

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Brno 2012**

**Bc. Marie Janíková**

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Institut mezioborových studií Brno

**Sociální vztahy u dlouhodobě nemocných klientů**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**

**prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**

**Vypracovala:**

**Bc. Marie Janíková**

**Brno 2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sociální vztahy u dlouhodobě nemocných klientů“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.  
Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Brno 7. 3. 2012

.....  
Bc. Marie Janíková

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu bakalářské práce prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D. za cenné rady, trpělivost a ponechání samostatnosti při zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji také svým nejbližším za jejich trpělivost a morální podporu, kterou mi poskytli při zpracování mé bakalářské práce.

Bc. Marie Janíková

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>2</b>
<b>1. CHARAKTERISTIKA SENIORSKÉ POPULACE.....</b>	<b>3</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ .....	3
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY TÝKAJÍCÍ SE SENIORSKÉHO VĚKU .....	5
1.3 THANATOLOGIE VE VZTAHU K SENIORŮM .....	7
1.4 FYZIOTERAPIE U NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH PACIENTŮ .....	9
<b>2. VYMEZENÍ POJMU KOMUNIKACE .....</b>	<b>11</b>
2.1 DRUHY KOMUNIKACE A JEJICH VÝZNAM .....	11
2.2 KOMUNIKACE JAKO ZÁKLADNÍ PŘEDPOKLAD SPOLEČENSKÝCH VZTAHŮ .....	12
2.3 KOMPONENTY KOMUNIKAČNÍHO PROCESU V KONTEXTU ÚSTAVNÍ PÉČE.....	13
2.4 CHYBY A OMYLY PŘI KOMUNIKACI S PACIENTEM .....	15
<b>3. DOPROVÁZENÍ JAKO FORMA SOCIÁLNÍ PRÁCE .....</b>	<b>18</b>
3.1 NUTNOST EMPATIE.....	18
3.2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO .....	19
3.3 NEMOC JAKO PŘÍČINA ÚMRTÍ .....	21
3.4 VÝZNAM VLASTNÍ RODINY.....	22
3.5 PSYCHICKÁ PÉČE O POZŮSTALÉ.....	23
<b>4. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>26</b>
4.1 CÍL ŠETŘENÍ .....	26
4.2 OTÁZKY ROZHOVORŮ .....	26
4.3 VÝZKUMNÉ PROSTŘEDÍ.....	28
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	29
4.5 VLASTNÍ VÝZKUM.....	32
4.6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ .....	49
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>53</b>
<b>RESUMÉ .....</b>	<b>54</b>
<b>ANOTACE .....</b>	<b>55</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>58</b>

# Úvod

Pro všechny, kteří pracují v profesích, kde se setkávají s člověkem jako příjemcem své práce, je důležitá oblast sociálních dovedností. Dobré mezilidské vztahy jsou důležitým předpokladem pro efektivní léčbu dlouhodobě nemocných pacientů.

Toto téma jsem zvolila z důvodu jak *profesních* (pracuji jako fyzioterapeut na oddělení následné péče Nemocnice Kyjov s klienty dlouhodobě nemocnými a na rehabilitační ambulanci), tak neblahých *osobních* zkušeností s „doprovázením“ blízkého člověka. Pohled z obou stran je rozdílný.

Starý nebo nemocný člověk potřebuje specifický přístup. V nemocnici přichází pacient do kontaktu s mnoha cizími lidmi ať už z řad zdravotnického personálu, pomocného personálu, sociální pracovnice, duchovní útěchy nebo ostatními pacienty. Lékař, sestra nebo terapeut používají dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního chování. Schopnost komunikovat slouží k navazování a rozvíjení kontaktu s pacientem. Správnou komunikací a vlídným a empatickým působením s námi pacient více spolupracuje a můžeme tak dosáhnout co nejlepších výsledků naší práce.

Svým výzkumem chci zdůraznit celostní pohled na dlouhodobě nemocného pacienta upoutaného na lůžko. Takový člověk potřebuje především paliativní léčbu, tj. péči orientovanou na kvalitu života. Jejím cílem je zmírnění bolesti a ostatních tělesných a duševních strádání. V rámci poskytování zdravotní péče u nevléčitelně nemocného pacienta nesmíme zapomínat na zachování lidské důstojnosti a respektování individuality lidské osobnosti ve všech jejích aspektech. Do celého procesu by měla být zapojena především rodina, protože jejich přirozené sociální vazby se stávají na sklonku života těmi nejdůležitějšími.

Cílem práce je analýza sociálních vztahů u dlouhodobě nemocných pacientů, jejich výčet a deskripce, objasnit jaký způsob komunikace s pacientem je optimální pro efektivní léčbu a zachování dobrého psychického stavu, dále potvrdit význam rodinných příslušníků při léčbě těchto pacientů a potvrdit důležitost spirituálních potřeb umírajícího člověka.

# 1. Charakteristika seniorské populace

## 1.1 Vymezení pojmu stáří

*„Mládí žije sněním, stáří vzpomínkami.“* Židovské přísloví

Stárnutí je celosvětový fenomén, podíl starých lidí ve společnosti narůstá, prodlužuje se délka života a to díky stále kvalitnější zdravotní péči a lepšímu sociálnímu zázemí. Stárnutí lze charakterizovat jako proces, který se projevuje chýtráním tělesné schránky a snižováním efektivity a účinnosti fungování organismu. Vlivem stáří dochází k vyšší náchylnosti k různým nemocem, časové vymezení stáří se různí, někdy se považuje za stáří věk, kdy se zvyšuje riziko úmrtí. To bychom tedy stárnuli již od puberty. V příručce EU o respektování lidské důstojnosti zní definice stáří takto: *„Senioři jsou lidé, kteří toho hodně prožili a mohou vyprávět mnoho příběhů.“* V tomto kontextu by měla být vychovávána dnešní mládež a to ve smyslu navození pozitivního vztahu ke stáří, seniorské populaci, posílení mezigenerační solidarity, uvědomění si problémů a potřeb lidí se zdravotním postižením a v neposlední řadě získání pocitu vlastní osobní odpovědnosti za svůj život a tím i stáří. Stárnutí není něčím, co by přicházelo naráz jakoby ze dne na den, právě naopak. Je pomalým, plynulým procesem, který nelze chápat jako nemoc, ale jako něco naprosto přirozeného a fyziologického.<sup>1</sup>

Stárnutí je přirozený a nevyhnutný proces. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO – World Health Organisation) členíme období stáří na tři vývojové úseky:

- Období mezi 60-74 lety se označuje jako **rané stáří (tzv. presenium)**,
- období mezi 75-89 lety jako **vlastní stáří (tzv. senium)**
- a doba po 90. roce se nazýváme **dlohověkost**.

Stárnutí zasahuje rozličným způsobem do všech oblastí života člověka. Je procesem nezvratným a do značné míry individuálním. Je podmíněno například genetickou výbavou, dosavadním stylem života a vlivem okolního prostředí.

---

<sup>1</sup> Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002 ISBN 80-247-0179-0

V rámci stárnutí rozlišujeme **věk kalendářní** (odpovídá skutečnému věku dle data narození) a **věk funkční** (tzv. funkční potenciál člověka). Funkční věk se dělí na tři oblasti stárnutí:

- **Stárnutí biologické** – zpomalení a oslabení funkcí většiny orgánů v organismu, velký vliv utohoto stárnutí má dosavadní životní styl nebo prodělané choroby. Pro kvalitní život má význam především stárnutí smyslových orgánů (zraku, sluchu, chuti, čichu), jež způsobuje vnitřní nepohodu jedince, ztrátu pocitu bezpečí, vyšší riziko úrazů a nižší dostupnost komunikace.
- **Stárnutí psychické** – je velmi individuální. Stáří znamená úbytky paměti pro nové události, zhoršuje se schopnost učení a v neposlední řadě též změna osobnosti. Často se mění pořadí důležitosti potřeb, hodnot a ideálů. Obecně se udává, že některé vlastnosti, které měl jedinec již dříve, v průběhu stáří jakoby zesilují. Jedinec se stává méně adaptabilním, často trpí depresemi a objevuje se strach z umírání.
- **Stárnutí sociální** – počínající stáří je spojeno s odchodem do důchodu, tedy jakousi novou sociální izolací, která s sebou nese pocity neužitečnosti, zbytečnosti a nižšího sebehodnocení. Pozice důchodce má nižší sociální status. Roste význam partnera, jsou nyní nuceni trávit spolu více času, proto smrt jednoho z nich představuje obrovský stres pro ovdovělého. Důležité je zde zázemí vlastní rodiny z důvodu pocitu bezpečí a rostoucí závislosti na jejich pomoci.<sup>2</sup>

Stárnutím se zabývá multidisciplinární obor zvaný gerontologie. Pohlíží na samotné seniory z hlediska lékařského, psychologického, ekonomického, etického, teologického, atd. Stárnutím populace roste velikost seniorské subkultury v naší společnosti a to s sebou nese řadu problémů ekonomických, psychologických a sociálních. Výchova a vzdělávání lidí ve stáří umožní lepší začlenění seniorů do dnešního uspěchaného a přetechizovaného světa a mladší generaci musíme vychovávat k většímu pochopení a mezigenerační toleranci. Je nutné, aby pojem stáří nebyl předkládán jen v souvislosti s chorobou, disabilitou či umíráním, i když je často nemocí doprovázeno, ale ve smyslu zařazení seniora jako rovnocenného jedince do společnosti. Edukace seniorů přispívá k pocitu důstojnosti, životního uspokojení a schopnosti samostatně se rozhodovat a k lepšímu psychickému i fyzickému zdraví<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Doňková, O., Novotný, J. S. Vývojová psychologie pro sociální pedagogy. Brno: IMS, 2009

<sup>3</sup> Mühlpachr, P. Schola gerontologica. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005 ISBN 80-210-3838-1



## 1.2 Rizikové faktory týkající se seniorského věku

Demografický vývoj přelomu 20. a 21. století ukazuje stáří jako významnou a poměrně dlouhou životní etapu. S pokrokem medicíny a sociálního zabezpečení se dlouhověkost nestává jen vzácnou výjimkou, ale běžným jevem v naší společnosti.

Seniorská populace je velmi heterogenní/nestejnorodou skupinou. Tato různorodost je dána několika faktory, které se uplatňují v různé míře a vzájemně se ovlivňují. Patří sem genetická vybavenost ať už ve smyslu dlouhověkosti nebo dispozicemi, které se v průběhu života správným působením buď rozvinou nebo nerozvinou, množství a závažnost prodělaných chorob, životní styl, celoživotní profese, socio-ekonomickým zázemím, postojem k životu, názory, povahou, počtem dětí a vztahy s nimi, způsob trávení volného času,...

Věkově podmíněnou diskriminaci lze považovat za jednu z nejnebezpečnějších. Je nutné zdůraznit, že podle věku nelze hodnotit kvalitu jedince a to ani proto, že stárnoucí jedinec je mnohem náchylnější k různým nemocem, které se stávají chronickými, snižují se senzorické funkce, pohybové schopnosti, paměť, rychlost úsudku,..., odchodem do důchodu se snižuje sociální status jedince, dochází k větší izolovanosti, prohlubování pocitů méněcennosti a snižování sebevědomí.

K nejčastějším rizikům ohrožujících seniory patří<sup>4</sup>:

- *Věková diskriminace nebo-li ageismus* (vyřazování starších lidí z různých aktivit, z vedoucích a nadřízených pozic )
- *Ekonomické znevýhodnění* (odchodem do důchodu se mění i ekonomické zabezpečení, mění se možnost uspokojovat své potřeby a trávit volný čas, lidé musí často slevit ze svých zvyklostí)
- *Generační intolerance* (častá je otázka bydlení)
- *Segregace* (vytěšňování na okraj společnosti)
- *Osamělost* (je častá, ovdověním nebo odchodem potomků z domu)
- *Předsudky* (přeceňování nemocnosti a podceňování výkonnosti, podezírání z demence)

---

<sup>4</sup> Mühlpachr, P. Schola gerontologica. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005 ISBN 80-210-3838-1

- *Rychlý technický rozvoj* (starší generace ztrácí schopnost rychle se orientovat v přetechnizovaném světě, ve světě ovládaném počítači, obtížněji ovládají moderní způsoby komunikace,
- *Zvýšené riziko ztráty soběstačnosti* (s úbytkem pohybových a rozumových schopností)
- *Zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců* (z důvodu nemožnosti se bránit nebo špatné kontrolovatelnosti)
- *Vyšší nemocnost a v neposlední řadě i úmrtnost*

V ošetrovatelské péči jsou projevy ageismu znát více než v jiných oblastech, protože zdravotníci pečující o seniory považují jejich problémy za běžné a typické pro všechny dlouhověkové osoby<sup>5</sup>.

Ageistické tendence poskytovatelů ošetrovatelské péče vycházejí z jejich vlastní individuální psychiky, z jejich předsudků a negativních stereotypů. U budoucích zdravotnických pracovníků je nutné začlenit do učebního plánu tematiku stáří a s ním souvisejících změn probíhajících v organismu s postupujícím věkem.

V komunikaci se seniorem dbáme na zachování důstojnosti. Velmi důležité je i oslovení a vykání. Už to pacienta utvrzuje v tom, že je plnohodnotná bytost. Jakékoli jiné oslovení musí navrhnout sám pacient a smí být používáno jen s jeho svolením. Každý zdravotník by měl umět rozumět projevům staršího člověka, projevům verbální i nonverbální komunikace, a tím jim umět pomoci, poradit, povzbudit, motivovat a potěšit.<sup>6</sup>

*„Způsob, jakým pečujeme o své děti v době svítání jejich života a způsob, jakým pečujeme o staré lidi v období soumraku jejich života, je měřítkem kvality společnosti.“*

Hubert Humprey

<sup>5</sup> Pokorná, A. Komunikace se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2010 ISBN 978-80-247-3271-8

<sup>6</sup> Venglářová, M., Mahrová, G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2006 ISBN 80-247-1262-8

### 1.3 Thanatologie ve vztahu k seniorům

„Kvalita života člověka určuje kvalitu jeho smrti.“ Elisabeth Kübler-Ross

*Thanatologie*<sup>7</sup> je multidisciplinární vědou o umírání a smrti. Zabývají se jí v různé míře jednak biologové, patologové, filosofové, psychologové, teologové a další.

V závislosti na čase popisujeme tzv. *rychlou smrt*, kdy oběť zemře náhle a nečekaně. Úmrtí je šokujícím překvapením, projevuje se nepřipraveností okolí na tuto skutečnost. Tzv. *pomalé umírání* je charakteristické vleklým onemocněním s letální prognózou. Péče o umírajícího odjakživa patřila do kompetencí rodiny a smrt tak byla přirozenou součástí života a otevřeným tématem každodenního života. Poslední dobou vzrůstá trend umisťovat umírající do zdravotnických zařízení, částečně se od této problematiky distancuje rodina a smrt je víc tabuizovaná. *Institucionální model umírání* vytěsňuje *model domácí*.

Umírání je doba, v níž se člověk odpoutává do všeho, co se děje venku, a obrací se dovnitř/do sebe. Umírající člověk ztrácí zájem o okolí, o lidi kolem sebe, nechce číst, dívat se na televizi ani bdít. Většinu dne prospí. Potřebuje být sám nebo v okruhu svých nejbližších rozjímat, vzpomínat a bilancovat. Postupně je čím dál více nelze ze spánku probudit, působí to jako by byli v kómatu. I v těchto chvílích nesmíme zapomínat, že nás umírající stále slyší, protože sluch je vjemem, který mizí naposledy. Před umírajícím člověkem se musí mluvit, jako by byl plně při vědomí. Na to nesmí zapomínat především zdravotnický personál. Umírající člověk potřebuje speciální přístup jak z hlediska ošetrovatelské péče, tak z hlediska komunikačního. Umírajícímu je třeba spíše naslouchat než se mu snažit něco říct. Neopomenutelná je též potřeba komunikace nonverbální jako stisk ruky, pohled do očí, pohlazení. Rozdílné může být odcházení člověka věřícího a nevěřícího. Věřící člověk prožívá pravděpodobně menší úzkost při umírání díky víře v další život po tělesné smrti.<sup>8</sup>

*Smrt* odborně *exitus* je souhrn nevratných a trvalých změn v organismu souvisejících se zastavením životních funkcí. Je stavem organismu po ukončení života. Smrt nelze zaměňovat s umíráním, neboť umírání je jednou z fází života organismu, smrt je jen jejím přirozeným završením. Délku života ovlivňuje více faktorů, jednak vnitřní - genetická výbava, ale i spousta vnějších okolností.

---

<sup>7</sup> základy moderní thanatologie položili S. Freud a C. G. Jung, na jejím rozvoji se podíleli E. Kübler-Ross, K. Eissler, T. Hacket

<sup>8</sup> Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002 ISBN 80-247-0179-0

Existuje řada příčin smrti:

- Přirozená smrt (stářím a sešlostí)
- Podlehnutí nemoci
- Smrt způsobená vlastní vinou (sebevražda, eutanazie)
- Smrt v důsledku podmínek neslučitelných se životem (utnutí, uhoření, úraz, zízní, ...)
- Smrt způsobená jiným člověkem (zabití, vražda)

Problematikou prožívání rozvoje nevy léčitelné nemoci se v 60. letech minulého století zabývala americká lékařka švýcarského původu Elisabeth Kübler-Rossová. Celý svůj život zasvětila práci s těžce nemocnými a umírajícími lidmi a po letech praktických zkušeností usuzuje, že umírání je proces individuální závislý na osobnosti umírajícího, na jeho životních zkušenostech a na řadě různých vnějších okolností. Nicméně jasné opakující se zákonitosti zde jsou a ty právě Kübler-Rossová označuje jako „fáze“<sup>9</sup>.

Psychické prožívání nemoci rozdělila do 5 fází :

- ❖ 1. ŠOK, NEGACE, POPIRÁNÍ - nemocný zpochybňuje výsledky vyšetření, nevěří tomu, myslí si, že jde o omyl, že jemu se to stát nemůže.
- ❖ 2. AGRESE, HNĚV, VZPOURA - typické jsou otázky typu „Proč zrovna já?“, „Čí je to vina?“, zlost na zdravé lidi, vyčítání nespravedlnosti.
- ❖ 3. SMLOUVÁNÍ a VYJEDNÁVÁNÍ - člověk se chytá všeho a je ochoten udělat cokoli. Hledá zázračné léky, léčitele, diety a je ochoten za ně zaplatit jakoukoli částku, propadat mýtům a pověrám.
- ❖ 4. DEPRESSE a SMUTEK - představuje vyrovnávání se s blížícím se koncem. Nemocného převládá strach a smutek z hrozící smrti, ze zúčtování, strach o rodinu.
- ❖ 5. SMÍŘENÍM, AKCEPTACÍ, SOUHLASEM - vše uzavírají. Je časem loučení, vyrovnání se s osudem, odevzdávání se, časem skončení boje. Je ovšem výrazu ve tváři, kde se odráží stav jeho vnitřního klidu.

Je nutné zmínit také fakt, že těmito fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Ti trpí spolu s ním a ne zřídka se od nich očekává nadlidský výkon a na péči o příbuzné se často zapomíná. Díky výše zmíněným individuálním zvláštnostem jedince je namísto zdůraznit, že jednotlivé

---

<sup>9</sup> Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008 ISBN 978-80-7195-307-4

fáze nemusí vždy zachovávat udaný sled, mohou se střídat, prolínat, vracet, někdy i v jediném dni, mohou být různě dlouhé, některá může chybět.

*„Kvalita života člověka určuje kvalitu jeho smrti.“* Elisabeth Kübler-Ross

## 1.4 Fyzioterapie u nevléčitelně nemocných pacientů

Existuje celá řada definic fyzioterapie. Dle WHO ( World Health Organisation) Světové zdravotnické organizace je jejím obsahem *„navrácení nemocného člověka do normálního života, jak jen to je možné, a jeho navrácení zpět do společnosti, ve které žije.“*

Jinak je možné fyzioterapii charakterizovat jako *„část rehabilitace zabývající se diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového systému člověka.“*

*„Rehabilitace představuje koordinovanou činnost všech složek společnosti s cílem znovu zařadit člověka postiženého na zdraví následkem nemoci, úrazu či vrozené vady do aktivního společenského života.“<sup>10</sup>*

Fyzioterapie se zabývá léčbou bolesti, funkčních a strukturálních poruch pohybového aparátu. K léčbě a prevenci se používají speciální manuální techniky. Měla by být zahrnuta dokomplexní péče o pacienta již v období poskytování akutní péče, dále pak v rámci péče následné. Fyzioterapie využívá řadu metod sobě vlastních – léčebná tělesná výchova, ergoterapie, fyziatrie, balneologie. Nezbytnou součástí naší léčby je ovšem i *psychoterapie*.

Zdravotnické povolání patří k vůbec nejnáročnějším, kromě vysokých nároků na vědomosti jsou kladeny značné nároky i na psychický stav terapeuta. Zdraví je nejvyšší hodnotou člověka. Naše poslání je tedy krásné a ušlechtilé, ale náš úkol je náročný.

Snahou je pečovat o zachování lidského zdraví, začlenit člověka do běžného života, v případě, že nelze člověka vyléčit, poskytnout mu alespoň takovou péči, aby se zmírnily jeho potíže.

---

<sup>10</sup> [www.wikipedia.cz](http://www.wikipedia.cz)

Základem práce fyzioterapeuta je klást si reálné cíle. U dlouhodobě a nevléčitelně nemocných pacientů si klademe za hlavní metu zachování nejvyššího možného stupně celkové pohyblivosti popř. obnovení funkce postižené oblasti, obnova kognitivních funkcí a zachování dobrého psychického stavu. Psychoterapie je nezbytnou součástí celkové léčby. Spousta lidí se potřebuje především vypovídat a my bychom jim měli naslouchat. Vždyť vlídné slovo, empatie, pohlazení jsou mnohdy tím jediným, co pro těžce nemocného pacienta můžeme udělat. Nesoběstačnost, osamocenosť a závislost na druhé osobě dlouhodobě nemocných vyžaduje *bio-psycho-sociální péči* o takovéto pacienty.

Co se týká tělesné schránky člověka je péče o dlouhodobě a terminálně nemocného pacienta zaměřena na omezení svalové atrofie pasivními pohyby, snaha o vertikalizaci pacienta ať už v rámci lůžka (tedy do sedu – pasivního nebo aktivního) nebo do stoje s dopomocí terapeuta popř. různých pomůcek jako jsou chodítka (vysoká, nízká), berle (francouzské, podpažní),... V případě ztráty hybnosti v určitém segmentu je nutný nácvik substitučních mechanismů a náhradních pohybových dovedností popř. vybavení pacienta kompenzačními pomůckami. Naší snahou je umožnit těžce nemocným a umírajícím pacientům prožít poslední dny jejich života s co největším zachováním hybných schopností a naučit samostatnosti a soběstačnosti v rámci lůžka.<sup>11</sup>

Základním předpokladem úspěšně provedené práce je vytvoření kladného vztahu a důvěry mezi zdravotníkem všeobecně a pacientem. Zdravotník získává důvěru, je-li jeho osobnost harmonická, klidná, vyrovnaná se zdravým sebevědomím ne však povýšená a neuváženě jednající. Jeho projev by měl být sugestivní, tedy klidný terapeut přenáší klid na terapeuta, optimistický optimismus. Přenos může být i opačný. Toto všechno se děje prostřednictvím komunikace mezi terapeutem a pacientem (ať už verbální nebo nonverbální).

---

<sup>11</sup> Kolář, P. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2009 ISBN 978-80-7262-657-1

## 2. Vymezení pojmu komunikace

### 2.1 Druhy komunikace a jejich význam

Komunikace nebo-li dorozumívání je sdělování informací, myšlenek, názorů a pocitů mezi lidmi. Slouží k vytváření a udržování mezilidských vztahů.

Ke sdělování informací dochází všude tam, kde se lidé setkávají. Rozlišujeme 2 druhy komunikace, které se ve skutečnosti stále prolínají<sup>12</sup>. Jsou to:

#### ❖ Verbální komunikace

-představuje mluvenou a psanou řeč. Je to proces, který zprostředkuje pomocí řeči vzájemné informace mezi lidmi. Slovní komunikaci můžeme dělit na **komunikaci zdravou nebo-li funkční** a **komunikaci nezdravou nebo-li dysfunkční**. Funkční komunikace přispívá k dorozumění a vytváření dobrých vztahů mezi lidmi, je nezbytnou podmínkou duševního zdraví a naprosto nezbytnou součástí léčebného procesu. Zdravě komunikující jedinec je pozitivně laděn, věří si se zdravou mírou sebevědomí, vytváří přátelské a důvěryhodné vztahy, dokáže být empatický, ale také neoblomný. Naopak při komunikaci nezdravé je patrná špatná slovní zásoba, takovéto chybné vyjadřování je patrné u lidí uzavřených delší dobu v určité společnosti nebo u jedince v takovémto prostředí vyrůstajícího. Pokud je člověk vystaven působení nezdravé/dysfunkční komunikaci může to mít neblahý dopad na jeho duševní i fyzické zdraví. Verbální komunikace může mít více různých podob (podle způsobu předávání informací, podle využitého sdělovacího prostředku, podle počtu zúčastněných subjektů, podle záměrnosti, podle pozitivního či negativního ladění,...)

Při komunikaci lidé jednájí a reagují na základě dekodování tedy rozluštění sdělovaného obsahu. Děje se tak na základě dosavadních zkušeností, minulosti, kulturních návyků, věku,...

Existuje tedy řada činitelů ovlivňujících příjem informace, správnost pochopení a tím neadekvátní reakci. Zejména při komunikaci s dlouhodobými nebo terminálně nemocnými pacienty je nutná dbát na přesné a snadno pochopitelné formulování sdělovaného obsahu

---

<sup>12</sup> Vízdal, F. Sociální psychologie I. Brno: IMS, 2010

Sýkora, F. Úvod do studia předmětu sociální komunikace. Brno: IMS, 2008

především ošetřujícím personálem, aby nedocházelo k nesprávné interpretaci pacientem a v konečném důsledku jeho nepohodě či prohlubování stresu.

#### ❖ **Neverbální komunikace**

- nebo-li komunikace beze slov, je zprostředkována pohledy, mimikou, gestikulací, pohyby, postoji, svým zjevem, dotykem, podáním ruky, přiblížením se k druhému člověku, atd. Velký význam neslovní komunikace spočívá v tom, že se v ní ve větší míře projevují emoce a pocity člověka než při projevu slovním. Právě proto má podstatnou úlohu v sociální interakci při poskytování ošetrovatelské péče. Na druhou stranu je obtížněji kontrolovatelná. Pokud verbální a neverbální vyjádření spolu nekorespondují, je jakákoli snaha pacienta verbálním způsobem o něčem ujišťovat marná, pokud tomu celkový projev terapeuta neodpovídá např. nervózním přešlapováním, díváním se na hodinky, atd.

## **2.2 Komunikace jako základní předpoklad společenských vztahů**

Komunikace patří k základním činitelům ovlivňujícím náš život. Neméně na ní závisí také náš úspěch v životě. Všude, kdekoli se chceme prezentovat, vystupujeme sami za sebe prostřednictvím komunikace. Komunikace vyplývá z potřeby člověka vyměňovat si informace s jinými lidmi. K výměně informací dochází všude při setkávání lidí, přičemž platí obousměrnost procesu komunikace mezi účastníky setkání. Abychom rozpoznali efektivitu naší komunikace, musíme sledovat a analyzovat reakce posluchače. Sociální komunikace je nezbytnou podmínkou života ve společnosti. Je založena na vzájemné interakci mezi lidmi. Sociální interakce je proces, při němž se lidé vzájemně stimulují a reagují na sebe, proces, při němž se lidé vzájemně ovlivňují prostřednictvím vzájemné výměny myšlenek, citů, postojů. Představuje jakoukoli společnou činnost, při níž se vytváří vzájemné mezilidské vztahy, a při níž se vzájemně ovlivňují.

Zvláštním příkladem je komunikace ve zdravotnictví, obzvláště u dlouhodobě nemocných pacientů, kteří potřebují specifický přístup. Všeobecně se dá říci, že zásady správné komunikace ve zdravotnictví mají společného jmenovatele a tím jsou: obyčejná slušnost, úcta a vzájemný respekt. Klíčovou roli zde hraje i důvěra, která musí být zachována jak ze strany lékař-pacient, tak ze strany pacient-lékař. Dobré komunikační dovednosti



a s nimi spojená schopnost efektivní sociální interakce jsou zásadními součástmi kvalitní zdravotní péče<sup>13</sup>.

## 2.3 Komponenty komunikačního procesu v kontextu ústavní péče

Existuje řada rozdílů mezi pacientem v ambulantní péči a pacientem hospitalizovaným v nemocnici. Na rozdíl od prostředí domácího se v průběhu hospitalizace pacient setkává s různorodou skupinou lidí. Do nemocnice přichází pacient ve stavu vnitřní úzkosti z toho, co mu je.

Nemocniční pacient je předmětem péče mnohých lidí – lékařů, sester, dalšího odborného personálu, pomocného personálu, atp. Ti jsou teď hlavními aktéry jeho života. Je uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí a nové. Pacient najednou nemůže dělat, co by chtěl, ale musí vše dělat, jak mu určují druzí. Musí si zvykat na nový životní rytmus, který je mu předkládán v nemocnici a který se mu nezdá přirozený. Je nucen dělat činnosti, které neovládá, to může způsobovat snížení sebevědomí. V nemocnici je v relativní sociální izolovanosti, i když je dnes trendem, umožňovat příbuzným neomezené návštěvy z důvodu omezení psychického komfortu pacienta. Charakteristický je emocionální stav pacienta, dominují především strach, obavy, bolest, nejistota<sup>14</sup>.

U pacienta ve zdravotnickém zařízení se vystřídá během jednoho dne několik lidí, každý s odlišným posláním. Jsou jimi především zdravotnický personál:

- **Lékař** (má dominantní postavení ve vztahu pacient – lékař, pacient se na něj většinou obrací s prosbou a očekává od něj pomoc, dnes stále hodně zaměřeni více na somatickou stránku člověka, psychické obtíže často opomíjeny, vlídné slovo a pozitivní povzbuzení od lékaře má velkou váhu a prohlubují v lidech větší důvěru ve svého lékaře, lékaři sdělují pacientům diagnózu, někdy se špatnou prognózou, toto sdělování musí být přiměřeno jeho chápání<sup>15</sup>)
- **Zdravotní sestra, ošetřovatelka** (tráví s pacientem nejvíce času, zajišťují hygienu, jídlo, pití, veškerý ostatní komfort pacienta, podávání léků, infuzí, ..., významnou

<sup>13</sup> Pokorná, A. Komunikace se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2010 ISBN 978-80247- 3271-8

<sup>14</sup> Křivohlavý, J. Psychologie nemocí. 1.vyd. Praha: Grada, 2002 ISBN 80-247-0179-0

<sup>15</sup> Křivohlavý, J. Psychologie nemocí. 1.vyd. Praha: Grada, 2002 ISBN 80-247-0179-0

roli hraje nejen komunikace, ale také způsob, jakým jsou vykonávány činnosti spojené s ošetřováním nemocného<sup>16</sup>,

ošetřování musí být prováděno s úctou, respektem k přáním nemocného a ochranou jeho důstojnosti, vedle odborné způsobilosti se u dlouhodobě popř. terminálně nemocných předpokládá specifický přístup personálu z důvodu jejich snadné zranitelnosti, stejně tak může být vykonáváním této profese personál ohrožen vyhořením. Při komunikaci musí sestra projevovat osobní zájem o pacienta, verbální projev musí odpovídat neverbálnímu, reagovat citlivě na nemocného a zvládnout komunikaci s rodinou.)

- **Jiný terapeutický personál** (psycholog, logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut,...) - (odborníci podílející se na zlepšení celkového stavu pacienta v rámci možností choroby a v okruhu své specializace)
- **Duchovní pomoc** (nesouvisí přímo s medicínou, zajišťují lidé se vzděláním duchovního charakteru, v dnešní době tvoří neodmyslitelnou součást péče o dlouhodobě a umírající pacienty, kteří potřebují spirituální útěchu, každé zařízení si zajišťuje tuto péči individuální formou návštěv duchovního a hromadně v prostorách jednotlivých oddělení nebo individuálně u lůžka ležícího klienta probíhají modlitby a rozhovory vedoucí k vnitřní útěše nemocného)
- **Sociální pracovník** (zejména na odděleních, kde se zajišťuje další péče klientů po propuštění z nemocničního ošetřování, napomáhá rodině, hledají nejlepší cestu, jak dále pečovat o svého nemocného příbuzného pomocí domácích agentur, charit,..., popř. zajišťují umístění nemocného do hospicových zařízení a jiných sociálně-zdravotnických zařízení)

Zajištění odborné a psychické péče, dobré komunikační schopnosti a s nimi spojená schopnost účinné sociální interakce mezi pacientem a zdravotníkem jsou základními předpoklady kvalitní a efektivní péče<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Venglářová, M., Mahrová, G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2006 ISBN 80-247-1262-8

<sup>17</sup> Pokorná, A. Komunikace se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2010 ISBN 978-80-247-3271-8

## 2.4 Chyby a omyly při komunikaci s pacientem

Komunikovat se učíme od narození a během celého života se v tomto umění postupně zdokonalujeme, často úplně mimovolně třeba jen pobytem v určité společnosti, v určité kultuře, v rodině,... Podle těchto schopností komunikuje s pacientem rodina. Tomu, jak bude s pacientem komunikovat zdravotnický personál, který je příbuzensky nezainteresován, by měl být kladen větší důraz již při studijní přípravě. Tato oblast je studijními osnovami stále ještě podceňovaná, ale přesto pro etické jednání s pacientem nezbytná. Historicky vychází medicínská etika z Hippokratovy přísahy<sup>18</sup>. Souhrnným dokumentem etických zásad lékařské profese je Etický kodex lékařů<sup>19</sup>. Lékaři u těžce nemocného pacienta usilují o úspěšné vyléčení choroby, v případě neléčitelných nemocí o potlačení všech jejích negativních projevů, ale často zapominají na psychosociální podporu pacienta, která stejně jako fyzické prospívání ovlivňuje celkový výsledek léčby. Podstata správné komunikace s dlouhodobě nemocným pacientem vychází z principů etiky, empatie a porozumění. Dobrý vztah mezi lékařem a pacientem se zakládá na důvěře a efektivní komunikaci, ta spočívá v „umění naslouchat“, tedy používat při poslouchání nejen uši, ale i oči a srdce.

Nemocný člověk je jednotou těla i ducha, obojí nemocí trpí, proto musí být léčeno obojí. Pacient jako plnohodnotná bytost má svá práva, ale i povinnosti.

Práva jsou formulována v Etickém kodexu práv pacientů<sup>20</sup>. Příkladem povinností pacienta je např. respektování nemocničního řádu institutu, v němž je hospitalizován.

Efektivní sociální komunikace je důležitým aspektem komplexní péče o pacienta. Ošetřovatelská péče obecně musí vycházet ze zásad Etického kodexu ať už lékařů či nelékařských zdravotnických oborů<sup>21</sup>. Kromě odborné způsobilosti jsou základními činnostmi každého zdravotníka schopnost empatie, porozumění, individuální přístup, úcta a pozitivní vztah k pacientovi<sup>22</sup>.

Zdrojem informací o druhém člověku nám není jen to, co nám říká, nýbrž i to, jak se chová a jak toto chování působí na nás. Při naší interpretaci chování druhého člověka

---

<sup>18</sup> příloha 1

<sup>19</sup> příloha 2

<sup>20</sup> příloha 4

<sup>21</sup> příloha 3

<sup>22</sup> Mátel, A., et al. Aplikovaná etika v sociální práci. 1. vyd. Brno: IMS 2010 ISBN 978-80-87182-13-0

dochází často k omylům na základě laické psychologie, střídmých osobních zkušeností a na základě vlastní individuality. Laicky řečeno: „první dojem může klamat“. K takovému nesprávnému hodnocení může docházet při léčebném procesu oboustranně.

Nejčastější chyby, ke kterým může při komunikaci docházet:

- Zapomíná se respektování identity pacienta, vždy je nutné oslovovat příjmením a odpovídajícím titulem (naprosto nepřijatelná jsou familiární oslovení typu „babi“, „dědo“)
- Dbát na ochranu pacientovi důstojnosti (např. odebírání anamnézy mimo soukromí, přebalování pacienta na lůžku před otevřenými dveřmi,...)
- Je nutné brát zřetel na zpomalení psychomotorického tempa u starých lidí (nikdy na pacienta nezvedáme hlas, netlačíme na něj, nedíváme se na hodinky,...)
- Při komunikaci s pacientem nestojíme stranou nebo za zády pacienta (vždy v jeho zorném poli), mluvíme zřetelně, srozumitelně a nezapomínáme na možnou nedoslýchavost

Při vysvětlování odborných záležitostí ohledně léčby a samotného zdravotního stavu se musí lékař vyvarovat používání odborných výrazů, jejich nepochopení může vyvolat u pacienta úzkost, obavy a deprese, které mohou způsobit např. nespavost a zhoršit celý průběh léčby. Podle schopností respektovat autonomii seniora rozlišujeme tyto typy přístupů ošetřujícího personálu<sup>23</sup>:

- **Typ autoritativní** – vnucuje seniorovi své názory
- **Typ manipulující** – nerespektuje osobnost seniora, chce dosáhnout svých cílů
- **Typ ochranný** – tzv. hyperprotektivní,
  - nadměrně pečuje, znemožňuje seniorovi jakkoliv se projevit
- **Typ spolupracující** – rozpozná potřeby nemocného

---

<sup>23</sup> Pokorná, A Komunikace se seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2010 ISBN 978-80-247-3271-8

Typ a styl práce se seniorem je ovlivněn řadou faktorů, předchozí profesní praxí, výchovou, vlastním životní filozofií, ale také vlastní zkušeností s péčí o seniora v domácím prostředí.

Každý zdravotnický pracovník by měl umět každého klienta pochopit, zajímat se o něj, vcítit se do něj, přijímat ho, jaký je, vidět v něm i ty dobré stránky. Nejtěžší na tom je, vážit si takovým způsobem právě „každého“<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese. 4.vyd. Praha: Portál, 2000 ISBN 80-7178-429-X

## 3. Doprovázení jako forma sociální práce

### 3.1 Nutnost empatie

„Pouhá znalost etických zásad a norem formovaných v etickém kodexu sama o sobě není zárukou toho, že bude příslušný pracovník jednat mravně, ale rozhodně ho může přivést k tomu, aby o těchto záležitostech přemýšlel, popřípadě se s těmito zásadami identifikoval, zvnitřnil si je a důsledkem toho potom konal v souladu s nimi jako i se svým svědomím.“<sup>25</sup>

Zdraví lidé si neuvědomují, co všechno nemocný člověk ztrácí. Spoustu věcí, jako jsou soukromí, práce, volnost pohybu, chuť k jídlu, životní jistota, atd. považujeme ve všedním životě za samozřejmost, ale nemocný člověk toto všechno ztrácí, k tomu přibudou bolesti, slabost, nemohoucnost, nepříjemná vyšetření, strach o svůj život.

Nemocný má právo reagovat agresí, úzkostí, depresí, poruchami chování. Nejbližší okolí, které není na takovéto změny v chování připraveno nebo není srozuměno s tím, že je to normální reakce, působí na pacienta negativně a jeho agresivitu a deprese to bude více a více prohlubovat. Dobře připravené okolí může vzniklou situaci lépe zvládnout a být tak nemocnému větší oporou. Závisí pak hodně na tom, zda bylo umírajícímu člověku umožněno skonat doma, v domácím prostředí nebo zůstává hospitalizován v nemocnici.

Tak náročný úkol, jako je „doprovázení nemocného a umírajícího“ je schopen zvládnout jenom ten, kdo se vyrovnal se svou vlastní smrtelností<sup>26</sup>. Je na místě zvážit, zda rodina chce, aby jejich blízký strávil poslední dny či týdny svého života po nemocnicích nebo na cestách mezi nimi, zatímco by je mohl strávit relativně v klidu mezi svými blízkými.

To, co bývalo pro dřívější generace naprostou samozřejmostí, že lidé umírali většinou doma, v nemocnicích výjimečně se dnes objevuje zřídka. Obojí má své výhody i nevýhody.

Umírajícímu pacientu je v nemocnici poskytován veškerý komfort týkající se odborné péče a odborného dohledu (medikamentózní, tlumení bolesti, udržování výživy

---

<sup>25</sup> Mátel, A., et al. Aplikovaná etika v sociální práci. 1.vyd. Brno: IMS, 2010, 171s. ISBN 978-80-87182-13-0

<sup>26</sup> Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. 1.vyd. Kostelní vydrž: Karmelitánské nakladatelství, 2008 ISBN 978-80-7195-307-4

a hydratace,...), nemůže však strávit své poslední chvíle v prostředí, kde prožil celý svůj život, vychoval své děti a kde má nablízku svou rodinu. Je žádoucí, aby tam, kde si to pacient přeje akde jsou pro to vytvořeny alespoň základní podmínky, bylo umožněno pacientu zemřít v domácím prostředí.

Přijmout fakt konce je možné jen z vlastní svobodné vůle. Nelze nutit umírajícímu potřebu přijmout smrt. Nikdy nemůžeme říct umírajícímu člověku „musíš přijmout, že umíráš“ nebo „smiř se s tím“. Svatošová říká: „Neotvírejte před pacientem problém umírání a smrti sami od sebe. Vyčkejte, až sám nastolí téma smrti a umírání... Jestliže vyjádří strach ze smrti, usedněte, vyslechněte ho a zeptejte se ho, z čeho konkrétně má obavy... Pomozte mu uspořádat jeho záležitosti.“ Umírajícímu člověku je třeba spíše naslouchat, setrvat s ním v klidu a pokoji, spíše mu naslouchat než příliš hovořit. Větší váhu má mnohdy vyjadřování beze slov než to, co se řekne<sup>27</sup>.

### **3.2 Potřeby umírajícího**

V prostorách, kde někdo umírá, je třeba zachovávat klid a uvědomit si, že i člověk, který nás jakoby nevnímá, nekomunikuje, nereaguje, je utlumen, nás vnímá a slyší. Nesmíme být bezohlední být i nevědomky a řešit nad ležícím a bezmocným pacientem záležitosti týkající se bezprostředně jeho konce a myslet si, že nás neslyší.

Jakékoli diskuze nad pacientem jsou naprosto nepřipustné a vše, co si chceme sdělit ohledně pacientova stavu, musí být řešeno až za dveřmi. Umírajícímu je třeba spíše naslouchat než se mu snažit za každou cenu něco říct. Neverbální komunikace v podobě osobní blízkosti a ticha se stává nejlepší psychoterapeutickou metodou v posledních okamžicích života.

Onemocněním se člověku rázem mění žebříček jeho hodnot a obsah potřeb. Priorita potřeb se mění i v průběhu nemoci. Ze začátku jsou zpravidla prvořadě potřeby biologické, v konečné fázi vystupují do popředí potřeby spirituální. Touhy pacientů se mění též podle jedinečnosti každého člověka, podle jeho charakteru a životních zkušenostech.

---

<sup>27</sup> Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008 ISBN 978-80-7195-307-4

Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada, 2002 ISBN 80-247-0179-0

Dělí se takto<sup>28</sup>:

- **Potřeby biologické** – jsou prvořadé na počátku onemocnění, patří sem vše, co potřebuje nemocné tělo (potřeba dýchání, přijímání potravy, vylučování, vypořádání se s různými zásahy do organismu ať už operativními nebo třeba chemoterapií, ozařováním či různými farmaky.

Při uspokojování těchto potřeb by se nemělo zapomínat na respektování lidské jedinečnosti a to bez závislosti na pokročilost nemoci či stavu tělesné schránky.

- **Potřeby psychologické** – umožnění důstojného a kvalitního života v nejtěžších a většinou posledních chvílích života. Pro nemocného na sklonku života je velmi důležitý kontakt se svými nejbližšími, především s rodinou. Měl by mu být vždy umožněn, pokud je umírající umístěn v nemocnici. Většina umírajících si přeje nebýt v těžkých chvílích zcela opuštěni, neznamená to však, neustále s nimi hovořit, jde jen o jeho ujištění, že není osamocen, že má nablízku někoho, na koho se může obrátit v případě nutnosti. Mnohdy úsměv, pohled, stisk ruky znamenají více než slova.
- **Potřeby sociální** – touha mít někoho nablízku, nejlépe rodinu, tím pádem i pocit bezpečí a možnosti pohovořit si s někým o svých pocitech.
- **Potřeby duchovní** – týkají se lidí věřících, ví se, že lidé žijící ve víře prožívají před smrtí podstatně menší úzkost než ateisté. Pro věřící okamžikem smrti tedy té tělesné vše nekončí a to je pro ně útěchou, na jedné straně obavy ze smrti jsou mírněny nadějí ze „vzkříšení“, vstupem do nového života. Křesťané se smrtí oddávají do vůle Boží, proto se jim „snáze“ umírá, neboť tak vstupují do života věčného.

Na konci života začínají lidé bilancovat svůj život, zabývají se otázkou, jaký měl jejich dosavadní život smysl, zda jim bylo nebo bude odpuštěno a začínají sami odpouštět. Otázku odpuštění a ospravedlnění si křesťané vysvětlí vírou v milostivého Boha a odplatou za hřích.

---

<sup>28</sup> Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008 ISBN 978-80-7195-307-4



### 3.3 Nemoc jako příčina úmrtí

*„Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno.“* Indické přísloví

Většina lidí, pokud by si mohla vybrat, by chtěla zemřít doma v okruhu svých nejbližších, v co nejvyšším věku a co nejrychleji nejlépe ve spánku. To je opravdu ideální způsob zakončení životní cesty. Nicméně život bývá často méně shovívavý a způsobuje mnohé útrapy. Delší nemoc má ovšem i jednu pozitivní stránku, bývá velikou příležitostí pro nemocného i pro celé jeho okolí.

*Vážná nemoc vede člověka k přehodnocení dosavadního žebříčku hodnot. Pokud je tato příležitost uchopena správně, může být nemoc zúročena ve smyslu poznání i jiných hodnot než materiálních.<sup>29</sup>*

V situaci, kdy se již člověk neobejde bez pomoci a je plně odkázán na jinou osobu, je schopen vnímat krásy přírody, umění, může milovat a může to dávat najevo. Mění se i hodnoty postojové, člověk může např. odpustit křivdy. To vše nazýváme tzv. hodnotami vyššího řádu, které mohou být v životě člověka tím vrcholným bodem, který dá smysl celému předchozímu životu. Na sklonku života sám umírající bilancuje svůj život, dělá závěry na základě svého svědomí. Někdy umírající právě v tuto dobu objevují ve svém životě nové souvislosti, řád a smysl. Po celý život nekoná člověk jen dobro, ale páchá i zlo. A když se přiblíží konec, nastává čas zúčtování a zde je na místě opravdová a upřímná lítost. Jedině s její pomocí se může pacient propracovat ke smíru a vnitřnímu pokoji.

V případech, kdy je nemocnému umožněno zemřít v domácím prostředí, je respektována jeho celistvost s vlastním sociálním prostředím. Vlastním domácím prostředím je bezesporu ovlivněna psychická pohoda nemocného a umožněno lépe učinit úkony rozloučení s nejbližšími, vyřešení zbylých nejasností a rozporů. Stejně tak se může rodina lépe se svým blízkým rozloučit, držet ho za ruku a tiše doprovázet. Úloha rodiny je v psychologii umírajícího jedince nezastupitelná. V ústavní péči dochází ke ztrátě vazeb s rodinou a ztrátě motivace nemocného. Osamělý člověk trpí depresí, zoufalstvím a úzkostí z neochoty blízkých lidí být mu nablízku jak on sám by očekával. Pozitivní stránkou umírání rodinného příslušníka v jeho domácím prostředí může být vliv na mladší generaci, kteří si tak více uvědomují hodnotu lidského života, váží si zdraví a vnímají potřebu pomáhat blízkým a berou jako samozřejmost postarat se o blízkého nemohoucího člověka.

---

<sup>29</sup> Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008 ISBN 978-80-7195-307-4

To vše navozuje větší mezigenerační solidaritu, vzájemnou toleranci a pozitivní vztah ke starým lidem a lidem jakkoli znevýhodněným. Posiluje to pocit vlastní odpovědnosti za své zdraví, svůj život a tím i stáří.

V blízkosti umírajícího člověka se nám naskýtá příležitost uvědomit si jedinečnost každého člověka i každého okamžiku. U lůžka umírajícího si uvědomíme pomíjivost lidského života a to, že každý člověk je osobnost, je jedinečný, jeden jediný a naprosto neopakovatelný, stejně tak každý jednotlivý okamžik našeho života je neopakovatelný, proběhne jen jednou jedinkrát za život a již více jej nelze vrátit nebo zopakovat.

### **3.4 Význam vlastní rodiny**

Význam rodiny v léčebném procesu je bezesporu značný. Pokud zdravotní stav a rodinná situace umožní pacientu zůstat ve svém domácím prostředí, setrvává nemocný v sociální síti své vlastní rodiny, je v neomezeném kontaktu se známými lidmi. Na rozdíl od prostředí zdravotnického zařízení, kde je pacient jistým způsobem izolován od rodiny a tráví tyto těžké chvíle v těsné blízkosti poměrně neznámých lidí. „Doprovázení“ je jistě nesnadný úkol. Je nutné si uvědomit, že nemocí trpí nejenom postižený, ale i jeho nejbližší. Prochází jednotlivými fázemi prožívání nemoci stejně jako nemocný. Mnohdy se od nich očekává až nadlidský výkon a představa toho, že příbuzní „musí všechno vydržet“. Reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace jsou různé, závisí na spoustě vnějších okolností, ale také na osobnosti jednotlivce a jeho dosavadních zkušenostech.

Některými atributy, které rozhodují o možnosti nemocného zůstat ve svém přirozeném prostředí jsou:

- bytová situace příbuzného,
- ekonomická situace (často hrozí příbuzným ztráta zaměstnání),
- neochota vzdát se svého komfortu pro potřebu druhého,
- negativní vzor (nemotivující prožitky z dětství, pokud se stejným způsobem zachovali jeho rodiče ke svým rodičům),
- nezpůsobilost příbuzného zvládnout péči (hygiena, podávání léků,...),

- nízká finanční podpora.

Pro 21. století je typické umírání převážně v nemocnicích a jiných zařízeních oproti dobám dávno minulých, kdy bylo typické umírat doma. A ještě více se umírá v nemocnicích ve velkých městech na rozdíl od venkova, kde zřejmě více funguje mezigenerační solidarita a rodinná soudržnost z důvodu častějšího soužití více generací v jedné domácnosti. Život ve městě je charakteristický větší anonymitou a lhostejností.

Jedním z hlavních pozitiv domácí péče je respektování integrity člověka s jeho vlastním sociálním prostředím. Domácí péče může být realizována v případech, kdy zdravotní stav pacienta přímo nevyžaduje hospitalizaci v nemocničním zařízení nebo kdy toto setrvávání zde je zbytečné z důvodu blížící se neodkladné smrti. Domácí péče je propojená forma péče zdravotní, sociální a laické. Odbornou pomoc poskytují pečovatelské služby, agentury domácí péče, charity, ... Nemocný, umírající klient potřebuje především tzv. paliativní péči.

*Paliativní péče je aktivní na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání, zachování pacientovi důstojnosti a podpora jeho blízkých.*<sup>30</sup>

Takovouto péči lze nejlépe poskytovat v domácím prostředí a ve spolupráci s rodinnou. Jejím základem je zvládání bolesti, ochrana důstojnosti a kvality života jedince. Vychází z individuálních potřeb a tužeb jedince a zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel. Umírající člověk potřebuje mít nablízku ty, kteří jim nejlépe rozumějí.

### **3.5 Psychická péče o pozůstalé**

Ztráta blízkého člověka uvrhá pozůstalé do osamocení a beznaděje, kterou dosud nepoznali. Je rozdíl pokud nemocný skoná doma ve vlastní posteli v blízkosti rodiny nebo v nemocnici a lékař je nucen tuto skutečnost oznamovat rodině po telefonu. Když zemře

---

<sup>30</sup> [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)

člověk doma, je pro rodinu při všem tom utrpení jakýmsi zadostiučiněním, že mohl jejich nejbližší třeba manžel nebo rodič zemřít doma, že mu to bylo vůbec umožněno. Pocit velké bolesti ze ztráty blízkého člověka se střídá s pocitem „dobře vykonaného díla“.

V případě úmrtí v nemocnici se předpokládá etické a citlivé jednání ze strany zdravotnického personálu. Existují zásady pro oznamování úmrtí<sup>31</sup>:

- Zavolat rodině a citlivě oznámit nastalou situaci
- Projevit upřímnou soustrast
- Umožnit pozůstalým vidět tělo jejich příbuzného, pokud o to projeví zájem
- Pozůstalé odvést na klidné místo, srozumitelně popsat okolnosti smrti (zde se připouští i malá milosrdná lež, vždy v tak těžké chvíli alespoň částečně utiší rodinu, když slyší, že jejich blízký skonal tiše, ve spánku a netrpěl) a dát jim čas na přijetí této informace
- Nebát se tělesného kontaktu, třeba podáním ruky nebo položením ruky na rameno

I přesto, že smrt je v mnohých případech očekávaná, je její oznámení pozůstalým náročným a zdrcujícím momentem provázeným pláčem a smutkem. Každý prožívá události spojené s umíráním a se smrtí jinak a také odlišně na tuto situaci reaguje.

Někomu pomáhá zapojit se hned zase do práce, vrhnout se do nějaké aktivity, jiný toho nebude schopen, je jako ochromený nebo jím zmítají různé emoce. Každý prožívá žal jinak<sup>32</sup>, zejména v tom:

- zda připouští emoce a dává jim průchod,
- zda pocítuje potřebu blízkých kontaktů,
- zda chce mluvit o zemřelém.

Každý člověk může mít jiný způsob truchlení. Různorodost projevů zármutku neznamena nedostatek lásky a není projevem bezcitnosti a lhostejnosti. Ve způsobu, jak se vyrovnáváme se ztrátou někoho blízkého, jsme velmi rozdílní. Vyplývá to z našeho

---

<sup>31</sup> Mátel, A., et al. Aplikovaná etika v sociální práci. 1. vyd. Brno: IMS, 2010 ISBN 978-80-87182-13-0

<sup>32</sup> [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)

dosavadního způsobu života nebo z naší povahy. Každý hledá svoji cestu svým vlastním způsobem.

Jak pomoci sám sobě?

- Brát ohled na své možnosti a nebrát si toho na sebe příliš.
- Nepěstovat v sobě zbytečné pocity viny.
- Dopřát si dostatečnou dobu oddechu.
- Je-li potřeba spánku, pak spát.
- Pohybovat se ve společnosti těch, kteří nám rozumějí a chápou.
- Chodit do přírody.
- V případě nutnosti poprosit ostatní o konkrétní pomoc.
- Zavolat blízkému příteli, popovídat si.

Jsme-li člověku, který zůstal osamocen na blízku, je důležité dát najevo, že ho přijímáme takového, jaký je – v jeho zoufalství, bolesti, zlosti. Pro truchlého může být pocit, že pro druhé něco znamená, velmi důležitý. Ukazuje to smysl tam, kde se veškerá naděje zdá být ztracená. Mnohým lidem pomáhá, když se mohou vypovídat, jindy pouhá tělesná blízkost.

Každý musí sám vycítit, co je pro druhého vhodné. Často se nám zdá, že mu můžeme pomoci jen velmi málo. Je třeba hodně trpělivosti a porozumění, být k sobě poctivý a uznat své vlastní nedostatky. Vždyť jako průvodci se zároveň mnohému učíme, máme možnost zrát, růst a hledat tu pravou „cestu“.

*„Člověk, který odešel, trvá v těch, co přicházejí po něm,  
člověk, který přichází, trvá v těch, co odešli.“*

*Karol Wojtyła*

## 4. Praktická část

### 4.1 Cíl šetření

Cílem tohoto šetření je popis sociálních vztahů dlouhodobě nemocných pacientů oddělení následné péče. Je zjišťováno:

- ✓ jaký způsob komunikace v rámci všech vztahů je optimální pro efektivní léčbu a zachování dobrého psychického stavu
- ✓ jaký je význam rodinných příslušníků při léčbě a potvrdit jejich nezastupitelné místo při tomto procesu
- ✓ zdůraznit nutnost celostního pohledu na nemocného popř. umírajícího člověka, tedy vedle tělesné schránky neopomenout péči o duši člověka.

Ke zjišťování byla použita metoda analýzy dat získaných vlastní osobní zkušeností (profesní praxí), systematickým pozorováním prožívání pacientů během hospitalizace a metoda strukturovaného rozhovoru s lékařkami, sociálně – zdravotnickou pracovníci a vybraným vzorkem pacientů.

### 4.2 Otázky rozhovorů

#### **ROZHOVOR S LÉKAŘKOU:**

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
2. Jak dlouho na tomto oddělení?
3. Jak vnímáte přítomnost příbuzných u pacienta? Vliv na probíhající léčení?
4. Jak byste charakterizovala zájem rodiny o svého nemocného příbuzného?
5. A jaký je podle Vašeho názoru zájem rodinných příslušníků brát si svého nemocného příbuzného do domácí péče, pokud již není hospitalizace nezbytně nutná?
6. Myslíte si, že se to může lišit region od regionu?
7. Jak často zajišťujete svým pacientům hospicovou péči?
8. Co si myslíte, že je nejčastější překážkou toho, aby bylo starým lidem umožněno zemřít doma?
9. Jaké jsou nejčastější reakce pacienta při sdělování závažné diagnózy?

10. Myslíte si, že je dobré sdělit pacientovi celou pravdu o jeho diagnóze a prognóze? Nebo je lepší nechat je v mírném nevědomí?
11. Komunikují pacienti v nemocnici mezi sebou?
12. Svěřují se sestřám nebo ošetřovatelkám nebo Vám se svým trápením?
13. Chtějí hovořit o své nemoci popř. blízcí se smrti?
14. O čem s Vámi nejčastěji hovoří?
15. Jak často využívají pacienti duchovní útěchy na Vašem odd.? Je to běžné nebo spíše výjimečné?
16. Jaké myslíte, že má umírající člověk potřeby? Co je pro něj v tento osudný moment nejdůležitější?
17. Co pro Vás smrt jako taková znamená? Co ve Vás tematika smrti vyvolává?

### **ROZHOVOR S PACIENTEM:**

1. Kolik je Vám let? Odkud jste?  
(zjišťuji orientaci pacienta, zda je orientován časem a místem)
2. Jak dlouho ležíte na tomto oddělení?
3. Kde bydlíte a s kým? Jste v domku nebo bytě, sám nebo s příbuznými?
4. Rozuměl(a) jste vždy všemu, co Vám sděloval zdravotnický personál ohledně Vaší nemoci a léčby?
5. Chtěl(a) jste si potom, co Vám paní doktorka řekla proč jste tady, s ní o tom povídat?
6. Mluvil(a) jste o tom vůbec s někým z personálu?
7. Jste raději, když je na pokoji klid a ticho nebo když na Vás sestry nebo ošetřovatelky promluví? Těší Vás jejich zájem?
8. Setkal(a) jste se tady někdy s jiným oslovením než je pane/paní + příjmení? Pokud ano, kdo z personálu Vás tak oslovil? Nejmenujte!
9. Cítíte se na našem oddělení příjemně v rámci možností vaší choroby?
10. Setkal(a) jste se na našem oddělení s netaktním přístupem od někoho z personálu?
11. O čem většinu dne přemýšlíte? Máte zde i nějakou zábavu, třeba knihu, luštíte křížovku,..?
12. Povídate si přes den s ostatními pacienty na vašem pokoji? Seznámili jste se?
13. Jak často Vás navštěvuje Vaše rodina? Kdy jste je viděl(a) naposledy?
14. Potěší Vás to vždy, když je vidíte?
15. Povídate si spolu o Vaší nemoci a o budoucnosti?
16. Kolik máte vnuků? Byli tady za Vámi?

17. Navštěvují Vás i kamarádi, známí, sousedé,... a jste rád(a)?
18. Cítíte potřebu o Vaší nemoci hovořit? Pokud ano, s kým? Komu byste se nejraději svěřil(a)?
19. Jste věřící? Využíváte možnost duchovní útěchy na našem oddělení?
20. Co to pro Vás znamená? Přináší vám to úlevu, uklidnění, smír?
21. Máte nějaké tajné přání? Neříkejte mi ho.
22. Děkuji Vám za rozhovor.

### 4.3 Výzkumné prostředí

Výzkum byl prováděn na detašovaném pracovišti Nemocnice Kyjov ve Veselí nad Moravou, kde se nachází rehabilitační oddělení a oddělení následné péče.

- **RHB oddělení** má charakter následné péče a jsou zde přijímáni pacienti, kteří přicházejí na doporučení svých praktických lékařů nebo jiných odborných lékařů a dále pacienti, kteří jsou překládáni z jiných oddělení naší nemocnice nebo nemocnic z okolí. Ve většině případů se jedná o pacienty s poruchami pohybového aparátu, s vertebrogenními obtížemi, dále jsou to pacienti po náhradách velkých kloubů, stavy po cévních mozkových příhodách (CMP), pacienti s periferními parézami, poúrazové stavy, atd. Zde se věkový průměr pacientů pohybuje okolo 65. roku. Na RHB uloženo běžně 25 pacientů.

Cílem rehabilitační péče je pomoci našim klientům k co nejrychlejšímu a optimálnímu uzdravení a umožnit brzký návrat k běžnému způsobu života a celkové zlepšení kvality jejich života.

- **Oddělení následné péče** spadá pod interní oddělení Nemocnice Kyjov a má průměrně 30 pacientů. Převažující diagnózou na tomto oddělení je ateroskleróza tepen, postihující buď:
  - ✓ CNS (centrální nervový systém) – jejími projevy jsou vaskulární demence nebo CMP vznikající na podkladě ischemie mozku, dále
  - ✓ Srdce – oběhové potíže, hypertenze, infarkty myokardu,...

Dalšími častými diagnózami jsou Alzheimerova choroba, komplikace související s diabetem, sešlost věkem, různé chirurgické diagnózy jako např. fraktury krčku kosti stehenní, které bývají časté a velmi nebezpečné u starých lidí z důvodu jejich upoutání na lůžko.



Věkový průměr pacientů na tomto oddělení je 70-80 let. Nežádka se zde setkáváme i s lidmi ve věku 90 let a více.

Obě oddělení spolupracují se zdravotně-sociální pracovníci Nemocnice Kyjov (viz rozhovor), která pomáhá pacientům a jejich příbuzným v průběhu hospitalizace nebo brzy po propuštění z naší péče zajistit další sociální služby. Jsou jimi charity, hospice, léčebny dlouhodobě nemocných, atp. Tím se usnadňuje příbuzným péče v domácím prostředí nebo zajišťuje jiné náhradní řešení.

#### 4.4 Výzkumný vzorek

V rámci výzkumu byly realizovány v první části šetření 3 rozhovory s lékařkami z rehabilitačního oddělení a oddělení následné péče ve Veselí nad Moravou a 1 rozhovor se sociální pracovníci Nemocnice Kyjov.

V další části následují rozhovory s náhodně vybranými pacienty z tohoto oddělení.

Pro výzkumné účely jsem jednotlivé respondenty v první části označila písmeny A-D.

**/A/** - MUDr. H.M. /internistka pracující na oddělení ošetrovatelské péče jako ošetřující lékařka/

**/B/** - MUDr. L.P. /internistka a rehabilitační lékařka/

**/C/** - MUDr. V.V. /lékařka RHB oddělení/

**/D/** - Z.M. /zdravotně-sociální pracovnice Nemocnice Kyjov/

Respondenty - pacienty jsem označila čísly 1 – 10.

**/1/** – V. K. /1922/, muž, Kostelec u Kyjova

✓ neustále nespokojený pacient, žije v domku s vnukem, do nemocnice se dostal ve stavu úplné dehydratace a vyčerpání, hybnost – ležící, nesamostatný, špatně se pohybuje i na lůžku, chůze po chodbě s doprovodem v chodítku asi 20m, další péče nejasná  
dg: st. p. CMP s levostr. symptomatikou, extrapyramidový sy vaskulární etiologie, ICHS chronická, st. p. IM v r. 2008, hypertenze III. st. t. č. komp., jiné dorzalgie, mnohočet. postiž. páteře, hyperplasia prostatae

/2/ – V. J. /1930/, muž, Žeraviny

- ✓ klidný, snaživý, dobře spolupracující, zřetelné známky vaskulární demence, žije v RD s příbuznými, hospitalizován pro celkovou slabost a vleklé vertebrogenní potíže na pohybovou a infuzní léčbu, hybnost omezená, chůze pouze s doprovodem a francouzskou holí asi 10m, po propuštění předán zpět do domácí péče

dg: AS univ. cerebri s projevy demence, jiné dorzalgie, mnohočet. postiž. páteře, chron. vertebrogenní algický sy víceet., chron. žilní insuficience, hypertenze, st. p. akut. pankreatitidě

/3/ - M. K. /1929/, žena, Kyjov

- ✓ paní velmi bolestivá, celková poddanost nemoci, nespolupracuje, odmítá jakýkoli pohyb, hybnost pouze pasivní na lůžku, domácí péče nejistá

dg: st. p. kompres. fraktury L1, postmenop. osteoporóza, CMP s levostr. symptomatologií, coxarthrosis, DM II. typu, parkinsonova choroba

/4/ - J. P. /1936/, muž, Mor. Písek

- ✓ pac. velmi depresivní, hybně velmi špatný, aktivní hybnost minimální, navíc obezita, vertikalizace pacienta – pouze pasivní sed na lůžku, domácí péče - ne

dg: bronchopneumonia l. dx, st. p. CMP v povodí ACM l. dx se vznikem 17. 11. 2011, klinicky těžká levostr. hemiparéza na LHK až plegie, hypertenze

/5/ - A. O. /1923/, žena, Šardice

- ✓ paní velmi pozitivní, optimistická, plná elánu, hybnost velmi špatná, pouze stoj u lůžka s dopomocí, jinak nesamostatná, domácí péče není možná - syn odmítá

dg: anemie sec., fr. os pubis l.sin, zavřená, břišní kýla bez neprůchodnosti nebo gangrény, ICHS chron., esenciální prim. hypertenze, generalizovaná AS

/6/ - L. J./1949/, žena, Louka

- ✓ paní depresivní, těžká obezita, hybnost téměř nulová, spasticita na DKK, vertikalizace nulová, plně odkázána na pomoc druhých, ráda si povídá, dcera zájem, další péče nejasná

dg: parkins. nemoc, st. p. akut. selhání ledvin, anémie, DM II. typu, epilepsie, polyneuropatie, depresivní porucha, ICHS chron., hypertenze

/7/ - Ing. J. Š./1923/, muž, Kyjov

- ✓ projevy demence, pac. není schopen bydlet sám, rodina domácí péči odmítá, hybnost omezená, chůze v chodítku asi 5m

dg: pertrochanter. zlomenina l. dx, zavřená, st. p. OS DHS dne 25. 11. 2011, AS cerebri, přidružená demence, DM II. typu, ICHS chron., varices cruris bilat.

/8/ - D. L. /1923/, žena, Domanín

- ✓ paní s řečovými potížemi, depresivní, velmi smutná, hybnost omezená, mobilita na lůžku pouze s dopomocí, chůze s chodítkem velmi nestabilní jen několik metrů, domácí péče jistá (dcera)

dg: st. p. TIA s dysartrií, zlom. krčku kosti stehenní l. sin, zavřená, st. p. CKP dne 20.11.2011, hypertenze, ICHS chron., st. p. srd. selhání, hypotyreóza, DM II. typu

/9/ - A. P. /1919/, žena, Veselí nad Moravou

- ✓ paní vzhledem k věku pohyblivá a samostatná, po úrazu nutnost péče a blízkost jiné osoby, chůze s podpažními berlemi s doprovodem, další péče se řeší

dg: pertrochanter. zlom. l. sin, zavřená, řešeno OS KRH 16.11 2011, hypertenze, ICHS chron.

/10/ - A. S. /1934/, žena, Vnorovy

- ✓ paní optimistická, spolupracující, hybnost vážne vzhledem k celkovému neurologickému postižení, především hybnost PDK, další péče v dom. prostředí

dg: polyneuropatie, posttraumat. akroparéza PDK při úplném denervačním sy n. peroneus, a n. tibialis l. dx, kontuze sin kolene, DM II. typu s diabet. neuropatií, hypertenze, st. p. implant. TEP genu bilat., astma bronchiale

## 4.5 Vlastní výzkum:

### Rozhovory s lékařkami a sociální pracovníci

#### 1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

A – „Od roku 1984“

B – „Od roku 1995.“

C – „10 let“

D – „Od roku 1972, tedy 40 let“

#### 2. Jak dlouho na tomto oddělení?

A – „Od roku 1994“

B – „10 let.“

C – „8 let“

D – „ Od roku 2005“

#### 3. Jak vnímáte přítomnost příbuzných u pacienta? Vliv na probíhající léčení?

A – „Vždy pozitivně, musím jim důkladně vysvětlit diagnózu, příbuzní mají často strach na nemocného vůbec položit ruku, bojí se čehokoliv.“

B – „V zásadě pozitivně. Jsou i nerozumní příbuzní, když např. nosí ležícímu příbuznému, který je morbidně obézní a má cukrovku, strašnou spoustu potravin a vždycky jsou to potraviny stejného druhu – sladké vody, buchty, majonézové saláty, řízky atp. To mě teda vždy „zvedne ze židle“. Jinak co se týká prožívání, tak to jednoznačně podporuji a snažíme se rodině vyjít jakkoliv vstříc tím, že jich v návštěvách v podstatě nijak neomezujeme, kromě samozřejmě večerních hodin. “

C – „Pozitivně, dobré je, když mezi námi funguje spolupráce. Nejhorší je pro např. ochrnuté lidi samota. Mají pocit, že o ně nikdo nestojí a že jsou na nic a pak ani nemají chuť dělat pokroky.“

D – „Příbuzní jsou hodně důležití. Staří lidé na nich dost lpí. Z praxe vím, že bez „mladých“ to nejde. Oni sami si s tou diagnózou neví rady a většinou se jejich stav zhorší, pokud se tedy rodina odvrací.“

#### **4. Jak byste charakterizovala zájem rodiny o svého nemocného příbuzného?**

A – „Rozlišuji 2 skupiny lidí. Ti, kteří vědí, o co jde, nechají se informovat, pak je zájem přiměřený a ti druzí zájem nejeví. Těch je ale naštěstí méně.“

B – „Setkávám se s velmi kladným postojem, kdy rodina je velmi vděčná za naši snahu a péči a vidí výsledky, kterých dosáhneme, na druhou stranu jsou i takoví, kteří jen kritizují a jsou nespokojení, ale sami si čas na příbuzného nenajdou. To bývají ti, kteří je pak nechtějí doma.“

C – „Někdy až přehnaně pečlivý, např. když své příbuzné, kteří mají úplně zdravé ruce, krmí, to je přeci nesmysl. Tím je akorát více uvrhají do jejich bezmoci. Jindy nejeví zájem vůbec.“

D – „Nevidím to tak špatně. Jsou sice výjimky, tak jako ve všem. Rodina se musí především instruovat a pak spolupracují.“

#### **5. A jaký je podle Vašeho názoru zájem rodinných příslušníků brát si svého nemocného příbuzného do domácí péče pokud již není hospitalizace nezbytně nutná?**

A – „Zájem je, ale musí být se vším řádně obeznámeni. Ti, co bývají zprvu nejvíce nadšeni, nám své nemocné příbuzné vracejí zpátky jako první. Protože to není tak úplně jednoduché, jak se mylně zprvu domnívali. Jinak peníze mají, dostávají sociální příspěvky a většinou i jejich důchod.“

B – „Ano, poslední dobou je zájem větší a nestydím se říct, že je to kvůli penězům. Myslím, že sociální podpora a důchod, který celý dostanou, hraje významnou roli. Jsou samozřejmě výjimky v obou směrech, tedy že někdo absolutně neuvažuje o tom, že by měl jejich nemocný příbuzný skončit někde jinde než doma, ale i opačné případy jsou, kdy nepomůžou žádné peníze a zájem prostě není. To je pak hrozné, to lidem nějak vysvětlovat. A když příbuzným oznámíte, že babička nebo dědeček umírá, tak toho se zalekne téměř každý. Přitom je to tak přirozené a jde to v domácím prostředí pěkně zvládnout. Dřív to bývalo normální umírat přirozeně doma a nesnažit se to uměle o den nebo dva prodlužovat v nemocnici, to je jen trápení.“

C – „Spíš nechtějí, jsou rádi, když se o ně stará někdo jiný. Chtějí ho až je z nejhoršího venku a je více samostatný a soběstačný.“

D – „Je zájem. Určitě je rozdíl mezi městem a venkovem. Tady (na venkově) je to jistě lepší, každý má svůj dům, lepší podmínky pro to o někoho pečovat, mnohdy spolu žije v jednom

domě více generací, je tedy pro ně samozřejmostí se o svou babičku či dědečka postarat. A velkou roli hraje určitě i víra. Většina lidí tady je přeci věřících.“

## **6. Myslíte si, že se to může lišit region od regionu?**

A – „Myslím, že rozdíl bude pouze v tom, jestli je to venkov nebo město. Jinak region jako takový nehraje roli. Tady na venkově určitě funguje větší rodinná sounáležitost, lidé mají své domky, kde žijí vnuci s babičkami a je úplnou samozřejmostí mít doma byt nemocného příbuzného. A většina lidí je zde silně věřících oproti městu, kde mají lidé hodnoty více materiální.“

B – „Těžko můžu posoudit, v něčem snad ano, město je jistě více anonymnější, takže lidé nehledí na to, „co by si řekli druzí lidé“.“

C – „Těžko tuto problematiku nějak charakterizovat. Napadá mě, že snad v horských oblastech, kde byl vždycky těžší život, byli lidé méně zvyklí chodit do nemocnice, a proto více umírali doma. A asi ve velkých městech jsou nemocní více umisťováni do zdravotnických zařízení.“

D – „Tak jak jsem před chvílí o tom mluvila. Já to můžu porovnat jen tady ve Veselí nad Moravou se situací v Kyjově. Tady jsme venkov, většina našich pacientů je z vesnic v okolí mnohdy vzdálených desítky kilometrů od nějakého většího města. Všichni tam mají baráky, nikdo nebydlí na činžáku, žijí spolu s jejich potomky a jejich dětmi, prostě více generací pohromadě. Všichni jsou také věřící. Takže klidně mohou svému faráři věřit víc než komukoli jinému. Kdežto v Kyjově se mi zdá situace již trochu jiná. Spousta našich pacientů bydlí v bytě v paneláku nebo jejich děti bydlí v paneláku a nastalou situaci – co s imobilním pacientem – je pak těžké řešit a hledají se různá náhradní řešení. Region jako takový si myslím moc nerozhoduje, ale více je rozdíl venkov x město.“

## **7. Jak často zajišťujete svým pacientům hospicovou péči?**

A – „Nevím přesně, asi 5x/měsíc. Většinou pro terminálně onkologicky nemocné a pro apaliky.“

B – „To nevím, veškerou tuto sociální péči předávám paní Měsíčkové.“  
(naše soc. pracovnice).

C – „Někdy ano. U onkologických, když si to přeje rodina.“

D – „: Rajhrad pro onkologicky nemocné v terminálních stavech, asi 3x/měsíc.

Valtice asi 5x/měsíc pro těžké stavy po CMP.“

## **8. Co si myslíte, že je nejčastější překážkou toho, aby bylo starým lidem umožněno zemřít doma?**

A – „: Většinou strach z toho, že to nezvládnou. Dnes přeci výborně pomáhají charity, chodí dávat injekce i infuze. Ale oni se toho bojí. Nechápu, že toto všechno se může dít doma, v nemocnici nic jiného nedostanou a navíc by jim bylo dobře v jejich vlastní posteli.“

B – „Často se toho příbuzní leknou. Terminální stav nemoci působí na laiky děsivě, protože postižený těžce nebo velmi slabě dýchá, přestává cokoli přijímat, přestává komunikovat. To je příroda. Nesmí mít bolesti, jinak je to přirozené. V těchto situacích oni volají záchrannou službu a ti už musí pacienta převést do nemocnice. Takhle je to skoro vždy.“

C – „Jednak se toho bojí a pak mají strach o práci, pokud ještě pracují. Takový člověk často nemůže zůstat celý den sám doma a oni chodí do zaměstnání.“

D – „Vážný zdravotní stav a s tím související péče, třeba sonda. Rodina má strach z toho, že to nezvládnou. Peníze podle mě nehrají roli a hygienu brzy zvládnou.“

## **9. Jaké jsou podle Vás nejčastější reakce pacienta při sdělování závažné diagnózy?**

A – „Je nutné jim to podávat po částech ne najednou. Záleží také na inteligenci jedince. Většinou ztuhnou a přemýšlí. Ženy více pláčou a svádí to na okolí, muži se více uzavírají a svádí vinu na všechny kolem.“

B – „Většinou už to ví, stane se, že to prvně úplně nepochopili a tak si u nás musíme říct zbytek nebo celé znovu a jasně vysvětlit.“

C – „Když přijdou k nám, většinou už svou diagnózu znají, někdy je třeba jim to jaksí dovysvětlit. Ale myslím, že psychicky slabší jedinci to hned vzdávají, ti silnější věří v nějaké východisko, chtějí stále něco pro uzdravení podnikat.“

D – „: Když přijdou k nám, většinou ji už znají. Staří lidé to většinou nevnímají. U onkologických diagnóz jsou nejdřív zaskočení. Rodinu to většinou semkne a snaží se vymyslet nějaké možné řešení.

Ale třeba u mozkových příhod to rodina hůř přijímá, často útočí a chtějí po nás, abychom něco vymysleli my.“

**10. Myslíte si, že je dobré sdělit pacientovi celou pravdu o jeho diagnóze a prognóze? Nebo je nechat v mírném nevědomí?**

A – „Musí se to sdělit. Ale podle jeho schopností, uvažování, podle povahy a momentálním psychickým stavu.“

B – „Je nutné to zvážit individuálně, je k ničemu pacienta zbytečně stresovat. Pomalu a postupně.“

C – „Nutný je individuální přístup. Pokud vidím, že je to člověk citlivý a křehký, pak je potřeba to podávat postupně, šetrněji, otrlejší to pak říct celé. Člověk by měl o sobě vědět vše, má na to nárok.“

D – „Myslím, že rodině vždy přesně. Pro pacienta – podávat postupně a ne naplno. Je to velmi individuální, je třeba zhodnotit, jestli je to schopen pochopit.“

**11. Komunikují pacienti v nemocnici mezi sebou?**

A – „Ano, nedokáží říct do jaké míry, ale myslím, že ano.“

B – „Ano, u nás dost. Stává se, více tedy u mužů, že když uložíme pacienta po CMP s těžkou poruchou hybnosti, který je na tom psychicky velmi špatně a odmítá spolupracovat, na pokoj s více mužskými, tak ti ostatní ho tak zpracují, podpoří a domlouvají mu, že si třeba dá říct. Začíná s nimi komunikovat a oni ho natolik ovlivní, že začne i mít chuť do života.“

C – „Starší velmi málo. Záleží zase podle povahy a taky podle diagnózy. Třeba po zlomeninách mluví více, po CMP málo.“

D – „Jak kteří. Pokud ano, je to dobře.“

**12. Svěřují se sestřám nebo ošetřovatelkám nebo Vám se svým trápením?**

A – „Ano, chtějí si povídat. Psychika je zde opravdu dominantní.“

B – „Ano, chtějí si povídat. Hodně o tom, co všechno zlé je potkalo, co prožili za trápení. Někdy se velmi rozpovídají. Chtějí se někomu vypovídat.“

C – „Většinou ano. Ale mluví víc třeba o rodině než o nemoci.“

D – „Ano, někdy až moc. Mám pocit, že si nás chtějí jakoby udržet na pokoji, proto povídají a povídají, často věci nesouvisející s nemocí, ale třeba o rodině o vnucích a tak.“



### **13. Chtějí hovořit o své nemoci popř. blížící se smrti?**

A – „„Jak kteří, zase záleží na povaze. Někdo je mlčenlivý, někdo upovídaný a podle toho, jestli má strach nebo ne.“

B – „O smrti moc ne. O tom co a jak je bolí.“

C – „Myslím, že se tím jen trápí.“

D – „Spíš se ptají. Slýchám často poznámky typu: „Já už tady dlouho nebudu...“

O smrti vyloženě moc ne.“

### **14. O čem s Vámi nejčastěji hovoří?**

A – „Ti, co mluví, se ptají, kdy budou zdraví, jak dlouho tady budou, proč se jim to stalo, pokud je to třeba mozková příhoda. Jinak mluví o všem možném, nejčastěji o dětech, co dělají, o radosti z vnoučat a pravnoučat, o tom, co dělali celý život a tak.“

B – „O svých problémech a bolestech, někdy velmi barvitě.“

C – „Kdo chce mluvit, se většinou ptá na jejich nemoc a prognózu. Často chtějí slyšet přesný časový horizont toho, kdy budou plně zdraví. Záleží také na typu člověka. Kdo je celý život rozmrzelý a věčně nespokojený, si ztěžuje i tady a to na všechno a na všechny. Kdo je veselá, optimistická povaha mluví o rodině, o dětech, vzpomínají na to, co celý život dělali a tak. Kdo je uzavřený, odpoví jen jedním slovem, nejčastěji ano x ne.“

D – „Zprvu chtějí, abychom o jejich nemoci mluvili s jejich rodinou, abychom jim vše vysvětlili, aby se ujistili, že vše bude na doma připraveno. Horší je, když o ně příbuzní nemají zájem, pak musíme oklikou vysvětlovat, proč u nás stále zůstávají a co pak. Když je vše na dobré cestě, rádi mluví o své rodině, nejčastěji o vnoučatech nebo pravnoučatech, rádi vám je vyjmenovávají a velice s láskou o nich mluví.“

### **15. Jak často využívají pacienti duchovní útěchy na vašem oddělení? Je to běžné nebo spíše výjimečné?**

A – „Myslím, že často. Já jsem za to velmi ráda, protože si myslím, že takový kněz zmůže často více než psycholog. Tady je téměř každý věřící. Je to přeci venkov a věk těch lidí... jednoznačně jsem pro. Možná zmůže kněz více než naše léky.“

B – „Běžně. Myslím, že každý, kdo je tady věřící.“

C – „Asi 50%.“

D – „Myslím, že téměř každý z našich pacientů je věřící. Ženy rozhodně více. Ty se více modlí. Často mají v posteli růženec a odříkávají ho. Chlapi jakoby nechtějí dávat své city najevo. Já to hodně podporuji a radím jim, jestli si nechtějí popovídat nebo se nechat vyzpovídat, určitě jim to musí přinést úlevu a vnitřní klid, který je hrozně důležitý pro léčení.“

### **16. Jaké myslíte, že má umírající člověk potřeby? Co je pro něj v tento osudný moment nejdůležitější?**

A – „Pro nás je zásadní, aby neměl bolesti a nebyl nepřiměřeně neklidný. Většinou mají analgetika a tlumící léky. Pokud je toto splněno, je optimální, když jsou u něj příbuzní, ale oni nám často umírají v noci nebo brzy nad ránem, takže to je nereálné. Určitě je dobré, když je na pokoji klid a někdo nablízku, kdyby chtěl podat ruku nebo někomu ještě něco říct. Také je dobré, když se mohou před smrtí vypovídat.“

B – „Podle mě, aby neměl bolesti. A z duchovní stránky? Potřebují nějaké vnitřní rozehřešení, srovnání se uvnitř sebe a to třeba tím, že se vypovídají knězi.“

C – „Zajistit klidný, důstojný, bezbolestný odchod. Někdo by chtěl, aby u něj byla rodina, jiní by nechtěli, aby je při umírání jejich drazí viděli. Myslím, že si to často už velmi přejí. Chtějí určitě klid.“

D – „Nesmí mít bolesti. Pokud vidíte klidný, vyrovnaný výraz je to ideální. Nevím, jestli u sebe chtějí někoho mít, myslím, že je to pro ně něco velmi intimního. Rodina je tady při umírání zastihne velmi málo.“

### **17. Co pro Vás smrt jako taková znamená? Co ve Vás tematika smrti vyvolává?**

A – „Ukončení života. Hlavně aby to bylo rychle, bez dlouhého trápení na lůžku a ne příliš brzy. To ovšem vyvolává otázku, co je to brzy, že? Hrozné je, když umírají mladí lidé. Se smrtí se setkávám často a беру to jako přirozené završení nějaké etapy.“

B – „Definitiva. Prostě už nikdy nic!“

C – „Jsem věřící, takže v tom mám jasno. Konec pozemského života a přesun do života v jiné dimenzi. Strach ze smrti nemám, jenom by nemusela přijít příliš brzy.“

D – „Naprostou přirozenost, jako narození. Po smrti se setkáme se svými blízkými zemřelými.“

## Rozhovory s pacienty

### 1. Kolik je Vám let? Odkud jste?

1 – „Letos 90. Z Kostelce, to je blízko Kyjova.“

2 – „81, ze Žeravin.“

3 – „82 let, z Kyjova.“

4 – „75, z Písku.“ (pozn.: pacientu je velmi špatně rozumět pro motorickou afázii, ale zvládli jsme to.)

5 – „Kolik byste řekla? Za 5 roků budu mít stovku.“ (pozn.: paní má 89 let).

„Ze Šardic. Vy víte, kde to je, „děvčičko“? Znáte to tam?“ (pozn. paní mi v každé větě řekla „děvčičko“).

6 – „62, z Louky“

7 – „89 roků, z Kyjova. A vy jste odkud?“

8 – „88 roků, z Domanína.“

9 – „92 roků, to je věk, sestřičko, že?! Tady z Veselí“

10 – „78 roků, tady kousek – ze Vnorov.“

### 2. Jak dlouho ležíte na tomto oddělení?

1 – „Asi měsíc a nevím proč, vždyť mně už nic není.“

2 – „2 dny, přeložili mě sem z Kyjova.“

3 – „Asi dva týdny.“

4 – „Ani nevím.“

5 – „Já Vám to musím říct tak. Když jsem doma spadla, tak mě zavezli do Kyjova. Tam mě řekli, že mně nic není a poslali mě domů. Pak jsem zase spadla a zase mě tam vezli.....“

(pozn.: paní sáhodlouze líčila svou cestu po nemocnicích). „Tady jsem 14 dní.“

(pozn.: paní u nás leží už 6. týden)

6 – „2 týdny.“

7 – „Co já vím, mně už se to všechno plete.“ (pozn. asi 2 týdny)

8 – „Dnes je to týden.“

9 – „Už skoro měsíc. Nevím, kolikátého přesně mě sem přivezli, ale asi měsíc, ne?“

10 – „Tak je to asi týden, co mě sem děcka dovezli.“ (pozn. přivezli ji vnuci)

### **3. Kde bydlíte a s kým? Jste v domku nebo v bytě, sám nebo s příbuznými?**

1 – „Já bydlím v domku s vnukem.“

2 – „Bydlím v domku se synem a snachou.“

3 – „Bydlím sama, ale dcera se o mě stará.“

4 – „Bydlím v domku s dcerou a zeťem.“

5 – „Já bydlím v našem domku, potom, co jsem ovdověla sama.“

6 – „S dcerou v domku.“

7 – „Já jsem sám na bytě.“

8 – „Já bydlím s dcerou v rodinném domku.“

9 – „Sama v bytě.“

10 – „Já bydlím u jednoho syna.“

### **4. Rozuměl(a) jste vždy všemu, co Vám sděloval zdravotnický personál ohledně Vaší nemoci a léčby?**

1 – „Ale prosím Vás, vždyť oni mně ani pořádně nic neřekli.“

2 – „Já nevím, mně nikdo nic moc neříkal.“

3 – „Asi ano.“

4 – pac. jen pokrčil rameny

5 – „Však mně velice nikdo nic neříkal.“

6 – „Moc mně to vysvětlovat nemusela, já vím, co mně je. Já jsem se i před tím špatně hýbala, ale pak jsem dostala ten záchvat (epileptický) a spadla jsem. Byla jsem prý celá potlučená a převáželi mě sanitkou do Kyjova. Tam jsem ležela na JIPce, pak na normálním oddělení a tak jsem se rozležela, že teď to vypadá takto.“

7 – „Já jsem si zlomil kyčel a operovali mě v Kyjově, pak mě převezli sem. Tady mně jenom paní doktorka vysvětlovala, že se musím naučit chodit a hlavně po schodech. Já bydlím na činžáku, víte? A tam nemůžu být sám a já sám bydlím. Tak jsem zvědavý, jak to dopadne.“

8 – „Ano, pan doktor v Kyjově mně to všechno pěkně vysvětlil, co se mně stalo a že mně to museli sešroubovat. Já jsem si zlomila nohu v kyčli, víte? A paní doktorka mně řekla, že jsem tady u vás, abych se naučila chodit a být víc samostatná.“

9 – „Ano, mám sešroubovanou nohu, tomu rozumím, musím se naučit chodit s berlemi po rovině a po schodech. Pak mě pustí domů.“

10 – „Paní doktorka mně vysvětlovala, proč mě neposlouchá ta noha, že to musím rozcvičit a chodit musím.“

### **5. Chtěl(a) jste si potom, co Vám paní doktorka řekla, proč jste tady, s ní o tom povídat?**

1 – „O čem si chcete povídat?! O starém „dědkovi“?“

2 – „Ne, myslím, že ne.“

3 – „Ano, ptala jsem se jí, co mě zajímalo, kdy se mi to zahojí a kdy půjdu domů.“

4 – „Ptal jsem se jí, co s tím?“

5 – „Ale bavili jsme se o všem možném, co mě bolí.“

6 – „Chvíli jsme si povídali.“

7 – „Ani ne, všechno mi bylo jasné.“

8 – „Povídali jsme si o tom, s kým bydlím, jestli nejsem sama a já jsem jí říkal, že mám velice hodnou dceru a ta se o mě stará, že bydlíme v jednom baráku. Mně se velice špatně mluví a špatně slyším, takže to není jednoduché se mnou.“

9 – „Ale, jaké povídání, paní doktorka mně vysvětlila, proč jsem tady, že budu chodit a dokonce i po schodech. Já jsem se pak už na nic velice neptala.“

10 – „Ne, já bych ji nezdržovala zbytečným tlacháním. Co víc potřebuju vědět.“

### **6. Mluvil(a) jste o tom vůbec s někým z personálu?**

1 – „Nepotřebuju si s nikým vykládat, tady se za celý den stejně nikdo neukáže.“

2 – „Ne.“

3 – „Ptám se sester, když mě něco zajímá.“

4 – „Nemluvil.“

5 – „Sem tam se něco sester zeptám. Ale na co chcete pořád ptát. Mně je tady dobře. Jsem v teple a suchu.“

6 – „Jinak moc ne. Až teď s Vámi.“

7 – „Se sestrou, co chodí na cvičení.“

8 – „Ne, až teď s Vámi.“

9 – „Ne, o čem pořád mluvit?!“

10 – „Někdy se sestrami něco prohodíme, ale ani ne tak o nemocích, spíš o společných známých a tak.“

**7. Jste raději, když je na pokoji klid a ticho nebo když na Vás sestry nebo ošetřovatelky promluví? Těší Vás jejich zájem?**

1 – „Já potřebuji ticho a klid.“

2 – „Normální pohyb lidí a mluvení mně nevadí, rámus by mně vadil. Je dobré, když mají sestry zájem. Ptají se, co potřebujeme a tak.“

3 – „Velký hluk bych nesnesla. Jinak jsem ráda, že můžu s někým prohodit slovo. Bavíme se o všem možném. Jedna sestra zná mou dceru z Kyjova, tak to mě potěšilo a povídali jsme si o společných známých.“

4 – „Dávají mně jíst a pít, tak jsem rád, když jsou tady. Sám je moc nevolám.“

5 – „Jé, já bych si pořád s někým povídala. Kdyby tak tady byl někdo od nás, abychom mohli vzpomínat na celou dědinu.“

6 – „Tak někdy si ráda povykládám, třeba s někým koho znám.“

7 – „Kdo by si tady se mnou vykládal, všichni pořád běhají, někam spěchají, mají moc práce.“

8 – „Někdy s paní vedle si povídám, ale jak já špatně slyším, tak ona musí křičet, takže vždycky jenom chvíli. Sestry se mě moc neptají, vždycky mi jen oznámí, co se bude dělat, že je jídlo a tak.“

9 – „Klidně ticho, já mám ráda klid.“

10 – „Zájem mě těší, to ano, ale tady je takový fofr, že na nějaké povídání se sestrami není moc čas.“

**8. Setkal(a) jste se tady někdy s jiným oslovením než je pane/paní + příjmení? Pokud ano, kdo z personálu Vás tak oslovil? Nejmenujte!**

1 – „Ale to víte, že ano. Ty sestry, co tady pořád pobíhají.“ (pozn.: pán myslel sanitářky.)

2 – „Nevím, mně je to jedno, však mají pravdu. „Dědek“ jsem, ne?!“

3 – „Ne, všichni jsou tu slušní.“

4 – „Nevím, to je jedno.“

5 – „To je mně, děvčičko, úplně jedno.“

6 – „Já ne, ale tady paní vedle mě říkali sestry „babi“.“

- 7 – „Myslím, že ne.“
- 8 – paní pouze kroutí hlavou, že ne
- 9 – „Ne, říkají mně paní ...“
- 10 – „Ne, normálně mně říkají, mým jménem.“

### **9. Cítíte se na našem oddělení příjemně v rámci možností Vaší choroby?**

- 1 – „Nemám rád „špitály“, už abych byl doma.“
- 2 – „A tak to víte. Doma by to bylo lepší. Ale teď to prostě nejde, tak tu chvíli poležím.“
- 3 – „Nemůžu se moc hýbat, bolí mě to, takže jak se můžu mít. Prostě nic moc. Nutí mě hýbat se, musím vstávat z postele na nohy a to je hrozné. Nestojí to za nic takový život.“
- 4 – „Už abych byl doma.“
- 5 – „No jeřda, doma jsem sama, tam bych teď nemohla být. To je dobře, že jsem tady.“
- 6 – „Však mě vidíte, jak vypadám. Jak se můžu asi cítit.“
- 7 – „Tak jak v nemocnici. Doma to není. Doma je doma.“
- 8 – „Ano, dobré je to tady.“
- 9 – „Doma je doma, ale jinak to ujde.“
- 10 – „Je to tu dobrý, všichni se moc snažíte, vidím, kolik máte práce. Dobrý.“

### **10. Setkal(a) jste se na našem oddělení s netaktním přístupem od někoho z personálu?**

- 1 – „Docela se snaží, ale mohl by být trochu větší zájem.“
- 2 – „Zatím ne, všichni se snaží.“
- 3 – „Ani ne.“
- 4 – „Něco mi tu vadí.“ (pozn. pan nechtěl evidentně o ničem konkrétním mluvit.)
- 5 – „Ále, dobré je to tady všechno.“
- 6 – „Někdy jsou sestry takové nabroušené a nervózní.“
- 7 – „Ne, to ne. Jaký netaktní. Tak normálně, jako v nemocnici.“
- 8 – „Ne, to ani ne.“
- 9 – „Normální přístup.“
- 10 – „Ne.“

## **11. O čem většinu dne přemýšlíte? Máte zde i nějakou zábavu, třeba knihu, luštíte křížovky,...?**

1 – „Nad čím tak můžete celý den přemýšlet? Jaká zase bude noc, kdy už mě konečně pustí,...?“

2 – „Ani nevím, o ničem nepřemýšlím, jen tak ležím.“

3 – „Nemám na to náladu, jen tak podřimuju. Ráda vzpomínám.“

4 – „Nechce se mi myslet na to, co bude. Říkám si, proč se mi to stalo?“

5 – „Ne, já nic nedělám.“ (pozn. paní ležící naproti říká, že paní celý den prospí.)

6 – „Ne, já neudržím nic v ruce, takže jen ležím. Ráda vzpomínám. Říkala nám to i paní doktorka, že nemáme myslet jen na nemoci, ale i na pěkné věci, vzpomínat a tak.“

7 – „Mám tu noviny, chvíli si čtu, pak u toho usnu a tak pořád dokola.“

8 – „Já nic nečtu. A to jsem čítávala hodně! Jenom tak ležím.“ (pozn. paní začala plakat)

9 – „Já čtu modlitby nebo se sama modlím, jinak nic nedělám.“

10 – „My si spíš tady většinu času vykládáme na pokoji. Mám tu nějaké časopisy, ale ještě jsem si na ně neudělala chvilku. Nad nemocema je lepší nepřemýšlet.“

## **12. Povídate si přes den s ostatními pacienty na Vašem pokoji? Seznámili jste se?**

1 – „Ne, o čem, prosím Vás?“

2 – „Ne, tento pán (ukazuje na pána vedle) moc nemluví, tak ani ne. S ostatníma něco málo.“

3 – „2 dny tu ležela nějaká paní, ani nevím, kdo to byl. Teď jsem tu sama, ale kdyby tu někdo byl, ráda bych si povídala. Ale zase je dobře, že jsem tady sama, protože kdyby ta paní v noci chrápala, to bych asi nesnesla, kdybych byla nevyspaná.“

4 – „Ani ne. Oni mně jen domlouvají, abych se hýbal a snažil.“

5 – „Co bych Vám tak řekla, trochu ano.“

6 – „Někdy si povídáme s paní vedle, ona je taky z Louky, ale většinu času spí.“

7 – „Jo, pořád něco probíráme.“

8 – „Ano, sem tam s paní vedle.“

9 – „Tak normálně, chvilkami ano.“

10 – „Jak jsem řekla, pokud nechodím po procedurách, tak si vykládáme. Tady ta paní je taky ze Vnorov, my se známe, tak vzpomínáme společně. To je dobře, ne?“



### **13. Jak často Vás navštěvuje Vaše rodina? Kdy jste je viděl(a) naposledy?**

1 – „Teď tu byli v neděli. Dcera je až z Olomouce, tak to víte, taky to nejde moc často. Jinak by tu byla víc. Ale mám hodně vnuky, tak ti chodí.“

2 – „Dnes by měli přijít.“

3 – „Ano, dcera chodí. Byla tu předvčelem nebo to bylo včera? Víte, ona se o mě stará.“

4 – „Chodí. I v Kyjově za mnou byli. Teď tu byli myslím včera, nevím.“

5 – „Chodí, syn tu byl, je to asi 14 dní. Já mám hodného syna. On bydlí v Bruntále.“

6 – „Dcera chodí, byla tu v týdnu, už ani nevím, co to bylo za den.“

7 – „Dnes tu byla snacha. Vyřizuje mně občanku. Zjistili, že ji mám od roku 1995 propadlou.“

8 – „Dcera tu byla v týdnu.“

9 – „Dcera chodí pořád. Bydlí tady hned ten druhý činžák vedle nemocnice. Tak to nemá daleko.“

10 – „Syni i snachy tu byli v týdnu. Tak jsme se potěšili.“

### **14. Potěší Vás to vždy, když je vidíte?**

1 – „No samozřejmě.“

2 – „To víte, že ano. Ale nemají moc toho času. Mám hodně děcka.“

3 – „Potěší, velice.“

4 – Pac. jen kývl hlavou a začal plakat.

5 – „Jsme ráda, když je vidím, ale oni jezdí málo, protože to mají daleko.“

6 – „To víte, že jsem ráda.“

7 – „Ano, jsem rád. Kdo by nebyl?!“

8 – opět pláč

„To víte, že jsem ráda, mám velice hodnou dceru, stará se o mě. Víte co? Ona je logopedka a říkala, že budu její žák. Že mě bude učit pořádně mluvit.“

9 – „Samozřejmě, že mám radost.“

10 – „Vždycky mě to potěší. Ale mají moc práce a starostí, tak jsem jim říkala, ať zbytečně nejezdí.“

## 15. Povídali jste si spolu o Vaší nemoci a o budoucnosti?

1 – „Já bydlím s vnukem, takže s tím jsem si domlouval charitu, aby k nám ráno chodili aněkdo, aby mi vozil obědy. Oni jsou mladí všichni v práci.“

2 – „Ale ano, oni mně to doma zatím všechno nachystají. Syn mně zařídil tu polohovací postel, tak to budu mít lepší.“

3 – „Voláme si přes týden a ona se mě pořád ptá, jak mně je a jak to vypadá. Ona se o mě doma stará.“

4 – Tuto otázku jsem vynechala, pac. byl stále rozrušen a otázkou tohoto typu bych jeho stavu nepomohla.

5 – „Ne, syn se ptal na mě paní doktorky. Vykládali jsme si, co je nového.“

6 – „Dcera se o tom bavila s paní doktorkou, že se nemůžu moc hýbat. Doma už mi to připravují. Půjčili mi z charity polohovací postel. Takovou ona bude mít se mnou doma práci. Je velice hodná, moc se o mě stará.“

7 – „Snacha říkala, že se musím naučit chodit. Bydlím sám, oni mají taky byt, takže nevím, co bude dál.“

8 – „Ne, ona všechno už ví. Musím se prý zlepšit s tou pohyblivostí a chůzí a půjdu domů.“

9 – „Paní doktorka jí všechno vysvětlila. Já bydlím sama na činžáku a dcera taky, tak nevím, jak to bude dál, syn je pryč.“

10 – „Ptali se mě, jak se mám, jak to vypadá s nohou. Bydlím se synem v jednom baráku, mám tam svůj pokoj.“

## 16. Kolik máte vnuků? Byli tady za Vámi?

1 – „2, chodí sem.“

2 – „5, ne s těma se uvidím až doma.“

3 – „Dva.“

4 – „6. Ne, ať jsou raději doma.“

5 – „Mám 4 vnuky. Jestli tu byli? Ne, ti tady nebyli, co by tady dělali.“

6 – „Celkem pět, dva domácí.“

7 – „Dva, nebyli.“

8 – „2 vnuky. Já jsem jim to zakázala, aby sem chodili.“ (zase pláč)

9 – „Tři vnuky. Ne, oni jsou pryč. 2 jsou v Brně a 1 ve Zlíně.“

10. – „Čtyři. Naši domácí mě sem dovezli.“

### **17. Navštěvují Vás i kamarádi, známí, sousedé,... a jste rád(a)?**

1 – „Ano, byl tu souseď. Docela mě to potěšilo. Říkal, že měl do Veselí cestu, tak se stavil.“

2 – „Nenavštěvují. Mají svých starostí dost.“

3 – „Zatím tu nebyl nikdo. Ráda bych někoho viděla.“

4 – „Ne, ani nechci.“

5 – „Ne.“

6 – „Ne.“

7 – „Nenavštěvují. Se souseďy se nijak zvlášť nekomarádím a známí už jsou taky staří na takovou cestu.“

8 – „Ne, nechci.“

9 – „Ne.“

10 – „Ani ne, ta paní tady, co je ze Vnorov, tak je z naší ulice, takže když má návštěvu, tak stejně vidím půlku naší dědiny.“

### **18. Cítíte potřebu o Vaší nemoci hovořit? Pokud ano, s kým? Komu byste se nejraději svěřil(a)?**

1 – „Když sem přijde doktorka, tak si postěžuji, co mě zrovna bolí. Jinak o čem pořád mluvit?! No a dcera se mě samozřejmě ptá, jak se mám, když si telefonujeme.“

2 – „Co by mně na to mohli říct?! Hlavně se prý musím rozchodit, nezůstat ležet, to mně říkají všichni. Když mám bolesti, tak to řeknu sestřám. Jinak budu radši mluvit o jiných věcech – veselejších.“ (Ptala jsem se, které to jsou. Pán vzpomínal na mládí, šťastné zážitky, práci ve vinici,...)

3 – „Já už to vlastně všechno vím, jen čekám, až se mi ty záda zahojí. Když mám bolesti, říkám to sestřám nebo paní doktorce.“

4 – „Nepotřebuji to.“

5 – „Tak člověk by si aj tak někomu postěžoval, však je dobře, že si tu s námi takto povídáte.“

6 – „S dcerou si povídáme, když je tady. Jinak je to těžké, já si ani nepodám telefon, ani ho neudržím v ruce, takže je to pro mě zbytečné.“

7 – „Když si o tom s někým povídám, tak s „našima“. Jinak to nepotřebuji.“

8 – „Nikomu kromě dcery se nesvěřuji.“

9 – „Když něco, postěžuji si dceři nebo se pomodlím.“

10 – „Každý někdy potřebujeme, někomu se vyzpovídat. Buď s našima nebo se pomodlím za uzdravení s farářem, co tu chodí a hned se mi uleví.“

### **19. Jste věřící? Využíváte možnost duchovní útěchy na našem oddělení?**

1 – „Ano jsem, ale do kostela už moc nechodím. Takže nevyužívám.“

2 – „Ještě ne, musím se na to zeptat.“

3 – „Ne, nevyužívám.“

4 – „Ne, mně už nikdo nepomůže.“

5 – „Ano, já se modlím moc. Já jsem se modlila celý život.“

6 – „Ani ne, i když jsem věřící.“

7 – „Jsem, ale ani nevím, že něco takového je možné. Domluvím si to.“

8 – „Včera tu byl na pokoji takový mladý kněz, tak jsme se pomodlili všechny. Já se hodně modlím, je dobré, že tato služba tady funguje.“

9 – „Ano, už jsme se tady modlili.“

10 – „Ano, hned první den přišel a ptal se mě, jestli se s ním chci pomodlit. Pak jsme si i povídali.“

### **20. Co to pro Vás znamená? Přináší Vám to úlevu, uklidnění, smír?**

1 – „Mně už nic.“

2 – „Jsem zvyklý se modlit, tak by jsme se mohli pomodlit spolu. Společný „otčenáš“.“

3 – „Tak mohlo by se mi trochu ulevit, kdybych se s ním pomodlila. Nebo se vyzpovídala.“

4 – xxx

5 – „My se společně pomodlíme, pak si aj povykládáme, je to dobré.“

6 – „Nepotřebuju to.“

7 – „Já už jsem nebyl tolik roků v kostele...“

8 – „Ano, modlím se za všechny blízké a za uzdravení. Mě to vždycky velmi uklidní.“

9 – „Odpuštění hříchů.“

10 – „Modlím se za děcka. Aby byly zdraví a dařilo se jim.“

## 21. Máte nějaké tajné přání? Neříkejte mi ho.

1 – „Ne.“

2 – „Teď, když nad tím přemýšlím... Mám jich asi víc.“

3 – „Mám.“

4 – zase pláč

5 – „Být o 50 roků mladší.“ (pozn.: paní se začala velmi smát)

6 – „Mám.“

7 – „Já už nic nechci, už jsem starý, snad jen aby se mi ta noha trochu zahojila.“

8 – pláč, „Já už nic nechci.“

9 – „Ano.“

10 – „Ano.“

## 22. Děkuji Vám za rozhovor.

### 4.6 Výsledky šetření

**Při poskytování rehabilitační péče dlouhodobě nemocným pacientům jsem zjistila, že**

- ✓ Pohybová terapie je opravdu velmi významná součást celého léčebného procesu jako důležitá prevence vzniku dekubitů a svalové atrofie, zlepšení mobility pacienta v rámci lůžka z důvodu lepší samostatnosti a soběstačnosti a celková vertikalizace a nácvik různých kompenzačních mechanismů pro všeobecné zkvalitnění života.
- ✓ Vedle této pohybové léčby je neméně významná péče o psychické prožívání těchto lidí. Tím, že je naučíme znovu se posadit na lůžku, postavit na nohy nebo se naučí znovu ovládat ochrnutou končetinu, tak samozřejmě značně přispíváme ke zlepšení nálady pacient, pacient to vnímá tak, jako že není vše prohrané a že má cenu bojovat. Důležitý je nejenom výsledek této snahy, ale i vlastní průběh. Je dobré si s lidmi povídat, vyslechnout je, projevit zájem o jejich trápení, laskavým slovem je podpořit v jejich snažení. Komunikace je základním předpokladem dobrých výsledků pohybové léčby. S pacientem hovoříme vlídně, bez odborných výrazů a chráníme jeho soukromí a důstojnost.

- ✓ Práce s lidmi je bezesporu velmi psychicky náročná. Výsledný efekt terapie je závislý také na celkovém přístupu, náladě a postoji pacienta. Pokud pacient léčbu od počátku odmítá, je veškerá snaha terapeuta marná. Terapeut se snaží vyvolat v pacientovi důvěru a přesvědčit ho o důležitosti tohoto snažení.
- ✓ Pacient se během hospitalizace dostává do kontaktu se spoustou cizích lidí a vytváří si k nim určitý postoj. Lékaře přijímají jako naprostou autoritu s plným respektem, jako člověka, který jim pomůže od jejich trápení, uleví od bolesti a vyslechne je. Zdravotní sestra jim zprostředkuje léky, které předepíše lékař, ošetrovatelky se starají především o hygienu pacienta. To je oblast velice intimní, vyžaduje citlivý a ohleduplný přístup. Pacienti si jejich práce obvykle velmi váží, protože zajišťují jejich základní komfort.
- ✓ Potřeba svěřit se a vypovídat se je společná téměř všem pacientům. I pacient, který se zdá zprvu nerudný, který nechce komunikovat a působí jako introvert, se po chvíli rozpovídá, svěří nebo nechtěně prozradí, co ho trápí. Každému to přináší úlevu. Pacienti potřebují o svých problémech hovořit hodně, ať už se zdravotnickým personálem nebo knězem. Duchovní útěchu nemocného člověka nelze opomenout. Může tvořit úplnou nadstavbu našeho snažení a to ve smyslu větší víry v moc boží než naší moci pozemské.

### **Analýza rozhovorů 1. části:**

- ✓ Na otázky odpovídali tři lékařky a jedna sociální pracovnice nemocnice. Na otázky první části týkající se *vlivu rodinných příslušníků* se všichni respondenti v podstatě shodli na tom, že vliv rodiny na léčebný proces je neopomenutelný, má své oprávněné místo v průběhu hospitalizace, že si jej všichni uvědomují, snaží se umožnit rodině moci svého nemocného příbuzného navštěvovat co nejvíce. A co se týká *zájmu rodiny o své příbuzné?* Podle výpovědí respondentů existuje snaha pečovat a zájem o příbuzné, většinou na základě podrobného vysvětlení stavu lékařkou. Můžeme popsat dva extrémy a to případy, kdy je snaha přehnaná až dusivá a druhý případ zájmu nulového. Zbývá většina spadá do rozmezí někde mezi těmito extrémy, kdy je snaha přiměřená, odvíjející se od momentální rodinné situace. Nicméně svou roli hraje i stránka ekonomická, když o budoucím osudu nemocného rozhodne finanční pomoc za péči o něj. Někteří lidé se obávají těžkého zdravotního stavu pacienta, přesto že už pobyt v nemocnici nutný není. Jsou to často terminální stavy onkologických

onemocnění. Příbuzní mají dnes velké možnosti ke zvládnutí těchto stavů za pomoci různých sociálních služeb, charit, atd. Je nutné je pouze dostatečně informovat o tom, co takový stav obnáší, že smrt je nevyhnutná a umožnit drahým příbuzným zemřít doma mezi svými je to nejcennější, co mu mohou v jeho posledních chvílích dát. V našem regionu je *péče o staré a nemocné lidi v domácím prostředí* docela běžným faktem, díky silné rodinné sounáležitosti, bytovým podmínkám a v neposlední řadě i finanční podpoře. Pro onkologicky nemocné pacienty v terminálních stavech a těžké stavy po CMP se asi 5/měsíc zajišťuje *hospicová péče*.

- ✓ Při komunikaci lékaře s pacientem, především při *sdělování diagnózy* nebo prognózy jeho stavu, je nutností ze strany lékaře zohledňovat individualitu pacienta. Brát ohled na jeho momentální psychický stav, na jeho povahu a inteligenci, aby se nešetným zacházením pacientův stav nezhoršil tím, že bude šokován, uzavře se a přestane spolupracovat.
- ✓ Pacientům pro zlepšení celkového psychického stavu pomáhá *komunikovat*, tedy vypovídat se ze svých trápení. Pacienti potřebují *hovořit o svých problémech*. Mluví rádi a hodně. Často se svými sousedy na pokojích a především se zdravotnickým personálem. Je nutno vždy pacienta nechat vypovídat, vyslechnout, popř. poradit, pokud hovoří o nemoci a neví si rady. Nejraději ale mluví o tom nejcennějším, co mají, to je o své rodině, dětech, vnucích. Tématu smrti se většinou vyhýbají.
- ✓ Další neméně významnou oporou lidem v nemoci je *duchovní útěcha*, která má v našem regionu svůj neodmyslitelný význam. Lidé se často obracejí na duchovního pro potřebu vnitřního pořádku a klidu.
- ✓ *Umírající člověk* by neměl především trpět bolestmi. Pokud setrvává na klidném, čistém a teplém místě, potřebuje při tomto provázení jenom ruku blízkého člověka a tichou podporu a společnost, aby nebyl úplně sám.

### **Analýza rozhovorů 2. části:**

- ✓ Průměrný věk dotazovaných pacientů byl 83 let a na odděleních, kde probíhal výzkum, jsou hospitalizováni průměrně 3 týdny. Bydlí převážně s příbuznými, především v rodinném domku s rodinou dcery nebo syna. Jen 3 dotazovaní bydlí v domácnosti sami. Převážná většina dotazovaných byla orientována časem i místem.

- ✓ V úvodní části mě zajímal význam komunikace se zdravotnickým personálem. Zda pacienti většinou rozumí všemu, co jim zdravotnický personál sděluje ohledně jejich nemoci a následné léčby. Asi třetina dotazovaných neporozuměla výkladu zdravotníků, ostatní se v problematice orientovali. Po sdělení diagnózy si chtěla polovina respondentů s lékařkou na dané téma povídat, druhá polovina o tom mluvit nechtěla. Hovořit o nemoci s ostatním personálem nemá zájem dokonce 6 z deseti respondentů. Nicméně zájem personálu těší většinu pacientů, přesto, že upřednostňují ticho a klid, jsou rádi za společnost sester. Ačkoliv se ještě dnes setkáváme s nekorektním oslovováním pacientů zejména z řad nejnižšího zdravotnického personálu.
- ✓ Pobyt na našem oddělení hodnotí pacienti převážně kladně, přesto, že by pokud by to bylo možné byli nejraději doma. Většina pacientů udává, že „doma je doma“. Zábavnou činností jako je čtení knížek nebo luštění křížovek moc naši pacienti nevyužívají, raději komunikují s ostatními pacienty.
- ✓ Jednoznačné odpovědi zazněly od všech dotazovaných na téma radosti ze svých blízkých. Přítomnost a zájem příbuzných působí jednoznačně pozitivně na psychický stav nemocného. Příbuzní všech dotazovaných navštěvují své blízké, většinou jsou to děti, vnuci tolik ne, přátelé známí, sousedé chodí na návštěvy výjimečně, pouze u jednoho respondenta proběhla taková návštěva. Jednoznačný zájem rodiny tedy je, 8 lidem z 10 bude umožněno po propuštění z nemocnice zůstat v domácím prostředí v okruhu svých blízkých, což je velmi uklidňuje.
- ✓ Potřebu hovořit o své nemoci má pouze polovina dotazovaných a to především s vlastní rodinou, 1/3 respondentů chce hovořit o nemoci s personálem o aktuálních bolestech a problémech. 2 pacienti z 10 udávají, že si o nemoci povídají i s knězem.
- ✓ Věřících bylo 7 z 10 dotazovaných a duchovní útěchu v nemocnici nevyužívají všichni z nich, ale pouze 5 pacientů, tedy polovina z dotazovaných. Jsou to lidé zvyklí se modlit celý život, ve víře nachází úlevu, kněze berou jakou osobu důvěrnou pro svěřování se se svými problémy a strastmi, pro potřebu modlení se za svou rodinu a své zdraví.



## Závěr

Dlouhodobě nemocný pacient potřebuje specifický přístup. Hospitalizací se pro něj mnohé mění, částečně ztrácí kontakt se svým nejbližším sociálním prostředím, dostává se do prostředí nového, cizího a nejistého. Takový člověk má obvykle bolesti, trpí úzkostí z toho, co jej čeká za nepříjemná vyšetření a nepříjemné prognózy, obavy o budoucnost, obvykle je velmi tíží ztráta blízkosti svých nejbližších. Bylo zjištěno, že téma „rodina“ je velmi citlivým tématem, většina o nich ráda hovoří a těší se z jejich společnosti. V regionu, kde výzkum probíhal, není rodinná sounáležitost neznámým pojmem. Dominují zde domácnosti společné, tedy složené z více generací. Z toho důvodu zde existuje větší odpovědnost za tyto lidi postarat se o ně a nechat je „dožít“ v domácím prostředí.

Zdravou komunikací ze strany zdravotnického personálu lze ovlivnit psychické zdraví a celkovou pohodu pacienta, protože takový pacient cokoliv obzvláště citlivě vnímá. Na našem chování se k druhým stojí celý náš budoucí život. Stále se budeme setkávat s lidmi a ať už chceme nebo nechceme, jednou jejich pomoc budeme také potřebovat. Toto si musí uvědomit každý z nás. Každý člověk může jednou onemocnět a bude odkázán na pomoc druhých nebo v lepším případě zestráne a stane se nemohoucím. Proto se v jakékoliv situaci chovejme tak, jak bychom si přáli, aby se jednou ostatní lidé chovali k nám.

Studium sociálních vztahů dlouhodobě nemocných klientů ve vztahu k sociální pedagogice nás utvrzuje v tom, že dlouhodobě nemocného pacienta (starého, nevléčitelně nemocného nebo umírajícího člověka) je zapotřebí vnímat jako sociálně znevýhodněného jedince naší společnosti a tím více respektovat jeho osobnost a důstojnost a to i ve stavu naprosté odkázanosti na jiné osoby. Zdravotnický a jiný personál musí bezpodmínečně dbát nejen o fyzické strádání nemocného, ale i o jeho psyché. Respektovat duši člověka za všech okolností, stejně tak jeho pocity, potřeby a touhy musí celé jeho okolí, všichni, a kdo s takovým člověkem přichází do styku. Snadno lze takovému člověku naším bezohledným chováním ublížit.

## Resumé

Bakalářská práce na téma: Sociální vztahy u dlouhodobě nemocných klientů se zabývá problematikou prožívání těchto pacientů v nemocnici a zdůrazněním jejich potřeb.

Celá práce je rozdělena na část teoretickou, která má 13 kapitol a část praktickou, která má 6 kapitol. Teoretická část se zabývá charakteristikou seniorské populace, náplní práce fyzioterapeutů, problematikou komunikace s těmito pacienty a jejich „doprovázením“.

Část praktická obsahuje stanovení cíle šetření, popis výzkumného prostředí, vybrané respondenty a soupis všech otázek pro řízený rozhovor se zdravotnickým personálem a pacienty. Dále všechny tyto rozhovory. Následuje zhodnocení výsledků šetření.

Celá práce je ukončena závěrem a doplněna příslušnými přílohami.

## **Anotace**

Upoutání člověka na lůžko z důvodu závažné nemoci nebo stáří s sebou nese velké změny v jeho prožívání. Nastává spousta změn, hospitalizací se mění sociální prostředí člověka, pacient se setkává s novými situacemi a cizími lidmi a je na nich v podstatě odkázán.

Tato práce se zabývá problematikou prožívání těchto klientů, jejich potřebami a důležitostí rodinných příslušníků při jejich terapii.

## **Klíčová slova**

Stáří, senior, smrt, umírání, fyzioterapie, dlouhodobě nemocný pacient, komunikace, empatie, rodina, sociální interakce

## **Annotation**

A human being confined to bed due to serious disease or old age involve large changes in his feelings. Hospitalization causes lots of changes, patient's social surroundings changes, patient meets ranks of new situations and strangers and is basically dependent on them.

This work is dealing with feelings of long- term disabled patients, with their needs and importance of relations during the therapy.

## **Key words**

Old age, senior, death, die, physiotherapy, long-term patient, communication, empathy, family, social interaction

# LITERATURA

1. BYOCK, I. Dobré umírání. 1.vyd. Vyšehrad: Praha, 2005 ISBN 80-7021-797-9
2. CALLANAN, M., KELLEY, P. Poslední dary aneb Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005, ISBN 80-7021-819-3
3. CALLONE, P.R., et al. Alzheimerova nemoc 300tipů a rad, jak ji zvládat lépe. 1. vyd. Praha: Grada, 2009 ISBN 978-80-247-2320-4.
4. DOŇKOVÁ, O., NOVOTNÝ, J. S. Vývojová psychologie pro sociální pedagogy. Brno. IMS, 2009
5. KOLÁŘ, P. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2009 ISBN 978-80-7262-657-1
6. KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. 4. vyd. Praha: Portál, 2000 ISBN 80-7178-429-X
7. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1.vyd. Praha: Grada, 2002 ISBN 80-247-0179-0
8. MÁTEL, A., et al. Aplikovaná etika v sociální práci. 1. vyd. Brno: IMS, 2010 ISBN 978-80-87182-13-0
9. MÜHLPACHR, P. Schola gerontologica.1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005 ISBN 80-210-3838-1
10. MÜHLPACHR, P. Sociální práce jako životní pomoc. 1. vyd. Brno: MSD, 2006 ISBN 80-86633-62-4.
11. POKORNÁ, A. Komunikace se seniory. 1.vyd. Praha: Grada, 2010 ISBN 978-80-247-3271-8
12. ROTTER, H. Důstojnost lidského života. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999 ISBN 80-7021-302-7
13. SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008 ISBN978-80-7195-307-4
14. SÝKORA, F. Úvod do studia předmětu sociální komunikace. Brno: IMS, 2008
15. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2006 ISBN 80-247-1262-8
16. VÍZDAL, F. Sociální psychologie I. Brno: IMS, 2010

**Internetové zdroje:**

[www.umenidoprovazet.cz](http://www.umenidoprovazet.cz)

[www.pecujdoma.cz](http://www.pecujdoma.cz)

[www.helpnet.cz](http://www.helpnet.cz)

[www.acho.cz](http://www.acho.cz)

[www.amps.cz](http://www.amps.cz)

[www.osobniasistence.cz](http://www.osobniasistence.cz)

[www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)

# Seznam příloh

Příloha 1: Hippokratova přísaha

Příloha 2: Etický kodex lékařů

Příloha 3: Etický kodex nelékařských zdravotnických pracovníků

Příloha 4: Etický kodex práv pacientů

## **Příloha 1: Hippokratova přísaha**

Přisáhám a volám Apollóna lékaře a Asklépia a Hygieiu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat.

Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane od nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou pro mne jako moji bratři. Pokud po znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma beze smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.

Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu.

Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí.

Do všech domů, kam vstoupím, budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen a mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co se nesmí sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

Když tuto přísahu dodržím a neporuším, necht' ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, necht' stane se pravý opak.

## Příloha 2: Etický kodex lékařů

- Úkolem lékaře je zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk a pověst pacienta a osobní pocity lékaře.
- Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a dodržovat je.
- Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
- Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.
- Lékař provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony odpovídající současnému stavu lékařské vědy a jež jsou prakticky dostupné, a které považuje pro nemocné za nejvýhodnější.
- Lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
- Lékař nemůže být donucen k takovému výkonu, který odporuje jeho svědomí.
- Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům.
- Lékař u nevyлéčitelně nemocných a umírajících lidí účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení.
- Lékař nesmí zneužít odběr tkání a orgánů ke komerčním účelům.
- Lékař je povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, pokud pacient písemně neurčí jinak.
- Lékař je povinen se odborně vzdělávat.
- Lékař je povinen při výkonu povolání vést řádnou a úplnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou.
- Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné diagnostické, léčebné a jiné úkony ze zjištěných motivů.
- Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí.
- Lékař je povinen nemocného nebo jeho zákonné zástupce odpovědně a srozumitelným způsobem informovat o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které mohou během léčby nastat.
- Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru.



- Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence, přiznáním práva na odlišný názor.
- Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí.
- Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu Lékařské komory.

### **Příloha 3: Etický kodex nelékařských zdravotnických pracovníků**

- Tento kodex se týká zdravotních sester, laborantů, sanitářů, ošetřovatelek, pečovatelek, apod.
- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen zdravotnický pracovník, ZP) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- ZP poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů, při poskytování péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým ji poskytuje, nad zájmy své vlastní.
- ZP je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, informace považuje za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- ZP nesmí podřizovat poskytování péče komerčním zájmům subjektů působících v oblasti zdravotnictví.
- ZP při poskytování péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- ZP při poskytování péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity příjemce péče.
- ZP nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoli způsobem.
- ZP vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka nebo jiné osoby.

## **Příloha 4: Etický kodex práv pacientů**

- Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
- Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zad s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
- Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
- Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
- Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

- Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či k experimentu. Písemný vědomí souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodů, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat zdůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.