



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra filozofie a etiky v pomáhajících profesích

Bakalářská práce

# Význam a dostupnost péče a podpory pro umírajícího a jeho rodinu

Vypracovala: Jana Vodičková  
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.  
České Budějovice 2015

## Abstrakt

Tato práce se zabývá problematikou posledního období života, umíráním. Mým cílem bylo zjistit, s jakými největšími problémy se potýkají v této části života při tak velkém fyzickém i psychickém zatížení sami nemocní lidé a poté i jejich pečující blízcí, kteří jim poskytují svou pomoc a péči. Zároveň chci zjistit, jaké jsou jejich potřeby. Myslím si, že umírající lidé nemají sílu o svých potřebách hovořit, nebo se bojí je zmínit a zároveň, že dnešní společnost si jejich potřeby neuvědomuje, respektive o nich nepřemýšlí. Pečující mají také své potřeby i problémy a musejí tuto stresovou situaci zvládat mnohdy při velkém pracovním vytížení. Zároveň si myslím, že nemají dostatečné informace o možnostech řešení své těžké situace.

Práci jsem rozdělila na pět částí. V první části popisuji pojmy, které s touto problematikou souvisí. Definuji smrtelné a nevléčitelné onemocnění, co je paliativní a hospicová péče a co je kvalita života. Dále popisuji fáze umírání, reakce člověka na blízkost smrti, jeho obranné mechanismy a vztah mezi stresem a smrtí a smrt samotnou. Poté se zajímám o potřeby nemocných a umírajících, definuji potřeby a oblasti, v kterých umírající lidé nejvíce trpí. Podrobněji popisuji všechny oblasti lidských potřeb. Nakonec se věnuji potřebám pečujících a blízkých umírajícího člověka.

V druhé části se věnuji kvalitativnímu výzkumu, kterým bych chtěla zjistit význam potřeb a informací o pomoci umírajícímu a jejich rodině. Definuji cíle výzkumu a výzkumné otázky.

Ve třetí části popisuji zvolenou metodiku výzkumu a uvádím zde případové studie, které jsem získala při návodných rozhovorech s komunikačními partnery. Hovořila jsem se čtyřmi nemocnými a čtyřmi pečujícími osobami. Tyto studie vznikly ze zapsaných rozhovorů, které uvádím v plné verzi v příloze této práce.

Čtvrtou část jsem využila pro shrnutí všech poznatků v diskuzi. Jsou zde odpovědi na otázky, týkající se potřeb umírajících a aktuálních problémů pečujících. Velmi důležité je pro všechny zúčastněné, aby mohli být do posledních chvil doma. Také se ukázal nedostatek informací o domácí péči jak zdravotní, tak sociální i hospicové

a paliativní. Nakonec jsem vypracovala síť lůžkových a mobilních hospiců, přičemž mě zajímalo, zda počet hospicových lůžek a počet poskytovatelů paliativní a hospicové péče je v naší republice dostatečný. Poté jsem se blíže zaměřila na Jihočeský kraj.

V závěru práce jsem zhodnotila splnění cílů práce, a zda byl výzkum přínosný. Výzkum ukázal, že primární je pro umírajícího člověka jeho zájem strávit konec života doma se svými blízkými. Bohužel je rozvoj hospicové péče a zejména mobilních hospiců pomalý. Nyní jsme v období testování, zda se pro zdravotní pojišťovny vyplatí, tuto péči financovat.

**Klíčová slova:** hospic, konec života, paliativní péče, potřeby umírajících, umírání

## **Abstract**

This work concerns with dying issues, with the last stage of life. My aim was to establish the biggest problems of the dying people, what they face at this stage of life at the state of such a big physical and mental strain, and afterwards even their caring cognates who provide their help and care. At the same time, I want to discover what their needs are. I think dying people miss the strength to talk about their needs or fear to mention them, simultaneously that now-a-days society does not realize their needs, or rather does not consider them. Caring people have their needs and problems, too, they have to cope with this stressful situation during workload frequently. At the same time I think they lack sufficient information about possibilities of solving their difficult situation.

The work is divided into three parts. In the first part are described terms which are related to these issues. I determine the fatal and incurable diseases, what means palliative and hospice care and what quality of life is. Further are described the phases of dying, peoples' responses to the proximity of death, their defence mechanisms, relation between stress and death and death itself. Thereafter, I focus on needs of the ill and dying persons and define needs and areas in which the dying persons suffer at the most. Eventually, I engage in the needs of caring and close people of the dying person.

The second part considers qualitative survey, through this survey I would like to find out the sense of needs and information concerning the help for a dying person and his family. The goals of survey and surveys' questions are defined.

In the third part the chosen methods of survey are described and case studies are stated here, which I acquired at instructional talks with communication partners. I talked to four ill and four caring persons. These studies are created of recorded interviews, which are attached in a full version to this work.

The forth part I used for a summarization of all findings in a discussion. There are answer to questions considering the needs of dying persons and present problems of caring people. Very important is for every participant to spend his last moments

at home; also, the lack of information of home care appeared, both medical and social, even hospice and palliative. Eventually, I elaborated the net of inpatient and mobile hospices, where I focused on whether the number of hospice beds and providers of palliative and hospice care are sufficient in our republic. Then I focused more closely on Southbohemian region.

In conclusion of the work I evaluated fulfilments of the goals of this work and if the survey was contributive. The survey showed that spending last most moments of life at home with his cognates is for the dying person principal. Unfortunately, the development of hospice care and of mobile hospice above all is slow; currently, I am testing if it is worthwhile for health insurance companies to fund this care.

Keywords: hospice, end of life, palliative care, needs of dying people, dying

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2015

.....

Jana Vodičková

## **Poděkování**

Chtěla bych tímto poděkovat mému vedoucímu práce Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, PhD., za kvalitní a trpělivé vedení při psaní práce a mému manželovi za velkou podporu a trpělivost při mém studiu.

Velký dík patří mým rodičům za to, že jsou, za jejich lásku a podporu v celém mém životě.

## Obsah

ÚVOD.....	9
<b>1 SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>10</b>
1.1 KONEC ŽIVOTA A JEHO ÚSKALÍ - POJMY .....	10
1.1.1 Smrtelné a nevléčitelné onemocnění .....	11
1.1.2 Paliativní a hospicová péče.....	12
1.1.4 Umírání.....	15
1.1.5 Stádia umírání – reakce člověka .....	16
1.1.6 Stres a smrt, smrt a stres .....	17
1.1.7 Smrt .....	20
1.2 POTŘEBY TĚŽCE NEMOCNÝCH A UMÍRAJÍCÍCH .....	21
1.2.1 Potřeby podle Maslova .....	22
1.2.2 Oblasti, ve kterých umírající lidé nejvíce trpí.....	23
1.2.2.1 Oblast biologická – tělesná .....	24
1.2.2.2 Oblast psychická .....	26
1.2.2.3 Duchovní oblast .....	30
1.3 POMOC RODINĚ TĚŽCE NEMOCNÉHO A UMÍRAJÍCÍHO .....	32
<b>2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>33</b>
2.1 CÍL PRÁCE .....	33
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	33
<b>3 METODIKA VÝZKUMU.....</b>	<b>34</b>
3.1 PŘÍPADOVÉ STUDIE .....	37
<b>4 DISKUZE .....</b>	<b>60</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>65</b>
<b>ZDROJE .....</b>	<b>68</b>
<b>6 PŘÍLOHY .....</b>	<b>71</b>



## ÚVOD

Lidský život probíhá několika vývojovými fázemi. Malé děti se, naprosto bez předsudků, baví se svými nejbližšími, kdy a jak zemřou. Neuvědomují si, že smrt je napořád a nejde vrátit, nemohou ani chápat to, že lidské tělo přestane úplně fungovat, nebude již existovat. Během školní docházky se malý člověk již seznamuje se základními zákonitostmi života. Záležitosti okolo umírání a smrti, či způsob truchlení, odkoukává od dospělých. Začíná mít ze smrti respekt a strach. V období puberty si začínají děti již více uvědomovat pomíjivost života, hledají sami sebe, smysl všeho, co prožívají a dělají. Poznávají bližší vztahy mezi lidmi a získávají své první vyhraněné názory, objevuje se první zkušenost se ztrátou někoho známého, či blízkého. Během svého produktivního věku nemá člověk čas, myslet na konečnost života. První zkušenosti bývají většinou s onemocněním a smrtí svých prarodičů či rodičů. Vzniká velké dilema, zda pečovat doma, či v nemocnici.

Já jsem, jako každý, prošla všemi přirozenými fázemi také. Poprvé, kdy jsem si uvědomila, že smrt je běžnou součástí života člověka, bylo v mých 32 letech. Zemřel můj dědeček. Bylo mu osmdesát pět let, byl hodně nemocný a v posledních fázích života hodně trpěl. Jeho smrt jsem přijala jako jeho vysvobození. Chtěl zemřít, byl se svou situací smířený a jen čekal, až to přijde. To byl pro mě ten zlom, kdy jsem si vše v hlavě přehodnotila. Pracovala jsem třináct let v domácí zdravotní péči. Mezi našimi pacienty byli i těžce nemocní a umírající klienti různého věku. Vnitřně mi ale vadilo, že tyto lidé jsou limitováni v řešení své nemoci, problémů, obtíží a utrpení, mnoha okolnostmi. Navíc ve společnosti převládal trend takové stavy řešit v nemocnici. Samozřejmě, že se našlo také pár rodin, kde byli s těžkým a nevratným stavem či nemocí svého blízkého smířeni a snažili se zajistit důstojnost, klid a pohodlí pro něj doma, v jeho vlastním prostředí, dávali mu lásku a svoji přítomnost až do konce života, s podporou svého praktického lékaře, případně sester z domácí péče.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 KONEC ŽIVOTA A JEHO ÚSKALÍ - POJMY

*„Nevědomky se vzpíráme představě, že náš život na zemi by mohl mít konec; a když musíme nahlédnout, že je nám určena hranice, přesouváme tento pocit na jakési zlé působení zvnějška, prostě na něco jiného. Jinými slovy; V našem podvědomí můžeme být jen zabiti; je nepředstavitelné, že bychom jednoduše mohli zemřít na stáří. Smrt se v našem podvědomí spojuje s nějakým strašlivým zločinem, který volá po odplatě a trestu (Kübler-Rossová, 1992, s. 8).*

Pro společnost je umírání a smrt velké tabu. O smrti se nemluví, s umírajícími pak se o ní nekomunikuje vůbec. *„Dnešní člověk se chce bavit a nemá zájem zaobírat se strastí, nemocí, stářím, utrpením a smrtí“ (Kupka, 2014, s. 18).* Umírajícího chodí navštěvovat jen jeho nejbližší, ostatní jen v omezené míře. Neví, o čem si mají povídat, spíše se vymluví na to, že nemocný potřebuje klid. Také jsem taková byla. Ale když se nad tím člověk zamyslí, stačí se jen vcítit do role nemocného, umírajícího, a rozhodnutí je na světě. Chce být umírající člověk sám? Je unavený, potřebuje klid, ticho, pohodu, potřebuje uspokojit své biologické potřeby, ale chce být opravdu sám? Nechce! I kdyby u něj člověk jen seděl, mlčel, četl, dřímал, držel ho za ruku, hlavně jen aby tam byl. Umírajícímu člověku tím dodává pocit klidu a bezpečí, dosažitelné pomoci, pocit podpory a sdílení.

Čím více člověk stárne, tím více o smrti uvažuje. Je to přirozené. Přemýšlí o tom, co musí ještě stihnout ve svém životě, bilancuje, zabezpečuje své potomky, partnera. Se smrtí se možná srovnává, možná smíruje, jako se součástí života. Ovšem to neznamená, že o ní uvažuje jako o něčem, co se týká jeho samotného. A už vůbec to neznamená, že pokud z nějakého důvodu onemocní či se smrt blíží k němu, je smířený a připravený. Tak to není. Nikdo nechce zemřít. Pouze lidé nešťastní, trpící, osamělí. Ti, kteří nemají lásku, kteří nemají s kým sdílet. Ti si přejí, aby smrt přišla co nejdříve. Ale stejně,

v okamžiku, kdy se jejich život chýlí ke konci, volají o pomoc, v té chvíli zafunguje cosi, co nazýváme „pud sebezáchovy“.

*„Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána také smrt. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít, a nad kterými nelze zvítězit. Jediné, co může člověk udělat, je, že bude respektovat svoji konečnost a z tohoto prostého faktu vyvodí také závěry pro svůj konkrétní život. Nikdo nemá dost času, protože každý má jen limitovaný čas (Haškovcová, 2007).*

Aby péče o těžce nemocného, umírajícího člověka byla co nejkvalitnější, musí se se vším začít u něj samotného. U jeho potíží, aktuálního zdravotního, psychického a duševního stavu, jeho schopností a možností, jeho potřeb a přání. U jeho života, jeho povahy, smutků a radostí, u jeho rodiny, vztahů, snů.

### **1.1.1 Smrtelné a nevléčitelné onemocnění**

Definicí nemoci je nespočetné množství. *„Co je nemoc? Nemoc je odchylka od zdraví. Za nejvýstižnější se považuje definice: „Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba, nebo funkce jednoho nebo více orgánů.“ Protože nemoc je proces probíhající v organismu pacienta, je jím individuálně modifikována a prožívána, je třeba si uvědomit, že nesmíme léčit jen samotnou nemoc, ale že musíme léčit nemocného člověka“ (Velemínský, 2012, s. 38).*

Smrtelné, respektive nevléčitelné onemocnění je většinou takové, jež není možno odvrátit kurativní léčbou ani jinými prostředky. Jeho postup vede k celkovému zhoršování stavu, stupňování potíží, destrukci a poté zániku organismu. Člověk s nevléčitelnou a smrtelnou nemocí prošel řadou vyšetřování, léčení, různými pokusy o návrat alespoň relativního zdraví, přičemž jeho stav je nezvratitelný, a musí se smířit se svým nenávratným koncem. Troufnu si tvrdit, že mnohdy jsou fyzické a fyziologické potíže, ať již jsou jakkoli těžké, pro nemocného člověka méně náročné, než jeho psychická a duševní zátěž při těžkém onemocnění. Obecně, se každý dokáže se svou

nemocí poprat jinak. Někdo se zhroutí a postupně rezignuje, jiný se nemoci postaví, napne všechny síly a vyléčí se. Někdo se i při obrovské snaze nevyлéčí, protože jeho nemoc byla silnější. Pokud se jedná o chorobu nevyлéčitelnou a smrtelnou, lidé propadají zoufalství, depresím, ale jsou také lidé, kteří se postupně se svým stavem vyrovnávají, smiřují. To, jak se člověk s tímto obrovským stresem vyrovná, je závislé na mnoha faktorech. Pro člověka v konečném stádiu života je v ideálním případě, nejvhodnější tzv. paliativní či hospicová péče. V paliativní a hospicové péči se všichni pracovníci, ať už zdravotníci, sociální služby, dobrovolníci nebo rodinní příslušníci, snaží, aby vyrovnání se s těžkou situací měl nemocný člověk co nejjednodušší, aby se dokázal smířit se životem a s jeho koncem, a aby kvalita jeho života byla do samého konce co nejvyšší.

### **1.1.2 Paliativní a hospicová péče**

Definice a pojetí paliativní péče je mnoho. Například Sanchia Aranda (2005) rozlišuje 3 roviny paliativní péče. Paliativní přístup, specializované intervence a paliativní péči poskytovanou specialisty. Přičemž paliativní péči popisuje Aranda jako: „...sadu základních znalostí a dovedností, které mohou použít všichni zdravotničtí pracovníci, jež se starají o pacienty s život ohrožujícím či terminálním onemocněním...“ (O'Connor, Aranda, 2005, s. 15). Dále upřesňuje význam specializovaných intervencí: „...v případě komplikované ošetrovatelské péče je někdy nutné požádat o pomoc specialisty z jiných oblastí, kteří zajistí potřebnou intervenci. Může jít např. o sestru-specialistku na hojení ran, ...“ (O'Connor, Aranda, 2005, s. 15). Poslední skupinou je specializovaná paliativní péče, jež podle Arandy: „poskytují zdravotníci, kteří mají specializační vzdělání a zkušenosti v péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Tito specialisté mohou pracovat v komunitním zařízení paliativní péče, jako konzultanti v akutních nemocnicích nebo v hospicu“ (O'Connor, Aranda, 2005, s. 15). Z mého pohledu je to popis, orientovaný více na zdravotnickou problematiku. Munzarová

vymezuje, oproti tomu, paliativní péči spíše ve filozofické rovině. Podle ní, má každý člověk své potřeby a pocity, svá trápení. Základem jakékoli pomoci či podpory, poskytované každému člověku, by mělo být pochopení samotné jeho osobnosti. Na jejich základě se multidisciplinární tým snaží pacientovi co nejvíce zvýšit kvalitu života, zajistit maximální důstojnost, identifikaci potřeb umírajícího a reagování na ztráty jeho, a zároveň celé rodiny. Munzarová zde zmiňuje zásadní podíl i odkaz zakladatelky paliativní péče Dámy Emílie Saundersové. Paliativní péče není ve svém působení ohraničená, její filozofii lze aplikovat v jakékoli oblasti zdravotní i sociální péče (Munzarová, 2005). V minulosti se vše soustředilo na maximální kvalitu zdravotnické péče, částečně ovšem na úkor spirituálních a psychických potřeb nemocného a umírajícího. V posledních letech dochází ke zvyšování kvality i těch hledisek, která dříve nebyla považována za primární. Jak píše dále Munzarová, paliativní péče se netýká jen terminálního období nemoci, může své služby nabídnout mnohem dříve. Také se přestala týkat pouze onkologických chorob, ale uplatňuje se i péči o staré a nemohoucí osoby. Munzarová zde vyzdvihuje význam paliativní péče v celkové rehabilitaci nemocného. V docílení co nejvyšší kvality jeho života. Je ovšem ke všem prostředkům paliativní medicíny a péče přihlížet individuálně (Munzarová, 2005).

*„Vše uvedené zahrnuje do svých vyjádření Světová zdravotnická organizace (WHO). V r. 1990 definovala paliativní péči jako „aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a pro jejich rodiny“ (Munzarová, 2005, s. 62).*

*„Novější definice WHO (2002) klade větší důraz na prevenci utrpení: „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“ (Munzarová, 2005, s. 62).* V doslovné citaci těchto dvou definic paliativní péče, která je zachycena v knize

Munzarové, je znatelný postup a vývoj podstaty paliativní péče. Působí zde multidisciplinární tým, který úzce spolupracuje. Patří sem lékař – specialista na paliativní péči, další odborníci, zdravotní sestry, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista a pastorační pracovník nebo duchovní (Marková, 2010).

Co se týká hospice a hospicové péče, dobře je popisuje i Haškovcová: „*Hospic – původně útulek, útočiště nebo také dům odpočinku pro osoby, které ve středověku putovaly do Svaté země, tedy do Palestiny*“ (Haškovcová, 2012, s. 88). Je tedy zřejmé, že historie vzniku hospiců sahá daleko, i když to původně bylo za jiným účelem. Haškovcová dále píše: „*Dnes označení pro zdravotnickou instituci poskytující péči umírajícím a podporu jejich rodinám. První hospic na světě byl otevřen v roce 1967 v Londýně. První český, pod názvem Hospic Anežky české, pak zahájil činnost v roce 1996 v Červeném Kostelci. Základním cílem je umožnit umírajícím důstojný odchod ze života důsledným uplatňováním → **paliativní medicíny** a → **paliativní péče***“ (Haškovcová, 2012, s. 89). Zmiňuje i další možnosti a zároveň nedostačující počet hospicových lůžek: „*Hospic ovšem není vhodný pro každého umírajícího, proto je potřeba rozvíjet paliativní péči i ve stávajících nemocnicích. První domácí hospic Cesta domů byl uveden do provozu v roce 2001 v Praze. I když jsou lidé s hospicovou péčí velmi spokojeni, nikde na světě není hospiců dostatek. Odhaduje se, že by bylo zapotřebí zhruba 400 lůžek na 100 000 obyvatel*“ (Haškovcová, 2012, s. 89).<sup>1</sup>

### 1.1.3 Kvalita života

Je to poměrně mladý pojem, nejdříve byl užíván v souvislosti s hodnocením života u onkologicky nemocných pacientů. Původně šlo o to, že léčba onkologických chorob je možná úspěšná v tom, že prodlouží život člověku tím, že zničí, pozastaví růst nádoru,

---

<sup>1</sup>Pozn. autora: Toto tvrzení je aktuální k roku vydání knihy, tj. 2012, počet kamenných hospiců a počet lůžek je jiný.

ovšem z důvodu její obrovské toxicity a agresivity, je to za cenu výrazného zhoršení kvality života. Během rozsáhlých výzkumů tohoto fenoménu, došli vědci k mnoha názorům na kvalitu života. Navíc vnímání kvality života je velmi subjektivní. Pro někoho je dobré žít déle, i když bude roky ležet v bolestech na lůžku, pro někoho je dobré léčbu s vedlejšími účinky odmítnout, bude žít sice kratší dobu, ale nebude trpět vedlejšími účinky léčby, rozvojem choroby, bolestmi a dlouhými pobyty v nemocnici. Při hodnocení kvality života člověka, je třeba posuzovat mnoho faktorů v mnoha souvislostech. Nejen zdravotní stav, ale schopnost soběstačnosti, nepříznivé působení léčby, pobyty mimo domov, životní komfort a spoustu jiných. „*Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem*“ (Payne, 2005, s. 207).

#### **1.1.4 Umírání**

„*Umírání je proces, ve kterém dochází k postupnému a nezvratnému selhávání životních funkcí člověka*“ (Haškovcová, 2012, s. 167). Přirozené umírání je stářím, ve vysokém věku. Dnes se tento věk zvyšuje, díky vývoji lékařské vědy. „*Umírání je v každém případě výsostně osobní a – na co se dlouho zapomínalo – sociální proces, vyžadující prostor, čas a citlivé zacházení*“ (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 25). Pakliže budeme umírání posuzovat jako jakési dění, u každého člověka se bude jeho průběh lišit. Většina pacientů, než zemře, ztrácí vědomí. Umírající člověk by nikdy neměl být sám. Vždy by u něj měla být jeho rodina, pokud to nelze, měl by být přítomen někdo z personálu nebo dobrovolník. Celý proces umírání by měl probíhat s velkou důstojností a vážností, jakou si zasluhuje každá lidská bytost. Pokud je ta možnost, měl by umírající člověk strávit konec života doma, ve svém prostředí, se svými blízkými (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007).

Dle Misconiové je dnešní stav takový, že „v současném pojetí „odsunu“ umírajících do různých typů zařízení (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných a další) ztrácí umírání charakter přirozeného sociálního aktu“ (2000, s. 11).

Velkou důležitost má také účast celé rodiny. Stejně tak, jako rodina prožívala narození nových generací, měla by přece prožívat i odchod nejstarších nebo nemocných členů rodiny. Podporovat ho, být mu oporou v jeho tíživé situaci, ale zároveň tím má každý člověk možnost, naučit se v takových situacích reagovat, zvládat je a smířovat se s nimi.

### 1.1.5 Stádia umírání – reakce člověka

Podle Kübler-Rossové má umírání pět stádií.

- **Popírání a izolace** Po šoku a otřesu, člověk popírá tu skutečnost, že by byl tak nemocný, že by mu hrozila smrt; vyhledává důkazy a důvody, proč tomu tak není, nikomu nevěří; hledá jiné lékaře, nechává se opakovaně vyšetřovat apod.; touto fází prochází většina lidí, je to normální a zdravá reakce na tak ohrožující zprávu o vlastní konečnosti; útěk před skutečností mu dává čas, se s hroživou skutečností smířit a zmobilizovat jiné obranné strategie; nechce vůbec o smrti hovořit, nemá důvod k uspořádání svých věcí, odkládá důležitá rozhodnutí; toto období by nemělo trvat dlouho, ubírá nemocnému sílu a energii;
- **Zlost – proč zrovna já?** Tato otázka napadne každého, kdo je smrtelně nemocen, má vztek na celý svět, dává vinu všem ostatním; bohužel toto období je špatně přijímané okolím, pacient bývá i agresivní, nevrlý, nešťastný; ztrácí vládu nad svým životem, nemůže nic ovlivnit; když je nemocný v tomto období chápán a respektován, ponechán v upouštění svojí zlosti a je s láskou podporován, začne vnímat, že to ostatním není jedno, sám začne toto období opouštět;



- **Smlouvání** Je stejný manévr, jaký užívají malé děti v komunikaci se svými rodiči; nejvíce lidé smlouvají o čas, o pár dní, o pár hodin navíc; smlouvají o svůj konec bez bolesti, bez utrpení; většinu smluv uzavírají nemocní s Bohem; je to podmiňování osudu
- **Deprese** Dostávají se jako čtvrté období umírání; vzniká z postupných ztrát v životě nemocného, ztráty zdraví, normálního vztahu s partnerem, ztráty fyzických a duševních schopností, ztráty uplatnění v práci i v životě, lidé se cítí zbyteční, nevyužití, nepotřební; přispívá i zatížení finanční, ztratí přátele, sociální kontakty, děti a manželka se mu vzdalují, i když jsou s ním; někdy je deprese cestou ke smíření; člověk ztrácí zájem o vše, o stravu, o lásku, o společnost, někdy se izoluje od okolí;
- **Akceptace** Pokud měl nemocný možnost, a byl podporován, aby si prošel všemi stádii, dochází ke smíření, člověk není deprimován, je schopen mluvit o svém životě i stavu, o svých pocitech; takový člověk je vyrovnaný a klidně očekává okamžik smrti, netruchlí nad ztrátami, mnohdy si vyrovnává své dluhy v životě; v tomto období je potřeba podpory pro nemocného největší, stačí jen být s ním, sdílet a být s ním, tiše a klidně; také tehdy potřebuje velkou podporu jeho rodina (Kübler-Rossová, 1993).

### 1.1.6 Stres a smrt, smrt a stres

Co je stres? „Z psychologického hlediska lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení (Vágnerová, 2002, s. 33), spojeného s úbytkem uspokojení, ohrožující jeho celkovou, tělesnou i duševní pohodu (Vágnerová, 2004, s. 265). Zásadní znaky, které charakterizují stresovou situaci a zvyšují její náročnost, jsou podle Vágnerové nemožnost situaci ovlivnit, bezmoc, nepředvídatelnost zátěžové situace, subjektivně nepřiměřené a nadměrné nároky, vznik tak velké životní změny, vůči které

se člověk musí velmi značně přizpůsobit a vznik subjektivně neřešitelných vnitřních konfliktů (2002).

Stres může být negativní, ale i pozitivní. V oblasti nevyléčitelných nemocí, vysokého stáří a umírání se, bohužel, vyskytuje spíše ohromné množství negativního stresu a frustrace. K tomu se připojuje ještě pocit bezmocnosti, bezvýchodnosti, deprese.

Dle Vágnerové existuje šest fází reakce na stres. První fáze je uvědomění zátěže, kdy člověk uzná situaci, pro něj, za stresovou (2002). Druhou fází, označila Vágnerová jako fází aktivace psychických obranných reakcí. Ve třetí fázi jsou aktivovány fyziologické reakce, které mohou být důsledkem somatických stavů člověka (2002). Ve čtvrté fázi hledá člověk způsoby, jak zátěžovou situaci zvládnout (coping). Pátá a šestá fáze se týká objevení prvních chorobných příznaků, kdy z nich může vzniknout a být diagnostikována stresem podmíněná porucha (Vágnerová, 2002).

Tschuschke (2004) se ve své knize snaží vysvětlit způsoby zvládnání nemoci, obrany člověka a psychických obranných mechanismů. Zásadní podíl na zjištěných faktech Tschuschke přikládá S. Freudovi a A. Freudové, kteří se zabývali zkoumáním obranných mechanismů člověka a jejich vzniku. *„Ačkoli bylo k dispozici téměř nekonečné množství reakcí zvládnání, obranných strategií a stylů, začali výzkumníci empiricky zkoumat určité množství reakcí, které nazývali bazální reakce zvládnání. Tak vznikly dvě dimenze: zvládnání emocí (zaměřené na emoce) a zvládnání problémů – zaměřené na problémy“* (Tschuschke, 2004).

*„Hodnocení zátěžové situace zahrnuje jak kognitivní, tak emotivní složku“* (Vágnerová, 2004, s. 265). Reakce člověka závisí na tom, jak člověk situaci vyhodnotí. *„Jestliže člověk považuje určitou zátěž za nezvládnutelnou, bude na ni reagovat spíše nějakým únikovým jednáním (Vágnerová, 2004, s. 265). Celkově jde o komplex protektivních faktorů, které člověku pomáhají zvládnout nepříznivé události a přečkat je při zachované duševní rovnováze (Vágnerová, 2004, 266).*

Co je důležité pro člověka k tomu, aby zvládal stresové situace? Dle Vágnerové to závisí na vyhodnocení situace, její interpretaci (2004). Pakliže člověk usoudí, že je jeho situace beznadějná, konečná, většinou u něj vyvolá úzkost, strach (Vágnerová, 2004).

Vše závisí i na tom, zda může svou situaci kontrolovat, jestli bude schopen o problému jakkoli komunikovat a zda bude schopen spolupráce s odborníky a pečujícími (Vágnerová, 2004).

Nyní uvedu způsoby vyrovnávání se (copingu) člověka se zátěžovými situacemi a obranné reakce podle Vágnerové (2004).

- „*coping, tj. zvládání, je vědomou volbou určité strategie*“...*zaměřené na řešení problému... na hledání sociální opory... Může člověku ulehčit v jeho tíživé situaci, ať už jde o její sdílení, ocenění jeho aktivity či faktickou pomoc* (Vágnerová, 2004, s. 268).

- *coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody, na uchování psychické rovnováhy a redukci negativních zážitků. Tato strategie vychází z představy, že problém není možné řešit, a proto je nutné k němu přistupovat jinak, např. se s ním smířit* (Vágnerová, 2004, s. 268).

- *obránné reakce, které nejsou úplně uvědomované...liší se mírou zkreslení skutečnosti a způsobem, jakým člověk s touto informací naloží...*(Vágnerová, 2004, s. 268).

Mezi obranné mechanismy, které Vágnerová uvádí, patří **popření**, kdy člověk zachytí pouze pozitivní informace, chová se jako by byl zdravý, nepřipouští vůbec možnost nějakého ohrožení. **Potlačení** a **vytěsnění** jsou dalšími formami obrany člověka před nepříjemnými a negativními ohrožujícími informacemi a zážitky. Pokud myšlenky člověk potlačí, pouze je jaksi odsune, „nevšímá si jich“, ovšem vytěsnění je přemístění informací z vědomí, jakoby na ně úplně zapomene. Jako další obranný mechanismus uvádí Vágnerová **fantazie**, kdy si člověk traumatické zážitky či zátěžové informace překrývá svými fantaziemi, kterým je schopen věřit. Pokud se člověk snaží o to, že si svůj stav, svou nemoc či zátěžovou situaci nějak logicky zdůvodňuje, vysvětluje, dochází k **racionalizaci** situace. Vysvětlení člověka bývá ale zkreslené tak, aby to sám unesl. **Sublimace** je podle Vágnerové dalším obranným mechanismem, kdy člověk nějakou svoji potřebu transformuje do jiného řešení. Trýzeň z nemoci může odreagovávat v nějaké jiné činnosti, třeba zájmové, ovšem někdy i přehnaně. Další je **regrese**, kdy se člověk posouvá zpět na nižší vývojový stupeň, nemocný, který najednou vyžaduje zvýšenou péči svého partnera, přestává být schopen se sám o sebe postarat, ačkoli to ve skutečnosti jeho stav nevyžaduje. **Identifikace** s obdivovaným

jedincem pro zvýšení svého sebevědomí. **Substitucí** je myšlena výměna či náhradní řešení v případě, že člověk nemůže něčeho dosáhnout. **Projektivní** jednání je takové, při němž vlastní chyby, nedostatky, otázky, nejistoty či potíže, člověk přisuzuje někomu druhému. Nejzávažnějším obranným mechanismem je **rezignace**, kdy člověk nemá zájem na dalším řešení své situace, vzdal se, nechce komunikovat o svém problému, je bezmocný, negativní, nevěří v jakýkoli úspěch. Někdy bývá doplněno **izolací**, kdy se člověk straní všem a všemu, chce být na utrpení sám (Vágnerová, 2004, s. 268 – 270).

### 1.1.7 Smrt

*„O smrti nikdy nemluví se svými blízkými třetina populace. Současně však lidé vědí, že by měli o smrti a umírání hovořit častěji. V průzkumu, který vypracovala agentura STEM/MARK v roce 2011 pro občanské sdružení cesta domů, 66% dotázaných odpovědělo, že to nedělají zejména kvůli obavám z vlastního konce, a podle 59% se toto téma dlouhodobě opomíjí v rodinách. Zdravotníci jsou podle téhož šetření z 88% přesvědčeni, že je správné vést rozhovory o smrti a umírání s dětmi. Současně 95% oslovených zastává názor, že děti mají vidět své rodiče pečovat o prarodiče, a tři čtvrtiny populace se domnívají, že děti by se měly účastnit pohřbů. Proti tomu pouze 14% odpovídajících podniklo nějaké opatření pro případ vlastního úmrtí a jen 5% se předem se svými blízkými domluvilo na vlastním pohřbu. Podle respondentů se lidé v souvislosti s umíráním nejvíce bojí ztráty důstojnosti či soběstačnosti (51%). Dále se obávají bolesti (46%), odloučení od blízkých (35%) či osamělosti (26%) a duševního strádání (24%). Relativně nejmenší část respondentů (13%) spojuje své obavy s tím, co bude po smrti. Znalostí o situaci tedy máme dost. Do praxe je však neuvádíme“ (Šiklová, 2013, s. 7).*

*„Smrt je úplná, trvalá a ireperabilní ztráta vědomí“ (Misoniová, 2000, s. 16). V minulých dobách se smrt určovala podle zástavy srdce. Pakliže srdce přestalo bít, byl člověk prohlášen za mrtvého. Pro naše účely, uvedu definici Velemínského (2012).*

Dnešní doba přinesla moderní resuscitační techniky i postupy, proto je definice úmrtí, respektive smrti člověka určována podle tzv. mozkové smrti. „...*Jde o stav, charakterizovaný nevratnou a úplnou ztrátou všech mozkových funkcí, zástavou spontánního dýchání, nereagujícími zornicemi, chybějící reakcí na nociceptivní podněty a absencí kmenových reflexů (chybí všechny reflexy nad prvním krčním obratlem).* „*Kritéria mozkové smrti*“ – *pacient nereaguje ani na ostrou bolest, nemá žádné spontánní pohyby a spontánní dýchání. Nelze vybavit rohovkový reflex, má stále rozšířené zornice a nejsou patrné pohyby očí. Nelze zachytit aktivity na elektroencefalogramu (EEG)*“ (Velemínský, 2012, s. 41).

## **1.2 POTŘEBY TĚŽCE NEMOCNÝCH A UMÍRAJÍCÍCH**

Co je potřeba? „*Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj*“ (Trachtová a kol., 2013, s. 10).

Člověk jedná tak, aby svých potřeb dosáhl. Ovšem nemocní a umírající lidé, nemohou své potřeby uspokojovat vlastním přičiněním, tudíž jsou závislí na pomoci pomáhajících a ošetřujících osob. Zásadní je při naplňování potřeb komunikace, verbální i neverbální, která probíhá mezi umírajícím a pomáhajícím. Také je dobré vědět, že každý člověk své potřeby uspokojuje jinak, přestože většina potřeb je pro člověka stejná. K tomu člověk také musí mít motivaci, která dává do pohybu činnosti, kterými své potřeby uspokojuje. Ta může být vědomá nebo nevědomá. Umírající a těžce nemocný člověk může být v tak špatném fyzickém i psychickém stavu, že není schopen motivace. Většinou jsou potřeby člověka děleny na dvě základní části, biogenní, fyziologické v jedné skupině a psychogenní, sociogenní a psychologické v druhé.

## 1.2.1 Potřeby podle Maslowa

Potřeby popsal detailně Abraham Herbert Maslow v USA v roce 1943. Seřadil je podle naléhavosti, podle důležitosti v životě člověka, přičemž prvně jmenované jsou pro člověka nejdůležitější.

Trachtová uvádí hierarchii potřeb podle Maslowa takto:

- **Základní potřeby, fyziologické** – potřeby organismu, které jsou zásadní pro jeho přežití, vyjadřují narušenou homeostázu; potřeba kyslíku, výživy, pohybu, spánku, vyprazdňování, čistoty, sexuální potřeba. V situaci, kdy je život člověka ohrožen, jsou tyto potřeby na prvním místě.
- **Potřeba jistoty a bezpečí** – na ní závisí přežití člověka v případě ohrožení a nebezpečí; touha po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, pořádku a řádu, osvobození od strachu a úzkosti, potřeba ochránce. Objevuje se v situaci ztráty pocitu životní jistoty, což se zrovna u nemocných, projevuje velmi často.
- **Potřeba lásky a sounáležitosti** – potřeba afiliační<sup>2</sup>, potřeba milovat a být milován, být sociálně integrován, potřeba náklonnosti a sounáležitosti. Je zřetelná zejména v situaci osamění a opuštění.
- **Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty** – což jsou v podstatě dvě potřeby; první je potřeba sebeúcty a sebehodnocení. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny.
- **Potřeba seberealizace a sebeaktualizace** – tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, čím podle svého mínění může být, člověk musí sám u sebe nacházet uspokojení z práce, a musí být přesvědčen, že tuto práci dělá dobře. Dle Maslowa sem patří i tzv. metapotřeby, což jsou např. potřeba poznání a porozumění, jednoty rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti a další. Tyto potřeby jsou až na

---

<sup>2</sup> Afiliace – potřeba družnosti, přátelství, lásky, přilnutí, sdružování (Kohoutek 2005-2015).

vrcholu pyramidy, nejsou tak důležité, jako ty základní, podstatné k přežití. (Trachtová, 2013)

### 1.2.2 Oblasti, ve kterých umírající lidé nejvíce trpí

Na prvním místě v péči o nemocného člověka jsou vždy jeho potřeby a důstojnost. Důležité jsou ale i potřeby jeho rodiny. Především to znamená – aby mohl být doma, se svými blízkými. Měla by mu být poskytnuta nejlepší možná péče v domácím prostředí. Ideální by bylo, kdyby to bylo v úzké spolupráci s terénními hospicovými službami. Nebo by mělo být zajištěno specializované pobytové zařízení, které poskytuje paliativní péči. Bohužel je dnešní stav takových zařízení a společností stále ještě nevyhovující a kapacitně nedostačující.

S přihlédnutím k bio-psycho-sociálním a spirituálním potřebám nemocných a jejich rodin, které jsou v paliativní a hospicové péči stavěny na vrchol péče, můžeme identifikovat oblasti, ve kterých jsou pacienti v terminálním stádiu nemoci a v konečném období života, nejzranitelnější. Pro nemocného je někdy více zatěžující jeho bezmocnost a nesoběstačnost, než samotný symptom. Obojí popisuje ve své knize (2005) profesorka Sanchia Aranda: *„Termín přítomnost symptomu se vztahuje na jeho frekvenci, délku trvání a intenzitu. Může také zahrnovat to, jak určitý symptom souvisí s ostatními problémy a je možné jej hodnotit podle stupně obtíží, které způsobuje – např. mírná, střední, těžká dušnost. Distres naopak označuje to, do jaké míry mění přítomný symptom schopnost člověka zapojit se do denních aktivit, a stupeň fyzického nebo duševního utrpení, které způsobuje* (O'Connor, Aranda, 2005, s. 80). Při správném hodnocení stavu je nutno přihlédnout k vztahu obou pojmů, symptomu i distresu.

Vše je třeba dát také do souvislosti s činnostmi pacienta, jeho denním režimem, stravou, léky, pohybem, atd. (O'Connor, Aranda, 2005).

Posuzujeme i souvislost, respektive následek symptomů, a tím je výše zmíněný distres. Je třeba ohleduplně zjistit, jaké omezení to pro člověka znamená, když má takové potíže. Někdy je velmi těžké od pacienta, který se uzavírá před okolím, zjistit, co

cítí, jaké má strasti. Někdy není vhodné vůbec tyto otázky pokládat, protože to může utrpení nemocného ještě zvýšit. Velmi stěžejní je pro pomáhajícího, schopnost empatie, pochopení, respektu a citlivosti.

### 1.2.2.1 Oblast biologická – tělesná

- **Čistota, hygiena** – lidé, kteří byli zvyklí o sebe pečovat, najednou nemají sílu ani chuť se zabývat tím, jestli se denně myjí; přitom je to pro ně velmi důležité, kvůli tělesnému pocitu, kvůli zachování své osobnosti, zvyků, své důstojnosti;
- **Strava a tekutiny** – nemocný nemá chuť k jídlu, je slabý, vyčerpaný z agresivity svého onemocnění; navíc léčba onkologických onemocnění má spoustu vedlejších účinků, které mu znemožňují přijímat stravu i tekutiny; je tedy nutné uzpůsobit stravu, v případě, že člověk nemůže přijímat stravu ústy, aplikuje se alternativní výživa. Jak říká O'Connorová, jiná situace vyvstává v období bezprostředně před smrtí. Potřeba jídla a tekutin u člověka mizí, naopak ho zatěžuje, není tedy vhodné ho nutit. Důležitá je ovšem edukace rodiny, seznámit je s vývojem stavu (O'Connor in O'Connor, Aranda, 2005).
- **Pohyb** – člověk nemusí být schopen se pohybovat nebo hýbat s různými částmi těla; může být ležící, neschopen vertikalizace<sup>3</sup>; svislá poloha je pro člověka a funkci tělesných orgánů velmi důležitá, při neschopnosti být alespoň část dne ve svislé poloze, tzn. vsedě či vestoje, může dojít k rozvinutí imobilizačního syndromu<sup>4</sup>; s tím souvisí postupné poškozování celého organismu;

---

<sup>3</sup> vertikalizace – pomalé uvedení do svislé polohy

<sup>4</sup> imobilizační syndrom – syndrom z neschopnosti se hýbat, postižení celého těla i vnitřních orgánů, např. úbytek svalové hmoty, demineralizace – řídnutí kostí, ztuhnutí kloubů a svalstva, snížení výkonu srdce, pokles krevního tlaku při posazení nebo postavení, nebezpečí vzniku trombů a zánětů žil, zvyšování tepu, nedostatečnost chlopní, plicní nedostatečnost, snížení objemu plic, zadržování hlenu v plicích, mělké dýchání, nebezpečí zápalu plic, zpomalení pohybu střev, zácpa nebo paradoxní průjem, nerovnováha vnitřního prostředí, krve, úbytek minerálů a vitamínů, snížení bílkovin v krevní plazmě, vznik otoků, snižování objemu moči, inkontinence, infekce močového systému, porucha funkce ledvin, změny smyslového vnímání, snížení podnětů z okolí, neklid, dráždivost, zmatenost, ospalost, apatie, snížená motivace, neschopnost vnímat čas a prostor, psychické poruchy, nespavost, nebezpečí vzniku dekubitů aj.



- **Bolest** – pro člověka je jedním z nejvíce nepříjemných a omezujících symptomů, který mnozí lidé snáší velmi špatně; zejména u onkologických chorob, je bolest jeden z faktorů, kterých se lidé velmi bojí; v dnešní době, kdy existují oddělení léčby bolesti, jsou velké možnosti tlumení bolesti a bolestivých stavů, které před lety nebyly řešitelné, lidé ale nemají dostatek informací o možnostech léčby těchto symptomů. Rozhodně před vedlejšími účinky léků a analgetik, jako je například nebezpečí vzniku závislosti, spavost, zvýšená únava, je třeba dát přednost zlepšování kvality života, zejména pokud jde o terminální fázi onemocnění (Brant in O'Connor, Aranda, 2005);
- **Vyprazdňování** – vzhledem k tomu, že se nemocný nemůže dostatečně pohybovat, většinou i nedostatečně přijímá tekutiny, málo jí, mívá často i potíže s vyprazdňováním; podílí se na tom i léky, z nichž mnohé jako vedlejší účinek, uvádějí zácpu nebo průjem; důležité je v procesu vyprazdňování respektovat osobnost člověka, a řešit i jeho pocity, soukromí, polohu při aktu vyprazdňování;
- **Potřeba kyslíku, dýchání** – nemožnost dýchat je velmi psychicky náročný symptom, kdy vyvolává ohromnou paniku, úzkost, akutní strach o život, s psychikou úzce souvisí, a to obousměrně (špatně se dýchá - dojde k zhoršení stavu, pro zhoršený stav - začne pacient hůře dýchat); model kognitivní terapie skýtá poskytnutí psychické podpory, behaviorální terapie nabízí nácvik dovedností, jak kontrolovat dušnost; při umírání, před smrtí, je dýchání člověka také specifické, pomáhající má dojem, že je člověk dušný, chrčí nebo dýchá s delšími pauzami; je třeba si ovšem uvědomit, že těsně před smrtí je člověk i při těchto příznacích, klidný, většinou je v bezvědomí, neprojevuje úzkost a podobné projevy (Bredin in O'Connor, Aranda, 2005);
- **Potřeba spánku, únava** – charakteristika je jiná, než je u běžné únavy, často se přidává dušnost a tachykardie; pacienti bývají bez energie, bývají apatičtí nebo naopak podráždění, prolíná se s depresemi, často je nelze rozlišit, únava má vliv i na kognitivní procesy, člověk se hůře rozhoduje; vliv má jistě i prostředí v okolí klienta, návštěvy, z mnoha cizích lidí, i to, že člověk řeší svou závislost

na jiných; je třeba se věnovat jak nemocnému, tak i jeho rodině, informovat je o principech vzniku únavy a podpory k lepšímu zvládnutí všech symptomů nemoci; před smrtí se zvyšuje potřeba spánku i narůstá únava, je třeba se smířit, podpořit nemocného i pečující a respektovat vývoj stavu nemocného směrem ke smrti (Porock in O'Connor, Aranda, 2005);

- **Nevolnost a zvracení** – těmito symptomy trpí asi polovina pacientů s onkologickým onemocněním, může vést k tělesným, psychickým i sociálním problémům člověka; zásadní je komunikace s pacientem, aby se co nejvíce eliminovaly vyvolávající faktory, které můžeme ovlivnit jinak než farmakologicky; velkou službu udělá i ovlivnění psychiky příjemnými podněty (Millership in O'Connor, Aranda, 2005);
- **Zmatenost, neklid** – „...vyskytuje se častěji u pacientů s pokročilým onemocněním, starých osob a lidí, kteří mají více onemocnění“ (Flynn, Quinn in O'Connor, Aranda, 2005). Člověk má poruchy spánku, náhlé změny nálad, oproti tomu může být velmi apatický a hypoaktivní. Zvláštní kapitolou je terminální neklid, respektive delirium, které se vykytuje těsně před smrtí. Dalo by se popsat mnoho příznaků, např. neklid, nespavost, halucinace, bludy, rozrušení, paranoidní myšlení nebo řeč, ale i agresivní jednání. Lze ale ovlivnit stav člověka i tak jednoduchými opatřeními, jako je zvýšení pocitu bezpečí, úprava prostředí, slovní zklidňování, odreagování, jasná a srozumitelná komunikace, zajištění bezpečí v místě pobytu člověka, předcházení pádů a úrazů. Zároveň je nutná i edukace rodiny. Je možné, že stavy zmatenosti mohou vzniknout z důvodu dehydratace (Flynn, Quinn in O'Connor, Aranda, 2005).

#### 1.2.2.2 Oblast psychická

- **Psychická a existenciální tíseň** – nevléčitelné onemocnění, stáří, blízkost či prognóza smrti jsou pro nemocného i jeho rodinu obrovskou psychickou

zátěží. Tíseň, která člověka postihuje, se nazývá distress. Člověk cítí vtíravý, neustávající svíravý pocit, přemýšlí o své existenci, o smyslu života, o blížícím se konci. A musí se se vším tím vyrovnat. Existenciální tíseň zavádí nemocného k myšlenkám na svůj život, život své rodiny, otázky osobní odpovědnosti, o tom, co člověk nestihl ve svém životě splnit, smrt, smysl věcí, vztahů, na myšlenky o svobodě, vykoupení z hříchů, víry, o pocitu vlastní hodnoty. Ovšem existenciální tíseň jako takovou, lze léčit velmi těžko. Velmi těžce se s člověkem komunikuje, vzhledem k tomu, že víme, jakou má prognózu, při tom, že mu nechceme vzít veškerou naději. Povídání o smrti nelze jen tak lehce zavést. V podvědomí víme, že člověk o takových tématech hovořit chce a potřebuje, ovšem má v sobě nějakou „záchrannou brzdu“, která ho vždy zastaví. Dobré je, zapnout všechny síly na poslední část života, soustředit se na to, aby ho člověk plně využil, aby mohl být se svou rodinou, aby měl čas, se se vším smířit, aby kvalita života, v těchto posledních chvílích byla co nejvyšší. Mnoho lidí uvádí, že tato existenciální tíseň je horší, než bolest. Například smysl života, zármutek, uvažování o smrti, svoboda, osamocení, důstojnost. Pakliže najde duševní klid, uvědomí si, že jeho život byl naplněný láskou, porozuměním, rodinou, a pokud získá odvahu, konec svého života prožít, jak nejlépe je to možné, přispívá to k úspěšné adaptaci na jeho situaci. Pocit samoty je obecně pro člověka také hrozný. Rovněž někteří lidé velmi těžko snášejí, když nemohou kontrolovat situaci. Je to podobný pocit, jako je ztráta důstojnosti. Například když žena pečuje o svého nemocného manžela, přesto, že to dělá s láskou, může v manželovi vyvolat špatný pocit z toho, že ztrácí roli, pro ni dříve atraktivního muže, živitele rodiny, hlavy rodiny, respektovaného otce. Je ale třeba, nemocného chápat, projevovat mu respekt, mít dostatek empatie (Kissane, Yates in O'Connor, Aranda, 2005).

- **Zármutek** – ačkoli se to jeví, jako nevhodné, je třeba člověka v jeho zármutku podpořit, sdílet ho s ním, protože je to fáze, kterou by si člověk měl projít. Je ale nutné, nechat pacientovi naději. Díky ní je schopen prožít zbytek svého života,

alespoň částečně klidně a plnohodnotně (Kissane, Yates in O'Connor, Aranda, 2005).

- **Úzkost ze smrti** – zvyšuje se s blížící se smrtí. Souvisí úzce se spokojeností nemocného s jeho životem. Pokud měl život bohatý na lásku, zážitky, úspěchy, měl dobrou rodinu, dobré vztahy, splněná přání svá i svých blízkých, smíruje se se smrtí lépe. Projevy úzkosti jsou různé. Panika, děsy, somatické problémy, maladaptivní chování, ale i špatné obranné mechanismy, kdy člověk jednotlivými fázemi vyrovnávání se se zátěžovou situací, prochází velmi špatně. Nezvládá je. Může se vše projevit jako panická porucha nebo porucha adaptace. Velmi pomáhá komunikace. Moci se ze svého problému vymluvit, sdílet jej s někým. Někomu pomáhá, když ví, co ho může všechno čekat. Jak vypadá umírání. Je dobře, když se s lidmi o tomto období života hovoří, když se dozví, jak to může probíhat, a jaké má možnosti snížit své utrpení. Informace o moderní paliativní péči, která je dnes proveditelná i doma, je pro nemocného člověka velmi uklidňující. Pacient by měl ale člověku, který mu takové informace říká, důvěřovat (Kissane, Yates in O'Connor, Aranda, 2005).
- **Demoralizační syndrom** – je to soubor různých příznaků, jimiž se ukazuje, že nemocný ztratil smysl svého života. Vzniká z pocitu, že nesplnil během života všechno svoje očekávání, že svému životu ještě něco dluží, je zarmoucený, že svůj život promarnil. Takový člověk nechce dál žít, svoji smrt očekává a chce to mít za sebou. Může reagovat úplnou rezignací, ztrácí sebevědomí a jakoukoli naději (Kissane, Yates in O'Connor, Aranda, 2005). *„U demoralizovaného člověka převládá pesimismus, přehánění, generalizování a uvažování ve smyslu „všechno nebo nic“, jeho vidění světa je černobílé.... Při srovnání demoralizace s depresí vidíme, že demoralizaci charakterizuje pocit neschopnosti na základě ztráty životního smyslu, zatímco u deprese jde o ztrátu potěšení a zájmu o lidské činnosti* (Kissane, Yates in O'Connor, Aranda, 2005). Nejvíce demoralizací trpí lidé, kteří jsou handicapovaní, staří, nesoběstační, sociálně izolovaní. Mohou se objevit i myšlenky na sebevraždu. Primární je posílení naděje a smyslu života (Kissane, Yates in O'Connor, Aranda, 2005).

- **Schopnost soběstačnosti** – souvisí jak s demoralizací, s pocitem hodnoty sebe sama, důstojností, schopností sebeobsluhy, myšlením, pohybem, sociálními vztahy, zdravotním a psychickým stavem, tak i s osobními potřebami člověka. Najednou je mu pomoc ostatních na obtíž, snižuje to jeho důstojnost, schopnosti a bere mu to možnost jeho volby a kontroly. V tomto okamžiku často vzniká konflikt. Vnitřní, v člověku samém, a transakční mezi nemocným a pečujícím. Pečovatel si totiž většinou nedovede vysvětlit, proč nemocný odmítá jeho služby, nechce „být na obtíž“, často bývá i rozmrzelý až agresivní vůči pomáhajícímu člověku.
- **Sociální oblast** Každý člověk, před vypuknutím nemoci, měl nějaký život. Má rodinu, děti, rodiče, sourozence, pracuje, má své zaměstnání, přátele, vlastní nějaký majetek. Je mnoho souvislostí, které provázely jeho život. Najednou onemocněl vážnou chorobou, dozví se, že umírá a vše se najednou zastaví. Je konec. Tím, že je nesoběstačný, bezmocný, ztrácí mnohé své životní a společenské role. Ztrácí sílu, nemůže se pohybovat, pracovat, nemůže již živit svou rodinu a podílet se plnohodnotně na jejím fungování. Naopak je závislý na pomoci druhého. Ze svého pohledu přestává být otcem, manželem, pracovníkem, kolegou. Je pacientem. Umírající člověk také nemůže vydělávat finanční prostředky pro svou rodinu. Rodina ale musí dále fungovat, má stále své provozní náklady. Dojíždění blízkých do nemocnice, zařizování věcí u lékařů, na úřadech, s případnými profesionálními pomáhajícími organizacemi.
- **Komunikace** Způsob komunikace závisí na možnostech, schopnostech, a zdravotním a psychickém stavu nemocného. Dříve se vše o pacientovi řešilo bez něj. Dnes se naopak razí pravidlo, vše sdělovat, tak jak to je, pacient má přece právo na pravdivé informace o svém stavu. Je to dilema, protože ne každý člověk snese krutou pravdu. Co je pro člověka lepší? „*Mnozí se domnívají, že otevřené informování smrtelně nemocného pacienta o jeho stavu se může stát vraždou, a proto odporuje požadavkům lidskosti. Jiní naproti tomu tvrdí, že se zásadně nesmí lhát nikdy, ani ze šetrnosti k druhému*“ (Rotter, 1999, s. 82). Je nutné zjistit, zdali to, že člověku nebude řečeno, jak je jeho choroba vážná,

mu neznemožní další rozhodování o vlastním životě. Člověk musí mít možnost rozhodnout o dalším léčení nemoci, a musí mít šanci prožít ještě spoustu, pro něj, důležitých věcí. Důležité je to i pro jeho rodinu. Zvláště, pokud je důležité řešit jiné důležité věci. Například pořídit závěť, smířit se s příbuzným, najít mír a vypořádat se se svou situací.

### 1.2.2.3 Duchovní oblast

Každý člověk má nějaké životní hodnoty, svou víru, naději. Každý má nějaká morální a etická pravidla, jimiž se řídí po celý život. A svědomí. Je velmi důležité pro umírajícího, pokud si před smrtí může uspořádat svůj život, usmíří se s průběhem svého života. To znamená všem lidem, kteří mu někdy ublížili poskytnout odpuštění, ty, kterým mohl někdy ublížit on sám, poprosit o odpuštění. *„Nejvyšší důstojnost lidského života se zřetelně objevuje tam, kde je reflektován vztah člověka k absolutně Svatému, totiž k Bohu. Ve skutečnosti, že člověk má prostřednictvím milosti účast na Božím životě, spočívá jeho nejvyšší hodnota“* (Rotter, 1999, s. 28). *„Mnohem obtížnějším krokem je odpuštění sám sobě, a pokud je ještě možné, o odpuštění požádat“* (Svatošová, 2012, s. 9).

Další službou pro nemocného, kterou mu můžeme dát je pastorační péče. *„Pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry“* (Opatrný, 2001). Další charakteristika je od Křivohlavého. *„Pastýřská péče je určitý druh přístupu člověka k člověku, který pramení z evangelia, je jím inspirován; projevuje se osobním příkladem, přejným postojem, radou, povzbuzením, potěšením, odpuštěním a věcnou pomocí. Cílem tohoto přístupu a postupu je žítí a umírání v tom vztahu spásy, který nám byl dán v Ježíši Kristu“* (Křivohlavý, Kaczmarczik, 1995). Jde o posílení člověka v životě s nemocí, bolestmi a těžkostmi.

V případě umírajících se jedná o pomoc člověku smířit se s údělem smrti, smíření se všemi lidmi. Člověk, který se setkává s umírajícím, musí být sám smířený s vlastní konečností, akt vyžaduje velkou sílu a profesionalitu. Cílem rozhovoru s umírajícím je posílení jeho víry, usměrnění vztahu umírajícího k Pánu Bohu, návrat domů ke stvořiteli života, osvobození od sebe sama, připravenost k oddělení duše od hmotného těla. Jde zároveň i o sociální podporu, většinou je pastor jeden z mála lidí, kteří jsou schopni se s člověkem o umírání a smrti otevřeně bavit.

Pokud poskládáme dohromady všechny střípky, zde řečené a napsané, vyvstávají na povrch všechny potřeby, které má každý těžce nemocný a umírající člověk. Celý organismus člověka je ve stavu ohrožení na životě. Když pomineme mechanismy, samotného lidského těla, kterými se tělo snaží život udržet, o další podporu a léčbu se musí v tomto případě postarat lékař, sestra, léky a léčebné procedury, postupy léčby a ošetřování, léčitelé a příroda sama. Podporují činnosti důležité k udržení života. Mohli bychom to všechno shrnout do pojmu – kvalitní komplexní zdravotní péče. Léčba může, a dokáže, ovlivnit jak biologické, tak i psychologické stránky.

Potřebu jistoty a bezpečí dají člověku zase jen lidé. Odborníci, laici, dobrovolníci, ale hlavně rodina a nejbližší lidé. Je tedy při ošetřování a doprovázení potřeba se tím řídit, vědět to a respektovat to, uzpůsobit tomu všechno svoje jednání. Potřeba jistoty a bezpečí je hned druhá na řadě, v důležitosti pro člověka. Pro naplnění této potřeby je důležitá naprostá důvěra mezi lidmi, odevzdání se druhému, od pečujícího to předpokládá dostatek empatie, respektu, podpory, citlivosti a bezpodmínečné lásky.

### 1.3 POMOC RODINĚ TĚŽCE NEMOCNÉHO A UMÍRAJÍCÍHO

Pokud budeme spolupracovat s rodinou nemocného a umírajícího člověka, je důležité blízkým dát stejnou péči, jako nemocnému. V kvalitním multidisciplinárním týmu je pro rodinné příslušníky připraven psycholog, sestry by s nimi měly komunikovat, měly by je naučit, jak o nemocného pečovat, pokud mu chtějí poskytnout doprovázení doma. Je potřeba, aby pečovatelé zůstali sami sebou. Aby se před nemocným nepřetvařovali, aby se snažili být empatictí, měli by od sester získat určité dovednosti, aby věděli, jak mají nemocného co nejvíce podpořit. Aby se nemocný i přes těžkou nemoc mohl cítit mužně či žensky, aby mohl splnit svůj úděl, rozhodovat o sobě, zachovat si svou důstojnost, osobitost. Domů může docházet sociální pracovník, který je připraven pomoci s administrativními úkony, poradit s různými příspěvky, např. na péči, vyřízení důchodu, v případě potřeby i poradenství s vyřizováním dávek v nezaměstnanosti nebo v nouzi. Mnohdy se totiž stává, že aby mohl člověk o svého milovaného pečovat, musí opustit zaměstnání. Pak chybí rodině finanční prostředky. Doma může nemocného navštěvovat školená sestra z domácí zdravotní péče, odborník přes paliativní léčbu a péči, jistě je rodině poskytnuta také možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek. Je nutné posilovat schopnosti pomáhajících, povzbuzovat je v jejich snaze, ulehčit svému blízkému konec jeho života. Poskytnout jim emocionální podporu. Dále je důležité, ujistit je, že jejich umírající blízký netrpí, nemá bolesti.

Během okamžiku umírání, by měla být rodina u umírajícího. V těchto okamžicích s rodinou může spolupracovat i duchovní nebo pastorační pracovník. Po smrti mohou sociální pracovníci pomoci rodině se zařizováním pohřbu a jiných záležitostí. Poskytnout poradenství. Tým hospicové a paliativní péče bývá ve styku s pozůstalými i několik měsíců po smrti jejich blízkého. Podporuje je ve vyrovnání se se ztrátou, nalezení nových začátků a radostí.



## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 CÍL PRÁCE**

- Tématem práce, je význam a dostupnost péče a podpory pro umírajícího a jeho rodinu.
- Mým prvním cílem, v této práci, bylo zjistit, jaké potřeby, přání a možnosti, mají lidé v závěru svého života a jakým problémům čelí rodiny a jejich blízcí, kteří o ně pečují.
- Druhým cílem je zmapovat síť zařízení, která poskytují pomoc lidem umírajícím a jejich pečujícím, v České republice, s důrazem na Jihočeský kraj.
- Chci zjistit, jaká je situace dnes, jestli se společnost vrací k přirozenému vývoji života, k pochopení individuálních potřeb člověka, a k podpoře návratu k člověku, vztahům a citům, navzdory uspěchané době.
- Jako nejvhodnější strategii, jak se dobrat validních informací k této problematice, jsem si zvolila kvalitativní výzkum.

### **2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Určila jsem si tyto výzkumné otázky:

- Jaké jsou potřeby a možnosti umírajících?
- Jakým aktuálním problémům čelí osoby, které o ně pečují?
- Vyhovují hospice v ČR potřebám osob, které potřebují jejich služby, z pohledu územního rozsahu a kapacity?

### 3 METODIKA VÝZKUMU

Výzkum je promyšlené poznávání skutečnosti. *“Jedná se o systematickou a pečlivě naplánovanou činnost, která je vedena snahou zodpovědět kladené výzkumné otázky...”* (Hendl, 2005, s. 30). Zde se budu více věnovat kvalitativnímu výzkumu, vzhledem k mnou zvolené, strategii výzkumu v této práci. *„Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace”* (Strauss, Corbinová, 1999, s. 10). Švaříček (2007) uvádí několik definic kvalitativního výzkumu, například podle metody sběru dat, podle metody usuzování, podle typů dat, či způsobu jejich analýzy. Za účelem získání dat o zkoumaném jevu, zavádíme rozhovor, zúčastněné pozorování či sběr dat z dokumentů. Mezi zásadní charakteristiky kvalitativního výzkumu patří, podle Miovského (2006), nekvantifikace a nekvantifikovatelnost, jedinečnost a neopakovatelnost zkoumaných fenoménů a kontextuálnost. Zásadní význam má i procesuálnost a dynamika, i charakteristika historičnosti. Dalším znakem je reflexivita.

Určitý jev je zkoumán, pokud možno, do co největší hloubky, a výzkumník o něm přináší co největší množství informací, které poté analyzuje, hodnotí, a vytváří novou teorii, hypotézu (Švaříček, Šedřová, 2007).

Získaná data je možno usuzovat pomocí metody indukce. V kvalitativním výzkumu je zcela zásadní opakování informací, z čehož bývá nacházen konkrétní závěr. Závěrem induktivního posuzování je informace, která přesahuje svým významem výchozí, při rozhovoru získaná, data. Hypotéza tedy není stanovována před výzkumem, ale může být vytvořena na základě opakujících se, zkoumaných jevů, pravidelností a zákonitostí, zjištěných výsledků. Poté mohou, na základě těchto výsledných hypotéz, být provedeny další výzkumy.

Analýzou dat, jak tvrdí Strauss a Corbinová (1999), dochází k seskupování do stejných významových skupin. Podle těchto skupin lze informace porovnávat, vyhodnocovat a vytvářet zákonitosti, pravidelnosti, a z nich závěry výzkumu. *„Výzkum*

*pomocí případové studie se zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů*” (Hendl, 2005, s. 103). Také narativního výzkumu lze využít, v jakékoli studii. Čermák, Chalupníčková, Chrz, Plachá, 2013, vysvětlují tento typ analýzy textu jako převyprávění, tedy rekonstrukci, vyprávěného příběhu, s důrazem na stěžejní úseky, které člověka a jeho chování charakterizují, ovlivňují a směřují. Sdělují vlastně tři důležité úrovně, jež vyvolávají určité konsekvence. Těmi jsou vyprávění příběhu účastníka výzkumu - vypravěče, poté vlastní reinterpretace výzkumníka a současně analyzátoru textu, a nakonec rekonstrukci a pochopení příběhu konečného čtenáře. (Řiháček, Čermák, Hytych a kol., 2013).

Svůj výzkum jsem aplikovala na problematiku konce lidského života a umírání. Nejvíce mě zajímalo, co umírající lidé potřebují, a pak také nejpálčivější problémy jejich pečujících. Účelem výzkumu bylo nalezení slabých stránek v edukaci, a dosažitelnosti informací o možnostech péče pro tyto osoby. Zejména v situaci, kdy bezmocní lidé řeší a prožívají konec svého života, je důležité nejdříve jejich potřeby poznat. Pak, na jejich základě, se mohou, zejména ze strany zdravotního a sociálního odborného personálu, nalézat nové přístupy a směry pomoci a podpory. Zároveň mohou úředníci a politici najít dobré řešení a vytvořit vhodnou legislativu která by umožnila těmto lidem zůstat, při kvalitní péči, do konce života doma.

V metodě dotazování jsem využila rozhovory pomocí návodu. Určila jsem základní okruh otázek, týkajících se informací, které byly předmětem mého zkoumání. S některými dotazovanými jsem absolvovala dvě i tři schůzky, s ohledem na jejich zdravotní stav, možnosti a pracovní vytížení pečujících.

- První okruh otázek byl směřován na vlastní příběh dotazovaného, který byl potřeba pro můj přístup k analýze informací - případovou studii.
- Druhý okruh byl zaměřen na potřeby nemocných či pečujících.
- Třetí okruh otázek na dosažitelnosti informací.
- Čtvrtý na způsob řešení jejich těžké situace.

Podle potřeby jsem pokládala i doplňující otázky, které se odvíjely od situace a celkového kontextu rozhovorů.

Sběr dat probíhal v období od dubna do června 2015.

Výzkumný vzorek osob byl vybrán účelově, vzhledem ke zkoumané problematice. Komunikační partnery jsem získala na základě doporučení zaměstnanců domácí péče, praktických lékařů a poskytovatelů sociálních služeb. Cílovou skupinou byli sami, těžce a nevléčitelně nemocní, a onkologicky nemocní lidé, kteří zápasí o svůj život. A také blízcí příbuzní, kteří o takového člověka pečují nebo pečovali. Všichni bez věkového omezení.

Komunikační partnery jsem oslovila v jejich vlastním sociálním prostředí, přičemž jsem byla dopředu ohlášena doporučující osobou, samozřejmě po souhlasu konkrétního dotazovaného. Všem, jsem objasnila důvod mé návštěvy, vysvětlila jsem způsob naší spolupráce, cíle výzkumu a výzkumné otázky. Požádala jsem každého dotazovaného, zda mu nebude vadit, že si naše rozhovory budu nahrávat na diktafon. Všichni souhlasili. Na základě etických pravidel a ochrany soukromí a osobních údajů, jsem důsledně zachovávala anonymitu jednotlivých dotazovaných a společně jsme určili smyšlená jména, kterými je budu označovat v mojí práci. Byli jsme zároveň domluveni na jedinečném právu dotazovaných, kdykoli ukončit rozhovor, či jejich účast ve výzkumu. Rozhovory, které jsem zaznamenala, byly základem pro můj kvalitativní výzkum, a jejich analýzou jsem se dopracovávala k odpovědím na výzkumné otázky. Odpovědi uvádím v souhrnném výsledku výzkumu. Vzhledem k velkému rozsahu zapsaných rozhovorů, je uvádím v příloze č. 2, a zde uvádím zhuštěné verze v případových studiích.

## 3.1 PŘÍPADOVÉ STUDIE

### Pan Jaroslav – pacient

#### *Příběh*

- komunikativní, spolupracuje dobře, je celkem aktivní, zpočátku se stydí
- 59 let, ženatý, vyučen, manželka v invalidním důchodu, dvě dcery (jedna zde, druhá daleko), třetí vnuk, bydlí v rodinném domě na vesnici (1500 obyv.)
- bývalé zaměstnání – opravář zemědělských strojů, bavilo ho to
- zájmy – opravy motorů, automobilů, práce na domku, rodina
- kouření skoro 40 let
- nyní rakovina tlustého střeva, nyní 2 roky od prvního nálezu, diagnostika, diference, okamžitá chirurgická léčba, kolostomie, chemoterapie (velké potíže, zvracení, slabost, průjmy, nechutenství)
- bylo mu jasno, z čeho to je, vzpoměl si i na určité příznaky, které zanedbal
- nyní relaps potíží, metastázy do plic, téměř ležící, nechodí, přisedne do vozíku
- alternativní léčbu, ani doplňky neuznává, zbytečně vyhozené peníze, bylinky trochu ano, tradice, věří jen medicíně
- nyní mu není moc dobře, horší psychika, dušnost, ascites, imobilita, slabost, rychlá unavitelnost
- reakce na smrtelnou diagnózu – nepochopení, vytěsnění, bagatelizování, začal to respektovat až při podávání chemoterapie, kdy mu bylo špatně, naštvání, nyní je smířen s daným vývojem, bere věci tak, jak jsou
- nyní probíhá víceméně paliativní péče, na indikaci praktického lékaře

#### *Potřeby*

- chce být doma, uvědomuje si zátěž rodiny, zvažoval i hospic, ale domov a rodinu by měl daleko, neviděl by vnuka, zjistil, že se to dá zvládnout i doma

- omezení chorobou vnímá značně, negativní symptomy řeší domácí zdravotní služba, přijatelně
- bio potřeby – řeší tak, jak přicházejí, zvládá se to
- psycho potřeby – smutní si spíš sám, nechce zatěžovat rodinu, komunikuje o tom se sestrou, lékařem
- sociální potřeby – trápí ho nesoběstačnost, závislost na pečujících, že nemůže pracovat, nic dělat, finance dostačující, návštěvy z práce, vnuk, dobré rodinné vztahy, dříve hodně společenský, teď to nejde – lítost, osobní záležitosti vyřešeny, zajištění rodiny po jeho smrti
- duchovní potřeby – není věřící, bilancování, smíření se svým koncem
- pocity – lítost vzhledem k ostatním, únava, nelituje se, dává si pozor před rodinou, aby je nermoutil, nesdílí s nimi svůj těžký úděl
- co nemoc vzala – čas s blízkými, sílu, co nemoc dala – úctu k životu

### *Dosažitelnost informací*

- informován od praktického lékaře, chirurga, onkologa – víceméně ohledně zdravotního stavu, komunikace o péči a podpoře – s rodinou, praktickým lékařem, sestrou z domácí péče
- dostatek informací – asi ano – od lékařů, spíš jen o zdravotních věcech
- o možnostech sociální péče informace neměl
- co je paliativní péče – ví jen okrajově od lékaře
- pocity ohledně rozhovoru – nevádí, ale mluví se mu o tom špatně

### *Způsob řešení situace*

- pečuje manželka s dcerami, domácí zdravotní péče
- lékař poslal sestry domácí péče, jiná péče ne a ani nechce, necítí potřebu
- domácí zdravotní péčí se cítí dobře zabezpečen, má jistotu
- na sociální péči nemá nebo nechce vydat finance
- život a osobní záležitosti má vyřešeny, bilancuje, život si užil, nestrádá

- **Paní Jana - pacientka**

*Příběh*

- komunikativní, spolupracuje dobře
- 66 let, vdaná, dvě dcery, jedna nevlastní dcera, šest vnuků, nejmladšímu 7 let
- základní vzdělání, bývalé zaměstnání – poštovní manipulátka, mzdová účetní, správcová na ubytovně, poštovní úřednice, nyní ve starobním důchodu, bavilo jí všechno
- bydlí s manželem v panelovém domě, 7. patro, ve městě (27 tis. obyv.)
- vlastní chatu v lese u rybníka, většinu roku jsou tam
- jedna dcera zdravotní sestra, bydlí 60 km, za normálních okolností se vidí 1 – 2x měsíčně, denně si telefonují, druhá dcera kuchařka, bydlí 8 km, vidí se denně
- TV cestopisy, historie, architektura, kultura, čtení všeho, koníček – nejml. vnuk
- nyní léčena pro rakovinu vaječníků, začátek před třemi roky, výrazné příznaky, ascites, hubnutí (-25 kg), nechutenství, slabost, únava, diagnostika složitější, dlouho neprokázáno
- pak rychlé řešení, předoperační chemoterapie, chirurgické řešení v Praze na klinice, rozsáhlý zákrok, pak tři roky po sobě tři série chemoterapie, každý rok jednu, nález se vracel,
- několik hospitalizací – dehydratace, kolaps, plicní embolie, nyní regrese onemocnění, remise, nález dobrý
- léčba poruchy srážlivosti, krevní destičky, kontroly 1x měsíčně, kontroly na onkologii 2x ročně, CT, odběry markerů
- zůstala neuropatie v dolních končetinách, hodně ji obtěžuje
- reakce na sdělení diagnózy – panika, zoufalství, pláč, beznaděj, obrovský strach, pak částečné uklidnění dcerou a vývojem situace, léčba začala účinkovat
- z té špatné doby si moc nepamatuje, vytěsnění
- nechodila, imobilita, nevolnost, slabost, velká únava, závislá na jiných, ležící, nechutenství, po chemoterapiích zle, naprostá bezmocnost

- další vývoj celkem dobrý, po hrozném třičtvrtě roce, trochu zlepšení
- velký respekt k odborníkům v Praze

### ***Potřeby***

- závislost na manželovi, rodině, velká potřeba přítomnosti někoho z rodiny, nejlépe dcery zdravotní sestry, potřeba sdílení potíží a negativních pocitů
- velká potřeba komunikace o umírání, smrti, vlastní konečnosti, konkrétně se nechce bavit, uvědomuje si hrozbu a bojí se; ovšem v obecné rovině je schopna se o tom bavit
- pocity – strach o druhé, úzkost, nervozita, nedostatek času a síly, psychický tlak
- biologické potřeby - klid, ticho, šero, léky na zažívací potíže, nechutenství, proti zvracení, na bolesti dolních končetin
- psycho potřeby – tichá společnost někoho z rodiny, podpora, jistota, sounáležitost, láska, ochrana, proti nejistotě, strachu, úzkosti
- degradace, ztráta vlasů - paruka, zchátralost, nesoběstačnost, plínky, pomůcky, berle
- sociální potřeby – strach z nedostatku finančních prostředků, stud před známými, sousedy apod.
- duchovní potřeby – intuice, provázání s rodinou, má ráda život a svojí rodinu, chce tu ještě pár let být, vidět, jak všichni dospívají, má obrovský strach o manžela, kdyby tu měl zůstat sám
- předání informací a svého života a vzpomínek potomkům, předání poselství, hodně přemýšlí o životě, bilancuje, měli se s rodinou dobře, ne velké bohatství, ale spíš duchovní, zážitky, vzpomínky
- velká potřeba lásky, vlastní hodnoty, nízké sebevědomí, vlastní potřebnost, důležitost, sebehodnocení a hodnocení okolím - tyto potřeby jsou důležitější, než biologické
- vzpomíná na dětství a mládí, na své rodiče, chápe dnes už jejich pocity, cítí dluh v péči o svou maminku



- slyšela, že potíže s rakovinou může mít ze strádání v životě, uznává, že by to mohla být pravda, chtěla vždycky něco tvořit, malovat, ale nikdy k tomu neměla příležitost

### ***Dosažitelnost informací***

- sama se neptá na informace o svém zdravotním stavu, ze strachu, nechci slyšet špatné zprávy, co lékaři řeknou sami, to se dozví, co se dověděla pasivně – jí stačí, většinou informace týkající se zdravotnictví
- zbytek zjišťuje dcera, sociální služby nikdo nenabízí ani neinformuje
- dcera poradí domácí péči na odběry po chemoterapiích, když je mi špatně – byla tu sestra asi 3 – 4x
- paliativní péče – neví, myslí si, že to souvisí s onkologickými chorobami
- hospic – umírá se tam, obrovské předsudky, strach, nedostatek informací

### ***Způsob řešení situace***

- při léčbě, chemoterapii pečoval manžel a dcery, na kontroly, chemoterapie, odběry jezdili s manželem
- řešení osobních záležitostí ano, předběžné vyřešení majetkových záležitostí
- pokud by měla nebo mohla vyžadovat nějakou další péči, nechce obtěžovat, odmítá, poradí, zařídí to dcera, k jiným nemá až takovou důvěru
- potřebuje nyní řešit částečnou neschopnost řešit fyzicky náročné záležitosti, už to nejde, jako dřív, jsme unavení, všechno nás bolí, zestárli jsme
- mírné komplikace s léky, občas si ordinuje sama, není dost důsledná, má někdy svojí hlavu
- spolehla se na to, že dcera vše, co bylo potřeba, zjistila, má pocit, že byla informovaná dostatečně, srozumitelnost informací – vysvětlila dcera

## **Pan František – pacient**

### ***Příběh***

- 87 let, ženatý, středoškolské vzdělání, bývalý podnikatel
- bydlí v novém rodinném domě
- manželka 85 let, s rozvíjející se demencí
- 1969 emigrace do Kanady, před 13 lety návrat do ČR, dva synové, 62 a 66 let, oba v Kanadě
- stavebník, v Kanadě stavební firma, manželka v domácnosti
- s manželkou byli soběstační, nyní asi před rokem začal užívat sociální službu osobní asistence, protože upadl, měl slabou mrtvičku, nemohl pomáhat manželce, zhoršená pohyblivost, takže již domácnost společně nezvládali
- manželka se plíživě zhoršovala, až nakonec zůstala jako ležící
- sociální služby se navýšily na 3xdenně, pomoc o domácnost i o Františka a jeho manželku, hygiena, strava, osobní záležitosti, praní, domácnost
- zhoršen stav s rakovinou prostaty, kterou mu diagnostikovali před několika lety, nyní se vrátila, nelze již nijak řešit
- potíže s vyprazdňováním moče i stolice, zřejmě útlak nádorem, paradoxní průjem
- „nyní chodím jen s chodítkem, jsem závislý na pomoci druhé osoby“
- „čekáme na smrt“

### ***Potřeby***

- nutná každodenní péče, alespoň 3x denně
- chce zajistit bezpečí a stoprocentní péči manželce, kdyby se s ním něco stalo
- dodržování léčebného režimu, zajištění běžného chodu domácnosti
- jistota, zázemí, zabezpečení, zajištění opatrovnictví manželce - opatrovník bude syn v Kanadě, bude přes internet komunikovat s asistentkou, která bude o manželku pečovat, schůzka s notářem, zařizování se soudem

- zajištění styku se synem, chtěl by, aby se synové spolu stýkali a snášeli (moc spolu dříve nevycházeli)
- biologické potřeby – hygiena, strava z vývařovny v restauraci, péče o vyprazdňování, zajištění léků
- psycho potřeby – je celkem klidný, silná osobnost, o sebe strach nemá, spíš o manželku
- někdy smutný, z manželčina zdravotního stavu, není možné s ní komunikovat, nepoznává, je zmatená
- sociální potřeby – finančně je zajištěný, chce zajistit i manželku, mají poslanou žádost do domova důchodců zde ve městě, ale ten bude dostaven až za půl roku
- asistentka je skoro jako člen rodiny, mají k ní velkou důvěru
- chce být ve styku s rodinou v Kanadě
- duchovní potřeby – uvědomuje si konečnost života, je smířený se situací, vše řeší velmi racionálně a pragmaticky
- ví, že tu dlouho nebude, proto se sem také vrátili, aby zemřeli tady doma, kde se narodili
- je pyšný na to, co dokázal
- komunikace o konci života, smrti, umírání, probíhá s asistentkou, je rád, že o tom má s kým mluvit

### ***Dosažitelnost informací***

- všechny informace (zdravotní i sociální, právní) zajišťuje asistentka, sociální pracovnice
- hospic – zná, paliativní péče – nezná, po vysvětlení – myslí si, že by ji nepotřeboval

### ***Způsob řešení situace***

- péči řeší sociální službou osobní asistence – jsou velmi spokojeni
- sociální služby si sehnali sami

- lékař řeší péči pouze zdravotní, standardně, když se pacient nebo asistentka, ozvou
- vše, co potřebuje, řeší s pomocí osobní asistentky – důchod v Kanadě, v ČR, příspěvek na péči, úřady, banky, notář, lékař a jiná zdravotní péče
- pokud by došlo ke zhoršení stavu, chce být doma, zemřít chce také doma
- do nemocnice chce pouze v případě nezvládnutelných akutních potíží
- sepsán předběžný souhlas s paliativní péčí, respektive odmítnutí radikální a léčebné péče

## **Paní Vlasta - pacient**

### ***Příběh***

- 53 let, vdaná, pochází z Moravy, vyučená brusička skla, syn, 12 let, manžel ing., pracuje v elektrárně, bydlí v panelovém domě s manželem, synem a svojí maminkou, která jim pomáhá, v jižních Čechách žije 7 let
- je komunikativní, ale komunikuje s obtížemi
- před lety rakovina dělohy, aktinoterapie, chemoterapie, radikální operace, dočasná kolostomie, nyní před půl rokem relaps choroby, agresivní postup, špatný stav, ležící, inkontinentní, závislá na pomoci druhé osoby, opiáty, kachexie, poslední stádium
- o svém stavu ví, je smířená, akceptuje svůj stav, užívá si, podle svých možností, poslední dny se synem a rodinou

### ***Potřeby***

- většinu dne odpočívá, pospává
- chtěla by nejradši, kdyby syn tohle všechno nemusel zažívat
- hodně si se synem povídá, a ráda, vůbec mají velmi pěkný vztah v celé rodině
- biologické potřeby – zajišťuje většinou rodina, nebo domácí zdravotní péče, hygiena na lůžku, strava, tekutiny, vyprazdňování, polohování, apod.

- téměř nejí, pije nutridrink, ale taky max. 2 denně
- už má velké bolesti, sestry jí chodí 4x denně píchat Dolsin
- prožívá poslední fázi života, nemá sílu ani sedět, velmi špatná hybnost končetin, bolesti kloubů, kostí
- používali a používají kompenzační pomůcky
- psycho potřeby – je velmi silná, i když tvrdí, že z nemoci byla hodně špatná
- syna měla ve vyšším věku, už ho nestihne vychovat k dospělosti
- nechce chodit už nějakou dobu ven, protože nechtěla dělat synovi ostudu na vozíku
- sociální potřeby – finance vychází akorát, společnost nikdy moc nevyhledávala, takže nějaké návštěvy jí nechybí, je ráda se synem, s manželem i maminkou
- dle svého tvrzení má rušný den, když tam 4x denně přijdou sestry
- mají výdaje i za alternativní léčbu, zkouší všechno, potravní doplňky
- chtěla by dopřát synovi pejska
- na Moravě se měli hůř, manžel byl bez práce, tady jsou lépe zabezpečeni
- duchovní potřeby – je věřící, komunikuje hodně s manželem o životě
- nemá potřeby majetkové, chce dobře vychovat syna, poskytnout mu všechno, co ještě stihne
- chtěla by, aby si manžel se synem po její smrti našli nějakou novou hodnou maminku, chtěla by vědět, co syn jednou vystuduje
- se svým osudem je smířená, je jí jasné, že brzy už tady nebude
- pocity – byla smutná, nešťastná, zoufalá, ale už si zvykla, smířila se, starost o syna, nyní je velmi slabá, hodně unavená, hodně spí
- když přemýšlí o smrti, bojí se, jak to bude probíhat, jestli to bude horší, než teď
- chtěla by usnout a už se neproбудit

### ***Dosažitelnost informací***

- informace zprostředkovává praktická lékařka, sestry domácí zdravotní péče, manžel, myslí si, že měla dostatečné informace

- o sociálních službách jí také řekly sestry
- co je hospic neví, paliativní péče – neví, po vysvětlení odpovídá, že to má, a je přítom doma
- vůbec je nenapadlo se zeptat na duchovní podporu, maminka bude kontaktovat pana faráře

### ***Způsob řešení situace***

- stará se rodina, maminka a manžel, dochází pravidelně několikrát denně agentura domácí zdravotní péče, praktická lékařka pravidelně kontroluje stav, je s ní velmi spokojená
- sestry doporučili sociální služby, ale nevyužívají je, neměli by na ně peníze, a ani pořádně neví, jak tady ve městě fungují
- hospic – nabízela jí to lékařka, moc neví, co za péči tam poskytují, nepřemýšlí o tom, chce být doma, v podstatě bez ohledu na stav
- duchovní podpora, doprovázení

*Výzkum ukončen před poslední schůzkou, z důvodu smrti paní Vlasty.*

## **Paní Věra – pečující**

### ***Příběh***

- 32 let, rozvedená, 2 synové (věk 6,4), žije s přítelem, bydlí v panelovém domě v Českých Budějovicích, vysokoškolské vzdělání
- nemocný dědeček, cévní mozková příhoda, po propuštění z nemocnice nemohla rodina pečovat, lékaři předpovídali brzký konec života
- babička nemohla fyzicky ani psychicky o dědu pečovat, taky na tom nebyla sama dobře, neměla ani finance na nějaké služby
- „já jsem byla v jiném stavu s rizikovým těhotenstvím, sestra žila v jiném městě a mamka chodila do práce a nemohla ji ukončit, byla sama po rozvodu, neměla by finance“

- byl ubytován v domově důchodců, kde byl až do své smrti, péče tam byla standardní
- finančně byly náklady pokryté jen tak tak, požádali mu tam o příspěvek na péči, přiznali mu ho krátce před smrtí
- „jezdily jsme za ním všechny, babička denně“
- za půl roku dědeček zemřel, pocity – „cítím ztrátu, bolí to, ale rozhovor s vámi mi pomáhá, celé to pro mě bylo takové neukončené, nedořešené“
- „mrzí mě, že jsme o tom nikdy se sestrou a mamkou nemluvily, ani po smrti dědy“

### ***Potřeby***

- komunikace o dědečkově stavu s dědou, s babičkou, s mamkou a sestrou
- „potřebuji o tom mluvit, ale nemám s kým“
- napadalo mě: jak se mám chovat k dědovi, jak bychom mohly vyřešit finance, jak se má komunikovat s takhle těžce nemocným člověkem, jak se má komunikovat s umírajícím člověkem,
- vyřešit napětí ze situace, vyřešit napětí mezi námi (sestra, mamka, babička a já), i po smrti dědy
- „vyřešit v sobě to, že jsme to nechaly takhle dopadnout, mám pocit viny“
- „potřebovala bych rozhovor s nějakým odborníkem o umírání, o smrti, aby mi řekl, jak se mám chovat, co dělat“
- potřeba rady, jak se má chovat celá rodina, pomoc při nějaké koordinaci různých činností celé rodiny – aby se k nemocnému chovali stejně a komunikovali s ním tak nějak stejně
- potřeba i duchovní podpory, jak doprovodit umírajícího člověka
- nabídka návštěv psychologa

### ***Dosažitelnost informací***

- žádné informace o možnosti řešení profesionální péče v domácím prostředí jsme neměly

- v nemocnici vychrlili na babičku nějaké věci ohledně zdravotního stavu, léků, a to bylo všechno
- sociální pracovnice v nemocnici s babičkou jednou mluvila, nabídla jí pro dědu domov důchodců
- sestry v domově důchodců komunikovaly spíše jen o zdravotním stavu dědy
- lékař komunikoval ve stylu – nedá už se nic dělat
- potřeba informací - jaké jsou možnosti finančních podpor?
- potřeba informací - jak fungují sociální služby?
- informace jsme neměli téměř žádné
- nikdo se nám nevěnoval ani aby nám vysvětlil péči o dědu

#### ***Způsob řešení situace***

- dědeček byl ubytován v domově důchodců, ve stejném městě, kde za půl roku zemřel
- babička ho denně navštěvovala, bývala tam skoro celý den
- my jsme jezdily na návštěvy každý víkend, střídaly jsme se s mamkou a sestrou

### **Paní Renata - pečující**

#### ***Příběh***

- 42 let, rozvedená, syn 17 let, bydlí se synem, maminkou v panelovém bytě
- vyučená kuchař - číšník, pracovala jako servírka, teď jsem bez práce, pečuji o maminku, které je 76 let, má Alzheimeru, je v posledním stádiu, leží, nemluví, nepolyká, nehýbe se, je na mě úplně závislá
- nechci dát mamku ani do nemocnice, ani do domova důchodců, ani jinam
- postarám se o ní až do smrti
- teď to trvá asi 2 roky, mamka se k nám nastěhovala, když ještě chodila a byla schopná něco dělat, vařily jsme spolu, prohlížela si aspoň noviny, koukala na TV



- teď je plně ležící
- finance nám stačí, bere důchod, a příspěvek na péči IV. stupně

### ***Potřeby***

- „mám mamku hrozně moc ráda a nechám si jí doma, i kdyby já nevím co...“
- „potřebuji poradit, jak o ní správně pečovat, co je třeba hlídat, čeho si všímat“
- „potřebuji mít jistotu, že to dělám dobře, takový odborný dohled“
- pomoc fyzickou – asistentka, psychickou podporu – asistentka, syn, partner
- „partnera, abych si mohla o někoho opřít hlavu“

### ***Dosažitelnost informací***

- „informace jsem měla od lékařů v nemocnici – při propuštění, doporučení do domova důchodců“
- praktický lékař nám píše léky, občas něco poradí
- všechny ostatní informace od asistentky, sociální pracovnice, psychiatra
- hospic – znám, nechci, paliativní péče – vím okrajově, validní informace jsem neměla, není v dosahu, řešíme s praktickým lékařem a asistencí

### ***Způsob řešení situace***

- mám maminku doma, pečuji o ní 24 hodin denně
- pomoc – sociální služby – 2 – 3x denně
- příspěvek na péči, sociální poradenství

## **Paní Jarka - pečující**

### ***Příběh***

- 52 let, vdaná, žije s manželem v malém městečku, v bytě 2+1
- 2 dcery, bydlí obě pryč, vyučená kuchařka, pracuje ve školní kuchyni

- před půl rokem jí zemřela maminka, o kterou se starala, dojížděla za ní 3 – 4x týdně, do vesnice 13 km od svého bydliště
- maminka nechtěla jít nikam jinam ze svého bytu, bydleli tu 15 let, ovdověla před 6 lety
- nedávno ulehla, přestávala chodit pomalu, zhoršovala se
- asi posledních půl roku byla úplně ležící, závislá na druhých
- do bytu za ní jezdily asistentky z osobní asistence, 3x denně
- bylo to časově náročné, z práce na nákup, za mamkou a večer teprve domů
- ale byla jsem ráda, že mohla být doma do konce života, jak to chtěla

### ***Potřeby***

- potřebovala bych trochu víc času pro sebe, byla to honička, to všechno stihnout
- měla jsem duchovní podporu od našeho pana faráře
- jistoty
- o smrti jsme se doma moc nebavili, ale myslím, že jsme to nikdy nepovažovali za tabu, jak se to říká, naši nám řekli, jak je máme jednou pohřbít, kam, a tak
- nevěděla jsem, jestli tu mamka ještě bude, a jak dlouho, když umírala, nebyla sama

### ***Dosažitelnost informací***

- sociální služba tam v tom domě fungovala, takže stačilo jen projevit zájem a domluvit se na službách
- další potřebné informace už nám zprostředkovávaly asistentky a sociální pracovnice
- takže jsme měli tak trochu štěstí
- nevím, kde bych sháněla informace, kdyby tam nebyly ty služby
- hospic – věděla, pojem zná, setkala se s tím u kolegyně v práci, takže má docela podrobné informace
- paliativní péče – termín neznala, po vysvětlení ocenila význam této péče

- myslí si, že informací o této problematice je málo, chtělo by to nějak šířeji informovat, aby se to dostalo ke všem, kdo v tom nedělá, nebo nemá nějakého bezmocného starouška, ten to nemá šanci se dovědět

### ***Způsob řešení situace***

- sociální služby osobní asistence
- zapůjčení kompenzačních pomůcek od os. asistence
- pomoc při podání žádosti o příspěvek na péči a vyřízení opatrovnictví
- jezdí tam taky domácí zdravotní péče, a na návštěvy podle potřeby praktická lékařka
- péče mi přišla velmi dobrá, a mamince, myslím, stačila, opravdu co jsme potřebovali, s tím nám pomohly
- osobní asistenci jí děvčata poskytovala až do její smrti, za což jsem jim hrozně moc vděčná, to mamka vždycky chtěla, umřít doma

## **Paní Zdena – pečující**

### ***Příběh***

- 47 let, vdaná, 2 dospělí synové, bydlí v panelovém bytě 3+1, ve městě (kolem 8 tis. obyv.), zdravotní sestra, studuji na VŠ, pracovala v domácí zdravotní péči, teď v sociálních službách, rodiče bydlí ve městě 60 km daleko
- moje maminka má rakovinu vaječníků, začalo to před třemi lety, momentálně je vyléčená a je zařazena do kontrolního vzorku
- léčení trvalo 3 roky, dlouho diferencovali správnou diagnózu, rychlé chátrání, prudké zhoršování stavu, hubla
- čtyři předoperační chemoterapie, rozsáhlá operace v Praze na onkogyn. klinice u Apolináře, poté opět chemoterapie, špatně snášela
- slabá, bezmocná, sotva chodila, vypadaly jí vlasy, špatná psychika

- „jezdila jsem tam vždycky na pár dní, pomáhala našim, starala se o mamku, když jsem musela být v práci, starali se tat'ka a moje sestra“
- snažila jsem se zařídit jim pomůcky, plenky a další věci, aby péči měli co nejjednodušší, dávali jsme mamce Nutridrink, nemohla polykat
- po první chemoterapii jsme vůbec nevěděli, jak to celé dopadne, jestli to mamka přežije, podle toho se taky odvíjely naše debaty, když jsem s mamkou ležela v posteli, vyprávěla mi, co dělala, když byla malá, jak se poprvé zamilovala, jak to chodilo v jejím rodném městě, a spoustu dalšího, moc hezky jsme si povídaly, měly jsme čas jenom a jenom na sebe
- sháněli jsme paruku, když mamce vypadaly vlasy, bylo potřeba mamku hodně povzbuzovat, ponoukat, aby se prala, co to šlo
- když byl tat'ka v nemocnici, myslela jsem, že to bude pro oba konec, byla to taky velká rána
- všechno dopadlo dobře, mamka je třetí rok po zjištění nemoci, je relativně zdravá, chodí na pravidelné kontroly a doufáme, že to bude takhle trvat dlouho

### **Potřeby**

- co nejlepší péči, všude jsem se prezentovala jako zdravotnice, ačkoli jsem to nikdy nechtěla dělat, „byla jsem odhodlaná se tomu postavit, řekla jsem si, to je průšvih, ale bude to dobré, sáhla jsem si na dno“
- maximální nasazení zdravotníků, někdy jsem trochu bojovala s rutinou zdravotníků, komunikace s ošetřujícími lékaři
- víc času, kdy bych mohla být u našich, aby se objevilo alespoň malé zlepšení
- informac o všem, na internetu, po známých doktorech, příprava, about se do toho a totálně celou rakovinu převálcovat, trochu mi dělala mamka starosti, protože nechtěla vědět nic konkrétního, ona nechtěla slyšet vůbec co jí je, měla z toho strach
- lépe se vžívat do situace, kdy je člověku tak špatně, že nemůže pít, jíst, nic, do ničeho se donutit, i když ví, že by mu to dalo třeba trochu síly

- pořád něco vymýšlet a hledat, jsem i pro alternativní léčbu, cokoli, jenom, aby to zachránilo život, co když zrovna tohle zabere, trochu jsem s mamkou v tomhle bojovala, neuznává to, a v léčbě je naprosto nedůsledná
- více energie, rychlé zotavení, myslím, že jsem mamce předala hodně síly a energie, potřeba uklidnění a vyrovnaní myšlenek
- potřeba přemýšlet nad tím, co mohu mamce říct, abych jí neublížila, přefiltrovat informace, aby je unesla
- komunikace lékaře, sestry s onkologicky nemocným člověkem a jeho rodinou
- pocity – odhodlání, bojovnost, strach, velká bezmoc, netrpělivost, úzkost, únava, vyčerpání, někdy i pocit marnosti
- velké úsilí zvládat psychiku maminky nebo zbytku rodiny, i mojí

### ***Dosažitelnost informací***

- vzhledem k tomu, že jsem zdravotník a teď pracuji v sociálních službách, nemám problém získat jakékoli informace v péči o člověka
- problém jsem měla, v cizím městě najít služby, které by byly k dispozici podle našich potřeb
- snaha aktivně pomoci člověku, u praktického lékaře pouze mírná
- ve zdravotnických zařízeních rutina, nepružnost, málo empatie, hodně dokumentů, těžké získat jakoukoli informaci, jeden to hází na druhého
- hospic a paliativní péče – vím, co to je, byla jsem v hospici i na stáži, velmi si vážím jejich práce a poslání

### ***Způsob řešení situace***

- péči jsme zvládali s rodinou, sestra a tatka denně, sociální služby NE
- několikrát přijela na odběr sestra z domácí péče za maminkou domů
- já jsem komunikovala s lékaři, jezdila k mamince, když byla po chemoterapii a byla na tom špatně, vždy na pár dní, snažila jsem se několikrát do měsíce tam být

## 3.2 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 1) Jaké jsou potřeby a možnosti umírajících?

#### **Pan Jaroslav:**

- být doma, ve svém sociálním prostředí, má možnost si sám zvolit, co chce, co si přeje, a to z důvodu, že jeho rodina je schopna se o něj kvalitně postarat
- další možností je zvolit si způsob léčení, po informování lékařem, může i odmítnout případnou hospitalizaci, v případě, že se jeho potíže zvětší
- vidět svého vnuka, být s rodinou, i za cenu, že jeho fyzické utrpení může být horší, než kdyby byl v hospice, v posledních okamžicích nechce být sám
- chce uchránit rodinu před smutkem a zármutkem, které prožívají díky jeho nemoci, potřebuje si být jist, že jeho rodina bude zabezpečená, že si manželka s dcerami navzájem budou pomáhat a dcery nenechají matku osamocenou, budou mít oporu v sobě navzájem
- potřebuje dostatek informací o možném mírnění nežádoucích projevů nemoci, aby mohl být doma a zemřít doma
- manželka a dcery jsou v péči o něj, podpořeny sestrami z domácí péče, praktickou lékařkou

#### **Paní Jana:**

- velký význam přikládá možnosti aby s ní někdo stále byl, aby mohla být doprovázena na lékařská vyšetření apod., dcerou nebo manželem, možnost být ve stálém kontaktu s rodinou a být doma, potřeba velké psychické podpory, sdílení všeho těžkého s rodinou
- potřeba jistoty, že o manžela se dcery, v případě jejího odchodu, postarají, že nezůstane sám a osamocený, potřeba kontrolovat svůj život
- potřeba lásky, souznění, sdílení, pochopení, ochrany proti stresu, úzkosti

- potřeba finančního zajištění případného pozůstalého manžela
- potřeba předání svého poselství potomkům, zážitků, vzpomínek, zkušeností
- potřeba udržení vlastní sebeúcty, hodnoty, potřebnosti, a kladného hodnocení okolím, potřeba užívat si maličkostí v životě dokud to jde
- potřeba zapojení dcery do rozhodovacího a hodnotícího procesu léčení

### **Pan František**

- možnost, aby mohla zastupovat jeho zájmy osobní asistentka a byla jeho styčným bodem se synem v Kanadě
- možnost rozhodnout o svém životě i o podmínkách při jeho konci
- potřeba finančního zajištění pozůstalé manželky
- potřeba vypořádat své osobní záležitosti – majetkové
- potřeba zajištění kvalitní nadstandardní péče manželce, pokud ho přežije
- zajištění opatrovnictví, v případě, že jeho zdravotní stav se tak zhorší, že nebude moci rozhodovat
- potřeba vyrovnání vztahů v rodině, a mezi svými syny

### **Paní Vlasta**

- chce využít možnost strávit konec života se svým synem
- možnost využívat zdravotní služby doma, aplikace léků, zmírňujících aktuální potíže, a péči sester
- potřeba uchránit syna od utrpení a zármutku, potřeba co nejvíce synovi zachovat dětství
- potřeba (přání), aby se syn a manžel co nejdříve vyrovnali s jejím odchodem a našli si novou hodnou maminku
- odpočinek, klid, bezpečí, potřeba zemřít doma, u svých blízkých, klidně, důstojně

## 2) Jakým aktuálním problémům čelí osoby, které o ně pečují?

### Paní Věra

- nedostatek informací, “při propuštění jsme měli od lékaře informace pouze o léčbě a lécích”, přímá nabídka od sociální pracovníce - pouze překlad do domova důchodců, informace o navazující péči a sociálních službách nebyly
- pocit bezmoci a viny, “nevěděli jsme, kam se máme obrátit, kde máme hledat, duchovní a psychickou podporu
- finanční a časové možnosti omezené, „neměla jsem s kým si o tom popovídat”

### Paní Renata

- „bylo pro mě hodně těžké, že maminka moc nereagovala a nepoznávala mě, ani syna, smířit se s nevratností, nevléčitelností onemocnění, lékaři to „vzdali, uzavřeli”
- nedostatek informací o terénní pomoci a podpoře, „chtěla jsem maminku za každou cenu doma, každý lékař udělal, co bylo potřeba, ale o něco navíc už neměli zájem”
- finanční zatížení, placení pomůcek pro inkontinenci, „to co psal lékař nám nestačilo”
- „to, že jsem nemohla chodit do práce, byla jsem odstřižená od práce, známých, neměla jsem čas na sebe a na syna”
- „strach, jaké to bude, až maminka zemře, jak to poznám, že jí už nemůžu zachránit”
- „nebylo možné zařídit setkání maminky se svými sestrami na Slovensku”

### Paní Jarka

- nedostatek informací o tom, jaké existují možnosti zajištění péče o člověka doma
- „z rodiny jsem na dojíždění za maminkou byla sama, dcery neměly moc času, manžel na to není”, „málo času pro sebe”



- „na vesnicích nemají lidé možnost se dostat snadno ke službám, k lékaři, do lékárny“, malé povědomí o síti sociálních a zdravotních služeb

### **Paní Zdena**

- nedostatek informací o službách a organizacích, poskytujících domácí péči
- rutina u lékařů, nezáměr o člověka jako takového, v celkovém kontextu (sociálním)
- „obranné mechanismy maminky, které mi znemožňovaly dobrou spolupráci“
- „nedařilo se mi maminku jakkoli motivovat“
- vzdálenost, časové a finanční zatížení, opětné načerpání sil a energie
- psychika zbytku rodiny, skloubení vlastního života (rodiny, práce a péče)
- předsudky a reakce okolí

### **3) Vyhovují hospice v ČR potřebám osob, které potřebují jejich služby, z pohledu územního rozsahu a kapacity?**

Na webu Parlamentní listy.cz, uvádí ředitel prachatického hospicu PhDr. Robert Huneš, že od vzniku prvního hospicu v Čechách v roce 1995, je v ČR nyní celkem 17 lůžkových hospiců. Dle WHO je třeba 5 hospicových lůžek na 100 tisíc obyvatel. „Stávající kapacita provozovaných hospicových lůžek na území ČR je 446, tzn. aktuálně je v ČR provozováno 85% potřebných lůžek“ (Huneš, 2015). Nyní po dokončení dalšího, bude celkem 525 lůžek na celou republiku. Kapacita bude tedy naplněna přes 90%. Kromě Karlovarského kraje a Vysočiny, je republika pokrytá adekvátně. Přičemž v řadě hospiců jsou stále nevyužita všechna lůžka (Huneš, 2015). V čem je tedy problém?

Velký deficit je v mobilních hospicích. Ve financování, podpoře domácích hospiců a legislativě. „Podle statistik zemřelo v roce 2008 v České republice asi jen 1 % lidí v hospicích“ (Marková, 2010). Nyní od 1. 4. 2015 byl zahájen pilotní program mobilní

specializované paliativní péče, který má zmapovat možnosti a náklady, které jsou potřeba pro fungování mobilních domácích hospiců a pro péči o umírající v domácím prostředí. Spolupráce probíhá mezi Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče, sedmi poskytovateli a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Konec projektu bude 29. 2. 2016 (Bužgová, 2015).

### Pokrytí ČR lůžkovými a mobilními hospici v roce 2015

(Zdroj: autor)

Kraj	Počet lůžkových hospiců	Počet mobilních hospiců
Praha	1	2
Středočeský	2	4
Jihočeský	1	3
Plzeňský	1	0
Karlovarský	0	2
Ústecký	2	1
Liberecký	1	2
Královéhradecký	1	3
Pardubický	1	1
Vysočina	0	5
Jihomoravský	2	1
Zlínský	2	0
Olomoucký	1	0
Moravskoslezský	2	4
<b>CELKEM</b>	<b>17</b>	<b>28</b>

Můžeme tedy říci, že z pohledu kapacity hospice v ČR vyhovují z 90 %. Ze strany územního rozsahu je situace problematictější. Pro mnohé umírající by byl mobilní domácí hospic ideálním řešením, s respektem k jejich důstojnosti, jejich potřebám a etickým a mravním zásadám. A hlavně s respektem k lidskosti.

V terénu existuje vlastně několik druhů zdravotní péče, která je poskytována umírajícím a těžce nemocným lidem. Všechny se snaží také o to, aby mohl člověk do poslední chvíle být doma, mírnit jeho utrpení, ovšem některá působí v obecném měřítku. Je to domácí zdravotní péče, kde jsou v terénu sestry, schopné poskytovat

zdravotnickou péčí bez odborného dohledu, ve spolupráci s praktickým lékařem, na základě jeho indikace. Paliativní péče je ovšem specializovanější, vzhledem k multidisciplinarnímu týmu. Na poskytování péče se podílí specializovaný lékař paliativní medicíny, lékaři dalších profesí, školené sestry, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, psychiatr, duchovní, dobrovolníci, rodina, nemocný.

## 4 DISKUZE

Rozhovory s komunikačními partnery jsem dělala v jejich domácnosti. Prvotní kontakt byl stěžejní, bylo nutno získat od dotazovaných důvěru. Jedná se o velmi citlivé a niterně intimní téma. Zpočátku rozhovoru, byl vidět určitý strach, take ostych, ale později došlo k uvolnění. Oslovení lidé většinou oceňovali, že si s nimi na toto téma chce někdo popovídat. Bylo poznat, že téma vlastní konečnosti všechny velmi zatěžuje a rmoutí, tři dotazovaní byli vyrovnáni a s osudem smířeni. Brali vše jako součást života.

U pana Jaroslava jsem byla na návštěvě dvakrát, jeho stav byl celkem kompenzovaný. Psychicky byl vyrovnán, byl schopen se bavit o všem, zejména když zjistil, že jsem zdravotní sestra. Nejvíce ho tížila obava o rodinu, aby vše zvládali, až odejde. Musím zmínit, že v souvislostech se smrtí, se toto slovo objevovalo nejčastěji, i mezi ostatními. Hovořili jsme spolu ve společnosti manželky, ale měli jsme možnost mluvit i o samotě. Pan Jaroslav ani tak neřešil své problémy, obtíže, jako zajištění rodiny, svůj vztah s malým vnukem. Také několikrát zmínil, že prosil dcery, aby se postaraly o maminku, aby nebyla smutná. Bylo vidět, že vztahy v rodině jsou láskyplné a pevné. Vzhledem k zatížení rodiny vážností jeho stavu, řešil i hospitalizaci v hospici. Nicméně tuto možnost zavrhnul, z důvodu vzdálenosti od jeho bydliště. Vyhovovalo by mu, pokud by hospicová péče byla i zde v regionu a mohli mu poskytovat paliativní péči u něj doma. Tedy mobilní hospicové služby. Co se týká finanční stránky, zajištění celé rodiny a vyřešení osobních záležitostí, měl vše vyřešené. Své zdravotní potíže řešil spíše se sestrami z domácí péče, rodinu nechtěla zatěžovat. Roli otce a mažela neztrácel, nebylo znát, že by až tak strádal, přesto, že mu vadilo, že není zcela soběstačný a nemůže nic dělat. Sociální a duchovní potřeby stavěl nad své fyzické a psychické potřeby. Bolest, dýchací potíže a potíže zdravotní měl v podstatě dobře vyřešené, díky péči praktického lékaře a domácí zdravotní péče. Podstatná pro něj byla kontrola nad svým životem a možnost volby. Svoji úzkost a zármutek dokázal před manželkou a dcerami skrývat.

Paní Jana svou nemoc v podstatě porazila. Vyprávěla mi vše celkem při třech návštěvách. Je velmi komunikativní. Prožila si ovšem velmi těžké období, které bylo poměrně dlouhé, trvalo 3 roky. Prodělala spoustu dávek chemoterapie, je po operaci a cítí se dobře. Jediné, co ji trápí, jsou silné neuropatické bolesti dolních končetin. Během své léčby byla psychicky na dně. Byla otřesená strachem, nejistotou, úzkostí. Většinu nepříjemných zážitků a situací dokázala vytěsnit. Udává, že za poslední tři roky prožila tolik strachu a bolesti, jako snad za celý život neprožila. Mohla se ovšem opřít o svou rodinu. Má velmi pevný a láskyplný vztah s manželem i se svými dvěma dcerami. Jak říká, společně s vnuky jí všichni drží při životě. O manžela má ale velký strach. Jsou na sobě hodně závislí, tráví spolu veškerý čas. Bojí se, co by tu sám dělal, pokud by tu ona nebyla. Vypadá to ale, že jsou na tom oba stejně se starostí o toho druhého. Během chemoterapií jí bylo velmi špatně, přišla o všechny vlasy, prožívala velký stres. S lékaři sice spolupracovala dobře, ale informace o svém zdravotním stavu a výsledcích vyšetření, nechtěla ani slyšet. Měla strach ze špatných zpráv. Ze svých biologických potřeb řešila nejvíce bolest. Velký význam ovšem přikládala tomu, že mohla kontrolovat svůj život. Velmi potřebovala podporu, psychickou a emocionální, ochranu a pocit jistoty. Také řešila hodně i sebeúctu a bylo znát, že se hodně podhodnocuje. Ostatní věci, pocity a volby nechávala na dceři a manželovi. Zdůrazňovala svou potřebu být doma a co nejvíce s manželem a rodinou. Nejvíce chtěla jejich prostou přítomnost a kontakt. Během léčení prožívala obrovskou nejistotu a strach. Měla starost o rodinu a její zabezpečení. Mezi nejdůležitějšími duchovními potřebami dávala důraz na sdílení, uspořádání vlastního života a měla také velkou potřebu předat své poselství potomkům. Vzpomínala a vyprávěla, chtěla předat co nejvíce informací ze života svého i celé rodiny.

S panem Františkem jsem hovořila dvakrát. Pan František je se svou konečností smířen, očekává konec života, život má vyřešený, v životě toho hodně dokázal, hodně zažil, má pocit bohatého, plného života se svojí manželkou. O tu má teď velký strach, protože je hodně nemocná, je ležící a má těžkou demenci. Dokázal předem zajistit vše pro její blaho, sepsal závěť, vypořádal si všechny své záležitosti. Zařídil i případnou péči o manželku, kdyby zemřel dříve než ona. Je velmi silná osobnost. Jediné, co ho

mrzí je, že má celou svou rodinu – 2 syny a jejich rodiny, v Kanadě. Že s nimi nemůže sdílet svůj a manželčin osud. Potřeboval by jejich podporu, ale je si vědom, že již léta žijí v Kanadě, že tam už mají svůj domov. Vždy se těší, že synové dvakrát do roka přiletí na delší návštěvu. Své biologické potřeby moc neřeší, je smířen s nemocí. Užívá s manželkou sociální služby, které mu jeho problémy pomáhají řešit. Vyžaduje kontrolu nad svým životem, možnost volby a jistotu a podporu. Zakládá si na své a manželčině důstojnosti, a chce v důstojnosti dožít doma. Sepsal závěť i předběžný souhlas, jaká jim má být poskytnuta péče, pokud nebudou moci vyjádřit již své potřeby. Chce být ve svém sociálním prostředí, zásadně společně s manželkou. Potřebuje maximální informace o všem, týkajícím se jejich zdravotní i sociální situace. Měl vždy v manželství pevný vztah. Trápí ho, že jeho dva synové spolu moc nekomunikují, přál by si, kdyby se situace mezi nimi ještě do jeho smrti urovnala. Záleží mu na uspořádání svého i manželčina života, je smířený. Je také vidět, že strádá trochu tím, že si s manželkou nemůže popovídat, ale je rád, že mu toto nahrazuje osobní asistentka.

U paní Vlasty je situace velmi podobná. Uvědomuje si svojí situaci, nyní je v hodně špatném stavu, cítí, že se blíží konec života. Užívá si posledních chvil se synem a manželem. Má velké bolesti, sestry jí chodí čtyřikrát denně píchat opiáty. Většinu dne odpočívá, pospává. Je ale ochotná si se mnou popovídat. Má pěkný vztah se synem, je jí líto, že ho nevychová do dospělosti. Pečuje o ní maminka s manželem. Své biologické potřeby řeší domácí zdravotní péčí, s maminkou a manželem. Největší problém má s vyprazdňováním, stále jí odchází stolice. Je pro ní důležitá podpora, ochrana a pocit jistoty a důstojnosti. Ze sociálních potřeb upřednostňuje možnost být doma až do své smrti, blízko svého manžela, maminky a syna. Nechce být sama. Je věřící, využije ještě služby duchovního. Má velkou starost o svou rodinu a o to, aby byla zabezpečená po její smrti. Je smířená, klidná, má svůj život uspořádaný. Často se snaží si povídat se synem, aby ho mohla připravit na svůj odchod. Nechce, aby po její smrti byli s manželem smutní. S paní Vlastou jsem mohla mluvit pouze jednou, před naší další plánovanou návštěvou zemřela. Manžel mi zprávu volal telefonem. Sdělil mi ještě, že se spojil s místním panem farářem kvůli synovi a mají spolu domluvenou schůzku, aby se mohli oba se smrtí paní Vlasty smířit.

Z analýzy rozhovorů s těžce nemocnými nebo umírajícími komunikačními partnery je možno získat výstup o jejich primárních potřebách. Většina z nich řešila vztahy v rodině, sdílení, a úzký kontakt se svými nejbližšími. Všichni chtěli být i v těžkých chvílích doma. Tři využívali služby domácí zdravotní péče, jeden sociální služby. Zcela jistě by využili mobilní hospicovou a paliativní péči, pokud by byla v dosahu. Do lůžkového hospice žádný nechtěl, protože byl daleko, připomínalo jim to hospitalizaci v nemocnici a vzdali by se tím kontaktu s rodinou. Také je zajímavé, že všichni řešili situaci rodiny a svých blízkých. Ne svou. Měli starost o své děti i partnera a o jejich zabezpečení. Psychické, sociální a duchovní potřeby zdaleka převyšovaly jejich potřeby biologické. Každý chtěl dojít stavu smíření, odpuštění, vyrovnat si své vztahy a zemřít s čistým svědomím, že svůj život prožili dobře. Hodně si zakládali na své důstojnosti.

Z rozhovorů s pečujícími vyplynulo, že stále cítí velký nedostatek informací o řešení těžké situace jejich blízkého nemocného, i svojí. Chybí intenzivnější spolupráce s ošetřujícími lékaři, jejich větší zájem o osobu nemocného. Stále se hodně objevuje ve zdravotní péči rutina a odosobnění, i přes nesporný rozvoj medicíny a úspěchy v léčení. Nedostatek informací tedy zmínili všichni čtyři dotazovaní. Dva zmínili pocit bezmoci a jeden pocit viny. Nejistotu pocítovali tři komunikační partneři. Byla to nejistota z budoucnosti, z neznalosti pečování o nemocného. Finanční potíže udávali tři dotazovaní, časové potíže všichni čtyři. Zmiňovali i čas na sebe, ačkoli je nijak neobtěžovala péče o blízkého. Naopak. Ovšem uvědomovali si i obrovskou fyzickou, ale hlavně psychickou zátěž, která je hodně vyčerpávala. Z tohoto důvodu si připadali izolovaní od běžného života. Přesto, že si všichni uvědomovali i nutnost vlastního odpočinku, žádný nedokázal "vypnout". Všichni čtyři dotazovaní považují podporu v péči za nepostradatelnou, zvláště pak, pokud je člověk na péči z nějakých důvodů sám. Za podstatnou udávali i možnost komunikace o problémech. Možnost se „vypovídat“. Nedostupnost služeb zmiňovali dva, a to ti, kteří bydleli v menším městě nebo na vesnici. Tři ze čtyř se nemohou smířit s nemocí a smrtí blízkého.

Z rozhovorů se všemi osmi dotazovanými vyplývá, že na vesnicích a v odloučených lokalitách, mají lidé o hodně těžší možnost péče o svého blízkého,

pokud chce být v poslední fázi života doma. Bez rozdílu bydliště měli všichni dotazovaní možnost využívat lékařskou péči svého praktického lékaře, domácí zdravotní péči využilo 5 dotazovaných. Určitý typ sociálních služeb využili 4 dotazovaní. Z toho jeden domov pro seniory a 3 využili služby osobní asistence. Dostupnost lůžkového hospice hodnotili všichni dotazovaní jako nevyhovující, z důvodu vzdálenosti od bydliště. Pokud by v regionu působil mobilní hospic, využili by jeho služby 4 dotazovaní. Jako jeden z důvodů nedostatku mobilní paliativní a hospicové péče je skutečnost, že zdravotní pojišťovny zatím nedostatečně proplácely jejich služby, a to jen z 50 – 60%. Vzhledem k tomu, že paliativní a hospicová péče je na tenké hranici mezi zdravotním a sociálním sektorem, nejsou dostatečně vyjasněné kompetence a financování. V posledních letech se hospicové hnutí i Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče i Česká společnost paliativní medicíny ČLSJEP snaží o rozšíření takových služeb. O zajištění finančních prostředků pro poskytovatele, o systémová řešení této situace. Podstatná je také spolupráce MZ ČR s MPSV ČR, o určení kompetencí a spoluúčasti na pomoci pro nevléčitelně nemocné a umírající. Také v domácí zdravotní péči je patrné jisté omezení, protože je vše ovlivněno režii zdravotní pojišťovny. Finanční pokrytí sociálních služeb ve vzdálenějších lokalitách je také problematické. Nyní snad svítá na lepší časy. Od 1. 4. 2015 probíhá pilotní projekt , kdy se zjišťují požadavky V posledních letech se hospicové hnutí i Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče i Česká společnost paliativní medicíny ČLSJEP snaží o rozšíření takových služeb. O zajištění finančních prostředků pro poskytovatele, o systémová řešení této situace. Podstatná je spolupráce MZ ČR s MPSV ČR, o určení kompetencí a spoluúčasti na pomoci pro nevléčitelně nemocné a umírající.

V rámci možností se uplatňuje „takzvaná paliativní péče“ na úrovni praktických lékařů, kteří ovšem nejsou specialisté na paliativní péči, nemají takové technické možnosti, ani možnosti ordinovat speciální léky na tlumení bolestí, snižování nepříznivých symptomů nemoci, o časové dotaci nemluvě.



## ZÁVĚR

Mým cílem bylo v této práci stanovit nejpálčivější problémy v oblasti umírání. Hledala jsem potřeby těžce nemocných a umírajících, a problémy, s nimiž se museli potýkat jejich pečující rodiny. Z práce vyplynulo, že je důležité a nutné potřeby umírajících mapovat. Zdravý člověk nikdy nedokáže identifikovat, jaké potřeby může mít člověk, který je ohrožený na životě. Problematika konce lidského života není ještě zcela objasněna, vliv má na to i vývoj společnosti, kultury a sociálního cítění.

Z výzkumu také vyplynulo, což obhajuje i např. Trachtová (2013) nebo Peynová, Seymourová a Ingletonová (2007), že definovat a nalézat potřeby jak nemocných, tak pečujících, je důležité pro diferencování oblastí, ve kterých je třeba podpory a pomoci. Bez toho není možné poskytovat kvalitní péči. Pokud nevím, co člověk potřebuje, nemůžu ani vědět, co mu mám poskytnout. Je třeba s těžce nemocnými a umírajícími komunikovat, nemít předsudky a strach z otevření velmi citlivého tématu. Zároveň je možné souhlasit s Munzarovou (2005), že paliativní péče se neslučuje pouze s terminální fází života a pouze s onkologickými chorobami. V tomto smyslu se vyjadřovali i dotazovaní. Hledání nějaké odbornější péče nechávali až na poslední chvíli. Netroufli si o takovou péči požádat dříve. Nedostatečná síť mobilních poskytovatelů, kteří poskytují kvalifikovanou paliativní péči a nepřítomnost paliativních přístupů v terénu, může mít negativní vliv na kvalitu života pacienta i jeho rodiny. Tím, že budou tyto potřeby identifikovány, může posléze docházet k hodnocení, zda jsou potřeby naplněny, či ne a nenaplněné potřeby mohou pomáhat pečujícím i odbornému týmu k cílenému plánu péče a následně zvýšení kvality života umírajících.

Velmi důležitá je i péče pečující osoby, o pozůstalé a o celou rodinu. Ty jsou upozadřování. Odborníci pracující v hospicích toto zvládají bravurně. Touto problematikou se zabývá Misconiová (2000) Je ale také důležité, toto hledisko implantovat i do jiných oborů a odborností. Zejména na nejnižší úroveň, a tou jsou praktičtí lékaři.

Ukázalo se, že dostupnost informací pro těžce nemocné a umírající, pro jejich pečující, je stále nedostatečná.

Na základě definování potřeb je možné pak sestavovat podklady k dalším konkrétnějším výzkumům a tím se podílet na zvyšování kvality života člověka, i v konci jeho života.

Cíl, který jsem si na začátku výzkumu dala, jsem naplnila. V souvislosti s mým prvním cílem jsem potvrdila svou domněnku, že těžce nemocní a umírající lidé chtějí být i ve svém těžkém stavu doma, v úzkém kontaktu s blízkými. Také jsem se přesvědčila o tom, že skutečně nevědí, kde mají hledat pomoc, radu, u praktických lékařů jsou jim nějaké rady poskytnuty zřídka. O paliativní péči a hospicích jsou informováni až na základě projevení vlastního zájmu. Ve většině případů řeší potíže těžce nemocných pacientů praktičtí lékaři aplikací silnějších léků, posílají pacienta na oddělení léčby bolesti nebo rovnou k hospitalizaci do nemocnice.

V našem regionu je tato péče řešena v nemocnici v Českých Budějovicích. Např. v Jindřichově Hradci indikuje léky na potíže, vzniklé agresivitou chemoterapie ambulantní onkolog.

Já ovšem vidím největší problém v prvním kontaktu nemocného nebo pečujícího s pomocí, poradenstvím či péčí. A z výzkumu to i vyplývá. Většina lidí je totiž při svém léčení ve styku s lidmi, kteří to buď sami nevědí, nebo jim to neporadí. Myslím, že takové první poradenství, by měli vykonávat lékaři, sestry a sociální pracovníci v nemocnicích a u praktických lékařů, protože tam se člověk dostane nejdříve. Když začne mít první potíže. Ani jeden z dotazovaných v mém výzkumu nevěděl, že jakýkoli sociální pracovník je povinen každému poskytnout základní sociální poradenství a tedy je nasměruje tam, kde mu nejvíce dokáže v jeho těžké situaci pomoci. A to v jakékoli sociální službě nebo na městských a obecních úřadech, i na úřadech práce. V první řadě jde o poskytování domácí zdravotní péče, sociálních služeb, státních podpor a příspěvků, půjčování kompenzačních pomůcek v půjčovnách, poskytování psychologické a duševní podpory

V druhém bodě jsem si stanovila zmapovat síť zařízení, které poskytují péči těžce nemocným a umírajícím lidem. V České republice je 17 lůžkových hospiců a 28 mobilních poskytovatelů paliativní a hospicové péče. Ne všechny mají ale zkušené

specialisty na paliativní péči, v několika se poskytuje domácí zdravotní péče, ovšem umožňuje se lidem dožít doma.

v Jihočeském kraji je jeden lůžkový hospic v Prachaticích a 3 mobilní poskytovatelé paliativní a hospicové péče. Je to stav zcela nedostačující. Mobilní služby nepokryjí dostatečně celé území kraje a lůžkový hospic je sice dostačující svou kapacitou, není ale pro všechny dosažitelný svou vzdáleností. Výše zmíněný pilotní program o mobilní paliativní péči snad dodá naději umírajícím lidem, kteří budou moci dožít důstojně a bez utrpení ve svém sociálním prostředí.

## Zdroje

1. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. 2015. ISBN 978-80-247-5402-4
2. HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén. 2012. ISBN 978-80-7262-900-8
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén. 2007. ISBN 978-80-7262-471-3
4. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7367-040-2
5. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 2014. ISBN 978-80-247-4650-0
6. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů. 1995. ISBN 80-85495-43-0
7. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. 2002. ISBN 80-247-0179-0
8. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis. ©1992. ISBN 80-85439-04-2
9. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica. 1993. ISBN 80-900134-6-5
10. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-3171-1
11. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-1362-4
12. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: NCDPČR. 2000. ISBN 80-239-1915-6
13. MUNZAROVÁ, M. *Euthanasie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada. 2005. ISBN 80-247-1025-0

14. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. 2005. ISBN 80-247-1295-4
15. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 2005. ISBN 80-7254-657-0
16. ROTTER, H., *Důstojnost lidského života: Základní otázky lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad. 1999. ISBN 80-7021-302-7
17. ŘIHÁČEK, T., ČERMÁK, I., HYTYCH, R. a kol. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. 2013. ISBN 978-80-210-6382-2
18. SILVERMAN, D. *Jako robiť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar. 2005. ISBN 80-551-0904-4
19. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada. 2012. ISBN 978-80-247-4107-9
20. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert. 1999. ISBN 80-85834-60-X
21. STUDENT, J. Ch., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Praha: H&H. 2006. ISBN 80-7319-059-1
22. ŠIKLOVÁ, J. *Vyhoštěná smrt*. 1. vyd. Praha: Kalich. 2013. ISBN 978-80-7017-197-4
23. ŠPATENKOVÁ, N. et al. *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Praha: Galen. 2014. ISBN 978-80-7492-138-4
24. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2013. ISBN 978-80-7013-553-2
25. TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie: Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-826-0
26. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál. 2002. ISBN 80-7178-678-0
27. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2004. ISBN 80-246-0841-3

28. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Klinická propedeutika*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2012. ISBN 978-80-7394-360-8
29. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ Y., a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada. 2004. ISBN 80-2470279-7
30. OPATRŇÝ, A. Pastorační péče o nemocné. In: *Pastorace.cz*. [online]. [datum vydání nevedeno]. [cit. 26.7.2015]. Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Knihovna/01-Co-se-rozumi-pastoracni-peci.html>

## 6 PŘÍLOHY

### Příloha č. 1

#### Otázky pro nemocného nebo umírajícího komunikačního partnera

##### *1. Mohl/a byste mi, prosím, vyprávět Váš příběh?*

- Můžete mi, prosím, říci něco o sobě? Stačí základní informace, abychom se trochu poznali (věk, vzdělání, stav, bydliště, zaměstnání, rodina, děti, zvyky, zlozvyky, koníčky).
- V jaké situaci se teď nacházíte? S čím se léčíte, jakou máte nemoc?
- Průběh nemoci – první příznaky, vyšetření, diagnostika, diagnóza, operace, aktinoterapie, chemoterapie, biologická léčba, potravní doplňky, alternativní terapie?
- Jak dlouho to trvá?
- Jak to zvládáte Vy sám/sama – psychicky/fyzicky, jak Vás tato situace celkově omezuje?
- Jaké máte pocity, co cítíte?

##### *2. Potřeby nemocného – umírajícího.*

- Reakce na sdělenou diagnózu?
- Přemýšlíte o životě? O smrti?
- Jaká jsou Vaše přání, touhy, starosti, radosti? Co Vám chybí? Co Vás obtěžuje?
- Jaké jsou Vaše, aktuálně nejdůležitější, potřeby?
- Vaše největší potíže – doprovodné symptomy nemoci, léčby?
  - bolesti, nevolnost, zvracení, zažívací obtíže, dýchání, soběstačnost, závislost, průjem, inkontinence, imobilita, závratě, slabost, únava, jiné

- degradace, důstojnost, důvěra, sebehodnocení, stud, strach, starost, zármutek, lítost, vztek, beznaděj, nezájem, rezignace, aj.

- Kdo Vám může, podle Vás, pomoci?  
- partner, rodina, odborníci, kamarádi, jiní.
- Jaké záležitosti byste si chtěl/a řešit, vyřešit?
- Máte nějaké nedořešené, nevyjasněné věci?
- Komunikujete o tom? Chcete o tom mluvit? S kým?
- Co Vám tato těžká situace vzala, co Vám dala?

### **3. *Informace – dosažitelnost, dostatečná informovanost?***

- Jaké první informace jste měli? Od koho?
- Co jste potřebovali, či potřebujete, vědět, dovědět se, od koho?
- Kdo Vám poskytl informace o Vašem stavu?
- Srozumitelnost obdržených informací?
- O možnostech řešení Vaší situace? O možnostech léčby?
- Myslíte si, že jste dostal/a dostatečné informace?

### **4. *Jak řešíte svou situaci?***

- Pečuje rodina – partner/ka, děti, sourozenec, zdravotníci, pracovníci sociální služby, známý, mobilní hospic, duchovní
- Jsem doma, u dětí, v zařízení sociálních služeb, v nemocnici, v hospici.



## Příloha č. 2

### Tabulky

Tabulka č. 1 Biologické potřeby těžce nemocných a umírajících

	Bolest	Hygiena	Strava, tekutiny	Pohyb	Dýchání	Vyprazdňování	Zdravotní péče doma
Jaroslav	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano
Jana	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne
František	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne
Vlasta	no	ne	ne	ne	ne	ano	ano

Tabulka č. 2 Psychické potřeby těžce nemocných a umírajících

	Kontrola nad svým životem	Možnost volby	Podpora, jistota, ochrana	Sebeúcta, sebehodnocení	Existenciální tíseň	Zármutek, úzkost ze smrti	Soběstačnost	Důstojnost
Jaroslav	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano	ne
Jana	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ne	ne
František	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ano
Vlasta	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ne	ano

Tabulka č. 3 Sociální potřeby těžce nemocných a umírajících

	Být ve svém sociálním prostředí	Kontakt s rodinou, nechce být sám/a	Psychická a duchovní podpora	Starost o rodinu	Zabezpečení rodiny po mé smrti	Dostatek informací	Vztahy
Jaroslav	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne
Jana	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
František	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano
Vlasta	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne

Zdroj: vlastní, autorka

Tabulka č. 4 Duchovní potřeby těžce nemocných a umírajících

	Sdílení	Uspořádání vlastního života	Usmíření	Smíření s údělem smrti	Pastorační péče	Předání zkušeností a poselství
Jaroslav	ne	ano	ne	ano	ne	ne
Jana	ano	ano	ne	ne	ne	ano
František	ne	ano	ano	ano	ne	ne
Vlasta	ne	ano	ne	ano	ano	ano

Zdroj: vlastní autorka

Tabulka č. 5 Problémy pečujících osob

	Nedostatek informací	Pocit bezmoci	Pocit viny	Nejistota	Finanční potíže	Časové potíže	Psychická opora	Potřeba komunikace	Smíření s nemocí blízkého	Izolace	Nedostupnost služeb
Věra	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
Renata	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Jarka	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano
Zdena	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano

Zdroj: vlastní autorka

## **Příloha č. 3**

### **Organizace, které se zabývají paliativní a hospicovou péčí v ČR**

#### **Celonárodní organizace**

- **Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče**
  - prosazuje a podporuje hospicovou a paliativní péči, přispívá k pozitivní proměně vztahu české společnosti ke smrti a umírání, sdružuje organizace poskytující lůžkovou a mobilní hospicovou péči v ČR
- **Charita Česká republika**
  - 348 farních, městských a oblastních charit po celé ČR
- **Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně**
  - sdružuje lékařské odborníky, kteří se specializují v paliativní medicíně, vzdělávání, výzkumy
- **Ecce homo, Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí**
  - rozvinuté hospicového hnutí i do terénu
- **Nadační fond Klíček**
  - podpora rodin s těžce nemocnými dětmi, zlepšování podmínek, kvality života, péče o nemocné dítě, letní tábory, v budoucnu dětský hospic
- **Nadační fond „Umění doprovázet“**
  - podpora hospicového hnutí, rozvoj mobilních hospic

- **Opora**

- pobočky v Praze, Ústí nad Labem, Roudnici nad Labem, Slaném, odlehčovací a hospicové terénní služby, sociální poradenství, půjčovna kompenzačních pomůcek

- **Umírání.cz**

- webový informační a diskuzní portál o umírání, je pro pečující, pro lékaře, pro nemocné i pro dobrovolníky a pozůstalé

## **Praha**

- **Cesta domů z. ú.**

- domácí hospic, poradna, odlehčovací služby, služby pro pozůstalé, půjčovna kompenzačních pomůcek

- **Hospic Malovická, Praha**

- lůžkový hospic, 30 lůžek

- **Hospic Štrasburk, Praha**

- lůžkový hospic, 25 lůžek, multitym

- **Mobilní hospic Most k domovu - Praha 5-Zbraslav**

- mobilní hospic, zdravotní služby, psycholog, sociální služby

## **Středočeský kraj**

- **Hospic Dobrého Pastýře, Tři o.p.s.**

- hospic lůžkový, domácí, ambulantní, stacionář, 24 jednolůž. pok.

- **RUAH o.p.s., Benešov**

- terénní zdravotní i sociální služby, včetně hospicových

- **Hospic knížete Václava, Kladno**

- lůžkový hospic, 25 lůžek, denní stacionář, mobilní hospic, multitým

### **Jihočeský kraj**

- **Domácí hospic Jordán, Tábor**

- domácí hospicová péče, multitým, doprovázení

- **Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích**

- lůžkový hospic, 30 lůžek, poradenství, půjčovna komp. pomůcek

- **Hospicová péče sv. Kleofáše, Třeboň**

- mobilní hospic, ošetrovatelská péče, doprovázení

### **Plzeňský kraj**

- **Hospic sv. Lazara v Plzni**

- hospicová péče, paliativní péče, poradna, půjčovna komp. pomůcek, odlehčovací služby

### **Karlovarský kraj**

- **Hospic sv. Jiří**

- domácí hospicová péče, multitým, půjčovna komp. pomůcek, poradna

- **Ladara o.p.s., Karlovy Vary**

- ošetrovatelská a zdravotní péče

## Ústecký kraj

- **Domácí hospicová péče Litoměřice, Charita**

- domácí ošetrovatelská péče, doprovázení umírajících a jejich rodin

- **Hospic sv. Štěpána Litoměřice**

- lůžkový hospic, domácí hospic, ambulance paliativní medicíny a léčby bolesti, půjčovna komp. pomůcek

- **Hospic v Mostě**

- lůžkový hospic, 15 dvojlůžkových pokojů, ambulance léčby bolesti, domácí hospicová péče, půjčovna komp. pomůcek

## Liberecký kraj

- **Hospicová péče sv. Zdislavy, Liberec**

- terénní hospicová péče, ošetrovatelská, doprovázení, půjčovna komp. pomůcek, dobrovolnický program

- **Nemocnice s Poliklinikou**

- hospicová a rodinná lůžka

## Královohradecký kraj

- **Hospic Anežky České, Červený Kostelec, Charita**

- hospic lůžkový, hospic mobilní, ambulance paliativní péče a léčby bolesti

- **Domácí hospicová péče OCHTU, Trutnov, Charita**

- domácí hospicová péče, domácí zdravotní péče, doprovázení umírajících

- **Domácí hospicová péče Hradec Králové, Charita**

- domácí hospicová péče, multitým

- **Domácí hospic Duha, Hořice**

- domácí hospicová péče, multitým

## **Pardubický kraj**

- **Domácí hospicová péče Ústí nad Orlicí, Charita,**
- **pobočka Chocẽ**

- ošetrovatelská péče, doprovázení

- **Domácí hospicová péče Letohrad, Charita**

- ošetrovatelská péče, doprovázení

- **Domácí hospicová péče Holicko, Charita**

- ošetrovatelská péče, doprovázení

- **Domácí hospicová péče Pardubicko**

- domácí hospicová péče, ošetrovatelská, doprovázení

- **Hospic Chrudim**

- lůžkový hospic, 27 lůžek a přistýlky, hospicová a paliativní péče, 330,-/den

## **Kraj Vysočina**

- **Charitní domácí hospicová péče Bárka, Jihlava**

- domácí hospicová péče

- **Nemocnice Jihlava ODN**

- 15 hospicových lůžek, rodinná lůžka

- **Domácí hospicová péče Žďár nad Sázavou, Charita**

- domácí hospicová péče, multitým

- **Domácí hospicová péče Havlíčkův Brod, Charita**

- doprovázení umírajících, domácí zdravotní péče

- **Domácí hospicová péče Pelhřimov, Charita**

- domácí hospicová péče, ošetrovatelská péče

- **Domácí hospicová péče – zdravotní služby, Třebíč, Charita**

- ošetrovatelské a zdravotní služby

- **Domácí hospic Vysočina o.p.s., Nové Město na Moravě, Velké Meziříčí, Jihlava**

- domácí hospicová péče, zdravotní služby, doprovázení, multitým

- **Sdílení o.p.s., Telč**

- domácí zdravotní, sociální a hospicová péče, doprovázení umírajících

## **Jihomoravský kraj**

- **Domácí hospic David, Kyjov, Charita**

- domácí hospicová péče pro umírající, multitým, v okrese Hodonín

- **Domácí hospicová péče Blansko, Charita**

- doprovázení umírajících

- **Mobilní hospic sv. Jana, Rajhrad, Charita**

- mobilní hospicová péče, dům léčby bolesti

- **Domácí hospic Kyjov**

- domácí hospicová péče, multitým



- **Hospic sv. Alžběty v Brně**

- lůžkový hospic, domácí hospic, poradenství, odlehčovací služby, půjčovna komp. pomůcek

- **Mobilní hospic TABITHA**

- mobilní hospicová a paliativní péče, multitým

## **Olomoucký kraj**

- **Hospic Na Svatém Kopečku, Olomouc, Charita**

- poskytování paliativní a hospicové péče, pobytové služby, multitým

## **Zlínský kraj**

- **Domácí hospicová péče Doma, Charita**

- domácí hospicová péče, multitým, Nový Hrozenkov

- **Hospic Citadela – dům hospicové péče Valašské Meziříčí**

- lůžkový hospic, 28 lůžek, multitým, 180,-/den + stravné 130,-/den

## **Moravskoslezský kraj**

- **Hospic sv. Lukáše Ostrava – zařízení pro lidi v terminálním stádiu života**

- hospicová a paliativní péče, multitým, pobytové služby, odlehčovací služby

- **Charitní hospicová péče Pokojný přístav, Opava**

- hospicová péče, půjčovna kompenzačních pomůcek, multitým

- **Hospic Frýdek Místek**

- hospic lůžkový, 30 lůžek, 13 lůžek odlehčovacích, 4 pokoje s 8 lůžky pro návštěvy nebo personál

- **Mobilní hospic Ondrášek, Ostrava**

- hospicová a paliativní péče, multitým

- **Mobilní hospicová jednotka Ostrava**

- hospicové služby, paliativní péče, léčba bolesti

- **Slezská humanita, Karviná**

- domácí hospicová péče, ošetrovatelská, půjčovna komp. pomůcek