrtelnost zajistit neumí. Proto je důležité, aby lidé vnímali nemoc jako součást života, se kterou se setkáváme a se kterou bychom měli počítat. Zároveň zde padl názor, že nemoc je reakcí organismu na něco vnějšího, co nás zasáhlo, ovlivnilo. Není to trest, jak si mnozí myslí, ale je to běžné fungování přírody, které jsme součástí, i když na to často zapomínáme. Lidé, kteří onemocní vážnou nemocí, se často ptají – „Proč právě já?“ „Co jsem komu udělal?“ „Za co mě Bůh trestá?“

To jsou otázky, které je nutné dobře zodpovědět, aby u nemocného mohlo dojít ke zpracování a vyrovnání se se skutečností. Takové odpovědi a rozhovory je vhodné vést s kaplanem, který se s těmito otázkami setkává velmi často a dokáže vnést do rozhovoru s klientem i pozitivní duchovní přesah.

V hospicích jsou o kaplanech a jejich službách dobře informováni a spolupráce zde funguje mnohem lépe než v nemocnicích. Kaplan je někdy součástí multidisciplinárního týmu a je jen na domluvě členů s klientem, zda jeho služeb využije. Členové se mohou mezi sebou dobře poradit, zda je vhodnější rozmluva klienta s psychoterapeutem nebo kaplanem.

V nemocnicích to takto většinou nefunguje, i když se to nedá říct úplně plošně. Záleží na konkrétních klinikách a jejich managementu, jak je těmto službám otevřen. Kaplani jsou zároveň v nemocnici velmi „nenápadní“ lidé, protože zde většinou pracují jako lékaři. To je jejich hlavní náplň a profese. Jako kaplani fungují pouze dle potřeb klientů. Ale také jsou v nemocnicích kaplani, kteří pracují na celý úvazek jako kaplani a zdravotnickými pracovníky nejsou.

Většinou jsou nenápadní i svým vzhledem, protože nejsou oblečeni jinak než ostatní lidé, a tak si jejich přítomnosti mnohdy nikdo nevšimne.

Spiritualita výrazně ovlivňuje člověka a jeho myšlení. Občas se ale můžeme u některých klientů setkat s tzv. nezdravou spiritualitou. Je to způsob vnímání a přijímání spirituality způsobem, o kterém říkáme, že má nad námi velkou moc. Setkáváme se také s názvem toxická spiritualita. Znaky toxické spirituality:

- obsahuje jistou míru násilí
- vytváří kompromis s celkovým pojetím člověka
- podkopává emoční zdraví
- člověk vnímá svůj aktuální stav jako trest
- člověk vnímá svůj aktuální stav jako těžkou zkoušku
- člověk si říká, že čelíme dopadům svobody, kterou nám dal Bůh
- člověk má pocit, že ho Bůh trestá nebo že ho opustil
- může mít pocit, že není hoden Boží lásky

Tyto otázky a způsoby vnímání je nutné u pacienta vyřešit, aby se nedostal do stavů úzkosti a deprese. Kaplan mu může v takovém případě podat pomocnou ruku a věnovat se otázkám spirituality tak, aby došlo k přijetí závažné situace a byla odstraněna spiritualita toxická.

Kaplan se věnuje zejména tomu, co pacient ve své nemoci prožívá. Zabývá se tedy otázkami o smyslu existence člověka, jeho svědomím, vzpomínkami. Všechny tyto oblasti se v člověku při závažné diagnóze otevírají a vyvstávají z nich konkrétní otázky nebo problémy. Pro člověka v těžké nemoci a na sklonku života je důležité vyčištění svědomí a odpuštění. Jak bylo zmíněno již v předešlých kapitolách, je nezbytné, aby každý měl šanci promluvit si se svými blízkými, přestože z nějakého důvodu je s některými z nich ve sporu a pokusit se společně spor vyřešit a na špatné zapomenout.

Tento krok je pro obě strany velmi důležitý, neboť umírající člověk se může potýkat s množstvím výčitek, ale může se s nimi potýkat i jeho blízký, který je součástí špatné vzpomínky. Často se pak toto téma otevírá u lidí až po smrti blízkého, kdy již není možnost si věci vysvětlit a vzájemně si odpustit.

Kaplan může být v takovém případě spojovacím článkem mezi pacientem a jeho rodinou. Může vést rozhovory s oběma stranami a pokusit se o vzájemné smíření. Pacient má v každém případě potřeby spirituální, a proto se kaplani zabývají odpověďmi na otázky, kterými se jejich klienti probírají.<sup>39</sup>

Nejčastější otázky a témata, se kterými se kaplani setkávají:

- Mám strach.
- Bojím se, že to nezvládnou.
- Mám nějakou naději?
- Bojím se smrti.
- Nejsem připraven.
- Umřu?
- Co bych dělal jinak, kdybych mohl...
- Pocit viny
- Odpuštění

Většinou se těmito tématy klienti probírají, když nemohou usnout. Otázky a témata se různě mění podle aktuální situace a rozpoložení pacienta. Kaplanova role je tedy téměř nezastupitelná. Pro to, aby ale i on dokázal na tyto otázky odpovědět a pacientovi pomoci, musí být velmi empatický, otevřený, musí dokázat intenzivně naslouchat. Ne každý kaplan je toho schopen. Kaplanem se člověk stává po

---

<sup>39</sup> PROCHÁZKA, P. Pastorační péče o seniory, nemocné, umírající a pozůstalé. Praha: Evangelická církev metodistická, 2009

ukončení teologického vzdělání, ale toto vzdělání nezaručuje, že bude dobrým kaplanem. K tomu musí být dobře veden svými kolegy, musí se naučit pracovat s těžce nemocnými a umírajícími klienty. Kaplan by měl mít stejné schopnosti jako terapeut a mnoho z nich i psychoterapeutické vzdělání má.

Pro dobré fungování kaplanů u umírajících pacientů jsou důležití nejen zdravotničtí pracovníci, ale i dobrovolníci. Ti mohou velmi výrazně ovlivnit přijetí kaplana u pacienta, a proto je dobré, pokud tyto dvě služby spolu komunikují a řeší společné pacienty. Může se totiž stát (a to i v hospicích i v nemocnicích), že s klientem přijde do kontaktu dobrovolník, který však při společném rozhovoru zjišťuje, že problémy klienta jsou mnohem hlubší a pro dobrovolníka velmi náročné, a že na ně nestačí. V takovém případě může klientovi doporučit návštěvu kaplana. Lépe se tato návštěva nabízí samozřejmě klientům, se kterými se dobrovolník dobře zná a oni tím pádem i lépe další služby přijímají.

Stejným způsobem to může fungovat i v opačném případě, kdy kaplan zjišťuje, že pacient potřebuje společníka a jeho pomoci nevyužije. V takovém případě naopak doporučí návštěvu dobrovolníka a obrátí se na jejich koordinátorku, která může návštěvu zajistit.

To je samozřejmě ideální model spolupráce, který funguje pouze v několika multidisciplinárních týmech, ale není zatím běžný. Avšak jeho rozšíření by mělo velmi dobrý vliv na psychický stav pacienta, o kterého by bylo intenzivně postaráno po všech stránkách.

Zatím je však problém i v ukotvení kaplanství jako profese, a tak jejich působení záleží na zařízení, ve kterém své služby realizují. Zpočátku by tedy bylo dobré, aby se tato služba ukotvila a měla jasný rámec. Většina kaplanů jsou lékaři a kaplanství se věnují na základě požadavků jednotlivých klientů. V těchto případech jsou ale kaplani mnohem lépe ostatními zdravotnickými pracovníky respektováni a vnímají, že spirituální potřeby jsou součástí života člověka a že je má skutečně každý pacient.

Religiozita i spiritualita mají pozitivní vliv na zdraví člověka. Mnoho výzkumů se tímto tématem zabývalo a zabývá. Pravděpodobně největší výzkum byl proveden

v posledních letech v Nizozemsku, avšak jeho výsledky byly publikovány zatím jen v rámci konference kaplanů.<sup>40</sup>

Obecně ale z dosud publikovaných výzkumů vyšlo, že religiozita i spiritualita mají vliv na:

- psychické zdraví člověka
- sociální podporu
- zdravé návyky

### **3.4.1 Etický kodex kaplana**

Stejně jako lékaři mají i kaplani svůj etický kodex, který vychází z mezinárodních i národních dokumentů. Kaplani i dobrovolníci jsou ve vztahu k pacientům, příbuzným i pracovníkům ve zdravotnických zařízeních zavázáni dodržovat tyto etické zásady:

- proklamovat, respektovat a chránit nedotknutelnou hodnotu a důstojnost u každé osoby
- s úctou respektovat existenciální a duchovní rozměr utrpení, nemoci a smrti
- bez vnucování přibližovat uzdravující, podpůrnou, usměrňující a smiřující sílu náboženské víry
- dbát na to, aby spirituálními potřebami lidí z různých náboženských nebo kulturních prostředí bylo vyhověno při respektování osobního přesvědčení pacienta i pracovníka
- chránit pacienty před nevhodnou duchovní vtíravostí

---

<sup>40</sup> 5. Konference o nemocničním kaplanství. Asociace nemocničních kaplanů. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z:<http://www.nemocnicnikaplan.cz/clanek/195-Probekla-5-konference-o-nemocnicnim-kaplanstvi/index.htm>



- poskytovat podpůrnou spirituální péči zejména empatickým nasloucháním a s porozuměním vnímat stavy úzkosti, obav a znejistění
- zprostředkovat či poskytovat bohoslužbu, obřady a svátosti podle potřeb pacienta a svých vlastních možností, daným řádem té které církve
- přijímat případné úkoly v multidisciplinárním týmu, jsou – li do něho zařazeni
- působit jako zprostředkující a smířící osoby v konfliktních situacích
- nevyužívat těžké situace pacienta ani informací přijatých v souvislosti se spirituální péčí ve svůj prospěch
- zachovávat mlčenlivost o svěřených důvěrných informacích
- rozvíjet a udržovat požadované znalosti, dovednosti a kompetence v oblasti své práce
- v případě potřeby zprostředkovat kontakt s duchovními vlastní církve
- chápání služby duchovního je primárně neevangelizační<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Etický kodex. Asociace nemocničních kaplanů. [online]. 2011 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/rubrika/6-Eticky-kodex/index.htm>

## 4 Etické problémy umírání a smrti

Smrt a umírání je téma, které je pro člověka velmi těžké a v dnešní moderní společnosti a v době medicínského pokroku i téma vytlačované. Přitom je tato událost velmi důležitá a společnost by ji neměla odsouvat do pozadí. Smrt je přirozenou součástí života člověka stejně jako narození. O narození dítěte hovoříme s láskou a úctou, ale o smrti nemluvíme.

Úskalím dnešní společnosti je fakt, že v nemocnicích umírá stále více lidí. Smrt se tedy stala institucionální záležitostí. Umírání v domácím prostředí je spíše výjimkou. Je těžké posuzovat, proč tomu tak je. Pravděpodobně se jedná o laickou domněnku, že nemocnému je ve zdravotnickém zařízení lépe než v domácím prostředí, je o něj dobře postaráno a má veškerý potřebný servis, který by v domácím prostředí byl jen těžko zajistitelný. Opak je mnohdy pravdou, ale záleží na okolnostech a možnostech.<sup>42</sup>

O umírání se nehovoří, lidé se snaží o smrti nepřemýšlet. O smrti je dobré hovořit a brát ji takovou, jaká je. Nemocní lidé často o smrti hovoří a přemýšlí o svém vlastním konci. Je dobré jim nechat prostor pro vyjádření pocitů a přání. Pokud máme o své smrti, umírání a pochování vlastní představy, měli bychom je sdělit někomu blízkému. Někomu, komu skutečně důvěřujeme. Každý z nás si může říct, kde by si přál zemřít a jak chce být pochován. Tyto otázky jsou pro člověka velmi důležité, a pokud je má sám ujasněné a zodpovězené, dochází k úlevě. V době institucionalizace smrti málokdo umírá tak, jak by chtěl. S rozvojem hospicové péče, zejména mobilního charakteru, se tato otázka začíná řešit ku prospěchu pacientů.

Na internetu je možné nalézt mnoho stránek, které se zabývají smrtí a umíráním. Tyto stránky mají sloužit především umírajícím a jejich rodinám. Poskytují důležité informace, dochází tak k detabuizaci tématu. Na základě těchto informací se pak mohou lidé lépe rozhodnout, jakým způsobem chtějí prožít svůj konec, zda chtějí zůstat v domácím prostředí nebo jinde.

---

<sup>42</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie. Praha: Galén, 2007

Pro rodinu zde najdeme velké množství informací a podpory. Jsou zde návody, jak se zachovat v různých situacích, které bezprostředně souvisí s péčí o nevyлéčitelně nemocného člověka a následnou smrtí. Pomáhají tak rodinám prožít těžké období a pomohou i v situaci, kdy se rodina rozhodne mít svého nejbližšího v domácí péči.<sup>43</sup>

Na webových stránkách mojesmrt.cz si mohou lidé sestavit přesný plán a postup svého rozloučení, pohřbu, ošacení, hudby atd. Formulář je koncipován tak, aby si každý mohl vyplnit krok po kroku, co by si přál, aby se dělo. Tímto způsobem se může sám za sebe rozhodnout o svém konci, bez toho, aniž by za něj rozhodoval někdo jiný. Seznam je možné kdykoliv smazat či upravit. Tato webová stránka zároveň poskytuje údaje z různých výzkumů zabývajících se otázkou smrti.

Všechny informace zpracované na webových stránkách, které jsem zmínila výše, jsou velmi přínosné, ale pro některé seniory stále nedostupné, neboť ne každý senior používá internet a nové informační technologie. K těmto informacím se tedy dostávají spíše mladší pacienti nebo pečující.

#### **4.1 Období pre finem**

Období pre finem lze označit jako období počátku umírání. Jedná se o období, kdy je zjištěna pacientova nemoc, která není perspektivně slučitelná se životem. Toto období je různě dlouhé a je podmíněné zdravotním stavem pacienta. Důraz by měl být kladen především na zmírnění obtíží nemocného a na jeho psychickou podporu.

Důležité je, aby nemocný neprodělal tzv. psychickou smrt. Jedná se o stav, ve kterém pacient zemře dříve psychicky než fyzicky. To znamená, že pouze fyzicky přežívá, neúčastní se žádných interpersonálních vztahů. Nezajímá se o své okolí a rezignuje na celý svět kolem. Tento stav není spojován pouze s umíráním, ale jsou známy i případy u lidí fyzicky zdravých. Pokud je to možné, doporučuje se, aby pacient žil i v období nemoci tak jako dříve. Stále je podstatné, aby si zachoval některé cíle a měl tzv. pro co žít. Pokud rodina či nemocný sám vyhledá psychologickou pomoc, je to v pořádku. Oběma stranám lze pomoci a společně je vést tímto obdobím. U některých pacientů může dojít k tzv. adaptabilní negligaci –

---

<sup>43</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie. Praha: Galén, 2007

tedy vytěsnění nepříjemné skutečnosti z povědomí. Pacient tak vytěsňuje fakt, že je nemocný a umírá. Čím více se smrt blíží, tím více ji vytěsňuje.

V období pre finem může nemocného provázet úzkost, strach a deprese, a to častěji než ve fázi in finem. Pravděpodobně je to tak proto, že ve fázi pre finem si člověk ještě vytyčuje určité cíle.

Tato fáze je pro každého jinak dlouhá. Někteří pacienti jsou v ní několik týdnů či měsíců, někteří několik let. V souvislosti s obdobím pre finem je velmi důležitá potřeba znát pravdu a smířit se s ní. Toto téma je širokou veřejností velmi diskutováno a i lékaři a ostatní odborníci se stále vzdělávají ve způsobech, jak pacientům sdělovat pravdu, kolik informací v danou chvíli unese atd. Je to proces dlouhodobý a velmi těžký.

## **4.2 Období in finem**

Období in finem lze označit za samotný proces umírání. Jak bylo zmíněno výše, v dnešní době člověk umírá především v nemocničních zařízeních a sám. Ve 30. letech 20. století vzniklo přesvědčení, že je humánní oddělovat umírajícího člověka od ostatních. V nemocničních zařízeních se tak začaly praktikovat bílé pleny, které se dávaly kolem lůžka nemocného. V 50. letech se myšlení proměnilo a znovu se řešila otázka způsobu a prostředí umírání. Došlo se k závěru, že umírající cítí velké osamění a rád uvítá přítomnost druhého člověka. V nejlepším případě někoho blízkého. Pokud není blízký člověk v danou chvíli k dispozici, rád přijímá i odborný personál.

Od bílých plent se pomalu upouští, ale stále se používají ve fázi ošetření těla po smrti (fáze post finem – viz dále).

Pokud to situace umožňuje, lze využít služeb tzv. kombinované hospitalizace, kdy je s pacientem hospitalizován někdo blízký. Běžně se tato praxe využívá u dětí, pokud je na klinice volné lůžko. U dětí je tato praxe samozřejmostí, a to bez ohledu na závažnost onemocnění či zákroku.

V hospicových zařízeních je tato služba běžně dostupná, stejně jako způsob a doba návštěvy blízké osoby. V nemocnicích jsou i přes volnější režim návštěvy omezené, do hospice je možné přijít kdykoliv.<sup>44</sup>

Někteří lidé mají pocit, že musí být nutně přítomni u lůžka nemocného 24 hodin denně. Ne vždy je to dobré, neboť umírající člověk v této fázi promítá celý svůj život a jsou chvíle, kdy nechce být rušen okolím a vytrháván ze svých snů. Tento proces je pro něj velmi důležitý a nutný k poklidnému odchodu. Dle mnoha názorů, které se vyskytují téměř ve všech publikacích v souvislosti s umíráním, se dočteme, že většina pacientů zemře právě ve chvíli, kdy je někdo z rodiny na pár minut opustí. Rodina si to poté vyčítá a běduje nad tím, že se od nemocného nemělo odcházet, ale není to pravda. Někteří lidé jsou rádi, když mají v poslední chvíli kolem sebe své milované, jiní v blízkosti někoho blízkého zemřít nedokážou. Proto je dobré nic nepřehánět, být umírajícímu nablízku, ale ne neustále.<sup>45</sup>

### **4.3 Období post finem**

Období post finem je obdobím po smrti pacienta. Toto období je zakončením celého procesu umírání a zahrnuje péči o tělo zemřelého, ale také péči o pozůstalé. Pozůstalí, pokud mají potřebu, zůstávají po smrti blízkého v kontaktu s hospicem, který zajišťoval předchozí péči. Mohou být v kontaktu osobním či telefonickým. Záleží na jejich konkrétních potřebách.<sup>46</sup>

Fáze post finem bývá pokaždé jiná. Záleží na tom, jakým způsobem a kde pacient zemře. Nejprve se tedy zaměříme na péči o tělo zemřelého, následně na pozůstalé.

Pokud pacient zemře v nemocnici, o tělo se postará zdravotnický personál. Ten v první řadě kontaktuje rodinu zemřelého a nabídne jí možnost se se svým blízkým rozloučit. Nastává fáze péče o tělo a jeho ošetření, které provádí zdravotní sestra. Pokud pozůstalí mají zájem, mohou při tomto aktu být přítomni. Rozdíl mezi nemocnicí a hospicem v této fázi je v tom, že v hospici se může rodina podílet na

---

<sup>44</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. Vyd. 3. Praha: Galén, 2002

<sup>45</sup> KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014

<sup>46</sup> SVATOŠOVÁ, M. Sociální nauka církve. Hospice a umění doprovázet. [online]. 9.6. 2009 [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.i17-11.cz/marie-svatosova>

péči o tělo, zatímco v nemocničním zařízení může pouze přihlížet. Pokud pacient zemře doma, má rodina větší prostor se rozloučit.

Zemřelý musí po smrti zůstat minimálně dvě hodiny na lůžku nezávisle na tom, zda zemře v nemocnici, hospici či doma. V nemocnicích bývá často problém, kam zemřelého umístit, zda ho nechat v pokoji s ostatními pacienty či vyčlenit samostatný pokoj, kam se přijde rozloučit rodina. Vše záleží na aktuálních podmínkách nemocnice, především konkrétní kliniky. Pokud není dostatek prostoru či volný další pokoj, využívá se plentu, kterou se zakryje lůžko zemřelého. Za touto plentou pak probíhá očištění těla nebo rozloučení příbuzných. Pravdou je, že umístění za plentu není ani pro příbuzné ani pro ostatní pacienty pokoje příjemné a zemřelý by si zasloužil více soukromí.<sup>47</sup>

V domácím či hospicovém prostředí má rodina mnohem větší klid na rozloučení a v hospici je jí poskytnuta i zvláštní psychosociální péče.

Pro příbuzné je také velmi důležité, jakým způsobem jim je úmrtí sděleno, pokud pacient neumře v domácím prostředí. Lékaři mají v tomto směru stále více vzdělávacích kurzů, aby dokázali dobře komunikovat s pozůstalými. Pokud se stane, že je úmrtí blízkého sděleno neosobním či velmi stručným způsobem, může to u dotyčného vyvolat šok, rozladění. Pro příbuzné je od počátku důležité, aby s nimi bylo zacházeno šetrně, protože takové jednání přispívá k lepšímu přijímání nastalé skutečnosti i následnému období zpracování zármutku.

#### **4.4 Právo na smrt**

Právo zemřít neboli „right to die“ se řeší snad ve všech zemích světa. Ano, či ne? Má vůbec člověk právo na smrt? Otázka se řeší stále více v souvislosti s pokročilejší medicínou, kdy se lidé dožívají vyššího věku, mnohdy přežívají nemoci a stavy, které by bez lékařské pomoci nepřežili, ale dostávají se tím tak do stavů, které nejsou, jak se lidově říká „k žití“. Jsou to stavy, kdy lékaři udržují pacienta několik let při životě jen pomocí přístrojů. V této souvislosti vznikají právě otázky, zda má nemocný právo o své smrti rozhodnout.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Směrnice VFN – Péče o zemřelého

<sup>48</sup> MUNZAROVÁ, M. Eutanazie, nebo paliativní péče?. Praha: Grada, 2005

## 4.5 Eutanazie

Otázka eutanazie je velmi sporná a stále opředená řadou dalších témat, která jsou s tímto termínem bezprostředně spojena. Každý člověk by chtěl pravděpodobně prožít tzv. krásnou smrt. Jedná se o typ smrti, kdy člověk zemře bez bolesti, předchozích obtíží a ve spánku. Taková smrt je ale spíše výjimkou. Mnoho lidí zemře po dlouhé a těžké nemoci, někteří s bolestmi, jiní tragicky. V této souvislosti se stále řeší otázka eutanazie jako zmírnění utrpení dlouho a těžce nemocných pacientů.

Problémů týkající se eutanazie je celá řada. Je také problém označit, co eutanazie skutečně je. Do jisté míry se názory na tento problém liší. Někteří hovoří o tom, že eutanazie je nejen cílené usmrcení pacienta za účelem ukončení utrpení a bolesti, ale i asistovaná sebevražda či interrupce. V České republice je eutanazie zakázána a asistovaná sebevražda je klasifikována jako trestný čin. Interrupce je dovolena.

V problematice eutanazie se řeší především otázka, zda je péče o pacienta dostatečná, pokud žádá o ukončení života. Někteří odborníci se shodují na tom, že není, neboť v dnešní době je možné, aby pacient prožíval svou nemoc s minimální bolestí především díky velkému pokroku medicíny a také s maximální psychosociální podporou.

Někteří pacienti si přejí rozhodnout se o svém konci předem - tzv. living will - tedy pro případ budoucí nouze. I tento způsob je však zpochybnitelný, protože předem pacient neví, jak se bude cítit a zda by své rozhodnutí v budoucnu nezměnil. Cítí se jinak v tuto chvíli a jinak se bude cítit později.

U mnoha pacientů ale nakonec převažuje stav, kdy nejsou schopni o svém životě rozhodnout. V takovém případě není možné eutanazii provést.<sup>49</sup>

Co se týče zemí Evropy, ve kterých je eutanazie povolena, není jich mnoho. Jedná se o Nizozemí, Belgie a Lucembursko. V České republice je zakázána. Jsou ale i země, ve kterých je „aktivní eutanazie“ zakázána, ale „pasivní“ tolerována. Jedná se např. o Francii, Švýcarsko či Dánsko. Jsou to země, ve kterých je možné, aby lékař na

---

<sup>49</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. Vyd.3. Praha: Galén, 2002

žádost pacienta či na základě jeho poslední vůle ukončil léčbu ve chvíli, kdy je jasné, že se pacient nevyлéčí.

Aktivní eutanazie je velmi přísná, co se týče pravidel. Pacient musí být dospělý nebo musí být za dospělého prohlášen, musí být nevyлéčitelně nemocný, trpět fyzicky či duševně a na základě těchto faktů chtít dobrovolně ukončit svůj život. Celkem je kritérií nutných ke splnění mnohem více, uvádím pouze výčet základních. Existují přesné formuláře, které musí pacient vyplnit.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Eutanazie ve světě. epravo.cz. [online]. 20.5.2005 [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>



## 5 Dobrovolníci v hospicové pomoci

Pro kvalitní hospicovou péči jsou kromě profesionálů potřební i dobrovolníci. Ve většině hospicových zařízení – ambulantních i lůžkových - se dobrovolníci objevují. A nejen tam. Dobrovolníci se stávají i součástí terénního multidisciplinárního týmu, jehož členové poskytují svým klientům potřebnou péči v jejich domácím prostředí.

O jejich činnosti není v naší společnosti mnoho známo, neboť programy jsou teprve ve fázi rozvoje. Např. ve Spojených státech je situace oproti České republice značně odlišná. S dobrovolnictvím se setkávají téměř všichni. Pomoc druhým je běžnou součástí života Američanů, kteří ji považují za samozřejmou. V naší společnosti tomu zatím tak není, i když situace se hodně mění a vylepšuje. Dobrovolnických programů a institucí je stále více, dostávají se do většiny zdravotnických zařízení. Hospicová zařízení tedy nejsou výjimkou.

### 5.1 Zákon o dobrovolnické službě

Dobrovolnickou službu vymezuje po právní stránce zákon č. 86/2014 sb., který nahradil původní zákon 198/2002 sb. Tímto zákonem se řídí všechny organizace, které dobrovolníky školí, vysílají – tzv. vysílající organizace. Zákon platí i pro organizace přijímající – to jsou organizace a instituce, ve kterých dobrovolník realizuje dobrovolnickou činnost, pro kterou byl vysílající organizací vyškolen. A v neposlední řadě platí i pro dobrovolníky. Ti mají svou činnost a závazky vymezené ve smlouvě, kterou s vysílající organizací podepisují. Tato smlouva upravuje, jaká má dobrovolník práva a povinnosti vzhledem k vysílající a přijímající organizaci a vymezuje jeho činnost.

Vysílající a přijímací organizace spolu musí mít uzavřenou smlouvu o spolupráci, která vymezuje práva a povinnosti obou organizací a jejich závazky vůči dobrovolníkům a partnerské organizaci. Vysílající organizace zároveň musí být akreditována u Ministerstva vnitra.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Novela zákona o dobrovolnické službě. Ministerstvo vnitra: Zákon č. 86/2014 sb.. [online]. 21.5. 2014 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: [www.mvcr.cz/soubor/novela-zakona-o-dobrovolnicke-sluzbe-pdf.aspx](http://www.mvcr.cz/soubor/novela-zakona-o-dobrovolnicke-sluzbe-pdf.aspx)

Na základě této smlouvy musí vysílající organizace dobrovolníka pojistit. Pojištění dobrovolníků nejčastěji realizuje Hasičská pojišťovna, která má nejlépe upravené podmínky pro pojištění dobrovolníků. Toto pojištění kryje hmotné škody vzniklé při výkonu dobrovolnické služby či škody způsobené úrazem dobrovolníka. Některá hospicová zařízení jsou organizací přijímající – např. hospic v Čerčanech, který získává proškolené dobrovolníky od partnerské organizace ADRA. Ostatní hospicová zařízení, se kterými jsem přišla do kontaktu, si dobrovolníky školí sama. Jsou tedy zároveň vysílající i přijímající organizací. S dobrovolníky jsou nuceni podepsat smlouvu o spolupráci a musí ho pro svou činnost pojistit samy.

## **5.2 Kdo je to vlastně dobrovolník v hospicové pomoci?**

Dobrovolník je ten, kdo ze své vlastní vůle poskytuje svůj čas, energii, dovednosti ve prospěch jiných lidí bez nároku na finanční odměnu. Dobrovolník v hospicovém zařízení nenahrazuje, ale doplňuje práci personálu. Vždy je vázán mlčenlivostí a respektuje psychický a fyzický stav pacienta.

Dobrovolníci v hospicovém zařízení mohou s pacienty vykonávat různé aktivity. Jde především o to, aby pacient alespoň na chvíli zapomněl na své obtíže a věnoval se něčemu, co ho baví. Většinou si dobrovolníci s pacienty povídají, čtou, hrají hry či chodí na procházky. Vše záleží na jeho momentálním stavu a přání.

Dobrovolník se tak stává vítaným společníkem a mnohdy i spojovacím článkem mezi pacientem a rodinou či pacientem a zdravotnickým personálem. Rozdíl mezi dobrovolníkem a profesionálem je v tom, že dobrovolník nepřichází do hospice jako odborník, ale jako člověk, který má rád lidi a rád ostatním pomáhá. Proto jsou ve většině případů pacienti velmi komunikativní a častokrát se stává, že s dobrovolníky sdílejí mnoho informací, které s nikým jiným nesdílejí.

V mnoha případech se vytvoří mezi pacientem a dobrovolníkem přátelský vztah plný porozumění. Většinou se to stává, když se společně setkají víckrát. Tedy když pacient pobývá v zařízení několik týdnů a dobrovolník chodí na návštěvy pravidelně.

Z hlediska náročnosti dobrovolnictví pro samotného dobrovolníka se většinou doporučuje realizovat návštěvy u pacientů jednou týdně. Některá zařízení

poskytují možnost návštěv častěji, avšak jednou týdně je optimální.<sup>52</sup> Psychicky je činnost v hospicovém zařízení velmi náročná, a tak je nutné, aby dobrovolník pravidelně docházel na supervizní setkání, jehož cílem je očištění mysli a zhodnocení působení u pacientů samotným dobrovolníkem. Pro funkčnost programu je to velmi důležité.

### **5.3 Povinnosti dobrovolníka**

K tomu, aby se někdo mohl stát dobrovolníkem, je potřeba si nejprve ujasnit, jakým způsobem chce pomáhat. Tedy v jakém zařízení, s jakým typem klientů atd. Poté je třeba kontaktovat koordinátora dobrovolníku v daném zařízení a domluvit si s ním schůzku. Ve většině organizací to probíhá tak, že koordinátor pozve dobrovolníka na úvodní pohovor, ve kterém se snaží zjistit jeho motivaci k činnosti, zkušenosti, zájmy a způsob vystupování. Takový pohovor bývá různě dlouhý, ale zpravidla trvá kolem třiceti minut. Je realizován proto, aby se vyeliminovali lidé, kteří nejsou vhodnými kandidáty pro dobrovolnický program, tzn., že mají sami nějaké problémy, které by potřebovaly řešení nebo jsou nevyrovnaní, úzkostní.

Takoví lidé by byli naopak velkou zátěží jak pro klienta, tak pro personál vybraného zařízení. Dobrovolník v hospicové péči by měl být vyrovnaný jedinec, který dokáže empaticky komunikovat s pacientem i jeho rodinou a dokáže pacienta přivést na jiné myšlenky a potěšit ho.

Po úvodním pohovoru s koordinátorem je zájemce o dobrovolnictví poslán na školení, na kterém získá zejména praktické informace o své budoucí činnosti ve vybraném zařízení. Zároveň je poučen o svých právech a povinnostech, kterými je třeba se řídit, aby jeho činnost v zařízení byla pro všechny zúčastněné bezpečná. Po zaškolení se může poprvé podívat na návštěvu u pacienta, kam je většinou doprovázen koordinátorem či samotným personálem.

Poté již může navštěvovat pacienty sám, vždy ale po dohodě s přítomným personálem. U terénní služby navštěvuje dobrovolník klienty na základě jejich

---

<sup>52</sup> Pozn. U některých hospicových zařízení je docházení intenzivnější. Záleží na možnostech dobrovolníka a požadavcích klienta. Zejména se jedná o zařízení terénní hospicové péče.

požadavku, a to vždy po domluvě s koordinátorem, který ho do konkrétní rodiny vysílá.

## **5.4 Supervize dobrovolníka**

Pro každého, kdo se pravidelně setkává s nevyčísitelně nemocnými a umírajícími, je těžké se s těmito situacemi vypořádat. Proto je více než vhodné účastnit se pravidelných supervizí, které jsou jedním z nástrojů zaručující bezpečnost každého dobrovolnického programu.

Každý dobrovolník, který se pravidelně setkává s umírajícími pacienty, potřebuje ventilovat své zážitky a zkušenosti. Problémem ale je, kde tak může činit. Nejlépe mezi lidmi, kteří se zabývají stejnou činností, mají podobné zkušenosti a tím pádem mohou dobře poradit, podpořit, motivovat. K tomu, aby to tak fungovalo, je zapotřebí ještě zkušeného a schopného supervizora.

Supervize dobrovolníků probíhají většinou skupinově, a to několikrát do roka. Každé zařízení to má nastavené dle svých aktuálních potřeb a také počtu dobrovolníků.

Pokud se dobrovolník ocitne v situaci, se kterou se není schopen vypořádat a kterou nechce řešit při skupinovém sezení, má nárok na supervizi individuální. Někteří dobrovolníci této možnosti nikdy nevyužijí, někteří ji využívají pravidelně. Záleží i na tom, jak jsou schopni a ochotni zapojit se do skupiny.

Problematickou situací je většinou úmrtí klienta, ke kterému si dobrovolník vytvořil přátelský vztah a za kterým pravidelně docházel. V hospicovém zařízení je toto běžná situace, ale pro některého dobrovolníka bývá náročnější než pro jiného. Někteří se s tím vypořádají rychle, někteří ne. V takovém případě je dobré informovat koordinátora o nastalé skutečnosti a poradit se s ním o dalším postupu.

## **5.5 Přínos dobrovolníků**

Pomoc dobrovolníků je nevyčísitelná. Tito lidé stráví dobrovolně desítky, někteří i stovky hodin ročně s pacienty, kteří jejich podporu potřebují. Pacienti dobrovolníky přijímají velmi vděčně, neboť někteří jsou ve své nemoci osamělí.

Občas se stává, že si pacient dobrovolníka nepřeje, ale většinou je to v případech, kdy není dostatečně informován o tom, kdo to dobrovolník je. Mnoho lidí má

strach, že se po nich budou chtít peníze atd. Proto je důležité, aby zaměstnanci zařízení dokázali pacienta dobře informovat o možnostech návštěv dobrovolníka.

Někdy je třeba vysvětlit fungující program rodině, která dost často nedokáže pochopit, proč u jejich nejbližších sedí někdo cizí. Pokud ale dojde k oboustrannému pochopení, jsou dobrovolníci pro pacienta i rodinu velkým přínosem.

Péče o nevléčitelně nemocného člověka je náročná. Rodině se většinou převrátí život naruby, snaží se udělat vše, co je třeba. S nemocným chtějí být v kontaktu nepřetržitě, ale mnohdy bývají hodně unavení. V takové situaci je dobrovolník ideálním společníkem, neboť může vystřídat rodinu či přátele, kteří pak nemají obavu, že nechali nemocného o samotě. Ví, že je o něj dobře postaráno a mohou si odpočinout či se věnovat pracovním povinnostem.

Díky dobrovolníkům si pacienti dobře popovídají, a to i o věcech, o kterých s jinými lidmi nemluví. Mohou vyprávět zážitky ze svého života, které už rodina slyšela mnohokrát, ale dobrovolník se najednou stává dychtivým posluchačem, což pacienty k vyprávění velmi motivuje. Společně tak prožívají radostné chvíle plné porozumění.

## **5.6 Aktivity dobrovolníků v hospicových zařízeních**

Dobrovolníci se v rámci hospicové pomoci zapojují do různých aktivit. Nejčastěji se ale stávají společníky pacientů, kteří jejich návštěvu velmi oceňují. Je to především proto, že dobrovolník přichází za klientem jako laik, nestará se o jeho zdravotní stav, ale snaží se ho myšlenkami odtrhnout od přítomnosti a od aktuálního zdravotního stavu.

Nejčastěji si dobrovolníci s klienty povídají nebo čtou. Lidé na sklonku života mají potřebu rekapitulovat, vzpomínat, a tak je dobré, když mohou své zážitky s někým sdílet. Umírající lidé hovoří často o věcech, které během svého života měli hodně skryté, ale nyní je potřebují ventilovat, zamyslet se nad nimi. Dobrovolník je v takové situaci ideálním společníkem, protože je nestranný. Nehodnotí klientovo jednání a tiše naslouchá. Rodinní příslušníci většinou nemohou takto nemocného vyslechnout, protože se jich jeho zážitky dotýkají, mnohdy jsou jejich přímou součástí.

Je také pochopitelné, že rodina má především zájem o to, aby se jejich blízký cítil dobře, nic ho nebolelo. Proto se neustále ptají, jak se cítí, zda jedl, pil, jak spal. Zaměřují se na to, co se děje „tady a teď“. Dobrovolník naopak nechá klienta zaplout do minulosti, do svých hezkých zážitků a na aktuální zdravotní stav se neorientuje. To je pro klienta dobré, protože se může na chvíli odpoutat od své nemoci a zabývat se něčím, co ho baví, vzpomínat si. Díky tomu může i lépe komunikovat s rodinou, cítit se lépe, radostněji.

Každý člověk je rád, když může druhému vyprávět své zážitky a vnímá, že to druhého baví. Právě proto jsou dobrovolníci velmi cenní společníci a je třeba, aby se jejich činnost více dostala do povědomí společnosti.

Dobrovolník přichází zvenčí, je tedy nestranný a situací neovlivněný. Vždy přináší něco nového ve smyslu nových informací, zkušeností. Také s ním přichází jiná energie, protože je do problému nezainteresovaný. Jeho cílem je klienta odpoutat od toho, co je nepříjemné a věnovat se něčemu, co klientovi udělá radost. Dobrovolnictví má obecně tři zásady, na které by se měl každý dobrovolník soustředit a vést je stále v patrnosti.

### **5.6.1 Tři zásady dobrovolníka**

- orientace na přítomný okamžik
- orientace na to, co je zdravé
- orientace na činnost ne na výsledek

Těchto zásad by se měl držet každý dobrovolník, protože na nich dobrovolnictví v přímé péči funguje. Pacient se může ptát na budoucnost, ale dobrovolník není od toho, aby budoucnost věštil, a navíc přesně neví, jaká je prognóza pacientovy nemoci. Pro pacienta je tedy mnohem důležitější, aby se soustředil na ten okamžik, ve kterém se s ním dobrovolník střetává, dostal se mimo své trápení nebo na něj na chvíli zapomněl.

## **6 Výzkumná část práce - role dobrovolníků v hospicových zařízeních a jejich přínos do hospicové péče**

### **6.1 Výzkumná otázka**

Svůj výzkum jsem zaměřila na dobrovolnické programy fungující v hospicové péči. Zajímalo mě, jakou roli mají dobrovolníci v hospicích, v čem jejich působení spočívá a jaký je rozdíl mezi dobrovolníkem v lůžkovém zařízení a dobrovolníkem, který je součástí terénní péče. Dále mě zajímalo, v čem vnímají koordinátoři dobrovolnických programů přínos působení dobrovolníků v hospicových službách.

### **6.2 Metoda sběru dat**

Při získávání informací potřebných ke zpracování kvalitativního výzkumu jsem zvolila formu polořízeného rozhovoru, který se opíral o předem připravené otázky týkající se fungování dobrovolnického programu a přínosu dobrovolníků ve vybraných zařízeních. Dotazovanými byli koordinátoři dobrovolnických programů z pěti hospiců v ČR.

Rozhovory s koordinátory jsem vedla v rámci osobního setkání. Každý rozhovor trval průměrně hodinu. Během rozhovoru jsem se snažila zjistit co největší množství informací týkajících se role dobrovolníků ve vybraném zařízení. S některými koordinátory jsem se setkala vícekrát, a také jsem se zúčastnila společného setkání koordinátorů hospicových zařízení, které se konalo za účelem předávání zkušeností.

Rozhovor s jednotlivými koordinátory se opíral o tyto otázky:

- Působí ve vašem zařízení dobrovolníci?
- Jakou roli zde mají?
- Kolik dobrovolníků s vámi spolupracuje?
- Jak získáváte dobrovolníky?
- Jak je školíte?

- Máte společné supervize?
- Jak jsou dobrovolníci přijímáni klienty?
- Jaká je činnost dobrovolníků u vašich klientů?
- Jak často dobrovolníci do zařízení/ke klientům docházejí?
- Jak vaše organizace vnímá působení dobrovolníků?
- V čem vidíte přínos dobrovolníků?

### **6.3 Způsob realizace výzkumu**

S koordinátory dobrovolníků hospicových zařízení jsem se poprvé setkala na společné schůzce, kterou uspořádal mobilní hospic Cesta domů za účelem předávání zkušeností mezi jednotlivými koordinátory a seznámení se s projekty ostatních hospiců.

Setkání bylo uspořádáno v knihovně Cesty domů a trvalo celý den. Během tohoto dne jsem měla možnost vést rozhovory s jednotlivými koordinátory a dozvědět se o fungování a přínosu dobrovolnického programu do hospicové péče. Kromě rozhovorů jsem se jako koordinátorka dobrovolníků Všeobecné fakultní nemocnice v Praze stala součástí předávání zkušeností z fungování dobrovolnického programu a způsobu získávání a školení dobrovolníků. S některými koordinátory jsem se setkala vícekrát. Nejvíce jsem byla v kontaktu s koordinátorkou z Cesty domů.

### **6.4 Výzkum v jednotlivých zařízeních**

#### **6.5 Cesta domů – mobilní hospicové zařízení**

Mobilní hospic Cesta domů funguje v Praze od roku 2001. Jeho cílem je poskytovat pomoc a péči nevléčitelně nemocným a jejich blízkým. Kromě služeb domácího hospice poskytuje poradenství, odlehčovací služby, půjčuje kompenzační a ošetřovatelské pomůcky a v případě potřeby zajišťuje služby pozůstalým.

##### **6.5.1 Působení dobrovolníků**

Dobrovolníci působí v Cestě domů jako účastníci přímé péče o pacienty nebo jako pomocníci organizace.



Jako pomocníci organizace zajišťují:

- provoz dobročinného obchodu
- pomoc administrativními úkony
- v půjčovně kompenzačních pomůcek
- s dovozem pomůcek
- stěhováním
- dle potřeby organizace a klientů

Dobrovolníci v přímé péči docházejí do rodin pacientů, o které se stará multidisciplinární hospicový tým. Do tohoto týmu patří:

- lékaři
- zdravotní sestry
- asistenti odlehčovacích služeb
- sociální pracovníci
- psychoterapeuti

A dále:

- koordinátoři dobrovolníků
- dobrovolníci

Členové týmu se v rodině klienta střídají dle aktuálních potřeb klienta a jeho přání. Tým je k dispozici v kancelářích Cesty domů 24 hodin denně. Má k dispozici téměř vše, co zdravotnický personál v nemocnicích. Cílem je tedy zajistit stejnou péči, jako nemocniční zařízení, ale v domácích podmínkách. Doprovázet pacienta až do jeho konce se tak daří téměř u všech případů. Tým se stará nejen o klienta, ale i o rodinné příslušníky, bez kterých není doprovázení v domácím prostředí možné. Tým tedy pracuje na jejich informovanosti o problematice umírání a na péči o nemocného v domácím prostředí.

Pro zařazení do programu domácího hospice je podmínkou, aby u lůžka nemocného byl po celých 24 hodin k dispozici někdo z rodiny. Protože je časté, že jsou rodinní příslušníci vyčerpaní nebo je někdo na péči o blízkého sám, fungují

jako zástup rodin dobrovolníci. Ti mohou pečujícího v jeho roli vystřídat, pokud si potřebuje odpočinout nebo něco zařídit. Pro dobré fungování domácí péče je nutné, aby byl pečující odpočínutý a měl možnost načerpat novou energii, kterou při péči o umírajícího potřebuje.

Často působí dobrovolníci v domácnostech klientů jako pomocníci pečujících. V mnoha případech docházejí do rodiny klienta na „noční služby“, aby se pečující mohl dobře vyspat. V takovém případě jsou přítomni u lůžka nemocného celou noc a jejich činnost je závislá na aktuálních potřebách. Většinou se vyspí také, ale na rozdíl od pečujícího jsou „v pohotovosti“. Pečující díky dobrovolníkovi získává kvalitní odpočinek a ví, že je o blízkého člověka dobře postaráno. Tato skutečnost je pro něj velmi důležitá. Potřebuje vědět, že je nemocný v dobrých rukách.

Ptala jsem se koordinátorky i na další činnosti dobrovolníků v rodinách a zjistila jsem, že se značně liší od činností ve zdravotnických zařízeních. Tam je dobrovolník pouze společníkem pacienta. To znamená, že mu nesmí podávat léky, jídlo a pití ani s ním fyzicky manipulovat. Maximálně po dohodě s personálem může vzít klienta na procházku či ho doprovodit do společenské místnosti na kolečkovém křesle. Odpovědnost má totiž vždy personál.

V domácím prostředí je to jiné. Veškerou odpovědnost nese organizace, v tomto případě Cesta domů. Dobrovolník tedy dle potřeb s pacientem manipuluje, přebaluje ho, podává mu jídlo, pití a léky. Zjednodušeně řečeno dělá vždy to, co by dělal pečující ze strany rodinných příslušníků. Co se týče léků – podává samozřejmě pouze léky, které má pacient předepsané lékařem a podává je na základě předepsaného dávkování. Léky na bolest a další medikamenty podává dobrovolník po konzultaci se službu konajícím lékařem v Cestě domů telefonicky. Dle potřeb klienta také pomáhá s osobní hygienou, převlékáním, přebalováním. Tato činnost může být velmi fyzicky náročná, a proto se na školení dobrovolníci učí, jak správně a efektivně manipulovat s ležícím pacientem. V lůžkových zařízeních tuto práci vykonává odborný personál. V rodinách se o to většinou starají pečující nebo zdravotní sestry při návštěvě. Jsou však okamžiky, kdy není nikdo z výše uvedených k dispozici, a tak je nutné, aby pomohl dobrovolník.

V ostatních případech pomáhá dle požadavků a přání klienta a rodiny. Někdy se jeho činnost omezuje na praktickou pomoc, jindy se stává společníkem klienta, se

kterým si povídá, dívá se na televizi, čte noviny nebo knížky. Záleží na oboustranné domluvě a klientově přání. Někdy se stává i společníkem pečujícího, který se potřebuje vypovídat, ulevit si. Je ale dobré, aby pečující mohl alespoň na chvíli odejít a přijít tak na jiné myšlenky.

Doba návštěvy se odvíjí od možností dobrovolníka a přání rodiny. Dobrovolníci jsou většinou lidé pracující na plný úvazek, a tak je i jejich čas omezený. Pokud tedy chodí do rodin na noční služby, ráno odcházejí do své práce.

Počet návštěv záleží na možnostech dobrovolníka. Funguje to tak, že koordinátorka má databázi dobrovolníků, ve které má zapsané i jejich časové možnosti a podle toho se lépe orientuje při jejich výběru. Rodina pak dá požadavek na dobrovolnickou návštěvu a koordinátorka osloví dobrovolníky. Je jen na nich, zda se přihlásí a kolikrát za týden nebo měsíc vykonají dobrovolnickou návštěvu. Od koordinátorky dostanou instrukce o tom, za jakým pacientem mají jít, kam, jaký je jeho zdravotní stav. Vždy mají informace i od zdravotní sestry, která byla u klienta naposledy.

Protože ne vždy dobrovolníci mohou na návštěvu jít, může se stát, že ve stanovenou dobu nemůže přijít nikdo z dobrovolníků, což je ale situace, se kterou všichni zúčastnění dopředu počítají.

### **6.5.2 Školení dobrovolníků**

Cesta domů má velmi přísná kritéria pro výběr uchazečů o dobrovolnický program. Vyplývá to z velkých nároků, které jsou na dobrovolníka kladeny a které ne každý člověk může dobře zvládnout. Zároveň má organizace za své členy zodpovědnost, tudíž si musí dát velký pozor při jejich výběru. V případě domácí péče je to obzvláště těžké, protože dobrovolníka pouštíme do intimního prostředí klienta, a to samotného.

Z vlastní zkušenosti vím, že mnohdy se do programu hlásí lidé, kteří nejsou vhodnými kandidáty pro dobrovolnickou činnost u pacientů. Proto je výběr dobrých a vytrvalých dobrovolníků velmi těžkým úkolem.

Cesta domů měla dříve školení, které trvalo pět měsíců. V současné době je tříměsíční. Zájemci nejprve vyplní dotazník, ve kterém jsou osobní údaje, motivace k dobrovolnické činnosti u umírajících pacientů, zkušenosti s dobrovolnictvím,

téma smrti atd. Na základě tohoto dotazníku si koordinátorky vyberou zájemce, u kterých se domnívají, že jsou vhodnými kandidáty. Ty si poté pozvou k osobnímu pohovoru. Ten trvá zhruba třicet minut a koordinátorka zjišťuje podrobnější informace o motivaci dobrovolníka i o jeho vlastních zájmech a osobním životě. Pokud uchazeč u pohovoru obstojí, je zařazen do tříměsíčního výcviku. Ten činí 50 hodin, které uchazeč stráví školením o problematice smrti a umírání, dále o praktických záležitostech týkající se péče o umírající pacienty atd. Po tomto výcviku musí uchazeč absolvovat ještě stáž v rozsahu 32 hodin ve kterémkoliv lůžkovém hospici.

Až po těchto splněných krocích je zařazen do dobrovolnické skupiny Cesty domů. Školení je tedy velmi náročné, a to jak časově, tak psychicky. U pohovorů koordinátorky také zjišťují, zda uchazečům v posledním roce nezemřel někdo blízký. Často se totiž stává, že se přihlásí zájemce, který před pár měsíci pečoval o umírajícího blízkého a nyní by rád pomáhal dalším. Ve většině případů je ale ze zkušenosti potvrzené, že každému trvá v průměru rok, než se dokáže se smrtí druhého vyrovnat. Existují samozřejmě případy, kdy dojde k vyrovnání dříve, ale také případy, ve kterých dochází k vyrovnání až mnohem později.

Proto není dobré, aby v průběhu následujícího roku pečovali tito lidé o další umírající. Není to bezpečné ani pro ně, ale ani pro klienta.

Koordinátorky se setkaly i s případy, kdy uchazeči o dobrovolnictví zamlčeli, že jim v posledním roce zemřel někdo blízký. Poznalo se to až během výcviku, ze kterého uchazeči pro nezvládnutí modelových situací museli odstoupit. Školení je po psychické stránce náročné záměrně, aby pro tuto činnost byli vyškoleni lidé odolní, kteří situaci v rodině zvládnou. Dobrovolníci se při své pravidelné činnosti setkávají se smutnými osudy, jsou vystaveni velké duševní zátěži, a tak je nutné, aby byli schopni ji zvládnout.

### **6.5.3 Supervize dobrovolníků**

K tomu, aby program dobře fungoval a byl pro všechny zúčastněné prospěšný a bezpečný, je zapotřebí pravidelných supervizí. Cesta domů pořádá pravidelná setkávání dobrovolníků, které nazývá porady a které se uskutečňují dvakrát do měsíce. Probírají se na nich praktické záležitosti spojené s návštěvami v rodinách, ale i situace, do kterých se dobrovolníci dostali a se kterými si neví rady. Předávání

zkušeností je tak obohacováním i dalších dobrovolníků, kteří se do podobné situace ještě nedostali, ale je možné, že se s ní setkají v budoucí praxi, a proto je dobré, když ví, jak by se měli zachovat.

Koordinátorka si setkávání v pravidelných intervalech chválí, protože jsou pro ni zpětnou vazbou o tom, jak se program v rodinách vyvíjí, na čem je potřeba zapracovat a co je dobré vyřešit.

Získává tak cenné informace, které jí pomáhají program vylepšovat a dále rozvíjet.

#### **6.5.4 Přínos dobrovolníků**

Zaměstnanci Cesty domů si dnes neumí fungování organizace bez dobrovolníků vůbec představit. Jsou to lidé, kteří se každý den podílejí na jejím chodu a na péči o klienty, což by bez nich muselo odpracovat několik dalších lidí na několik úvazků. Koordinátorka dobrovolníků vnímá jako největší přínos jejich působení v rodinách. Mají zde nezastupitelnou úlohu. Každý z členů multidisciplinárního týmu přijede do rodiny s konkrétním úkolem, po jehož vykonání odchází za dalším klientem. Dobrovolník však zůstává. Plní zde nezastupitelnou roli a díky jeho práci si mohou pečující odpočinout. Dochází také k oboustrannému obohacení o zkušenosti, rady, životní postoje.

Dobrovolníky oceňují i rodiny klientů a klienti samotní. Rodina, ve které se pečující s dobrovolníkem střídá, ví, jak je náročné působit u nemocného celý den a celou noc, a tak pomoc dobrovolníků vítá. Nejvíce na noční služby.

V některých rodinách se členové multidisciplinárního týmu setkávají s názory, že rodina vše zvládne sama a že kromě návštěv sestřiček a lékařů v pravidelných intervalech nikoho dalšího nepotřebuje. Většinou má rodina pocit, že nejlepší péči nemocnému dopřeje, když se o něj postará sama. Opak je ale mnohdy pravdou, protože pečující bývají velmi unavení a potřebují si odpočinout či se na chvíli věnovat sobě nebo jiné aktivitě, která by je přivedla na jiné myšlenky. V takových případech se členové týmu snaží rodině vysvětlit, v čem spočívá dobrovolnický program a jak je pro klienty prospěšný.

Většinou se podaří prolomit počáteční obavy, které pak střídá pocit úlevy, že to skutečně dobře funguje. Pečující tak získávají pocit, že nejsou na všechno sami a že i s nimi si dobrovolník v klidu pohovoří a oni mají možnost se vypovídat, ulevit si.

Koordinátorky se setkávají stále častěji s případy, kdy se pečující či jejich přátelé stávají dobrovolníky. Zjistili totiž, jak je jejich činnost prospěšná, a rádi by svůj čas a energii věnovali někomu dalšímu. Tito uchazeči pak nejlépe vědí, jaká je role dobrovolníka v rodině, co se od něj očekává.<sup>53</sup>

## **6.6 Hospic Dobrý pastýř – Čerčany**

Hospic Dobrý pastýř v Čerčanech je lůžkové zařízení, ale poskytuje i služby domácího hospice. V lůžkovém hospici je k dispozici celkem 30 lůžek. Z toho je 24 jednolůžkových pokojů a tři dvoulůžkové. Ve všech je možnost přistýlky pro blízké a přátele klienta.

Hospic Dobrý pastýř chce být přístupný všem bez ohledu na finanční možnosti. Proto klient a jeho rodina dávají to, co je v jejich možnostech. Zbytek se doplácí z darů a grantů, které má hospic k dispozici. Zařízení je bezbariérové, má k dispozici zahradu, kterou klienti využívají zejména v letních měsících. Každý pokoj je vybaven polohovacím lůžkem, televizí a vlastním sociální zařízením. Přistýlka je samozřejmostí. Po domluvě s personálem zde může trávit rodina většinu času se svým blízkým, a to i přes noc. Součástí lůžkového zařízení je i denní stacionář.

### **6.6.1 Působení dobrovolníků**

Dobrovolníci působí v lůžkovém hospici. V domácí péči funguje multidisciplinární tým složený z odborníků, dobrovolníci do něj zatím nepatří. Cílem koordinátorky programu je jejich zařazení i do domácí péče.

Dobrovolníci po vyškolení působí nejprve v denním stacionáři, poté se dostávají do lůžkové části. Při činnosti v denním stacionáři se utvrzují, že si vybrali správně a že působení v hospici je pro ně přijatelné.

V lůžkové části se pak stávají společníky klienta, někdy i rodinných příslušníků, kteří sem docházejí. Jejich činnost je rozmanitá a závisí na přání klientů. Na rozdíl od Cesty domů se zde dobrovolníci nepodílí na podávání jídla a léků pacientům či na přebalování a hygieně. Od toho je tu personál. Dobrovolník je pouze

---

<sup>53</sup> Cesta domů. Cesta domů. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/?gclid=C1b0ubGUuc0CFdZAGwodmpYKfg>

společníkem, návštěvou klienta. Podle přání se může s pacientem projít v zahradě, číst si, malovat, vyrábět, dívat se na televizi.

Hospic Dobrý pastýř se v rámci dobrovolnického programu propojil s nemocnicí v Benešově. Dobrovolníci si tak mohou vybrat, které zařízení je pro jejich činnost nejlepší nebo mohou vyzkoušet obě.

### **6.6.2 Školení dobrovolníků**

Školení probíhá ve spolupráci s dobrovolnickou organizací ADRA, která má pobočky po celé České republice. Uchazeči o program v hospici Dobrý pastýř kontaktují koordinátorku dobrovolníků, která si s nimi domluví pohovor. Při něm zjišťuje motivaci k dobrovolnické činnosti, zkušenosti s dobrovolnictvím, umíráním, nevyлéčitelně nemocnými pacienty. Mnoho zájemců má prý zkušenosti s výše uvedenými z rodinného prostředí nebo z okruhu svých známých.

Školení probíhají dle počtu zájemců dvakrát až třikrát do roka. Jeho rozsah není zdaleka tak veliký jako u Cesty domů. Trvá pouze jedno odpoledne, při kterém se uchazeči seznamují s právy a povinnostmi dobrovolníka, s fungováním hospice a jeho pravidly.

Poté dobrovolník dostává osvědčení o absolvování školení a s koordinátorkou si domlouvá termín návštěvy ve stacionáři. Tam je pod jejím vedením doprovázen na první návštěvu. Poté se dohodne, kam bude dobrovolník směřovat a jaké jsou jeho časové možnosti.

### **6.6.3 Supervize dobrovolníků**

Supervizí by se měli účastnit pravidelně všichni dobrovolníci. V tomto hospici probíhají pravidelně čtyřikrát do roka a všechny termíny jsou předem uvedené, aby si mohli všichni udělat čas. Probíhají vždy v podvečerních hodinách. Na supervizích hodnotí účastníci své působení u klientů, hovoří o úskalích, se kterými se setkali a neví si rady, hodnotí spolupráci s personálem hospice.

Důležité je také obohacení se navzájem o zkušenosti a rady a sdílení zážitků s ostatními dobrovolníky. S lidmi, kteří nepůsobí jako dobrovolníci v péči o pacienty, se nesdílí zážitky a zkušenosti stejně jako s lidmi, kteří přesně ví, o čem tato činnost je.

#### **6.6.4 Přínos dobrovolníků**

Dobrovolníci jsou pro hospic velkou pomocí. Pomáhají doplňovat péči o pacienty, o rodinu, zlepšují prostředí hospice svou přítomností. Personálem jsou vítáni, protože jsou pro ně nenahraditelnou pomocí a mnohdy se dozvídají o klientech důležité informace právě od dobrovolníků, které jim pomáhají v organizaci další práce a péče o klienta.

Dobrovolníci kromě péče o pacienty mohou hospici pomáhat s administrativou, přípravou akcí, s péčí o zahradu, ložní prádlo atd. Všechny tyto činnosti jsou pro hospic důležité, neboť ho činí hezčím, útulnějším.<sup>54</sup>

### **6.7 Hospic sv. Štěpána – Litoměřice**

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích má k dispozici 26 lůžek. Zároveň poskytuje i domácí péči.

Dobrovolníci zatím fungují pouze v lůžkovém zařízení. V současné době jich má hospic k dispozici 33. Na rozdíl od ostatních zařízení, která jsem zmiňovala výše, se zde může přihlásit každý, kdo dovršil 15 let. To je oproti ostatním institucím výjimka. V hospici Dobrý pastýř mohou být dobrovolníci také patnáctiletí, ale účastní se pouze pomocných prací. S pacienty tak může pracovat pouze plnoletý dobrovolník. Hospic sv. Štěpána umožňuje práci s klienty již patnáctiletým uchazečům.

V dobrovolnické péči o pacienty obecně fungují nezletilí dobrovolníci spíše výjimečně. Většinou se jedná o velmi vyspělé jedince. V případě, že se koordinátor rozhodne přijmout nezletilého uchazeče, měli by jeho zákonní zástupci podepsat souhlas s jeho dobrovolnickou činností. Zodpovědnost má koordinátor dobrovolníků.

Hospic sv. Štěpána má nezletilé dobrovolnice dvě. Jsou to podle koordinátorky patnáctileté, velmi šikovné dívky, které svou činnost realizují zodpovědně a mnohdy lépe, než jejich starší kolegové.

---

<sup>54</sup> Hospic Dobrého pastýře. Hospic Čerčany. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.hospic-cercany.cz/>



Náplní činnosti je stejně jako v hospici Dobrý pastýř dělat klientovi společníka. Doprovází klienta při procházkách, na společné akce, pravidelně dochází na návštěvy, při kterých s pacientem povídají, čtou, tvoří. Pomáhají mu orientovat se na přítomný okamžik a na to hezké tak, aby alespoň na pár chvil došlo k odklonění negativních myšlenek.

Dobrovolníci fungují v hospici sv. Štěpána již od roku 2001. Mezi aktivity spojené s péčí o pacienty patří i péče o andulky, květiny, roznos letáků, pomoc při pořádání akcí. Pacienti bývají dobrovolníky často doprovázeni za kulturou, kterou pro ně hospic zajišťuje.

### **6.7.1 Školení dobrovolníků**

Dobrovolníky si hospic školí sám bez pomoci dalších organizací. Školení probíhají několikrát ročně a jejich počet je závislý na počtu uchazečů v jednotlivých obdobích. Zpravidla se konají čtyřikrát do roka. Školení probíhá skupinově a trvá dva dny, konkrétně dvě soboty.

Uchazeči se zde dozvídají praktické informace o fungování dobrovolníků v hospici a o aktivitách, které budou náplní jejich činnosti.

### **6.7.2 Supervize dobrovolníků**

Supervize probíhají také formou skupinových setkání, při kterých účastníci hodnotí své působení v hospici. Zároveň je supervize příležitostí pro získávání zkušeností, nových informací. Dobrovolníci se tak mají možnost poznat a vytvořit stabilní dobrovolnický tým, jehož členové se vzájemně motivují.

### **6.7.3 Přínos dobrovolníků**

Dobrovolníci jsou v hospici sv. Štěpána také velmi potřební a personál je s jejich aktivitami spokojen. Jsou součástí týmu pečujícího o pacienty, kteří je mají rádi a jsou za jejich společnost vděční.

Koordinátorka by byla ráda, kdyby mohli časem zapojit dobrovolníky i do domácností. Tam zatím nedocházejí. Na setkání koordinátorů přijela i proto, aby se dozvěděla, jak dobrovolníci v domácnostech klientů fungují, co přesně je jejich náplní a jaké jsou zkušenosti ostatních koordinátorů.

Činnost dobrovolníků vnímá jako velice záslužnou, bez které by hospic nebyl tím, čím je. Dobrovolníci ho velmi zpříjemňují, a to jak klientům, tak i personálu.<sup>55</sup>

## **6.8 Hospic Jordán – Tábor**

Hospic Jordán je mobilní zařízení, které poskytuje péči umírajícím klientům v jejich domácím prostředí. Jeho název vznikl podle vodní nádrže Jordán, v jehož blízkosti sídlí, ale zároveň je jméno spjato se symbolickým překročením řeky Jordán a vstupem do země zaslíbené. Tak je vnímán konec života spojený s umíráním a odchodem duše do dalšího světa.

Hospic Jordán má k dispozici početný multidisciplinární tým lékařů, zdravotních sester a sociálních pracovníků, kteří poskytují svým klientům každodenní péči v domácím prostředí. Externě s hospicem spolupracují psychoterapeuti, kteří chodí za klienty na návštěvy dle potřeby.

Součástí zařízení je poradna. Úkolem jejích pracovníků je poskytnout poradenství pro klienty hospice a jejich blízké, kteří potřebují pomocnou ruku v náročné životní situaci. Poradna funguje ambulantně, ale i terénně v rodinách klientů. Vše záleží na konkrétní domluvě. Někteří klienti si raději o svých nesnázích popovídají ve svém přirozeném prostředí, jiní raději poradnu navštíví na její adrese.

Hospic má dále k dispozici půjčovnu kompenzačních pomůcek. Pro klienty je tato služba velmi přínosná, neboť kompenzační pomůcky pomáhají předcházet různým zdravotním komplikacím a výrazně zvyšují kvalitu života.

### **6.8.1 Působení dobrovolníků**

Hospic Jordán má v současné době k dispozici dva velmi aktivní dobrovolníky, kteří se podílejí na péči o pacienty a zároveň pomáhají s chodem hospice, pořádáním akcí či s půjčováním kompenzačních pomůcek. Pomáhají tam, kde je potřeba. Někteří klienti a jejich rodiny pomoc dobrovolníka nechtějí, a tak se dobrovolníci zaměřují na chod organizace. Mezi nejčastější činnosti patří:

- administrativní práce

---

<sup>55</sup> Hospic Sv.Štěpána Litoměřice. Hospic Litoměřice. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.hospiclitomerice.cz/>

- umývání kompenzačních pomůcek
- prodej v charitativním obchůdku
- práce v půjčovně kompenzačních pomůcek
- zvelebování a úklid společných prostor
- pomoc při pořádání akcí
- rozvoj a sestavování kompenzačních pomůcek v rodinách klientů

### **6.8.2 Školení dobrovolníků**

Každý, kdo má zájem stát se dobrovolníkem, kontaktuje koordinátorku dobrovolníků, která si uchazeče pozve k osobnímu pohovoru. Při něm zjišťuje motivaci k dobrovolnické činnosti, osobní zájmy, zkušenosti. Poté je uchazeč zařazen do výcviku dobrovolníků, který je velmi podobný výcviku Cesty domů. Zájemce se na školení učí vše, co bude v rodině klienta potřebovat. Zejména se jedná o manipulaci s pacientem, zaškolení v oblasti kompenzačních pomůcek, znalosti a informace o umírání a péči o umírající.

Každý uchazeč musí zároveň absolvovat minimálně dvoudenní školení v některém z lůžkových hospiců, aby se přesvědčil, že je to opravdu činnost, kterou zvládne a kterou chce vykonávat.

Někdy se může stát, že během stáže v lůžkovém hospici dobrovolník zjišťuje, že je setkání s realitou natolik vyčerpávající, že dál ve výcviku nepokračuje. Ze zkušeností koordinátorek hospicové péče se to ve většině případů nestává.

### **6.8.3 Supervize dobrovolníků**

Dobrovolníci se setkávají pravidelně na akcích pořádaných hospicem, ale i na společných supervizích. Mají tak možnost vyměnit si své zážitky a zkušenosti a obohatit se navzájem. Supervize slouží i jako poradna v situacích, ve kterých si dobrovolníci nevědí rady.

#### **6.8.4 Přínos dobrovolníků**

Koordinátorka vnímá dobrovolníky jako součást týmu, která je pro jeho chod velmi důležitá. Dobrovolníci přinášejí do hospice nový pohled, novou energii, nové nápady.

Vzhledem k tomu, že zajišťují mnoho činností napříč celým hospicem, jsou pro něj v tuto chvíli nepostradatelní. Starají se o kompenzační pomůcky, pomáhají v rodinách, na akcích. Koordinátorka by si přála, aby bylo takových lidí více, protože čím více pomocníků, tím větší kvalita poskytovaných služeb je.

Paradoxně se v menších městech shánějí dobrovolníci hůře než v Praze, přestože se mnoho z nás domnívalo, že je tomu naopak a že v menších městech se lidé víc znají, a tak si i více pomáhají a hledí společných projektů.<sup>56</sup>

### **6.9 Spolek Konipaska – Znojmo**

Spolek Konipaska funguje jako služba domácího hospice ve Znojmě a jeho blízkém okolí. Jeho hlavním cílem je poskytovat hospicové služby pacientům v jejich domácím prostředí a pomáhat tak prožít konec života doma, v kruhu svých blízkých.

Předseda spolku se zúčastnil setkání koordinátorů dobrovolníků hospicové péče proto, aby získal informace o chodu dobrovolnických programů v jednotlivých zařízeních a mohl se tak pokusit realizovat dobrovolnický program v rámci spolku Konipaska. Neumí si v tuto chvíli moc představit, jak se na možnost dobrovolníků v rodinách budou klienti tvářit a zda jí budou chtít využívat.

Z jeho zkušeností vyplývá, že lidé jsou odmítaví i vůči psychoterapeutům, kteří do rodiny docházejí, protože mají pocit, že je nepotřebují a že nejsou psychicky nemocní. Vřele přijímají pouze lékaře a zdravotní sestry, nejvýše sociální pracovníky. Mnoho rodin by tak potřebovalo si s někým popovídat, sdílet obavy, smutek, úzkost, ale o pomoc si říci nechtějí.

Týmy lékařů a zdravotních sester to řeší tak, že se pokoušejí klientům objasnit, jaká je role psychoterapeutů a že je to přesně to, co by potřebovali. V některých

---

<sup>56</sup> Domácí hospic Jordán. Hospic Jordán. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.hospicjordan.cz/>

případech to zafunguje a klienti k jeho návštěvě svolí, v některých ne. Proto zde přirozeně vzniká obava, zda je vůbec možné, aby do rodin docházeli dobrovolníci a podíleli se tak na komplexní péči o pacienta, když rodiny a klienti nechtějí přijmout pomoc odborníka – psychoterapeuta. A dobrovolník je laik.

Situaci bude potřeba vyzkoušet a zjistit, jak se dobrovolník u klientů osvědčí. Je však těžké najít způsob, jakým způsobem ho do rodiny uvést. Důležité také je, aby se dobrovolnické programy a informace o nich dostaly do povědomí veřejnosti.<sup>57</sup>

## **6.10 Způsoby získávání dobrovolníků do hospicových zařízení**

Získávání a motivování dobrovolníků k činnosti není vždy jednoduché a na společné schůzce koordinátorů bylo znát, že některá zařízení mají s jejich získáváním potíže. Ty se objevují zejména na malých městech, kde je méně obyvatel, mnoho z místních dojíždí za prací do větších měst a mnoho studentů je již mimo domov nebo také dojíždí. Vzniká tedy problém, jakou věkovou skupinu oslovit a jakým způsobem, aby vznikla šance, že někoho program zaujme natolik, že se později přihlásí jako zájemce o dobrovolnictví.

Většina zúčastněných používá své internetové stránky jako největší zdroj propagace programu a motivace potenciálních zájemců. Někteří z koordinátorů šli ještě dále a zvolili metodu besed ve školách či v seniorských spolcích. Je mnoho lidí, kteří o možnostech dobrovolnictví nevědí a slyší o programech v hospicových zařízeních poprvé. Takových je ve společnosti většina, a proto je potřeba programy dobrovolníků propagovat, aby se dostaly do povědomí široké veřejnosti.

Některým koordinátorům tento způsob funguje. Většinou se dobrovolníci koncentrují z řad studentů, ale ani senioři nejsou výjimkou.

V Praze je situace snazší, než by se na první pohled mohlo zdát. Koncentruje se tu velké množství mladých lidí, kteří mají zájem o smysluplné využití volného času a vyhledávají způsoby, jak by mohli být společnosti užiteční. Většinou se jedná o vysokoškolské studenty nebo ženy ve středním věku, které mají stabilní práci a

---

<sup>57</sup> Spolek Konipaska. Spolek Konipaska. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.konipaska.cz/>

dospívající děti, a tak mají více času věnovat se druhým lidem. A také chtějí pomáhat. Velmi dobře funguje inzerce v novinách, jako je deník Metro nebo na plakátech a letáčcích.

Nejvíce se lidé o dobrovolnických programech dozvídají od svých přátel a známých, kteří podobnou činnost realizovali nebo se s ní ve svém okolí setkali. A také je mnoho těch, kteří chtějí pomáhat a programy si dle svých očekávání aktivně vyhledávají sami.

Mimopražská zařízení se většinou soustředí na místní spolky, školy a firmy, kde se snaží oslovit zájemce. Důležité je ovšem dbát v těchto případech na riziko velkého nadšení, které může brzy pominout. Zájemce by měl být k takové činnosti vlastní silou dobře motivován, a to proto, aby se jako dobrovolník mohl dobře realizovat a jeho zájem vydržel.

Většinou ti, kteří mají zájem pouze povrchní, a skrývá se za ním spíše aktuální nadšení pro věc, neprojdou ani školením, protože jsou odrazeni jeho náročností, délkou atd. Ne ve všech institucích probíhá školení několik měsíců, ale pouze pár hodin nebo dní. Tady se pak může stát výše zmiňované a dobrovolník nastupuje do praxe s velkým očekáváním, které se ne vždy naplní. Jsou tací, kteří to ustojí a dobře zorientují, ale někteří brzy skončí.

### **6.11 Role koordinátora dobrovolníků**

Role koordinátora dobrovolníků je velmi důležitá pro fungování celého programu. Je to člověk, který dobrovolníky vybírá, školí, uvádí za klienty. Musí to být komunikativní osobnost, která je schopna vést tým lidí, kteří mají společný cíl, korigovat jeho aktivity. Důležitá je také kreativita, schopnost řešit různě náročné situace a průbojnost.

Koordinátor musí být schopen dobře vybrat mezi uchazeči nové posily, které budou program dále rozvíjet a pomáhat novým klientům v zařízeních. Musí být schopen odmítnout uchazeče, kteří nejsou dostatečně způsobilí pro dobrovolnickou činnost v hospicové péči, což je někdy velmi náročné. Ne každý ale může pomáhat tímto způsobem. Koordinátor proto v případě nemožnosti zařazení uchazeče do přímé péče s klienty navrhuje alternativní formu pomoci organizaci,

jakou je např. administrativní práce, organizace akcí, prodej v charitativním obchůdku nebo pomoc v půjčovně kompenzačních pomůcek.

Každý může pomoci, ale musí se vybrat taková činnost, která bude pro obě dvě strany prospěšná. Je třeba najít aktivitu, která dotyčného baví, naplňuje, druhým pomáhá a zároveň nikoho nestresuje.

Koordinátor musí být i dobrým školitelem, mít schopnost motivovat a zároveň být motivován. Protože se jedná o práci, jež je po všech stránkách velmi náročná a vyžaduje silnou dávku entuziasmu a empatie, musí i koordinátor pracovat na svém rozvoji a v neposlední řadě na psychohygieně.

Proto by měli mít všichni koordinátoři pravidelné supervize s ostatními kolegy, kteří se v práci věnují stejné problematice. Zároveň je dobré i propojení mezi koordinátory dobrovolníků z nemocnic, protože od sebe mohou obě strany sbírat zkušenosti a mohou se obohacovat o nové vědomosti.

Díky sdílení se koordinátoři mohou dozvědět, kde se dají získat peníze na dobrovolnický program, jak podávat žádosti o dotace, jak sehnat sponzory a mnoho dalšího.

Zároveň se mohou poradit o způsobech odmítání uchazečů, kteří nejsou pro program hospicových zařízení vhodní. Většina koordinátorů hospicové péče pracuje v zařízení samostatně, tedy bez dalšího koordinátora. Stejně jako dobrovolník má koordinátor potřebu sdílet svou práci, což se mu nejlépe daří s dalším koordinátorem, který má podobné zkušenosti.

Role koordinátora je pro dobrovolníky velmi důležitá. Každý koordinátor má určitý styl práce, motivace a vedení akcí, a tak se většinou stává, že s odchodem koordinátora odchází i někteří dobrovolníci. Není to tak, že by skončili všichni působící, ale někteří ano.

### **6.11.1 Služby nabízené koordinátorům dobrovolníků**

Koordinátoři dobrovolníků mají k dispozici supervizní a školící týmy, které je v jejich profesní kariéře posouvají dále a mohou zabránit syndromu vyhoření. Občanské sdružení Hestia, které se v České republice dobrovolnictvím zabývá asi nejintenzivněji, nabízí koordinátorům dobrovolníků poradenství, supervize, školení.

Hestia o.s. pořádá pravidelně speciální akreditované kurzy pro koordinátory dobrovolníků a pro budoucí supervizory. Zároveň pak koordinátorům nabízí možnost společné supervize, která se pořádá pro všechny koordinátory dobrovolníků nezávisle na zařízení, ve kterém působí. Setkávají se tak koordinátoři hospicových i nemocničních zařízení pod jednou supervizí. Díky tomu získávají další poznatky a informace z oblasti působení dobrovolníků a mohou tak získávat motivaci pro svou další práci.

Kurz pro začínající koordinátory dobrovolníků je zaměřen na seznámení se s legislativou v oblasti dobrovolnictví, na způsoby získávání a motivování dobrovolníků, možnosti realizace dobrovolnických programů. Koordinátoři si také zkusí různé modelové situace, ve kterých se učí pořádat školení pro dobrovolníky, pohovory. Učí se zde i strategie pro odmítání nevhodných kandidátů.

Jedná se o kurzy Management dobrovolnictví I. a Management dobrovolnictví II. Oba kurzy jsou velmi intenzivní. Je to třídní pobyt mimo Prahu, kde se koordinátoři společně školí a získávají poznatky z oboru dobrovolnictví. Po absolvování kurzu získávají certifikát.

Nově je také k dispozici závěrečná zkouška z Managementu dobrovolnictví, kterou mohou koordinátoři po absolvování kurzu vykonat. Mezi kurzem a zkouškou musí být však odstup minimálně tři měsíce. Zkouška trvá několik hodin a je zaměřena především na vědomosti získané na kurzu a také na roli koordinátora v jeho zařízení a způsob realizování konkrétního dobrovolnického programu. Není zatím povinností tyto kurzy absolvovat, navíc jsou finančně poněkud nákladné. Záleží tedy na přístupu zařízení k dalšímu vzdělávání svých koordinátorů.

## **6.12 Prevence vyhoření dobrovolníků**

Každý člověk, který pracuje intenzivně s lidmi, má větší sklony k syndromu vyhoření než ostatní. Proto je dobré pečovat o sebe a svůj volný čas tak, aby k vyhoření nedošlo.

Činnost hospicových dobrovolníků je velmi náročná především po stránce psychické, a přestože tu působí jedinci velmi vyzrálí a silní, může u nich k syndromu vyhoření dojít, pokud nebudou klást důraz na svou psychohygienu a



pokud jim ze strany hospicového zařízení nebude nabízena smysluplná supervize, pravidelné setkávání s koordinátorkami i ostatními dobrovolníky.

Každý dobrovolník v hospicové péči potřebuje vědět, že svou činnost vykonává dobře, že má jeho působení smysl. Potřebuje ze svých pravidelných návštěv získávat zpětnou vazbu.

Ta mu je poskytován především ze strany klientů a jejich rodin, ale pro každého je důležitá i zpětná vazba z organizace. A nejsou to jen supervize, co je pro dobrovolníka důležité. Jsou to i další akce, pořádané hospicovým zařízením, a to jak pro dobrovolníky, tak společně i pro klienty.

Dobrovolník má tak možnost fungovat v zařízení v různých rolích a organizaci tak pomáhat a tím získávat další zkušenosti. Vlivem setkávání se s ostatními dobrovolníky je motivován k další činnosti.

### **6.13 Výsledky výzkumu**

Z mého výzkumu vyplynulo, že nejvíce zkušeností v oblasti dobrovolnictví má domácí hospic Cesta domů, který s dobrovolníky funguje již řadu let. Organizace má velmi propracovaný systém přijímání a školení dobrovolníků, což je pro jejich budoucí fungování nezbytné. Po zkušenostech se ukázalo, že je nutné mít náročné školení – a to časově i psychicky, aby byli vybráni ti nejlepší.

Na počátku jsem se domnívala, že bude mít většina zařízení školení stejné – tedy stejná délka, obsah, metodika, což se ale ukázalo jako mylné. Každé školí vlastním způsobem na základě předchozích zkušeností a specifik, které na zájemce o dobrovolnictví ve vybraném zařízení čekají.

Všichni koordinátoři si velmi váží pomoci dobrovolníků a byli by rádi, kdyby se jejich počet navyšoval. V některých městech ale není jednoduché dobrovolníky sehnat, a tak se koordinátoři potýkají s malým počtem uchazečů.

Z výzkumu také vyplynulo, že tento problém se týká pouze menších měst. Praha je naopak místem, kde se hlásí relativně velké množství zájemců, ale ne všichni mohou být vybráni.

Na základě rozhovorů s koordinátorkami jsem zjistila, že dobrovolníci jsou v jejich programech nezastupitelní a jejich přínos je nevyčíslitelný. Pomoci si váží nejen zaměstnanci zařízení, ale i klienti a jejich rodiny.

Některé hospice jsou s dobrovolnickým programem ve fázi počátečního rozvoje, a tak je nelze mezi sebou úplně porovnávat. Nelze říci, kdo to vede lépe a kdo hůře. Každé zařízení má jinou zkušenost a jiné možnosti.

Z výzkumu také vyplynulo, že nelze dobře porovnávat působení dobrovolníků v domácím a lůžkovém hospici, neboť v každém fungují odlišným způsobem a zastávají různé funkce. V lůžkovém hospici jsou dobrovolníci pod „ochranou“ personálu a kdykoliv se mohou na něj obrátit a požádat o pomoc nebo radu, zatímco dobrovolníci docházející do domácnosti klienta jsou odkázáni pouze sami na sebe a o radu mohou požádat pouze telefonicky.

Je tedy i rozdíl mezi dobrovolníky. Jsou tací, kteří by velmi dobře zvládli působení v lůžkovém zařízení, ale nezvládli by docházet přímo do rodin klientů, protože by to pro ně bylo velmi náročné a stresující. Proto si každý zájemce musí najít roli, která mu vyhovuje – jen tak může být užitečným dobrovolníkem.

Pro většinu zařízení je společné, v jakých oblastech se mohou dobrovolníci realizovat – tedy v péči o klienty, v administrativě, v přípravě velkých akcí, v půjčkovně kompenzačních pomůcek atd. Tyto činnosti lze vykonávat téměř v každém zařízení, které bylo do výzkumu zahrnuto.

Všichni zúčastnění koordinátoři vnímají dobrovolníky jako nedílnou součást fungování hospicových zařízení, ve kterých působí. Jsou si vědomi, kolik hodin a práce dobrovolníci odvedou v rodinách, dobročinných obchodech, při plánování a realizaci společných akcí, při pomoci s administrativou či distribucí programu a péčí o kompenzační pomůcky.

Jsou rádi za každou pomocnou ruku, která se do programu zapojí a věří, že se dobrovolnické aktivity budou stále více rozšiřovat tím, že se do povědomí široké veřejnosti dostanou informace o fungování dobrovolnických programů.

## Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo zpracovat téma Dobrovolníci v hospicové péči v ČR a zjistit tak, jak fungují dobrovolnické programy v hospicových zařízeních. Během svého výzkumu jsem přišla do kontaktu s hospici, které byly vůči diplomovým pracím skeptičtí, a tak mi výzkum nebyl všude umožněn. Některá zařízení ani nereagovala na mou prosbu o společné setkání. Do hospicového zařízení Cesta domů jsem se dostala díky vstřícnosti koordinátorky dobrovolníků, která ale taktéž přiznala, že mi výzkum umožnila pouze proto, že také pracuji jako koordinátor dobrovolnickém programu, byť v nemocnici.

Setkání s dalšími koordinátory bylo velmi milé a díky vstřícnosti všech zúčastněných se mi podařilo získat velké množství informací, které se staly hlavním zdrojem pro můj výzkum.

Cílem bylo zjistit, jak fungují dobrovolníci v hospicových zařízeních. Z výzkumu je patrné, že v každém zařízení fungují dobrovolníci trochu jinak. Liší se působení v lůžkovém hospici a mobilním hospici.

Dalším cílem bylo zjistit, jak je působení dobrovolníků pro hospic i jeho klienty přínosné. Zjistila jsem, že velmi, neboť dobrovolníci jsou v mnoha případech v rodinách nezastupitelní a jejich činnost přispívá každý den ke zlepšování péče o nevléčitelně nemocné pacienty. Všechny hospice, které byly součástí mého výzkumu, považují dobrovolníky za nenahraditelné, protože fungují velmi dobře nejen u pacientů, ale podílejí se i na administrativních činnostech hospiců a přispívají k jejich efektivnímu fungování.

Výzkum byl pro mě velmi zajímavý, neboť jsem se dostala do nového prostředí, se kterým jsem nikdy předtím zkušenost neměla. Získala jsem informace, které jsou velmi cenné, a věřím, že přispějí k většímu povědomí společnosti o dobrovolnických programech u nevléčitelně nemocných pacientů a že se díky tomu budou moci dobrovolnické programy dále rozvíjet a rozšiřovat svou působnost.

## Bibliografie

- COHEN, K. Hospice. London: Aspent systém corporation, 1979
- FORMAN, W. Hospice and Palliative care. London: Jones and Bartlett Publishers, 2003
- HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. Vyd.3. Praha: Galén, 2002
- HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie. Praha: Galén, 2007
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace. Praha : Portál, 2008
- KALVACH, Z. a kol. Umírání a paliativní péče v ČR. Praha: Cesta domů, 2004
- KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014
- KÜBLER – ROSSOVÁ, E. Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Turnov: Arica, 1994
- KÜBLER – ROSSOVÁ, E. Život a umírání. Hradec Králové: Signum unitatis, 1991
- MARKOVÁ, A a kol. Hospic do kapsy. Praha: Cesta domů, 2005
- MUNZAROVÁ, M. Eutanazie, nebo paliativní péče?. Praha : Grada, 2005
- OPATRNÝ, A. Malá příručka pastorační péče o nemocné. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2003
- OPATRNÝ, A. Pastorační péče v méně obvyklých situacích I., II. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2001
- PAYNE, J. Smrt – jediná jistota. Praha: Triton, 2008
- PROCHÁZKA, P. Pastorační péče o seniory, nemocné, umírající a pozůstalé. Praha: Evangelická církev metodistická, 2009
- SKÁLA, B. a kol. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2005
- SLÁMA, O. a kol. Umřít doma. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008
- STUDENT, J. CH. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Mnichov: Ernst Reinhardt Verlag, 2004
- SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: ECCE HOMO, 1996
- SVATOŠOVÁ, M. Hospic slovem a obrazem. Praha: Ecce homo, 1998

SVATOŠOVÁ, M. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Praha: Grada, 2012

### **Internetové zdroje:**

Děti truchlí jinak. Umírání.cz. [online]. 21.9.2015 [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/truchleni/deti-truchli-jinak>

Smrt a umírání. Umírám.cz. [online]. 2011 [cit. 2016-03-04]. Dostupné z: <http://www.umiram.cz/smrt-jako-tabu/>

Smrt a umírání. Umírám.cz. [online]. 2011 [cit. 2016-03-04]. Dostupné z: <http://www.umiram.cz/klinicka-smrt/>

Standardy domácí paliativní péče. Cesta domů. [online]. 15.6.2016 [cit. 2016-06-15]. Dostupné z: [www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf](http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf)

Hospic Štrasburk. Zdraví E15. [online]. 28.3.2011 [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/hospic-strasburk-odtud-uz-se-po-svych-neodchazi-458965>

Paliativní medicína. Most k domovu. [online]. 2009 [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://www.mostkdomovu.cz/paliativni-medicina/>

Poslední dny a týdny. Umírání.cz. [online]. 21.9. 2015 [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/posledni-dny-a-tydny>

Etický kodex. Asociace nemocničních kaplanů. [online]. 2011 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/rubrika/6-Etický-kodex/index.htm>

5. Konference o nemocničním kaplanství. Asociace nemocničních kaplanů. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.nemocnicnikaplan.cz/clanek/195-Proběhla-5-konference-o-nemocnicnim-kaplanstvi/index.htm>

Eutanazie ve světě. epravo.cz. [online]. 20.5.2005 [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>

Novela zákona o dobrovolnické službě. Ministerstvo vnitra: Zákon č. 86/2014 sb.. [online]. 21.5. 2014 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: [www.mvcr.cz/soubor/novela-zakona-o-dobrovolnicke-sluzbe-pdf.aspx](http://www.mvcr.cz/soubor/novela-zakona-o-dobrovolnicke-sluzbe-pdf.aspx)

Cesta domů. Cesta domů. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/?gclid=C1b0ubGUuc0CFdZAGwodmpYKfg>

Hospic Dobrého pastýře. Hospic Čerčany. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.hospic-cercany.cz/>

Hospic sv.Štěpána Litoměřice. *Hospic Litoměřice*. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.hospiclitomerice.cz/>

Domácí hospic Jordán. *Hospic Jordán*. [online]. 2016 [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.hospicjordan.cz/>

### **Další zdroje:**

Účast na 5. Konferenci o nemocničním kaplanství – Praha 16. 6. 2016

Osobní setkání s MUDr. Marií Opatrnou – Praha 15. 3. 2016

Rozhovory s koordinátorkami a návštěvy hospiců

Směrnice VFN – Péče o zemřelého

## Přílohy

### Přepis rozhovoru s koordinátorkou Cesty domů

- Působí ve vašem zařízení dobrovolníci?

Ano, působí. Máme jich stále více. V současnosti je 10 dobrovolníků, kteří jsou součástí přímé péče (u klientů v rodinách), asi 30 jich pracuje v našem dobročinném občůdku a 10 se podílí na administrativě a v půjčovně kompenzačních pomůcek.

Teď máme v péči 10 rodin, takže počet dobrovolníků je dostačující. Do rodin ale nedocházejí každý den, jen když o to klient požádá. Zpravidla to bývá na noc, kdy je třeba, aby se pečující vyspal, odpočinul si. Záleží na požadavcích klientů a možnostech dobrovolníků.

- Jakou roli mají vaši dobrovolníci?

Ti, co fungují v rodinách, zastupují v danou chvíli pečující osobu. Jako domácí hospicové zařízení máme požadavek, aby u klienta byl k dispozici někdo z rodiny či přátel 24 hodin denně. Pokud tato podmínka není splněna, nemůžeme zařadit klienta do péče. Protože je ale jasné, že ne každý klient má rodinné příslušníky, kteří mohou tuto podmínku zajistit, fungují jako jejich zástup dobrovolníci. I pečující si potřebují odpočinout nebo si něco zařídit, takže dobrovolníků stále více využívají.

- Kolik dobrovolníků s vámi spolupracuje?

Tak jak jsem již říkala, je to asi 50 dobrovolníků. Ne všichni jsou ale aktivní každý týden. Někteří působí v rodinách pravidelně, jiní nárazově podle možností.

- Jak získáváte a motivujete dobrovolníky?

Uchazeči o dobrovolnictví se hlásí sami, nemáme vyloženě potřebu je někde získávat. Hlásí se jich hodně, ale ne všichni jsou vhodnými kandidáty. Některé musíme odmítat při pohovoru. Ale tím, že uchazeči vyplňují na začátku dotazník, který se týká zkušeností a motivace, vyeliminují se nevhodní kandidáti již před pohovorem.

- Jak dobrovolníky školíte?

Dobrovolníky školíme jednou ročně. Školení je velmi náročné, jedná se o 50 hodin intenzivní přípravy na dobrovolnickou činnost, která trvá celkem 3 měsíce. Uchazeči musí kromě toho absolvovat čtyřdenní stáž v jakémkoliv lůžkovém hospici. Po školení se stávají dobrovolníky přímé péče. Během výcviku již mohou vypomáhat s administrativou nebo v dobročinném obchůdku.

- Máte společné supervize?

Ano, máme. Pořádáme pravidelná setkání – neříkáme jim vyloženě supervize, ale v podstatě se na nich děje to stejné. Jde o předávání zkušeností mezi dobrovolníky, konzultace týkající se různých situací a klientů. Všichni naši dobrovolníci se jich pravidelně zúčastňují.

- Jak jsou dobrovolníci přijímáni klienty?

Většinou velmi dobře, i když se setkáváme i s počátečním pocitem, že rodiny klientů dobrovolníky nepotřebují. Většinou je to proto, že mají pocit, že musí vše zvládnout sami, nebo se obávají dobrovolníka, protože přesně neví, jaká je jeho role. Od toho jsme tu ale my a členové multidisciplinárního týmu. Většinou se nám podaří počáteční obavy prolomit.

- Jaká je činnost dobrovolníků v rodinách klientů?

Záleží na rodině a klientovi. Většinou je to tak, že dobrovolník dělá vše, co by dělal pečující člověk. Pomáhá s přípravou jídla, nápojů, krmením, přebalováním. Někdy se stává společníkem klienta, někdy i pečujícího. Záleží na konkrétní situaci.

- Jak často docházejí?

Jak kteří. Někdo dochází každý týden jednou, někdo dvakrát a někdo se ozývá jednou za měsíc.

- Jak vnímá vaše organizace působení dobrovolníků?

Všichni vnímáme, že jsou pro naši činnost velmi důležití a neumíme si bez jejich pomoci chodit organizace moc představit.



- V čem vidíte jejich přínos?

Dobrovolníci nám pomáhají téměř se vším, co realizujeme. Velký přínos vidím v jejich působení v rodinách, kde mají nezastupitelnou úlohu a jen díky nim může program takto fungovat. Klienti si jejich péče velmi cení.