

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

Magisterské kombinované studium
2010–2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Iveta Müllerová

Hospice a paliativní péče

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Olga Nytrová

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined (Part time) Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Iveta Müllerová

Hospice and palliative care

Prague 2012

The diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Olga Nytrová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Křeseticích dne 9. 3. 2012

Iveta Müllerová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce PhDr. Olze Nytrové za odborné vedení, za vstřícnost a ochotu, se kterou konzultovala mou diplomovou práci.

Anotace

Předložená diplomová práce se zabývá problematikou hospiců a paliativní péče. Zpracovává přehled informací o tom, co je paliativní péče, k čemu slouží hospicové zařízení a jak zkvalitnit péči poskytovanou pacientům, kteří trpí nevyléčitelnou nemocí.

Práce také přibližuje pojmy umírání, eutanazie a problematiku etických kodexů.

Cílem diplomové práce bylo posouzení, zda neinformovanost o paliativní péči má své důvody v nedostatečné medializaci a osvětě mezi lidmi. Dále porovnání výsledků a nalezení rozdílů mezi Českou republikou a Spolkovou republikou Německo, dotýkající se tohoto problému.

Klíčové pojmy:

Etika, etický kodex, eutanazie, existencialismus, hospic, logoterapie, náboženství, ošetřovatelství, paliativní péče, smrt, tanatologie, umírání.

Annotation

This thesis deals with hospice and palliative care. It presents overview information on palliative care, what hospice facility is for and how to improve the quality of care provided to patients who suffer from incurable diseases.

The work also expounds concepts of death, euthanasia and ethics issues.

The aim of this thesis was to assess whether the lack of information about palliative care is caused by insufficient publicity and education among the people. Comparison of results and the differences between Czech Republic and Federal Republic of Germany, coinciding with this problem.

Key words

Ethics, code of ethics, euthanasia, existentialism, hospice, logotherapy, religion, nursing, palliative care, death, thanatology, dying.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. HISTORIE HOSPICOVÝCH ZAŘÍZENÍ A PALIATIVNÍ PÉČE	11
1.1 Historie hospicové péče v České republice	11
1.1.1 Domácí hospicová péče	13
1.1.2 Lůžková hospicová péče	13
2. ROZDĚLENÍ HOSPICOVÉ PÉČE A JEJÍ CHARAKTERISTIKA	16
2.1 Kdo může pracovat v hospicovém zařízení?	18
2.2 Hospicová péče a její formy	18
2.2.1 Domácí hospicová péče	18
2.2.2 Stacionární hospicová péče	19
2.2.3 Lůžková hospicová péče	20
2.3 Hospicová péče z hlediska časového	21
2.4 Německá síť hospicových zařízení	22
2.5 Dětský hospic	23
3. JAK MŮŽEME CHARAKTERIZOVAT PALIATIVNÍ PÉČI	25
3.1 Moderní paliativní péče	26
3.2 Obecná paliativní péče	27
3.3 Specializovaná paliativní péče	28
3.4 Základní formy specializované paliativní péče	28
3.5 Kazuistika č. 1	29
3.6 Kazuistika č. 2	30
4. PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO	34
4.1 Smrt v minulosti	35
4.2 Domácí model umírání	36
4.3 Institucionální model umírání	37
4.4 Proces umírání	37
5. POSTOJE KE SMRTI Z HLEDISKA FILOZOFICKÉHO, PSYCHOLOGICKÉHO A EXISTENCIONALISMU	42
5.1 Filozofie v paliativní péči	44
5.1.1 Autonomie v paliativní péči	45

5.2 Psychologie v paliativní péči.....	47
5.2.1 Logoterapie.....	48
5.3 Existencialismus.....	49
6. EUTANAZIE	51
6.1 Formy eutanazie.....	53
7. TANALOGIE.....	55
8. PÉČE O DOPROVÁZEJÍCÍ, KTERÍ JSOU V EMOCIONÁLNÍ KRIZI.....	57
9. POTŘEBA ETIKY V PALIATIVNÍ PÉČI.....	60
9.1 Zajišťování kvality v ošetrovatelské péči.....	62
9.2 Etika v ošetrovatelství.....	63
10. PRAKTICKÁ ČÁST	67
10.1 Cíl výzkumné práce.....	67
10.2 Hypotéza.....	67
10.3 Metody zkoumání.....	67
10.3.1 Dotazník.....	67
10.3.2 Rozhovor.....	68
10.4 Charakteristika souboru.....	68
10.5 Analýza dat.....	69
10.6 Rozhovor.....	74
10.6.1 Rozhovor s paní ošetrovatelkou.....	74
10.6.2 Rozhovor s arciděkanem.....	75
10.7 Dílčí závěry průzkumu.....	78
ZÁVĚR.....	79
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	81
SEZNAM POUŽITÝCH PŘÍLOH	84

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá problematikou paliativní péče v hospicových zařízeních. Předkládaná práce podává přehled a informaci o tom, co je hospicové zařízení. Analyzuje paliativní péči a věnuje se odbornému uvažování o tom, jak zkvalitnit péči poskytovanou pacientům, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v posledním stádiu nemoci.

V dnešní společnosti se již setkáváme častěji s pojmy hospicové zařízení, paliativní péče, umírání a smrt. Termíny, které jsou zde uvedené, nejsou už lidem cizí a dokážou o nich veřejně mluvit. Ke konci 20. století je zakládáno více hospicových zařízení. Existuje zde větší informovanost společnosti i více možností, kam zajít a vyptat se na daný problém. Nejvíce informací může veřejnost získat např. na internetových stránkách, v nemocničních zařízeních, u obvodních lékařů a přímo u institucí zabezpečujících pečovatelské služby. V předkládané práci bude přiblíženo, jaké služby hospicová zařízení poskytují, kde je můžeme nalézt a jaké jsou podmínky pro přijetí do nich.

Klient hospicového zařízení za pomoci odborníků hledá cestu, jak přijmout fakt nevléčitelné choroby a smířit se s ní. V minulosti se o smrti hovořilo otevřeněji, lidé věděli, jak se mají vůči umírajícímu chovat, i umírající věděli, co je od něj očekáváno. Duševní rovnováhu umírající čerpal ze své zkušenosti z dětství a mládí, kdy několikrát byl u lůžka těch, kteří umírali. Při jejich poslední chvílce musel člověk být nápomocen a ulehčit umírajícímu jeho poslední chvílky života. Bylo to přirozené, protože v rodině žilo pohromadě několik generací.

V poslední době se dost často medializuje problém eutanazie. Tento pojem je souhrnné označení pro celou řadu značně odlišných situací. Nejčastěji je však eutanazie asociována s milosrdným usmrcením na žádost člověka, který je nevléčitelně nemocný a trpí nesnesitelnými bolestmi. Každý člověk má strach z utrpení a bolesti, které mohou v procesu umírání nabýt výrazných forem. Ve snaze nepřipustit utrpení jiným, jednou možná i sobě, se mnohým lidem na

první pohled zdá, že smrt z milosrdenství by byla vhodným příjemným řešením.¹

Současný člověk se nechce zajímat, ani slyšet, přemýšlet o tom, co je utrpení, nemoc a smrt. Je to projev jisté nezralosti, nepřipravenosti, a společnost má v tomto ohledu značný dluh. Realita nás donutí vnímat je a diskutovat o nich, ale je lepší, když se nás tyto otázky nedotýkají osobně. Je dobré si uvědomit, že pro každého jednotlivce nemoc, utrpení a bolest hrají velkou roli. Patří to k plnosti bytí.

Tázání po člověku je základní otázkou člověka, který chce pochopit sám sebe, v současném filozofickém myšlení, snažícím se zkoumat člověka v jeho podstatě.²

Ve svém okolí potkáváme lidi, kteří hledají a potřebují pomoc ve své tíživé situaci, a proto vyhledávají pomoc z řad odborníků. Ideou paliativní péče je odborné a účinné zmírnění bolesti, důstojný a kvalitní život člověka až do konce jeho životní etapy. Velkou útěchou pro těžce nemocné a umírající v hospici mohou být kromě návštěv i dopisy, které jim přinášejí radost a naději. Každého potěší, když s ním někdo sdílí jeho vzpomínky na dobu před nemocí. V dopisech mnohdy naleznou duchovní útěchu a pro ty z nás, kdo jsou věřící křesťané, jsou cenné a potěšující vhodně zvolené citáty z Bible. Dopis má výhodu, že se k němu lze navracet a může vždy potěšit.

Na závěr konstatujme, že veřejnost by měla být více seznámena s otázkou umírání a smrti. Média tuto funkci neplní v dostatečném rozsahu a je zde špatná informovanost obyvatelstva. U lidí vznikají předsudky o smrti, a proto mají zábrany být u toho, když někdo umírá, a být mu nápomocen v jeho nelehké situaci. Každý by si měl uvědomit, že je smrtelný, a být připraven na to, že jednou se s touto situací setká.

V zájmu a pro úlevu těch, kteří odcházejí z našeho reálného světa, i pro jistotu a naději nás všech, na které chvíle rozloučení teprve čeká, je potřeba hledat přiměřené a dostupné formy péče, které ve stávajících podmínkách

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

² CORETH, E. *Co je člověk?* Praha: České nakladatelství ZOON, 1994, ISBN 80-7113-098-2

života i zdravotnických struktur umožní každému důstojně dojít na konec své cesty.

1. HISTORIE HOSPICOVÝCH ZAŘÍZENÍ A PALIATIVNÍ PÉČE

Hospic je dnes zařízení pro nevléčitelně nemocné, dříve to byl útulek pro pucestné. Do češtiny toto slovo bylo převzato z německého Hospitz (noclehárna spravovaná církví). Slovo hospic má svůj základ v latinském hospes, hospitis (host) a odtud hospitium (pohostinství, hostinný dům, přátelské přijetí). S tímto latinským základem souvisí ubytovací zařízení hotel. Jeho název se k nám dostal až prostřednictvím francouzštiny, pochází však ze středolatského hospitale (místnost pro hosty).³

Pavla Loucká, redaktorka časopisu Vesmír, napsala o hospicích: „*S hosty a pohostinností to bývalo odjakživa složité, jedna stará moudrost praví: **Host do domu – Bůh do domu.** Hosta si máme vážit. I toto je patrně jednou z myšlenek novodobých hospiců – neměly by být jen noclehárnou pro nemocné a ty, kteří umírají, ale místem, kde je každý hostem, váženým a vítaným.*“⁴

„Hospicia“ neboli hospice již existovaly v antice. V Evropě vznikaly hospice podél cest, které vedly do Svaté země. Poutníci zde čerpali novou sílu, aby mohli pokračovat ve své dlouhé pouti. Byla jim zde poskytována tehdy dostupná ošetrovatelská péče a duchovní podpora. Často zde umírali vyčerpáním po dlouhé cestě.

Jeden z prvních hospiců byl založen roku 1049 svatým Bernardem z Mentonu v Alpách, v průsmyku, který je dnes nazýván Svatý Bernard. K významným patřily též hospice v Engelhardzelle, u Dunaje pod Pasovem, ve francouzském Aubrac v hlubokých lesích střední Francie. Další hospicová zařízení vznikala v Anglii, Irsku, Německu, Itálii a Rakousku. První moderní hospic byl založen v Anglii v 60. letech. Dnes nalezneme hospicová zařízení v 90 zemích světa. V Evropě má nejrozšířenější síť hospiců Velká Británie.

³ Umírání, *Cesta domů* [online]. [cit. 2011-12-29].

Dostupné z: <http://www.umirani.cz/historie-slova-hospic.html>

⁴ Umírání, *Cesta domů* [online]. [cit. 2012-01-17].

Dostupné z: <http://www.umirani.cz/historie-slova-hospic.html>

19. století bylo dobou velkého zřizování nemocnic, ale pro rozvoj zájmu o ty, kdo byli na konci svého života, jejichž stav byl nevléčitelný, se dělalo málo. Umírání bylo nevítanou součástí nové medicínské praxe, a bylo tak vyčleněno mimo „hlavní proud“. To vyústilo ve snahy filantropických a charitativních organizací vytvářet zvláštní instituce, někdy nazývané hospicové, které se snažily poskytovat péči a útočiště lidem blížícím se smrti. Lze proto v péči o umírající identifikovat určité směry vývoje. Roku 1843 ve francouzském Lyonu Jeanne Garnierová, mladá vdova a matka, které zemřelo dítě, založila spolu s jinými ženami v podobné situaci spolek. Tento spolek otevřel dům pro umírající, který byl dle dochovaných svědectví „uctívou důvěrností, postojem modlitby a míru tváří v tvář smrti“. Její vliv vedl v letech 1874–1899 k založení šesti dalších zařízení, kde se pečovalo o umírající.

První institucionální domov pro umírající byl zřízen roku 1885 v Anglii Francis Davidsonovou. Byl znám jako „Friedenheim, místo míru pro lidi na konci života“. Sloužil pro pacienty s tuberkulózou. Tento domov provozovaly anglikánské sestry Služebníků chudých sv. Jakuba. Tento hospic funguje do dnešní doby a představuje nejdéle fungující službu paliativní péče v Anglii.

Velké změny se udály v polovině dvacátého století. U zrodu stála zdravotní sestra a sociální pracovnice Cecily Saundersová, která se snažila svou celoživotní prací zlepšit péči o umírající. Cecily sedm let pracovala v Hospici sv. Josefa ve východním Londýně, založeném Charitou irských sester. Začala prosazovat moderní terminální péči. Prostřednictvím systematické pozornosti věnované vyprávění pacientů, pečlivého vyslechnutí příběhů o jejich onemocnění, chorobě a utrpení rozvinula koncept „totální bolesti“. V roce 1967 založila Hospic sv. Kryštofa v jižním Londýně. Jako první „moderní“ hospic se snažil kombinovat tři zásadní principy: vynikající klinickou péči, vzdělání a výzkum. Jeho úspěch se brzy stal podnětem k zakládání dalších hospicových hnutí nejen v Anglii, ale i na celém světě.

Koncem dvacátého století se začalo uznávat, že hospicovou péči lze realizovat v mnoha situacích, nejen ve specializovaných zařízeních, ale také v domácí péči a ve službách denní péče. Jsou zřizovány nemocniční jednotky a podpůrné týmy, které vnášejí nové myšlenky o umírání do samotného centra

akutní medicíny. K rozvoji moderních hospiců došlo nejdříve v bohatých zemích, ale časem získaly prostor i v zemích chudších.⁵

1.1 Historie hospicové péče v České republice

1.1.1 Domácí hospicová péče

V minulosti se o nemocné a umírající starala především rodina. Model umírání se odehrával v domácím prostředí za účasti rodinných příslušníků a blízkých, kteří spolu s farářem pomáhali umírajícímu ulehčit poslední zbytky života. Umírání mělo charakter sociálního aktu, a tak každý člen rodiny věděl, že nezemře opuštěn. Z generace na generaci tak přecházela zkušenost i znalost, jak pečovat o umírajícího i jak se chovat v této náročné životní situaci.

V 19. století a počátkem 20. století patřilo mezi běžné povinnosti rodinných lékařů pomáhat umírajícímu a tišit jeho bolest. V padesátých letech dvacátého století končí éra rodinných lékařů a rozvíjí se forma moderní péče o umírající a ta přesouvá umírání a smrt do nemocnic či jiných zařízení, kde umíralo a stále umírá více lidí.

1.1.2 Lůžková hospicová péče

Již ve středověku na území dnešní České republiky vznikaly tak zvané hospitály. Jejich filozofie vycházela z dob starokřesťanských a sloužily řadě účelů: péči o chudé, zestárlé, nemocné, osamocené umírající, sirotky, pocestné a další potřebné. Hospitály zřizovali biskupové, kláštery a faráři. V dalších letech je postupně začala budovat města. Zřizovány byly v soukromých, obyčejně měšťanských domech.

Za vlády Františka Josefa I. bylo zavedeno domovské právo v Čechách. Začala se rozvíjet celá řada zařízení na úrovni obcí, jež sloužila všem potřebným. Systém obecních pastoušek, chudobinců a chorobinců poskytoval všem osamělým, starým a umírajícím místo na přespaní i odbornou péči, zajišťovanou různými dobročinnými obecními spolky a charitativními

⁵ INGLETONOVÁ, C., PAYNEROVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. E. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-25-1

organizacemi. Již v této době lze najít první známky lůžkové hospicové péče v té podobě, jak ji vnímáme dnes. Tento systém byl funkční až do roku 1952. V tom roce vláda zrušila uplatňování domovského práva v obcích.⁶

Hospicové hnutí v České republice se začalo prosazovat v 90. letech. V roce 1991 byl na Ministerstvu zdravotnictví zřízen odbor zdravotně sociální péče, který podporoval rozvoj nových druhů zdravotnických služeb, které v České republice nebyly dostatečně rozvinuty.

V roce 1993 vzniklo za podpory doktorky Marie Svatošové nové hospicové hnutí *Ecce Homo*, které je sdružením pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. Záměrem bylo cílevědomě prosazovat v České republice myšlenku hospice.

Stanovilo si tyto cíle:

- Začít o umírání a smrti nahlas mluvit a hlavně přemýšlet.
- Pomoci vybudovat první český hospic a v něm ukázat, že všechno jde, když se chce.
- Zkušenosti z hospice předávat dál, například formou přednášek, seminářů, umožněním stáží.
- Myšlenku hospice prosadit i mimo hospicové zařízení, všude, kde lidé umírají.

V letech 1994–1995 poskytlo Ministerstvo zdravotnictví částku kolem 20 milionů korun jako investiční dotace Diecézní charitě v Hradci Králové, jež se tak stala zřizovatelem prvního hospice u nás. První modelové hospicové zařízení v ČR byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, založený 1. 12. 1994. U zrodu stála zakladatelka hospicového hnutí MUDr. Marie Svatošová. Hospic byl zprovozněn 1. 1. 1996, statutárním zástupcem byl jmenován Ing. Miroslav Wajsara, odborným garantem Česká asociace nádorové terapie. Zakladatelem je Biskupství Královéhradecké a zřizovatelem Diecézní charita Hradec Králové. Hospic Anežky České byl vytvořen podle vzoru hospice St.

⁶ Umírání [online]. 2007 [cit. 2011-11-05]. Dostupné.<http://umirani.cz/res/data/006/00075.html>

Christopher ve Velké Británii a stal se inspirací pro vznik dalších hospiců v ČR.

V roce 1998 byla otevřena další hospicová zařízení, a to Hospic Štrasburk v Praze Bohnicích a pro západočeský region Hospic sv. Lazara v Plzni. V roce 2001 vznikl Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích.

Dějiny moderní paliativní a hospicové péče jsou poměrně krátká disciplína. Vznik a rozvoj paliativní péče v druhé polovině dvacátého století byl ovlivněn několika faktory. Jedna z hlavních příčin je prodlužování života v průběhu posledního století. Rozvoj moderní paliativní péče je také možné chápat jako pokus o znovuoživení kvalitní péče o člověka, kterého již nelze vyléčit.⁷

⁷ INGLETONOVÁ, C., PAYNEROVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. E. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-25-1

2. ROZDĚLENÍ HOSPICOVÉ PÉČE A JEJÍ CHARAKTERISTIKA

„Dum spiro, spero.“ – „Dokud dýchám, doufám.“ Cicero

Definice hospicové péče neexistuje. Původně se tento pojem používal pro formu péče, jež se rozvinula v protikladu k běžné zdravotní péči. Klade důraz na komfort a psychické a spirituální rozměry péče a mnoho práce tu vykonávali dobrovolníci. Stále častěji termín hospicová péče je nahrazován termínem paliativní péče.

Hospic je zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v neterminální a terminální fázi nevyléčitelného onemocnění. Hospic má podobu lůžkového zařízení nebo domácí péče. Lůžkový hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči. Domácí hospic poskytuje specializovanou paliativní péči v domácnostech pacientů, kde hlavními pečovateli jsou rodina a přátelé nemocného.⁸

Hospicové hnutí je ochrana pacientů na konci života a je pro ně více významná než kdy jindy. Je důležité, aby si každý mohl sám určovat, jak naplní svůj poslední čas, a nestal se obětí zbytečné lékařské techniky. Zároveň aby každý byl chráněn před tlakem, který představují náklady ve zdravotnictví. Nesmí být příliš tlačěn k rozhodnutí proti své vůli.⁹

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, až do konce, do posledního vydechnutí. Jde o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých, kteří trpí současně s nemocným. Hospicová zařízení zde hrají nesmírně výraznou a do značné míry nezastupitelnou roli. Tato zařízení

⁸Umírání, *Cestadomů*[online]Praha2012[cit.20120201]Dostupné.<http://www.umirani.cz/paliativni-pece.html>

⁹NYTROVÁ, O., PIKÁLKOVÁ, M. *Etika a logika v komunikaci*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2007, ISBN 978-80-86723-45-7

nepouštějí ze zřetele rodinu ani po smrti nemocného. Pro některé umírající právě toto ujištění představuje pomoc nejcennější.

Hospicová péče je určena pro nemocné, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti kauzální léčby:

- především onkologického onemocnění
- pro pacienta, jehož stav není stabilizován vzhledem k jeho jasně definovanému neterminálnímu nebo terminálnímu zdravotnímu stavu
- pro pacienta, jehož potřeba odborné lékařské a ošetrovatelské péče překračuje možnosti domova

Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Nemocný může mít u sebe někoho, kdo s ním tento úsek života bude sdílet a kdo mu bude nápomocen. Nabízí prostor k rekapitulaci života a možnost uspořádat své záležitosti, finanční a materiální, ale i vztahové. Pomáhá také najít smíření a odpuštění těm, kdo smíření a odpuštění hledají.

Nalézt shodu v definici hospicové péče je obtížnější než v případě paliativní péče. Existují zde zásadní rozdíly v chápání hospicové péče a to nejspíše odráží různé způsoby, jak je hospicová péče v západní Evropě chápána a využívána. V některých zemích existuje jasné rozlišení mezi hospicovou a paliativní péčí, zatímco v jiných zemích se tyto pojmy používají jako synonyma.

V Německu je jednotka paliativní péče oddělením v rámci nemocnice a její hlavní náplní jsou krizové zásahy a lékařská stabilizace stavu, zatímco lůžková hospicová zařízení poskytují péči pacientům na konci života, o které nemůže být postaráno doma. Tato kategorizace se v jiných zemích nepoužívá.

Například se v Německu označení hospicové péče využívá převážně pro poskytování péče, které vzniklo jako komunitní hnutí a závisí výrazně na zapojení dobrovolníků, zatímco paliativní péče a ještě konkrétnější paliativní medicína se považují za odvětví medicíny.

2.1 Kdo může pracovat v hospicovém zařízení?

Myšlenkou pomoci v hospicovém zařízení je pomáhat pochopit smysl utrpení, to může být někdy největší službou poskytnutou nemocnému a jeho rodině. To vyžaduje hluboce lidský a současně profesionální přístup a dobrou týmovou práci všech zúčastněných, včetně dobrovolníků, bez nichž se žádný hospic neobejde.

Pro práci v hospici určitě nestačí být jenom lékařem, zdravotní sestrou, ošetřovatelkou. Odbornost je zde bezpodmínečně nutná, celoživotní vzdělávání je povinností všech, ale to zde samo o sobě nestačí. V hospici může pracovat jen ten, kdo má skutečně a bezvýhradně lidi rád, a nevydrží tady pracovat ten, kdo není vyrovnán se svou vlastní konečností, se svou vlastní smrtelností. V tomto zaměstnání musí každý bezpodmínečně vědět, jak energii, lásku a sílu dávat pacientům, ale jak ji doplňovat i sám u sebe.

2.2 Hospicová péče a její formy

2.2.1 Domácí hospicová péče

Týmy domácí paliativní péče zajišťují specializovanou paliativní péči pro pacienty, kteří ji potřebují doma, a podporují rodiny a osoby pečující o pacienta v jeho domě. Také poskytují odborné poradenství pro praktické lékaře, rodinné lékaře a zdravotní sestry pečující o pacienta v jeho domě.¹⁰

Je pro nemocné zpravidla ideální, ale ne pro každého dostačující. Je to odborná zdravotnická a ošetřovatelská péče, která je poskytována pacientovi v přirozeném prostředí jeho domova. Tuto péči nabízejí agentury domácí péče a je předepisována praktickým lékařem. Ne každý se může o svého blízkého starat doma. Někdy je v rodině špatné zázemí, nebo jí dojde síla, aby se mohla starat o nemocného. Dalším omezujícím faktorem může být i špatná odbornost. Jsou místa, kde dosud ještě není žádná agentura, která by poskytovala domácí péči, nebo pro hospicovou práci nemají speciálně vyškolené sestry. V těchto případech nemocný musí být umístěn v hospicovém zařízení. Hospice nabízejí

¹⁰ RADBUCH, L., PAYNE, S. A KOLEKTIV *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: EJPC Cesta domů, 2009, ISBN 278-281

i krátkodobé, tzv. respitní pobyty, jejichž cílem je ulehčit pečující rodině, umožnit jí rekreaci a zotavení pro pokračování další péče o nemocného doma.

2.2.2 Stacionární hospicová péče

Pacient je do hospicového zařízení přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu nemocnému zařizuje rodina nebo hospic. Tato forma zařízení je vhodná pouze pro nemocného v místě nebo z blízkého okolí. V určité fázi onemocnění může být pro některé nemocné tím nejvhodnějším řešením.

Centrum stacionární péče je obsazeno týmem pracovníků více profesí doplněným o dobrovolníky. Doporučuje se, aby byly během otevírací doby k dispozici dvě zdravotní sestry, nejméně jedna pak se specializací na paliativní péči, na každých sedm denních návštěvníků. Kvalifikovaný lékař by měl být v případě potřeby přímo dostupný. Měl by být k dispozici pohotový přístup k dalším odborníkům (např. fyzioterapeutům, sociálním pracovníkům a pracovníkům duchovní péče.

Centrum stacionární péče by mělo mít pokoje pro pacienty, pokoj pro terapie, místnosti pro personál, sociální zařízení, kuchyň a společenskou místnost. Všechny místnosti by měly být přístupné pro osoby se zdravotním postižením.¹¹

Důvodů k pobytu ve stacionáři může být několik:

Diagnostický – nejčastěji se využívá za účelem kontroly bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout, ale důvodů k diagnostickému pobytu může být celá řada.

Léčebný – je využíván za účelem aplikace chemoterapie a nejrůznější paliativní léčby. Když se tak pod odbornou kontrolou podaří např. vyladit dávky léků tisících bolest, může nemocný opět zůstat v domácí péči.

¹¹ RADBUCH, L., PAYNE, S. A KOLEKTIV *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: EJPC Cesta domů, 2009, ISBN 278-281

Psychoterapeutický – je pro nemocné, kteří jsou osamělí nebo s nimiž rodina nechce nebo prostě není schopna o jejich problémech hovořit. Ti pak velice rádi docházejí do hospice za svým terapeutem.

Azylový – bývá dost častý. Nemoc trvá dlouho, a tak si občas musí na chvíli odpočinout jak rodina od nemocného, tak nemocný od své milující rodiny. Není na tom nic špatného. Naopak, může to být skvělé preventivní opatření, které zabrání pozdější zbytečné hospitalizaci, ale i vyčerpání rodiny, někdy i konfliktům, které mohou ještě po letech člověka mrzet.

Sem je třeba také zařadit nemocné, kteří prožívají poslední dny a hodiny života v hospici nikoliv proto, že by se doma nedaly zvládnout příznaky nemoci, ale prostě proto, že chtějí některé členy své domácnosti těchto prožitků ušetřit.

2.2.3 Lůžková hospicová péče

Lůžková hospicová péče je uzpůsobena zpravidla pro nemocné, kteří nemohou každodenně dojíždět do stacionárních zařízení, nebo nemají v okolí svého domova službu, která by mohla docházet pravidelně do jejich domovů. Je zde poskytována nepřetržitá péče o pacienty ve stádiu nevléčitelné nemoci, kdy byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Zásadní omyl je si myslet, že nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, musí na něm i umřít. Samozřejmě může, ale nemusí.

Většina nemocných využívá hospic velice účelově pro krátkodobé a zpravidla i opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně, tehdy, kdy oni cítí, že je to pro ně dobré. Pacienti jsou k pobytům přijímáni v situacích, kdy to jejich zdravotní stav vyžaduje. Pokud je hospic naplněn, je zapotřebí dát přednost těm pacientům, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc povede v brzké době ke smrti, neboť jim je hospicová péče určena přednostně. Případná protekce musí být vyloučena. Významné místo zde náleží dobrovolným pracovníkům. Především jejich zásluhou se hospic podobá více příjemnému prostředí domova než nemocnici. Kapacita hospice bývá zpravidla

25 lůžek. Jakákoliv protekce by v případě hospicové péče byla naprosto neetická.¹²

Návštěvy jsou v hospicovém zařízení neomezené 24 hodin denně po všech 365 dnů v roce. Nikomu nepřekáží a jsou vítané. Je to nezbytná součást péče o těžce nemocné.

Důraz je nejvíce kladen na kvalitu života. Není důvod k celodennímu ležení v pyžamu v posteli. Nemocný se ráno oblékne a může se pohybovat jak v objektu hospice, tak, s vědomím personálu, i mimo něj. Jsou zde společné prostory. V popředí je snaha, aby hospic nemocnému připomínal více domov než nemocnici. Tomuto požadavku je přizpůsobeno i vnitřní vybavení hospice.

2.3 Hospicová péče z hlediska časového

- I. *Období „pre finem“* – jedná se o péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu.

- II. *Období „in finem“* je péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu.

- III. *Období „post finem“* je kromě péče o tělo zemřelého doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku.

Chybou by bylo hospic chápat pouze jako péči v období „in finem“!¹³

Z těchto poznatků vyplývá, že těžce nemocný člověk nebo jeho rodina mají kontaktovat hospicové zařízení co nejdříve. Čím dříve je hospicové zařízení kontaktováno, tím více může udělat pro nemocného a jeho rodinu. Z tohoto důvodu je nesmírně důležitá spolupráce ošetřujícího lékaře a nemocnic s hospicovým týmem.

¹² NYTROVÁ, O., PIKÁLKOVÁ, M. *Etika a logika v komunikaci*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2007, ISBN 978-80-86723-45-7

¹³ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1999.

V červenci roku 1994 byla založena německá společnost pro paliativní medicínu „Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin“ (DPG). Ve svých stanovách má za úkol spojit lékaře a jiné profesní skupiny ke společné práci na vytvoření a rozvoji paliativní medicíny a podporovat co nejlepší péči o pacienty v této oblasti. Řádným členem může být lékař, každá ošetřující osoba, stejně jako každý člen dalších profesí zabývajících se paliativní péčí. Přidruženými členy jsou studenti a osoby vzdělávající se ve všech profesích činných v paliativní medicíně a péči. Podpůrnými členy organizace jsou právnické osoby, které podporují účel a cíle společnosti pomocí materiální a ideovou nebo duchovní podporou.

DPG také vydává časopis, který vychází 4× ročně. Časopis se zabývá lékařskými, psychosociálními a duchovními aspekty péče o nevléčitelně nemocné a umírajícími pacienty. Je jediným německy psaným medicínským odborným časopisem k paliativní medicíně. Získávají se zde nové informace o originální práci, nejnovější poznatky z vědy a bádání v paliativní medicíně a zprávy o jednotlivých případech.¹⁴

2.4 Německá síť hospicových zařízení

V Německu existuje paliativní péče jako oddělený medicínský obor teprve krátce. Vznikl zhruba před 13–14 lety, kdy se začala na vysokých školách vyučovat jako samostatný doktorandský obor. Podle sestry Ulli Rugosch z nemocnice Katharinen-Hospital jsou v Německu stále značné mezery v paliativní péči a nepokryje dostatečně potřeby všech.

Německá hospicová a paliativní sdružení byla založena v roce 1992 pod názvem Federální pracovní skupina. Zřízena jako neziskové organizace. Zastupují zájmy těžce nemocných a umírajících lidí. Je celostátní obhajobou hospicového hnutí a hospicovou a paliativní péčí v Německu.

Německá Asociace hospicového a paliativního sdružení podporuje rozšiřování a společenské zakotvení pojmu hospiců, jako obecný koncept

¹⁴ Palliativmedizin [online]. 2011 [cit. 2011-11-15].
Dostupné z: <http://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-arbeitsgruppen.html>

hospicové a paliativní péče. Usiluje o komplexnost hospicové a paliativní péče v Německu. Zaměřuje se na prosazení tématu smrti a umírání jako součásti života do společenského vědomí. Umožňuje a posiluje síť pracovníků na plný úvazek a dobrovolníků, kteří jsou aktivní v hospicové a paliativní péči. Podporuje tvorbu sítí mezi ambulantními hospici, lůžkovými hospici a dalšími zařízeními paliativní péče v Německu a vytváření sítí s kolegy v ostatních evropských zemích. Také iniciuje a podporuje německou hospicovou a paliativní péči s kombinací výzkumných projektů v oblasti paliativní péče a terminální péče.

Mezi Německem a Českou republikou vzniklo společenství „Charta“. Cílem tohoto společenství je vytvořit a podporovat síť paliativní péče a mělo by napomoci tomu, aby takto zakotvila ve veřejném povědomí a identifikovala nové perspektivy rozvoje v budoucnosti. Interdisciplinární dialog mezi lékaři, právníky, sociology a ekonomy je dále třeba konsolidovat a rozvíjet. Povinností společnosti je zlepšení propagace, pořádat konference a vydávat publikace na téma paliativní péče a hospiců.

„Německo-česká asociace pro paliativní péči“ podporuje humanistické společnosti zabývající se umíráním a smrtí. To odráží morální hodnoty naší společnosti a právního vědomí. Také se snaží o podporu porozumění mezi občany Německa a České republiky.¹⁵

2.5 Dětský hospic

Dětský hospic se od hospice pro dospělé pacienty v několika významných rysech liší. Je pro děti, kterým byla diagnostikována život ohrožující choroba, a pro jejich rodiny. Dětský hospic je schopen a připraven se postarat o nemocné dítě v terminálním stádiu onemocnění, ale tento druh péče není ve srovnání s objemem poskytované respitivní (odlehčovací) péče dominantní. Doba mezi stanovením diagnózy a případnou smrtí dítěte bývá různě dlouhá, u některých onemocnění může jít o řadu let i několik desetiletí. Pak děti

¹⁵ Palliativmedizin [online]. 2011 [cit. 2011-11-15].
Dostupné z: <http://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-arbeitsgruppen.html>

a jejich blízcí přijíždějí do hospice spíše na zotavovací pobyty. Hospic se jim snaží nabídnout praktickou pomoc a bezpečné, povzbuzující zázemí.

První samostatný dětský hospic, Helen House, vznikl v roce 1982 v Oxfordu ve Velké Británii. Ve střední a východní Evropě existuje několik dětských hospiců, které nabízejí domácí formu (např. Varšava a Lublin v Polsku, Minsk v Bělorusku). V České republice je v současné době dětský hospic Nadace Klíček. V našich podmínkách, kde je hospicová péče pro děti na samém počátku, bude také záležet na vlastní iniciativě konkrétního sociálního pracovníka, protože optimální model pro jeho uplatnění bude třeba hledat a postupně utvářet.

Poslání dětského hospice se neliší od hospice pro dospělé. Jeho cílem je celkové zlepšování kvality života nemocného člověka a jeho blízkých, včetně péče o duši a ducha. Důležitou součástí práce je podpora pozůstalých rodinných příslušníků.¹⁶

¹⁶ MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, ISBN: 80-7367-002-X

3. JAK MŮŽEME CHARAKTERIZOVAT

PALIAATIVNÍ PÉČI?

„Ale už je na čase, abychom odešli, já na smrt, vy k životu; kdo z nás jde k lepší věci, není známo nikomu, leda bohům.“

Platón

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Poslední století je charakteristické výraznou změnou ve stylu života naší společnosti. Žijeme déle a pohodlněji, ale ne právě nejlépeji umíráme. Aby i v závěrečné fázi života člověka mohla být zachována jeho lidská důstojnost a život do poslední chvíle neztrácel na kvalitě, o to se snaží paliativní péče.

Paliativní péče nastupuje ve chvíli, kdy nemoc už nelze vyléčit, a využívá všech dostupných možností odborné léčby provázející umírání, především účinnou léčbu bolesti.¹⁷

Využití a hodnocení specializovaných služeb paliativní péče je založeno na předpokladu, že existuje shoda v porozumění terminologii a účelům paliativní péče.¹⁸

Sepulveda et al. definuje paliativní péči následovně: *„Paliativní péče je přístup, který prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, díky včasné identifikaci a bezchybné diagnostice bolesti a jiných fyzických, psychosociálních a duchovních problémů a jejich zvládnutí, zvyšuje kvalitu*

¹⁷ MÜLLEROVÁ, I. *Bakalářská práce*. Praha: UJAK, 2010. s. 14–15.

¹⁸ INGLETONOVÁ, C., PAYNEROVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. E. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-25-1

života pacientů a jejich rodin, čelících problémům spojeným s život ohrožující nemocí.“¹⁹

Lékaři a ošetřovatelky po celém světě jsou zavázáni vděčností paní Cicely Saundersové, která téměř sama objevila principy péče, uznávané dnes obecně jako základ nejlepšího přístupu k smrtelně nemocným osobám. Bylo poukázáno na značný pokrok v chápání nemoci, vývoje nových a smělých metod léčby u nejběžnějších onemocnění ohrožujících lidský život, jako jsou srdeční choroby a rakovina.²⁰

3.1 Moderní paliativní péče

- Neodvrací se od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost tím, že klade důraz na kvalitu života
- Dokáže úspěšně zvládat bolest
- Je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální a spirituální aspekty
- Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení
- Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocného
- Nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje, aby poslední období života prožili ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí
- Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících
- Pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka
- Vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající. Umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a utrpením²¹

¹⁹ INGLETONOVÁ, C., PAYNEROVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. E. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. s. 8. ISBN 978-80-87029-25-1

²⁰ POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?* 1. vyd. Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-075

²¹ MÜLLEROVÁ, I. *Bakalářská práce*. Praha: UJAK 2010. s. 15.

Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevyléčitelných nemocí a z nich plynoucí potřeba paliativní péče závisí na:

- **základním onemocněním**
- **stupni jeho pokročilosti** (pokročilá, ale relativně kompenzovaná stadia, preterminální a terminální stadia onemocnění)
- **přítomnosti více závažných onemocnění současně**
- **pacientově věku a sociální situaci** (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace apod.)
- **psychickém stavu** (kognitivní a emoční stav, míra informovanosti, duchovní orientace atd.)

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

3.2 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

3.3 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými

zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu.

3.4 Základní formy specializované paliativní péče

- zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí hospic
- hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben)
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny)
- specializovaná ambulance paliativní péče
- denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“)
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.)²²

Paliativní péče může být poskytována v domácím prostředí i mimo něj, zpravidla to bývá ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních. Typickým moderním zařízením paliativní péče je hospic, který může být v podobě lůžkového zařízení nebo jako program komplexní péče poskytované v domácím nebo jiném náhradním sociálním prostředí. Většina starších lidí u nás zatím umírá v zařízeních typu léčeben dlouhodobě nemocných či v domovech pro seniory a jenom malá část v domácím prostředí.²³

Za terminální stadium nemoci se považuje to období, při kterém se pacient musí vyrovnávat s postupným zhoršováním svého zdraví v důsledku vážného chronického onemocnění nebo sešlosti věkem s typickými geriatrickými syndromy (imobilita a demence).

Milé a vlídné chování představuje ústřední hodnotu paliativní péče. Dílem je to dáno pevnými historickými vazbami mezi paliativní péčí a náboženstvím, ale souvisí to také s vysoce morální povahou filozofie paliativní péče.

Po průkopnické fázi, která trvala asi čtyři desítky let, představuje paliativní péče stále poměrně mladou disciplínu. Přístupy k péči obvykle vycházely

²² *Umírání, Cesta domů* [online]. 2012 [cit.2012-01-17].

Dostupné z: <http://www.umirani.cz/paliativni-pece.html>

²³ MÜLLEROVÁ, I. Bakalářská práce. Praha, 2010. s. 15.

z individuálních názorů. Možné je pozorovat nárůst nabízených služeb a jednotlivých programů, stejně jako nedostačující dostupnost péče.

Světová zdravotnická organizace (WHO) jednoznačně doporučuje politikům, aby zajistili, že paliativní péče bude nedílnou součástí práce všech zdravotnických služeb a že nebude vnímána jako jen „něco navíc“. Tento požadavek je v souladu s doporučeními Rady Evropy členským státům, že je paliativní péče nezbytnou součástí zdravotnictví. Proto by měly národní zdravotnické strategie obsahovat opatření pro rozvoj a funkční integraci paliativní péče.²⁴

3.5 Kazuistika č. 1

Sociální anamnéza: Paní M., 68 let, vdaná, 2 děti, žijící na vesnici, vzdělání středoškolské, pracovala jako úřednice na poště. Trpí Alzheimerovou chorobou.

O manželku se staral manžel společně s jejich dcerou, která navštěvovala zaměstnání a neměla tolik času, který by potřebovala k ošetřování maminky. O práci nemohla přijít, je matka samoživitelka. Nemoc se v počátcích projevovala tím, že se paní M. bez problému orientovala ve svém domácím prostředí, komunikovala se svým okolím, určité problémy ale nastávaly, když měla jít mimo své domácí prostředí. Paní M. zvládala každodenní práce, jako je běžný úklid domku, hygienické a stravovací návyky jsou neporušeny.

Po čtyřech letech se u paní M. začala nemoc zhoršovat. Přestávala komunikovat a orientovat se v domácím prostředí, začínala utíkat. Již nebyla schopna se o sebe postarat. Podle výpovědi dcery se objevovaly výpadky paměti v tom smyslu, že již někdy ani nepoznává svého syna. Manžel požádal o pomoc službu v denním centru pečovatelské služby. Klientka docházela do zařízení 3x týdně po dobu jednoho roku. Stav se postupně zhoršoval, v závěru pobytu v zařízení byla komunikace s klientem již velmi obtížná.

²⁴ Rada Evropy. Doporučení Rec 2003, 24 Výborů ministrů členským státům o organizaci paliativní péče, 2003, www.coe.int.

S vývojem onemocnění paní M. přestávala komunikovat, postupně odmítala veškerou spolupráci a pomoc rodiny. Začal se objevovat problém s inkontinencí, s udržováním osobní čistoty. Zřejmý byl i úbytek fyzických sil. Byla upoutána na lůžko a stále více přestávala reagovat na své okolí a bojovat se svou nemocí.

Klientka byla umístěna v pobytovém zařízení pro dlouhodobě nemocné. Zde byla paní M. svěřena do péče odborníkům. Každou volnou chvíli za paní M. docházel manžel i její obě děti. Zde byly paní M. podávány léky pro utišení bolesti, aby nemusela vnímat svou nemoc, a byla udržována více ve spánku než vzhůru. Paní M. zemřela v zařízení, kde na své umírání nebyla sama, měla kolem sebe rodinu i odborníky, kteří jí ulehčili odchod z tohoto světa, a když již byla se svou smrtí smířena, a dostalo se pomoci i pozůstalým.²⁵

3.6 Kazuistika č. 2

Kazuistika je z knihy Sociální práce v praxi, 2005, s. 208–210. Byl zde popsán průběh nemoci u paní Zdeňky, která byla hospitalizována v hospicovém zařízení. Kazuistika je z pohledu sociální pracovnice, která měla paní Zdeňku na starosti.

„Po delší pauze jsem v listopadu 2004 opět začala pracovat v hospici. Paní Zdeňka byla prvním klientem, s kterým jsem se tam dostala do úzkého kontaktu. Bylo jí 68 let a v hospici ležela s diagnózou generalizovaného karcinomu dělohy již od poloviny září 2003.

Vzhledem k délce jejího pobytu v zařízení měl personál dostatek času na to, aby mohl poznat její potřeby, porozuměl jejímu projevu a naučil se s ní efektivně komunikovat. V neposlední řadě měl také možnost získat více informací z jejího sociálního zázemí.

S paní Zdeňkou jsem přišla poprvé do přímého kontaktu při pravidelné ranní hygieně. Zdeňka byla převážně ležící pacient, na nohy se prakticky nepostavila, měla puchýře na patách. Na vozíku jsme však společně zvládly dojet do koupelny pod sprchu. Nikdy jsem roli těchto každodenních aktivit

²⁵ Kazuistika 1., pojednává o paní, která navštěvovala zařízení pro dlouhodobě nemocné.

nepodceňovala, alespoň pro sociální pracovníci představují cestu, jak přirozeně s klientem navázat kontakt a důvěrný bezpečný vztah. Chodit si za klientem pouze „povídat“ bývá klientem přijímáno jako péče nedostatečná.

Při prvním kontaktu na mě paní Zdeňka působila zcela „normálně“, tedy s ohledem na závažnost jejího zdravotního stavu. Byla vstřícná, vnímavá, zvědavá a snažila se péči o sebe usnadnit. Tento stav však netrval dlouho.

V dalších dnech se objevovaly v projevu paní Zdeňky určité odlišnosti od „běžného“ chování. Její slovní komunikace se stala velmi úsečnou. Jako kdyby chtěla mít vše pod kontrolou formou příkazů. Ošetřující personál chvílemi dirigovala. Opakovaně musela čelit rozličným náladám, mrzutosti a hněvu. Těmto reakcím šlo porozumět jen tak, že si personál domýšlel, čím jsou motivovány.

Zdeňka v té době dbala na přesné vykonávání všech zavedených terapeutických procedur, i k těm banálním žádala asistenci zdravotní sestry. Vedle toho zdůrazňovala, že chce mít již vše za sebou, že ví, že už to přijde brzy, že je tu na světě zbytečná. Nicméně nikdy se nezapomněla zeptat, jestli se jí náhodou dekubity na patách nezlepšily. Velmi vnímavá byla i ke svému zevnějšku. Všimla si změn, které nemoc zanechala na jejím těle. Dbala na to, aby byla stále upravená. Cítila se trapně, když byl v jejím pokoji cítit jakýkoli zápach. Boolestmi paní Zdeňka netrpěla, ty byly efektivně tlumeny fentanylovými náplastmi. Trpěla však výrazným nechutenstvím, často také zvracela.

Snažila jsem se s paní Zdeňkou hodně hovořit, chtěla jsem, aby se v rámci svých a našich možností cítila spokojeně, aby měla příležitost k vyjádření svých pocitů. Společně jsme uvažovaly o tom, jak trávit čas. Zdálo se, že mé návrhy vítá. Naučila se používat dálkové ovládání k televizi, nabídla jsem jí, že budeme číst společně nějakou knihu. Obojí využila. Uskutečňování jiných aktivit však zpravidla naráželo na nezáměr a rozladěnost ze strany paní Zdeňky.

Překvapivě svou rozladěnost obracela i proti manželovi. Při návštěvě ho nechala schválně po dlouhou dobu čekat v jiné místnosti. Když jsem se jí ptala, jaký má k tomu důvod, odvětila mi, že manžel je důchodce a času má hodně,

navíc tady měl být již včera, tak ať si počká. Ani ostatní návštěvy nevíkala s otevřenou náručí. Vždy si našla důvod, proč neměly vůbec chodit.

Při jednom z našich delších rozhovorů se paní Zdeňka rozpovídala o své rodině. V průběhu vyprávění se neustále úzkostlivě kontrolovala, aby to, co říká, dávalo smysl. Totéž žádala i po mně. Bylo to již v době, kdy odmítala užívat předepsané léky, jako by na další léčbu rezignovala. Hovořila o tom, že měla dva syny, z nichž jeden zahynul v 18 letech při nehodě. Mluvila o tom, jak tuto tragédii s manželem společně prožívali. Zmínila také to, jak nevyvážené byly její vztahy k oběma synům. V rozhovoru se mnou projevila obrovskou lítost nad tím, že se synovi dříve více nevěnovala, že ho s manželem vždy podceňovali a druhého syna před ním upřednostňovali. Ze slov paní Zdeňky byla patrný zármutek, sebeobviňování a bezmoc. Zdálo se mi, že ji trápí i konfliktní vztah k manželovi, jehož zdrojem byla zřejmě prožitá tragédie.

O rozhovoru s paní Zdeňkou jsem se později také zmínila zdravotní sestře.

Velkým překvapením pro mě bylo, že paní Zdeňka ve skutečnosti měla tři syny, z nichž tragicky zahynuli ve velmi mladém věku dva. O tom se však pacientka sama nikdy nezmínila. Zdravotní sestra mně popsala i způsob, jakým paní Zdeňka reagovala na sdělení své diagnózy. Na několik dní upadla do stavu zmatenosti a trpěla halucinacemi. Tato epizoda však trvala jen několik dní a od té doby se u paní Zdeňky podobné projevy nikdy neopakovaly.

Paní Zdeňka zemřela v polovině prosince. Byla jsem ráda, že jsem v této chvíli mohla být u jejího lůžka. Věděla jsem toho o jejím životě hodně. Měla jsem pocit, a ráda bych jí v našich rozhovorech slíbila, že udělám vše pro to, aby nezůstala ani v tento okamžik sama, že zůstanu u ní. Tento okamžik se stal podnětem pro hlubší úvahu nad celým jejím příběhem. Přímo netuším, jakou roli sehrál sám okamžik umírání, nebo jakou spojitost s jejím životem mohl mít. Nicméně paní Zdeňka umírala ve velkém neklidu a napětí. Naříkala, její obličej mimicky vyjadřoval utrpení. Jako by se zmítala ve zlém snu.

Fáze umírání, které teoreticky popisuje dr. Kiibler-Rossová, byly u paní Zdeňky dobře odlišitelné. První fázi šoku pacientka řešila obrannou izolací od reálného světa, která jí snad pomohla načerpat síly na to, aby mohla čelit blížící

se smrti. Později se u ní objevovala zlostná nálada, namířená nejen na zdravotnický personál, ale i na rodinné příslušníky. Ve chvíli, kdy paní Zdeňka hovořila o své rodině, bylo zřetelné, že v rodině neuměli, zvláště v rodičovské generaci, komunikovat o svých pocitech a potřebách. Trápení, kterým si rodina prošla, zůstala v mysli každého z nich, nedořešená a nepojmenovaná. V posledních dnech pacientčina života se tyto otázky staly znovu velmi aktuálními. Domnívám se, že paní Zdeňka nedospěla do fáze smíření, ale skončila život v rezignaci.²⁶

²⁶ MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 208–210, ISBN: 80-7367-002-X

4. PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

„Smrt není ani dobro, ani zlo, neboť dobrem nebo zlem může být jen to, co je něčím. Smrt je odpoutáním od všech bolestí a jejich konec, přes tu hranici již naše utrpení nepřestoupí; smrt nás ukládá do onoho klidu, v němž jsme spočívali před svým narozením.“

Seneca

Umírání – pojem, který se v lékařské terminologii označuje synonymem terminální stav. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua (smrt). Umírání je především proces, kdy se naplnil jeho geneticky podmíněný tzv. program života.

Úmrtí – při něm je vždy nutné lékařské ohledání mrtvolky a vydání dokladu o příčině smrti pro zápis do matriky (nařízení již od roku 1714).

Umírání na kříži pokládali staří Římané za nejpotupnější a zároveň nejstrašnější způsob popravky. Cicero považoval smrt na kříži za „nejhroznější a nejodpornější trest smrti“. Z římských občanů směli být ukřižováni jen odsouzení z nejnižších společenských vrstev. Smrt na kříži však měla odstrašovat rebelující lid. Židé původně trest smrti ukřižováním neznali. Jejich uzákoněnými tresty bylo ukamenování, upálení, stětí a zardoušení. Podle zákonů Mojžíšových bylo možné popraveného zločince dodatečně pokořit pověšením „na dřevo“.²⁷

Důstojné umírání a dobrá smrt v sobě vždy zahrnuje kvalitu poskytované péče a pacientovo subjektivní hodnocení a prožívání konce života. Dobrá smrt znamená mluvit o posledních dnech a týdnech života, a nikoliv pouze o posledních minutách. Právě poslední dny a týdny života určují, zda bude konec života umírajícími a jejich blízkými prožit jako lidsky důstojný a smysluplný.²⁸

²⁷ SÍGL, M.: *Co víme o smrti*. Praha: Epoque, 2006. s. 396. ISBN 80-87027-11-6

²⁸ INGLETONOVÁ, C., PAYNEROVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. E. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-25-1

Rozvoj kvalitní paliativní péče je jednou z priorit světového zdravotnictví. Bez této péče se stává závěrečné období života člověka pro medicínu problémem, s nímž si dobře neví rady. Vedle utišení bolesti je totiž nezbytné s umírajícím člověkem být, umět mu naslouchat, pomoci mu překonávat strach ze smrti, zajistit celý komplex služeb, které jsou velmi individuální a velmi specifické.

Podstatu a východiska péče o lidi v posledním období jejich života a o jejich blízké i právo na poskytnutí takové péče shrnuje Charta práv umírajících, přijatá Radou Evropy v roce 1999.

Bauman uvádí, že v postmoderní době nemá smrt stejný význam, jako měla v minulosti. Například v patnáctém století, kdy lidé spíše věřili, že v „příštím“ životě budou odměněni nebo potrestáni za to, jak se chovali na tomto světě. Dále tvrdí, že všeobecný úpadek víry v posmrtný život, patrný v západní kultuře, zmenšil schopnost náboženského přesvědčení určovat, jak se máme chovat v tomto životě. To podle něho vede k tomu, že v postmoderní společnosti se lidé zaměřují spíše na vnitřní hodnotu tohoto života, než aby něco investovali do života „posmrtného“.²⁹

4.1 Smrt v minulosti

V historickém kontextu však můžeme pozorovat zřetelné rozdíly týkající se akceptace smrti. V dávných dobách byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. Lidé se dožívali jen nízkého věku. Vysoká kojenecká a dětská úmrtnost, neléčitelné infekce, zranění a špatná výživa snižovaly reálné šance dožít se dospělosti.

V dávných dobách bylo v jistém slova smyslu samozřejmější zemřít než žít. Celé generace byly srozuměny se smrtí a jednotlivci se v průběhu svého krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila. Smrt byla běžnou součástí a byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích,

²⁹ INGLETONOVÁ, C., PAYNEROVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. E. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-25-1

často o hladu, ve špíně a bez jakékoli pomoci. Umírání bylo relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy.

Každé umírání znamená loučení se vším, co měl člověk rád, a se všemi, které měl rád. Útěchou jim byla sdílená víra v život po smrti, který už nebude sužován útrapami, bolestí a nemocemi nejrůznějšího druhu. Duchovní péče byla nejen součástí rituálu, ale byla jeho nejpropracovanější složkou. Poskytovateli duchovní péče o umírající byli kněží a průvodci člověka „jdoucího ke smrti“ byli věřící, zejména rodinní příslušníci.³⁰

Křesťanské pojetí nemoci i smrti je rozšířené i dnes a rozhodně se s ním neztotožňují jen věřící. Na tom má zásluhu tradiční kulturní křesťanské prostředí, které významně formuje názory všech lidí. Bible je zde relativní podmínkou pro utváření křesťanských postojů k nemoci a smrti. Propracované církevní rituály jsou záchranou i pro ty, kterým víra nic neříká. Nemoc a smrt jsou v Bibli pojaty jako porušení řádu, související s lidskou odcizeností „Stvořiteli a Pánu“, ale lidé běžně interpretují nemoc jako „trest Boží“.

Péče o umírajícího v minulosti byla výrazně idealizovaná, a to do podoby domácího modelu umírání. O tomto modelu jako o realitě se však hovoří teprve v posledních dvou stoletích. Do té doby byla péče o většinu prostých lidí laická a často dokonce žádná.

4.2 Domácí model umírání

Dnešní situace umírajících, především jejich citové strádání v osamění důmyslných institucí, je pochopitelně poměřována ideálem tzv. domácího modelu umírání. Umírající sám v určité chvíli zhodnotil svoji vlastní situaci a poznal, že nastala jeho „poslední hodinka“. V přítomnosti členů rodiny vyslovil poslední přání a důstojně se s nimi rozloučil. Následně byl přivolán kněz, který zemřelému poskytl útěchu nemocných s večerí Páně. Poskytnutím svátosti nemocných připravil kněz nemocného na neznámou cestu.

³⁰ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, s. 26, ISBN 80-7262-034-7

Domácí model umírání má však závažné důvody. Ti, kteří měli rodiny, neumírali opuštěni. Umírání bylo sociálním aktem. Rodinní příslušníci si zcela samozřejmě a s ohledem na tradici rozdělovali pečovatelské role. Každý tedy věděl, jak vypadá smrt a umírání zblízka.

4.3 Institucionální model umírání

Institucionální model se vyvíjel postupně. Bylo nutné zajistit, aby každý vážně nemocný a umírající měl čisté lůžko, teplo, jídlo, pití a základní hygienické zázemí. Nemocní byli většinou umístováni do azylových domů a v pozdější době do zdravotnických zařízení. Tradiční opatrovnická činnost se jen pozvolna měnila v činnost ošetrovatelskou, která byla podložena odbornými znalostmi a dovednostmi. Odborná ošetrovatelská škola byla založena v Praze až v roce 1916.³¹

Institucionální péče přinesla nemocným mnoho dobrého, ale je zjevné, že péče o umírající musela doznat změn. U tohoto systému došlo ke změnám a našel se prostor i čas pro tuto formu péče. Byla vyčleněna určitá lůžka pro paliativní systém péče nebo samostatná oddělení tohoto typu. Pokud nemocný dožívá v domácím prostředí, je plně indikovaná pomoc domácí péče.³²

4.4 Proces umírání

- stálý úbytek fyzických i psychických sil
- nechutenství, odmítání stravy
- zajistit přísun tekutin, jinak dehydratace
- otázka: Kolik času mi ještě zbývá?
- vzdaluje se od vnějšího světa, introvertní orientace
- sílí význam ticha, stále častější a hlubší ztráty vědomí
- nejistota pro příbuzné: Kdy smrt přijde? Poznám její příchod? Jakou bude únava příbuzných mít podobu? Jak dlouho to bude trvat?
- přítomnost blízkých někdy rušivá

³¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-034-7

³² VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOL.: *Paliativní medicína, druhé přepracované a doplněné vydání*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0279-7

- před smrtí krátká euforie, zklidnění výrazu ve tváři, mír v očích
- moment smrti patří jen umírajícímu
- bezprostředně po smrti nechat působit ticho
- ritualizace (otevření okna apod.)
- zaopatření mrtvého těla

I. období „pre finem“

- vědomí nemoci neslučitelné se životem
- smrt je i ve vzdáleném horizontu vysoce pravděpodobná
- pomoc lékařská, psychologická, lidská!
- chránit před **psychickou** a **sociální smrtí**
- respektovat fázi psychické odezvy na rozvoj vážné nemoci
- právo nemocného na otevřenou komunikaci!

II. období „in finem“

- terminální stav: postupné a nevratné selhávání vitálních funkcí
- ritualizace smrti / smrt za bílou plachtou
- tendence odsunu neperspektivního nemocného
- smrt by měla nabýt charakteru sociálního aktu, měla by se znovu stát „součástí života“

III. období „post finem“

- péče o mrtvé tělo, důstojný pohřeb
- sdělení příbuzným
- péče o příbuzné

Pojmy utrpení, nemoc, smrt vyznívají pro současného člověka, jako by je nechtěl slyšet, natož aby se jimi zabýval a přemýšlel o jejich významu. Realita mnohdy donutí vnímat utrpení, nemoc i smrt, vzít je na vědomí, diskutovat o nich, ale většinou se tyto otázky nedotýkají nás samotných. Současnost preferuje jednoznačně mládí, zdraví, úspěch a výkon.

Přítom je potřeba si uvědomit, že pro osobní růst každého jednotlivého člověka mají utrpení, bolest, nemoc velkou roli. Je to rub téže mince, a proto patří k plnosti bytí.³³

Osobní a lékařská smrt musí nalézt společnou cestu. Techniky odstraňování bolesti, vysvětlení dechových obtíží, které se mohou v posledních hodinách života dostavit, úlevy od nich nebo odkládání smrti, když ještě zdaleka není nezbytná.³⁴

Příklad umírání ve čtyřicátých letech dvacátého století a srovnání s obdobnou situací v devadesátých letech dvacátého století.

Umírání ve čtyřicátých letech dvacátého století: Sedmdesátiletá stařenka umírá doma, kde prožila posledních 30 let života. U jejího lůžka se shromáždili přátelé a rodina, kteří smutní, že odchází, ale vzpomínají na staré dobré časy, kdy byla živá, zdravá a plná života. Je přítomno několik generací rodiny.

Během posledních let pacientčino zdraví sláblo. Měla artritidu a srdeční potíže. Její mysl nebyla již tak bystrá. Nikdo se ale neptá, na co umírá, ani její lékař, umírá stářím, příčina je přirozená.

Rodinný lékař, který znal ji, jejího manžela a mnoho dalších rodinných příslušníků po několik desetiletí, přichází k pacientce každý den. Prohlédne ji, poslechne si její srdce a plíce a posedí u lůžka, zatímco ustaraní členové rodiny přihlížejí. Lékař sdělí rodině obvyklé: „V tomto stadiu se už opravdu nedá nic dělat. Umírá stářím.“ Rodina je zarmoucena, ale chápe to. Několik posledních dní tráví pacientka doma ve svém lůžku obklopena rodinou, přáteli a rodinným lékařem, který ji i rodinu dobře zná.

Umírání v devadesátých letech dvacátého století. Osmdesátnice byla za posledních 15 let po šesté přijata do nemocnice jako naléhavý případ.

³³ NYTROVÁ, O., PIKÁLKOVÁ, M. *Etika a logika v komunikaci*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2007, ISBN 978-80-86723-45-7

³⁴ THOMASMA, D. C., KUSHNEROVÁ T. *Od narození do smrti. Etické problémy v lékařství*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000, ISBN 80-204-0883-5

Pacientka žije posledních 7 let v zařízení dlouhodobé péče, protože rodina se již nebyla schopná starat doma. Pacientka prodělala zápal plic.

Před poslední nemocí byla pacientčina paměť závažně postižena, a proto již nepoznává své děti. Protože se její psychická i fyzická kondice rychle zhoršila, byla přijata na jednotku intenzivní péče, kde ji ošetřují specialisté, kardiologové a neurologové. Pacientku vidí poprvé. O její osobní anamnéze a předchozím životním stylu nevědí nic.

Ve zdravotní dokumentaci je uvedeno mnoho specifických diagnóz: arterioskleróza mozkových a koronárních tepen, plicní rozedma, mírné postižení periferních cév a pravděpodobně Alzheimerova choroba. O stáří nebo o přirozené příčině tam není ani zmínky.

Konečně po několika dnech strávených na jednotce intenzivní péče dojde u pacientky k srdeční zástavě, ale není resuscitována, protože lékaři a rodina se shodli na postupu.

Tyto dva případy mohou vypadat poněkud dramaticky a znepokojivě, odrážejí však realitu v moderní době s naším důrazem na technologie a specialisty. K jakým změnám došlo v medicíně a ve společnosti, že způsobily tak ostrý rozdíl mezi scénami u lůžka umírajícího?³⁵

Představa pacienta o důstojném umírání a o laskavé péči v britském hospici. Ten na otázku, jak si laskavou péči představuje, krátce před svou smrtí odpověděl:

„Když ke mně přijdete, tak vidíte, co všichni víme – že umírám. Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení. Když ke mně přijdete a věříte mi, bez ohledu na uzdravení či neuzdravení. Když se mnou trávíte čas, ačkoli vám to nemohu vrátit. Když mě berete jako individualitu. Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké. Když se zajímáte o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti. Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu. Když slyším svoji rodinu, jak o vás

³⁵ THOMASMA, D. C., KUSHNEROVÁ T., *Od narození do smrti. Etické problémy v lékařství*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000, s. 198–199, ISBN 80-204-0883-5

hezky mluví a raduje se, že jsme spolu. Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce. Tím se ve vašich rukou cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnu i okamžik smrti, až přijde.“³⁶

³⁶ MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J.: *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 195, ISBN: 80-7367-002-X

5. POSTOJE KE SMRTI Z HLEDISKA FILOZOFICKÉHO, PSYCHOLOGICKÉHO A EXISTENCIONALISMU

Smrt každého člověka je osobní a jedinečná a každý má právo na důstojnou smrt. Před smrtí každý bilancuje a v této fázi života potřebuje lásku a úctu druhých.

Smrt – je lidský skon i skon všech ostatních stvoření, ale ve druhé rovině i vzdálenost od Boha a jeho životodárných potencií – křesťanské hledisko.

Smrt – filozoficky a teologicky v souvislosti se smrtí se naskytá otázka, co se vzhledem k nepopíratelnému návratu těla do přírodní souvislosti děje s individualitou umírajícího člověka. Zda zcela zaniká, jak tvrdí materialistická teorie, nebo zda opět ožívá jako celek, tedy jako tělo a duše, zda je nesmrtelná pouze duše, nebo zda se individualita přeměňuje a existuje v říši duchů, nebo konečně zda se převtěluje a znovu rodí. Podle biblického pojetí znamená ztrátu životní síly, kterou Bůh člověku propůjčil na určitý čas. Smrt patří k údělu člověka, nesmrtelný je pouze Bůh. Oproti tomu ve východních kulturách se pohlíží na zrození a smrt jako na koloběh. Křesťanství váže smrt na individualitu a spojuje ji s vinou (hříchem) a individuálním odpuštěním. V tradičním pojetí znamená smrt rozchod životního principu (duše) s tělem, v materialistických směrech je vnímána jako definitivní konec fyzické a psychické stránky lidské bytosti. V lékařství je smrt zánik organismu jako celku.

Smrtelná (nevléčitelná) nemoc – jde o chorobu (latinsky morbus), která znamená poruchu rovnováhy mezi vnitřním prostředím organismu a vnějším prostředím. Může probíhat ve formě akutní (s rychlým průběhem) a chronické (vleklé). Také medicínská obrana a léčba proti smrtelným nemocem má svůj vývoj: od moru přes tuberkulózu, nemoc z radioaktivního ozáření, nemoc AIDS (a její virus HIV), rakovinu a nemoc šílených krav (přenosná na člověka) či nejnovější epidemii SARS (syndrom akutního respiračního selhání nebo také smrtící zápal plic).

Smrtné hřichy – v křesťanství vědomý a dobrovolný poklesek vůči rozumu, pravdě a správnému svědomí – jednání proti Bohu jako cíli a smyslu života, proti Boží vůli. Podle své závažnosti může být hřích lehký (nebo také všední – představuje mravní nepořádek, který lze napravit láskou) a hřích smrtelný, při jehož hodnocení se přihlíží k třem skutečnostem: musí se jednat o skutek, který je závažný, musí být spáchán s plným vědomím a s plným souhlasem. Způsobuje vyloučení z Kristova království a věčné zatracení v pekle. Nejzávažnějších je těchto sedm hříchů smrtelných: lenost, lakota, obžerství, závist, hněv, chtíč a pýcha.

Smutek – negativní citový stav provázený psychickým útlumem, reagujeme jím na ztrátu, zejména když je nevratná. Ztráta člověka, kterého milujeme (úmrtí partnera nebo partnerky, úmrtí blízkého člena rodiny), vede přirozeně k hlubokému smutku, trvajícím často měsíce, jehož „normální“ a „patologický“ průběh má tři stadia: smutek (stadium protestu či popření) – deprese (fungování člověka je výrazně oslabeno, deprese je intenzivnější a hlubší než smutek – stadium rezignace) – a poslední stadium melancholie, v níž obvykle se připoutáme k novému cíli či objektu (stadium odpoutání).

Symbolika smrti – křesťanská teologie pohlíží na smrt v kosmických souvislostech – bída, utrpení a smrt jsou trestem za odvrát člověka od jeho pravého určení k dobru. Křesťanské umění zpodobňuje symboliku smrti na náhrobních kamenech a ve vnitřní dialektice se smrt Ježíše Krista stává zárukou věčného života. V této symbolice je tak život vázán na smrt, nebo smrt je pohlčena a Bůh je vítězem.³⁷

V trestním právu se za okamžik smrti pokládá smrt biologická neboli mozková, kdy již není možné obnovit všechny životní funkce.

Umírání je konečnou fází lidského života. Přichází většinou jako závěrečné vyústění již přítomného chronického onemocnění.

Z patofyziologického hlediska je charakterizováno postupným nebo náhle vzniklým nevratným selháváním funkčních systémů lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus) a poruchou regulace systémů.

³⁷ SÍGL, M. *Co víme o smrti*. Praha: Epoque, 2006, s. 387-389, 391, ISBN 80-87027-11-6

K nevratnému selhání organismu může dojít během několika minut (náhlá smrt) až několika dní.

Dobrá smrt je ideál, který se obecně spojuje se snahou lidí, věnujících se paliativní péči, dosáhnout v životě těch, kdo umírají, pozitivních výsledků. Charakteristiky dobré smrti jsou různé, ale vždy mezi ně patří jasné vědomí blížící se smrti, přijetí skutečnosti nebo přizpůsobení se jí, příprava na smrt, hovory s jinými lidmi o smrti a poslední rozloučení. Pacienti také nemusí chtít chápat svou situaci v pozitivnějším světle, a místo aby prožívali růst, který je podle filozofie paliativní péče na konci života možný, mohou být deprimováni a demoralizováni.

Pro ošetřovatele, kteří pečují o pacienty na konci jejich života v okamžiku smrti, není snadné poskytnout takovou péči, která by vyhovovala každému člověku. Jsou různé interpretace smyslu smrti a potřeb umírajících a jejich rodin, všechny mají svá úskalí. Není možné automaticky předpokládat, že všichni lidé, kteří patří k určité etnické nebo náboženské skupině, budou mít v okamžiku smrti stejné potřeby a očekávání. Nebezpečné je, když potřeby spojené s náboženským přesvědčením a kulturním zázemím člověka nejsou pochopeny. „Dobrá“ smrt je nejspíše podmíněna vědomím blížící se smrti, příležitostí umírajícího člověka vyjádřit svá přání a možností ošetřujícího personálu tato přání splnit.

5.1 Filozofie v paliativní péči

Přístup k paliativní péči je možný identifikovat celou řadou společných hodnot a principů, které jsou při poskytování hospicové a paliativní péče obecně uznávány a přijímány.

Ve všech evropských zemích uznávají odborníci na problematiku paliativní péče určitý soubor společných hodnot. Ten zahrnuje i hodnotu autonomie a důstojnosti pacienta, potřebu individuálního plánování a rozhodování a zásadu celostního přístupu k pacientovi.

Principy morálky odvozují někteří filozofové (kognitivisté) z rozumového poznání, čili soudí, že je možné zjistit jejich platnost či neplatnost. Ideál univerzální platnosti morálních principů je snadněji uskutečnitelný tehdy,

jsou-li tyto principy odvozovány z racionálního poznání vlastními vlohami a vlastními kulturními podmínkami „nezatížených“ subjektů. Ti, kteří odvozují morálku z náboženství a z tradic, obtížněji dokazují, že to, co platí v jednom typu kultury, se vztahuje i na jiný kulturní okruh. Hledá se zde soulad mezi univerzálními principy typu lidských práv, odpovědnosti vůči společnosti, spravedlnosti, a potřebami konkrétní společnosti i subjektu, kterým se zabývá. Reflexe opřená o znalost filozofického pohledu by mu měla usnadňovat hledat pozici, která se vždy nachází někde mezi univerzální, racionálně odvoditelnou morálkou a aktuálním stavem psaných i nepsaných společenských norem.

Člověk nejen poznává, ale také jedná. Na rozdíl od oborů, které lidské jednání jen popisují, etika navíc lidské jednání z určitého hlediska hodnotí. Není tedy vůči lidskému jednání „neutrální“, ale také má na zřeteli jednání nejen jaké je, ale jaké má být. Bůh však zpřístupňuje své pravdy o člověku také Zjevením, které má člověk nejen poznávat, ale podle kterého má také jednat.³⁸

Co je dobro a co dobro není, jaká je náležitá hierarchie hodnot a nakolik má být závazná, to jsou dilemata, která jsou kladena a řešena v mnoha filozofických systémech, někdy se vztahem k náboženství, někdy na půdě racionálního užívání. Upřednostňuje se blahobyť, zdraví, pocit životní spokojenosti, slasti, či má být prioritou chování ve shodě se společenskými závazky a mravními principy, byť by přinášelo subjektivní pocit nepohody. Kdo rozhoduje? Klient, zákonodárce nebo pracovník zařízení.³⁹

5.1.1 Autonomie v paliativní péči

Autonomie v paliativní péči – je uznávána a respektována vnitřní hodnota každého člověka jako autonomní a jedinečné bytosti. Péče je poskytována pouze tehdy, když jsou pacient nebo jeho rodina připraveni ji akceptovat. V ideálním případě si pacient uchová možnost rozhodovat mezi různými možnostmi léčby, dále o místě péče a o přístupu ke specializované paliativní péči.

³⁸ SKOBOLÍK, J. *Přehled křesťanské etiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-357-1

³⁹ MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, ISBN: 80-7367-002-X

Pacienti by měli mít možnost se podílet na rozhodování, pokud si to přejí. Pro tento účel je nutné poskytovat dostatečné informace o diagnóze a možnostech léčby a péče ve všech dalších souvisejících aspektech.

Paliativní péče má být prováděna s úctou, otevřeně a citlivě s ohledem na osobní kulturní a náboženské hodnoty, přesvědčení a zvyklosti pacienta, jakož i na zákony každé jednotlivé země. V případě kvality života se zdá, že důstojnost je individuální koncept zahrnující u každého pacienta různé oblasti a jeho priority. Důstojnost je považována spíše za vnitřní vlastnost než za něco, co může být poškozeno nebo ztraceno. Z tohoto pohledu stojí paliativní péče před otázkou, jak vytvořit prostředí a situaci, kde pacient svoji důstojnost cítí a uplatňuje.

Do filozofie paliativní péče se řadí i vztah mezi pacientem a zdravotním personálem. Poskytovatelé paliativní péče by měli udržovat s pacienty i jejich rodinami vztah na bázi spolupráce. Pacient a rodiny jsou důležití partneři při plánování péče a při zvládnutí onemocnění pacienta. V poslední době je kladen velký důraz na psychickou odolnost (resilienci). Rozumí se tím schopnost pacientů zvládat spolu s nevléčitelnou chorobou a souvisejícími problémy i změnu perspektivy v souvislosti s omezenou délkou zbývajících života. Koncept psychické odolnosti nabízí určitou změnu paradigmatu: zatímco soustředění se na příznaky, rizika, potíže a zranitelnost je orientováno na problémy a nedostatky, soustředění se na psychickou odolnost je orientováno na pacientovy možnosti.

Hlavním cílem paliativní péče je dosáhnout, podpořit, zachovat a posílit nejvyšší možnou kvalitu života. Dobré komunikační dovednosti jsou základním předpokladem kvalitní paliativní péče. Komunikací se rozumí interakce mezi pacientem a zdravotníky, ale také mezi pacienty a jejich příbuznými, jakož i interakci mezi různými odbornými zdravotnickými pracovníky podílejícími se na péči.

5.2 Psychologie v paliativní péči

V současné medicíně se objevuje následně zvyšování počtu déle přežívajících nevyлéčitelně nemocných. Je zapotřebí mít v paliativní péči obor, který se zabývá psychologickými i psychiatrickými postupy. Nejčastěji jsou používány techniky:

- edukace
- behaviorální trénink
- individuální psychoterapie
- skupinová terapie

Cílem těchto intervencí je snížení pocitu odcizení, rozhovory s lidmi v podobné situaci, oslabení úzkosti léčbou, objasnění falešných pocitů i informací, odstranění pocitů izolace, bezmocnosti a zanedbávání druhými. To vše podporuje pocit komfortu u pacienta.⁴⁰

Člověk je odpovědný za volbu vlastní životní cesty. Útěk před odpovědností způsobuje existenciální frustraci. Hlavním znakem plně fungující osoby je otevřenost vůči zážitkům, nesená jistotou o vlastní hodnotě a důvěrou ve vlastní pojetí.⁴¹

U psychosociálních aspektů v paliativní péči mohou i někdy vážně nemocní lidé prožít určité radosti naplnění navzdory obtížím. Na druhé straně naopak jiní, i když mají méně potíží a více možností a schopností využít zbývající čas, velmi trpí. Příčinou můžou být psychické potíže a jejich somatické manifestace.

Nastává pocit vlastní slabosti a neschopnosti zvládnout situaci, pokračující ztráta kontroly nad svým životem. Ke zvládnutí neakceptovatelných a nesnesitelných myšlenek o situaci umírání používají lidé různé psychické obranné mechanismy. Ty umožňují fungování a zvládání nadměrné úzkosti, zloby nebo deprese a usnadňují adaptaci. Pro psychologa je dobrá informace o tom, jak jedinec v minulosti zvládal nepříznivé životní situace – může

⁴⁰ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOL. *Paliativní medicína, druhé přepracované a doplněné vydání*. 2.vyd. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0279-7

⁴¹ SKOBOLÍK, J. *Přehled křesťanské etiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-357-1

napovědět, jak se bude vyrovnávat se svou smrtí. Mohou ale být případy lidí, kteří se v minulosti vyrovnávali s řadou situací nepřiměřeně, a přitom nakonec projeví překvapivou schopnost zvládnout situaci umírání.⁴²

5.2.1 Logoterapie

Paliativní medicína je přístup, na němž celé hnutí hospiců stojí, ale ani ona není všemocná, i ona má své limity. V ideálním případě zbaví nemocného všech nepříjemných symptomů. Symptom a utrpení však nejsou totéž.

Paliativní medicína může změnit změnitelné, např. odstranit bolest. U pacientů se smrtelnou prognózou vždycky zůstane utrpení nezměnitelné, neodvratné, které je třeba přijmout. Mnoha nemocným velmi pomáhá víra a důvěra v Boha. Má ji každý? Mnoha nemocným pomáhá soucit a pochopení nejbližšího okolí.

Jak zmírnit utrpení pacienta, kterému schází jedno i druhé?

Z psychoterapeutických metod se jeví právě u těchto nemocných velmi přínosnou a velmi nadějnou logoterapie. Zakladatelem této metody je Viktor E. Frankl.

Logoterapeutická technika dereflexe mobilizuje “vzdornou sílu ducha“ posunem od Já k Ty. Tato technika pomáhá nemocnému zapomenout na sebe tím, že se zaměří na nějaký cíl, věnuje se nějakému úkolu nebo se v lásce oddá nějaké osobě a na vlastní štěstí myslí co nejméně. Štěstí se pak dostaví samo.⁴³

Náleží k podstatě vědy, že zároveň se svým vývojem a rozšířením podporuje protichůdné myšlení. Zásadním charakteristickým prvkem Frankovy logoterapie je jasné oddělení osudových faktorů na jedné straně a svobodného postoje a jednání na straně druhé. Obojí pak vstupuje do logoterapeutické taktiky a argumentace. Problém může být zmírněn tím, že se obrátí pohled pacienta směrem k jeho volným kapacitám, ve kterých má ještě možnost se se svým osudem vyrovnat.⁴⁴

⁴² VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOL. *Paliativní medicína, druhé přepracované a doplněné vydání*. 2.vyd. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0279-7

⁴³ MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, ISBN: 80-7367-002-X

⁴⁴ LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl (Logoterapeutická útěcha v krizi)*. 1. vyd., Brno: Cesta, 1998, ISBN: 80-85319-79-9

Logoterapeutická technika modulace postoje se snaží pomoci nemocnému (např. poukazem na realitu hodnot) pozitivně ovlivnit jeho postoj k nezměnitelné situaci. Pomáhá mu změnit jeho postoj „Nemohu, protože“ na postoj vyjádřený slovy „Mohu, ačkoliv“. Terapeut nemůže změnit „špatnou zprávu“ na „dobrou zprávu“, nemůže nemocného a jeho příbuzné před realitou uchránit, může je však účinně podpírat. Předpokladem je, že v určitých situacích se nebude lékař, terapeut zbaběle schovávat za přístroje, nebude nemocnému lhát a před jeho otázkami nebude utíkat.⁴⁵

5.3 Existencialismus

Existencialismus – je směr úzce propojený se stejnojmennou filozofií, vzniklou v první polovině 20. století. Inspiruje se díly Franze Kafky, Fjodora Michajloviče Dostojevského a Jamese Joyce.

Vysvětlení pojmu existencialismu nejlépe poslouží definice významu klíčového slova existence. Existencí se nazývá holé bytí něčeho, pouhé konstatování přítomnosti nebo výskytu nějakého objektu bez dalšího určení. Pojem existence je pro svoji abstraktnost víceméně nepochopitelný, není možné vyjádřit, zda se jedná o bytí faktické či předpokládané, a proto se ve filozofii používá jako klenoucí spojka mezi reálnou, materiální, možnou a ideální skutečností.

Existencialistická filozofie proti sobě staví objektivní pravdy vědy a obecné normy společnosti a subjektivní prožitek jedince. Zkoumá odcizení člověka jeho hodnotám. Zabývá se přijímáním či odmítáním Boha a bytím jako takovým. Otázka Boha dělí existencialismus na náboženský a ateistický. Přejímá filozofii Arthura Schopenhauera a Friedricha Nietscheho. Zde vznikl „paradox transparentního ateismu“, neboť prvotní výrok „Bůh je mrtev“ je podmíněn nutným připuštěním jeho tímto odmítané existence.

⁴⁵ MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, ISBN: 80-7367-002-X

Zdůrazňuje aktivitu člověka při vytváření života, volbu sebe sama, to znamená subjektivně chápanou svobodu. Osud si člověk určuje sám, každý zvrat či událost jsou podmíněny jeho jednáním.

Existencialismus povyšuje na úroveň základních filozofických problémů stavy úzkosti, beznaděje, ztroskotání, viny a zodpovědnosti vůči sobě samému.

Výraznou součástí je též snaha postihnout vztah jedince ke společnosti. Člověk je stavěn mašinérií osudu či okolí do jakési vytčené role a s touto rolí se potýká. Existencialismus vyzdvihuje krajní momenty vzpoury či rezignace, lhostejnosti, opovržení a zachycuje psychiku a činy člověka v těchto mezních situacích. Tím se skrze absolutní osobitost a bezprostřednost zaznamenaného prožitku snaží dobrat absolutních hodnot lidského bytí.

Mnozí existencialisté po dvou světových válkách, které zcela převrátily jak vnější, tak vnitřní veškerý lidský svět, vidí samu existenci člověka – jedince v tomto soukolí – jako absurdní a jedinou životní jistotou shledávají smrt.⁴⁶

⁴⁶ RADBUCH, L., PAYNE, S. *A KOLEKTIV Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: EJPC Cesta domů, 2009, ISBN 278-281

6. EUTANAZIE

Slovo **eutanazie** má původ v Řecku. Pochází ze dvou řeckých slov, (eu = dobrý a thanatos = smrt) neboli „dobrá smrt“.⁴⁷ Ekvivalentem dobré smrti je lehká smrt, tedy taková smrt, která přichází po dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně nebo ve spánku.

Eutanazie, ať již aktivní anebo takzvaná pasivní, je záměrné ukončení života motivované soucitem. Je vyžádaná či dobrovolná, žádá-li o ni osoba sama pro sebe. Nevyžádaná, když o ni daná osoba nepožádala, protože je nedospělá nebo mentálně nezpůsobilá, nebo je způsobilá a nebyla tázána. Nedobrovolná, když je uskutečněna navzdory žádosti, aby se neprováděla.⁴⁸

Později dochází k interpretačnímu posunu a termínem eutanazie se nejčastěji rozumí „smrt z milosti“.⁴⁹ Většina z nás by dobrou smrt chtěla, z tohoto aspektu neprovází eutanazii v současnosti mnoho rozepří. Je tu spíše spor pramenící ze sociálních, kulturních a náboženských hodnot, které se dostávají do konfliktu s naší povinností zemřít dobře a s povinností druhých pomáhat nám v tom.

Platón i Sokratés považovali utrpení v důsledku bolestivé nemoci za dostatečný důvod k ukončení života sebevraždou. Aristotelés tvrdil, že sebevražda není projevem odvahy, nýbrž útokem proti státu. Sebevraždu odsuzovali rovněž Pythagoras a Epikúros. V některých městských státech antického Řecka byla povolena. Obecní správy uchovávaly zásobu jedu pro každého, kdo si přál zemřít. Toto stálo proti široce uznávané přísaze Hippokratových lékařů, že nepodají žádný smrtící lék, neboť patřili k reformnímu hnutí lékařů ovlivněných pythagorejskou etikou.

S rozvojem křesťanství v římském císařství tento postoj postupně vymizel. Pod rostoucím vlivem křesťanství a po jeho přijetí za oficiální náboženství

⁴⁷ NYTROVÁ, O., PIKÁLKOVÁ, M. *Etika a logika v komunikaci*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2007, s. 95, ISBN 978-80-86723-45-7

⁴⁸ POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?* 1. vyd. Praha: Dita, 1996, ISBN 80-85926-075

⁴⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-034-7

Říma za Konstantinovy vlády nebyla již sebevražda přijatelná. Pravidlo zabítí vychází z křesťanského postoje vyjádřeného pátým přikázáním „nezabiješ“.

„Ve zprávě Geneze o stvoření nastává okamžik vzniku života. Přiměřenou reakcí je fascinace tvorbou živého, která by měla být předznamením všech odpovědí na otázky, které klade toto přikázání. V dekalogu je použit hebrejský výraz r-c-h-, používá se vždycky pro označení zabítí uvnitř izraelského společenství (Nm 35, Joz 20). Přesný význam je však usmrcení nezákonné, porušující řád společenství. Původním úkolem přikázání je chránit život Izraelce před nedovoleným, nezákonným zásahem. Viník by měl být potrestán řádným soudem, nikoliv svévolnou odplatou. Střetnutí mimo společenství, které skončilo smrtí, a poměr k válce přikázání neřeší. Šíře formulace však dovoluje zahrnout pod přikázání jakékoliv ohrožení života druhého člověka jako zásah do Hospodinových práv. Ochrana života znamená také zákaz vztažení ruky na sebe.“⁵⁰

Od zabíjení lidí, jejichž život jiní lidé považují za bezcenný, je nutno odlišovat zabíjení lidí na jejich žádost. V zemích kdysi ovládaných nacistickými zločinci, jako byla např. Třetí říše, bylo označováno také pojmem eutanazie, ačkoliv tím bylo míněno něco jiného, ale i proto, že takové jednání může plynule přecházet v zabíjení lidí, kteří o smrt nežádají. Jiná situace je např. v Nizozemí či v některých státech USA, kde už byla akceptována částečná legalizace přímé, aktivní eutanazie ve smyslu usmrcení na vlastní žádost.

Katechismus katolické církve definuje přímou eutanazii jako *“ukončení života osob postižených, nemocných nebo už blízkých smrti, ať už jsou důvody a prostředky jakékoliv“* a pokračuje: *„Je mravně nepřijatelná. Stejně jako nějaký zákrok nebo opomenutí, které samo od sebe nebo záměrně přivodí smrt, aby se ukončila bolest, je zabitím těžce odporujícím důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu, jejímu Stvořiteli. Mylný úsudek, do něhož člověk může v dobré vůli upadnout, nemění povahu tohoto vražedného činu, který je nutno*

⁵⁰ SKOBOLÍK, J. *Přehled křesťanské etiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, s. 182, ISBN 80-7184-357-1

vždy odsoudit a vyloučit. Papež Jan Pavel II. označuje ve své encyklice *Evangelium vitae* (z r. 1995) eutanazii za symptom kultury smrti. Pozastavuje se zde nad tím, že se člověk činí pánem nad životem a smrtí, když smrt způsobuje předčasně a sám sobě nebo jiným tak šetrným způsobem ukončuje život, způsobuje „sladký konec“. Encyklika definuje eutanazii jako „činnost nebo opomenutí, která ve své podstatě a záměru působí smrt, aby tak byla odstraněna bolest.“⁵¹

6.1 Formy eutanazie

- Aktivní eutanazie je akt, který vykonává lékař u nevyléčitelně nemocného, který trpí nesnesitelnými bolestmi, na jeho vlastní svobodnou žádost.
- Nevyžádaná eutanazie je variantou aktivní eutanazie, kdy pacient není schopen validním ani předepsaným způsobem požádat o urychlený vstup smrti. Lze tady předpokládat, že kdyby mohl, tak by s eutanazií souhlasil.
- Nedobrovolná eutanazie je nevyžádaná, ale hlavně nechtěná.
- Pasivní eutanazie koresponduje s odnětím nebo přerušением léčby a bývá označována jako strategie odkloněné stříkačky. Dochází k ní zejména tehdy, když byly vyčerpány dosažitelné formy pomoci. Konvenčním způsobem bývá vnímána pasivní eutanazie jako korelát práva na tzv. přirozenou smrt.
- Asistovaná sebevražda je zvláštní forma eutanazie. Pacient si přeje zemřít, protože je nevyléčitelně nemocný, strádá nesnesitelnými bolestmi. Někdy se také hovoří o „návodu vysvobození“.
- Prenatální eutanazie je pojem, který označuje interrupce ze sociálních důvodů.⁵²

Námítky proti eutanazii (vedle Božího výlučného práva na život):

⁵¹ VIRT, G. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad, 1999, s. 25, ISBN 80-7021-330-9

⁵² HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-034-7

1. Je velmi pravděpodobné, že pacient není v přiměřeném stavu, aby se mohl v tak důležité věci rozhodnout. Normální funkce mozku může být snížena.
2. Pacienti s dobrou péčí o eutanazii nežádají. Žádost neplyne z touhy po smrti, ale z touhy po větším zájmu o osobu pacienta.
3. Neexistuje jasná hranice mezi dobrovolnou a nedobrovolnou eutanazií.
4. V případě přijetí eutanazie se zhorší vztahy mezi pacientem a lékařem.
5. Každou lidskou činnost provázejí chyby a ty jsou zde nenapravitelné.
6. Možnost rozhodovat o životě druhých ohrožuje humanitu společnosti.⁵³

Hlavními argumenty, kterými se ospravedlňuje eutanazie, jsou snaha milosrdně zbavit člověka utrpení, dát průchod lidským právům, zvláště právu na respektování osobní autonomie, dále osvobození jedince od nepřijatelně bídné kvality života a potřeba přiblížit zákon obecným úvahám. Derek Humphry je celosvětově nejznámějším stoupencem eutanazie.

Eutanazie je vždycky zabitím člověka, zda se nezákonné usmrcení kvalifikuje jako vražda anebo zabití, závisí na okolnostech a úmyslu. Pokud je úmysl připravit někoho o život jasný, jde o vraždu. Různé formy eutanazie jsou podle současných zákonů vraždou.⁵⁴

Nyní vyvstává otázka, zda je někdo oprávněný k tomu vzít smrtelně nemocnému člověku šanci, aby zemřel svou smrtí a byl zde do posledního okamžiku své existence. Každý se k této otázce staví jinak. Jedna skupina lidí je pro to, aby eutanazie byla přijata, a další skupina lidí je proti eutanazii. Většina občanů si není vědoma složitosti celého problému.

⁵³ SKOBOLÍK, J. *Přehled křesťanské etiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-357-1

⁵⁴ POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?* 1. vyd. Praha: Dita, 1996, ISBN 80-85926-07

7. TANATOLOGIE

Umírání a smrt je právem aktualizované téma, o kterém by mělo být uvažováno, jak v rovině obecně lidské, tak i profesionální.

Jestliže si člověk bude opakovaně připomínat konečnost svého života, bude pak zcela jistě jinak a odpovědněji zacházet s drahocenným časem, který mu je pro pobyt na tomto světě dán.

Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána smrt. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Jediné, co člověk může udělat, že bude respektovat svoji konečnost a z tohoto prostého faktu vyvodí také závěr pro svůj konkrétní život. Nikdo nemá dost času, protože každý má jen limitovaný čas.

Tanatologie je nejčastěji definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Thanatos, bratr Hypnův, je zpravidla zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní.

Obor tanatologie zasahuje do celé řady klasických oborů jako je filozofie, teologie, medicína, psychologie a sociologie. Důvod je takový, že každý z těchto oborů se vyjadřuje ke stejnému problému ze svého zorného úhlu a prostřednictvím svých metod.

Dnes žijeme v době, kdy se nemluví o umění zemřít, ale o umění život prodloužit, a problémy v tomto umění jsou nekonečné. Většina lékařů moderní doby hledá nové ars moriendi (umění zemřít). Propojit výuku s výchovou je nezbytné pro to, aby studenti měli na mysli kulturní kultivaci procesu umírání. Kdo chce pracovat s lidmi, kteří mají nevyléčitelnou nemoc, musí být citlivý k lidským potřebám umírajících a současně musí být schopen zvládat psychickou zátěž.

Výuka thanalogie se zabývá následujícími okruhy:

- Fenomén smrti: smrt jako danost, smrt jako nutná podmínka života, smrt jako nastávající skutečnost, smrt v historických proměnách, jak ji přijímají filozofové a teologové.
- Proces umírání: bezbolestné, krátké a dlouhé umírání v historických proměnách: dříve a dnes, umění doprovázet, základní formy lékařského přístupu k umírajícím, odborná péče o umírající, domácí model umírání a institucionalizovaný model umírání.
- Zadržaná smrt.
- Základní principy paliativní medicíny, hospicové hnutí historicky i aktuálně.
- Eutanazie: základní pojmy, historie a současný stav, legislativa a rizika zneužití.
- Kategorie kvality života, problematika bolesti.
- Ritualizace smrti.
- Problematika zármutku a žalu, přístup k doprovázejícím členům rodiny, přístup k pozůstalým.
- Seznámení se s dostupnou zahraniční i českou literaturou, která se vztahuje k problematice umírání a smrti.

Jedna ze zřetelných a nezpochybnitelných potřeb umírajících je účastné porozumění. Porozumět něčemu je jistě snadnější než porozumět někomu. Snad každý člověk chce porozumět sobě, svému životu i druhým lidem.⁵⁵

⁵⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-034-7

8. PÉČE O DOPROVÁZEJÍCÍ, KTEŘÍ JSOU V EMOCIONÁLNÍ KRIZI

Je přirozené, že nemocný zpravidla očekává, že nezůstane při umírání sám, a že jej tedy na posledním úseku jeho životní cesty bude někdo doprovázet. Doprovázet znamená pomáhat druhému žít v období umírání. Základem doprovázení je společné hledání smyslu a přijetí celého života.⁵⁶

Respektovat člověka jako svéprávnou, svobodnou bytost, to znamená ho nevychovávat, nemanipulovat s názory nemocného, respektovat ho a mluvit s ním pravdivě.

Pohřeb – pietní obřad (společenský rituál) loučení s mrtvým, ať již uložením, žehem a uložením popela do urny anebo rozptýlením popela. Židé podle tradice na hrob umísťují kámen nebo stělu se jménem mrtvého. U židů není také dovolena kremace nebo balzamování, neboť jsou považovány za pohanský zvyk. U nás byl pohřeb žehem povolen až v roce 1919, byl rovněž založen Spolek přátel žehu, dále u nás působí od roku 1990 dobrovolné Sdružení pohřebnictví v České republice, které je členem Evropské federace pohřebních služeb. Všechny související otázky upravuje Zákon o pohřebních službách 256/2001 Sb. s následnými změnami č. 479/2001 Sb.

Pohřební ritus – je tradicí a církví užívaná forma liturgie. Zvyky a obřady spojené se smrtí. Slouží k tomu, aby ochraňovaly před návratem mrtvého jako nepřítel (zombie), aby mrtvému znepríjemnily jeho novou existenci, aby mu usnadnily cestu na onen svět. Mrtví dostávali od pradávna na cestu různé dary, archeologie se mj. zabývá také určováním doby a místa podle polohy hrobů, podle počtu a druhu milodarů.⁵⁷

Při doprovázení si umírající zaslouží více času i pozornosti od lékařů, ošetřovatelů a rodinných příslušníků. Zde již nejde o techniku ošetřování, ale také o umění doprovázet těžce nemocného nesnadným, často

⁵⁶ MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, ISBN: 80-7367-002-X

⁵⁷ SÍGL, M. *Co víme o smrti*. Praha: Epoque, 2006, s. 381, ISBN 80-87027-11-6

i posledním úsekem života. Neznalost může velice snadno ublížit. Nejrozšířenější chybou je stále používaná „milosrdná lež“, která je podávána inteligentnímu nemocnému mnohdy nesprávným a ponižujícím způsobem. Další nevhodný způsob může být neomaleně řečená pravda. Pravda, která není laskavá, vyvěrá z lásky, která není pravdivá. (Hospice a umění doprovázet).

Doprovázení je záležitostí účasti a lásky. Je to záležitost především lidská. Každý člověk by měl mít své vlastní hranice. Intenzita citového napětí, které projevují některé osoby před blížící se smrtí, má být úměrná pocitu neodkladnosti. Osoba cítící přicházet smrt nemá čas na plýtvání a plně se angažuje a má potřebu vzájemnosti.⁵⁸

Člověk na konci života při všem, co prožívá, potřebuje cítit, že ten jeho „doprovázející“ je lidský, má ho skutečně rád, myslí to s ním dobře, upřímně se jím zabývá. Potřebují vnímat opravdovou lásku – to slovo je dnes až moc často používáno a mnohdy zneužíváno, devalvováno. Láska je nejkrásnější a nejtěžší, ale i největší v životě. Nikdo bez lásky nemůže být ani zdravý, ani nemocný. Další hodnotou, která by zde měla být, je důvěra a vzájemné porozumění, které umírajícímu dává jistotu a bezpečí. Bez důvěry člověk nemůže žít a nic už přijímat a usychá a hyne.⁵⁹

Jedna moudrost praví: „Pravda nemá být postavena nemocnému do cesty jako zeď, ale má být budována podél cesty. Nemocný ji může vidět, ale může také od ní odvrátit pohled ve chvíli, kdy se jí zděsí.

Pěkným příkladem je doprovázení u bývalého pana prezidenta Václava Havla, který umíral v domácím prostředí, kde se cítil velmi dobře. Starala se o něj jeho žena a byl v péči řádových sester boromejek, které mu poskytovaly péči 24 hodin denně, také i duchovní sílu. Nemocný ví, že má vedle sebe oporu a pomoc, to je důležitou součástí paliativní péče.

⁵⁸ HENZEZEL, M. *Smrt z blízka. Umírající nás učí žít*. 1. vyd. Praha: ETC Publishing, 1997, ISBN: 80-86006-15-8

⁵⁹ SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L. *Umřít doma*. 1. vyd. Brno: 2008, ISBN 978-80-254-2788-0

„Modlitba při úmrtí milované osoby:

Pane, dej mi odvalu vyrovnat se se ztrátou bytosti, kterou jsem tolik miloval. Při pohledu zpět na všechny ty roky našeho společného života se mi zdá, že jedna část zemřela i ve mně. Pomoz mi, abych nezahořkl, ale abych žil dál s vědomím, že láska neumírá, a děkoval ti za dobrý život, dobře a poctivě žitý. Ačkoliv si už nemůže o nic říct, ať na ni (na něj) stále pamatují v modlitbě. Děkuji ti za útěchu poznání, že duše člověka, kterého jsem miloval, je u tebe. Amen“

9. POTŘEBA ETIKY V PALIATIVNÍ PÉČI

„ Pokud se lidstvo zahubí samo, nemusí k tomu dojít udušením nedostatkem kyslíku, likvidací mořských řas a deštných lesů, a také ne proto, že se vědomě vystavujeme nebezpečí radioaktivity. K zániku lidstva úplně postačí, když se moderní člověk zbaví všech morálních hodnot. Před tímto nebezpečím musíme varovat stejně důrazně jako před elementárním ohrožením životního prostředí, které je výsledkem naší civilizace.“

Konrád Lorenz

Bohatou tradici v lékařské etice mají anglosaské země. Zvláštní sekce pro lékařskou etiku byla zřízena již na 63. sjezdu Britské lékařské společnosti, který se konal v Londýně v roce 1895. Lékařská etika jako moderní a samostatná lékařská disciplína vzniká ve většině zemí, tedy i u nás, až po druhé světové válce. Po roce 1989 bylo opakovaně konstatováno, že je vhodné a účelné navázat na dobré tradice české lékařské etiky. Zdůrazňována byla zejména vysoká úroveň specializované mravnosti v období první republiky. Období po roce 1948 až do listopadu 1989 je hodnoceno zpravidla negativně.

Etika (ethika, řecky ethos = mrav) je věda o mravnosti. V dřívějších dobách byla etika nazývána mravovědou, též praktickou filozofií. Etika je teorií mravnosti a jako pojem je nadřazena morálce. Předmětem etiky je zkoumání zákonitostí mravního chování jednotlivců i společnosti. Mravní zásady, kterými se lidé řídí, protože je uznávají, se v průběhu času i mění. Etika tematizuje také otázku, proč a za jakých okolností dochází k proměně tzv. uznávaných hodnot akceptovaných v etice srovnávací. Lze konstatovat, že etika ustanovuje, co jest právem mravné a co jest nemravné. Je vědou normativní a vymezuje rozsah platnosti etických zákonů.⁶⁰

⁶⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Galén, 1997, ISBN 80-85824-X

Příkladem může být tradiční Hippokratova přísaha (Příloha A), která jako etický kodex zřetelně vymezuje povinnosti lékaře vůči pacientům, kolegům a veřejnosti.⁶¹

Morálka (z latinského *moralis* = mravní) reprezentuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti. Tímto výrazem se zpravidla označuje soubor pravidel uznávané mravnosti.

Mravní schopnost člověka svobodně a odpovědně se rozhodovat se označuje slovem svědomí a myslíme tím jednak vlohu vzniklou z celkového osobního vývoje člověka, jako vždy osobní rozhodnutí se pro čin, určený podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Tím se rozlišuje harmonické svědomí, zvláště věrné pokynům autorit, jež charakterizuje zejména nedospělého člověka. Tento nedokonalý vztah se liší od svědomí usilujícího o vlastní odpovědnost, jež dokáže učinit rozhodnutí v plném smyslu osobní, podle svědomí, jako vlastní odpověď na Boží oslovení a výzvu. Jde tu o zásadní ochotu chápat vlastní jednání a opomenutí jako mravní záležitost, jež se má poměřovat definitivními cíli, řečeno křesťansky: podřizovat se Boží vůli. Základní rozhodnutí, vezmou-li se v úvahu nejrůznější kulturní, společenské a historické okolnosti a rozdílné charakterové vlastnosti konkrétních jedinců.

Člověk je ve své tělesnosti skrz naskrz formován fyziologicko–biologicky. Biologický život, i když není nejvyšší ze všech statků, je v jeho pozemské existenci přece jen bází a základem, umožňujícím každému člověku jeho další realizaci. K tomu náleží vlastní mravní odpovědnost člověka a také uchování a ochrana života. Většina vědních disciplín v biologii a lékařství odvíjí svou existenci od určitých objevů, u kterých je zpravidla možné určit autorství.

K etice odpovědnosti za zdraví nepatří jen snaha o jeho zachování, ale neméně i péče o jeho znovunabytí při nemoci a jiné újmě. Přitom se, jak známo, o maximální obnovu biologické rovnováhy starají fyziologické reflexy, jako třeba třesení těla v chladu nebo horečka a bolest, jež jako varování a první

⁶¹ ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ: *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, etický kodex sester. Charty práv pacientů. České ošetrovatelství.* Institut pro další vzdělávání pracovníků v Brně 1998, ISBN 80-7013-270-1

reakce chtějí přivolat další, vědomou reakci, například klid na lůžku, uložení v teple, zklidnění ran.⁶²

9.1 Zajišťování kvality v ošetrovatelské péči

Kvalitou zdravotní péče se zabývají organizace, které obhajují práva pacientů, a stále více se dostává do popředí zájmu veřejnosti i zdravotníků. Na procesu zajišťování kvality se musejí podílet také sestry, které musí stát v čele při definování kvality ošetrovatelské péče. Kvalita zdravotní péče je ovlivněna hodnotami, které v dané společnosti převládají, a je ovlivňují hodnoty individuální, které kvalitu péče definují.

Soustředí se na:

- rozvoj nových typů ošetrovatelských služeb
- zavedení individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, systému skupinové péče a systému primární sestry
- lepší pochopení potřeb pacientů a klientů ošetrovatelským personálem
- otázky výkonnosti a efektivnosti ošetrovatelské péče

„Nejčastěji je kvalitní ošetrovatelská praxe charakterizována těmito znaky:

- *v zemi, ale i v konkrétním zařízení existuje jasná koncepce ošetrovatelství*
- *péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu*
- *péče je odvozena od potřeb pacienta*
- *práce ošetrovatelského personálu je týmová*
- *ošetrovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený*
- *ošetrovatelský tým si stanovil reálné cíle*
- *ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex (viz Příloha B)*
- *praxe (poskytovaná péče) je vědecky podložená*

⁶² FURGER, F. *Etika seberealizace, osobních vztahů a politiky*. 1. vyd. Praha: Academia 2003, ISBN: 80-200-1061-0

- *do ošetrovatelské péče jsou aktivně zapojení pacienti/klienti*
- *existuje účinná mezioborová spolupráce*⁶³

9.2 Etika v ošetrovatelství

Dnes je dopřáno lépe klinicky rozvážit okolnosti umírání i načasování smrti samé. První etickou otázkou je: „Čí požadavky jsou při zvažování na prvním místě?“ A „Čí je to smrt?“ Ústředním etickým cíle péče o umírající je zajistit, aby umírající žili pokud možno co nejlépe, dokud nezemřou. Znamená to přijetí myšlenky, že nikomu nejde o dosažení smrti více než umírajícímu. Zacházet s umírajícím pacientem jako s lidskou bytostí a ne jako s objektem je možné tehdy, když ti, kdo léčbu poskytují, respektují fyzickou a morální integritu jedince.⁶⁴

9.3 Role ošetrovatelů v okamžiku smrti

Není snadné poskytnout takovou péči, která bude vyhovovat každému člověku. Různé interpretace smyslu smrti a potřeb umírajících a jejich rodin mají svá úskalí. Ideální je, když má umírající možnost předem vyjádřit své potřeby, ty jsou pak ošetrovatelem pochopeny a ten se snaží je uspokojit.⁶⁵

Ošetrovatelské standardy jsou platné definice přijatelné kvalitní úrovně ošetrovatelské péče. Standardem se rozumí dohodnutá profesní úroveň kvality. Každá země vychází při vytváření standardů z vlastních podmínek. Pro všechny státy s vyspělým ošetrovatelstvím je společná obecná norma v ošetrovatelství. Poté následuje individualizovaná forma, která se zaměřuje na problematiku nemocného cíleně.

Význam ošetrovatelských standardů je klíčový pro zvyšování kvality péče, neboť vymezují jednoznačně minimální úroveň péče, která má být poskytnuta.

⁶³ ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ: *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, etický kodex sester. Charty práv pacientů. České ošetrovatelství.* Institut pro další vzdělávání pracovníků v Brně 1998, s. 7, ISBN 80-7013-270-1

⁶⁴ THOMASMA, D. C., KUSHNEROVÁ T. *Od narození do smrti. Etické problémy v lékařství.* 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000, ISBN 80-204-0883

⁶⁵ INGLETONOVÁ, C., PAYNEROVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. E. *Principy a praxe paliativní péče.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-25-1

Ošetrovatelské standardy:

- určují závaznou normu pro kvalitní ošetrovatelskou péči
- umožňují objektivní hodnocení poskytované péče
- poskytují pocit bezpečí a jistoty nemocným, kterým zajišťují nejméně minimální standard kvalitní péče
- chrání sestry před neoprávněným postihem, protože mohou prokázat, že dodržely příslušný standard

Závaznost standardu může vyplývat ze zákona, nebo z podzákoné normy, jako je např. vyhláška ministerstva zdravotnictví (určení základního vybavení pracoviště). Pokud vyhlásí standard profesní sesterská organizace, např. etický kodex sester, jsou povinni se jimi řídit všichni členové organizace.⁶⁶

Základní pravidla lékařské etiky:

Odborníci se shodují v názoru, že je třeba důsledně uplatňovat tato pravidla lékařské etiky.

1. Sebeurčení, samostatnost (autonomie)

Pacient má právo na sebeurčení, které je odvozeno z obecných lidských práv a svobod a je výsledkem důrazu na důstojnost a svobodu jednotlivce. Pacient má tudíž právo na názor a ten má být, pokud není v rozporu se zákonem, zohledněn při rozhodování o každém diagnostickém i léčebném zákroku. V žádném případě však právo na sebeurčení není možné vytrhovat z kontextu jiných práv a povinností jak nemocného, tak lékaře. Lékař nese plnou právní odpovědnost za pacienta a autonomie nemocného má tedy jen omezené možnosti. V každém případě je však dnes větší prostor pro spoluúčast nemocného na rozhodování o jeho vlastním osudu v nemoci.

⁶⁶ ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ: *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, etický kodex sester. Charty práv pacientů. České ošetrovatelství.* Institut pro další vzdělávání pracovníků v Brně 1998, ISBN 80-7013-270-1

Pacient většinou chce mít osud ve svých rukou, nebo (častěji) chce mít ten pocit. Sestra by tedy měla vytvořit dojem, že pacient má účast na péči, a trpělivě odpovídat na jeho otázky a ponechat prostor jeho omezené aktivitě.

2. Nepoškozování (non maleficence)

Odvěká zásada lékařů je především neškodit. Kromě vlastních lékařských a ošetrovatelských výkonů je třeba pamatovat také na náležitou ochranu osobních a intimních dat. Únik informací může nemocného nebo jeho rodinu poškodit.

3. Směřování k dobru (beneficence)

Všechno, co se dělá pro nemocného, musí být vedeno snahou přinášet dobro. I velmi složité diagnostické nebo terapeutické záměry je třeba zvažovat kritériem „zájmu pacienta“. Prakticky to znamená, že by měl být zvažován nejen očekávaný prospěch, ale také předpokládaná rizika. Tam, kde je pravděpodobnost rizik větší než očekávaný kladný efekt, je zpravidla vhodné od zákroku upustit.

4. Spravedlnost (justice)

Člověk, který je v roli pacienta, má právo na spravedlivý přístup k zdravotnické péči. Ekonomické, geografické a lidské zdroje (odborníci) však ideál spravedlnosti omezují. Každý člověk, kdekoliv a kdykoliv nemůže dostat péči, která je v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky. Plným právem je problematika tzv. alokace (rozdělení) zdrojů naléhavou ekonomickou i etickou otázkou číslo jedna, a to ve všech státech světa. V praktické medicíně je třeba respektovat omezené zdroje, reálnou dostupnost a praktickou (omezenou) spravedlnost.⁶⁷

Život je věčný, láska je nesmrtelná
a smrt je pouze horizont,

⁶⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků, 1998, ISBN 80-7013-310-4

horizont není nic jiného než hranice,
za niž už nedohlédneme.

Rossiter Worthinton Raymond

1840–1918

10. PRAKTICKÁ ČÁST

10.1 Cíl výzkumné práce

Cílem výzkumné práce je posoudit a zjistit informovanost veřejnosti o paliativní péči a hospicích v České republice anebo v Spolkové republice Německo. K realizaci bylo použito dotazníkové šetření a rozhovory.

Předpokládaným výsledkem je zjištění, že ve Spolkové republice Německo existuje větší osvěta a je zde více rozvinuta paliativní péče než v České republice.

10.2 Hypotéza

Cílem dotazníkového šetření bylo ověření hypotézy:

1. *„Důvody neinformovanosti o paliativní péči a hospicích spočívají v nedostatečné medializaci a osvětě veřejnosti.“*
2. *„Porovnání výsledků dotazníkového šetření a zjištění rozdílu, zda je ve Spolkové republice Německo větší informovanost a osvěta o paliativní péči a hospicích než v České republice.“*

10.3 Metody zkoumání

10.3.1 Dotazník

V diplomové práci pro získání informací o daných zemích je využita dotazníková metoda a metoda rozhovoru.

Dotazník je způsob psaného řízení rozhovoru. Otázky jsou použity anonymně. Tím lze zvýšit upřímnost odpovědí.

Má-li být dotazníkem získaná výpověď směrodatná, je třeba dávat dotazník v písemné formě a osoby, které vyplňují dotazník, předem motivovat k odpovědnému vyplňování dotazníku. Výsledky získané dotazníkem se zpracovávají kvantitativně, statickými metodami, ale důležité je také kvalitativní hodnocení výsledků.

Při sestavování dotazníku je nutno dbát na to, aby byl srozumitelný a neobsahoval sugestivní otázky. Dotazník umožňuje zkoumat i velký počet osob současně, takže v krátké době je možno získat velké množství výpovědí. Osoby při vyplňování dotazníku mohou více zvažovat své odpovědi.

Výsledky metody dotazníku jsou často značně zkresleny velkou vnitřní korekcí, autocenzurou některých zkoumaných osob, které usilují odpovídat ve shodě s tak zvanou sociální žádoucností, tedy adaptivně, nikoliv expresivně.⁶⁸

10.3.2 Rozhovor

Rozhovor umožňuje respondentovi volně vyjadřovat své názory a pocity k předmětu výzkumu, umožňuje detailněji přiblížit, jak lidé chápou určitý problém. Individuální rozhovor je obvykle využíván jako podklad pro vytvoření standardizovanějších metod dotazování, jako jsou například dotazníková šetření.

10.4 Charakteristika souboru

Osloveno bylo 200 respondentů z České republiky (ČR) a 200 respondentů ze Spolkové republiky Německo (SRN). Do stanovené doby bylo respondenty doručeno z ČR 180 vyplněných dotazníků (90 % z celkového počtu). Ze SRN bylo respondenty doručeno 114 vyplněných dotazníků (57 % z celkového počtu). Ze 180 odpovídajících respondentů z ČR bylo 67 % žen a 33 % mužů. Z SRN bylo ze 114 odpovídajících 54,5 % žen a 45,5 % mužů.

Věková hranice odpovídajících:

Věková hranice	Česká republika	Spolková republika Německo
a) 15–25	22 %	19 %
b) 26–50	50 %	48 %
c) 51–65 a více	28 %	33 %

⁶⁸Dotazník[online].2011[cit.20111202]Dostupné na <http://www.ped.muni.cz/studmaterialy/kohdotaznik.htm>

10.5 Analýza dat

Otázka č. 1: Co je hospic?

V této otázce je správná odpověď za c) **zařízení poskytující paliativní péči**.

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) rehabilitační zařízení	3 %	0 %
b) domov pro seniory	10 %	15 %
c) zařízení poskytující paliativní péči	87 %	70 %
d) nemocnice	0 %	15 %

Výsledky potvrzují skutečnost, že v ČR odpovědělo správně 87 % a v SRN 70 % dotazovaných a znají pojem hospic. Zbytek dotazovaných odpovídal, že to může být domov pro seniory, nemocnice i rehabilitační zařízení. U této otázky správněji odpovídali dotazovaní z ČR.

Otázka č. 2: Je určena hospicová péče jen nemocnému?

Otázka se ptala respondentů na to, zda vědí, komu je určena hospicová péče. Hospicová péče není určena jen pro nemocného člověka, ale pomáhá i lidem, kteří jsou nablízku nemocnému.

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) ano	67 %	45 %
b) ne	33 %	55 %

Z šetření plyne, že v ČR odpovědělo 33 % z dotazovaných správně a 67 % neví, komu je péče určena. V SRN správně odpovědělo 55 % z dotazovaných a 45 % neví, komu je určena hospicová péče. Více správných odpovědí bylo ze SRN.

Otázka č. 3: Mobilní hospic je?

Mobilní hospic poskytuje péči nemocnému v domácím prostředí, a tak je zde správná odpověď za c).

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) péče o nemocného v nemocničním zařízení (LDN)	6 %	11 %
b) péče o nemocného v zařízení pro seniory	10 %	10 %
c) péče poskytovaná v domácím prostředí nemocného	80 %	74 %
d) ambulantní péče	4 %	5 %

Odpovědi respondentů potvrzují skutečnost, že 80 % v ČR odpovědělo správně, v SRN 74 % dotazovaných odpovědělo správně. Více správných odpovědí bylo v ČR.

Otázka č. 4: Je mobilní hospic běžně dostupný a hrazený ze zdravotního pojištění?

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) ano	13 %	35 %
b) ne	87 %	65 %

Z odpovědi respondentů vyplývá, že v ČR správně odpovědělo 87 % a v SRN 65 % dotazovaných. Větší úspěšnost dotazovaných byla v ČR.

Otázka č. 5: Je hospicová péče dostatečně zastoupena v celé České republice (Spolkové republice Německo)?

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) ano	25 %	27 %
b) ne	75 %	73 %

V obou případech je správná odpověď ne. Výsledky potvrzují a vyplývá to z tabulky, že v ČR správně zodpovědělo otázku 75 % a v SRN 73 % dotazovaných.

Otázka č. 6: Kolik terminálně nemocných umírá v hospicových zařízeních?

V ČR umírá v hospicích 5 % terminálně nemocných, v SRN 10 % terminálně nemocných.

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) 2 %	23 %	0 %
b) 3 %	23 %	25 %
c) 5 %	34 %	30 %
d) 10 %	20 %	45 %

V této otázce se odpovědi různí, ale přesto v ČR 34 % dotazovaných odpovědělo správně a v SRN 45 % odpovědělo správně. Další přehled je znázorněn v tabulce. Z dotazovaných větší povědomost o této otázce mají v SRN.

Otázka č. 7: Patří kvalita péče o umírajícího v České republice (Spolkové republice Německo) do první patnáctky v rámci Evropy?

Správná odpověď byla, že ČR nepatří do první patnáctky, ale SRN se řadí do první patnáctky v Evropě.

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) ano	37 %	70 %
b) ne	63 %	30 %

Většina respondentů odpovídala v obou případech správně. V ČR zodpovědělo otázku správně 63 % a v SRN 70 % dotazovaných.

Otázka č. 8: Je v České republice (v SRN) povolena eutanazie?

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) ano	0 %	0 %
b) ne	100 %	100 %
c) jen v některých případech	0 %	0 %

Odpovědi u dotazovaných byly 100%. V ČR i SRN mají o problematice eutanazie přehled.

Otázka č. 9: Znáte pojem paliativní péče?

Otázka se ptala respondentů, zda vědí, co je paliativní péče a čeho se týká.

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) ano, znám	33 %	50 %
b) slyšel jsem, ale nevím přesně, čeho se to týká	27 %	40 %
c) nikdy jsem to neslyšel	40 %	10 %

V ČR 40 % z dotazovaných nikdy neslyšelo, co je paliativní péče, v SRN jen 10 %. Nejvíce odpovědí od respondentů v SRN bylo, že znají pojem paliativní péče (50 %). V ČR to bylo 33 %. Odpověď slyšel jsem, ale nevím přesně, čeho se to týká, zvolilo v ČR 27 % a v SRN 40 % respondentů. U této otázky bylo potvrzeno, že v SRN dotazovaní vědí více o paliativní péči.

Otázka č. 10: Když je to lékaři nepříjemné, nemusí pacientovi sdělit informaci o jeho diagnóze?

Otázka směřovala k tomu, zda lékař musí vždy těžce nemocnému sdělit pravdu o jeho nemoci. Správnou odpovědí je, že lékař musí sdělit pravdu nemocnému.

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) ano	17 %	55 %
b) ne	63 %	20 %
c) někdy je lepší říci milosrdnou lež	20 %	25 %

Správných odpovědí u dotazovaných bylo v ČR 63 % a v SRN odpovědělo 20 % správně. V SRN 55 % odpovědělo, že lékař nemusí sdělit vždy pravdu nemocnému o jeho nemoci. U této otázky bylo zjištěno, že v ČR respondenti měli více správných odpovědí.

Otázka č. 11: Dal byste svého blízkého do hospicového zařízení?

V této otázce bylo požadováno od dotazujících, aby vyjádřili svůj názor na to, zda by umístili svého blízkého do hospicového zařízení.

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) ano	13 %	30 %
b) ne	37 %	9 %
c) nevím	50 %	61 %

V obou případech se většina respondentů vyjádřila, že neví, zda by svého blízkého dali do hospicového zařízení, a to v ČR 50 % a v SRN 61 %. V ČR 37 % odpovědělo, že by svého blízkého do hospicového zařízení nedalo, v SRN to bylo 9 %. V SRN 30 % z dotazovaných by dalo svého blízkého do hospice, v ČR jen 13 %.

Otázka č. 12: Kde mohu získat informace o hospicích?

V ČR úspěšně odpovědělo 80 % z dotazovaných a vypsalo, že informace se dají získat na internetu, u praktického lékaře a v nemocnicích. 20 % nevědělo, kde naleznou informace. V SRN 75 % vypsalo, že informace se dají získat u lékaře, na internetu a v nemocnicích. 25 % neznalo odpověď.

Otázka č. 13: Víte, kde máte ve svém nejbližším okolí hospic?

Odpovědi	Česká republika	Spolková republika Německo
a) ano	27 %	35 %
b) ne	73 %	65 %

Dotazovaní v obou zemích nejvíce odpovídali, že neví, kde ve svém okolí naleznou hospic. V ČR tak odpovědělo 73 % a v SRN 65 %. O hospici ví z odpovídajících v ČR 27 % a v SRN 35 %, z toho plyne, že odpovídající ze SRN lépe vědí, kde naleznou hospicové zařízení.

10.6 Rozhovory

10.6.1 Rozhovor s ošetřovatelkou paní Marií

Kolik let zde pracujete?

„Pracuji zde od roku 1995, dříve jsem pracovala v jiném zařízení pro lidi s mentálním postižením.“

Jste zde spokojena?

„Již dvacet let pracuji v obdobných zařízeních a má práce je pro mne uspokojením.“

Kdo zde pracuje?

„Pracují zde zdravotní sestry, lékař, ošetřovatelé, fyzioterapeut, ergoterapeut a sociální pracovníce.“

Kolik má jeden ošetřovatel na starosti klientů?

„Je zde kapacita 96 lůžek a jeden ošetřovatel má na starosti šest klientů.“

Jaké zde máte programy pro klienty?

„Je zde dost programů a specializovaných pracovníků pro práci s lidmi. Největší zájem je o canisterapii, ruční práce, máme zde drobná zvířátka jako jsou králíci, křečci, rybičky aj. Pořádáme zde zájezdy do divadel, kin i do ZOO. Navštěvují nás zde i děti při různých oslavách a je zde soubor pracovníků, kteří hrají ochotnické divadlo pro klienty.“

Máte pocit, že je v ČR dostačující množství hospicových zařízení?

„Je zde málo těchto zařízení a mělo by vznikat více těchto zařízení. Nemocných i starých lidí přibývá.“

Setkáváte se často s umírajícím člověkem?

„Ano, pravidelně zde umírají lidé. Naším zvykem je, že zavoláme příbuzným, aby se mohli rozloučit. Je zde zvykem, že se otevírá okno, aby duše zemřelého měla klid a mohla opustit jeho tělo. Kdo si přeje, nebo si přál, než zemřel, k tomu je povolán kněz.“

Myslíte si, že má snadnější umírání člověk, který je věřící?

„Přesně to nezodpovím, ale myslím, že pan farář sem dochází dost často a vždy tady hovoří s mnoha klienty. Většina klientů si před smrtí ráda povídá s panem

farářem a prosí ho, aby u nich byl v jejich posledních chvílích života. Někdo zase nechce vůbec duchovní službu.“

Domníváte se, že je v ČR dostačující paliativní péče?

„Paliativní péče v ČR ještě není dostačující a mělo by jí zde být více. Do našeho zařízení chodí žádosti o přijetí, každý den a je jich mnoho, které nemůžeme vyřídit kladně.“

Co pro Vás znamená pojem domácí paliativní péče?

„Já ji schvaluji, ale pořád tady převládá spíše péče v zařízeních k tomu určených. Lidé nechtějí opustit svá zaměstnání a nemají někdy ani prostor na to, aby se mohli o nemocného starat.“

Máte někdy pocit, že tuto práci už nemůžete dělat?

„Ne, zatím nemám. Jsem zde spokojena a ráda bych tady pracovala nadále. Tahle práce vás musí bavit, jinak by to každý nevydržel.“

Při návštěvě zařízení bylo zjištěno, že personál je zde příjemný a ochotný a o své klienty se stará pečlivě po celý rok. Většina klientů zde je do konce svého života. V centru je hezké prostředí, které tu vytváří pěknou atmosféru a působí klidným dojmem. Klienti i jejich blízcí jsou zde spokojeni.

10.6.2 Rozhovor s arciděkanem Janem Uhlířem

Navštívil jste při své práci hospicové zařízení?

„Ano, navštívil jsem hospicové zařízení v Červeném Kostelci. Byl jsem zde na týdenní praxi v rámci přípravy na kněžství. V hospicovém zařízení je dostatek prostoru na komplexní péči o člověka. Je zde jiné prostředí než např. v nemocničních zařízeních typu LDN.“

Domníváte se, že v hospicovém zařízení lze prožít kvalitní a klidný závěr života?

„Ideální je strávit klidný závěr života v domácím prostředí u svých blízkých. Další dobrou alternativou je paliativní péče. Pro nemocného je tato péče dobrá v tom, že je zde útulnější prostředí a není tady chaos jako v nemocnicích. V hospicových zařízeních má nemocný pocit, že personál má na něj dostatek času a věnuje se mu v dostatečné míře.“

Jaká paliativní péče je pro nemocného nejlepší?

„Pro nemocného je nejlepší péče v domácím prostředí. Většina lidí nechce umírat v cizím prostředí a chce, aby byl někdo blízko nich a držel je za ruku. To je jedna z velkých milostí, když může člověk zemřít v náručí svého blízkého.“

Je v naší kultuře přirozené pečovat o umírajícího blízkého doma, nebo ho hospitalizovat ve zdravotnickém zařízení?

„Nedovedu to tak posoudit. Jsou lidé, kteří se rádi o svého příbuzného postarají, a je to pro ně přirozené. Jsou ochotni opustit svou práci a starat se o svého blízkého. Kult zdraví vytěsňuje z naší společnosti vnímat v životě skutečnou bolest života. Lidé nemají odvahu být při úmrtí svých blízkých a neumějí tento postoj přijmout. Nemají odvahu změnit zaběhnuté věci, opustit své pohodlí, a nemají odhodlání přehodnotit svůj život ve prospěch nemocného a umírajícího člověka. Spousta lidí nevidí žádnou hodnotu ve stáří.

Neuvědomují si, že mohou být i oni péčí o starého a nemocného obohaceni. Největším problémem je osamocení starých lidí.“

Je podle vás hospicová péče dostatečně zastoupená v ČR?

„Nedokážu to posoudit. Takové iniciativy není nikdy dost. Hospicová domácí péče je teprve v zárodku. Není velká osvěta veřejnosti, která by vedla k úctě ke stáří a umírání pro nás zdravé lidi.“

Je rodina a církev oporou pro nemocného?

„Obě složky jsou důležité. Umírání u člověka probouzí nezapomenutelné pocity a hledá oporu u svých blízkých. U věřícího člověka může víra dodat sílu a smysl každého dne a tím překonat těžkosti. V hospicích jsou kaple a je zde čas k meditacím. Církev již v dějinách hrála svoji roli. Zřizovala charitativní akce, vedla nemocnice, útulky a byla nablízku nemocným.“

Co říkáte na eutanazii?

„Asi vás nepřekvapí, že s ní nesouhlasím. Chápu, že je pro nemocného i pro příbuzné těžké unést chvíle bolesti a umírání, ale eutanazii vidím jako laciné řešení zápasu. I zkušenost mnoha lidí ukazuje, že dochází k vývoji prožívání nemoci. Od nepřijetí ke smíření. Myslím, že život je dar a není možné ho svévolně ukončit. Věřím, že i umírání a bolest má pro nemocného i jeho blízké smysl. Naším úkolem je nemocnému tyto chvíle co nejvíce ulehčit svojí blízkostí a podporou. Navíc je dnes už i široká nabídka léků k tlumení bolesti.“

Ptají se vás lidé, kteří jsou těžce nemocní, co bude po smrti?

„U vážně nemocných se běžně s touto otázkou neseškávám. To však neznamená, že by po odpovědi na takovou otázku netoužili. Je často nevýslovná, ale přítomná. Spíše ji vysloví lidé, kteří nemocného doprovázejí.“

Má být pacientovi sdělena pravda, že je vážně nemocen a může i umřít?

„Myslím si, že by pacient měl znát pravdu, ale je nutné mu ji sdělit ve vhodnou dobu. Je velmi nešťastné, když on ví, že umírá, ale druzí ho neupřímně přesvědčují, že vše bude zase dobré. Umírajícímu i jeho blízkým tato nepravdivost bere možnost naplno si užít poslední chvíle. Většina lidí si v závěru života potřebuje uspořádat své vztahy a dát se dohromady se svými blízkými nebo jim říci, co pro ně znamenají. A to samé platí o těch zdravých vůči nemocnému. Je to velmi těžké sdělit s láskou a bolestí pravdu umírajícímu, ale myslím, že to za to stojí.“

Myslíte si, že tabu o smrti je naším kulturním fenoménem?

„Smrt je vidět všude (televizní noviny, videohry, filmy,...), ale reálně se s ní nechceme pochopitelně potkat. Je špatné, že se lidé bojí chodit do nemocnice či na pohřby. Nelze před touto skutečností života utéci. A myslím, že i v umírání se mohou naplnit lidské touhy. Jeden muž mi vyprávěl, že celý život toužil po otcově objetí. Otec ho měl rád, ale nedával mu to vnějšími projevy najevo. Teprve, když byl otec upoután na lůžko a syn se o něho staral, nepřímo zakoušel i radost z fyzického kontaktu se svým otcem.“

Jinou událost jsem zažil právě v hospici, kde jsem před lety pomáhal. Byl jsem u lůžka umírajícího pána, který nežil zrovna příkladným životem a rodině asi i mnoho ublížil. Na sklonku života se však upřímně vyzpovídal a prosil, aby zavolali příbuzným, aby ho navštívili. Chtěl se jim omluvit a smířit se s nimi. Krásný závěr života. Jenže příbuzní odmítli se slovy, že ho nikdy už nechtějí vidět. Skutečně nepřijeli a musím říci, že mi jich bylo více líto než toho umírajícího pána. Snad si jednou uvědomí tvrdost svého srdce, která jim zabránila smířit se s umírajícím.“

Setkáváte se často s umírajícím lidmi? Jaké to pro vás je?

„Příležitostně docházím k nemocným při zhoršení jejich zdravotního stavu nebo v těžké nemoci. Uděluji svátost nemocných a doprovázím je modlitbou.“

Co mě bolí, že nemohou lidé odcházet z tohoto světa v tichu a v blízkosti svých drahých. Umírání na šestilůžkovém pokoji není příjemné ani pro nemocného a příbuzné, ani pro spolupacienty. “

Pamatujete si, že by vás někdo odmítl a nechtěl ve své těžké nemoci si popovídat o smrti?

„Ano, odmítl. Mnozí lidé při pohledu na kněze v nemocnici se i trochu bojí. Myslí si, že jsem posel smrti. Dříve totiž za nemocným přicházel kněz opravdu v „poslední hodině“, aby mu udělil tzv. poslední pomazání. Je pravdou, že se tato svátost nemocných jednou udělí naposled, ale má především sloužit jako duchovní posila v nemoci či před závažnou operací a přijímá se většinou několikrát za život. Postupně se toto vnímání ale mění. Nemocné navštěvujeme v nemocnici pravidelně, takže už tam není tolik kněz spojován pouze s umíráním. Navíc si s nemocným o smrti nepovídám, pokud o to neprojeví sám zájem. Je to velmi citlivé téma. A smyslem mé návštěvy je především nemocného ubezpečit, že není ani v nemoci sám a opuštěn. Laskavé slovo a ujištění, že Bůh ho má rád a provází ho i v jeho nemoci, člověka i na smrt připraví lépe než nějaký teologický traktát o věčném životě.“

10.7 Dílčí závěry průzkumu

Na základě uvedených zjištění je možné konstatovat, že stanovenou hypotézu „*Důvody neinformovanosti o paliativní péči a hospicích spočívají v nedostatečné medializaci a osvětě veřejnosti*“ nelze potvrdit ani vyvrátit. Odpovídajících respondentů v dotazníkovém průzkumu nebylo tolik, aby se dalo konstatovat jednoznačné potvrzení nebo vyvrácení hypotézy. Z rozhovorů a dotazníkového průzkumu je patrné, že by se mělo více poukázat na nedostatek informovanosti o paliativní péči a hospicích.

Odpovědi respondentů dále nepotvrdily stanovenou hypotézu „*Porovnání výsledků dotazníkového šetření a zjištění rozdílů, zda je ve Spolkové republice Německo větší informovanost a osvěta o paliativní péči a hospicích než v České republice*“. Hypotéza nebyla potvrzena. Na základě dotazníkového šetření bylo poukázáno na to, že v obou zemích je informovanost o paliativní péči a hospicích na stejné úrovni.

ZÁVĚR

Teoretická část diplomové práce předkládá přehled vzniku a vývoje hospicových zařízení, včetně jejich realizace. Analyzuje paliativní péči a věnuje se zkoumání, jak ji zkvalitnit pacientům, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v posledním stadiu nemoci. Práce také nahlíží na problematiku souvisejících etických kodexů a eutanazie.

Cílem diplomové práce bylo prostřednictvím dotazníkového šetření a rozhovorů posoudit, zda neinformovanost o paliativní péči má své důvody v nedostatečné medializaci a osvětě mezi lidmi.

Výsledky poukazují na to, že informovanost o hospicích a paliativní péči není dostačující. Média by tuto funkci měla plnit ve větším rozsahu, aby se zlepšila informovanost veřejnosti.

Dnešní společnost na nás klade mnoho nároků. Musíme se proto přizpůsobit rychlému vývoji a množství změn, které nás obklopují. Nepřipouštíme si, že je kolem nás tolik nemocí, které jsou nevléčitelné a smrtelné. Mezi lidmi by měla být větší povědomost o otázkách umírání a smrti. Každý z nás by si měl uvědomovat svoji smrtelnost a vědět, že hraje v našem životě významnou roli.

Podle H. Haškovcové dnešní laická společnost nezřídka spojuje praktickou péči o umírající obohacenou o dimenzi víry s činností řádových sester. Většinou opomíjí duchovní službu, kterou poskytují poučení věřící. Ve vyspělých západních zemích bývá v každé větší nemocnici či jiné zdravotnické a sociální instituci k dispozici člověk, který je schopen základní pastorače, a přijde ke každému, kdo o ni projeví zájem.⁶⁹

Jedno staré přísloví praví: „Všude dobře, doma nejlépe.“ To platí i v případě lidí, kteří jsou ve stadiu těžké nemoci a nemohou se již sami o sebe postarat. Ideální pro nemocného by bylo strávit zbytek života v domácím prostředí u svých blízkých, ale ne vždy je to možné. Na základě výsledků získaných při

⁶⁹ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, s. 141, ISBN 80-7262-034-7

zpracování této práce můžeme říci, že další dobrou alternativou pro lidi s nevyléčitelnou nemocí je paliativní péče v hospicích, kde se nemocnému personál i rodina věnuje v dostatečné míře.

*„Člověk nežije tolik z lásky, kterou přijímá,
jako mnohem více z té, kterou daruje.“*

Matka Tereza

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALLMEN J. J. A KOL. *Biblický slovník*. Praha: Kalich, 1991, ISBN 8017-180-4

BOYCK, I. *Dobré umírání*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005, ISBN: 80-7021-797-9

CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary. Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. 1. vyd. Praha: 2005, ISBN 80-7021819-3

CORETH, E. *Co je člověk?* Praha: České nakladatelství ZOON, 1994, ISBN 80-7113-098-2

CHRÁSTKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1369-4

FIRTHOVÁ, P., LUFFOVÁ, G., OLIVER, P. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-21-3

FRANKL, V. F. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996, ISBN 80-85319-50-0

FURGER, F. *Etika seberealizace, osobních vztahů a politiky*. 1. vyd. Praha: Academia 2003, ISBN: 80-200-1061-0

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

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků, 1998, ISBN 80-7013-310-4

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Galén, 1997, ISBN 80-85824-X

HENNEZEL, M. *Smrt z blízka. Umírající nás učí žít*. 1. vyd. Praha: ETC Publishing, 1997, ISBN: 80-86006-15-8

INGLETONOVÁ, C., PAYNEROVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. E. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-25-1

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003, ISBN 80-7254-329-6

- LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl (Logoterapeutická útěcha v krizi)*. 1. vyd. Brno: Cesta, 1998, ISBN: 80-85319-79-9
- MATOUŠEK, O., KODÝMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, ISBN: 80-7367-002-X
- NULAND, S. B. *Jak lidé umírají*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1996, ISBN 80-7176-264-4
- NYTROVÁ, O., PIKÁLKOVÁ, M. *Etika a logika v komunikaci*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2007, ISBN 978-80-86723-45-7
- PAVLINCOVÁ, H. A KOLEKTIV *Slovník Judaismus, Křesťanství, Islám*. Praha: Mladá fronta, 1994
- PLACHETKA, J., MÉZL, Z. *Velký slovník citátů a přísloví*. Praha: Academia, 1996, ISBN: 80-200-0602-8
- POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?* 1. vyd. Praha: Dita, 1996, ISBN 80-85926-075
- RADBUCH, L., PAYNE, S. A KOLEKTIV *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: EJPC Cesta domů, 2009, ISBN 278-281
- SÍGL, M. *Co víme o smrti*. Praha: Epoque, 2006. ISBN 80-87027-11-6
- SKOBOLÍK, J. *Přehled křesťanské etiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-357-1
- SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L. *Umřít doma*. 1. vyd. Brno: 2008, ISBN 978-80-254-2788-0
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, ISBN 978-80-247-1733-3.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo 1999,
- THOMASMA, D. C., KUSHNEROVÁ T. *Od narození do smrti. Etické problémy v lékařství*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000, ISBN 80-204-0883-5
- VIRT, G. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad, 1999, ISBN 80-7021-330-9
- VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOL. *Paliativní medicína, druhé přepracované a doplněné vydání*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0279-7

ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ: *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, etický kodex sester. Charty práv pacientů. České ošetrovatelství*. Institut pro další vzdělávání pracovníků v Brně 1998, ISBN 80-7013-270-1

Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky), Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004, ISBN 80-239-2832-5.

Jiné zdroje:

Časopis Komfort 3/2005

MÜLLEROVÁ, I. Bakalářská práce. Praha, 2010.

Elektronické zdroje:

Dotazník [online]. 2011 [cit. 2011-12-02].

Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/studmaterialy/kohdotaznik.htm>

Palliativmedizin [online]. 2011 [cit. 2011-11-15].

Dostupné z: <http://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-arbeitsgruppen.html>

Umírání, Cesta domů [online]. 2012 [cit. 2012-01-17].

Dostupné z: <http://www.umirani.cz/paliativni-pece.html>

Umírání [online]. 2007 [cit. 2011-11-05].

Dostupné z: <http://umirani.cy/res/data/006/00075.html>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Hippokratova přísaha.....	I.
Příloha B – Etický kodex sester.....	II.
Příloha C – Dotazník ČR.....	IV.
Příloha D – Fragebogen.....	VI.
Příloha E – Pastorační dopis.....	IX.
Příloha F – Charta práv umírajícího.....	XI.
Příloha G – Rešerše.....	XII.

PŘÍLOHY

Příloha A – Hippokratova přísaha

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

Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou stejní jako moji bratři. Pokud znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy.

Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku.

Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné. Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k abortu. Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny, a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí. Do všech domů, kam vstoupím, budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků.

Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

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

Příloha B – Etický kodex sester

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články Kodexu

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií. Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře. Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří

profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

Příloha C – Dotazník ČR

Vážení,

níže uvedený dotazník obsahuje otázky vztahující se k tématu diplomové práce, která je zaměřena na problematiku paliativní péče v hospicových zařízeních. Cílem průzkumu je ověřit, zda je veřejnost informována o práci a péči lidí v hospicových zařízeních.

Dotazník bude vyhodnocen zcela anonymně, výsledky dotazníkového šetření budou použity výhradně pro účely diplomové práce. Projevíte-li zájem, vyhodnocené výsledky dotazníkového šetření ráda zašlu na Vaši adresu.

Děkuji za Vaši ochotu vyplnit tento dotazník a pomoci druhým, kteří se touto problematikou zabývají.

Iveta Müllerová

Pokyny k vyplnění: vyhovující odpověď zakroužkujte a některé prosím vyplňte.

1) Co je hospic?

- a) rehabilitační zařízení
- b) domov pro seniory
- c) zařízení poskytující paliativní péči
- d) nemocnice

2) Je určena hospicová péče jen nemocnému?

- a) ano
- b) ne

3) Mobilní hospic je?

- a) péče o nemocného v nemocničním zařízení (LDN)
- b) péče o nemocného v zařízení pro seniory
- c) péče poskytující v domácím prostředí nemocného
- d) ambulantní péče

4) Je mobilní hospic služba běžně dostupná a hrazená ze zdravotního pojištění?

- a) ano
- b) ne

5) Je hospicová péče dostatečně zastoupená v celé ČR?

- a) ano
- b) ne

6) Kolik terminálně nemocných umírá v hospicových zařízeních?

- a) 2 %
- b) 3 %
- c) 5 %
- d) 10 %

7) Patří kvalita péče o umírající v ČR do první patnáctky v rámci Evropy?

- a) ano b) ne

8) Je v ČR povolena eutanazie?

- a) ano b) ne c) jen v některých případech je povolena

9) Znáte pojem paliativní péče?

- a) Ano, znám b) slyšel jsem, ale nevím přesně co to je c) nikdy jsem to neslyšel

10) Když je to lékaři nepříjemné, nemusí pacientovi sdělit informaci o jeho diagnóze?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy je lepší říci milosrdnou lež

11) Dal byste svého blízkého do hospicového zařízení?

- a) ano b) ne c) nevím

12) Kde mohu získat informace o hospicích? Prosím vypište.

13) Víte, zda máte ve svém nejbližším okolí hospicové zařízení?

- a) ano b) ne

Vypiš zařízení: -----

Pohlaví: a) žena b) muž

Prosím zakroužkujte vaši věkovou hranici:

- a) 15–25
- b) 26–50
- c) 51–65 a více

Děkuji za Váš čas, který jste strávil/a vyplňováním dotazníku.

Příloha D – Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

dieser Fragebogen enthält Fragen zum Thema meiner Diplomarbeit, die sich mit der Problematik der Palliativpflege in Hospizeinrichtungen beschäftigt.

Das Ziel der Umfrage ist festzustellen, ob die Öffentlichkeit über die Arbeit und Pflege in Hospizeinrichtungen informiert ist.

Der Fragebogen wird absolut anonym ausgewertet. Die Ergebnisse werden ausschließlich für die Zwecke der Diplomarbeit benutzt.

Falls Sie sich für die Ergebnisse interessieren, sende ich Ihnen diese gerne zu.

Ich bedanke mich für Ihre Bereitschaft, meinen Fragebogen auszufüllen und dadurch den Leuten zu helfen, die sich mit dieser Problematik beschäftigen.

Iveta Müllerová

Kreisen Sie bitte die passenden Antworten ein.

1) Was ist ein Hospiz?

- a) Eine Rehabilitationsanstalt
- b) Ein Altersheim
- c) Eine Einrichtung für die Palliativpflege
- d) Ein Krankenhaus

2) Wenn jemand aus einer Familie krank ist, ist die Hospizpflege nur für den Kranken bestimmt?

- a) ja b) nein

3) Was ist ein mobiles Hospiz?

- a) Die Pflege eines Kranken in einem Krankenhaus (Abteilung für die langfristig kranken Patienten)
- b) Die Pflege eines Kranken in einem Altersheim
- c) Die Pflege eines Kranken bei ihm zu Hause

d) Eine ambulante Pflege

4) Ist die Dienstleistung eines mobilen Hospizes eine übliche Dienstleistung und von den Krankenkassen erstattet?

a) ja b) nein

5) Gibt es in ganz Deutschland eine ausreichende Hospizpflege?

a) ja b) nein

6) Wie viel tödlich kranke Patienten sterben in Hospizeinrichtungen?

a) 2%

b) 3%

c) 5%

d) 10%

7) Gehört die Qualität der Pflege um einen Sterbenden in Deutschland unter die ersten fünfzehn Staaten in Europa?

a) ja b) nein

8) Ist in Deutschland die Euthanasie erlaubt?

a) ja b) nein c) sie ist nur in einigen Fällen erlaubt

9) Kennen Sie den Begriff Palliativpflege?

a) Ja, kenne ich

b) Ich habe den Begriff schon gehört, aber ich weiß nicht ganz genau, was das ist

c) Diesen Begriff habe ich nie gehört

10) Ist ein Arzt verpflichtet, dem Patienten genaue Informationen über seine Diagnose mitzuteilen?

a) ja

b) nein

c) ab uns zu ist es besser, eine barmherzige Lüge zu sagen

11) Ein Mensch, der einen Kranken pflegen möchte, hat immer einen Anspruch auf eine Arbeitsfreistellung.

a) ja b) nein

12) Würden Sie einen Nahestehenden in eine Hospizeinrichtung unterbringen?

a) ja b) nein c) ich weiß nicht genau, hängt von der Situation ab

13) Wissen Sie, wo Sie nähere Informationen zum Hospiz-Thema bekommen können?

a) ja b) nein

Wenn ja, wo?

14) Wissen Sie, ob sich in Ihrer Umgebung eine Hospizeinrichtung befindet?

a) ja b) nein

Wissen Sie den Namen?: -----

Geschlecht: a) weiblich b) männlich

Altersgruppe:

a) 15-25

b) 26-50

c) 51-65 und mehr

Danke sehr für Ihre Zeit.

Iveta Müllerová

Příloha E – Pastorační dopis

Pastorační dopisy přinášejí radost a naději

Během několika posledních let jsem napsala desítky pastoračních dopisů do hospiců, nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných, domovů seniorů, ale také do protialkoholních léčeben, do zařízení chráněného bydlení a rovněž do zahraničí. Díky tomu jsem si ověřila, že kromě osobní pastorační, návštěvy (například v hospici), a vedle telefonických rozhovorů s nemocnými hrají velkou a v každém případě rozhodně nezanedbatelnou roli i samotné dopisy. Klasická korespondence je obvykle velmi vítaná a oceňovaná. Adresát si dopisy uloží do zásuvky svého nočního stolku a občas si je znovu pročítá. Promýšlí si některé formulace ve chvíli, kdy mu to jeho stav dovolí, kdy je méně unaven. Opakuje si příjemné vzpomínky, milá a přátelská slovní ocenění, vrací se k uvedeným citátům z Bible, poezie, citacím z různých klasiků prózy, z antických i soudobých myslitelů. Zvláště osoby starší mají v oblibě tuto formu kontaktu se svými duchovními, sestrami a bratřími z náboženské obce. Ne každý si potrpí na SMS a spokojí se pouze s tímto typem komunikace – a když, tak spíše informativně a pouze doplňkově. Dopis má tu výhodu, že se k němu lze navracet, vzít ho do ruky, opakovaně pročítat a nově chápat i citově vnímat, nad některými řádky pustit svou fantazii „na špacír“. Bývají k němu připojeny kresby (nejen od dětí) a fotografie. Korespondence je duchovní, lidskou a citovou oporou. Nemocný si uvědomuje, že pro své bližní něco znamená, že na něho myslí. Pamatují si, co má rád, na co je hrdý, udělají si na něj zkrátka čas. Mají s ním hlubší pouto, berou ho do svých přímluvných modliteb. Čtenář dopisu se dozvídá, co se děje v jeho náboženské obci, o jakých otázkách víry lidé hovoří a přemýšlejí, co zaznělo v kázání nebo na biblické, co bližní prožili hezkého a humorného, jaké novinky jsou v rodinách, co členy náboženské obce povzbuzuje a spojuje. Společné vzpomínky mají také svou váhu, nemocný člověk si uvědomuje, že ho druzí vnímají, znají ho a rozumějí mu. Pamatují si jeho dobré skutky a moudrý přístup k životu, cítí s ním a přejí mu všechno dobré a požehnané. Na dopis je možné i navazovat.

Musím říci, že mi nedávno udělal velkou radost telefonát sestry Hanky, která tráví nyní své dny v hospici, kde ji duchovní i členové naší náboženské obce i klubu Dialog na cestě pravidelně navštěvují: „Děkuji ti za dopis, musím říci, že je pro mne velkou oporou,“ řekla mi do mobilu. Je vidět, že doplnění návštěv korespondencí může být citlivým řešením opravdové komunikace, upřímného a živého dialogu.

Olga Nytrová

Příloha F – Charta práv umírajícího

- Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději a vůbec nezáleží na tom, zda se mění moje životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit po svém 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 v „zachování pohodlí a kvality života“.
- Mám právo nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na mé otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc od 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 nebýt souzen pro některá má rozhodnutí, která se přičítá přesvědčením ostatních.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí rozumět mým potřebám a jimž bude zadostiučiněním, když mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských důstojných práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.

Příloha G – Rešerše

1

Klíček po druhé / [The small key for the second] / Blanka Kovaříková --
čeština

In: Grant -- [CZ] -- , č. 8 (1998), s. 8–9.

Plány na zřízení dětského hospice pro nevyléčitelné nemocné děti. Příprava objektu bývalé školy v Malejovicích.

Pomoc pro rodiče nemocných dětí. Finanční zabezpečení projektu a osvětová kampaň o dětském hospici. Nadace a Sdružení Klíček – vypracování projektu na Středisko pro rodiče dětí hospitalizovaných ve FN Motol.

2

Jaký může mít lidské utrpení smysl? / [What sense can the human suffering have?] / Markéta Lehovcovová --

čeština -- Lit. 4

In: Psychologie dnes -- [CZ] -- Roč. 10, č. 2 (2004), s. 26–27.

Paliativní péče a logoterapie dlouhodobě nemocných a umírajících.

Ošetrovatelskou péčí musí doprovázet psychická a spirituální pomoc.

Realizace hodnoty postoje a hledání smyslu lidského utrpení. Psychologická pomoc rodině a pozůstalým.

3

Zycie cudem jest - cudem jest cierpienie / [Život je div - divem je i utrpení] /

Magdalena Walachowska --

polština -- Lit. 7

In: Szkoła specjalna -- [PL] -- Roč. 63, č. 1 (2002), s. 22–24.

Stručná úvaha o místě utrpení v životě současného člověka, který je přesvědčován, že vrcholem života je spotřeba a myšlenky na bolest a smrt si často nechce připustit. Problematika eutanazie. Existence hospiců a jejich přínos pro tlášení bolesti a pomoc nevyléčitelné nemocným.

životní cyklus ; život ; úmrtí ; bolest ; nemoc ; interpersonální vztahy ; Polsko

4

Sztuka i medycyna zwyciezyc ból odchodzenia / [Uměním a medicínou přemoci bolest odchodu] / Jan Wiktor

Sienkiewicz -- polština -- Lit. 16

In: Szkoła specjalna -- [PL] -- Roč. 54, č. 2 (2002), s. 96–100.

Vznik prvního hospice ve Velké Británii v polovině 60. let 20. století, činnost dr. Cicely Saunders a vliv, který měl na její rozhodnutí věnovat se umírajícím Polák David Tasma. Její spolupráce s malířem polského původu Marianem Bohuszem-Szyszkou.

život ; úmrtí ; stáří ; nemoc ; hospitalizovaný ; nemocnice

5

Domov pro nevléčitelně nemocné děti v Anglii / [] / Jan Picman -- čeština

In: Výchova a vzdělání -- [CZ] -- Roč. 1, č. 7 (1990/91), s. 153.

Stručná, zajímavá zpráva o návštěvě "Hospice" známého pod jménem Helen House v Oxfordu. Objekt, pacienti, pracovní tým, kontakty s rodinami.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Iveta Müllerová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Hospice a paliativní péče

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 80

Celkový počet stran příloh: 13

Počet titulů české literatury a pramenů: 32

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: PhDr. Olga Nytrová