

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra pedagogiky

Diplomová práce

**HOSPICE
A PÉČE ORIENTO VANÁ NA POTŘEBY
JEJICH KLIENTŮ**

Vedoucí práce: PhDr. Marie Bezečná

Autor práce: Michaela Sekyrková

Studijní obor: Pedagog volného času

Forma studia: prezenční

Ročník: 5.

2007

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Českých Budějovicích 28. dubna 2007

Děkuji za odborné vedení práce a podnětné připomínky PhDr. Marii Bezecné. Dále děkuji PhDr. Marii Mackové a mé mamince Mgr. Marii Lazárkové za poskytnutí cenných informací a materiálových podkladů.

Za jazykovou korekturu a grafickou úpravu děkuji svému bratrovci Ing. Ondřeji Lazárkovi.

OBSAH

OBSAH	- 4 -
ÚVOD	- 6 -
TEORETICKÁ ČÁST	- 9 -
1. UMÍRÁNÍ A SMRT	- 9 -
1.1 Koncepce dvou modelů umírání dle Haškovcové	- 9 -
1.1.1 Domácí model umírání	- 9 -
1.1.2 Institucionální model umírání	- 10 -
2. HOSPICOVÝ PROGRAM	- 11 -
2.1 Co je hospicová péče	- 11 -
2.2 Definice hospicové a paliativní péče	- 12 -
2.3 Hospicová péče v konfrontaci s eutanazií.....	- 13 -
2.4 Formy hospicové péče	- 14 -
2.4.1 Domácí hospicová péče	- 14 -
2.4.2 Stacionární hospicová péče.....	- 15 -
2.4.3 Lůžková hospicová péče	- 15 -
3. HISTORIE HOSPICŮ	- 16 -
4. HOSPIC JAKO DŮM	- 18 -
4.1 Lůžkový hospic se představuje	- 18 -
4.1.1 Přijetí do hospice	- 20 -
4.1.2 Práce v hospici	- 20 -
4.1.3 Režim dne v hospici.....	- 20 -
4.1.4 Jednolůžkové pokoje.....	- 21 -
4.1.5 Péče nevázaná na místo	- 21 -
4.2 Hospic sv. Lazara v Plzni	- 22 -
4.3 Zkušenosti z Hospice sv. Lazara v Plzni	- 24 -
5. DOHLEDNÉ CÍLE HOSPICOVÉHO Hnutí V ČR	- 24 -
6. POTŘEBY NEMOCNÝCH	- 26 -
6.1 Pojem potřeby člověka.....	- 26 -
6.2 Klasifikace potřeb	- 27 -
6.3 Hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa	- 29 -
6.4 Frustrace a deprivace	- 31 -
6.5 Nemocný člověk a jeho potřeby	- 31 -
6.6 Zvláštnosti potřeb dlouhodobě a vážně nemocných.....	- 33 -
7. PÉČE ORIENTO VANÁ NA POTŘEBY KLIENTŮ V HOSPICI	- 35 -
7.1 Fáze umírání dle Kübler-Rossově.....	- 35 -
7.1.1 První fáze: popření skutečnosti.....	- 36 -
7.1.2 Druhá fáze: hněv, zloba	- 37 -
7.1.3 Třetí fáze: vyjednávání, smlouvání.....	- 38 -
7.1.4 Čtvrtá fáze: deprese, smutek	- 39 -

7.1.5	Pátá fáze: akceptace, smíření	- 39 -
7.2	Péče pre finem, in finem a post finem	- 41 -
7.2.1	Stádium pre finem.....	- 41 -
7.2.2	Stadium in finem.....	- 42 -
7.2.3	Stadium post finem	- 42 -
7.3	Péče orientovaná na biologické potřeby	- 43 -
7.4.	Zvládání bolesti v hospicové péči.....	- 46 -
7.5	Péče o psychosociální potřeby klientů a jejich blízkých	- 48 -
7.6	Spirituální péče	- 51 -
8.	PERSONÁLNÍ MANAGEMENT PŘI POSKYTOVÁNÍ HOSPICOVÉ PÉČE.	- 52 -
8.1	Role klienta	- 52 -
8.2	Role pečovatелů.....	- 53 -
8.3	Role profesionálních členů multidisciplinárního týmu.....	- 54 -
8.4	Náplň činnosti sestry v hospicové péči.....	- 54 -
8.5	Náplň činnosti sociálního pracovníka v hospicové péči.....	- 55 -
8.6	Náplň činnosti dobrovolníků v hospicové péči.....	- 55 -
9.	CO UMÍRAJÍCÍ POTŘEBUJE NEJVÍCE.....	- 56 -
	PRAKTICKÁ ČÁST	- 58 -
10.	Ilustrační průzkum.....	- 58 -
10.1	Charakteristika průzkumu a výběr respondentů	- 58 -
10.2	Cíle průzkumu.....	- 58 -
10.3	Použitá metoda.....	- 59 -
10.4	Etapy a organizace průzkumu	- 59 -
10.5	Interpretace a analýza empirického materiálu (ilustrační průzkum u pracovníků hospiců).....	- 60 -
10.6	Interpretace a analýza empirického materiálu (ilustrační průzkum u veřejnosti).....	- 68 -
10.7	Shrnutí závěrů a doporučení	- 75 -
	ZÁVĚR	- 78 -
	SEZNAM LITERATURY	- 80 -
	SEZNAM ZKRATEK	- 85 -
	SLOVNÍČEK CIZÍCH POJMŮ.....	- 86 -
	SEZNAM PŘÍLOH.....	- 87 -
	PŘÍLOHY.....	- 88 -
	ABSTRAKT	

ÚVOD

Ve své diplomové práci se zabývám problematikou umírání a smrti, protože si myslím, že umírající lidé by si zasloužili více pozornosti.

Toto téma jsem si vybrala, neboť na mě hluboce zapůsobila smrt mého dědečka, kterého jsme celá rodina, tímto významným obdobím, doprovázeli doma. Dříve jsem o umírání a smrti příliš nepřemýšlela, spíše jsem tyto nepříjemné myšlenky vytěsňovala, jako něco hodně vzdáleného, něco se mne netýká. Se smrtí jsem se v dětství několikrát setkala v naší široké rodině a u blízkých osob. Okamžik smrti byl pro mě vždy velkým tajemstvím, neboť moji blízcí byli na smrt připraveni.

Během své praxe v Hospici sv. Lazara v Plzni jsem většinu času trávila u lůžka umírajících. Naslouchala jsem tomu, co říkají, všímala jsem si toho, co prožívají, čeho se obávají, co je trápí, jaká jsou jejich přání, anebo jsem je držela jen mlčky za ruku.

Tam jsem poznala, že každá smrt je tak jedinečná, jak jedinečný je každý život. Byla jsem u lůžka lidí, kteří došli do fáze smíření jako můj dědeček. Tito lidé žili nadějí, věřili, že jejich život nekončí, jen se mění. Byla jsem ale také u lůžka lidí, kteří smrt nechtěli přijmout a do poslední chvíle sami sobě a svým blízkým něco nalhávali. Přemýšlela jsem, jak jim poslední etapu života ulehčit, jak jim i jejich rodině pomoci. Ve své těžké nemoci zakouší pacient tři ztráty – relativní odosobnění, pocity odcizení a ztrátu bezpečí a společenského zázemí. Doprovázení znamená, že umírající člověk nemusí nejtěžší úsek svého života prožívat osaměle a stísněně, že není odkázán sám na sebe.

Naše předchozí generace akceptovaly smrt jako něco běžného, přirozeného. To proto, že většina lidí umírala doma ve svém rodinném prostředí, kde každý člen věděl, jak doprovázet, věděl, kde je jeho místo. Tímto způsobem se předávaly zkušenosti z generace na generaci.

Dnes, když je medicína na velmi vysoké úrovni, se stává umírání složitějším vzhledem k eticko-morálním aspektům. V současné době se o problémech spojených s umíráním začíná více mluvit i když s určitou opatrností, neboť kdo by chtěl o smrti slyšet, kdo z ní nemá obavu?

Existuje velké množství studií, které se zabývají problematikou paliativní, tzv. útěšné medicíny a hospicovou péčí, která se snaží vnímat nemocného umírajícího v jeho bio-psycho-sociální a spirituální rovině. Velký popud k rozvoji hospicového hnutí u nás dala doktorka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské hnutí s názvem Ecce Homo. Je také autorkou řady knih, jako např. „Hospic slovem a obrazem“, „Hospice a umění

doprovázet“ a rovněž se v hojnosti věnuje šíření této myšlenky a přednáší po celé republice. Nejen knihy, ale zvláště její slova plná optimismu na mě hluboce zapůsobily a ovlivnily moji práci. Stěžejní literaturou mi pak byly publikace od Elizabeth Kübler-Rossové týkající se doprovázení smrtelně nemocných, dále „Thanatologie“ od Heleny Haškovcové a v nemalé míře také „Paliativní medicína“ od Vorlíčka a kol., která podává ucelený přehled paliativní a hospicové péče včetně velmi zajímavých číselných údajů a srovnání. Velkým pomocníkem mi byl rovněž internet, a to především oficiální stránky jednotlivých hospiců. Čerpala jsem též z psychologické a ze zdravotnické literatury, která se věnuje potřebám nemocných a péči o ně.

Hlavním cílem této práce je vymezit potřeby umírajícího člověka v terminálním stádiu nemoci a jakým způsobem jsou tyto potřeby saturovány v hospicové péči. Proces umírání je zde chápán jako sociální akt, jehož se zúčastňují všichni, kteří se na hospicové péči podílejí, v širším smyslu i sám pacient – klient, popřípadě jeho rodina. Náhled na problematiku umírání a smrti u pracovníků hospiců a širší veřejnosti byl předmětem ilustračního průzkumu.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části nastiňuji v první kapitole dva modely umírání – domácí a institucionální; objasňuji rozdíly ve vnímání smrti našich předků a dnešních lidí, a poukazuji na současný strach ze smrti. V druhé kapitole vysvětluji stěžejní pojem hospicové a paliativní péče jako důstojnou cestu, která respektuje nemocného se všemi jeho potřebami až do konce života. Nabízím také možnost domácí a stacionární hospicové péče, která umožňuje prožít poslední úsek cesty ve svém vlastním domácím prostředí v kruhu rodiny. Rovněž se zabývám problematikou pacienta, který žádá o eutanazii, což vždy ukazuje na nedostatečnou saturaci jeho primárních potřeb. Ve třetí kapitole se pak plně věnuji lůžkové formě hospice a jejímu historickému vývoji ve světě i u nás. Následně hospicový dům charakterizuji, zabývám se jeho chodem a fungováním; vysvětluji, za jakých okolností jsou klienti do hospice přijímáni, jaké požadavky jsou kladeny na personál, jaký je režim dne v hospici a nároky na ubytování klientů. To vše prokládám svými zkušenostmi z praxe v Hospici sv. Lazara. V páté kapitole objasňuji předně otázku financování hospiců, dále nutnost změny ve výchově a informovanosti celé společnosti ve vztahu k těžce nemocným a umírajícím.

V šesté kapitole otevírám pojem potřeby člověka, klasifikuji potřeby dle různých autorů, charakterizuji situace jejich neuspokojení. Postupně se propracovávám až k potřebám nemocných a jejich specifickým zvláštnostem. V sedmé stěžejní kapitole rozebírám péči, která je zaměřena na uspokojování bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb klientů

v hospici. Důraz příkládám zejména jednotlivým psychickým fázím umírání, tak jak jsou popsány Elizabeth Kübler-Rossovou. Následující kapitoly věnuji hospicovému týmu a náplni jeho práce. Poslední kapitola je pak mou osobní zkušeností s doprovázením umírající maminky mého manžela.

V praktické části zjišťuji pomocí ilustračního průzkumu názory sester a veřejnosti na problematiku spojenou s umíráním člověka. Průzkum obsahuje dva druhy dotazníků. První je určen pracovníkům hospice a jeho cílem je zjistit názory a znalosti sester pracujících v hospicích na potřeby a jejich saturaci v terminálním stadiu. Cílem druhého průzkumu je zjistit informovanost veřejnosti o hospicové péči a zjistit jakou má veřejnost představu o hierarchii potřeb umírajících.

Ve své práci se snažím přiblížit období umírání a smrti, ukazuji zařízení, kde člověk nezůstává sám, kde je respektována jeho důstojnost a netrpí bolestí. Moje práce by mohla sloužit jako informační agens pro ty, kteří chtějí pečovat o své těžce nemocné blízké doma a potřebují odbornou pomoc. Zároveň bych si přála, aby moje práce vedla k zamyšlení, zda právě ve chvíli, kdy nás naši blízcí nejvíce potřebují, nezůstáváme mnohdy vzdáleni. **Člověk se rodí do náruče a v náruči blízkých by měl také odcházet.**

V hospici jsem poznala, že umírání není vůbec jednoduché, je to nejtěžší etapa života. Umírající jsou hrdinové, kteří bojují v tichosti nejtěžší bitvu života. **Okamžik umírání je stejně tajemný jako okamžik zrození!** Právě proto bychom neměli od našich nemocných utíkat, abychom tím, že s nimi chvíli postojíme na prahu nové dimenze, svůj vlastní život prožívali hlouběji.

TEORETICKÁ ČÁST

1. UMÍRÁNÍ A SMRT

"...nevíme, kde na nás smrt čeká; a tak ji očekávejme všude. Cvičit se ve smrti je cvičit se ve svobodě. Člověk, který se naučil umírat, se odnaučil být otrokem."

Michel de Montaigne

1.1 Koncepce dvou modelů umírání dle Haškovcové

Existuje velké množství studií, které se zabývají problematikou smrti a umírání. Vznikla dokonce zvláštní věda o smrti – **thanatologie**, jejíž pojmenování je odvozeno z řeckého slova „thanatos“ – bůh smrti a smrtelného spánku. Velký popud k rozvoji thanatologie dala lékařka švýcarského původu Elisabeth Kübler-Rossová, která v roce 1969 vydala průkopnické dílo „On Death and Dying“, které u nás vyšlo pod názvem „Hovory s umírajícími“. Krátce nato se objevila kniha „Life after Life“, u nás známá pod názvem „Život po životě“, jejímž autorem je Raymond A. Moody. V našich podmínkách se o rozkvět thanatologie přičinila svou prací „Rub života a líc smrti“ především Helena Haškovcová.¹

1.1.1 Domácí model umírání

Haškovcová postupně publikovala několik knih věnovaných této problematice. Rovněž zavedla do praxe koncepci dvou modelů umírání. Tzv. **domácí model umírání** vycházel ze skutečnosti, že lidé po staletí umírali v kruhu rodiny, obklopeni hřejivou náručí svých blízkých, sousedů a kněze. Smrt pro ně byla běžnou součástí života a jako viditelný fakt poskytovala základní scénář v umírání všem zúčastněným. Každý tedy věděl, jak vypadá smrt a umírání zblízka, každý měl přidělenou roli. Závěr života byl sociálním aktem.

Z odborného hlediska je však nutné konstatovat, že takto idylicky popsané umírání bylo spíše vzácností. Mnoho umírajících totiž rodinu postrádalo a závěr jejich života provázely neutěšené podmínky se značně redukovánými možnostmi odborné pomoci. Lékař vstoupil na scénu domácího umírání poměrně pozdě, tj. zhruba před 200 lety. Do té doby byla péče o umírajícího především laická.

¹ Srov. MACKOVÁ, M. *Hospicové hnutí u nás a ve světě*. Ostrava, 2002. Diplomová práce. Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra sociální práce. Vedoucí práce N. Kubíčková, str. 8-11.

1.1.2 Institucionální model umírání

Postupné zlepšení v léčebných možnostech a zkvalitnění ošetrovatelské péče přinesl až středověk. Vznik chudobinců, chorobinců a špitálů však paradoxně nastolil etapu individualizace. Zatímco dříve lidé věděli, jak se mají k umírajícímu chovat a dokonce i umírající sám tušil, co se od něho očekává, postupná ztráta osobní zkušenosti u lůžka vedla k opačným tendencím. Lidé začali stále častěji umírat v nemocnicích osamoceni, bez rodiny a přátel. Vzrůstající fenomén tabuizované smrti pak dosáhl svého vrcholu v minulém století a do jisté míry přetrvával dosud.²

Zde již hovoříme o tzv. **institucionálním modelu umírání**, v jehož vrcholné fázi můžeme zřetelně odlišit dvě etapy. Ve 30. letech minulého století se soudilo, že umírající potřebuje především nerušený klid a samotu. Proto byly v nemocnicích zavedeny nechvalně známé bílé pleny, které separovaly umírající od ostatních pacientů a okolního světa.

Teprve v 60. letech 20. století se tyto praktiky ukázaly jako neopodstatněné, jelikož přinášely trpícím výrazný pocit samoty a opuštění. Začaly se proto hledat způsoby nápravy a jako nejschůdnější se jevily tzv. kontinuální neomezené návštěvy příbuzných. V provozních podmínkách nemocniční péče však je možnost návštěv výrazně redukována. Dlouhé období praxe umístění umírajícího do nemocnice jako instituce k tomu určené s důsledkem izolace a odloučení rodiny od nemocného způsobilo, že příbuzní dnes neví, jak se u smrtelného lůžka chovat a kde se těmto vzorcům chování naučit. Někteří dokonce setrvávají v názoru, že umírajícímu je v náručí profesionálů lépe, a neustále přenášejí starost o umírajícího na někoho jiného. Nezbyvá než znovu učit příbuzné, jak se mají k umírajícímu chovat, a společně s nimi hledat novou tvář kontinuálních návštěv.

Institucionální péče přinesla mnoho dobrého, ale je zjevné, že v péči o umírajícího musí doznat nutných změn. Přesvědčení, že lze dnes vrátit umírajícího zpět do rodin, lze označit do jisté míry za iluzorní. Rodina totiž nemusí vždy chtít, umět a moci zvládnout starost o umírajícího. Možným řešením by mohl být každý systém, který by kombinoval pozitiva domácího prostředí a odborné péče; systém, jehož fungování by poskytovalo rodině zázemí k doprovodu svého blízkého.

Cílem rozvážné medicíny by nemělo být činit tělo nesmrtelným, ale v konfrontaci s konečností lidského života uznat své hranice a nabídnout umírajícímu takovou péči, která zajistí jeho důstojné umírání a důstojnou smrt.³

² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. s. 23-31.

³ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 438-440.

2. HOSPICOVÝ PROGRAM

„Zrání je lidská cesta životem a smrt je poslední stupeň ve vývoji lidské bytosti.“

Elizabeth Kübler-Rossová

Lékařství 2. poloviny 20. století přineslo převratné změny. Díky novým, dříve ani netušeným, možnostem nejrůznějších technologií došlo k výrazným úspěchům na poli diagnostiky i samotné léčby. Životy mnohých tak byly a stále jsou zachraňovány. Ovšem tento úzký biomedicínský model přinesl i svá úskalí. Snaha uzdravit nemocného byla tak veliká, že každá jiná možnost byla považována za neúspěch a selhání. Z tohoto důvodu se umírající a nevléčitelně nemocní, u kterých „vítězná“ technologická medicína selhala, dostali na okraj propasti nezájmu. Krom jiného byl nemocný redukován na nositele nemoci a mnozí opomněli, že pacient netrpí výlučně bolestí tělesnou, ale strádá také v oblasti psychické, sociální a duchovní.

Hospicové hnutí a jeho nabídka jiného druhu pomoci se staly jakousi odezvou na nekončící „marnost“ akademické medicíny zvítězit nad smrtí i za cenu „života“. Své úsilí vkládají do kvality zbývajících života. Hospicová péče, jejíž synonymum můžeme také spatřovat v péči paliativní, se snaží respektovat člověka v jeho celistvosti a považuje za zcela nutné ošetřovat všechny jeho dimenze.⁴

Podrobněji o významu hospicové a paliativní péče, i o formách hospicové péče pojednávají následující kapitoly.

2.1 Co je hospicová péče

Hospicový program je koordinovaný program **paliativních a podpůrných služeb** prováděných doma i za hospitalizace. Jedná se o komplexní formu péče, která nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stavu) a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky kurativní léčby selhávají a kde síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného jsou nedostačující. Většinu klientů (v ČR 80 – 90 %) tvoří onkologicky nemocní⁵ s infaustní prognózou.⁶

⁴ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 24.

⁵ Mezi nádorovými onemocněními převažuje karcinom rektosigmoidea (rakovina tlustého střeva) – 22 %, karcinom prsu – 16 %, karcinom plic – 13 %, karcinomy gynekologické – 9 % a tumor mozku – 9 %. V nižší míře jsou pak zastoupeny karcinomy žaludku, melanoblastomy (kožní nádory) a nádory ledvin.

⁶ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 512-513.

Zásadní rozdíl mezi hospicovou péčí a péčí poskytovanou v lůžkových nemocničních zařízeních je v tom, že hospicová péče se nesnaží vyléčit nevyлéčitelné, ale své úsilí vkládá do co nejlepší **kvality** zbývajících života. Součástí těchto služeb je tzv. **paliativní péče**, jejíž snahou je zmírňovat bolest a utrpení pacienta a uspokojovat všechny jeho základní **potřeby: biologické, psychologické, sociální i duchovní**. Jednoduše řečeno, postarat se nejenom o nemocné tělo, ale i o churavou duši.⁷ Jak uvádí Svatošová, můžeme zde mluvit o čtyřrozměrném zdraví člověka. Každá ze zmíněných složek je součástí jednoty a jako taková vyžaduje svoji péči.⁸

Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé (bereavement).⁹ Ta je standardní součástí hospicové péče všude ve světě. Rodina totiž – byť jiným způsobem než samotný pacient – také trpí, a přitom jsou na ni kladeny velké nároky.¹⁰

2.2 Definice hospicové a paliativní péče

Obsah pojmu hospicová péče je v odborné literatuře pojímán obdobně. Rozdíly snad můžeme vidět v komplexnosti vnímání potřeb umírajících, například ve vztahu k jeho prostředí, sociálním vztahům a potřebám jeho blízkých.

Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky je **hospicová péče** „*komplexní multidisciplinární paliativní péče, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti klasické léčby, u kterých ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující biologické, psychologické a sociální potřeby nemocného.*“¹¹

Světová organizace domácí a hospicové péče či Americká akademie pro léčbu bolesti navíc do své definice hospicové péče zahrnují i **blízké a rodinu umírajících**, aby tak zdůraznili širší význam tohoto pojmu.

K odlišení hospicové péče od péče například léčených dlouhodobě nemocných, nebo ošetrovatelských ústavů, se používá časový horizont maximálně **šesti měsíců** do očekávané

⁷ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 511-513.

⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. s. 16.

⁹ V českých podmínkách se ukazuje, že dvě třetiny rodin se po úmrtí svého blízkého spokojí s jedním empatickým a citlivým rozhovorem. Pro zbývajících třetinu je nejčastější formou pomoci korespondence.

¹⁰ Srov. SVATOŠOVÁ, M. Také pozůstalí potřebují péči. *Katolický týdeník*, 2005, roč. 16, č. 42. s. 8.

¹¹ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 28.

smrti pacienta. Je nutno ho však vnímat orientačně, mnohdy se totiž stav umírajícího, např. v domácí hospicové péči, zlepšit natolik, že klienti překročí časový úsek „do šesti měsíců“.¹²

Součástí komplexní hospicové péče je již zmíněná paliativní medicína. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 1990) je **paliativní péče** „*přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.*“¹³

Koncept hospicové péče vychází tedy ze zásad paliativního pojetí. Paliativní neboli úlevnou medicínu lze aplikovat nejenom ve zvláštních typech zařízení, jako jsou např. hospice (o nich podrobněji v následující kapitole), ba naopak je žádoucí ji zavádět i v podmínkách domácí či akutní nemocniční péče.¹⁴

Obecně by mělo platit, že žádný lékařský obor se nemůže vyvázat z péče o umírající, a to i v případech, kdy překlad pacienta do hospice je nevhodný, nežádoucí nebo nereálný. Paliativní péče má být zahájena již tehdy, kdy jsou nepříznivé důsledky kurativní léčby větší než očekávaný přínos.¹⁵

2.3 Hospicová péče v konfrontaci s eutanazií

Hospicová péče, stejně jako paliativní medicína, má k otázce eutanazie jednoznačné stanovisko: „*Pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE.*“¹⁶

K pochopení výše zmíněné citace je nezbytně důležité vymezit pojmy eutanazie, asistované suicidium a odstoupení od léčby, které bývají často rozdílně chápány nejen u laické veřejnosti, ale i mezi odborníky.

Eutanazie představuje úmyslné usmrcení člověka na jeho opakovanou žádost jinou osobou (většinou lékařem). U asistovaného suicidia se jedná o úmyslné usmrcení člověka jím samotným na jeho opakovanou žádost, přičemž lékař připraví takové prostředky, aby se pacient mohl sám usmrtit. Odstoupení od kurativní léčby s následkem smrti znamená, být si vědom konečnosti člověka, ve smrti jej neopustit, provázet ho kvalitní péčí (ošetřovatelskou, psychologickou a spirituální) a léčbou (zejména bolesti). Tento komplexní přístup je

¹² Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 28-30.

¹³ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005. s. 24.

¹⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. s. 34.

¹⁵ Srov. tamtéž, s. 36-37.

¹⁶ Co je paliativní léčba, péče a medicína. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2006-09-04]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>>.

podstatou paliativní medicíny, která svým obsahem naplňuje význam hospicového programu.¹⁷

Zatímco eutanazie a asistované suicidium jsou v ČR trestné a morálně zcela odlišné, odstoupení od léčby je klasifikováno jako postup lege artis. V etickém kodexu České lékařské komory (ČLK, 1996) můžeme najít jednoznačné vyjádření: „*Lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.*“¹⁸

2.4 Formy hospicové péče

Svatošová vymezuje tři základní formy hospicové péče:

- domácí
- stacionární (denní pobyty)
- lůžkovou¹⁹

Základní poslání hospicové péče v lůžkové i domácí formě je stejné. Spočívá v nepřetržité službě multidisciplinárního týmu, který doprovází klienta – nemocného až do jeho smrti. Primárním rozdílem je prostředí poskytování této služby. Domácí hospicová péče by měla být nabízena jako prvotní, lůžková péče by na ni měla navazovat teprve v případě, kdy domácí ošetřování není možné.

2.4.1 Domácí hospicová péče

Tento model péče se jeví jako ideální, avšak ne vždy je dostačující. Klient v něm zůstává ve svém vlastním prostředí a péči o něj zajišťují jeho nejbližší.

Misconiová tuto formu **domácí hospicové péče** rozděluje na **laickou** a **odbornou**.²⁰ Samotná péče laická je pilířem celého tohoto celku, protože bez ní bychom jen velice těžko uspokojili všechny potřeby klienta. Tato péče je poskytována všem umírajícím, u kterých nevyžaduje jejich psychosomatický a sociální stav odbornou péči, služby či pomoc. O klienta se stará tzv. pečovatel, který je členem rodiny, z řad příbuzenstva, případně dobrovolník. Pro mnoho zemí jižní Evropy je tato forma přirozenou součástí péče o umírající. U nás je částečně handicapována především chybějící zkušeností se smrtí díky masovému rozvoji

¹⁷ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002. s. 49-52.

¹⁸ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: GRADA, 2005. s. 58.

¹⁹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. s. 127.

²⁰ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 37-39.

institucionálních zařízení v minulých letech.²¹ Podle Haškovcové je ritualizovaný domácí model umírání věcí minulosti. Moderní člověk, takřka netknut situací umírání, je naplněn panickým strachem a bezradností, i když jeho ochota podílet se na péči existuje.²² Přitom pro mnohé nemocné je podle Hakla „nesmírně důležité, že nejsou vyčleněni z rodinného života, že mohou, i když omezeně, rozhodovat a účastnit se svého profesního života.“²³

Domácí péče odborná je pak jakousi integrací sociální, zdravotní a laické péče v domácím prostředí. Jejím cílem je ucelit, případně nahradit péči laickou. V České republice činí maximální časový rozsah odborného zásahu hrazeného zdravotní pojišťovnou 1 hodinu 3x denně. Délku stanovuje ošetřující lékař klienta.²⁴

Jakýmsi doplňkem domácí hospicové péče – laické může být **ambulantní hospicová péče**. Pomáhá umírajícím v rámci paliativní péče zmírnit bolesti prostřednictvím krátkodobých, časově omezených zákroků.²⁵

2.4.2 Stacionární hospicová péče

Stacionární hospicová péče je určena mobilním klientům, jejichž stav nevyžaduje umístění na lůžko. V cizině tato forma slaví značný úspěch. Klient je zpravidla v ranních hodinách přijat do stacionáře, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů.²⁶ Stacionář tak část dne nahrazuje klientovi jeho vlastní sociální prostředí. Rodinní příslušníci se díky této pomoci nemusí zcela vyvázat ze svých povinností, zaměstnání, mohou si odpočinout a načerpat fyzické a psychické síly. Obvykle je stacionární hospicová péče zřizována při lůžkových typech hospicové péče.²⁷

2.4.3 Lůžková hospicová péče

Lůžková hospicová péče je zpravidla vymezena těm klientům, kterým postupující choroba ohrožuje život, avšak akutně nepotřebují nemocniční ošetření. Je vhodná tam, kde

²¹ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 37-39.

²² Srov.: HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. s. 26-29.

²³ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005. s. 505.

²⁴ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 37-39.

²⁵ Srov. tamtéž, s. 39-40.

²⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. s. 48-49.

²⁷ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 40-41.

chybí nebo je nedostatečná péče domácí a pro klienta je nezbytná paliativní, především symptomatická léčba.²⁸

Svatošová udává následující důvody žádostí o lůžko tak, jak jsou uváděné rodinou:

- pro 90 % rodinných příslušníků je ošetřování nemocného po odborné, fyzické a psychické stránce příliš náročné
- u 60 % je nutná kontrola a léčba bolesti a jiných symptomů
- u 30 % pak rodina vůbec neexistuje nebo se ošetřováním nemocného vyčerpala²⁹

Při lůžkové péči přebírá většinu péče tým hospice, blízcí se na ní mohou, ale nemusejí podílet. Příbuzným a blízkým pacienta je věnována pozornost a jsou povzbuzováni k tomu, aby se co nejvíce do péče zapojili. Péče je náročnější po medicínské a ošetrovatelské stránce, protože se předpokládá, že v lůžkovém hospici se zvládnou situace, které doma již zvládnout nelze. Jednodušší je koordinace péče v rámci jednoho zařízení. Náročnější naopak může být péče o psychické, sociální a duchovní potřeby klienta, který je vytržen ze svého vlastního prostředí a pociťuje tak některé handicap, jež by doma nevnímal.

Lůžková forma hospice není myšlena jako konečná stáž před smrtí. Klient má možnost přicházet zpravidla na krátkodobé, opakované pobyty, jak on sám považuje za nutné.³⁰ Haškovcová v této souvislosti uvádí, že by bylo chybné oddělovat domácí a hospicovou péči. Lůžkové zařízení, tedy hospic by se tak stal „domem smrti“, ze kterého není návratu a ušlechtilé hospicové myšlenky by byly znehodnoceny.³¹

3. HISTORIE HOSPICŮ

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.“³²

Slovo hospic má svůj základ v latinském hospes, hospitis – host, odtud hospitium – pohostinství, přátelské přijetí. Tento pojem „celostní péče“ sahá až do středověku, kdy při kláštorech vznikaly útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. Termín též označoval tzv. domy odpočinku, které vyhledávali unavení poutníci směřující do Svaté země. Můžeme říci, že

²⁸ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 512.

²⁹ Srov. tamtéž, s. 513.

³⁰ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. s. 129-131.

³¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. s. 42.

³² SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. s. 123.

středověký hospic poskytoval vše, co lze v dnešní moderní době nazvat bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem.

Hospice později přirozeně zanikly a myšlenka na ně ožila teprve v polovině 18. století. Z iniciativy Jeanne Garnierové vzniklo společenství žen (především vdov), které v Paříži vybudovaly první dům – hospic, jež svým významem označoval místo, kam byli přijímáni pacienti na konci života. O něco málo později založila v irském Dublinu Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky, jejichž hlavním posláním bylo doprovázení umírajících.

Ovšem rozvoj hospice jako specializovaného zařízení pro umírající nastal až ve 20. století, a to především díky rozkvětu moderní medicíny, která nebyla schopna uspokojit veškeré potřeby umírajících. Za zakladatelku moderního hospicového hnutí lze právem pokládat anglickou lékařku Cecily Saundersovou³³, která v roce 1967 otevřela v Londýně St. Christopher's Hospice. Zde se poprvé postaral o „celkovou bolest“ terminálně nemocného multidisciplinární tým.³⁴ Myšlenka hospice brzy obletěla svět a dnes v něm můžeme najít více než 2500 hospiců.³⁵

V naší republice se historie hospiců počítá od roku 1993, kdy doktorka Marie Svatošová založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo. Prvním úspěšným počinem tohoto sdružení bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci (1995). Následoval hospic Štrasburk v Praze, Hospic sv. Lazara v Plzni, sv. Alžběty v Rajhradu u Brna a mnoho dalších. Pro širší přehled odkazují na internetové stránky (www.hospice.cz/hospice1/org.php). K dnešnímu dni čítá Česká republika deset hospiců lůžkového typu, včetně nedávno otevřeného Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Toto číslo není zajisté poslední. Další objekty čekají na dokončení či realizaci. V současnosti finišuje první hospic v Moravskoslezském kraji

³³ Cicely Saunders (1918-2005), původně zdravotní sestra, vystudovala ve svých 38 letech lékařství. Její zkušenosti z nemocnic sv. Lukáše, sv. Josefa a z Bayswater Home pro chudé umírající ji přesvědčily o nutnosti změny v přístupu k nemocným a umírajícím. Inspirovaná touto vizí založila St. Christopher's hospic, pojmenovaný po svatém patronu poutníků – jako místo, poskytující přístřeší na nejtěžší části životní cesty. St. Christopher's hospice poskytoval primárně péči onkologicky nemocným, protože právě zde Cicely Saunders vnímala mezeru v lékařském systému NHS (National Health System). Tato celosvětová zastánkyně hospicové myšlenky byla ověncena mnoha prestižními cenami, čestnými tituly a medailemi. V roce 1967 získala Řád Britského impéria a v roce 1989 byla povýšena do šlechtického stavu. Zemřela smířena ve věku 87 let.

³⁴ Srov. KABELKA, L. O zakladatelce moderního hospicového hnutí Cecily Saunders. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-03-22]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/index1.php>>.

³⁵ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 511.

(Hospic sv. Lukáše)³⁶ a také Středočeský kraj by se měl dočkat svého prvního lůžkového hospice (Hospice Dobrého Pastýře v Červanech) na konci příštího roku.³⁷

Pro ucelení dodávám, že v České republice existuje dvaadvacet organizací, které se věnují paliativní a hospicové péči. Nejpočetnější jsou právě lůžkové hospice, dále pak domácí hospice, ale patří sem i organizace usilující o jejich výstavbu.³⁸

V této kapitole bych chtěla rovněž zmínit alespoň ve stručnosti dětské hospice³⁹, protože smrt není vždy spojená jen se slovem „stáří“. První zařízení tohoto druhu vzniklo v 80. letech 20. století v Anglii a nese jméno jedné dětské pacientky – Helen House. Jeho zakladatelkou se stala řádová sestra Frances Dominica.⁴⁰ U nás se touto záslužnou činností zabývají manželé Královcovi, představitelé nadace Klíček, kteří své úsilí věnují dětskému hospici v Malejovicích u Kutné Hory.⁴¹

4. HOSPIC JAKO DŮM

Jak jsem již uvedla, lůžkové hospice u nás představují nejčastější formu péče, bohužel však stále kapacitně nedostačující. Následující kapitola se podrobněji věnuje charakteristice tohoto lůžkového zařízení a blíže nás seznámí s Hospicem sv. Lazara v Plzni a s jeho chodem.

4.1 Lůžkový hospic se představuje

Hospic sv. Anežky České v Červeném Kostelci do jisté míry předznamenal nejčastější formu hospicového zařízení u nás.

³⁶ Srov. KIZÁK, J. První hospic v Moravskoslezském kraji. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-03-03]. Dostupné na WWW: < <http://www.hospice.cz/hospice1/index2.php?id=485>>.

³⁷ Srov. ŠŤASTNÁ-BEŠČECOVÁ, K. Neumírat smutný a opuštěný. *Katolický týdeník*, 2006, roč. 17, č. 41, s. 2.

³⁸ Srov. tamtéž, s. 1.

³⁹ Dětský hospic se od hospice pro dospělé liší v několika významných rysech. Slouží dětem, u nichž byla diagnostikována život ohrožující či život omezující choroba, někdy též dětem v poúrazových stavech a jejich rodinám. Těžiště práce však nespočívá v terminální péči, ale primárně v péči respitní (odlehčovací). Doba mezi stanovením diagnózy nemoci a smrtí dítěte je různě dlouhá (někdy jde o řadu let). Rodiče s dětmi přijíždí proto do hospice spíše na krátkodobé opakované zotavující pobyty, kde má rodina možnost si odpočinout, posílit se, podělit se o své starosti. Hospic je však schopen mimo jiné postarat se o dítě v terminálním stavu, tato péče však není až tak častá. Dětský hospic má s hospicem pro dospělé společné poslání, které spočívá ve zlepšování kvality života nemocného a jeho blízkých, včetně péče o duši a ducha. Důležitou součástí práce je podpora pozůstalé rodiny.

⁴⁰ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O dětech a smrti*. 1. vyd. Praha: ERMAT, 1993. s. 304-310.

⁴¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. s. 57-61.

Filec popisuje jejich společné rysy takto:

- „*hospic je vždy nestátním lůžkovým zdravotnickým zařízením, které poskytuje paliativní (hospicovou) péči;*
- *hospic má vždy navázány smlouvy o hrazení zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami;*
- *počínaje projektem a konče denním programem respektuje hospic specifické potřeby člověka stojícího na konci života, postavení pacienta připomíná spíše hotelového hosta než pacienta na nemocničním lůžku;*
- *normou je v hospici vysoký technický standard vybavení i poskytované péče, součástí hospice je vždy ekumenická kaple a místnost posledního rozloučení;*
- *při péči o klienta hospic počítá s účastí blízkých osob a naopak hospic poskytuje péči doprovázejícím a pozůstalým;*
- *při hospici působí sbor dobrovolníků, kteří představují potřebný spojovací článek mezi hospicem a místní komunitou;*
- *hospic má obvykle kapacitu 25 – 30 lůžek a stejný počet lůžek pro doprovázející, kteří se na péči podílejí;*
- *hospice plní úlohu edukačních center paliativní péče v regionu*“⁴²

Zároveň dodává, že žádný další hospic není kopií Červeného Kostelce. Právě naopak, každé další zařízení je v něčem jiné, právě tak jako jsou jiné naše rodiny a naše domovy. Hospic je totiž také v první řadě domov.⁴³

V hospici jde o **doprovázení smrtelně nemocného a jeho nejbližších** v těžkém úseku života. Do svého čela staví přesvědčení, že bez ohledu na diagnózu, stupeň pokročilosti i nepříznivou prognózu, můžeme vždy udělat něco pro zlepšení kvality zbývajících života.⁴⁴ Výstižným způsobem pak náplň této péče pojmenovala Marie Svatošová, zakladatelka hospicového hnutí u nás. Hospic přirovnává k umění, a to k umění doprovodu.

Hospic nemocnému garantuje, že:

- *„nebude trpět nesnesitelnou bolestí*
- *za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost*
- *v posledních chvílích života nezůstane osamocen*“⁴⁵

⁴² FILEC, V. Úloha ministerstva zdravotnictví při vzniku hospicového zařízení v České republice. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-03-05]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/index1.php>>.

⁴³ Srov. FILEC, V. Úloha ministerstva zdravotnictví při vzniku hospicového zařízení v České republice. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-03-05]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/index1.php>>.

⁴⁴ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 511.

⁴⁵ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. s. 123.

4.1.1 Přijetí do hospice

Do hospice je klient přijímán na **vlastní přání** (podmínkou je **plný informovaný souhlas**) a na základě **žádosti** vyplněné ošetřujícím lékařem. Tento formulář žádostí o přijetí si můžete vyzvednout v každém z jednotlivých hospiců nebo stáhnout z webových stránek, kde ji modelově zpracovala organizace Ecce homo⁴⁶ (příloha I). Nerozhoduje zde věk, bydliště, náboženské vyznání či národnost, nýbrž diagnóza, prognóza a momentální stav nemocného. Před tím, než klient nastoupí do hospice, měl by být informován o svém zdravotním stavu a vyhlídkách. Bohužel se tak někdy nestává, což stěžuje práci všem zúčastněným.

Průměrná doba pobytu klienta v hospici činí 3 – 4 týdny. Ne všichni však v hospici zemrou. Přibližně čtvrtinu nemocných čeká návrat domů poté, co se zlepší jejich celkový stav, zvládne se bolest a další symptomy. V hospici převládá přirozeně vyšší věková kategorie klientů (tvoří přibližně dvě třetiny z celkového počtu).⁴⁷

Kritériem pro přijetí do lůžkové formy hospice bývají zpravidla tyto čtyři podmínky:

- postupující choroba ohrožuje nemocného na životě
- je nutná paliativní (úlevná) léčba a péče
- momentálně nemocný nepotřebuje akutní ošetření nebo nemocniční léčbu
- nestačí nebo není možná péče domácí⁴⁸

4.1.2 Práce v hospici

Chod hospice vyžaduje **týmovou práci**. Její součástí jsou nejen odborníci z řad zdravotníků, duchovní, sociální pracovníci a psychologové, ale také rodina nemocného, včetně **dobrovolníků**. Těm se v anglicky mluvících zemích výstižně říká „listeners“, tedy „naslouchající“. Hospic respektuje smrt jako přirozenou a samozřejmou součást života. Proto zde pracují lidé, kteří jsou **vyrovnáni se svou konečností, smrtelností**. Mimo jiné jejich přístup ke klientovi je hluboce lidský a zúčastněný, což se odráží na chodu celého zařízení.

4.1.3 Režim dne v hospici

Režim dne je zde poněkud jiný než v nemocnici. Určuje si ho totiž, pokud je to možné, sám klient. Ten má také možnost vzít si do hospice i člena své rodiny, který se v rámci svých

⁴⁶ Srov. Co dělat, když někdo potřebuje hospicovou péči. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-03-19]. Dostupné na WWW: < <http://hospice.cz/hospice1/zadost.html>>.

⁴⁷ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005. s. 512.

⁴⁸ Srov. tamtéž, s. 512.

možností a schopností může podílet na péči o nemocného. Hospic je zařízení otevřené 24 hodin denně, nemocný se může pohybovat po hospici zcela volně dle svého uvážení, pokud odchází mimo objekt budovy, oznámí tuto okolnost sestře. Pokud mu jeho zdravotní stav umožňuje krátkodobý pobyt v domácím prostředí, je propuštěn anebo odchází na krátkodobou propustku s rezervací lůžka v hospici. Čas mu může zpříjemnit jeho průvodce a návštěvy rodiny a přátel. Ty jsou v hospici zásadně neomezené (24 hodin denně, 365 dnů v roce).⁴⁹

4.1.4 Jednolůžkové pokoje

Podíváme-li se na hospic jako dům, pak se toto zařízení skládá z poměrně malé lůžkové části a ze stacionáře. Jednolůžkové pokoje zde nejsou ničím nadstandardním. Ze zkušeností hospiců ve Velké Británii vyplývá, že vícelůžkové pokoje jsou zcela nevyhovující. Důvodů je mnoho. Jen těžko si lze představit, že vedle nemocného na stejném pokoji umře hned několik klientů za sebou. Stejně tak obtížné je doprovázení klienta, ke kterému je potřeba značná dávka času a soukromí.⁵⁰

Samotný počet lůžek není v ČR dostačující. Podle zahraničních zkušeností by na 100 000 obyvatel mělo připadnout asi pět hospicových lůžek. Podle naší statistiky jich je v současné době jenom 280, ale mělo by jich být 500.⁵¹

4.1.5 Péče nevázaná na místo

V hospicové péči nejde v první řadě o péči v hospici – budově. Ačkoliv i tato forma péče sem spadá. Jako způsob přístupu k člověku může být hospicová péče realizována kdekoli. Jak se tato myšlenka šíří dokládá Svatošová, když mluví o tom, že tam, kde delší dobu existuje hospic, zlepšuje se péče o umírající i v nemocnicích⁵². V podobném duchu se vyjadřuje i Jakoubková a navíc dodává: "*V zemích, kde je hospicová péče na vysoké úrovni, se stala otázka eutanazie bezpředmětnou.*"⁵³

⁴⁹ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 513-515.

⁵⁰ Srov. tamtéž, s. 512-515.

⁵¹ Srov. tamtéž, s. 218.

⁵² Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, Praha: Ecce Homo, 1995. s. 133.

⁵³ JAKOUBKOVÁ, J. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. s. 99.

4.2 Hospic sv. Lazara v Plzni

Hospic sv. Lazara je nestátní zdravotnické zařízení provozované občanským sdružením. Svou činnost zahájil 1. dubna 1998 jako třetí zařízení tohoto druhu u nás. Poskytuje především respitní a lůžkovou hospicovou péči. Hospic v žádném případě nesupluje domovy důchodců a léčebny dlouhodobě nemocných, proto jsou přijímáni výhradně klienti s infaustní prognózou.

Budova hospice (příloha II) se nachází v zástavbě činžovních panelákových domů na Sladkovské třídě. Její začátky provázely odmítavé postoje ze stran sousedících bytových zón, které nechtěly mít podobné zařízení ve svém okolí. Po roce a půl chodu hospice však svůj názor přehodnotily a zaslaly hospici omluvný dopis.⁵⁴

Hospic disponuje 28 lůžky. Většina pokojů je jednolůžkových, přičemž vždy dva mají společné sociální zařízení a koupelnu. Tato kapacita se jeví jako optimální, jelikož menší provoz domu by byl příliš drahý a větší dům by ztrácel rodinný charakter. Pokoje jsou vybavené přistýlkou pro rodinu a příbuzné, kteří jsou v hospici vítáni. Je-li to jen trochu možné, měli by svého blízkého doprovázet a podílet se na ošetřování. Nikomu však není nic vnucováno.

Celý interiér (příloha III) zdobí obrazy, květiny i akvária. Naleznete tu také terasu se zimní zahradou, společenskou místnost a kapli sv. Lazara, ve které se pravidelně konají bohoslužby. Do hospice jednou týdně dochází na celý den katolický duchovní, který rozmlouvá s pacienty, kteří projeví zájem. Hospic spolupracuje s evangelíky, katolíky i husity, záleží na vyznání klienta.

Domácí péči hospic zajišťuje ve spolupráci s domácí charitní péčí, která v Plzni velice dobře funguje. Hospic také půjčuje některé zdravotnické pomůcky klientům domů, a tím umožňuje prodloužit jejich pobyt v domácím prostředí. Hospic sv. Lazara rovněž velmi úzce spolupracuje s plzeňským denním a týdenním stacionářem.

Financování hospice je vícezdrojové, na provozu se podílejí zdravotní pojišťovny, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a zdravotní a sociální odbor Magistrátu města Plzně. Dík patří i všem dalším dárcům, ať již jde o sponzorské dary od právnických osob nebo o neméně potřebné dary od mnoha jednotlivců.

Také klient na pobyt v hospici částečně přispívá, a to podle výše svého příjmu ve výši od 50 Kč do 230 Kč za den. Pokud je jeho diagnóza neoncologická, je tento poplatek stanoven na 280 Kč za den bez ohledu na výši příjmu. Nemocný má k dispozici nadstandardní

⁵⁴ Čerpáno z osobního rozhovoru s Bc. Jitkou Krsovou, sociální pracovnící Hospice sv. Lazara, 20. 3. 2006.

zařízení (telefon, polohovatelné lůžko, antidekubitní matrace, TV a další). Platba probíhá předem, nejpozději však v den přijetí klienta na dobu jednoho měsíce.⁵⁵

V roce 2005 bylo do Hospice sv. Lazara přijato 40 klientů s neonkologickou diagnózou. Nejčastěji se jedná o nemocné v konečném stadiu cévních a srdečních chorob, s pozdními komplikacemi diabetu, Alzheimerovou demencí nebo v těžkých poúrazových stavech. Z celkového počtu 256 hospitalizovaných (onkologických i neonkologických) jich bylo 44 propuštěno většinou do domácí péče, ostatní v hospici zemřeli (podrobněji znázorňuje statistiku příloha IV). Z výroční zprávy hospice dále vyplývá, že za celou dobu provozu (od roku 1998 do konce září 2006) do něj bylo přijato celkem 1473 klientů. Pro doplnění uvádím, že od ledna 2006 do konce září 2006 bylo přijato dalších 183 pacientů.⁵⁶

Dobrovolník má v hospici nezastupitelné místo. Může jim být každý, kdo ze své dobré vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu, věnuje svůj čas druhým. Někdy stačí pouhá přítomnost u lůžka nemocného, vždyť 70 % informací sdělujeme nonverbálně, čili jinak než slovy. Přítomnost u lůžka tedy může být podstatnější, než to, co říkáme.⁵⁷

Mezi nejčastější aktivity dobrovolníků patří:

- společnost u lůžka nemocných, tzn. povídání, předčítání, hraní her atd.
- pomoc a účast při arteterapeutických aktivitách v hospici
- posila v domě – péče o květiny, krmení rybiček, drobné údržbářské práce
- zpracování a realizace kulturního programu pro nemocné, např. divadelní představení
- pomoc klientům a jejich rodině v domácím prostředí

Svoji pomocnou ruku k dílu přidávají i studenti na odborných praxích. V roce 2005 jich bylo celkem 186. Velký úspěch u klientů slaví i nové možnosti, jako např. canisterapie. Pejsek při ní může až na lůžko, kde dělá nemocnému společníka.⁵⁸

Sama jsem Hospic sv. Lazara v Plzni navštívila jako praktikantka a byla jsem mile překvapena chováním a přístupem personálu k nemocnému umírajícímu. Na otázku jak je to možné, odpovídá výstižně Kübler-Rossová: „*Myšlenka hospice je velice užitečná, protože můžete vybrat personál, který se dokáže postarat o umírající a který vytvoří ovzduší lásky, uznání, péče a naděje. Zároveň se mohou lékaři a sestry stát v péči o smrtelně nemocné pacienty odborníky, kteří jsou schopni udržet pacienty v dobré tělesné a duševní kondici.*“⁵⁹ Na celkové klima v hospici mají pozitivní vliv také pravidelná měsíční setkávání sester,

⁵⁵ Čerpáno z interních materiálů a z výročních zpráv (2004, 2005) Hospice sv. Lazara v Plzni.

⁵⁶ Tamtéž.

⁵⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospic Anežky České se představuje*. 1. vyd. Praha: Ecce homo, 1995. s. 5.

⁵⁸ Čerpáno z interních materiálů a z výročních zpráv (2004, 2005) Hospice sv. Lazara v Plzni.

⁵⁹ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005. s. 511.

pečovatelů a ošetřovatelů se supervizorem. Pro zaměstnance je supervize jakýmsi zhodnocením, zpětnou vazbou a prevencí syndromu vyhoření, který při tak náročné práci není ničím neobvyklým.

Hospic razí heslo: Nic neodkládat na zítřek. Neslibovat, ale konat okamžitě. Slovo zítra tady nemá žádnou cenu. Zítra totiž může být pozdě!⁶⁰

4.3 Zkušenosti z Hospice sv. Lazara v Plzni

V Hospici sv. Lazara jsem v roce 2006 vykonávala odbornou praxi. Byla jsem přidělena pod sociální oddělení a moje náplň práce se slučovala s prací dobrovolníků. Většinu času jsem trávila s nemocnými u jejich lůžka. Naslouchala jsem jejich vyprávění o rodině, jejich životě, nynější beznaději, starostech, kdo se postará o jejich blízké... Někteří pacienti byli ve stavu smíření, měli duchovní sílu, kterou bych nazvala nadějí – umírali životu a rodili se pro „Život“. Tady jsem pochopila, že umírání znamená loučení, smrt je uzavřením jedné etapy života. Je pro mě velkým tajemstvím. Smrt není ukončení bytí, nýbrž jen mezičlánkem přechodu z jedné formy konečného bytí do druhé.

Setrvala jsem také u lůžek pacientů, kteří byli buď agresivní, anebo se propadali do hlubokého smutku. U těchto nemocných mi bylo velmi těžko, hledala jsem, čím je potěšit. Pacientům v terminálním stádiu, kteří měli porušené vědomí jsem držením za ruku dávala najevo, že v poslední chvíli, nezůstali sami.

Byla jsem překvapená, jak těžké je umírání i pro věřícího člověka, a že ne všichni nemocní dojdou do stádia smíření. Uvědomila jsem si, že smrt se také jednou bude týkat i mě. V hospici jsem viděla, že umírající jsou hrdinové. Svoji největší bitvu bojují v tichosti a o jejich vítězství ví jen ten, kdo setrval u jejich lůžka.

5. DOHLEDNÉ CÍLE HOSPICOVÉHO HNUTÍ V ČR

Ve světě jsou nabízeny různé organizační formy paliativní péče a hospic představuje jen jednu z nich. V ČR hospice, o kapacitě 280 lůžek, nemohou zajistit dostupnou péči všem potřebným. Celý problém, i přes budoucí hustší síť, však hospice nevyřeší. Není to ani jejich cílem. Tato forma zařízení je totiž optimální jen v některých situacích. Hospicové hnutí se proto od svého počátku snaží prosadit myšlenku hospice i mimo jeho zdi, všude, kde lidé

⁶⁰ Čerpáno z interních materiálů a z výročních zpráv (2004, 2005) Hospice sv. Lazara v Plzni.

umírají.⁶¹ Výstižně to charakterizuje M. Svatošová a dodává: „*Hospic totiž není jen barák; spíš způsob péče o pacienty, jejíž ideální formou je domácí péče. Jde o to vzdělat a vychovat nejen zdravotníky na fakultách, ale také veřejnost – vždyť kolem pacienta se pohybuje nejen lékařský personál, ale i rodina, kamarádi, sousedé. Ti všichni by měli v takové situaci přiložit ruku k dílu.*“⁶²

Závažná otázka hospiců spočívá také v jejich financování. Z důvodů legislativní nouze byl první hospic u nás zaregistrován jako nestátní zdravotnické zařízení s ošetrovatelskými lůžky. Nebylo však zbytlí. Toto dočasné řešení je však do budoucna neúnosné. Zhruba 40 % nákladů na péči o nemocné v hospicích hradí zdravotní pojišťovny, zbytek peněz shánějí však hospice samy.⁶³ Proto je nutné systémové řešení. Ovšem jak se zdá, blýská se v tomto směru na lepší časy. V červenci roku 2006 podepsal prezident novelu zákona č. 48/1997 Sb., kterou předtím schválila jak Poslanecká sněmovna, tak těsnou většinou i Senát. Pojem hospic se tak po více než desetiletém snažení dostal do zákona. Je pouze otázkou času, kdy se objeví v úhradové vyhlášce.⁶⁴

Velký kus práce spočívá rovněž ve výchově celé společnosti ve vztahu k těžce nemocným a umírajícím. Dnešní člověk se smrti bojí, izoluje se od ní. Přitom obavy z jeho selhání často pramení spíše z neexistující zkušenosti se smrtí než z neochoty doprovodit svého blízkého. Změnit tento postoj je zřejmě práce na celé generace. Snaží se o to nejen odborné publikace, ale také např. edukační centra Ecce homo formou přednášek, konzultací a stáží.⁶⁵ Taktéž účelem každoročních oslav Světového dne hospiců (7. října) je informovat společnost o existenci hospiců a bořit tabu a mýty, které mezi veřejností kolují.⁶⁶ Jak uvádí Haškovcová, není jich málo. Lidé hospice označují jako „domy smrti“; mají představu, že se do nich chodí jen umřít. Jiní mají o hospici utkvělou představu luxusního sanatoria pro dlouhodobě nemocné nebo místa, které je rezervováno výlučně věřícím. Mnozí si také myslí,

⁶¹ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 517-519.

⁶² SVATOŠOVÁ, M. Také pozůstalí potřebují péči. *Katolický týdeník*, 2005, roč. 16, č. 42, s. 8.

⁶³ Srov. KIZÁK, J. *Premiér slíbil pomoc hospicům*. [online]. © 1999-2002, posl. aktualizace 5. 4. 2006. [cit 2006-10-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/index2.php?id=443>>.

⁶⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *HOSPIC konečně v zákoně! Radujme se, veselme se!!* [online]. © 1999-2002, posl. aktualizace 9. 6. 2006. [cit 2006-10-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/index2.php?id=453>>.

⁶⁵ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 517-519.

⁶⁶ Srov. ŠŤASTNÁ-BEŠČECOVÁ, K. Neumírat smutný a opuštěný. *Katolický týdeník*, 2006, roč. 17, č. 41, s. 1.

že se hospic hodí pro všechny umírající a předhání se proto v rezervacích.⁶⁷ Opak je však pravdou. Hospic má svá kritéria přijetí a poskytuje péči a služby, které vyhovují především onkologicky nemocným a nemocným v rozvinutém stádiu AIDS. Přijetí ostatních pacientů do hospicového programu je možné, ale není typické. Co se týče otázky víry, ta není kritériem pro přijetí. I když je v hospici systematicky pěstován spirituální rozměr péče, rozhodně víra není nikomu vnučována. Přestože je hospic spojen s hrozcí smrtí, nelze jej zjednodušeně označovat „domem smrti“. Umírání je dlouhodobý proces a hospic zajišťuje kvalitní a důstojnou péči vážně nemocným, kteří dál prožívají plnohodnotně svůj život.⁶⁸

6. POTŘEBY NEMOCNÝCH

Pro zajištění maximální kvality péče o nemocné umírající je nutné, abychom se blíže seznámili se specifickými potřebami nemocných.

6.1 Pojem potřeby člověka

Každý organismus, aby se udržel při životě, musí vyvíjet určitou aktivitu. Hnací mechanismy, které dávají lidskému jednání dynamiku ve smyslu směru a síly, jsou *motiv*y. Motivy objasňují, proč má jednání člověka určitý směr, proč vynakládá danou míru energie i to, za jakých podmínek svou činnost ukončí. Sociální psychologové rozlišují *druhy* a *formy* motivů: *druhy* poukazují na konkrétní obsah (tj. konkrétní uspokojení, kterého má být dosaženo), *formy* jsou vyjadřovány takovými pojmy, jako jsou potřeby, zájmy, ideály.⁶⁹

Výchozí formu motivu, a to ve smyslu pociťovaného nedostatku, deficitu (podle Hartla také nadbytku)⁷⁰, vyjadřuje pojem *potřeba*. Nakonečný chápe potřeby jako „základní motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí člověka, a cílem

⁶⁷ Počátky hospice v našich podmínkách nebyly vůbec snadné. Výstavba prvních dvou lůžkových hospiců byla spojena s peticemi ze stran veřejnosti, která podobné zařízení nechtěla mít ve své blízkosti. Poté, co se první hospic u nás, Hospic Anežky České prezentoval formou „měsíce otevřených dveří“, veřejnost nabyla dojmu luxusního zařízení s televizí, jednolůžkovými pokoji a „zlatými sestřičkami“. Doslova bombardovala hospic žádostmi o lůžko pro svého dědečka, svou babičku, rodiče. Z 90 % se však jednalo o nevhodné klienty pro přijetí. Doktorka Svatošová v této spojitosti zmiňuje „úsměvnou“ historku, kde ji cestující autobusu z Červeného Kostelce dali označení: „To je ta, z tý CHCÍPÁRNÝ“ Dobrou zprávou je to, že od té doby informovanost mezi veřejností stoupla; politování hodným však zůstává fakt, že přibýlo i mnoho těch, kteří se tématu smrti vyhýbají obloukem. Čerpáno z přednášky MUDr. Marie Svatošové na téma: *Hospice – umění doprovázet*. Znojemska beseda. 17. 10. 2006

⁶⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. s. 61-63.

⁶⁹ Srov. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Academia, 1996. s. 270.

⁷⁰ Srov. HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Budka, 1993. s. 297.

chování, které je s nimi spojeno jako instrumentální aktivita, je redukce těchto potřeb, jež je prožívána jako různé druhy uspokojení“.⁷¹

Hartl definuje potřeby jako „nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit, též stav organismu, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti“⁷², opakem je stav rovnováhy, homeostáza.

Širší pojetí pojmu potřeba uvádí Murray, který soudí, že potřebě jako „síle“ jsou připisovány dvě důležité motivační zvláštnosti, a to způsobnost vyvolávat kognitivní reprezentace žádoucích cílů a realizace cíle potřeby.⁷³

6.2 Klasifikace potřeb

V otázce třídění a klasifikace potřeb se setkávají dvě základní koncepce – **singularistická** a **pluralistická**. Zastánci singularistického pojetí se domnívají, že lidské chování je motivováno jednou či dvěma základními potřebami, z nichž se pak odvíjí široké spektrum motivů. Freud chápal jako základní psychické motivy pud sexuální (libido) a agresivní (thanatos). Podněty libida zahrnují i psychosociální motivy a základní emocionální potřeby v pořadí podle jednotlivých vývojových etap: 1. orální: touha po něžnosti, bezpečí, 2. anální: potřeba vlastnit, prosadit se, 3. falicko-genitální: potřeba sebeuplatnění.⁷⁴

Pluralistická koncepce předpokládá menší systémy základních kategorií potřeb (Maslow) či poměrně početné klasifikační systémy (Murray). Základní dělení pluralistických koncepcí obvykle stojí na rozlišení *primárních* (biologických) a *sekundárních* (získaných) potřeb, ale literatura uvádí i členění na biogenní a sociogenní, viscerogenní a psychogenní, vědomé a nevědomé.⁷⁵

Tak např. **Murrayho** klasifikace potřeb zahrnuje:

- a) potřeby viscerogenní: 1. nedostatky, tj. potřeba vdechovat kyslík, pud potravy, pud vody; 2. nadbytky: pud sekrece, tj. sexuální a laktační; 3. vyhnutí, tj. pud vydechování CO₂, vyhnutí škodlivinám, horku, úrazu.
- b) potřeby psychogenní: 1. potřeby vázané na objekty; 2. potřeby vztahující se k sociálnímu sebeprosazování; 3. potřeby projevu síly; 4. potřeba ublížit; 5. potřeby v rámci mezilidských vztahů; 6. potřeby sociální.

⁷¹ NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Academia, 1996. s. 125.

⁷² HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Budka, 1993. s. 151.

⁷³ Srov. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 1995. s. 336.

⁷⁴ Srov. FELDMANN, H. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1997. s. 205.

⁷⁵ Srov. MUSIL, J. *Úvod do sociální psychologie*. 1. vyd. Olomouc: UP, 1996. s. 81.

C. Höschl uvádí jiné dělení sekundárních potřeb:

- 1) potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů;
- 2) potřeba smysluplného světa;
- 3) potřeba citových a sociálních vztahů;
- 4) potřeba společenské hodnoty;
- 5) potřeba otevřené budoucnosti.

J. Krivohlavý kromě biologických potřeb rozlišuje potřeby psychologické, na osobu vázané, subjektivní snahy a potřeby sociální, tj. touha po sociálním kontaktu, srovnávání s druhými, potřeba soutěžit a spolupracovat, potřeba sebepojetí a sebehodnocení.⁷⁶

Později svůj systém sociálních potřeb rozpracoval na:

- 1) potřeba afiliace, sociálního kontaktu;
- 2) potřeba přátelského vztahu;
- 3) potřeba sociální vzájemnosti;
- 4) potřeba sociální komunikace;
- 5) potřeba sociálního srovnávání;
- 6) potřeba spolupráce;
- 7) potřeba zajištění sociálního bezpečí;
- 8) potřeba sociálního zařazení;
- 9) potřeba sociální identity;
- 10) potřeba kladného hodnocení.⁷⁷

Někteří autoři klasifikaci doplňují o duchovní (spirituální) potřeby. Fromm používá pojmu „náboženská potřeba“⁷⁸ a chápe náboženství jako skupinu, která sdílí systém myšlenek a jednání, a nabízí jedinci rámec orientace a objekt oddanosti. V tomto smyslu je pak podle Fromma náboženská potřeba zakořeněna v základních podmínkách lidského druhu, kterému chybí schopnost instinktivního řízení, ale má schopnost sebeuvědomování, rozumu a představitivosti – nové kvality, která přesahuje kapacitu instrumentálního myšlení primátů a potřebuje vytvořit nový rámec orientace a objekt oddanosti, k němuž by se upnul, aby přežil.⁷⁹ Mnoho dalších se shoduje na tom, že duchovní potřeby jsou všechny, které souvisejí se smyslem života (a smrti) a nemusí mít nutně něco společného s náboženstvím.

Zajímavá a méně známá je klasifikace potřeb podle **L. Crabba**, který se vyjadřuje k hodnocení člověka z křesťanského pohledu. Nejzákladnější potřebou člověka je pocit

⁷⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973. s. 303-306.

⁷⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. Moderátor zvládnání zátěže typu sociální opory. *Československá psychologie*, 1999, roč. 43, č. 2, s. 106-118.

⁷⁸ FROMM, E. *Mít nebo být*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1991. s. 160.

⁷⁹ Srov. tamtéž, s. 160.

vlastní hodnoty přijetí sebe samého jako neposkvrněného, skutečného člověka. Mezi základní dvě veličiny člověka řadí Crabb pojmy: **význam** a **bezpečí**. **Význam** je charakteristický účelem, důležitostí, postačitelností vlastních schopností k práci, smysluplností. **Bezpečí** je charakterizováno láskou – bezpodmínečnou a důsledně vyjadřovanou se stálým přijetím. Význam a bezpečí jsou atributy či vlastnosti obsažené v každé osobnosti. Žena a muž potřebují obě uvedené veličiny. Pro muže je primární cestou k uvědomění si vlastní hodnoty význam – pocit důležitosti, u ženy je touto primární cestou bezpečí. Když dochází k ohrožení našich potřeb, je fyzickou lidskou reakcí tendence utéci do bezpečí. Potřeba bezpečí požaduje, aby byl člověk bezpodmínečně milován a přijímán, a aby o něho měl někdo zájem.⁸⁰

6.3 Hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa

Dle **A. H. Maslowa** má každý jedinec individuální systém motivů, který je **hierarchicky utříděn**, protože některé z pohnutek jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Tato jeho hierarchie je v literatuře znázorňována v podobě pyramidy, jako Maslowova pyramida potřeb (viz obr. č. 1).



Obr. č. 1: Maslowova pyramida potřeb podle Feldmanna⁸¹

Hierarchicky organizovaný systém potřeb dle Maslowa:

1. **Fyziologické potřeby** – jako např. potrava, teplo, vyměšování a rozmnožování se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu. Jedinec dělá většinou vše proto, aby uspokojil tyto potřeby dříve, než se stanou aktuálními.

⁸⁰ Srov. CRABB, L. *Osobnost člověka – její potřeby a cesty k jejich naplnění*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1977. s. 174-176.

⁸¹ Srov. FELDMANN, H. *Kompendium lékařské psychologie*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1997. s. 205.

2. **Potřeba jistoty a bezpečí** – vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a tísně, požadavek ochránce, ekonomického zabezpečení apod. Objevuje se pokaždé v situaci ztráty pocitu životní jistoty. U nemocného umírajícího můžeme vždy mluvit o této ztrátě životní jistoty.
3. **Potřeba lásky a sounáležitosti** – někdy také nazývaná jako potřeba afilační, potřeba patřit někam, k někomu, potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích izolace a osamění.
4. **Potřeba uznání a sebeúcty** – vyjadřuje jednak touhu po kladném hodnocení sebe sama a jednak potřebu respektu druhých, jejich kladné hodnocení. Vystupuje v situacích ztráty respektu, pravomoce, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální jistoty.
5. **Potřeba sebeaktualizace** – vychází jako tendence realizovat své schopnosti, naplnit své možnosti růstu a rozvoje; stát se tím, čím se člověk stát může. Tato potřeba sebeaktualizace v sobě zahrnuje skupinu 17 **metapotřeb** jako např. potřeba poznání, porozumění, potřeba objevování smyslu, estetiky atd. Významná je i potřeba transcendece, duchovního naplnění. Jde o jakousi touhu přesáhnout sama sebe, hledání smyslu směrem k duchovní sféře, k víře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání. Tyto metapotřeby, nebo také potřeby růstu, nejsou hierarchicky uspořádané a mohou se vzájemně nahrazovat. Na tomto stupni jsou mezi lidmi největší rozdíly, tyto potřeby se nevytvoří pokaždé, všichni lidé se totiž na tuto nejvyšší úroveň nedostávají.⁸²

Dle A. H. Maslowa teprve určitý stupeň saturace **vývojově nižších potřeb** (tzv. potřeb „nedostatkových“, jejichž neuspokojení ohrožuje biologickou a psychologickou rovnováhu jedince), umožňuje vynoření se **potřeb vývojově vyšších**. Na rozdíl od nižších potřeb, jsou potřeby vyšší velmi individuální a v životě každého vytváří určitou hodnotovou orientaci, vyjádřenou našimi přáními, tužbami, ideály.⁸³

V návaznosti na rozlišení nižších a vyšších potřeb určuje Maslow také dva odlišné vzorce uspokojování: vzorcem saturace základních potřeb je jejich redukce (např. nasycením), vzorcem uspokojování metapotřeb je naopak indukce motivačního stavu, takže se tyto potřeby stávají prakticky neuspokojitelné, ztrácejí práh nasycení a jejich motivační vliv je trvalý.⁸⁴

⁸² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. s. 175-177.

⁸³ Srov. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s.132-134.

⁸⁴ Srov. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologiei*. 2. vyd. Praha: Academia, 1998. s. 175.

6.4 Frustrace a deprivace

Jestliže na cestě k uspokojení potřeby stojí překážka, dochází k **frustraci**. Překážka stojící v cíli může být fyzická (zdi nemocnice), biologická (nemoc), psychologická (strach) a sociálně kulturní (normy, tabu).

Frustrace pak může mít podobu:

- vážného nedostatku nebo zbavení něčeho, co je nezbytné pro uspokojování potřeby
- oddálení uspokojení potřeby v čase
- zmaření, neúspěch v úsilí o uspokojení potřeby

Kromě každodenních drobných frustrací existují také významné životní frustrace, především z nemožnosti saturace vyšších potřeb. Nenaplněnou potřebu otevřené životní budoucnosti, ztrátu životních perspektiv a smyslu nazval Frankl **existenciální frustrací**.⁸⁵

Frustrace vede k frustračnímu chování, tzv. k chování ztrácející cílovou orientaci, které není adaptivní, nevede k uspokojení potřeby.⁸⁶

Na rozdíl od frustrace, která je reakcí na rozpor mezi potřebou a skutečnou možností její saturace, vyjadřuje pojem **deprivace** nedostatečné uspokojování základních potřeb. Bývá definována jako dlouhodobý stav frustrace charakterizovaný krajním nedostatkem něčeho, co je nezbytné pro uspokojení potřeby. Neuspokojení primárních potřeb může vyústit v deprivaci biologickou, motorickou, sensorickou, neuspokojení vyšších potřeb pak v deprivaci psychickou a sociální. Psychodynamické teorie zdůrazňují především nepříznivý vliv dlouhodobé frustrace potřeby bezpečí, jistoty, citového uspokojení, sociálního uznání a potřeby životního smyslu.⁸⁷

6.5 Nemocný člověk a jeho potřeby

Potřeby pacientů mají svou specifickou podobu, která je dána především charakterem nemoci, zároveň však osobností pacienta a jeho sociálními poměry. Každé onemocnění ovlivňuje sociální situaci pacienta a ten je pak v určitém ohledu neschopen plnit své normální společenské funkce.

Trachtová uvádí faktory, které znemožňují, znesnadňují, narušují a mění způsob saturace potřeb jedince:

- nemoc

⁸⁵ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. s. 93-96.

⁸⁶ Srov. VASILJUK, F. J. *Psychologie prožívání*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1988. s. 227.

⁸⁷ Srov. MUSIL, J. V. *Úvod do sociální psychologie*. 1. vyd. Olomouc: UP, 1996. s. 81.

- osobnost člověka
- mezilidské vztahy
- vývojová stádia nemoci
- okolnosti, za kterých nemoc vzniká⁸⁸

Bartlová člení potřeby v době nemoci do těchto následujících skupin:

1. **Potřeby, které se nemocí nemění**, jsou většinou stejné jak u zdravého, tak u nemocného člověka. Řadíme sem zejména fyziologické potřeby a potřeby bezpečí. V průběhu nemoci si člověk tyto potřeby uvědomuje daleko intenzivněji než ve stavu zdraví. Hospitalizovanému nemocnému často totiž při plnění základních biologických potřeb, jako je podávání jídla, tekutin, zajištění osobní hygieny, pomáhá sestra nebo jiný zdravotnický personál.
2. Druhou a nejsložitější skupinu tvoří **potřeby, které se nemocí modifikovaly**. Jako příklad modifikované biologické potřeby lze uvést dietní stravu, kdy fyziologická potřeba výživy je regulována vhodným biologickým a kalorickým výběrem potravy a nezřídka i vhodnou formou úpravy a podání. Značnou péči je zde třeba věnovat modifikovaným potřebám sociálním. Je nutno mít také na paměti, že se může objevit i deformace dřívějších potřeb, neboť zdaleka ne u všech pacientů dochází k navrácení původního stavu před nemocí.
3. Poslední skupinu tvoří **potřeby, které nemocí vyvstaly**. Jejich vznik je ovlivněn především změnou vnějšího prostředí (tj. pobytem v nemocnici), změnou materiálních a společenských podmínek života, ale i postupnými změnami osobnosti člověka pod vlivem poznávání, zkušeností apod.⁸⁹

Pokud budeme vycházet z definice **zdraví**, které je charakterizováno „*stavem úplné tělesné, duševní a sociální pohody*“⁹⁰, můžeme potřeby nemocných umírajících rozdělit do čtyř okruhů:

- „*potřeby biologické*“
- *potřeby psychologické*
- *potřeby sociální*
- *potřeby spirituální*“⁹¹

⁸⁸ Srov. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s. 16.

⁸⁹ Srov. tamtéž, s. 16-18.

⁹⁰ BARTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 3. doplněné vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. s. 17.

⁹¹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. s. 21.

Priorita potřeb se přitom v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadě potřeby biologické, v konečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální.⁹²

Při uspokojování potřeb nemocného umírajícího je důležité si uvědomit některé z následujících výpovědí:

- Stejně tak jako je každý z nás jedinečnou lidskou bytostí, stejně tak nás čeká jedinečná smrt, kterou každý z nás prožije odlišně, nikdy ne stejně.
- Umírající nemocný je stále žijící člověk, který se chce radovat, komunikovat se svým okolím, mít svá přání a snaží se tím více, čím více se blíží smrt a s ní i spojený strach z umírání.
- Umírající se vydává na cestu, o které nic neví a kterou je obtížné zvládnout. Každý, kdo touto cestou prošel, nemůže předat zkušenosti druhému.⁹³

6.6 Zvláštnosti potřeb dlouhodobě a vážně nemocných

Závažná a dlouhodobá onemocnění s sebou přináší určité změny v hierarchii, motivaci či v preferovaných způsobech saturace potřeb:

- **Potřeba stimulace a nových zkušeností** se v závislosti na zhoršení somatického stavu zpravidla snižuje. Mnohé intenzivnější či frekventovanější podněty mohou působit rušivě, nadměrně dráždit nebo vysilovat. Vyčerpaní nemocní preferují stereotyp, protože je šetrnější, nevyžaduje tolik energie. Dlouhodobě hospitalizovaní však mohou být i podnětově deprivovaní, jestliže ani omezená stimulační potřeba není saturována přijatelně. Tito lidé žijí v podnětově chudém stereotypu a navíc se kvalita podnětů zhoršuje, mnohé z nich jsou bolestivé a nepříjemné.
- **Potřeba orientovat se v situaci**, znát svůj zdravotní stav a vědět, co nemocného čeká, co je nutné. Pokud nemocný nezná alespoň charakter svého onemocnění, zvyšuje se riziko konfliktu, lékařské výkony se jeví jako ohrožující, spolupráce je obtížnější. Orientace v situaci zmenšuje riziko konfliktů a adaptačního selhání.⁹⁴ Trnavský uvádí, že nemocný má dvojí potřebu: potřebu vědět a rozumět,

⁹² Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. s. 21.

⁹³ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 49.

⁹⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 444-450.

tj. pochopit, co je s ním v nepořádku, co je příčinou bolestí, a potřebu být poznán a chápán.⁹⁵

- **Potřeba citové jistoty a bezpečí** se pod vlivem nemoci zvyšuje. Nemocný zažívá více nepříjemností a mívá méně možností uspokojit své potřeby, resp. není v této oblasti zcela soběstačný. Může se cítit silně ohrožen a z toho vyplývá větší potřeba citové opory, která by tyto problémy kompenzovala. Závažné onemocnění vyvolává různé obranné mechanismy, mezi něž často patří zvýšená fixace na blízké lidi.⁹⁶
- Uspokojování **potřeby sociálního kontaktu** je omezeno obtížností takovou aktivitu realizovat, jednak fyzickou neschopností, ale i změnou hodnot a zájmů.⁹⁷
- **Potřeba seberealizace** je mnohem obtížněji naplnitelná a vzhledem ke změně hodnotového systému nemocného leckdy až bezvýznamná. Nemocný se mnoha ambic vzdává, protože jsou nedostupné nebo ztratily původní hodnotu. Vzácněji může pod vlivem choroby dojít k zesílení této potřeby, člověk usiluje o nějaký cíl právě proto, že jeho čas a možnosti jsou omezeny.⁹⁸
- **Potřeba otevřené budoucnosti**, tj. pozitivní prognózy, je závažným onemocněním vždy frustrována a nemocný musí slevovat ze životních cílů, které si stanovil, a vyrovnat se s řadou ztrát. V tomto smyslu hovoří Boleloucký o syndromu ztráty, kdy než dojde k adaptaci na nová omezení, které nemoc přináší, obnovuje každá nová ztráta předchozí smutek. Společně s úzkostí, zlostí, strachem pak podněcují bolest a jiné symptomy, které nemocný s emočními poruchami nespojuje.⁹⁹
- Další potřebou, která v nemoci nabývá na významu je **potřeba respektování lidské důstojnosti**, která bývá frustrována, je-li na pacienta pohlíženo jako na objekt diagnostických a terapeutických metod, bez zohlednění jeho lidství. Technická manipulace s nemocným narušuje integritu jeho osobnosti a může frustrovat i potřebu intimity a kontroly nad tím, co se děje s jeho tělem.¹⁰⁰

⁹⁵ Srov. BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. s. 155.

⁹⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 444-450.

⁹⁷ Srov. JOBÁNKOVÁ, I., a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. s. 57-59.

⁹⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 444-450.

⁹⁹ Srov. BOLELOUCKÝ, Z. *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. 2. vyd. Brno: MU, 1999. s. 106.

¹⁰⁰ Srov. Péče a lidská důstojnost. *Hospicová péče*. [online]. © 2007, posl. aktualizace 10. 2. 2007.

[cit 2007-03-22]. Dostupné na WWW: < <http://www.osobniasistence.cz/hospic5.php> >.

- **Potřeba životního smyslu** je spirituální potřebou, stěžejní pro těžce nemocné, kteří znají nebo tuší nepříznivou prognózu vlastní nemoci. Její uspokojení přináší nemocnému odpověď na hledání smyslu svého utrpení a nemoci.¹⁰¹

7. PÉČE ORIENTOVANÁ NA POTŘEBY KLIENTŮ V HOSPICI

„...spěchejme milovat lidi, protože rychle odcházejí! ...až budeme na konci, nebudeme trpět tím, co jsme špatného udělali, pokud jsme toho litovali, ale tím, že jsme mohli milovat, ale nemilovali jsme, že jsme mohli pomoci, ale nepomohli, že jsme mohli zavolat, ale nezavolali, že jsme se mohli usmát, ale neusmáli, že jsme mohli podržet za ruku, ale nepodrželi...“

Jan Twardowski

V předchozí kapitole jsme se blíže seznámili se specifickými potřebami nemocných. Pro zajištění maximální kvality péče o nemocné umírající je nezbytně nutné pohlížet na člověka jako na bytost celostní, holistickou. Tedy v péči o klienta – umírajícího brát zřetel na jeho bio-psycho-sociální jednotu. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednotka. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému. Následující stránky nás blíže seznámí s péčí, kterou hospic poskytuje klientům v návaznosti na jejich potřeby (biologické, psychologické, sociální i duchovní). Nezbytnou podmínkou k doprovodu umírajícího a vůbec k poskytnutí komplexní péče, je znalost jednotlivých psychických fází, jimiž umírající prochází během své nevléčitelné nemoci.

7.1 Fáze umírání dle Kübler-Rossové

Pro naše podvědomí je smrt jakousi neuchopitelnou představou konce našeho pozemského života. Vysvětlitelná je pro nás jediná varianta, a to zabití jako zásah někoho zvenčí. Smrt je tedy vždy spojována s nějakou zlostnou intervencí odjinud. Ovšem důvody úmrtí z nějaké přirozené příčiny nebo sešlostí věkem jsou našemu „světu idejí“

¹⁰¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 444-450.

nepochopitelné. Tyto poznatky jsou nadmíru důležité, abychom porozuměli chování a projevům umírajícího nemocného, který se snaží vyrovnat se svojí smrtí.¹⁰²

Americká lékařka Elizabeth Kübler-Rossová na základě svých mnohaletých zkušeností v doprovázení těžce nemocných popsala ve své knize „Hovory s umírajícími“ pět fází vyrovnání se člověka se situací smrtelného onemocnění:

1. fáze: popření, odmítnutí;
2. fáze: hněv, zloba;
3. fáze: vyjednávání, smlouvání;
4. fáze: deprese, smutek;
5. fáze: akceptace, přijetí.¹⁰³

7.1.1 První fáze: popření skutečnosti

Většina pacientů na sdělení o své nemoci reaguje odmítnutím nebo panikou. „*To přeci nemohu být já, ne, to není možné.*“ Pacient v této fázi nepřijímá skutečnost a snaží se ji dementovat. Namlouvá si, že došlo k záměně jeho výsledků, střídá lékaře za lékařem a doufá, že mu některý z nich stanoví takovou diagnózu, jež zalichotí jeho budoucnosti. Tato obranná strategie se v určité míře objevuje u všech. Jedná se o jakousi přirozenou reakci psychiky, která si říká o čas a prostor pro přijetí tohoto těžkého faktu.

Tento šok a negace jsou záhy vystřídány částečným přijetím reality. Je velice zvláštní, jak pacient, který mluví o svém skutečném zdravotním stavu, je schopen za pár minut vypovídat o negaci této skutečnosti tak, jakoby tyto dva póly znamenaly totéž. Zde jasně vidíme, že umírající má chvíle, kdy své postavení dokáže krátce a realisticky zhodnotit, ale hned vzápětí je zřejmé, že takto realistického pohledu není schopen trvale.¹⁰⁴

Může se stát, že člověk popírá svou situaci až do konce. Vzpomínám na klientku Hospice sv. Lazara v Plzni, která mi den co den líčila své nové imaginární bydlení s velkou terasou a kuchyní. Nedokázala a ani nechtěla přijmout fakt smrti. V této iluzi blízkého odchodu z hospice do nového bytu setrvala až do svého konce.¹⁰⁵

Z výše uvedeného vyplývá, že ne každému pacientovi se podaří dospět do fáze akceptování a souhlasu se svojí diagnózou. Důvody jsou různé: nemá dost času, nechce, jindy

¹⁰² Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Praha: Arita, 1993. s. 2-3.

¹⁰³ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Praha: SIGNUM UNITATIS, 1992. s. 134.

¹⁰⁴ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Praha: Arita, 1993. s. 35-39.

¹⁰⁵ Čerpáno z praxe v Hospici sv. Lazara, březen 2006.

je obelháván okolím. Podle Perových zkušeností projde jen velmi výjimečně všemi fázemi ten pacient, který umírá bez doprovázení.¹⁰⁶

To, jak dlouho pacient setrvává v negaci a jak přijme realitu, je otázkou okolností a způsobu sdělení pravdy. Důležitou roli přitom hraje rodina, důvěrník, blízká osoba, která ponechává nemocnému čas pro přijetí nezvratného faktu, usiluje o získání jeho důvěry, trpělivě čeká, naslouchá.¹⁰⁷

K úplnosti se ještě ve zkratce podívejme na obdobné popisy první fáze, tak jak jsou prezentovány jinými autory. **Horowitzův model „výkřiku“**¹⁰⁸ je např. provázen hranými projevy „nebojácnosti“, zdánlivého humoru, jindy pak psychickou ochablostí, mdlobou, skepsí až úzkostností (anxiozitou).¹⁰⁹ **Nightswonger** počáteční fázi označuje jako „šok – odmítnutí (nebo paniku)“.¹¹⁰ Podobně o ni hovoří i již zmíněný **Pera**.¹¹¹

7.1.2 Druhá fáze: hněv, zloba

Je málo těch, kteří setrvávají ve svém fiktivním světě až do konce. Tváří v tvář smrti se nedá lhát. Poté, co na ně dolehne realita ve vší tíži, přemohou je pocity zlosti, vzteku a mrzutosti. „Proč právě teď a proč zrovna já?“ Jejich terči se stávají lékaři, zdravotní sestry, rodina, přátelé, zkrátka každý, kdo je nablízku. Často tak dochází k nezvratným rozbrojům, která činí setkání oboustranně bolestnou událostí.

Jestliže bylo důležité vytrvat při nemocném a dopřát mu čas v předchozí fázi, ještě důležitější je to teď. I hněv je přirozenou reakcí, jak se vyrovnávat s něčím, co obtížně zdoláváme. Proto je nezbytně důležité o příčinách zlosti pacientů přemýšlet a nebrat jejich výpady osobně.¹¹² Tolerujme tedy zlobu pacienta, i když je neoprávněná; naslouchejme, buďme na blízku. Jak říká Kübler-Rossová: „Ne, neznamená vždycky ne“. Kdo se obává přítomnosti druhého, nejvíc ji potřebuje.¹¹³

Horowitz tuto fázi označuje jako „**popírání**“. Pacient zastírá skutečnost; chová se a hovoří, „jako by se nic nestalo („Co se stalo? Nic.“).“¹¹⁴ **Pera** obdobně jako **Nightswonger**

¹⁰⁶ Srov. PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: VYŠEHRAD, 1996. s. 135-136.

¹⁰⁷ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Praha: Arita, 1993. s. 35-39.

¹⁰⁸ KACZMARCZYK, S., KŘIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. s. 40.

¹⁰⁹ Srov. tamtéž, s. 40-41.

¹¹⁰ PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: VYŠEHRAD, 1996. s. 135.

¹¹¹ Srov. tamtéž, s. 84-85.

¹¹² Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Praha: Arita, 1993. s. 45-73.

¹¹³ Srov. tamtéž, s. 50.

¹¹⁴ KACZMARCZYK, S., KŘIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. s. 41.

tento úsek nazývá „nářky“¹¹⁵ Člověk má právo na nářky, právo se vyplakat. Pokud mu toto právo odepřeme, nemůže jít dál a nedokáže od druhých ani nic přijímat.¹¹⁶

7.1.3 Třetí fáze: vyjednávání, smlouvání

Jestliže se předchozí fáze vyznačovala hněvem a zlostí, nabízí třetí fáze, fáze „smlouvání“, zcela novou strategii. Jednoduše řečeno: „...nejde-li to po zlém, třeba to půjde po dobrém“. Zlobu nahradí vyjednávání a smlouvání. Umírající je podoben malému dítěti, které se snaží vykřičet své přání. Poté co se nesplní jeho očekávání, uklidní se, přestane sršet blesky a uchýlí se k mechanismu vyjednávání.

Elizabeth Kübler-Rossová se zmiňuje o pacientce s prudkými bolestmi, která byla závislá na utišujících injekcích. Její nejstarší syn se chystal ke svatbě a jediným přáním této ženy bylo, aby se jí mohla zúčastnit. To se vskutku s úsilím personálu a jí samé podařilo. Když se žena vracela ze svatby zpět do hospice, byla značně znavená a vyčerpaná. Dříve než pacientku stačila pozdravit, řekla: „*Nezapomeňte, že mám ještě jednoho syna!*“ Smlouvání jako pokus o odklad zde nemá hranici, která by obsahovala tzv. implicitní slib, že pacient nebude žádat víc, bude-li mu tento odklad udělen.¹¹⁷

Horowitz tento model třetí fáze označuje termínem „*intruze*“¹¹⁸ (z latinského intro, intrare – vstupuji do dveří až násilně někoho napadám). Umírajícího neustále provázejí vtíravé myšlenky jeho konce. Tyto děsivé sny a představy mají podobu nočních můr a nedají nemocnému spát.¹¹⁹ Poněkud jinak tuto fázi nazývá **Pera**. „*Čas hledání*“¹²⁰ je pro něj dobou, kdy musíme nemocnému pomoci najít jeho cestu. Hledáme s ním, nikoli však za něj nebo snad proti jeho vůli.¹²¹ **Nightswonger** stejně jako Kübler-Rossová pak označuje toto stádium „*vyjednáváním, (nebo výprodejem)*“.¹²²

Každá smrt a každé umírání je věcí zcela osobní a jedinečnou. Je třeba mít na paměti, že pacient není sám, kdo prochází těmito fázemi. Jeho rodina, blízcí zažívají obdobné pocity nevěřícnosti, hněvu a zoufalství. I oni potřebují doprovod, někoho, kdo je podrží za ruku a přenesení přes toto těžké období.¹²³

¹¹⁵ PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: VYŠEHRAD, 1996. s. 135.

¹¹⁶ Srov. tamtéž, s. 84-85.

¹¹⁷ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Praha: Arita, 1993. s. 74-76.

¹¹⁸ KACZMARCZYK, S., KRIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. s. 41.

¹¹⁹ Srov. tamtéž, s. 41-42.

¹²⁰ PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: VYŠEHRAD, 1996. s. 86.

¹²¹ Srov. tamtéž, s. 86.

¹²² Tamtéž, s. 135.

¹²³ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: ECCE HOMO, 1995. s. 27.

7.1.4 Čtvrtá fáze: deprese, smutek

Nemocný je konfrontován s realitou. Nemá smysl se déle obelhávat. Ještě žije a přitom jako by umíral zavalen pocity zoufalství, studu. Upadá do hluboké deprese. Kübler-Rossová této depresi dává dvojí tvář. První **reaktivní deprese**, je odezvou utrpených ztrát, ta druhá **přípravná**, je očekáváním ztrát hrozících, ztrát budoucnosti.

Ztráta jako by se stávala hlavním heslem dne. Nemocný umírající přichází o zaměstnání, povinnosti, někdo o přátele. Nic není jako dřív. Na scénu vstupují obavy a strach. Je to strach ze zajištění rodiny, strach z účtování, strach z neznámé smrti. Člověk opouští tento svět, odchází od těch, které miluje a vydává se s obavami na nepoznanou cestu. Zoufale křičí a volá o pomoc. Jeho bolest nežádá hlasitá slova, žádá víc, sdílení.¹²⁴

Pro **Horowitze** je čtvrtou fází „**vyrovnání**“.¹²⁵ Ti, kteří mají dost sil a času mohou svůj odmítavý postoj změnit k akceptaci. Je to těžký úsek a pacient v něm potřebuje pomoc blízkého člověka, který mu v jinak bezvýchodné situaci ukáže naději.¹²⁶ Ovšem ne každému se podaří dojít tak daleko. Mnozí pacienti nemusí výlučně projít všemi fázemi, opakovaně se může vracet či střídát několik fází během dne. Není to nic překvapivého. Stačí si uvědomit, že každý člověk je jiný.¹²⁷

Stejně jako Kübler-Rossová i **Pera** mluví v této fázi o „**smutku**“.¹²⁸ Bylo by chybou bránit umírajícímu v prožívání žalu a bolesti, neboť právě „ono prožívání“ je cestou proměny.¹²⁹ **Nightswonger** pak svoji čtvrtou etapu nazývá „**poznáním: realistickou naději (nebo zoufalstvím)**“.¹³⁰

7.1.5 Pátá fáze: akceptace, smíření

Souhlas akceptace v sobě nenese euforii či pocity štěstí. Jedná se spíše o pokoj zbraní, o dokončený boj a ještě lépe o poslední klid před dlouhou cestou. Pacient je unavený, slabý, většinu dne podřimuje. V tomto období potřebuje rodina obvykle více podpory a porozumění než sám pacient. Ten už došel svého klidu a vnitřní důstojnosti.¹³¹

Někdy však bývá tato připravenost rodinou a nemocničním personálem mylně pokládána za zbabělou rezignaci a za nějaký druh klamu. Ovšem rozdíl mezi přijetím a rezignací je značný. Kübler-Rossová jej popisuje takto: „*Pacienti, kteří svůj osud přijali,*

¹²⁴ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Praha: SIGNUM UNITATIS, 1992. s. 49-64.

¹²⁵ KACZMARCZYK, S., KŘIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. s. 42.

¹²⁶ Srov. tamtéž, s. 42.

¹²⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: ECCE HOMO, 1995. s. 27-29.

¹²⁸ PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: VYŠEHRAD, 1996. s. 86.

¹²⁹ Srov. tamtéž, s. 86.

¹³⁰ Tamtéž, s. 135.

¹³¹ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Praha: SIGNUM UNITATIS, 1992. s. 67-79.

získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy.¹³²

Náš pacient odpočívá, nezabývá se venkovními věcmi, jeho komunikace se omezuje na gesta. Často je to jen jeho ruka, která nás mlčky prosí, abychom u něho seděli. Naše přítomnost se zde stává smysluplnou komunikací. Pacient uklidněn cítí, že nebyl ponechán jen sám sobě. Jeho nepatrný pohled, stisk ruky říká vše, co slova nemohou.¹³³

Horowitz tuto fázi stejně jako Kübler-Rossová označuje termínem „*smíření*“.¹³⁴ Pro **Pera** je jeho poslední etapou „*proměna*“¹³⁵, jako znovuzrození k novému životu. **Nightswonger** pak ke své páté fázi „*přijetí nebo rezignace*“ přidává navíc šestou: „*vyústění: naplnění (nebo bezradnost)*“.¹³⁶

Ucelený pohled na „*přijetí nepřijatelného*“ naznačuje také **Křivohlavý** ve svých třech stupních akceptování:

*I. „Vidět“*¹³⁷ – „...ano, je to skutečnost“; tzv. kognitivní stránka věci;

*II. „Ujmout se toho“*¹³⁸ – chopit se problému, vyjádřit s ním souhlas; neutíkat od něho;

*III. „Jednat podle toho“*¹³⁹ – řešit nově vzniklou situaci.

„Přijetí nepřijatelného“ může selhat v kterémkoliv z výše uvedených stupňů. Např. hned v jeho začátcích; pacient nevidí, neslyší a slyšet nechce. Tyto počáteční obranné mechanismy mohou být dočasnou pomocí k načerpání sil, nikoli však dlouhodobým řešením. Může se stát, že pacient správně slyší a rozumí, co se s ním děje, ovšem tento fakt odmítá. V tomto případě se jedná o selhání na druhém stupni. Může se však též stát, že pacient přijme nepřijatelné, avšak selže na stupni třetím. Totiž neučiní nic proto, aby nastalou situaci řešil jinak než byl dosud zvyklý.¹⁴⁰

K úplnosti dodávám ještě různé **způsoby reakce na blížící se smrt**, tak jak jsou prezentovány **Bouchalem**:

a) „*smíření a vyrovnání (přijetí nevyhnutelného)*“;

b) *pasivní rezignace (netečnost a nezájem)*;

¹³² SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: ECCE HOMO, 1995. s. 28.

¹³³ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Praha: SIGNUM UNITATIS, 1992. s. 67-79.

¹³⁴ KACZMARCZYK, S., KŘIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. s. 42.

¹³⁵ PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: VYŠEHRAD, 1996. s. 86.

¹³⁶ Tamtéž, s. 135.

¹³⁷ KACZMARCZYK, S., KŘIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. s. 43.

¹³⁸ Tamtéž, s. 43.

¹³⁹ Tamtéž, s. 43.

¹⁴⁰ Srov. tamtéž, s. 43-45.

- c) *únik do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo;*
- d) *únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti;*
- e) *pozitivní kompenzace – snaha o dokončení rozdělaného díla;*
- f) *negativní forma kompenzace – propadnutí alkoholu, drogám, přejídání, sexuálním výstřelkům atp.* ¹⁴¹

7.2 Péče pre finem, in finem a post finem

Mluvíme-li o umírání v širších souvislostech, než které odpovídají terminálnímu stavu, pak jeho počátek můžeme stanovit na dobu, kdy pacient zjistí, že jeho nemoc je neslučitelná se životem. Jedince následně čeká delší či kratší období, kdy postupně pocítí tíhu určitých omezení v kvalitě svého života. Již zmíněná autorka Elisabeth Kübler-Rossová v této souvislosti upozorňuje na komplexnost péče, která by měla být nemocnému poskytnuta. Jde o celkovou pohodu nemocného, o kterou je třeba usilovat od chvíle, kdy mu do cesty vstoupí vážná choroba.¹⁴² Někteří němečtí autoři se z tohoto důvodu uchylují k výrazu „zum Tod arbeitender“ (ke smrti pracující). Jiní ke zdůraznění naléhavosti komplexní péče rozlišují mezi fázemi „*pre finem, in finem a post finem.*“¹⁴³

7.2.1 Stádium pre finem

Situace **pre finem** zahrnuje relativně dlouhé období od chvíle uvědomění či sdělení vážné choroby do stádia vlastního umírání. V tomto čase (jde o týdny, měsíce i roky) je podstatné nemocného ochránit od tzv. „psychické a sociální smrti“. Jedná se především o situace, kdy je člověk odtržen a vyvázán z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů. Je nucen redukovat své plány, zaměstnání, výdaje. Často také zápasí s tichým mlčením příbuzných či odchodem partnerů.

Strach z umírání a ze smrti je v tomto období prožíván úzkostlivěji a intenzivněji než ve fázi in finem. Důvodem je obava ze ztráty života. Nemocný ještě žije, nezemřel, a tudíž touží realizovat osobně vytyčené cíle.¹⁴⁴

¹⁴¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2002. s. 155.

¹⁴² Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 435.

¹⁴³ Tamtéž, s. 435.

¹⁴⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. s. 182-185.

7.2.2 Stadium in finem

Situace **in finem** odpovídá **tzv. terminálnímu stavu**. Z morálního hlediska se zde otevírají dvě problémové oblasti: ritualizace smrti, a to zejména v podmínkách hospitalizace, a problematika eutanazie.

Můžeme říci, že člověk v umírání nebyl nikdy tak sám jako dnes. Ve vyspělých zemích umírá až 80 % lidí v nemocnicích, které poskytují odbornou péči, avšak s absencí láskyplné účasti. Naproti tomu dřívější domácí model péče, který poskytoval umírajícímu jistotu, že nebude ponechán jen sám sobě, postrádal péči profesionální. Žádný z těchto modelů, domácí ani nemocniční, tedy nenese označení „ideál“. Řešením by byla jakási kombinace obou.¹⁴⁵

S touto situací rovněž souvisí pojem, eutanazie, který značí jednak „dobrou“ smrt, jednak pak smrt z milosti (z milosrdenství, z útrpnosti). Tento sporný způsob řešení se vztahuje k situacím, kdy nemocný projevuje svou vůli ukončit předčasně život. Ne však každé momentálně projevené přání je ukázkou chtění. Často umírající takto volá spíše o pomoc a lepší péči, než o smrt. Možnost zneužití v této oblasti je příliš vysoké a žádným způsobem pak nekoresponduje s etickým požadavkem důstojné smrti.¹⁴⁶

Kübler-Rossová samotný okamžik smrti symbolicky přirovnává ke stěhování, k přechodu z jednoho domu do jiného. Umírající je v něm podoben motýlu, který vylétá ze své kukly. Jakmile se kukla (lidská skořápka) poškodí natolik, že nejde spravit, vypustí ven motýla – duši. V této chvíli naše pozemské vědomí přestává fungovat, rodí se však nové, které je napájeno ne fyzickou, nýbrž psychickou energií. Člověk se dostává do bytí, kde není čas, prostor, kde necítíme bolest v podobě té pozemské. Přecházíme do jiné formy života, odkud není návratu zpět.¹⁴⁷

7.2.3 Stadium post finem

Závěrečné stádium **post finem** je charakteristické péčí o mrtvé tělo a zahrnuje též péči o pozůstalé. Haškovcová se v této souvislosti zmiňuje o dvou problémech spojených právě se závěrem lidského života. Tím prvním je umístění zemřelého pro povinný dvouhodinový klid na lůžku. Vhodná místnost zpravidla chybí, a i kdyby se tato otázka technického rázu vyřešila, vyvstává hned další. Je etické přeložit „právě zemřelého“ na pokoj „smrti“, nebo jej nechat vydechnout mezi ostatními?

¹⁴⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. s. 186-192.

¹⁴⁶ Srov. tamtéž, s. 195-204.

¹⁴⁷ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O životě po smrti*. 1. vyd. Turnov: ARICA, 1992. s. 4-12.

Druhým palčivým problémem je sdělování úmrtí příbuzným. Telegram jako běžná praxe bohužel nestačí. Příbuzní zpravidla chtějí vědět, jaké byly poslední dny jejich blízkého a potřebují se ujistit, že netrpěl. Haškovcová vidí v oprávněně nárokováném rozhovoru možnost předejití nebo eliminování rizik tzv. patologických forem žalu.¹⁴⁸

7.3 Péče orientovaná na biologické potřeby

Jednotkou pro měření saturace potřeb klienta v hospici je kvalita jeho života. Biologické potřeby umírajícího vycházejí ze základních potřeb každého člověka. Povinností ošetřujícího týmu hospice je sběr informací a dat o základních potřebách nemocného. Na základě získaných informací se pak personál rozhoduje o dalších postupech a krátkodobých či dlouhodobých plánech včetně konkrétní intervence péče a pomoci. Souběžně s poskytovanou péčí jsou zabezpečovány i další informace o aktuálním stavu nemocného a dochází k přizpůsobení aplikovaných metod i intervencí.

Při postupném zhoršování celkového stavu se klient stává částečně či plně závislý na pomoci druhých, a to hlavně v oblasti uspokojování základních potřeb. O míře závislosti v oblasti saturace biologických potřeb částečně vypovídá Barthelův test základních všedních činností (viz obr. č. 2).

Aktivita	Provedení činnosti	Bodové skóre
Příjem potravin a tekutin	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
Oblékání		
Koupání		
Osobní hygiena		
Kontinence moči		
Kontinence stolice		
Použití WC		
Přesun lůžka – židle		
Pohyb po rovině		
Chůze po schodech		

Obr. č. 2: Barthelův test základních aktivit.

¹⁴⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. s. 204-207.

Hodnocení se promítá ve škále od 0 do 100 bodů podle stupně závislosti v jednotlivých aktivitách (viz obr. č. 3).

0 - 40 bodů	Totální závislost
45 - 60 bodů	Závislost středního stupně
65 - 95 bodů	Lehká závislost
100 bodů	Nezávislost

Obr. č. 3: Hodnocení stupně závislosti v základních aktivitách.

Přirozenou součástí umírání je stupňované zpomalení, či úplný útlum všech funkcí organismu. Z těchto důvodů je nutné při sestavování krátkodobých i dlouhodobých cílů péče o umírající (především v oblasti saturace biologických potřeb) vycházet z jevů, které útlum přirozených funkcí organismu doprovázejí.¹⁴⁹ Pro přehled zde uvádím základní osnovu pro uspokojování biologických potřeb umírajících včetně škál jejich rizik:

- **Dýchání** – Cílem týmu hospice je umírajícímu ulehčit dýchání a zajistit průchodnost dýchacích cest. U nemocného se průběžně sleduje a hodnotí kvalita, forma a hloubka dýchání. Dále se sleduje teplota, prokrvení akrálních částí těla a celkový objem hlenu za 24 hodin. Rovněž důležitá je i poloha umírajícího při dýchání. Dojde-li k dušení a klient je při vědomí, je snahou týmu eliminovat stres způsobený dušením. Pokud je příčinou dušení mechanická překážka, pak je důležité tuto překážku (zvratky, hlen, krevní sraženiny) odstranit, zajistit průchodnost a klienta uložit do úlevové polohy pro dýchání. Podle potřeby je umírajícímu poskytnuta inhalační kyslíková terapie. Jelikož je dušení častým příznakem vyhasínajících funkcí organismu, je nezbytně nutné vždy správně odhadnout situaci a vyvarovat se tak neprofesionálního přístupu. Dále je nutné při aplikaci opiátů u umírajícího počítat s postupným snížením plicní ventilace a s následným nedostatečným okysličováním tkání.
- **Příjem potravy** – Klientovi je podávána nutričně vyvážená, kaloricky plnohodnotná a čerstvě připravená strava. Při přípravě je brán zřetel na možnost jejího mechanického zpracování klientem (stav chrupu, vybavení polykacího reflexu). Strava musí splňovat také estetická kritéria. V případě, kdy klient není schopen přijímat stravu obvyklou cestou, nebo není kaloricky či nutričně

¹⁴⁹ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 71-75.

vyvážená, přichází na řadu sonda. Při příjmu potravy je nutné u umírajícího počítat se sníženou chutí k jídlu způsobenou celkovým zpomalením všech funkcí, poruchou traktu či celkovou apatií.

- **Příjem tekutin** – Hospicový tým se snaží předcházet dehydrataci, dekubitům a otokům, které nemocnému umírajícímu značně znepríjemňují pobyt na lůžku. Nápoje jsou iontově vyvážené, esteticky upravené, se správnou teplotou (umírající preferuje převážně chladné nápoje). V případě nutnosti jsou nápoje doplněné o pomůcky, které usnadňují příjem tekutin (brčka, hrnečky s membránou nebo víčkem). Pozornost se rovněž věnuje frekvenci příjmu a objemu výdeje tekutin. U umírajícího je opět nutné počítat se snížením pocitu žízně způsobené zpomalením všech funkcí organismu či apatií.
- **Kontinence** – V průběhu umírání dochází k vyhasínání funkce svěračů, a proto je nezbytné provést vždy preventivní opatření ve vztahu k úpravě lůžka a vybavení u inkontinentních klientů. Při nekontrolovatelném vyměšování je nutné učinit opatření zajišťující pocit čistoty. Pracovníci hospice aplikují vhodné pomůcky pro inkontinenci dle jejího stupně a mobility klienta. Dále dodržují zvýšený hygienický režim, doplnění speciálním režimem prevence proleženin. Za všech okolností je respektován stud klienta.
- **Management bolesti** – Cílem hospicové péče je chránit klienta před bolestí fyzickou i psychickou. Pro optimální management bolesti je nutné stanovit typ bolesti, tzv. jde-li o bolest povrchní, hlubokou či přenesenou; dále její formu (jedná-li se o bolest akutní nebo chronickou); a nezbytná je rovněž její tolerance, tzv. určit stupeň bolesti, který je klient schopen zvládat bez úlevy. Ani zde se ošetrovatelská péče neubrání rizikům, ke kterým řadíme zakrývání či přetrpění bolesti klientem. Podrobněji o bolesti v hospicové péči pojednává následující kapitola.
- **Hygiena** – Péče o hygienu těla umírajícího je zaměřena především na prevenci infekce a dekubitů. Spadá sem péče o pokožku, dutinu ústní, vlasovou část, nehty; dále celková hygiena těla doplněná masáží a aplikací preventivních prostředků proti dekubitům. U klientů s výrazným pocením, inkontinencí, zvracením, stomiemi, drény a kanylami se navíc provádí parciální hygiena znečištěných částí těla i několikrát za den. Při všech těchto činnostech je respektován stud klienta a zachováno jeho přání se cítit, ale i vypadat dobře.

- **Rehabilitace** – Je nutné stále pamatovat na to, že umírající člověk je stále žijící člověk. Pojem rehabilitace poprvé použil německý lékař Ritter von Buss v roce 1844. Podle něj rehabilitaci tvoří dvě formy: léčebná a sociální. Při aplikaci léčebné rehabilitace dochází u umírajícího k pozvolnému opouštění její aktivní formy prováděné klientem k formě pasivní, kterou zajišťuje tým hospice. Sociální rehabilitaci pak představuje aktuální prostředí klienta. Je zřejmé, že vlastní sociální prostředí bude klient vnímat příznivěji, než vynucené prostředí institucionální.¹⁵⁰

7.4. Zvládání bolesti v hospicové péči

„Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to tvrdí.“¹⁵¹

Většina onkologicky nemocných udává, že největší podíl na obavách a strachu z nádorového onemocnění má představa silných bolestí a nikoli samo onemocnění. Bolest je nejen nemocí, ale zároveň tím, co ohrožuje a poškozuje kvalitu pacientova života a je obvykle vnímána jako nepříjemný pocit, doprovázený úzkostí, strachem a depresí.

Vorlíček uvádí, že bolesti se vyskytují u 70 % pacientů v pokročilém stádiu a u třetiny pacientů v terminálním stádiu onkologického onemocnění. Ve světě trpí každý den více než 4 miliony nemocných bolestmi souvisejícími s nádorovým onemocněním. Bolesti jsou u onkologicky nemocných nejčastější známkou probíhající choroby.¹⁵²

Terminální fáze onkologického onemocnění je velmi dynamickým obdobím, kdy se mění obraz a intenzita tělesných obtíží a často s nebyvalou silou vystupují na povrch faktory psychosociální a existenciální. Zmírnění tělesných symptomů je základní podmínkou, aby psychosociální a duchovní aspekty přišly vůbec ke slovu a konec života tak mohl být všemi zúčastněnými zakoušen jako obtížná, někdy tragická, ale přesto lidsky hluboká a důstojná událost.¹⁵³

Nádorové bolesti bývají obvykle chronické a trvalé a stupňují se v závislosti na progresi onemocnění. Je-li bolest vytrvalá a urputná a brání-li nemocnému myslet na cokoli jiného, je prvořadou snahou bolest bezpodmínečně zvládnout. Žádný pacient by totiž neměl „toužit po smrti“, protože trpí nesnesitelnou a neustupující bolestí. Bolest lze mírnit různými

¹⁵⁰ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 73-83.

¹⁵¹ KUBÁTOVÁ, M. Bolest. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 3, s. 15.

¹⁵² Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005, s. 31.

¹⁵³ Srov. KUBÁTOVÁ, M. Bolest. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 3, s. 15.

způsoby, např. analgetiky, ozařováním, chemoterapií, láskyplnou péčí a pochopením. Tím vším se zabývá paliativní medicína, s níž stojí a padá celá hospicová péče.

Nemocný musí dostat právě tolik léků, kolik je nezbytné ke zvládnutí bolesti. Dostane-li nemocný potřebnou dávku léků včas, tedy dřív, než se bolest příliš rozezní, stačí dávky menší. Vhodné jsou kapselní dávkovače injekčních léků (na baterie). S nimi se mohou pacienti pohybovat po bytě i venku. Všechny tyto možnosti směřují k jedinému cíli, jež je společný všem hospicům – zlepšit kvalitu života nemocných umírajících.

Bolest vnímá každý pacient – klient jinak. V případě, že se nemocný rozhodne vědomě a svobodně bolest až do určité míry snášet, hospic toto přání respektuje.

Je důležité umět si stanovit **realistické, splnitelné cíle**:

- „*bez bolesti se vyspat*
- *bez bolesti v klidu odpočívat*
- *bez bolesti se pohybovat*“¹⁵⁴

Prvních dvou se dá docílit téměř vždy, s tím třetím to bývá obtížnější. Někdy zde může pomoci zcela obyčejná úprava životního stylu nebo polohovací lůžko, které dokáže nemocného velmi šetrně posadit i obrátit. Aby se léčba vyladila a bolest dostala skutečně pod kontrolu, musí být podle potřeby pečlivě monitorována (viz obr. č. 4) Na grafu lze vyčíst, v jakou denní dobu popř. při jaké příležitosti intenzita bolesti klesla. Při monitorování bolesti pomůže hodně ten, kdo je nemocnému neustále nablízku.¹⁵⁵

	BOLEST	6 h	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4
5	nesnesitelná												
4	krutá						•						
3	silná			•				•					
2	nepříjemná		•			•							
1	mírná	•			•				•				•
0	žádná									•	•	•	

Obr. č. 4: Laická tabulka záznamu bolesti podle Svatošové.

¹⁵⁴ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. s. 31.

¹⁵⁵ Srov. tamtéž, s. 30-32.

7.5 Péče o psychosociální potřeby klientů a jejich blízkých

„Umění žít znamená vědět, jak vychutnat malé radosti a unést velká břemena.“

William Hazlitt

Do psychologických potřeb klienta na první místo můžeme zařadit potřebu respektování lidské důstojnosti, bez ohledu na stav tělesné schránky. Každý člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A takto musíme člověka vidět zvláště ve chvíli, kdy svůj specifický úkol završuje, kdy se blíží k cíli cesty. Klient potřebuje se svým okolím komunikovat a my často nevidíme, že naše mimoslovní projevy (mimika, gestika, haptika, vizika) mluví víc, než naše slova.¹⁵⁶ Škoda, že tak málo lidí ví, jak důležitá je komunikace s pacientem v agonii.

Nemocnému bychom nikdy neměli dávat takové informace, které později musíme odvolat, neboť bychom ztratili důvěru ve chvíli, kdy ji nemocný nejvíce potřebuje. Pacient má právo získat od svého lékaře dostatečné informace o svém stavu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Lékař přitom bere v úvahu intelektuální úroveň nevléčitelně nemocného, jeho aktuální psychický stav a míru schopnosti nemocného skutečně porozumět situaci. Hovoříme zde o předání informací tzv. „rozvážnou šetrností“¹⁵⁷, kde rozhodování lékaře je vymezeno zájmem klienta. Ovšem s důvěrou klienta nikdy ne hazardujeme. Nedáváme mu falešné naděje, nevzbuzujeme v něm falešná očekávání, neplánujeme nerealistické cíle.

To vše předpokládá připravenost lékaře na konfrontaci s neodvratnou smrtí pacienta, ale i se svou vlastní konečností, smrtelností. Bohužel nemocniční praxe nám často nabízí prototyp „nepřipraveného lékaře“, který se tváří v tvář těmto situacím dopouští řady závažných etických i medicínských chyb. Před palčivými otázkami nemocného prchá „pasivním“ nebo „aktivním“ způsobem, jehož výsledkem bývají často hrubé chyby v léčbě. V „pasivním“ útěku se lékař snadno dopustí terapeutického nihilismu a „odepsanému“ pacientovi nezajistí potřebnou paliativní léčbu včetně dostatečné a kontinuální léčby bolesti, případně mu odepře i domácí ošetrovatelskou péči. V útěku „aktivním“ se naopak snadno dopustí terapeutické posedlosti a alibismu, pacienta zbytečně zatěžuje léčbou neúčinnou a předstíranou, která v extrémních případech vyústí až v dystanazii (zadrženu smrt). Ze stejného důvodu se nepřipravený lékař dopouští i další, v našem zdravotnictví velmi rozšířené

¹⁵⁶ Srov. JOBÁNKOVÁ, I., a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. s. 124.

¹⁵⁷ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 57.

chyby. Vidí pouze tělesné potřeby pacienta a ignoruje oblast psychickou, sociální i duchovní. Třetím okruhem chyb s týměž jmenovatelem jsou pak již zmíněné chyby v komunikaci. Jde převážně o chyby ve verbálních i v nonverbálních sdělení, v příliš direktivním chování, v nerespektování autonomie nemocného, v podceňování role příbuzných, v podceňování týmové spolupráce a v neposlední řadě o chyby při sdělování pravdy, ať už diagnostické, nebo prognostické.

Sdělit nemocnému pravdu je kus umění. Neřekneme-li nemocnému nic, anebo ho naopak zahltneme množstvím informací v krátkém čase, dopouštíme se obrovské chyby. Je velmi důležité s umírajícím otevřeně hovořit nejen o nemoci, ale i o smrti. Ne tehdy, kdy se to hodí nám, ale tehdy, kdy to nemocný potřebuje, kdy si o to sám řekne. Na počátku onemocnění pacient zpravidla ještě smysl choroby nehledá. V hospici tomu už bývá jinak. Zde má většina klientů úpěnlivou potřebu pochopit smysl své nemoci a otázka „proč“ je tu na denním pořádku. Úkolem personálu hospice je respektovat a vnímat co nejcitlivěji nemocného a pomáhat mu hledat odpovědi na jeho palčivé otázky. Nikoliv mu je hotové předkládat, nebo se uchýlit k moralizování a lžím. Tím by klient ztratil nejen důvěru v personál, ale i tak důležitý pocit bezpečí. Pravda zde představuje zranění a důstojnost. Je důležité vědět, že podváděný a obelhávaný pacient nemůže umírat důstojně. „Milosrdná lež“ může být v těchto případech krutě nemilosrdná, a to hned z několika důvodů. Nemocného obvykle okrade o možnost se připravit, dát si do pořádku své záležitosti, nejen majetkové, ale především vztahové. Navíc člověka ponižuje a někdy i uráží. Nemocný se ocitá v izolaci, nemá nikoho, kdo by byl ochoten s ním otevřeně hovořit. Zpravidla také dochází k narušení vztahů v rodině, které do té doby mohly být zcela funkční.¹⁵⁸

Rodina přitom představuje v těchto těžkých chvílích nesmírně důležitou psychosociální oporu a často je také důvodem, proč nemocný nepropadá beznaději. Rodinné a přátelské vztahy mohou v nemoci navíc získat zcela nový rozměr. Je nutné ovšem respektovat nemocného, aby si sám návštěvy usměrňoval, dle svého stavu. Člověk je tvorem společenským, nerodí se do samoty, nežije izolovaně, a tedy by také neměl být osamocen ve své nemoci a v umírání.¹⁵⁹ Svatošová se v této souvislosti zmiňuje o některých příbuzných, kteří zapřísahají personál hospice, aby se jejich nemocný nedozvěděl nic o své nepříznivé prognóze. V takových případech personál mluví o tom, co už nemocný stejně ví a snaží se obě strany propojit tak, aby si všichni mohli přestat lhát. To pak obvykle bývá startovní můstek

¹⁵⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, M. Milosrdná pravda místo nemilosrdné lži. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-04-13]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/dokumenty/pravda.html>>.

¹⁵⁹ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 53-68.

k velkým věcem: k odpuštění, usmíření, poděkování, rozloučení. Právě toto sdělení pravdivé diagnózy, samozřejmě při zachování naděje, pomáhá mnoha lidem zmobilizovat poslední síly k možná největšímu a nejdůležitějšímu životnímu rozhodnutí a činu.

Dá se říci, že lidé, kteří se celý život snažili vidět věci spíše růžovými brýlemi, jsou v době těžké nemoci jistým způsobem zvýhodněni. Vidět a zachovat si naději je pro ně snazší než pro nenapravitelné pesimisty. Doufat znamená spatřovat před sebou možnost. Není-li možnost na uzdravení, je nutno taktikou malých kroků a splnitelných cílů nemocného držet nad vodou. Důležité je, že se nemocný raduje ze spousty nepatrných, byť důležitých cílů. Má své „proč“ žít. Nikdy bychom neměli říci, že stav pacienta je beznadějný. Je správné přiznat, že věc je vážná a těžká, nikoliv však marná.¹⁶⁰

Elizabeth Kübler-Rossová, odpovídá na otázku, kdy je nejvhodnější začít s nemocným mluvit o smrti, takto: „*Neotvírejte před pacientem tento problém sami od sebe. Vyčkejte, až sám nastolí téma smrti a umírání. Bude-li hovořit o bolesti, hovořte o jeho bolesti. Jestliže vyjádří strach ze smrti, usedněte, vyslechněte ho a zeptejte se ho, z čeho konkrétně má obavy. Pokud si chce vyřídit nějaké záležitosti ohledně pohřbu nebo sepsat poslední vůli ještě dlouho před tím, než se přiblíží smrti, nezkoušejte ho od toho zrazovat, ale sežeňte mu právníka a pomozte mu uspořádat jeho záležitosti.*“¹⁶¹

Připravit se na smrt svou a na smrt svých blízkých předpokládá o smrti přemýšlet a také o ní mluvit. Připravit se ale znamená rovněž domyslet takové pojmy, jako je jedinečnost každého člověka. Uvědomit si, že každý z nás (i náš pacient) je něčím zvláštní, je originál. A jedinečná je i každá jednotlivá situace, každý jednotlivý okamžik. Měli bychom se učit na ničem a na nikom nelpět. Ani na svém majetku, ani na svých nejbližších, ani na svém životě. Na každý pád to jednou ztratíme. Vše. Podstoupíme to, ať už dobrovolně nebo nedobrovolně. Ovšem naše „nedobrovolnictví“ z nás může učinit otroka na galejích, který je přikován a připoután ke svým věcem, a to i za cenu ztráty svobody. Toto otroctví lze přirovnat ke čtyřem prvním stádiím umírání, tak jak je popsala Elizabeth Kübler-Rossová. Teprve smíření může člověku přinést vědomé a dobrovolné odevzdání a osvobození, dokonalou svobodu.¹⁶²

¹⁶⁰ Srov. SVATOŠOVÁ, M. Milosrdná pravda místo nemilosrdné lži. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-04-13]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/dokumenty/pravda.html>>.

¹⁶¹ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Praha: Arita, 1993. s. 70.

¹⁶² Srov. SVATOŠOVÁ, M. Milosrdná pravda místo nemilosrdné lži. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-04-13]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/dokumenty/pravda.html>>.

7.6 Spirituální péče

Spiritualita a náboženství jsou v zásadě oddělené entity, které se mohou překrývat, avšak nemusí. Ve spiritualitě jde o hledání něčeho, co nás přesahuje, něčeho co je mimo naši moc. Ne vždy se totiž musí jednat o Boha, ale např. o otázku pravdy nebo o hledání smyslu existence, o kterých jsem zde již hovořila. Náboženství je na rozdíl od spirituality vírou, která je vztažena ke konkrétní náboženské tradici, často souvisí s církví nebo nějakou denominací. Náboženství má obvykle jasně organizovanou strukturu vztaženou k Bohu, která má svou věrouku, rituály, praxi i stanovené denní povinnosti věřícího.¹⁶³

Zatímco náboženství je zpravidla ztotožňováno s institucí a organizovaným duchovním životem, spiritualita je pojmem nadřazeným, neboť zahrnuje všechny ty, kteří své duchovní prožitky a potřeby praktikují ve vlastním systému religiózních představ. Často tak i mnohým nemocným umírajícím, kteří se pokládají za nevěřící, není cizí myšlenka na život po smrti a existenci duše. Mnozí z nich mají svou víru ve formě subjektivního osobního náboženství nebo obecné filozofie života.¹⁶⁴

Při poskytování spirituální péče v hospici se tak setkáváme s těmito druhy klientů: s věřícími, duchovními sympatizanty a s nevěřícími skeptiky. Hranice mezi těmito skupinami jsou v období umírání nestálé. Velice často se tak stane, že nevěřící skeptik přechází do skupiny věřících.

Respekt k duchovnímu životu člověka je základním předpokladem souladu, důvěry a skutečné humánní péče. Každý odborný hospicový pracovník by měl být obeznámen s poskytováním spirituální péče umírajícím různých náboženských skupin a vyznání. Pokud mu chybí informovanost o duchovních přáních nemocného, měl by na toto téma navázat rozhovor a vyhovět co možná nejvíce přáním klienta. Z těchto důvodů hospice spolupracují s duchovními různých náboženských vyznání podle potřeb klientů. Zde bych znovu zdůraznila, že hospic není domem pouze „pro věřící“, jak se mnoho lidí mylně domnívá. Duchovní, kteří do hospiců dochází, své služby nabízejí, nikoli vnucují.¹⁶⁵

V této souvislosti se také často hovoří o poskytování **pastorační péče**, kterou se řadu let zabývá **A. Opatrný** a definuje ji takto: „*Pastorační péči o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či*

¹⁶³ Srov. GIDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. s. 413-415.

¹⁶⁴ Srov. VANÍČKOVÁ, K. Spirituální potřeby seniorské populace v ČR. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-03-19]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/data/spirit.htm>>.

¹⁶⁵ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 69-71.

umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.“¹⁶⁶ Nejedná se zde tak o činnost vyhraněnou pouze kněžím, jáhnům či biskupům, ale všem věřícím, kteří nemocného doprovázejí. Opatrného pojem „dostupná úroveň víry“ je zde nesmírně důležitý. Jeho snahou je, aby daný člověk svou situaci zvládl nebo ji zpracoval co možná lidsky důstojným způsobem, i když jeho stupeň víry je např. nulový.¹⁶⁷ U lůžka těžce nemocného tak můžeme spatřit např. duchovního, který si s klientem vypráví o počasí či politice, aniž by jakkoliv (v souladu s přáním nemocného) zabrousil na téma jemu vlastní.

Hospic věnuje zvýšenou pozornost náboženským rituálům jako např. harmonogramu modliteb, půstům nebo návštěvám bohoslužeb. Ze zkušeností hospiců vyplývá, že klienti s pevnou vírou prochází všemi fázemi reakce na umírání podobně jako nevěřící, ale většinou rychleji a s menším rozrušením, než člověk bez víry. Je to právě „ona naděje“, která je v jistém smyslu ubezpečuje, že smrtí zdaleka nic nekončí!¹⁶⁸

8. PERSONÁLNÍ MANAGEMENT PŘI POSKYTOVÁNÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Každý člen multidisciplinárního týmu poskytujícího hospicovou péči má svou nezastupitelnou úlohu a s ní i odpovědnost za společné stanovení a plnění cílů. Členy tohoto týmu jsou klient, rodinní příslušníci a blízcí, ošetřující lékař klienta, sestry, psycholog, duchovní, sociální pracovník, dobrovolníci, zástupci státní zprávy a samosprávy eventuálně další pracovníci.

8.1 Role klienta

Umírající člověk by měl, pokud to jeho stav dovoluje, verbálně vyjádřit, či jinak naznačit svou individuální představu o kvalitě života, své víře, či vyznání a svých vyšších psycho-sociálních potřebách. Zároveň se spolupodílí a spolurozhoduje v procesu péče o něj, pokud to jeho aktuální zdravotní stav dovoluje. V opodstatněných potřebách a přáních

¹⁶⁶ OPATRŇY, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 1. vyd. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1995. s. 5.

¹⁶⁷ Srov. tamtéž, s. 4-6.

¹⁶⁸ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 69-71.

umírajících můžeme spatřovat mravní normy, které nás vyzývají k jejich naplnění. Takovým příkladem vyjádřených potřeb umírajících proto může být i americká **Charta umírajících**:

- *„Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.*
- *Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.*
- *Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.*
- *Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.*
- *Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života“.*
- *Mám právo nezemřít opuštěn.*
- *Mám právo být ušetřen bolesti.*
- *Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.*
- *Mám právo nebýt klamán.*
- *Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.*
- *Mám právo zemřít v klidu a důstojně.*
- *Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.*
- *Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.“¹⁶⁹*

8.2 Role pečovatелů

Pečovatelé rozumíme členy rodiny, příbuzné, blízké a přátele umírajícího. Svoji klíčovou a nezastupitelnou roli hrají především v domácí hospicové péči, kde se nemocnému věnují 24 hodin denně. Mnozí z těchto důvodů opouští svá zaměstnání, aby svému blízkému poskytovali duchovní oporu a ošetrovatelskou péči (hygienu těla, prostředí, dietní a pitný režim,...). Pokud je pečovatel schopen bezpečně zvládnout i ošetrovatelský postup, může tento výkon provádět s vědomím ošetřujícího lékaře klienta. Tato úloha je pro pečovatele nesmírně psychicky i fyzicky náročná, proto je i jemu poskytována duševní podpora sestrami, sociálními pracovníky i dobrovolníky. Členové týmu se tak snaží o vytvoření příznivého klimatu, aby se všichni členové rodiny dokázali vyrovnat s přicházející smrtí jejich blízkého.

¹⁶⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. s. 37-38.

8.3 Role profesionálních členů multidisciplinárního týmu

Odborní pracovníci poskytující hospicovou péči jsou kontinuálně školeni prostřednictvím seminárních kurzů a studijních pobytů. Jedná se o zkušené pracovníky s minimálně pětiletou praxí, z toho dva roky u lůžka, kteří jsou schopni nabízet aktivní péči a pomoc. Jejich činnost zahrnuje odborné výkony v okruhu saturace nižších i vyšších potřeb klienta v oblasti somatické, psychologické i sociální.¹⁷⁰

8.4 Náplň činnosti sestry v hospicové péči

- Základním posláním sestry v hospicové péči je být odbornou a psychickou oporou pro umírajícího i jeho blízké.
- Sestra provádí komplexní vyšetření bio-psycho-sociálního stavu klienta z hlediska ošetrovatelského a vytváří individuální rozvrh péče, včetně harmonogramu aktivit, který plní jak profesionální, tak i laická část týmu.
- Spolu s ošetrujícím lékařem je povinna klienta kontinuálně monitorovat a hodnotit intenzitu, charakter a lokalizaci bolesti. Zároveň si všímá psychosomatických symptomů, které bolest doprovázejí. Je odpovědná za aplikaci analgezie dle pokynů lékaře. V případě nedostatečného tlumení bolesti je povinna neprodleně oznámit toto zjištění ošetrujícímu lékaři.
- Sestra dále zajišťuje dietní a pitný režim, zabezpečuje v případě nutnosti pomůcky pro inkontinenci a v rámci prevence dekubitů sleduje prokrvení kůže. Rovněž provádí preventivní masáže a ošetřuje kožní léze a poranění.
- U klienta sleduje průchodnost dýchacích cest a kvalitu jeho dýchání. Dle ordinace ošetrujícího lékaře provádí oxygenoterapii.
- Součástí její péče je také seznamovat rodinné příslušníky a blízké s příznaky přibližující se smrti; učí rodinu zvládat i nenadálé převraty a krize, které nastanou v souvislosti s umíráním.
- Hospicová sestra poskytuje umírajícímu péči v takové frekvenci, v jaké si to vyžaduje jeho stav. Je v nepřetržitém spojení s rodinnými příslušníky klienta,

¹⁷⁰ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 84-86.

blízkými a ošetřujícím lékařem a v případě vyzvání přispívá svou odbornou pomocí či radou.¹⁷¹

8.5 Náplň činnosti sociálního pracovníka v hospicové péči

- Sociální pracovník působící v hospicové péči je psychickou a odbornou posilou pro umírajícího i jeho blízké.
- Provádí kontrolu sociální situace umírajícího z hlediska sociálních potřeb a připravuje individuální plán sociální péče a pomoci včetně harmonogramu aktivit, které plní pracovníci hospice. Rovněž formuluje sociální diagnózu klienta a zabezpečuje poskytování individuální sociální péče a pomoci.
- Do náplně jeho práce spadá vyřizování náhradního finančního zdroje pro pečovatele, jako je např. příspěvek pro poskytování péče rodinnému příslušníkovi.
- Zajišťuje spirituální a duchovní péči pro klienta, eventuálně další aktivity jako je muzikoterapie, arteterapie, canisterapie, čtení knih, psaní dopisů a další programy, které klientovi i rodině zpříjemní poslední chvíle společného života.
- Získává pro osamělé a opuštěné klienty dobrovolníky.
- V neposlední řadě snímá z rodiny břemeno, které je spojeno se zajištěním pohřbu a s dalšími náležitostmi, které je nutno zabezpečit po úmrtí klienta.¹⁷²

8.6 Náplň činnosti dobrovolníků v hospicové péči

- Dobrovolníci působící v hospicové péči jsou zejména psychickou a fyzickou oporou pro klienta a jeho rodinu. Žijí obvykle v blízkosti hospice a jejich služby a péče nejsou nikterak finančně honorovány. Dobrovolníci jsou lidé většinou z řad inteligence (studenti, ale i senioři).
- U osamělých klientů nahrazují člena rodiny a působí v roli pečovatelů. Komunikují a naslouchají umírajícím, monitorují jejich fyzický i duševní stav a signalizují změny stavu sestřám a ošetřujícímu lékaři.
- Pomáhají rodinám s nákupy, přípravou jídla, přesunem nemocného, ošetrovacími technikami, hygienou,... Vytváří pro klienta i jeho rodinu příznivé klima pro vyrovnání se s neodvratným příchodem smrti. Pomáhají rodinám překonat nejobtížnější období po smrti.

¹⁷¹ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 86-87.

¹⁷² Srov. tamtéž, s. 87-88.

- Dobrovolníci jsou školeni na svou činnost ve speciálních kurzech, které pořádají odborní pracovníci hospicové péče. Rovněž jsou pro ně organizovány návštěvy relaxačních skupin, kde dochází ke snížení úrovně stresu.¹⁷³

9. CO UMÍRAJÍCÍ POTŘEBUJE NEJVÍCE



Uspávanka

Potom se opřel o žízeň
a prosil
aby nepřestala
A obával se toho mála
Bál se jak dítě
Moc se bál

A kde se vzala tu se vzala
stařenka smrt se přištrachala
s hliněným džbánem
svěží vody

A on se napil
Popel dní
opláchl se rtů
všechnu trýzeň
tím douškem smyl
a nenechal
si vůbec nic

Už ani žízeň

Jan Skácel

Během psaní mé diplomové práce stanovili lékaři mé „mamince číslo dvě“, jak jsem jí v žertu říkala, totiž mamince mého manžela, nepříznivě vyhlížející onkologickou diagnózu. Nemoc vzala rychlý spád, kdy se ze dne na den půlroční prognóza změnila na pár týdnů, a pak dnů. Snažili jsme se jí zajistit veškerý komfort a péči v domácím prostředí.

Vzhledem ke komplikacím jsme jí však byli nuceni dát na posledních pár dnů do nemocnice. Asi bych zde jenom se smutnou hořkostí popisovala nedořešenost a nepřipravenost institucionální péče na smrt člověka. Selhala. Selhal i lékař, který chtěl zvrátit dávno rozhodnutou bitvu. Poté, co nám bylo odepřeno zůstat u jejího lůžka přes noc, jsme se rozhodli pro její neplánovaný transport domů. Zemřela nám při převozu v nemocničním výtahu. Ačkoliv se prostředí jejího odchodu jeví na první pohled jako

¹⁷³ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. s. 88-89.

nedostatečně důstojné, paradoxně se stalo tou největší službou a darem. Její synové byli s ní, drželi ji za ruku a ona odešla v jejich objetí, náruči. Byl to poslední a zároveň největší projev vzájemné lásky.

Teprve zpětně jsem si uvědomila důležitost toho neobyčejného okamžiku. Vzpomínám, že když maminka upadala do zastřené vědomí, neustále rukama hledala pevný stisk druhé ruky. Později v agónii si o něj už nemohla říci, ani nemusela. Její děti ji pevně držely. Nebylo zapotřebí žádných velkých slov, největší zprávou tu bylo „ticho“. Nikdo se nerodí sám a neměl by sám odcházet. V mých očích je to POVINNOST, je to PŘÍLEŽITOST, je to DAR. Smrt je bolestnou, někdy krutou, leč zcela přirozenou součástí života. Nebojíme se smrti. Bojíme se neznáma, nevíme, co skrývají její brány. Bojíme se ztráty toho, koho milujeme zde na zemi.



„Umírající jsou hrdinové.

Svoji největší bitvu bojují v tichosti a o jejich vítězství ví jen ten,
kdo setrval u jejich lůžka.“

PRAKTICKÁ ČÁST

10. ILUSTRACNÍ PRŮZKUM

10.1 Charakteristika průzkumu a výběr respondentů

Pro svou diplomovou práci jsem provedla ilustrační průzkum, který se týkal názorů pracovníků hospice a veřejnosti na problematiku spojenou s umíráním člověka a s jeho potřebami. Průzkum obsahoval dva druhy dotazníků dle adresátů a proběhl v březnu a dubnu tohoto roku. První část průzkumu byla určena sestřám a ostatním pracovníkům hospice, tu druhou pak tvořili náhodně vybraní respondenti různého věku, pohlaví a vzdělání. V první fázi průzkumu jsem oslovila čtyři hospice u nás (Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Brně, Hospic sv. Alžběty v Brně, Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích a Hospic sv. Lazara v Plzni). Jeho pracovníci tvořili první skupinu respondentů o počtu 64 osob a získala jsem od nich 54 dotazníků, z nichž 53 bylo platných. Druhou skupinu respondentů (z řad veřejnosti) tvořilo 80 osob a získala jsem od nich 56 dotazníků, z nichž 51 bylo platných.

10.2 Cíle průzkumu

Cílem první části průzkumu (příloha V) bylo zjistit zda jsou v hospicové péči dostatečně saturovány potřeby klientů a dále pak, jak se v průběhu hospitalizace a posunu k terminálnímu stádiu mění. Zajímalo mě také, zda většina klientů umírá ve fázi smíření nebo důvody, proč do této fáze nedospěli. Rovněž jsem zkoumala, jaké představy má pracovní personál o vyšších potřebách a jakých možnostech uspokojení těchto potřeb klienti hospice nejvíce využívají.

Cílem druhé části průzkumu (příloha VI) bylo zmapovat informovanost o hospicích a hospicové péči mezi veřejností. Pozornost jsem věnovala názorům na dostatečné zabezpečení péče o těžce nemocné umírající a na jejich doprovázení. V neposlední řadě jsem sondovala, jakou představu mají občané o hierarchii potřeb umírajícího v porovnání s představou personálu hospice a jaké stanovisko zaujímají k eutanazii.

Ukázku platně vyplněných dotazníků uvádím v příloze VII a v příloze VIII.

10.3 Použitá metoda

Pro svůj průzkum jsem zvolila metodu dotazníku. Dotazník obsahoval v obou případech (jak u pracovníků hospice, tak i u veřejnosti) uzavřené otázky, na které respondent zodpovídal výběrem z nabízených možností a v některých případech ještě slovně doplňoval zvolenou možnost. V jedné položce respondent odpovídal numerickým seřazením nabízených možností. Otázky jsem se snažila formulovat jasně a srozumitelně, nerozváděla jsem je do zbytečných detailů.

Vlastní dotazník se skládal z několika částí. V úvodním dopise jsem oslovila respondenta, představila se mu a seznámila ho s tématem průzkumu. Sdělila jsem mu, že je tento dotazník vyplňován zcela anonymně a že mi pomůže rozšířit některé teoretické poznatky diplomové práce. Žádala jsem respondenta o vyjádření vlastního názoru a dala jsem mu návod, jak má postupovat.

Následující část dotazníku tvořily základní údaje o respondentovi (věk, pohlaví, vzdělání); a dále pak otázky zaměřené na vlastní šetření, které znázorňovaly nejobsáhlejší a také nejpodstatnější úsek celého ilustračního průzkumu. Každý z obou dotazníků obsahoval 13 otázek, z nichž některé byly z důvodu srovnání totožné.

V obou dotaznících jsem ponechala prostor i na vlastní vyjádření respondentů, aby měli možnost se plně vyslovit.

Významným pomocníkem mi rovněž byly mé zkušenosti a volné rozhovory se sestrami a klienty Hospice sv. Lazara v Plzni; a dále pak volné rozhovory s vybranými respondenty z řad veřejnosti.

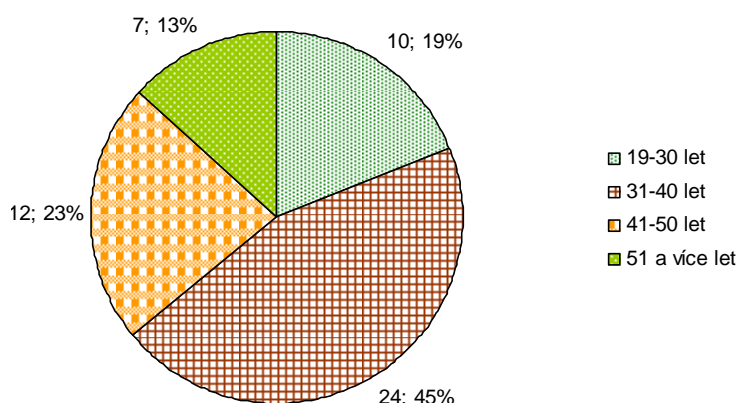
10.4 Etapy a organizace průzkumu

- studium odborné literatury
- stanovení jednotlivých cílů dotazníků
- sestavení dotazníků
- oslovení respondentů
- sběr dat
- primární třídění dotazníků dle úplnosti vyplnění
- zpracování řádně vyplněných dotazníků
- statistické zpracování a vyhodnocení dat
- interpretace a analýza výsledků empirického materiálu
- shrnutí závěrů a doporučení

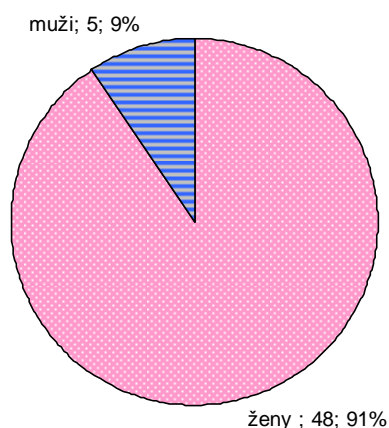
10.5 Interpretace a analýza empirického materiálu (ilustrační průzkum u pracovníků hospiců)

Téměř polovina respondentů byla středního věku (31 – 40 let); další věkové skupiny byly zastoupeny téměř rovnoměrně (graf č. 1). Převážnou část dotazovaných tvořily zdravotní sestry hospiců, což je patrné z grafu č. 3. Převaha žen (graf č. 2) v těchto zařízeních je dána tradičním pojetím péče o nemocné (v minulosti bylo studium zdravotnických nelékařských oborů vyhrazeno téměř výhradně ženám a i dnes ženy mezi studenty zdravotnických nelékařských škol převládají).

Graf č. 1: Věk respondentů.



Graf č. 2: Pohlaví respondentů.

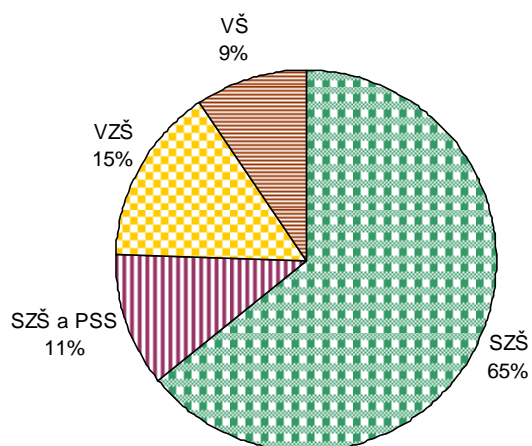


Dvě třetiny respondentů dosáhly středoškolského vzdělání (graf č. 3), což do jisté míry souvisí s jejich věkem, neboť vyšší, bakalářské a magisterské obory ošetrovatelství byly zavedeny až po roce 1989 (vyššího a vysokoškolského vzdělání dosáhli především mladší respondenti). Sestry měly možnost se do té doby vzdělávat jen v pomaturitním specializačním studiu (PSS) v Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně.

Dnes se všechny registrované sestry, pracující bez odborného dohledu, musí kontinuálně vzdělávat během celého svého profesního působení. Navštěvují semináře, odborné konference, stáže a kurzy s různými odbornými tématy, jejichž odbornosti a nového pohledu na danou problematiku, pak využívají v péči o klienty. (Problematikou umírání a doprovázení těžce nemocných se u nás zabývá především MUDr. Marie Svatošová, jejichž seminářů se účastnila většina sester z hospiců).

Při porovnávání výsledků mezi jednotlivými skupinami respondentů členěnými na základě věku, pohlaví či vzdělání nebyly při zpracování průzkumu zaznamenány výrazné rozdíly.

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.



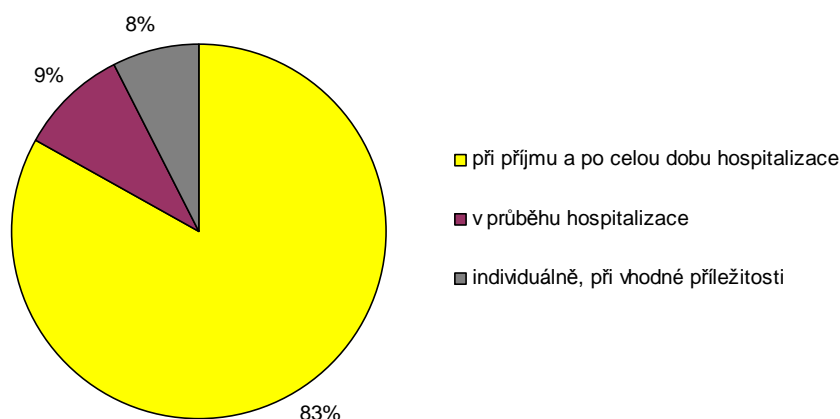
Jak je patrné z grafu č. 4 personál hospice zjišťuje potřeby svých klientů při příjmu a po celou dobu hospitalizace. Obvykle má každý klient svou kartu, kde sestry zaznamenávají nejen jeho biologické potřeby či stav bolesti, ale také např. jeho náladu. Informovanost tak funguje na všechny strany a klient není zbytečně zahlcován stejnými dotazy několikrát za den.

Tentýž systém funguje i u dobrovolníků, kteří si rovněž vedou záznamy o klientech. Dobrovolník se tak může při svém příchodu do hospice automaticky informovat o rozpoložení a potřebách klienta a podle toho reagovat. Z rozhovorů s pracovníky hospiců dále vyplývá, že pokud má klient nějaké zvláštní přání, je snahou všech mu tuto žádost splnit, a to pokud možno co nejdříve.

Pro srovnání zde uvádím výsledky empirické části diplomové práce Mgr. Heleny Komínkové, která se v roce 2003 ptala na zjišťování potřeb pracovníků ze standardních

oddělení zdravotnických a sociálních zařízení.¹⁷⁴ Z jejího průzkumu je patrné, že 55 % respondentů zjišťuje potřeby pacientů při příjmu a po dobu hospitalizace; 22 % respondentů individuálně, při vhodné příležitosti; 13 % respondentů v průběhu hospitalizace a 9 % respondentů pouze při příjmu. Z komparace těchto výsledků jasně vyplývá, že hospic je v porovnání s klasickými zdravotnickými a sociálními zařízeními o krok napřed.

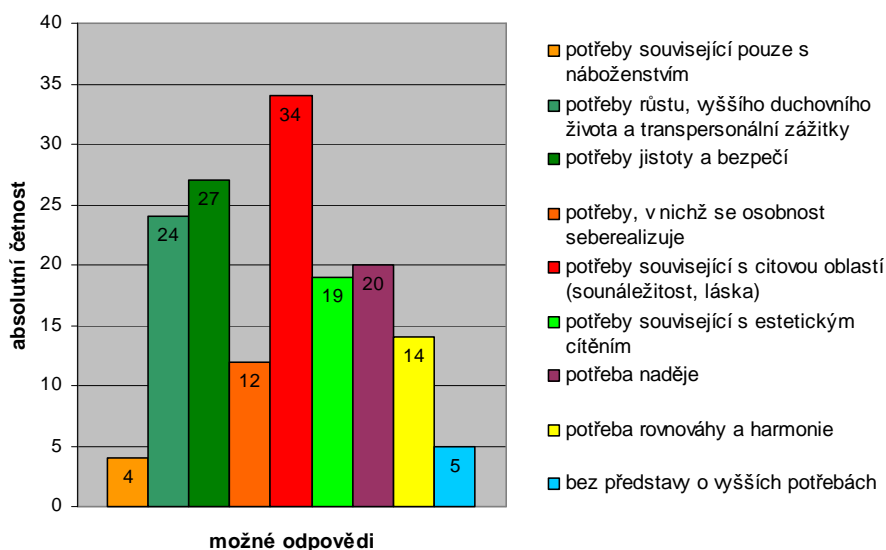
Graf č. 4: Zjišťování potřeb klientů hospice.



Většina respondentů si pod pojmem „vyšší potřeba“ představuje širší škálu potřeb, především pak potřeby související s citovou oblastí jako je sounáležitost a láska (graf č. 5). Druhou nejčastější odpovědí respondentů byly potřeby jistoty a bezpečí, což je poměrně neobvyklé, jelikož běžně jsou v literatuře tyto potřeby řazeny k potřebám základním. Vysokou četnost zaujímají rovněž potřeby růstu, vyššího duchovního života a transcendentální zážitky a potřeba naděje. Jenom 4 respondenti si pod tímto pojmem vybavují pouze náboženské potřeby a 5 respondentů neví, co si má pod tímto pojmem představit. Ke grafu č. 5 je třeba podotknout, že četnost vyjadřuje celkový počet výběru jednotlivé možnosti a to vzhledem k tomu, že respondenti měli možnost označit jako odpověď i více možností.

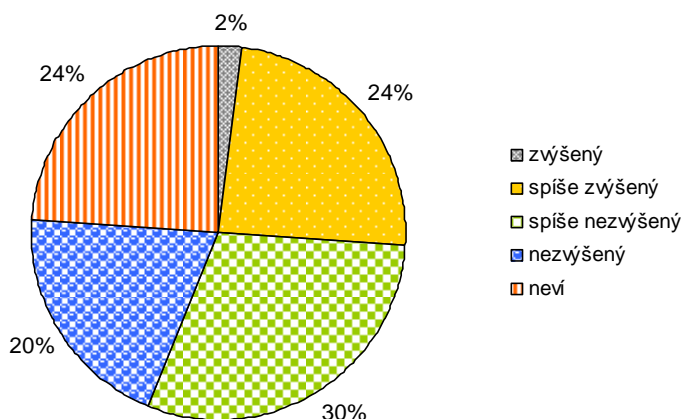
¹⁷⁴ Srov. KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*. Olomouc, 2003. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce J. Konečný, str. 62.

Graf č. 5: Představa respondentů o pojmu "vyšší potřeby".



Z grafu č. 6 vyplývá, že pouhých 26 % respondentů pozoruje zesílený zájem u nemocných umírajících o vyšší potřeby, 24 % respondentů neví, zda mají klienti hospice o tyto potřeby zvýšený zájem. Toto číslo se zdá být poněkud zarážející, pokud si uvědomíme, že přes 90 % respondentů uvedlo, že potřeby klientů zjišťuje během celé hospitalizace (graf č. 4). Respondenti, kteří pozorují zvýšený zájem o vyšší potřebu u klientů hospiců, pak popsali tyto potřeby převážně jako duchovní, a to i v případě, že v předchozí otázce označili pod pojmem „vyšší potřeba“ širší škálu nabízených možností, často s duchovnem nesouvisejících.

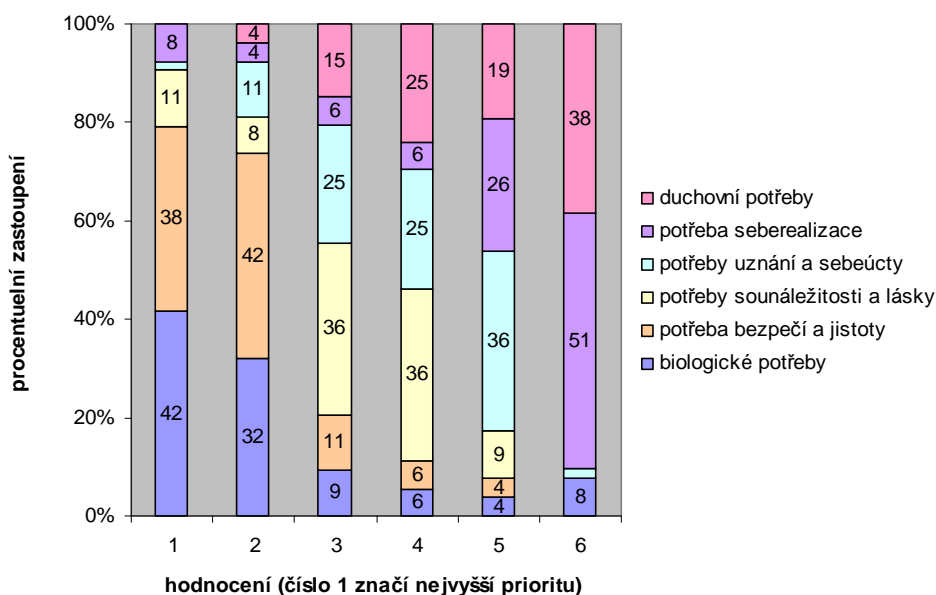
Graf č. 6: Názor respondentů na zájem klientů hospiců o vyšší potřeby.



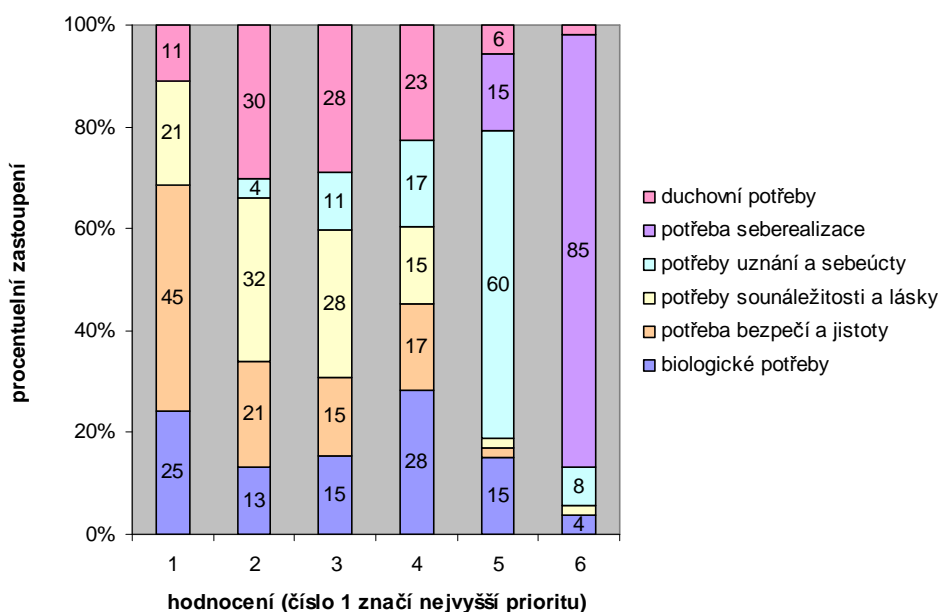
Dle názorů respondentů klienti hospice upřednostňují při příjmu do hospice potřeby biologické (graf č. 7), které však v návaznosti na terminální stádium klientů ustupují do pozadí a jejich místo nahrazují potřeby sounáležitosti a lásky a potřeby duchovní (graf č. 8).

Markantní rozdíl můžeme při porovnání obou následujících grafů pozorovat u potřeb duchovních, jejichž priorita v každém z obou stádií zaujímá téměř opačné pořadí. Potřeby bezpečí a jistoty hrají pro klienta, dle názoru respondentů, takřka stejně významnou roli jak při příjmu tak i v terminálním stádiu (grafy č. 7 a 8). Potřeba seberealizace nehraje důležitou roli při příjmu do hospice a v terminálním stádiu ustupuje zcela do pozadí. Při srovnávání těchto výsledků nesmíme zapomínat na to, že někteří nemocní umírající jsou do hospice přijímáni již v terminálním stádiu.

Graf č. 7: Názor respondentů na hierarchii potřeb klientů hospiců při příjmu do hospice.

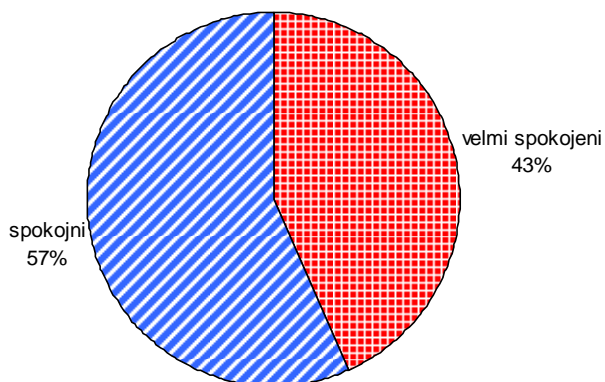


Graf č. 8: Názor respondentů na hierarchii potřeb klientů hospiců v terminálním stádiu.



Graf č. 9 ukazuje, že respondenti jsou přesvědčeni o spokojenosti klientů hospiců s celkovou péčí, která jim je poskytována (varianty méně spokojeni a nespokojeni neuvědl žádný respondent). O tomto faktu svědčí i mé vlastní zkušenosti z Hospice sv. Lazara, kde jsem při rozhovorech s klienty slýchala neochvějnou chválu především na přístup a přátelskost ze strany personálu. Klienti, kteří navíc prošli klasickou péčí nemocnic, označovali péči hospice doslova jako „nesrovnatelnou“. Několikrát jsem se setkala i s prohlášením typu: „Konečně se necítím jako kus hadru; mám pocit, že zase něco znamenám.“ Kvalitu ošetrovatelské péče klienti chápou jako zájem ošetrovatelského personálu o trpícího člověka se všemi jeho potřebami, které se dle priorit v průběhu nemoci mění.

Graf č. 9: Názor respondentů na spokojenost klientů hospiců s komplexní péčí.

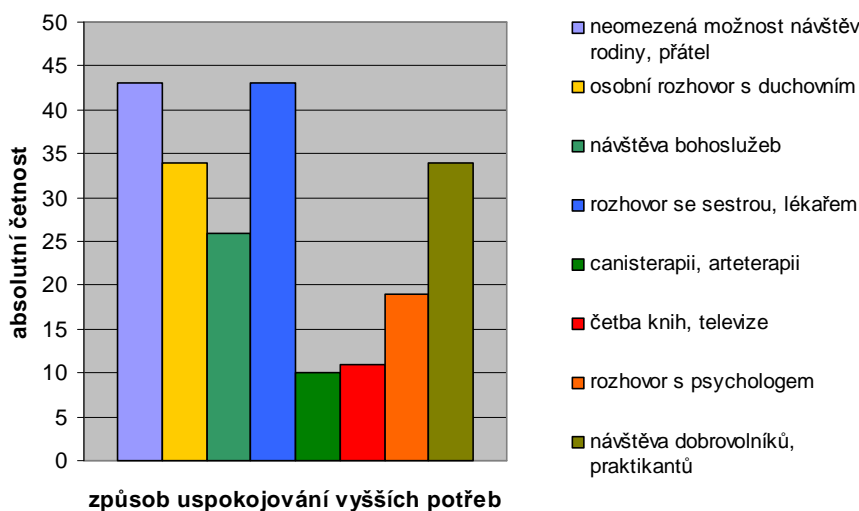


Respondenti dále uvádějí, že vyšší potřeby uspokojují klienti hospiců především prostřednictvím kontaktu s jinou osobou. Nejvíce využívají neomezené návštěvy rodiny, přátel, rozhovory se sestrou či lékařem, rozhovor z duchovním nebo návštěvy dobrovolníků a praktikantů (graf č. 10). Vyšší potřeby jsou z velké části uspokojovány dle názoru respondentů také účastí na bohoslužbách. Četbou knih, sledováním televize, canisterapií a arteterapií uspokojuje své vyšší potřeby jen malá část klientů hospiců. Dokonce ani rozhovor s psychologem není klienty hospice považován za podstatnou možnost k uspokojení vyšších potřeb.

Některí respondenti navíc uvádí, že využití těchto možností je do značné míry ovlivněno fyzickým a psychickým stavem klientů. To, že klienti hospiců uspokojují své vyšší potřeby především při osobním kontaktu s druhými, souvisí i s tím, že hospic je zařízení, které umožňuje kontinuální návštěvy dle přání klienta. Umírající tedy nezůstává sám, prožívá mnohdy intenzivní emocionální chvíle se svými nejbližšími. Z rozhovorů se sestrami při mé praxi v Hospici sv. Lazara vyplynulo, že přestože se zpočátku může zdát, že jsme to my, kteří

jdeme obdarovat nemocného, pravdou zůstává, že nás často obdarovává sám nemocný, který přijal nemoc jako dar, pomocí něhož objevuje novou dimenzi.

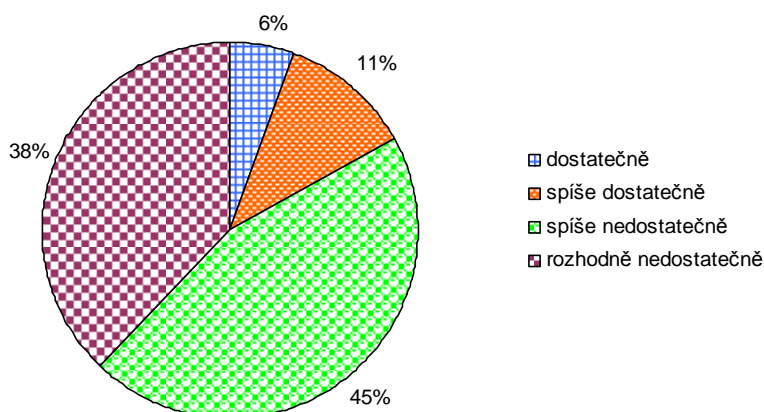
Graf č. 10: Nejčastější způsoby uspokojování vyšších potřeb u klientů hospiců.



Celých 83 % respondentů se shodlo na tom, že informovanost o problematice umírání je u nás spíše nebo rozhodně nedostatečná (graf č. 11). Tutéž otázku jsem položila široké veřejnosti (viz druhá část průzkumu), kde mělo dokonce 92 % respondentů stejný názor. Tato statistika je zřetelným alarmem volajícím po nutných změnách! Jedna respondentka mi při odevzdávání dotazníků řekla: „*Chtěla jsem doprovodit svoji umírající maminku, ale nevěděla jsem jak. Nikdo ze zdravotníků mi nepomohl. Když jsem se zeptala, jak maminka zemřela, dostala jsem jen vyhýbavé odpovědi.*“

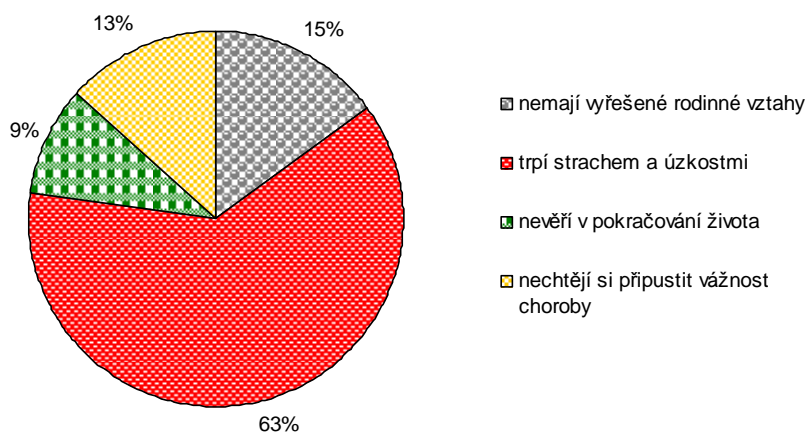
Tento výsledek dokládá, že vytěsněním smrti za zdi nemocnic, kde dnes umírá téměř 80 % lidí, jsme ztratili se smrtí kontakt.

Graf č. 11: Nároz respondentů na informovanost veřejnosti o problematice umírání.



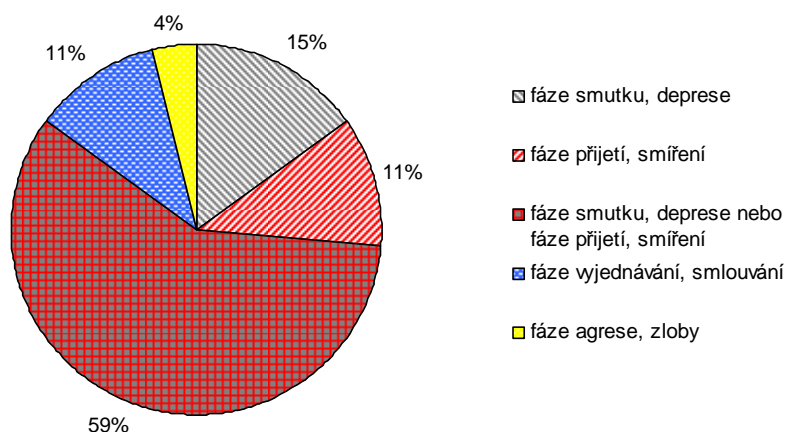
Nejčastějším důvodem, proč klient hospice nedojde do fáze smíření, je podle respondentů strach a úzkost (graf č. 12). Mnoho respondentů však dodává, že klient často nemá dostatek času, aby těmito fázemi prošel. Důvodem je příliš pozdě sdělená diagnóza nebo nedostatečná informovanost klienta o prognóze onemocnění. Buď celou věc značně komplikuje rodina klienta; nepřeje si, aby byla nemocnému pravda sdělena, nebo sám klient není psychicky připraven a nechce o této otázce hovořit. Jedna ze sester mi v dotazníku napsala: „Každý člověk je individuální bytost; problém vidím ve velké neinformovanosti pacientů ze strany lékařů (ne v hospici, ale v nemocnici, u onkologů atd.); proto i fáze umírání, kdy by člověk měl dojít k bodu 5, k přijetí, smíření, je cílem jen těžko dosažitelným; totéž platí potom i u rodiny nemocného.“

Graf č. 12: Důvody zabraňující klientům hospiců dojit do fáze smíření.

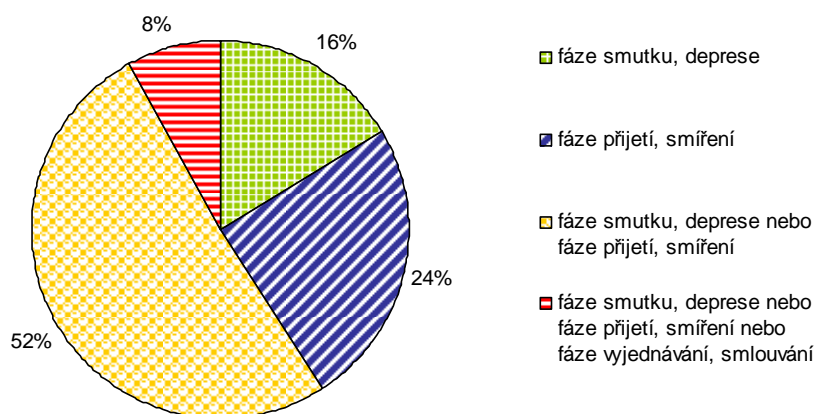


Grafy č. 13 a č. 14 znázorňují fáze, v nichž se podle respondentů nachází sám klient a jeho blízcí těsně před smrtí. Ačkoliv z grafů vyplývá, že jak klient, tak i jeho blízcí se ve chvíli smrti ocitají ve velké míře ve fázi smutku či přijetí, nepokládají sami respondenti tuto odpověď za zcela objektivní. Dále uvádí, že smrt každého je natolik individuální a jedinečná, nakolik jedinečný je život každého člověka a je tudíž velmi těžké tyto fáze zhodnotit, a to i vzhledem k jejich častému střídání. Fakt, že 59 % dotazovaných označilo zároveň fázi smutku, deprese a fázi přijetí, smíření, může být zapříčiněn nerozhodností samotných respondentů nebo vyjadřuje, že se tyto stavy vyskytují u klientů ve stejné míře. 15 % respondentů označilo za nejčastější fázi smutku a 11 % fázi přijetí, smíření. Pouze 2 dotazovaní jsou pak přesvědčeni, že nejčastějším konečným úsekem života je u klientů hospiců fáze agrese a zloby.

Graf č. 13: Nejčastější fáze, v nichž klienti hospiců umírají.



Graf č. 14: Nejčastější fáze, v níž se nachází rodiny při úmrtí klientů hospiců.



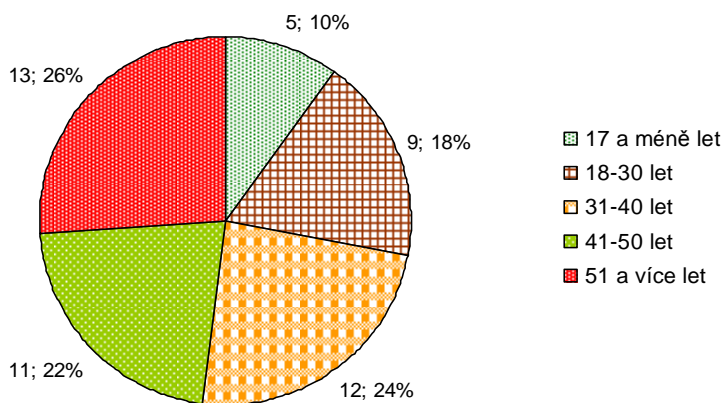
10.6 Interpretace a analýza empirického materiálu (ilustrační průzkum u veřejnosti)

Grafy č. 15, 16 a 17 zobrazují identifikační údaje respondentů; seznamují nás s věkem, pohlavím a nejvyšším dosaženým vzděláním. Jednotlivé věkové skupiny byly mezi dotazovanými zastoupeny přibližně rovnoměrně. Poměr mužů a žen u respondentů byl rovnoměrný. Téměř polovinu respondentů tvořili středoškolsky vzdělané osoby, respondenti se základním a středoškolským vzděláním byly zastoupeny přibližně po jedné čtvrtině. Mezi respondenty se objevily pouze dvě osoby se zdravotnickým vzděláním.

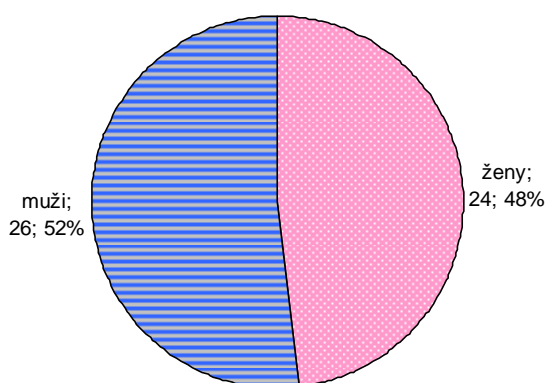
Nejzřetelnější rozdíly v názorech byly zaznamenány v závislosti na vzdělání respondentů (viz komentář ke grafům č. 20 a 21). Ukázalo se, že zkušenosti a vědomosti se

odrážejí v životních postojích respondentů ke zkoumané problematice. Z rozhovorů s respondenty bylo patrné, že pro střední generaci, která dochovává svoje rodiče je problematika doprovázení aktuální.

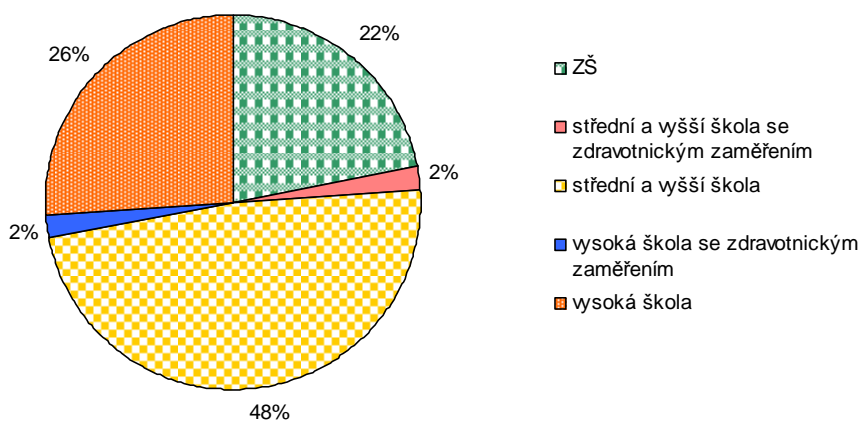
Graf č. 15: Věk respondentů.



Graf č. 16: Pohlaví respondentů.

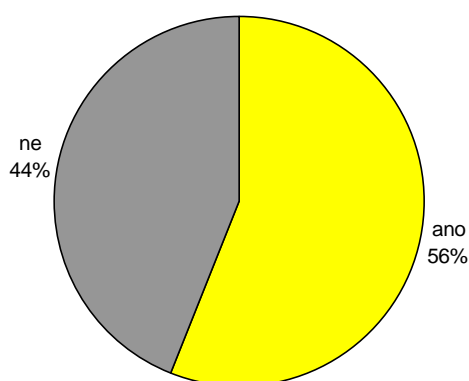


Graf č. 17: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.



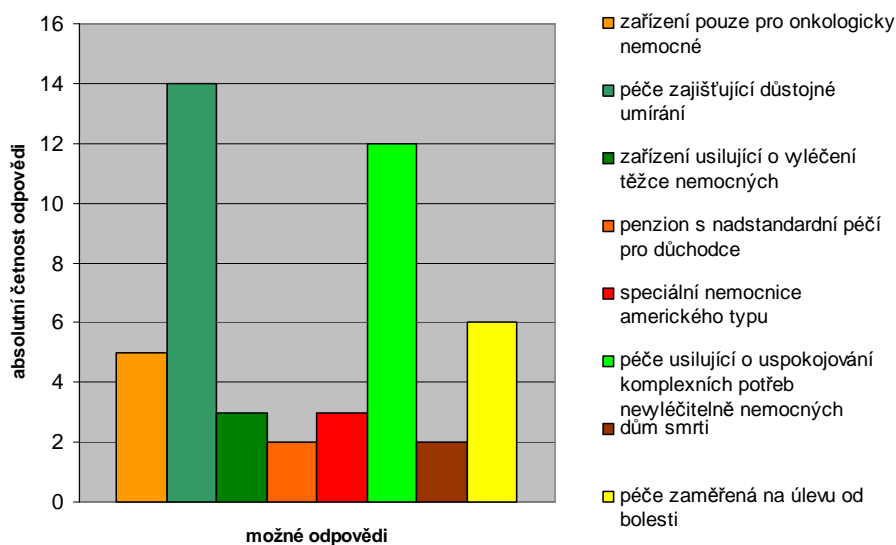
Ačkoliv celých 56 % respondentů uvedlo, že se někdy s pojmem „hospicová péče“ či „hospic“ setkala (graf č. 18), alespoň částečně správnou představu o dané problematice měly necelé dvě třetiny z nich (graf č. 20). Z výše uvedeného vyplývá, že celé dvě třetiny respondentů neví, co to hospic je nebo mají o hospici nesprávné představy. Pouze 4 respondenti měli jasnou a zcela správnou představu, z nichž ale dva měli zdravotní vzdělání a jeden v hospici doprovázel svoji matku.

Graf č. 18: Obeznamenost respondentů s pojmem "hospicová péče" či "hospic".

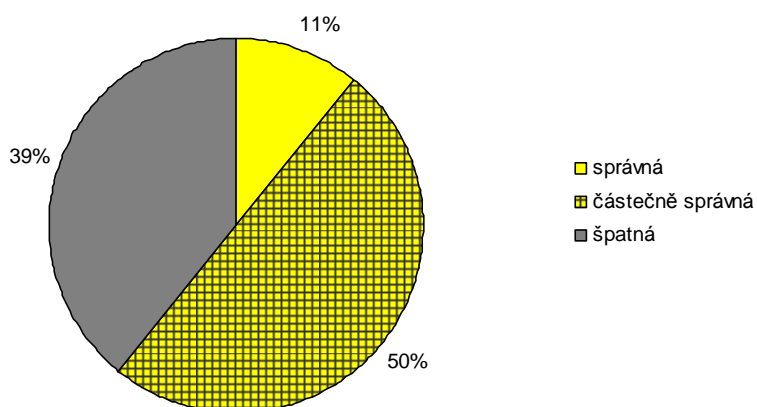


Přestože u většiny respondentů, kteří uvedli, že znají pojem hospic, převažovaly správné odpovědi, našli se i tací, kteří považovali hospic za pension s nadstandardní péčí pro důchodce či dokonce speciální nemocnici amerického typu (graf č. 19). Ostatní respondenti věděli, že hospic je spojen s umíráním, přesto se ale někteří domnívali, že slouží pouze pro onkologicky nemocné nebo usiluje o vyléčení těžce nemocných. Dva respondenti považovali hospic za dům smrti.

Graf č. 19: Představa části respondentů o hospicové péči.

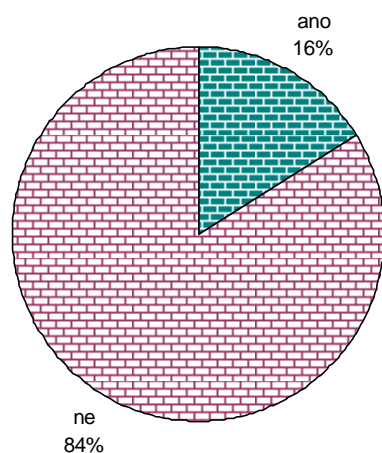


Graf č. 20: Představa části respondentů o hospicové péči 2.



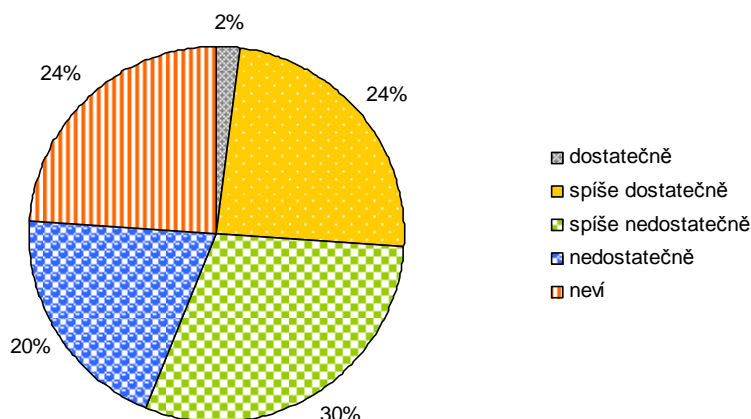
Konkrétní hospicové zařízení znalo 8 respondentů (graf. č. 21). Mezi nejčastější odpovědí se vyskytoval Hospic v Rajhradě u Brna. To však je ovlivněno především tím, že značnou část respondentů tvořili lidé z jižní Moravy. Dotazovaní, kteří měli alespoň částečně správnou představu o hospicové péči a respondenti, kteří znali konkrétní hospic u nás, byli lidé převážně vysokoškolsky vzdělaní.

Graf č. 21: Znalost konkrétního hospice u respondentů.



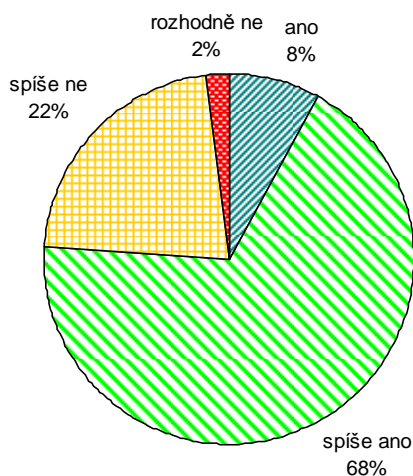
Graf č. 22 znázorňuje, jak se respondenti rozcházel v názoru na zabezpečení péče o těžce nemocné umírající u nás. Polovina respondentů se domnívá, že tato péče je zabezpečena nedostatečně nebo spíše nedostatečně, čtvrtina respondentů neví a čtvrtina se kloní k názoru, že je tato péče zabezpečena spíše dostatečně. Pouze dva respondenti považují zabezpečení péče za dostatečné. Rozdílnost v názorech vychází pravděpodobně z malé zkušenosti s péčí o tyto nemocné a z kusé nebo špatné informovanosti o této problematice. Těžké je pro respondenty, představit si náročnost péče, kterou sami neposkytovali a nebo neměli možnost ji sami na sobě zakusit.

Graf č. 22: Názor respondentů na zabezpečení péče o těžce nemocné umírající.



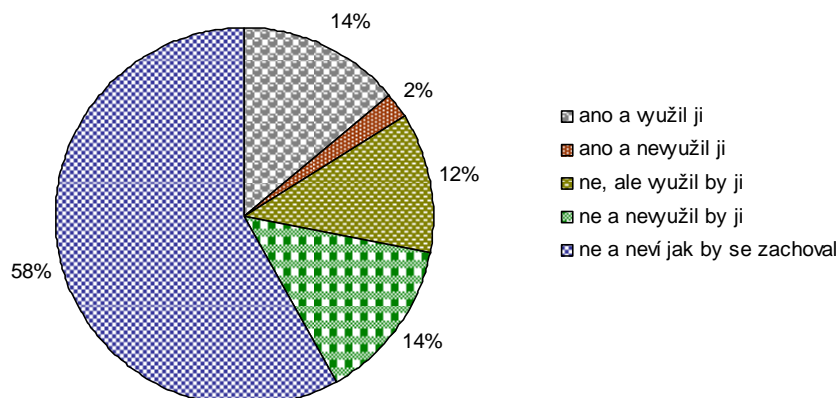
O schopnosti současné medicíny tlumit bolest těžce nemocných umírajících pochybuje jen jedna čtvrtina respondentů (graf č. 23). V této souvislosti je zajímavé uvést, že Česká republika má mezi evropskými státy jednu z nejnižších spotřeb anodyn (léků opiátového typu) u pacientů s nádorovým onemocněním.

Graf č. 23: Názor respondentů na schopnost současné medicíny tlumit bolest těžce nemocných a umírajících.



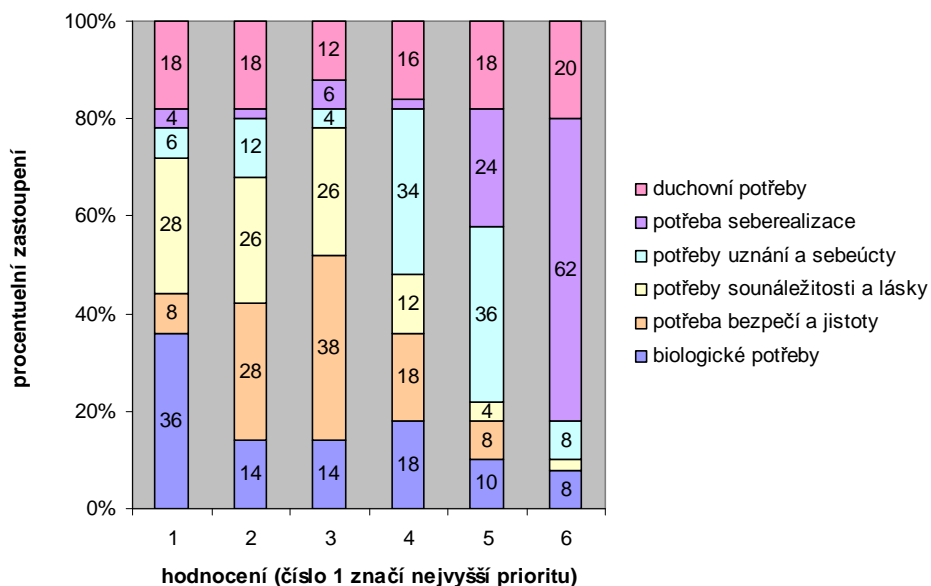
Z grafu č. 24 je patrné, že čtvrtina respondentů buď již využila možnosti doprovodit svého blízkého nebo by se tak v nastalé situaci zachovala. Je zajímavé, že téměř 60 % respondentů neví, jak by tuto okolnost řešilo. Několik z nich se navíc v dotazníku zmínilo o tom, že by svého blízkého patrně doprovodili, ovšem za předpokladu, že by nebyli přítomni okamžiku smrti. Ten se jim jeví jako neúnosný. Z tohoto důvodu pak volili možnost „ne a nevím jak bych se zachoval“. Výsledky opět dokazují, jak vzdálený je současnému člověku pojem smrti a umírání a jak zřídka se s nimi moderní člověk setkává.

Graf č. 24: Účast respondentů na doprovázení svých blízkých při umírání.



Dle názoru respondentů u umírajících hrají důležitější roli především potřeby biologické, potřeby sounáležitosti a lásky a potřeby bezpečí a jistoty (graf č. 25). Je zajímavé, že respondenti se rozcházejí v názoru na význam duchovních potřeb u nemocných umírajících. Potřeba bezpečí a jistoty není vnímána u respondentů z řad veřejnosti tak silně jako u respondentů z řad pracovníků hospiců, kde jí dalo na první místo 45 % dotázaných (graf č. 8).

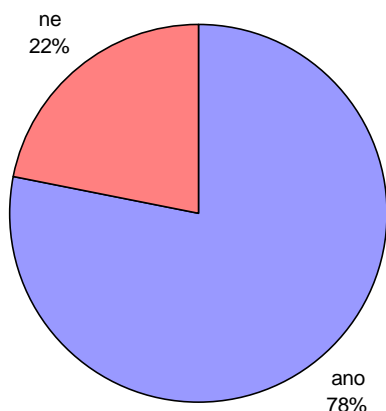
Graf č. 25: Názor respondentů na hierarchii potřeb umírajících.



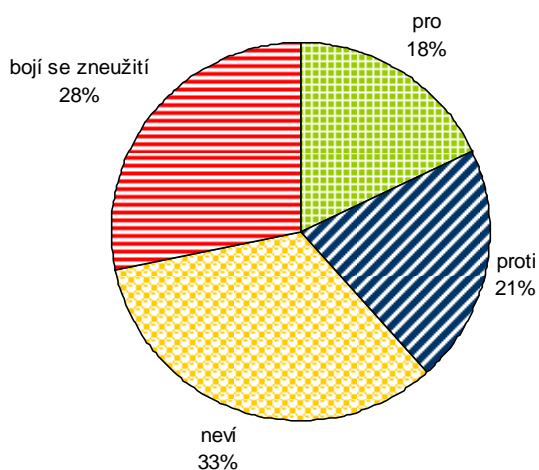
Graf č. 26 ukazuje, že větší část veřejnosti je o pojmu eutanazie informována. Graf č. 27 prezentuje názor části respondentů na legalizaci eutanazie. Vyplývá z něj nejednoznačný postoj dotazovaných k této problematice. Jasný názor má pouze 40 % dotázaných, třetina respondentů neví jaký postoj k usmrcování nevyléčitelně nemocných zaujmout a zbývající

část se obává, že by mohla být eutanazie zneužita. Nerozhodnost respondentů bude zřejmě zapříčiněna nedostatečnou informovaností o problematice eutanazie.

Graf č. 26: Obeznamenost respondentů s pojmem eutanazie.

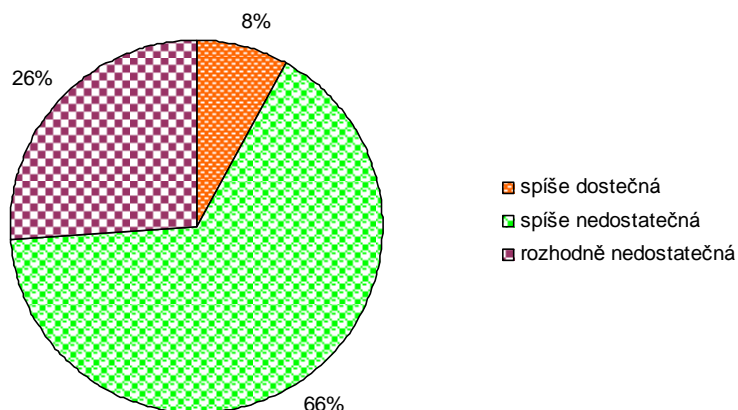


Graf č. 27: Postoj části respondentů k legalizaci eutanazie.



Přes 90 % respondentů je přesvědčeno, že informovanost veřejnosti o problematice umírání je nedostatečná; pouze 4 dotazovaní se domnívají, že je spíše dostatečná, za zcela dostatečnou ji nepokládá žádný z respondentů (graf č. 28). Čtvrtina respondentů pokládá informovanost o této problematice dokonce za rozhodně nedostatečnou. Prakticky shodné názory zastávají i pracovníci hospiců, jak je uvedeno v komentáři ke grafu č. 11. Výsledky průzkumu ukazují, že poslední úsek života zůstává pro většinu veřejnosti stále velkým tabu.

Graf č. 28: Nárož respondentů na informovanost veřejnosti o problematice umírání.



10.7 Shrnutí závěrů a doporučení

Při vyhodnocování dotazníků určených pracovníkům hospiců, jsem dospěla k následujícím závěrům:

- Pracovníci hospiců zjišťují potřeby svých klientů v průběhu celé hospitalizace a častěji než pracovníci standardních zdravotnických zařízení.
- V průběhu umírání těžce nemocných se mění priority jejich potřeb. Do popředí se mimo jiné dostávají potřeby duchovní, které v začátku nemoci nehrají příliš významnou roli.
- Za vyšší potřeby pracovníci hospiců považují širokou škálu potřeb, mezi nimiž dominují potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby růstu, vyššího duchovního života a transcendentální zážitky. Potřeby jistoty a bezpečí, které v literatuře bývají běžně řazeny k potřebám „nižším“ nebo „základním“ hráli v představách pracovníků rovněž významnou roli. Respondenti mají tendenci potřeby jistoty a bezpečí do značné míry spojovat s citovou oblastí druhých lidí.
- Respondenti se rozcházejí v názoru na zájem klientů hospiců o vyšší potřeby. Čtvrtina pracovníků hospiců neví zda zájem o vyšší potřeby u jejich klientů vzrůstá a to i přesto, že téměř všichni uvedly, že potřeby klientů zjišťují v průběhu celé hospitalizace.
- Nejčastěji uspokojují klienti hospiců své vyšší potřeby prostřednictvím kontaktu s jinými lidmi, převážně se svými blízkými, kteří mají neomezené možnosti návštěv.

- Klienti jsou vysoce spokojeni s hospicovou péčí a to především ve srovnání s péčí poskytovanou standardními zdravotnickými zařízeními.
- Pracovníci hospiců jsou přesvědčeni o velmi nízké informovanosti veřejnosti o problematice umírání a smrti.
- Závěrečná fáze, v nichž se umírající v hospicích a jeho rodina nachází, je velmi individuální záležitostí, která je závislá na mnoha faktorech.
- Nejčastější příčinou, proč umírající nedojdou do fáze smíření, jsou strach a deprese. Přitom velkou roli hraje pravdivě a včas sdělená prognóza a přístup okolí.

Při vyhodnocování dotazníků určených veřejnosti, jsem dospěla k následujícím závěrům:

- Pojem „hospice a hospicová péče“ není mezi veřejností dostatečně znám a správně interpretován. Informace o hospicové péči jen pomalu pronikají mezi širokou veřejnost a správná informovanost je do značné míry závislá na osobních zkušenostech.
- Značná část veřejnosti věří ve schopnost současné medicíny tlumit bolesti vážně nemocných.
- Veřejnost nemá jednotný názor na úroveň zabezpečení péče o nemocné umírající. Větší část z nich se však domnívá, že její zajištění není dostatečné.
- Jen malá část veřejnosti má osobní zkušenost se smrtí a doprovázením, většina neví jak by na umírání blízké osoby reagovala a vyjadřuje obavy z konfrontace se smrtí.
- Veřejnost se rozchází v názoru na důležitost duchovních potřeb u nemocných umírajících; významnou roli přisuzuje potřebám biologickým.
- Pojem eutanazie je mezi veřejností znám. Názor veřejnosti na legalizaci eutanazie ale není jednoznačný, což je pravděpodobně zapříčiněno neúplnými nebo zjednodušenými informacemi, a přirozeně složitostí tohoto tématu.
- Veřejnost se rovněž, jako odborný personál hospice, domnívá, že je jen málo o problematice umírání a smrti informována.

Na základě výše uvedených závěrů doporučuji:

- Zaměřit se na informovanost široké veřejnosti o problematice smrti a umírání a rovněž o možnostech a přínosech hospicové péče tak, aby se do povědomí

občanů pomocí médií dostal pravdivý obraz o potřebách člověka v terminálním stádiu, a tedy o kvalitě péče zaměřené na úctu k životu do poslední chvíle.

- Zajistit odbornou pomoc a poradenství pro rodinu a blízké těžce nemocného umírajícího tak, aby se učili, jak se k lůžku nemocného vrátit a jak se k umírajícímu chovat.
- Aplikovat některé prvky hospicové péče ve standardních nemocničních zařízeních tak, aby se umírání v těchto zařízeních stalo snesitelnější nejen pro umírajícího, ale i pro jeho blízké a jeho rodinu. (Jelikož z ilustračního průzkumu vyplývá, že vyšší potřeby bývají uspokojovány především v rámci kontaktu s bližními, je např. vhodné klást v nemocnicích zvýšený důraz na osobní kontakt a komunikaci s umírajícím pacientem).

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala potřebami nemocných v terminálním stádiu nemoci. V dnešní době se umírání přesunulo do nemocnic, kde umírá 80 % lidí v naší republice. Většina lidí se problematikou umírání a smrti tedy nemusí bezprostředně zabývat a považuje nemocniční model za zcela samozřejmý. Přitom ani netuší, jak mohou umírající lidé v neosobní a izolované nemocniční péči někdy strádat nejen fyzicky, ale i psychicky, sociálně a duchovně. Poukázáním na jiný způsob naplňování potřeb umírajících v podmínkách hospicové péče jsem naplnila nejen cíl této diplomové práce, ale pokusila jsem se upozornit na další kvalitní možnost, jak aktivně přistoupit k procesu umírání a faktu smrti.

Naplňování potřeb umírajícího během hospicové péče se děje komplexním způsobem, měnící se potřeby jsou průběžně sledovány a formy poskytované péče jsou průběžně přizpůsobovány těmto změnám, přáním pacienta – klienta i přáním nejbližších. Hospicová péče se tak stává nejen vhodnější alternativou pro umírající pacienty, ale základní principy této péče by měly být přeneseny do každodenní péče nemocniční, která je pro některé pacienty jediné možná a nevyhnutelná s ohledem na charakter jejich nemoci.

Proces umírání a fakt smrti se v moderní době staly komplikovaným problémem, pro který moderní člověk hledá řešení, dokonce formou eutanazie nebo asistované sebevraždy. Na jedné straně zadržujeme vyspělou technikou rozvinuté medicíny smrt, která se v některých případech opravdu neodvratně hlásí k ukončení života, a na straně druhé jsme ochotni dát legální souhlas s ukončením života umělými prostředky. Např. v minulém roce v Belgii stoupl počet asistovaných sebevražd o 10 %. Tato země legalizovala eutanazii v roce 2002. Předpokladem je, že dospělý s nevléčitelnou chorobou vyjádří opakovaně přání dobrovolně zemřít. V poslední době se v této zemi diskutuje o rozšíření zákona týkajícího se eutanazie na dementní pacienty a nezletilé nevléčitelně nemocné děti. Kdo však dal člověku moc rozhodovat o životě či smrti druhého člověka? Zkušenosti z hospicové péče ukazují, že pokud má těžce nemocný člověk saturovány potřeby, kvalita jeho života v posledním období mu umožňuje fakt blížící se smrti přijmout, a nemá tedy důvod o eutanazii žádat. Úroveň a vyspělost celé společnosti se posuzuje nejen podle ekonomiky, ale také podle toho, jak se chová k nemocným, slabým a umírajícím. V tomto smyslu by byl společenský model s takto legalizovanou eutanazií a asistovanou sebevraždou analogií historické Sparty, kde handicapované spoluobčany shazovali ze skály.

Ve své diplomové práci popisuji optimální prostředí, kde by mohli umírající co nejkvalitněji dožít poslední chvíle života, kde by byla respektována jejich důstojnost, netrpěli by bolestí a nezůstali by osamoceni.

Je třeba prolomit bariéru (tabu) okolo smrti a smířit se svojí vlastní smrtelností. Pak můžeme snadněji a opravdověji doprovázet umírající. Tuto skutečnost jsem si uvědomila sama u sebe, když jsem měla možnost umírající v hospici i ve vlastní rodině doprovázet až do poslední chvíle jejich života.

Při studování literatury k této problematice jsem zjistila, že vychází stále více knih a publikací, ale nejsou čteny širší veřejností. To ostatně ukazují i výsledky druhé části mého průzkumu mezi veřejností. Bylo by tedy zřejmě dobré publikovat v médiích více příspěvků na toto téma, popřípadě zařadit takto pojaté téma do vzdělávacích programů školní mládeže.

Při zpracování průzkumné části jsem zjistila, že je potřeba otevřít problematiku umírání a smrti, ukázat kvalitu života i v těžké nemoci a naději, která prostupuje všechno naše konání.

Starajíce se o druhé, nacházíme sami sebe...

SEZNAM LITERATURY

Písenná Literatura

BARTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 3. doplněné vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80-7013-233-7.

BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-932-2.

BOLELOUCKÝ, Z. *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. 2. vyd. Brno: MU, 1999. ISBN 80-210-2064-4.

CRABB, L. *Osobnost člověka – její potřeby a cesty k jejich naplnění*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1977. ISBN 80-85495-36-8.

ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.

FELDMANN, H. *Kompéndium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1997. ISBN 80-85605-67-8.

FROMM, E. *Mít nebo být*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1991. ISBN 80-206-0290-9.

GIDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.

HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Budka, 1993. ISBN 80-901549-0-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-03-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

JAKOUBKOVÁ, J. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-8582-478-7.

JOBÁNKOVÁ, I., a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-288-4.

KACZMARCZYK, S., KŘIVOHLAVÝ, J. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.

KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*. Olomouc, 2003. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce J. Konečný.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973. ISBN neuvedeno.

- KŘIVOHLAVÝ, J. Moderátor zvládnání zátěže typu sociální opory. *Československá psychologie*, 1999, roč. 43, č. 2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KUBÁTOVÁ, M. Bolest. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 3.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Praha: SIGNUM UNITATIS, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O dětech a smrti*. 1. vyd. Praha: ERMAT. 304-310. ISBN 80-903086-1-9.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Praha: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O životě po smrti*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1992. ISBN 80-900134-7-3.
- MACKOVÁ, M. *Hospicové hnutí u nás a ve světě*. Ostrava, 2002. Diplomová práce. Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra sociální práce. Vedoucí práce N. Kubičková.
- MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. ISBN nevedeno.
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002. ISBN 80-210-3017-8.
- MUSIL, J. V. *Úvod do sociální psychologie*. 1. vyd. Olomouc: UP, 1996. ISBN 80-7067-647-7.
- NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0625-7.
- NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7.
- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0628-1.
- OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 1. vyd. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1995. ISBN nevedeno.
- PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: VYŠEHRAD, 1996. ISBN 80-7021-152-0.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospic Anežky České se představuje*. 1. vyd. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN neuvedeno.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce Homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

SVATOŠOVÁ, M. Také pozůstalí potřebují péči. *Katolický týdeník*, 2005, roč. 16, č. 42.

ŠŤASTNÁ-BEŠČECOVÁ, K. Neumírat smutný a opuštěný. *Katolický týdeník*, 2006, roč. 17, č. 41.

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

VASILJUK, F. J. *Psychologie prožívání*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1988. ISBN 11-045-89.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-0279-7.

Elektronické zdroje

Co dělat, když někdo potřebuje hospicovou péči. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-03-19]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/zadost.html>>.

Co je paliativní léčba, péče a medicína. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2006-09-04]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>>.

FILEC, V. Úloha ministerstva zdravotnictví při vzniku hospicového zařízení v České republice. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-03-05]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/index1.php>>.

KABELKA, L. O zakladatelce moderního hospicového hnutí Cecily Saunders. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-03-22]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/index1.php>>.

KIZÁK, J. *Premiér slíbil pomoc hospicům*. [online]. © 1999-2002, posl. aktualizace 5. 4. 2006. [cit. 2006-10-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/index2.php?id=443>>.

KIZÁK, J. První hospic v Moravskoslezském kraji. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-03-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/index2.php?id=485>>.

Péče a lidská důstojnost. *Hospicová péče*. [online]. © 2007, posl. aktualizace 10. 2. 2007. [cit 2007-03-22]. Dostupné na WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/hospic5.php>>.

SVATOŠOVÁ, M. *HOSPIC konečně v zákoně! Radujme se, veselme se!!* [online]. © 1999-2002, posl. aktualizace 9. 6. 2006. [cit 2006-10-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/index2.php?id=453>>.

SVATOŠOVÁ, M. Milosrdná pravda místo nemilosrdné lži. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-04-13]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/dokumenty/pravda.html>>.

VANÍČKOVÁ, K. Spirituální potřeby seniorské populace v ČR. *Hospice.cz*. [online]. © 2003-2006, [cit. 2007-03-19]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/data/spirit.htm>>.

Sekundární literatura:

ABELN, R., KNER, A. *Umírání znamená loučení*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1993. ISBN 80-85527-35-9.

BRABEC, L. *Křesťanská thanatologie*. 1. vyd. Praha: GEMMA89, 1991. ISBN 80-85206-06-4.

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika pro 3. ročník středních zdravotnických škol a pro obory sociální*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H a H, 1999. ISBN 80-86022-42-0.

FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. ISBN 80-901601-4-X.

FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. 2. vyd. Brno: Cesta, 1994. ISBN 80-85319-39-X.

FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. 3. vyd. Brno: Cesta, 1994. ISBN 80-85139-29-2.

HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. 1. vyd. Brno: Cesta, 1991. ISBN 80-85319-07-01.

HÄRING, B. *Viděl jsem tvé slzy*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-196-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ. Jak učit a jak naučit lékařskou etiku*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-349-X.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života a líc smrti*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1975. ISBN neuvedeno.

HOLOTA, V. B. *Hovory na nemocničním lůžku*. 1. vyd. Praha: ZVON, 1994. ISBN 80-7113-112-1.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1994. ISBN 80-85495-33-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Povídej. Naslouchám.* 1. vyd. Praha: Návrat, 1993.
ISBN 80-85495-18-X.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem.* 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. ISBN 80-7013-187-X.

KUBÍČEK, L. *Život – největší umělecké dílo.* 1. vyd. Olomouc: Matice cyrilometodějská s.r.o., 1996. ISBN neuvedeno.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání.* 1. vyd. Praha: Arica, 1994.
ISBN 80-85878-12-7.

LANDSBERG, P. L. *Zkušenost smrti.* 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1990. ISBN 80-7021-054-0.

SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1991.
ISBN 80-7066-411-8.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie nemoci.* 1. vyd. Praha: Portál, 1999.
ISBN 80-7178-274-2.

VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie.* 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000.
ISBN 80-7021-330-2.

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny.* 5. vyd. Praha: MAXDORF, 1998.
ISBN 80-85800-81-0.

SEZNAM ZKRATEK

ČLK – Česká lékařská komora

SZŠ – Střední zdravotnická škola

PSS – Pomaturitní specializační studium

VŠ – Vysoká škola

VZŠ – Vyšší zdravotnická škola

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZŠ – Základní škola

SLOVNÍČEK CIZÍCH POJMŮ

afiliace – osvojení, přijetí; navázání těsného osobního kontaktu

akrální – okrajové (akrální části těla jsou prsty, ušní boltce, brada aj.)

analgezie – bezbolestnost, vymizení vnímání bolesti

anodyna – léky tlumící silné bolesti, většinou opiáty (např. morfin)

anxiozita – chorobný stav úzkosti

arteterapie – léčba uměním

bereavement – péče o pozůstalé

canisterapie – léčba s pomocí psů

dekubit – proleženina

dystanazie – zadržovaná smrt; snaha doktorů udržet nemocného člověka co nejdéle při životě

eutanazie – usmrcení pacienta s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení

gestika – výrazové pohyby rukou, které doplňují nebo i nahrazují slovní projev

haptika – forma non-verbální komunikace probíhající pomocí doteků

homeostáza – stálost a rovnováha v lidském organismu a procesy, které tento stav zajišťují

infaustní – mající špatné vyhlídky na vyléčení

kontinence – schopnost udržovat moč nebo stolici

léze – poškození orgánu či tkáně, které má za následek narušenou funkci

mimika – forma non-verbální komunikace probíhající pomocí výrazu obličeje

muzikoterapie – léčba hudbou

oxygenoterapii – léčba kyslíkem

paliativní – zmírňující obtíže a bolest, ale neléčící vlastní podstatu choroby

respitní péče – krátkodobá úlevová péče pro rodinné příslušníky a opatrovníky, kteří trvale pečují o vážně nemocnou nebo postiženou osobu

stomie – umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla

suicidium – sebevražda

supervize – zprostředkování nezatíženého náhledu na činnost, kterou člověk vykonává, s cílem vyvarovat se chyb, s cílem osobního a profesního růstu nebo s cílem potvrzení kvality této činnosti

terminální stav – konečný stav, v užším smyslu období selhávání základních životních funkcí směřující ke smrti

thanologie – nauka o smrti a umírání

vizika – forma non-verbální komunikace probíhající pomocí doteků

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I – Formulář žádosti o přijetí do hospice

Příloha II – Budova Hospice sv. Lazara v Plzni

Příloha III – Interiér Hospice sv. Lazara v Plzni

Příloha IV – Část výroční zprávy z Hospice sv. Lazara v Plzni

Příloha V – Vzor prázdného dotazníku určeného pracovníkům hospiců

Příloha VI – Vzor prázdného dotazníku určeného široké veřejnosti

Příloha VII – Vzor platně vyplněného dotazníku určeného pracovníkům hospiců

Příloha VIII – Vzor platně vyplněného dotazníku určeného široké veřejnosti

PŘÍLOHY

Příloha I – Formulář žádosti o přijetí do hospice

Svobodný informovaný souhlas pacienta

příloha k „Žádosti o přijetí do Hospice Anežky České“

Jméno a příjmení pacienta:

RČ:

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom toho, že cílem péče není prodloužení života, ale jeho kvalita a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou zlepšit kvalitu života. Informace o hospici jsem získal (zakroužkujte, ev. doplňte):

- 1) z poučení na tomto listě
- 2) od svého lékaře
- 3) z internetu www.hospice.cz, případně www.hospice.sk
- 4) přečtením literatury o hospicích

V.....

dne.....

podpis.....

Tato žádost je modelově připravena organizací Ecce homo pro všeobecné použití.

O Ecce homo se více dovíte na www.hospice.cz/eccehomo ???

O přijetí pacienta do hospice rozhodují lékaři v hospici na základě žádosti, kterou vyplnil dosavadní lékař pacienta. Typická postup naleznete na www.hospice.cz/..... v sekci Žádost o hospic.

Tuto žádost vyplní lékař pacienta

Žádost o přijetí pacienta do Hospice	
Jméno a příjmení pacienta:	
Rodné číslo:	Pojišťovna:
Stav:	Povolání (i dřívější):
Adresa trvalého bydliště:	Bydlím doma sám: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> s kým
Adresa nynějšího pobytu pacienta:	
Tel. domů:	Tel. spojení nyní:

Odesílající lékař:		Praktický lékař:	
Jméno:	Tel.:	Jméno:	Tel.:
Adresa:		Adresa:	
Nejbližší osoba pacienta (příbuzná nebo jiná osoba, kterou si určil pacient):			
Jméno a příjmení:		Vztah:	
Adresa:			
Tel. ve dne:		Tel . večer a v noci:	
Kdo převezme péči o pacienta po event. propuštění (není-li shodná s nejbližší osobou):			
Jméno a příjmení:		Vztah:	
Adresa:		Tel.:	
Diagnózy – uveďte priority podle závažnosti příznaků, event. přiložte propouštěcí zprávu:			
Znamé alergie:			
Kuřák (ANO – NE):		Dieta:	

Žádost lékaře zašle do konkrétního Hospice poštou nebo faxem

Dosavadní a současná terapie (jen není-li uvedena v příložené propouštěcí zprávě, vypište přesně, včetně dávkování):		
Co od Hospice očekává		
Odesílající lékař	Pacient	Rodina

(zakroužkujte, event. doplňte)			
1	péči v denním stacionáři od	do	1
2	přechodnou paliativní péči na ošetrovatelském lůžku od	do	2
3	terminální péči na oš. lůžku od		3
4	léčbu bolesti		4
5	léčbu dalších symptomů (kterých):		5
6	ubytování člena rodiny u nemocného		6
7	co ještě:		7
Co bylo řečeno pacientovi o jeho diagnóze, event. prognóze?			
Chce pacient o své situaci mluvit (alespoň občas)?			
Další poznámky:			
PŘEPRAVA (vsedě – vleže – doprovod ANO – NE):			
Zajistí ošetřující lékař: ANO – NE		Rodina: ANO - NE	
„SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA“ PŘIKLÁDÁM (Je podmínkou přijetí!!!)			
Příplatek na „BEZMOCNOST“ má (ANO – NE):			
O „BEZMOCNOST“ žádáno dne:			

Razítko a podpis lékaře:

V.....

dne

Příloha II – Budova Hospice sv. Lazara v Plzni



Příloha III – Interiér Hospice sv. Lazara v Plzni



Ukázka prázdného pokoje v hospici.



Kaple sv. Lazara.

Příloha IV – Část výroční zprávy z Hospice sv. Lazara v Plzni

Hospitalizovaní pacienti dle diagnóz.

<i>Zhoubný novotvar.....</i>		<i>počet</i>	<i>žen</i>	<i>mužů</i>	<i>pr. věk</i>
C 09	Mandle	1	0	1	73
C 15	Jícnu	3	1	2	61
C 16	Žaludku	9	6	3	75
C 18	Tlustého střeva	20	11	9	78
C 19	Rektosimoid.spojení	9	3	6	72
C 20	Rekta	10	1	9	68
C 21	Řiti a řitního kanálu	2	2	0	68
C 22	Jater	2	1	1	68
C 23	Žlučníku	4	4	0	71
C 24	Jiných částí žluč.cest	4	3	1	79
C 25	Slinivky břišní	16	11	5	76
C 30	Nosní dutina a středního ucha	1	0	1	66
C 34	Průdušky, bronchu, plic	19	3	16	69
C 38	Srdce a mezihrudí	1	1	0	70
C 41	Kostí	1	0	1	71
C 43	Melanom kůže	6	2	4	72
C 48	Retroperitonea a peritonea	1	1	0	70
C 49	Jiné pojivové tkáně	1	1	0	78
C 50	Prsu	28	28	0	74
C 51	Vulvy	1	1	0	75
C 53	Hrdla děložního	2	2	0	49
C 54	Těla děložního	2	2	0	75
C 55	Dělohy	1	1	0	66
C 56	Vaječníku	3	3	0	68
C 61	Prostaty	13	0	13	77
C 64	Ledviny	7	3	4	77
C 67	Moč.měchýře	6	2	4	77
C 71	Mozku	7	1	6	63
C 72	Míchy	1	0	1	67
C 73	Štítné žlázy	2	1	1	73
C 78	Sekundární nov. dých. a tráv. soust.	1	1	0	62
C 79	Sekundární nov. jiných lokalit	1	0	1	75
C 80	Bez určení lokalizace	6	2	4	71
C 82	Ne-Hodgkinův folikulární lymfom	1	1	0	77
C 83	Ne-Hodgkinův difuzní lymfom	2	1	1	66
C 90	Mnohočetný myelom	2	2	0	74
C 91	Lymfoidní leukémie	2	1	1	75
C 92	Myeloidní leukemie	1	0	1	74
C 94	Jiné leukemie	1	1	0	71

Celková statistika hospice.**Průměrná délka hospitalizace: 32 dnů**

	2005	Za dobu provozu
Přijato pacientů celkem	256	1473
z toho onkologických	216	
Neonkologických	40	
Propuštěno	44	397
Zemřelo	206	1107

Věkové kategorie nemocných:

	Celkem	z toho žen	mužů
0-20	0	0	0
21-30	0	0	0
31-40	2	1	1
41-50	3	3	0
51-60	24	8	16
61-70	62	30	32
71-80	84	47	37
81-90	71	41	30
91 a více	10	8	2

Rodinný stav nemocných:

	Celkem	z toho žen	mužů
Svobodný	7	3	4
žonatý/vdaná	110	41	69
Rozvedený	22	11	11
Ovdovělý	117	84	33

Příloha V – Vzor prázdného dotazníku určeného pracovníkům hospiců

Vážení pracovníci hospice,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Jeho výsledky budou součástí méj diplomové práce na TF JČU v Českých Budějovicích, která se týká hospiců a potřeb jejich klientů. Prosím Vás proto o pravdivé uvedení informací.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který vyplnění dotazníku budete věnovat.

Michaela Sekyrková

Instrukce:

Správnou odpověď, prosím, označte křížkem, vyjádřete slovně, eventuelně postupujte dle pokynů u jednotlivých otázek.

1. Vaše věková kategorie:

19-30 let
31-40 let
41-50 let
51 a více

2. Uved'te pohlaví:

žena
muž

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

střední zdravotnická škola (SZŠ)
SZŠ + PSS (pomaturitní specializační studium)
vyšší zdravotnická škola (VZŠ)
vysoká škola Bc.
Mgr.

Jiné

4. Ve které fázi hospitalizace zjišťujete potřeby klientů?

pouze při příjmu
při příjmu a po celou dobu hospitalizace
v průběhu hospitalizace
individuálně, při vhodné příležitosti
potřeby nezjišťujeme

5. Co si představujete pod pojmem vyšší potřeby? Označte i více možností.

potřeby, které souvisí pouze s náboženstvím
potřeby růstu, vyššího duchovního života a transpersonální zážitky
potřeby jistoty a bezpečí
potřeby, v nichž se osobnost seberealizuje
potřeby, které souvisí s citovou oblastí (potřeba sounáležitosti a lásky)
potřeby související s estetickým cítěním
potřeba naděje
potřeba rovnováhy a harmonie
nemám žádnou představu o vyšších potřebách

Jiné:.....
.....
.....

6. Pozorujete u svých klientů zvýšený zájem o některé oblasti vyšších potřeb?

ano spíše ano spíše ne ne nevím

Pokud ano, o které:.....
.....
.....

7. Číselně seřad'te potřeby klientů od 1- 6 dle aktuálnosti:

a) při příjmu do hospice

biologické
potřeba bezpečí a jistoty
potřeby sounáležitosti a lásky
potřeby uznání sebeúcty
potřeba seberealizace
duchovní potřeby

b) v terminálním stádiu

biologické
potřeba jistoty a bezpečí
potřeby sounáležitosti a lásky
potřeby uznání a sebeúcty
potřeba seberealizace
duchovní potřeby

Potřeby, které označíte číslem 1, prosím upřesněte:
.....
.....

8. Jak podle Vás hodnotí klienti komplexní péči v hospici?

jsou velmi spokojeni
jsou spokojeni
jsou méně spokojeni
jsou nespokojeni

9. Jakých možností k uspokojování svých vyšších potřeb Vaši klienti nejvíce využívají?

Označte i více možností.

neomezenou možnost návštěv rodiny, přátel
osobní rozhovor s duchovním
návštěvu bohoslužeb
rozhovor se sestrou, lékařem
canisterapii, arteterapii,
četbu knih, televizi
rozhovor s psychologem
návštěvy dobrovolníků, praktikantů

Jiné možnosti:
.....
.....

10. Myslíte si, že jsou lidé dostatečně informováni o problematice umírání?

ano spíše ano spíše ne rozhodně ne

Příloha VI – Vzor prázdného dotazníku určeného široké veřejnosti

Vážení dotazovaní,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Jeho výsledky budou součástí méj díplomové práce na TF JČU v Českých Budějovicích, která se týká hospiců a potřeb jejich klientů. Prosím Vás proto o pravdivé uvedení informací.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který vyplnění dotazníku budete věnovat.

Michaela Sekyrková

Instrukce:

Správnou odpověď, prosím, označte křížkem, vyjádřete slovně, eventuelně postupujte dle pokynů u jednotlivých otázek.

1. Vaše věková kategorie:

17 a méně
18-30 let
31-40 let
41-50 let
51 a více

2. Uved'te pohlaví:

žena
muž

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

základní škola (ZŠ)
střední a vyšší škola se zdravotnickým zaměřením
střední a vyšší škola
vysoká škola se zdravotnickým zaměřením
vysoká škola
Jiné

4. Setkal(a) jste se někdy s pojmem „hospicová péče“ či „hospic“?

ano ne

5. Pokud ano, pod tímto pojmem si představujete: *Označte i více možností.*

zařízení pouze pro onkologicky nemocné
péči zajišťující důstojné umírání
zařízení usilující o vyléčení těžce nemocných
penzion s nadstandardní péčí pro důchodce
speciální nemocnice amerického typu
péči usilující o uspokojování komplexních potřeb nevyléčitelně nemocných
dům smrti
péči zaměřenou na úlevu od bolesti

Jiné
.....
.....

6. Znáte název některého hospice v naší republice a místo, kde se nachází? Doplňte.

.....
.....
.....

7. Domníváte se, že péče o těžce nemocné umírající je u nás dostatečně zabezpečena?

ano spíše ano spíše ne ne nevím

8. Domníváte se, že současná medicína je schopna dostatečně tlumit bolest těžce nemocných a umírajících?

ano spíše ano spíše ne rozhodně ne

9. Měl(a) jste příležitost doprovodit svého blízkého při umírání?

- ano a využil(a) jsem ji
- ano a nevyužil(a) jsem ji
- ne, ale využil(a) bych ji
- ne a nevyužil(a) bych ji
- ne a nevím, jak bych se zachoval(a)

Zdůvodněte, prosím, svoji odpověď:.....

.....
.....

10. Jak je podle Vás sestavena hierarchie potřeb umírajících? Očíslujte od 1 do 6 dle aktuálnosti.

- biologické potřeby
- potřeba bezpečí a jistoty
- potřeby sounáležitosti a lásky
- potřeby uznání sebeúcty
- potřeba seberealizace
- duchovní potřeby

Potřeby, které označíte číslem 1, prosím upřesněte:

.....
.....

11. Je Vám znám pojem eutanazie?

ano ne

12. Pokud ano, byl(a) byste pro její legalizaci?

ano ne nevím bojím se její zneužití

13. Myslíte si, že jsou lidé dostatečně informováni o problematice umírání?

ano spíše ano spíše ne rozhodně ne

Příloha VII – Vzor platně vyplněného dotazníku určeného pracovníkům hospiců

Vážení pracovníci hospice,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Jeho výsledky budou součástí méj diplomové práce na TF JČU v Českých Budějovicích, která se týká hospiců a potřeb jejich klientů. Prosím Vás proto o pravdivé uvedení informací.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který vyplnění dotazníku budete věnovat.

Michaela Sekyrková

Instrukce:

Správnou odpověď, prosím, označte křížkem, vyjádřete slovně, eventuelně postupujte dle pokynů u jednotlivých otázek.

1. Vaše věková kategorie:

- 19-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51 a více

2. Uveďte pohlaví:

- žena
- muž

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- střední zdravotnická škola (SZŠ)
- SZŠ + PSS (pomaturitní specializační studium)
- vyšší zdravotnická škola (VZŠ)
- vysoká škola Bc.
- Mgr.

Jiné

4. Ve které fázi hospitalizace zjišťujete potřeby klientů?

- pouze při příjmu
- při příjmu a po celou dobu hospitalizace
- v průběhu hospitalizace
- individuálně, při vhodné příležitosti
- potřeby nezjišťujeme

5. Co si představujete pod pojmem vyšší potřeby? Označte i více možností.

- potřeby, které souvisí pouze s náboženstvím
- potřeby růstu, vyššího duchovního života a transpersonální zážitky
- potřeby jistoty a bezpečí
- potřeby, v nichž se osobnost seberealizuje
- potřeby, které souvisí s citovou oblastí (potřeba sounáležitosti a lásky)
- potřeby související s estetickým cítěním
- potřeba naděje
- potřeba rovnováhy a harmonie
- nemám žádnou představu o vyšších potřebách

Jiné:.....
.....
.....

6. Pozorujete u svých klientů zvýšený zájem o některé oblasti vyšších potřeb?

- ano spíše ano spíše ne ne nevím

Pokud ano, o které:..... POTŘEBA ÚCTY

7. Číselně seřadte potřeby klientů od 1- 6 dle aktuálnosti:

a) při příjmu do hospice

- biologické
 potřeba bezpečí a jistoty
 potřeby sounáležitosti a lásky
 potřeby uznání sebeúcty
 potřeba seberealizace
 duchovní potřeby

b) v terminálním stádiu

- biologické
 potřeba jistoty a bezpečí
 potřeby sounáležitosti a lásky
 potřeby uznání a sebeúcty
 potřeba seberealizace
 duchovní potřeby

Potřeby, které označíte číslem 1, prosím upřesněte: BIOLOGICKÉ - JÍDLO, PÍTI, SPÁNEK
DUCHOVNÍ - SHÍŘENÍ S BOHEM, LIDMI, SE SEBOU

8. Jak podle Vás hodnotí klienti komplexní péči v hospici?

- jsou velmi spokojeni
 jsou spokojeni
 jsou méně spokojeni
 jsou nespokojeni

9. Jakých možností k uspokojování svých vyšších potřeb Vaši klienti nejvíce využívají?

Označte i více možností.

- neomezenou možnost návštěv rodiny, přátel
 osobní rozhovor s duchovním
 návštěvu bohoslužeb
 rozhovor se sestrou, lékařem
 canisterapii, arteterapii,
 četbu knih, televizi
 rozhovor s psychologem
 návštěvy dobrovolníků, praktikantů

Jiné možnosti: RŮZNÉ KULTURNÍ AKCE V HOSPICI

10. Myslíte si, že jsou lidé dostatečně informováni o problematice umírání?

- ano spíše ano spíše ne rozhodně ne

11. Z jakých důvodů nejčastěji klienti nedojdou do fáze smíření?

- nemají vyřešené rodinné vztahy
- nemají vyřešené vztahy mimo rodinu
- trpí strachem a úzkostmi
- nevěří v pokračování života
- nechtějí si připustit vážnost choroby

Jiné: ... NEMAJÍ DOSTATEK ČASU, DOMOSPICE PŘICHÁZÍ V POKROČILÉM STADIU ...
... CHOROBY ...

12. V jaké fázi podle Vašich zkušeností nejčastěji klienti umírají? Označte i více možností.

- ve fázi popření skutečnosti
- ve fázi agrese, zloby
- ve fázi vyjednávání, smlouvání
- ve fázi smutku, deprese
- ve fázi přijetí, smíření

JE TO ZCELA INDIVIDUÁLNÍ

13. V jaké fázi se podle Vašich zkušeností nejčastěji nachází rodina při úmrtí klienta? Označte i více možností.

- ve fázi popření skutečnosti
- ve fázi agrese, zloby
- ve fázi vyjednávání, smlouvání
- ve fázi smutku, deprese
- ve fázi přijetí, smíření

JE TO ZCELA INDIVIDUÁLNÍ

Stávající dotazník nemůže postihnout celou problematiku daného tématu. Proto zde dávám prostor pro Vaše názory, postřehy a připomínky. Budu ráda za každý, byť nepatrný podnět. Ještě jednou děkuji za spolupráci.

Michaela Sekyrková

DĚKUJI, ŽE SE NĚKDO ZAČAL O TUTO PROBLEMATIKU
Z VEŘEJNOSTI ZABÝVAT

Příloha VIII – Vzor platně vyplněného dotazníku určeného široké veřejnosti

Vážený dotazovaní,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Jeho výsledky budou součástí méjí diplomové práce na TF JČU v Českých Budějovicích, která se týká hospiců a potřeb jejich klientů. Prosím Vás proto o pravdivé uvedení informací.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který vyplnění dotazníku budete věnovat.

Michaela Sekyrková

Instrukce:

Správnou odpověď, prosím, označte křížkem, vyjádřete slovně, eventuelně postupujte dle pokynů u jednotlivých otázek.

1. Vaše věková kategorie:

- 17 a méně
- 18-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51 a více

2. Uveďte pohlaví:

- žena
- muž

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní škola (ZŠ)
- střední a vyšší škola se zdravotnickým zaměřením
- střední a vyšší škola
- vysoká škola se zdravotnickým zaměřením
- vysoká škola
- Jiné

4. Setkal(a) jste se někdy s pojmem „hospicová péče“ či „hospic“?

- ano
- ne

5. Pokud ano, pod tímto pojmem si představujete: *Označte i více možností.*

- zařízení pouze pro onkologicky nemocné
- péči zajišťující důstojné umírání
- zařízení usilující o vyléčení těžce nemocných
- penzion s nadstandardní péčí pro důchodce
- speciální nemocnice amerického typu
- péči usilující o uspokojování komplexních potřeb nevléčitelně nemocných
- dům smrti
- péči zaměřenou na úlevu od bolesti

Jiné

.....

.....

6. Znáte název některého hospice v naší republice a místo, kde se nachází? Doplňte.

..... svatí Anušky české - červený kostelec
.....
.....

7. Domníváte se, že péče o těžce nemocné umírající je u nás dostatečně zabezpečena?

ano spíše ano spíše ne ne nevím

8. Domníváte se, že současná medicína je schopna dostatečně tlumit bolest těžce nemocných a umírajících?

ano spíše ano spíše ne rozhodně ne

9. Měl(a) jste příležitost doprovodit svého blízkého při umírání?

ano a využil(a) jsem ji
 ano a nevyužil(a) jsem ji
 ne, ale využil(a) bych ji
 ne a nevyužil(a) bych ji
 ne a nevím, jak bych se zachoval(a)

Zdůvodněte, prosím, svoji odpověď: doprovodila jsem doma
..... svého tatínka
.....

10. Jak je podle Vás sestavena hierarchie potřeb umírajících? Očíslujte od 1 do 6 dle aktuálnosti.

- biologické potřeby
- potřeba bezpečí a jistoty
- potřeby sounáležitosti a lásky
- potřeby uznání sebeúcty
- potřeba seberealizace
- duchovní potřeby

Potřeby, které označíte číslem 1, prosím upřesněte: umírající chce
..... odčekat usmíření
.....

11. Je Vám znám pojem eutanazie?

ano ne

12. Pokud ano, byl(a) byste pro její legalizaci?

ano ne nevím bojím se její zneužití

13. Myslíte si, že jsou lidé dostatečně informováni o problematice umírání?

ano spíše ano spíše ne rozhodně ne

Stávající dotazník nemůže postihnout celou problematiku daného tématu. Proto zde dávám prostor pro Vaše názory, postřehy a připomínky. Budu ráda za každý, byť nepatrný podnět.

Ještě jednou děkuji za spolupráci.

Michaela Sekyrková

myslím si, že je dobré, že se tato problematika
otvírá, protože je stále hodně lidí, kteří umírají
opuštěni

ABSTRAKT

SEKYRKOVÁ, M. *Hospice a péče orientovaná na potřeby jejich klientů*. České Budějovice 2007. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce PhDr. Marie Bezecná.

Klíčové pojmy: umírání a smrt; hospicová péče; paliativní péče; lůžkový hospic; potřeby nemocných; fáze umírání; péče pre finem, in finem a post finem; bolest; psychosociální potřeby umírajících; spirituální péče; personální management hospice.

Práce se zabývá hospicem a kvalitou péče, jež je poskytována jeho klientům, a plně saturuje komplexní potřeby i jejich změny v průběhu těžké nemoci a respektuje důstojnost člověka do poslední chvíle jeho života. Zároveň tato péče slibuje, že člověk v nejtěžší chvíli svého života nezůstane sám. Teoretická část charakterizuje hospicovou péči a její formy u nás včetně hospicového managementu. Celá tato část je jakýmsi návodem či příručkou v doprovázení blízkého umírajícího a má nás upozornit nejen na změnu priorit v jeho potřebách nebo fáze jimiž prochází, ale především na naše nezastupitelné místo u jeho lůžka.

V praktické části jsou pomocí ilustračního průzkumu zjišťovány názory pracovníků hospice a veřejnosti na problematiku spojenou s umíráním člověka. Výsledky průzkumu ukazují, že u klientů v terminálním stádiu nemoci se mění hierarchie potřeb a na významu nabývají potřeby duchovní, a to zejména potřeba smíření se se sebou, s lidmi a u věřících s Bohem; upozorňují, že většina naší veřejnosti není dostatečně obeznámena s problematikou umírání i smrti, a nemá téměř žádné znalosti a dovednosti v doprovázení nejbližších.

ABSTRACT

Hospices and care based on individual needs of the patient.

Key words: dying and death, hospice care, palliative care; **hospice with sick-bed capacity;** patients' needs, stages of dying, pre finem, in finem and post finem care; pain, psychosocial needs of dying people, spiritual care, personnel management of a hospice.

This diploma work deals with hospice and a quality of care given to the clients of the hospice, that fully covers complex needs, changing during a life limiting illness, taking in account the dignity of the human being to the very last moment of his life. This care is a promise for a man, that he won't be alone in the burdensome moments of his life.

There are a hospice management and various forms of hospice care in Czech Republic described in a theoretical part of the work. This chapter is to be a handbook for providing companionship to the dying person and is to draw our attention not only to the changing priorities of the dying person and to stages, that he is to go through, but to an irreplaceable role of a caregiver at his bed.

In a practical part of this work there are investigated the attitudes of the caregivers in hospice and public to the process of dying of the human being. The founded results of the research show, that people finding themselves in a final stage of the life-limiting illness change their priorities; the spiritual needs become more important, especially to attain a peace with self, with other people; clients trusting in God long for consilience with God; the results of the research show however, that most public is not familiar enough with the problem of dying and death, and that there is generally low knowledge on how to provide companionship to the dying person.