

# **Péče o umírajícího člena rodiny v domácí péči**

Tereza Kristová

---

Bakalářská práce  
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlín  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Kristová**  
Osobní číslo: **H160597**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Péče o umírajícího člena rodiny v domácí péči**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti péče o umírajícího v domácí péči.  
Příprava metodiky výzkumné části.  
Realizace kvalitativního výzkumu pomocí případové studie.  
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků, jejich shrnutí a doporučení do praxe.



Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**HAŠKOVCOVÁ, Helena.** Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

**KUPKA, Martin.** Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

**MATZO, Matianne a Deborah Witt SHERMAN.** Palliative care nursing: quality care to the end of life. New York: Springer Publishing Company, 2006. ISBN 0-8261-5794-7.

**MARKOVÁ, Monika.** Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

**ŠPATENKOVÁ, Naděžda.** Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3736-2.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

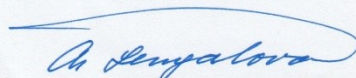
Datum zadání bakalářské práce:

**5. ledna 2018**

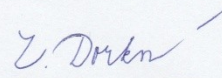
Termín odevzdání bakalářské práce:

**18. května 2018**

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu



## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

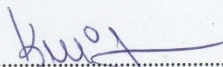
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.2.2018



<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.



(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vázného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce s názvem „Péče o umírajícího člena rodiny v domácí péči“ se zabývá problematikou umírání a smrti v domácím prostředí. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů, jako je umírání a smrt. Popisuje historický, ale i současný pohled na umírání a smrt, vymezuje specifické potřeby umírajícího. Dále se zaměřuje na formy hospicové péče a poslední kapitola teoretické části vymezuje roli zdravotně sociálního pracovníka v hospicové péči. Praktická část obsahuje 4 případové studie klientů mobilní hospicové péče, jejímž cílem je zhodnotit uspokojení základních potřeb umírajících.

Klíčová slova: umírání, smrt, rodina, potřeba, mobilní hospic,

## **ABSTRACT**

The thesis 'Care of a dying family member in home care' deals with problems of dying and death at home. The thesis is divided into a theoretical and practical part. In the theoretical part the basic terms are defined. It describes historical and contemporary view on dying and death, and it deals with specific needs of a dying person. Then it is focused on forms of hospice care, and in the last chapter of the theoretical part the role of health and social worker in hospice care is specified. The practical part includes four cases of mobile hospice clients with the aim to assess the satisfaction of basic needs of a dying person.

Keywords: dying, death, family, need, mobile hospice

## Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce. Za její ochotu, pomoc a připomínky při tvorbě této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům mobilního hospice, kteří mi umožnili realizaci výzkumu a poskytli mi mnoho podnětů a cenných rad při zpracování. Děkuji také své rodině za podporu a trpělivost, v průběhu celého studia, zejména mamince za její podněty a pomoc při zpracování této bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 UMÍRÁNÍ A SMRT .....</b>	<b>11</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU UMÍRÁNÍ A SMRT .....	11
1.2 UMÍRÁNÍ A SMRT Z HISTORICKÉHO POHLEDU .....	14
1.3 UMÍRÁNÍ A SMRT V NEDÁVNÉ MINULOSTI A SOUČASNOSTI.....	15
<b>2 UMÍRÁNÍ A SMRT Z HLEDISKA POTŘEB UMÍRAJÍCÍHO.....</b>	<b>17</b>
2.1 VYMEZENÍ POJMU POTŘEBA A JEJÍ KLASIFIKACE .....	17
2.2 SPECIFICKÉ POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO .....	19
2.3 PALIATIVNÍ PÉČE .....	21
<b>3 HOSPIC JAKO FORMA POMOCI RODINĚ V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO.....</b>	<b>24</b>
3.1 HISTORIE HOSPICOVÉ PÉČE.....	25
3.2 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE .....	26
<b>4 ROLE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V HOSPICOVÉ PÉČI .....</b>	<b>30</b>
4.1 PROFESE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	30
4.2 KOMPETENCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	31
4.3 ČINNOSTI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V TÝMU HOSPICOVÉ PÉČE .....	33
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
<b>5 PŘÍPRAVA A PRŮBĚH VÝZKUMU .....</b>	<b>37</b>
5.1 DRUH A METODA VÝZKUMU .....	37
5.2 CÍL VÝZKUMU .....	37
<b>6 KAZUISTIKY .....</b>	<b>38</b>
6.1 KAZUISTIKA Č. 1 .....	38
6.2 KAZUISTIKA Č. 2 .....	42
6.3 KAZUISTIKA Č. 3 .....	46
6.4 KAZUISTIKA Č. 4 .....	51
6.5 ZHODNOCENÍ CELÉHO KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU .....	56
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>62</b>



## ÚVOD

*„Smrt i zrození jsou jen otevřením dveří a život je pouhá chvíle strávená v pokoji za dveřmi. Jak úžasný je sluneční svit venku za dveřmi tvého pokoje za letního dne. Oč úžasnější musí být světlo za dveřmi, které nazýváš smrtí. Neboj se těch dveří, ale spíše toho, co ti je brání otevřít“*

*(John Columbus Taylor)*

Současná společnost zastává do velké míry názor, že umírající člověk potřebuje převážně lékařskou péči, která se dá nejlépe zajistit v nemocničním prostředí. Právě z toho důvodu je velká část umírajících umisťována do kamenných hospiců, léčeben dlouhodobě nemocných a rodina nebo pečující osoby si neuvědomují, že nejlépe by umírajícímu bylo v jeho domácím prostředí v kruhu svých nejbližších.

Velmi se upustilo od péče o umírajícího člena rodiny v domácí péči i přesto, že v minulosti to bylo naprosto běžné. S vývojem společnosti téma smrti a umírání bylo a stále je více tabuizováno a lidé se o tomto tématu bojí nahlas mluvit. Avšak najdou se i jedinci, kteří chtějí o umírajícího pečovat v jeho domácím prostředí, ale mnohdy k tomu potřebují pomoc, která nejčastěji přichází v podobě mobilního hospice či prostřednictvím agentur domácí péče.

Téma bakalářské práce je péče o umírajícího člena rodiny v domácí péči a je koncipovaná do dvou propojených částí – teoretické a praktické. Problematika umírajících a nevyléčitelně nemocných je velmi náročná a obsáhlá.

V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy, které se k problematice vztahují a také exkurz do historie smrti a umírání. V dalších kapitolách je vysvětleno vše podstatné, co s tématem bakalářské práce do velké míry souvisí. Jsou to zejména specifické potřeby umírajících a také formy pomoci rodinám s péčí o umírajícího. Poslední kapitola se věnuje roli zdravotně sociálního pracovníka v hospicové péči.

Praktická část se zabývá kvalitativním výzkumem, který je zpracován pomocí případových studií. Cílem výzkumu je zhodnotit kvalitu uspokojování základních potřeb umírajících, kterým je péče poskytována v domácím prostředí.

Celá práce bude sloužit jako zpětná vazba pro mobilní hospic, který umožnil provést výzkum v jejich organizaci. Mimo jiné by zveřejnění práce mohlo přispět k rozšíření informovanosti veřejnosti o dané problematice.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 UMÍRÁNÍ A SMRT

*„Věřím, že smrt je jeden z nejsilnějších impulsů našeho probouzení doopravdivosti. Když vůči ní zůstaneme otevřeni, nastává proces tříbení. Vyšle nás na cestu k sobě samým, takže začneme odkládat všechno, co nejsme – všechno, co nás zbytečně zraňovalo a tížilo. Když přijmeme smrt a najdeme ji ve svém životě smysluplné místo, tak jej oživí, obohatí, zintenzivní, rozšíří, prohloubí. Spojí nás s tím nejcennějším, co v sobě máme.“ (Hurdová, 2017, s. 5)*

V dnešní době máme možnost se se smrtí a umíráním setkávat v mnohem větší míře než v minulosti. Avšak toto setkávání je pouze v rovině virtuální, vzdálené a konkrétního jedince se netýkající, což paradoxně na druhé straně vede k faktu popírání smrti a její tabuizace v dnešní společnosti. (Student, Muhlum, Student, 2006, s. 23-25)

*„Toto odmítavé chování je vyjádřeno v institucionalizaci umírání a smrti, která znemožňuje blízkost a vytváří odstup, čímž současně stupňuje strach před neznámem. Proto nic nepomůže, když myšlenku na vlastní smrt odsuneme stranou. Pro šťastný život je mnohem důležitější se sní vyrovnat.“ (Student, Muhlum, Student, 2006, s. 25)*

### 1.1 Vymezení pojmu umírání a smrt

Pojem umírání je z hlediska lékařské terminologie klasifikován jako terminální stav organismu. Je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí, orgánů s následkem smrti jedince. Tento stav může trvat několik hodin, dnů, ale i týdnů či měsíců. Z širšího úhlu pohledu lze o počátku umírání mluvit od okamžiku, kdy nemoc neslučitelná se životem vstoupí do povědomí umírajícího. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 435)

V současnosti i přes obrovský pokrok a rozvoj medicíny zůstává umírání spojeno s nejistotou, strachem a úzkostí, a to jak na straně umírajícího, tak na straně blízkých a ošetřujícího personálu. Důvodem je, že zkušenost se smrtí je jedinečná a neopakovatelná, přes veškerou současnou péči zůstává člověk ve chvíli umírání sám bez možnosti sdělení svých zážitků. (Kelnarová, 2007, s. 11)

Existují různé přístupy k umírání a odrážejí se v různých modelech umírání. S minulostí je spojen domácí model umírání, kdy lidé umírali v domácím prostředí v péči členů rodinných příslušníků. Smrt tak nebyla tabuizována a lidé věděli, jak se



k umírajícímu mají chovat, a umírající věděl, co se od něj očekává, neboť čerpal ze svých životních zkušeností, kdy sám pomáhal při péči o člena rodiny, který umíral. Výhodou tohoto modelu bylo zajištění zejména emocionální a duchovní podpory umírajícímu. Nevýhodou byla především omezená odborná péče, která byla často spojena jen s lidovým léčitelstvím. (Haškovcová, 2007, s. 26-29)

S rozvojem společnosti, na počátku 20. století nastupuje druhý model umírání tzv. institucionální, v němž péče o umírajícího přechází zcela do pravomocí institucí – nemocnic, domovů důchodců a jiných ústavů. Tento model přináší komplexní odbornou péči, ale odebírá spoluúčast blízkých a smrt a umírání odosobňuje. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 439)

V dnešní společnosti se velmi rozmáhá třetí model umírání a to paliativní. Tento model se zaměřuje především na nemocné, kteří již nereagují na kurativní léčbu a trpí progredujícím, pokročilým onemocněním. Cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocného a jeho rodiny. (Marková, 2010, s. 19)

Proces umírání se dle autorky Kübler Rossové dělí na 5 stádií:

**První stádium** autorka nazývá jako popírání a izolaci. Toto stádium je stejné u všech lidí, kteří se nějakým způsobem dozvěděli, že se jejich život blíží ke konci. Ať už se člověk tuto informaci doví citlivě a po kouskách od lékařů nebo k tomuto závěru dojde sám, reakce je vždy stejná. Popírání reality pro umírající funguje jako nárazník, který tlumí šokující zprávy. Nemocní, kteří prochází tímto stadiem, zůstávají mnohdy sami, protože si myslí, že okolí se do jejich situace nedokáže vcítit. V této prvotní fázi může také nastat situace, že pacient bude odmítat léčbu a proto je velmi důležité, aby si s ním někdo o situaci promluvil a rozebral ji s ním. (Kübler-Ross, 2015, s. 51-52)

**Druhé stádium** je stádium zlosti, které se projevuje pocity, jako je zlost, závist a vztek. Toto stádium je pro rodinu a pečující personál mnohdy velice obtížné, protože pacient si svůj hněv vylívá téměř na každém, kdo mu přijde do cesty. Problém je, že jen malá část lidí se pokusí vcítit do pacientovi situace a nepřemýšlí nad tím, odkud se ona zlost vlastně bere. (Kübler-Ross, 2015, s. 64-65)

**Třetí stádium** se označuje jako smlouvání, které není úplně tak známé avšak pro pacienta velice důležité. Během této fáze se nemocný pokouší vyjednávat. Prosí, slibuje a ve většině případů uzavírá smlouvu s bohem, avšak před okolním světem to drží v tajnosti.

Toto chování se dá chápat tak, že pacient již tuší, že je jeho nemoc velice vážná a snaží se tuto skutečnost všemi možnými způsoby oddálit. (Kübler-Ross, 2015, s. 98 – 100)

**Čtvrté stádium** je stádium deprese, kdy pacient již tuto skutečnost nemůže dál popírat a musí podstupovat další a další léčebné metody a operace. Není divu, že mu dochází síly a upadá do depresí. V této fázi pacient řeší problémy jako je například ztráta některé části těla a s tím spojený pocit méněcennosti. Ženy po ablaci prsu si již nepřipadají jako ženy. V těchto případech je dobré vyzdvihnout nějakou jinou obzvláště ženskou vlastnost a ujistit pacientku, že není o nic méně ženou, než byla předtím. Je to období, kdy nemocný prožívá pocity prázdnoty a velkého smutku nad ztrátou životních příležitostí, v první řadě zdraví. (Kübler-Ross, 2015, s. 101- 102)

**Páté stádium** je stádium akceptace neboli smíření. Pokud nemocný měl dostatek času projít si všemi předchozími stádii, tak se dostane až do tohoto posledního stadia. Již nepociťuje zlost, deprese ani neprosí o více času. Dá se říct, že čeká, kdy přijde onen dlouho očekávaný konec. Roste u něj potřeba spánku, chce být sám a nepřímá téměř žádné návštěvy. Ubývá verbální komunikace, kterou nahrazuje neverbální komunikace. Doteky, držení za ruku nebo jen přítomnost blízké osoby dává nemocnému najevo, že není sám. Toto stadium se nejčastěji vyskytuje u starých lidí, kteří dosáhli svých cílů, vybudovali si kariéru a mají rodinu. (Kübler-Ross, 2015, s. 127- 129 )

Smrt je definována jako smrt mozku, jako takový stav organismu, při kterém je obnovení všech životních funkcí vyloučené. Smrt, při níž se zastaví dech a činnost srdce je označována jako smrt klinická. U níž lze okamžitou resuscitací tyto funkce obnovit. Otázka života a smrti je jednou z nejtěžších otázek, kterou si lidé kladou už od nedávna. Vzhledem k tomu, že smrt patří k životu a nemůžeme ji od života nijak oddělit je pravděpodobné, že nad touto otázkou přemýšlí každý z nás. Díky smrti, můžeme najít smysl života a využít všechnen čas, který nám život dá smysluplně. (Kelnarová, 2007, str. 12-13)

Autorka Heřmanová (2012, s. 176) si pokládá otázku, zda existuje dobrá smrt. Z pohledu umírajícího člověka je pojem smrt spojován s beznadějí, strachem a velkými ztrátami, které ve většině případů bývají nezvratné, jak pro umírajícího, tak pro jeho blízké a hlavně rodinu. Pro každého člověka je život asi tou největší hodnotou, avšak tu umírající v období smrti ztrácí. Některé teorie na otázku dobré smrti pohlížejí jako na hodnoty, které mohou určitým způsobem postoje člověka k smrti výrazně ovlivnit. Každý si vysvětluje pojem dobrá smrt jinak. Pro jednoho je důležité necítit bolest a nemít žádné utrpení. Jiní

pokládají za důležité mít svůj život uzavřený po všech stránkách. Což znamená mít zajištěnou rodinu, dosáhnout osobních úspěchů, a především mít kontakt s rodinou a přáteli. Dále je pro některé jedince důležité dokončit veškeré své nedokončené záležitosti a snaží se mít svou situaci celkově pod kontrolou. Každá osobnost je jedinečná a má jiné hodnoty, proto se postoje člověka ke smrti velice liší.

## 1.2 Umírání a smrt z historického pohledu

*„Faktum konečnosti si lidé uvědomovali vždycky. V historickém kontextu však můžeme považovat zřetelné rozdíly týkající se akceptace smrti.“ (Haškovcová, 2007, s. 23)*

Problematika umírání a smrti ve společnosti je v historii úzce spojena s náboženstvím v úrovni filozofického poznání a sociokulturním a ekonomickým rozvojem.

V nejstarších lidských dějinách můžeme z archeologických nálezů usoudit náznaky duchovního života a úcty k mrtvým, loveckému kultu, kultu ohně a toteismu. Lidé se pohřbívali do země, avšak pocty pohřbení se dostávalo jen některým vyvoleným jedincům. Pohřbení bylo chápáno jako projev úcty a lidského přístupu k zemřelému. První, kdo začal věřit v posmrtný život, byly Keltové. Neoddělovali život mrtvých od života živých. Věřili, že existuje ostrov, na kterém je svět mrtvých a že se jim zde dostává všeho dostatek, jsou šťastní a krásní. (Kelnarová, 2007, s. 15-17)

Ve Starověkém Řecku byla smrt brána jako součást života. Řekové neřešili to, že jednoho dne zemřou, ale zaobírali se tím, jakým způsobem zemřou. Velkou ctí pro ně bylo zemřít v boji, protože sláva pro ně znamenala věčný život. Smrt popisují, jako že duše opustila své tělo a pozůstali se prostřednictvím pohřebního obřadu se zemřelým rozloučí. Smrt však nepřerušila pouta zemřelého se světem. Vracel se na svět a to buď v pravidelných intervalech, nebo za účelem pomstít se tomu, kdo měl na svědomí jejich smrt. Díky těmto představám vznikl takzvaný kult mrtvých. (Kelnarová, 2007, s. 20- 21)

Umírání a smrt v křesťanském starověku a středověku bylo pro jedince vyvrcholením jeho životní cesty k Bohu. Křesťané věří ve vzkříšení a nekonečný život po smrti, protože také Ježíš byl 3 dny po své smrti vzkříšen. Pro křesťany smrt neznámá zcela úplný konec života, nýbrž považují smrt jako bránu k jejich novému životu. Věřící v to, že pokud se s Bohem propojí a uvěří v něho, tak on pro ně připraví věčný život v nebi. Od Řeků převzali nutnost pečování o umírající a jejich lékařské umění brali jako svůj vzor. Smrt byla



všudy přítomná a často znázorňována. Nebyla však hrozivě odcizena krutá síla, jak je chápána člověkem vycištěným ateistickou společností. (Kelarová, 2007, s. 22-23)

### 1.3 Umírání a smrt v nedávné minulosti a současnosti

Pro umírání a smrt v tomto období jsou charakteristické tyto tři skutečnosti. První je fakt zatajování a izolování smrti. Na začátku 20. století umíralo téměř 80 % lidí v bezpečí vlastních čtyř stěn, nyní 80 % končí svůj život v cizím prostředí. Mnoho lidí se tak za svůj život nesetkalo s mrtvým tělem, nebylo konfrontováno s umírajícím. Za druhé dochází k obelhávání a zbavování svéprávnosti umírajících. Tato skutečnost znamená, že blízká smrt byla před samotnými umírajícími zatajována a bylo jim zabraňováno v důstojném umírání. Třetím faktem je odstraňování zármutku. Pro umírání a umírající není místo, chybí prostor i pro smutek. Ve všedním životě se s ním nesetkáme. Společnost chce pozůstalé co nejdříve přivést k takzvanému normálnímu životu. (Student, Muhlum, Student, 2006, s. 140)

Vývojem doby došlo k institucionalizaci umírání, péče o nemocné se přesunula do nemocnic a nabyla odborného charakteru. Péče o umírajícího přebírá zdravotnický personál a rodina přicházející na návštěvu neví, jak se má chovat, co má říkat. V současné době člověk už nemá téměř žádnou osobní zkušenost s pomocí umírajícím. (Bártlová, 2005, s. 71)

Období po 2. světové válce ovládal výrazný optimismus a víra v moderní medicínu. Postupně však došlo k rozčarování a uvědomění si, že mnohým nemocným nelze navrátit zdraví zejména u onkologických onemocnění. Vzrostl počet dlouhodobě a chronicky nemocných a od 60. let začíná sílit kritika a institucionální péče a moderní nemocnice získávají nelichotivé označení „továrna na zdraví“. Zejména pro toto období je charakteristické odlidštěné umírání a odlidštěná smrt. Projevem byly dokonce výrazně omezeny návštěvy příbuzných. Umírající tak zůstával ve své těžké hodině sám a příbuzní zůstávali s pocitem viny za to, že nebyli v té době u umírajícího. Separace rodin byla tak dlouhá, že příbuzní ztratili přirozené vzorce chování. Jejich nejistota a úzkost se tak odráží ve stanovisku, že umírajícímu je nejlépe v náručí profesionálů a trvale přenášejí péči o umírajícího na instituce. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 438-439)

S moderními medicínskými přístupy v souvislosti s umíráním přichází i problém dystázie neboli zadržené smrti. Jedná se o stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována. Zdravotníci stále intervenují ve prospěch života, který odchází. Pou-

žívají všech metod a technik, které mají k dispozici a v konečném důsledku nenechají člověka v klidu zemřít a nepřenechávají vládu moudré přírodě. (Haškovcová, 2007, s. 32-33)

Současná medicína přináší výhody, odbornou péči a dobré materiální zabezpečení pro dobré dožití. Avšak chybí upřímná lidská účast a psychická podpora. V moderním modelu umírání chybí lidský kontakt a umírání ztratilo charakter sociálního aktu. (Kelnarová, 2007, s. 25)

## 2 UMÍRÁNÍ A SMRT Z HLEDISKA POTŘEB UMÍRAJÍCÍHO

Lidské potřeby se během života vyvíjejí a zdokonalují. Každý jedinec své potřeby uspokojuje a dává najevo svým individuálním způsobem. Během života se potřeby jedince mění a to jak z hlediska kvality, tak kvantity. Uspokojovat se dají různými způsoby. Základní rozdělení je na žádoucí a nežádoucí způsob uspokojování potřeb. Žádoucí způsob je takový, který neškodí jak osobě která má určitou potřebu, tak okolí. Nejsou v rozporu se socio-kulturními hodnotami jedince a jsou uspokojovány v souladu se zákonem. (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2001, s. 10)

V období nemoci se potřeby jedince mění. Některé úplně vymizí a namísto nich se objeví úplně nové. Velkou roli při naplňování potřeb hraje informovanost a komunikace o potřebách pacienta. Je to velmi důležité, právě proto, aby nemocný věděl, co se s ním děje a dál dít bude. Neinformovanost a nejistota můžou velice zkomplikovat naplňování některých potřeb, jak už sekundárních, tak primárních. (Šamánková, 2011, s. 36-39)

### 2.1 Vymezení pojmu potřeba a její klasifikace

Potřeba se dá definovat mnoha způsoby. Autorky Tachtová, Fojtová a Mastilíková (2001, s. 10) potřebu definují takto: „*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.*“

Dle autorky Šamánkové (2011, s. 12) je lidská potřeba: „*Stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní*“

Potřeby mají mnoho dělení. Nejzákladnější je rozdělení potřeb dle autorky Šamánkové na dvě skupiny primární a sekundární. První skupinou jsou takzvané potřeby primární neboli biologické. Do této skupiny patří potřeba spánku, dýchání, odpočinku, potravy, sexuálního života a rozmnožování, nebo bezpečí. Druhou skupinou jsou potřeby sekundární neboli vyšší potřeby, které obohacují a zpříjemňují život jedince. Jedná se o potřeby sociální, důstojnosti, seberealizace nebo lásky. (Šamánková, 2011, s. 19)

Další rozdělení potřeb popisuje americký psycholog Abraham Harold Maslow, který žil v letech 1908 - 1970, byl jedním ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii. Proslavila ho Maslowova hierarchie potřeb, kterou zveřejnil v roce 1943. Poukazuje na to, že



každý člověk individuální motivy, které jsou hierarchicky uspořádány od nejsilnějších po nejslabší. Každý jedinec je organizovaný a sjednocený, tím pádem každá potřeba je odrazen celého jedince. (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2001, s. 18)

Vzhledem k tomu, že jsou lidé motivováni určitými potřebami, rozděluje Maslow tyto potřeby do dvou základních skupin. První skupinou jsou takzvané D - potřeby, které slouží k odstranění nějakého určitého nedostatku. Druhou skupinou jsou B - potřeby a pomocí těch jedinec dosahuje hodnoty bytí. Jedná – li se o D - potřeby tak jedinec nejprve uspokojuje nejzákladnější potřeby, které se odvíjejí od jeho vývoje. Jakmile uspokojí tyto základní potřeby, postupuje dále na potřeby vyšší. Ty se odvíjejí od schopností, dovedností a vědomostí jedince. Také na ně má velký vliv prostředí, vzdělání, kultura, a to jaké má jedinec životní cíle. Pokud dojde k tomu, že jedinec zjistí, že není nějaká jeho nižší potřeba uspokojena, vrátí se zpět do nižších vrstev a nejprve uspokojí tuto potřebu a až pak se vrátí zpět k uspokojování vyšších potřeb. (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2001, s. 14)

Maslow seřazuje potřeby hierarchicky takto:

- **Fyziologické potřeby** - jedná se o potřeby, které slouží k přežití. V momentě, kdy jsou tyto potřeby aktuální, stávají se nadřazenými nad ostatními potřebami a ovlivňují celkové chování a jednání jedince
- **Potřeba jistoty a bezpečí** - díky této potřebě se jedinec vyhýbá ohrožení a nebezpečí. Do popředí jde touha po důvěře, spolehlivosti, a osvobození od strachu a úzkosti. Také sem patří potřeba ochránce a ekonomického zajištění. Tato potřeba se vyskytuje v situacích ztráty pocitu životní jistoty.
- **Potřeba lásky a sounáležitosti** – je to potřeba milovat a být milován. Také sem patří potřeba sounáležitosti, náklonnosti a sociální integrace. Objevuje se v situacích, kdy se jedinec cítí osamocený a opuštěný.
- **Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty** – dá se říct, že jsou to dvě spojené potřeby. První z nich je potřeba sebeúcty a sebehodnocení. Vyznačuje se přáním výkonu, kompetencí, důvěry okolního světa a nezávislosti na tom, co říkají druzí. Druhá je charakterizována touhou po respektu druhých lidí a patřičném postavení v určité skupině. Tato potřeba se objevuje v momentě, kdy jedinec ztratí respekt, důvěru nebo kompetence a projevuje se snahou získat zpět ztracené sociální kontakty.

- **Potřeba seberealizace a sebeaktualizace** – jedná se o tendenci realizovat své schopnosti a záměry. Člověk se snaží být tím, kým dle svého mínění může být. Je zde důležité, aby jedinec nacházel uspokojení ve své práci a věděl, že ji dělá dobře. Do této skupiny Maslow řadí takzvané metapotřeby, neboli potřeby růstu. Mimo jiné sem také patří potřeba poznání, harmonie, porozumění nebo individuality. (Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 2001, s. 14)

Problematicke potřeb se věnoval také americký spisovatel Stephen Covey, který je známý svou Coveyovou teorií. Tato teorie nabízí systémový model ve formě čtyř základních lidských potřeb: mentální, sociální, duchovní a fyzické. (Šamánková, 2011, s. 27)

Každý z nás chce, aby jeho život měl svoji kvalitu, úroveň a naplnění. Proto je pojem kvality života u každého jedince zcela individuální. Proces uspokojování lidských potřeb se řadí mezi složky kvality života. (Šamánková, 2011, s. 31)

## 2.2 Specifické potřeby umírajícího

Specifické potřeby umírajícího velmi dobře shrnuje americká Charta umírajících:

- právo na to, aby se s umírajícím až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí
- umírající má právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění jeho životní perspektiva
- umírající má právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti
- umírající má právo podílet se na rozhodnutích, které se týkají péče o jeho osobu
- umírající má právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení jeho nemoci změnil na „zachování pohodlí a kvality života“
- umírající má právo zemřít neopuštěn
- umírající má právo být ušetřen bolesti
- umírající má právo na poctivé odpovědi na své otázky
- umírající má právo nebýt klamán
- umírající má právo na pomoc rodiny a na pomoc poskytnutou rodině v souvislosti s příchodem jeho smrti
- umírající má právo zemřít v klidu a důstojně
- umírající má právo uchovat si svou individualitu a má právo na laskavé pochopení jeho rozhodnutí a názorů

- umírající má právo být ošetřován pozornými, zkušenými a empatickými lidmi, kteří se pokusí porozumět jeho potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mu budou pomáhat tváří v tvář smrti

Od jejího vydání byla vystavena celá řada dalších dokumentů s podobnou tématikou a všechny zdůrazňují tyto základní principy a odvozující nejdůležitější potřeby umírajících. Mají tyto cíle:

- symptomatickou léčbu
- zmírňující péči
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti
- emotivní podporu
- spirituální pomoc
- sociální zázemí
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího

(Haškovcová, 2007, s. 42-44)

Typická podoba potřeb u umírajících pacientů je závislá hlavně na charakteru onemocnění, ale také na pacientovi samotném a jeho sociálních poměrech, ve kterých žije. Proces uspokojování potřeb se dá označit za proces dynamický, kdy jeho součástí je také utváření a vytváření potřeb. (Bártlová, 2005, s. 91)

Autorka Svatošová uvádí 4 dimenze potřeb pacienta. Vše, co potřebuje nemocné tělo, zahrnuje pod **potřeby biologické**. Představuje je ve stručnosti přijímání potravy, vyprazdňování, dýchání, tišení bolesti, zajištění spánku a odpočinku atd. **Potřeby psychologické** prezentuje především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to nezávisle na stavu tělesné schránky. Potřeba komunikace s okolím s přihlédnutím na důležitost mimoslovní komunikace. Dále potřeba bezpečí a důvěry. Člověk jako tvor společenský musí mít uspokojovány i **potřeby sociální**. Ty naplňuje zejména kontakt s nejbližšími. V současnosti se do popředí dostává čtvrtá dimenze potřeb umírajícího, a to je **potřeba spirituální**, která byla ještě v nedávné době tabuizována, či spojována jen s věřícími. Právě v době umírání a vážných nemocí se člověk zabývá otázkami smyslu života a smyslu vlastního života. Cítí potřebu vědět, zda mu bylo odpuštěno a sám má potřebu odpouštět. (Svatošová, 2012, s. 21-23)

Spirituální potřeby člověka se odehrávají v různých rovinách.

- Z pohledu do minulosti cítí umírající potřebu uzavřenosti, odpoutává se od akutních starostí a dostává se ke smyslu toho, co prožil, objevuje vazby a souvislosti, kterých si všímal málo, někdy mu tento nový pohled přináší stavy úzkosti, výčitek a viny. Tento pohled je výzvou k smíření se životem, sebou samotným a s bližními.
- Z pohledu do přítomnosti se jedná především o boj s nemocí a jejími důsledky, představující náročný životní výkon.
- Z pohledu do budoucnosti spočívá ve věrném doprovázení nemocného a rozpoznávání základní spirituální hodnoty – lásky (Šamánková, 2011, s. 37- 38)

Autorka Šamánková (2011, s. 36-37) modifikuje Maslowova vzhledem k potřebám v těžké a vážné nemoci následujícím způsobem:

- seberealizace – v postatě zaniká, vážně nemocný člověk již nechce slyšet o své další realizaci, ale chce být ubezpečen o tom, co se mu povedlo a co dokázal
- sebeúcta – je posilovaná v nemocném zejména tím, že mu dáváme najevo, že nás péče o něj neobtěžuje, zejména dbáme na jeho soukromí a jeho osobní čistotu
- láska a pocit příslušnosti – souvisí s jednoznačným porozuměním, snahou pomoci v osobních a vztahových nejasnostech, přijetím jedince v jeho nemoci zejména jeho změněných potřeb a nároků
- bezpečí a jistota – spočívá ve skutečnosti, že jedinec nezůstane opuštěn, bude zbaven bolesti a ostatních doprovodných příznaků a dostane v případě potřeby vše, co mu přinese úlevu
- fyziologické potřeby – jsou po velmi dlouhou dobu nemoci v popředí zájmu nemocného, avšak postupně je vážně nemocní ztrácejí a pečující přebírají roli v jejich zabezpečení tak, aby umírající netrpěl jejich nedostatkem

### 2.3 Paliativní péče

Zvládání potřeb umírajících řeší paliativní péče v rámci paliativní medicíny.

*„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další*

*tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“*

(Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011, s. 3)

Dle výše uvedených autorů (2011, s. 3) je paliativní péče chápána takto:

- Umírání je přirozenou součástí lidského života, každý člověk prožívá závěrečnou část svého života se všemi jeho tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně.
- Důstojnost nevyлéčitelně nemocných musí být chráněna a hlavní důraz klade na kvalitu života.
- Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka

Nejčastěji řešeným problémem v paliativní péči je zvládání bolesti. Potřeba být bez bolesti se vyskytuje téměř u každého terminálně nemocného člověka a patří k nejsilněji pocíťovaným potřebám. Jedná se o nepříjemnou emocionální a senzorickou zkušenost s akutním nebo případným poškozením tkání. Bolest je prožívána vždy subjektivně a umírající se jí velmi obávají. Proto je velmi důležité bolest tlumit, snažit se jí předcházet a průběžně ji hodnotit. Jedná se také o velmi důležitý anamnestický údaj, protože může signalizovat vývoj komplikací, zhoršení stavu umírajícího nebo je příznakem nové nemoci. Bolest jedince odděluje od společnosti, protože pokud není správně léčena, jedinci nemají energii, tím pádem nemají zájem o okolní dění. Tato potřeba by neměla být nikdy odsouvána do pozadí, ale měla by být patřičným způsobem řešena. (Šamánková, 2011, s. 94-96)

Mezi takzvané těžké symptomy v paliativní péči řadíme i dušnost, kdy dochází k pocitu nedostatku vzduchu. Příčinou mohou být choroby plic, srdce, anémie, může být podmíněna i psychogenně. Dušnost velmi silně obtěžuje zejména pro svou psychickou nadstavbu, což znamená, že bychom ochotněji snášeli bolest než být dušní. Dušní nemocní většinou nemají chuť k jídlu a vyžadují speciální stravovací postupy. Dušnost bývá řešena oxygenoterapií a farmakologicky. Dušné nemocné je potřeba dobře psychicky podporovat a odvádět pozornost od dušnosti. Vyžaduje citlivý přístup k nemocnému. (Šamánková, 2011, s. 74-80)

Vylučování tekutin a stolice patří mezi další složitou část paliativní péče. Potřeba vylučování je silně ovlivněna studem a sociální výchovou, která vylučování odsouvá do soukromé sféry. Častou komplikací bývá zácpa, může být příčinou značných potíží a stresu nemocného. Mívá mnoho příčin – jako je snížený příjem stravy, tekutin, dehydratace, útlak

střeva při nádorech, vedlejší účinky léků zejména opioidů, které narušují defekační reflex. Až 90 % pacientů léčených opioidy vyžaduje podávání projímadel. K zácpě mohou přispívat i přidružené choroby jako diabetes melitus, anální fisury, stenózy a hemeroidy. Na vzniku zácpy se podílí i nedostatek soukromí potřebný pro defekaci, ke kterému dochází v terminálním stadiu onemocnění. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 95)

Je známá skutečnost, že u pacientů v terminálním stadiu nemoci se objevují stavy sklíčenosti a deprese. Přesná etiologie není známá, ale lze se domnívat, že k těmto psychickým symptomům vedou tyto psychosociální faktory – rozpad základních vztahů, závislost, nemohoucnost, znetvoření a blížící se smrt. Psychosociální intervence by tedy měly být integrální součástí každého plánu paliativní péče. Pacienti s nějakou formou terminální nemoci téměř vždy prožívají úzkost, která však může být neúnosná a ochromující. Může se vyskytovat různě dlouho s velkou škálou symptomů (palpitace, dušnost, gastrointestinální symptomy atd.). Terapeutický účinek můžeme dosáhnout farmakoterapií, ale i formou doplňkové terapie – prací psychologa, psychiatra, hypnózou, relaxací a jinými speciálně terapeutickými metodami. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007, s. 317-327)

V souvislosti s úzkostí a depresí se objevuje i problém psychomotorického neklidu a poruch spánku. V paliativní péči se setkáváme s projevy deliria, neklidu jako projevu zvýrazněných úzkostných stavů a psychotickým neklidem. Tyto stavy mohou vést k nepřátelskému někdy i nebezpečnému chování. Je potřeba včasná a přiměřená intervence. Důsledkem těžké zátěže bývá i narušení spánku. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 375-383)

Terminální onemocnění mají svůj dopad na výživu pacientů. Ta může být ovlivněna mnoha faktory, jako jsou bolest, zácpa, nevolnost, vlastní onemocnění se svými specifickými příznaky a je třeba zdůraznit, že jakékoliv fyzické nebo duševní útrapy souvisí s příjmem stravy a přispívají k malnutrici nemocných. Pro zachování per orálního příjmu potravy přispívá i její významná psychologická a sociální funkce. Nutná je především intenzivní péče o dutinu ústní. Běžně jsou doporučována častá jídla o malém objemu bez nutnosti trvání na pravidelném režimu, respektovat pacientovo přání, nepodceňovat prezentaci jídla. S pokračující nemocí snižovat příjem živin, přecházet ke kašovitě a tekuté úpravě stravy. Otázka otázky výživy v terminální fázi souvisí s obecnými etickými principy. Snižovaný příjem stravy a tekutin bývá vnímán nemocným i rodinou jako jeden z nejdůležitějších problémů. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 87-93)



### 3 HOSPIC JAKO FORMA POMOCI RODINĚ V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO

*„V ČR umírá ročně cca 108.000 osob, z nichž asi 65 % zemře v nemocnici. Z národních zdravotních registrů vyplývá, že velká část umírajících dožívá za takzvané terminální hospitalizace, tedy jsou do nemocnice převezeni na poslední hodiny nebo dny života. To z nás dělá evropské šampiony v nákladném a často nechtěném umírání na akutním nemocničním lůžku. Většina z nás by si přitom přála dožít doma, jak soustavně ukazují výzkumy veřejného mínění.“* (Společná tisková zpráva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Fóra mobilních hospiců, 2017)

Základní myšlenkou hospice je úcta k životu a také úcta k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému dává jistotu, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za každých okolností a v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a hlavně to, že v posledních chvílích života nezůstane nemocný sám. Jde o doprovázení nemocného a také jeho blízkých, kteří v této situaci hrají velmi významnou a do jisté míry nezastupitelnou roli. Hospice se věnují pozůstalým i po smrti nemocného někdy jen krátkou dobu avšak v některých případech i dlouhodobě. (Svatošová, 2011, s. 115)

Pro přijetí do hospicové péče je indikován pacient:

- kterého jeho postupující nemoc ohrožuje na životě
- který potřebuje paliativní léčbu a není nutná hospitalizace v nemocnici
- který se svobodně pro jednu z forem hospicové péče rozhodne

Hospicová péče zahrnuje tři období:

- První období – pre finem- zdravotní stav pacienta již není možné kurativně zlepšit, přicházejí obtíže a umírající si je vědom blížícího se konce života a příbuzní se vyrovnávají s blížící se ztrátou blízkého člověka.
- Druhé období – in finem- jedná se o umírání v užším slova smyslu, nemocnému ubývají síly jak fyzické, tak psychické, nemá zájem o okolí, příbuzní se postupně loučí a potřebují velkou psychickou podporu.
- Třetí období – post finem – do tohoto období je zahrnováno jak důstojné rozloučení se zemřelým, ale i péče o mrtvé tělo a doprovázení pozůstalých (Marková, 2010, s. 21)

### 3.1 Historie hospicové péče

Slovo hospic z anglického překladu znamená útulek či útočiště. Ve středověku byl vnímán jako dům odpočinku, který byl vyhledáván zejména unavenými poutníky. Vedl jej většinou člověk, který byl schopný vést nejen hostinec, ale vyznal se i v ranhojičství. (Haškovcová, 2007. s. 45-46)

Význam slova hospic v dnešní době bývá mnohými spojován s označením „dům smrti“. Toto tvrzení je však pravdivé jen částečně. V hospici jde opravdu o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem jeho života. Je místem poskytování paliativní péče a naplňováním potřeb biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Je to místo ve kterém nejde o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až do konce. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 511)

Co očekává umírající od hospice? Na tuto otázku lze odpovědět těmito slovy:

*„Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám. Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profesí, které selhaly v zajištění mého uzdravení. Když ke mně přijdete a věříte ve mě, uzdravení – neuzdravení. Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit. Když mě berete jako individualitu. Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na blízké. Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti. Když se nesoustředíte na mé klady, ale na mě jako na osobu. Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu. Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce. Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.“* (Svatošová, 2011, s. 21-22)

Již ve středověku existovala v kláštrech zvláštní místa pro nevléčitelně nemocné. Historie hospiců je spojena s Anglií. Datuje se do poloviny 19. století, kdy byl roku 1847 v Lyonu založen první hospic Jeanne Garnierovou, která založila společenství žen, jež se věnovalo péči o nevléčitelně nemocné. Díky této ženě získalo slovo hospic svůj dnešní význam. Další významnou osobností byla Marie Aikenheadová, která založila v Dublinu kongregaci „Sester lásky“. Dala si za úkol doprovázet pacienty při umírání. Její komunita založila hned několik domů ve Velké Británii. V jednom z těchto hospiců působila po 2. světové válce Cicelly Saundersová, kterou můžeme označit za zakladatelku dnešní podoby hospicového hnutí. Založila St. Christopher Hospice, který je známý po celém světě. Finanční prostředky na jeho výstavbu dostala od jednoho ze svých klientů, jako výraz díky za její péči s přáním, aby byl zbudován další takový dům zajišťující důstojnou péči o umí-

rající. Saundersová byla první, která přišla s konceptem multidisciplinární péče. Byla výrazně ovlivněna psychologem Carlem Rogersem, který se zabýval komunikací s pacientem a kritizoval tehdy převládající přístup medicíny orientující se pouze na chorobu a zanedbávající ostatní potřeby nemocného. (Kupka, 2014, s. 30-31, Svatošová, 2011, s. 123, Peřina, 2016)

První americký hospic byl založen roku 1974 v New Haven. Pro tuto zemi má dominantní postavení spíše ambulantní hospicová péče a vysoké postavení práce dobrovolníků. Na konci 70. Let 19. století se podařilo dosáhnout financování z nemocenského pojištění, díky výzkumům, které prokázaly, že hospicová práce výrazně zlepšuje psychický stav umírajících lidí i jejich příbuzných. Analýza nákladů hospicové péče potvrdila její významnou cenovou výhodnost oproti péči nemocniční. (Student, 2006, s. 145-147)

V České republice bylo první oddělení paliativní péče otevřeno v listopadu roku 1992 na Moravě v Babicích nad Svitavou u Brna. První hospic v Čechách založila lékařka Marie Svatošová. Tento hospic byl i výsledkem práce sdružení pro podporu domácí péče s názvem Ecce homo, který byl taktéž založen výše zmíněnou lékařkou. Náš první hospic nese název Hospic Anežky České a byl otevřen v Červeném Kostelci v roce 1995. Výstavba dalších hospiců na sebe nenechala dlouho čekat. V dnešní době u nás působí vedle klasických hospiců takzvaných kamenných také mobilní hospicové jednotky. (Haškovcová, 2007, s. 47-49)

Přes to, že se u nás hospicová péče rozšiřuje, stále zůstáváme oproti ostatním zemím v deficitu oproti místu, které by jí náleželo. Podle Národní datové základny paliativní péče jen 2,4 % lidí umírá v hospicích. Takřka tři čtvrtiny úmrtí se odehrávají v nemocnicích, LDN a domovech pro seniory.

Rok 2018 je výrazným mezníkem v hospicové péči. Od ledna tohoto roku vstupuje v platnost nová úhradová vyhláška a seznam zdravotních výkonů, které umožňují pojišťovně spolupracovat s mobilní specializovanou paliativní péči. (Mobilní specializovaná paliativní péče v roce 2018, 2016)

### 3.2 Formy hospicové péče

V České republice jsou poskytovány 3 formy hospicové péče: domácí hospicová péče, hospicový stacionář a lůžkový hospic.

*„Většina z nás by ráda konec života strávila doma. Rádi bychom až do konce žili pokud možno tak jako dříve, mezi věcmi, které nás životem provázeli, a hlavně měli na blízku ty, kteří nám rozumějí. Chceme pít svůj čaj, hledět na květiny, které jsme vypěstovali, jíst na svém talíři, užít si své ubývající síly k povídání si s těmi, které máme nejraději. Máme strach z neosobního prostředí nemocnic a z toho, že mnoha našim drobným i velkým trápením nebude rozuměno.“ (Strom života, 2018)*

První formou je domácí hospicová péče. V domácím prostředí se v dnešní době umírá velice málo. Má to mnoho důvodů. Pacient se bojí, že bude rodině na obtíž a rodina má obavy, že péči nezvládne. V momentě, kdy se rodina rozhodne, že se o umírajícího chce postarat, nesmí být její snaha ponechána bez pomoci. (Kupka, 2014, s. 31)

Když umírající a jeho rodina zvažují možnost domácí péče, je důležité, aby si odpověděli na základní otázky.

- Přeje si umírající, aby léčba a péče o něj probíhala v domácím prostředí?
- Dokáže rodina zajistit bezpečí pacienta, včetně řešení komplikací, které mohou nastat?
- Souhlasí rodina umírajícího s tím, že se o něj budou starat v domácím prostředí a jsou ochotni za určitý díl péče nést zodpovědnost?
- Jsou sociální, ekonomické a prostorové podmínky rodiny vhodné pro péči o umírajícího?

(Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 506)

V momentě, kdy je nemocný v domácím prostředí, tak jeho blízcí musí pracovat v několika oblastech naráz. Podílejí se hlavně na ošetrovatelské péči, která zahrnuje krmení, hygienu, převazy ran, podávání nebo aplikace léků. Také poskytují umírajícímu psychickou podporu a pomáhají mu přijmout náročnou situaci. I pro ně samotné je často nesmírně náročné vyrovnat se s velkým stresem, obavami zda vše zvládnou a hlavně tím, že ztrácí mnohdy velice blízkého člena rodiny. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 505)

Právě domácí hospicová péče pomáhá rodině s péčí o umírajícího. V České republice existuje Asociace domácí péče ČR, která sdružuje jednotlivé Agentury domácí péče, a ty poskytují komplexní domácí péči. Rozsah zdravotní péče určuje lékař a potřebné sociální služby zase sociální pracovník. Rodina i pacient jsou neustále motivováni k aktivní spolupráci a k tomu, aby uplatňovali principy svépomoci. (Haškovcová, 2007, s. 59-60)

O klienty domácí hospicové péče pečuje multidisciplinární tým. Tento tým je složen z odborníků, jako je lékař, který je specializovaný v oboru paliativní medicíny, ale i jiní specialisté dle aktuálních zdravotních obtíží nemocného. Dále jsou to všeobecné zdravotní sestry, zdravotně sociální pracovníci, psychologové, fyzioterapeuti, nutriční specialisté, pastorační pracovník a duchovní. Za členy týmu se považuje také rodina a sám pacient. Ten by měl mít rozhodující slovo při rozhodování jeho léčby a jiných intervencích. Každý člen multidisciplinárního týmu má jedinečný vztah a pohled na pacienta a jeho rodinu. Důležitým úkolem týmu je ve vzájemné spolupráci řešit veškeré etické problémy, které nastanou. Výběr pracovníků do domácího hospice je velice důležitý. Každý člen týmu musí mít odborné znalosti, dovednosti a velmi dobré osobnostní předpoklady. Jako je například výborná schopnost komunikace, schopnost správně jednat v krizových situacích a spolupracovat v týmu. Také je důležité, aby byl jedinec vyrovnaný se svou vlastní smrtelností. (Marková, 2010, s. 35, Matzo, 2006, s. 136)

Péče o umírajícího člena rodiny v domácí péči je velmi vítaná avšak mohou nastat situace, kdy se forma hospicové péče musí zkombinovat s jinou formou nebo úplně změnit. Nastává to v případech:

- rodina se dlouhou službou unaví a vyčerpá, zkrátka jí dojdou síly
- v rodině se vyskytne další závažný problém, například vážně onemocní osoba, která se doposud o umírajícího starala a není nikdo jiný, kdo by ji nahradil
- ošetřování je příliš odborně náročné a rodina to nezvládá nebo ani nemůže zvládnout

(Haškovcová, 2007, s. 26)

V těchto případech může rodina využít hospicový stacionář, který funguje tak, že pacient je přijat ráno a v odpoledních hodinách nebo večer se vrací zpět domů. V případech, kdy je rodina vyčerpaná z péče o umírajícího je tato forma hospicové péče nejvhodnějším řešením. Pacientovi jsou poskytovány stejné služby, jako v domácím prostředí. Stacionární hospicová péče je také preventivním opatřením, které může zabránit pozdější zbytečné hospitalizaci, ale i vyčerpání rodiny a konfliktním situacím. (Kupka, 2014, s. 32)

Pokud ani stacionární hospicová péče není pro rodinu dostačující, je umírající umístěn do lůžkového hospice. Ty se řadí mezi zdravotně sociální zařízení, které vedle zdravotní péče poskytují také služby sociální jako je sociální poradenství a pomoc. (Marková, 2010, s. 27)

Není pravda, že nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, na něm musí i zemřít. A také je nesmírně důležité podotknout, že přicházejí na krátkodobé, většinou opakované pobyty zcela dobrovolně v momentě, kdy i oni sami cítí, že to pro ně bude dobré. Když vidí, že doma se to už nezvládá a hospitalizace v nemocnici není nutná. S rodinou může pacient přijít do kontaktu kdykoliv. V hospicích jsou návštěvy povoleny 24 hodin každý den. A jsou velice nezbytnou součástí péče o těžce nemocného. Režim dne, pokud je to jen trochu možné, si určuje sám pacient. Může vstávat, kdy chce, jíst co chce, umývat se kdy chce a pokud má potřebu si s někým popovídat, vždy se najde někdo, kdo jej vyslechně.

V popředí je snaha, aby hospic nemocnému více připomínal domov, než nemocnici. Má společenské prostory, které může pacient využívat jak sám, tak s rodinou. Také je vybaven mnoha pomůckami, které usnadňují nemocnému každodenní život a personálu fyzickou námahu. Jedná se například o polohovací lůžka, pojízdné koupací vany nebo polohovací zvedáky. Všechny prostory jsou bezbariérové, aby se i nemocní upoutání na lůžko dostali například na zahradu nebo do kaple. O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, rozhoduje hospicový lékař, který po konzultaci s ošetřujícím lékařem nemocného zhodnotí situaci a zváží jeho zdravotní indikaci a možnosti hospice. Hospic je určen především těm lidem, u kterých se dá předpokládat, že jejich nemoc povede v brzké době ke smrti. (Svatošová, 2011, s. 119-122)



## 4 ROLE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V HOSPICOVÉ PÉČI

Sociální práce ve zdravotnictví má velmi rozmanitý a různorodý charakter. Jejím hlavním úkolem je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, spolupráci, motivaci k léčbě a hlavně kvalitnějšímu životu. Klade důraz na komplexní péči o pacienta/klienta v souladu s posláním sociální práce, kdy jejím hlavním smyslem je pomoc pacientovi/klientovi, jeho rodině a širšímu okolí zmírnit nebo odstranit negativní sociální důsledky nemoci. (Kuzníková, 2011, s. 18-19)

### 4.1 Profese zdravotně sociálního pracovníka

Na profesi zdravotně sociálního pracovníka jsou kladeny mnohé požadavky. Prvním předpokladem je dosažení patřičného vzdělání. Dle § 10 zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, je odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka specifikována takto:

#### § 10

##### *Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka*

*(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka se získává absolvováním*

*a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,*

##### *b) studia*

*1. na vyšších odborných školách v oborech nebo programech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, nebo*

*2. na vysokých školách v oborech se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociálního pracovník,*

*c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.*

(2) *Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta. (Česká republika, Zákon č. 96/2004 Sb., 2004)*

Dalším neméně důležitým předpokladem pro vykonávání práce zdravotně sociálního pracovníka je spojena s naplněním požadavků na jeho osobnostní strukturu. Požadované osobnostní rysy představují zejména tyto vlastnosti dle autorky Rybczyňské (in Kutnohorská, Cichá a Goldmann 2011, s. 86-87):

- **Vlastnosti ovlivňující kvalitu vykonávaných povinností:** kompetentnost, všestranné vzdělání, profesionální a životní zkušenosti, schopnost vykonávat samostatná rozhodnutí, svědomitost, odpovědnost, předvídavost, systematičnost.
- **Vlastnosti charakterizující vztah ke klientovi:** empatie, schopnost vzbuzovat důvěru, komunikativnost, autenticita v kontaktech s lidmi, schopnost odpouštět, rozvážnost, nestrannost, schopnost pomáhat, diskrétnost, citlivost, trpělivost, respekt důstojnosti druhého člověka, akceptace, laskavost, schopnost dávat pocit bezpečí.
- **Vlastnosti týkající se vztahu pracovníka k nadřízeným:** loajálnost, otevřenost k novým poznatkům, pravdomluvnost, disponibilita, vynalézavost, ambicióznost, efektivnost, přesnost, racionalita.
- **Vlastnosti týkající se vztahu k spolupracovníkům:** nekonfliktnost, kolegiálnost, schopnost spolupracovat.

## 4.2 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

K naplnění role zdravotně sociálního pracovníka je nutná znalost jeho kompetencí. V souvislosti s hospicovou péčí mezi ně řadíme:

- **Kompetence profesně oborové:** Reprezentují teoretické znalosti a vědomosti, praktické dovednosti a schopnosti. Jsou to zejména schopnost uspokojování potřeb klienta, především jeho sociálních potřeb, odstraňování negativních sociálních faktorů nepříznivě ovlivňujících proces paliativní péče, rovněž má být schopen samostatné, vysoce odborné týmové práce, spolupráce se zdravotnickými a sociálními pracovníky. Ovládá právní normy v zdravotně sociální oblas-

ti, je schopen kontroly dodržování a účinnosti nových standardů a metod zdravotně sociální péče.

- **Kompetence sociálně anamnestické a diagnostické:** Souvisí se schopností provádět sociální šetření u klientů, sociální anamnézy, sociální diagnózy a sociální prognózy včetně zpracování zprávy a posouzení životní situace klienta.
- **Kompetence poradenské a konzultační:** Umožňují poskytovat sociálně právní poradenství, podávání informací klientům a jejich rodinám formou konzultačních činností. V případě úmrtí klienta provádět odborné poradenství v sociální oblasti ve vztahu k pozůstalým.
- **Kompetence výchovné:** Představují schopnost provádění sociální prevence a depistážní činnosti.
- **Kompetence rozhodovací:** Projevují se zejména schopností sestavit plán psychosociální intervence ve vztahu k situaci klienta a ve spolupráci s dalšími členy týmu zajistit jeho realizaci. Stejně tak postupovat i v případě krizové intervence.
- **Kompetence organizační:** Uplatňují se znalosti organizace a řízení zdravotnictví, sledování zdravotní a sociální dokumentace klienta, vedení příslušné dokumentace, zajištění následné péče a služeb a spolupráce s dalšími subjekty, které se podílí na řešení sociální situace klienta nebo jeho rodiny.
- **Kompetence metodické:** Zahrnují schopnost navrhovat nové standardy a metody zdravotně sociální péče a schopnost podílet se na základní vědecko - výzkumné činnosti.
- **Kompetence jazykové:** Reprezentují kultivovaný projev v českém jazyce, schopnost komunikace v cizím jazyce a porozumění základní latinské terminologii.
- **Kompetence osobnostně kultivující:** Vedou zdravotně sociálního pracovníka k sebereflexi, sebevzdělávání a to zejména v souvislosti s neustále se měnícími poznatky v oblasti právních norem a zdravotně sociální oblasti.
- **Kompetence komunikativní a etické:** Jsou pro každou pomáhající profesi klíčové. Pro pracovníka v zdravotně sociálních službách představují tyto schopnosti – věcně správná odborná komunikace, prezentace informací sociálního charakteru veřejnosti prostřednictvím medií, dodržování etického kodexu ve zdravotnictví, empatie ke klientům a kolegům, efektivní a eticky přijatelná ko-

munikace a v neposlední řadě schopnost naslouchání a vytváření dostatečné sociální a emocionální opory.

Z výše uvedeného vyplývá, že pro sociálního pracovníka je jedním z nejdůležitějších požadavků umění naslouchat, méně mluvit, což vyžaduje jedince osobnostně zralého, vyrovnaného, s přirozenou autoritou a pozitivním nazíráním na svět. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 72-75)

### 4.3 Činnosti zdravotně sociálního pracovníka v týmu hospicové péče

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, hospicová péče je vysoce týmová práce. Vedle paliativní péče, kterou zajišťuje lékař a ostatní zdravotnický personál, nabývají na intenzitě i psychosociální potřeby umírajícího i pečujících a také potřeby spirituální. S naplněním těchto potřeb napomáhají nejen psychologové, ale právě i zdravotně sociální pracovníci. Spektrum jejich činnosti je velmi široké. Počíná od vstupních sociálních šetření přes seznámení s limity a právy a nabídkou služeb, reprezentuje konzultace a návštěvy u klientů. Má také funkci edukační, psychologickou, v některých případech zastává i duchovní podporu a pastorační činnost. Často funguje jako koordinátor v péči o umírajícího, ale také o pozůstalé. (Čípková, 2015)

Mezi hlavní úkoly zdravotně sociálního pracovníka dle Svatošové (in Matoušek, 2005, s. 205-206)

- Zhodnotit potřeby pacienta a jeho rodiny.
- Posoudit sílu a schopnost pacienta a jeho rodiny situaci zvládnout.
- Vytvořit podmínky nemocnému, rodině i pečujícím k vyjádření svých pocitů.
- Chápat etnické a náboženské vlivy ovlivňující péči o umírajícího.
- Zvláštní pozornost věnovat nejzranitelnějším specifickým skupinám, předvídat dopad situace na jejich chování.
- V pečující rodině pomáhat s komunikací, případnými konflikty a směřovat k využití času, který zbývá.
- Pomáhat všem zúčastněným s adaptací na novou neustále se měnící situaci.
- Radit, asistovat v jednání s jinými organizacemi, pomáhat s vyřizováním žádostí.
- Vytvářet spojnici mezi rodinou a ostatními institucemi, jako je zaměstnavatel nebo školské zařízení.

- Zajištění pomoci pozůstalým.

Praxe ukazuje, že práce zdravotně sociálního pracovníka nekončí jen péčí o umírajícího, ale často pokračuje péčí o pozůstalé.

Základní principy poradenství pro pozůstalé můžeme vymežit dle autora Wordena (in Špatenková, 2013, s. 41)

- Pomoci pozůstalým v akceptaci jejich ztráty.
- Pomoci pozůstalým identifikovat své pocity a vyjádřit je.
- Pomoci pozůstalým žít dál bez zemřelého.
- Podporovat pozůstalé v emocionálním odpoutávání od zemřelého.
- Poskytnout pozůstalým prostor a čas pro truchlení.
- Interpretovat „normální“ reakce na ztrátu.
- Respektovat individuální rozdíly na truchlení.
- Poskytovat pozůstalým kontinuální podporu.
- Prozkoumat obranné mechanismy a dopingové strategie pozůstalých.
- Identifikovat potíže a doporučit adekvátní pomoc.

Dalším podstatným úkolem zdravotně sociálního pracovníka je dokonalá znalost legislativního rámce hospicové činnosti a její aplikace v praxi při komunikaci s klientem. Také je velmi důležitá orientace v nejaktuálnějších informacích z dané oblasti, neboť se často setkává s dotazy ohledně financování hospicové péče a finančního zajištění pečujících osob.

Současný právní rámec zakotvuje od března roku 2017 institut hospice, coby poskytovatele zdravotních služeb nevyлéčitelně nemocných pacientů v terminálním stádiu nemoci, a to ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Tato zákonná úprava má významný vliv na dostupnost paliativní a tedy i hospicové péče, která je zakotvená ve vyhlášce č. 353/2017 Sb. (Vláda schválila legislativní zakotvení hospiců do českých norem, 2017, Česká republika Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018, 2018)

Valná většina současných poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče však dosud nemá uzavřené standardní smlouvy s pojišťovnami a je tedy zcela závislá na darech, grantech a dotacích. Co tedy mohou mobilní hospice očekávat od roku 2018? Ministerstvo

zdravotnictví chystá metodický pokyn, podle nějž bude možno pečovat o nevléčitelně nemocné a umírající ve dvou modelech. První model představuje mobilní specializovanou paliativní péči pro nemocné vyžadující 24 hodin dostupnosti sestra/lékař specialista v paliativní medicíně. Druhý model poskytuje obecnou paliativní péči (praktický lékař, domácí péče s hospicovým programem), s nižší úhradou. (Mobilní specializovaná paliativní péče v roce 2018, 2017)

I finanční zajištění rodinných příslušníků pečujících o umírajícího člena rodiny není dosud právně regulérně ošetřeno. Od 1. 6. 2018 se z nemocenského pojištění nově začne poskytovat dlouhodobé ošetřovné pro osobu, která poskytuje péči rodinnému příslušníku v domácím prostředí. Dosavadní praxe umožňuje tuto péči obcházením legislativy, vyhledáváním náhradních řešení a to buď čerpáním nemocenské dovolené, nebo ošetřením člena rodiny takzvaným paragrafem. (Dlouhodobé ošetřovné - od 1. 6. 2018, 2018)



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 PŘÍPRAVA A PRŮBĚH VÝZKUMU

Praktická část této bakalářské práce se zabývá hodnocením kvality poskytované péče umírajícím v jejich domácím prostředí za pomoci mobilního hospice. Snažily jsme se zkoumat jednotlivé potřeby umírajících a jakým způsobem byly uspokojovány. Zaměřily jsme se především na potřeby biologické, psychologické, sociální a v některých případech i spirituální.

### 5.1 Druh a metoda výzkumu

Výzkum byl zrealizován prostřednictvím kvalitativního výzkumu, o kterém autor Skutil (2011, s. 256) ve své publikaci udává, že: „ *není jednodušší než kvantitativní výzkum. Naopak použití kvalitativní metodologie vyžaduje velmi dobrou orientaci ve zkoumané oblasti, předvídatost a přizpůsobivost, ale i vědomí určitého rizika, a také větší množství času pro sběr dat a jejich vyhodnocení*“.

Výzkumný dizajn byl zrealizován pomocí případové studie neboli kazuistiky o které autor Skutil (2011, s. 256) udává, že: „ *je považována za metodu heuristickou (nalézající), ilustrační i verifikační (dokumentační, ověřovací)*“.

Případová studie byla realizovaná pomocí obsahové analýzy dokumentů, pozorování a neřízeného rozhovoru. Vzhledem k citlivosti tématu si rodiny ani klienti nepřáli, aby byl rozhovor nahráván. Obsahová analýza byla čerpána ze zdravotnické, sociální a psychologické dokumentace. Také jsem některé údaje čerpala z praxe, kterou jsem v mobilním hospici vykonávala.

### 5.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je:

- zhodnotit kvalitu poskytované péče umírajícím v domácím prostředí

Dílní cíle jsou:

- zhodnotit kvalitu poskytované péče v oblasti biologických potřeb
- zhodnotit kvalitu poskytované péče v oblasti psychologických potřeb
- zhodnotit kvalitu poskytované péče v oblasti spirituálních potřeb
- zhodnotit kvalitu poskytované péče v oblasti sociálních potřeb

## 6 KAZUISTIKY

### 6.1 Kazuistika č. 1

Muž (72 let) byl v péči domácí hospicové péče od října roku 2016 s diagnózou tumoru pleury. Klient žil v rodinném domě spolu s manželkou. Hned vedle bydlí syn s rodinou a o ulici výš dcera s rodinou. Celý život pracoval ve firmě, která měla na starosti správu silnic ve městě, kde bydlí a jeho okolí. Avšak po prodělání cévní mozkové příhody musel jít do předčasného invalidního důchodu. S manželkou rádi cestovali, starali se o zahrádku a věnovali se vnoučatům a rodině.

#### **Průběh nemoci**

Nemoc měla u klienta ze začátku velmi zdlouhavý průběh, protože se lékařům nedařilo přijít na to, co za nemoc to vlastně je. Začalo to zhoršeným dýcháním při námaze, následně i v klidu. Po dlouhém přemlouvání, jak uvádí manželka, se klient konečně rozhodl jít k lékaři. Ten ho důkladně vyšetřil a předepsal mu léky. Ty však nepomáhaly, dušnost se zhoršovala, přidal se k ní váhový úbytek, průjmy a slabost. Lékaři klienta opět vyšetřili a zjistilo se, že se mu tvoří tekutina mezi plicnicí a pohrudnicí. Prodělal mnoho zákroků a poté měl nějakou dobu od nemoci klid. Avšak problémy se vrátily a celý průběh se opakoval, bohužel i s prokázáním mezoteliomu pleury, což je nádor vycházející z pohrudnice.

Klient začal podstupovat chemoterapeutickou léčbu, radiologickou léčbu, ale nádor už byl v pokročilém stádiu a místo, aby mizel tak se začal rozšiřovat. Začal prorůstat do osrdečníku, plic a následně do celého těla. V ten moment byla ukončena onkologická léčba, protože veškeré kurativní prostředky byly vyčerpány. Klient však nebyl smířen s tím, že by se léčba měla ukončit, nevěřil a nechtěl si připustit, že umírá. Stále věřil, že mu chemoterapie pomáhá a tak mu rodina domluvila pravidelné infúze a mezitím vyřídila péči mobilního hospice.

#### **Zdravotní a sociální šetření mobilního hospice**

Na přání rodiny pracovníci mobilního hospice s klientem nemluvili o jeho prognóze, protože manželce stále říkal, že se uzdraví, ta mu neprotiřekovala, protože ho nechtěla zarmoutit. Při šetření pracovníci zjistili, že klient je po zdravotní stránce zesláblý, unavený, trpí nevolností a hlavně silnými bolestmi hlavy, pravé horní končetiny a ramen. Také jídlo mu nechutná a v noci velmi špatně spí. Lékař klientovi předepsal potřebné léky především

na tišení bolesti v podobě opiátových náplastí a tablet. Dále léky, které by měly zmírnit nechutenství a oxygenoterapii pro zlepšení dýchání. Dále zjistili, že manželka je velmi úzkostná a má strach z péče o manžela, bojí se, že to nezvládne, proto nabídli možnost návštěvy psychologa a odlehčovací služby. Návštěvu psychologa přijali, ale odlehčovací službu si chtěli ještě rozmyslet. Dále sociální pracovnice manželce nabídla pomoc s vyřízením příspěvku na péči, který společně vyplnily a dcera ho pak podala na místním úřadu práce.

### **Průběh péče**

Péče mobilního hospice začala v říjnu roku 2017 a trvala zhruba měsíc. Klientovi byl přidělen kmenový zdravotnický pracovník, který ho pravidelně navštěvoval. Téměř každý den v domluvený čas. Pokud byly nějaké problémy mimo domluvený čas, byl pracovník s manželkou domluvený, že může kdykoliv zavolat. O klienta pečovali v době nepřítomnosti pracovníka manželka spolu s dcerou a synem. Byli zaučeni a poučeni, kdy co mohou klientovi podávat, v jakém množství a jakým způsobem.

První dny péče byl klient chodící, orientovaný, komunikující, jedl velmi malé množství stravy a pil čím dál méně tekutin. Dále začínala nespavost, klient udával, že nechce spát, protože se bojí, že už se neprobudí. To řešeno infúzí a léky podporující chuť k jídlu. Pro nespavost byly nasazeny silnější léky na spaní. Další dny se stav mírně zlepšil, klient začal víc jíst a pít, sem tam si zdříml.

U klienta se postupně začínal rozvíjet velký psychomotorický neklid a opět problém s nespavostí. Měl potřebu neustále chodit po bytě. Zhoršovala se chronická bolest, proto mu byl zaveden lineární dávkovač, pomocí kterého byly podávány léky na spaní a od bolesti.

V tomto období měla rodina sezení s notářem kvůli vyřízení dědictví. Klient už začínal chápat, že se jeho stav nezlepší a chtěl mít vše patřičně vyřešené. Rodina byla ráda, že k tomu došel sám a nemusel ho nikdo zarmucovat. Rodinu navštěvoval psycholog, s kterým si o všem povyprávěli, avšak dále psychologickou podporu odmítli.

Vzhledem k zhoršení mobility klienta si rodina přála zajistit polohovací lůžko, což jim vyřídila sociální pracovnice a lůžko jim poskytla charita v místě bydliště spolu s polohovacími pomůckami. Ty byly potřebné z toho důvodu, protože se u klienta začal tvořit dekubit v oblasti sacra. Bylo to následkem toho, že klient konečně začal spát. Někdy prospal i celý den a rodina jej nechtěla budít. Vzhledem k jeho stavu byl pro klienta prospěšnější spánek, než léčba dekubitu. I přes to byla rodina poučena o pravidelném polo-

vání a dekubit se pravidelně převazoval. Polohování klient odmítal, vyhazoval polohovací pomůcky z lůžka, neustále si sedal a vyhledával si svou úlevovou polohu.

U klienta se začínal velmi zhoršovat psychický stav, místy byl až agresivní. Rodina udávala, že se zlobil sám na sebe, na svůj stav.

Vzhledem k imobilitě klienta se rodina radila se sociální pracovníci a kmenovou sestrou, kde se dají sehnat vhodné inkontinentní pomůcky. Ti je navedli a rodina si sama pomůcky sehnala. Klient je však odmítal.

### **Úmrtí pacienta**

U klienta se začal rozvíjet zápal plic, nejedl, pil jen velmi malé množství pomoci stříkačky. V dalších dnech už ani to ne. Začaly se u něj projevovat známky somnolence až kómatu, silné chrčivé dýchání, febrilie a apnoické pauzy. Nekomunikoval, téměř už ani nevnímal.

V den úmrtí byla naplánována návštěva kmenové sestry, ta rodině citlivě vysvětlila, že jejich blízký brzo zemře, ať zavolají rodinu a blízké, kteří se chtějí rozloučit. V tento moment začala i péče o rodinu, psychická podpora zejména manželky, která na tom po psychické stránce začínala být velice špatně.

V odpoledních hodinách, kdy byla u klienta dcera se synem, manželka a kmenový pracovník pán umírá. Byla zavolána rychlá záchranná služba k ohledání těla, poté za pomoci kmenového pracovníka provedli hygienu a oblekli pána do posledního šatu. Nakonec přišly i rodiny syna a dcery, aby se s pánem rozloučili.

## **HODNOCENÍ USPOKOJENÍ ZÁKLADNÍCH POTŘEB KLIENTA**

### **1. Potřeba být bez bolesti**

Potřeba být bez bolesti bylo u klienta jedno z nejřešitelnějších témat. Pracovníci mobilního hospice hned v začátku tento problém podchytili a snažili se všemi možnými způsoby (tablety, injekce, infuze, lineární dávkovač) co nejvíce klientovi pomoci, aby bolestí netrpěl. Velký význam měla i psychická podpora. Což se z velké části povedlo.

### **2. Potřeba spánku a odpočinku**

Potřeba spánku a odpočinku byl další velký problém při péči o klienta. Léky na spaní na něj měli opačný efekt. Celé dny a noci nespál a byl z toho vyčerpaný jak klient, tak pe-

čující rodina. Na začátku péče se spánku bránil. Nechtěl spát, protože se bál, že už se neprobudí. Nakonec se podařilo léky skombinovat tak, že klient aspoň malou část dne prospal. Podpora rodiny byla velmi důležitá, protože rodina již byla z péče velice vyčerpaná.

### **3. Potřeba stravy a pitného režimu**

Klient ze začátku stravu a tekutiny přijímal, alespoň ½ porce a 1000 ml tekutin za den. S postupem nemoci však přestal mít chuť k jídlu úplně, což pracovníci a rodina zprvu řešili infúzemi, bujóny a nutridrinky. Nakonec klienta do jídla nenutili.

### **4. Potřeba vyprazdňování**

Tato potřeba u klienta byla zprvu uspokojována spontánně, na toaletu si došel. Jediný problém byl průjem, ale ten vymizel. V této oblasti se v době, kdy byl klient upoután na lůžko, řešily inkontinentní pomůcky. Pracovníci rodině poradili, kde takové pomůcky seženou a co vše budou potřebovat. Klient se však nebyl schopen smířit s tím, že si nemůže dojít na záchod. Velkou roli zde hrála psychická podpora.

### **5. Psychické potřeby**

Psychické potřeby hrály u klienta taky velmi velkou roli. Klient si prošel stádií vyrovnání se s vážnou diagnózou. Dlouhou dobu u něj převládala fáze šoku a popření, která se projevovala tím, že nevěřil tomu, že umírá. Dlouhou dobu žil v tom, že se uzdraví, všem to říkal a nikdo mu to nevyvracel. Nepomohla ani návštěva psychologa. Dále propukla fáze zlosti a agrese, kdy se klient uzavřel do sebe. Na rodinu, která o něj pečovala, byl hrubý, sprostý negativistický. Tato fáze velmi zasáhla manželku, která nechápala, proč to dělá. Pracovníci ji vše vysvětlili, ale i přes to z toho byla zarmoucená. Dále následovala fáze deprese, kdy se klient uzavřel do sebe a chtěl trávit čas sám. Jako poslední nastala fáze smíření, kdy klient až ke konci pochopil, že se blíží konec, začal být pokorný a snažil se užít si poslední chvíle s rodinou.

Pracovníci mobilního hospice v této oblasti rodině i umírajícímu velmi pomohli, protože jim dávali naději, že to zvládnou. Rodina věděla, že kdykoliv bude nějaký problém, mohou se na ně s čímkoliv obrátit a vždy se jim někdo pokusí pomoci.

### **6. Potřeba sociální**

Potřeba sociální se začínala řešit hned v začátku. Už jen to že rodina byla ochotna za pomocí mobilního hospice, pečovat o klienta v domácím prostředí byla velká výhoda. Každý by přece rád umřel v domácím prostředí v kruhu svých nejbližších a bohužel ne

každému se to splní. Dále se řešil příspěvek na péči pomocí sociální pracovníce a také problém, který zatím není nijak právně ošetřen, aby mohla dcera spolu s manželkou o klienta pečovat. Dále si chtěl klient sepsat závěť a byla domluvena schůzka s notářem, aby si mohl urovnat majetkové záležitosti. Velkým problémem byl kontakt s přáteli, téměř nikdo klienta nenavštěvoval, protože nevěděli, jak se k situaci mají postavit, ale i sám klient návštěvy odmítal.

## **7. Potřeba spirituální**

Tato potřeba nebyla u klienta nijak uspokojována, protože to ani on ani rodina nevyžadovali.

## **Zhodnocení**

Rodina udává, že nelituje toho, že si klienta vzali do domácí péče a jsou velice rádi, že existuje služba, jako je mobilní hospicová péče, bez které by to nezvládli. Všichni pracovníci byli dle slov manželky a dcery velice vstřícní, ochotní a pokaždé dobře naladěni, což jim dodávalo energii na zvládnutí péče, která byla po všech stránkách velmi náročná.

## **6.2 Kazuistika č. 2**

Muž (78 let) je v péči mobilního hospice od března roku 2018 s diagnózou tumoru prostaty a péče i nadále pokračuje. Bydlí v domácnosti s manželkou a děti s vnoučaty za nimi pravidelně dojíždí, protože bydlí v jiném městě. Celý život pracoval jako učitel na místní základní škole. Nyní jsou i s manželkou ve starobním důchodu. Velmi rád tráví čas na chalupě, kde relaxují a starají se o zahrádku.

### **Průběh nemoci**

Nemoc měla u klienta pozvolný průběh. Začalo to problémy s prostatou, které se projevovaly častým nucením na močení, močením v noci a močením v krátkých intervalech. Dále se přidala bolest v podbříšku, příměs krve v moči, nevolnost, nechutenství a váhový úbytek. Po mnoha vyšetřeních, kterými si klient prošel, mu byl diagnostikován tumor prostaty.

V tento moment začala onkologická léčba. Klient absolvoval jak chemoterapeutickou léčbu, tak radiologickou, ale nádor začal prorůstat do plic a následně do celého těla. Veškeré kurativní prostředky byly vyčerpány a byla ukončena onkologická léčba. Klient byl ještě nějakou dobu v nemocnici, než rodina vymyslela, jak situaci vyřeší. Nakonec se rozhodli

pro mobilní hospicovou péči, protože klient si přál být doma s manželkou. Avšak pro případ, že by péči nezvládli, podaly žádost i do kamenného hospice.

### **Zdravotní a sociální šetření mobilního hospice**

V den, kdy klienta přivezli z nemocnice, proběhlo sociální a zdravotní šetření. Při tomto šetření, pracovníci zjistili, že klient je po zdravotní stránce celkově zesláblý a unavený. Bolesti neudává, komunikuje, je orientovaný a s pracovníky ochotně spolupracuje. Avšak je imobilní, proto pracovníci rodině nabídli zapůjčení polohovacího lůžka. Stravu i tekutiny přijímá bez potíží. Lékař klientovi předepsal potřebné léky od bolesti a léky na ředění krve, které se manželka musela naučit aplikovat, protože byly v injekční formě. Klient pro dlouhodobé problémy s močením a pro sledování výdeje měl zaveden permanentní močový katétr. Pracovníci dále nabídli rodině možnost psychologické poradny, pomoc sociální pracovnice s vyřízením patřičných záležitostí ohledně příspěvku na péči a možnost využití odlehčovací služby. Rodina si vše chtěla nechat projít hlavou, avšak nakonec se všemi nabízenými službami souhlasila.

### **Průběh péče**

Péče mobilního hospice začala v březnu roku 2018 a trvá i nadále. Klientovi byla přidělena kmenová zdravotnická pracovnice, která rodinu pravidelně navštěvuje. Někdy proběhne jen telefonická konzultace, aby pracovnice věděla, že je vše v pořádku. V době nepřítomnosti kmenové pracovnice pečuje o klienta převážně manželka.

První dny péče se klient cítil dobře, byl velice rád, že je doma s manželkou. Bolesti neměl díky pravidelné aplikaci opiátových náplastí. V močovém sáčku byla viditelná příměs krve, proto pracovnice doporučila, aby klient pravidelně popíjel urologický čaj. Manželka doposud neměla zkušenosti s inkontinentními pomůckami, proto jim pracovnice zajistila více druhů na vyzkoušení.

Klient delší dobu nebyl na stolicí, manželka udávala, že se lépe vyprazdňuje v sedě. Proto pracovnice zajistila pokojový klozet, na kterém se klient pravidelně vyprazdňuje. Při obstipaci se klientovi podávají léky jako je Lactulosa nebo glycerinové čípky. S močením jsou sem tam problémy. Některé dny klient vůbec nemočí z důvodu ucpání katétru krevními sraženinami. Když taková situace nastane, pracovnice katétr propláchne a klientovi se velmi uleví.



Se spánkem klient problémy nemá, jen je někdy důsledkem nemoci velice unavený, proto přes den více spí.

Na přání manželky byla zajištěna odlehčovací služba, která pravidelně chodí klienta mýt na lůžku. Dále rodinu navštívila sociální pracovnice, která spolu s manželkou vyplnila žádost o příspěvek na péči a snažila se ji psychicky podpořit, protože manželka má stále velký strach, že péči dlouhodobě nezvládne. Také jí nabídla návštěvu poradny, s kterou paní souhlasila a přála si, aby byla zaměřena také i na duchovno.

Komunikace s klientem byla zprvu bez problému, ale později začal být místy dezorientovaný a mluvil z cesty. Veškeré problémy a přání se řeší s manželkou, protože jak sama říká, klient nahlas nikdy nic neřekne, nechce si ztěžovat, ale takový je údajně celý život.

Klienta s manželkou pravidelně navštěvuje rodina a pomáhá paní s péčí o klienta i domácnost. Vždy jsou moc rádi, když je někdo navštíví.

Klient je aktivizovaný, zvládá si s pomocí sednout na lůžku a také přesun na pokojový klozet. Chtěl by se více hýbat a cvičit, věří, že se zase postaví na nohy a bude chodit. Kmenová pracovnice zajistila klientovi šlapací kolo do lůžka, které je pro něj velice prospěšné, jak po fyzické stránce, tak psychické.

Návštěva pracovnice z poradny byla pro manželé velice prospěšná, společně si povykládali o všech problémech a nejrůznějších možnostech. Velmi důležitá byla a do budoucna bude psychická podpora manželky. Návštěva poradny se bude i nadále opakovat, protože u klienta se začíná rozvíjet pocit, že bude žít ještě dlouho. Nechce si připustit skutečnost, že by mohl zemřít.

Moc se těší na letní měsíce, kdy chtějí s manželkou odjet na chatu. Pracovníci mobilního hospice začínají řešit, jakým způsobem zajistí převoz a péči o klienta na chatě. Velice podporují a akceptují jejich přání.

## **HODNOCENÍ USPOKOJENÍ ZÁKLADNÍCH POTŘEB KLIENTA**

### **1. Potřeba být bez bolesti**

Klient bolestí téměř netrpí. Velmi mu pomáhají opiátové náplasti. Bolesti nastávají v oblasti konečníku, když se klient po dlouhé době vyprázdí. To je řešeno mastičkami a snahou, aby klient chodil na stolicí co nejpravidelněji. Proto se ho snaží pracovníci a rodina co nejvíce aktivizovat.

## **2. Potřeba spánku a odpočinku**

Klient se spánkem nemá zatím žádné problémy. Jen je některé dny důsledkem nemoci velmi unavený a většinu dne prospí. Manželka ho nechává odpočívat.

## **3. Potřeba stravy a pitného režimu**

Klient má dostatečnou chuť k jídlu a pitný režim dodržuje. Vzhledem k tvorbě krevních sraženin v moči je velmi důležitý zvýšený pitný režim, který je na doporučení kmenové sestry doplňován urologickým čajem.

## **4. Potřeba vyprazdňování**

Potřeba vyprazdňování, je v péči o klienta jedním z největších problémů. Klient má zavedený močový katétr, který se někdy ucpe krevními sraženinami. Tento problém kmenová pracovnice řeší proplachem katétru, což klientovi vždy velmi uleví. Dále se vyskytují problémy s vyprazdňováním a to konkrétně se zácpou. Ta je způsobena také tím, že je klient imobilní a vyprazdňování na lůžku mu dělá problém. Kmenová pracovnice zajistila pokojový klozet, kam se klient s pomocí dokáže přesunout. Dále mu bylo zapůjčeno šlapací kolo, které má na peristaltiku také kladný vliv. V pravidelných intervalech jsou klientovi podávány léky proti zácpě.

## **5. Psychické potřeby**

Klient se zdá být zprvu smířen se svou prognózou, ale vzhledem ke své povaze a tomu, že jako každý, kdo trpí nevyлéčitelnou nemocí, si prochází stádiem, se u něj psychický stav mění. Velmi prospěšná byla návštěva pracovnice poradny, která do rodiny pravidelně dochází a snaží se jak klienta, tak manželku po psychické stránce podporovat.

## **6. Potřeby sociální**

Sociální potřeby v péči o klienta hrají velmi významnou roli. Klient je velmi rád, když může trávit čas s rodinou, která ho i manželku pravidelně navštěvuje. Vždy je po jejich návštěvě velice dobře naladěný. Také si přejí na jaře odjet na chatu, což jim snad díky péči mobilního hospice bude umožněno. Klient tam vždy velmi rád trávil čas.

## 7. Potřeby spirituální

Potřeby spirituální podporují zejména pracovnice poradny, které se při některých návštěvách zaměřují právě na duchovno. Jinak si tuto potřebu rodina uspokojuje sama. Po celý život jsou věřící a mají své zaběhlé rituály.

### Zhodnocení

Manželka udává, že je ráda, že může o klienta pečovat v domácím prostředí, i když má obavy, zda péči do budoucna zvládne. Je velice ráda, že existuje služba mobilního hospice, bez které by péči pravděpodobně nezvládla. Velice kladně hodnotí přístup pracovníků a to, jak jsou vždy pozitivně naladěni.

## 6.3 Kazuistika č. 3

Muž (69 let) byl v péči mobilního hospice od srpna roku 2016 s diagnózou tumoru prostaty. Péče trvala zhruba půl roku. Klient bydlel v dvougeneračním domě s manželkou, dcerou a její rodinou. Celý život pracoval ve strojírenském průmyslu. S manželkou rádi cestovali, starali se o domácnost, zahrádku a věnovali se rodině.

### Průběh nemoci

Nemoc začala problémy s prostatou, kdy klienta trápilo zvýšené močení v častých intervalech, bolest v podbříšku a také příměs krve v moči. Někdy vznikla i retence moče proto podstoupil patřičné zákroky, při kterých byl klientovi diagnostikován tumor prostaty.

Byla zahájena onkologická léčba, lékaři se pokusili nádor odstranit i chirurgicky. Dále klient podstoupil chemoterapeutickou i radiologickou léčbu, která však nebyla úspěšná a nádor začal prorůstat do oblasti sakrální kosti. Po vyčerpání všech kurativních metod byla u klienta onkologická léčba ukončena. Po promyšlení veškerých možností a na přání klienta se rodina rozhodla, že o něj bude pečovat v domácím prostředí za pomoci mobilního hospice.

### Zdravotní a sociální šetření

Když si rodina zajistila péči mobilního hospice, proběhlo sociální a zdravotní šetření. U klienta po zdravotní stránce byla zjištěna velmi silná bolest dolní části zad a hrudní páteře, která se zhoršovala při pohybu a byla důsledkem prorůstání nádoru do oblasti sakrální kosti. Dále klienta už několikátý týden trápila zácpa, kterou způsoboval lék proti bolesti, avšak jeho vysazení a zaměnění za jiný nemělo uspokojující analgetický účinek. V den

příjmu byl klient chodící, orientovaný, komunikující a mírně bradypsychický. Pracovníci dále rodině nabídli služby, kterých mohli během péče využít. Jako je například psychologická poradna, pomoc sociální pracovnice s vyřízením patřičných náležitostí ohledně péče o klienta a mnoho dalších. Rodina zatím žádnou jinou pomoc než návštěvy zdravotnického pracovníka nechtěla.

### **Průběh péče**

Péče mobilního hospice začala v srpnu roku 2016 a trvala necelých 6 měsíců. Klientovi byl přidělen kmenový zdravotnický pracovník, který rodinu v předem dohodnutých dnech pravidelně navštěvoval a pomáhal s péčí o klienta, ve všech směrech. Klient si na pracovníka po čase zvykl a odmítal poslouchat rady kohokoliv jiného. O klienta v době nepřítomnosti kmenového pracovníka pečovala manželka s dcerou. Byly postupně zaučeny a poučeny, kdy co mohou klientovi podávat, v jakém množství a jakým způsobem.

První dny péče byl klient chodící, orientovaný, komunikující, se spánkem neměl žádný problém. Jen jej trápila bolest zad a zácpa. Léky od bolesti neměly téměř žádný efekt, a proto mu byly aplikovány pravidelné obstríky, po kterých se mu ihned ulevilo. Kmenový pracovník na řešení zácpy rodině doporučil léky proti zácpě a odvar ze švestek, což od zácpy pomohlo.

Bolesti v křížové oblasti se stále stupňovaly. Klienta to trápilo a podepsalo se to i na jeho psychickém stavu, protože si s bolestí nevěděl rady. Přes den i v noci sedával v křesle, protože jinou polohu netoleroval. Byly nasazeny silnější léky, opiátové náplasti a infúze, které pak klient odmítal. Dále rodině a klientovi kmenový pracovník nabídl možnost zavedení epidurálního katétru pro snadnější aplikaci léku na zmírnění bolesti. To si rodina a klient chtěli promyslet, ale po čase souhlasili.

Vzhledem k tomu, že pro klienta jediná přijatelná poloha, pro bolest zad, byla v křesle, kde trávil celý den i noc, byla rodině nabídnuta možnost zajištění polohovacího lůžka, aby se předešlo vzniku dekubitu v sakrální části. Avšak klient tuto možnost odmítl, nenechá na sebe šáhnout a nechce měnit polohu. Z toho důvodu zajistil kmenový pracovník alespoň chodítka, pomocí kterého se klient aktivizoval, protože i jeho mobilita se postupem času zhoršovala.

I přes každodenní apelaci na klienta, aby změnil polohu a aktivizaci pomocí chodítka začal v sakrální části vznikat dekubit. Kmenový pracovník klienta opět poučil o tom, jak je

důležité, aby změnil polohu, ten ho vyslechl, ale polohu odmítal změnit a ležet nechtěl vůbec.

Vzhledem k zhoršení psychického i fyzického stavu a hlavně kvůli rozšiřování dekubitu nakonec rodina i klient souhlasili se zajištěním polohovacího lůžka.

Také byla pracovníky zajištěna močová láhev a pokojový klozet pro lepší komfort ve vyprazdňování. U klienta začaly propukat stavy zmatenosti převážně v noci. Také se vrátily silné bolesti zad a to i z důvodu dekubitu, který se stále rozšiřoval. Začaly být problémy i se stravou. Klient neměl na nic chuť, nic mu nechutnalo. Rodina na doporučení zajistila marihuanu, která měla na klienta velmi dobrý účinek a to převážně v tom, že zvýšila chuť k jídlu, ale i zmírnila bolesti. Také klient začal opět chodit a došel si s dopomocí na toaletu i do koupelny.

Proleženina se začala stále více rozvíjet, kmenový pracovník prováděl pravidelně převazy a při každé návštěvě apeloval na rodinu, aby klienta pravidelně polohovala, jinak bude docházet k postupnému zvětšování proleženiny. Zajištěny byly také polohovací pomůcky. Rodina si v dalších dnech stěžovala, že je klient vůbec nechce poslouchat a polohování moc nerespektuje. Kmenový pracovník také nabídl možnost zapůjčení antidekubitní matrace, což si rodina chtěla napřed nechat projít hlavou, ale nakonec souhlasili. Proleženina se čím dál víc rozvíjela a silně zapáchala, což mělo psychický dopad na klienta. Pracovník mu znovu vysvětlil, jak moc je důležité polohování a snažil se ho motivovat k pohybu a cvičení.

Po nasazení marihuany a opiátových náplastí bolesti vymizely a i psychický stav klienta se velmi zlepšil. Velkou zásluhu na jeho psychickém stavu měl i hojící se dekubit. Vrátila se i chuť k jídlu a na stolicí chodil pravidelně. Manželka byla ráda, že se stav zlepšil, všichni byli po psychické stránce o něco klidnější. Klient se snažil rehabilitovat i na posteli.

Po pár dnech se však vrátily bolesti v oblasti dekubitu. Kmenový pracovník při převazu zjistil, že se v ráně rozvinul silný zánět a dekubit je velmi rozsáhlý. Klient z toho byl velmi psychicky rozrušený a negativisticky naladěný, protože krom silné bolesti při pohybu a polohování se začal i silně potit. Byl velmi nešťastný ze svého stavu, protože rána velmi silně zapáchala. Pracovník se snažil klienta psychicky podpořit, ale ten již neměl zájem cokoli řešit a probírat. Manželce a dceři pracovník vysvětlil, jaký je stav a prognóza klien-

ta, ty vše pochopily a byly s tím smířené. Rodině byla nabídnuta podpora ze strany psychologické poradny, tu však odmítli.

### **Úmrtí pacienta**

Stav se stále zhoršoval, klient přestal mít opět chuť k jídlu a bolesti začínaly být opět nesnesitelné, proto byly navýšeny dávky léků od bolesti. Stravu již nepřijímal jen nutridrinky. Nechtěl už ani komunikovat, jen naříkal. Když byl v klidu, nic ho nebolelo. Rodina byla pracovníkem informována, že stav je špatný.

V den úmrtí volala rodina, že stav klienta je čím dál tím horší. Kmenový pracovník po příjezdu zjistil, že klient je v deliriózním stavu a neklidný. Podal mu medikaci na zmírnění neklidu a bolestí. Klient ještě místy vnímal rodinu, ale pracovník je již připravoval na to, že jejich blízký brzo zemře. Byl přivolán i zbytek blízké rodiny, aby se mohla s klientem rozloučit. Poté klient umírá, rodina si nepřála, aby byl oživován, proto byla zavolána záchranná služba pro konstatování smrti. Pracovník poté rodině pomohl s péčí o tělo a převlečení do posledního šatu. Přišla se rozloučit i širší rodina.

## **HODNOCENÍ USPOKOJOVÁNÍ ZÁKLADNÍCH POTŘEB KLIENTA**

### **1. Potřeba být bez bolesti**

Tato potřeba byla u klienta po celou dobu péče mobilního hospice jedním z největších problémů. Zprvu se nedařilo léky zkombinovat tak, aby klientovi dostatečně ulevily. Jediné co mu pomáhalo, byly pravidelné obstríky a infúze. Velkým problémem bylo přesvědčit klienta k zavedení epidurálního katétru, což se nakonec pracovníkům podařilo a klient byl s katétreem spokojen. Také velmi pozitivní vliv na úlevu od bolesti měla marihuana, s kterou byl klient velice spokojen.

### **2. Potřeba spánku a odpočinku**

Problémy se spánkem a odpočinkem ve velké míře ovlivňovala právě již zmíněná bolest. Klient celé dny a noci trávil v křesle, kde si hledal úlevové polohy od bolesti. Zprvu odmítal nabízené polohovací lůžko, ale nakonec s ním souhlasil a ve výsledku za něj byl rád. Také rodině se o klienta lépe pečovalo na lůžku. V posledních týdnech již byl klient velmi vyčerpaný z bolesti a byl velmi spavý. Potřeba spánku a odpočinku byla po celou dobu péče korigována pomocí léků na spaní, s čímž byl klient spokojen.

### 3. Potřeba stravy a pitného režimu

Zprvu s potřebou stravy a pitného režimu nebyly žádné problémy, klient normálně jedl a dodržoval pitný režim. Postupem času přestal mít chuť k jídlu, což se podařilo vyřešit pomocí marihuany, po které klient opět dostal chuť k jídlu. Avšak i ta v konečné fázi nemoci přestala mít pozitivní účinek a klient opět o chuť k jídlu přišel a popíjel alespoň nutriční nápoje.

### 4. Potřeba vyprazdňování

Problémem v oblasti vyprazdňování klienta trápil už před přijetím do mobilního hospice. Trpěl úpornou zácpou. Tento problém se pracovníkům podařilo vyřešit pomocí léků na obstrukci a doporučili klientovi popíjet odvar ze švestek. Také aktivizace klienta měla na obstrukci dobrý vliv. V průběhu péče se také objevil opačný problém v podobě průjmů, to se zprvu podařilo pracovníkům podchytit hned v začátku. Avšak vzhledem k netoleranci polohování se klientovi vytvořil dekubit v oblasti sakra, který se postupně zhoršil až tak, že se vytvořila píštěl, z které vytékalo velké množství výtoku se stolicí. Tento problém trval až do konce péče a klient z toho byl velice nešťastný i přes vzornou péči pracovníků. V tento moment hrála velkou roli psychická podpora klienta i rodiny.

### 5. Psychické potřeby

Psychické potřeby byly u klienta uspokojovány jen pomocí kmenového pracovníka, protože návštěvu poradny odmítl a jediný na koho dal, byl právě kmenový pracovník. Celou dobu nemoc velmi prožíval, stále potřeboval něco řešit, ale jak udávala manželka, byl takto pesimisticky nastavený celý život. Vždy byl zvyklý peskovat okolí a říkat co jak bude. Proto také byly s klientem mnohdy velké problémy v nabízených pomůckách, jako byla polohovací postel nebo epidurální katétr. Nakonec však se všemi nabízenými pomůckami byl velice spokojený. Také problém s dekubitem a bolestí ho po psychické stránce velmi poznamenal, ale v momentě kdy pracovníci bolest i léčbu dekubitu podchytili i klient na tom byl po psychické stránce mnohem lépe. Velkou roli zde hrála psychická podpora klienta, ale i rodiny.

### 6. Potřeby sociální

Potřeby sociální byly uspokojovány po celou dobu péče. Klient byl velmi rád, že k nim chodí pracovník mobilního hospice a pomáhá rodině s péčí. Rodina za to byla taky ráda protože, jak udává manželka, na ně už byl alergický. Pro silné bolesti již klient do společ-

nosti nechodil, ale rodina ho navštěvovala doma. Postupem času, jak se stav zhoršoval, neměl o návštěvy zájem a to hlavně kvůli zhoršujícímu dekubitu. Velmi dobrý vliv na něj měla aktivizace, kterou zprvu odmítal, ale nakonec za cvičení a chůzi v chodítku byl velice rád, protože si alespoň dokázal dojít na toaletu, do koupelny nebo se alespoň podívat z okna na dění v okolí domu.

### **7. Potřeby spirituální**

Tato potřeba se při péči o klienta neřešila, protože klient nebyl věřící a nabízené služby tohoto směru odmítal.

### **Závěr**

Péče o klienta byla po všech stránkách velice náročná, a to převážně pro pečující rodinu. Za pomocí mobilního hospice se podařilo mnoho problémů vyřešit úplně a některé alespoň podchytit do takové míry, aby klient co nejméně trpěl, jak po psychické stránce, tak fyzické. Rodina byla s péčí mobilního hospice velice spokojená a bez její pomoci, jak sami říkali, by to pravděpodobně nezvládli.

## **6.4 Kazuistika č. 4**

Muž (65 let) je v péči mobilního hospice od dubna roku 2017 s diagnózou ALS neboli Amyotrofická laterální skleróza. Péče o tohoto klienta je jednou z nejdelších a trvá i nadále.

Klient bydlí spolu s manželkou, v rodinném domě. Nedaleko bydlí jejich děti s rodinami. Celý život pracoval jako automechanik, avšak po příchodu nemoci musel odejít do invalidního důchodu. S manželkou se rádi věnovali kultuře, cestování, rodině a péči o dům a zahradu.

### **Průběh nemoci**

Nemoc se začala rozvíjet v roce 2011, kdy klient pro neurčité příznaky navštívil obvodního lékaře, který ho vyšetřil a poslal na další vyšetření k neurologovi. Nemoc se stále víc rozvíjela a projevovala se převážně poruchami řeči, polykání a poruchami hybnosti. Postupem času se přidala diagnóza morbus Bechtěrev, která se projevovala tuhnutím kloubů a to zejména kolen a páteře. Dále se začala rozvíjet i demence.

Klient podstoupil velkou řadu vyšetření, rehabilitací, ale stále se přidávaly další a další symptomy, až nakonec lékaři skončili u diagnózy ALS. Velké zhoršení zdravotního stavu



nastalo v zimě roku 2016. Po celý vývoj nemoci o klienta pečovala a i nadále pečuje manželka za pomoci rodiny. Avšak i přes velkou snahu zjistila, že péči sama dlouhodobě nezvládne a proto, kvůli zhoršení stavu klienta, vyhledala pomoc mobilního hospice, aby ji s péčí pomohli.

### **Zdravotní a sociální šetření**

Při šetření pracovníci zjistili, že klient po zdravotní stránce má problémy s komunikací, která již není irelevantní a také moc nespolupracuje. Co se týče pohybu, sám již nevstane, ale s dopomocí ano a je poté schopen i chůze. Velký problém je také zjištěn v oblasti stravování, protože klient má velké problémy s polykáním. Dále manželka udává, že v poslední době jsou nejhorší noci, kdy klient křičí a má noční běsy a bludy. Manželka pracovníky požádala, zda by byla možnost využití asistenční služby, psychoterapeuta a také odlehčovací služby. To vše pracovníci vyřídí a společně se domluví, jak bude péče probíhat.

### **Průběh péče**

Péče mobilního hospice začala v dubnu roku 2017 a trvá i nadále. Klientovi byl přidělen kmenový zdravotnický pracovník, který zprvu docházel jen 1x týdně, ale postupem času se návštěvy stupňovaly. Také do domácnosti docházeli pravidelně pracovníci asistenční služby, kteří manželce pomáhali s hygienou klienta nebo u něj byli, když si manželka potřebovala vyřídit osobní záležitosti.

První dny péče byl klient mobilní, došel si s pomocí na záchod, sám se najedl. Avšak s jídlem byly již ze začátku problémy. Sice snědl celé porce jídla, ale musel je mít mixované nejlépe kašovitě. Při polykání tekutin se často zakašlával, proto bylo pracovníky doporučeno, aby manželka tekutiny zahušťovala speciálním zahušťovadlem, které jí zajistili.

Přes den byl klient relativně klidný, sedával v křesle a sledoval dění kolem sebe nebo TV. Někdy ho manželka vyvezla ven na terasu, kde však vydržel, jen krátký čas. Problém nastával v případech, kdy je často navštěvovali neznámí lidé. Klient byl poté velmi neklidný až agresivní, zejména na manželku. Noci bývaly horší. Klient nespál, křičel a manželka si nevěděla rady s tím, jak ho má uklidnit. Byla z toho velmi vyčerpaná. Po nasazení léků se noci na pár dní zklidnily, ale po pár dnech to začalo být opět stejné. Proto manželka žádala o navýšení nebo změnu léků. Což pracovníci zařídili.

Postupem času se u klienta začal stále více zhoršovat zdravotní stav. Velmi se zhoršila chůze, rovnováha a motorické funkce. Také se vrátila noční nespavost a vykřikování. Vzhledem k zhoršení stavu měla manželka velké obavy, zda péči zvládne, byla velmi vyčerpaná. Proto jí byla nabídnuta návštěva pracovníku z poradny, kterou velmi ráda přijala. Pracovníci poradny, ale také pracovníci, kteří do rodiny docházeli pravidelně, manželku velmi psychicky podporovali. Manželce bylo pracovníky vysvětleno, že by bylo nejlepší na nějaký čas klienta přijmout na psychiatrii, kde by byla nastavená správná léčba. To však manželka odmítla, ale postupem času uznala, že pokud se klienta nepodaří zklidnit, bude jej do léčebny muset poslat.

U klienta se začal projevovat neklid i přes den. Močil velmi malé množství moče, odmítal přijímat stravu a také se sem tam vyskytly apnoické pauzy. Manželka již situaci, vzhledem k silnému vyčerpání, nebyla schopna zvládat a nebyla schopna se o klienta adekvátně postarat. Proto byla pracovníky volána rychlá záchranná služba, která klienta odvezla do nemocnice. V nemocnici klient byl zhruba 14 dní.

Po návratu z nemocnice, klient nekomunikoval, jen vydával zvuky, občas měl apnoické pauzy. Tekutiny a strava musely být podávány po lžičkách eventuálně stříkačkou, protože u klienta bylo velmi zhoršené polykání. Manželka byla pracovníky poučena o nutnosti pravidelného polohování, hygieně na lůžku a důkladné hygieně dutiny ústní. Vše ji bylo prakticky ukázáno a pracovníci ji také doporučili vhodné hygienické a inkontinentní pomůcky.

Klient byl od doby, co se vrátil z nemocnice, přes den i v noci klidný, avšak i přes to měla manželka obavy, zda péči zvládne a proto si podala žádost do kamenného hospice. Po zhruba 7 klidných dnech i nocích se vrátila nespavost a noční děsy. Klientovi se převrátil denní režim, kdy v noci býval vzhůru a vykřikoval, přes den byl klidný a pospával.

Mimo jiné se vyskytl problém v podobě zácpy, kterou pracovníci zprvu řešili čípky, ty nezabíraly, tak zkusili mikroklysmata. Po kterém se klient hojně vyprázdnil. Manželce bylo doporučeno, ať klientovi pravidelně podává léky proti zácpě a přírodní doplňky, jako je například lněné semínko. Což mělo předcházet vzniku zácpy.

Pro problémy s močením pracovníci museli zavést permanentní močový katétr, který si však klient hned první noc vytrhl, ale naštěstí se nijak vážně neporanil a moč byla nadále sledována v pleně. Manželka byla poučena o nutnosti zvýšené hydratace.

Rodinu pravidelně navštěvovaly pracovnice poradny, aby si s manželkou o všem popovídaly a rozebraly s ní aktuální situaci. Manželka vždy byla ráda, když si o situaci mohla

s někým povykládat. Potřebovala velkou psychickou podporu. Také jí byla doporučena návštěva psychologa nebo psychiatra.

Vzhledem ke zdravotním problémům manželky a jejího celkového vyčerpání byl vyřízen sociální pracovníci odlehčovací pobyt klienta v kamenném hospici, kde strávil zhruba měsíc.

Po návratu z hospice byla rodina velmi nespokojená s tím, v jakém stavu se klient vrátil. Což se po zhruba týdnu vrátilo zpět do normálu. Klient dostatečně jedl, pil, s rodinou se snažil komunikovat alespoň očním kontaktem. Manželka byla velmi ráda, že je klient zpátky doma a že je pracovníci mobilního hospice dále navštěvují.

U klienta se začal rozvíjet neklid při jídle. Snědl pár lžic stravy, ale poté se začínal kroutit, odmítal stravu, křičel. Dle slov manželky ho asi něco bolelo. Což se pracovníci snažili řešit léky, aktivizací klienta a různými doplňky stravy. To zabralo a stav se zlepšil. Dále se při pravidelné kontrole dutiny ústní zjistilo, že má klient velmi zkažené, hnijící a pravděpodobně silně bolestivé zuby. Některé mu samy vypadly a spolkl je. Tento problém se řešil zajištěním zubaře, který rodinu navštívil a problém se zuby postupně vyřešil.

Po zhruba čtvrt roce manželka opět využila odlehčovací službu v kamenném hospici i přes obavy z péče, kterou tam klient dostával. Vzhledem ke svému psychickému a zdravotnímu stavu neměla jinou možnost. V kamenném hospici klient strávil zhruba 14 dní.

Po návratu z odlehčovací služby bylo vše bez problému, jen byl klient velmi vyhublý. Což bylo následkem toho, že hůře přijímal stravu. V den návratu, proběhla návštěva kmenovým pracovníkem, který zjistil, že má klient velmi vysoký pulz, což se podařilo vyřešit pomocí léků.

Stav pacienta se začal mírně zhoršovat a to převážně v příjmu stravy a tekutin. Byl silně zahleněný, proto se mu velmi špatně polykalo. Jedl jen malé porce stravy. Také se rozvinula dušnost, z toho důvodu pracovníci zajistili odsávačku, pomocí které odsávali hlen s dutiny ústní. Zaučili i manželku, aby mohla v době jejich nepřítomnosti sama odsávat. Po každém odsátí se klientovi ulevilo.

Od této doby se stav klienta nezlepšoval ani nezhoršoval. Jen byla velmi důležitá podpora manželky, která se stále velmi bála, že péči o klienta nezvládne. A psychický stav se u ní zhoršoval, proto byly návštěvy pracovníku v tento moment zaměřeny spíše na psychickou podporu manželky.

## HODNOCENÍ KVALITY USPOKOJENÍ ZÁKLADNÍCH POTŘEB

### 1. Potřeba být bez bolesti

Tato potřeba se řešila jen ve dvou případech. První případ byl, když se došlo k tomu, že klient má ve velmi špatném stavu chrup. Po vytržení zubů mu byly pravidelně podávány léky k zmírnění bolesti dutiny ústní. Druhý případ nastal v momentě, kdy klienta pravděpodobně bolelo břicho. Vzhledem k tomu, že klient již byl ve stavu, kdy si nebyl schopen říct, zda ho něco bolí, bylo to vyzorováno z jeho projevů a následně pracovníky řešeno.

### 2. Potřeba spánku a odpočinku

Tato potřeba byla u klienta jedním z nejvíce řešených problémů již od začátku péče. Klient býval přes den klidný a spával, ale v noci vykřikoval a byl velmi neklidný. Dlouhou dobu trvalo, než se nastavila taková léčba, která klienta zklidnila natolik, aby celou noc spal. I nadále se tento problém řeší, protože i přes to, že se pracovníkům podařilo dosáhnout toho, aby klient v noci spal a byl neklidný, objeví se noci, kdy klient celou noc nespí a vykřikuje. Jak pro klienta tak, pro pečující manželku, to je velmi náročné proto je velmi důležitá psychická podpora.

### 3. Potřeba stravy a pitného režimu

Tato potřeba je také řešena po celou dobu péče, protože se zhoršujícím se stavem klienta se zhoršuje schopnost polykání. Je schopen jíst pouze mixovanou stravu a zahušťované tekutiny. Dále na doporučení pracovníků manželka podává nutridrinky. Klient je dostatečně stravován a hydratován, avšak stravu i tekutiny musí mít upravovány.

### 4. Potřeba vyprazdňování

Zprvu si tuto potřebu klient uspokojoval sám vzhledem k tomu, že si na toaletu došel sám nebo s dopomocí rodiny. Vzhledem ke zhoršení stavu u něj propukla inkontinence, tím pádem byla manželka poučena o inkontinentních pomůckách a péči o inkontinentního klienta. Také docházela manželce pomáhat asistenční služba. Po dobu péče o klienta se vyskytl problém v podobě zácpy, kterou pracovníci spolu s rodinou vyřešili pomocí léků a přírodních doplňků stravy, které od zácpy pomohly.

### 5. Psychické potřeby

Vzhledem ke stavu a onemocnění klienta uspokojování psychických potřeb nebylo až tak důležité. Pracovníci se však neustále snažili klienta psychicky podporovat i přes to, že nevěděli, zda jim rozumí. Velkou roli zde hrála psychická podpora manželky, která byla

z péče o klienta velmi psychicky vyčerpaná. Z toho důvodu, jí pracovníci nabídli možnost odlehčovací služby v kamenném hospici, kterou dvakrát využila. Psychická podpora manželky i nadále pokračuje, protože v péči o klienta je velmi důležitá. Bez psychické podpory, jak sama manželka udává, by již péči nezvládla.

## **6. Potřeba sociální**

Potřeba sociální, se řešila již v počátku zhoršení zdravotního stavu klienta. Manželka se všemi možnými způsoby snažila o to, aby klient mohl zůstat ve svém domácím prostředí. Díky mobilnímu hospici jim to bylo umožněno, i přes to si ale podala rodina žádost do kamenného hospice, kdyby péči nezvládali. Klient byl vždy velmi rád, když ho navštívily děti s rodinou, ale chvíli trvalo, než si zvykl na cizí lidi z mobilního hospice. Postupem času se zdravotní stav natolik zhoršil, že nebylo poznat, zda má zájem o návštěvy nebo ne. Aby klient netrýl celý čas jen doma, vozila ho manželka na vozíku ven na terasu nebo na krátké procházky.

## **7. Potřeba spirituální**

Tato potřeba nebyla u klienta nijak uspokojována, protože to ani on ani rodina nevyžadovali.

## **Zhodnocení**

Péče o klienta nadále pokračuje. Manželka, již nevyžaduje tak časté návštěvy poradny, vyhovuje jí odlehčovací služba a pravidelná návštěva zdravotnických pracovníků. Je velice ráda za to, že jí s péčí o manžela někdo pomáhá, protože jinak by se o něj nemohla nadále starat a musela využít kamenného hospice.

## **6.5 Zhodnocení celého kvalitativního výzkumu**

Cílem této bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu poskytované péče umírajícím formou domácí hospicové péče. Bylo zjišťováno, nakolik jsou uspokojovány základní potřeby umírajícího. Ve výše uvedených kazuistikách byly sledovány biologické, spirituální, psychické a sociální potřeby.

Z hodnocení všech uvedených kazuistik vyplynula skutečnost, že mobilní hospic naplnil očekávání svých klientů. Umožnil pečujícím realizovat jejich potřebu péče o svého vážně nemocného, či umírajícího člena rodiny. Vedle potřeb spojených se specifickou odbornou péčí, a to zejména paliativní, byla v kazuistikách vysoce hodnocena osobnostní

stránka zaměstnanců hospice a jejich klidný a vysoce profesionální přístup uplatňující se převážně v oblasti psychologické, sociální a spirituální. Cenné údaje poskytovala i kazuistika, v níž docházelo ke kombinaci péče v kamenném a mobilní hospici, z níž vyplývala negativa i pozitiva obojího.

Data sledována ve výzkumu této práce ukázala potřebu těchto zařízení pro současnou společnost. Domácí hospicová péče se projevila jako nutná a žádoucí forma sociálně zdravotní péče, která by měla být ze strany státu podporována.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na péči o umírající členy rodiny v domácí péči. Jejím cílem bylo zmapovat problematiku daného tématu v teoretické části a tyto poznatky poté propojit s praktickou částí, která si kladla za cíl zhodnotit kvalitu uspokojování potřeb umírajících.

Teoretická část je rozdělena do 4 kapitol. První kapitola se zaměřuje na objasnění problematiky smrti a umírání v minulosti, ale i současnosti. Druhá kapitola vyzdvihuje specifické potřeby umírajícího. Třetí kapitola poukazuje na to, jaké jsou v dnešní době možnosti v péči o umírající. Poslední kapitola popisuje roli zdravotně sociálního pracovníka v hospicové péči a také poukazuje na reformy a novinky, které nám přináší úpravy zákonů a vyhlášek České republiky.

Praktická část si klade za cíl zjistit jaká je kvalita uspokojování potřeb umírajících. Pro citlivost tématu byl zvolen kvalitativní výzkum. Jako výzkumná metoda byla použita případová studie, která vznikla na podkladě dat získaných z analýzy dokumentů (zdravotních, sociálních, psychologických), pozorování rodin na praxi a neřízených rozhovorů s klienty, pozůstalými, pečujícími a pracovníky mobilního hospice.

Výstupem bude poskytnutí bakalářské práce pracovníkům mobilního hospice, kteří ji použijí jako zpětnou vazbu své dosavadní činnosti. Také po zveřejnění může přispět k zvýšení informovanosti veřejnosti o tom, že existují možnosti, jak pečovat o umírajícího člena rodiny v domácím prostředí.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. Praha: Grada Publishing, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *THANATOLOGIE: Nauka o umírání a smrti*. 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
3. HEŘMANOVÁ, Jana et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. Praha: Grada Publishing, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
4. HURDOVÁ, Veronika, 2017. *Moje milá smrti*. 1. Veronika Hurdová. ISBN 978-80-270-2318-9.
5. HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum, základní teorie, metody a aplikace*, 2. přepracované vyd. Praha: Portál, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
6. KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Thanatologie v ošetrovatelství*. 1. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.
7. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2. Praha: Portál, 320 s. ISBN 978-80-262-0911.
8. KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. Praha: Grada Publishing, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
9. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7002-X.
10. MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. Praha: Grada Publishing, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
11. MATZO, Marianne LaPorte a Deborah Witt SHERMAN. *Palliative Care Nursing*. 2. New York: Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-5794-7.
12. PAYNEOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ, 2007. *Principy a praxe Paliativní péče*. 1. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.
13. SKUTIL, Martin a kol., 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7




14. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, c2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.
15. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1
16. SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. Praha: Grada Publishing, 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
17. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. 1. Praha: H & H Vyšehradská. ISBN 80-7319-059-1.
18. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. Praha: Grada Publishing, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
19. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-701-3324-4.
20. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ a kol., 2004. *Paliativní medicína*. 2. Praha: Grada Publishing, 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
21. ČESKÁ REPUBLIKA, *Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018*, 2018. In: *Sbírka zákonů*. Praha, ročník 2017, 122/2017, č.353. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-353?text=paliativn%C3%AD+p%C3%A9%C4%8De>
22. ČESKÁ REPUBLIKA, *Zákon č. 96/2004 Sb.*, 2004. In: *Sbírka zákonů*. Praha, ročník 2004, 30/2004, číslo 96. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96?text=zdravotne+soci%C3%A1ln%C3%AD+pracovn%C3%ADk>
23. ČÍPKOVÁ, Iveta, 2015. *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče*. In: *Sociální práce* [online]. Brno [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=783>
24. Dlouhodobé ošetrovné - od 1. 6. 2018, 2018. In: *Česká zpráva sociálního zabezpečení* [online]. [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/dlouhodobé-osetrovne.htm>

25. Mobilní hospic, 2018. *Strom života: Mobilní hospic* [online]. Nový Jičín: Copyright [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <http://www.zivotastrom.cz/mobilni-hospic/>
26. Mobilní specializovaná paliativní péče v roce 2018, 2017. In: *Česká společnost paliativní medicíny: České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Brno [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/mobilni-specializovana-paliativni-pece-v-roce-2018/>
27. PEŘINA, Jakub, 2016. Historie paliativní péče. In: *Umírání.cz: informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Praha [cit. 2018-01-14]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>
28. PEŘINA, Jakub, 2016. Historie a současnost paliativní péče v Česku. In: *Umírání.cz: informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Praha [cit. 2018-01-14]. Dostupné z: [www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku](http://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku)
29. Společná tisková zpráva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Fóra mobilních hospiců, 2017. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. Brno: ČSPM ČLS JEP [cit.2018-01-14]. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wpcontent/uploads/2017/11/2017\\_tiskova\\_zprava.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wpcontent/uploads/2017/11/2017_tiskova_zprava.pdf)
30. Vláda schválila legislativní zakotvení hospiců do českých norem, 2017. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-schvalila-legislativni-zakotveni-hospicu-do-ceskych-norem\\_13605\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-schvalila-legislativni-zakotveni-hospicu-do-ceskych-norem_13605_1.html)

## SEZNAM PŘÍLOH

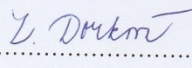
PI Žádost o umožnění výzkumného šetření v Mobilním hospici Strom života

# PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST A UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

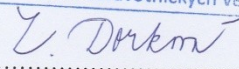

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Tereza Kristová	
Téma bakalářské práce	Péče o umírajícího člena rodiny v domácí péči	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D	
	 ..... podpis	
Metoda výzkumu	Případové studie (kazuistiky)	
Skupina respondentů	Klienti mobilního hospice a jejich rodiny	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	
	Souhlasím	Nesouhlasím
	Souhlasím	Nesouhlasím
	Souhlasím	Nesouhlasím

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 27-02-2018

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

  
 .....  
 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd  
 pohoňný spolek Moravskoslezský kraj  
 Bc. Stanislav Tvrdoň  
 Vrchní cesta - Stránský život  
 Šrámkova 118A/16, 741 01 Nový Jičín  
 IČ: 03632661, Tel.: 553 038 016  
 .....  
 razítko a podpis zástupce zařízení