

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH LIDÍ V HOSPICI ŠTRASBURK

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Libuše Mikšová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

V Českých Budějovicích 17. 8. 2009

ABSTRACT

The title of the bachelor's thesis is: The needs of dying people in Štrasburk Hospice. It deals with the issue of how to accommodate needs of dying people. A dying human being has needs of various kinds: biological, psychological, social and spiritual. Palliative care in hospices is characterised by the fact it provides the client, i.e. the dying man/woman, with complex treatment which is focused on satisfying all of the said needs. The goal of such care is to accomplish the best possible quality of life in clients and their families.

The theoretical part dwells on palliative care and palliative medicine, history of hospices, the status quo in palliative care in hospices around the Czech Republic, and particular details of the care provided in hospices. Later, it explains in detail the terms of suffering, pain, dying, and death. It takes a perspective of human needs and subsequently the needs of dying man, it includes a detailed summary of individual needs. Further on, it discusses the issues of telling people the truth, how to attend the dying people, and pastoral care/counselling.

The research part of the thesis is based on the qualitative survey using the methods of questioning and technique of non-standardized, semi-controlled interview. Another additional method introduced in the research was involved observation. The research group contained 9 clients of the Štrasburk Hospice. The objective was to monitor the fulfilment of a holistic approach to hospice clients and to find out which of their needs are saturated only thanks to hospice care and, while dying, which needs are considered most important by the clients.

The outcome of the survey showed that the hospice provides a complex care which includes meeting the biological, psychological, social, and spiritual needs of the clients. Fulfilment of the spiritual needs could be improved in some aspects. It was also concluded that among the needs saturated only thanks to the hospice care, sufficient privacy ended first as the most valued service provided, staff attitude was the second most valued quality, and better surroundings ended third. The most essential needs from

clients' perspective are: not to be left alone, stay close to their families and friends, not to suffer from pain.

ABSTRAKT

Název mé bakalářské práce je: Potřeby umírajících lidí v Hospici Štrasburk.

Bakalářská práce se zabývá problematikou uspokojování potřeb umírajících lidí. Umírající člověk má potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Hospicová paliativní péče je právě charakteristická tím, že poskytuje svému klientovi, tedy umírajícímu člověku, komplexní péči, která je zaměřená na uspokojování všech zmíněných potřeb. Cílem péče je dosažení nejlepší možné kvality života klientů a jejich rodin.

Teoretická část práce popisuje paliativní péči a paliativní medicínu, historii hospicového hnutí, situaci hospicové paliativní péče v ČR, specifika péče v hospici. Dále podrobněji popisuje termíny utrpení, bolest, umírání a smrt. Věnuje se potřebám člověka a z nich odvozeným potřebám umírajícího člověka, popisuje podrobněji jednotlivé potřeby. Dále se také zabývá sdělováním pravdy umírajícímu, tomu, jak doprovázet umírající a pastorační péčí.

Pro vypracování výzkumné části bakalářské práce bylo použito kvalitativního výzkumu, metoda dotazování, technika nestandardizovaného polořízeného rozhovoru. Pomocnou metodou bylo zúčastněné pozorování. Výzkumný soubor tvořilo 9 klientů Hospice Štrasburk. Cílem práce je zmapovat naplnění holistického přístupu ke klientům hospice a dále zjistit, které z potřeb jsou saturovány pouze díky hospicové péči, a které potřeby se z pohledu klienta stávají v umírání nejdůležitějšími.

Bylo zjištěno, že v hospici je poskytována komplexní péče, která zahrnuje naplňování biologických, psychologických, sociálních i spirituálních potřeb klientů. Naplňování spirituálních potřeb by se dalo v některých aspektech zlepšit. Dále bylo zjištěno, že na prvním místě potřeb, které jsou saturovány pouze díky hospicové péči, je dostatek soukromí, na druhém místě je oceněn přístup personálu, na třetím místě je lepší prostředí. Nejdůležitější potřeby v umírání z pohledu klienta jsou: nebýt sám, být s blízkými, s rodinou a netrpět bolestí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Potřeby umírajících lidí v Hospici Štrasburk vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

Libuše Mikšová

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Zimmelové, PhD., vedoucí mé bakalářské práce, za pomoc, vstřícný přístup, za cenné rady, které mi poskytla v průběhu zpracování této práce. Děkuji personálu Hospice Štrasburk za vřelé přijetí a za pomoc, které se mi zde dostalo. Dále velmi děkuji klientům Hospice Štrasburk za ochotu, otevřenost a cenné informace, které mi poskytli. Někteří z nich už nejsou mezi námi.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. SOUČASNÝ STAV.....	10
1. 1 Paliativní medicína, paliativní péče a paliativní léčba.....	10
1. 2 Obecná a specializovaná paliativní péče.....	12
1. 3 Historie hospicového hnutí.....	13
1. 4 Situace hospicové paliativní péče v ČR.....	14
1. 5 Utrpení a bolest.....	17
1. 6 Umírání a smrt.....	18
1. 7 Teorie potřeb člověka.....	20
1. 7. 1 Potřeby vážně nemocného – umírajícího člověka.....	21
1. 8 Sdělování pravdy umírajícímu.....	26
1. 9 Jak doprovázet umírajícího.....	28
1. 10 Pastorační péče.....	30
1. 11 Hospic Štrasburk v Praze.....	33
2. CÍL PRÁCE.....	34
3. METODIKA.....	35
3. 1 Použitá metodika.....	35
3. 2 Charakteristika výzkumného souboru.....	36
4. VÝSLEDKY.....	37
4. 1 Výsledky rozhovorů s klienty hospice.....	37
4. 1. 1 Charakteristika souboru.....	37
4. 1. 2 Přepis rozhovorů s klienty.....	39
4. 1. 3 Shrnutí výsledků rozhovorů.....	58
5. DISKUZE.....	64
6. ZÁVĚR.....	72
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	77
9. PŘÍLOHY.....	78

ÚVOD

Umírání a potřeby umírajících lidí je téma, které by zasloužilo větší pozornost celé společnosti. Když mi před jedenácti lety zemřela moje babička, už tehdy jsem cítila, že to, jak odešla, nebylo v pořádku - v nemocnici, daleko od svých blízkých, s obrovským nevyřešeným problémem, který se týkal vztahů jejích dětí, a který ji tolik bolel. Tehdy jsem o umírání nevěděla vůbec nic, byla to první moje zkušenost. Před dvěma roky odešel můj tchán. Tehdy jsem si už plně uvědomovala, že mnoho věcí při jeho odchodu z tohoto světa mělo být jinak. Velmi špatná péče v nemocnici, špatná komunikace lékařů s ním i s námi – rodinou. Pravdu o jeho zdravotním stavu lékaři mlžili skoro do posledních chvil jeho života nejenom jemu, ale i jeho rodině, až do úplného konce. O tom, že umírající člověk má nějaké potřeby, nemohla být ani řeč, to vůbec nikoho nezajímalo. Takto ale bohužel umírá většina lidí, což je velmi smutná a nežádoucí situace.

Smrt je něco, čím se zdravý člověk radši nezabývá, vyvolává v nás pocity strachu a velkého neznáma. Sice je to přirozená věc, týká se to nás všech, ale tím, že jsme si zvykli, že lidé umírají většinou ve zdravotnických institucích, stala se věc nepřirozenou. V minulosti lidé umírali doma, v přítomnosti svých blízkých, což bylo pro umírajícího to nejlepší, o všechny jeho potřeby tak bylo postaráno. Přestože jsme moderní společnost, vědecký rozvoj jde velmi rychle dopředu, a to samozřejmě i v medicíně, potřeby umírajících jsou na okraji zájmu. Naši předci byli v tomto směru velmi moudří a my se, za velkého a neúnavného úsilí dnes již mnoha lidí, kteří prosazují myšlenky hospicového hnutí, snažíme opět akceptovat a zdůrazňovat tyto potřeby.

Hospic, díky paní Svatošové, už není pojmem neznámým. Je to místo, kde člověk může důstojně zemřít, kde je postaráno o všechny jeho potřeby. Mé výše zmiňované životní zkušenosti nasměrovaly můj zájem právě směrem k potřebám umírajících lidí, a proto se staly tématem mé bakalářské práce. Díky všem těmto okolnostem jsem dostala možnost seznámit se s hospicem, v mém případě s Hospicem Štrasburk v Praze, zažít jeho atmosféru, zažít všechny ty lidi, ať už klienty nebo

personál, seznámit se s péčí a vyzkoušet si péči o umírající, posoudit naplňování potřeb umírajících. Díky za tuto možnost.

Kde je život, který jsme ztratili v průběhu žití?

Kde je moudrost, kterou jsme ztratili okouzlení věděním?

Kde je vědění, které jsme ztratili okouzlení informacemi?

T. S. ELIOT

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Paliativní medicína, paliativní péče a paliativní léčba

Paliativní neboli útěšná medicína je uceleným a nadějným systémem pomoci umírajícím a jejich rodinám. Lze ji poskytovat ve zvláštních zařízeních, která se jmenují hospice, a které je nutné i možné v přiměřené míře včlenit do současného systému vítězné medicíny.¹ Veřejnost často chápe paliativní medicínu jako novou disciplínu, ve skutečnosti je však asi nejstarším lékařským oborem, protože až do novověkého pokroku medicíny jen u mála nemocí byla k dispozici účinná léčba. Ale i dnes dochází k tomu, že kurativní medicína se ocitá u konce svých možností.²

Neexistuje jednoznačná a všeobecně přijímaná definice paliativní medicíny a paliativní péče. Definice Světové zdravotnické organizace (WHO): „Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“³

Světová zdravotnická organizace (WHO) dále konstatuje, že paliativní péče podporuje život a považuje umírání za normální proces, ani neurychluje, ani neoddluže smrt, poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů, začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty, vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti.

Paliativní, neboli útěšná a zmírňující medicína, péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou.⁴ Paliativní péče je profesionální, holistická a interdisciplinární a má být poskytnuta všem umírajícím pacientům bez ohledu na

¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3

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

³ VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7

⁴ HOSPICE.CZ *Co je paliativní léčba, péče a medicína?* [on line]. 21. 11. 2001 [cit.2009-03-09]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html>.

diagnózu či typ zdravotnického zařízení. Jde o kontinuální péči od všeobecného přístupu až po specializovanou disciplínu.⁵

Paliativní péče:

- chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk tuto závěrečnou část svého života se všemi jeho fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá zcela individuálně
- chrání důstojnost nevléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života
- vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní projevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění
- neodstranitelnou bolest se snaží kompenzovat citlivým lidským přístupem
- je založena na týmové spolupráci a zahrnuje v sobě lékařské, psychologické, sociální a duchovní aspekty
- ke zmatenosti pacientů s onkologickým onemocněním přistupuje stejně citlivě a lidsky jako k léčbě bolesti
- nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili ve společnosti svých blízkých a v důstojném a vlídném prostředí
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka
- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající, a prosazuje stálé sledování nejvyšší kvality této péče a nárok pacienta na tuto péči, naplňuje přání nemocného nebýt v posledních chvílích života sám⁶

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

⁵ KELNAROVÁ, J. *Tanatologie*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2

⁶ OSOBNIASISTENCE.CZ. *Paliativní péče*. [on line]. [cit.2009-03-09]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=3>.

1.2 Obecná a specializovaná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění poskytovanou zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Základem je sledování, rozpoznávání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu života pacienta (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k autonomii pacienta, citlivá 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.

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče, která je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků speciálně vzdělaných v oboru paliativní péče, kteří mají potřebné zkušenosti. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu.

Základní formy specializované paliativní péče

- zařízení domácí paliativní péče, tj. mobilní hospic
- hospic jako samostatné lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (v rámci nemocnic a léčeben)
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení
- specializovaná ambulance paliativní péče
- denní stacionář paliativní péče
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.)⁷

⁷ UMIRANI.CZ. *Definice paliativní péče*. [on line]. [cit.2009-03-09]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=20&lang=cs>.

1.3 Historie hospicového hnutí

Koncept celostní péče o těžce nemocného pacienta byl součástí evropské medicíny po staletí. Tento koncept zahrnoval péči nejen o „tělo“ pacienta, ale také o jeho „duši“ a sociální prostředí. Již ve středověku při některých klášterech vznikaly útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. V roce 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyonu společenství žen (vdov), které plně pečovalo o nevléčitelně nemocné a které v Paříži v roce 1847 otevřelo první dům pojmenovaný hospic. Právě v souvislosti s dílem J. Garnierové získalo slovo „hospic“ svůj význam jako místo, kde je pečováno o pacienty na konci jejich života.⁸

Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště a byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Pobývali zde zpravidla několik dní unavení poutníci směřující do Palestiny. Zde nabírali síly na další dalekou cestu. Hospic vedl člověk schopný vést nejen hostinec, ale současně se vyznal i v ranhojičství. Středověký hospic poskytoval na nejzákladnější úrovni vše, co lze moderní terminologií nazvat bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem.⁹

V roce 1878 založila Marie Aikenheadová v Dublinu kongregaci Sester lásky, jejichž hlavním posláním bylo doprovázení umírajících při umírání. Tato komunita založila několik hospiců v Irsku a v Anglii. Mezi nimi byl i hospic sv. Josefa v Londýně, kde pracovala po 2. světové válce Cicely Saundersová, která je považována za zakladatelku moderního hospicového hnutí, jemuž zasvětila celý svůj život. V padesátých letech 20. století zde Saundersová postupně formulovala zásady lékařské péče, přizpůsobené potřebám a situaci nevléčitelně nemocných. Významné jsou její výzkumy zaměřené na použití perorálního morfinu v léčbě chronické nádorové bolesti. Souhrnem jejích základních myšlenek je koncept „celkové bolesti“. Tělesná bolest je nerozlučně spjata a vzájemně se ovlivňuje s utrpením-bolestí v oblasti psychické, sociální a duchovní. Právě u terminálně nemocných a umírajících je zásadní tato vzájemná provázanost a jednotlivé složky bolesti nelze mírnit odděleně. Přístup

⁸ VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0279-7

⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN-978-80-7262-471-3

doktorky Saundersové spojil láskyplnou, soucitnou péči s propracovanými medicínskými zákroky zaměřenými především na paliativní péči .

V roce 1967 založila C. Saundersová v Londýně hospic sv. Kryštofa, kde poprvé pečoval o „celkovou bolest“ terminálně nemocných interdisciplinární tým.¹⁰ V současné době je nazýván „mateřským domem“ hospicového hnutí. Principy paliativní péče mají stále více příznivců a poptávka po hospicové péči stále stoupá. V České republice se o vznik prvního hospice – Hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995 - zasloužila lékařka Marie Svatošová. Ta byla oceněna v roce 2002 státním vyznamenáním Medaile za zásluhy za šíření myšlenek hospicového hnutí a péče o umírající. Odhaduje se, že ve světě je více než 2000 hospiců a hospicová péče je poskytována na více než 8000 místech moderního světa.¹¹

1. 4 Situace hospicové paliativní péče v ČR

Před listopadem 1989 byl hospic v České republice pojmem téměř neznámým. V současnosti je u nás 10 hospiců a v nich 280 lůžek. Světová zdravotnická organizace uvádí, že minimální potřebný počet hospicových lůžek je 5 na 100 000 obyvatel. Přepočteno to znamená přes 500 lůžek pro celou ČR. Na hospicovou péči u nás je stále pohlíženo jako na zbytnou, tedy takovou, kterou především z finančních důvodů v současnosti nepotřebujeme, i když se v praxi osvědčila a to navzdory demografickému vývoji, kdy dochází ke stárnutí populace a prodlužuje se lidský věk. Přitom kvalitní paliativní péče je známkou vyspělosti a kulturnosti státu, společnosti.¹²

Hospic a specifika péče v hospici

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a z potřeb pacienta – biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Hovoříme o holistickém přístupu. Respektuje autonomii nemocného, jeho individuální

¹⁰ VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0279-7

¹¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN-978-80-7262-471-3

¹² ČERMÁK, M. *Hospicová paliativní péče*. [on line]. 19. 2. 2007 [cit.2009-03-09]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>

právo rozhodnout se. V hospici je pacientovi poskytována paliativní, především symptomatická léčba a péče, která se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Pacientovi v hospici je zaručeno:

- že nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- vždy bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane sám.¹³

Hospicová péče je zvláštní způsob péče, založený na dvou zásadách: umírající člověk by měl mít možnost si vybrat, jak zbývajících čas prožije, a tento zbývajících čas by měl být pokud možno co nejklidnější a bezbolestný.¹⁴ Hospicová péče je jednou z možností péče o paliativní pacienty a má svá specifika a výhody oproti jiným typům zařízení, které pečují o pacienty s podobnými indikacemi. Hospic poskytuje komplexní péči, která zahrnuje nejenom zdravotní ošetrovatelskou péči, ale zajišťuje také velmi důležitou sociální, psychologickou péči a duchovní podporu. Služby se netýkají jenom samotného pacienta, ale také jeho blízkých, kteří mají možnost jej v zařízení doprovázet.

Posláním hospice je zajištění co nejvyšší dosažitelné kvality života nemocnému i jeho rodině v této náročné životní situaci. Přesto, že má pacient nepříznivou prognózu, může zbývajících část života prožít aktivně, bezbolestně a svým způsobem radostně. Jak říká Marie Svatošová: „Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny.“¹⁵ Důraz je zde kladen na respektování oprávněných individuálních požadavků a zájmů nemocného, zajištění dostatečného soukromí a důstojnosti.

Hospice, pokud je potřeba, se věnují rodině a to i po smrti nemocného. Byla učiněna zkušenost, že umírající člověk představuje často menší problém, zatímco větší problém mají rodinní příslušníci. O těchto důvodech vypovídá úsloví: Při vlastní smrti člověk jen umírá, ale při smrti druhého musí žít. Hospicové hnutí z toho vyvodilo závěr,

¹³ VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0279-7

¹⁴ CALLANANOVÁ, P., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad, Cesta domů, 2005. ISBN 80-7021-819-3

¹⁵ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo 2003. str. 123. ISBN 80-902049-4-5

že péči potřebují jak umírající, tak jejich příbuzní. Pokud se podíváme na potřeby doprovázejících lidí, vidíme, jak úzce jsou jejich přání provázána s přáním umírajících: trápí-li se umírající, zoufají si jeho příbuzní. Daří-li se příbuzným špatně, trpí také umírající. Umírající člověk zpravidla očekává, že nezůstane při umírání sám, a že jej v této závěrečné části jeho života bude někdo doprovázet. Doprovázení umírajících zahrnuje mnoho aspektů: ošetřování (např. bolestí), léčbu (např. panického strachu), zastupování, péči (základní i paliativní), opatrování (příp. také právní zastupování), zprostředkování lidské blízkosti, navazování kontaktů, obnovování či zajištění kvality života, péče o udržení autonomie, ulehčení, přítomnost.¹⁶ Cílem doprovázení je pomoci umírajícímu a jeho blízkým co nejrychleji a nejšetrněji projít fázemi, které charakterizovala Kübler-Rossová a pomoci jim dozrát do fáze smíření, akceptace. Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně.¹⁷

Hospice jsou malá zařízení, jejich kapacita je 15 až 30 lůžek a převládá zde domácí atmosféra. Pokoje jsou zpravidla jednolůžkové s přistýlkou pro blízkou osobu. Nezbytný je vysoký počet ošetřujícího personálu, aby byla maximálně zajištěna individuální péče o pacienta. Indikací k přijetí je splnění následujících podmínek:

- nemoc ohrožuje nemocného na životě
- potřebuje paliativní léčbu nebo péči
- není nutná hospitalizace v nemocnici
- domácí péče nestačí nebo není možná.¹⁸

Hospic poskytuje své služby všem bez rozdílu a rozhodujícím kritériem pro přijetí je pouze zdravotní indikace potvrzená vysílajícím lékařem. O přijetí pak rozhoduje odborná komise, která v případě, kdy všechna lůžka jsou plně obsazená, upřednostňuje žadatele, kteří jsou ve stavu vyžadujícím neodkladnou péči.

¹⁶ STUDENT, J., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1

¹⁷ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo 2003. ISBN 80-902049-4-5

¹⁸ ČERMÁK, M. *Hospicová paliativní péče*. [on line]. 19. 2. 2007 [cit.2009-03-09]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>

1. 5 Utrpení a bolest

Závazek lékařů zbavit člověka utrpení se táhne od starověku. Utrpení je širší pojem, nezahrnuje pouze bolest. Utrpení může být užíváno v určitém smyslu jako bolestivý fyzický vjem, ale také zahrnuje čistě citové prožitky nebo duševní stavy, jako např. nepříjemné vzpomínky. Utrpení je jakýsi velmi subjektivně prožívaný stav. Člověk může trpět na různých dimenzích své osobnosti: fyzické, psychické, sociální či spirituální.¹⁹

Dnes již víme téměř vše o patofyziologických podkladech tělesných příznaků včetně bolesti a o tom, jakým způsobem a na jaké úrovni lze do jednotlivých procesů zasahovat a účinně je tak tlumit. Už se nemusíme bát, že někdo „nesnesitelně“ trpí. Vnímání bolesti je totiž vždy ovlivněno i tím, jaký zdroj a smysl této bolesti přisuzuje. Tělesná bolest je velmi úzce a neoddělitelně propojená s trápením jiného rázu. I nepříliš výrazná bolest může vést k utrpení tehdy, má-li trpící podezření, že její příčinou je závažné onemocnění. Naopak i velká tělesná bolest nemusí být vnímána jako nesnesitelná, je-li naděje, že brzy skončí a je-li její důvod jasný.

Podle Cecilie Saundersové je vhodné přistupovat k bolesti z pohledu „celkové bolesti“. Celková bolest obsahuje:

Bolest fyzickou – lze ji rozpoznat a alespoň do určité míry definovat snadněji než složky ostatní.

Bolest sociální – je utrpením spojeným s předtuchou ztráty nebo i se skutečným odloučením od rodiny a přátel a se ztrátou sociální role. Ztráta je středem těchto obtíží.

Bolest emoční (duševní) – je pocitovým komplexem, zahrnujícím duševní otřes, otupělost, hněv, smutek, smlouvání, úzkosti, deprese.

Elizabeth Kübler-Rossová popisuje fáze, jimiž umírající prochází na cestě k přijetí faktu, že umírá. Těmito fázemi však procházejí i nejbližší umírajícího.²⁰

¹⁹ TRMAČ, V. *Umí současná medicína zmírnit všechno utrpení nevléčitelně nemocných?* [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/index2.php?id=690>

²⁰ MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč NE eutanázii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství 2008. ISBN 978-80-7195-258-9

První fází je fáze iniciálního šoku. Je to odezva na příchod vlastní nemoci. Dostavuje se tíseň, mohou být reakce typu „Proč se to stalo zrovna mně?“

Na šok navazuje fáze popření faktu nemoci a stažení se do izolace. „Určitě se to nějak vysvětlí, lékaři se jistě mylí.“

Pak následuje fáze hněvu, agrese, které směřují proti bezprostřednímu okolí umírajícího.

Po období hněvu nastupuje fáze smlouvání. Je to přirozená reakce na tušení, že „jde do tuhého“. Umírající mění svůj žebříček hodnot, dělá velké sliby: „Pokud se uzdravím, pak udělám to a to.“

Na období smouvání navazuje fáze deprese. Je to přirozená reakce na zátěž.

Závěrečnou fází vyrovnávání se se závažným onemocněním je fáze akceptace pravdy. Přijetí pravdy může probíhat dvojím způsobem. Může mít podobu smíření a nastolení důstojného (stoického) klidu nebo může umírající podlehnout rezignaci a zoufalství. Z obecně lidského hlediska je zřejmé, že vážně nemocní mívají častěji sklony k rezignaci než ke smíření a vyrovnání se s celou situací klidně a důstojně. V této fázi může člověku velmi pomoci zakotvení ve víře, které mu umožňuje nahlížet na celou problematiku pod zorným úhlem vlastního smyslu utrpení.²¹

Bolest spirituální (duchovní) – je to utrpení, spojené s odcizením od svého nejhlubšího já, které je často prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu.²²

1. 6 Umírání a smrt

Umírání v širším slova smyslu je především proces, kdy nevléčitelně nemocný člověk žije v relativně dlouhém čase pod znamením hrozící a nakonec realizující se smrti. Člověk se ničeho tolik nebojí, jako právě smrti, toho, že přestane existovat se všemi důsledky. Stejně a možná i více se bojí umírání. Pojem umírání je synonymem terminálního stavu, při němž dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt.

²¹ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6

²² MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč NE eutanázii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství 2008. ISBN 978-80-7195-258-9

Proces umírání je rozdělen do tří částí:

„pre finem“ - období před umíráním

„in finem“ – období umírání

„post finem“ – období po smrti

Období pre finem

Je možné vnímat jako prožívání našeho každodenního života, kdy každým prožitým dnem se blížíme k naší smrti. Uvědomění si tohoto faktu je pro člověka výzvou ve vztahu k vlastnímu smyslu a kvalitě prožívání života.²³ Z hlediska péče je zapotřebí umírajícího uchránit před „sociální smrtí“. Především se v této etapě jedná o vyrovnávání se s letálním onemocněním, kdy umírající prochází fázemi, které popsala Elizabeth Kübler-Rossová.²⁴

Období in finem

Jedná se o umírání v užším slova smyslu. Je to fáze, která bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí. Vlastní smrti obvykle předchází stavy transu různého stupně, po kterých následuje kóma. Trans je změněný stav vědomí. U umírajícího se transem nazývají ty stavy, při nichž je odezva na otázky minimální, nebo úplně chybí. Trans neboli zvrát přecházející do kómatu je stavem hlubokého bezvědomí, umírající nemůže odpovídat na žádné verbální ani neverbální podněty. Kóma je označováno za nejhlubší formu bezvědomí. Kóma je extrémní forma života, z níž člověka nelze probudit.²⁵

Péče v této fázi by neměla být bez taktu a jisté ritualizace. Průběh bývá takový, že po tzv. fázi euforie, která se dostaví několik dní před smrtí (umírajícímu se uleví, znovu projevuje zájem), přichází smrtelné kóma.

Post finem

Je období, které zahrnuje pietní péči o mrtvé tělo, sdělení informace pozůstalým, zařizování pohřbu a samozřejmě pomoc pozůstalým v jejich psychickém strádání – jejich doprovázení.²⁶

²³ MISCONIOVÁ, B..*Péče o umírající hospicová péče*. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>

²⁴ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6

²⁵ MISCONIOVÁ, B..*Péče o umírající hospicová péče*. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>

²⁶ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6

Smrt je zastavení životních funkcí organismu spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je stav organismu po ukončení života.²⁷

Smrt fyzická

Je úplná, trvalá a ireparabilní ztráta vědomí. Donedávna byl měřítkem života tlukot srdce, když ustal, bylo to znamením smrti. Avšak s příchodem nových moderních technologií do medicíny je možné oživit i lidi, jejichž srdce i dech se zastavil. Byly tedy vytvořeny nové definice života a smrti spojené s názorem, že s vyhasnutím funkcí mozku odchází i vědomí, tedy není přítomen ani jedinec. Smrt znamená, že nefunguje žádná část mozku.

Smrt psychická

Je naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou beznadějí a zoufalstvím, které nepochybně usnadňuje nástup smrti fyzické.

Smrt sociální

Je stav, kdy člověk sice žije, ale je neodvratně vyvázan z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů.

Nikdo by neměl umřít dřív psychicky než fyzicky. Opuštění domova, blízkých, přechod do prostředí neznámého, ztráta lásky a naděje je první fází umírání, je počátkem smrti psychické a sociální.²⁸

Problematiku finality života řeší thanatologie, což je nauka, která se zabývá umíráním a smrtí. Je to interdisciplinární obor, protože umíráním a smrtí se zabývá nejenom medicína, ale i filosofie, psychologie, teologie, sociologie.²⁹

1.7 Teorie potřeb člověka

Obecně lze potřeby člověka rozdělit na základní životní potřeby jako je potřeba jídla, vody, kyslíku, bezpečí, a na vyšší životní potřeby jako pocit sounáležitosti, solidarita, radost, pocit pohody atd. Vyšší potřeby jsou na rozdíl od základních potřeb velmi

²⁷ WIKIPEDIA. *Smrt*. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Smrt>

²⁸ MISCONIOVÁ, B..*Péče o umírající hospicová péče*. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>

²⁹ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profesie*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6

individuální a způsoby jejich uspokojování vytváří určitou hodnotovou orientaci v životě každého člověka. Ta je vyjádřena našimi přáními, tužbami, ideály, přesvědčením, a tak vytváří naše životní hodnoty.

Uspokojování potřeb je spojeno s uvědoměním si určitého nedostatku nebo přebytku v organismu nebo ve vlastním sociálním prostředí. Pocit nedostatku vyvolává reakci pro naplnění potřeb. Pokud nejsou uspokojeny životní potřeby, dochází k frustraci, což je stav nelibosti a nepohody. Jedinečnost lidské bytosti a její psychosomatickou jednotu ve vztahu k životním potřebám nejlépe vystihuje holistický přístup. Jedním z nejvýznamnějších představitelů holistické teorie osobnosti patří Abraham Maslow. Popisuje specifické potřeby, které jsou motivačními silami a uspořádává je do hierarchie potřeb. Klasifikace hierarchie potřeb podle Maslowa:

1. Fyziologické potřeby – potrava, teplo, dýchání, vyměšování, rozmnožování, život bez bolesti
2. Potřeba bezpečí a jistoty – hledání jistoty, uhýbání neznámému, hrozivému
3. Potřeba lásky a společnosti – patřit někam, k někomu, být přijímán a milován
4. Potřeba sebeúcty – kladné sebehodnocení i hodnocení ostatních
5. Potřeba seberealizace – stát se tím, čím se chci stát, naplnit své možnosti růstu a rozvoje

Při péči o umírající je možné z této teorie uplatnit zásadu pojetí hierarchie potřeb a jejich důsledků pro psychický stav umírajících.³⁰

1.7.1 Potřeby vážně nemocného – umírajícího člověka

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. Z této definice lze odvodit čtyři okruhy potřeb těžce nemocného člověka: biologické, psychologické, sociální a spirituální. V průběhu onemocnění se prioritita potřeb mění. Na začátku bývají nejdůležitějšími potřeby tělesné, biologické. V preterminálním a terminálním stádiu kromě potřeby zvládnout bolest

³⁰ MISCONIOVÁ, B..*Péče o umírající hospicová péče*. [on line]. [cit.2009-03-09]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>

vystupují do popředí potřeby ostatní, hlavně pak spirituální potřeby. K tomu, aby se smrtelně nemocný cítil dobře, byl v co největší pohodě, nestačí saturovat jen jeho tělesné potřeby. Smrtelně nemocný nikdy nepožádá o eutanázii, jsou-li uspokojeny všechny čtyři okruhy jeho potřeb.³¹

Při hledání odpovědi na otázku, jaké jsou potřeby jednoho konkrétního umírajícího, zda bylo uděláno vše pro kvalitu života umírajícího a jeho blízkých, mohou pomoci následující poznání: Stejně tak jako je každý z nás jedinečnou lidskou bytostí, stejně tak nás čeká jedinečná lidská smrt, kterou každý z nás prožije podobně, ale nikdy ne stejně. Umírající člověk je stále žijící člověk, který se chce radovat, komunikovat se všemi těmi, kteří ho provázeli životem, o to více, o co více se blíží smrt – je stresován verdiktem smrti a každý další stres, ať už psychosomatický či sociální, jeho stav zhoršuje. Umírající lidé se vydávají na cestu o které nic nevědí a kterou jen obtížně zvládají. Žádný, který touto cestou neprošel, nemůže předat zkušenosti druhému.³²

Biologické potřeby

K těmto potřebám patří vše, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i upravenou zvláštním způsobem. Pak tělo potřebuje vyloučit produkty vlastního metabolismu a to co nejpřirozenějším způsobem. Dále potřebuje dostatek kyslíku, což není vždy jednoduché, pokud je nemocí zasaženo srdce či dýchací ústrojí. Ozařování, chemoterapie, hormonální léčba nepříznivě zasahuje do biologických procesů a potřeb člověka a způsobuje mnoho útrap. V důsledku dlouhodobého upoutání na lůžko hrozí riziko vzniku proleženin.³³

Základem uspokojení biologických potřeb je mírnění či odstranění bolesti, zajištění osobní hygieny, zmírnění dýchacích obtíží, zajištění přiměřené výživy, zajištění dostatečného přívodu tekutin, vylučování.³⁴

³¹ SVATOŠOVÁ, M. Postřehy ze školy, kde vyučují umírající. *Kontakt*. České Budějovice: 2003, roč. 5, č. 3, s. 117-121. ISSN 1212-4117

³² MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající hospicová péče*. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>

³³ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5.dopl. vyd. Praha: Ecce homo 2003. ISBN 80-902049-4-5

³⁴ KOMÍNKOVÁ, H. Právo na důstojné umírání. *Sestra*. Praha, roč. 12, č.1, s. 20-21. ISSN 1212-0404

Psychologické potřeby

K těmto potřebám patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to nezávisle na stavu fyzického těla. Člověk je jako jediná živá bytost schopná o sobě přemýšlet, být svým pánem a určovat svůj vlastní život. Tato schopnost tvoří také jeho důstojnost. On sám má právo o sobě rozhodovat. Důstojnost lidské existence spočívá v podstatě v tom, že člověkem, který má svobodu sebeurčení, nesmí nikdo disponovat.³⁵ Každý člověk je jedinečnou osobností, která má také své jedinečné poslání a takového je nutno ho chápat a respektovat zvláště v období, kdy svůj život završuje. Celosvětové hospicové hnutí je založeno právě na těchto zásadách. Znalost fází prožívání nemoci, jak je popsala E. Kübler-Rossová, a signálů, které ukazují na to, v jaké fázi nemocný je, je nezbytným předpokladem pro zdravotníky, kteří pečují o umírající, k zachování lidské důstojnosti v terminálním stádiu nemocného.³⁶

Nemocný potřebuje komunikovat se svým okolím, velice důležitá je neverbální komunikace, naše mimika, gesta, pohyby, postoj, oči, ale i oblečení. Potřebuje pocit bezpečí a i proto je důležité nemocnému nelhat, to se týká jak blízkých lidí tak lékařů. Ztráta důvěry k člověku v době, kdy ho právě nejvíce potřebuje, je velmi bolestná. Daleko bolestnější je ztráta důvěry k blízkému člověku než k lékaři. Platí také zásada říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet.

Mnoho lidí neví, že je velmi potřebné komunikovat s nemocným v agónii. Sestrám, lékařům, ale hlavně doprovázejícím rodinným příslušníkům činí tato dovednost problémy.³⁷ Agónie je velkým tajemstvím a má pro umírajícího velký význam. Je to čas tohoto člověka, není náš, patří jemu. My se jen musíme snažit mu lépe porozumět, naučit se s ním komunikovat, jak jen je to možné, a v rámci možností mu ještě pomoci.³⁸

³⁵ ROTTER, H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad 1999. ISBN 80-7021-302-7

³⁶ KOMÍNKOVÁ, H. Právo na důstojné umírání. *Sestra*. Praha, roč. 12, č.1, s. 20-21. ISSN 1212-0404

³⁷ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo 2003. ISBN 80-902049-4-5

³⁸ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. [on line]. 12. 1. 2001 [cit. 2009-03-15]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/doprovazeni.html>.

Sociální potřeby

Tyto potřeby jsou v terminální fázi života modifikované a specifické. Patří sem hlavně potřeba nezůstat v umírání sám. Umírající potřebuje nejvíc blízkost osoby, kterou má rád, potřebuje návštěvy. Potřebuje pohlázení, dotyk a to i v době, kdy je v bezvědomí, ale kdy přesto vnímá.³⁹ V současnosti se dbá na to, aby umírající byl co nejvíce obklopen pro něho důležitými lidmi na rozdíl od minulosti, kdy byla tendence umírající izolovat.

Spirituální potřeby

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby umírajících tabu. Stále mnoho lidí, včetně zdravotníků, se domnívá, že jsou to potřeby věřících lidí a význam těchto potřeb je podceňován. Většina lékařů ani nestojí o vzdělání v této oblasti a má pocit, že se jich to netýká. Je třeba saturovat spirituální potřeby pacienta, ale současně musíme respektovat jeho svobodnou vůli.⁴⁰ V průběhu vážné nemoci se člověk začíná zabývat životně důležitými otázkami smyslu života – vlastního života. Každý člověk potřebuje v této situaci vědět, že je mu odpuštěno, ale i sám má potřebu odpouštět. Dále má potřebu vědět, že jeho život měl a má smysl až do konce. Při nenaplnění potřeby smysluplnosti prožívá člověk stav duchovní nouze, trpí tím a je potřeba mu ukázat, že žít smysluplně se dá v každém okamžiku života.⁴¹

Péče o oblast spirituální se u nás teprve pomalu začíná rozvíjet, ačkoliv právě tuto stránku v situaci umírání mimořádně zdůrazňují významné světové dokumenty. Přítomnost tzv. pastoračních asistentů a vyhovění žádosti nemocných o návštěvy duchovních by zde mělo být samozřejmostí. Nejde však pouze o záležitosti náboženského charakteru (člověk věřící může najít smysl svého života v Bohu). Spirituální krize se objevuje při každé vážné chorobě. Člověk je konfrontován se svou vlastní konečností, což zvyšuje míru jeho zranitelnosti. Doprovázení člověka na cestě ke

³⁹ KOMÍNKOVA, H. Právo na důstojné umírání. *Sestra*. Praha, roč. 12, č.1, s. 20-21. ISSN 1212-0404

⁴⁰ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. [on line]. 12. 1. 2001 [cit.2009-03-15]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/doprovazeni.html>.

⁴¹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5.dopl. vyd. Praha: Ecce homo 2003. ISBN 80-902049-4-5

smíření a pomoc při jeho dotazech a pochybnostech o smyslu utrpení a o smyslu života je snad tou nejdůležitější pomocí v této situaci.⁴²

Další základní potřeby umírajících

Haškovcová uvádí další psychické a spirituální potřeby umírajících, které jsou:

- potřeba soukromí a intimity (vyjádření něžností od nejbližších příbuzných a přátel),
- potřeba hovořit o své situaci pravdivě, ale vždy s přítomnými prvky naděje,
- potřeba vyjádřit se ke svému současnému stavu (smět vyslovit své obavy z umírání a smrti)
- potřeba vyjádřit svou úzkost, bolest a někdy i beznaděj
- potřeba hledání odpovědí na otázku, zda má utrpení nějaký smysl
- potřeba hovoru o své „vině“ na vzniku a rozvoji vážné nemoci (zejména v případě mladých a mladších umírajících)
- potřeba ujištění, že příbuzní unesou bolest ze ztráty (v případě, že má umírající nezaopatřené děti, je jeho prioritní potřebou vědět, kdo se o ně postará a být ujištěn, že život půjde dál),
- potřeba truchlit (zaplakat si)
- potřeba připravit se na svou vlastní smrt, pokud je čas a vnitřně jejímu příchodu nebránit,
- potřeba rituálů (rozloučení, u věřících modlitby a náboženské úkony),
- potřeba ujištění, že smrt nebude bolet, že všichni udělí vše, aby tomu tak bylo.⁴³

Zdeněk Kalvach zdůrazňuje nejen péči o fyzický komfort, ale také o kvalitu života u křehkých a závislých starých lidí trpících demencí, a tato doporučení je možné zobecnit a uplatnit u všech umírajících. K udržení kvality života je třeba:

- ponechat umírajícímu přiměřenou možnost kontrolovat dění a spolurozhodovat o formách ošetřování, pokud je toho schopen
- usilovat o animaci – oživení života, pokud je to možné
- v každém případě prolomit osamělost umírajícího

⁴² MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč NE eutanázii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství 2008. ISBN 978-80-7195-258-9

⁴³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. přeprac. vyd. Praha:Galén, 2007, str. 165. ISBN 978-80-7262-471-3

- zajistit vstřícnou komunikaci včetně citlivého a empatického naslouchání, neméně důležité je „být s ním“, tedy i mlčky doprovázet, když už komunikace není možná
- akceptovat umírajícího takového, jaký je
- napomáhat kontinuitě životního příběhu, který se smrtí završuje

Tyto všechny zmíněné potřeby lze jistě rozšiřovat, a to zejména o individuální cíle a přání umírajícího, které mohou být ještě splněny – smíření s příbuzným, kamarádem, poslech oblíbené hudby, oblíbené jídlo, pití apod. Na kvalitě života umírajících se podílejí všichni, kteří se péče účastní.⁴⁴

1.8 Sdělování pravdy umírajícímu

Pokud se máme realisticky vypořádat s otázkami života a smrti, nutně potřebujeme informace. Přesto je sdělení informací o smrtelné nemoci často neúspěšné. Někdy je to kvůli vyhýbajícímu se postoji pacienta, ale velmi často jsou to lékaři, či členové rodiny, kteří informování pacienta zabrání. Lékař buď nedokáže pacientovi informace sdělit, nebo dá pacientovi záměrně zavádějící informaci, protože se obává, že pravdu neunes.⁴⁵ Psychologové tvrdí, že jde o projekci, a kdo by neunesl pravdu, je právě lékař, ten často bere umírání jako svoji prohru.⁴⁶ Tento pocit se pak přenáší na příbuzné a přátele a kolem umírajícího se vytváří atmosféra bezmoci a prohry. Lidé mohou mít pocit, že přijetí smrti a vyrovnání se s ní je známkou nelaskavého a bezcitného přístupu.

Lhát umírajícímu je kruté a zbytečné. Pramení to z naší kultury založené na popírání, která nás nutí nepřiznávat si skutečnost až do samého konce. Dělá se to údajně pro dobro umírajícího, skutečnost však bývá jiná. Většina lidí si neuvědomuje, že utrpení neumíme často nést právě my, v tomto případě utrpení umírajícího, zvláště je-li nám blízký. Bolí nás, když ho vidíme trpět, a tak mu utrpení nechceme povolit. Takový přístup umírajícího izoluje, proto je tak krutý. Umírající obvykle vědí, co je brzy čeká, a

⁴⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. přeprac. vyd. Praha:Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-471-3

⁴⁵ PARKES, C., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7

⁴⁶ KELNAROVÁ, J. *Tanatologie*. 1. vyd. Brno: Littera 2007. ISBN 978-80-85763-36-2

jistě přetvářku prohlédnou. V klíčovém okamžiku je tak opouštějí lidé, kteří jim měli být na blízku a pomáhat jim připravovat se na blízkou smrt, pomáhat se s ní vyrovnat.⁴⁷

V západních státech je sdělování pravdy pacientovi o jeho zdravotním stavu samozřejmostí. Aktuálně v ČR je ošetřující lékař povinen přiměřeně nemocného informovat o jeho zdravotním stavu. Právě slovo přiměřeně může být někdy ošidné. S problémem týkající se sdělování pravdy, její míry a způsobu souvisí otázky, shrnuté do šesti krátkých slov: Komu, kdy, jak, co, kde a kdo.

Komu má být pravda sdělena? V zásadě každému dospělému člověku, protože je to jeho právo i ve vztahu k Listině základních práv a svobod. Nesdělit pravdu znamená vracet vážně nemocného zpět do období tápání, nejistot a duševních trýzní. Sdělení pravdy naopak umožňuje lékařům i všem ostatním zainteresovaným osobám realizovat smysluplnou pomoc.

Kdy má být pravda sdělena? Tehdy, když se vážně nemocný pacient dokáže podívat pravdě do očí, tedy ke konci období tápání. Mimořádně důležitou podmínkou je, aby byla diagnóza definitivně potvrzena.

Co říci? Pravdě diagnostické vážně nemocný pacient většinou nerozumí, a proto je důležité spolu s ní sdělovat i praktická vysvětlení. Obtížnou otázkou bývá prognostická pravda. Samozřejmě, že nelze zatajovat, že situace je vážná, ale neměl by být opomenut fenomén naděje. Míra naděje je určena mírou možností. Právě na tom závisí, zda je naděje reálná, částečně reálná, popřípadě iracionální.

Jak pravdu říci? Rozhodně je nutný citlivý, vnímavý, kompetentní, důvěryhodný, taktní a šetrný přístup. Záleží nejen na verbálním sdělení, ale důležitá je i neverbální komunikace.

Kdo má pravdu sdělit? U nás je obvyklé, že tento úkol je svěřen ošetřujícímu lékaři a ostatní zdravotnický personál by měl toto respektovat, aby informace, které dostává vážně nemocný, byly vždy jednotné a vyvážené.⁴⁸

Vážně nemocný musí vědět, jak na tom ve skutečnosti je. Dokud je obelháván a je mu dávana falešná naděje, není nucen dát své záležitosti, ať už materiální či i

⁴⁷ NAIRN, R. Žití, snění, umírání. Praktická moudrost z Tibetské knihy mrtvých. Praha: DharmaGaia 2007. ISBN 978-80-86685-57-1

⁴⁸ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6

vztahové, do pořádku. Vytěšňuje, odkládá, a proto je „milosrdná lež“ tak nebezpečná. Sdělení pravdy, zvláště té prognostické, není lehké a často se v tom chybuje. Nemocný potřebuje znát pravdu o svém zdravotním stavu, o své perspektivě i o možných rizicích, protože život je úkol. Čím méně času do konce života člověk má, tím více si tuto skutečnost uvědomuje a tím moudřejší lidé se zbytkem času hospodaří. Už jím neplývají, snaží se napravovat staré chyby a vyvarovat se chyb nových. Umírající se nutně potřebuje ve své situaci zorientovat, aby mohl zvládnout umírání jako poslední, často nejobtížnější úkol svého života, a tím svůj život završit a také se připravit na vlastní rozloučení se životem.⁴⁹

1. 9 Jak doprovázet umírajícího

Průběh umírání a především to, jak je umírající vnímá a prožívá, velmi závisí na psychologické péči a na jednání jeho příbuzných. Ošetřující personál by měl těsně spolupracovat s příbuznými umírajícího. Péče o umírajícího zahrnuje i péči o jeho nejbližší. Je třeba usilovat o každodenní psychickou pohodu umírajícího, které lze docílit upřímnými a empatickými rozhovory a tím, že umírající má co nejčastější kontakty s příbuznými, pokud si to ovšem přeje.

Prostřednictvím nedirektivních empatických rozhovorů a fyzického kontaktu (uchopení za ruku, pohlazení) poskytne ošetřující personál umírajícímu citovou podporu a vědomí, že je umírajícímu k dispozici i jako člověk. Rozhovory a přítomnost ošetřujícího personálu, byť i krátká, ale pravidelná, mu přinášejí velikou úlevu a posilu: není sám a izolován.

Je důležité umožnit umírajícímu hovořit o všem, co osobně považuje za důležité, tedy i o jeho obavách. Plně a bez náznaku výhrad je důležité přijímat případné negativní prožitky a jejich projevy (úzkost, hněv, pláč apod.). Téma blízcího se konce umírajícímu nevnučujeme, ani potřebu akceptovat smrt. Je vhodné počkat, až sám začne

⁴⁹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. [on line]. 12. 1. 2001 [cit.2009-03-15]. Dostupné z <http://www.hospice.cz/doprovazeni.html>

o těchto skutečnostech hovořit. Důležité jsou jeho vzpomínky a bilancování života se závěrem: „Žil jsem dobře, svůj život mohu podepsat, o blízké si nemusím dělat starost“.

Je třeba respektovat prožívání a přání umírajících. Někdy chtějí být v posledních hodinách, kdy jsou ještě při vědomí, sami a vlastně se od života „odpoutat“. Jindy žádají přítomnost nejbližšího člověka či příbuzných.

Pokud si umírající přeje, zprostředkuje se mu návštěva duchovního. Jestliže by byla pocíťována její vhodnost, tak je vhodné ji nabídnout. Stává se, že lidé nevěřící se v závěrečné fázi života obracejí k Bohu, což nelze vidět a hodnotit jen jako kalkulaci „co kdyby“, ale nastává změna hodnotové orientace, která souvisí s bilancováním života, prožitkem a uvědoměním vlastní časovosti a se zážitky, které přicházejí se změněnými stavy vědomí.

U lůžka umírajícího se i člověk sám připravuje na vlastní smrt a smrt našich nejbližších. Právě takové chvíle, pokud se vnitřně a vztahově nezablokujeme a „neobrníme neproniknutelným pancířem“, přispívají k lepšímu pochopení sebe i života, protože „pod zorným úhlem věčnosti“ lépe rozlišujeme podstatné od nepodstatného. Péče o umírajícího vnitřně obohacuje a pomáhá k osobnímu zrání. Jsou případy, kdy ošetřující lékař se kontaktu s umírajícím a jeho nejbližšími vyhýbá a komunikaci s umírajícím se brání tím, že mu naordinuje tlumící psychofarmaka. Tak nastává situace, kdy člověk umírá psychicky a sociálně dříve než biologicky. Nemá možnost konec svého života akceptovat a rozloučit se se svými nejbližšími. Z psychologického a etického hlediska umírá lidsky nedůstojně.⁵⁰

Elizabeth Kübler-Rossová nás vyzývá, abychom umožnili člověku „zemřít ve shodě se sebou“. Akong Rinpoče jednou mluvil o soucítění. Řekl, abychom přijímali druhé takové, jací jsou, abychom pomáhali druhým tak, jak oni chtějí, aby se jim pomáhalo. Většinou však chceme druhým pomáhat tak, jak chceme my.⁵¹

⁵⁰ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktual. Vydání. Praha: Portál 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X

⁵¹ NAIRN, R. *Žítí, snění, umírání*. Praktická moudrost z Tibetské knihy mrtvých. Praha: DharmaGaia 2007. ISBN 978-80-86685-57-1

1. 10 Pastorační péče

Pastorační péče se v posledních deseti letech rozvíjí v mnoha směrech, z nichž jeden se ubírá vzájemným obohacím teologie a psychoterapie. Křivohlavý shrnuje podstatu pastorační péče takto: pastorační péče se odehrává v křesťanském kontextu – ten, kdo pastorační péči poskytuje, je křesťanský věřící člověk. V pastorační péči se počítá s uzdravným vlivem křesťanské víry (evangelia), nejen s vlivem psychoterapeutických, farmakologických nebo vlivem poradenských postupů.

Pastorační péče je v širším slova smyslu takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho utrpení či umírání a pomáháme mu k tomu, aby lidsky důstojně zvládl jeho životní situaci, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry. Psychologickou pomoc zde od pastorační péče odděluje „pozice věřících křesťanů“ a člověku „dostupná úroveň víry“. Věřící mají někdy představu, že jediným cílem pastorační péče je, aby se posílila víra člověka, kterému je pastorační péče poskytována. Cílem však je, aby daný člověk svou situaci zvládl nebo ji zpracoval co možná lidsky důstojným způsobem.⁵²

Pastorační péče se dotýká duchovní oblasti člověka. Bylo by však velikým nedorozuměním se domnívat, že je duchovní péče určena pouze věřícím lidem (křesťanům) nebo ještě lépe řečeno, tzv. praktikujícím křesťanům. Dalším omylem by byla představa, že je doménou pouze duchovních. Ovšem duchovní péči může úspěšně poskytovat také laik, který je erudovaný a osobnostně disponovaný, popřípadě odborník z příbuzného oboru. Z tohoto důvodu vznikly interdisciplinární obory, jako je pastorační medicína či pastorační psychologie. Angažovanost duchovních je v určitých situacích péče o umírající nezastupitelná, a proto se také od nich přirozeně očekává, že budou při výkonu svého poslání dobrými psychology, a že budou také schopni zcela spontánně pomáhat všem potřebným, tedy i nevěřícím. Na druhé straně se v péči o umírající stále

⁵² KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>

více uplatňuje i tzv. neliturgická spiritualita, kterou je míněna zejména duchovní péče a služba lásky ze strany laiků.

Duchovní péči potřebuje v zásadě každý člověk, věřící i nevěřící, protože je přirozeným důsledkem holistického pojetí člověka. Dokonce lze i konstatovat, že náboženská dimenze je člověku vlastní a záleží pouze na tom, jakým způsobem bude tato dimenze naplňována. Každý člověk něčemu věří, ať již se jeho víra dotýká toho, co nás přesahuje- transcendentna, nebo se předmětem víry stávají věci každodenního života - láska, víra.

Při poskytování pastýřské péče nemocným a umírajícím je třeba se vyvarovat přístupů, v rámci kterých by byla tato péče zúžena na udílení svátosti nemocných, přestože u katolických křesťanů je právě tato svátost centrem duchovní péče. Je nutné věnovat odpovídající pozornost také citlivému doprovázení nemocných a umírajících v tomto náročném úseku jejich životní cesty.

Zcela nezastupitelnou úlohu má při doprovázení umírajících duchovní rozhovor. Vlídne slovo, vzájemné sdílení umírajícímu vrací radost a umožňuje mu zakotvení ve smyslu (smysl života, utrpení). Je však zapotřebí se vyhnout některým chybám, ke kterým může dojít.⁵³

Charakteristiky kladného postoje (přátelského příklonu) při rozhovoru s nemocným, umírajícím jsou: duchovní bere pacienta vážně, dovede na něm najít něco kladného, hodnotného a pochválit ho, sám ustupuje do pozadí, moc nemluví a nechá mluvit pacienta, dává pacientovi přednost, např. kdo má začít hovořit, o čem se má mluvit, jak dlouho, jak hluboko se máme dostat v dané věci atp., dává pacientovi možnost vyjádřit svou nespokojenost, svůj strach, svoje pochyby, svou zlost atp., dovede pacientovi přiznat, že ani on si neví rady, že něco neví, když to neví a neví si rady, dovede pacientovi sdělit vzdor všemu něco nadějného.⁵⁴

⁵³ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6

⁵⁴ KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>

1. 11 Hospic Štrasburk v Praze

Hospic Štrasburk je nestátní zdravotnické zařízení, jeho zřizovatelem je Občanské sdružení Hospic Štrasburk, byl uveden do provozu 1. 1. 1998. Hospic má kapacitu 25 lůžek, má 24 pokojů, z toho je 23 jednolůžkových a 1 dvoulůžkový. Všechny pokoje jsou bezbariérové a jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením. Mimo dvou pokojů mají všechny pokoje možnost přistýlky pro přespání rodiny nebo přátel. Dále je k dispozici 7 lůžek na hostinských pokojích. Poskytované služby jsou: lůžková hospicová péče, domácí hospicová péče na území hl. m. Prahy (poskytovaná od 1. 10. 2001), psychologické a psychiatrické služby pro pacienty a rodiny, služby sociálního pracovníka, služby rehabilitačního pracovníka, spirituální služby, poradenské služby, půjčování lůžek a pomůcek. Klienty hospice jsou osoby s nádorovým onemocněním v pokročilém stádiu nemoci. Cena za lůžko a den v hospici je 400,- Kč, přistýlka je za 100,- Kč na den, lůžko na hostinském pokoji je za 250,- Kč na den.⁵⁵

Hospic Štrasburk se nachází nedaleko náměstí Starých Bohnic v městské části Prahy 8, při areálu psychiatrické léčebny Bohnice. Budova se nachází v rozsáhlém přírodním zázemí areálu léčebny. Hospic byl zřízen v bývalé ubytovně psychiatrické léčebny Bohnice, historický název budovy byl Štrasburk, podle zájezdního hostince, který kdysi existoval v tomto objektu. Nejstarší zmínka o tomto objektu je z 11. století, kdy na tomto místě existovala zemanská tvrz, kostel a budova, která sloužila pro přespání kupeckých výprav na „Jantarové steze“. Byla poslední zastávkou před Prahou. Objekt byl rekonstruován, a protože jeho kapacita nestačila, byl velice citlivě dostavěn o další křídlo. Dostavba plně respektuje vnější vzhled historické původní budovy.⁵⁶

Při budování hospice byla snaha, aby svým vybavením a prostorovým uspořádáním nepřipomínal pokud možno nemocnici. Je zde řada společných prostor jako je átrium, kde se mohou klienti společně scházet, je vybudována terasa a zahrada,

⁵⁵ HOSPICE.CZ. *Hospic Štrasburk v Praze* [on line]. [cit.2009-06-27]. Dostupné z: http://www.hospice.cz/hospice1/org_info.php?id=6

⁵⁶ HOSPICE.CZ. *Hospic Štrasburk(Hospicové domy)* [on line]. [cit.2009-06-27]. Dostupné z: <http://www.hospice.fsv.cvut.cz/hospice/praha/index.php>

kde mohou klienti, zejména v letních měsících, pobývat. Všechny prostory, i venkovní, jsou bezbariérové. Pro uspokojení duchovních potřeb je zde kaple Sv. Lazara, kde jsou pravidelně konány bohoslužby.

Hospic je zařízení otevřené 24 hodin denně, klienti se mohou volně pohybovat po hospici, pokud odchází mimo objekt budovy, oznámí tuto okolnost pouze sestře. Pokud mu jeho zdravotní stav umožňuje krátkodobý pobyt doma, je propuštěn anebo odchází na krátkodobou propustku s rezervací lůžka v hospici.⁵⁷

⁵⁷ HOSPICE.CZ.Poznámky k hospicové péči poskytované v Hospici Štrasburk. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/data/strasburk.rtf>

2. CÍL PRÁCE

Cíl 1: Zmapovat naplnění holistického přístupu ke klientům Hospice Štrasburk.

Cíl 2: Zjistit, které potřeby jsou saturovány pouze díky hospicové péči, a které potřeby se z pohledu klienta stávají v umírání nejdůležitějšími.

3. METODIKA

3. 1 Použitá metodika

Pro vypracování výzkumné části bakalářské práce a pro dosažení stanovených cílů bylo použito kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technika nestandardizovaného polořízeného rozhovoru s vybranými klienty hospice. Pomocnou metodou bylo zúčastněné pozorování.

Rozhovor je taková technika terénního sběru informací, při které jsou potřebné informace od zkoumaných osob získávány prostřednictvím záměrně cílených otázek kladených dotazovanému v rozhovoru vedeném tváří v tvář (face to face). Je to ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a dotazovaným, v němž tazatel získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností, vztahujících se ke zkoumané společenské realitě. Rozhovor je možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel.⁵⁸ K získání potřebných informací byly použity nestandardizované polořízené rozhovory s vybranými klienty hospice. Nestandardizovaný polořízený rozhovor znamená, že otázky jsou připraveny předem jen rámcově. Rozvíjejícím činitelem nestandardizovaného rozhovoru je tazatel i respondent.⁵⁹ Rozhovor probíhal podle předem rámcově připravených otázek. Formulace odpovědí byla ponechána na respondentech. Otázky byly zaměřeny tak, aby bylo získáno co nejvíce informací pro dosažení stanovených cílů bakalářské práce. Rozhovory byly vedeny při osobním kontaktu s respondenty po jejich předchozím souhlasu s rozhovorem, některé otázky, vzhledem ke specifické situaci klienta, nebyly položeny. S jejich souhlasem byly také odpovědi zaznamenávány na diktafon a následně přepsány. Celkem jsem uskutečnila 9 rozhovorů, každý rozhovor trval kolem 60 minut.

⁵⁸ BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P. TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X

⁵⁹ BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P. TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X

Pomocnou metodou kvalitativního výzkumu bylo zúčastněné pozorování. Pozorování umožňuje zjistit, co se skutečně děje.⁶⁰ Zúčastněné pozorování je styl výzkumu, ve kterém výzkumník participuje na každodenním životě lidí, které studuje.⁶¹ Má pozice při tomto zúčastněném pozorování byla: účastník jako pozorovatel. Sběr dat probíhal od 30. června do 18. července 2008.

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Základním souborem v rámci kvalitativního výzkumu byli klienti hospice obecně. Zkoumaným souborem byli vybraní klienti hospice, jejichž zdravotní stav dovoľoval uskutečnění rozhovoru, a kteří s jeho uskutečněním předem souhlasili. K zaznamenání rozhovoru byl použit diktafon a zapisovací blok k poznámkám, vše se souhlasem klienta.

⁶⁰ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2

⁶¹ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0139-7

4. VÝSLEDKY

4. 1 Výsledky rozhovorů s klienty hospice

4. 1. 1 Charakteristika souboru

Tabulka č.1: Charakteristika souboru podle pohlaví

klienti	počet
muži	2
ženy	7
celkem	9

Tabulka č. 1 popisuje výzkumný vzorek klientů podle pohlaví. Většinu dotazovaných klientů tvoří ženy.

Tabulka č. 2: Charakteristika souboru podle věku

	Věk klientů							průměr
	68	76	77	78	79	80	84	60
počet	1	1	2	2	1	1	1	–

Z tabulky č. 2 můžeme vyčíst věk dotazovaných klientů. Jejich průměrný věk byl 60 let.

Tabulka č. 3: Charakteristika souboru podle délky pobytu v hospici (ve dnech)

Délka pobytu									Průměr
33	54	122	156	191	316	408	505	726	279

Tabulka č. 3 charakterizuje klienty podle doby pobytu v hospici, vztaženo k poslednímu dni mé stáže v hospici. Nejdelší pobyt je 726 dnů, nejkratší je 33 dnů. Průměrná doba pobytu dotazovaných klientů je 279 dnů.

Tabulka č. 4: Charakteristika souboru podle diagnózy

Diagnóza klientů	Počet
Ca prsu	1
Tumor močového měchýře	1
ZN ledviny	2
Non-Hodgkinův folikulární lymfom	1
Tumor CNS	1
ZN dělohy	2
ZN rektosigmoideálního spojení	1

V tabulce č. 4 jsou zaznamenány diagnózy dotazovaných klientů. U dvou klientů byla diagnóza ZN ledviny, u dalších dvou ZN dělohy. Další diagnózy byly Ca prsu, tumor močového měchýře, tumor CNS, non-Hodgkinův folikulární lymfom, ZN rektosigmoideálního spojení.

Tabulka č. 5: Charakteristika souboru podle místa, odkud klienti přišli do hospice

místo	nemocnice	domov	LDN
počet	4	3	2

V tabulce č. 5 jsou zaznamenána místa, odkud klienti do hospice přišli. Nejvíce z nich – 4 klienti přišli z nemocnice, 3 klienti přišli z domova a 2 klienti přišli z léčebny dlouhodobě nemocných.

4. 1. 2 Přepis rozhovorů s klienty

Rozhovor č. 1

Klientka 78 let, generalizovaný ca mammy s metastázemi do skeletu v terminálním stádiu, v hospici je od 19. 3. 2008.

Do hospice přišla z nemocnice, pobyt jí zařídila rodina.

1. Jak jste spokojena se stravou?

Jídlo je tu velmi dobré, nemohu si vůbec stěžovat.

2. Máte možnost mít zde svá oblíbená jídla, své oblíbené pití?

Dcery mi nosí to, co mám ráda. Dá se říci, že mám všeho dostatek.

3. Jak jste spokojená se zajištěním hygieny?

Protože nesmím chodit a ani stoupat na nohy, každý den mě tu myjí na lůžku nebo mne vozí na vozíčku do koupelny, starají se tu o mě vzorně.

4. Je vám dostatečně tlumena bolest a další nepříjemné příznaky?

Každý den chodí pan doktor, velmi příjemný člověk, který se každý den ptá na to, jak mi je. Dostávám léky na tlumení bolesti, takže bolestí opravdu netrpím, ale samozřejmě mám velmi často nevolnosti, na které mi nic nezabírá, trpím zácpou. Nečekám zázraky, tyto nepříjemnosti patří k mému stavu.

5. Je zde respektována vaše lidská důstojnost?

Ano, moje důstojnost je respektována ve všech směrech, já ale sama mám problém vyrovnat se s tím, že jsem odkázána na pleny, moje důstojnost opravdu trpí.

6. Jak hodnotíte přístup personálu k vaší osobě, jste s ním spokojená?

Sestry jsou vždy velmi milé, příjemné, ochotné, velmi oceňuji jejich práci. Dobře si spolu rozumíme, hezky si popovídáme, bývá i legrace. Stejně chválím i pana doktora.

7. Máte zde dostatečné soukromí?

Samozřejmě, soukromí mám dostatek, vždyť mám samostatný pokoj.

8. Chcete, aby se s vámi mluvilo pravdivě o vaší situaci a děje se tak?

Já od začátku vím, jak na tom jsem, odmítla jsem i léčbu a vždycky jsem chtěla a chci slyšet jenom pravdu, je to pro mne velmi důležité.

9. Je zde někdo z personálu, kdo vás vyslechne, když potřebujete vyjádřit své obavy, úzkosti, beznaděj?

Já sama jsem bývala útěchou pro mnoho lidí jako farářka, a tyto své strachy řeším sama a pomáhá mi Bůh.

10. Měl by člověk mít možnost připravit se na svou smrt?

Všichni bychom měli mít tu možnost. Přesto, že jsem se se smrtí setkávala velmi často, účastnila jsem se kolem 200 pohřbů do roka, nemohu říci, že jsem připravená. Člověk asi není připravený nikdy, ale důležité je umírat s nadějí, že život bude pokračovat dál.

11. Máte zde dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými?

Dcery za mnou chodí, jak mohou, ale mají také své povinnosti. Víím, že ani dcery ani vnoučata, se mnou nemohou trávit celé dny, ale dělají pro mne mnoho a cením si toho a chápu to.

12. Jak je pro vás důležitá pomoc a podpora vašich blízkých?

Rodina a moji blízcí lidé jsou pro mne to nejdůležitější. Dříve bylo umírání jiné, umíralo se v rodině, což bylo pro člověka to nejlepší. Moderní doba nám to k naší škodě vzala.

13. Máte možnost spolurozhodovat o tom, co se zde s vámi děje, jak se o vás pečuje?

Tuto možnost mám a náležitě toho využívám.

14. Máte možnost, aby bylo splněno nějaké vaše přání, které je splnitelné a tím si zpestřit, oživit život zde?

Já už žádná zvláštní přání nemám, mám kolem sebe mé knihy, které miluji, je v nich tolik moudrosti a ty mi plně postačují. Snažím se mít radost a užívat si každé maličkosti, které teď nějak více vnímám.

15. Jak se vám líbí prostředí hospice?

Vždyť sama vidíte, jaký krásný pokoj mám. Ta nádherná vyhlídka do parku, na stromy, prostě nádhera. Je tu překrásné venkovské prostředí, klid a pohoda.

16. Máte potřebu hodnotit váš dosavadní život, co jste udělala dobře, co špatně, komu odpustíte a co má být odpuštěno vám? A můžete si o tom s někým z personálu popovídat?

No samozřejmě, že stále můj život hodnotím, věřící člověk toto dělá celý život. Přemýšlím, zda něco nešlo udělat jinak, prosím za odpuštění mých hříchů. Jak jsem již říkala, tyto věci řeším sama s pomocí Boha.

17. Jak pohlížíte na otázku, zda utrpení má smysl?

Utrpení má pro člověka veliký smysl, utrpení je zkouškou od Boha, Kristus za nás trpěl na kříži. Právě v utrpení člověk poznává i jiné hodnoty, v utrpení rosteme.

18. Účastníte se mší v místní kapli?

Ne, neúčastním.

19. Co je pro vás v umírání nejdůležitější?

Mít klid a nebýt sám, být se svými blízkými.

20. Pokud srovnáte péči v nemocnici či v LDN-ce a v hospici, v čem je podle vás poskytovaná péče v hospici jiná?

V nemocnici člověk nemá zdaleka tolik soukromí, jako tady. Nemocnice má takové sterilní prostředí, tady je krásné prostředí, skoro domácí. Nesetkala jsem se tady s tím, že by byl na mne někdo z personálu nepříjemný, maximálně se snaží plnit všechny potřeby, které mám. Obdivuji tyto lidi.

Rozhovor č. 2

Klientka 79 let, maligní tumor močového měchýře v preterminálním stadiu, v hospici je od 26. 5. 2008.

Do hospice přišla z domova poté, kdy byla seznámena s faktem, že pro ni lékaři nemohou více udělat a zjistila, že hospic ji poskytne právě tu péči, kterou ona potřebuje.

1. Jak jste spokojena se stravou?

Často využívám možnosti mít vlastní stravu, kterou si tady připravuji, není to ale z důvodu, že by mi tady jídlo nechutnalo. Dávám přednost lehčímu jídlu i vzhledem ke své nemoci, nechci tělo zbytečně zatěžovat. Pokud se rozhodnu, že si tady podávané jídlo dám, chutná mi. Velmi mile mě překvapilo, že mi bylo nabídnuta vegetariánská strava poté, co jsem odmítala určitá jídla.

2. Jak jste spokojená s poskytnutými podmínkami pro osobní hygienu?

Mám u pokoje koupelnu, která je používána i pro klienta, který leží na pokoji vedle mě. Lepší by bylo, mít ji sama pro sebe a mohla by být o něco větší.

4. Je vám dostatečně tlumena bolest a další nepříjemné příznaky?

Já zatím žádné bolesti nemám, ani jiné nepříjemnosti, ale až k tomu dojde, věřím, že bolestí trpět nebudu, protože právě z té bolesti mám strach.

5. Je zde respektována vaše lidská důstojnost?

Ano, určitě.

6. Jak hodnotíte přístup personálu k vaší osobě, jste s ním spokojená?

Přístupu personálu nemohu nic vyčíst, ale samozřejmě někteří lidé jsou vám sympatičtí víc, někteří méně.

7. Máte zde dostatečné soukromí?

Ano, mám.

8. Chcete, aby se s vámi mluvilo pravdivě o vaší situaci a děje se tak?

Já vím, co mi je, pravdu jsem vždycky chtěla vědět. Už před deseti lety mi objevili první nádor na močovém měchýři, ten mi odoperovali, ale nádor se mi objevil znovu a nelze už nic dělat. Na internetu jsem se dozvěděla o hospicích, věděla jsem, že sem bych měla jít, protože nechci zatěžovat svoji dceru tím, aby o mě musela pečovat nebo mi péči zajišťovat. Víím, že umírám, ale jsem teprve na začátku mého konce.

9. Je zde někdo z personálu, kdo vás vyslechne, když potřebujete vyjádřit své obavy, úzkosti, beznaděj?

Abych řekla pravdu, zatím mě nenapadlo, že bych svoje obavy, které opravdu mám, řešila s někým z personálu. Jsem tu velmi krátce, ještě ty lidi zase moc neznám, protože já zatím moc péče a pomoci nepotřebuji, jsem úplně soběstačná. Svoje strachy řeším se svojí dcerou, která pro mne nyní nějak více znamená.

10. Měl by člověk mít možnost připravit se na svou smrt?

Měl a já se připravuji.

11. Máte zde dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými?

Ano, návštěvy sem mohou chodit kdykoliv. Dcera za mnou chodí docela často, někdy tady u mě na pokoji i přespává.

12. Jak je pro vás důležitá pomoc a podpora vašich blízkých?

Bez mojí dcery a vnoučat by všechno bylo daleko těžší, jsou to pro mne nejdůležitější lidi na světě. Ale ve chvíli, až na tom budu opravdu špatně, chci být sama, a chci umřít sama, aby si mě ve vzpomínkách zachovali pěknou, ne zdevastovanou nemocí

13. Máte možnost spolurozhodovat o tom, co se zde s vámi děje, jak se o vás pečuje?

Ano.

14. Máte možnost, aby bylo splněno nějaké vaše přání, které je splnitelné a tím si zpestřit, oživit život zde?

Zatím jsem žádná zvláštní přání neměla a ani by mě nenapadlo nějaké mít.

15. Jak se vám líbí prostředí hospice?

Prostředí hospice je příjemné, líbí se mi tady. Je tu klid, nádherný park.

16. Máte potřebu hodnotit váš dosavadní život, co jste udělala dobře, co špatně, komu odpustíte a co má být odpuštěno vám? Pokud ano, povídáte si o tom s někým z personálu?

Ne, není to pro mne až tak důležité.

17. Jak pohlížíte na otázku, zda utrpení má smysl?

Nepřemýšlím o tom, jestli utrpení má smysl. Je prostě dáno, abych trpěla a беру to tak, že tím musím projít.

18. Chodíte do místní kaple na mše?

Ne, já nejsem věřící. Musím ale říci, že se někdy k bohu obracím.

19. Co je pro vás v umírání nejdůležitější?

Jak už jsem říkala, abych v posledních chvílích, kdy už nebudu vypadat hezky, byla sama a také chci umřít sama.

20. Pokud srovnáte péči v nemocnici či v LDN-ce a v hospici, v čem je podle vás poskytovaná péče v hospici jiná?

Mám tu hlavně soukromí a prostředí je příjemné, daleko lepší než v nemocnici.

Rozhovor č. 3

Klient 84 let, zhoubný novotvar ledviny v preterminálním stádiu, v hospici je od 13. 2. 2008.

Do hospice přišel z domova, pobyt mu zařídila jeho žena. Domnívá se, že neumírá, přestože účel hospice zná.

1. Jak jste spokojený se stravou?

Jídlo je tady dobré, jsem spokojený.

2. Máte možnost mít zde svá oblíbená jídla, své oblíbené pití?

Ano, manželka mi nosí to, na co mám chuť. Rád si dám nějaké to pivo, ale ne moc.

3. Jak jste spokojen se zajištěním hygieny?

Koupelna je pěkná, mám ji hned vedle pokoje, můžu se umýt, kdy chci.

4. Je vám dostatečně tlumena bolest a další nepříjemné příznaky?

Bolesti nemám, je mi dobře.

5. Je zde respektována vaše lidská důstojnost?

Ano.

6. Jak hodnotíte přístup personálu k vaší osobě? Jste s ním spokojený?

Všichni se ke mně chovají pěkně, jsem spokojený.

7. Máte zde dostatečné soukromí?

Ano, mám.

8. Chcete, aby se s vámi mluvilo pravdivě o vaší situaci?

Ne, nechci.

9. Měl by člověk mít možnost připravit se na svou smrt?

Asi by měl. Já se smrtí nezabývám, ale myslím si, že umírání musí vždycky bolet.

10. Máte zde dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými?

Ano, návštěvy tu nejsou nijak omezené. Někdy za mnou přijde manželka s dcerami, někdy jezdím na sobotu a neděli domů, někdy jezdím i k dcerám.

11. Jak je pro vás důležitá pomoc a podpora vašich blízkých?

Jsem rád, že je mám, že za mnou chodí, ale úplně pěkné vztahy nemáme.

12. Máte možnost spolurozhodovat o tom, co se zde s vámi děje, jak se o vás pečuje?

Ano.

13. Máte možnost, aby bylo splněno nějaké vaše přání, které je splnitelné, a tím si zpestřit, oživit život zde?

Nemám žádná extra přání.

14. Jak se vám líbí prostředí hospice?

Prostředí je tu pěkné, líbí se mi. Každý den se scházíme s dalšími dvěma klientkami v atriu, pijeme kafe a posloucháme rádio, to je příjemné.

15. Máte potřebu hodnotit váš dosavadní život, co jste udělal dobře, co špatně, komu odpustíte a co má být odpuštěno vám? A můžete si o tom s někým z personálu popovídat?

Tuto potřebu nemám, nezabývám se tím.

16. Jak pohlížíte na otázku, zda utrpení má smysl?

Nepřemýšlím o tom.

17. Chodíte do místní kaple na mše?

Ne, do kaple nechodím, nejsem věřící.

18. Co je pro vás v umírání nejdůležitější?

Nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel.

19. Pokud srovnáte péči v nemocnici či v LDN-ce a v hospici, v čem je podle vás poskytovaná péče v hospici jiná?

Výhoda je, že mám pokoj sám pro sebe. Nemám moc rád bílé pláště, zažil jsem už toho po nemocnicích dost a to prostředí je tam hrozný. Tady je mi dobře, nikdo mě stále nevyšetřuje, neměří mi ráno teploty, vstávám si jak chci a jsou tu všichni příjemní.

Rozhovor č. 4

Klient 76 let, zhoubný novotvar ledviny v terminálním stádiu, v hospici je od 16. 6. 2008.

Do hospice přišel z domova na doporučení lékaře.

1. Jak jste spokojený se stravou?

Jídlo je tu stále stejné, většinou mi tu nechutná. Doma jsem si uvařil, co jsem chtěl, ale v poslední době už to nešlo, už jsem nebyl schopný se o sebe postarat.

2. Máte možnost mít zde svá oblíbená jídla, své oblíbené pití?

Syn mi občas donese nějaké limonády, sladkosti a pivo, to mi chutná, ale vypiju ho jenom málo. Potřebuji si spravit chuť.

3. Jak jste spokojený se zajištěním hygieny?

Každý den mě myjí na posteli, jednou týdně se koupu. Všechno je to ale děláno ve spěchu, bylo by dobré, kdyby mě myli důkladněji.

4. Je vám dostatečně tlumena bolest a další nepříjemné příznaky?

Bolesti nemám, ale špatně se mi dýchá.

5. Je zde respektována vaše lidská důstojnost?

Nemohu říci, že by moji důstojnost nerespektovali, ale ty pleny, s těmi se nikdy nevyrovnam, to je potupné a na noc mám na posteli zábrany, to se mi také nelíbí. Nemohu si v noci dojít na záchod a na sestru se mi nechce zvonit.

6. Jak hodnotíte přístup personálu k vaší osobě? Jste s ním spokojený?

Já se s nimi moc nebavím a oni se mnou také ne. Vadí mi, že mají občas nevhodné poznámky.

7. Máte zde dostatečné soukromí?

Soukromí tady mám, v porovnání s nemocnicí, ale doma by to bylo nejlepší.

8. Chcete, aby se s vámi mluvilo pravdivě o vaší situaci a děje se tak?

To chci, aby mi říkali pravdu. Vím, jak na tom jsem, že umírám. Doktor mi řekl, když mi před nějakou dobou objevili nádor na ledvině, že moje rakovina je dobře vyléčitelná i bez chemoterapie. Vzali mi jednu ledvinu a dvě žebra, a pak jsem byl půl roku bez léčby. Myslel jsem si, podle toho, co říkal ten doktor, že jsem vyléčený, jenže se po nějaké době objevily metastázy a doktorka mi řekla, že je to moje vina. Tohle se mi nelíbí a připadám si podvedený.

9. Je zde někdo z personálu, kdo vás vyslechne, když potřebujete vyjádřit své obavy, úzkosti, beznaděj?

Nechci se obracet na personál s tím, co cítím a prožívám, k personálu nemám důvěru.

10. Měl by člověk mít možnost připravit se na svou smrt?

Ano, člověk má mít možnost se připravit, a proto má také vědět, že umírá.

11. Máte zde dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými?

Návštěvy mohu mít kdykoliv, občas za mnou přijde můj vlastní i nevlastní syn, ale vnoučata za mnou nechodí, manželku už nemám.

12. Jak je pro vás důležitá pomoc a podpora vašich blízkých?

Potřeboval bych, aby za mnou chodili častěji, člověk potřebuje svoji rodinu. Cítím se tu velmi osamělý. Víím, že můj byt už vystěhovávají, vyhazují moje věci. Je mi z toho moc smutno.

13. Máte možnost spolurozhodovat o tom, co se zde s vámi děje, jak se o vás pečuje?

Nedělám to, podřizuji se plně rozhodnutím doktora a sester tady a nemám potřebu to měnit.

14. Máte možnost, aby bylo splněno nějaké vaše přání, které je splnitelné a tím si zpestřit, oživit život zde?

Přání radši žádná nemám, jediné co zde mám rád, jsou vycházky do parku, ale spíš nechci nikoho obtěžovat. Teď jsou tady jezuité, příjemní kluci, kteří mě berou na vozíku do parku docela často a dobře si i popovídáme. Hodně jsem četl, teď mi to ale už dělá potíže. Líbilo by se mi, kdyby mi někdo četl, ale spíše na to nikdo nemá čas.

15. Jak se vám líbí prostředí hospice?

Prostředí se mi tu líbí, nádherný je tu ten park a je tu klid.

16. Máte potřebu hodnotit váš dosavadní život, co jste udělal dobře, co špatně, komu odpustíte a co má být odpuštěno vám?

Jak tu ležím, tak stále přemýšlím, i o tom. Udělal jsem mnoho věcí špatně, ale pokud bych žil znovu, asi bych to udělal stejně. Nemám pocit, že bych měl někomu odpustit, ale spíš mně by mělo být odpuštěno.

17. Jak pohlížíte na otázku, zda utrpení má smysl?

Utrpení má smysl a to mi dává sílu všechno to, co zažívám, zvládnout. Hodně mi pomáhá Bible. Židé, apoštolové, Ježíš Kristus, ti všichni jsou pro mne vzorem. Kristus trpěl za jiné, když Bůh tak rozhodl.

18. Jste věřící člověk, účastníte se mší v místní kapli?

Neúčastním, špatně se pohybuji, ale rád bych. Nikomu jsem ale neřekl, zda by mě tam vzal.

19. Neuvažoval jste o možnosti pozvat faráře přímo sem za vámi?

Přemýšlel jsem o tom, ale nemám svého faráře a nevím, na koho se obrátit.

20. Co je pro vás v umírání nejdůležitější?

Nemít bolesti a nezůstat sám, bez rodiny.

21. Pokud srovnáte péči v nemocnici či v LDN-ce a v hospici, v čem je podle vás poskytovaná péče v hospici jiná?

Mám svůj pokoj, mám tu některé své věci - knihy, obrazy. Je tu klid. Určitě je mi tu lépe, než v nemocnici, ale doma to není.

Rozhovor č. 5

Klientka 80 let non-Hodgkinův folikulární lymfom pokročilý generalizovaný, v hospici je od 16. 2. 2007.

Do hospice přišla z nemocnice, pobyt jí zařídily její děti.

1. Jak jste spokojena se stravou?

Jídlo tady není nic moc, málokdy mi opravdu něco chutná.

2. Máte možnost mít zde svá oblíbená jídla, své oblíbené pití?

Sem tam mi to, co mám ráda, donesou děti, manžel, ale nebývá to moc často.

3. Jak jste spokojená s poskytnutými podmínkami pro osobní hygienu?

Mám vlastní koupelnu a záchod, jsem spokojená.

4. Je vám dostatečně tlumena bolest a další nepříjemné příznaky?

Bolesti naštěstí nemám, to je pro mne velmi důležité, dostávám léky na bolest.

5. Je zde respektována vaše lidská důstojnost?

Ano.

6. Jak hodnotíte přístup personálu k vaší osobě? Jste s ním spokojená?

Sestry jsou příjemné, ochotné, nemohu si stěžovat.

7. Máte zde dostatečné soukromí?

Ano, mám. Jsem moc ráda, že mám pokoj sama pro sebe.

8. Chcete, aby se s vámi mluvilo pravdivě o vaší situaci a děje se tak?

Vím o své diagnóze. Rakovinu mi zjistili před osmi lety, prodělala jsem operaci. Teď už nemám šanci na vyléčení.

9. Je zde někdo z personálu, kdo vás vyslechne, když potřebujete vyjádřit své obavy, úzkosti, beznaděj?

S nikým o tom nemluví a nechci o tom mluvit ani s mojí rodinou, ani s personálem.

10. Měl by člověk mít možnost připravit se na svou smrt?

Já chci, abych to měla hlavně rychle za sebou.

11. Máte zde dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými?

Mám, doby návštěv tu nejsou omezené.

12. Jak je pro vás důležitá pomoc a podpora vašich blízkých?

Můj manžel byl na mne vždycky zlý, nemáme spolu pěkný vztah, není mi oporou. Moje dvě děti mi oporou také nejsou, nechtějí ani se mnou mluvit o tom, že umírám a co bude potom, až tu nebudu. Možná, že budu umírat bez nich, sama. Z toho mám strach.

13. Máte možnost spolurozhodovat o tom, co se zde s vámi děje, jak se o vás pečuje?

Sestrám ale i doktorovi občas řeknu to, co se mi nelíbí.

14. Máte možnost, aby bylo splněno nějaké vaše přání, které je splnitelné, a tím si zpestřit, oživit život zde?

Nemám přání. Většinou se dívám na televizi, pletu, to mi stačí.

15. Jak se vám líbí prostředí hospice?

Prostředí je tu pěkné, ráda chodím na kafe do atria, tam se scházíme a povídáme si s dalšími klienty. Občas zajdu i do parku, je tu všude hodně stromů, kytek.

16. Máte potřebu hodnotit váš dosavadní život, co jste udělala dobře, co špatně, komu odpustíte a co má být odpuštěno vám? A můžete si o tom s někým z personálu popovídat?

Občas o svém životě přemýšlím, ale abych řekla pravdu, radši tyto věci neřeším.

17. Jak pohlížíte na otázku, zda utrpení má smysl?

Nepřemýšlím o tom.

18. Nenapadlo vás zajít do místní kaple na mši?

Ne, nikdy jsem tam nebyla, nejsem věřící.

19. Co je pro vás v umírání nejdůležitější?

Abych to proběhlo rychle, abych netrpěla bolestí.

20. Pokud srovnáte péči v nemocnici či v LDN-ce a v hospici, v čem je podle vás poskytovaná péče v hospici jiná?

Je tu rozhodně lepší péče než v nemocnici, sestry jsou tu příjemnější. Mám tu také soukromí, to jsem v nemocnici neměla.

Rozhovor č. 6

Klientka 68 let, tumor CNS v terminálním stádiu, v hospici je od 9. 1. 2008.

Do hospice přišla z léčebny dlouhodobě nemocných, pobyt jí zde zařídil syn.

Klientka není informována o své diagnóze a neví, co je hospic, co je jeho účelem.

1. Jak jste spokojena se stravou?

Jídlo je tu dobré, chutná mi tu.

2. Máte možnost mít zde svá oblíbená jídla, své oblíbené pití?

Občas mi syn něco dobrého přinese, ale už tu dlouho nebyl. Sestřenice také vždy něco dobrého donese, když přijde.

3. Jak jste spokojená se zajištěním hygieny?

Myjí mě každý den, jsem spokojená.

4. Je vám dostatečně tlumena bolest a další nepříjemné příznaky?

Bolesti mi tlumí dobře.

5. Je zde respektována vaše lidská důstojnost?

Ano.

6. Jak hodnotíte přístup personálu k vaší osobě? Jste s ním spokojená?

Jsem spokojená, chovají se ke mně hezky, pečují tu o mě, mám se tu dobře.

7. Máte zde dostatečné soukromí?

Ano, mám tady soukromí.

8. Je zde někdo z personálu, kdo vás vyslechne, když potřebujete mluvit o tom, co vás trápí?

Já s nimi o tom nemluví, mají své práce dost.

9. Máte zde dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými?

Ano, chodí za mnou syn, někdy přijde moje sestřenice i sousedka tu byla. Syn se mi ale už 2 měsíce neozval a nemohu se mu dovolat, stále to zkouším.(paní pláče). Můj syn je

podnikatel, zdědil po otci, po mém bývalém manželovi, majetek. Už je to dlouho, co jsme se rozvedli a já jsem se synem zůstala sama. Mám jenom jeho. Sousedka mi říkala, že můj byt prodal, ale tomu nevěřím.

10. Máte možnost spolurozhodovat o tom, co se zde s vámi děje, jak se o vás pečuje?

Já jsem spokojená s tím, jak to je.

11. Máte možnost, aby bylo splněno nějaké vaše přání, které je splnitelné, a tím si zpestřit, oživit život zde?

Já žádná přání nemám. Celý den tu ležím a dívám se na televizi. Někdy mě vezmou na vozíku na procházku do parku nebo sedím na terase, to se mi líbí, ale sama si neřeknu o to, jestli by mě nevzali ven. Číst nemohu, nemám brýle. Ráda poslouchám hudbu, ale tady nemám na čem si pouštět moje oblíbené písničky.

12. Jak se vám líbí prostředí hospice?

To se mi moc líbí. Kolem je plno stromů, ty já mám ráda, je tu nádherný klid.

13. Máte potřebu hodnotit váš dosavadní život, co jste udělala dobře, co špatně, komu odpustíte a co má být odpuštěno vám? A můžete si o tom s někým z personálu popovídat?

Nepřemýšlím o tom, důležité pro mne je, že jsem nikomu neublížila, a s tím nechci nikoho obtěžovat.

14. Účastníte se mší v místní kapli?

Ne, nejsem věřící, i když v Boha věřím, ale nemodlím se a ani do kostela nechodím.

15. Co si myslíte, že je pro člověka nejdůležitější, když je na konci svého života a umírá?

Aby nezůstal sám.

16. Pokud srovnáte péči v nemocnici či v LDN-ce a v hospici, v čem je podle vás poskytovaná péče v hospici jiná?

Pěkně tu o mne pečují, takhle hezky se o mne v LDN-ce nestarali. Často se mě ptají, jestli něco nepotřebuji, jestli nemám bolesti. Mám tu klid, jsem sama na pokoji, ale někdy bych chtěla, aby tu se mnou ještě někdo ležel, abych si měla s kým popovídat. Jsem pořád sama. (pláče).

Rozhovor č. 7

Klientka 78 let, zhoubný novotvar dělohy v terminálním stádiu, v hospici je od 6. 6. 2007.

Do hospice přišla z léčebny dlouhodobě nemocných, pobyt jí zde zařídily dcery.

1. Jak jste spokojena se stravou?

Ano, velmi. Mně chutná všechno, já jsem vždycky ráda jedla.

2. Máte možnost mít zde svá oblíbená jídla, své oblíbené pití?

Ano, dcery mi nosí všechno, co mám ráda. Toho mám dostatek.

3. Jak jste spokojená se zajištěním hygieny?

Jsem spokojená. Jsem obézní a nemohu chodit, takže vím, že pro personál je moje koupání dost náročné, přesto mě většinou vykoupu, i když někdy taky ne. Jinak na lůžku se myju sama, to ještě zvládnou, jinak když potřebuji pomoc, ochotně mi vyhoví.

4. Je vám dostatečně tlumena bolest a další nepříjemné příznaky?

Ano, léky, co dostávám, mi na bolest zabírají dobře. Stále krvácím, ale s tím se musím nějak smířit. Bolest by byla horší, tu špatně snáším.

5. Je zde respektována vaše lidská důstojnost?

Ano, je.

6. Jak hodnotíte přístup personálu k vaší osobě? Jste s ním spokojená?

S přístupem personálu jsem spokojená.

7. Máte zde dostatečné soukromí?

Ano, mám. Po zkušenosti z nemocnic jsem opravdu ráda, že mám pokoj sama pro sebe.

8. Chcete, aby se s vámi mluvilo pravdivě o vaší situaci a děje se tak?

Ano, pravdu chci vědět a znám ji už od začátku mé nemoci. Odmítla jsem operaci i chemoterapii, chci v klidu umřít, bez dalšího trápení. Víím, co chemoterapie s člověkem dělá.

9. Je zde někdo z personálu, kdo vás vyslechne, když potřebujete vyjádřit své obavy, úzkosti, beznaděj?

Tyhle věci si řeším sama se sebou, nechci o tom s nikým mluvit, nemluvíím o tom ani s dcerami. Myslím si, že personál má své práce dost a třeba se ani takovými věcmi nechce zabývat.

10. Měl by člověk mít možnost připravit se na svou smrt?

Nad tím se nezamýšlím.

11. Máte zde dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými?

Ano, dcery za mnou chodí velmi často, i vnoučata mě navštěvují, jak můžou. Mám dvě dcery, které mi pobyt tady zařídily. Řekly mi, že to tu pro mne bude nejlepší a měly pravdu. Ta starší dcera tu někdy i přespí.

12. Jak je pro vás důležitá pomoc a podpora vašich blízkých?

Jsem moc ráda, že se o mne takto starají, neumím si představit, že bych v téhle situaci byla sama.

13. Máte možnost spolurozhodovat o tom, co se zde s vámi děje, jak se o vás pečuje?

Určitě ano, to já si vždycky řekla, co se mi nelíbí, jak bych to chtěla.

14. Máte možnost, aby bylo splněno nějaké vaše přání, které je splnitelné, a tím si zpestřit, oživit život zde?

Ano, mám tu možnost. Nedávno jsem měla chuť na opečené vuřty na ohni, tak mi dcery udělaly tady venku oheň. Dokud mi chutná, tak je to všechno nějak veselejší a dokážu lépe snášet to, že umírám.

15. Jak se vám líbí prostředí hospice?

Celkově je tu takové příjemné domácí prostředí, klid. Moc se mi líbí tady to okolí. Mám výhled přes balkónové dveře do parku, na stromy. To mi dělá moc dobře.

16. Máte potřebu hodnotit váš dosavadní život, co jste udělala dobře, co špatně, komu odpustíte a co má být odpuštěno vám? A můžete si o tom s někým z personálu popovídat?

Můj život nebyl lehký, moc pěkných věcí mě nepotkalo, manžel byl na mne zlý, takže se k tomu nechci vracet.

17. Jak pohlížíte na otázku, zda utrpení má smysl?

O tom nepřemýšlím.

18. Účastníte se mši v místní kapli?

Ne, nejsem věřící. Do kostela jsem nikdy nechodila.

19. Co je pro vás v umírání nejdůležitější?

Chtěla bych to mít hlavně rychle za sebou.

20. *Pokud srovnáte péči v nemocnici či v LDN-ce a v hospici, v čem je podle vás poskytovaná péče v hospici jiná?*

Já si na péči v nemocnici a v LDN-ce nemohu stěžovat, ale přece jenom je to tu lepší. Mám tu soukromí, personál se vždy snaží mi co nejvíc vyjít vstříc, páni doktoři jsou také velmi příjemní a milí. Prostředí je tu daleko lepší, jak vnitřek, tak i okolí. V nemocnici bych si asi těžko mohla opéct vuřty, na které mám stále takovou chuť.

Rozhovor č. 8

Klientka 77 let, zhoubný novotvar rektosigmoideálního spojení v terminálním stádiu, v hospici je od 6. 9. 2007.

Do hospice přišla z nemocnice, pobyt jí zařídili její synové. Klientka není informována o svém stavu, nezná účel hospice.

1. Jak jste spokojena se stravou?

Ano, s jídlem jsem spokojená.

2. Máte možnost mít zde svá oblíbená jídla, své oblíbené pití?

Stále tu mám něco, když dostanu chuť na něco dobrého. Dělán si tu svoji oblíbenou kávu, můžu si tady i něco připravit v kuchyňce, která je tu na patře.

3. Jak jste spokojená s poskytnutými podmínkami pro hygienu?

Jsem spokojená., mám tady svojí koupelnu a záchod.

4. Je vám dostatečně tlumena bolest a další nepříjemné příznaky?

Já žádné bolesti nemám, takže léky neberu, a ani jiné příznaky.

5. Je zde respektována vaše lidská důstojnost?

Ano, je. Ze začátku poté, co mi udělali vývod, bylo mi to velmi nepříjemné, styděla jsem se, když mě sestřičky ošetřovaly, ale nějak jsem si zvykla. Oni jsou vždycky tak milé a příjemné.

6. Jak hodnotíte přístup personálu k vaší osobě? Jste s ním spokojená?

Už jsem říkala, jsem s personálem velmi spokojená.

7. Máte zde dostatečné soukromí?

Ano, mám.

8. Měl by člověk mít možnost připravit se na svou smrt?

Nad tím se nezamýšlím.

9. Máte zde dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými?

Ano, návštěvy mohu mít kdykoliv a můžou tu v mém pokoji i přespat.

10. Jak je pro vás důležitá pomoc a podpora vašich blízkých?

Člověk kolem sebe potřebuje mít ty svoje blízké, samota je hrozná věc. Mám dva syny, ti se o mne vzorně starají, mám také čtyři vnuky. Manžel mi před rokem a půl zemřel. Moje děti jsou pro mne všechno.

11. Máte možnost spolurozhodovat o tom, co se zde s vámi děje, jak se o vás pečuje?

Ano.

12. Máte možnost, aby bylo splněno nějaké vaše přání, které je splnitelné, a tím si zpestřit, oživit život zde?

Já úplně zvláštní přání nemám, ale scházíme se tady s mými známými, s panem K. a s paní B. v atriu, povídáme si, posloucháme muziku, pijeme kafe. Hodně si čtu, dívám se na televizi, jezdím na soboty a neděle k synům. Opravdu se tady nenudím.

13. Jak se vám líbí prostředí hospice?

Prostředí je tu opravdu moc hezké, jak vnitřek tak i okolí. Jak jsem říkala, sedáváme v átriu, tam je moc příjemně a když je venku hezky, chodíme si sednout ven.

14. Máte potřebu hodnotit váš dosavadní život, co jste udělala dobře, co špatně, komu odpustíte a co má být odpuštěno vám? A můžete si o tom s někým z personálu popovídat?

Nemám potřebu.

15. Jak pohlížíte na otázku, zda utrpení má smysl?

Tím se nezabývám.

16. Chodíte do místní kaple na mše?

Ne, nejsem věřící. Do kostela jsem nikdy nechodila.

17. Co je pro člověka v umírání nejdůležitější?

Být v pohodě, vyrovnán se vším.

18. Pokud srovnáte péči v nemocnici či v LDN-ce a v hospici, v čem je podle vás poskytovaná péče v hospici jiná?

Líbí se mi přístup personálu, tady je rozhodně lepší než to, jak jsem ho zažila v nemocnici. Všichni jsou velmi ochotní, milí, není tu žádný chvat a je tu všude nádherný klid. To prostředí je úplně jiné než to v nemocnici. Sice jsou tu nemocní lidé, ale to prostředí tady mi nemocnici nepřipomíná. Můžu tu chodit normálně oblékaná, oproti nemocnici. Jsem sama na pokoji, mám své soukromí, to jsem v nemocnici neměla.

Rozhovor č. 9

Klientka 77 let, zhoubný novotvar dělohy, generalizovaná malignita v preterminálním stádiu, v hospici je od 22. 7. 2006.

Do hospice přišla z nemocnice, pobyt jí zařídily její děti.

Klientka není informována o její diagnóze, nezná účel hospice.

1. Jak jste spokojena se stravou?

Ano, jídlo je tu dobré.

2. Máte možnost mít zde svá oblíbená jídla, své oblíbené pití?

Mám hodně návštěv, vždycky mi něco donesou a já si i říkám, co bych chtěla přinést, na co mám zrovna chuť.

3. Jak jste spokojená se zajištěním hygieny?

Jsem spokojená, každý den mi sestry pomáhají s mytím na posteli, nejsem tak dobře pohyblivá, abych se umyla sama. Jednou týdně mě koupou.

4. Je vám dostatečně tlumena bolest a další nepříjemné příznaky?

Nemám bolesti, nějaké léky beru, ale jinak se cítím dobře.

5. Je zde respektována vaše lidská důstojnost?

Ano.

6. Jak hodnotíte přístup personálu k vaší osobě? Jste s ním spokojená?

Jsem velmi spokojená, chovají se tu ke mně velmi pěkně. Když něco potřebuji, ochotně mi vyhoví.

7. Máte zde dostatečné soukromí?

Ano, mám tu dostatek soukromí.

8. *Je zde někdo z personálu, kdo vás vyslechne, když potřebujete vyjádřit své obavy, úzkosti, beznaděj?*

Víte, já s personálem o těchto věcech nemluvím a ani s nikým jiným.

9. *Měl by člověk mít možnost připravit se na svou smrt?*

Nevím, nepřemýšlím o tom.

10. *Máte zde dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými?*

To mám. Návštěvy za mnou chodí skoro každý den. Chodí za mnou dcera, syn s vnoučaty. Chodí za mnou moje přítelkyně. Pořád se kolem mě něco děje.

11. *Jak je pro vás důležitá pomoc a podpora vašich blízkých?*

Všechno je nějak veselejší, když za mnou přijdou. Jsem ráda, že nejsem sama. Můj muž je v léčebně dlouhodobě nemocných, ten mi chybí, už jsem ho dlouho neviděla, děti tam za ním chodí.

12. *Máte možnost spolurozhodovat o tom, co se zde s vámi děje, jak se o vás pečuje?*

Ano, to já si řeknu, co se mi líbí a co takhle nechci.

13. *Máte možnost, aby bylo splněno nějaké vaše přání, které je splnitelné, a tím si zpestřit, oživit život zde?*

Ráda jezdím do parku, to mi dělá radost. Vždycky někoho poprosím, teď jsou tady ti jezuité, jsou to milí kluci, tak ty mě vezmou na vozík a jedeme. Taky se dívám na televizi, mám ráda seriály a čtu si.

14. *Jak se vám líbí prostředí hospice?*

Je to tu hezké, je tu nádherný klid.

15. *Máte potřebu hodnotit váš dosavadní život, co jste udělala dobře, co špatně, komu odpustíte a co má být odpuštěno vám? A můžete si o tom s někým z personálu popovídat?*

Ne, nemám potřebu.

16. *Jak pohlížíte na otázku, zda utrpení má smysl?*

Nepřemýšlím o tom.

17. *Účastníte se mší v místní kapli?*

Mší se neúčastním.

18. *Co si myslíte, že je pro člověka v umírání nejdůležitější?*

Já nevím, já o smrti radši nepřemýšlím.

19. Pokud srovnáte péči v nemocnici či v LDN-ce a v hospici, v čem je podle vás poskytovaná péče v hospici jiná?

Péče tady je lepší, než co jsem zažila v nemocnici. Stále se ptají, zda něco nepotřebuji, sestry jsou tady velmi ochotné, usměvavé. Je tu klid a pohoda. Mám tu svoje soukromí.

4. 1. 3 Shrnutí výsledků rozhovorů

Tabulka č. 6: Biologické potřeby – shrnutí odpovědí

Spokojenost se stravou	spokojeni	nespokojeni
	7	2
Možnost mít své oblíbené jídlo a pití	všichni klienti mají tuto potřebu naplněnu	
Spokojenost se zajištěním hygieny	spokojeni	nespokojen
	8	1
Tlumení bolesti a jiných příznaků	bolest je dostatečně tlumena	napotřebují tlumit bolest a jiné příznaky
	5	4

V tabulce č. 6 jsou shrnuty odpovědi na otázky týkající se uspokojování biologických potřeb klientů v hospici. Se stravou je spokojeno 7 klientů, nespokojeni jsou 2 klienti. Všichni klienti mají možnost mít v hospici své oblíbené jídlo a pití. Se zajištěním hygieny je spokojeno 8 klientů, 1 klient je nespokojen. Bolest je dostatečně tlumena 5 klientům, zbývajících 4 klienti nepotřebují tlumit bolest.

Tabulka č. 7: Psychologické potřeby – shrnutí odpovědí

Respektování lidské důstojnosti	u všech klientů je respektována lidská důstojnost				
Spokojenost s přístupem personálu	spokojeni		nespokojeni		
	8		1		
Dostatek soukromí	všichni klienti mají dostatečné soukromí				
Souhlas se sdělováním pravdy	souhlasí		nesouhlasí	neznají pravdu o své situaci (otázka nebyla položena)	
	5		1	3	
Ochota personálu naslouchat obavám, úzkostem	nenapadlo personál oslovit	nemají k personálu důvěru	nemluví s nikým o svých obavách	obavy, úzkosti neřeší	názor, že personál má své práce dost
	2	1	2	1	2
Možnost připravit se na smrt	asi ano, ale nezabývám se tím		ne, mít to hlavně rychle za sebou	nezamýšlí se	měl by se připravit
	1		1	3	3

V tabulce č. 7 jsou shrnuty odpovědi na otázky týkající se uspokojování psychologických potřeb klientů v hospici. Všichni klienti uvedli, že je respektována jejich lidská důstojnost. S přístupem personálu je spokojeno 8 klientů, 1 klient je nespokojen. Všichni klienti uvedli, že v hospici mají dostatečné soukromí. Se sdělováním pravdy o jejich zdravotním stavu souhlasí 5 klientů, 1 klient nesouhlasí, 3

klienti neznají pravdu o své situaci a otázka jim tedy nebyla položena. Na otázku týkající se ochoty personálu naslouchat obavám, úzkostem klientů 3 klienti odpověděli, že je nenapadlo personál oslovit, 1 klient nemá k personálu důvěru, 2 klienti s nikým nemluví o svých obavách, úzkostech, 1 klient své obavy a úzkosti neřeší, 2 klienti mají názor, že personál má své práce dost. Na otázku, zda by se měl člověk připravit na svou smrt 1 klient odpověděl, že asi ano, ale že se tím nezabývá, 1 klient odpověděl, že ne, hlavně to mít rychle za sebou, 3 klienti se nad tím nezamýšlí, 3 klienti odpověděli, že člověk by se měl připravit na svou smrt.

Tabulka č. 8: Sociální potřeby – shrnutí odpovědí

Možnost kontaktu se svými blízkými	všichni klienti mají dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými	
Důležitost pomoci a podpory blízkých	pro všechny klienty je pomoc a podpora blízkých důležitá	
Možnost spolurozhodovat o věcech, týkající se vlastní osoby	využívají této možnosti	nevyužívají této možnosti
	7	2
Možnost plnění vlastních přání	přání jsou plněna	nemají přání
	4	5
Spokojenost s prostředím hospice	všichni klienti hodnotí prostředí hospice pozitivně	

V tabulce č. 8 jsou shrnuty odpovědi na otázky týkající se uspokojování sociálních potřeb klientů v hospici. Všichni klienti mají dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými. Pro všechny je důležitá pomoc a podpora blízkých lidí. 7 klientů spolurozhoduje o věcech týkajících se jejich osoby, 2 klienti nevyužívají možnost spolurozhodovat. Vlastní přání si plní 4 klienti, 5 klientů žádná přání nemá. Všichni klienti hodnotí prostředí hospice pozitivně.

Tabulka č.9: Spirituální potřeby – shrnutí odpovědí

Potřeba hodnotit svůj život a možnost popovídat si o tom s personálem	Svůj život hodnotím, ale nepovídám si o tom s personálem		Nemám potřebu hodnotit svůj život
	2		7
Hledání odpovědi na otázku, zda utrpení má smysl	utrpení má smysl	o této otázce nepřemýšlí	
	2	6	
Návštěva mší v místní kapli	nikdo z klientů na mše v kapli nechodí		

V tabulce č. 9 jsou shrnuty odpovědi na otázky týkající se uspokojování spirituálních potřeb klientů v hospici. Na otázku potřeby hodnotit svůj život a možnosti popovídat si o tom s personálem 2 klient odpověděli, že svůj život hodnotí, ale s personálem si o tom nepovídá, 7 klientů nemá potřebu hodnotit svůj život. Na otázku, zda utrpení má smysl 2 klienti odpověděli, že ano, 6 klientů o tom nepřemýšlí. Mše v místní kapli nenavštěvuje žádný klient.

Tabulka č.10: Shrnutí odpovědí na otázku, co je pro klienty v umírání nejdůležitější

Co je v umírání nejdůležitější
Mít klid, nebýt sám, být s blízkými
Být sama a umřít sama
Nikdy jsem o tom nepřemýšlel
Nemít bolesti, nezůstat sám bez rodiny
Aby to rychle proběhlo, netrpět bolestí
Nezůstat sám
Mít to rychle za sebou
Být v pohodě, vyrovnán se vším
O smrti radši nepřemýšlím

V tabulce č. 10 jsou odpovědi na otázku, co je pro klienty v umírání nejdůležitější. Odpovědi jsou následující: mít klid, nebýt sám, být s blízkými, být sama a umřít sama, nikdy jsem o tom nepřemýšlel, nemít bolesti, nezůstat sám bez rodiny, aby to rychle proběhlo, netrpět bolestí, nezůstat sám, mít to rychle za sebou, být v pohodě, vyrovnán se vším, o smrti radši nepřemýšlím.

Tabulka č.11: Shrnutí odpovědí týkajících se srovnání péče v nemocnici či LDN-ce a v hospici

V čem jsou spatřována pozitiva hospice	Počet názorů
Dostatek soukromí	9
Ocenění přístupu personálu	6
Lepší prostředí	5
Klid	4
Lepší péče	3
Plnění přání	1
Možnost mít své věci na pokoji (obrazy, knihy)	1
Absence nemocničního režimu – ranní vstávání, vyšetřování	1

V tabulce č. 11 jsou odpovědi na otázku týkající se srovnání péče v nemocnici či LDN-ce a v hospici. Pozitiva hospice jsou spatřována: Celkem 9 názorů jako pozitivum uvedlo dostatek soukromí, 6 názorů ocenilo přístup personálu, 5 názorů zmínilo lepší prostředí, 4 názory ocenily klid, 3 názory se týkaly lepší péče, 1 názor se týkal plnění přání, 1 názor se týkal možnosti mít své věci na pokoji (obrazy, knihy), 1 názor zmínil absenci nemocničního režimu – ranní vstávání, vyšetřování.

5. DISKUZE

Pro realizaci výzkumu k této bakalářské práci jsem si vybrala Hospic Štrasburk v Praze. Tento hospic jsem si vybrala z čistě praktických důvodů. V Praze mám přátele, u kterých jsem mohla být ubytována během mé třítydenní stáže. Samozřejmě jsem se obávala toho, jak vše zvládnou, protože já osobně se se smrtí nesetkávám často. Vše jsem zvládla dobře, podařilo se mi udržet si určitý odstup od faktu, že všichni lidé tam jsou velmi blízko vlastní smrti. S odstupem času si uvědomuji, jak bohatou zkušenost jsem v hospici získala a jak silný lidský zážitek ve mně zůstal, přesto všechno, jak je pro nás těžké vyrovnávat se se smrtí.

V hospici jsem se plně zapojila do péče o klienty. Veškeré dny v hospici jsem velmi pozorně sledovala. Během prvního týdne jsem se seznamovala s klienty a vybrala si ty, se kterými bude možné realizovat rozhovor. Rozhovory jsem dělala během druhého a třetího týdne stáže poté, co jsem se s nimi blíže seznámila. Oslovení klienti velmi ochotně odpovídali na mé otázky, bylo vidět, jak moc touží po tom, popovídat si s někým. Mé obavy z toho, že možná klienti nebudou ochotni odpovídat na některé citlivé otázky týkající se umírání, byly zbytečné. Naopak mě překvapila jejich ochota mluvit o citlivých tématech přímo, i sami někdy hovořili o svých osobních záležitostech, na které nebyli dotazováni.

Podkladem pro otázky, které zjišťovaly úroveň naplnění potřeb klientů v hospici, byly základní potřeby umírajících, které uvádí Haškovcová a některé další doplňuje Kalvach.⁶² Vzhledem k tomu, že někteří klienti nebyli pravdivě informováni o svém zdravotním stavu, musela jsem respektovat tento fakt, a proto jsem, podle svého uvážení, některé otázky nepoložila. Celkem jsem uskutečnila 9 rozhovorů.

Podle odpovědí na otázky, které se týkaly naplnění biologických potřeb lze vyvodit, že tyto potřeby jsou v hospici uspokojovány dostatečně. Se stravou bylo spokojeno 7 klientů, nespokojeni byli pouze 2 klienti. Stravu zajišťuje pro hospic soukromá firma, která ji sem dováží, a ta je poté v kuchyňce hospice upravována podle

⁶² HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. přeprac. vyd. Praha:Galén, 2007, str. 165. ISBN 978-80-7262-471-3

individuálních potřeb klientů. Všichni klienti měli možnost mít své oblíbené jídlo a pití, které lze podle Haškovcové zahrnout k individuálním cílům a přáním umírajícího.⁶³ Se zajištěním hygieny byl nespokojený pouze 1 klient, který byl jen částečně mobilní, a kterému s hygienou pomáhal personál. Podle toho, jak důkladně si každý den ráno čistil zuby, usuzují, že byl zvyklý, být ve všem důkladný, včetně úkonů své hygieny, takže právě z této skutečnosti pramenila jeho nespokojenost. Všem pěti klientům, kteří trpěli bolestmi, byly bolesti dostatečně tlumeny. Ostatní bolesti neměli. Právě strach z bolesti je jedním z důvodů, proč se lidé bojí umírání a smrti. V hospici je zaručeno mimo jiné, že umírající člověk nebude trpět bolestí.

Další soubor otázek se týkal psychologických potřeb. Všichni klienti shodně odpověděli, že je v hospici respektována jejich lidská důstojnost, že k nim personál přistupuje s projevem úcty k jejich osobě. Je samozřejmé, že většina lidí, kteří nejsou schopni sebeobsluhy, jsou odkázáni na pleny, trpí pocitem ztráty své lidské důstojnosti a nesou tuto skutečnost velmi těžce. Žádná taková okolnost neopravňuje člověka, aby přestal respektovat lidskou důstojnost druhého člověka. Druhou základní věcí, kterou hospic zaručuje umírajícímu je to, že bude vždy respektována jeho lidská důstojnost. S přístupem personálu bylo spokojeno 8 klientů, pouze 1 klient nebyl spokojený. Hovořil o tom, že s ním personál moc nemluví a on s ním také ne, a že mu vadí jejich nevhodné poznámky. Já jsem za celou dobu stáže nebyla svědkem toho, že by někdo z personálu byl ke klientovi nepřijemný, měl k němu nevhodné poznámky. Na otázku, zda mají klienti dostatek soukromí, všichni odpověděli kladně. Jak uvádí Svatošová, dostatečné soukromí je pro umírajícího velmi důležité, a právě jeho zajištění patří ke specifickým péče v hospici.⁶⁴

Se sdělováním pravdy, týkající se situace klienta, souhlasilo 5 klientů, všichni také byli informováni o svém zdravotním stavu a věděli, že umírají. Jeden klient nesouhlasil, ten také patřil k dalším třem klientům, kteří nebyli pravdivě informováni o své situaci. Jemu jsem tuto otázku položila i přesto, že jsem tento fakt věděla, povídali jsme si o umírání jako o součásti života a on se vyjádřil ke své smrti jako k něčemu, co

⁶³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3

⁶⁴ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo 2003. ISBN 80-902049-4-5

jednou přijde, ale v tom okamžiku netušil, že tak bude pravděpodobně již v blízké době. Dalším třem klientům jsem tuto otázku nepoložila. Jak píše Nairn, lhát umírajícímu je kruté a zbytečné, umírajícíci obvykle vědí, co je čeká, a jistě přetvářku prohlédnou.⁶⁵ Svatošová je zásadně proto nelhat, právě sdělení pravdy, samozřejmě při zachování naděje, pomohlo už mnoha lidem překvapivě zmobilizovat poslední síly k možná největšímu a nejdůležitějšímu životnímu rozhodnutí a činu.⁶⁶ Plně souhlasím s těmito názory, umírání patří k životu a člověk by měl tento svůj poslední životní úkol zvládnout, to jde pouze tehdy, když zná pravdu.

Otázka, zda by člověk měl mít možnost připravit se na svou smrt, souvisí se sdělováním pravdy, znát pravdu o své situaci právě umožňuje připravit se na ni. Z odpovědí vyplývá, že někteří klienti si neuvědomují propojenost těchto dvou realit. Jeden klient odpověděl, že asi ano, ale nezabývá se tím. Další klient odpověděl, že ne, hlavně to mít rychle za sebou. 3 klienti se nad tím nezamýšlí, a další tři souhlasí s tím, že člověk by se měl na svou smrt připravit. Dva klienti, kteří souhlasili, byli věřící, třetí klientka velmi zodpovědně přistupovala ke své situaci, byla samozřejmě informovaná o svém zdravotním stavu, sama se rozhodla pro hospic.

Na otázku, která zjišťovala ochotu personálu naslouchat obavám, úzkostem klientů, 2 klienti odpověděli, že je nenapadlo personál oslovit, 1 klient nemá důvěru k personálu, 2 klienti s nikým o svých obavách nemluví, 1 klient obavy a úzkosti neřeší, 2 klienti měli názor, že personál má své práce dost. Z odpovědí vyplývá, že oslovení klienti o svých obavách, úzkostech s personálem nemluví. Za celou dobu stáže jsem nebyla svědkem toho, že někdo z personálu si sedl s klientem a hovořil s ním o těchto věcech a nebo třeba o jiných věcech. Nemohu z toho jednoznačně vyvodit, že personál se v tomto směru nevěnuje dostatečně doprovázení klientů, i když tento dojem ve mně je. V hospici jsem byla velmi krátkou dobu, ale vím, že poté, co se udělala jedna konkrétní práce, personál odpočíval ve své místnosti do té doby, než byl čas udělat další práci. Svatošová uvádí, že v Hospici Anežky České zatím psychologa nemají, protože

⁶⁵ NAIRN, R. Žití, snění, umírání. Praktická moudrost z Tibetské knihy mrtvých. Praha: DharmaGaia 2007, str. 232. ISBN 978-80-86685-57-1

⁶⁶ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo 2003, str. 137. ISBN 80-902049-4-5

se žádný vhodný nenašel. Právě o to více je třeba, aby se ošetřující personál a také duchovní, který tam pracuje zdarma na plný úvazek, věnovali doprovázení umírajících a jejich blízkých. Sestry denně zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace barvu fáze (fáze popsané Kübler-Rossovou), ve které se klient ten den nacházel. Je to důležité, protože v každé fázi je nutno s klientem komunikovat jinak. Za dobu pěti let se z nich staly odbornice na posouzení psychického stavu klientů.⁶⁷ Takový zájem o psychický stav klienta jako v Hospici Anežky České jsem v Hospici Štrasburk nezaznamenala.

Další soubor otázek zjišťoval naplňování sociálních potřeb v hospici. Všichni klienti uvedli, že mají dostatečnou možnost kontaktu se svými blízkými. Hospic je otevřený po celých 24 hodin, návštěvy ke klientům mohou přijít kdykoliv, mohou v hospici i přenocovat. Pro všechny klienty je také důležitá pomoc a podpora jejich blízkých. Za většinou klientů návštěvy docházely s různou pravidelností, jejich blízcí s nimi většinou nepobývali v hospici delší dobu. Jak mi řekla jedna sestra, mnoho klientů nemá to štěstí, že zemře v přítomnosti svých blízkých.

Ne všichni klienti měli ideální vztahy se svými blízkými a mohli se o ně opřít v této náročné životní etapě. Jedna klientka byla velice nešťastná, protože její syn se jí dva měsíce neozýval a ona se mu nemohla dovolat. Další klientka uvedla, že ani manžel, ani její děti jí nejsou oporou, nechtějí s ní hovořit o tom, že umírá, obávala se toho, že bude umírat sama. Tato klientka působila velmi nepřístupným a odměřeným dojmem, byla nepříjemná na personál, bylo to možná z důvodu toho, co všechno v životě prožila a prožívá. Proto jsem zpočátku neměla v úmyslu s ní rozhovor uskutečnit, měla jsem pocit, že s ním ani nebude souhlasit, ale nakonec jsem byla překvapena, jak otevřeně a ochotně se mnou hovořila. Tyto klientky trpěly sociální bolestí. Jak uvádí Haškovcová, nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je osobní blízkost druhého člověka. Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl umírat sám.⁶⁸ V souvislosti s blízkými lidmi mě překvapilo konstatování jedné ošetřovatelky, která se

⁶⁷ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. [on line]. 12. 1. 2001 [cit.2009-06-30]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/doprovazeni.html>.

⁶⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, str. 161. ISBN 978-80-7262-471-3

vyjádřila, že jednoho klienta velmi často navštěvovala jeho rodina v tom smyslu, že mu není dobře, a že ho ani nenechají vydechnout. Tento klient pak za pár dní poté, co jsem vyslechla onen názor, zemřel. V hospici mi toto konstatování přišlo velmi překvapující a mám pocit, že dotyčná ošetřovatelka některé věci nechápe, přestože pracuje v hospici.

Možnosti spolurozhodovat o dění a péči kolem vlastní osoby využívá 7 klientů, zbylí dva klienti této možnosti nevyužívají a plně se podřizují rozhodnutí jiných osob – lékaře, sester. Zda klient spolurozhoduje o dění kolem něho je ovlivněno, podle mého názoru, osobností klienta, například jeho sebevědomím. 4 klienti uvedli, že vlastní přání mají a jsou jim plněna, 5 klientů žádná přání nemá, ti tedy převažují. Myslím si, že je to škoda, lidé nejsou zvyklí mít přání, možná, že to pokládají za něco nevhodného. Může to souviset s nemocnicemi, kterými většina klientů hospice prošla, protože zde pro přání pacientů asi moc místa nebývá. Možná netuší, že nějaká přání mohou mít. Mít přání a mít také možnost, aby byla splněna je důležité pro oživení života v hospici. Jedna klientka, která velmi ráda jedla a jídlo jí pomáhalo celou svou situaci zvládat lépe, měla přání si na ohni opéct vuřty a toto její přání jí její rodina pomohla v hospici zrealizovat. Určitě jí to udělalo dobře na duši. Jak uvedl Mgr. Huneš z Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích, vítají jakákoliv realizovatelná přání klientů v hospici, protože to pomáhá klientům naplno, aktivně i svým způsobem radostně prožít poslední dny svého života. Jeho přednáška, které jsem se účastnila, měla pro mnohé lidi překvapující název – Hospic místo radosti.⁶⁹

Všichni klienti také pozitivně hodnotili prostředí hospice, které bylo opravdu pěkné a příjemné. Hospic v žádném případě nepřipomíná nemocnici, což byl také záměr budovatelů. To samo o sobě působí na klienty velmi pozitivně a působilo to pozitivně i na mne. Všechny pokoje byly krásné, prostorné, s výhledem do parku, na zeleň. V hospici byla velmi příjemná, pohodová a domácí atmosféra, byl tam nádherný klid. Prostředí určitě velmi působí na prožívání lidí a pokud je takové, jako v Hospici Štrasburk, přispívá k lepší psychické pohodě jak klientů, tak jejich blízkých, ale i personálu, dobrovolníků a dalších lidí.

⁶⁹ HUNEŠ, R. *Hospic místo radosti*. Přednáška ze dne 20. 4. 2008. Jindřichův Hradec.

Poslední soubor otázek zjišťoval naplňování spirituálních potřeb v hospici. Svůj dosavadní život hodnotí, přemýšlí o tom, co udělali dobře, co špatně, komu mají odpustit a co má být odpuštěno jemu pouze 2 klienti, ale o těchto věcech si s personálem nepovídají.

Oba tito klienti byli věřící, jedním z nich byla klientka – farářka a tato žena nepotřebovala své věci řešit s personálem a druhý klient neměl dobré zkušenosti s přístupem personálu k jeho osobě. Zbýlých 7 klientů nemělo potřebu svůj život hodnotit. Mezi nimi byli 3 klienti, kteří nebyli pravdivě informováni, takže neměli tuto potřebu možná právě v souvislosti s tím, že pravdu neznali. Ostatní přes fakt, že tuto pravdu znali, takovou potřebu neměli. Nad otázkou, zda utrpení má smysl, se zamýšleli a odpověděli, že utrpení smysl má, také 2 klienti. Byli to ti stejní jako v předešlé otázce. Zde je možné vidět, že věřící řeší věci, které člověka přesahují a víra je jim velmi nápomocná v situaci, kdy se člověk má vyrovnat se svou smrtelností. Velmi silně na mne zapůsobila právě paní farářka, byl to tak úžasně moudrý člověk, byla tak vyrovnaná, klidná. Setkání s ní bylo pro mne velmi obohacující zkušeností. Na otázku, která se týkala návštěv mší v místní kapli, všichni klienti odpověděli, že na mše nechodí. Jak mi bylo sděleno staniční sestrou, klienti hospice celkově mše moc nenavštěvují, spíše na ně chodí lidé z okolí.

Myslím si, že v hospici je pohlíženo na spirituální potřeby pouze jako na potřeby, které mají věřící lidé, vyplynulo mi to mimo jiné i z rozhovoru se zmíněnou staniční sestrou. Jak píše Svatošová, je stále rozšířen mylný názor, že duchovní potřeby má jen věřící člověk. Má je každý, a v terminálním stádiu závažného onemocnění často bývají z pohledu pacienta dokonce prioritou.⁷⁰ Mgr. Huneš na své přednášce mluvil o pastoračních asistentech, kteří v Prachatickém hospici pracují. Tito lidé mají patřičné vzdělání, přicházejí k člověku ve chvíli, kdy si potřebuje s někým popovídat. Ošetřující personál vždy nemá čas, aby klienta vyslechl, a právě v této chvíli nastupuje pastorační asistent.⁷¹ Myslím si, že v Hospici Štrasburk takový člověk velmi chybí. O pastoračních

⁷⁰ ČERMÁK, M. *Hospicová paliativní péče*. [on line]. 19. 2. 2007 [cit.2009-07-01]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>

⁷¹ HUNEŠ, R. *Hospic místo radosti*. Přednáška ze dne 20. 4. 2008. Jindřichův Hradec.

asistentech se zmiňuje i Munzarová. Píše, že přítomnost pastoračních asistentů a vyhovění žádosti nemocných o návštěvy duchovních příslušných vyznání by mělo být samozřejmostí.⁷² V hospici Štrasburk zajišťují v případě žádosti klientů návštěvy duchovních podle vyznání. Myslím si, že výhodou pastoračního asistenta je to, že je dostupný i člověku, který není věřící a potřebuje si s někým pohovořit a tento asistent může mnohým klientům velmi pomoci. Duchovní lidé bývají velmi vzdělaní, umí k lidem přistupovat a mnoho lidí určitě nemá problém se jim otevřít, pokud mají problémy a potřebují pomoc a oporu. Jak jsem měla možnost poznat lidi z ošetřujícího personálu, nevím, jestli já sama bych s nimi chtěla řešit všechny ty citlivé záležitosti, které řeší umírající lidé. Klienti hospice byli s jejich péčí velmi spokojeni, ale myslím si, že spirituální potřeby klientů personál nebyl schopen naplnit tak, jak by to učinil pastorační asistent. Já osobně hodnotím pastorační péči jako něco, co je v umírání velmi důležité a přínosné, přestože nejsem věřící člověk ve smyslu praktikujícího křesťana. Jak píše Komínková ve své práci, v pastorační péči jde o doprovázení člověka v jeho utrpení či umírání a pomoc k tomu, aby lidsky důstojně zvládl jeho životní situaci.⁷³

Na otázku, co je pro klienty v umírání nejdůležitější, jsem dostala různé odpovědi. Nebýt sám, být se svými blízkými, s rodinou, odpověděli 3 klienti. Netrpět bolestí bylo důležité pro 2 klienty. Pouze jedna klientka chtěla umřít sama. 2 klienti o tom nepřemýšleli, jeden o tom nepřemýšlel nikdy a druhý o tom raději nepřemýšlel. Oba klienti s tímto názorem nebyli pravdivě informováni, možná kdyby tomu bylo naopak, jejich odpověď by byla jiná. Další názor byl - být v pohodě, vyrovnána se vším – klientka s tímto názorem také nebyla pravdivě informovaná, mluvila o smrti jako o tom, že se jí to někdy v budoucnu bude týkat. Škoda, že pravdu neznala, protože ta by jí dala reálnou šanci se se skutečností své smrti vyrovnat. Z názoru - mít to rychle za sebou pocitují velké obavy a strach klientky z umírání a smrti.

Nejvíce klientů spatřuje pozitivum péče v hospici, oproti péči v nemocnici či v LDN-ce, v dostatku soukromí. Na druhém místě oceňují přístup personálu, dále

⁷² MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč NE eutanázii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství 2008, str. 18. ISBN 978-80-7195-258-9

⁷³ KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*. [on line]. [cit.2009-07-01]. Dostupné z <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>

prostředí hospice, klid, lepší péči, možnost splnění přání, možnost mít své věci na pokoji (jako obrazy, knihy), jeden klient zmínil i to, že zde není nemocniční režim, nemusí každé ráno brzy vstávat, není zde vyšetřován atd. Já se k těmto názorům plně připojuji, cítím to úplně stejně. Sama mám zkušenosti a vím, jak někdy vypadá péče v nemocnici či v léčebně dlouhodobě nemocných, ale i v domovech důchodců, přestože tam umírá nejvíce lidí. Žádný klient nezmínil jako pozitivum, že je v hospici respektována jeho lidská důstojnost, protože z vlastní zkušenosti vím, že ve výše zmíněných institucích toto není často samozřejmostí, chybí zde úcta člověka k člověku, což je velmi smutné.

Četla jsem některé děkované dopisy lidí, jejichž blízkým byla poskytována péče v hospici. Byly to opravdu krásné dopisy plné spokojenosti, vděčnosti, díky za to, že jejich blízkému byla na konci života poskytována skvělá péče.

6. ZÁVĚR

Při realizaci výzkumu, který směřoval ke splnění cílů práce, jsem uskutečnila 9 rozhovorů s klienty Hospice Štrasburk. Prvním cílem bylo zmapovat naplnění holistického přístupu ke klientům Hospice Štrasburk. Domnívám se, že tento cíl se podařilo splnit. Bylo zjištěno, že v hospici je klientům poskytována komplexní péče, která zahrnuje naplňování biologických, psychologických, sociálních i spirituálních potřeb. Většina klientů byla s péčí v hospici spokojena. Myslím si však, že naplňování spirituálních potřeb, v porovnání například s Hospicem sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích, by měla být věnována větší pozornost a mnohé by se dalo zlepšit.

Druhým cílem bylo zjistit, které z potřeb jsou saturovány pouze díky hospicové péči, a které potřeby se z pohledu klienta stávají v umírání nejdůležitějšími. Bylo zjištěno, že na prvním místě je dostatek soukromí, na druhém místě je oceněn přístup personálu, na třetím místě je lepší prostředí. Dále klienti ocenili dostatek klidu, lepší péči, možnost splnění jejich přání, možnost mít své věci, ke kterým mají vztah, na pokoji, absence nemocničního režimu. To, čím je právě hospicová péče specifická, jak uvádí Svatošová, se potvrdilo i ve výše zmíněných výsledcích. Dále bylo zjištěno, že nejdůležitější potřeby v umírání z pohledu klienta jsou: nebýt sám, být s blízkými, s rodinou, a netrpět bolestí. Tento názor mělo méně klientů, než jsem očekávala, ale v celkovém počtu odpovědí převažoval. Výsledek odpovídá tomu, co uvádí Haškovcová a Svatošová. Domnívám se, že i druhý cíl práce byl splněn. Pro získání směrodatnějších výsledků by bylo nutné dotazovat se většího počtu klientů, zajímavé by bylo oslovit klienty z více hospiců, a odpovědi porovnat, ale přesto i od malého vzorku klientů jsem získala cenné informace.

Je skvělé, že péče o umírající se v naší zemi začíná zlepšovat, stále však jenom velmi málo lidí má šanci zemřít v hospici nebo doma. Nejvíce lidí umírá právě v institucích, kde umřít nechtějí, to je v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných, v domově důchodců. Je všeobecně známo, že v těchto institucích je úroveň péče o umírající nedostatečná, lze i říci, že špatná, a snahy zlepšit tento stav postupují velmi pomalu. Právě zde by mělo dojít v budoucnu k velkým změnám. Je třeba vzdělávat

sestry, lékaře a další pracovníky ve zdravotnictví v oblastech paliativní medicíny, paliativní péče, zlepšit komunikaci lékařů, sester s nevléčitelně nemocnými a jejich rodinami. V ČR není žádná instituce, která by se zabývala a kontrolovala kvalitu péče o umírající, neexistují standardy této péče. Je tedy nutné tyto standardy vytvořit. Informovanost laické i odborné veřejnosti o paliativní péči je stále nedostatečná. Nadějí na zkvalitnění péče o umírající je domácí hospicová péče, která se již u nás rozvíjí.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P. TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X
2. CALLANANOVÁ, P., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad, Cesta domů, 2005. ISBN 80-7021-819-3
3. ČERMÁK, M. *Hospicová paliativní péče*. [on line]. 19. 2. 2007 [cit.2009-03-09]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>
4. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0139-7
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3
6. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2
7. HOSPICE.CZ *Co je paliativní léčba, péče a medicína?* [on line]. 21. 11. 2001 [cit.2009-03-09]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html>.
8. HOSPICE.CZ. *Hospic Štrasburk (Hospicové domy)* [on line]. [cit.2009-06-27]. Dostupné z: <http://www.hospice.fsv.cvut.cz/hospice/praha/index.php>
9. HOSPICE.CZ. *Poznámky k hospicové péči poskytované v Hospici Štrasburk*. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/data/strasburk.rtf>
10. HOSPICE.CZ. *Hospic Štrasburk v Praze* [on line]. [cit.2009-06-27]. Dostupné z: http://www.hospice.cz/hospice1/org_info.php?id=6
11. HUNEŠ, R. *Hospic místo radosti*. Přednáška ze dne 20. 4. 2008. Jindřichův Hradec.
12. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6
13. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2

14. KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>
15. KOMÍNKOVÁ, H. Právo na důstojné umírání. *Sestra*. Praha, roč. 12, č.1, s. 20-21. ISSN 1212-0404
16. MISCONIOVÁ, B..*Péče o umírající hospicová péče*. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>
17. MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč NE eutanázii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství 2008. ISBN 978-80-7195-258-9
18. NAIRN, R. Žití, snění, umírání. Praktická moudrost z Tibetské knihy mrtvých. Praha: DharmaGaia 2007. ISBN 978-80-86685-57-1
19. OSOBNÍ ASISTENCE.CZ.*Paliativní péče*. [on line]. [cit.2009-03-09]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=3>.
20. PARKES, C.,RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7
21. ROTTER,H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad 1999.ISBN 80-7021-302-7
22. STUDENT, J., MÜHLUM, A.,STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1
23. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5.dopl. vyd. Praha: Ecce homo 2003. ISBN 80-902049-4-5
24. SVATOŠOVÁ,M. *Hospice a umění doprovázet*. [on line]. 12. 1. 2001 [cit.2009-03-15]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/doprovazeni.html>.
25. SVATOŠOVÁ, M. Postřehy ze školy, kde vyučují umírající. *Kontakt*. České Budějovice: 2003, roč. 5, č. 3, s. 117-121.ISSN 1212-4117
26. TRMAČ, V.*Umí současná medicína zmírnit všechno utrpení nevyléčitelně nemocných?* [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/index2.php?id=690>
27. UMIRANI.CZ. *Definice paliativní péče*. [on line]. [cit.2009-03-09]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=20&lang=cs>

28. VIRT, G. *Žít až do konce Etika umírání, smrti a eutanázie*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2
29. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0279-7
30. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vydání. Praha: Portál 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
31. WIKIPEDIA. *Smrt*. [on line]. [cit.2009-06-28]. Dostupné z:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Smrt>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Doprovázení umírajícího

Holistický přístup

Hospic

Hospicová péče

Paliativní péče

Pastorační péče

Potřeby umírajícího člověka

9. PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Hospic Štrasburk v Praze
2. Hospice sv. Kryštofa v Londýně
3. Cecily Saunders

Příloha č. 1

Fotografie Hospice Štrasburk







Příloha č. 2.

Fotografie Hospice sv. Kryštofa v Londýně



Příloha č. 3

Fotografie Cecily Saunders

